
társadalom- és szociálpolitikai folyóirat

TANULMÁNYOK

- 3 **Gerhard Bäcker-Johannes Steffen:** Gazdagság Nyugaton – szegénység Keleten

TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁSI KÖRKÉP

Az Európai Közösség országainak
társadalombiztosítási rendszereiről

- 27 **Danny Pieters:** Bevezetés az EK országainak
társadalombiztosítási törvényhozásába: Spanyolország

MAGYAR VALÓSÁG

- 39 **Horváth Zsuzsa:** Női sorsok Budapest egyik
munkáskerületében

VÉGÁLLOMÁSOK

- 73 **Maria K. Goddard:** A gondozási hatékonyság vizsgálatának
fontosságáról

INTERJÚ

- 90 **Jelenczki István:** „...Öljük életünk lehetőségeit...”

HÍREK, INFORMÁCIÓK, RECENZÍÓK

- 104 **Levendel László:** Agape
116 **Gyekiczky Tamás:** Amit tudni kell
125 **A Motiváció Mozgássérülteket Segítő Alapítvány**
tevékenységéről

Gerhard Bäcker – Johannes Steffen

Gazdagság Nyugaton – szegénység Keleten?

1. Az egyesült Németország – kétharmados társadalom

1.1. Egy állam – két társadalom

Amióta a német mindennapokban eloszlott a nemzeti pátoz köde, láthatóvá váltak a realitások. Egyre világosabban megmutatkozik, hogy az állami egyesülés, azaz a nyílt határok, az egységes valuta és az alapvető gazdasági-, munka- és szociális jogok azonossága ellenére az új szövetségi tartományok polgárai el vannak választva Németország nyugati felének polgáraitól. Ez a „drótakadály nélküli elválasztás” belátható ideig fenn fog maradni, sőt, félő, hogy el fog mélyülni. Az egységes nemzetállamban két társadalom van, amelyek fejlettségi színvonala és időbeli fejlődése igen különböző. Németország egyesülése nem pusztá újraegyesülés, hanem két igen egyenlőtlen rész bonyolult egyesülése, s ez is marad.

Igen nagy a régi és az új tartományok közötti gazdasági és szociális különbség: az Elbától keletre a gazdaság zilált, sőt, katasztrofális állapotban van, a gazdasági helyzet szemmel láthatóan romlik, a munkanélküliség máris rendkívül nagy, s e fejlődésben eddig nem látható változás. Az erőteljes nominálbér-emelkedések ellenére, amelyeket eddig sikerült kivívni – a munkavállalók jövedelme még mindig kb. csak feleakkora, mint a nyugatnémet tartományokban. A szociálpolitika lényegesen tompítja ugyan az alapvető gazdasági átalakulás legkedvezőtlenebb szociális következményeit, ezzel azonban nem szünteti meg a Kelet és Nyugat közötti különbséget. Bár a szociális juttatások Keleten ma elvileg olyanok, mint Nyugaton, az azonosság a struktúrákra és a juttatási elvekre vonatkozik, nem pedig a juttatás színvonalára. A bértől és járulékfizetéstől függő társadalombiztosítási juttatások abszolút színvonala Kelet-Németországban a keleti tartományok bérszínvonalához igazodik, s így átlagosan legfeljebb a felét teszi ki a nyugatnémet színvonalaknak. Ez érvényes a nyugdíjakra és a munkanélküliségi támogatásra, valamint a társadalombiztosítás összes egyéb juttatásaira egyaránt. A szociális állam *megkettőzése* jelenleg fokozati különbségekkel jár együtt.

Ugyanakkor azonban az egységes valutáris és gazdasági területen az

árak – eltekintve az energiától, a viteldíjaktól és mindenekelőtt a lakbérrektől – messzemenően kiegyenlítődtek. A közel azonos árszínvonal alapján nyugati nézőpontból is jól megítélhető, mit jelent az, hogy 1250 DM átlagos nettó jövedelemből, 783 DM (1991. július 1-től 889 DM) standard (nem átlag) nyugdíjból, 700 DM átlagos munkanélküliségi pénzből* vagy 495 DM szociális pótlékból kell megélni. Ezzel szemben Nyugaton a nettó átlagbér 2500 DM, a standard nyugdíj pedig 1667 DM (1991. július 1-től 1751).

Ekkora jóléti különbség és ilyen mély szociális és gazdasági szakadék mellett Németországban nem lehet szó szociális és gazdasági egységről, vagy az élethelyzetek és életlehetőségek egységes voltáról. Az egyik oldalon a jómódú nyugati, a másikon a sok szempontból rosszabb helyzetben lévő, strukturálisan hátrányt szenvedő keleti polgárok; ez utóbbiak manapság másodosztályú állampolgárok, és féltő, hogy belátható ideig azok is maradnak. Az új Németország polarizált társadalom, kétharmados társadalom – mégpedig sokkal tágabb és átfogóbb értelemben, mint ahogy azt még sok évvel ezelőtt Peter Glotz említette. A társadalmi struktúra eddigi és továbbra is létező differenciáló jegyeihez (a réteghelyzet, a képzettségi szint vagy a nem) ugyanis most eddig ismeretlen élességű és mélységű *regionális* elhatárolások és kirekesztések járulnak. Ezáltal az államilag egyesült Németországban az életviszonyok szélsőségesen szóródnak.

1.2. Konjunktúra Nyugaton – hanyatlás Keleten

Az egyesülés folyamata a Nyugat és a Kelet közötti távolságot eddig nem csökkentette, hanem növelte. A gazdasági fejlődés az új tartományokban nem felfelé, hanem lefelé mutat. A termelés és a foglalkoztatottság mélyrepülésben van, amelynek vége még nem látható. Egy évvel ezelőtt már rávilágítottunk arra, hogy a gyors valutáris és gazdasági unió önmagában véve semmiképpen sem biztosíthatja a „második gazdasági csodát”: hogy nincs automatikus összefüggés a piacgazdaság és az általános jólét (jólétnövekedés) között; hogy kezdettől fogva túlsúlyban voltak ennek a kísérletnek a gazdasági és szociális kockázatai. Ez csak azokat lephette meg, akik a piac állítólagos öngyógyító erőibe vetett hitet az állami dogma rangjára emelték. Ami azonban még súlyosabban esik latba, az a politika sok hónapos tétlensége, amely „nekilendítő” finanszírozásra és olyan hangzatos ígéretekre korlátozódott, hogy a gazdasági és politikai átalakulás folyamatában senki sem kerül rosszabb helyzetbe, de szinte mindenkinek jobb lesz a dolga, ahelyett, hogy azonnali és célirányos strukturális és pénzügypolitikai segítséget nyújtott volna. Az aktív politika hiánya jelentősen hozzájárult a jelenlegi gazdasági hanyatláshoz. Ennek alapján kiéleződnek – mégpedig relatív és abszolút értelemben egyaránt – a jóléti szintkülönbségek Németország két része között. Az eredeti

* Magyarországi megfelelője a munkanélküliségi járadék. *A ford.*

jóslatokkal ellentétben ma nem a Kelet, hanem a Nyugat húz hasznát az egyesülésből: a gazdaságilag már amúgy is erősebb rész még gazdagabbá válik, miközben Keleten meggyorsul a gazdasági és szociális hanyatlás, anélkül, hogy a leépüléssel párhuzamosan láthatóvá válnának a felépülés körvonalai.

A német egyesülési folyamat nyertesei területileg világosan lokalizálhatók: ezek a volt NSzK lakói, üzemei és vállalatai, a községi költségvetések és társadalombiztosítási szervek. A nyugatnémetek *átlagos* gazdasági helyzete határozottan javult, s a javulás, legalábbis rövid távon, még tartani fog. A határok megnyitása és mindenekelőtt a valutáris, a gazdasági és a szociális unió gigászi konjunktúra programként hatott, és a nyugatnémet gazdaságot váratlan fellendüléssel ajándékozta meg. Mintegy 16 millió új vásárló, akik D-márkával ellátva hatalmas új keresletet támasztottak és támasztanak. Ez pedig megnövelte és megnöveli azoknak a termékeknek a termelését és forgalmát, amelyeket a volt határtól nyugatra termelnek és/vagy adnak el, miközben a keleti termékek iránti kereslet teljesen összeomlott, és a „volt-NDK” nevű ipari telephely a teljes megsemmisülés előtt áll.

A gazdagság és szegénység ekkora ellentéte egy egységes államalakulaton belül eddig ismeretlen volt a német történelemben, különösen pedig a Szövetségi Köztársaság négy évtizedében. A bányászat, a vas- és acélipar, a textilipar vagy akár a hajógyártás súlyos regionális és ágazati válságai ellenére az NDK egy még relatíve homogén társadalom volt. Ez az egyesülés napján egy csapásra megváltozott, és évekig fog tartani, amíg ezek a regionális különbségek észrevehetően csökkenthetők lesznek.

Persze, ezt a tételt azonnal finomítani kell: a szegénységnek a Kelettel és gazdaságnak a Nyugattal való differenciálatlan azonosítása eltakarná, hogy mindkét társadalmon *belül* növekvő mértékben vannak különbségek. A volt NSzK-ban az általános jólét történelmileg példátlan színvonalat ért el, sok embernek igen jó sora van, ugyanakkor azonban egyre több ember marad ki a növekvő jólétből, és kerül ennek a társadalomnak a perifériájára. A jóléti társadalomban az egzisztenciális válságok nemcsak hogy nem tűntek el, hanem az utóbbi években inkább szaporodtak.

A nyerteseknek és veszteseknek ez a szétválása hamarosan és igen világosan a volt NDK-ban is meg fog mutatkozni, persze összességében alacsonyabb színvonalon. Az ott uralkodott, relatíve egalitárius szociális struktúrától (persze, leszámítva az állami- és pártvezetés nagy kiváltságait) az út a jövedelmek, élethelyzetek és életkockázatok eddig nem ismert polarizálódásához vezet, talán még radikálisabban, mint Nyugaton. Így egyrészt az új szövetségi tartományokban a szocializmusnak piacgazdasággá való átalakulása folytán a lakosságnak nem kis része lényegesen jobb anyagi helyzetbe fog kerülni, és utoléri a Nyugatot. A középosztálynak és a legmodernebb, nagy termelékenységű termelő- és szolgáltató üzemek szakembereinek ezzel az „újgazdagságával” szemben azonban a másik oldalon ott lesz a kirekesztettek „újszegénysége”. A munkanélküliség, az elhelyezkedés nehézsége, az elégtelen jövedelem, a lakhatás ve-

szélybe kerülése – mindennapi gondok lehetnek az emberek sokasága, esetleg többsége számára.

Tételünk tehát a következőképpen hangzik: itt is és ott is nő azoknak a száma, akik átmenetileg vagy tartósan ki vannak rekesztve a társadalmi vívmányok minimumából, akik csak a szegénységi határt jelentő, vagy annál is alacsonyabb jövedelemmel rendelkeznek, s anyagi létük fenntartása végett szociális segélyre szorulnak. A beígért gazdasági csodával és általános jóléttel ellentétben az új Németországban a szegények száma igen nagy lesz, és tovább növekszik. Az abszolút számokat és a részarányt illetően ez elsősorban az új szövetségi tartományokra igaz, de áll a régi tartományokra is. A társadalombiztosítás Nyugattól átvett rendszere ezen a kirekesztési folyamaton nem tud és nem fog változtatni. A szociális háló Nyugaton is nagy lyukai a gazdasági és szociális problémák megnyilvánulása és szerkezete, valamint az alacsony jövedelmi színvonal miatt Keleten még nagyobbak lesznek.

Németország társadalmi és szociális struktúrájának ez a változása, ami a társadalmi homogenitás megszűnésében jut kifejeződésre, messzeható következményekkel jár:

- a keleti és nyugati társadalom aszinkron fejlődése eddig nem ismert regionális/szociális konfliktusok veszélyét hozza magával. Az érdekek és politikai témák Nyugaton teljesen mások, mint Keleten: míg az új tartományok lakosságának nagy része egyszerűen arra törekszik, hogy elérje és biztosítsa a jó élet perspektívájának *anyagi* bázisát, addig Nyugaton az utóbbi években egyre nagyobb jelentőségre tettek szert a „posztindusztriális” értékek és érdekek.

- Mennél élesebb a regionális egyenlőtlenség, és mennél tovább tart, annál nagyobb lesz az elvándorlás Keletről Nyugatra. Ez volt egyébként a fő indoka a valutáris és gazdasági unió elsietett bevezetésének.¹ Ehhez járul a munkahelyi ingázók növekvő száma, akiknek esetében az ingázás sokszor csak első lépcsőfoka a tartós áttelepülésnek. Ez az elvándorlás nem fog a fiatalabb, teljesítőképesebb és mozgékonyabb szakképzett munkaerőre szorítkozni. Sok munkanélküli és deklasszált ember is meg fogja kísérelni, hogy Nyugaton boldoguljon; a Nyugaton meglévő szegénypénsség ki fog egészülni.

- Amíg Németország két része között a termelés, a termelékenység és a foglalkoztatottság színvonala nagyjából ki nem egyenlítődik, addig éven át transzfer-fizetéseknek kell Nyugatról Keletre áramlaniuk, hogy elkerüljék a tömegnyomort, segítsék a gazdasági struktúra átalakulását, s lehetővé tegyék a beruházások és a termelés fellendülését. A Német Szövetségi Bank a költségvetési pénztranszfer 1991-re esedékes teljes összegét 140 milliárd DM-re becsüli; ez a keletnémet GDP kb. kétharmadának felelne meg. Ennek a transzfernek nagy részét szociális juttatásokra kell majd fordítani, mivel az új tartományokban a járulékok és az adóbevételek távolról sem elegendők a kiadások fedezésére.

- Valószínű, hogy a nyugatnémeteknek az *állami* egyesülésből fakadó nyeresége – amely persze igen eltérően oszlik meg a különböző emberek között – a *szociális* egység helyreállításának és finanszírozásának a szük-

ségessége miatt ismét *veszendőbe* megy. Így az egyesüléssel járó adó- és járulékemelések miatt a nettó reáljövedelmek aligha fognak növekedni. Ha az állami megosztottságot csak osztozkodással lehet megszüntetni, akkor a szociális elosztási konfliktusokra rátelepednek a regionálisak, sőt, talán az utóbbiak lesznek a meghatározók.

– A szövetségi szociálpolitika és a szakszervezetek hamarosan a szegénység és ezzel a szegénypolitika jelentőségének óriási megnövekedésével fognak szembekerülni. A szociális segély miatt a legelső szociális biztosítási rendszer az eddiginél is nagyobb jelentőségre tesz majd szert, s ezért főleg a keletnémet községek pénzügyi terhei nagymértékben megnőnek. Ha ezt a fejlődést el akarják kerülni, akkor a gazdaság- és pénzügypolitika mellett a szociálpolitikának is sürgősen alternatívákat kell keresnie. Meggyőződésünk, hogy fel kell eleveníteni a *szociális minimum-biztosítás* koncepcióit a (szociál-)politikai vitákban. Az a szokványos érvelés, hogy az öt új szövetségi tartományra átvitt társadalombiztosítási rendszer Nyugaton évtizedeken át „bevált”, nem segít hozzá a teljesen új követelmények és problémák megoldásához.

2. Nyugat-Németország: növekvő jólét – növekvő szegénység

2.1. Az egyesülés nyertesei és nyereségei

Egy gazdag országban a gyümölcsöket egyre egyenlőtlenebbül osztják el. A jövedelem- és vagyonmegosztásnak ez a 80-as évekre vonatkozó jellemzése 1990-re is érvényes. Sőt, az egyesülés folytán az elosztás egyenlőtlensége tovább fokozódott: a vállalatok, az önállók és a vagyonosok lényegesen több hasznot húztak a konjunktúrából, mint a munkavállalók, bár az ő jövedelmük is határozottan emelkedett. Az egy foglalkoztatottra eső bruttó reálbér és -fizetés 1,9%-kal nőtt, sőt, a megfelelő nettó összeg 5%-kal növekedett. A nettó reáljövedelmek ilyen mértékű évi emelkedése sem a 70-es, sem a 80-as években nem fordult elő. Ezek mögött az *átlagos* növekedési ráták mögött azonban mind a bruttó, mint a nettó jövedelmek erős differenciálódása rejlik. Az egy foglalkoztatottra eső nettó bér és jövedelem erőteljes emelkedésének egyik fő oka az volt, hogy a múlt évben (1990) életbe lépett az adóreform harmadik szakasza, amely sokkal jobban tehermentesítette a magasabb jövedelmeket, mint a közepeseket, és főleg mint az alacsonyakat.

Az átlagos munkajövedelemnek a bérből és fizetésből élők csoportján belüli differenciálódása mellett végbemenő emelkedése eltakarja, hogy a nyereséjővedelmek sokkal nagyobb mértékben növekedtek. A nemzeti jövedelem elosztása a 80-as évek folyamán határozottan eltolódott a vállalkozói tevékenységből és vagyonból eredő jövedelmek javára: ezek az utóbbi tíz évben több mint a kétszeresükre nőttek, míg a nem-önálló munkából fakadó bruttó jövedelmek összessége csak 50%-kal nőtt, miközben a függő viszonyban lévő keresők száma még emelkedett is. Ezt fejezi ki a bérhányad (a bérek és fizetések részaránya a nemzeti jövede-

lebenben) folytonos csökkenése. Ez a hányad az elmúlt évben volt legalacsonyabb szinten a 60-as évek vége óta.

Amilyen egyenlőtlenül oszlanak meg az állami egyesülésből fakadó „nyereségek”, olyan egyenlőtlenek lesznek a szociális egység finanszírozásához szükséges terhek is. A kelet-németországi munkaerőpiac hatalmas problémáinak finanszírozását túlnyomórészt a munkanélküliségi biztosítás járulékfizetőire terhelik rá; a megemelt járulékok révén 1992 végéig 41 milliárd DM-et meghaladó többletet kell kiizzadniuk. Ezzel kizárólag a munkások és az alkalmazottak jövedelmét terhelik meg, és ezt is csak a járulékkirovási határig. A nyugdíjbiztosítás járuléktételeinek egyidejű csökkentése (1992 végéig összesen 20 milliárd DM) csak időlegesen lesz érvényben, mert legkésőbb 1993 elején a most még különálló nyugati és keleti nyugdíjbiztosítás pénzügyi összekapcsolása, valamint a teljes nyugati nyugdíjjagnak az új tartományokra történő kiterjesztése folytán a járulékokat emelni kell. Az önállóak, a szabadfoglalkozásúak és az állami tisztviselők viszont teljesen mentesülnek a munkapiaci politika finanszírozásától. Az állami tisztviselők sem nyugdíj-, sem munkanélküliség biztosítási járulékot nem fizetnek, s a nyugdíjbiztosított önállóak terhelése a törvényes nyugdíjbiztosításba befizetendő járulékok tételeinek csökkentése folytán még csökken is.

Az „1991. évi adócsomag” keretében megemelt adók révén a béradót fizetőktől ismét elveszik azt, amit az 1986/90-es adóreformtól kaptak. Míg a béradó alsó felének (évi 45 000 DM jövedelemig) adóterhe összességében nő, a felső 15%-é (évi 80 000 DM jövedelem fölött) továbbra is erősen csökken.

A növekvő adók és társadalombiztosítási járulékok által történő kettős megterhelés azt eredményezi, hogy a munkavállalók átlagos nettó reáljövedelme a bértarifák erőteljes emelése ellenére a legkedvezőbb esetben is csak stagnálni fog. De fenyeget a csökkenés veszélye, ha az árszínvonal erősen megemelkedik. Az egyesülés költségeinek egyenlőtlen elosztása végletessé válna, ha 1992-től a csak meghatározott időre kivett pótdadó helyett az értéktöbbletadó* kulcsait emelnék, és ugyanakkor megvalósítanák az összességében 6,5 milliárd DM-et kitevő vagyonadó kilátásba helyezett megszüntetését.

Vannak továbbá, akik az egyesülés nagy pénzügyi költségein még keresnek is. A szükséges összeg nagy részét ugyanis az állam a nettó hitel felvétel erős megnövelésével finanszírozza. Ennek a finanszírozási stratégiának az elosztáspolitikára gyakorolt hatása azonban meglehetősen egyértelmű: az államadóssági kötvények kamatait a magasabb jövedelműek és a pénzvagyonok tulajdonosai kapják, a kamatok fizetése viszont az adóbevételből történik, ehhez pedig elsősorban a kis és közepes jövedelműek tömege járul hozzá. A kamatszínvonal, elsősorban a községeknek az egyesülésből adódó nagy, új eladósodása folytán, jelentősen megemelkedett: az 1990. évi 8,9%-os kamatláb (fix kamatozású értékpapírok hozama) 3,1 százalékponttal haladta meg az 1987. évi utolsó mélypontot

* Magyarországi megfelelője: általános forgalmiadó. *A ford.*

(5,8%), s csak 1990-ben a kamatszínvonal az előző évhez képest 1,8 százalékponttal nőtt. Ha a Német Szövetségi Bank által 2,5 billió DM-re becsült összes pénzvagyonnal számolunk, akkor csak az elmúlt évi kamatlábemelkedés több mint 45 milliárd DM kamatnyereséget jelent.

Az is figyelembe veendő, hogy az NDK-ban kisajátított tulajdonnal (föld, ingatlanok) kapcsolatosan kerekén 3 millióra nőtt reprivatizálási kérelem, ill. a várható kárpótlási pénzek folytán nyugati polgárok is, sőt, éppen ők olyan értékekre fognak szert tenni, amelyek rövid időn belül elérhetik az 50 milliárd DM-et. Végül: még ha a Treuhandanstalt* a jövőben nagyobb súlyt szándékozik is helyezni a szanálásokra, fő célja mégis a keleti vállalatok privatizációja marad. Ez azonban azt jelenti, hogy a keletnémet termelő vagyon nagy része a jövőben a jómódú nyugati testvérek tulajdonává lesz. Nem sok marad abból az eredeti ígéretből, hogy az új tartományok lakosságát részesíteni fogják a valaha volt össznépi tulajdonból.

2.2. Növekvő rászorultság a szociális segélyre

A jövedelmek és élethelyzetek egyenlőtlen elosztásának a 80-as éveket jellemző folyamata a szegénység erős megnövekedéséhez vezetett. A volt Szövetségi Köztársaságban még sohasem élt annyi „szegényként” jellemezhető ember, mint a 90-es évek elején. A prosperitásnak és gazdasági hatékonyságnak ezt az árnyoldalát manapság már alig veszik tudomásul, s úgy látszik, hogy a „sikeres” piacgazdaság normális állapotához tartozónak számít. A Kelet hatalmas szociális problémái láttán ez az elhallgatás még csak erősödik. Nagy a veszélye annak, hogy azok az emberek (csoportok), akik/amelyek már eddig is csak mélyen az átlag alatt, minimális mértékben részesültek a társadalmi javakból, az egyesülési folyamat következtében még inkább a peremre szorulnak, és/vagy teljesen kirekesztődnek. A 80-as évek restriktív szociálpolitikai stratégiáinak aszociális nyomai még mindig láthatók, s a tartósan munkanélküliek, a szociális segélyben részesülők, az ápolásra szoruló vagy lakást keresők helyzete nem javult Németország egyesülésével. Az a hivatkozás, hogy a keleti tartományokban az embereknek részben még nehezebb körülmények között kell élniük, a nyugati rész egyetlen szociális problémáját sem oldja meg.

Mégis félő, hogy az egyesülés pénzügyi terhei további indokul szolgálhatnak a szegénység felszámolásához sürgősen szükséges szociálpolitikai reformrendszabályok ismételt elnapolásához. Ennek egyik példája az ápolási költségek finanszírozásának megakadályozott újrarendezése, másik példája a lakásprobléma. Nyugat-Németországban, ahol egyébként is már 1,5 millió lakás hiányzik, a változatlanul erőteljes bevándorlás tovább fokozza a problémákat. A betelepülőket segélyező szövetségi munkaközösség a hajléktalanok jelenlegi számát 1,2 millióra becsüli, közülük ke-

* Magyarországi megfelelője: Állami Vagyonügynökség. *A ford.*

reken 500 000 embernek nincs saját lakása, kereken 700 000-nek pedig van ugyan tető a feje felett, de lakása a minimális igényeknek sem felel meg.

A *jövedelmi szegénység* színvonalának, struktúrájának és fejlődésének a megítéléséhez fontos mutató a szociális segélyben való részesülés (a „leküzdött szegénység”). A statisztika szerint a szociális segélyben részesülők száma a 70-es évek közepe óta meredeken emelkedett. 1989 folyamán több mint 3,6 millió ember kapott szociális segélyt, ami csaknem 70%-os emelkedést jelent 1980-hoz képest. Ez a többlet lényegében véve a megélhetéshez nyújtott folyó segélyezésben részesülők számának a növekedéséből adódik: 1989-ben átmenetileg vagy tartósan 2,8 millió ember élt olyan jövedelmi szinten vagy az alatt, amely szükségessé tette a (pótlólagos) szociális segély igénybevételét. Itt a növekedés 1980-hoz képest kereken 110%. Ha a megélhetéshez nyújtott segélyek igénybevételének hányadát 50%-ra tesszük, akkor megalapozottan állíthatjuk, hogy 5,6 millió ember, vagyis a lakosság közel 9%-a él a szegénységi határon vagy az alatt.²

A megélhetéshez nyújtott segélyben részesülők összetétele igen heterogén, és az időben változó.³ Manapság elsősorban munkanélküliek, külföldiek, gyermeküket egyedül nevelő és idősebb nők tartoznak a szegény lakossághoz, miközben az utóbbi években a szociális segélyre szorulókkal az összlétszámának meredek emelkedésével párhuzamosan radikálisan megváltozott a segélyben részesülők összetétele: a megélhetési segélyeket egyre fiatalabbak és egyre inkább férfiak kapják.

A szociális segély pénzjuttatásainak növekvő igénybevételében tükröződik az a tendencia, hogy nincs, vagy nincs elegendő saját kereset, és/vagy a család segítségére nem lehet számítani, s hogy a társadalombiztosítási rendszer nem vagy nem eléggé hatásos. Ez a kizárás az első védelmi vonalat jelentő, „előkelő” társadalombiztosítás juttatásaiból akkor történik, amikor a munkanélküliség nagyarányú és tartós, a normális munkaviszony erodálódik, a „házasság” biztonsági rendszere törékennyé válik, és a bémunkacentrikus szociálpolitika sajátos konstrukciós elvei érvényesülnek. A szociális állam ama igényének ugyanis, hogy a társadalombiztosítás létbiztonságot nyújtóan fedezze a szociális kockázatokat, az a ki nem mondott feltevés képezi az alapját, hogy minden munkaképes és dolgozni hajlandó ember talál fizetett munkát, s ugyanakkor kollektív joggal biztosított tartós és teljes munkaidejű munkaviszonyra léphet és lép is. Ennek az ún. normális munkaviszonynak egyúttal a keresőképesség egész tartamára ki kell terjednie, és legalább az átlagos bértételeket kell garantálnia. Ezek a feltevések azonban – amint ezt a volt Szövetségi Köztársaság munkapiaci és foglalkoztatási struktúrájára vetett egyetlen pillantás is megmutatja – bizonytalan, sikamlós talajon állanak. A nők élete lehetetlenné teszi a folyamatos és teljes idejű munkavégzést (a nyugdíjbiztosítás szóhasználatát ezt „betöltött munkás életnek” nevezi). A férfiak foglalkoztatásánál ugyan túlnyomó a munkajogilag normális munkaviszony, ezt azonban megkérdőjelezi a tartós tömeges munkanélküliség, és ezzel összefüggésben a védelemben nem részesülő, instabil

foglalkoztatási viszonyok szürke tartománya. Ha pusztán a munkajövedelem jelentősen az általános átlag alatt van, előállhat az az eset, hogy többéves munkaviszony és járulékfizetés ellenére a munkanélküliségi pénz, a munkanélküli segély vagy a nyugdíj nem éri el a szociális segély színvonalát,⁴ s az érintettek kiegészítésképpen szociális segélyre szorulnak.⁵

Ha hiányoznak az említett munkapiaci vonatkozású implicit normalitási feltevések, amelyekhez még hozzáveendő a nem-kereső nők ellátásának biztosítása a házasság révén, akkor a lakosság növekvő száma mintegy automatikusan kirekesztődik a társadalombiztosítási védelemből. Emellett az utóbbi évek szociálpolitikai törvényhozása csökkentette a társadalombiztosítási juttatások színvonalát, s ezek struktúráját még inkább az élethossziglani teljesidejű munka eszményképe szerint módosította. Ennek következtében a normális munkaviszony normatív eszményképe, valamint az ehhez igazodó szociális jog és a foglalkoztatási realitás között egyre nagyobb a szakadék.

A szociális segély statisztikája azt mutatja, hogy az utóbbi években a munkanélküliség, elsősorban a tartós és többszöri munkanélküliség vált a megélhetéshez kapott folyamatos segély fő okává. Azoknak a családoknak az egyharmadánál, amelyek 1989-ben megélhetésükhöz folyamatosan segélyt kaptak, a munkanélküliség volt a segélyezés legfőbb oka: e háztartások 61%-a nem kapott sem munkanélküliségi pénzt, sem munkanélküliségi segélyt. Hosszabb ideig tartó munkanélküliségnél megszűnik a munkanélküliségi pénzre való jogosultság, s ilyen juttatást egyáltalán nem kapnak azok a munkanélküliek, akik még nem álltak, vagy csak rövid ideig álltak biztosításra kötelezett munkaviszonyban, s ezért nem felelnek meg a jogosultsági követelményeknek. A munkapiac differenciáló és kiválasztó folyamatai visszatükröződnek a munkanélküliség elleni társadalombiztosítás mértékében és minőségében. Mennél inkább eltávolodnak a munkanélküliek a folyamatos munkaviszonytól, annál csekélyebbé válnak a munkanélküliségi segélyre való utalással a támogatási juttatások, és annál nagyobb a veszélye annak, hogy teljesen meg is szűnnek.

A nyugat-németországi munkapiacra vonatkozó valamennyi középtávú prognózis azt mutatja, hogy a munkapiac demográfiai okokból bekövetkező tehermentesülése, valamint a termelés és a foglalkoztatottság (egyezőre még) magas növekedési rátái dacára a munkapiac egyensúlyhiánya súlyos marad jóval az ezredforduló után is. Ennek oka a tartósan erős kínálati nyomás, amelyet viszont főleg a Kelet-Németországból jövő bevándorlók és ingázók határoznak meg. A „piac erői” az Elbától nyugatra sem lesznek képesek arra, hogy belátható időn belül helyreállítsák a teljes foglalkoztatottságot.

3. Kelet-Németország: Útban a kettéosztott társadalom felé

3.1. A munkavállalók jövedelme emelkedik – de előre látható a szociális segélyre való rászorulás jelentős növekedése is

Az új szövetségi tartományokban az átlagos életszínvonal változatlanul alacsony. Ennek legfontosabb mércéje a jövedelmek, ill. bérek nagysága. Ez a társadalombiztosítási juttatások mértékére is döntő hatású, mert a pénzbeli juttatások (pl. a munkanélküliek és a rövidített munkaidőben dolgozók járandósága, a táppénz és a nyugdíjak) színvonala és struktúrája a bértől függ. Mármost 1990 óta a munkavállalók jövedelme Kelet-Németországban is jelentősen emelkedett. Az átlagos bruttó bérek és fizetések a múlt évben erőteljesen (csaknem 20%-kal) nőttek; sőt, a teljes munkaidőben foglalkoztatottak egy főre eső bruttó bére (amelynek kiszámításánál figyelmen kívül hagyják a rövidített munkaidőben dolgozók nagy tömegét) kerekén 25%-kal emelkedett. Ezek a magas növekedési ráták azonban nem takarhatják el, hogy az elért színvonal Nyugat-Németországhoz képest még mindig nagyon alacsony: a teljes munkaidőben foglalkoztatottak egy főre eső havi bruttó bére az évek átlagában 1317 DM-et tett ki. A jelenlegi évre (1991) várt további 25%-os emelkedés is csak kb. 1650 DM-re növelné az átlagos bruttó havi bért. Ezek a növekedési ráták persze folytatódni fognak, úgyhogy – különösen a Kelet és Nyugat bérszínvonalának fokozatos kiegyenlítéséről részben létrejött tarifapolitikai megállapodás folytán – a Kelet-Németországban foglalkoztatottak jövedelmi színvonala hamarosan alapvetően meg fog javulni, és közeledni fog a nyugatnémet tarifaszínvonalhoz.

A nyugati színvonalat megcélzó tarifapolitika azt is implicálja, hogy a volt NSZK-ból átvett tarifaszerveződéseknek a bérek és fizetések struktúrájára vonatkozó szabályai, valamint az üzemek mindenkor termelékenységi és versenyképességi ereje szerint a bérek és fizetések fölfelé és lefelé differenciálódni fognak. Nagy bérkülönbségek alakulnak ki szakmától és végzettségtől függően, s ez a fejlődés mindenekelőtt a nőket fogja hátrányosan érinteni. A béreknek ezt az átlagok által eltakart szélsőséges differenciálódását teljessé teszik a részmunkaidős, bizonytalan és védelem nélküli foglalkoztatásból adódó alacsony jövedelmek, amelyek a hajdani NDK-ban ismeretlenek voltak.

Persze, figyelembe kell venni, hogy a Kelet és Nyugat közötti különbségek a *nettó* béreknél kisebbek, mint a bruttóknál. A keleti bérek átlagosan 20%-os adóterhe a progresszív jövedelemadó és a speciális kedvezmények miatt jóval alacsonyabb a nyugati bérek kerekén 32%-os adóterhénél. Továbbá: a keresők aránya az új tartományokban még nagy, ott átlagosan többen járulnak hozzá egy-egy család jövedelméhez, mint Nyugaton, ezért a családi jövedelmek Kelet és Nyugat között kevésbé különböznek, mint az egyéni jövedelmek.⁶ A nagy munkanélküliség és elsősorban a nőknek a munkapiacról való kiszorulása folytán ez a strukturális különbség majd hamarosan megszűnik, sőt, talán az ellenkezőjére fordul.

A munkanélküliség miatt a munkajövedelmek Kelet-Németországban

csak igen kevésbé használhatók a jövedelmi és életviszonyok jellemzésére. *A lakosság közel háromnegyedének teljesen vagy részben társadalmi jövedelmekből (és megélhetésükhöz kapott magánjuttatásokból) kell élnie.*

Tartós tömegmunkanélküliség, a normális munkaviszony eróziója, a férjes asszonyok ellátottsági biztonságának növekvő széttöredezése – ezek a Szövetségi Köztársaságot (annak nyugati részét) jellemző szociál-ökonómiai eltolódások a volt NDK-ban még határozottabban jelentkeznek, és nemcsak átmenetileg, hanem tartósan. Ugyanakkor azonban az előzőleg vázolt bér munkacentrikus társadalombiztosítási rendszert valamennyi konstrukciós elvével és kirekesztési mechanizmusával (és persze előnyeivel is) átvitték az új szövetségi tartományokra.

Ebből előre látható, hogy a szociális segélyben részesülők köre Keleten (viszonylag) jóval tágabb lesz, mint Nyugaton: egyfelől Keleten a gazdasági és szociális hanyatlás folytán halmozódnak a problémák, másfelől a jövedelmi színvonal és ezáltal a bért pótló társadalmi juttatások színvonala is a nyugati tartományok színvonalának csak a felét éri el. Mennél jobban elmaradnak azonban a bérek, a nyugdíjak, a munkanélküliségi pénz vagy munkanélküli segély, valamint más társadalmi juttatások a létminimumtól, mennél több ember marad majd biztosítási védelem nélkül, mennél több ember járandóságának folyósítása szűnik meg, és mennél kevésbé lehet a család támogatására számítani⁷, annál nagyobb lesz az új szövetségi tartományokban a szociális segélyben részesülők köre.

A szegények körének tényleges nagysága döntő mértékben függ attól, hogy hol húzzuk meg a szegénységi határt. Ha Keleten is az abszolút szegénységi mutatóra vesszünk irányt, amelyet a szociális segély mér, és ragaszkodunk ahhoz a felfogáshoz, hogy egy államban csak egyetlen szociális-kulturális létminimum lehet, akkor a szociális segély szabályozó tételei (amelyek a lakbéreket nem tartalmazzák) – egységes árszínvonal mellett nem különbözhetnek olyan nagy mértékben régióként, mint manapság. (Attól a kérdéstől most eltekintünk, hogy méltányosak-e ezek a szabályozók.) Az alacsony bércsoportoknál a szociális segélyt szabályozó tételek akkora távolságot határoznak meg a nettó munkabérektől, hogy az így kiszámított szociális segély nem lehet a szükségletkielégítés mércéje oly erősen eltérő bérek és fizetések esetében, mint amilyenek az új Szövetségi Köztársaságban vannak. Ez persze azt is jelenti, hogy egyfelől az alacsony bérek és a még alacsonyabb társadalombiztosítási juttatások, másfelől a szociális segély közötti átfedés területe sokkal nagyobb lesz, mint a régi NSzK-ban.

3.2. A szociális transzferek jelentősége

Ez az átfedő zóna enyhíthető olyan szociális transzferekkel, amelyek speciális, a kereső tevékenységből származó és az azt pótló jövedelem (a gyermekpénz, a nevelési pénz* és a lakáspénz) által tekintetbe nem vett

* Magyarországi megfelelőjük: családi pótlék és gyermeknevelési támogatás. *A ford.*

szükségletek kielégítésére irányulnak. A keleti tartományokban alacsonyabb jövedelmi színvonal mellett ezeknek a szociális transzfereknek a belátható jövőben sokkal nagyobb jelentősége lesz a háztartások jövedelmében, mint Nyugaton. A társadalombiztosítási juttatásoktól eltérően ezeknek az adókból finanszírozott társadalmi juttatásoknak az abszolút összegei az egész Szövetségi Köztársaságban egyformák, sőt, a gyermekpénz az egygyermekes családok számára az új szövetségi tartományokban havi 650 DM, ami 15DM-mel több, mint a régiókban. A nyugatihoz képest csak mintegy feleakkora átlagjövedelem mellett tehát Keleten az azonos nagyságú szociális transzferek a jövedelemnek jelentősen nagyobb *hányadát* teszik ki, s emellett, ugyanezen okból a jövedelemtől függő szociális juttatásokat a rájuk megállapított jövedelmi határ túllépése miatt sokkal ritkábban csökkentik, mint Nyugat-Németországban. Kiindulva a mindenkori legmagasabb összegekből és a nettó 2500 DM-et kitevő nyugati, ill. 1250 DM-et kitevő keleti átlagjövedelemből, a jövedelmek a *gyermekpénz által* Nyugat-, ill. Kelet-Németországban 2 ill. 5,2%-kal emelkednek egy gyermek esetében, 7,2 ill. 14,4%-kal két gyermeknél, és 16 ill. 32%-kal háromnál. A havi 600 DM *nevelési pénz* által az átlagjövedelem Nyugaton 24%-kal, Keleten pedig 48%-kal nő. A Keleten csak kb. feleakkora átlagjövedelem mellett tehát az azonos nagyságú szociális juttatások *relatív* jövedelemnövelési hatása mindig kétszer akkora, mint Nyugaton.

Természetesen ezek a jövedelemre vonatkoztatott eltérő viszonyszámok a közel azonos árszínvonal mellett semmiképpen sem érintik a szociális transzferek reálértékét: 60 DM gyermekpénz az első gyermek után, vagy 600 DM nevelési pénz a vele megszerezhető javak és szolgáltatások tekintetében Keleten nem ér többet, mint Nyugaton. Mivel a szociális segélynél a gyermekekre megállapított tételek a gyermekpénzek nagyságát (a gyermekpénzpótlékkal együtt) jelentősen meghaladják, ezért növekvő gyermekszám esetén még átlagjövedelmű családok is igen hamar a szociális segélyküszöb alá kerülnek. Eltérően a Nyugattól, a keleti családok az adóval kapcsolatos transzferjuttatásokból (adóból levonható gyermeknevelési és oktatási költségek) csak kevés hasznot húznak, mert a jövedelmeket csak kis mértékben terheli a bér- és jövedelemadó.

A gyermek- és nevelési pénz jövedelemnövelő hatása ténylegesen csak akkor érvényesül, ha nem szűnik meg a második jövedelem (az anya jövedelme), mert a gyermekgondozó intézmények leépítése miatt most már nem lehet összhangba hozni a keresőtevékenységet és a gyermeknevelést. Pusztán a 18 hónapra korlátozott nevelési pénz képes – elvileg legalábbis – enyhíteni vagy időlegesen elhárítani elszegényedéssel fenyegető folyamatokat. Ez a juttatás ugyanis, eltérően a gyermekpénztől és minden más szociális juttatástól, nem számít szükségletcsökkentőnek a szociális segély megállapításánál. Meglehetősen bizonyos azonban, hogy az ilyen szociális transzferek, relatíve nagyobb jelentőségük miatt, pénzügyileg „elviselhetőbbé” teszik a sok nő osztályrészeül jutó háziasszonyi- és anya-szerepet, főleg akkor, ha megszűnik a második kereset a munkahely elvesztése

folytán. Így a nők egy része – átmenetileg szociálisan támogatva – szorul ki tartósan a munkapiacról.

3.3. Növekvő lakbérek

Kelet-Németországban a lakbérek még ez évben (1991) drasztikusan emelkedni fognak. Már decembertől januárra 7,4%-kal nőttek a megélhetési költségek, amiben főleg a lakbérek és az energiaárak csaknem 60%-os, valamint a villany- és gázárak 200%-os emelkedése játszott szerepet. Október elsejével a lakbérek átlagosan négyzetméterenként 2,60 DM-mel (régi épületeknél), ill. 3,60 DM-mel (új épületeknél) fogják tovább emelni. Ezenkívül – akárcsak Nyugaton – a korszerűsítési költségekkel évi 11% erejéig meg lehet a béreket terhelni. A Bonn által tervezett – ugyancsak 11%-os – helyreállítási költség felszámítására viszont egyelőre nem kerül sor. Összesen a „meleg-lakbérek” négyzetméterenként átlagosan legalább 3 DM-mel emelkednek, s a „hideg-lakbérek” részaránya a háztartások jövedelmében kb. 4%-ról legalább 10%-ra nő.

Ezzel a Kelet-Németország számára hatalmas lakbéremelkedéssel egyidejűleg *speciális lakáspénz-szabályozás* lép életbe: a régi NSzK-tól eltérően az új tartományokban 1994 végéig a lakáspénz a „meleg üzemköltségekre” is ki fog terjedni, és 1995 végéig a lakáspénz kiszámításánál évi 1200 DM elkülönített adómentes jövedelmet vezetnek be a családfő, és 300 DM-et minden további családtag számára. E viszonylag rövid időre szánt speciális szabályozások alapja az a feltételezés, hogy a nominálbérek továbbra is erőteljesen növekedni fognak. Emellett a további lakbéremelések hatásukat amúgy is csökkenteni fogják. Egyébként is csak azok számára van jelentőségük, akik munkaviszonyban állnak. Mivel azonban ezek száma tartósan csökkenni fog, ezért a háztartások jövedelmét valószínűleg csak kevésbé fogják növelni, nem is szólva a tartósan kirekesztettekről és a már kereső tevékenységet nem folytatókról, ill. arra nem képesektől (a nyugdíjasokról). A lakbérek összességükben hasonlíthatatlanul gyorsabban fognak emelkedni, mint a jövedelmek.

És még ha csaknem valamennyi bérlő lakáspénzt igényelne, és azt meg is kapná,⁸ ez a terhek növekedését csak részben kompenzálná: az állami lakáspénz-kiadások az új tartományokban 1992-ben mintegy 3,6 milliárd DM-et fognak kitenni; kereken 5 millió bérlakásnál átlagosan 64 négyzetméteres lakóterület és átlagosan 3 DM/négyzetméter lakbéremelés mellett a naptári évben a bérlőkre kb. 11,5 milliárd DM többletterh hárul. Levonva a mintegy 3,6 milliárd lakáspénz-juttatást, marad csaknem 8 milliárd DM nettóterhelés. Tehát a lakáspénz a lakbéremeléseknek csak szűk egyharmadát lesz képes kompenzálni, tehát sok esetben kell majd kiegészítő szociális segítyt igényelni. A naptári évre számítva kb. egy teljes átlagos havi nettó jövedelemre lesz szükség csak a már elhatározott lakbéremelések megfizetésére.

3.4. Magas munkanélküliség és alacsony támogatási juttatások

A kirekesztési és elszegényedési folyamat a volt NDK-ban elsősorban az ugrásszerűen növekvő számú munkanélküliekre és különösen a tartósan munkanélküliekre fog koncentrálni. Áprilisban a regisztrált munkanélküliek száma csak 840 000 fő volt, a rövidített munkaidőben dolgozóké több mint 2 millió. Az utóbbiak jóval több mint felénél a munkaórák 50%-a esik ki, sőt, sokuknál 100%-a. A regisztrált alulfoglalkoztatottság tényleges mértéke tehát már tíz hónappal a valutáris unió után kb. 2 millió ember, vagy munkanélküliségre átszámítva több mint 20%. De a foglalkoztatottság már realizált csökkenése – mindenekelőtt a korai nyugdíjazás, a nők kiszorítása, az ingázás és az elvándorlás folytán – messze nagyobb mértékű a regisztrált alulfoglalkoztatottnál. Az új szövetségi tartományok az év végéig olyan drámai helyzetbe kerülnek, hogy a régebben kereken 9 millió foglalkoztatottnak csak kereken a fele tesz szert teljes munkajövedelemre. Szemben velük ott vannak a kiszorítottak és kirekesztettek, akiknek legalább a fele nagy valószínűséggel soha többé nem integrálódhat (teljesen) az új tartományok munkapiacába.

A foglalkoztatási rendszerből kirekesztett és megélhetésül havi 600-800 DM-re ráutalt emberek száma az új szövetségi tartományokban oly nagyra nőtt, amilyenhez hasonlót a Szövetségi Németország szociális rendszere eddig nem ismert. Ebben az évben kereken kétfélmillió a munkanélküli, ugyanennyi a rövidített munkaidőben dolgozó, akiknek háromnegyedénél a munkaidőkiesés jóval több lesz 50%-nál, 500 000 az idő előtti nyugdíjazás, ill. öregségre való átmenet miatt pénzjuttatásban részesülő, továbbá évente átlagosan 350 000 a megélhetési pénzt kapó ember – mindezek együtt mintegy 4 milliót tesznek ki, akiknek nagyrészt a Szövetségi Munkaintézet alacsony juttatásaiból kell megélniök. A jelenleg havi átlagban kereken 1250 DM nettó munkajövedelem mellett a belőle levezetett juttatások nagysága nagyjából a következő:

- munkanélküliségi pénz 790, ill. 850 DM (attól függően, hogy van-e, vagy nincs jogosult gyermek);
- munkanélküli segély 700-725 DM;
- megélhetési pénz 810 ill. 910 DM;
- idő előtti nyugdíjazásnál 875 DM;
- öregségre való átmenetnél (új jogcím) 810 DM.

A foglalkoztatottak bérének és fizetésének az emelkedése csak közvetve és megkésve gyakorol hatást a pénztámogatásokra. A már kiszorultak közül sokan lényegesen alacsonyabb pénzbeli támogatásokat kapnak, mint amekkorák az itt csak példaképpen, az *aktuális* átlagkeresetből levezetett összegek. Juttatásaikat ugyanis a korábbi munkajövedelmük alapján számítják ki, s csak egy juttatási év elteltével korrigálják. Másképp áll a dolog a rövidített munkaidő esetében a kieső órákért fizetett pénzzel, amelynek kiszámításához a meg nem kapott nettó munkajövedelmet veszik alapul. Ezért szociálpolitikailag is feltétlenül szükséges, hogy a rövidített munkaidő esetén kapott pénzjuttatás jelenleg fennálló specifikus szabályozása érvényesüljön az új tartományokban is, mert el-

térően például a jelenleg járó munkanélküliségi pénztől, a bér- és fizetésemelések közvetlenül hatnak a rövidített munkaidővel kapcsolatos pénzjuttatás abszolút nagyságára. Ez elvileg nagyobb anyagi biztonságot adhat még a 100%-osan rövidített munkaidőben dolgozóknak is, mint a munkanélküliségi pénz „alternatívája”. Ez annál is inkább így van, mert a szakszervezetek némely ágazatban (mindenekelőtt a fémiparban) kivívták, és a bértarifa szerződésekben rögzítették a rövidebb munkaidőben dolgozók pénzjuttatásainak 90%-ra való felemelését, bár csak 1991 közepéig ható érvénnyel.

A munkanélküliség Keleten sem csak rövidtávú, frikcionális és átmeneti jelenség. Még ha az ipari termelés határozottan növekszik is, a vele párhuzamosan emelkedő termelékenység miatt a munka, ill. foglalkoztatás volumene csak lassan fog növekedni. Olyan szintű foglalkoztatásra, mint amilyen volt a valutáris és gazdasági unió előtt, nem lehet számítani, s ezt már a politika sem ígéri. Ilyen perspektíva mellett Keleten reprodukálódni fog a Nyugat-Németországból ismert kettős szelekciós és strukturáló hatás a munkanélküliek közé való bekerülésnél és a munkanélküliségből való kikerülésnél. Ezzel nőni fog azoknak az aránya is, akik a juttatásban részesülés biztosítási feltételeinek (várakozási idők) nem tesznek eleget, s azoké is, akikről a munkanélküli segélyt vagy a szociális segélyt megvonják. Már márciusban a munkanélküliek nem egészen kétharmada (ha levonjuk az öregségre való átmenet címén pénzjuttatásban részesülőket, akiket nem tartanak nyilván munkanélküliként) kapott a munkahivataloktól támogatási pénzjuttatásokat. Jelenleg ez főleg a még fel nem dolgozott igénybejelentések miatt van így, de a kirekesztési folyamatok hamarosan teljes erővel beindulnak. Figyelembe véve ezt a fejlődést, valamint a munkanélküliség és munkahely elvesztés nyugatinál nagyobb mértékét, a keletnémet társadalom nem „kétharmados” társadalom lesz, hanem inkább „félbevágott” társadalom.

3.5. Nyugdíj-jövedelmek

A jövőben sok nyugdíjas is a társadalom alsó feléhez fog tartozni. Ez akkor is igaz, ha tekintetbe vesszük, hogy 1990 közepe óta a nyugdíjakat erőteljesen megemelték. A szociális unió keretében 1990. július 1-jén életbe lépett nyugdíjszínvonal-hozzáillesztés a nyugdíjösszegek átlagosan 28%-os növekedését eredményezte. A hozzáillesztés mércéje 45 biztosítási ill. munkában töltött év, az átlagkereset, valamint az NDK-beli önkéntes nyugdíjkiegészítő biztosítás díjainak a fizetése volt. Ezekben a „szabványos” esetekben a nettó nyugdíjat havi 672 DM-re emelték, ami megfelelt az NDK-beli átlagos nettó munkajövedelem célul kitűzött 70%-ának. A nyugdíj-hozzáillesztés folyamatában aztán ez év január elsejétől és június elsejétől a „standard” nyugdíjösszeg 15-15%-kal tovább emelkedett, tehát 672 DM-ről 773 DM-en keresztül 889 DM-re. Dacára ezeknek az erőteljes emeléseknek (amelyek a nettó bér fejlődését tükrözik), a Nyugattól való távolság nagy marad. Összehasonlítva a nyugat-

német standard nyugdíjjal, a megfelelő keleti nyugdíj hányada 40,3%-ról 50,8%-ra nőtt ugyan, de a keleti nyugdíj a vele összehasonlítható nyugatnak három emelés után is csak a felét teszi ki.

