

MUNKA ÉS TÁRSADALMI IGAZSÁGOSSÁG

AZ IDŐSELLÁTÁSBAN DOLGOZÓ MUNKAVÁLLALÓK HELYZETE AZ EURÓPAI UNIÓBAN ÉS MAGYARORSZÁGON

Gyarmati Andrea

2022. február



Össességében 2030-ig változatlan feltételek mellett is minimum 50%-os munkavállalólétszám-növekedéssel lehet számolni az EU-ban.



Magyarországon az idősellátásban dolgozók átlagbére 5%-kal marad el a szociális ágazat főátlagától. A munkavállalók a jelenlegi helyzetben minimum 50%-os béremelést tartanának méltányosnak. A dolgozók több mint fele vállal másodállást, keresetkiegészítést.



A magyarországi idősellátásban a létszámhiány következménye sokrétű: egyre kevesebb idő jut egy-egy beteg ellátására, ennek következménye a feszített munkatempó, a sérülésveszély fokozódása, a gyakori betegállomány, az osztott munkakör és helyettesítés.

Tartalom

	VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ	4
1.	HELYZETKÉP AZ EURÓPAI UNIÓBAN	6
1.1.	Munkaerőtérkép	6
1.2.	Munkakörülmények	8
1.3.	Policy javaslatok döntéshozóknak	10
2.	MÁSODELEMZÉS: IDŐSELLÁTÁSBAN DOLGOZÓK MAGYARORSZÁGON	11
2.1.	Módszertan	11
2.2.	A munkavállalók demográfiai adatai	11
2.3.	Kereset, másodállás, szubjektív jól-lét	13
2.4.	Érzékelt munkaerőhiány, fluktuáció	15
2.5.	A munka fizikai-érzelmi megterheltsége, veszélyessége	17
2.6.	Szakszervezeti tagság, érdekvégyesítés	18
3.	AZ INTERJÚS KUTATÁS EREDMÉNYEI	21
3.1.	Munkatársak az intézményekben: összetétel, létszámhiány, fluktuáció	22
3.2.	Anyagi megbecsültség	23
3.3.	Munkakörülmények: időbeosztás, munka intenzitása, fizikai környezet, munkaeszközök, adminisztráció	24
3.4.	Egészségi állapot, stressz, kiegészés, abúzus	26
3.5.	Szakszervezeti tagság, érdekvégyesítés	27
3.6.	Covid-tapasztalatok	27
	IRODALOM	30
	A SZERZŐKRŐL	36
	IMPRESSZUM	36

„Tényleg azt mondhatjuk, hogy minden nap egy kihívás és küzdelem, egy vállalhatatlan menet.”
(idősek otthona intézményvezető)

VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

A tanulmány a Friedrich Ebert Alapítvány megbízásából készült. Célja annak bemutatása, hogy a demográfiai idősödés egyre gyorsuló trendje hogyan fogja már napjainkban átalakításra kényszeríteni az ellátást végző szociális-egészségügyi szolgáltatások munkaerő-politikáját. A változások iránya nyilvánvaló: egyre több gondozott fog jutni egyre kevesebb – akár professzionális, akár informális – gondozóra, így hacsak a nemzetállamok nem hoznak időben megfelelő döntéseket a kapacitások növelésére, a szolgáltatások nemcsak pénzügyileg válnak fenntarthatatlanná, hanem a munkaerőhiány miatt is.

A tanulmány módszertana komplex. Egyrészt bemutatjuk a nemzetközi helyzetet és az abból levonható következtetéseket, másrészt egy kvantitatív kutatás adatait másodlagosan elemelve mutatjuk be a magyar idősgondozó munkavállalók helyzetét, amit az érintettekkel készített interjúkból nyert kvalitatív adatokkal, magyarázatokkal egészítünk ki – külön kitérve a Covid-19-járvány hatásaira és az abból levonható tanulságokra is.

Az Unió 27 tagállamában körülbelül 6,3 millió ember dolgozik a gondozási szektorban, ami az EU teljes munkaerő-állományának 3,2%-a. A szektor gerincét adó informális gondozásban a felnőtt lakosság 12%-a, kb. 44 millió fő vesz részt. A munkavállalók aránya nem attól függ, hogy egy adott országban a 65 évesnél idősebb lakosság mekkora részének van a mindennapi tevékenységét korlátozó krónikus betegsége, hanem sokkal inkább a szolgáltatásokhoz való hozzáféréstől, amit viszont a tagállamok sok esetben a költségvetés miatt adminisztratív eszközökkel korlátoznak, mint ahogy az a régiókban is jellemző a rendszerváltás óta. Mindezek ellenére a munkaerő létszámában folyamatos a növekedés, amit a gazdasági válság sem akasztott meg. A dolgozók kb. háromnegyede (ittthon fele) jelenleg a bentlakásos ellátásban van foglalkoztatva, de ez az arány hosszabb távon változni fog, és az otthonközeli ellátások egyre több dolgozót fognak foglalkoztatni. Összességében 2030-ig változatlan feltételek mellett is minimum 50%-os munkavállalóilétszám-növekedéssel lehet számolni.