A „nyugdíjátvezetési törvénnyel” 1992-től a teljes nyugatnémet nyugdíj jogot is átviszik az új szövetségi tartományokra. Ezáltal javulnak az igényjogosultsági feltételek a biztosítottak nyugdíjainál (rokkantsági nyugdíjak, korhatárok), és javulnak a túlélési nyugdíjak, amelyek Nyugaton a nyugdíjvolumen kerekén 25%-át teszik ki, Keleten azonban a lényegesen szigorúbb elbírálási rendelkezések miatt csak alig 6%-át. Rosszabbodásokat eredményez viszont a nyugatnémet nyugdíjformula alkalmazása, amely a nyugdíjakat a bérhez és a járulékhöz való szigorú hozzákapcsolás folytán sokkal erősebben hierarchizálja, mint az NDK nyugdíjja, továbbá a még létező minimális biztosítási juttatások megszüntetése, és a jövőben az elismerendő nyugdíj jogosultsági időknek restitív meghatározása, pl. gyermeknevelés, ápolás vagy rokkantság esetében. Mindent összevéve a fizetendő járulékoknak még mindig meglévő nagyfokú nivelláltsága és a beszámítandó biztosítási idők tág értelmezése átadja a helyét a nyugdíjak erős differenciálásának (amelyet csak a minimális jövedelem után járó nyugdíj módosít), a szűkre szabott nyugdíj-jogosultsági időknek és a túlélők viszonylag jó ellátásának.

A változás előnyös lesz magas jövedelmeknél és/vagy sok biztosítási évnél, viszont részben súlyos rosszabbodás következik be alacsony jövedelmek és/vagy kevés biztosítási év esetében. Különösen sok nőnél fog csökkenni a sajátjogú nyugdíj egészen a szegénységi határig, mert keresetük a volt NDK-ban is alacsonyabb volt a férfiakénál, s viszonylag sok biztosítási évük nem kis részben olyan időközön alapul, amelyeket a szövetségi nyugdíj jog nem ismer el. Az még megvárandó, hogy a nyugdíj-átvezetési törvénynek ezeket a hátrányait az egyes esetekben ténylegesen kompenzálja (vagy túlkompensálja)-e a túlélők viszonylag bőven megállapított nyugdíj jogosultságának az átvétele. A túlélők nyugdíjának új szabályozása a nyugdíjbiztosítónak mintegy 3,5 milliárd DM-be fog kerülni, viszont a biztosítottak nyugdíjainak újraszámítása ugyanakkor kb. 2 milliárd DM megtakarítást jelent, sőt, a régebben szerzett nyugdíjak időleges garantálásának megszüntével 4,5 milliárdot. A legkedvezőbb esetben tehát az özvegyi nyugdíjak javítását a női biztosítottak nyugdíjának a megrövidítése útján finanszírozzák. De még ha létre is jönne összességében véve ez a pénzügyi kiegyenlítődés, ez nem jelenti azt, hogy az egyes személyeknél is létrejön. Így pl. a férjhez nem ment vagy elvált nőket a túlélők nyugdíja nem érinti, s a túlélési nyugdíj nincs tekintettel a gyermekekre (azok számára), hanem csak a házasságra, tehát a gyermektelen vagy sokgyermekes anyák egyaránt jogosultak rá. Az özvegyi nyugdíj (a kiszámítási előírások szerint) annál magasabb, mennél többet keresett az elhalt férj (s mennél magasabb volt a nyugdíj-várandósága, ill. nyugdíja), továbbá mennél kisebb az özvegy saját nyugdíja, ill. saját jövedelme. Átveszik a (házi)asszony házasságra orientált, abból levezetett társadalombiztosításának nyugatnémet modelljét, és megszüntetik a nő önálló biztosításának az NDK-ra jellemző elemeit.

Az alacsony nyugdíjak és az öregkori szegénység problémája azonban az új szövetségi tartományokban mindenekelőtt azért lesz sokkal súlyosabb, mint volt az NDK-ban, mert az „aktuális munkajövedelem” és ezzel a nyugdíjak abszolút nagysága még éveken át a nyugatnémet színvonal alatt fog maradni. A nyugdíjak jövőbeni erősebb szóródása mellett ez a színvonalkülönbség az, ami a nyugdíjak egy részét le fogja nyomni a szegénységi küszöbre vagy az alá. Az 1991. január 1-jei nyugdíjemelés után kerekén 680 000 idősebb ember – ez 17%-a az összes keletnémet nyugdíjasetnek, ill. 23%-a az összes öregségi és rokkantsági nyugdíjasnak – olyan alacsony nyugdíjat kapott, hogy még jogosult volt szociális pótlékra. A szociális pótlékban részesülők 95%-a nő volt. Az öregkori szegénység tehát már ma is – akárcsak Nyugaton – mindenekelőtt az idősebb nők szegénysége.

3.6. Szociális segély és szociális pótlék

A munkanélküliek és az idős emberek anyagi kirekesztése ma még nem jelenik meg az új szövetségi tartományok szociális segélyeinek számában. Ez – a tömeges munkanélküliség még viszonylag rövid időtartamán kívül – főleg azért van így, mert az 1991. január 1-jén Kelet-Németországban is érvénybe lépett, a szociális segélyről szóló szövetségi törvény (BSHG) néhány, a nyugat-németországitól eltérő rendelkezést tartalmaz.

– Először: a hivatalos szegénységi küszöb Keleten alacsonyabb, mint a régi szövetségi tartományokban, mert a keleti szabályozó tételeket 1990. július 1-jén egységesen 400 DM-ben állapították meg (míg a volt NDK-ban a tartományok átlagában 447 DM-et tesznek ki), s mert az idősebb és keresőképtelen emberek nem kapják meg a 20%-os többletszükségleti pótlékot. Így pl. Nyugaton egy egyedülálló nő megélhetési fedezéséhez átlagosan 536 DM-et kap (ez az átlagos szabályozási tétel plusz többletszükségleti pótlék, de még a lakásköltségek és az egyszeri juttatások nélkül); az új szövetségi tartományokban viszont ez a juttatás csak 400 DM, vagyis a nyugati színvonalnak szűken 75%-a. Mivel ezekből az összegekből alapvetően azonos megélhetési költségeket kell fedezni, a szegénységi küszöböt Keleten ezekben az esetekben a nyugati küszöbnek kerekén a háromnegyedére szorítják le. Mennél alacsonyabban állapítják meg adminisztratív úton a szükségletet, annál kisebb lesz a hivatalos szegénység. De a szociális segély döntő elvi célkitűzése a szükségletek fedezése, ami a segélyre szorulóknak nemcsak fizikai, hanem szocio-kulturális létminimumot kíván nyújtani. Ezt már a régi szövetségi tartományok átlagosan 447 DM-je sem teszi lehetővé, viszont a 400DM az új szövetségi tartományokban egyenesen szociálpolitikai botrány. A szükségletfedezési elvnek ezt a megsértését nyilván főként költségvetési szempontok motiválják.

– Másodszor: a szegénység drasztikus megjelenését a szociális segélyek számában ma még megakadályozza a nyugdíj- ill. a munkanélküli támogatás szociális pótlékolása. Ezt a szociális pótlékot a gazdasági, valutáris

és szociális unió során azzal az indokolással vezették be, hogy azok, akik a nyugdíj- és munkanélküliségi biztosítás révén csak alacsony juttatásokban részesülnek, ne legyenek rögtön 1990. július elsejével szociális segélyre ráutalva. Emellett a szociális segély igazgatása az új tartományokban sem adminisztratív, sem pénzügyi szempontból nincs abban a helyzetben (lásd a községek pénzügyi helyzetét), hogy megbirkózzék a szociális segélyt kérők rohamával. Az egyesülési szerződés a szociális pótlékot csak átmeneti szabályozásként írta elő: nincs dinamizálva⁹, korlátozva van az újonnan bekerülőkre 1991. december 31-ig, s 1995. július elsejével teljeskörűen megszűnik. A szociális pótlék tehát nem valamiféle minimumbiztosítási koncepción alapul, hanem valójában a majd fizetendő szociális segélyek előzménye.

Az, hogy a szociális pótlék szabályozása jelenleg még messzemenően akadályozza a szociális segélyre való ráutaltság megállapítását, a pótlék kiszámítási módján is múlik: csak az AFG juttatásait, ill. a nyugdíjjövedelmeket veszik figyelembe. Más forrásból (pl. melléktevékenységből) eredő jövedelmek miatt a szociális pótlék nem csökken. Továbbá csak a személyes jövedelem kerül beszámításra, nem pedig – mint a szociális segélynél – a házastárs jövedelme (pl. a házastárs további nyugdíjjogosultsága).¹⁰ A szociális pótlék nagysága és kiszámítási módja egyfelől, a szociális segély alacsonyan megállapított tételei másfelől ma ténylegesen kizárják, hogy az új szövetségi tartományokban legalábbis az öreg emberek megélhetési segélyben (megélhetésükhöz folyamatosan nyújtott segélyben) részesüljenek.¹¹ De a szociális segélyben részesülők számának meredek emelkedése be fog következni, éspedig szinte tervszerűen, részben a lakbérek emelkedése és a növekvő tartós munkanélküliség miatt, részben pedig a nyugdíj-átvezetési törvény következményei, valamint a nyugdíj- és munkanélküliségi biztosításba újonnan bekerülők szociális pótlékának 1992-től, ill. a már bentlévők pótlékának 1995 közepétől történő megszűnése miatt.

4. Szociálpolitikai perspektívák: a társadalombiztosítás és a minimumbiztosítás összekapcsolása

4.1. A szociális segély határai

Az eddigiekből látható, hogy Keleten a községekre (a helybéli szociális segélyezőkre) és az új szövetségi tartományokra, amelyek egyelőre a nem-helybéli szociális segélyezés funkcióját gyakorolják, jelentős pénzügyi terhek hárulnak. A községek és tartományok *strukturális* finanszírozási problémái láttán teljesen bizonytalan, hogyan tehetnének szert a szükséges pénzre. Az is teljesen nyitott kérdés, hogy 1992-től kezdve milyen magas lesz az a szabályozó tétel, amelyre a szociális pótlék szabályozásának kifutása után az érintettek számíthatnak. Ma egy ténylegesen három részre osztott, hierarchizált minimumbiztosítás működik: a nyugdíjasok (1991. július 1. óta) legalább 601 DM-et kapnak, a munkanélkü-

liségi biztosítás a szociális pótlék révén legalább 495 DM-re nő, és az „egyszerű” szociális segélyben részesülőknek a 400 DM-es szabályozó tételeből kell megélniük. De először is kétséges, hogy a munkanélküliek és a nyugdíjasok tényleg felkeresik-e a szociális hivatalt, és igénybe veszik-e a nekik járó juttatásokat. Ez ellen szólnak a régi NSzK-ban a széleskörű rejtett szegénységgel, különösen a rejtett időskori szegénységgel kapcsolatosan szerzett tapasztalatok. Sok jel mutat arra, hogy a volt NDK-ban terhelt a viszony a hatóságok és a polgárok között, hogy a közigazgatásban és a szociális segélyezés most kiépülő igazgatásában is változatlanul uralkodnak azok a rendőri és tekintélyelvű állami struktúrák, amelyek elijesztenek és elbátortalanítanak.

Hogyan fognak a munkanélküliek, a gyermeküket egyedül nevelők és mindenekelőtt az idősebb nők viselkedni, ha majd rá lesznek utalva a szociális hivatalra? Az ilyen szabályozás át nem látható szociálpszichológiai hatással lesz mindazokra, akik eddig bízhattak a nekik járó és meg nem kurtított minimális nyugdíjban, ill. a szociális pótlékban, amelyet hivatalból és kérelmezés nélkül kifizetnek, most pedig hirtelen szociális segélyt kérelmezőkké válnak, s közben még az a veszély is fenyegeti őket, hogy a hatóságok tartásra kötelezett hozzátartozók (szülők, gyermekek) után kutatnak. Valójában a nemzedéki szubszidiaritás elve is ismeretlen volt az NDK-ban. Egyébként sok érintett ember nem is ismeri a számára teljesen új és kérelmezendő szociális juttatásokat. Az első tapasztalatok azt mutatják, hogy nagyrészt még a gyermekpénzt sem veszik igénybe.

A szociális segélyben részesülők számának beprogramozott növekedése azért is problematikus és szociálpolitikailag elfogadhatatlan, mert ezzel a szociális segélyt megfosztják attól a lehetőségtől, hogy a különleges, atipikus problémáknál nyújtandó eseti segélyezésre összpontosítson. Jelenleg a szociális segély Nyugaton és Keleten egyaránt egy szociális alapbiztosítás szerepét tölti be a létminimum színvonalán. A szociális segélynek ez a szerepe azonban, hogy ti. tipikus szociális kockázatoknál előálló tömeges szükséghelyzeteken segítsen, se nem illik bele a szociális biztosítás rendszerének a konstrukciójába, se nem tölthető be ténylegesen a szociális segély jelenlegi jogi elemei alapján:

- a juttatási színvonal alacsony;
- egyre problematikusabbá válik, hogy a szülők nagykorú gyermekeiket is kötelesek eltartani és fordítva;
- a juttatás-átadás és juttatás-ellenőrzés diszkriminálón és elijesztően hat;

- az a követelmény, hogy a minimális létszükséglet biztosítása végett több intézményt kell felkeresni, pl. a munkahivatalt, a gyermekpénzt kifizető pénztárt, a lakáspénz-hivatalt és a szociális hivatalt, szociálpolitikai szempontból elfogadhatatlan, és emellett az elérési küszöböt is megemeli; végül

- a szociális segély szinte kizárólag kommunális finanszírozása túlzott terhet ró a községekre. Nyugaton 1980-tól 1989-ig a szociális segélyre fordított bruttó összeg 13,3 milliárd DM-ről 28,8 milliárd DM-re, vagyis több mint a kétszeresére nőtt. A községi pénzügyekben különösen nehéz

problémák keletkeznek ott, ahol a munkanélküliség igen nagy. A költségviselés tehát kiélezi a regionális egyenlőtlenségeket.

4.2. A társadalombiztosítás kiépítése és általánossá tétele

Szociálpolitikai alternatívákra sürgős szükség van. A kirekesztés folyamata korlátozható volna a biztosítási védelem kiépítésével és általánossá tételével, hogy ezáltal, amennyire csak lehetséges, be lehessen tömni meglévő és/vagy előrelátható biztosítási réseket. Ennek a koncepciónak az elemei mindenekelőtt a biztosított személyek körének kiterjesztése az összes keresőre, lehetőleg minden polgárra kötelező biztosítás bevezetésével, a biztosításjogi feltételek tágítása (rövidebb várakozási és előbiztosítási idők) pl. a munkanélküliségi pénznél, és a munkanélküli pénzre való jogosultság általános időtartamának a meghosszabbítása. Ebbe a koncepcióba beletartoznak olyan megfontolások is, mint a munkanélküli támogatás juttatási tételeinek (ismételt) emelése, továbbá a gyermeknevelés és ápolás idejének az eddiginél nagyobb figyelembevétele a nyugdíj- és a munkanélküliségi biztosításban is.

Ezek az itt csak részben felsorolt változtatások egy (önálló) társadalombiztosítási védelem kiépítéséhez nemcsak szükségesek, hanem meg is valósíthatók. Azok a biztosítási rések, amelyek a teljes foglalkoztatottság, a normális munkaviszony és a házastársi szubszidiaritás terveinek nemteljesítése folytán jönnek létre, a biztosítási forma alkalmazásával legalábbis részben eltüntethetők, ha a szolidaritási elvet jobban hangsúlyozzák az egyenértékűség elvével szemben.

De *egyedül* ezzel a problémák nem oldhatók meg. Figyelembe kell venni ugyanis, hogy még ha ezeknek az új rendelkezéseknek a politikai megvalósítására és finanszírozására sor kerülne is, a pozitív hatások csak *hosszú idő* elteltével jelentkeznének, pedig itt *aktuális* szükségletek vannak. Ez mindenekelőtt a nyugdíjbiztosításra igaz. Az új szövetségi tartományokban a biztosítási védelem kiépítése mindaddig csak keveset használ, amíg az ottani bérszínvonal nagyon alacsony. Ha tehát azt akarjuk, hogy az akut szociális problémákra válasz legyen, akkor a társadalombiztosítás rendszerét ki kell egészíteni minimumbiztosítási elemekkel. Egy „a szükségletekre orientált minimumbiztosításnak” a WSI által a 80-as évek közepén kidolgozott koncepciója, amelyhez hasonlólt az SPD és a Zöldek is képviselnek, s amely a tudományos vitákban sok támogatóra talál, hozzájárulhat a probléma megoldásához. Ez a koncepció változatlanul aktuális, amit mutatnak a neki megfelelő követelések is, amelyeket a DGB, az SPD és a CDA támaszt a nyugdíj-átvezetési törvénnyel szemben.

4.3. Szükségletorientáltságú minimumbiztosítás

A szükségletorientáltságú minimumbiztosítás alapgondolata – amely nem cserélendő össze a gazdasági liberalizmus alpbiztosítási modelljeivel – az, hogy a kirekesztési és elszegényedési probléma leküzdésének feladatát újból azokra az intézményekre kell „rábízni”, amelyek az adott tényállásnál a létezés biztosítása szempontjából illetékesek. A szegénységet ismét „határok közé kell szorítani”, a túlzottan megterhelt szociális segítyt – amennyire lehetséges – meg kell szabadítani attól a szerepétől, hogy betöltse az előtte elhúzódó társadalombiztosítási védővonal hézagait. Ez azáltal érendő el, hogy a meglévő biztosítási juttatásokat, így először is a nyugdíjakat és a munkanélküliségi pénzt, amelyek a minimumbiztosítási szint alatt vannak, felemelik ez utóbbinak a szintjére. Az alacsony jövedelmek tartományában aztán ezt megtámogatja a szükségletkielégítési biztosítás elve. Minden polgár számára garantálnák a társadalmi részesedésnek egy elismert, nem diszkrimináló minimális szintjét.

A bérhez és a járulékhöz kapcsolódó ama biztosítási juttatást azonban, amely a minimumszint fölött van, nem hagynák el, mint ahogy azt némely alpbiztosítási modell előírja. Amíg a munkajövedelmek különböznek, elkerülhetetlen a bérnek biztosításformájú és dinamizált pótlása, hogy ezáltal megmaradjon a jövedelem folyamatossága (életszínvonal biztosítás), és lehetővé váljék a hosszútávú élettervezés.

A szükségletek által indokolt talapzatnak a mindenkori biztosítási rendszerekbe történő bevezetésével elérhető volna az érintett személyek kvázi automatikus biztosítottasága. Azoknak az embereknek az ismeretlen száma, akik jogosultak ugyan a minimumbiztosítás juttatásaira, ezt a jogukat azonban – hasonlóan a szociális segélyhez – a legkülönbözőbb okokból nem realizálják, erősen csökkenne, és a megszűnés felé tendálna amiatt, hogy csak egyetlen intézmény volna ez ügyben illetékes és felelős. A szociális segélyre nehezedő teher csökkenne, s ezáltal lehetővé válna, hogy a segély egyéni szükségletek megoldására koncentráljon. Mindazon polgároknak jogosultaknak kellene lenniük a minimumbiztosításra, akik vagy munkanélküliek, vagy keresőképtelenek, vagy már egy bizonyos korhatár fölött vannak. Biztosításjogi feltételektől, pl. várományosi idők betöltésétől az átfogó védelem elérése végett el kellene tekinteni.

A minimumbiztosítás szükséglet-orientáltsága azonban azt is jelenti, hogy juttatásokat csak akkor nyújt, ha a szükséglet egyéb jövedelemből vagy vagyonból nem fedezhető. Saját jövedelmeket (tartási igényekkel együtt), mint pl. keresőtevékenységből vagy bérek pótlásából eredő jövedelmeket forrásuktól függetlenül éppúgy teljes nagyságukban számításba kellene venni, mint az értékesíthető vagyont (a személyesen használt lakástulajdon kivételével), amennyiben ezek bizonyos mentesített összegeket meghaladnak. A szociális segély eddigi gyakorlatától eltérően azonban a kölcsönösen eltartásra kötelezett személyek körét korlátozni kellene egyfelől a házastársakra, másfelől a szülőkre és kiskorú gyermekeikre.¹² Viszont a szociális pótlék szabályozásánál a házastársak egymással szembeni eltartási kötelezettsége miatt jelentősen szűkebbre szabnák a

jogosultsági előírásokat. Ez az álláspont képviselhető, mert a szociális pótlék egyénekre orientáltsága miatt az egyedül élők lényegesen rosszabb helyzetben vannak, mint a házasok. Mivel elvileg nem lehet és nem szabad eltekinteni attól, hogy keresőképes emberek a munkapiac „rendelkezésére álljanak”, ezért elfogadható, és az AFG-vel egyeztetett módon kell szabályozni az elvárható munka kritériumait.

A minimumbiztosítás juttatásait adókból, nem pedig járulékokból kell finanszírozni. Hasonlóan a gyermekpénzhez vagy a gyermeknevelési hozzájárulás törvényéhez, ekkor a minimumbiztosítási összeg eléréséhez szükséges pénzt a Szövetség megbízásából a mindenkori biztosító szervek fizetnék ki. A szükségletorientáltságú minimumbiztosításnak a bevezetési szakaszban a munkanélküliségi és nyugdíjbiztosítás tartományára szorító koncepcióját középtávon tovább lehet fejleszteni egy átfogó biztosítási modellé, amelyben a minimumbiztosítással szavatolható a társadalmi részesedés általános és harmonizált minimuma. Ennek fesztáva ki kellene hogy terjedjen a munkanélküliség, öregség, rokkantság, képzés, nevelés, ápolás és gyermekeltartás tényállásaitól egészen a zálog- és adójogra, és felölelné a „maradék” szociális segélyt is. Ez mindenekelőtt a juttatási színvonal egységesítését, emelését és dinamizálását jelenti. Még ha a minimumbiztosítás juttatásai messzemenően egységesek lesznek is, az erősen eltérő lakásköltségek miatt nem lehet eltekinteni pótlólagos lakáspénz fizetésétől.

5. Kitekintés

Ehelyütt a „szükségletorientáltságú minimumbiztosítás” koncepcióját csak vázlatosan érintettük. A részletekben a kérdések és problémák egész sora merül fel, hogy ti. ez keresztülvihető, megvalósítható-e az intézményi, adminisztrációs, pénzügyi és nem utolsósorban EK-jogi szinten. Ezeket a kérdéseket és problémákat komolyan kell venni.¹³ De nem szolgálhatnak ürügyül annak a biztosítási elvnek dogmaszerű rögzítéséhez, miszerint a biztosítás a szegényp problémában egyszerűen „nem illetékes”. Ha komolyan vesszük az alkotmány kijelentését a jóléti állam megvalósításáról, akkor az egyesült Németországban megnyíló társadalmi szakadékok ellen lehetőleg azonnal meg kell indítani a küzdelmet egy reformorientált és a problémákkal adekvát szociálpolitikával. A nehéz szociális és gazdasági struktúraváltás Németország két részének összenövése csak a garantált szociális biztonság alapján lesz lehetséges. Rezignáció, reménytelenség, perspektívatlanság és elszegényedés a lehető legrosszabb feltételek a civil és demokratikus társadalom fejlődése szempontjából.

Természetesen a minimumbiztosítás, még ha az egy átfogó társadalombiztosítási rendszer integráns részét képezi is, nem a „bölcsék köve” Kelet és Nyugat szociális problémáinak a megoldásában. A nem elégséges ellátottság, kirekesztettség és szegénység leküzdése, valamint összehasonlítható életviszonyok létrehozása nem érhető el kizárólag szociálpolitiká-

val, amely végül is csak kompenzáló transzferfizetésekkel operál. A szociálpolitikai perspektívák az egyesült Németországban csak akkor teherbírók, ha beilleszkednek a gazdaságpolitika, struktúra- és munkapiaci politika átfogó és integrált koncepciójába.

Jegyzetek

1. 1990. július 1-jén csak a hivatalos áttelepülési és befogadási eljárás szűnt meg, s ezzel az áttelepülők látványos heti számbavétele is. A népességmozgás pontos számai most ismeretlenek. Ezzel azonban Kelet-Németország elnéptelenedésének a problémája nincs megoldva.

2. A szegénységi mutatók meghatározása és indokolása a szociálpolitikai viták egyik központi témája, és az is marad. Az általunk választott, a szociális segély színvonalán mért ún. „abszolút” szegénységi mutató mellett vannak relatív mutatók is, amelyek az átlagjövedelem egy bizonyos százalékának (pl. 60 vagy 50%-ának) az el nem érését veszik alapul. Az 50%-os színvonalon mérve a háztartások 10%-a volt szegény 1986-ban.

3. A szegénység szempontjából döntő kérdés, hogy *mennyi időn át* részesülnek szociális segélyben a segélyezettek. A szociális segélyre való átmeneti ráutaltságnál sokkal súlyosabb probléma a tartós lesüllyedés a szegénységbe, amely esetleg élethossziglan nyomorítja meg az embereket.

4. Ha pl. valaki a régi szövetségi tartományokban 1000 DM bruttó nyugdíjat (nettó 936 DM) akar elérni, akkor átlagos keresőként több mint 25 biztosítási évet kell igazolnia, s ha az átlagosnak csak 75%-át keresi, akkor több mint 33 évet.

5. Az alacsony munkanélküliségi pénz vagy az alacsony nyugdíj nem jelent automatikusan szegénységet és szociális segélyre való rászorultságot. Az életszínvonal tekintetében a család összesített ellátottsága a döntő.

6. A DIW számításai szerint 1990 végén a magánháztartások jövedelme Keleten átlagosan a nyugati jövedelem 60%-át érte el.

7. Ebben az összefüggésben kell figyelembe venni, hogy a volt NDK-ban igen magas a gyermeküket *egyedül nevelő* asszonyok aránya. Az 1981. évi utolsó népszámlálás eredménye szerint a gyermeküket egyedül nevelő szülők (akiknek 96%-a anya) részaránya az összes gyermekes családokon belül 18%, miközben az anyáknak közel harmada (28,8%-a) nem volt férjzett. Az utóbbi 10 év alatt a gyermeküket egyedül nevelők száma és aránya valószínűleg tovább emelkedett.

8. Nyugaton a lakáspénzre jogosultak kereken 60%-a ezt a jogát különböző okok miatt nem érvényesíti. Ez annak ellenére így van, hogy a szociális segélytől eltérően a lakáspénz mint társadalmilag messzememenően elfogadott szociális juttatás általánosan ismert, és a lakáspénz igazgatása működik. Nem feltételezhetjük, hogy ez Keleten is így lesz: minden amellettszól, hogy a lakáspénz nem-igénylése ott még gyakoribb lesz.

9. Bevezetésekor az a küszöb, ameddig szociális pótlékot nyújtanak, havi 495 DM volt. Az AFG alacsony támogatási juttatásaira ez az összeg továbbra is érvényes. A nyugdíjbiztosításban viszont a következő rendelkezést hozták: annak megakadályozására, hogy az 1991. január elsejei és július elsejei nyugdíjemelés felszívja a szociális pótlékot, tehát hogy az alacsony nyugdíjban részesülők által kapott összeg egyáltalán ne emelkedjék, vagy csak sokkal kevésbé, mint amennyire az emelésből következik, a szociális pótlék egyéni nagyságát az egyes esetekre határozták meg. Aki 1990. július elsejével csak 33 DM biztosítási nyugdíjban részesült, 165 DM szociális pótlékot kapott; az 1991. január elsejével történt nyugdíjhozzáigazítás folytán a nyugdíjösszeg 379 DM-re nőtt, ami szociális pótlékkal együtt ilyen esetben 544,50 DM kifizetését jelentette, tehát a teljes emelkedés 10%-ot tett ki. 1991. július 1-jén ez a nyugdíj újból 15%-kal emelkedik, kereken 436 DM-re, s ez az egyéni szociális pótlékkal együtt 601 DM-et tesz ki, ami a kifizetett összeg ugyancsak 10%-os emelkedését jelenti.

10. 1992 júliusától a nyugdíj-átvezetési törvény szerint a szociális pótlék házas jogosultaknál akkor szűnik meg, ha a férj jövedelme meghalad egy bizonyos nagyságot (jelenleg havi 440 DM-et).

11. 1991 elejétől az ápolási segélyekért mint a speciális élethelyzetekben nyújtott segélyezés részéért már folyamodni kell, mert a betegbiztosítás nem fizet a tartós ápolásra való rászorultságért. A volt NDK betegbiztosítási joga szerint viszont az ellátást elvállalta (120 márka erejéig) valamelyik szociális otthon.

12. Berlinben és Brémában a szociális segélyezésnél rendeleti úton már most megszüntették a felnőttek és szüleik közötti tartási kötelezettség figyelembevételét.

13. Ahhoz a problémához, hogy a minimumbiztosítási juttatásokat mennyiben kellene az EK-országokba „exportálni”, lásd Schulte, Das Recht auf ein Mindesteinkommen in der Europäischen Gesellschaft – Nationaler Statusquo und supranationale Initiativen, Sozialer Fortschritt 1/1991.

Fordította: Nagy Tamás

Danny Pieters

Bevezetés az EK országainak társadalombiztosítási törvényhozásába*: Spanyolország

A társadalmi biztonsági törvénykezés fogalma és forrásai

A Spanyol Demokratikus Királyság 1978. december 27-én életbe lépett alkotmánya III. fejezetének I. címe („Az alapvető jogok és kötelezettségek”) a gazdaság- és szociálpolitika vezérelveivel foglalkozik. Az előző fejezetnek a klasszikus jogokat és szabadságjogokat érintő rendelkezéseivel ellentétben, a III. fejezetben foglalt jogokhoz az állampolgár nem folyamodhat közvetlenül a jogi eljárásokban. A törvénykezésben, a jogtudományban és a közigazgatásban azonban kézzelfoghatóan el kell ismerni, figyelembe kell venni, és védeni kell ezeket a vezérelveket. A bíróságon csak akkor lehet hozzájuk folyamodni, ha törvényerejű rendelkezésekben foganatosították őket.

Az alkotmány 39. cikkelye a család szociális, gazdasági és jogi védelmével foglalkozik. A társadalmi biztonságot érintő 41. cikkely kimondja, hogy „a kormány köteles olyan társadalmi biztonsági rendszert kidolgozni és működtetni, amely minden rászoruló állampolgárnak – kiváltképp a munkanélkülieknek – megfelelő szociális juttatásokat és támogatásokat (ASSISTANCE) biztosít. A kiegészítő juttatások és támogatások ingyenesek.” Az alkotmány 43. cikkelye elismeri az egészségügyi ellátásra való jogosultságot, ennek megszervezését pedig a kormány hatáskörébe utalja. Az alkotmány 49. cikkelye a fogyatékosoknak nyújtandó szociális szolgáltatásokról rendelkezik. Az 50. cikkely kimondja, hogy „a kormány (...) megfelelő és időről időre újraigazított nyugdíj formájában köteles kielégítő gazdasági eszközöket biztosítani az idős állampolgároknak”. A kormány szociális szolgáltatási rendszer révén biztosítja az idősek jólétét; ez gondoskodik az idősek speciális egészségügyi, lakás- és kulturális problémáinak megoldásáról.

A spanyol társadalmi biztonság fogalmát meglehetősen nehéz a pozitív törvénykezés kategóriájával körülhatárolni. A nehézség többek között

* A tanulmányt rövidített formában közöljük. Jelen fejezet a könyv utolsó fejezete.

abból ered, hogy a kormány látszólag megpróbál reintegrálni egy sor olyan funkciót, amely korábban ugyan a társadalmi biztonsági rendszer részét képezte, de állami szinten nem tartják ehhez tartozónak: például a foglalkoztatáspolitikát, az oktatást és a szociális szolgáltatásokat érintő feladatokat, amelyek inkább illenek bele a közszolgáltatások fogalmába, mint a társadalmi biztonság szűk keretébe. Egyes alkotmányjogászok szemében az államnak a fenti törekvését bizonyítja, hogy az alkotmány külön cikkelyben tárgyalja a társadalmi biztonsági rendelkezéseket (41. cikkely) és a családot, az egészségügyi ellátást, a fogyatékosoknak nyújtandó juttatásokat és a nyugdíjakat érintő rendelkezéseket.

A kérdés tehát az, hogy a munkanélküliségi és szociális szolgáltatások, valamint az egészségügyi ellátás juttatásai a társadalmi biztonsághoz tartoznak-e, vagy sem. A fentiekből úgy tűnik, hogy nem. Ugyanakkor a munkanélküliség az egyetlen olyan szociális kockázat, amelyet az alkotmány társadalmi biztonságot érintő rendelkezései (41. cikkely) konkrétan megemlítenek, és a szociális szolgáltatásokért való felelősség is megoszlik az állam, az autonóm közösségek és a helyi önkormányzatok között. Arra is rá kell itt mutatnunk, hogy az egészségügyi ellátási rendszer feltételei és finanszírozása kevésbé integráltak. Az alkotmány 41. cikkelyének fényében az is megkérdőjelezhető, hogy az ingyenes munkahelyi juttatási rendszereket ki kell-e zárni a társadalmi biztonság fogalmából, vagy sem.

Mivel az alkotmányjogi és a társadalmi biztonsági törvénykezés szakértői között meglehetősen dogmatikus vita folyik a spanyol társadalmi biztonság fogalmáról, mi a továbbiakban az általános társadalmi biztonsági törvényen (a már módosított szöveget tartalmazó 2065/74-es rendelet) alapuló pragmatikus megközelítést fogjuk alkalmazni. A társadalmi biztonság általános célkitűzéseit az általános törvény 2. cikkelye rögzíti. Ez egyrészt a törvényben felsorolt kockázatok ellen nyújt megfelelő védelmet, másrészt az életszínvonal fokozatos javítását biztosítja egészségügyi, gazdasági és kulturális szinten, minden olyan személy és családtagjai (valamint a családtagnak tekintett személyek) számára, akire foglalkozása révén kiterjed a társadalmi biztonsági rendszer. A 20. cikkelynek megfelelően a társadalmi biztonsági rendszer a következő területeket öleli fel:

- a) szakorvosi ellátás anyaság, betegség, foglalkozási ártalom, munkahelyi és egyéb baleset esetén;
- b) a munkaképtelenség megszűnését követően a munka újrafelvételének biztosítása;
- c) juttatások átmeneti munkaképtelenség, rokkantság, nyugdíj, munkanélküliség, halálozás és túlélés esetén, valamint egyéb speciális helyzetekben – amelyeket a törvény külön említ meg;
- d) pénzbeni családi juttatások;
- e) szociális szolgáltatások.

A fenti juttatások mellett a szociális támogatás egyéb formái is igényelhetők.

A társadalmi biztonság tehát magában foglalja az összes olyan juttatási rendszert, amely kiterjed a 102. ILO konvencióban felsorolt veszélyekre.

Ugyanakkor azonban nincsenek külön társadalmi biztonsági rendszerek a munkahelyi kockázatokra és az anyaságra. A tág értelemben vett társadalmi biztonsági rendszer a szociális támogatásra és a szociális szolgáltatásokra is kiterjed. Mivel a támogatási rendszerek a társadalmi biztonságon kívül eső intézmények alá tartoznak, a szociális támogatáson és a szociális szolgáltatásokon belül vannak olyan rendszerek, amelyek eltérnek a biztosítási rendszerektől (habár nagyjából ugyanazokra a kockázatokra terjednek ki). Más társadalmi biztonsági rendszerekkel ellentétben (az orvosi ellátást is beleértve) a szociális támogatásra való jogosultság nem jár teljes mértékben alanyi jogon. A szociális támogatásra és a szociális szolgáltatásokra való „jogosultság” változó mértékben jut érvényre. A segély jellegű juttatások a többi társadalmi biztonsági juttatáshoz képest szintén csak másodlagosak. Ezek a juttatások kizárólag olyan személyeknek járnak, akik nem (vagy már nem) jogosultak a szűk értelemben vett társadalmi biztonsági juttatásokra. Tekintettel a szociális támogatás és a szociális szolgáltatások nagyfokú decentralizáltságára, e kettővel nem foglalkozunk ebben a fejezetben.

Spanyolországban 1963 óta olyan általános rendszer van érvényben, amely egyrészt bizonyos mértékig modell értékű (az ipari és szolgáltató szektor alkalmazottai számára felállított általános rendszer modellje), másrészt mint speciális rendszerek sora funkcionál. A speciális rendszerek alkalmazási területe a tevékenységi szektortól függ (speciális rendszerek léteznek pl. a mezőgazdaságban, a szénbányászatban vagy a tengeri hajókon dolgozó személyek számára), és függ az igénylő tevékenységétől (pl. a magánvállalkozók, közalkalmazottak, háztartási alkalmazottak és diákok számára felállított rendszerek). Az elmúlt években bizonyos mértékig összehangolták a különféle speciális rendszereket (pl. a finanszírozás és az öregségi nyugdíjra való jogosultság kérdésében).

A spanyol társadalmi biztonságot három alaptörvény szabályozza: az általános társadalmi biztonsági törvény, amelyet a fent már említett 1974. május 31-én hozott 2065/1974-es rendelet jelentős mértékben módosított; az 1978. november 16-án hozott 36/1978-as Real Decreto-Ley, amely a társadalmi biztonság, az egészségügy és a foglalkoztatás intézményes igazgatását érinti; valamint az 1985. július 31-én hozott 26/1985-ös törvény, amely a társadalmi biztonság struktúrájának és védőhatásának racionalizálásával kapcsolatos sürgős intézkedéseket tartalmazza. A munkanélküliséget korábban az általános törvény, ma azonban az 1980. október 8-án hozott 51/1980-as foglalkoztatáspolitikai alaptörvény szabályozza; a törvényt az 1984. augusztus 2-án bevezetett 31/1984-es törvény módosította, amely a munkanélküliség kockázata elleni védelemmel foglalkozik. Itt említjük meg, hogy az alapvető rendszereket rendeleti szinten az alkotmány (1963. december 28-i) életbelépését megelőzően alakították ki.

A mai társadalmi biztonsági rendszer az 1963. december 28-án hozott 193/1963-as társadalmi biztonsági alaptörvényen nyugszik. Még a 26/1985-ös törvény sem tekinthető az alkotmányos rendelkezések végrehajtásának; ezt a törvényt az alkotmány bevezetését megelőző szociális

védelmi rendszer működési zavaraira adott válasznak kellene inkább tekinteni. A törvény bevezetőjében azonban számos olyan intézkedést jelentenek be, amelyek célja a szociális védelem egyfajta általános és egysegítő modelljének megalkotása az alkotmány célkitűzéseinek megvalósítására.

A társadalmi biztonság jogi alapjait kormányrendeletek és miniszteri utasítások útján terjesztették ki; ezek alkalmazási területe többnyire nem általános, hanem a társadalmi biztonsági törvénykezés egyes speciális részeire terjed ki (például a társadalmi biztonság alkalmazási területére, a járulékfizetésre vagy a nyugdíjakra).

Az általános társadalmi biztonsági törvény kimondja, hogy a kötelező szociális védelem kiegészíthető; a kiegészítő rendszereket általában a kollektív szerződések tartalmazzák. A kiegészítő (munkahelyi) juttatások célja többnyire az, hogy a jövedelmet a lehető legnagyobb mértékben a kieső valódi kereset szintjéhez igazítsák.

Az 1978-as alkotmányban lefektetett speciális föderális forma a központi kormányzat és az autonóm közösségek közti bonyolult hatalommegosztáshoz vezetett. A rendszerek közösségről közösségre változnak, és a valóság nem mindig fedí le pontosan a hatalommegosztást szabályozó alkotmányos rendelkezéseket.

A spanyol állam az alkotmány 149-es cikkelye értelmében kizárólagos hatalmat élvez a társadalmi biztonság gazdasági rendszerének és alapvető jogi szabályozásának terén, de a társadalmi biztonság igazgatása az autonóm közösségekre is rábízható (az alkotmány 149(1)(17)-es cikkelye). Az alapvető törvények magukban foglalnak minden olyan törvényt, amely nemcsak az adminisztratív szervezettel foglalkozik. A társadalmi biztonság gazdasági rendszere a társadalmi biztonsági rendszer forrásait és az eszközök területi-funkcionális elosztását érintő rendelkezéseket tartalmazza. Az alkotmány 148-as cikkelye kimondja, hogy az autonóm közösségek hatalommal ruházhatók fel a szociális támogatás, az egészségügy és a higiénia terén (alkotmány 148 (1)(20),(21) cikkelye). Ennek megfelelően az autonóm közösségek rendelkezései a társadalmi biztonsági hatáskör kérdésével foglalkoznak az alapvető állami törvények végrehajtásának figyelembevételével; a társadalmi biztonság gazdasági rendszerével kapcsolatos normákra és a gazdasági rendszer igazgatására azonban nem terjednek ki ezek a rendelkezések. Az autonóm közösségek ennek megvalósítására létrehozhatják és maguk igazgathatják a területükön szükséges összes szolgáltatást; a szolgáltató intézmények feletti ellenőrzés szintén a közösségek hatáskörébe tartozik, habár nem hanyagolhatják el a magasabb szintű állami ellenőrzést.

Az autonóm közösségek a társadalmi biztonság és az egészségügy területén gyakorolt hatalmukat az érintettek demokratikus részvételét, valamint a munkáltatók és az alkalmazottak megszervezését érintő szabályokkal kötik össze. Úgy tűnik tehát, hogy az autonóm közösségek, habár még kezdetleges, de átfogó jogi szabályozása tartalmasabbá teszi a társadalmi biztonsági rendszert. A jogi szabályozással azonban nem foglalkozunk a jelen tanulmány keretében.

Kockázatok és juttatások

Öregség

Az általános társadalmi biztonsági rendszer keretében az az igénylő jogosult öregségi nyugdíjra, aki legalább 15 évig fizetett járulékot, amelyből 2 év közvetlenül a nyugdíjba vonulást (illetőleg a nyugdíj igénylését) megelőző 8 évre esik. Csak azok a személyek jogosultak nyugdíjra, akik betöltötték 65. életévüket.

Mindkét feltétel tekintetében léteznek azonban kivételek. Egyes *ideiglenes rendszerek* például mindössze 10 éves járulékfizetéshez és 60 éves korhatárhoz kötöttek, és azok a személyek, akik nehéz fizikai vagy veszélyes munkát végeznek (például földalatti fejtést), 65 éves koruk előtt is nyugdíjba vonulhatnak.

Az öregségi nyugdíj összegét két tényező határozza meg: a számítási alap és a *nyugdíjarány* (PENSION RATE).

A számítási alap a biztosított aktív munkaévei alatt keresett jövedelmétől függ, amely után az illető járulékot fizetett. A számítási alap egy közös nevező (112) és a biztosított kockázati tényező fellépését közvetlenül megelőző 96 havi járulékfizetési alapok hányadosa. Ebből a 96 hónapból azonban csak az utolsó 24 havi valódi járulékfizetési alapot veszik figyelembe, és a fenti járulékfizetési alapok lépnek elsőként életbe. Ez azt jelenti, hogy a járulékfizetési alap a (járulékfizetési év és a nyugdíj-jogosultságot megelőző két év közti) fogyasztási árindex növekedésével arányosan növekszik. Abban az esetben, ha az igénylő a 96 hónap alatt nem fizetett folyamatosan járulékot, a kieső időszakokra a felnőtt alkalmazottak minimum hozzájárulási alapjával számolnak.

A nyugdíjarány (PENSION RATE) a járulékfizetési évek számával áll összefüggésben. A járulékfizetési arányok skálája rendeletben került rögzítésre: a skála egy minimum járulékfizetési periódusról indul, és minden egyes extra járulékfizetési év 2%-os emelést jelent. A 35 évnyi járulékfizetést tekintik 100 százaléknak. A 100 százalékos maximum periódus azokra a 65 évesnél idősebb személyekre is vonatkozik, akik továbbdolgoznak, és így évente 2 százalékkal emelkedik a nyugdíjuk. A nyugdíj végső összege nem haladhatja meg a törvényben rögzített felső határt, és nem mehet az alsó határérték alá. A nyugdíjminimum annak megfelelően változik, hogy az igénylőnek van-e eltartott házastársa vagy sem; a 65 évesnél fiatalabb igénylők nyugdíja alacsonyabb.

A törvény biztosítja, hogy azok a személyek, akik 1967. január 1. előtt fizettek járulékot, 60 éves koruktól nyugdíjba vonuljanak. A korengedményes nyugdíj összege annyszor 8%-kal csökken, ahány év van a nyugdíjbavonulás és a rendes nyugdíjkorhatár között. A munkáltatók ezt a szabályt általában arra használták, hogy a létszámon felüli alkalmazottakat elbocsájtásuk, vagy a munkaerő átlagéletkorát csökkentsék; a munkáltató a korengedményesen nyugdíjba vonuló alkalmazottaknak olyan jut-

tatást ajánl fel 60 éves koruktól, amely ellensúlyozza 8 %-os veszteségüket.

Az öregségi nyugdíj elvileg semmilyen munkatevékenységgel nem egyeztethető össze, ez azonban nem vonatkozik azokra a tevékenységekre, amelyekre semmilyen társadalmi biztonsági rendszer nem terjed ki. Ha azonban a nyugdíjas másfajta munkát akar végezni, köteles értesíteni a társadalombiztosítót, és nyugdíja felfüggesztését kérni.

A kollektív szerződések többsége nyújt öregségi nyugdíjkiegészítést. Egyrészt a fent leírt módon korkedvezményes nyugdíjat biztosítanak; másrészt olyan kiegészítő juttatásokat adnak, amelyek a nyugdíjas jövedelmét a lehetőségekhez képest az aktív munkaévei alatt keresett jövedelme szintjéhez igazítják. A kiegészítő juttatások összege többnyire attól függ, hogy az igénylő hány évet töltött el a vállalatnál, és mekkora volt a korábbi jövedelme.

A fent említett nyugdíj mellett további három fajta korengedményes nyugdíj létezik. 64 éves kortól korengedményes nyugdíj kérhető a teljes (100%-os) nyugdíjjogosultság megtartása mellett akkor, ha a kollektív vagy egyéni munkaszerződések tartalmazznak ilyen irányú rendelkezéseket. Az igénylőnek a korkövetelmény kivételével a rendes öregségi nyugdíj összes feltételének eleget kell tennie. A felszabaduló állást azonnal be kell tölteni egy fiatalabb alkalmazottal vagy olyan munkanélkülivel, aki a segélyrendszertől kap munkanélküli járadékot.

Az ipari szektor átállítási rendszere minden 55 évnél idősebb alkalmazottnak juttatást biztosít abban az esetben, ha a vállalat krízist jelent be, és a kormány ezt nyilatkozatban elfogadja. Az 55-60 éves igénylők a krízishelyzet rögzítését megelőző 6 havi átlagjövedelmük 80%-át kapják. A 60-65 éves igénylők a korengedményes nyugdíjba vonulást megelőző 60 havi átlagjövedelmük 75%-át kapják. Egyes vállalatoknál lehetőség van részleges nyugdíjba vonulásra 62 éves kortól. A nyugdíj összegét az öregségi nyugdíjhoz hasonlóan állapítják meg. Ez a korengedményes öregségi nyugdíj a nyugdíjas munkaóráival arányosan csökken.

Halálozás

Az alkotmánybíróság 1983-ban azt a döntést hozta, hogy a származási nyugdíjjogosultság esetében megnyilvánuló, nemek közti egyenlőtlenségek alkotmányellenesek. A határozat óta az özvegy férfiak és nők azonos feltételek mellett jogosultak származási nyugdíjra. Az egyszerűség kedvéért a továbbiakban az „özvegyi nyugdíj” kifejezést fogjuk használni, amely egyaránt vonatkozik özvegy férfiakra és nőkre.

Származási nyugdíj és egyéb származási juttatások járnak minden olyan alkalmazott halálakor, aki a társadalmi biztonsági rendszer tagja volt (illetőleg akit tagként kezeltek). A származási nyugdíj további feltétele, hogy az alkalmazott halála előtt legalább 500 napig fizetett járulékot. Ez a feltétel nem vonatkozik sem a nyugdíjasokra, sem azokra, akik baleset következtében hunytak el. Általában az elhunyt alkalmazottal együttélő

túlélő házastárs jogosult nyugdíjra, habár elvált, illetőleg különélő házastárs is kaphat özvegyi nyugdíjat (az együttélés időtartamának arányában).

Az özvegyi nyugdíj összege a számítási alap 45%-ának felel meg. A számítási alapot ugyanúgy határozzák meg, mint az öregségi nyugdíj esetében. Abban az esetben, ha az elhunyt öregségi vagy rokkantnyugdíjat kapott, újraértékelés után ennek a nyugdíjnak a számítási alapját veszik át. Minimum özvegyi nyugdíj minden esetben jár; összege az elhunyt életkorától függ (attól, hogy az illető 60 év felett vagy alatt volt-e).

Ha az özvegy újra házasságot köt, elveszti nyugdíjjogosultságát. Ha a túlélő 60 éves kora előtt házasodik újra, 24 havi özvegyi nyugdíjnak megfelelő végkielégítést kap.

Az özvegyi nyugdíj mind a munkából származó jövedelemmel, mind az öregségi és rokkantnyugdíjjal összeegyeztethető.

Az elhunyt biztosított 18 év alatti, illetőleg fogyatékos gyermekei árvasági nyugdíjra jogosultak. Az örökbefogadott gyermekek és az elhunyt házastárs gyermekei csak akkor jogosultak árvasági nyugdíjra, ha legalább két év telt el az örökbefogadás/házasság és az elhalálozás között. Az elhunyt esetében ugyanazok a feltételek érvényesek, mint az özvegyi nyugdíjnal. Az árvasági nyugdíjat az özvegyi nyugdíjhoz hasonlóan számítják ki, a számítási alapnak azonban nem 40 %-át, hanem csak 20%-át veszik figyelembe. Ha nincs túlélő házastárs, aki özvegyi nyugdíjra jogosult, az árvasági nyugdíj a (feltételes) özvegyi nyugdíjnak megfelelő összeggel egészül ki, amelyet elosztanak a juttatásra jogosult árvák között. Az özvegyi és árvasági nyugdíj együttes összege nem haladhatja meg a számítási alapot. Az árvasági nyugdíj szintén összeegyeztethető a munkából származó jövedelemmel; ha az árvának van munkából származó jövedelme, csak az árvasági nyugdíjminimumra jogosult. Nem vonatkozik járulékfizetési kötelezettség azokra a személyekre, akik munkahelyi baleset vagy foglalkozási ártalom következtében hunytak el. Ez esetben ugyanolyan összegű özvegyi és árvasági nyugdíj jár, mint más okokból eredő elhalálozás esetén. Ugyanakkor az özvegy a szokásos összegen felül kiegészítést kap, amely a havi számítási alap hatszorosának felel meg; az árvák esetében a kiegészítés a számítási alap egyszerese.

A származási nyugdíj fogalma számos egyéb juttatást is magában foglal, amelyek az elhunyt más családtagjainak járnak: unokáinak, testvéreinek, nagyszüleinek, valamint a juttatásra jogosult túlélő, 45 év feletti gyermekeinek és testvéreinek. Csak azok a rokonok jogosultak juttatásra, akik az elhunyttal egy háztartásban éltek, akiket az elhunyt tartott el, és akik a biztosított halála után nem tudják az alapvető létfenntartási eszközöket előteremteni.

A kollektív szerződések többsége származási nyugdíjkiegészítést is biztosít; akárcsak az öregségi és rokkantnyugdíj esetében, a származási nyugdíjhoz is bizonyos kiegészítések kapcsolódnak. A kollektív szerződések gyakran kötelezik a vállalatokat arra, hogy kedvező biztosítást kössenek minden olyan alkalmazott és családtagjai számára, akiket könnyen érhet munkahelyi baleset.

Az általános rendszeren belül egyes speciális rendszerek keretében

halálozási juttatás fizetendő (így például a származási és rokkantnyugdíj-rendszerekben); ez a juttatás fix összegű.

Munkaképtelenség

A munkaképtelenség kockázata ellen nyújtott szociális védelem három részből áll:

- átmeneti munkaképtelenség elleni biztosítás; ennek keretében maximum 18 hónapig jár juttatás;
- átmeneti rokkantság elleni biztosítás; ennek keretében maximum 4 és 1/2 évig jár juttatás;
- tartós rokkantság elleni biztosítás.

Az általános rendszer keretében biztosított személy, aki a munkaképtelenség fellépését közvetlenül megelőző 5 év alatt legalább 180 napig fizetett járulékot, átmeneti munkaképtelenség esetén pénzbeni juttatásra jogosult. A juttatást egy három napos várakozási idő letelte után kezdik el fizetni. A juttatás általában 12 hónapig jár, ez azonban 6 hónappal meghosszabbítható akkor, ha a munkaképtelenség ez idő alatt előreláthatóan megszűnik. A munkaképtelenség 4-20. napjára a juttatás összege a számítási alap 60%-a, ezt követően pedig az alap 75%-a. A számítási alapot a munkaképtelenség fellépését megelőző referenciális időszak átlagjövedelmének alapján határozzák meg. Az anyasági kockázat nem válik el az egyéb munkaképtelenségi kockázatoktól; a terhességből vagy anyaságból eredő jövedelemkiesést szintén átmeneti munkaképtelenségnek tekintik. A rászoruló nő ugyanúgy igénybe veheti a szakorvos szolgáltatásait, mint bármely más szakorvosi kezelésre szoruló személy. Vannak azért bizonyos speciális szabályok. Csak az a nő jogosult pénzbeni juttatásra, aki a szülést megelőző 9 hónapban a társadalmi biztonsági rendszer tagja volt, és a terhességből eredő munkaképtelenség fellépése előtti egy évben legalább 180 napig fizetett járulékot. A terhességből vagy anyaságból eredő munkaképtelenség ideje alatt (maximum 16 hét) pénzbeni juttatás fizetendő. A juttatás összege a számítási alap 75%-a a juttatás egész időtartamára.

A munkaszerződések kétharmadában az átmeneti munkaképtelenségi juttatásokat a munkáltató által fizetett juttatások egészítik ki; a jövedelmet szintentartó juttatások összege így a kieső jövedelem 90, sőt esetenként akár 100%-át is elérheti az átmeneti munkaképtelenség időtartamára. Számos kollektív szerződésben az alkalmazottnak a vállalatnál eltöltött évei határozzák meg a juttatás időtartamát.

Átmenetileg rokkantnak tekintik azt a biztosítottat, aki az átmeneti munkaképtelenség maximális időtartamán túl is ápolásra szorul, és nem tud újra munkába állni, ugyanakkor rokkantsága előreláthatóan nem fog állandósulni.

Azok a személyek jogosultak átmeneti rokkantjuttatásra, akik a munkaképtelenség fellépését megelőző 180 napban járulékot fizettek. Az átmeneti rokkantjuttatás az átmeneti munkaképtelenségi juttatás lejárta

után fizetendő mindaddig, amíg a biztosított egészségi állapota lehetővé nem teszi, hogy újra munkába álljon, amíg tartósan rokkantnak nem nyilvánítják, vagy öregségi nyugdíjra nem jogosult. A juttatás a munkaképtelenség első hat évében jár.

A kollektív szerződések keretében az átmeneti rokkantsági juttatások egyes esetekben a kieső jövedelem egy meghatározott százaléka (amely gyakran a 100%-ot is eléri) egészülhetnek ki.

Tartós rokkantnyugdíjra az a biztosított jogosult, aki bizonyos ideig járlékot fizetett; ez a feltétel nem vonatkozik azokra, akik (munkahelyi vagy egyéb) baleset következtében váltak rokkanttá. Azok az igénylők, akik rokkanttá válásukkor be vannak jegyezve a társadalmi biztonsági rendszerbe, akkor jogosultak rokkantnyugdíjra, ha a 20. életévük és rokkanttá válásuk között eltelt idő egynegyede alatt járlékot fizettek (ez az időszak azonban 5 évnél semmiképpen sem lehet rövidebb), és a minimális járlékfizetési időszak egyötöde a rokkanttá válást megelőző 10 évre esik. Ha az igénylő rokkanttá válásakor nincs bejegyezve a társadalmi biztonsági rendszerbe, csak akkor jogosult juttatásra, ha legalább 15 évig fizetett járlékot. A 26 évesnél fiatalabb alkalmazottak esetében a kötelező minimális járlékfizetés időtartama a 16. életév betöltése és a rokkanttá válás közti időtartam fele.

A tartós rokkantnyugdíjra való jogosultság további feltétele az igénylő olyan súlyos anatómiai vagy funkcionális egészségkárosodása, amelynek mértékét objektíven meg lehet határozni, amely előreláthatóan tartós, és a sérült munkaképességét jelentős mértékben (vagy akár a nullára) csökkenti. A munkaképtelenség fokozatai és a megfelelő juttatások, amelyeket rendeletileg rögzítettek, a következők:

- a korábbi munka elvégzésére való részleges képtelenség: a rokkant munkaképessége legalább 1/3-ával csökkent; ebben az esetben nem jár nyugdíj, a munkaképtelen személy a havi számítási alap 24-szeresének megfelelő kompenzációt kap.

- a korábbi munka elvégzésére való teljes képtelenség: a rokkant nem tudja a munkájához kapcsolódó összes vagy legalábbis a legfontosabb feladatokat teljesíteni; ez nem zárja ki annak lehetőségét, hogy az illető más munkát nem tudna elvégezni. A havi nyugdíj ebben az esetben a számítási alap 55%-a. Ha a biztosított szülő 55 évesnél idősebb, és nem dolgozik, a nyugdíj az alap 75%-a. Mivel ez a nyugdíj viszonylag alacsony, és a munkáltatóknak lehetőségük van az ilyen rokkantnyugdíjasok elbocsátására, a potenciális igénylők általában nem élnek jogosultságukkal, hanem munkaképességüket a lehető legteljesebb mértékben kihasználják azért, hogy később az alábbi juttatások egyikét igényelhessék;

- teljes és tartós munkaképtelenség; olyan rokkantak esetében beszélhetünk erről, akik semmilyen munkát vagy szolgáltatást nem tudnak elvégezni. A juttatás ebben az esetben a számítási alap 100%-a;

- súlyos rokkantnak tekintik azokat a személyeket, akik teljesen és tartósan munkaképtelenek, továbbá állandó segítségre szorulnak az olyan legszükségesebb napi teendők elvégzésében, mint például az öltözködés, a mozgás és az evés. A súlyos rokkantnyugdíj a számítási alap 150%-a.

A rokkantnyugdíj számítási alapját ugyanúgy határozzák meg, mint az öregségi nyugdíjét. Speciális szabályok vonatkoznak azokra a rokkantakra, akik 96 hónapnál rövidebb ideig fizettek járulékot.

A rokkantnyugdíj összegét másképpen számítják ki azon személyek esetében, akik munkahelyi baleset vagy foglalkozási ártalom következtében váltak rokkanttá; a számítási alap meghatározásánál az alkalmazottnak a munkahelyi balesetet megelőző egy éves jövedelmét veszik figyelembe. Ha a munkahelyi baleset vagy foglalkozási ártalom nem okoz tartós rokkantságot, csak tartós egészségkárosodást, a károsodás után is juttatás jár; a juttatás összegét a károsodás súlyossága és a károsult testrészt függvényében állapítják meg.

A rokkantsági juttatásokat általában a munkáltató által fizetett juttatások egészítik ki. A kollektív munkaszerződéseknek körülbelül a fele biztosít ilyen juttatásokat. A vállalat általában a munkaképtelenség elismert mértéke és az alkalmazottnak a vállalatnál eltöltött évei alapján állapítja meg a kiegészítő juttatások összegét. Teljes rokkantság esetén a kiegészítés többnyire a korábbi jövedelem 100%-ának felel meg; a korábbi munkára való teljes képtelenség esetén pedig a korábbi jövedelem 75%-a. Napjainkban a kiegészítés két részből áll: egy havi juttatásból és egy főösszegeből, amelyet az alkalmazott korábbi jövedelme és a vállalatnál eltöltött évei alapján állapítanak meg.

Munkanélküliség

A spanyol társadalmi biztonsági rendszeren belül a védelem két szintje különböztethető meg: a járulékfizetéses és a segélyrendszerek szintje. A járulékfizetéses rendszerek keretében járó pénzbeni juttatásokat „prestación por desempleo”-nak, a segélyrendszer keretében járókat pedig „subsídio por desempleo”-nak hívják. A járulékfizetéses rendszer keretében a részlegesen vagy teljesen munkanélküli személy jövedelmet szintentartó juttatásra jogosult, amely a korábbi bérhez kapcsolódik. A segélyrendszer keretében nyújtott juttatások a járulékfizetéses juttatásokat egészítik ki; ez azonban nem a juttatások összegének emelkedésében, hanem a juttatás időtartamának meghosszabbodásában jelenik meg; a meghosszabbított juttatás nem kapcsolódik a munkanélküli korábbi béréhez.

Minden olyan személy, aki képes és hajlandó munkát végezni, de aki elvesztette korábbi munkáját, illetőleg akinek munkaideje legalább egyharmadával csökkent, munkanélküli járadékra jogosult. Azok a munkanélküliek, akik a munkanélküliséget megelőző 4 évben legalább 6 hónapig fizettek járulékot, és akik még nem érték el a normális nyugdíjkorhatárt (általában 65 év), járulékfizetéses nyugdíjra jogosultak.

Azok a 65 év feletti személyek is kaphatnak munkanélküli járadékot, akik nem fizettek elég juttatást ahhoz, hogy jogosultak legyenek teljes összegű öregségi nyugdíjra. A „prestación por desempleo” időtartamát az alkalmazottnak a (munkanélküliséget megelőző 4 évben rögzített)

nyilvántartása alapján állapítják meg. Az a személy például, aki a munkanélküliséget megelőző 4 évben 6 hónapig fizetett járulékot, 3 hónapig jogosult munkanélküli járadékra; az, aki 30 hónapig fizetett járulékot, 12 hónapig kaphat járadékot; annak pedig, aki 4 évig (48 hónap) fizetett járulékot, (maximum) 24 hónapig jár munkanélküli járadék.

A munkanélküli járadék a munkanélküliség első hat hónapjában a munkanélküliséget megelőző hat hónap alatti átlagkereset 80%-a. A 7-12. hónapban az alap 70%-a, a 13. hónaptól kezdve pedig 60%-a. A munkanélküli járadék összege nem lehet kisebb, mint a szakmaközi minimumbér, és nem haladhatja meg a minimumbér 170%-át; ez alól csak azok a munkanélküliek képeznek kivételt, akik gyermeket tartanak el – az ő esetükben a járadék maximuma egy gyermek esetén 195%, két vagy több gyermek esetén 220%.

A segélyrendszer keretében járó munkanélküli járadék, a „subsidio por desempleo” egyrészt azoknak az alkalmazottaknak jár, akiknek a járulékfizetéses munkanélküli járadékra való jogosultsága lejárt; másrészt azoknak a 18 év feletti munkanélkülieknek, akik legalább 3 hónapig fizettek járulékot, családot tartanak el, és jövedelmük nem haladja meg a szakmaközi minimumjövedelmet. Bizonyos feltételek mellett hazatérő emigránsok és börtönből szabadulók is kaphatnak ilyen juttatást. A segélyrendszer keretében járó munkanélküli juttatás maximális időtartama hat hónap. Ez azonban kétszer is meghosszabbítható, így a teljes időtartam 18 hónap is lehet. A „subsidio por desempleo” a szakmaközi minimumjövedelem 75%-a. Az 52 évesnél idősebb munkanélküliek számára a segélyrendszer az alábbi két feltétel mellett biztosít munkanélküli járadékot a nyugdíjkorhatár eléréséig:

- jövedelmük nem haladja meg a szakmaközi minimumjövedelmet;
- 52 éves koruk eléréséig járulékot fizettek az öregségi nyugdíj jogosultsághoz szükséges minimális időtartam (15 év) alatt.

Orvosi ellátás

Az általános társadalmi biztonsági rendszer keretében a betegek egészségügyi ellátási juttatásra jogosultak betegségük első napjától az utolsóig.

Azok az orvosok, akiket az Országos Társadalmi Biztonsági Intézet (OTBI) egy összehasonlító vizsga letétele után kinevez a megüresedett állásokba, kötelesek ingyenes szakorvosi ellátást nyújtani. Azok a körzeti és szakorvosok, akik nem kórházban dolgoznak, fix összeget kapnak minden egyes betegük után. A kórházi orvosok általában alkalmazotti fizetést kapnak. Mindenki szabadon választhat orvost, azzal a megkötéssel, hogy az orvos az ő körzetében lakik, és bejegyzett betegeinek száma még nem érte el a maximumot. Az OTBI kórházaiban, illetőleg az OTBI-vel szerződésben álló köz- és magánkórházakban ingyenes orvosi ellátást nyújtanak. Ha azonban a beteg nem szorul műtéti beavatkozásra, kórházi ellátása csak akkor ingyenes, ha az adminisztratív szervek szükségesnek

ítélik meg a diagnózis felállításához; ha fertőző beteg, illetőleg ha általános egészségi állapota és viselkedése állandó ápolást tesz szükségessé.

A biztosított személyek a gyógyszerek árának 40%-át kötelesek kifizetni; bizonyos kategóriák – így a nyugdíjasok, az átmeneti rokkantak és a kórházi beutalóval rendelkező személyek – ingyen kapnak gyógyszert.

A protézis, protézisfelújítás, ortopédiai segédeszközök és a fogyatékosok tolószékei szintén ingyenesek. A fogászati és szemészeti segédeszközök, a hallókészülékek, valamint az egyéb gyógyászati segédeszközök segély formájában is igényelhetők. A segélyrendszer keretében bizonyos kategóriák (például a nyugdíjasok, a rokkantak és a szellemi fogyatékosok) otthoni ápolásban is részesülhetnek.

Család

Az általános rendszer keretében biztosított személyek gyermekeik után családi juttatásra jogosultak. A juttatás általában a gyermek 18. születésnapjáig jár, a súlyosan fogyatékos gyermekek esetében azonban nincs korhatár. A juttatás gyermekenként járó havi fix összeg; ha a gyermeket eltartó személy munkanélküli vagy nyugdíjas, és nyugdíja nem haladja meg a 65 év feletti nyugdíjasok öregségi nyugdíjminimumát, a juttatás minden gyermek után emelkedik. A háromnál több gyermeket nevelő családok szintén magasabb családi juttatásra jogosultak (ez maximum 35%-kal lehet magasabb). Speciális családi ellátás jár a fogyatékos gyermekek után. Számos juttatás létezik a testi fogyatékoságban szenvedő gyermekek szükségleteinek kielégítésére. Speciális oktatási juttatás jár azoknak a családoknak, amelyek háromnál több gyermeket nevelnek, és egyik gyermekük részlegesen rokkant.

Fordította: Andor Eszter

Horváth Zsuzsa

Női sorsok Budapest egyik munkáskerületében

A kutatás leírása

1992-ben Budapest egyik hagyományos munkáskerületében 30 asszonnyal készítettünk interjút. Kérdéseink a család történetére, anyagi helyzetére, fogyasztási szokásaira, helyzetének megítélésére vonatkoztak.

Alanyainkat egy szélesebb körű, részben hasonló kérdéseket tartalmazó kérdőíves felvétel után választottuk ki. A kiválasztás egyik szempontja az alacsony családi összjövedelem volt, a másik pedig az, hogy különféle szerkezetű családok kerüljenek mintánkba.

A családok főbb jellemzői

A 30 asszony közül 4 egyedül él, 3 egyedül neveli gyerekeit, 6 házas- vagy élettársával él, 1 anyjával és felnőtt fiával, 16 pedig házas- vagy élettárssal és gyerekeivel. Az utóbbiak közül 6 család cigány család.

A magyarországi cigányság létszámáról nincsenek pontos adatok, becslések szerint 400–500 ezren vannak (3–4,5%-a a lakosságnak). Napjainkig sem zárult le a vita arról, hogy etnikumnak kell-e őket tekinteni, vagy sem. Kemény (1976) vezette az eddigi legátfogóbb cigánykutatást. Megállapítása szerint, ha kultúrán az életforma egészét értjük, akkor Magyarországon nem beszélhetünk cigány kultúráról vagy szubkultúráról, hanem csak az alsó réteg szubkultúrájáról, amelybe a cigányság többsége is tartozik. Társadalmi integrálódottságuk ma is relatíve alacsony fokú. Ennek okát Rupp (1976) abban látja, hogy sosem rendelkeztek számottevő mennyiségű földdel vagy egyéb tőkével, tevékenységi terükből nagy mértékben hiányoztak azok az elemek, amelyek szükségessé és lehetővé tették volna létük bővített akkumulációját. E ténynek az életforma szempontjából alapvető szerepe van: a megélhetés pillanatnyi, esetleges, a jövő számára nem kamatoztatható lehetőségektől függ.

A hetvenes években megkezdődött, és ma is tart a cigányok tömeges migrációja a városokba, de mobilitásuk megrekedni látszik a szakképzetlen munkásrétegben. Szabó (1989) leírja, hogy ez a folyamat milyen ha-

tással volt a cigányok társadalmi megítélésére: „A harmincas évekbeli magyar társadalom számára a cigányok indiánok voltak (mint az akkori, nem a múlt századbeli Amerika számára), a viszony (a lenézés is) patriarchális volt. ... A hetvenes években éppen a cigányság kezdődő asszimilációja tette a patriarchális előítéleteket ellenséges előítéletté. Képletesen szólva a magyar cigánykérdés (most már kérdés) indiánkérdésből négerkérdéssé vált. A beilleszkedő cigányság lumpenként, szubkultúraként érzékelődik, amely megbontja a magyar társadalom integritását, a magyar társadalmat lumpenséggel fertőzi. Az etnikai előítéletek megszokott dinamikája szerint az a lumpenmentalitás, amely minden lumpennél (nemcsak a cigány származásúnál) fellelhető, valamiféle »cigány« viselkedésként jelenik meg a társadalom tudatában, s a cigányság szaporodása nemzeti veszedelemként.”

A városrész: Angyalföld

Kérdőíves felvételünk a városnak egy jellegzetes részén történt, és nemcsak a köztudatban, hanem a kérdezettek fejében is elég egységes kép van erről a városrészről.

Angyalföld „proli negyed”, ahol rossz minőségű lakások vannak, ahol szegényebb emberek laknak. Jelentős probléma a környéken az alkoholizmus és a közbiztonság. Este, sötétedés után nem ajánlatos az utcákon járkálni. Egyes utcák különösen rosszhiűek. Ugyanakkor kérdezetteink egyike sem került még veszélyhelyzetbe a környéken, csak mások megtámadásáról, más lakásokba történt betörésekről számoltak be. Több házbán gond, hogy a kaput nem tudják zárva tartani, mert újra és újra tönkreteszik, de az nem derült ki, hogy a lakók vagy kívülállók.

Sok a kocsmá. Kérdezetteink úgy érzékelik, hogy a munkanélküliség növekedésével egyre több látogatójuk van, akik jóformán egész napjukat a kocsmákban töltik. Az alkohol az igazi kábítószer itt, drogfogyasztásról csak néhányan hallottak. Kérdezetteink véleménye szerint az alkoholizmusnak gazdasági oka van: a pénzhiány és a létbizonytalanság miatti elkeseredésükben isznak az emberek. A megkérdezett családok egyike sem számolt be arról, hogy nagyobb mértékben fogyasztana alkoholt, de kétharmadrészüik több-kevesebb rendszerességgel legalább sört vásárol. Elsősorban a férfiak isznak, de hat nő is elismerte, hogy rendszeresen fogyaszt alkoholt.

A kocsmák környékén gyülekező alkoholisták mellett a cigányok jelenléte zavarja leginkább az itt lakókat: mert összegyülekeznek nagy csoportokban az utcán, a házak udvarain, és hangoskodnak, veszekszenek. Másokat az irritál a cigányokban, hogy nem dolgoznak, mégis jól élnek, meg tudják venni a kólát, a jégkrémet a gyermekeiknek. Feltételezésük szerint a pénzt vagy törvénytelen úton szerzik, vagy segélyekből élnek.

A fenti negatív kép a környékről általános, kérdezetteink többsége mégis szeret itt lakni. Ennek okát kereshetjük abban, hogy a saját házuk lakóiról általában jobb a véleményük, mint a környékbeliokről. Minden házbán többségben vannak az idős lakók. Szinte mindenütt vannak ve-

szekedések a háziállatok és a gyerekek miatt. Majdnem minden házban akad legalább egy renitens család, pl. egy alkoholista, aki rendszeresen feldúlja a ház nyugalmát. Ugyanakkor jelentős mértékű együttműködés van a lakók között: az egyedül élő idős, beteg emberekre odafigyelnek a többiek, be-benéznek hozzájuk, esetleg vásárolnak nekik, egymás gyerekeire vigyáznak, pénzt és élelmiszert kölcsönöznek egymásnak. Több házban akad egy-egy súlyos idegbeteg ember is. Figyelemreméltóan tolerálják őket, sokkal inkább, mint a házukban lakó cigánycsaládokat.

Az itt élők emberi kapcsolatai közül hiányoznak a szervezett közösségek, és a rendszeres baráti kapcsolatok is aránylag ritkák. A családok többsége jóformán csak budapesti rokonaival érintkezik. A vidéken élőkkel való kapcsolattartást nagyon megnehezítette, hogy az utazási költségek jelentősen megemelkedtek az utóbbi években. Néhány esetben a lakóhelyi közösség jelenti a legfontosabb (sőt, egyetlen) emberi kapcsolatot.

Az angyalföldiek

Bár kérdezetteink egyéni sorsa, attitűdjei és különösen anyagi helyzete, valamint perspektíváik jelentős különbségeket is mutatnak, mégis kijelenthetjük, hogy elegendő közös vonással rendelkeznek ahhoz, hogy egy kultúrába tartozóknak tekinthessük őket. Néhány családtól eltekintve alsó-közép rétegként jellemezhetők.

A 30 család közül 24 a Róbert krt. – Fáy utca – Béke út – Szt. László utca által meghatározott négyszögben lakik. Az ezen a területen kívüleső, de attól nem messze lakó családok inkább – de nem feltétlenül – lakáshelyzetükben és általános anyagi helyzetükben térnek el, mint egyéni sorsukban. Néhány fiatal családnál feltételezhetjük, hogy jelenlegi körülményeik javulni fognak, és mai helyzetük átmenetinek tekinthető az életükben.

A többi családtól leginkább a cigány családok térnek el: erőteljes asszimilálódási törekvéseik mellett is különböznek életmódjukban és életfelfogásukban.

Párkapcsolatok

Az élettörténetek részletesebb elemzése előtt is látszik, hogy a párkapcsolatok minősége jellemző kérdezetteinkre. A 30 család közül 8-ban a nő társ nélküli. A 22 párból csak 12 a házaspár, 10 élettársi viszonyban élő pár.

A nyugat-európai helyzettel összehasonlítva Magyarországon kevésbé elterjedt a házasságkötés nélküli együttélés, de nálunk is emelkedő tendenciát mutat. Cseh-Szombathy (1990) megállapítja, hogy mivel a házassaládi állapotúak előnyben voltak az együttélőkkel szemben a lakáshoz, a lakáskölcsönhöz jutásnál, sokan ezek megszerzése érdekében kötöttek

házasságot. Ugyanakkor éppen, mert a lakáshoz jutásnál a gyerekeket egyedül nevelők is előnyhöz jutottak, látszat-válásokra is sor került. Ugyancsak gazdasági természetű motivációk hozhatók fel a létre nem jövő házasságoknál: néhány éve még házaspár nem rendelkezhetett egy-nél több lakással (tehát ha mindkét félnek volt lakása, nem házasodtak össze), néhány éve még az özvegyek elveszítették nyugdíjkiegészítésüket az újabb házasságkötéskor. A gyerekeket egyedül nevelő nők újránházasodása ellen hat, hogy így könnyebben jutnak lakáshoz (ha az élettárs nincs bejelentve a lakásba), és mint egykeresős családnak, több esélyük van a segélyek megszerzésére.

A társadalmi környezet elsősorban az alsó és a felső rétegekben tolerálja a házasságkötés nélküli együttélést. Az intézmények devianciaként kezelik. Sok iskolában eleve veszélyeztetett helyzetűnek tartják (és így az önkormányzat gyámügyi osztályán nyilvántartják) azt a gyereket, akinek az anyja nem az élettársa nevét viseli.

Az élettörténetek végigtekintéséből kitűnt, hogy a párkapcsolatok problémái végigkísérték kérdezzetünk életét. A 30 családban 54 felnőtt közül 33 legalább egyszer elvált már, vagy tartósan külön élt a házastársától, vagy élettársi kapcsolatban élt korábban. Így a jelenlegi özvegyek egy része is második házasságában lett özvegy, és a házasok egy része is második házasságában él.

A családok anyagi és társadalmi helyzetének javulására a legtöbb esetben negatívan hat a párváltás. Egyrészt, mert ez azt jelenti, hogy legalább átmenetileg legfeljebb egy kereső van a családban. Másrészt, mert a családvédelmi törvény kötelezi a házasságukat felbontó feleket a vagyonmegosztásra. Mivel a családok túlnyomó többségénél a vagyon leglényegesebb része a lakás, a lakás megosztása rendszerint azt eredményezi, hogy a válással mindkét fél lakáshelyzete romlik. Az utóbbi években ez gyakran azt jelenti, hogy – különösen gyerekes házaspár válásakor – a férj hajléktalanná válik. Ugyancsak az elvált férj további lehetőségeit nehezíti a gyerektartás fizetése, ami egy gyerek után a jövedelem 20%-a, két gyerek után pedig 40%-a.

Természetesen alaposabban vizsgáltam azt a nyolc családot is, ahol nem derült ki párváltás. Egy esetben még feltételezhetjük, hogy volt párváltás a férfinél, csak ez nem derült ki. (Az valószínűsíti, hogy a házaspár cigány, ahol a férj 9 évvel idősebb feleségénél, és amikor összekerültek, már 24 éves volt. Márpedig tudjuk, hogy a cigányoknál az első párkapcsolat már 14–18 éves korban létrejön.) Két esetben a házastársak nagyon fiatalok, 21–24 év közöttiek, fiatal házasok.

Hosszabb ideje fennálló házasságban él három pár. Mindhárom esetben csak relatíve kedvezőtlen jelenlegi helyzetről beszélhetünk, és minden esélyük megvan rá, hogy ebből kijussanak. Ezek a feleségek a legambiciózusabbak az összes nő közül, és ők vannak a legerősebb pozícióban férjükkel szemben.

Két idős család esetében nem sikerült kielégítő magyarázatot találni arra, mi akadályozta meg őket abban, hogy javítsanak helyzetükön: két keresővel, egy, illetve két gyereket neveltek fel, és nagyon nehéz anyagi

helyzetben élnek. Élettörténetükben egyetlen közös pont van, amely ugyanakkor az összes többi családtól megkülönbözteti őket: mindkét nőnek még kisgyerekkorában meghalt az anyja (és nem volt olyan családtag, aki helyettesítette volna). Ez a különbség figyelemre méltó, de nem tekinthetjük elégséges magyarázatnak.

Családi mobilitási görbék

Kérdezetteink alapvetően lefelé mobil vagy pedig lényegében immobil családok képviselői. Az egyetlen *felfelé mobilitást* mutató kérdeztünk életútja sem tekinthető sikertörténetnek.

H.: 45 éves nő. Családja az ország nyugati széléről származik. Apjának 10 élő testvére van, szegény családban nőtt fel. Életében a korszakra jellemző felemelkedési kísérlet: rendőr (1948-tól), majd karhatalmista. A karrier derékba tört, mert utána építőipari segédmunkás mindvégig. H. gimnáziumot végzett, és másodszorra sikerült a felvételi a budapesti orvosi egyetemre. Két év után abbahagyta. Hazament, és segédmunkásként dolgozott néhány hónapig. Majd feljött Budapestre, és munka mellett főiskolai diplomát szerzett. Ma egy számítógépes informatikai osztály vezetője. 32 évesen ment férjhez egy nála 8 évvel fiatalabb, szakmunkásképzőt végzett, fizikai beosztásban lévő munkatársához. Apósa hivatásos katonatiszt, anyósa BM polgári alkalmazott. Anyagilag elég erősen támogatják őket. Vállalati tulajdonú lakásban laknak. Egy gyerekük van. A férj ebben az évben infarktust kapott, és elveszítette a munkahelyét. Most munkanélküli segélyen van, és leszázalékolására vár.

Lefelé mobil családtörténetekben jóval nagyobb a választék. S.: 72 éves nő. A nagyszülők gazdagok voltak, tönkrementek 1930-ban. Az apa jogi egyetemet végzett, de mivel elvesztette hallását, pályamódosításra kényszerült, fordító és sokszorosító irodát nyitott. S. 1938-ban érettségizett, a zsidókat érintő *numerus clausus* miatt nem tanulhatott tovább. Apja irodájában kezdett dolgozni. Az apa 1942-ben meghalt. A német megszálláskor elvették az irodát, és S-t anyjával együtt deportálták. Mindketten túléltek a lágert, de anyja a hazafelé úton meghalt. S. férjhez ment egy budapesti szakmunkáshoz. Értelmiségi származása miatt csak nehéz fizikai munkát végezhetett évekig. A politikai enyhülés tette lehetővé, hogy meósként dolgozhasson. 4 gyereket szült, és volt 5 abortusza. A terhességtől való állandó rettegésnek nagy szerepe volt abban, hogy házassága megromlott. Férje elhagyta egy másik nő kedvéért. A válás körüli érzelmi megrázkódtatásban látja annak okát, hogy fia 16 évesen öngyilkos lett. Három lánya 8 általánost és gyors- és gépíró iskolát végzett. Mindhárom szakmunkáshoz ment feleségül, és mindhárom elvált. Az egyik újra férjhez ment, egy osztrák-magyar közös vállalat vezetőjéhez. Legkisebb lánya skizofrén, ennek terhét kérdeztünk viseli. Anyagilag támogatja, naponta főz a lányára. A másik két lánya nem tart kapcsolatot ezzel a beteg testvérrel, és éppen ezért anyjukkal is laza a kapcsolatuk. Időnként postán küldenek neki pénzt. S. közel 40 éve lakik jelenlegi

lakásában, amely egy egyszobás, komfortnélküli, vizes lakás. A létminimum alatt él, jóformán mindent megtagadva magától. Életszínvonalát mutatja, hogy már csak napi két cigarettát engedhet meg magának, egy-szerre csak félig szívja, hogy négyszer gyújthasson rá. Télen nadrágot hord, hogy ne kelljen harisnyát vennie. A televíziója és a hűtőszekrénye elromlott, nem tud újat venni. Intelligens nő, szenvedélyes olvasó (több nyelven), de könyvre már nem telik. Mai életstratégiája a túlélés, lehetőleg nyugalomban, bár minden terhet felvállalva.

Egy érdekes és ugyancsak jellemző családtörténet: N., 56 éves nő. Módos nagyszülők, egy nagypapa kivándorolt dolgozni Amerikába, majd hazatért, egy nagymama szülésznő. Az apa szakmát is tanult, az örökölt földekhez vásároltak még. És akkor bejött a téesz, elvettek mindent. A négy gyerekből csak a két fiatalabb tanult (N. a második), a harmadik érettségizett, a negyedik tanárnő lett. N. pesti betanított munkához ment férjhez. Egy lányuk született, néhány év után elváltak. N. nyugdíjazásáig betanított munkásként dolgozott. A második férje 13 évvel idősebb nála, nyugdíjazásáig szakmunkás volt. Mellette javult az anyagi helyzete, különösen amíg mindketten dolgoztak. Pl. külföldre is tudtak utazni. A nyugdíjas évekre nagyobb pénzmegtakarítással készültek fel. Férje súlyos beteg, három infarktusa volt. N. özvegyen nagyon nehezen fog megélni alacsony nyugdíjából. Lánya érettségizett, és Hollandiába ment férjhez. A család számára ez az újrafelemelkedés.

M.: 27 éves nő. Mindkét szülő intragenerációs mobil, ambiciózus emberek. Anyja és apja testvéreinek többsége is ilyen. M. a gimnáziumban nagyon jó tanuló volt, a szülei továbbtanulásra szánták. (Gyerekként viték külföldi utakra.) Ezért rossz szemmel nézték a (jól kereső) szakmunkás udvarlót. M. sikertelenül felvételizett főiskolára, majd férjhez ment, és 20 éves volt, amikor egyetlen gyerekük megszületett. Félbehagyta a közben levelezőn megkezdett főiskolát. Ma már tudja, hogy tanulnia kellett volna, de már csak a gyereken akarja behozni ezt a mulasztást. A mélypont az volt, amikor évekig házmester volt (ezt megalázónak tartotta). M-ék eddigi ambíciója az anyagi gyarapodás. Néhány éve megpróbálkoztak vállalkozással: élelmiszerboltot akartak nyitni, de már az induláskor olyan akadályokba ütköztek, hogy feladták a tervet. M. titkárnőként dolgozik, férje tercier szakmában.

Z.: 29 éves nő. Anyai nagyszülei jómódú békési középparasztok (több tízhold, cséplőgép) voltak. Anyja a hat gyerekből az ötödik, 1935-ben született. (Bár erről nem esik szó az interjúban, de kiszámítható, hogy éppen 1949-ben fejezte be az általános iskolát, amikor a családot csaknem biztosan kulákká nyilvánították.) Anyja négyszer ment férjhez, és vált el, összesen hat gyereke van. A gyerekeket évekig a nagymama nevelte falun, míg az anya Budapesten dolgozott. Anyja többször költözött, föl Budapestre és vissza Békésbe, foglalkozása ennek megfelelően változott mezőgazdasági és egyéb szakképzetlen fizikai munkák között. Most a falujában lakik, már nyugdíjas, mellette mezőgazdasági kistermelő. (Feltehetően hosszabb ideje alkoholist.) Z. párkapcsolataiban követi az anyai mintát: kétszer vált el, harmadik élettársával él. Két apától három

gyereke van. Számos apró jele van annak, hogy anyai szerepét rosszul látja el. Többször kezelték idegosztályon, állítása szerint kb. 14 éves kora óta szed nyugtatókat. Számtalan rossz döntést hozott eddigi életében.

Néhány példa az *immobil* családok közül. T. 26 éves nő. Nagypapja is, apja is budapesti szakmunkás. Anyja az ország keleti széléről került Pestre, betanított munkás. Bátyja szakmunkás. T. a szakmunkásképzőt félbehagyta, amikor egy alkalmi kapcsolatból terhes lett. A negyedik hónapban volt, amikor észrevette a terhességet. A gyerek apja a szülés után disszidált. T. a szüleivel lakott, míg jelenlegi élettársához nem költözött hat évvel ezelőtt. Korábban kézbesítő volt, ötéve háztakarító. Élettársának anyja elvált, egyedül nevelt fel 4 gyereket, portás. Az élettárs szakmunkásképzőt végzett, más szakmában betanítottként dolgozik, 33 éves. Elvált, mivel a felesége nem gondozta a gyereket, ő ezután egyedül nevelte gyermekét. (A gyerek másfél éves volt, amikor összekerekültek T.-vel.) Elég alacsony bérekből élnek, nincsen jelentősebb családi segítségük. Nagyon takarékosak a fogyasztásban, a gazdálkodásban. A tartós cikkekből mindenük megvan. A nagy probléma a lakás, amely komfortos, de mindössze egyszobás, ebben élnek négyen.

I.: 24 éves nő. Amikor pár napos volt, apja öngyilkos lett, mert rákos volt. Anyja Tolnából származik, 8 gyerekes szegény családból. Sokfelé lakott, munkahelyei tehenészetből a vendéglátóiparig változtak. Másodszor is férjhez ment, egy szakmunkáshoz. Néhány éve leszázalékolt, keringési elégtelenséggel, gyomorfekélélyel. I-t néhány hónapos korától a nagyszülei nevelték Tolnában. 5 éves korától lakott anyjáékkal egy Budapest közeli városban. Budapesten végezte az ápolónői szakiskolát. Közben kollégiumban, majd nővérszálláson lakott. Hamarosan összeköltözött, később össze is házasodott jelenlegi férjével. 4 évig az anyóséknál laktak. A férje apja (eredetileg szakmunkás) fűtő az egyik színházban, anyja bérelszámoló, de mellette takarít is. A férj szakmunkás, ez év januárjától munkanélküli, segélyt kap. Rendszeres alkalmi munkát végez a szakmájában, és feltételezhetően jól keres. Egy gyerekük van. I. gyesen van. Nagyon tudatosan élnek, a gyereket tervezték, előre takarékoskodtak (I. veszélyeztetett terhesként bedolgozást végzett), és mire megkapták a lakást, megvolt a berendezés nagy része. Megtakarított pénzükből komfortosították a lakást. Anyagilag kényelmesen élnek, nagyon sok segítséget kapnak mindkét oldalról a szüleiktől. „*Tulajdonképpen megvan mindenem, de gazdag nem vagyok.*” – mondja I. Ők talán anyagi értelemben mobilak, mert bár nyilván nem szárnyalták túl a szülői generációt, de életkorban előbb érték el azt a szintet, amit ők.

Mint ezekből a sorsokból is látható, a családok mobilitási görbéjére erősen hatott a történelem. Alig akad olyan család, amelyet ne érintett volna az alábbiak valamelyike: a trianoni békeszerződés (Erdély elcsatolása), a zsidóüldözés, a II. világháború, a hadifogság, az orosz megszállás, a németek kitelepítése, a proletárdiktatúra kulák- és értelmiségi üldözése, a téjeszesítés, az 1956-os forradalom.

Ez természetesen nem jelenti azt, hogy minden elrontott életnek közvetlen társadalmi-történelmi oka van. Több esetben rosszul meghozott

egyéni döntések, vagy az egyénen kívülálló, számára inkább természeti csapásként megélt események látszanak döntőnek. Ide tartoznak az elrontott párkapcsolatok. Ezek nemcsak kérdezetteink többségének egyéni életére jellemzőek, hanem szüleik és testvéreik életére is. A szülők válása nem feltétlenül hat a gyerek életútjára. Kérdezetteink között azonban több is akadt, aki tanulmányai félbehagyását evvel indokolta (mind lelki, mind anyagi vonatkozásban előfordult). Két esetben a szülők válásának következménye volt, hogy a kérdezett nagyon fiatalon elköltözött otthonról albérletbe. Az iskola elhagyásának oka, ugyancsak több kérdezettünkénél, a nem tervezett terhesség volt. Több házasság megkötését siettetten „véletlen” terhesség. A családokban bekövetkezett halálesethez vagy munkaképtelenséghez vezető betegségek között szerepelt tüdőbaj, rák, infarktus, érszűkület. Két családban azonos betegség okozta a család több, különböző generációhoz tartozó tagjának halálát.

A cigány családok mobilitási görbéje még annyira sem emelkedő, mint a többi családé.

A. 32 éves. Nagyszülei és anyja analfabéták, apja hat osztályt végzett. A szülők építőipari segéd munkásként dolgoztak Budapesten, munkásszállón laktak. Ma nyugdíjasok, és a falujukban élnek. Őt gyerekek a faluban nőtt fel, az idősebb gyerekek gondozták a kisebbeket. A hét osztályt végzett el, 15 éves korában jött fel Budapestre dolgozni. Segéd munkás volt. Közel két éve, rövid megszakítással, munkanélküli. Két apától három gyereket szült, mindhárom születési súlya kicsi volt. Élettársa építőipari munkákból szerzi jövedelmét; állandó gondozás alatt álló ideg beteg. Bevallott jövedelmük túlnyomó részét az önkormányzati segélyek és az állami juttatások teszik ki. A családot a SZETA, a Vöröskereszt és egy cigányszervezet is segíti, különféle módokon. Fogyasztásuk és háztartásuk felszereltsége alapján anyagi helyzetük egyike a legjobbaknak a 30 család közül. A legnagyobb gyerek 14 éves, ágybavizelő, több osztályt ismételnie kellett, aligha fogja befejezni az általános iskolát. A másik gyerek 8 éves, ebben az évben kezd el iskolába járni, kisegítőbe. A legkisebb 6 éves, óvodás. A. azt állítja, hogy jelenlegi – egyszobás – lakásukat a főbérletől bérlik.

Relatív felfelé mobilnak tekinthetjük A-t, hiszen iskolai végzettsége magasabb szüleiénél, neki talán sikerül városi lakossá válnia, és anyagi életszínvonaluk jó. Ez az emelkedés azonban kevés ahhoz, hogy saját rétegénél feljebb jusson, és a következő generáció számára akár a relatív felemelkedésnek esélyt adjon.

Városiasodás – a családok földrajzi mobilitása

A kérdezettek felmenőinek túlnyomó része, és a kérdezetteknek is a többsége vidéken született. Ha azonban a Budapesten töltött évek számát nézzük, a kérdezettek kétharmada mindenképpen városlakónak tekinthető, legalább egy évtizede a fővárosban él. Ha vannak is vidéki rokonaik, nincsen velük túlságosan szoros kapcsolatuk.

A városivá válás folyamata nagyon lényeges eltérést mutat a cigány és a nem-cigány családoknál. Nézzük előbb az utóbbiakat.

Négy olyan család van, amely tíz éven belül került Budapestre az ország távolabbi vidékeiről. E családok tagjai felnőtt életük egy részét is vidéken élték. A szülők vidéken laknak, de csak két család tart intenzív kapcsolatot a vidéken maradottakkal. Élelmiszert kapnak rendszeresen, gyerekeik a nagyszülőknél nyaralnak, besegítenek az élelmiszerkereskedésbe, vagy legalább nyaralni lejárnak. A másik két család – különböző okokból – drasztikus szakításra kényszerült tágabb családjával. A négy család közül csak egy próbálkozott meg visszaköltözéssel (M-ék, akik vállalkozásba akartak kezdeni), és ez a kísérlet is mindössze néhány hétig tartott. A négy család egyikénél sem fedeztem fel a vidéki életforma jeleit.

A hat cigány család közül öt tíz évnél rövidebb ideje lakik folyamatosan Budapesten. Kettő közülük a 70-es évek végén jött fel először. Az első felköltözést a munkavállalás motiválta, és utána több ízben is újra vidékre (nem feltétlenül haza), majd visszaköltöztek. Testvéreik hasonlóképpen. Az asszonyok gyerekeiket részben otthon szülték, a gyes idejét otthon töltötték.

Feltételezhetnénk, hogy a visszaköltözéseket az asszonyok és anyjuk közötti tradicionálisabb (és a férjhez vagy élettárhoz fűződőnél erősebb) kapcsolat motiválja. Ám valószínűleg nem erről van szó, mert olyan családok is leköltöztek, amelyek közvetlen felmenői már nem éltek vidéken.

Matern (1990) úgy látja, hogy az időben elhúzódó végleges városi letelepedés az elszakadás-megkapaszkodás tétovaságát mutatja. A cigányokra hagyományosan jellemző a nagyfokú földrajzi mobilitás. Ambrus (1988) általában is a stabilitás hiányában jelöli meg a szegény életforma sajátosságát. Az elemi életfeltételeket mindig egyik napról a másikra kell megteremteniük, ezért nem alakulnak ki azok a stratégiák, amelyekkel erőforrásaikat egy távoli cél megvalósítására összpontosíthatnák. Véleményem szerint a kérdezett cigány családok le-föl költözéseit az is motiválta, hogy számukra a megélhetés (anyagi értelemben) – a munkahely-lehetőségek jóval kisebb mennyisége ellenére is – könnyebbnek tűnik vidéken. Legalábbis a városból nézve.

A kisgyerek átmeneti elhelyezése a vidéken maradt szülőnél–nagyszülőnél, különösen a korábbi évtizedekben alighanem a cigányoknál szélesebb körben elterjedt szokás volt. A 30 család közül 10-ben került erre sor. Felerészből a kérdezett nők mint anyák adták haza a gyereket szüleikhez, fele részben a kérdezetteket mint gyerekeket helyezték el annak idején nagyszüleiknél. Ezekben a családokban a gyerekelhelyezések legkorábbi időszaka az 50-es évek. A 80-as években már csak cigány családnál fordult elő.

Motivációja leggyakrabban az volt, hogy az anya már Budapesten dolgozott, de vagy nem volt még önálló lakása, vagy csak több műszakban tudott dolgozni, és nem tudta megoldani a gyerek ellátását. Néhány esetben az új párkapcsolat miatt helyezték el a gyereket a nagyszülőknél.

Munka

A családok 54 felnőtt tagja közül – az utolsó munkaviszony alapján – 28 szakképzetlen fizikai foglalkozású. Az arány a nőknél 65%, a férfiaknál 35%.

A jövedelmi viszonyokat azonban alapvetően a foglalkoztatottság határozza meg. A 30 család közül mindössze 6-ban van két kereső. Egy kereső van 12 családban. Csak nyugdíjas vagy gyesen lévő van 8 családban. A további négy családban: nyugdíjas és munkanélküli, gyesen lévő és munkanélküli (2), illetve csak munkanélküli van. Az 54 felnőtt közül 24 kereső, 13 nyugdíjas, 6 gyesen van, 11 munkanélküli (az aktív korúak 27%-a).

A munkanélküliek aránya jóval magasabb a budapesti átlagnál. 11 családban van egy-egy munkanélküli: 6 férfi és 5 nő. Közülük 8 segílyt kap, 2 nem kívánt élni ezzel a lehetőséggel, egy pedig nem jogosult rá, mert már 4 éve nincsen munkaviszonya. A 11 munkanélküli közül 8-ról derült ki, hogy alkalmi munkával szerez jövedelmet, köztük az a három is, aki nem kap segílyt.

Kevés esetben sikerült teljesen egyértelműen tisztázni a munkanélkülivé válás körülményeit, és arról is kevés az információnk, hogy milyen erőfeszítéseket tettek annak érdekében, hogy újra elhelyezkedjenek. Néhány esetben azonban világos, hogy ezt a helyzetet maguk választották.

O. 37 éves elvált nő, két gyerekkel. Szakképzett varrónő. Két éve megszűnt a vállalat, ahol dolgozott. Jelentkezett a munkaerőnyilvántartóban. Kapott néhány munkahely-ajánlatot, de ezeket nem tartotta megfelelőnek, mert messze voltak. Elunta a sok várakozást a hivatalban, és nem ment el többet. Ezért nem is kapott segílyt. A kérdőívbe nem volt hajlandó bediktálni, de elárulta, hogy bedolgozóként varr otthon, a keresete 20 000 forint – és nem adózik utána. Ha elhelyezkedne, aligha tudna ennyit keresni.

R. 30 éves nő. Férjével és két iskolás gyerekével él. Ebben az évben megszűnt a vállalat, ahol gondnokként dolgozott. Munkanélküli segílyt kap, mellette hétfőgeken alkalmi munkát vállal. Ezt korábban is csinálta munka mellett. Hétközben háztartásbeli. A közeljövő terveiről beszélve így fogalmaz: „előbb-utóbb nekem is el kell mennem dolgozni”. Amíg a munkanélküli segíly összege elég magas, nem éri meg elmenni dolgozni.

H. 37 éves nő férfi, egy gyereke van. Az év elején infarktuson esett át, nem volt súlyos. Hamarosan elvesztette az állását. Anyagbeszerző volt egy szállítási vállalatnál. (Felesége ugyanitt osztályvezető.) Jelenleg munkanélküli segílyt kap, nem keres másik állást, leszázalékolására vár. Otthon ő vezeti a háztartást. H. az egyetlen férfi munkanélküli, akiről nem derült ki, hogy alkalmi munkát végez. Felesége jól keres, mindkettőjük családja segíti őket. Számukra ez átmeneti helyzet.

Egyetlen munkanélkülinél sem tapasztaltunk kétségbeesést, elkeseredettséget a családban a munkanélküliség miatt. Az alkalmi munkával szerzett jövedelmek nagyságáról (kivéve O-t) nem sikerült információt szerezni, ezért azt nem tudjuk eldönteni, hogy anyagilag előnyösebb hely-

zetben vannak-e ahhoz képest, mint amikor munkaviszonyban voltak. Mindenesetre a 11 érintett család közül csak egy tartozik az öt legszegényebb közé (lásd alább a „szegény-spórolós” gazdálkodási típust). Közülük a legrosszabb körülmények között az a család él, ahol két alacsony nyugdíjas mellett van egy munkanélküli. Ez a 44 éves férfi végez ugyan alkalmi munkát, de napjai egy része azzal telik, hogy beteges anyját és nagyanyját segíti a háztartási munkában. Munkanélküli segélyt nem igényelt.

A főállású munkaviszony helyett az alkalmi munka választása több esetben egyszerűen munkahelyváltást jelent. A munkanélküliek egy része folyamatos foglalkoztatásban dolgozik, biztos, adómentes jövedelmük van. Férfiak esetében pozitív oldala az illegális munkának, hogy nem lehet belőle letiltani a gyerektartást. Ezt a motívumot egyik férfi kérdeztünk sem említette, viszont két olyan asszony igen, aki emiatt nem jut hozzá a gyerektartáshoz.

A munkanélküli nők nagyjából úgy tekintik a munkanélküli segélyt, mint a gyst: kevés, de ha jár, több, mint a semmi. A segély folyamatos csökkenése nem ösztönzi elhelyezkedésre őket. A szakképzetlen, gyermek nők gyakran szívesebben választanák a háztartásbeli szerepét, mint a nehéz fizikai munkával megszerezhető, rendkívül alacsony bért. A minimális segély összege majdnem annyi, mint a gyes.