A munkaerő-összetételre jellemző az elnőiesedés, az elöregedés: tagállami szinten az 50 évesnél idősebb munkavállalók aránya 38% (ittthon ez 43%), de az elmúlt években

ez a folyamat is felgyorsult. A fluktuáció magas, a munkaerőhiány szintén – bár ezek nemzetközi összehasonlítása nehéz, mivel több tényező is befolyásolja e két folyamatot. Itthon elsősorban a szabályozó rendelet az oka a létszámhiálynak (adminisztratív korlátozás), illetve az ebből fakadó összetett problémahelyzetnek, mivel a létszámnormák mára teljesen elszakadtak a tényleges gondozási szükségletektől. A 2007-es kapacitásbefagyasztás¹ szintén hozzájárul a hozzáférési egyenlőtlenségek növekedéséhez.

A tagállamok többségében az idősellátásban dolgozók bére nem éri el a nemzetgazdasági átlagbér 80%-át sem – itthon ennél is rosszabb a helyzet: Magyarországon KSH-adatok szerint 71%-os ez az arány a szociális ágazatban. A pótlékrendszer szinte mindenhol jellemző az ágazatban. Jellemző a többműszakos munkarend, ugyanakkor itthon a részdíj foglalkoztatás ritka az alacsony bérek és a műszakos logika miatt. A többműszakos munkarend ugyanakkor mégis vonzó itthon, mert könnyebben összeegyeztethető a családi kötelezettségekkel.

A munka intenzitása a gondozó-gondozotti aránnyal mérhető, de ehhez hozzá kell számítani a gondozottak állapotát is – ezt a nemzetközi kutatások nem szokták figyelembe venni. A szektorban dolgozók nemzetközi szinten 47%-ban foglalkoznak a munkanapjuk nagy részében közvetlenül kliensekkel (ittthon 85%-ban), a munkaterhelésre jellemző a rendkívül feszített munkatempó: gyakran nem képesek befejezni a nap végére a feladataikat, gyorsan kell reagálniuk váratlan helyzetekre, illetve gyakran kell megszakítaniuk egy adott tevékenységet. A kliensek viselkedéséből fakadó problémák előfordulása riasztóan magas az idősellátásban. Nemzetközi szinten minden harmadik munkavállaló (33%) ki van téve valamilyen káros munkahelyi magatartásnak (ittthon 81%). Emellett jelentős az egészségi kockázat (mozgatás, emelés), ami súlyos mozgásszervi problémákkal jár a dolgozóknál. Emellett mentálisan is megterhelő a munkavállalók számára a feszített munkatempó, a gondozottak viselkedése (demencia), halála, illetve sok esetben a hozzátartozók viselkedése is.

¹ A 239/2006-os (XI.30.) kormányrendelet a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatások esetén bevezette az ún. irányított területi kiegyenlítő rendszert (kapacitásszabályozás).

Itthon, 2020. decemberi KSH adatok szerint összesen 33 000 fő dolgozik idősellátásban. Az általunk kérdőíves kutatás keretében megkérdezett idősgondozók 43%-a 50 év fölötti (az átlagéletkoruk 49 év). Így az idősellátás a szociális ágazat leginkább elöregedő szegmense. Az iskolai végzettség a szociális ágazaton belül az idősellátásban a legalacsonyabb. A dolgozók 80%-a esetén elvárás a szakképzettség, de ez jellemzően középfokú végzettséget jelent. Munkahelyváltást a többségük nem tervez (ennek oka a kor, illetve a családi helyzetük – nincs erre vonatkozóan adat, de az interjúk kutatásból tudjuk, hogy sokan egyedüli családfenntartók). Munkahelyváltást jellemzően a fiatalabbak terveznek, ők is elsősorban a bérek, a stressz, a felelősség miatt.