Külön érdemes foglalkozni a nők foglalkoztatottságával. A 30 nő közül 8 öregkori nyugdíjas, 6 gyesen van. Helyzetüket meghatározza saját, illetve gyerekük életkora. A további 16 nő közül 11 munkaviszonyban van, 5 pedig munkanélküli.

A női munkavállalást alapvetően befolyásoló tényezőnek látszik az, hogy van-e gyereke a nőnek, vagy nincs. Másodsorban hat rá a képzettség.

A 16 nő közül mindössze 6 dolgozik normál munkarendben. Közülük 3 gyerektelen. A 13 nem gyesen lévő gyerekes közül viszont mindössze 3 dolgozik normál munkarendben, ketten szellemi, egy fizikai munkakörben. Mindháromnak egy gyereke van. A többi gyerekes közül 4 részmunkaidőben dolgozik, 5 munkanélküli. Egy nő a kérdőív idején táppénzen volt, az interjúkor fizetés nélküli szabadságon.

A kvalifikálatlan gyerekes nőknél a munka megválasztásakor a keresetnél fontosabb szempont a kellő mennyiségű szabadidő. Azt váránk, hogy erre a szabadidőre a gyerekek miatt van szükségük. A családi munkamegosztásra, a napirendre vonatkozó kérdések és egyéb információk alapján azonban úgy látszik, hogy a munkaidő lerövidítésével nyert időt nagyon kis mértékben fordítják közvetlenül a gyerekekre.

Az otthon töltött idejük jelentős részben háztartási munkával telik. A csökkentett munkaidőt nem az teszi szükségessé, hogy a gyerekeket hozni-vinni kell az óvodába, iskolába. A gyerekek többsége iskolás, közeli iskolákba, egyedül járnak. (Néhány családban az apa viszi őket.) Mindössze 3 anya említette, hogy otthon tanul gyerekével. A legérdekesebb, hogy valamennyi iskolásgyerek napközis, és az óvodáskorúak teljes napjukat az óvodában töltik. Még azokban a családokban is, ahol az anya

egész nap otthon tartózkodik, és naponta főz. A gyesen lévők és munkanélküliek mellett ezt a részmunkaidősök egy része is megtehetné.

Míg a korábbi generációkban az otthon tartózkodó anya lehetővé tette, hogy a gyerekek is több időt tölthessenek otthon, és az óvodát, de különösen a napközit rossz kényszermegoldásnak tartották a gyerekek számára, ma ez láthatólag fel sem merül. Úgy tekintik, hogy a gyerek normális életrendje, hogy az otthon töltött 3 év után óvodába megy, majd az iskola természetes velejárója a napközi.

H. Sas (1984) szerint a szakképzetlen fizikai munkakörökben dolgozó, immobil nők kényszerként fogják fel foglalkoztatottságukat. Szüksége van a családnak erre az alacsony jövedelemre is, mert a béreket olyan alacsony szinten állapították meg, hogy egy keresetből nem lehet fenntartani egy családot. Ugyanakkor ezek a munkák kevés örömet okoznak, és mellette a háztartási munkák terhe sem enyhült. Sőt, a férfiak mellékes munkái időben is lehetetlenné tették, hogy segítsenek a háztartási munkákban, hétköznap és hétvégeken is dolgoznak. Amikor hazakerülnek, fizikailag teljesen kimerültek.

A szakképzetlen nők rétege erősen vonzódik a háztartásbeli státuszhoz. Véleményem szerint ennek a törekvésnek különféle útjai a gyed és a gyes, a burkolt vagy nyílt részmunkaidős foglalkoztatottság, az ebben a rétegben oly gyakori (kérdézteinknél nem volt rá példa) leszázalékoltatás, és újabban a munkanélküliség vállalása. Más kérdés, hogy alighanem illuzórikus kép él ezekben a nőkben a háztartásbeli státuszáról.

Annak okát, hogy ebbe a szerepbe nem nagyon találnak vissza, abban látom, hogy az utóbbi évtizedekben többször változott a nőkkel szemben támasztott, nem egyszer ideologikus keretben megfogalmazott igény. Az extenzív iparosítás időszakában emancipációt ígértek a dolgozó nőknek. Amikor kiderült, hogy túl kevés gyerek születik, és túl sok a válás, akkor újra a hagyományos női szerepek elvárása került előtérbe. A mai családanyák azonban az előbbi időszakban születtek, gyerekként alig találkozhattak anyjukkal, a bölcsődében vagy a nagymamánál nevelkedtek. Falussy (1990) felhívja rá a figyelmet, hogy különösen a társadalom hátrányos helyzetű rétegében a nők teljes körű foglalkoztatottsága következtében kiveszőben vannak azok a követhető minták, amelyek nélkülözhetetlenek a család biztonságos működéséhez, a háztartás szervezettségéhez, fontos hagyományok őrzéséhez, átadásához, a gyerekek elvárható gondozásához, neveléséhez.

Lakás

A lakáskérdés általában központi jelentőségű a magyar családok életében.

A lakáshoz jutás költségeit a háború utáni új bérrendszer kialakításakor nem építették be a bérekbe. A lakáshoz juttatást a kommunista állam magára vállalta, de ezt a feladatot elsősorban gazdasági okokból egyre kevésbé volt képes ellátni. A lakásépítésből az állam fokozatosan kivo-

nult, 1986-ban a lakásoknak már 90%-a magánerőből épült. Az állami lakáselosztás keretei olyannyira beszűkültek, hogy a fővárosban 4–10 év a várakozási idő azon átlagos családok számára is, amelyeknek igényjogosságát az önkormányzat elismeri. A béreket azonban soha nem emelték e változás ellensúlyozására. A lakásárak és a hitelkamatok időközben az inflációval emelkedtek, de korábban is eleve reménytelen volt egy széles réteg számára, hogy lakást vásároljon.

A 30 család közül kettőnek nincsen önálló lakása: az egyik szülővel él egy lakásban, a másik magánszemélytől bérli a lakást. Két olyan család van, amelyik saját tulajdonú lakásban él, ezekhez vásárlással jutottak. A többiek állami tulajdonú vagy szolgálati lakásokban laknak.

A lakástörténetek némi különbséget mutatnak a cigány és a nem-cigány családok között. A cigányoknál a tipikus fővárosi lakásszerzési út első állomása a munkásszálló, jóval ritkábban a rokonság. A második lépés az albérlet és az utóbbi években az önkényes lakásfoglalás. Ez után következik az első állami tulajdonú lakás, amely rendszerint szükséglakás, majd a végleges lakás kiutalása. (Ezt aztán esetleg elcserélik egy kisebbre és rosszabb minőségűre, mert nem tudják fenntartani.)

A nem-cigány családoknál a kiinduló pont a rokonok vagy az albérlet. A legkedvezőbb út rokonoktól (valamelyik fél szülei) közvetlenül saját lakásba vezet. Ez azért is kedvező, mert az együttélés ideje alatt, a megosztott vagy akár elengedett rezsiköltség mellett a fiatal család képes megfelelő összeget megtakarítani az önálló háztartás megalapozásához. Az albérletből gyakran nehezebb eljutni az első saját lakásig. A következő lépés vagy eltartási szerződés, ami többnyire pénzigényes megoldás), vagy ház mesterség vállalásával szolgálati lakás, amelyet követhet még egy állomás: a szükséglakás.

Az állami lakásokhoz a többség kiutalással jutott hozzá. Mindössze két család örökölte, másik kettő pedig eltartási szerződéssel (ami kb. a vétellel egyenértékű) szerezte meg.

Lényegesen megkönnyíti a lakáshoz jutást, ha legalább az egyik fél már gyerekként Budapesten élt. A lakáshozjutás akkor a legnehezebb, ha mindketten már felnőttként jöttek fel dolgozni.

Mint láttuk, Angyalföldön jellemzően rosszak a lakáskörülmények. A 30 családból 22-öt tekinthetünk igazán rossz lakáskörülményűnek. Három szempontot vettem figyelembe a lakáshelyzet minősítésekor: vizes és egészségtelen a lakás, komfortnélküli, túl sokan laknak benne. Természetesen néhány esetben mindhárom jellemző a lakásra. Az okok, amelyek miatt nem tudtak eddig jobb körülmények közé kerülni, a következő típusokba sorolják a kérdezetteket:

1. Három esetben ez az *első önálló* lakásuk, ahol legfeljebb három éve laknak. Korábban szüleikkel együtt vagy albérletben laktak. A 3 család mindegyike fiatal, kiutalással jutott a lakásához. Mindhárom család jelentős pénzt fordított a lakás komfortosítására vagy legalább korszerűsítésére. Számukra ez egy átmeneti helyzet.

2. Ez az *első budapesti* lakásuk. Öt család tartozik ide, közülük egy Erdélyből, négy vidékről került Budapestre. A lakáshoz jutás módja vál-

tozatosabb: kiutalás, eltartási szerződés, öröklés, szolgálati lakás. Az ide tartozók közül két család lumpennek tekinthető, ők 4, illetve 6 éve élnek jelenlegi lakásukban. A másik három család viszont mindössze egy-két éve, és feltételezhető róluk, hogy idővel jobbra fogják cserélni a lakást.

3. *Válás* következtében romlott a lakáshelyzetük. Hat család tartozik ide, és bár közülük ötnél a válás után is volt – legalább egy ideig – két kereső, mégsem javítottak lakáskörülményeiken. Mindnyájan hosszabb ideje laknak jelenlegi lakásukban. Két családban a jövedelmi helyzet relatíve jó, náluk fogyasztási preferenciáikban láthatóan hátrébb sorolódott a lakáskérdés megoldása.

4. *Túlzsúfolt körülmények* között élő cigánycsaládok, amelyek elvileg jogosultak lennének nagyobb méretű lakásra. Közülük egy öt éve, a többiek pedig 2–3 éve élnek jelenlegi lakásukban, és ez átmeneti helyzetnek tekinthető, várhatóan szociális lakáshoz fognak jutni.

5. *Idős emberek*, akik eddig nem tudtak javítani helyzetükön, és ez már nem is remélhető. Egyikük egy 78 éves magányos nő, aki 7 éve jutott ehhez a lakáshoz, és ez számára egyértelmű javulást jelentett. Korábban 31 évig társbérllőként élt egy személyzeti szobában, és már ahhoz is protekcióval jutott hozzá. Egész életében nagyon szerény körülmények között élt, korán elvált, gyereke nincsen. Kevésbé nyilvánvaló két másik család helyzete, ahol hosszú időn át volt két kereső, mégsem tudtak javítani körülményeiken.

Gazdálkodás

Többféle kérdést tettünk fel, és természetesen az információk sokszor ellentmondanak egymásnak. A legmegbízhatóbb válaszokat a jövedelemről kaptuk. A nyugdíjasoknál a legpontosabbak az összegek. A legnehezebben mérhető az alkalmi munkákból származó bevételek, annak is örülnünk kellett, ha egyáltalán sikerült kideríteni, hogy van ilyen jövedelmi forrás. A keresetekre vonatkozó adataink is meglehetősen bizonytalanok, néhányan teljesen irreális összegeket mondtak.

A kiadások tételei közül sok családnál az élelemre fordított összeg bizonyult irreálisnak. A fogyasztás és az árak ismeretében némi kalkulációt lehetett végezni, bár ez természetesen csak közelítő lehetett, hiszen nem kérdeztünk meg minden lehetséges áruféleséget.

Amikor az egyes áruféleségekből a vásárolt mennyiségeket kérdeztük, a családok általában visszafogott fogyasztásról igyekeztek képet adni. Ezek a mennyiségek több esetben képtelenségnek mutatkoznak, ha összevetjük őket a család étkezési szokásaival. Különösen a vásárolt húsfélék és mennyiségük mutatott disszonanciát az ételfélékkel, amelyeket főzni szoktak.

A bemondott és a becsült költségek eltéréseinek iránya változó. Az eltérés független attól, hogy a háztartás gazdálkodása spórolós vagy sem. Úgy gondolom, hogy az infláció, a folyamatos áremelkedések miatt a há-

ziasszonyok többsége számára követhetetlenné vált a napi fogyasztási cikkek költsége.

Az alkoholfogyasztás adatairól is több esetben kell feltételeznünk, hogy nem valóság. A dohányzás igen gyakori, és bár a cigarettát sokan a piacon vásárolják, kedvező áron, így is tetemes összeget tesz ki ennek költsége. 23 családban legalább az egyik felnőtt dohányzik, 13-ban mindkettő. Valószínű, hogy a dohányzás költségét nem számolják bele az élelmiszerre fordított kiadásba. Mindössze két családban említették, hogy a dohányzás csökkentésével igyekeznek spórolni.

A közhit úgy tartja, hogy a magyar ember szeret jókat enni, és az élelmiszer az utolsó, amin hajlandó spórolni. Ezzel egybe is vágnak a következő interjú idézetek: „*Én semmit nem adok fel, a szervezetnek meg kell adni, ami kell. Én az ennivalóra mindig adtam.*” (56 éves nő.) „*Nálunk van egy olyan elv a családban, hogy amíg tudjuk, legalább a kajánál tartjuk a színvonalat.*” (27 éves nő.) Valójában az emberek nem ragaszkodnak ennyire makacsul élelmiszerfogyasztási színvonalukhoz. Az egyik lehetséges eset, és erre is van példa a családok között, ha amiatt spórolnak a konyhapénzen, mert más dolgok fogyasztási színvonalának megőrzését preferálják (pl. az utazást vagy a színes tévé megvásárlását). Más esetben fontosabbnak tartják, hogy gyerekeiket vagy valaki mást támogassanak az így megtakarított pénzből. A legrosszabb anyagi helyzetben lévőknél valóban a takarékoskodás végső forrása az étkezés minőségének és mennyiségének csökkentése, és ezt időben megelőzte a többi kiadás lehetséges minimalizálása.

Az étkezés központi jelentőségét mutatja, hogy amikor azt kérdeztük az interjúkban, hogy kit tartanak szegénynek, az egyik visszatérő jellemző volt az élelmiszervásárlás problémája (aki nem tud megvenni egy egész kiló gyümölcsöt; aki kénytelen lopni az élelmiszert; aki egy kis mócsingos húsért könyörög a hentesnél – konkrét eseteket meséltek el, amelyekkel találkoztak a piacon).

A konyhapénzen való spórolásnak legelterjedtebb módja, hogy a családok kedvező beszerzési forrásokat keresnek. Azoknak a helyzetekhez előnyösebb, akik nagyobb mennyiségű élelmiszert kapnak ingyen, vidéki vagy kiskerttel rendelkező rokonaiktól. Kedvezőbb helyzetben vannak azok is, akik anyagi ráfordítással, de a kereskedelem kiiktatásával jutnak hozzá termékekhez. A legjelentősebb megtakarítás talán a hús beszerzésével érhető el ezen a módon. A család megveszi a malacot vagy kiscsikét, és hozzájárul a takarmányköltségekhez. Így csökkenti a hús árát az is, hogy az állattartásba fektetett munkát lényegében ingyen kapja. Jelentős megtakarítást tudnak elérni azok is, akik megfelelő személyes-informális kapcsolatokkal rendelkeznek, és rendszeresen hozzájutnak csökkentett árú termékekhez. Kevesebb közvetlen előnnyel jár a nagy tételben való vásárlás.

A gazdálkodás bizonyos fokú tudatosságának jele némely családoknál az, hogy ha már a pénzt nem tudják beosztani, legalább tartalékelélelmiszert halmoznak fel a pénzhiányos időszakokra. Minden leírt esetre találunk példát kérdezzetneinknél. Általában a jól gazdálkodás – ha

a kifejezett spórolásnál tágabban értelmezzük – egyrészt bizonyos mennyiségű mobilizálható pénzt igényel, másrészt beruházásigényes. A nagyobb mennyiségekhez tárolóhelyre, mélyhűtőre van szükség.

A családok majdnem mindegyike, még az előbbi lehetőségek valamelyike mellett is, a legtöbb terméket a közismerten legolcsóbb helyeken szerzi be: a piacon és a diszkont üzletekben. Ettől is elesnek az olyan idős emberek, akik nem tudnak bevásárolni maguknak, és nem választ-hatják meg a beszerzési forrást.

A beszerzés valamennyi praktikája sok emberi energiát és időt köt le.

Jellemző a háztartásokra, hogy – különösen a felnőttek – a ruházatkódásról és a szórakozásról jóval könnyebben hajlandók lemondani, illetve engedményeket tenni abban, mint más területeken. A gyerekek ruházatkódása központi kérdés a gyerekes családokban, és már azt is engedménynek tekintik, ha olcsó helyen vásárolnak, pl. a piacon. Használt ruhát nagyon kevesen hajlandók gyerekek számára megvenni, ruhacsere gyakrabban fordul elő. Salamin (1991) a háztartástatistikai adatok elemzésekor hasonló eredményre jutott: a 2 és több gyerekes háztartásokban élő 19–29 éves nők ruházatkódási kiadása a hasonló korú gyermektelen nőkénél csak 50–30%-a. Győri és Gábor (1990) általában gyerekcentrikus fogyasztással találkozott az általuk vizsgált szegény családoknál. Kiemelik a gyerek ruházatkódásának fontosságát: az óvoda és az iskola erős elvárást jelent mint intézmény és mint kortárs csoport a gyerek külső megjelenésével szemben. Ugyanakkor ez nem feltétlenül annak a jele, hogy a gyerek megkülönböztetett gondoskodásban részesül, gyakorta inkább úgy értelmezhetjük, mint egy eszközt, amelynek segítségével a család igyekszik fenntartani a konszolidáltság látszatát a külvilág előtt. H. Sas (1976) kutatási eredményei azt mutatják, hogy az alacsonyabb általános kulturális színvonalú családok igyekeznek a leginkább eleget tenni ezeknek az elvárásoknak, ők teszik a legnagyobb erőfeszítéseket anyagi értelemben ennek érdekében.

Szórakozáson alapvetően a lakáson kívüli, pénzbe kerülő szabadidős tevékenységeket értik, pl. az étterembe, presszóba, moziba járást. A kérdezett családok az utóbbi években ezeket egyre kevésbé engedik meg maguknak. Ugyanakkor alapvető szükséglet számukra a színes TV és a videó. Sokszor a gyerekekre hivatkozva veszik meg, és szinte a gyerekruhához mérhető fontosságúnak tartják. A legkönnyebben csökkenthető kiadásnak a családok a közlekedési költséget tekintik: bliccelnek, egyikük kifejezésével „kukkolnak”.

A 30 család gazdálkodása és fogyasztása különbségeket mutat, ezeket próbáltam meg megragadni az alábbi típusok leírásával.

1. *Szegény-spórolós.* Leginkább a húsfogyasztás jellemzőivel különböztethetjük meg ezeket a családokat: kevés felvágott, tökehús helyett főként csirke, egészben vagy kevésbé nemes részei (jobb esetben szárny, rosszabban csak aprólék, még rosszabban far-hát). A sertéshús inkább csak húsos sertéscsontként jelenik meg a konyhában. Ha esznek halat, vagy ingyen jutnak hozzá, pecázásból, vagy heket vesznek a piacon. Viszonylag sok tojást vesznek, húsféle, felvágott helyett. Kevés a tej, a gyü-

mölcs, utóbbi inkább csak szezonban. Az ételféleségeknél jellemző a sok leves (több napra főzve), sok krumpli, káposzta, főzelékek, és különösen a tészta-ételek – tipikus szegény étrend. A piacon veszik olcsón (a rossz minőségű csempészárúként behozott) kávé, a legszegényebbek ezt még Otthon kávéval (a legolcsóbb, még kávé tartalmazó fajta, fele kávépótló) keverik. Ezek a családok szinte mindig a piacon és diszkont élelmiszerboltban vásárolnak.

Ezekben a családokban egyértelműen vissza kellett szorítani a fogyasztást a korábbi évekhez, még az előző évhez képest is. Bizonyos áruféleségekről teljesen le kellett mondaniuk. A háztartás felszereltségére jellemző, hogy többnyire csak fekete-fehér televízió van, és legfeljebb nem-automata mosógép. Helyzetüket perspektívatlanak látják.

2. *Közepes.* Főleg olcsóbb sertéshúsféleségeket vesznek és csirkét, marhából legfeljebb levest. A kávé ők is a piacon veszik meg. A vásárláskor általában komoly energiát fordítanak az olcsóbb lehetőségek felkutatására, inkább ritkábban, nagyobb tételben vásárolnak, fagyasztnak, befőznek. Több tejet, gyümölcsöt fogyasztanak. Változatosabb az étrend, több hagyományos húsetel szerepel, hétvégeken jobb ételeket esznek, mint hétköznap. Ez a fogyasztás is spórolás, de bizonyos szintet megtart, változást inkább a hús minőségének, mint mennyiségének csökkenése jelent. (Régebben karaj, comb, majd tarja, oldalas – azaz csontos húso.) A háztartás jobban felszerelt, előfordul színes TV, és van mosógép. Általában van segítő családi vagy intézményes háttérük. Többnyire van valamiféle perspektíva arra, hogy javuljon a helyzetük, vagy legalábbis ebből a szintből ne kelljen engedniük.

3. *Kényelmes.* A legfontosabb különbség a húsfogyasztásban van: többet és jobbat vesznek (még ha olcsóbb lehetőségek segítségével is). Bonyolultabb ételek is előfordulnak, több a gyümölcs, változatosabb a zöldségféle. A kávé nem feltétlenül a piacról kerül a háztartásba. Jelentősebb – beismert – alkoholfogyasztás van. Olyan „luxusfogyasztás” is van, mint mirelit, levespor, kóla, jégkrém stb. A háztartás felszereltségére jellemző, hogy van színes TV, automata mosógép, és több esetben autó is.

A háztartások fenti típusokba sorolódása nem egyszerűen a jövedelmi helyzetük függvénye. Számos tényező befolyásolja a *fogyasztási stratégiát*. Az első típusba kerültek alacsony nyugdíjasok, munkanélküliek és gyerekesek. De ide tartozik az a gyerektelen pár is, akinek nagyon sok adósága van, és átmenetileg spórolni kénytelenek. A gyerekesek egy része a következő típusba tartozik, érzékelhetően éppen a gyerekek miatt, törekednek a fogyasztási színvonal megőrzésére. A harmadik típusba tartozás sem egyértelműen a – bevallott – jövedelemtől függ. Ezek a háztartások nagy különbségeket mutatnak. Az egyik féle az, ahol jelentős a jövedelem, és alacsony a lakásrezi, de a bevételek nem elegendőek ahhoz, hogy a lakást jobbra tudják cserélni. A kiadás jelentős részét az élelmiszerfogyasztás teszi ki. Ezeknél a háztartásoknál előfordul külföldi utazás is. A másik típusba azok a sokgyerekes, általában cigány háztartások tartoznak, amelyeknél megbecsülhetetlen a befolyó jövedelem nagysága, és a gazdálkodás sajátos logikát követ. Az egyik család például díjhátra-

lékos, egyszer már ki is kapcsolták náluk az áramot, de ugyanakkor autót tartanak.

Az első típusba 5 háztartást tudtam besorolni. Ide tartoznak K-ék. Élet-társi viszonyban élnek, mindketten elváltak, közös gyerekük nincs. A nő 37, a férfi 38 éves. Mindketten szegény családból származnak. A jövedelmük nem annyira alacsony, mindketten három műszakban dolgoznak betanított munkásként egy textilgyárban. A lakásukhoz családi örökségként jutottak hozzá 3 éve, nagyon rossz állapotban volt, amikor beköltöztek. Jelentős összegű kölcsöntörlesztések és gyerektartás terheli őket. A kölcsönöket részben lakásfelszerelési tárgyakra vették fel, részben rókonaik adósságát kényszerültek átvállalni. Fekete-fehér televíziójuk és (nem automata) mosógépük van. Tipikus spórolós konyhát vezetnek: csirkeszárny, húsos csont, szív. Ételek: bableves, húsleves több napra, párizsi rántva, főtt tészta, bundáskenyér. A paprikáskrumplit már drágának tartják. Elég sokat költenek kávéra, cigarettára, de mindezt a piacon veszik meg. Sörből a legolcsóbbat veszik. Tízezerre becsülik az élelmiszerre fordított havi kiadásukat, és ez számításaim szerint reális. Ennek az összegnek csaknem a fele megy el a kávéra, cigarettára, sörre. Gyakori, hogy a hónap utolsó napjaira kölcsön kell kérniük 500 forintot. „*Nem vagyunk szegények. mert tisztában járunk, nem éhezünk. De azért, mert egy színes televíziót nem tudok megvenni a mai világban, tehát nem mondhatom magamat még a középrétegbe sem.*” – mondja a nő, és még hozzáteszi, hogy akinek lakása van, az már nem szegény.

J.: egyedül élő 79 éves, nyugdíjas nő. A szülei meghaltak gyerekkorában, egy ideig nagyszülei nevelték, majd menhelyre került. Utána nővére vette magához néhány évre. J. 19 évesen ment férjhez. A férje, aki ugyancsak korán árva lett, szakmunkás volt, J. pedig betanított munkás. A fiúk 1936-ban született, 44 évesen meghalt. A férj 1937-től 1948-ig katona volt, illetve hadifogoly. J. visszaemlékezése szerint az 50-es években éltek a legjobban, mert akkor minden olcsó volt. Ennél fontosabb, hogy ekkor egy ideig három kereső volt a családban. Hét éve özvegy, nincsen hozzátartozója. Egyetlen jövedelme a nyugdíja, igen alacsony. Amikor megkapja, kiszámolja, és félreteszi a lakásrezszi, a gyógyszer és az élelmiszer költségeit. Aránylag magas a lakás rezsije, mert minden villannyal működik (valaha szinte ingyen kapták az áramot, mert a férje az Elektromos Műveknél dolgozott). Sok pénzbe kerül a gyógyszere, és olykor az orvosnak is fizet. J-nek kétszer volt infarktusa, három éve kapott pacemakert, cukorbeteg. Térítéses szociális étkeztetésben részesül, naponta hoznak neki főtt ételt. Ezt azonban többnyire ehetetlennek tartja, és odaadja a szomszédjának, egy egyedül élő férfinak. A bevásárlásait részben ez a szomszéd végzi szívességből, részben egy szociális gondozónő szerény térítésért. Az utóbbi megoldás hátránya, hogy J. relatíve drágábban jut hozzá az élelmiszerekhez, mert a gondozónő a legközelebbi boltban vásárol a számára. Pontosan kiszámolja, hogy egy héten hány zsömlére, hány tojásra telik a maradék pénzből. Sokféle árucikkről lemondott már, például a sajtról, a diétás befőttekről, a levestésztáról. Kávéért azért nem szokott inni, mert csak a legolcsóbbra futná a pénzből, azt viszont ihatat-

lannak tartja. A cukorbetegsége miatt naponta ötször kellene ennie, lehetőleg diétás ételeket. A visszaszorított fogyasztás mellett is komoly gondot jelentenek számára a nagyobb beruházások. A lakása legalább hét éve nem volt festve, és ez nagyon zavarja, mert egyébként nagy gondal tartja rendben. Az utóbbi években elromlott a mosógépe, a hűtőszekrénye, a tűzhelye, ezeket nagyon nehezen tudta pótolni, illetve olcsóbb megoldásokkal helyettesíteni. Fekete-fehér televíziója, (nem automata) mosógépe van. Nyilvánvaló, hogy J. egész életében spórolt: elmondta, hogy nemrég használta el az utolsó doboz mosóport abból a készletből, amit még a férje vett meg. J. messze a legelkeseredettebb ember összes interjúalanyunk közül. Haragszik az egész világra: a kormánytól kezdve a szomszédokig. Ezt az életérzést nyilván alapvetően az táplálja, hogy bármikor képes lenne egyszerre megenni két csirkecombos is, ehelyett viszont olykor már csak szárazkenyeret ehet rántottlevesrel.

A második típusba 10 háztartást soroltam, némelyik tulajdonképpen határeset. Ilyen C. is, aki szociológiai szempontból alig különbözik J-től. 78 éves, elvált, gyereke nincs, közel 40 éve egyedül él. Háztartási cseléd, majd különféle gyárakban segédmunkás, betanított munkás volt. 23 éve nyugdíjas. Az egyetlen jövedelme alacsony nyugdíja. A lakás rezsije aránylag alacsony. Mennyiségre nagyon keveset fogyaszt, de kevés önmegtartózkodással él. Az ételek: csirkeszárny rántva, mell sültve, combból pörkölt, karfiolleves, lecsó, sóska, rántotthús, főzelék hússal, császárszalonna. Kávé a piacról. Néha krémes a cukrászdából, régebben gyakrabban megengedhette magának. További luxus fogyasztás számára, ha tejszínt vesz a kávéjába, vagy egy tejfölt eszik vacsorára, madártejet készít magának. Fekete-fehér televíziója van, mosógépe nincs. A házban lakó, ugyancsak magányos 92 éves néniről gondoskodik. Vásárol neki, főz rá, napjában többször meglátogatja. Lehet, hogy a két asszony életérzése közötti különbséget az magyarázza, hogy C. vallásos, J. pedig nem.

Ennek a típusnak jellemzőbb képviselője P. 37 éves özvegy, 3 gyerekekkel. A nagyszülői generáció nagyon jómódú volt, a szülők még ebben nőttek fel. Az 50-es években polgári-értelmiségi származásuk miatt P. apja csak alkalmi segédmunkákat végezhetett, a család nagyon rossz anyagi körülmények között élt. Anyja később belépett a kommunista pártba, és sikerült kompenzálnia ezt a származási hátrányt, vezető beosztásba került. A két gyerek, P. és bátyja az egyik nagymamánál, majd hetes nevelőintézetben nevelkedtek. A szülők házassága megromlott, az anyának két infarktusa volt. P. a rossz családi életnek tulajdonítja, hogy 18 évesen pszichiátriai klinikára került. Az általános iskola után dolgozni kezdett, további iskoláit munka mellett végezte. Vegyeslaboránsként, majd ápolónőként dolgozott. 22 éves korában rövid életű házasságot kötött, albérletben laktak. A válás után anyja nem fogadta vissza. 28 évesen ment másodszor férjhez. Férje élelmiszerbolti vezető helyettes volt. Két évig albérletben laktak, ott született az első gyerek. 1985-ben kaptak egy 22 m²-es, vizes szűkséglakást. A férjét 1986 végén leszálalékkolták súlyos érszűkülettel. Mindkét lábát amputálni kellett. 1987-ben megszületett a második gyerekük. Három éve kapták jelenlegi lakásukat, amely másfél

szobás, komfort nélküli, hagyományos fűtésű. A harmadik gyereket nem tervezték, tavaly született. Ez év márciusában meghalt a férje. Ez átmenetileg teljes anyagi csődöt jelentett a család számára. Mostanra rendeződött a helyzetük. A gyes és a családi pótlék mellett özvegyi nyugdíjat, árvaellátást kap a társadalombiztosítástól, az önkormányzattól pedig rendszeres és rendkívüli nevelési segítyt, élelmiszercsomagot. A készpénz bevétel havi 42 900 Ft. A család anyagi helyzete egyértelműen javult a korábbihoz képest. A háztartás felszereltsége inkább a korábbi állapotot tükrözi, fekete-fehér televíziójuk és (nem automata) mosógépük van. Komfortos állami lakás kiutalását kérelmezték. Feltételezésem szerint P. nem gazdálkodik elég jól a pénzzel. A legközelebbi boltban vásárol élelmiszert, gyerekruhát viszont olykor a piacon is. A lakbér csekély, de az utóbbi hónapban haladékot kellett kérnie. Ha pénzzavarba kerül, a szomszédjától kér kölcsön kisebb összegeket. A család élelmiszerfogyasztási színvonala átlagos. Ételek: sültcsirke, paprikáskrumpli, sárgaborsó, lencse, krumplifőzelék. Az egyik gyerek csak sonkát hajlandó enni, gyengébb minőségű felvágottat nem. P. rendszeres alkoholfogyasztó, evvel „tompítja” magát. Lelki kondíciójának megtartásában segíti még, hogy neofita buzgalommal (reformátusból tért át, korábban nem volt vallásos) vesz részt a katolikus egyházközség életében. *„Nem vagyok szentfázék. Ott olyan jó csend van, nyugodtság. Annyira nyugalmat ad, hogy elmegyek egy héten egyszer. Nem szól a három gyerek háromfelől. Annyira kell ez. Végül is ez a kikapcsolódás.”*

L. 65 éves elvált nő, élettárrsal él. Középosztályi családi háttérből indult. Fiát 6 éves korától egyedül nevelte. 30 éve vette munkáltatói segítségével másfél szobás szövetkezeti lakását. A részleteket 20 éven át törlesztette. Nyugdíjazásáig banktisztviselőként dolgozott. Nyugdíja alacsony, élettársáé – aki szintén szellemi dolgozó volt – valamivel magasabb. Nincsenek közös kasszán, mindkettőjük lakását fenntartják (hogy az unokákra örökíthessék), hol az egyikben, hol a másikban lagnak. Az élelmiszer-költségeket megfizetik, ki-ki maga fizeti a lakása fenntartását. L. nyugdíjának felét fordítja élelmiszerre, közel negyedét a lakása rezsi-jére. Ha nincsen rendkívüli kiadása, akkor a nyugdíja 5–10%-át tudja megtakarítani. Van színes és fekete-fehér televíziója, nem-automata mosógépe, mélyhűtője. Időnként mindketten támogatják pénzzel a gyerekeiket. L. unokái nyáron elég sok időt töltenek velük, ő olyankor valamivel több pénzt tesz a közös kasszába. A fogyasztás minden területén igyekszik spórolni. Télen nem fűti a kisebbik szobát. Ügyel rá, hogy csak annyit telefonáljon, amennyit az alapidő fedez. Az újság előfizetéséről lemondtak. Ruhát vagy a piacon, vagy leértékelésen, vagy a Vöröskeresztnél vásárolnak maguknak, és néha az unokáknak is ajándékként. Nagy tételben vásárol élelmiszert a piacon, befőz és fagyaszt. Már nem vesz karajt, hanem csak dagadót, oldalast, tarját, időnként az egész csirke helyett csak aprólékot, far-hátat, lábat. Feltétként régebben pörkölt volt, most már lecsókolbász. Kevesebb gyümölcsöt esznek, olykor ketten egy banánt. Tavaly még igénybe vették a patyolatot. Az ételek normálisak: tyúkleves, gyakran paprikáskrumpli, kelkáposztafőzelék, karfiolleves, túróspalacsin-

ta, sóska tükörtojással. Kevés olcsó kávé vesznek, és keverik feles kávéval. Majdnem minden évben nyaralnak belföldön (nem a szezonban). Kb. havonta kirándulnak L. régi munkahelyének nyugdíjasaival. Ezeket a kiadásokat az élettárs fizeti. L. nagy erőfeszítéseket tesz, hogy tartsa a megszokott középosztályi szintet, élettársa segítségével nélkül ez nem sikerülne. (L. fia véletlenül bekerült egy másik kérdőíves felvételünkbe, hasonló életszínvonalon él, mint az anyja. Valamivel több támogatást kapnak a feleség családjától, mint L.-től.)

A harmadik típusba soroltam 14 háztartást. B-ék középkorú házaspár, nincsen eltartott gyerekük. A nő 43, a férfi 57 éves. 20 éve élnek együtt. Mindketten elváltak egyszer, ez a második házasságuk. Az asszony lánya 25 éves, szakmunkás, férjezett, első gyermekét várja. Őket segítik mindenféle módon. A férj három évvel ezelőttig négy gyereke után fizetett gyerektartást. Mindkettőjük apja szakmunkás volt. A férfi budapesti, maga is szakmunkás, közel 40 évet dolgozott hajógépészként, 17 évig tengerjáró hajókon, bejárta a világot. Egy éve leszázalékolt nyugdíjas, mellette rengeteg alkalmi munkát végez. A nő egy főváros közeli községben nevelkedett, 15 éves kora óta Budapesten dolgozik. Segéd- és betanított munkákat végzett. Hat éve a piacon dolgozik egy húsüzletben, hétköznapokon 12–13 órát, valamivel kevesebbet szombaton és vasárnap is. Hosszú ideig albérletben laktak, 10 éve eltartási szerződéssel (lényegében vásárlással) jutottak ehhez a lakáshoz, amely egyszobás, komfort nélküli, hagyományos fűtésű, a rezsije alacsony. Szeretnék elcserélni komfortosra. A bevallott jövedelmük képtelenül alacsony, és messze alatta marad a kiadásainak. Színes televíziójuk és (nem-automata) mosógépük van. Az asszony évente részt vesz drága külföldi társasutazásokon (pótolja férjével szembeni hátrányát), legutóbb Egyiptomban volt. Az élelemre fordított kiadást messze alulbecsülik. Nagyon ügyesen gazdálkodnak: a nő a piacon dolgozik, a férfi minden nap segédkezik ebben, és napja egy részét ott tölti – sok kedvezményes beszerzési forráshoz jutnak hozzá. Különösen nagy összeg megy el luxusfogyasztásra: drága kávé, cigaretta, alkohol. Aktív társaséletet élnek, vendégeket hívnak. Színvonalas ételeket esznek: borsos tokány, gombás szelet. Sok gyümölcsöt fogyasztanak, naponta minimum egy kilót. A jövedelmüket felélik.

A hat cigány család közül négyet ebbe a típusba soroltam. D. háromgyerekes, 30 éves asszony. A kérdőív idején azt állította, hogy egyedül neveli a gyerekeit. Anyja Budapesten dolgozott, munkásszállón lakott, több élettársa volt. Hat gyermekét a nagymama nevelte Szabolcsban, amikor meghalt, a 4 kisebb gyerek állami gondozásba került, D. pedig a szomszéd községbe, már családos bátyjához. Körülbelül 12–14 éves volt ekkor, két unokaöccsét gondozta, míg bátyja és felesége Budapesten dolgoztak. 15 éves korától él együtt férjével, aki a sógornője öccse. Egy év múlva feljöttek Budapestre dolgozni, építőipari segédmunkások lettek. 17 évesen megszülte első gyermekét, a ges idejét anyósánál töltötte a gyerekekkel. Utána újból feljött Budapestre dolgozni, majd 1983-ban megszülte a második gyereket, és ezúttal mind a négyen hazaköltöztek. Hamarosan megint felköltöztek, albérletben laktak, elhelyezkedett takarító-

nőként. Azután különköltözött a férjétől a gyerekekkel, és hűgával, valamint annak gyerekeivel lakott együtt évekig albérletben. Három éve kapta jelenlegi 34 m²-es egyszobás, komfort nélküli lakását. Hűga már elköltözött. Férjével közben is tartotta a kapcsolatot, és ez év elején megszülte harmadik gyereküket. Néhány hónapja újra együtt élnek. A legidősebb gyerek nagyothalló, kisegítő iskolába jár. A férj betanított kőműves, mellette alkalmi munkákat is végez, aránylag jól keres. D. gyeseen van. Kapnak még családi pótlékot, rendkívüli nevelési segínyt, napközi-díj-térítést. Van színes televíziójuk („A tévé a picinek volt a kívánsága”), (nem-automata) mosógépük és motorbiciklijük. A lakás rezsije alacsony. A gazdálkodásuk nehezen áttekinthető. D. azt állítja, hogy egy héten elmegy 6000 forint élelemre, és ehhez jön még a hétvége, ami további 3000 forint. A bevallott jövedelmük közel 30 000 forint. Az ételmisszerfogyasztás nehezen számbavehető. A gyerekek kakaót kapnak reggelire, az egyik legdrágább tejfélét vásárolja. D. azt állítja, hogy naponta esznek húst, közepes minőségű sertést vagy csirkét. Sok gyümölcsöt és zöldségfélét vásárolnak. A cigaretta napi 200 forintba kerül, mindketten 2–2 dobozzal szívnak el. A férj közepes minőségű sört iszik. A legkisebb gyerek számára Libero-pelenkát vesz.

A családok gazdálkodását könnyíti közvetlenül az önkormányzati segélyek néhány fajtája: napközi díj térítés, tejjegy, ételmisszer-csomag, ruhavásárlási támogatás. Ezeket szívesen is veszik a támogatottak, mégsem tekintik úgy őket, mint ami csökkenti a család kiadásait. Valódi segítségnek csak a készpénz segélyek számítanak. Az utalvány formájú segélyezést csak olyanok tartották jónak, akik nem segélyezettek. Jellemző, hogy a családi bevételeknél senkinek sem jutott eszébe, hogy ezeket a nem-készpénz támogatásokat számba vegye. (A napközi díj-térítés összegét nem ismerik, csak azt tudják megmondani, hogy ők mennyit fizetnek érte.)

Az önkormányzati segélyezéssel kapcsolatos kérdéseinkre tipikus reagálás volt, hogy nem azoknak adnak (többet), akik rászorultak, hanem azoknak, akik kikövetelik maguknak. Ez segélyezettekre és nem-segélyezettek egyaránt jellemző volt.

Elsősorban azokra utaltak, akik elisszák a segínyt. Az érdemtelennek tekintettek köre azonban ennél szélesebb: az idősek, a cigányok, a munkanélküliek, a menekültek és a hajléktalanok megjelölése is elhangzott. Nagyon változatos indokok szerepeltek: eltitkolják jövedelmüket vagy vagyoniukat, nem is akarnak dolgozni, saját hibájukból kerültek hátrányos helyzetbe. Ezért többen javasolták, hogy alaposabban kellene informálódni a segélykérőkről, például kikérdezni szomszédaikat.

Másfelől általában egyetértés volt abban, hogy az alacsony nyugdíjasokat és a sokgyerekeseket kell támogatni.

Vágyak és félelmek

A vágyakat elég erőteljesen meghatározza, hogy melyik életszakaszban van a vágyakozó. Az egészen fiatalok a legambiciózusabbak, és a leginkább bíznak benne, hogy elérik céljaikat. Ezek a célok főképpen a konkrét fogyasztási javak megszerzése, a magasabb életszínvonal elérése.

A legidősebbeknek a pusztá megélhetésen túl már nincsenek vágyaik, és úgy látják, hogy életszínvonaluk fenntartása vagy csökkenése is rajtuk kívül álló tényezőktől függ: követik-e a nyugdíjak az inflációt, vagy sem. Mint az egyik 78 éves asszony megfogalmazza: *„Tervezni csak akkor lehet, ha az embernek pénze van. Nekem már nincs tervem, nincs jövőm.”* Egy 72 éves asszony (egyedül él, nagyon rossz anyagi- és lakáskörülmények között, életútja teli volt tragédiákkal) elégedett sorsával, mert vágyait a gyerekei megvalósították: az egyik másodszorra olyan férjet talált, amelyet ő szeretett volna, és két lánya olyan lakásban él, amilyenben ő szeretett volna élni.

A középső életkoréteg a saját életében kevés perspektívát lát, a megfogalmazott életcél a gyerek jövőjére vonatkozik: tanuljon, amíg képességei engedik (ez általában szakmatanulást jelent), azután legyen munkahelye, és legyen képes megélni a keresetéből. Egyik kérdeztünk, 27 éves, egygyerekes nő, elég karakteresen fogalmaz: *„a mi életünkkel már nem éri meg foglalkozni. Olyan szinten, hogy magunknak biztosítsunk valamit, ez már nem megy egy élet alatt, hogy magunknak is, meg a gyereknek is.”* 7 éves kislányuk jövőjét teljes részletességgel elképzelték már: elvégzi a középiskolát, utána pedig férjhez megy egy külföldihez, és Angliában vagy Amerikában fog egyetemre járni, értelmiségi lesz belőle, külföldön éli le az életét.

A másik általános vágy – kivéve az öregeket, akik már ebben sem reménykedhetnek – a lakáshelyzet javulása. Ezeket a vágyakat nagymértékben meghatározza a vágyakozó pillanatnyi élethelyzete is. Aki egy 13 m²-es egyhelyiséges lakásban él, annak *„egy szép, berendezett szobakonyhas lakás”* az elérendő cél. Aki komfortos lakásban lakik, kertes házra vágyik.

A félelmek általában a megélhetés nehézségeire vonatkoznak. Ennek egyik legmegrázóbb példája az a család, ahol együtt él egy 63 éves asszony a 44 éves munkanélküli agglegény fiával és a 83 éves anyjával. Az asszony attól retteg, mi lesz velük, ha anyja meghal, és akkor az ő nyugdíja lesz az egyetlen biztos jövedelmük. Most a két nyugdíjból és rendkívüli szociális segítyből élnek. Ez a félelem csak az egészen fiataloknál nincsen meg.

A másik időskori félelem a betegségtől való szorongás. Egyik kérdeztünk 61 éves asszony, egyedül él. Két, családos gyerekének, unokáinak rendeli alá az életét. Ha az unokák betegek, ha szünet van, ő vigyáz rájuk. Hetente jár hozzájuk főzni, bevásárolni. Attól tart, ha megbetegszik, nem lesz, aki gondozza, mert a gyerekei túlságosan elfoglaltak.

Életstratégiák

A családok életstratégiájához hozzátartoznak preferált értékeik, azok az eszközök és források, amelyek segítségével vágyaikat meg kívánják valósítani, az életmódjuk, és természetesen a gazdálkodási stílusuk is.

Meglehetősen különböző életstratégiákat találunk. Az egyik típust jeleníti meg E. és családja. A kitűzött cél a nyugodt és anyagiilag kiegyensúlyozott élet. A megvalósítás eszköze számukra a kemény munka. Bármilyen munkát hajlandók elvállalni, viszont elítélnék mindenfajta ügyeskedést. A cél akkora hangsúlyt kap, hogy a hozzávezető út ennek alárendelődik: a jövő nyugalmaért és kényelméért feláldozzák a jelent. Minden fogyasztást visszaszorítanak, a szabadidejükről, a pihenésről lemondanak.

Ettől élesen különbözik az F. család stratégiája. Ők elsősorban a jelenben akarnak jól élni. Az ő életük is rengeteg munkával telik, a kedvező beszerzési forrásokra is rengeteg energiát fordítanak. Rendkívül ügyesen gazdálkodnak. Elég sok kudarc érte őket korábbi életükben, és ezért revidálták céljaikat. A szinte megvalósíthatatlan vágyak eléréséért nem küzdenek, nem sanyargatják magukat. Korábban ez nyilván nem így volt: a férfi gyomorfekélyes. Már csak múlt időben fogalmaz F.: *„Kertes házat szerettem volna”*. Ők most akarják élvezni a sok munka gyümölcsét, a távoli jövőről pedig lemondanak. *„Le van szarva (az áremelkedés) – mondja F. –, akkor is kell fűtenem, akkor is kell főzöm, ha sötét van, akkor is fel kell kapcsolni a villanyt, a család akkor is enni akar. Tenni nem tudok semmit.”* A jövedelmüket felélik: megeszik és megisszák. Sokkal jobb a közérzetük, mint E-éknek.

Mindkét életstratégia tudatosan választott, és persze ez a tudatosság nem mindegyik családra jellemző. Közös bennük az is, hogy úgy gondolják, sorsukat saját kezükben tartják.

Ugyanakkor az, ha valaki külső forrásból várja a segítséget, nem feltétlenül jelent kevesebb határozottságot az életvezetésben. Ezt a típust példázza G. Nagyon jó anyagi körülmények között élt, mielőtt elvált. Azóta három gyermekét egyedül neveli, és minden erővel azon van, hogy ne kelljen engednie a korábbi életszínvonalból. Ezt lényegében sikerült is elérnie. Minden lehetséges segítséget megszerzett a maguk számára. Az önkormányzati segélyek valamennyi pénzbeni és természetbeni formáját kapja. Ezt kiegészítik bizonyos fajta munkahelyi juttatások. A munkatársai ingyen hordják neki a gyümölcsöt. A nagyszülők jelentős készpénzzel, ajándékokkal és munkával segítik. Sikerrel pumpolja a környezetét, és mélységesen elégedetlen a helyzetével.

Több család próbálkozik hasonló stratégiával, de általában jóval kevesebb sikerrel. Közös bennük, hogy meg vannak győződve róla, ezek az – akár intézményes, akár rokon – segítségek *járnak* nekik, és fel vannak háborodva azon, ha valaki kétségbe vonja, hogy ők maguk mindent megtettek boldogulásuk érdekében. Jellemző, hogy teli vannak irigységgel és dühvel mindenki iránt, aki náluk jobban él. Az intézményes támogatások mértékét kevésnek tartják.

A kérdezett családok egy részénél alapvető probléma, hogy lényegében hiányzik a tudatosan választott életstratégia. Példának V.-t választottam. 36 éves. Szülei fiatal házasként kerültek fel Budapestre, és néhány év alatt sikerült megfelelő anyagi helyzetet teremteniük maguk számára. V. 12 éves volt, amikor szülei elváltak, a 2 és félszobás lakást két kisebbre cserélték. Anyja nem ment újra férjhez, V. vele lakott 32 éves koráig. V. gyengén tanult, nagy nehézségek árán, több bukás után megszerezte az érettségit. Fizikai munkásként kezdett dolgozni, majd szellemi munkakörbe került. Ezt a váltást valószínűleg segítette, hogy funkciót vállalt a KISZ-ben, és elvégzett két politikai iskolát. Jelenleg egy bankban dolgozik. Tanácsi kiutalással jutott hozzá jelenlegi lakásához, kicsi és rossz minőségű lakás. Élettársával közel fél éve él együtt. Az élettárs utolsó foglalkozása autóbuszsofőr, jelenleg munkanélküli, segélyből és alkalmi munkákból él. V. kapcsolata anyjával ma is nagyon erős, amíg egyedül élt, egyáltalán nem vezetett háztartást, naponta nála evett. A vásárlások és a főzés jelentős részét továbbra is anyja végzi. Nyilván ennek következménye, hogy V. nagyon rosszul gazdálkodik, nem tudja beosztani a pénzt. A hónap első felében jól élnek, azután spórolnak. V. élete fontos (és kevésbé fontos) kérdéseiben határozatlan: változtasson-e munkahelyet, szüljön-e gyereket. Az életét perspektívátlanak tartja, minden bizonytalannak tűnik számára, és a felmerülő nehézségekkel szemben tehetetlennek érzi magát.

A nők helyzete a családokban

Keves olyan közvetlen információ áll rendelkezésünkre, amelynek alapján mérhetnénk a nő pozíciójának erősségét férjével vagy élettársával szemben. Sokszor inkább apróbb elszólásokról, benyomásokról van csupán szó. Néhány esetben elég jó képet adott a családi erőviszonyokról, ha a férj is, és a feleség is interjúalany volt.

A párkapcsolatban élő nők harmada-fele erős pozícióban van. R. az egész családján uralkodik. Döntő befolyása van a család gazdálkodási stílusára, az otthon rendjére. A hétköznapi ügyekben ő dönt, mert férje nagyon keveset van otthon, gyakran dolgozik vidéken, rengeteg alkalmi munkát vállal hétvégeken is. A férj jól keres, háztartásuk jól felszerelt. R. azt mondja, hogy a problémákkal nem akarja a férjet terhelni. Ha a család pénzzavarba kerül, akkor R. a férje zsebpénzét csökkenti. Mindenre igyekszik spórolni, mindent fillérre kiszámol. Szinte kizárólag olcsó helyeken vásárol, nagy készleteket halmoz fel. Minden beruházásnál elsődleges szempont a gazdaságosság. R. általában egész napját otthon tölti, munkanélküli segélyen van. Egész napja háztartási munkával telik. Nem mer napi egy kávénál többet inni, „mert ha már kettőt iszom, akkor ingerültebb vagyok, idegesebb, akkor felforgatnám az egész házat, újból kezdeném a takarítást. Mert annyira hajt engem, annyira szorgos vagyok, hogy muszáj dolgoznom, nem érdekes, hogy mit, de valamit csinálnom kell.” Csak a férje dohányzik. „A konyhában meg van neki engedve, hogy elszív-

ja, de nem szeretem, hogyha dohányzik. Mindent átjár a füst. Meg maga az, hogy az egészségnek is árt." A köztük folyó vitákra utal, ahogyan férjét idézi: *„Azt mondja, hát azért mindenről nem mondhat már le.”* A gyerekek helyzete sem lehet sokkal könnyebb. Ha kimennek a szobából a konyhába, ki kell kapcsolniuk a tévét, hogy spóroljanak az áramon. *„Nálunk nem annyira szokásos az ajándékozás. Amit az embernek meg kell venni, azt úgy is megveszem, és akkor vegye úgy, hogy ajándék.”* A férj szerepe a családban a pénztermelés, a felesége az otthon, a család kormányzása.

R. nem tipikus angyal földi asszony. Nem is érzi jól magát ezen a környéken, a házbelleikkel nemigen áll szóba. Az ő ambíciói elegendően erősek ahhoz, hogy a család elkerüljön innen.

Más családotknál a nő meghatározó szerepe nem nyílt terror útján érvényesül, hanem inkább manipulációval. H. és M. iskolai végzettsége magasabb, mint férjeiké. Az asszonyok szellemi munkát végeznek, a férfiek fizikait. A nők férjükénél magasabb társadalmi réteggel azonosulnak, és annak megfelelő értékrendet képviselnek. Az interjúknál a házaspárok mindkét tagja jelen volt: nyilvánvalóan különbözött a nők és a férfiak véleménye számos kérdésben. De a beszélgetésben ez nem a két fél között folyó vitaként jelent meg, hanem úgy, mintha a nő csak kiegészíténé és pontosítaná a férj álláspontját. A család értékpreferenciáinak kialakításában a nők értékrendje a domináns.

Néhány családban kiegyenlített a viszony a nő és a férfi között. Kétféle egyensúly van. Az egyik, amit L.-ék valósítottak meg. Időskorú élettársak, mindketten nyugdíjasok. Minden idejüket együtt töltik. Együtt mennek vásárolni, együtt végzik a háztartási munkákat. A mindennapi élet költségein egyenlő arányban osztoznak, a kirándulásokat és nyaralásokat a férfi fizeti a nőénél magasabb nyugdíjából. Mind a kettőjüknek van korábbi házasságából felnőtt, családos gyereke. Saját családjuk ügyeiben megőrizték szuverenitásukat, és ezt kölcsönösen tiszteletben tartják. A közös ügyeket a szeretetteljes kölcsönösségi viszony jellemzi.

F-éknél is kiegyenlített a viszony, de ez kompromisszum eredménye. Középkorúak, mindketten elváltak. Mivel a férfi nyugdíjas, a nő dolgozik, méghozzá a hét minden napján, a férj végzi a háztartási munka jelentős részét, és a nőnek a munkahelyén is segít a legnehezebb fizikai munkákban. Úgy tűnhet, mintha a férfi alávetett szerepben lenne. Ezt verbalizálja is. A nő minden évben drága külföldi társasutakra megy egyedül, mintegy jutalomképpen. Ugyanakkor a kettőjükkel folytatott beszélgetésben a férfi rendkívül markáns véleményeket fogalmazott meg, felesége pedig alig-alig volt szóra bírható. Az önálló véleményt és döntéshozást a nő láthatólag nem ambicionálja. Itt a férfi a manipuláló fél: az ő ízlése és életstílusa határozza meg a család életét, anélkül hogy felesége alávetettnek érezné magát. F-ék jövedelme elég magas, a férj alkalmi munkával szerzett keresete egészíti ki. Fogyasztási színvonaluk is magas. Az anyagi gyarapodás azonban nem hozta magával, hogy kikerüljenek ebből a kultúrából.

Kevés példát találtunk olyan családra, ahol egyértelműen gyenge pozícióban van a feleség. U-ék nyugdíjas házaspár, egész életüket egymással

élték le. Mindvégig szakképzetlen fizikai munkát végeztek. Két gyerekük sem vitte többre náluk. Az egyik legszegényebb család a 30 közül. Több tényező mutat arra, hogy házastársi kapcsolatuk rossz. A napirendből kitűnik, hogy a férfi egész napját az udvaron tölti. Üldögél, a szomszédokkal beszélget. A nő mindent egyedül végez a háztartásban. Azt állítja, hogy a háztartás költségeit a saját nyugdíjából fedezi. Férje nem járul hozzá pénzzel. Ugyancsak a nő állítása szerint a férfi nyugdíjából felnőtt gyerekeiket támogatják. Az asszony az interjú során kissé zavarodottnak tűnt, néhány kérdésre egyáltalán nem tudott válaszolni. Férje a beszélgetésbe a vége felé kapcsolódott be. Neki mindenről volt véleménye, méghozzá elkeseredett, indulatokkal teli.

A kérdezett családok példái azt mutatják, hogy az asszonyok ambícióinak jóval nagyobb szerepe van abban, hogy a család társadalmi felemelkedésének van-e esélye, vagy nincs, mint a férfiak törekvéseinek.

Mi a véleményük arról, ha egy férj veri a feleségét?

Mind a 30 nő általában véve elítéli, ha egy férj veri a feleségét. De néhányan bizonyos esetekben indokoltnak tartják: ha a nő férjén is túlesz az ivásban (cigány nő), ha egy terhes nő iszik (másik cigány nő), ha nem látja el a családot, a gyereket (24 éves ápolónő), ha megcsalja a férjét (egy harmadik cigány nő és egy 79 éves megkeseredett asszony, akinek a szomszédnője „megérdemelné a verést”).

Néhány asszonyról kiderült, hogy korábbi kapcsolatában olykor megverte a férje. Csak egyikük, az egyik cigány asszony említette, hogy jelenlegi párkapcsolatában előfordul ilyesmi, férje olykor megpofozza. A fentiek egyike sem azonos azokkal, akik bizonyos esetekben indokoltnak tartják a feleség megverését.

Tehát sajátmagukra vonatkoztatva mindnyájan elutasítják ezt a magatartást, de néhányan mások esetében – ha az asszony a feleség vagy az anya szerepének nem tesz eleget – megengedhetőnek tartják. Valószínű, hogy általában a cigány családok életében gyakoribb a verekedés, mint a nem-cigányoknál, és ezt a cigány asszonyok szokszor rendjénvalónak tekintik.

Többen hangsúlyozták (egyikük sem cigány), hogy ők nem tűrnék el a férjüktől a verést. Egyetlen idős asszony mutatott megértést azok iránt, akiket ver a férjük: az asszony ezt olyan esetekben viseli el, ha szereti a férjét, vagy ha a gyerekek érdeke készteti erre.

A verést elítélő véleményekben nem jellemző a kifejezetten feminista érvelés. Kivétel egy 37 éves ápolónő: egy nő nem tehet olyat, hogy megüssék érte, aljas dolog egy nőt verni. Inkább azt mondják, hogy általában elítélik a fizikai erőszakot, különösen, ha valaki nála gyengébbet bántalmaz.

A nők megverésének egyéni és társadalmi okait látják. A leggyakoribb egyéni ok az alkoholizálás („*Józan emberek nem esnek egymásnak*”), a másik az önuralom hiánya, a harmadik az ún. lelki durvaság („*Aki egy*

kicsit finomabb vagy intelligensebb, azért nagyon ritkán fordul elő, hogy annyira elveszítse a fejét”).

A társadalmi okot abban látják, és ezért a korábbinál gyakoribbnak tartják ezt a magatartást, hogy „*nagyobb a feszültség meg a nyomor*”. Közvetetten az alkoholizmus is társadalmi okokból terjed, és a férfiak növekvő idegessége mögött is a családok létbizonytalansága és anyagi nehézségei állnak. A családi verekedés végső soron rétegspecifikus: „*Általában az alacsonyabb végzettségűeknél van, akik nem annyira műveltek. Nem látják tárgyalás útján eldönthetőnek, vagy nem látnak más módot arra, hogy hangsúlyt adjanak a fölényüknek. Amikor már a szavak nem segítenek*”, akkor kerül sor verekedésre.

Gyerekvállalás

Eltekintve a nem kívánt és valamely okból megszakíthatatlan terhességektől, arról, hogy hány gyerek születik a családban, egyértelműen a nő dönt. Kivételes eset, amikor a család valamely más tagja döntően befolyásolja a nőt ebben a kérdésben.

Volt rá példa, hogy a férfi inkább akart gyereket, mint a nő. A férfi befolyásának akkor van a legtöbb esélye, ha neki még nincsen gyereke. Ilyen esetben a nők akkor is vállalkoznak gyerekszülésre, ha korábbi kapcsolatukból van már saját gyerekük.

A megkérdezett (szülőképes) nők többsége nem kíván több gyereket szülni, akik igen, azok a későbbi évekre halasztják. (Mindössze ketten határozatlanok ebben a kérdésben.) Mindannyian a család anyagi körülményeivel, és legtöbbször a lakáshelyzettel is indokolják a gyerekek számának korlátozását. Ha valamennyi nő szülőképes életszakaszát nézzük, akkor a másik korlátozó tényező a párkapcsolat megromlása és megszűnése volt. Az abortuszok egy részére is ezért került sor.

A kérdezett családokban – az összes elveszülést tekintetbe véve – a gyerekek száma igen alacsony: leggyakrabban egy, legfeljebb kettő. A magasabb gyerekszámot a nem-cigány családokban szinte devianciaként kezelhetjük. Ezt nem látszik befolyásolni sem az anya életkora – tehát hogy mikor volt szülőképes korban –, sem testvéreinek száma, sem iskolai végzettsége.

A 30 nő közül mindössze egy olyan van, akinek egyáltalán nem volt terhessége. 36 éves, érettségizett hajadon, rövid ideje él párkapcsolatban, fogamzásgátló gyógyszert szed, még nem döntötte el, akar-e gyereket. További két nő gyermektelen. Egyikük 37 éves, elvált, élettárral él. Egy terhessége volt házassága idején, a gyerek halva született, többé nem vállalkozott terhességre. A másik 78 éves, elvált. Két terhessége volt házassága idején: az első megszülte, a gyerek egy órát élt, a második terhesség spontán vetéléssel végződött. Utána nem kívánt több terhességet.

Tizenegy nőnek lett egy gyereke. Közülük kettő vállalkozott további terhességre, de elvetélt. A többiek vagy sikeresen védekeztek, vagy abortusszal vetettek véget a többi terhességüknek. Heten már nem szülőké-

pesek, a szülőképesek közül kettő tervez még gyereket. (Testvéreik száma 0–4. A legalacsonyabb iskolai végzettség 6 elemi, a legmagasabb főiskola.)

Hét nőnek van két gyereke. Közülük egy a második gyereket nem akarta. Ketten nem szülőképesek, egyikük második párkapcsolatban vállalta a második gyereket. Az öt szülőképes nő közül csak egy szeretne még a későbbiekben gyereket szülni, a második férjétől. (Iskolai végzettségük 8 osztály, egy esetben szakmunkásképző. Testvéreik száma 1–5.)

Öt nőnek van három gyereke. Egyikük sem akar további gyereket. P. a harmadik gyereket nem tervezte, nem egészen világos, miért tartotta meg a terhességét. Abortusza nem volt, előzőleg fogamzásgátló gyógyszerrel védekezett. (Érettségizett. Egy testvére van.) G. az egyetlen kérdezetteink közül, aki tudatosan készült a többgyermekes anya szerepére. Érettségi után azért nem tanult tovább, mert gyerekeket akart, és fiatalon akarta őket nevelni. Mind a három gyerek családtervezéssel született, a terhességek közti időben védekezett. Két lánya megszületése után a harmadik terhesség előtt speciális tanácsadásra járt, hogy garantáltan fiú legyen a harmadik gyerek. (A kisfiú születése után tönkrement a házassága, elvált. Testvére nincs.) A további háromgyermekes nők közül kettőnek a gyerekei két apától származnak. Ketten cigányok, egy szinte lumpennek tekinthető nem-cigány. (Iskolai végzettségük 7 és 8 osztály. Testvéreik száma 4–5.)

A három négygyermekes nő közül egyik cigány, másik lumpen, mindketten két apától születtek. (Iskolai végzettségük 8 osztály. A testvérek száma 4 és 1.) A harmadik nő az egyetlen idősebb generációhoz tartozó sokgyermekes. Négy szülése mellett 5 abortusza volt. Próbálkozott védekezéssel (Timidon-zselé), sikertelenül. A férje nem volt hajlandó a védekezésre. (Érettségizett. Testvére nincs.) Egyikük sem akart ennyi gyereket.

Az egyetlen ötgyerkes nő cigány, kétszer ikreket szült. A harmadik terhességét már nem akarta kihordani, férje és anyósa erőltették. Utolsó szülésekor elkötötte a petevezetékét.

Tehát a kettőnél több gyermekes 9 nő közül 4 cigány és 2 lumpennek tekinthető. Ugyanakkor a megkérdezett 6 cigány nő közül kettő, a két legfiatalabb már csak két gyerekre vállalkozott, és ugyan mindketten szülőképesek még, de mindketten védekeznek.

A fogamzásgátlásról túl kevés az adatunk ahhoz, hogy összefüggésekre rá tudnánk mutatni. Annyit megállapíthatunk, hogy általában a gyógyszer és a spirál tekintik hatékony védekezési módszernek. Többen vannak, akik evvel a két módszerrel próbálkoztak, de egészségi okokból nem használhatják egyiket sem. Előfordult még „vigyázás”, „mosakodás” és két családnál óvszer. Néhányan csak a szerencsájukban bíznak.

Külön érdemes az abortusszal foglalkozni. A nők legalább egyharmadánál (az adataink hiányosak) születésszabályozási módszerként funkcionált. Négy-négy nőnél egy, illetve két, egy-egynél pedig 3 illetve 5 esetben. Utóbbiak 4–4 terhességet vállaltak mellette. Az abortuszok számát sem befolyásolja az iskolai végzettség.

Mi a véleményük az abortusz törvényes megszigorításáról?

Kutatásunk idején sokat foglalkozott a sajtó a készülő abortusztörvénnyel. A kormány két változatot terjesztett a parlament elé: az egyik változat a koalícióban résztvevő kereszténydemokraták álláspontját tükrözte, lényeges szigorítást vezetett volna be, a másik változat – amelyet végül a parlament elfogadott – az eddig érvényben lévő törvény liberálisabb szellemét képviselte.

Kérdéseink álláspontja hasonló ahhoz, amit a törvényelőkészítés idején végzett közvéleménykutatások mutattak. Csaknem teljesen egyöntetű a tiltakozás az abortusz megszigorítása ellen. Ez a válasz független a válaszoló életkorától, iskolázottságától, gyerekei, terhességei, sőt abortuszai számától és vallásosságától is. (Mindössze két rendszeres templomjáró van a 30 nő között, mindkettő katolikus.)

A szigorítást ellenzők azon a véleményen vannak, hogy a nő szuverén joga eldönteni, akar-e gyereket, vagy sem. Az államnak nincsen joga beleszólni ebbe a kérdésbe.

Tisztában vannak avval, hogy az abortusz szükségmegoldás: *„Akármennyire igazuk van, hogy az egy élő, eleven valami. Én arról nem tehetek. Találjanak ki valami olyan gyógyszert, olyan védekező eszközt, amit minden nő tud használni. Ha kitalálnak olyat, ami mellett biztos, hogy nem lesz valaki terhes, akkor jó, legyen a felelősség azé, aki ezt nem veszi igénybe.”* (G. véleménye, aki tudatosan vállalta három gyerekét.)

Általános nézet, hogy a nőnek elsősorban anyagi lehetőségeit kell felmérnie, amikor arról dönt, megtartja-e terhességét, vagy sem. A jelenlegi kedvezőtlen gazdasági helyzetben nem lehet felelősséggel gyereket vállalni. Néhányan említik, hogy az abortusz motivációja lehet egészségügyi vagy a megromlott házasság. *„A pápának könnyű, az nem etette vízben főtt grízrel a gyerekeit, amikor nem volt pénz. Én nem hiszem, hogy ettől az erkölcsök jobbak lesznek.”* (72 éves nő. Négy gyereket szült, öt abortusza volt.)

Az erkölcsi érvekre reagálnak mások is: ha megszigorítják az abortuszt, *„legfeljebb több gyerek lesz a kukákban, nylonzacskókban”* (27 éves, egygyerekes nő); másikuk az állami gondozottak magas számára utal: *„az államnak nincs elég gyereke?”* (37 éves, 4 gyerekes nő.)

A korábbi abortusz megszigorítások szelektív hatására még emlékeznek az idősebbek: *„A gazdag el fog menni egy orvoshoz, és jópénzért beadat magának egy injekciót. De aki szegény, az kötöttyel fogja magát kapargatni. A szegények fognak ráfizetni. Hányan elvéreztek. Ha megtartja, akkor örökké szerencsétlen lesz ő is, meg a gyerek is.”* (72 éves.)

A 30 nő közül csak három képviselt más véleményt. Kettőjük motivációja ismeretlen, egyiküknek volt abortusza. Nem vallásosak. A harmadiknál bizonyos szerepzavar érezhető. Neofita aktív katolikus, és ennek a szerepnek megfelel az abortusz elítélése. A beszélgetés korábbi részében azonban azt mondta: ha előre látta volna sorsa alakulását, a harmadik – akaratlan – terhességét nem hordta volna ki.

A gyerekek helyzete a családban

Annak ellenére, hogy minden gyerekekkel kapcsolatos direkt kérdésre gyerekközpontúságot tükröznek a válaszok, már az eddigiekből is kiderült, hogy számos családban korántsem megfelelő a gyerekek helyzete.

Alig akadt olyan család, ahol felmerült egyéb szempont a gyerek iskolájának megválasztásakor, mint a földrajzi közelség. Csak három nő említette, hogy szokott tanulni a gyerekével. Mint korábban leírtam, több családban éveket töltöttek a gyerekek a nagyszülőknél, anyjuktól távol. Ugyancsak fentebb esett arról szó, hogy a három évesnél idősebb gyerekek mindegyike teljes napját gyermekintézményben tölti, akkor is, ha az anyja otthon van. A gyerekek anyagi helyzete megfelelőnek látszik. A nők egy részénél azonban több-kevesebb okunk van feltételezni, hogy az anyja szerepét nem képesek, vagy nem voltak képesek megfelelően ellátni.

Az egyik családban az egyetlen, 7 éves gyerek hónapok óta a nagymamánál lakik. Egy másik családban a szülők még alszanak, amikor reggel a gyerekek iskolába indulnak. Egy harmadik családban az anyja már reggel annyira ideges, hogy megveri 8 éves fogyatékos gyermekét. Egy negyedik családban az anyja három gyermekét hagyta ott a férjénél élettársa kedvéért, a legkisebb 9 éves volt ekkor.

Kevéssé kirívó, de ugyancsak aggodalmat keltő esetek is vannak. A három gyermekét egyedül nevelő anyja, aki időnként alkohollal „tompítja magát”, máskor a templomban keres nyugalmat. Vagy egy másik, háromgyerekes anyja, aki az élettársa kedvéért naponta főz, de úgy véli, hogy 4-11 éves gyerekei nem igénylik a főtt ételt. A délutánt videózással tölti.

Túlságosan egyszerű magyarázat lenne ezekre a rossz anyai magatartásokra, ha abban keresnénk az okot, hogy ők maguk is hasonlóan nevelkedtek. A legkirívóbb ellenpélda az 5 éves korában állami gondozásba került gondos anyja.

Betegségek

A családok helyzetét alapvetően befolyásoló betegségeket vettük számba. Öt családban legalább egy fogyatékos gyerek van. Közülük négy cigány család. Három családban van idegbetegség, közülük egy megegyezik az előbbieket egyikével, azaz fogyatékos gyerek is van. A hosszantartó, súlyos betegségek közül a következők fordultak elő: infarktus (3), agyvérzés (2), érszűkület (4 családnál, egyiknél infarktus is), főhörgő szűkület (1). Összesen 15 családot érintenek a fenti betegségek.

Hatásuk a család életére abban mérhető, hogy a kezelési, gondozási költség olykor növeli a kiadásokat. Máskor a beteget vagy hozzátartozóját korlátozza a munkavállalásban. A legsúlyosabb esetekben valamelyik családtag halálát okozta.

Vélemények az ország politikai helyzetéről

Egyetlen olyan kérdeztünk volt, aki teljes mértékben elégedett a jelenlegi helyzettel. „Csodálatos demokráciánk van, szabadabban lehet gondolkozni, szerintem jobban élünk. Itt az árura gondolok, hogy több van. Jön be a tőke. A privatizálásra is gondolok. Én meg vagyok elégedve.” (P. Három gyereket egyedül neveli. Egyértelműen javult az anyagi helyzete, amióta ezévből özvegy lett.)

A többiek többé-kevésbé elégedetlenek. Azok a legkevésbé, akik elismerik, hogy az elvek jók lennének, mint pl. a demokrácia, de egyelőre a gyakorlatban még nem valósult meg. A többség nagyon elégedetlen, sokan kijelentik, hogy az előző, a Kádár-rendszer sokkal jobb volt. Az elégedetlenség leggyakoribb okai: az infláció, a gyárak bezárása, a kereskedelem privatizálása, a munkanélküliség és a bűnözés növekedése, a súlyos adóterhek.

Általában globális ellenszenv tapasztalható a politikai szférával szemben. A politikai pártok csak a saját érdekeikkel törődnek. A politikusok nem vagy rosszul dolgoznak, csak felveszik a magas fizetéseket. Többen értelmetlennek tartják, hogy részt vegyenek a választásokon. Az érvek változatosak: az ő szava úgysem számít; a fontos kérdésekről a hatalom szféráján belül döntenek; teljesen mindegy, ki nyeri meg a választást; nem tud választani a pártok közül; tart tőle, hogy később felelősségre vonják.

Saját helyzetük megítélése

A válaszok több családnál hiányoznak. A szociológiai kutatások tapasztalatainak megfelelően az önbesorolás és a valóságos helyzet csaknem teljesen független egymástól. A családok közel egyenlő arányban minősítették magukat szegénynek, alsó-közép és közép szinten levőnek.

Figyelemre méltó hatása van az önbesorolásra az utóbbi években megnövekedett látható szegénységnek: a hajléktalanoknak. Több család hozzájuk mérte magát, amikor az alsó-közép vagy a közép szintet választotta.

Kik a szegények?

Többen egy-egy konkrét ember helyzetét írták le, aki a házukban lakik, vagy akivel a piacon találkoztak – ezek minden esetben öregségi vagy rokkantnyugdíjasok. Az általános rétegjelölések között is gyakran szerepelnek, akár csak a hajléktalanok és a munkanélküliek.

Az elszegényedés okát legtöbbször a munkanélküliség növekedésében látják. Mindössze hárman feltételezték általában vagy az egyes szegényeknél, hogy saját hibájukból lettek azzá. (Köztük egy olyan is, aki saját magát szegénynek tartja.)

Kik a gazdagok?

Kérdezetteink egy része a gazdagokat anyagi helyzetük leltárba vételével definiálja. Néhányan nagyon alacsonyra teszik a mércét: akinek kétszobás lakása van; akik ezer forintos játékot tudnak venni a gyerekeknek; akik akár hetente kétszer is vehetnek ruhát. Leggyakrabban azonban nagyértékű házakat, drága autókat és nagyobb készpénzösszegeket sorolnak fel. Mások a gazdagság forrására utalnak: akik beleszülettek. A rétegmegjelölések közül a leggyakoribb a vállalkozók említése. A többség szerint nem tisztességes úton jutottak hozzá vagyonukhoz: ügyeskedők, szélhámosok, másokat kihasználtak, törvénytelen eszközökkel éltek.

A kérdezettek egyetértenek abban, hogy a jövőben a szegények és középen lévők helyzete fog romlani, a gazdagoké pedig javulni. A maguk számára elérhetetlennek tartják a gazdagságot.

Összefoglalás

A 30 család jól megragadható típusokba sorolható:

1. Olyan fiatal családok, amelyek számára jelenlegi helyzetük – nagy valószínűséggel – átmeneti élethelyzet, amelyből ki fognak jutni. Eddigi történetük is ezt mutatja: viszonylag rövid idő alatt megszerezték az alapvető tartós fogyasztási cikkeket, a lakásuk minőségén a lehetséges kereteken belül javítottak.

2. Olyan – különböző korosztályokhoz tartozó – családok, amelyek itt laknak ugyan, de jó lakáskörülményeikkel – mint legfőbb mutatóval – eltérnek a többiektől. Lakhatnának akár a város más, középrétegbeliek által lakott részén is.

3. A „valódi angyalföldiek” jellemzői a következők:

- többedik házasságban élnek;
- gyakori az élettársi kapcsolat;
- sok az idős ember;
- a nem-cigány családokban általában legfeljebb 1–2 gyerek van, cigányoknál inkább több; a nőknek elég sok abortuszuk volt (szülétecsszabályozási módszer);
- rossz minőségű lakásokban élnek;
- a 8 osztály a jellemző iskolai végzettség a nőknél, a férfiaknál szakmunkásképző is előfordul;
- foglalkozások: a nők szakképzetlen fizikai munkát végeznek; a férfiaknál előfordul szakmunka is, de alacsony presztizsű szakmákban (építőipar, gépipar);
- a foglalkoztatottság alacsony: sok a nyugdíjas és a munkanélküli;
- a munkaviszonyban lévő és a munkanélküli férfiak is végeznek alkalmi munkát; a nőknél kevesebb az alkalmi munka;
- a főállásból származó keresetek nagyon alacsonyak, a nyugdíjak ugyancsak;
- a jövedelmek kiegészítői a segélyek: munkanélküli segély, nevelési

segély, szociális segély; a háromgyerekeseknél és a gyerekeket egyedül nevelőknél jelentős a gyerek utáni juttatások aránya az összjövedelemben;

- a tartós és a napi fogyasztási cikkekkel való ellátottságuk kevés esetben kirívóan szegényes; a háztartás felszereltsége elfogadható (színes TV, hűtőszekrény, mosógép általában van), az élelmiszerfogyasztásban jellemző a minőségi romlás;

- jelentős mennyiségű (a bevallott) alkohol- és nikotinfogyasztás;

- gyakoriak a család életvitelét zavaró betegségek: idegbetegségek, foggyatékos gyerekek, infarktus, érszűkület, gyomorfekély, légzőszervi betegségek;

- a gyerekek helyzete nem kielégítő: anyagi ellátottságukban nem észleltünk hiányosságokat, de kirívónak találtuk, hogy a gyerekek akkor is az óvodában, illetve az iskolában vannak egész nap, ha az anya nem jár el dolgozni;

- a szélesebb családdal való kapcsolatot a szülői generáció támogató szerepe jellemzi.

Irodalom

Ambrus Péter, 1988. *A Dzsumbuj*. Budapest: Magvető.

Cseh-Szombathy László, 1990. Családi viszonyok, in *Társadalmi riport* Budapest, TÁRKI.

Csepeli György, Kolosi Tamás, Neményi Mária és Örkény Antal 1992. A gazdagság és a szegénység okaira adott magyarázatok rejtett normatív szempontjai Magyarországon in *Szociológiai Szemle* 3.

Falussy Béla 1990. *A magyar társadalom életmódjának változásai az 1976–77. évi és az 1986–87. évi időmérlegfelvételek alapján* Budapest, KSH–MTA Szociológiai Kutató Intézet.

Győri Péter és Gábor László 1990. Díjhátralékosok – díjhátralékosság in *Szociálpolitikai Értesítő* 2.

H. Sas Judit 1976. *Életmód és család. Az emberi viszonyok alakulása a családban* Budapest, Akadémiai K.

H. Sas Judit 1984. *Nőies nők és férfias férfiak*. Budapest, Akadémiai K.

Kemény István 1976. A magyarországi cigányok helyzete, in *Beszámoló a magyarországi cigányok helyzetével foglalkozó, 1971-ben végzett kutatásról* Budapest, MTA Szociológiai Kutató Intézet.

Losonczy Ágnes 1989. *Ártó-védő társadalom* Budapest, Közgazdasági és Jogi K.

Matern Éva 1990. Önkényes lakásfoglalók, kilakoltatottak in *Szociálpolitikai Értesítő* 2.

Rupp Kálmán 1976. A magyarországi cigánykérdésről in *Beszámoló a magyarországi cigányok...* Budapest, MTA Szociológiai Kutató Intézet.

Salamin Pálné 1991. A háztartások gazdálkodása az infláció körülményei között in *Szociálpolitikai Értesítő*.

Szabó Miklós 1989. A magyar nemzettudat-problémák a huszadik század második felében in Szabó Miklós, *Politikai kultúra Magyarországon 1896–1986*. Budapest, Atlantis Program.

Szalai Júlia és Vajda Ágnes, 1988. A 'szociális' és 'egészségügyi' ellátás határán in *Szociálpolitikai Értesítő* 1.

Maria K. Goddard

A gondozási hatékonyság vizsgálatának fontosságáról: A haldoklókat ápoló szolgáltatás esete*

Az utóbbi időben az egészségügyben gyorsan növekedett és változatosabbá vált a hospice szektor**. Ezt a szolgáltatást általában a haldoklóknak nyújtott, erőteljesen specializált és magas színvonalú ellátásnak tekintik. Mindazonáltal amikor az egészségügyi és szociális ellátás forrásai kimerülőben vannak, nem elegendő pusztán kijelenteni, hogy a hospice szektor magas színvonalú ellátást nyújt, e kijelentés igazságát is bizonyítani kell. Ez a tanulmány kritikusan elemzi azokat a módszereket, amelyekkel a hospice szektor hatékonyságát vizsgálják. Sorra veszi az értékelő vizsgálatokat – mit mérnek, ki méri, és a gyakorlatban hogyan történik a mérés.

Bevezetés

Csak nemrég ismerték fel, hogy a haldoklók ápolása az egészségügyi ellátás szerves része, amely olyan személyekből álló munkacsoportok közreműködését igényli, akik többféle szaktudással rendelkeznek. Így válik

* Egy nagyobb tanulmánynak a Journal of Social Policy, 1993. 1. számában megjelent összefoglalója

** Ejtsd: hoszpisz. Ennek a szónak még nincs magyar megfelelője. A szociális munka szótára a szó jelentését a következőképpen adja meg: „HOSPICE: Eredetileg utazók elhelyezésére szolgáló vendégfogadó. A legtöbb szociális munkás és egészségügyi szakember ezt a kifejezést a gyógyíthatatlan betegeket ápoló programok, szolgáltatások és keretek megjelölésére használja. A hospice szolgáltatás általában nem kórházi kereteket jelent, hanem otthonyszerű légkört biztosító elhelyezést nyújt, ahol a családtagok, barátok és más fontos személyek együtt lehetnek a haldoklóval. HOSPICE – GONDOZÁS: Orvosi, háztartásvezetési és szociális szolgáltatást nyújt nem kórházi, otthonyszerű keretek között a haldoklóknak.” (Robert L. Barker szerk.: The Social Work Dictionary. NASW, 1988.) A szótár nem említi, de a tanulmány későbbi részéből kitűnik, hogy a hospice-ok nemcsak intézményi elhelyezést, hanem házi gondozást is biztosítanak abban az esetben, ha a beteg otthon tölti élete utolsó idejét. – A fordító.

lehetővé, hogy meghatározott típusú gondozást biztosítsanak a haldoklóknak és hozzátartozóiknak. Az is nyilvánvaló, hogy a hospice mozgalom számos olyan módszert fedezett fel, amelyek ma beépülnek a halálos betegségben szenvedők számára nyújtott, modern egészségügyi ellátásba.

Mostanában mind a brit kormány, mind pedig a hospice szervezetek erőfeszítéseinek középpontjában a haldoklókkal foglalkozó szolgáltatások tervezésének és koordinációjának javítása áll. Ennek érdekében megfelelő finanszírozási forrásokat kell találni a jó minőségű szolgáltatások biztosítása érdekében. (DOH 1990; DHSS 1986). Ebben az összefüggésben foglalkoznunk kell nemcsak az ellátás különböző módjainak anyagi következményeivel, hanem azzal a végeredménnyel is, amelyet ezekkel el lehet érni. A szükséges költségek felmérésével kapcsolatos kérdéseket már vizsgáltuk egy más tanulmányban (Goddard, 1989), és ezért itt nem foglalkozunk ezzel. Csak azt kívánjuk leszögezni, hogy a racionális döntéshozatalhoz figyelembe kell venni mind a költségekre, mind pedig az eredményességre vonatkozó információkat, és még ha sikerülne is a lehetséges legjobb eredményt meghatározni, nem biztos, hogy ennek elérése – a szűkülő források világában – finanszírozható.

Ez a tanulmány a hospice-gondozás eredményességének meghatározásával és mérésével foglalkozik, hogy megítélhető legyen a halálos betegségben szenvedők gondozásának hatékonysága. A különféle vizsgálatok eredményeit itt nem ismertetjük részletesen, mivel azt már mások korábban megtették (Goddard 1989; Higginson és mts, 1989; Mor 1987). Ehelyett elsősorban a hatékonyság vizsgálatokor használatos módszerek kérdéseivel foglalkozunk, és különösen fontosnak tekintjük az értékelés céljának meghatározását, ez ugyanis befolyásolja a vizsgálat megtervezését és az eredmények értelmezését. Azokat a kérdéseket is felvetjük, hogy mit mérjünk a gondozási hatékonyságot értékelő vizsgálat során, ki mérje mindezt, és miképp történjen a mérés a gyakorlatban. Ezek a kérdések egyre nagyobb jelentőségűvé válnak a hospice-gondozással foglalkozó, növekvő méretű irodalom értelmezésében.

Mi az értékelés célja?

Ahogy korábban már megjegyeztem, egyre világosabban látjuk, hogy a hospice-gondozás mellett érvelőknek a folyamatos támogatás és finanszírozás elnyerése érdekében bizonyítaniuk kell a gondozó tevékenység hatékonyságát. Az értékeléshez választott módszer azonban meghatározza az eredmények használhatóságát és megbízhatóságát.

A hospice-gondozás hatékonyságának értékelésével foglalkozó vizsgálatok nagy része egyetlen típusú szolgáltatással foglalkozik. Ezek a vizsgálatok választ tudnak adni arra a kérdésre, hogy a szolgáltatás elérte-e célkitűzéseit, és ha nem, akkor az eredmény érdekében milyen változtatásokat lehet végrehajtani; ezekből viszont csak korlátozott mértékben adódnak következtetések a hospice-gondozás relatív hatékonyságára vonatkozóan. Ugyanis semmit sem mondanak arról, hogy ezek az eredmé-

nyek hogyan viszonyulnak a szolgáltatás egyéb formáiban elért eredményekhez, legyen szó akár a hospice szektoron kívüli, akár az azon belüli formákról. Az ilyen vizsgálatok eredményeit gyakran hasonlítják össze olyan kutatási eredményekkel, amelyeket nem a hospice szektorba tartozó gyógyíthatatlan betegekkel foglalkozó gondozási formák vizsgálata során nyertek. Például több tanulmány tudósít arról, hogy a hospice-gondozással az Egyesült Királyságban (Parker 1980) és az USA-ban (Hannon és mts. 1983–1984) mind a betegek, mind pedig a gondozók nagymértékben elégedettek, és ezt összehasonlítják a hagyományos gondozás alacsonyabb megelégedettségi mutatóival (Mor 1987; Stoddart 1978). Ez az eredmény azonban nem bizonyítja egyértelműen a hospice-gondozás magasabbrendűségét, mivel valószínű, hogy az egyes kutatásokban jelentősen eltérő betegmintát vizsgáltak, és különböző kérdéseket tettek fel, eltérő módon.

Mivel az egészségügyi hatóságokat már felszólították arra, hogy a hospice intézményeket fenntartó és másféle végső gondozást nyújtó önkéntes szervezetekkel együttműködve tervezzék és koordinálják a gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gondozó szolgáltatásait (DHSS 1987), nem elegendő elszigetelt eredmények áttekintésével pusztán azt bemutatni, hogy a hospice szolgáltatás nyújt „valamiféle jót”. Már csak azért sem, mivel nem minden jótékony szolgáltatás számíthat finanszírozásra. Kulcskérdés viszont annak kimutatása, hogy mennyivel jobb egyik szolgáltatás a másiknál. Például mennyivel hatékonyabb vagy kevésbé hatékony egy házigondozó hospice munkacsoport tevékenysége, összehasonlítva egy kórházi kontroll csoport munkájával? Ezek olyan kérdések, melyeknek felvetése csak egy összehasonlító vizsgálat keretében lehetséges.

Az egészségügyi ellátás alternatív formáinak értékelésénél a véletlenszerű kontrollvizsgálatot tarthatjuk a legjobb módszernek (Cochrane 1972). A hospice-gondozás sajátos esetében ennek fő előnye, hogy így megszüntethető a lehetséges kiválasztási torzítás. A gondozás különböző módjainak összehasonlításánál fontos tudnunk, hogy az eredményekben megmutatkozó különbség a gondozás különbözőségével hozható összefüggésbe, és nem az egyes betegcsoportok eltérő jellemzőinek a következménye. Ha például összehasonlítjuk a kórházi ápolást a házi hospice-gondozással anélkül, hogy figyelembe vennénk a vizsgált betegcsoportok közötti eltérést, azt találhatjuk, hogy a kórházi gondozás körülményei között a betegek relatíve több fájdalmat szenvednek el. Miközben a nagyfokú fájdalom oka lehet annak, hogy a beteget eredetileg inkább a kórházba és nem házi gondozásba utalták, így a jelenség oka nem az alternatív gondozási formák különböző hatékonyságában keresendő. Ez igen fontos következményekkel jár, és az összehasonlító vizsgálatok érvényességének elemzésénél általában alapvető problémát jelent. Amikor egy kutatás kimutatta, hogy a magánintézményekben a gondozói tevékenység olcsóbb, mint az önkormányzatok által fenntartott kórházakban, gyakran megemlítették, hogy ennek részben az is oka lehet, hogy a magánkézben lévő intézmények felvételi előírásai eleve kizárják a legelesettebb betegeket, akik a legköltségesebb gondozásra szorulnának. Így lehetséges,

hogy az eredmény ezekben az esetekben a beutalási gyakorlatnak és a betegek jellemzőiben fellelhető különbségeknek tudható be. A gyógyíthatatlan betegségek vonatkozásában valószínűleg igen sok eltérés mutatható ki a betegek és a gondozók jellemzőiben, s ezek megakadályozhatják az eredmények összehasonlítását. Dunphy például hospice intézményekben fekvő gondozottakat az otthonukban ellátottakkal összehasonlítva kimutatta, hogy az utóbbiak lényegesen fiatalabbak voltak, nagyobb hányaduk élt házasságban, általában hosszabb élettartamra számíthattak, és a vizsgálat időpontjában nagyobb hányaduk szenvedett a szorongástól és depressziótól. (Dunphy és mts. 1990). Ha ezektől eltekintve hasonlítaniánk össze a gondozás két formájában részesülő csoportot, ez alapvető eltérést okozna az eredményekben, és például azt a következtetést vonhatnánk le, hogy a házi gondozás nagyobb fokú szorongást és depressziót okoz, ami nyilvánvalóan nem igaz. Mások kimutatták, hogy a hospice-gondozásba utaltak nagyobb fájdalmakban szenvedtek, mint a hagyományos gondozásba kerülők (Parker 1979).

A véletlenszerű mintavételű vizsgálat biztosítaná, hogy a betegek spontán kiválasztás alapján jussanak hozzá egyik vagy másik gondozási formához, és ne valamely egyéb jellegzetességük szerint. Ez esetben az eredményeket tárgyalva nagyobb biztonsággal mondhatnánk, hogy a különböző eredmények a gondozás különböző formáinak tulajdoníthatók, és nem a gondozott csoportok közötti különbségeknek. A gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gondozásában azonban a véletlenszerű vizsgálatot nehéz megszervezni. A problémák egy része a betegség természetével függ össze: az olyan vizsgálat, amelyben a kontrollcsoport semmiféle gondozást nem kap, ellentétes az etikai elveinkkel. Több beszámoló szól arról, hogy a háziorvosok nem akartak részt venni egy olyan házigondozást vizsgáló kísérletben, ahol a betegek közül véletlen mintavétellel választották ki a támogatásban részesülőket, miközben a kontrollcsoport elegett ettől. (Higginson és mts. 1989). Ennek ellenére talán könnyebb egy ilyen típusú vizsgálatot elvégezni, ha a betegeket a gondozás két alternatív formájára választjuk ki, például kórházi-, ill. hospice-gondozásra, mintha lenne a vizsgálatnak olyan csoportja, amely egyáltalán nem részesül ilyen szolgáltatásban.

Az egyetlen véletlen mintavételen alapuló vizsgálatot, amely a hospice-gondozásba nyújt betekintést, Kane és munkatársai végezték az USA-ban, 1984-ben. Ennek során a betegek egy része hospice-gondozásban részesült (bennfekvő, ill. házi gondozási formában), míg a kontroll csoport hagyományos kórházi ápolást kapott. A rendkívül meggyőző eredmények ellenére ez a vizsgálat is megkérdőjelezhető, mivel nem voltak egymástól világosan elválasztva a hospice-gondozásban részesülő, ill. a kontrollcsoportba tartozó betegek. A két osztály ugyanis igen közel volt egymáshoz, így az alkalmazottak és betegek kapcsolatba kerülhettek egymással. Ráadásul a hospice-betegek egy részét a kórházi orvosok kezelték, továbbá – ahogy Seal rámutatott – a két osztály gondozási formái valójában nagyon hasonlóak voltak (Seale 1989).

A szociális munkás tanácsadás vizsgálatát is elvégezték (szintén az

USÁ-ban), kontrollcsoport alkalmazásával (Linn és mts. 1984), és ugyanilyen módon összehasonlították a házi gondozást a hagyományos ápolással az Egyesült Államokban (Zimmer és mts. 1982). Ezekben az esetekben azonban nem definiálták egyértelműen a beavatkozást hospice-gondozásnak.

A véletlen mintavétellel készített vizsgálat nehézségei és az egyszerű összehasonlító módszerek hátrányai miatt a legtöbb összehasonlító értékelés a gondozott csoportokba tartozó betegek kiválasztásán alapul. A legtöbb összehasonlító vizsgálat, melyet a St. Christopher Hospice-ban végeztek (Parkes 1979a; 1980; 1985; Parkes és mts. 1984), ezt a módszert alkalmazta. Ezek legtöbbjét igen körültekintően végezték, bár gyakran nehéz megtalálni a legmegfelelőbb jellemzőket, melyeknek alapján a betegek kiválaszthatók. Ez a folyamat általában retrospekció útján zajlik, mivel igen nehéz lenne a gyógyíthatatlan betegségben szenvedő betegeket prospektíven összehasonlítani, ugyanis a vizsgálati alanyok meghalhatnak, mielőtt még az összehasonlítható csoportokat megfelelő módon kiválasztották volna.

A nagy országos hospice-vizsgálat, melyet az USÁ-ban több mint 1700 beteg bevonásával végeztek el, több különböző házigondozást és bennfekvő ellátást ajánló hospice-t és hagyományos kezelést (kórházat és orvosok bevonásával otthonit) nyújtó szolgáltatást értékelt (Greer és mts. 1986). A kutatás több területen kvázi-kísérleti jelleggel zajlott, és 40 hospice-ból, valamint 14 hagyományos kezelőhelyről gyűjtött adatokat. A kérdezettek csoportjába azok a betegek kerültek, akik beleegyeztek abba, hogy részt vegyenek a követéses vizsgálatban. A követésre való lehetőséget a rákbetegeket kezelő intézet, az elsődleges gondozó jelenléte és a felvételi státus (csak hagyományos kezelésben részesülő betegeknél) biztosította. Az adatok elemzéséhez multivariáns statisztikai kiigazításos modellt fejlesztettek ki. Ez biztosította, hogy az eredményben megjelenő különbség a gondozó hely különbözőségének, és ne a betegek különféle jellemzőinek legyen tulajdonítható. Ennek ellenére ezt a vizsgálatot is érte kritika a lehetséges torzítás miatt (Higginson és mts. 1989). Különösen a hagyományos kezelőhelyek kiválasztásánál megnyilvánuló különleges feltételek (jó feljegyzések, a betegek követése, a személyzet együttműködési készsége és a regionális központok közelsége) teszik valószínűvé, hogy a kiválasztott osztályok jobbak voltak, mint az átlagos hagyományos gondozó helyek. Mindezek erőteljesen befolyásolhatták az eredményeket. A kiválasztási egyoldalúság lehetett az oka annak, hogy a vizsgálat nem tudta kimutatni az előfeltételezett különbségeket az egyes gondozási formák között. Az elemzésnél alkalmazott statisztikai eljárás is csak nagy számú betegminta esetében alkalmazható, mivel a statisztikai kiigazítás nem valószínűsíthető meg kisebb csoportok esetében.

Osszefoglalva: ha azt akarjuk, hogy a hospice-gondozás hatékonyságának értékelése meggyőző legyen, összehasonlító vizsgálatot kell végeznünk. Ezen belül felvethetjük egyrészt a hospice-gondozás – hagyományos gondozások szembeállításának kérdését, vagy vizsgálhatjuk a hospice-ellátás alternatív módjait, mint amilyen például a bennfekvő vagy a

házi gondozási szolgáltatás. A gondozás bármely formájának értékelésénél egyaránt fontos, hogy a vizsgálat tervezése lehetővé tegye annak megbízható megállapítását, hogy a végeredményben mutatkozó különbségek a szolgáltatások hatásainak következményei, és nem a betegek eltérő jellegzetességeiből – például az önkiválasztás vagy beutalás egyoldalúságából – adódnak.

Mit mérünk?

Számos egészségügyi beavatkozás esetén a kimenetel és ennek alapján a mérőeszköz meghatározás relatíve egyszerű. Például egy vérnyomáscsökkentő gyógyszer hatékonyságát a vérnyomáscsökkenés mértékével mérhetjük. Sok program és szolgáltatás eredményességét (beleértve ebbe a hipertóniát megelőző programokat) az általuk nyert életevekkel határozhatjuk meg. A hospice-gondozás esetében viszont a túlélési idő hossza nyilvánvalóan nem központi jelentőségű, mivel ez a gondozási forma nem a túlélési időt igyekszik befolyásolni, hanem a gyógyíthatatlan betegségben szenvedők *életminőségének* javítását tűzi ki célul (Morris és mts. 1983). Az *életminőség javítását* egyre inkább elfogadott és fontos szempontnak tekintik az orvosi kezelés és az egészségügyi szolgáltatások hatékonyságának mérésekor. A rákgyógyászat területén ma már elismerik, hogy sok (főleg tünetenyhítő) gyógymód hatékonysága csak korlátozottan mérhető a tumor-nagyság és a túlélési idő terminusaiban, és egyre gyakrabban veszik be az életminőség mérést a rákbetegekkel foglalkozó klinikai vizsgálatokba (Maguire és mts. 1989; Skeel 1989).

A gyógyíthatatlan betegségben szenvedők életminőségének javítása többdimenziós jelenség, és a hospice-gondozás céljaiban ezek jól dokumentáltak. Szerepelhet itt az integrált pszichoszociális gondozás, amely segítséget kínál a betegnek és a beteggel foglalkozó gondozóknak szociális és lelki szükségleteik kielégítésében a halál előtt és után. (Parkes 1979; Wilkes 1980). Ebbe beletartozik annak elősegítése is, hogy a betegek, hozzátartozók és barátok, akik részt vesznek a gondozási folyamatban, és végső soron a meghalás folyamatában is, megőrizzék méltóságukat (Higginson és mts. 1989; NAHA 1987).

Figyelembe kell azonban venni a fontos fizikai tényezőket is. A tünetek, főleg a fájdalom enyhítése a hospice-gondozás lényeges eleme, ahogyan Wilkes rámutatott: „A hospice sokkal több, mint az éjjeliszekrény, a szánalom és a heroin” (NAHA 1987).

A rákbetegek számára a fájdalom igen fontos tünet, amelyet óvatos gyógyszeradagolással inkább meg kell előzni, semmint utólag enyhíteni. A hospice egyre nagyobb figyelmet szentel a gondozás ezen oldalának. A gyógyíthatatlan betegek körében gyakran fellépő csillapíthatatlan fájdalom erős ösztönzést adott a hospice-gondozás kialakításában (Cartwright és mts. 1973).

A hospice-gondozás egyre inkább magáévá tesz olyan átfogó célokat, amelyek ugyan közvetlenül nincsenek hatással a betegre mint egyénre,

de részét képezik a hospice „filozófiájának”. Ilyen a gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gondozásával kapcsolatos ismeretek tanítása és terjesztése, vagy a nagyobb közösség részvételének előmozdítása a gondozási folyamatban (Parkes 1979a; Rees 1982). A hospice szektorban egyre többször vetik fel a hospice-gondozás céljainak és a minőség biztosítására szolgáló normák felállításának kérdését (Higginson és mts. 1989). Ezek elősegítik azt, hogy a jövőben több felmérés és értékelés szülessen.

Ki mérje a hatékonyságot?

Erről a kérdésről folyamatos vita zajlik az egészségügyi ellátás értékelésével foglalkozó szakemberek között, általában az élet minőségének mérésével kapcsolatban. Az egyik lehetőség az, hogy az orvosokat vagy az egészségügyi személyzet más tagjait kéri meg a beteg életminőségének mérésére, egy erre a célra kidolgozott index segítségével. Bár ez a módszer a múltban meglehetősen elterjedt, és az életminőségi indexek egy részét kifejezetten orvosi használatra fejlesztették ki (Spitzer és mts. 1981), egyre általánosabbá vált az, hogy a betegek saját maguk ítélik meg, mennyiben határozza meg a betegség, illetve a kezelés az életminőségüket (Moinpour és mts. 1989; Fayers és mts. 1983).

Az egyik fontos okot, amiért a betegeket kérték meg az eredmény értékelésére, az olyan kutatások példázzák, melyek az előfeltételezésektől eltérő eredményt hoztak. Egy összehasonlító vizsgálatban szereplő betegcsoport tagjai zsírszöveti szarkómában szenvedtek, s végtagamputációt helyettesítő műtetet hajtottak rajtuk végre, továbbá sugárkezelést és kemoterápiát kaptak. A másik betegcsoport esetében az amputációt végrehajtották, és gyógyszeres kezelést adtak. A hipotézis az volt, hogy az előbbi csoport messze magasabbra fogja értékelné az életminőségét, mint az utóbbi, mivel a nagy dózisú sugárkezelés negatív hatása az életminőségre sokkal kisebb, mint a végtagamputációé (Sugarbaker és mts. 1982). A minta túl kicsi volt ahhoz, hogy a kapott információkból messzemenő következtetéseket lehessen levonni, viszont a funkcionális és pszichoszociális jelzők teljes skáláját használták az életminőség vizsgálatánál. Az eredmény azonban nem mutatott lényeges eltérést a két csoport között. A szexuális működés volt az egyetlen olyan terület, melynek megítélése szignifikáns eltérést mutatott, ebben az esetben viszont az amputáción átesett csoport minősítette ezt a területet kielégítőbbnek. Ebből az esetből világosan kitűnik, hogy ha a kezelés hatására vonatkozóan nem a betegek saját álláspontját mérjük fel, a kezelésben résztvevő egészségügyi személyzet félrevezető feltételezésekre juthat.