A bérek nemcsak nemzetközi összehasonlításban alacsonyak, de más ágazatokhoz és a szociális terület egészéhez viszonyítva is. Az idősellátásban dolgozók átlagbére a saját kutatásunk alapján 5%-kal marad el a szociális ágazat főátlagától. A pótlékrendszer kiterjedt, átlagosan 24%-ot jelent a bérben, és fenntartótípusonként szignifikánsak a különbségek (vagyis a béreket egy olyan tényező differenciálja, ami nem kapcsolódik sem a képzettséghez, sem a pozícióhoz, sem munkahelyen eltöltött időhöz). A munkavállalók a jelenlegi helyzetben minimum 50%-os béremelést tartanának méltányosnak. A dolgozók több mint fele vállal másodállást, keresetkiegészítést, amely jellemzően szorosan kapcsolódik a gondozáshoz.

A fluktuációs ráta 23%, az érzékelt munkaerőhiány az idősellátásban magasabb, mint a teljes ágazatban – ezen belül is a szakellátásban a legmagasabb. Jellemző az elöregedés és az utánpótlás hiánya: nyugdíjhoz közel állók aránya 19%, az alapellátásban 21%.

Az ágazat egészéhez viszonyítva az idősellátásban dolgozók sokkal nagyobb arányban gondolják azt, hogy a létszámnormákat felül kellene vizsgálni, mert a szükségesnél jóval kevesebb idő jut az ellátottakra. Az érdekérvényesítési szerepvállalás rosszabb, mint a teljes ágazatban, ennek az elsődleges oka szintén az extrém munkaterhelés, ami mellett semmire nem jut idő.

Az interjúk kutatásunk egyik tanulsága, hogy mivel a központi jogszabályok, ellenőrzések nagyon kis mozgásteret hagynak az intézményeknek – legyen szó a létszámokról, munkaidő-beosztásról, munkakörülményekről –, a regionális különbségeknek valójában nincs nagy jelentőségük, sokkal inkább a fenntartó típusa határozza meg a munkakörülményeket.

A 40-50 éves korosztály számít az intézményes idősellátás oszlopának, mert családjuk/gyermekük van, kényszerhelyzetben vannak, nincs lehetőségük változtatni, számukra a munkahely egyfajta sorsközösség is. A fiatalok hamarabb váltanak, ha nem vonzó számukra a szektor (képzettebbek, mobilabbak, riasztó számukra a nagy felelősség és a megbecsültség hiánya). A létszámihiány általános a szakdolgozói és a (nem szakmai) technikai munkakörökben is, szakdolgozók esetén ennek elsősorban két rende-

let a közvetlen oka. Az 1/2000-es SZCSM rendelet nagyon alacsony létszámnormákat határoz meg ahhoz képest, hogy milyen a bentlakók egészségi állapota (amit a gondozási szükségletvizsgálat állapít meg). A szakdolgozók és a technikai dolgozók egymásra vannak utalva, ugyanakkor az utóbbiak bérében még pótlékok sincsenek. A létszámihiány következménye sokrétű: ide tartozik, hogy egyre kevesebb idő jut egy-egy beteg ellátására (a mentális gondozás a házi segítségnyújtásban teljesen elmarad), emiatt az intézmények kénytelenek trükközni az adminisztrációval, aminek következménye a stressz, a feszített munkatempó, a sérülésveszély fokozódása, a gyakori betegálmány, az osztott munkakör és helyettesítés, illetve az is, hogy szakszervezeti tevékenységre sem jut idő. A vezetők kezében kevés eszköz van arra, hogy megtartsák a munkaerőt: ilyen a műszakokkal való variálás, a házi segítségnyújtásban az egy gondozottra jutó gondozási idő csökkentése, vagy az, hogy próbálják limitálni az otthonokba bekerülő súlyos állapotú ellátottak számát.

Az interjúk kutatás megerősítette, hogy az anyagi megbecsültsége a munkának teljes mértékben hiányzik, ezt a pótlékok némileg és nem következetes módon tudják csak kompenzálni. Ugyanakkor probléma, hogy azonos feladatok esetén sem kap mindenki ugyanolyan pótlékokat (pl. ágy melletti pótlék, egészségügyi pótlék), illetve fenntartók között van különbség, ami szintén feszültségforrás a munkavállalók számára – különösen az egyházi átvételek kapcsán.

A piacosodás annak a következménye, hogy az alacsony bérek találkoznak a hozzáférési problémákkal. Mivel azonban kevesen képesek megfizetni a valódi piaci árakat, az ellátás csak feketén kifizetődő. Ezen tudna segíteni, ha az állam minden gondozási szükséglettel rendelkező számára nyújtana pénzübeli támogatást, amit szolgáltatásvásárlásra költethet, ha egyébként az állami ellátást nem tudja a szigorú belépési feltételek miatt igénybe venni.