Egy másik vizsgálat például igen alacsony szintű megegyezést talált az orvosok és a rákos betegek nézeteiben az életminőség megítélésében. (Slevin és mts. 1988). Több érv szól amellett, hogy az orvosok természetesen túlbecsülik az orvosi beavatkozás jótékony hatását, vagy álláspontjukat arra alapozzák, hogy milyen hatásra számítanak.

A haldoklók gondozásában az eredményesség elemzésénél gyakran fi-

gyelemben vesznek a hozzátartozók vagy a beteget gondozó más személyek véleményét is. Különösen így van ez a hospice-gondozás esetében, mely a gondozók szükségleteit éppúgy igyekeznek kielégíteni, mint a betegét. Ez esetben azonban két különböző dologról van szó, amikor egyrészt a hozzátartozók saját álláspontját kérjük arra vonatkozóan, hogy a szolgáltatás miképp érintette őket; illetve amikor ugyanezeket a személyeket arra kérjük, hogy a beteg helyett mondjanak véleményt. Nyilvánvaló, hogy a gyógyíthatatlan betegségben szenvedők esetében, amikor a túlélési idő rövid, és az életminőség gyorsan romlik, a gyakorlatban sokszor egyszerűbb megkérdezni a hozzátartozókat (általában a halál bekövetkezése után rövid idővel), hogy mérhető legyen: miképp hatott a szolgáltatás az elhunyra.

Mivel a hospice-szolgáltatás bizonyos vonatkozásaiban közvetlenül csak a hozzátartozókra és a barátokra irányul – például a gyászolókkal foglalkozó szolgáltatás esetében –, helyénvaló a hatékonyság értékelését a hozzátartozóktól kérni. Ugyanígy a család gondozásban való részvételének mértékét, vagy a személyzet, a beteg és a család közötti kommunikáció minőségét legjobban a hozzátartozók vagy más, a betegekkel foglalkozó személyek tudják értékelni. Kevésbé fontos a gondozó elbeszélésére hagyatkozni a beteg véleményét illetően.

A gondozó véleménye nem szükségszerűen egyezik meg a betegével, ahogy ezt egy nemrég megjelent tanulmány is bizonyítja. Ez a tanulmány a tünetenyhítő kezelésben részesülő betegek problémáit és a szolgáltatásokkal való megelégedettségüket vizsgálta (Higginson és mts. 1990). A kutatók csekély összefüggést találtak a gondozók és betegek problémarangsorolásában, miközben a megelégedettségi skála azt mutatta, hogy a gondozók elégedettebbek voltak a szolgáltatással, mint a betegek. Más kutatók azt is leírták, hogy a gondozók és az orvosok különböző módon vélekednek a megelégedettség és a haldoklók gondozásával kapcsolatos attitűdök vonatkozásában is (Blyth 1990; Reilly és mts. 1981; Wilkes 1984).

Egy régebbi vizsgálat, amely a gyógyíthatatlan betegségben szenvedők, házastársaik és ápolóik észrevételeit kérdezte a szorongással, depresszióval, haraggal kapcsolatban, továbbá a betegséggel és halállal kapcsolatos attitűdjeiket, ill. egyéb érzelmi jellemzőiket vizsgálta, nagyfokú megegyezést talált az egyes csoportok értékelése között (Hinton 1979). Meg kell azonban jegyeznünk, hogy a skálát nem közvetlenül az interjúalany töltötte ki, hanem a szerző pontozott, miután lefolytatta az interjút a beteggel vagy hozzátartozójával (Higginson és mts. 1990). A részrehajlás hibája ebben a vizsgálatban egy független értékelő alkalmazásával bizonyára csökkenthető lett volna. Egy másik összehasonlító vizsgálatban egészségügyi szakembereket, hozzátartozókat és rákbetegeket kértek meg arra, hogy az életminőséget értékeljék különféle skálák segítségével. Megállapították, hogy még abban az esetben is, amikor a korrelációs együttható statisztikailag jól értelmezhető értéket mutat, csak fenntartásokkal lehet eljárni az ilyen vizsgálatok eredményeinek értelmezése során (Slevin és mts. 1988). Hasonló következtetésekre jutottak más, nem rákgyó-

gyászattal, ill. haldoklók gondozásával foglalkozó területeken folytatott vizsgálatok is (Jackuk és mts. 1982). Bár volt olyan kutatás, amely igyekezett megfelelő módszereket találni annak felmérésére, hogy mennyire megbízható információs forrást jelentenek a gondozók (Cartwright és mts. 1990), a fent említett fenntartások miatt ajánlatos óvatosan eljárunk a felmérési eredmények értelmezése során.

Miután felhívtuk a figyelmet a szükséges óvatosságra az olyan esetekben, amikor a gondozók véleménye a betegek véleményét helyettesíti, azt is el kell mondanunk, hogy továbbra is fontosnak tartjuk a gondozók megkérdezését arról, hogy miként hatott rájuk és a betegre a hospice-gondozás, mivel ez érdekes információval szolgálhat a szolgáltatás különböző formáiról. Például egy házi hospice-gondozást értékelő vizsgálat során azt találták, hogy az ilyen gondozási formában részesülő betegek családja nagyobb fokú stresszt tapasztalt, mint azok esetében, akik nem ilyen szolgáltatásban részesültek (Cartwright és mts. 1990). Ehhez hasonlóan az amerikai országos hospice-vizsgálat leírja, hogy a házi hospice-gondozás esetében az elsődleges gondozók lényegesen nagyobb mértékűnek értékelték az őket sújtó érzelmi stresszt, mint a bennfekvő hospice-gondozás vagy a hagyományos kórházi gondozás esetében. Tehát a hozzátartozókra háruló gondozói teher nagyobb volt azokban az esetekben, amikor a beteget otthonában ápolták, miközben az elégedettségi mutató a házi hospice-gondozás területén volt a legmagasabb. Ha figyelembe vesszük mind a gondozók, mind pedig a betegek véleményét, láthatjuk, hogy bizonyos szolgáltatások, mint például a házigondozás, melyet mindkét csoport előnyben részesít (a gyógyíthatatlan betegek gyakran idézett vágya, hogy otthon halhassanak meg), valójában együtt jár a testi-lelki kimerüléssel, mivel hatással van az otthoni gondozást ellátók által tapasztalt stressz szintjére. Hasznos lenne olyan kutatást végezni, mely azonosítaná a gondozásnak azon elemeit, amelyek a stressz szintjére a legnagyobb hatással vannak.

Hogyan mérték az eddigiekben a hatékonyságot?

Mivel a hospice-gondozásnak sokféle célja és feladata van, a hatékonyság mérésénél a gondozás több, egymástól eltérő oldalát kell értékelni. Így a vizsgálatok nagy része többféle skálát használt az eredményesség vizsgálatához.

Több kutatás számolt be nagyfokú, csillapíthatatlan fájdalomról azok esetében, akik nem jutottak szakszerű ellátáshoz, ezért a legtöbb értékelő vizsgálatban szerepelt a fájdalom és a fájdalomcsillapítás kérdése (Parkes és mts. 1984; Hockley és mts. 1988; Haines és mts. 1986; Herd 1986). A vizsgálat módszerei viszont igen eltérőek voltak, kezdve a legegyszerűbb eljárástól, amely csupán annak feljegyzésére szorítkozott, hogy a betegek, ill. gondozók közül hányan számoltak be fájdalom fellépéséről, ill. nem csillapítható fájdalomról, a finomabb módszerekig. Ilyen volt pl. a fájdalom súlyosságának értékelése (a legsúlyosabb fájdalomtól a legenyhébb

fájdalomig terjedő skálán lehetett pontozni). Mások különbséget tettek a fájdalom súlyossága és hossza között azzal, hogy vizsgálták mind a fájdalmat általában, mint pedig a folyamatos fájdalmat (Parkes 1979b). Használtak korábban kifejlesztett skálákat is a fájdalom mérésére, ilyen például McGill fájdalommérő skálája (ezt korábban érvényességi vizsgálatnak is alávetették). A gondozók véleményét kérték a csillapíthatatlan fájdalom fellépésének megállapítására (Parkes 1979a), az analgetikumok és egyéb fájdalomcsillapítási módszerek alkalmazását pedig a fájdalom mértékének jelzőjeként használták (Twycross 1975; Goldberg és mts. 1986).

Bármilyen módszert alkalmazzanak is a fájdalom és a fájdalomcsillapítás mérésére, az eredmények értelmezése felvet néhány fontos kérdést. Egyrészt megállapították, hogy a jelentős fájdalomcsillapítás lényegében csak az opiátok (ópiumalapú fájdalomcsillapítók) nagymértékű használatával érhető el, ami azonban a betegeket zavartrá és tehetetlenné teszi (Parkes 1979a). Az azonban valószínűtlen, hogy ez központi kérdése lehetne a modern hospice- és ápolási gyakorlat fejlődésének. Másrészt fontos különbséget kell tennünk a fájdalom egyszeri vizsgálata és többszöri, hosszabb időtartamon keresztül történő mérése között. Például ahogyan a beteg közeledik a halálhoz, növekedhet a súlyos és folyamatos fájdalom előfordulása (Morris és mts. 1986a), de tapasztalhatnak a betegek olyan nagyfokú fájdalmat is, amit azonnal csillapítani kell.

Egy másik olyan tényező, mely összefügg az alternatív hospice szolgáltatások nem véletlenszerű mintavételi összehasonlító vizsgálatával ill. a hospice- és a hagyományos gondozás összevetésével, abban mutatkozik meg, hogy a beteg által tapasztalt fájdalom nagymértékben meghatározza, hogy milyen gondozási formába utalják, és emiatt az ilyen vizsgálatból levont következtetések nem tekinthetők megalapozottnak. Például a kórházban, ill. hospice-ban gondozott haldoklók egyszerű összehasonlításából, ahogyan Parkes megállapította, azt a következtetést lehet levonni, hogy míg a hospice-gondozásban részesülők 42%-a tapasztalt súlyos fájdalmakat a végső fázis előtt, addig a kórházi ellátásban részesülőknél ez az arány csak 28% volt (Parkes 1979a).

Egy másik probléma, amely a házi, ill. kórházi gondozás eredményességének összehasonlítását érinti, azzal a hellyel függ össze, ahol a fájdalommal kapcsolatos kérdéseket felteszik. Lehetséges például, hogy ha a beteg már otthon van, amikor a gondozót az ápolat fájdalmairól kérdezik, akkor nagyobb valószínűséggel beszél a jelenlegi állapotról, mint a bennfekvés ideje alattiról, mivel kevésbé van tudomása az akkori helyzetről. Emiatt fontos – amikor ez indokolt – feljegyzéseket vezetni az egyik gondozási formából a másikba való átmenet idején a házi gondozásba kerülő betegekről. Más tünetek előfordulását és súlyosságát ugyanígy vizsgáljuk, így ezekre itt részletesen nem térek ki.

A szorongást valamint a depresszió előfordulását és mértékét szintén vizsgálni szokták a hospice-gondozással foglalkozó értékelésekben, és nemcsak a beteg, hanem a gondozó esetében is. Az ezekre vonatkozó kérdéseket időnként beépítik a már korábban kifejlesztett, tágabb spekt-

rumú mérőeszközökbe. Ilyen például Spitzer életminőség-indexe, mely a beteg „lelkiallapotával” kapcsolatos pontokat tartalmazza (békés, szorongó, zavarodott). Az így kapott mérési eredményeket azután beszámítják az átfogó életminőség pontszámába (Morris és mts. 1986b). Más értékelések a gondozó szorongási szintjét mérik, amikor a beteg különböző gondozási formákban részesül, ill. a végső fázist megelőző és követő időszakban (Parkes 1984). Léteznek olyan kutatások is, amelyek az interjú válaszaiból következtetéssel határozzák meg a szorongás pontszámát (Hinton 1979). Jól ismert a testi tünetek (például a fájdalom) kiváltotta szorongás elkülönítésének problémája. A kutatók leírják, hogy a szorongás egyszerű pontszáma egyszerre tükrözi a fizikai és a pszichoszociális gondozást (Parkes 1979b).

Mindezek ismeretében nem csodálkozhatunk azon, hogy a szorongás és depresszió pontszáma szoros korrelációban áll a fájdalom pontszámával (Kane és mts. 1985). Az Egyesült Államokban végrehajtott, a hospice- és hagyományos gondozást összehasonlító vizsgálatban korábban kifejlesztett skálákat használtak fel: az Epidemiológiai Vizsgálatok Központjának depresszió-skáláját (16 pontos, önkítöltős skála), amelyet az általános népesség használatára fejlesztettek ki, és az Amerikai Rand Részvénytársaság egészségbiztosítási kutatása számára kidolgozott szorongás-skálákat (Dunphy és mts. 1990; Wales és mts. 1983). A gondozók szorongásszintjét is vizsgálták a beteg halála előtt és után. A szorongást, illetve a depressziót csökkentő szerek használatát tekintették mutatóknak (Greer és mts. 1985), vagy erre vonatkozó kérdéseket tettek fel (Parkes 1980).

További két kérdés, amelynek értékelésével szintén foglalkozik az irodalom, a szolgáltatással való elégedettség (mind a betegek, mint pedig a gondozók részéről) és a beteg ápolásában való részvétel. Ez utóbbi a hospice-gondozás egyik legfontosabb jellemzője. A gondozásnak ezeket az aspektusait is gyakran vizsgálják a betegekkel és a gondozókkal folytatott interjúk alapján, vagy oly módon, hogy a gondozás egyes tevékenységeiről gyűjtenek adatokat. Például a hagyományos és hospice-ellátás közötti különbség jól megragadható, ha a hozzátartozók beteggondozásában való részvételét vizsgálják. Ezzel összefüggésben gyűjtöttek információt a beteggel hetente együtt töltött idő hosszáról, a gondozó és az orvos megbeszéléseinek számáról és a gondozónak a személyzet „elfoglaltságával” kapcsolatos álláspontjáról (Parkes 1979). Kane vizsgálata többféle ismert skálát használt, például a Ware által kifejlesztett „elégedettség a személyközi gondozással” skálát, a McCaffree által kidolgozott „gondozási környezettel való elégedettség” skálát, és az Egyesült Államokban folytatott hospice-vizsgálatból adaptált, „a beteg gondozásában való részvétellel kapcsolatos érzések skáláját” (Wales és mts. 1983). Ezek közül az első a gondozás három dimenziójában értékel (humanizmus, kompetencia, általános meglátások), továbbá összesítő pontszámot tartalmaz; míg a másik kettő összesített pontszámokat ad. Valamennyi mérés az irodalomban már korábban jelzettekhez hasonló eredményeket adott a

hospice-gondozáson belül az újratesztelési megbízhatóság vonatkozásában.

Az országos hospice-vizsgálatban a betegeknek a gondozással való elégedettségét interjúkból szerzett információk, valamint egy korábban kifejlesztett elégedettségi skála adaptációja segítségével mérték (Greer és mts. 1986). Az elsődleges gondozó elégedettségét is vizsgálták a beteg halála előtt és után, ez esetben is több vizsgálóeszközt, speciális és az irodalomból adaptált pontozásos skálákat vettek igénybe. A gondozással való elégedettség vizsgálatának egyik legfőbb problémája, hogy a skálák gyakran torzítanak a beteg elégedettsége irányában (Mor 1987), de kérdés, hogy ez a skálák tervezésével vagy a kérdések feltevésének módjával függ-e össze.

Mind a gondozással, mind pedig általában az életminőséggel való megelégedettségnek egyik összetevője, hogy milyen mértékben teljesül a betegnek és a gondozónak a haldoklás helyére vonatkozó elképzelése. Az országos hospice-vizsgálat megkérdezte a gondozókat, hogy elégedettek voltak-e a hellyel, ahol a beteg meghalt, maradhatott-e a beteg mindaddig otthon, amíg akart. Az Egyesült Királyságban lefolytatott legutóbbi vizsgálat megállapította, hogy a rákbetegségben kórházban haldoklók nagy hányada (63%-a) fejezte ki azt a végső kívánságát, hogy máshol (otthon vagy hospice-ban) kívánna meghalni, és ideális esetben 82% részesítette volna előnyben a meghalás más helyeit (Townsend és mts. 1990). Ugyanezt az eredményt hozták az USA-ban lefolytatott vizsgálatok is, melyek szerint a betegek, a közvélemény és a szakemberek előnyösebbnek tartották, hogy a beteg otthon haljon meg (Mor 1987). Annak ellenére, hogy az otthoni halál nem szükségszerűen jó kimenetel (mivel, ahogyan korábban megjegyeztük, hátrányosan érintheti a gondozót), a hospice-gondozás egyik fontos célja, hogy ha a beteg és a gondozó is akarja, elősegítsék a végstádiumba került beteg otthonmaradását. Több beszámoló leírja, hogy még abban az esetben is, amikor a haldokló számára igen alacsony életminőséget tudtak otthonában biztosítani, a hozzátartozóknak csak igen kis hányada (3%-a) kívánta utólag, hogy a beteg inkább kórházban halt volna meg (Wilkes 1984).

A sokoldalú skálák és mérőeszközök felhasználása a kutatásban nagy előnnyel jár, mivel a hospice-gondozás természetét mélységében tükrözi. Amikor azonban a kutatási cél a gondozás hatékonyságának általános összehasonlítása, ezek problémát jelentenek. A betegek és a gondozók a szolgáltatás néhány dimenziójában a hospice-gondozást a többinél esetleg jobbnak minősítik, míg más dimenziókban rosszabbnak. Például, ahogyan korábban is említettük, a betegek az otthoni gondozást jobbnak minősítik, miközben a hozzátartozók ez esetben a szorongás és stressz magasabb szintjét kénytelenek elviselni, mint az intézeti ápolás esetén. Más esetekben a betegek és a hozzátartozók a fájdalomcsillapítással elégedettebbek a kórházban, mint a hospice-ban, míg kevésbé elégedettek a gondozásban való részvétel mértékével. Ez a probléma nyilvánvalóan nem fordul elő, ha a gondozás egy formája minden tekintetben jobb, mint egy másik forma, de ez nem szükségszerűen van mindig így. A nem

összesíthető, többdimenziós indexek használatának problémáját éveken keresztül vitatták az életminőséget mérő módszerekkel kapcsolatban. Igen nagy jelentősége van ez esetben annak, hogy megfelelő módszert találjunk az egyes dimenziók súlyának meghatározásához, mivel csak így lehet az egyes dimenziókban kapott pontszámokat összesíteni (Kind 1988).

Ebben az összefüggésben érdekes megjegyezni, hogy az országos hospice-vizsgálat adatait felhasználva új mérési módszert dolgoztak ki, amely egy pontszámban képes kifejezni a „haldoklás minőségét” (Wallston és mts., 1988). A szerzők kijelentették, hogy a hospice-gondozás alapvető célja a „saját halál” lehetőségének megteremtése, és annak biztosítása, hogy a beteg meghatározhassa, hol kíván meghalni, milyen körülmények között, kiknek a jelenlétében, és milyen támogatást igényel az élethez. Vizsgálva a gondozók visszaemlékezéseit arról, hogy a haldokló mit tapasztalt élete utolsó három napján, milyen érzelmeket és eseményeket tartott kíváncsnak, a kutatók igyekeztek mérni a halált közvetlenül megelőző időszakban az élet minőségét (illetve magának a halálnak a minőségét).

A halál minőségét 13 olyan elem súlyozott átlagaként értékelték, amelyeket a gondozók meglévőnek vagy hiányzóknak minősítettek a beteg élete utolsó három napján. Az egyes elemek súlyát több mint ezer beteggel folytatott interjúból nyert adatok alapján állapították meg. Az interjúban arra kérték a betegeket, hogy mondják el, milyennek szeretnék életük utolsó három napját. Az egyes elemeket említő betegek számát elosztották mindazok számával, akik az adott kérdésre válaszoltak, és az így meghatározott százalék alapján határozták meg az egyes elemek súlyát. A végső pontszámot ezután úgy határozták meg, hogy a gondozók beszámolóit szerint a halál idején meglévő elemeket kódolták, és megszorozták a korábban megállapított súllyal, majd az így kapott értékeket mind a 13 elem esetében összegezték.

A kutatók szerint a korábbi hospice-gondozással foglalkozó vizsgálatokban kimutatott csekély pozitív eredmény részben azzal magyarázható, hogy a használt mérőeszközök nem eléggé érzékenyek a hospice-gondozás egyedülálló hatásának megragadására. Az általuk használt HM mérőszám viszont szignifikánsan magasabb értékeket mutatott a hospice-gondozás javára (mind a házi, mind pedig az intézményi gondozás vonatkozásában), mint a hagyományos kezelés esetében. Ez egy érdekes megközelítés, amely bizonyára további figyelmet érdemel. Maguk a kutatók vetik fel, hogy a rákbetegekre kiterjedő országos vizsgálatból nyert adatok alapján kiszámított súlyozás érvényességét igazolni lehetne azzal, ha ugyanezeket a változókat kipróbálnák a gyógyíthatatlan betegségben szenvedők más mintáin is. Azt is meg kell azonban jegyeznünk, hogy egy effajta skála a hospice-gondozásnak még mindig csak egy aspektusát tükrözi (a halál folyamatát), csak az élet utolsó három napjára koncentrál, és így kizárja a hospice-gondozás egyéb fontos elemeit a vizsgálatból. Bár vannak előnyei annak, ha a vizsgálat során csak egyetlen skálát használunk, hiszen ez lehetővé teszi a pozitív jellemzők számszerűsítését, egy

ilyen eszköznek azonban fel kellene ölelnie a gondozás összes fontosnak gondolt aspektusát. Ez nyilvánvalóan nagyon bonyolult feladat a hospice-gondozás esetében, és több vizsgálatot kell még lefolytatni ahhoz, hogy ezeket a kérdéseket megválaszolhassuk.

Következtetések

A tanulmány néhány, a hospice-gondozás hatékonyságának értékelésével kapcsolatos módszertani problémát tárgyalt. E problémák jelentős része a szociális és egészségügyi ellátás egyéb formáinak hatékonyságát vizsgáló kutatásban is felmerül, így szélesebb körű érdeklődésre is számot tarthat. A jelenlegi brit kormánypolitika, úgy tűnik, támogatja a hospice-szektor, az érintett magánszervezetek jelentős támogatásban részesültek a kormány részéről az elmúlt években (Goddard 1990; DOH 1992). Valószínű azonban, hogy ennek a szolgáltatásnak is bizonyítania kell, hogy „értéket ad a pénzért”, ha továbbra is élvezni akarja a támogatást. Ez attól függ, hogy a hospice-gondozás képes-e egyértelműen bebizonyítani hatékonyságát.

Továbbra is növekszik azoknak a szolgáltatásoknak a száma, melyek tünetenyhítő gondozást nyújtanak. Egyre több ilyen típusú szolgáltatás jelenik meg a piacon, és ezek a különböző formák a jövőben versenyezni fognak egymással az állami és jótékonyági szervezetektől eredő forrásokért. Bár a kifejezetten tünetenyhítő gondozást végző szolgáltatások iránti szükséglet növekszik, ha azonban az ilyen típusú szolgáltatást nyújtó szektor továbbra is viharosan fejlődik, semmi biztosíték nincs arra, hogy a haldoklók szükségleteit a leghatékonyabban és legeredményesebben elégítik ki. Ha koherens és költséghatékony szolgáltatáspolitikát akarunk a haldoklók gondozásához kidolgozni, nagyobb figyelmet kell fordítanunk az alternatív szolgáltatási formák értékelő vizsgálatára. Egy efféle stratégiának nyilvánvalóan kulcsfontosságú eleme a hatékonyság vizsgálata, így létfontosságú az állandóan változó kutatás korlátainak és előnyeinek tudatosítása ezen a területen.

Irodalom

- A. Blyth (1990): Audit of terminal care in a general practice. *British Medical Journal*, 300. szám, 983–986. old.
- A. Cartwright és C. Seale (1990): *The Natural History of a Survey: An Account of the Methodological Issues Encountered in a Study of Life before Death*. King's Fund, London.
- A. Cochrane (1972): *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*. Nuffield Provincial Hospital Trust.
- Department of Health (DOH) (1990): *Funding of Hospices and Similar Organizations*. EL(90)P/10, HMSO, London.
- DOH (1992), nyilvánosságra hozva H92/96. szám alatt.
- Department of Health and Social Security (DHSS) (1986): *Proceedings of the Conference*

- on Care for the Dying. National Association Health Authorities in England and Wales (NAHA). HMSO, London.
- DHSS (1987): Health Services Development – *Terminal Care*. HC(87)4, HMSO, London.
- K. Dunphy és B. Amesbury (1990): A comparison of hospice and home care patients: patterns of referral, patient characteristics and predictors of place of death. *Palliative Medicine*, 4. szám, 105–111. old.
- P. Fayers és D. Jones: Measuring and analyzing quality of life in cancer clinical trials: a review. *Statistics in Medicine*, 1983. 2. szám, 429–446. old.
- M. Goddard (1989): The role of economics in evaluation of hospice care. *Health Policy*, 13. szám, 19–34. old.
- M. Goddard (1990): Hospice services. Health care UK. 1990. *Hermitage Policy Journals*, 11–14. old.
- M. Godkin, M. Krant és N. Doster (1983–84): The impact of hospice care on families. *International Journal of Psychiatry Medicine*, 13. szám, 153–165. old., idézi V. Mor (1987): Hospice Care Systems: Structure, Process, Costs and Outcome. Springer-Verlag, New York.
- R. Goldberg, V. Mor, M. Wiemann, D. Greer és J. Hiris (1986): Analgesic use in terminal cancer patients: report from the national hospice study. *Journal of Chronic Diseases*, 39. szám, 37–45. old.
- D. Greer, V. Mor, J. Morris, S. Sherwood, D. Kidder, H. Birnbaum (1986): An alternative in terminal care: results of the national hospice study. *Journal of Chronic Diseases*, 39. szám, 9–26. old.
- A. Haines és A. Booroff (1986): Terminal care at home: perspectives from general practice. *British Medical Journal*, 292. szám, 1051–1053. old.
- E. Herd (1990): Terminal care in a semi-rural area. *British Journal of General Practitioners*, 40. szm, 248–251. old.
- E. Hannon és F. O'Donnel (1984): An evaluation of hospices in New York State hospice demonstration programme. *Inquiry*, 21. szám, 338–348. old.
- I. Higginson és M. McCarthy (1989): Evaluation of palliative care: steps to quality assurance? *Palliative Medicine*, 3. szám, 267–274. old.
- I. Higginson, A. Wade és M. McCarthy (1980): Palliative care: views of patients and their families. *British Medical Journal*, 301. szm, 277–281. old.
- J. Hinton (1979): *Comparison of places and policies for terminal care*. Lancet, I., 29–32. old.
- J. Hockley, R. Dunlop és R. Davies (1988): Survey of distressing symptoms in dying patients and their families in hospital and the response to a symptom control team. *British Medical Journal*, 296. szám, 1715–1717. old.
- S. J. Jackuk, H. Brierly, S. S. Jackuck és P. Willcox (1982): Effect of hypotensive drugs on quality of life. *Journal of Royal College of General Practitioners*. 32. szám, 103–105. old.
- R. Kane, J. Wales, L. Bernstein, A. Leibowitz és S. Kaplan (1984): *A randomized controlled trial of hospice care*. Lancet, I., 890–984. old.
- R. Kane, L. Bernstein, J. Wales és R. Rothenberg (1985): Hospice effectiveness in controlling pain. *Journal of American Medical Association*, 253. szám, 2683–2686. old.
- D. Karnofsky és J. Burchenal (1949): Clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: C. Macleod (szerk.) (1949): *Evaluation of Chemotherapeutic Agents*. Columbia University Press. New York.
- P. Kind (1988): The design and construction of quality of life measures. *Discussion Paper* 43., Center for Health Economics, University of York, York.
- M. Linn, B. Linn és R. Harris (1982): Effects of counselling for late stage cancer patients. *Cancer* 1982, 49. szám, 1048–1055. old.
- P. Maguire és P. Selby (1989): Assessing quality of life in cancer patients. *British Journal of Cancer*. 60. szám, 437–440. old.

- C. Moynour, P. Fiegl, B. Metch, K. Hayden, F. Meyskens és J. Crowley (1989): *Quality of life and points in cancer clinical trials: review and recommendation*. National Cancer Institute, 81. szám, 485–495. old.
- V. Mor (1987): *Hospice Care System: Structure, Process, Costs and Outcome*. Springer-Verlag, New York.
- J. Morris, Mor, R. Goldberg, S. Sherwood, D. Greer és J. Hiris (1986a): The effect of treatment setting and patient characteristics on pain in terminal cancer patients: report from the national hospice study. *Journal of Chronic Diseases*, 39. szám, 27–35. old.
- J. Morris és S. Sherwood (1983): Methodology for determining the impact of hospice on patient/family quality of life. *Journal of Chronic Diseases*, 36. szám, 752–757. old.
- J. Morris, S. Suissa, S. Sherwood, S. Wright és D. Greer (1986b): Last days: a study of the quality of life of terminally ill cancer patients. *Journal of Chronic Diseases*, 39. szám, 47–62. old.
- National Association of Health Authorities (1987): *Care of the Dying: A Guide for Health Authorities*. NAHA, Birmingham.
- C. Parkes (1979a): Terminal care: evaluation of in-patient service at St. Christopher's Hospice. Part I – views of surviving spouse on effects of the service on the patient. *Postgraduate Medicine*, 5. szám, 517–522. old.
- C. Parkes (1979b): Terminal care: evaluation of in-patient service at St. Christopher's Hospice. Part II – self assessment of effects of the service on surviving spouses. *Postgraduate Medicine*, 55. szám, 523–527. old.
- C. Parkes (1980): Terminal care: evaluation of an advisory domiciliary service at St. Christopher's Hospice. *Postgraduate Medicine*, 56. szám, 685–689. old.
- C. Parkes és J. Parkes (1984): Hospital versus hospital care – re-evaluation after 10 years as seen by surviving spouses. *Postgraduate Medicine*, 60. szám, 120–124. old.
- C. Parkes (1985): *Terminal care: home, hospital or hospice?* Lancet, I., 155–157. old.
- P. Reilly és M. Patten (1981): Terminal care in the home. *Journal of Royal College of General Practitioners*, 31. szám, 531–537. old.
- W. Rees (1982): Role of the hospice in the care of dying. *British Medical Journal*, 285. szám, 1766–1768. old.
- St. Christopher Information Service: 1990 Directory of Hospice Services, London, 1990.
- C. Seale (1989): What happens in hospices: a review of research evidence. *Social Science and Medicine*, 28. szám, 551–559. old.
- R. Skeel (1989): Quality of life assessment in cancer clinical trials – it's time to catch up. *Journal of National Cancer Institute*, 31. szám, 472–473. old.
- M. Slevin, H. Plant, D. Lynch, J. Drinkwater és W. Gregory (1988): Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *British Journal of Cancer*, 57. szám, 109–112. old.
- W. Spitzer, A. Dobson, J. Hall, E. Chesterman, J. Levi, R. Shepherd, R. Battista és B. Catchlove (1981): Measuring the quality of life of cancer patients. *Journal of Chronic Diseases*, 34. szám, 585–597. old.
- P. Sugarbaker, I. Borofsky, S. Rosenberg, F. Gianola: *Quality of life assessment of patients in extremity sarcoma trials*. Surgery 1982, 91. szám, 17–23. old.
- S. Stoddart (1978): *The Hospice Movement – A Better Way of caring for Dying*. Random House, New York.
- J. Townsend, A. Frank, D. Fermant, S. Dyer, O. Karran, A. Walgrove és M. Piper (1990): Terminal Cancer care and patients' preferences for place of death: prospective study. *British Medical Journal*, 301. szám, 415–417. old. R.
- Twycross (1975): Relief of terminal pain. *British Medical Journal*, 4. szám, 212–214.
- J. Wales, R. Kane, S. Robbins, L. Bernstein és R. Krasnow (1983): Hospice evaluation study: methodology and instrumentation. *Medical care*, 7. szám, 734–744. old.
- K. Walston, C. Burger, R. Smith és R. Baugher (1988): Comparing the quality of death for hospice and non-hospice cancer patients. *Medical Care*, 26. szám, 177–182. old.

E. Wilkes (1980): *Terminal Care – Report of Working Group*. HMSO, London.

E. Wilkes (1984): *Dying now*. *Lancet*, I., 950–952. old.

J. Zimmer, A. Groth-Juncker, J. McCusker (1984): Effects of physician-led home care team on terminal care. *Journal of American Geriatric Society*, 32. szám, 288–289. old.

Múlt és Jövő

Zsidó kulturális folyóirat

Az évente négyszer tematikus számokkal jelentkező *Múlt és Jövő* kínálatából: (szépirodalom, esszé, szociográfia, történelem, teológia, képzőművészet, dokumentum, annotált bibliográfia)

91/3 Soá (Holocaust) összeállítás

91/4 A zsidó Jézus

92/1 A zsidó nő (Párkapcsolatok, a család, szerelem)

92/2 Jeruzsálem az örök város

92/3 1492–1992 Kiűzetések kora

92/4 Gyereknevelés, új oktatási intézmények

93/1 Sivatag és egyistenhit, zsidó népzene

93/2 A zsidó BUDAPEST

Múlt és Jövő: Budapest különszám

93/2

A középkortól a posztmodernig

A *Múlt és Jövő* zsidó kulturális folyóirat tavalyi, nagysikerű *Jeruzsálem* különszáma (92/2) után – mi mással is? – *Budapest* összeállítással folytatja:

Demszky Gábor főpolgármester bevezetője után: Balla Zsófia, Kőbányai János, Scheiber Sándor, Haraszi György, Budai Aurél, Róbert Péter, Kántor Péter, Fejtő Ferenc, Hárs György Péter, Avigdor Hameiri, Marianna D. Birnbaum, Nagy Sz. Péter, Tandori Dezső, Lábass Endre, Fenákel Judit, Tábor Ádám, Heller Ágnes, Bodor Ferenc, Györe Balázs, Karády Viktor, Kiss József, Giorgio és Nicola Pressburger, Hernádi Miklós, Raphael Patai, Beke György, Bacsikai Sándor, Szegő György, Ágoston Vilmos és Hádik András írásai minden műfajban és (majd)minden korban szólnak a kultúrák mágikus-misztikus csomópontjáról: Budapestről.

A folyóirat kapható egyes könyvesboltokban és hírlapkioszkokban, de legbiztosabban előfizetéssel (fedőneve: *adomány*) – díja 1 évre 650 forint postaköltséggel, egyes számok ára 150 forint, plusz postaköltség – lehet hozzájutni, s így leírható az adóalapból is. A *Múlt és Jövő* számlaszáma: Magyar Hitelbank MHB 222-20378. Külföldi előfizetés 40 \$ 1 évre. Devizaszámlaszám: MHB 404-5162-91-31. Szerkesztőségi cím: *Múlt és Jövő* Budapest 114. Pf. 10/55 1525.

„...Öljük életünk lehetőségeit...”*

Beszélgetés Papp Lajos szívsebész professzorral

– Azok a műtétek, amiket Ön végez, egyfelől rutinmunkának tekinthetők, másfelől azonban kritikus, sőt válságos helyzeteket jelenthetnek Önre és stábjára nézve egyaránt. Hogy éli meg ezt?

– Nincs olyan műtét, ami rutinmunkának számítana. A műtét során vannak cselekvéssorok, amiket minél többet végez az ember, annál gyakorlottabban mennek. A gyakorlás valójában egy reflexsort épít ki. És valójában akkor mondhatja az ember, hogy valamit jól csinál a műtét során, ha abban szinte nem tudatosít, hanem reflexszerűen cselekszik. Ez nem jelenti azt, hogy közben nem gondolkodik – éppen fordítva van. Azzal, hogy nem kell figyelnie a kezére, egy más, magasabbrendű dologra összpontosíthat: a műtét lényegi részére. Tehát a külső szemlélő számára egy rutinos cselekvéssor mögött nagyon-nagyon tudatos, felépített cselekvéssor rejtőzik. Természetesen minden műtétben megvannak azok a különbségek és különlegességek, amik egyedivé teszik a műtétet. A mindenkori kihívások teszik nagyon izgalmassá a műtétet. És nincs olyan műtét, ami rutinfeladatnak számítana. Mert abban a pillanatban, ha egy műtét rutinfeladattá válik, akkor az ember elveszti a lényegét, az emberért való küzdelmet. Soha nem tudom magamat úgy kondicionálni, hogy ez rutinfeladat legyen. Éppen ezért mindig maximális lelki, testi felkészültséggel kell hogy odaálljak a műtőasztalhoz. A kritikus helyzetekben mindig készen kell lennie valamiféle sztereotípiának a megoldás módjára. Ez csupán annyit jelent, hogy a sztereotípia a műtét során keretet adhat a cselekvéssornak. Az improvizációs lehetőségek száma – bármennyire furcsán hangzik is – nagyon csekély. Minden döntés *igen* és *nem* döntése, de a lehetőségek száma nem olyan nagy, mint azt sokan gondolnák. Mert egy adott szituációban a veszélyhelyzet nemcsak az operátorra mint a csapatot vezető személyre jelent nagy feladatot, hanem a csapatra is. Ahhoz, hogy a gyorsan, hirtelen kialakuló váratlan eseményeknek meg tudjunk felelni, nagyon nagy rutint kell szerezni. Minél több ember vesz

* Részletek a Balázs Béla Stúdióban készülő „Haláljog az életben” című film szövegéből.

részt ebben a munkában, annál több bukópontja lehet a cselekvéssornak. És, mint mindenki tudja, a szívsebészetben valóban nem egy ember operál, hanem egy nagyon-nagyon összeszokott team-munka adja meg, vagy adhatja meg a műtét sikerét. Itt valóban nagyon sok múlik azon, hogy a csapat együtt legyen, és koordináltan dolgozzon. Ezért elképzelhetetlen számomra, hogy egy-egy műtétben sok ismeretlen faktor és személy legyen részt.

– *Miközben a stábbal együtt azon dolgozik, hogy újabb lehetőségeket, egy megnyújtott időteret adjon a betegének, hogyan fogadta a meghosszabbított élet reményét?*

– Nagyon nehezen. Az élet fogalma, azt hiszem, nem... nem is igazán tisztázható. A halál végállapotot jelenthet. És úgy gondolom, hogy maga a halál is egy folyamat. És épp ezért, mert a halál egy folyamat – fokozatosan halunk meg –, nem lehet egy adott időpillanatban biztosan kijelenteni, hogy az egyén halott vagy sem. A halál fogalmát az orvosok az elektromos agyi tevékenység megszűnéséhez, bizonyos reflexek megszűnéséhez kötik. És eszerint határozzák meg, hogy ki mikor hal meg úgy, mint egyén. De éppen a szívsebészetben van egy nagyon-nagyon érdekes dolog. Mert minden szívűténél, amikor az emberi testet egy bizonyos hőfok alá lehűtjük, adott esetben 15 °C alá, akkor azok az életfunkciók, amiket az élethez szoktak kötni, semmiféle műszerrel nem regisztrálhatók: nincsenek. Bennem soha nem fordul meg az a gondolat, hogy én egy halott embert operálok. Én egy élő embert operálok. Nem tudom megfogalmazni, mi az, ami bennem azt az érzést kelti – hiszen ez az ember hideg, mint a boncteremben... ez az ember semmiféle kommunikációra nem képes, semmiféle reflex-élettevékenysége nincs, és mégis él! Ez az ember él, hiszen ha a szívét megindítom, a szív újból dobog, és ha fölmelegítem, akkor minden életfunkciója, még a legmagasabbrendű életfunkció, az agyi tevékenység is visszatér. Hol van akkor a halál és az élet? Hol van az élet vége, hol van a halál kezdete?

– *Professzor úr, mi a viszonya a halálfélelemhez? Mi a viszonya a saját halálfélelemhez?*

– A létezésnek, azt hiszem, csak ez a két formája van. Az élet és a halál. A halott ember fogalma számomra egy misztikum. Nem tartom elképzelhetetlennek, hogy amit ma a tudomány gondol, az holnap másképp lesz. És amit ma kritériumként jelölünk meg a halál fogalmában, az holnap megváltozik... És abszolút bizonytalan vagyok abban, hogy a halál, az valóban azt jelenti-e, amit az emberiség ma a halálról képzel. Ezért én úgy tekintem a halált, mint az életet – magyarul: szentnek. Nincs különbség számomra az élő és a halott ember között. Talán csak annyi, hogy ha halott ember közelében vagyok, akkor mindig megborzongok... Nagyon sok operált betegnél – ez tudatosan nem követhető, hogy miért, mikor következik be, ahogy magamban szoktam fogalmazni – megérezem a halál "szagát"... Ezt fizikai értelemben mondom... ahogy az ember visszagondol nagyon sok elvesztett betegére, mindig föllevenedik egyfajta szagélmény, ami borzasztó. Mert akárhányszor megélem és megérezem a következő műtét előtt, nem akarom elhinni, hogy ez a halál sza-

ga... megcsinálom a műtétet, és ez a beteg meghal. Ez egy tudományos igényű fejtegetés során megfoghatatlan és elfogadhatatlan. De pontosan azt akarom mondani ezzel, hogy félek, hogy a tudomány nem tudja megfogni a halál és az élet fogalmát. Inkább érzéseink vannak.

– *Önnek mi a viszonya az éppen műtőasztalon fekvő beteg halálfélelméhez? Abban a helyzetben... Ön képviseli a beteget.*

– Ez egy rendkívül furcsa érzés. Vannak betegek, akik nagyon világosan és tisztán tudják azt, hogy milyen rendkívül nehéz a műtét, milyen nehézségek várnak rájuk, és egy pillanatig sem érzek bennük halálfélelmet. Ezek a betegek élnek a műtét után, legyen az a legsúlyosabb betegség és a legnehezebb műtét. Magyarul: nem én érzek félelmet, hanem átveszem a beteg félelmét, és a műtét során végig kísért ez a félelem... szinte kivétel nélkül. Tudományosan nem bizonyítható, de azok a betegek halnak meg, akiknek óriási halálfélelmük volt. A műtét előtt a betegek döntő része megérzi a halált.

– *Hogyan hat Önre a szembenézés a halál lehetőségével?*

– Számtalanszor megfordult a fejemben, és esetenként meg is tettem; ha megéreztem a halált, nem végeztem el a műtétet. Az esetek zömében nem foglalkoztat műtét előtt az, hogy a beteg meghalhat-e vagy sem. A beteggel való beszélgetés után, amikor ez fölmerül bennem, a műtét előtti éjszakán valóságos rémálmod jelent számomra, mert én is megélem azt a döntést, amit a beteg nagyon nehezen hozott meg, hogy tudniillik vállalja a műtétet. Ezért én védekezem. Minden betegnek, akit megoperálok, elmondom, hogy csak akkor akarja a műtétet, ha százszázalékosan bízik benne. Csakhogy az emberek becsapják magukat, és ezzel becsapnak engem is. Akik meghalnak a „bízók” közül, azok a műtét előtti este szinte kivétel nélkül beszéltek a családjuknak a halálfélelmükről, végrendelkeztek, és a haláluk utáni életéről döntöttek. Ha ez tudomásomra jutott volna, nem tudom, hogy döntöttem volna a másnapi műtétről. Nagyon nehéz szétválasztani az ember érzését, megérzését az objektív tényezőktől. Mert a súlyos esetekben nyilvánvalóan fél az ember a halálos szövődménytől. A saját halálfélelmem nyilvánvalóan épp ezért nem zavarhatott eddig, mert én mindezidáig életemben két-három alkalommal éreztem halálfélelmet – és ez a halálfélelem semmiféle testi bajhoz nem kapcsolódott. Hajnali ébredés... a legjobb jólét közepette hirtelen megsemmisülés érzés... amely, visszagondolva, lehetett halálfélelem. Magyarul: nem is gondolkodhatom a saját halálomon, nem gondolkodhatom akkor, amikor élem ezt az élményt, mert olyan hirtelen jön, hogy ezt később föl kell magamban dolgozni... Ha a tapasztalataim alapján beszélek, akkor azt hiszem, hogy nem félek a haláltól. Ez nem jelenti azt, hogy nem fogok félni a haláltól.

– *Az Ön gyakorlatában, a műtétek során adódott-e olyan válságos helyzet, amiben felmerült az euthanasia problémája?*

– Olyan kristálytiszta, mint a szívsebészetben, talán sehol nem merül fel az euthanasia kérdése. Tudniillik a legközelebb eső szakma az intenzív terápia és az újraélesztett ember körüli ténykedés, és leggyakrabban az a kérdés merül föl, hogy kikapsoljuk-e a lélegeztető-gépet. Ez a kérdés

akkor merül fel, amikor a beteg életfunkciói az orvos vagy az orvoscsoporthoz megítélése szerint visszafordíthatatlanul károsodtak, ami leginkább az agyhalálhoz köthető, az agyműködés súlyos hiányát jelzi. De ilyenkor, minden esetben, ha a keringés funkciója ép, vagy nem olyan súlyosan károsodott, hogy az életet ne biztosítaná, a légzést fenntartjuk. A szívsebészeti műtétek nagy részében a szív működésképtelensége a kérdés. Csakhogy ilyenkor is egy géphez vagyunk kötve, amit szív-tüdő pumpának hívnak, és számtalanszor előfordult, hogy a szívmotor-pumpát lekapcsoltuk. Ez az esemény minden szívsebész életében egyszer vagy többször be kell hogy következzen. Erről nem beszélünk, de ez a legborzalmasabb döntés. És mindenki próbálja ezt a döntést elodáztatni... és magát becsapni. A gép kikapcsolásához olyan eseménysort próbálunk kreálni, amely minden épeszű orvos tudatában nyilvánvalóan nem élet, hanem már halál... De mégis, a leírásban nem az szerepel, hogy a gépet kikapcsoltam, hanem az szerepel, hogy a szív átmenetileg – ami egy, két, három perc – alacsony vérnyomást biztosított, majd a szív megállt. Csakhogy ha én a szív-tüdő pumpát működtetem, ezt az állapotot akár napokig is fenn tudom tartani. Tehát amikor én úgy döntök, hogy a szív-tüdő pumpát lekapcsolom, akkor valójában én eldöntöttem valamire a beteg sorsát. Nem volt egyetlen olyan eset, hogy amikor ez megtörtént, nyugodt lelkiismerettel aludtam volna a következő napon, vagy a következő éjszakán. Mert számtalan ellenpélda volt, amikor mások és magam is úgy hittem, hogy az életért való küzdelem abszolút reménytelen, és mégis sikeresen fejeződött be a műtét. És számos ember ma is él azok közül, akikre társaim vagy önmagam is műtét közben kimondtuk már a halálos ítéletet azzal, hogy nincs értelme tovább folytatni a küzdelmet. Esetenként valami ilyenkor mégis dolgozott bennem, hogy ne adjam föl. Nem tudom megmondani, hogy a halottaim között, akik meghaltak, hányan vannak olyanok, akik az emberi fáradtság, a pillanatnyi rossz döntés miatt haltak meg.

– *Megfogalmazható-e egyáltalán az a határ, az a hajszálvékony valami, ami a döntéshozót az egyik oldalra vagy a másik oldalra kényszeríti?*

– Kevés kérdésre tudok biztosan válaszolni, erre igen: nem! Mert nemcsak vékony ez a hajszál, hanem – azt hiszem – nagyon széles is ez a mezsgye. És ebben a szakmában, azt hiszem, hogy nem a szokványos értelemben vett szakmai kvalitásbéli döntések mutatják a különböző eredményeket, hanem pontosan a lelki attitűdök: ki képes elviselni tartósan, hosszú ideig, a reménytelenség tudatában, hogy tennie kell a dolgát, hogy fenn kell tartania a művi keringést és a légzést..., hogy érdemes azért az emberért küzdeni, aki, lehet, hogy a műtőasztalon, de lehet, hogy az intenzív-osztályon fog hirtelen meghalni, és az újraélesztés eszközeivel kell élnünk. Soha nem tudom megmondani, utána semmiképpen nem tudom igazolni, hogy valamiféle objektív döntés lehetett volna. Hiszen... a döntés, az egy pillanatos döntés. Az objektív felmérés pedig hosszú percekbe vagy akár félórába telhet. És én egy pillanat alatt döntöm el az igent és a nemet... Nem tudok a kérdésre választ adni.

– *Mi az Ön véleménye az euthanasiáról?*

– Egy embernek, ha joga van az élethez, elvileg joga kell hogy legyen

a halálához. Az orvosnak viszont, esküjéhez híven, csak az élethez szabad segédkezet adni. Ez egyféle farizeus álláspont – nyilvánvalóan. Mert, amikor én nem teszek meg mindent a betegért – és az orvosok számtalanszor nem tesznek meg mindent a betegért –, akkor az euthanasiát, mégpedig nem is a passzív, hanem – akarva-akaratlan– az aktív euthanasiát gyakorolják. Az a borzasztó, hogy ezeket a kérdéseket az orvosi berkekben sem tisztázták, hanem valamiért folyamatosan homályos ködbe burkolják. Ahhoz, hogy az euthanasiáról, az aktív vagy a passzív euthanasiáról beszélni lehessen, tisztázni kellene az emberi élet fogalmát. Mit tekintünk emberi életnek? Emberi élet-e az, hogy az életfunkciókat megtartjuk, de ezzel határtalan szenvedést, mérhetetlen fájdalmat... emberhez méltatlan, állati körülményeket konzerválunk? Emberek sokasága azon ténykedik, hogy az agóniát meghosszabbítsa – és nincs egy hozzátartozó, aki szeretetteljesen átkísérje a haldoklót a másvilágra. Egyik oldalról technokrata, lélektelen tömeg veszi körül a haldoklót, a másik oldalon pedig, pontosan ebben a nehéz időszakban, az igazi segítséget nem kapja meg, amit csak szereteteitől kaphat meg. Ezért tartom rendkívül fontosnak, hogy lehetőséget adjanak a halálban is az intimitásra. A haldoklót külön teremben, és lehetőség szerint a szeretetei között kellene elhelyezni. Erre mindig lehetne és lenne lehetőség, ez csak szervezési kérdés. Igaz, a hirtelen halálnál nem lehet odaszervezni a hozzátartozókat. De nem hiszem el, hogy például az elfekvő kórházakban, ha értesítenék a hozzátartozókat, nem jelennének meg, és nem lennének ott az utolsó percekben... Pontosan azért lenne fontos, mert tudjuk, hogy az elfekvő kórházakban soha nem lehet olyan szakembergárdát összehozni, akik segítenek a halálban a haldoklónak. Ezt is így kéne végiggondolni ahhoz, hogy... a magunk halálát megszervezzük. Azt hiszem, az a legnagyobb baj, hogy ahogyan az életünket nem tudjuk megszervezni, a halálunkat még kevésbé tudjuk megszervezni... Hogy a magyar populációnál maradjunk: minél egyszerűbb társadalmi rétegben történik a halál, annál... annál bensőségesebb. A cigányoknál ugyanolyan családi esemény a halál, mint bármilyen örömteli ünnep. Körülveszi a család, és mindenki ott van a haldokló körül... mindenki érzi annak az ünnepi hangulatát... a kisgyerektől a felnőttig, úgy, ahogy ez előre meg van határozva. Koreográfiája van a halálnak. Ezek az emberek egészen másként élik meg a halált, mint az úgynevezett civilizált, magára hagyott szerencsétlenek egy-egy kórházi ágyon...