Fontos kiemelni a gondozók rossz fizikai és mentális egészségi állapotát. A gerinc- és más mozgásszervi problémák általánosak az állandó emelgetés miatt, ugyanakkor nem kapnak a dolgozók korszerű képzést ennek kivédésére. A kineszterikaképzés itthoni elterjesztése nagyon fontos állami feladat lenne. A feszített munkatempóból fakadó mentális problémák csak a létszámnormák újragondolásával kezelhetők, de a gyászfeldolgozás, a szupervízió is nagyon lényeges lenne a kiégés megelőzése érdekében.

A Covid-19-járvány első két hullámának tapasztalataira ebben a kutatásban csak röviden térünk ki, ezek beépítése a következő hullámokba kormányzati részről sajnos szintén elmaradt.

1.

HELYZETKÉP AZ EURÓPAI UNIÓBAN

1.1. MUNKAERŐTÉRKÉP

Az Unió 27 tagállamában² körülbelül 6,3 millió ember dolgozik a gondozási (LTC) szektorban³, ami az EU teljes munkaerő-állományának 3,2%-a. A szektor gerincét adó informális gondozásban a felnőtt lakosság 12%-a, kb. 44 millió fő vesz részt. A munkaerő aránya ugyanakkor jelentős szórást mutat, míg pl. Görögországban a teljes foglalkoztatotti létszám 0,3%-a tartozik ide, addig Svédországban ez az arány 7,1%. Az országok összehasonlító adatait vizsgálva megállapítható, hogy a munkavállalók aránya nem attól függ, hogy egy adott országban a 65 évesnél idősebb lakosság mekkora részének van a mindennapi tevékenységét korlátozó krónikus betegsége, hanem sokkal inkább a szolgáltatásokhoz való hozzáféréstől: minél szélesebb a hozzáférés, annál magasabb a munkavállalók aránya.

A trendet, a növekedés ütemét mutatja, hogy a munkaerő a 2009-es 4,7 milliőről 2014-re 5,6 millióra, 2019-ben pedig 6,3 millióra nőtt (a teljes munkaerő 2009-es 2,5%-áról 2014-re 3,0%-ra, 2019-ben pedig 3,2%-ra). Ez azért figyelemreméltó, mert a 2007–2008-as globális pénzügyi válságot követően a teljes foglalkoztatási ráta csökkent. A válsággal összefüggésben néhány ország – többek között Magyarország is – befagyasztotta a tartós gondozási kapacitásokat. Az EU27-ben azonban összességében a gondozást-ápolást végző munkaerő száma és aránya tovább nőtt: egy évtized alatt körülbelül egyötödével (33,5%) bővült (Eurofound, 2020).

A szektorban dolgozók zöme tartós gondozást nyújtó bentlakásos otthonban van foglalkoztatva. Az LFS (Labour Force Survey) adatai azt mutatják, hogy az EU27 átlagában a szektorban dolgozó munkaerő 71%-a dolgozik idősök otthonában, de pl. Ausztriában, Olaszországban ez az arány eléri a 75%-ot (Magyarországon 53%). A többi országban szintén túlsúlyban van a bentlakásos ellátás, de pl. a skandináv országokban trendszerűen egyre nagyobb arányt képviselnek az otthonközeli ellátásban dolgozók – összhangban az ún. intézménytelenítés folyamatával.

Az idősellátásban dolgozó munkavállalók demográfiai összetételre jellemző a nemek közti jelentős mértékű kiegyensúlyozatlanság: 2019-es adatok szerint az ágazatban dolgozók 81%-a nő. Emellett jellemző folyamat az előregedés: az 50 éves vagy annál idősebb munkavállalók aránya az idősellátásban 37,9%, ez 4,7%-kal magasabb, mint a teljes foglalkoztatotti körben. Az elmúlt évtizedben az előregedés üteme felgyorsult. Az otthonközeli szolgáltatásokban dolgozóknál magasabb az 50 év feletti munkavállalók aránya, mint a bentlakásos otthonokban. Magyarországon is létező a jelenség ugyan az ápolók-gondozók bevándorlása, de sokkal kisebb mértékben mint a nyugat-európai országokban, ahol a külföldi, migráns-háttérű munkavállalók aránya igen magas.

A fluktuációra vonatkozóan nincsenek jól összehasonlítható nemzetközi adatok, de ahol ezt mérik, ott jellemzően 10%-nál magasabb. A munkaerőhiány mérése szintén összetett: lehet becsülni a betöltetlen munkahelyek számával, lehet nézni a várólistákat, illetve az is vizsgálható, hogy mennyire nehéz – mennyi ideig tart – egy üres státuszt betölteni. A munkaerőhiányt jellemzően több tényező is befolyásolja:

² A továbbiakban az egyszerűség kedvéért az EU27 rövidítés alatt Nagy-Britanniát is beleérttem az adatokba.

³ Tartós ápolás-gondozás, angolul Long-term care (LTC): a szektor hivatalos definíció szerint magában foglalja az idősellátás mellett más célcsoportok tartós gondozását-ápolását is, de mivel nagyrészt idősök ellátásáról van szó, gondozási szektorként utalok rá, de az idősök ellátását értem alatta.

1. Kereslet a szolgáltatásokra

- a. Korstruktúra, a korlátozottság mértéke korcsoportonként, demensek aránya,
- b. Hozzáférés: jelenleg sok a kielégítetlen szükséglet: pl. az EU-ban sok embernek van kielégítetlen tartós gondozási szüksége (Eurofound, 2020). Ezeknek az igényeknek a kielégítése gyakran több személyzetet igényel. Például Szlovákiában hiába nőtt az utóbbi időben jelentősen a bentlakásos ápolók száma, a hozzáférés fokozódása miatt még mindig munkaerőhiánnyal küzd az ország,
- c. Vannak-e alternatívák, választási lehetőségek a formális gondozásra: informális gondozás, bentlakásos gondozás⁴ elérhetősége, ápolási díj,
- d. Milyen típusú formális szolgáltatások érhetőek el: pl. az otthonközeli szolgáltatások népszerűsége miatt egyre több házi gondozóra lenne szükség.

2. Kínálati elemek

- a. Idősödő munkaerő, nyugdíjpolitika,
- b. Technológia, innováció (bár erre a szektorra kevésbé jellemző a mesterséges intelligencia és a robotizáció, vö. EUR, 2021),
- c. Kapacitás: gondozó-gondozott arány hogyan van tagállami szinten szabályozva,
- d. Hiányzások gyakorisága (idősebb munkaerő többet van betegszabadságon),
- e. Mekkora a verseny a munkaerőért más szektorokkal,
- f. Vannak-e bevándorlók,
- g. Képeznek-e elég új munkaerőt.

Mindezek miatt nehéz országok közti összehasonlítást tenni, mivel mindenhol más az oka a munkaerőhiánynak. Magyarországon 2008 óta a szociális ellátásokban folyamatosan növekszik a betöltetlen álláshelyek száma, a KSH 2020. december végi adatai⁵ szerint 5374 ilyen álláshely volt országosan, ami 7%-os hiánynak felel meg, ezen belül az idősellátásban 4%-os a munkaerőhiány. (Ugyanakkor figyelembe

kell venni, hogy a létszámnormákat meghatározó 1/2000-es SZCSM rendelet⁶ elavult és az ott szereplő létszámelvárásoknak ma már, 20 év távlatából semmi köze nincs a tényleges gondozási szükségletből fakadó gondozói létszámhoz.) Az Eurofound már idézett anyaga megállapítja, hogy összességében 2030-ig minimum 50%-os munkavállalólétszám-növekedéssel lehet számolni (Eurofound, 2020).

⁴ Itt azokról az informális (képzett vagy képzetlen) gondozókról van szó, akik hosszabb-rövidebb ideig az ellátott otthonában élve, fizetségért nyújtják ezt a szolgáltatást. Nincs rá megfelelő magyar kifejezés.

⁵ Ungár Péter országgyűlési képviselő 2021. októberi közérdekű adatkérése alapján

⁶ 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről

1.2. MUNKAKÖRÜLMÉNYEK

1.2.1. Munkabér

2014-ben a szociális szolgáltatásokban dolgozók átlagos órabére (9,62 euró tagállami átlaggal számolva) minden tagállamban elmaradt a gazdaságok egészének átlagbéretől (11,98 euró). A 27 tagállam közül 24 esetében a szociális szolgáltatások átlagos órabére legalább 10%-kal alacsonyabb az országos átlagkeresetnél. Kivételt képez Hollandia, Ausztria és Luxemburg, ahol a szociális szolgáltatásokban az átlagkeresetek elérik az átlagbér több mint 90%-át. A tagállamok több mint fele (14) esetében a szociális szolgáltatásokból származó keresetek nem érik el az országos átlagbér alatt maradnak. Jellemző megoldás az egyes tagállamokban a bérpótlérendszer: pl. műszakpótlék, gyerekek után járó pótlék, túlóra, ágazati pótlék stb. Ugyanakkor egy adott országban belül is lehetnek bérkülönbségek, pl. ahol erős a szakszervezet és van kollektív szerződés, ott a bérek is magasabbak. A legtöbbet az egészségügyi végzettséggel rendelkezők és a terápiás munkatársak keresnek a szektorban (Eurofound, 2020)