– *Milyen érzés a szívet, a lélek helyét közvetlenül tapintani, éretni?*

– Az emberiség történelmében hosszú ideig lehetetlennek tartották a szív érintését. A múlt század nagy sebész-papája katedráról hirdette a század végén, hogy aki a szívhez hozzányúl, vagy hozzányúlna, az méltán veszítené el kollégái bizalmát. Azt hiszem, hogy tudatunkba, még annak a tudatába is, aki naponta hozzányúl a szívhez, ez mélyen belevésődött, ezek genetikusan benne vannak az emberi agyban. És hogy ez mégsem foglalkoztatja az operáló orvost nap mint nap, azt csak úgy tudom elképzelni, ahogy magam is megélem, hogy... hogy nem tartom a szív megálítását halálnak, hanem egy abszolút kezelhető állapotnak tartom. Egy

pillanatig sem merül föl bennem az a kérdés, hogy ebben az állapotban megszűnt az ego, és amikor majd kezdődik az új élet, egy más ember lesz. Bár számtalan példa van arra, hogy az emberek mégis valamiképpen nem azonosak a régi önmagukkal egy szívindítás után. Ezt tudományosan szintén senki nem vizsgálta. Ezek apró, pici jelek, félek, hogy tudományosan nem is foghatók meg. Pontosabban csak a szívműtétek utáni lelki zavarok orvosi tárgykörében vizsgálják. Hiszen egyes irodalmi adatok szerint az ilyen nagy szívműtétek, szívmegállítást követő szívmegeindítással operált betegek döntő részénél – 60–80 százalékánál – korábban nem észlelt lelki problémák jönnek elő. Egészen biztos vagyok abban, hogy maga ez a beavatkozás, amely az élet alapvető funkcióit jelentősen megváltoztatja, nem egyedüli oka a pszichés változásnak.

– Ön ezzel a „fenenagy” úrral, a Halállal, többször megbirkózott már.

– Birkóztam vele, de soha nem tudtam legyőzni. Mindig az volt az érzésem, hogy nem én győztem, hanem ő engedett. Tehát engedte, hogy két vállra fektessem. És valójában nagyon sokszor az volt az érzésem, hogy valóban „ez egy játék” volt, ami esetenként próbára tett, hogy én meddig bírom. Valahogy az életet mindig jutalomnak éltem meg. Jutalomként azért a hitért, amit az életbe fektettem. Hiszen számos esetben orvos- és nővértársaim magamra hagytak a beteggel. És valóban – ha így lehet fogalmazni, költői szavakkal – a haldokló, a halál, meg magam voltam a teremben. És semmiféle észérvet nem tudok fölhozni arra vonatkozóan, hogy miért folytattam az életfunkciók fenntartását. Magyarul: az esetek döntő részében a keringést úgy tartottam fenn, hogy nyomtam a mellkast ritmikusan, a lélegeztetőgép lélegeztette a beteget. És semmiféle életjel nem volt. Semmiféle pozitív jel nem volt arra, hogy amit teszek, az hatásos, és nem halott emberen végzem ezt a cselekvéssort. S ha nagyon hittem, és nagyon sokáig csináltam, az esetek egy részében a jutalom, az valóban élet volt. Ez mindenképpen birkózás. De soha nem éltem meg a győzelem örömét. Itt valami olyasmit éltem meg, ami mindenkoron a saját gyengeségemet mutatta. Mert mindig úgy gondoltam, hogy amit dolgoznom kellett az életért, azt valahol korábban, sokkal kevesebb munkával megtehettem volna, vagy sokkal kevesebb tudással megtehettem volna. De nem vagyok birtokában azoknak a tudásrészecskének, amikkel meg tudnám előzni, hogy ez az állapot bekövetkezzen. Ez nagyon furcsa dolog. Mert vannak az egészségügyben dogmák. Borzalmasan veszélyesek mindenhol a dogmák, de pontosan az élet és a halál mezsgyéjén rendkívül veszélyesnek és tarthatatlannak tartom azt, hogy az emberi életet, az emberi életért való küzdelmet percekhez kössék. Nagyon sok ember, érzésem szerint, azért hal meg, mert azt tanítják az egyetemen, hogy normál testhőmérsékleten három perc után már nem érdemes újraélesztést végezni, mert az már maradandó agykárosodást okoz, hat-nyolc perc után a szív sem újraélelthető. Ezt a dogmát mindenki megtanulja, bár számtalan ellenpéldát él meg az életében. És mégsem azoknak hisz, hanem a dogmáknak. Természetesen tudományosan megalapozott tételek ezek – csak félek, hogy a tudomány esetenként nem más, mint egy újabb kor előző tudományának a teljes tagadása. Tehát én

nem érzem magam annyira tudósnak, hogy az élet végét és a halál kezdetét megállapítsam. Ezért én bizonyára sokszor elkövetem azt a hibát, hogy már halottn is végzem az újraélesztési manővereket. De ebben, azt hiszem, kisebb a hibalehetőség.

– *Kérem, mondjon erre példát...*

– Olyan példát, ami azért döbbenetes, mert én valóban az emberi életet bizonyos minőségi ismérvekhez kötöm. Jelen esetben egy fiatalember szívműtete után, már az intenzív osztályon történő kezelés során egy hirtelen halál-állapot alakult ki: szívmegállás. Mint ilyenkor mindig, legalább 10–12 ember serénykedett az életfunkciók, a szívfunkciók beindításán, teljesen reménytelenül folytattuk az újraélesztési manővereket, több mint fél órán keresztül... Én már csak azt észleltem, hogy körülbelül az újraélesztés kezdetétől számított egy óra múlva egyedül maradtam, ez a fiatalember, aki... akkor 30–31 éves volt... valóban, mint egy... egy rongybaba, a kezeim alatt, élettelenül vonaglott, ahogy a szívkompressziókat, a mellkas nyomását kiviteleztem. Ez a fiatalember... egy óra és néhány perc múltán újra élt: elkezdett dobogni a szíve. Ez a fiatalember az eszmélésének különböző fázisaiban röviden leírta az élményeit – hiszen ő valóban nagyon messziről jött vissza... Akárhányszor is meglátogat – ennek a történetnek a kezdete tíz évre nyúlik vissza –, ez az élmény mindig előkerül. Azóta teljes életet él, és a kisgyerekei felnőtté váltak, a feleségével együtt öregszenek, és az égvilágon semmiféle maradványtünete nincsen az emléken kívül. A betegsége alatt rossz volt a házassága, nyilvánvalóan a betegségéből kifolyólag önzővé, durvává, követelőzővé vált, a gyerekeivel nem sokat törődött, önmagával volt elfoglalva. Az élet meggyerése után megváltozott. Nem is a beteg halás a találkozások során, hanem a feleség, aki szinte egy új férjet kapott vissza a szívműtét után.

– Minden szívsebész tudja ma Magyarországon, hogy a szívműtetre várók halálozása jelentősen magasabb, mint a szívműtètesek halálozása. Minden szívsebészeti centrumban száz vagy több száz beteg vár szívműtetre. Az orvosoknak óhatatlanul rangsorolni kell: meg kell határozni a műtėti sorrendben az 1-es sorszámot, és meg kell adni az utolsó sorszámot. Bármilyen jól képzett, bármilyen lelkiismeretes orvos legyen a döntéshelyzetbe hozott orvos, óhatatlanul hibázik... Minél többet hibázik, annál nagyobb a műtetre várók halálozási valószínűsége. Egészen biztos, hogy ezt a halálozási szintet nullára soha nem lehet csökkenteni, mert valószínűtlennek tartom azt, hogy az az ideális állapot – különösen Magyarországon – bekövetkezne, hogy a beteg kivizsgálása után rövidesen vagy azonnal műtetre kerülhetne. Ebben az a borzasztó, hogy jelentősen magasabb a műtetre várók halálozása, mint a műtėti halálozás. Ez mindenképpen megengedhetetlen.

– *Őn ebben az esetben úgy döntött, hogy szinte a halál után is tovább próbálkozik. De talán még ennél is nehezebb helyzetek adódnak akkor, amikor magáról a műtétről kell dönten, hiszen rengetegen várnak erre. Hogyan lehetne ezen a helyzeten változtatni?*

– Nagyon nehéz változtatni, mert anyagi lehetőségek korlátozzák az orvosi döntésben a halálozás csökkentésének lehetőségét. Itt valójában

egy olyan probléma merül fel, amely az orvosi lelkiismeret legnehezebb próbatétele. Mert bármennyire tagadja is az orvos, ilyen döntési helyzetben a betegeket alapvetően két csoportra osztja: a jó eséllyel, a siker reményében operálhatók csoportjára, és a kis esélyű betegek csoportjára. Nem tudok más nevében nyilatkozni, csak a magaméban. Én ezt a csoportosítást mindig megteszem. Megteszem azért, mert képtelen vagyok lelkiileg elviselni, hogy csak rizikós, nagy rizikójú betegeket operáljak. Könnyebb betegeket is kell operálnom. Tehát a két csoportból vegyíttem össze a műtési tervemet. Én a műtetre várók listáját rendszeresen ellenőrzöm. Nagyon jó lenne, ha büszkélkedhetnék azzal, hogy olyan ügyesen és olyan jól csinálom, hogy én az előbb elmondottak alól kivétel vagyok: tehát nekem nem halnak meg betegek a várólistámon. Meghalnak betegek, mégpedig azért, mert nem igaz az, hogy az emberi tudás olyan szinteket tud elérni, hogy biztosan tudjon jósolni, meghatározni életlehetőségeket hetekre, hónapokra. Egészen biztos az, hogy a hibalehetőség a hosszú várakozásban rejlik. És jelenleg Magyarországon nemcsak a szívsebészetben, hanem egyes speciális területeken, az agysebészetben is. A várakozó betegek száma jelentősen nagyobb, mint a lehetőségeink száma. Mindig fölmerül a kérdés: ez orvosi vagy gazdasági probléma? Az a véleményem, hogy egy orvosnak ebben a kérdésben is csak egyféle lehet az álláspontja: nem fogadhat el semmiféle gazdasági kényszerűséget, racionalitást. Mert ha elfogadja, akkor már nem orvos. De ez nem jelenti azt, hogy nem kell sorba rakni a betegeit. A gazdasági lehetőség egy adott lehetőség, amin belül a betegek ott vannak az ajtó előtt akkor is, ha akarja, ha nem akarja. Az orvos dolga, hogy az adott betegcsoportból úgy állítsa össze a műtési tervét, hogy lehetőség szerint a legkisebb halálozással járjon a várakozás. Ebből a konfliktushelyzetből kiérezhető, hogy a gazdasági szakemberek az orvosok nyakába varrnak olyan terheket, amikhez semmi közük. El kell, el kellene választani az orvost a gazdasági szakembertől. Ebben az országban senki nem ellenkezne, ha meghatároznák azokat az összegeket, amik erre a speciális területre a rendelkezésre állnak. Az Amerikai Egyesült Államokban sem tudnak minden rászoruló ellátni bizonyos betegcsoportokban. De ott legalább tiszta fogalmakkal dolgoznak. Ennyi az adott pénz, ezt leggazdaságosabban, legcélszerűbben így lehetne felhasználni – és az adott összeg felhasználásáról már szakember dönt, orvos szakember és nem gazdasági szakember. Magyarországon ezek a dolgok, ezek a fogalmak, orvosi-szakmai, gazdasági-szakmai fogalmak nincsenek szétválasztva. És ezért az orvos-szakember még attól a lehetőségtől is elesik, hogy az adott összegen belül a leggazdaságosabban használja fel a betegek részére a rendelkezésére álló összeget.

Biztos, hogy soha nem volt, és nem lesz olyan társadalmi berendezkedés, amelyik a gyógyuláshoz minden embernek igazságos egészségügyi ellátást tud biztosítani. Az orvos felelősségét soha, senki nem tudja átvenni. Nemcsak a nehéz helyzetekben való döntésről van szó, hanem egészen odáig vissza kell menni, hogy egy orvos, amikor nem jól képezték ki, amikor nem jól képezte magát, amikor nem képezi tovább magát,

amikor olyan helyzetekben dönt, olyan betegségről dönt, amihez nem ért, akkor valójában az orvosi hivatás elleni legnagyobb bűnt követi el... mert ha a betegének megmondja azt, hogy nem értek ehhez a dologhoz, menjen máshoz: megadja az esélyt a gyógyulásra. Én úgy fogalmaznék, hogy úgy kellene megszervezni az egészségügyi ellátást, hogy esélyegyenlőség legyen, ne ellátási egyenlőség. Tehát elvileg mindenkinek legyen lehetősége arra, hogy a betegségét meggyógyíthassák. A jelenlegi egészségügyi ellátó rendszerek – nemcsak nálunk, hanem sokhelyütt a világon – ezt az esélyegyenlőséget nem biztosítják. Annál nagyobb bűnt nem tudok elképzelni, mint amikor papíron hirdetik az esélyegyenlőséget. Magyarországon azt mondták, hogy minden embernek állampolgári jogon jár a legmagasabb egészségügyi ellátás. Most már azt mondjuk, hogy minden biztosítottnak jár a magas szintű orvosi ellátás. És valójában ez egy szemenszedett hazugság. Mert az ország anyagi kapacitása ezt nem engedi meg. Az lenne a becsületes, ha az embernek megmondanák: szó sincs legmagasabb szintű ellátásról... csak egy minimális ellátási szint van, amit lehet, hogy tudunk teljesíteni. De azt elvárhatja tőlünk a magyar biztosított, hogy ezt megkapja. A magasabb szintű ellátásban azonban abszolút esélyegyenlőtlenség van. Ha ezt megmondjuk a betegnek, akkor lehet, hogy nem vár arra, hogy a társadalombiztosításon keresztül eljuthasson a drága szívműtétig, hanem, ha tudja, hogy nincs erre pénz, akkor eladja a házát, a mezejét, amijét tudja, és azon meggyógyíttatja magát. De ha ő erről nem tud, akkor azoktól a lehetőségektől fosztjuk meg, hogy önmagáért tegyen valamit. Jelenleg ez a helyzet.

Munkám során, amikor az euthanasia helyzetét próbáltam feltárni, eljutottam azokra a szakterületekre, ahol a legélesebben vetődik fel az euthanasia kérdése... Ahol, ha tűzvonalról lehet beszélni, akkor ott tűzvonal van. Meg kell mondjam őszintén, sorra elutasítást kaptam... Elutasítást olyan érvrendszerrel, hogy a betegek érdekében nem hajlandók beszélni az euthanasiáról. Az euthanasia semmilyen formájáról. De nemcsak az euthanasiáról nem hajlandók beszélni, hanem magáról a problémáról sem. Miért áll „érdekében” egy szakmának, hogy homokba dugja a fejét? Hogy lila ködöt teremtsen azzal a látszattal, azzal a látszat érveléssel, hogy az a betegek érdeke? Hol van itt az emberi és szakmai felelősség? A kérdés nagyon összetett. Sorra kell venni azokat az okokat, amik oda vezetnek, hogy ma Magyarországon nemcsak az aktív-passzív euthanasiában való döntésben nem mernek emberek felelősséget vállalni, hanem kis, sokkal kisebb volumenű döntéseket sem mernek vállalni... Az okok egyik csoportja mindenképpen a jelenlegi magyar egészségügyben rejlő rendkívül merev, hierarchikus viszonyulási rendszerben keresendő. A magyar orvoslásban ma nem individuumok gyógyítanak betegeket, hanem orvosi csoportok, szigorúan meghatározott hierarchikus rendszerben látnak el betegeket. Gyógyítani csak orvos tud. Közalkalmazott csak közalkalmazottként tud viselkedni. Az orvosi tevékenység nagyon súlyos döntések vállalását jelenti. A jelenlegi magyar orvoslás lehetőséget ad arra, hogy a döntéseket elodázzák, a döntéseket továbbtaszítják. Nem alakult ki olyan orvosképzés Magyarországon, ahol a döntések

elviselésének, a döntés meghozatalának a készségét, vállalását megtanítanák. Egyszerűen azért nem, mert a vezető posztion székelő legmagasabb hierarchia sem vállalja a döntést. Ez kialakított egy olyan viszonyulási formát, ami mellett természetesen a gyógyítás azért folyik, és esetenként nem is rosszul, de amelyben soha nem világlik ki, hogy egy adott orvosi kérdésben ki hozta meg a döntést. Valójában nem egyébről van szó, mint bújócskáról... Bújócskát játszunk, elbújunk a saját felelősségünk elől, megpróbáljuk továbbadni azt. Ha tudunk takarózni, akkor esetleg döntést hozunk, de úgy, hogy az a döntés ne a saját nevünkben történjen, hanem hivatkozhatunk valami felsőbb hatalomra. És ez játék ide-oda menő játék. És hogyha ebben a játékban a kérdező soha nem teszi fel azt a kérdést, hogy „ki döntött?”, akkor ez a játék jól megy. Ha fölteszik azt a kérdést, a játék megakad. Tehát ebben az országban nagyon aktívan folyik a passzív és aktív euthanasia, megcsinálják név nélkül, de föl vállalni... nem fogják föl vállalni, hogy megteszik. Mert egyrészt a passzív és aktív euthanasia orvoseitai háttere nincs tisztázva. Nem tudja az orvos, hogy mit vállalhat, nincs leírva, hogy meddig mehet el. Hanem egy nagy, lila ködbe van burkolva. Ha valaki meg is teszi azt, amit meg kell tennie – most nemcsak a passzív és aktív euthanasiáról beszélek –, akkor is fél attól, hogy a saját nevében döntést vállaljon. Tehát elképzelhetetlen, hogy ez a kérdés a közeljövőben tisztázódjék. Ahhoz teljesen más orvos-erkölcsi alapnevelés szükséges.

A legszomorúbb tapasztalatom az volt, hogy gyakorló orvosok nekem, négy szemközt mind etikai, mind orvosi szempontból a nyilvánosság előtt is vállalható véleményeket mondtak el. Olyan véleményeket mondtak el, amelyek mögött láthatóan egy megélt élménysorozat, szakmai korrektség van. Ugyanakkor egy rövid idő után ezek az emberek elzárkóztak a beszélgetés elől. És akkor óhatatlanul is fölmerült bennem a kérdés, hogy mi az, amit nem vállalnak? Önmagukat nem vállalják?... Igen, azt hiszem, önmagukat nem vállalják... Az önmagukat vállalás nem egyéb, mint az, hogy azért, amit látunk, hallunk, tapasztalunk, jónak vélünk – magyarul: a véleményünk mellett – ki kell, ki kellene állni. És nem állunk ki, nem vállaljuk a véleményünket sem szakmai, sem etikai, sem orvos-erkölcsi kérdésekben. A kérdést most már úgy lehet föltenni: vajon miért?... Nem egyszerű a kérdés megválaszolása. Ez nemcsak egzisztenciális kérdés. Félek attól, hogy ha lelkiismeretem, orvosi, emberi becsületem szerint járok el, teszek, nyilatkozom, akkor az egzisztenciám kerül veszélybe. Ez a kérdés egyik oldala... A másik oldal sokkal érdekesebb. Mert, ha ennek csak és kizárólag egzisztenciális következményei lennének, akkor el tudnám fogadni, ha valaki a családját, az egzisztenciáját nem minden esetben kockáztatja. De nem tudom elfogadni, hogy olyan emberek gyógyítanak betegeket, akik mindig fontosabbnak tartják saját egzisztenciájukat, mint a betegek érdekét.

Ha megpróbálom az euthanasia problémakörét feltárni, úgy gondolom, hogy erről a témáról csak őszintén lehet beszélni. S ahhoz, hogy őszintén beszéljünk, ahhoz őszintén kell beszélnünk magáról a halálról. Őszintén kell beszélnünk a halálfélelmünkről, a haláltudatunkról, a nemlétező ha-

láltudatunkról... És úgy tűnik, hogy csak olyanokkal lehet erről őszintén beszélni, akik személyiségek. De mintha nagyon kevés lenne az individu-um.

– Egy korábbi interjú egy mondata jut erről az eszembe, amelyben egy másik orvos is azt mondta, hogy „nem elég csak jó orvosnak lenni, jó embernek is kell lenni”.

– Az én véleményem is az, hogy orvos csak a jó emberekből kerülhetne ki. Hogy ma nagyon sok orvos, orvosi diplomával rendelkező ember gyógyít betegeket, ez nyilvánvaló. Ebben az előbbi meghatározásban a jelenlegi orvoslás egész lehetetlensége benne van.... Mert a kérdést nem szabad így feltenni. Hiszen magas emberi, erkölcsi tulajdonságok nélkül eleve nem dolgozhatna egyetlen orvos sem. Az orvosnak a mindenkori társadalmak legnemesebbikeiből kellett volna kikerülnie. Nem ez történt, és nem ez történik. Többször elhangzott ez a szó, hogy kontraszelekció. A mai orvostól nagyon sok tudást követelnek. Nem biztos, hogy már az egyetemre is az orvosnak való emberek jutnak be. Hanem azok az emberek, akik a felvételhez kijelölt követelményeknek megfelelnek. Tessék nekem akár egyetlen példát mondani, egyetlen egyet az elmúlt 45 év orvosegyetemi felvételéből, ahol alkalmasságot vizsgáltak volna! Alkalmasságot arra, hogy orvosnak alkalmas-e az illető. Csak egyet vizsgáltak: a tudásszintet – és nem alkalmasságot. Nagyon sok okos ember van a pályán, és nagyon kevés orvos.

– Az orvos személyes hozzáállásán túl: vajon miért kell az embernek egy szív-műtét ahhoz, hogy szembesüljünk azzal: azért nincs halálkultúránk, mert életkultúránk sincsen?

– Egészen biztos vagyok abban, hogy valóban azért nincs halálkultúránk, mert nincs életkultúránk. Úgy gondolom, hogy ez a mai világ, amelyben élünk, annyi erős ingerrel hat ránk, hogy ahhoz, hogy adaptálódni tudjunk az élethez, elveszítjük az életünk legfontosabb elemét, az érzékenységet a külvilággal szemben: az élet megérzését. Az a vak ember, aki valaha látott, nyilván akkor döbben rá, hogy milyen nagy élmény volt a látás, amikor azt elvesztette. A süket hasonlóképpen éli meg ezt a borzalmas állapotot. A halál mai tudásunk szerint nem hordoz előzetes tapasztalatokat. Talán, ha többször tudnánk meghalni... akkor különbül tudnánk élni. Akik a túlvilágról visszajönnek, valahogy nemesebbek, létszeretőbbek, bölcsőbbek azoknál, akik nem haltak meg. Nem érünk rá a napi nyomorúságunkban örülni az életnek: hogy levegőt kapunk, hogy látunk, hogy hallunk, hogy dobog a szívünk. A külső ingerek elvakítanak.

– Az Ön műtétei során a beteg összes életfunkciója gépre van téve. Tehát mint személy, mint ego nem létezik... Ebben a helyzetben róla döntenek. Hasonló helyzet a transzplantációs eseteknél is fölmerül. Hogyan vélekedik erről? Természetesen az euthanasia tükrében.

– Amilyen bizonytalanok vagyunk az euthanasiában ebben a században, olyan bizonyosak vagyunk a transzplantációs tevékenységben. Ez önmagában is ellentmondás. A transzplantáció aktív euthanasiát feltételez. Soha nem teszük föl így a kérdést, hogy vajon akkor szabad-e életfunkciókkal bíró emberek életét elvenni, amikor egy másik embernek szükséges

egy szív, egy tüdő, egy vese, egy máj. Ha szabad a szív-transzplantációnál, szerv-transzplantációnál, szív- és szerv transzplantációnál aktív euthanasiát végezni, akkor óhatatlanul felmerül az emberben a kérdés: az emberi méltóság érdekében az orvosok miért nem tudják fölvállalni legalább a passzív euthanasiát? Számomra a transzplantáció mint korkövetelmény, nem idegen, mert a világot olyannak kell elfogadni, amilyen. Amilyen körülöttünk. De pontosan az egyén adta szabadságjogokkal élve... sokkal inkább el tudom fogadni a passzív euthanasiát, mint az aktív transzplantációt. A transzplantáció az emberiség gyógyításában vagy az emberek gyógyításában ebben a században nyilvánvalóan el fogja foglalni a maga helyét. De úgy gondolom, hogy a jövő század orvosai nem ezt az utat választják az emberek gyógyítására. A technika adta lehetőségek ma olyanok, hogy minden erőnkkel a technikai megoldásokon kellene fáradoznunk. És minden anyagi, szellemi energiát arra fordítani, hogy megfelelő, ügyes szerkezetekkel pótoljuk egy-egy szerv hiányát, betegség esetén az elvesztését. És nem egy másik emberből kivéve, ott jól működő szerveket ültessünk át egyik emberből a másikba. Hiszen ez óhatatlanul két csoportra osztja az emberiséget: donorokra és recipiensekre... Az ember, az emberi integritás sérül akkor, ha egyik szervünk vagy másik szervünk más emberbe kerül. Ez a véleményem nyilvánvalóan nagyon nagy fölháborodást kelt és kelthet. De le kell ülni a transzplantált emberekkel. Elsősorban a szív-transzplantációra gondolok, mert minden más szerv túléli a halált. Hiszen a halál fogalma az egyszerű emberekben ma is a szív-megálláshoz kötött. És csak az orvosok kötik az agyfunkciók megszüntetéséhez. A szív megállása az emberiség történelmében nyilvánvalóan egy jól körülhatárolt halálfogalomhoz vezetett. A vesék, a máj, egyéb szerveink vagy szöveteink a szív megállását túlélhetik. Tehát ha az egyén halott, és a halott emberből, amint a szív megállt, szerveket vagy szöveteket nyernek más emberi életek meghosszabbítására, számomra elfogadható, de általam nem végzett vagy nem végezhető. A dobogó szív, véleményem szerint, teljesen bizonytalanul, az ember lét és az emberi létezés egyik fontos princípiuma. Nem tudom elfogadni a szív, a dobogó szív kivételét és más emberbe való beültetését.

– *Korábban beszéltünk arról, hogy milyen felelősséggel tartozik az orvos saját betegével szemben, a műtét során. Úgy gondolom, hogy beszélnünk kell a gyógyított ember felelősségéről is, csakúgy, mint az úgynevezett egészséges ember felelősségéről a saját környezetével szemben.*

– Én ezt a kérdést nem választanám el az aktív és a passzív euthanasiától. Mert amit a 20. század embere tesz a környezetével, az igenis aktív euthanasia! Aktív euthanasia, mert tudjuk, és tudatosan rongáljuk az életünk lehetőségeit, öljük életünk lehetőségeit. Sokkal nagyobb bűnnek tartom a tudatos „kis gyilkosságokat”, mint a tudattalan nagy gyilkosságokat. És, mint ahogy nem tudom elfogadni az emberi élet megszüntetését az agyműködést vagy az agyi, a magasabb agyi tevékenység megszüntését, ugyanúgy nem tudok elfogadni semmiféle kompromisszumot a környezet, az életterünk, az életlehetőségeink rombolásában. Azt hiszem, hogy az élet és a halál kérdéseit úgy kellene átgondolnunk – látva, mi mindent

pusztítunk el életünk során –, hogy minek is van értelme igazán? Pazaroljuk azokat a dolgokat, amelyek a következő generációknak már nem juthatnak, mert elhasználtuk. Kell-e az nekünk, amit elhasználtunk? Valóban szükség van-e arra, amit elhasználunk? Úgy gondolom, hogy a jóléti társadalmakban olyan... olyan életpazarlás történik, ami normális embert el kell gondolkoztasson arról, hogy meddig tarthat ez a pazarlás. A jövőt különböző természettudósok, különböző társadalomtudósok a maguk tudományában megjósolják, meghatározzák. Időnként nagy kongresszusokat szerveznek, és nagy bölcsességgel megállapítják, hogy mit kellene csinálni. A mindennapi életünkben ugyanúgy éljük pazarló életünket: aktív euthanasiával küzdünk a nemlétünkért.

– *Melyik az a helyzet, amiben eldönthető az Ön számára, hogy meg kell adni a méltó halál lehetőségét a betegnek?*

– Nem tudom eldönteni azt, hogy... különösen az én szakmámban, a szívoperáltaknál... mikor alakul a helyzet úgy, hogy abból biztosan halál következik. Én a halálhoz, az élet utolsó perceihez adnám meg a lehetőséget, hogy az emberi halál legyen. Itt válik nagyon érdekessé az élet és halál tisztelete, pontosan azért, mert én nem tudom megmondani, hogy az a kritikus helyzet hogy oldódik meg. Úgy-e, hogy ebből élet lesz, vagy úgy-e, hogy ebből halál lesz. Vannak kritikus helyzetek, amikor mind a kettőre föl kell készülni. És „kritikus élethelyzet” vagy „kritikus halálhelyzet” – ez ugyanazt jelenti számomra. Tehát a hozzátartozóknak, a szereteteinknek joguk van a kritikus helyzetekben jelen lenniük, még akkor is, ha ez a szakmai munkánkat gátolja. A beszélgetésünk elején arról beszéltünk, hogy a halál nem egy pillanat, hanem egy folyamat. Ahogy az élet egy emberi léptékkal hosszabb időtartamú létezés, talán a halált is úgy lehetne fölfogni, mint egy különleges létezési állapotot, csak abban az események sokkal gyorsabban zajlanak le, mint a nagybetűs ÉLET-ben. A borzasztó valóban az, hogy soha nem tudjuk, hogy ez az élet mikor lép, mikor kezd átlépni a másik létezési formába, a halálba. Éppen azért, mert nem tudjuk, ez mikor következik be, azt hiszem, hogy akkor tévedünk kisebbet, ha mindig a halálra készülünk. Fel vagyunk-e készülve a saját halálunkra? Úgy éljük életünket, ahogy a halálunkat haljuk. Nyugodtabban lehet szembenézni a halállal, ha az életünk során megtett út felkészít erre a halálra. Nyugodtabban lehet szembenézni ezekkel a válságos, kritikus helyzetekkel. És azt gondolom, hogy itt egy olyan alapvető kategóriát kell bevinnünk a beszélgetésünkbe, mint a létezés szentsége. A vallás-filozófiák, a vallások próbálják megfogni, egészen más megközelítéssel, az élet és a halál fogalmát, tényét, létezését. Vajon a tudatos élete során gondolkodik-e afelől minden ember, hogy föl lehet készülni a halálra? Én hiszem azt, hogy az élet során elkövetett bűneinkért nehéz halállal bűnhődünk. Hogy ez rövid, hosszú? Rövidebb vagy hosszabb folyamat? Én azt hiszem, hogy a relativitás mint fogalom közelebb visz bennünket a kérdéshez. Mi mindig térben és időben gondolkodunk. De talán, ha nem térben és időben gondolkodnánk, hanem életben és halálban, időtől és tértől függetlenül, akkor a halál mint az élet egyenes folytatása csak olyan lehet, mint az életünk. Tehát a halálra csak az tud jól

felkészülni, aki az életében folyamatosan a halálára készül. Az nem más, mint egy olyanfajta élet, amely tudatosan, felelősséggel teszi a dolgokat, hogy akkor, amikor a halál bekövetkezik, akkor könnyen tudjon átmenni abba a másik világba. Tehát ugyanúgy, ahogyan a keresztény vallásban az életnek a büntetése a pokol, a jutalma a mennyország; valahol ez a két megfogalmazás minden emberben kell hogy éljen. És minden ember naponta megéli azt, amit büntudatnak nevezünk, ha rosszat, bűnt követett el. És azt a jóérzést, ha valamilyen jót tettünk. Azt hiszem, hogy tudatos életünkben ez a legfontosabb: megpróbáljunk jót tenni. Az elmúlt évtizedekben ezek a fogalmak annyira kikerültek a mindennapi beszédünkből, hogy már gyanúsán néznek arra is, aki ilyesmiről beszél, mint szolgálat, hivatás, másokért való élés. Úgy gondolom, hogy igazán csak akkor tudunk magunkért élni, ha másokért élünk.

Az interjút készítette: Jelenczki István



HARMADIK PART **teljességi értesítő**

A KÖRNYEZETTEL,
EGYMÁSSAL
ÉS ÖNMAGUNKKAL
való együttélés új és régi útjait
keresők folyóirata

• • • • •

Megjelenik: 1989 óta,
évszakonként 80 oldalon.
Főszerkesztő: Maurer György

• • • • •

Kapható a nagyobb könyvesboltokban,
klubokban és előfizetéssel.
Címünk: 1124 Budapest, Németvölgyi út 120.
Telefon: 155-7565

INGYENES
mutatványszámot kérésre küldünk.

Levendel László

AGAPE

Mi az Agape? A szeretet, a szeretetvendégség, asztalközösség. A platóni lakoma, a szolgaságból szabadulásra emlékező Széder-est, az Utolsó Vacsora idézi az emberek összetartozásának, az annyiszor megcsúfolt testvériségnek az eszméjét. A hazai „modernizációban” is a „humán oldal” szorult háttérbe, holott a reformtörekvések az emberek egészségét, szociális biztonságát célozták. Súlyosan csalódtunk megint, mert a visszanyert szabadság birtokában – és ez felelősségünket csak fokozza – észleljük népegészségünk ellehetetlenülését, kulturális értékeink „piacosodásnak” titulált züllését, az emberek létbizonytalanságát, a szegénység rohamos terjedését a maga demoralizáló, megalázó hatásaival együtt. És azok, akik őszintén akarták a változást, a dolgok jobbra fordulását, még bénultnak is érzik magukat. Pedig a fordulat nálunk ment végbe a legemberibb módon. Lehetségesnek tűnt a szociális piacgazdaság felé haladni, jelentős demokratikus politikai változások közepette. Esélyünk volt a szellemi, morális építkezés megindulására. A nyugati világ sokat és sokáig hangoztatott ígéretei azonban lefegyverezték az önsegítő, önépítő törekvéseket – ma már láthatjuk, mi realizálódott ezekből. Belső erőforrásainkat, erőfeszítéseinket pedig a pártpolitikai-hatalmi harcok, a szerzés, a gyors tollasodás feltörő vágya, a megosztottság és a nyílt gyűlölet szítása károsította súlyosan. Félő, hogy a közelgő választási csatározások még rontani is fogják a helyzetet. A demokráciának azonban két lába van, a küldötti (parlamentari) és az önkormányzati. Ez utóbbi – megint csak pártpolitikai, hatalmi meggondolásból – nem tudott kibontakozni. A lehetőségei eleve szűkek voltak, és tovább szűkítették őket. Pedig a humán oldal, az egészségügy, a szociálpolitika, a népművelés ügye közvetlenül kapcsolódik az önkormányzati demokrácia fejlődéséhez, erősödéséhez. Erre is kell figyelnünk, az egészségügyben dolgozóknak különösen.

Nemcsak döntenünk kell, hanem a magunk szelíd módján lázadnunk is. A régmúlttal, a múlttal és a jelenlegi helyzettel szemben is.

Számunkra az *agape* és az *Agape Alapítvány* modell-igényű próbálkozást jelent az egészségügy egyik legelhanyagoltabb, leghátrányosabban

kezelt területén: a mentálhigiénia, a szenvedélybetegségek, az önpusztító „problémamegoldás” területén.

Az Agape talán lépés a szeretetorvoslás emancipációja felé. De vajon megint az egészségügy romantikusai, a „megszállottak” többnyire ellen-szenves csapata munkálkodik itt? Erre azonban szelíden megkérdezhet-jük: ugyan mi működteti az egészségügyet a mai szinten, ha nem az orvosokban, nővérekben benne lévő tudat: a beteget el kell látni? Ami pedig a megszállottságot illeti, azt gondolom, azok a betegellátáson kívül maradt vezetők a megszállottak, akik elhiszik, hogy a mostani feltételekkel így folytatni lehet.

Az előrehaladásnak, a jobbításnak évtizedeken át elvi, ideológiai akadályai voltak. Ezeket most a „forráshiány” váltotta fel. Pedig bizonyítható, hogy a kis befektetés is többszörösen megtérül, mert az elmaradt károk haszna jóval nagyobb. Ilyen terület az alkoholológia. Itt a megelőzéssel sokkal többet lehetne elérni, mint a kronifikálódott, szomatikus, pszichésen, szociálisan már szétesett alkoholbetegek gyógyításával. Amikor minden egészségügyi, szociálpolitikai ráfordításnak a központi költségvetés volt a forrása, az állami alkoholmonopólium jövedelme a költségvetés igen jelentős tényezőjét adta (így van ez ma is, hiszen csak a legális belkereskedelmi alkohol konzumértéke meghaladja a 100 milliárd forintot), nem lehetett érvényesíteni a fogyasztás kockázatarányos dotációját még ezreléknyi arányban sem. Nekünk most sincsenek illúzióink a költségvetési forrásokkal kapcsolatban, az alkohológusok, az orvostársadalom „szegénylegényei” megtanulták, hogy jobban járnak, ha minél inkább függetlenedni próbálnak a költségvetéstől (igaz, ez nem okoz nagy nehézséget), és civil források után néznek, önfinanszírozó módszereken, forrásokon gondolkodnak. A közalapítványszerű, nonprofit Agape Alapítvány ennek jogi kereteit máris biztosítja. Egyelőre nincs tapasztalatunk, nem vagyunk eléggé ügyesek a lehetséges civil források felkutatásában.

A másik illúzió, amellyel le kell számolnunk, az, hogy az olyan súlyos mobilitási, mortalitási mutatók láttán, amelyet nálunk és egész Kelet-Európában az alkoholizmus, valamint az ezzel összefüggő öngyilkosság okoz, felébred a nemzetközi szervezetek érdeklődése, segítőkészsége. Lényegében semmilyen kézzelfogható segítséget nem kaptunk. Éppen olyan érzéketlenséget mutatnak a probléma iránt, mint a hazai egészségügyi vezetők. A probléma újra és újra hangoztatásán, sőt dramatizálásán túl semmi sem változik. Az Országos Alkoholológiai Intézet 1993. évi bruttó költségvetése 25 794 eFt, kevesebb, mint 1991-ben!

A nemzetközi szervezetek valamivel több érdeklődést mutatnak a drog-probléma iránt, amely kétségtelenül potenciális veszély, de jelenleg arányaiban, nép- és családpusztító hatásában még meg sem közelíti az alkoholizmus okozta egészségügyi károkat. A nemzetközi „szakértők” és tanácsadók a drogkérdésben is sokkal inkább otthoni helyzetüket, problémáikat vetítik a mi viszonyainkra, a magyar vagy a kelet-európai valóság és viszonylatok ismerete nélkül. Nemzetközi kapcsolatainkat a kölcsönös szívéllyesség jellemzi. Mi udvariasan meghallgatjuk a sok jótanácsot és

biztatást a Kelet-Európa szakértőktől, mert mi Európába törekszünk, és különben is a tőlük kapott segélyből fizetjük az előadások tiszteletdíját. Közben felismerjük, hogy sem politikai, sem gazdasági, sem társadalmi viszonyainkról nincs valós képük, ismereteik egyetemi, főiskolai tanulmányaikból, könyvekből valók. Fogalmuk sincs azokról a megszenvedett ismeretekről, amelyeket az itteni szakemberek a szellemi, ideológiai vasfüggöny ellenére megszereztek. Ugyanúgy nem érzékelik azt a tömeges „népiskolát”, amelyet itt a túlélés művészetében a magyar nép kénytelen volt elsajátítani, és amely technikák ismerete nélkül ma is sokkal nehezebben élné túl a „helyzetet”. Ha Európára gondolok, az egészre, nemcsak a fejlettebb részére, nem tudom, ki tudná több ismerettel gazdagítani az európai közös kincstárat.

E szükségesnek ítélt „bevezető” elmélkedés után szóljunk az Agape Alapítvány célkitűzéseiről, az ott megindult műhelymunkáról, végül elképzeléseinkről, terveinkről.

Az Alapítvány céljairól

A közalapítvány jellegű Agape Alapítványt négy érintett tárca (népjóléti, művelődésügyi, földművelésügyi és pénzügyi) hozta létre 1992. október 15-én a Kormány jóváhagyásával, összesen 25 millió Ft alaptőkével.

Az Alapítvány célja az alkoholizmus és a szenvedélybetegségek megelőzése, az alkoholpolitika humanizálása.

A megelőzési szemléletet már az Alapítvány alapító okirata is tükrözi:

- a szenvedélybetegségek kialakulásának és terjedésének megelőzése,
- egyénileg a lelki egészségmegőrzés és a szenvedélybetegségekkel szembeni ellenállás fokozása a korszerű megelőzési módszerek igénybevételével,

- a társadalom periferiájára szorult, marginalizálódott szenvedélybetegekhez való társadalmi viszonyulás és a közösségi válaszformák humanizálása, elsősorban széles körű felvilágosító tevékenységgel,

- az Alapítvány kiemelten fontos céljának tekinti a szenvedélybetegek rehabilitációjának és reszocializációjának elősegítését, és ennek érdekében támogat minden olyan kezdeményezést, amely a megelőzést és e különösen nehéz helyzetben lévő betegpopuláció hathatós támogatását szolgálja.

A megelőzés múltbeli elhanyagolása miatt az alkoholbetegek nagy többsége már idült, elhanyagolt állapotban kerül szakorvosi ellátásba. Ezért is olyan szárnalmasak nagy erőfeszítéssel elérhető gyógyeredményeink.

A megelőzés szemlélete az egyénről a család egészére irányítja a figyelmünket. Az alkoholbeteg gyógykezelési lehetősége is más, ha még nem esett szét a család, és mód van a házastárs, a gyermek bevonására a gyógyítási folyamatba (párterápia, családterápia). Az alkoholproblémák korai felismerése még inkább családhoz kötött, és kiemelt jelentőségű a gyerekek veszélyeztetettsége.

A veszélyeztetett gyerekek, fiatalok szakszerű ellátása a leghatásosabb eszközök egyike a deviancia és azon belül az alkohol- és szenvedélybeteg folyamatos utánpótlásának megelőzésében.

A megelőzés a veszélyeztetett gyerekeknél nem szűkül le csupán az intellektuális ismereteket közlő *egészségügyi felvilágosításra*. Emellett szükség van az egészséges életmód lehetőségeinek és élményeinek minél kiterjedtebb segítésére, a sport, a turisztika, a természetjárás, az országjárás, a honismeret, a kulturált szórakozás hatékony módszereire. Sajnos, éppen ez az a terület, ahol a hátrányos helyzetű családok, gyerekek különösen kedvezőtlen helyzetben vannak, és ahol legnagyobb szükség volna a civil társadalom értő segítségére.

Hazánkban kezdetleges – mert tudatosan elsorvasztott – a társadalmi öntevékenység, a legkülönbözőbb egyesületek, klubok, önszervező csoportok működése. Most kezdenek szaporodni, éledezni az ilyenféle egyházi és világi szerveződések. Az is öröndetes, hogy az egyházi kezdeményezések már eleve ökumenikus szemléletben szerveződnek. A munkanélküliség, a hajléktalanság, a drogvészély problémájának megoldásában a civil szerveződések ígéretesebbek, mint a költséges intézményi megoldások.

Már az eddigiekből is látható, hogy az Agape Alapítvány fő célja az alkoholpolitika *humanizálása*. A humanizációs törekvés lényege az alkoholpolitikában, hogy a hangsúly az *alkoholról* az *emberre* tevődik át. Nem alkoholcentrikus, hanem emberközpontos tevékenységre van szükségünk. Nem az alkoholfogyasztás ellen kell beszélnünk, sokkal inkább az egészség értékéről, az egészségmegőrzésről, amelyet a rendszeres és túlzott mértékű alkoholfogyasztás valóban veszélyeztet. Ha pedig az egészségre káros mértékű alkoholfogyasztás igazi okát keressük, eljutunk a feszültséget, szorongást keltő személyiségi, családi életvezetésbeli, egzisztenciális, társadalmi, kulturális okokhoz, az *emberi tényezőkhöz*.

Egy ilyen sokrétű, összetett program megvalósítása szükségessé teszi más, humán szakemberek, pszichológusok, pszichopedagógusok, szociológusok, szociális munkások, családjogászok, kommunikációs szakemberek, rendszerkutatók stb. közreműködését. Ezt az összefogást, együttműködési igényt már a 10 műhely programja is tükrözi.

I.

Preventív műhely

(vezető: Buda Béla dr.)

A műhely célja a korszerű alkohol- (és kisebb mértékben, mert ez másutt is képviselést kap) drogprevenció fejlesztése.

A műhely a következő tevékenységeket tervezi:

1. A szakmai közvélemény tájékoztatása a prevenció lehetőségeiről és módszereiről (szakcikkek, fordítások, továbbképzési akciók, kiemelten a háziorvosokra és a pedagógusokra irányuló módon).

2. Alkoholra (termelés, fogyasztás, ártalmak, szabályozás stb.) vonatkozó információszerzés, feldolgozás és terjesztés.

3. Gyakorlatorientált epidemiológiai, illetve szociológiai – szociálpszichológiai vizsgálatok kezdeményezése és irányítása.

4. Intézményes (pl. munkahelyi) prevenció és korai kezelésbeveteli programok indítása modellkísérletként.

5. Közösségi, családra irányuló megelőzési programok kezdeményezése, öntevékeny csoportok és tanácsadó központok együttműködésével.

6. Iskolai alkohellelenezés nevelési modellprogramok kezdése és értékelése.

7. Hálózatépítő munka a megelőzésben résztvevő szakemberek és laikus aktívák között.

A prevenció munka sokban támaszkodik a publikációs és a sajtó-, illetve PR-tevékenységre, az induló programok (pl. a tömegkommunikáción keresztül) a social marketing szabályainak megfelelően jelennek meg, és kapnak hangsúlyt.

II.

Sajtómunka, PR tevékenység

(Buda Béla dr., Juhász Judit, Burján Antalné)

Összehangolt és folyamatos munkára van szükség ahhoz, hogy a sajtó és a tömegkommunikáció más módozatainak igénybevitelével az ágazat és az alapítvány „láttassa” magát a közvéleménnyel (kivált a mérvadó politikai- és szakközvéleménnyel).

Változtatni kell az eddigi sajtótevékenységen, amely csak az alkohol- és drogprobléma társadalmi kárait hangsúlyozta, az állami felelősségre mutatott rá, vagy egyszerűen csak józanságot hirdetett. Inkább az új tudományos eredmények kíváncsognak a hazai kommunikációs reflektorfénybe, mint pl. a prevenció és a kezelés külföldön bevált formái, az alkoholfogyasztás kontrollját szolgáló pszichológiai lehetőségek, a közösségi alkohol elleni programok, az alkohol- és drogellenes iskolai nevelési módszerek, az alkoholkutatás fejleményei. A Szenvedélybetegségek című lap révén 1993-ban kiemelt cél az orvosi és a pszichológiai közvélemény befolyásolása, ill. a pedagógusok és az önkormányzati tisztviselők célbavétele.

A sajtómunkában új szakemberek megjelenését és új stílusok kialakulását kell elősegíteni. A műhely ezt az egész tevékenységi kört tervezi, koordinálja, segít kivitelezni, és hatásában elemzi.

A műhely rendszerében sajtótájékoztatót tart a kuratóriumi tagok bevonásával.

A sajtóval való kapcsolattartásban kiemelten azokra az újságírókra támaszkodnak, akik ügyünket elkötelezetten és folyamatosan képviselik. A Nemzeti Egészségvédelmi Intézet és az Országos Alkoholológiai Intézet szakmailag korrekt és aktuális anyagokat biztosít a sajtónak.

III.

A hazai ivási struktúra alakulását befolyásoló műhely
(Vezető: Hajnal Albert, Levendel László, Tóth Sándor)

1. Az alapítvány célkitűzéseinek és munkamegosztásának megfelelően „A hazai italfogyasztási struktúra alakítását befolyásoló” műhely az italfogyasztási szokások teljeskörű, részletes feltárására épülő cselekvési programmal kíván hozzájárulni az alapprobléma átfogó kezeléséhez, a humanizált, alkoholizmus elleni stratégia megvalósulásához.

2. A műhely a rendelkezésre álló szekunder információk feldolgozásával átfogó elemzést készít a magyar italfogyasztási struktúráról. Feltárja az italfogyasztás és a gazdaság kapcsolatrendszerét, rámutat az egészséges struktúra kialakulását gátló tényezőkre (adózás, forgalmazás, tájékoztatás). A korábbi hazai és a jelenlegi külföldi tapasztalatok felhasználásával összehasonlító elemzést készít, amelynek alapján kiemeli az italfogyasztási szokások devianciát indukáló, gyenge pontjait.

3. Az elemzésekre építve közép- és rövid távú koncepció készül az italfogyasztási struktúra átalakítására, amely konkrét intézkedési tervben jelöli meg a feladatokat.

A műhely javaslatot tesz az italfogyasztás kívánatos átalakulását hatékonyan ösztönző, a fogyasztáslélektani és marketing aktivitásokra alapozott propaganda kialakítására.

A vizsgálatot kétfelől lehet indítani. Az italfogyasztási szokások és az italfogyasztók egészségi állapota felől. E két véglet nyilván igen sok szálon függ össze. Nehéz és hosszadalmas, de szükségtelen is lenne az egész népességre kiterjedő adatokat gyűjteni arról, hogy ma milyen korrelációk, eseti összefüggések vannak a szokások és az egészségi állapot között. Hagyatkozni lehet arra az orvosi tapasztalatra, hogy ha viszonylag sok tömény szeszestalt fogyasztanak, nagyobb az alkohol miatt megbetegedett emberek száma, mint akkor, ha a borfogyasztás lenne preferált. Emiatt célszerű a statisztikailag elfogadhatóbb italfogyasztási szokásokból kiindulni, és azt keresni, hogy milyen módon lehet elmozdítani a szokásokat a kevésbé károsító italok irányába. E témának vannak az italgyártó ipar és a kereskedelem szerint vizsgálható sajátosságai, s a földművelésügyi tárca feladata lenne ezeket feltárni. Az eredmények birtokában el lehetne indítani olyan kísérleti programokat, amelyek nemcsak az italfogyasztásban adnak képet a változásokról, alapul szolgálhatnak az alkoholfogyasztók egészségi helyzetének vizsgálatához is.

IV.

Az „Egészséges életmód műhely” programja

(Levendel László, Jávor András, Kulin Sándor, Biszterszky Elemér)

Az alkoholizmus elleni küzdelem hatékonyságát évtizedek óta a preventív szemléletű intervenciók elkésztettsége fékezi leginkább. Erőnként ezért aránytalanul nagy mértékben a már elhanyagolt, idült alkoholbetegekre kell fordítanunk.