Összességében a legtöbb uniós országban a gondozók bére jóval a teljes gazdaságra vonatkozó bruttó nemzeti átlagkereset alatt van. A tagállamok közül csak négy éri el az átlag 85%-át (Nagy-Britannia, Románia, Luxemburg, Észtország), és körülbelül háromnegyedük még az átlag 65%-át sem éri el (Magyarországon 71%-os aránnyal a legrosszabbul fizetettek közé tartoznak az idősellátásban dolgozók). Jellemzően magasabbak a bérek az állami szférában, illetve az időotthonokban, településméret szerint pedig a nagyobb városokban. Sokan a szociális szektorból mennek át az egészségügybe – így az idősgondozás a szociális szektorban egyfajta ugródeszka a karrierúton. De pl. Ausztriában az állami területen dolgozók bére egységes az egészségügyi és a szociális területen, mivel mindkét szektorban csak a végzettség számít (Magyarországon a szociális területen egészségügyi végzettséggel dolgozók egészségügyi pótléket kapnak).

Egy 2019-es szakszervezeti, nemzetközi összehasonlító kutatás (Kamińska et al, 2020) ugyanezt állapította meg, de magyarázatokat is keresett a bérkülönbségekre. A szerzők azt találták, hogy a szociális területen dolgozók bérének aránya nem függ össze azzal, hogy egyébként mennyit költ egy állam a teljes szektorra. Az Esping-Andersen-i jóléti rezsimtípusok csak korlátozott mértékben nyújtanak magyarázatot: ez alapján vannak olyan, jellemzően skandináv országok, ahol a jóléti kiadások és a szociális területen dolgozók bére is magas. A konzervatív modellbe tartozó Németország, Franciaország jó példái a kiterjedt társadalombiztosítási rendszereknek: itt közepes a jóléti kiadás és közepes a bérszint. A kelet-közép európai országokban pedig jellemző a rendszerváltáskor kialakult neoliberális megszorító modell: mind a kiadások, mind a bérek szintje alacsonyan van tartva. Ugyanakkor vannak kivételek, pl. Nagy-Britannia, ahol a jóléti kiadások szintje a liberális

modellnek megfelelően alacsony, de ez nem igaz a szociális munkások bérére, ami az átlagbérhez viszonyítva a legmagasabb egész Európában.

1.2.2. A foglalkoztatás jellege, ebből fakadó nehézségek

Európában, különösen Nagy-Britanniában a szolgáltatói szektorban gyakori az ún. nulla órás szerződés, ami azt jelenti, hogy a munkaszerződésben a munkaadó nincs arra kötelezve, hogy minimális munkaidőt garantáljon a munkavállalónak (nincs rögzítve, hogy hány órát dolgozik a munkavállaló, hanem csak azt írja alá, hogy szükség esetén rendelkezésre áll, de erre az időre nem garantálnak számára bért). Emellett elterjedt a bejelentés hiánya, a részidős foglalkoztatás, és az ún. platformmunka⁷. Bentlakásos ápolóknál gyakori még az önfoglalkoztatás, ami sok országban egyben a kifizetés egy eszköze is: a gondozót önálló vállalkozóként regisztrálják, és az ápolási díjat az önkormányzatok fizetik ki a számára (például Lettországon). Ez a megoldás csak abban az esetben működik, ha a gondozottnak járó ápolási díj elköltését az állam ellenőrzi, a kifizetést a gondozó regisztrációjához köti. Németországban az ún. minijob rendszerbe⁸ illeszkedik a bentlakásos ápolás, ugyanakkor egy közelmúltbeli bírósági ítélet szerint a külföldi gondozók is jogosultak lehetnek a német minimálbérré⁹.

1.2.3. Munkaidő

Más állami ágazatokkal összehasonlítva az idősellátásban sokkal jellemzőbb a nem szabványos munkarend, a részidős foglalkoztatás (főleg a házi segítségnyújtásban), a többműszakos munka (bentlakásos ellátásban inkább). 2019-ben a tartós ápolást végző munkavállalók több mint 40%-a dolgozott részmunkaidőben az EU27-ben, szemben az egészségügyi ágazat 26%-ával. A teljes részmunkaidős foglalkoztatási ráta 19%-os. (EUR, 2021a). Magyarországon a részidős foglalkoztatás a szektorban a rendkívül alacsony bérek miatt alig jellemző. Az atipikus munkarendnek a munkaegészségügyi kutatások szerint az egészségügyi hatásai negatívak lehetnek: jellemzőek a kardiovaszkuláris betegségek, gyakori balesetek, depresszió. Ugyanakkor itthon egy 2006-os kutatás eredményei azt mutatták, hogy az idősellátásban dolgozó munkavállalók nagyra értékelik a munkaidő beosztásban a rugalmasságot: sokan elsődlegesen azért választják ezt a munkát, mert kiszámítható, stabil, mégis rugalmas a (műszakos) munkarend, aminek az alakításába van bele-

⁷ Amikor egy netes felületen kötik össze a keresletet és a kínálatot, a platform ügynökségként foglalkoztatja a gondozót, itthon ez a típusú munkavégzés leginkább magántanároknál jellemző. Példa a platformokra: Mindme.ie, Care.com, fermeria.hu

⁸ Erről bővebben: <https://handbookgermany.de/en/work/minijob.html>

⁹ <https://merce.hu/2021/07/30/a-kelet-europai-idosgondozasban-dolgozok-is-jogosultak-a-nemet-minimalberre-de-igy-sem-valoszinu-hogy-meg-is-kapjak-azt/>

szólásuk – vagyis elsődlegesen a munka-család összehangolása a céljuk (Gyarmati, 2006).

1.2.4. A munka intenzitása, stressz, kiégés

A munka intenzitását többféleképpen lehet mérni. Egyrészt a gondozó-gondozott aránnyal, amire egyelőre nincs egységes tagállami gyakorlat. A fizikai és mentális jóllét szempontjából lényeges kérdés, hogy a munkaidő mekkora részében kell közvetlenül kliensekkel foglalkozni és ennek milyen következményei vannak a dolgozók egészségi állapotára (milyen mértékű a túlterheltség, mennyi idő jut egy-egy kliensre). A szektorban dolgozók 47%-a foglalkozik a munkaideje nagy részében közvetlenül kliensekkel (nálunk ez 85%), ami azzal jár, hogy gyakran nem képesek befejezni a nap végére a feladataikat, gyorsan kell reagálniuk váratlan helyzetekre, illetve gyakran kell megszakítaniuk egy adott tevékenységet. Az idősellátásban dolgozó munkavállalók több mint ötöde (22%) szinte egész nap nehezen kezelhető kliensekkel dolgozik, ez gyakoribb, mint az egészségügyben (18%), és kétszer annyi, mint a teljes foglalkoztatotti körben (11%). A kliensek viselkedéséből fakadó probléma előfordulása riasztóan magas az idősellátásban. Minden harmadik munkavállaló (33%) van kitéve valamilyen káros munkahelyi magatartásnak (akár a kliensek, akár a kollégák részéről), ami kétszer olyan magas, mint a teljes munkavállalói kör esetén (16%) és 8%-kal magasabb, mint az egészségügyi ágazatban. A verbális bántalmazás, a kéretlen szexuális közeledés, a fizikai erőszak és a szexuális zaklatás gyakoribb a bentlakásos ellátásban, mint az otthonközeli ellátásokban (Eurofound, 2020). Ez fakadhat egyrészt abból, hogy egyre nagyobb az ellátottak között a demens beteg, de másrészt az intézményi kultúrából is (nagy létszámú intézmények, gondozói túlterheltség stb.)

Emellett a szektorban való munkavégzés a megszokottaktól eltérő fizikai kockázatokkal is jár: gyakori az ellátottak felemelése, mozgatása – ezt a munkavállalók 40%-a a munkaideje több mint háromnegyedében végzi (ugyanaz az egészségi dolgozók esetén 23%).

Ezeknek a munkakörülményeknek negatív a hatása a munkavállalók egészségére és jóllétére, mivel hozzájárulnak a szorongáshoz, a depresszióhoz, az alvási, evési problémákhoz, az érzelmi-fizikai kimerültséghez. Számos pszichoszomatikus betegség kapcsolódik a káros társas viselkedéshez, mint például a fejfájás, a fáradtság, a szív- és érrendszeri betegségek, valamint az alkohol- és kábítószer-fogyasztás (Eurofound, 2015, Beer, 2016).

Összességében a munkavállalók 37%-a gondolja úgy, hogy munkája negatívan befolyásolja az egészségét (szemben az egészségügyben dolgozók 29%-ával és az összes munkavállaló 25%-ával). Majdnem kétötödük (38%) úgy gondolja, hogy 60 éves koráig nem fogja tudni majd ezt a munkát végezni. Ez az arány magasabb, mint az egészségügyben (26%) és az összes ágazatban (27%). (Eurofound, 2020).