Az életmód műhely célja, hogy az alkoholproblémás családoknak minél kedvezőbb fázisban tudjunk segítséget nyújtani. Ez nehéz feladat, mert ebben a fázisban a család még védi integritását, ellenáll minden „alkohológiai” intervenciónak, a házastársak még takargatják a feszültségeket. Ezért leginkább a veszélyeztetett gyerekekre kell figyelniük, és ez nem lehetséges a pedagógusok, az iskolaorvosok, a gyermek szakorvosi hálózat és a háziorvosi hálózat kooperációja, képzése, továbbképzése nélkül.

A másik fontos elv az életmód műhely tevékenységében az, hogy *aspecifikus* módszerekkel dolgozzunk. Tehát nem az alkoholfogyasztás elleni propagandára, hanem az egészséges életmódra, egészséges táplálkozásra, a jó szabadidős programokra, a gyermekek sportolására (úszás kiemelten), a turisztikára helyezük a hangsúlyt.

Ez nem jelenti azt, hogy ne nyújtsunk korszerű felvilágosító ismereteket az alkoholfogyasztás, a dohányzás káiról.

V.

Alkoholproblémás családvédelmi műhely

(Gayer Gyuláné, Hajnal Albert, Vizkelety Mariann)

A család-, a gyermekvédelem és az alkoholológiai megelőzés közös lehetőségei.

Három megyében (a kiválasztás elve, hogy legyen hátrányos helyzetű és fejlettebb régió is) összehívjuk a védőnőket, a helyi családsegítő központ, a gyámügy, a gyermekideggondozó, a TÁMASZ, a kórházi alkoholológiai osztály munkatársait, a helyi alkoholológiai intézményeket, összegyűjtjük tapasztalataikat, hogy közösen keressük a munka összehangolásának lehetőségeit, az együttműködést különféle szakértői körök között. Megismerjük, hogy milyen cselekvési teret látnak a hatékonyabb munkára, mit igényelnének mindehhez az Agapétól és másoktól.

Szakértői interjúkat készítünk arról, hogy milyen javaslatok lennének a hatékonyabb megelőzésre, a bajok gyökeresebb orvoslására.

VI.

Az „Önsegítő csoportokat, klubmozgalmat (AE, AA), egyesületeket segítő műhely”

(Vezető: Dr. Bognár Ilona)

1. Az önállósuló AE-klubmozgalom támogatása az önsegítés módszereinek átadásával, reszocializációs közösségformáló programjaik támogatása.

2. Preventív szemléleti intervenció kimunkálása a veszélyeztetett csoportok részére;

– együttműködés kezdeményezése katonaság ideje alatt a fiatalokkal foglalkozó orvosokkal, pszichológusokkal, kiképző tisztekkel a túlzott alkoholfogyasztás megelőzése érdekében.

3. Közös program kidolgozása azokkal a társaságokkal és egyesületekkel, amelyek a különösen veszélyeztetett fiatalokkal foglalkoznak (nevelőintézeti programok kialakítása, előzetes letartóztatásban lévő, illetve börtönből szabadult fiatalok segítése).

4. Területi egészségvédelmi együttműködés katalizálása.

5. A KIÁLTÁS Józan Nép mellékletében egyesületekről, prevenció programokról rendszeres tudósítás megszervezése.

VIII.

Rehabilitációs, reszocializációs műhely (munkanélküliség, hajléktalanság)

(Gayer Gyuláné, Levendel László)

A rehabilitációs, reszocializációs műhely a „Nonprofit Vállalkozásokért a Népjóléti Szférában” szakértői és kuratóriuma segítségével megvizsgálja az „Egészség” Rehabilitációs Egyesületnek és a Főnix Alapítványnak a munkanélküliség, a hajléktalanság, a reszocializáció érdekében végzett modellértékű munkáját, s abból a tapasztalatok elemzésével tájékoztatást készít, ajánlásokat tesz más szerveződések számára.

Felhasználja ehhez a modellről már rendelkezésre álló szakértői anyagokat, valamint a helyszíni információgyűjtést, a programban dolgozó szakértőkkel készített interjúk eredményeit.

IX.

A video- és fotóműhely

(Vámos Sándor, Sarkady János)

A műhely feladatköre a szenvedélybetegségek megelőzésének, gyógyításának és rehabilitációjának illusztrálása.

Feladatunknak tekintjük olyan fotók, videofilmek készítését, amelyek segítenek eligazodni, és megmutatják a lehetőséget a különböző káros szenvedélyek, betegségek elkerülésére, gyógyítására, próbálnak „visszatérni” mutatni az életbe.

Az elkészített video- és fotófelvevételek rendszerezése és azok hasznosítása a klubmozgalom, az egyesületek és az érdeklődők számára. Egy video- és fotószakkör létrehozása és működtetése az orvosi munka segítésére, a gyógyult betegek épülésére.

Szeretnénk az ezen a területen működő klubok és mozgalmak számára országos fotópályázatot kiírni.

Célunk a meglévő eredményekből és lehetőségekből kiindulva stabil tárgyi feltételek, alapok megteremtése. Az irányokat időnként felül kell vizsgálni, ki kell alakítani a legoptimálisabb gondolatmenetet és munkastílust. Nagyon fontos, hogy munkánk a mennyiségi szempontoknak való megfelelés mellett esztétikailag és minőségileg is elfogadható legyen.

Mindehhez szükségünk van minden más műhely szakértő, segítőkész együttműködésére.

Kiadói műhely

Publikációs tevékenység

(Vezető: Dr. Buda Béla)

Négy síkon tervezzük fejlesztését:

1. *Könyvek* – részben az Alkoholológiai füzetek sorozatban, részben az Országos Alkoholológiai Intézetben megjelenő más kötetek formájában.

1993-tól a könyvkiadást külön sajtó és más tömegkommunikációs bemutatás, terjesztés fogja kísérni, a terjesztés is újfajta rendszerben történik.

2. *Szenvedélybetegségek c. lap.* Kéthavonta megjelenő folyóirat kb. 80 nyomtatott oldalon. Az addiktológia és határterületei reprezentatív hazai folyóirata lesz, tudományos fórum és továbbképzési orgánus. Lehetővé teszi az ágazat kiadványainak jobb bemutatását és értékelését. Minden szám tartalmazza mérvadó külföldi közlemények fordítását is.

3. *Network-füzetek.* Kb. 150 példányban ágazaton belüli információs fórum. Műhelymunkát tesz lehetővé, továbbképzési eszközök és viták lehetőségét nyújtja.

4. *Közlemények a szakajtóban és az értelmiségi lapokban.* Különösen a megelőzés, az aktív egészségmegőrzés és a korai, korszerű kezelésbevitel, továbbá az állami alkohol- és drogpolitika kérdéseiben kell itt újszerűen megnyilvánulniuk a vezető szakembereknek, utalva könyvkiadásunkra és a Szenvedélybetegségek tanulmányaira. E közlemények segítségével is igyekezni kell az ágazatnak és ezen belül az alapítvány munkájának önálló arculatot adni.

Természetesen a műhelyek között is szükségszerűen kialakul az együttműködés. Ilyen pl. az alkoholproblémás családok veszélyeztetett gyerme-

keinek körében tervezett deviancia-megelőzési programunk, amely igényli a IV., V. és a VI. műhely összefogását, és éppen az ilyen interdiszciplináris programoknál van a legnagyobb szükség a szociológusok, szociálpszichológusok, gyógypedagógusok, szociális munkások és sok pedagógus szakember együttműködésére.

A deviancia-megelőzés alkoholproblémás családok veszélyeztetett gyermekei körében

Most fizetjük meg az árát annak az ideológiai eredetű tiltásnak, elhanyagolásnak, amely az ötvenes évektől kezdve a pszichológiát, a személyiséglélektant, a családszociológiát sújtotta. Ha nem publicisztikai szinten akarunk mozogni a deviancia megelőzésében, a Családvédelem (V.), az Egészséges Életmód (IV.), és az Ökumenikus (VI.) műhelyeinknek közös erőfeszítést kell tenniük a mindennapi gyakorlatban nélkülözhetetlen ismeretek közérthető megfogalmazására és elterjesztésére.

Első lépésként egy AGAPE-füzetsorozat kiadását javasoljuk.

1. A problémamegoldó (egészséges) család
2. A gyermek személyiségfejlődése, szocializációja az egészséges családban (szociális szerveződés)
3. A korai személyiségfejlődést károsító traumák, a korai személyiségfejlődés zavarai
4. A multiplex traumatizáltság szindrómája az alkoholbetegeknél
5. Az elviselhetetlenség szindrómája az alkoholbetegeknél
6. A lehetséges korrekciós mechanizmusok
7. A veszélyeztetett gyerekek neurotikus tüneteinek jelentősége a gyermekorvosi és az iskolaorvosi gyakorlatban
8. A nehezen kezelhető, a neurotikus gyerek a pedagógiai gyakorlatban
9. Dohányzás, alkohol- és kábítószerfogyasztás gyermekkorban
10. Gyermekkor devianciák

E témákra az Agape pályázatokat írhat ki, és a legjobb tanulmányokat ajánlja kiadásra az illetékes főhatóságoknál és az általuk dotált kiadóknaál.

Egyelőre ahhoz nincsenek meg a feltételeink, hogy az alkoholproblémás családok veszélyeztetett gyerekei számára átfogó preventív programot indítsunk, de modellértékű preventív célú kísérletekhez igen. Elsősorban olyan budapesti kerületekben és Pest megyei (agglomerációs övezetbe tartozó) településeken jelölnénk ki ilyen modellhelyeket, ahol a TÁMASZ gondozó már hatékonyan működik.

Ilyen helyek Budapesten: a IX., X., XVIII. és a XXI. kerület, Pest megyében pedig Budakeszi, Budaörs, Dunakeszi és Vác.

Ezek a helyek az Agape gondozóvezetők többnyire meglévő kapcsolataikat erősítik, fejlesztik az önkormányzatok iskolaügyben illetékeseivel, az egyházi ifjúsági segítőkkal, a rendőrség gyermek- és egészségvédelmi csoportjával. Segítségükkel is bővítik ismereteiket a veszélyeztetett gyerekekről, a velük kapcsolatos problémákról.

A Budakeszi Modell által évek óta folytatott honismereti mozgalmakat

ki tudjuk terjeszteni ezekre a kijelölt TÁMASZ-körökre. Az Egészség Egyesület (Budakeszi) felajánlja e célra a tulajdonában lévő 48 személyes holland (DAF) autóbust, önköltségi térítés mellett. Itt a Klub és TÁMASZ tagok 25%-os, gyermekeik 50%-os hozzájárulásban részesülhetnek a preventív alapból.

Tervünk, hogy karácsonykor, húsvétkor, gyermeknap alkalmából a veszélyeztetett gyerekek mese- és ifjúsági könyveket kapjanak ajándékba, de lehetőségeinkhez képest a deviancia megelőzésben résztvevő pedagógusok is részesülhetnek szak- és szépirodalmi könyvajándékban.

További célunk kiránduló-, turista csoportok szervezése, kulturális és sportrendezvények látogatása.

Ez a program el sem indítható a szociális munkások bekapcsolódása nélkül.

Ami az Agape Alapítvány további terveit illeti, az a legfontosabb, hogy minél szélesebb kapcsolatrendszert építsünk ki valamennyi érintett hálózattal, egyesületekkel, alapítványokkal, nemzetközi szervezetekkel, sajtóval, tömegkommunikációs szakemberekkel. Ha az Agape saját köreiben marad, csak azt érzük el, hogy egy alapítvánnyal több lesz, és az kisebb vagy nagyobb hatáskörrel működik. Nekünk nem erre van szükségünk, hanem áttörésre a társadalom nyilvánossága és aktivizálása terén. A hazai mentálhigiénés helyzet súlyossága követeli meg ezt a „becsvágyó” áttörési programot.

Az is nyilvánvaló, hogy egy ilyen nagyszabású programhoz a szellemi, szakértői erőforrásokon kívül anyagi forrásokat kell biztosítani. Az a véleményünk, hogy a mind nagyobb állami, vállalati, kereskedelmi alkoholfogyasztási jövedelmekből kell törvénybiztosította forrásokat kiharcolni. Ilyen lehetőségek:

1. az állami alkoholmonopólium jövedelméből származó bevételek parlament által meghatározott százalékát céltámogatás céljára kell elkülöníteni a Népjóléti Minisztérium költségvetésében. Ebből biztosítani lehet az alkohológiai hálózat gyógyító-megelőző tevékenységét és a rehabilitációs, reszocializációs (tercier prevenciós) szaktevékenységet.

2. A társadalombiztosítás (TB) preventív alapjából el kell különíteni az alkoholizmus prevenciójára, mégpedig az alkoholbetegek táppénz, illetve rokkantsági járulékának csökkenése, az eredményes szakellátás következtében e téren felmutatható megtakarítás arányában.

3. A helyi önkormányzatoknak az egészségmegőrzéssel, az alkoholizmus okozta egészségügyi károkkal és a családvédelmi tevékenységgel kapcsolatos többletkiadásainak a fedezésére két forrás biztosítható:

a) a helyi szeszfőzdék különadója e célra,

b) a tiltott szeszfőzdék és bögrecsárdák miatt kivetett pénzbüntetésből kapjon részesedést a helyi önkormányzat, ezáltal is érdekeltnek lesznek a mindig adócsalással járó tevékenység visszaszorításában.

4. A szőlő- és borkultúra Alapítvány, a borforgalmi vállalatokkal együttműködési szerződést kötünk a töményszeszfogyasztás visszaszorítására és a hagyományos ivási struktúra rehabilitálására. A hatékonyságtól függően szponzorálás elvárható.

5. Az Agape hatékony preventív működését biztosítaná, ha a tömény-szesz palackokra egy rejtett pszichológiai üzenetet tartalmazó 5, 10, 20 Ft-os bélyeget ragasztanának, minden megkezdett 100 Ft érték után 5 Ft értékben: „Hozzájárulásom az alkoholizmus sújtotta gyermekes családok segítéséhez” felirattal.

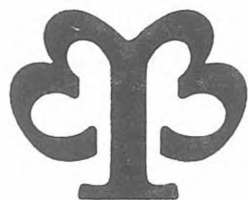
Fizessen elő az Esélyre!

Az Esély társadalom- és szociálpolitikai folyóirat.
Megjelenik évente hatszor.

Ára: 80 Ft.

Kapható minden nagyobb könyvesboltban
és a szerkesztőségben.

Megrendelhető:
1088 Budapest, Múzeum krt. 4/B
Tel.: 266-9833/298



A BABILON Nyelvstúdió
ANGOL és NÉMET
nyelvtanfolyamokat indít
heti 4x3 és 3x3 órában
Pesten és Budán

Szintfelmérés németből hétfőnként,
angolból szerdánként 14–17 között.

1067 Budapest, Teréz krt. 41.
(A Béke Szálló mellett.)
Telefon: 132-4974, 135-3825

Gyekiczky Tamás

Amit tudni kell

Recenzió Laki László: Az ifjúsági munkanélküliség
és Bánfalvy Csaba – Laki László (szerk.): Alkalmazkodás
a munkanélküliséghez c. könyveiről

Vezető kormánytisztviselők, újságírók, „arra illetékes urak” panaszkodnak: „nem tudunk semmit a munkanélküliségről”. Pedig – mondják – „ha tudnánk, biztosan hatékonyabban léphetnénk fel ellene”.

Nos, az információhiány nem legőzthetetlen fátum. Nemcsak kutatóintézetek, lezárt vagy most folyó kutatások, összehasonlító elemzések segítenek eligazodni a munkanélküliség „rejtelmeiben”, hanem például az e recenzióban bemutatott könyvek is. Az írások kiindulópontja egy empirikus vizsgálat, így a valóság ismerete végképp nem hiányzik belőle. A tanulmányok ráadásul alapvető kérdéseket érintenek, így például a napjainkban egyre súlyosabbá váló ifjúsági munkanélküliséget.

Az elemzéseknek – az információhiány felől közeledve ezekhez – egyetlen fogyatékosága róható fel, nevezetesen az, hogy az adatok nagyrészt 1990–1991-ből származnak. A nyomda, a szerkesztés, a megjelenés késedelme miatt a tudományos elemző nem lehet mindig naprakész.

Az aktualitás elvesztése is csak a munkanélküliséggel érintett csoportok létszámnövekedése szempontjából jelent gondot, mivel – és e véleményében a recenzenst számos azóta elkészült tanulmány megerősíti – a munkanélküliséget meghatározó társadalmi folyamatok nem nagyon változtak meg az elmúlt két év alatt. Ezért mindenképpen a szerzők javára írható, hogy a munkanélküliek kezdetben csekély száma ellenére a munkanélküliség főbb trendjeit, sajátosságait reálisan tárták fel.

Három nagyobb gondolati egységet képviselő munkát szeretnék bemutatni az olvasónak. Először Bánfalvy Csaba és Laki László közös kötetét, amely két önálló részt tartalmaz. Bánfalvy Csaba munkájának címe: „Egyéni alkalmazkodási stratégiák a munkanélküliséghez Magyarországon”. Laki László által írt és szerkesztett rész a „Munkanélküliség Nyírbátor körzetében” címet viseli. Emellett Laki László önálló könyvét („Ifjúsági munkanélküliség”) veszem nagyító alá.

Bánfalvy Csaba következtetései az országos munkaerőpiaci szerkezetet reprezentáló minta elemzésén nyugszanak. Elméleti kiindulópontja visszanyúlik a munkanélküliség „klasszikus vizsgálati” tradícióihoz, azaz

Jahoda és Lazarsfeld marienthali vizsgálatához. A kérdésfeltevés háttére az a hipotézis, hogy a munkanélküli által kialakított életforma alapvető deprivációs helyzetet jelent.

A hipotézis minden eleme fontos. Fontos, hogy a munkanélküli egy adott életformát alakít ki mint alkalmazkodást, mint elfogadást és reakciót, másfelől, hogy – szemben a munkában állás stádiumával – a munkanélküli számára e szituáció széles társadalmi szükségletektől való megfosztást jelent(het).

Bánfalvy ezért az „alkalmazotti státusz felcserélését” elemzi mélyebben. Azokat a stratégiákat, amelyek az állásvesztésre adott lehetséges válaszokként formálódnak meg. Vajon van-e (létezhet-e) stratégia a depriváció kivédésére, lehetséges-e új (társas) kapcsolatrendszer kialakítása, működnek-e a vállalkozások, a háztartásgazdaságok a munkanélküliek esetében? Kíváncsi arra is, hogy milyen következménnyel járnak a szerepcserék, milyen terhet ró a kényszeralkalmazkodás az állását veszített emberre.

A tapasztalatok sokszínűek. Néhány olyan általános következtetést szeretnék kiemelni, melyek részben a közfelfogásnak, részben az előzetes elvárásoknak – egyebek között a Jahoda-Lazarsfeld elemzésnek – is ellentmondanak.

Az első sajátos vizsgálati eredmény az, hogy a magyarországi munkanélküliek esetében a marienthalihoz hasonló nagyfokú izoláció nem tapasztalható. Nem következett be az önértékelés összeroppanása sem. Bánfalvy mindkét ténytet a magyar társadalom munkaszervezeteiben kialakult (és a társadalmi rétegződéskutatók által bemutatott) *státuszinkonzisztenciával* magyarázza. A státuszinkonzisztenciák miatt – mondja – a magyar társadalom is inkonzisztensen éli meg a munkanélküliséget. Miről van szó? Arról, hogy egy csekély kereseti lehetőséggel és nehéz fizikai munkával járó, az alkotás örömétől megfosztott munkahelyet elveszteni nem nagy szerencsétlenség. Természetesen – és ezt nem szabad elfelejtenünk – e tapasztalat egy a sok közül, hűen az inkonzisztensen „megélt” munkanélküliség természetéhez.

Olvasói szempontjainkat követve fontos kiemelni a szerzőnek a munkanélküliek életformájára vonatkozó megállapításait is. Így például azt, hogy a munkanélküliség állapota „nem jelent tétlenséget”, s a nyugat-európai kutatásokkal ellentétben magasabb politikai – közéleti érdeklődést hoz magával.

A tanulmány gazdag tényanyagából, amely speciális csoportokra, fiatalokra, pályakezdőkre, nőkre stb. egyaránt vonatkozik, még két problémára hívom fel a figyelmet: a vállalkozó munkanélküliek és az „önkéntes” munkanélküliek leírására. Mindkét jelenségcsoport megítélését előítéletek tarkítják, felületes általánosítások terhelik, s politikai preferenciák fűszerezik. Bánfalvy szerint ezeket el kell felejteni. Vannak ugyanis olyan munkanélküliek, akiknek igenis sikerülhet a vállalkozás, és vannak olyan munkanélküliek, akik a munkanélküliségi helyzetet „választva” készítik elő saját kivonulásukat a munkaerőpiacról. De vannak olyan munkanél-

küliek is, akiknek nem sikerül a vállalkozás, s kivonulásuk mögött kemény kényszerek munkálkodnak.

A vállalkozást mint életstratégiát választó munkanélküliek sajátos társadalmi-szociológiai csoportot alkotnak. Nagyrészt férfiak, városban lakók, többségük az idegenforgalom által frekvenciált területeken él, szakképzettebbek (főleg szellemi munkára szakképzettek), házasok. E kritériumok természetesen nem rigid előfeltételek, hiszen például a vállalkozni kívánók egyharmadának nincs semmilyen szakképzettsége, és a falvakban is nagy (volt) a vállalkozási kedv.

Az elemzés referenciacsoportja a tényleges vállalkozóké. Velük összehasonlítva nagy eltérés nem tapasztalható, így megállapítható, hogy a munkanélküliek közül azok akartak vállalkozóvá válni, akiknek egyébként is nagyobb volt a társadalmi esélyük arra, hogy sikerüljön is nekik. Ők körülbelül a minta 10%-át teszik ki. E csoportokon belül – kalkulál Bánfalvy – körülbelül egyharmaduknak van reális esélye arra, hogy vállalkozást indítsanak el.

E tények következménye – írja a szerző –, hogy „a munkanélküliség felszámolását vagy csökkentését a vállalkozóvá válástól csak kis mértékben várhatjuk.”

„Önkéntes munkanélkülieknek” a szerző azokat nevezi, akik „nyíltan elvetik vagy elhalasztják az ismételt elhelyezkedést mint a munkanélküliségi helyzetből való kilépés módját”. Ezen belül három alcsoportot különböztet meg: a „próbálkozókat”, a „kivárókat” és a „kivonulókat”. E három csoport között határozott szociológiai-statisztikai különbségek vannak, így például a nem és a kor megoszlásának szerkezete teljesen eltérő. Az még kevésbé okozhat meglepetést, hogy a kivárók között sok a fiatal, az azonban már figyelemre méltó, hogy arányuk a kivonulók között is jelentős. Sajnos, az már természetesnek tekinthető, hogy mindhárom csoport esetében alacsony a szakképzettségi szint, s a kivonulók 28%-ának komoly betegsége van.

Úgy gondoljuk, Bánfalvy e ponton – kicsit keverve az elemzési dimenziókat – fontos összefüggésekre bukkant. Nemcsak az előítéletek eloszlására gondolunk itt, hanem arra is, hogy a munkanélküli helyzet a különböző stratégiával, egymással ellentétes élethelyezettel, életúttal rendelkező csoportok gyűjtőmedencéjévé válhat. Ennek felderítése mindenképpen szociológiai feladat, mivel a csak a munkanélkülieket bemutató foglalkoztatási statisztikák igencsak elmossák e különbségeket.

Ugyanakkor kiemelendő megállapítás – és ez Bánfalvy tanulmányának általános tanulsága is lehet –, hogy a munkanélküli minden külső kényszer ellenére, nem passzív, nem csupán munkaalkalmát elvesztett (hozzátehetnénk: szálnalmas, sajnálnivaló stb.) valaki, hanem *racionálisan kalkuláló*, a saját befektetéseit, a befektetések hozamát választó, életvezetésében komoly döntéseket hozó ember. Éppen ezért nem nagyon érthető Bánfalvy következtetéseinek indítéka akkor, amikor a megoldások között nem számol ezzel. Nem lebecsülve a társadalmi-foglalkoztatáspolitikai akciók és intézmények jelentőségét és súlyát, a magam részéről a kiútkeresés közben is figyelembe venném a munkanélküli magatartásá-

nak – stratégiájának – társadalmi konzekvenciáit. Még akkor is, ha egy részüknek esze ágában sincs visszatérni a szervezett munka világába.

Azzal azonban a recenzens is egyetért, hogy egy ilyen inkonzisztens munkanélküliség közepette, egy ennyire diffúz munkanélküli társadalom esetében „célzott programokkal igazodni kell a specifikus munkanélküli csoportok problémáihoz”. Ez akkor is így van, ha például a recenzens látóköréből most kieső, tartós munkanélküliek pszichés zavarainak kezeléséről van szó. Kicsit túllépve a szerző burkolt türelmetlenségén, a kis lépések taktikáját látom igazoltnak, a finom hálózatok kiépítésének és működésének jogosultságát – s éppen Bánfalvy elemzései győznek meg igazamról.

A Laki László által szerkesztett tanulmány egy válságövezet, Nyírbátor (és környéke) munkanélküliségéről ad kör- és körképet.

Mind a tanulmány, mind az alapjául szolgáló vizsgálat célkitűzése többszörös. Információhiány-csökkentés, politikai folyamatok elemzése, a kezelő intézményhálózat elemei között kialakuló munkamegosztás bemutatása, a szociológiai szemléletmód érvényesítése (szemben az általánosításokkal) mind-mind szerepel a célok között. Alapjában véve azonban mégis kis terület elemzése, még akkor is, ha a komplex vizsgálati igény túlnyúlik Nyírbátoron és körzetén.

A bevezető oldalakon Laki hangsúlyozza, hogy a magyar társadalom megosztott e kérdésekben, „és sem gazdaságilag, sem intézményileg, sem erkölcsileg, sem politikailag nincs felkészülve az e társadalmi jelenségekkel való együttélésre és ennek kezelésére.” A recenzens úgy véli, e vélemény valóban a kezdeti nehézségeket tükrözi vissza – ezért lett volna időszerűbb egy korábbi publikáció –, mivel ma már úgy-ahogy együttélünk a munkanélküliséggel, és elfogadottá váltak a foglalkoztatáspolitikai eszközei is. Természetesen ez nem jelenti azt, hogy néhány jelenség (vagy megítélése) ne változott volna.

Minden kétséget kizáróan e körbe tartozik a tanulmány egyik alapvető aspektusává választott marginalizálódás, ami – mint ahogyan ezt a társadalomtudományi kutatások korábbi eredményeiből tudjuk – a leszakadó, elmaradott térségek esetében *komplex társadalmi-gazdasági-politikai* folyamat. A munkanélküliség, mint új elem e hátrányok között, valóban összegzi, összegyűjti, láthatóvá teszi mindazokat a társadalmi folyamatokat, melyek a marginalizálódás irányába hatnak. A tanulmány szemléletmódjával ezért a recenzens maximálisan egyetért, ám a bevezető fejezet alaposabb (és kissé rendszerezettebb) elemzéseit hiányolja.

A tanulmány korrekt és alapos tényismertetéssel kezdődik, így viszonylag pontos képet kapunk a körzet demográfiai jellemzőiről, a munkae-rőállományról és a foglalkoztatás alakulásáról. A következtetés egyértelmű: azért van munkanélküliség e térségben, mert a területen tönkrementek a vállalatok, hazajöttek, akik évekig (évtizedekig) máshol dolgoztak, beindult a mezőgazdaság válságspirálja. A regisztrált munkanélküliek aránya már a vizsgálat időpontjában 22% körül mozgott, az ellátásban nem részesülőket is beleszámítva egyes falvakban elérte az 50%-ot. A fő csoportokat a pályakezdők (a munkanélküliek 33%-a volt 35 év alatti), va-

lamint a segéd munkások és betanított (kvalifikálatlan) munkavállalók alkották. Már ekkor is kitapintható volt a munkanélküliség hosszú távú trendje, a tartós munkanélküliség általánossá válása.

Laki és szerzőtársai nem elégszenek meg a helyzet statisztikai leírásával. Megnézik, mit tesznek az önkormányzatok, a pártok, hogyan reagál az egészségügy, az iskolarendszer, miképpen működnek a munkaerőpiaci intézmények a lokális krízis elhárításában.

A mélyinterjúk tapasztalatai szerint a helyi társadalomalakítás főbb aktoraiban a nyílt munkanélküliség eléggé ellentmondásos reakciókat idézett elő. Nemcsak a szerző által már a bevezetőben említett felkészületlenségről, erőforráshiányról van itt szó, hanem az érdekek, értékek és stratégiák olyan diffúz és zavaros keveredéséről, ami könnyen sakk-matt helyzetet idézhet elő. Néhány önkormányzati vezető például szigorítana a segély feltételein, mivel a nagyarányú feketemunka miatt globálisan parazítának minősíti a munkanélkülieket. Mások ugyanakkor központi programokat, szakképzési reformot sürgetnek, hiszen világosan látják a munkanélkülivé válás társadalmi anomáliáit. Ütközik a protestáns etika – a szüntelen munkálkodás követelménye – a munkanélküliek dologtalanságának támogatásával. Folytathatnánk a sort, de nem érdemes. A dolgok lényege az a szerzői megállapítás, ami a „tisztas falusi szegénység” és a modern fogyasztói társadalom értékrendjének összeütközésében látja a konfliktusok természetét. Modernizációs konfliktusról van tehát szó – mondhatnánk –, és csak sajnálkozunk azon, hogy a szerzők végül nem tudták szisztematikus fogalmi keretekben feldolgozni az általuk tapasztaltakat.

Minden részletre itt nem térhetek ki, így pl. azokra a megállapításokra sem, amelyek bemutatják, hogy mennyire alkalmatlanok a helyi pártszervezetek a munkanélküliség társadalmi problémáinak kezelésére. Már csak azért sem, mivel a vizsgálat 1990/91-ben készült, s azóta a pártok vagy sokat tanultak, vagy mindent elfelejtettek – mindenesetre változtak. Majdnem ugyanez áll a munkaerőpiaci intézményekre, azzal a különbséggel, hogy esetükben a Lakiék által tapasztalt tendenciák mára fölerősödtek. Azaz a munkaerőpiaci tanácsok forráskijáró és redistribútor szerepköre, a munkaügyi központok segélyhivatallá alakulása csak fokozódott az elmúlt években. Amire szeretném felhívni a figyelmet, az – talán e tanulmányegyüttes legszínvonalasabb része – az iskolarendszer és a munkanélküliség összefüggéseinek elemzése.

Túlzás nélkül állíthatom, hogy a probléma ma a magyar társadalom fejlődésének kulcskérdése. Azok a régiók ugyanis – és ilyen a tanulmányban elemzett Nyírbátor és környéke –, amelyekben hiányzik a szak tudás és a modern gazdaság működtetéséhez szükséges szellemi tőke, érdektelenek a befektetők számára. Ahol ez a helyzet nem változik, ott még jobban felerősödik a „leszakadási spirál”, ott még erősebb a tőke kivonás, még jobban lezüllik a képzési rendszer és így tovább. Nyírbátor esetében e folyamatok világosan tettenérhetőek. A munkanélküliség azonban – mondja Laki – elindít egy nyílt visszaesést is. Azok a rétegek, amelyek az elmúlt években jól vagy rosszul, de valahogy megindultak a

társadalmi integrálódás lépcsőin (például a cigány munkavállalók), most munka nélkül maradvá elvesztik nehezen megszerzett pozícióikat és esélyeiket. Főleg a gyerekek, az utódok, a kései generációk szenvedik meg a visszazuhanást. Biztos „kisegzisztencia” helyett újra a létbizonytalanság, tanulási lehetőségek helyett újra az alkalmi munka vagy maga a kifejezett munkanélküliség jut nekik osztályrészül. Az oktatási rendszer pedig ma képtelen rá, hogy korrigálja, vagy valahogyan kiegyensúlyozza a generációs visszaesést.

Melyek Nyírbátor általánosítható tapasztalatai? A már bemutatott felkészületlenség mellett a szerzők szerint a gazdasági és az állami intézmények válsága együtt jelenti a helyzet perspektívtalanságának okait. Mit jelent ez? Egyrészt azt, hogy a vállalkozások várt felvirágzása helyett a vállalatok összeomlása tapasztalható, másrészt pedig arra utal, hogy az állam szerepének a rendszerváltás utáni megerősödése irracionális és bizarr élethelyzetek sokaságát hozta létre. A „kapzsi” állam csak „kapzsi” vállalkozókat szül – legalábbis az ottani közvélemény szerint –, akik „lopnak-csalnak”. Mondják ezt a munkanélküliek is, akiket azonban sokan csak mint „dologtalanokat”, az „államtól csak sült galambot váró semmittevőket” emlegetnek. Ahol pedig ilyen légkör uralkodik, ott lehetetlenné válik a korrekt partneri kapcsolat, a méltányosság, az érdekek és előnyök kölcsönös beszámítása. Magyarán: nem teremthető meg a munkanélküliség kezeléséhez szükséges konszenzus.

A tanulságok sorába tartozik az ún. spirál-effektus is. E több síkon megjelenő zuhanás érinti az első gazdaság nyomán összeomló második gazdaságot, és visszarendeződést okoz a társadalmi-gazdasági viszonyokban (nem politikai, hanem modernizációs visszarendeződésről szólnak a szerzők, melynek lényege, hogy *naturális termékcseré* nyomul be a pénz és piac intézményeinek helyére). Így munkanélküli szubkultúrák alakulnak ki, s ezek könnyen különféle devianciák forrásaivá válhatnak. A társadalom pedig (néhány önkormányzathoz hasonlóan) előkelő idegenként néz a munkanélküliekre. Nem éppen szívet melengető következtetések ezek, még akkor sem, ha érvényüket rontja az a rejtett feltételezés, hogy a társadalom passzív marad. Igaz, a kezelés és az ellenszer megtalálása nem könnyű, ám a szerzőknek még a beavatkozás alacsony hatásfokával számolva is a „ha – akkor” hipotézis jegyében kellett volna megfogalmazniuk következtetéseiket. Kasszandrai jóslatok ezek, reméljük, nem valósulnak meg.

A munkanélküliség másik területét elemzi Laki László az „Ifjúsági munkanélküliség” c. könyvében. A kutatás témában és időpontban is szorosán követte a nyírbátori felmérést, jöllehet a kérdőíves felvétel 1991 őszén Somogy, valamint Szabolcs-Szatmár-Bereg megyékre terjedt ki. A kutatás célja a harminc éven aluli munkanélküliek helyzetének feltárása volt, így kifejezetten e két megye ifjúsági rétegz problémájának analízisére vállalkozott.

A téma aktualitását nemcsak a fiatal munkanélküliek számának gyarapodása okozza. A másik ok egy általános szociológiai tapasztalat, amely szerint az iskolapadból frissen kikerülő munkavállaló eleve hátrányban

van a munkaerőpiacon. Erre Laki okkal hívja fel a figyelmet. E két jelenséget összevonva arról ír, hogy a magas munkanélküliség esetében a fiatal munkavállalók elhelyezkedési esélyei még gyorsabban romlanak.

Az esélyek egyenlőtlenségén a fiatalok önmaguktól nem tudnak változtatni. Kevés a saját erő egy társadalmi helyzet feloldásához, de a fiatal munkavállalók elhelyezkedési kudarcukat hajlamosak személyes kudarcként is megélni. A diploma megszerzését azonnal követő átképzés megerősítheti bennük a haszontalanság érzését, ráadásul az átképző tanfolyamok után sincs semmi garancia arra, hogy elhelyezkedési esélyeik javuljanak.

A fiatal munkanélküliek esetében tehát komplex, pszichológiai, társadalmi, gazdasági jelenségek együtteséről van szó. Laki érdeme, hogy erre nyomatékosan felhívja a figyelmet. Utal azonban arra is, hogy a magyarországi demográfiai helyzet trendjei még jobban megzavarják a munkaerőpiaci előrejelzéseket, még inkább kiélezik a fiatalok elhelyezkedési konfliktusait. Nagy létszámú korosztályokról van szó, amelyeknek munkájára, felkészültségére, szakmai tudására a kilencvenes évek végére – mivel számos területen munkaerőhiányt jósolnak a prognózisok – nagy szükség lenne. Ezért „...tenni kellene valamit e korosztályokért, mivel kiábrándult, csalódott és céltalan emberekkel nem lehet olyan nagy léptékű társadalmi programokat megvalósítani, mint amilyen a piaccgazdaságra való áttérés, annak gyors és hatékony kifejlesztése, és olyan politikai programokat sem, mint a demokratikus intézmények kiépítése és a működtetésükhöz szükséges készségek tömeges kialakítása.”

A könyv a fiatal munkanélküliek csoportját tagolt, heterogén korcsoportnak tekinti. A fő különbséget Laki a táblaelemzések minden lépésében szem előtt tartja, s a választóvonalat a pályakezdők és a gyakorlottak, a nem-pályakezdők között húzza meg. Az iskolakapun kilépő, de a munkaerőpiacon elhelyezkedni nem tudó fiatal a szerző szerint célszerű elkülöníteni azoktól a harminc év alatti munkanélküliektől, akik ezelőtt már dolgoztak.

E két csoport szociális pozíciója, családi státusza, életútja, munkaerőpiaci lehetőségei között fontos eltéréseket fedezhetünk fel. A nem-pályakezdő fiatal munkanélküliek többsége házas, legtöbbször már kisgyereke is van, az iskolapadból kikerült fiatal munkanélküli pedig – amint ezt Bánfalvy elemzéseiben is láttuk – esetleg halogathatja a munkába állását, s erősebb szülői anyagi háttérrel ezt sikerrel meg is teheti. Laki differenciálása tehát telitalálat, különösen akkor, ha a két csoport munkanélkülisége elleni fellépés lehetőségeit is figyelembe vesszük.

Nyilvánvaló, hogy a fiatal, az iskolapadból éppen csak kilépett munkanélküli esetében a foglalkoztatáspolitikai eszközei, pl. az átképzés is elégtelenek, sőt bevetésük gazdaságilag irracionális. Erre találunk bizonyítékot az itt bemutatott tanulmányokban. Az ilyen eszközök felhasználásához ugyanis foglalkoztatáspolitikai forrásokat kell elvonni, az oktatási rendszer korrekciójára. A megoldás kulcsa tehát itt és ebben az esetben is az oktatási rendszer teljes körű reformja.

Másként áll a dolog a nem-pályakezdő munkanélküli fiatalokkal. Szá-

(nagy)családok jövedelmében. Igaz, a gazdasági válság megroppantotta a második gazdaságot, ám ennek ellenére a munkanélküliség miatt kieső jövedelmüket a család tagjai számos esetben az itt-ott végzett munkájuk bevételeivel (hozadékaival, hasznaival) igyekeznek pótolni. A kieső bér- és munkajövedelem pótlásában a különböző segélyek, juttatások nagy szerepet játszanak, de a leglényegesebb kompenzációs forrás mégis az informális gazdaság. Jóllehet a háztáji szerepe, súlya is felértékelődött, mégsem versenyezhet ezek fontosságával.

A következmények súlyosak. Egyfelől ismét megjelenik a függőség az állami redistribúciótól, ami politikai és gazdasági értelemben hihetetlen veszélyeket rejt magában. Másfelől tartóssá válhat a formális gazdaságból való kilépés. E munkanélküli háztartások tehát *nem a piac és az állam kettős regulációjában, hanem az állam és az informális gazdaság senki-földjén helyezkednek el.*

Harmadszor a háztartások termelésének naturális jellegét említenénk meg. A családok csaknem kizárólag saját szükségletre termelnek, csupán egy-két termék kivétel ez alól, pl. a szabolcsi alma. A helyzet következményeként a munkanélküli háztartások *nagy része intakt marad a piactól.* Különösen az marad, ha gazdaságukat a pénz és a szaktudás hiányában még egy kicsit sem tudják fejleszteni, elmozdítani a korszerű mezőgazdaság viszonyai felé.

Végezetül szeretnék visszatérni a recenzió egyéb helyén, az ugyancsak Laki tanulmánykötetével kapcsolatban említett marginalizáció kérdésköréhez. Ami ott térségi problémaként szerepelt, az a fiatal munkanélküliek esetében mint e csoport sorskérdése merül fel. A fiatal munkanélküliek gyerekeiről van szó, az ő iskoláztatási lehetőségeikről, felemelkedésükről vagy lesüllyedésükről. A könyv tényanyaga ma az utóbbi folyamat valószínűségét támasztja alá, és ez nem ad okot az optimizmusra. Ezért is lenne jó egy megismételt vizsgálat, egy kicsit szélesebb (a családtagokra, gyerekekre jobban figyelő) kérdésfelvetéssel, rájuk koncentráló elemzéssel ugyanitt, ugyanezekkel az emberekkel.

A recenzens összefoglaló véleménye tartalmazhat még dicséretet, például a finomelemzésekről és a differenciált statisztikák újdonságerejű üzenetéről, a fiatal munkanélküliek pályájának bemutatásáról; és elmarasztalást is, például a fiatal munkanélküliségről írott könyvben a kérdés elméleti és szakirodalmi feldolgozásának hiányáról, vagy a megoldásért kiáltó szó helyett a megoldások módjainak valamilyen körvonalazásáról. A recenzens ezt nem teszi. Inkább ajánlja a könyveket mindazoknak, akik érdeklődnek e témák iránt, és akiknek van még idejük, energiájuk, racionális éthoszuk e problémák befogadására. Ráolvasással ugyanis nem megyünk semmire. Inkább olyan elemzések tömege kell, mint az itt bemutatott három tanulmány.

A MOTIVÁCIÓ

Mozgássérülteket Segítő

Alapítvány tevékenységéről

A Motiváció Alapítvány a fogyatékos emberek társadalmi beilleszkedésének segítését tűzte ki célul.

Az alapítvány bírósági bejegyzése 1991 májusában történt, de aktív működését 1992 tavaszán kezdte meg.

Elsőként egy információs-tanácsadó irodát hozott létre.

A Segítőszolgálati Iroda

Feladata egy széles körű információs adatbanki rendszer működtetése, melynek segítségével az irodához forduló fogyatékos embereknek pontos, naprakész tájékoztatás adható a mindennapok során felmerülő problémáik megoldásához. Az elmúlt egy évben több százan fordultak segítségért, tanácsért, információért Alapítványunkhoz levélben, telefonon vagy személyesen. A rendelkezésünkre álló adatokból a legtöbb esetben azonnali választ tudtunk adni. Abban az esetben, ha további intézkedésre volt szükség, levélben vagy telefonon adtuk meg a választ a lehető legrövidebb időn belül.

A legtöbb érdeklődő munkalehetőséget keresett, és sokan kértek jogi tanácsot. Érdeklődtek üdülési lehetőségekről, gyógyászati segédeszközök beszerzéséről és ezek javítási címeiről, tanulással kapcsolatos felvilágosítást kértek, vagy különböző kapcsolódó szervezetek felől érdeklődtek.

Az egy év alatt szerzett gyakorlati tapasztalatokból kiindulva az alapítvány működése az alábbi feladatokkal bővült:

- Speciális Munkaközvetítő Iroda
- Nyitott Város Kalauz Akció
- Közhasznú Információs Kézikönyv
- Személyi Segítőszolgálat

A felsorolt tevékenységek mindegyike jelen pillanatban az országban egyedülálló kezdeményezés.

Speciális Munkaközvetítő Iroda

A komplex munkaközvetítés elvén működik. Magában foglalja a munkavállaló részére a képesség- és a pályakialakítási vizsgálatokat, a munkavállalásra felkészítő tréninget, a munkáltatónak a megfelelő tájékoztatást és a kiközvetítés után a pályakísérést. Ezeket a feladatokat különböző szakemberek bevonásával és szakmai szervezetekkel együttműködve oldjuk meg.

A Munkaközvetítői Iroda 1993 márciusában kezdte meg működését, az eltelt idő óta száznál többen jelentkeztek munkára vagy képzésre, közülük már tíznél több embert sikerült elhelyezni. Május közepén lezajlott az első felkészítő tréning, melyen tíz ember vett részt.

Az eltelt rövid idő ellenére több vállalat kereste meg az irodát, munkalehetőséget ajánl-

va. Jelenleg három munkáltatóval folynak előrehaladott tárgyalások, melynek eredményeként újabb emberek számára adódik munkalehetőség.

A munkavállalók és a munkáltatók megfelelő felkészítése, a különböző képzések kiválasztása fontos része a munkaközvetítésnek, de a munkábaállás és a munkavégzés elképzelhetetlen a megfelelően kialakított környezet nélkül. Az akadálymentes, épített környezet hiánya számtalan esetben befolyásolja a fogyatékos embert abban, hogy számára a képességeinek megfelelő képzést vagy munkát választhasson. A közlekedésre alkalmatlan utak és járművek, az akadályokkal teli épületek nagymértékben beszűkítik a fogyatékos emberek választási lehetőségeit.

Budapest megismerése érdekében megalakult

a „Nyitott Város Kalauz Akciócsoport,

amelynek tagjai a különböző fogyatékoságban szenvedő emberek, segítők és fogyatékos gyermekeket nevelő szülők. Az alapítvány munkatársai a szervezői és koordinátori feladatokat vállalták fel.

A környezeti szükségletek figyelembevételével az akciócsoport összeállított egy felmérő adatlapot. Ennek segítségével felméri Budapest kerületeit, azon belül a köz- és egyéb intézményeket, főbb útvonalakat. A felmérést több 4 fős csoporttal valósítják meg, melynek tagjai vak, siket és mozgássérült emberek és a téma iránt elkötelezett segítők.

A felmérés többféle haszonnal jár:

- hiteles és pontos adatokkal rendelkezünk általa a fővárosról,
- ajánlás és segédlet készíthető a különböző főhatóságok felé a helyzet javítására,
- kül- és belföldi turisták számára egy „Városkalauz” állítható össze, a fogyatékos által bejárható építményekről,
- munkalehetőséget biztosít fogyatékos embereknek, fogyatékos gyermeket nevelő szülőknek.

A „Városkalauzon” kívül még egy kiadvány összeállításán dolgozunk. A készülő kézikönyv minden olyan szervezet számára hasznos lesz, amely a szociális szolgáltatásban tevékenykedik.

A Közhasznú Információs Kézikönyv

Tartalmazza a jelenleg érvényben lévő összes ellátási rendszert a társadalombiztosítás, a szociálpolitika és az egészségügy területén. Az összeállításban a hivatkozott jogszabályok és a témához kapcsolódó intézmények címlistája is megtalálható.

A fogyatékos ember annál könnyebben tud a társadalomba beilleszkedni, minél önállóbb életet él. Számos esetben ez csak egy másik ember segítségével valósítható meg.

A Személyi Segítőszolgálat

bevezetése ezt a célt szolgálja. A segítő által a fogyatékos alkalmassá válik a teljes értékű életre. Egészséges társaihoz hasonlóan képes lesz tanulni, dolgozni, ügyeit önállóan intézni. A segítő feladata, hogy abban nyújtson segítséget, amit a fogyatékos ember önerejéből nem tud ellátni.

A szolgálat lényege, hogy a segítő és a segített között egy szerződéses viszony jöjjön létre, mely tartalmazza mindazokat a feladatokat, amelyekre a fogyatékos igényt tart, és a segítő vállalja annak elvégzését. A házigondozás kiegészítéseként, személyre szabott tevékenységként működik.

Alapítványunk kísérleti programként, modellértékűen kívánja a Személyi Segítőszolgálatot megvalósítani. A kísérletbe 25 fogyatékos embert és 20 segítőt vonunk be fő- és részmunkaidőben.

A programban számos szakember és szakirányú szervezet vesz részt. A megvalósítás helyszíne az V. kerület.

A kísérlettel az alábbi eredmények várhatók:

- olyan módszertan, amely a szociális alapellátásban alkalmazható választékbővítésként,
- olyan gazdasági elemzés, mely számszerűleg is bizonyítja a szolgálat hasznosságát,

– olyan képzési tematika és tanterv készítés, amely egyéb szociális képzésekbe is beépíthető.

A programban résztvevő segítők a szociális szférában elhelyezkedni kívánók, munkanélküliek és polgári szolgálatot teljesítők közül választjuk ki.

Alapítványunknál jelenleg 14 mozgássérült ember dolgozik, a tevékenységünkől adódó feladatokat látják el. Ezek egyebek között:

- ügyviteli,
- tanácsadói,
- könyvelői,
- számítógépes,
- fordítói munkák.

Ahhoz, hogy munkatársaink mindennapos munkába járása biztosítva legyen, egy mikrobusz és egy személygépkocsi is az alapítvány rendelkezésére áll. Ezt a feladatot két polgári szolgálatos és egy főfoglalkozású alkalmazott segítségével oldjuk meg.

A mikrobusz rendelkezésére áll mindazoknak a mozgássérülteknek is, akik egyéb közlekedési eszközt nem képesek igénybe venni.

Szerteágazó feladataink megvalósítását az alábbi pénzügyi források biztosították:

– a Segítőszolgálati Iroda beindítását és működését az Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóság Egészségügyi Kuratóriumának és a Soros Alapítvány „HELP TO HELP” pályázati – támogatása;

– a Speciális Munkaközvetítő Irodáét a Munkaügyi Minisztérium Foglalkoztatási Alapítványának pályázati díja;

– a Közhasznú Információs Kézikönyv összeállítását, kiadását és terjesztését a NYEDÓ Módszertani Osztály, a Magyarországi Önkormányzatokért Alapítvány, valamint a Központi Ifjúsági Alap pályázati díjai;

– a Személyi Segítőszolgálat kísérleti programját a Fővárosi Önkormányzat támogatja. A Nyitott Városkalauz felmérését, összeállítását a Budapest Bank Budapestért Alapítvány, a Soros Alapítvány pályázati díja és több kerületi önkormányzat támogatása;

– a mikrobusz vásárlását a Fővárosi Önkormányzat és a Porsche Hungaria támogatása, működését pedig a Colonia Biztosító és a BKV támogatása tette lehetővé.

Ahhoz, hogy mindezen feladatokat megvalósíthassuk, nagymértékben hozzájárul mindazon célvállalatoknak a segítsége, amelyek munkatársainkat alkalmazzák.

Ezenkívül meg kell említeni, hogy különböző szervezetek tárgyi adományai tették lehetővé, hogy megfelelő színvonalú munkát végezhessünk.

Az eddig elnyert pályázati pénzek által csak rövid távú működésünk biztosítható.

Ahhoz, hogy a fenti célokat távlataiban is meg tudjuk valósítani, további anyagi támogatásra van szükség.

E SZÁMUNK SZERZŐI

Gerhard Bäcker – szociológus,
WSI Düsseldorf

Maria K. Goddard – szociológus,
University of York

Gyekiczky Tamás – szociológus,
MTA Politikatudományi Intézet

Horváth Zsuzsa – szociológus,
MTA Szociológiai Intézet

Jelenczki István – szellemi szabadfoglalkozású

Levendel László – főorvos.
az Országos Alkohológiai Intézet igazgatója

Danny Pieters – jogász, egyetemi tanár
Katholieke Universiteit Leuven

Johannes Steffen – szociológus,
Bréma