1.2.5. A munkával való elégedettség, védőfaktorok

Az idősellátásban dolgozó munkavállalók 71% érzi hasznosnak a munkáját, de csak 22%-a elégedett a munkakörülményeivel (Eurofound, 2020). Mivel a stressz, fizikai és mentális túlterhelődés elsősorban a nem megfelelő szervezeti működésből és nem pedig az egyéni jellemzőkből fakad, éppen ezért a munkaerő megtartása érdekében az egészségi állapot szempontjából kockázatos munkafeltételek javítására kell törekedni. Több tanulmány is megállapítja, hogy a stressz és a kiégés kezelésében kulcsfontosságú a jó menedzsment és az erős szakmai támogatás. A szupervízió hasznos eszköz a munkahelyi stressz kezelésére, de emellett ugyanolyan fontos a megfelelő finanszírozás, a szakmai autonómia, a felesleges adminisztráció csökkentése, az értekezletek koncentráltabbá és hatékonyabbá tétele, a munkaköri leírások egyértelműsége, a munkatársak támogatása, az optimális esetszámok, a fizikai környezet infrastruktúrájának javítása, a munkavégzés biztonságosabbá tétele is (Mack, 2012, Beer, 2016, Csesznek–Simon, 2019).

1. tábla

Erőszakos viselkedés előfordulása különböző szektorokban (%)

	verbális abúzus	kéretlen szexuális közeledés	fenyegetés	megalázó viselkedés	fizikai erőszak	szexuális zaklatás	zaklatás, bullying
idősellátás	26	7	11	8	12	4	8
egészségügy	18	2	6	8	5	1	9
más szolgáltatási szektor	12	2	5	6	2	1	5
nem szolgáltatási szektorok	7	1	2	4	0	0	3
összes szektor	12	2	4	6	2	1	5

Forrás: Eurofound, 2020, 10. tábla

1.3. POLICY JAVASLATOK DÖNTÉSHOZÓKNAK

1.3.1. Általános javaslatok

1. A munka interperszonális aspektusai kulcsfontosságúak az időgondozásban. A magas színvonalú gondozás biztosítása és a munkaerőhiány kezelése érdekében a humán erőforrás megbecsülése és az ágazati dolgozók munkakörülményeinek célzott javítása kulcsfontosságú.
2. A munkaerőhiány kezelése érdekében az intézkedések célba vehetik a részmunkaidős munkavállalókat, a munkanélkülieket és az inaktív, volt informális gondozókat, azokat a munkavállalókat, akik el akarják halasztani nyugdíjba vonulásukat és a leendő fiatal diákokat. Különösen a férfiakat lehetne célba venni. Ahhoz azonban, hogy ezek az intézkedések hatékonyak legyenek, jobb munkakörülményekre van szükség.
3. Egyre fontosabbá válik, hogy elismerjék azokat a konkrét fizikai kockázatokat, amelyekkel a gondozásban dolgozó munkavállalóknak szembe kell nézniük, beleértve az emberek felemelésével kapcsolatos egészségi kockázatokat is. A Covid-19-válság megmutatta, hogy az munkavállalókat jobban fel kell készíteni arra is, hogy biztonságosan dolgozzanak potenciálisan fertőző környezetben.
4. A tartós gondozásban dolgozóknál nagy a kockázata annak, hogy mentális egészségi problémák alakulnak ki a munka magas érzelmi terhei és a munkahelyek káros, a kliensek részéről tapasztalható viselkedésnek való kitettség miatt. A növekvő gondozotti létszám miatt különösen fontos, hogy a politikai döntéshozók foglalkozzanak ezzel a kérdéssel.
5. A személyzet képzési szintjének javítása növeli a szolgáltatások minőségét, illetve csökkentheti a fizikai és mentális egészségügyi kockázatokat is. Az ellátottakkal töltött több idő, a kevesebb adminisztrációs feladat, a nagyobb önállóság és a megnövekedett professzionalizmus szintén hozzájárulhat a jobb szolgáltatásokhoz.
6. Fizikai megterhelődés, abúzus: a kinesztétika, az agressziókezelés elsajátítása, a technológiai innovációk széleskörű bevonása segíthet ezek megelőzésében, kezelésében.
7. Legyenek kollektív szerződések az ágazatban.
8. Informális bentlakásos gondozás kifejlesztése: az államok különféle módon igyekeznek ösztönözni az informális bentlakásos ápolók bejelentett munkavégzését. Cipruson például az ápolási díjban részesülő ellátottak kötelesek a hatóságoknak bemutatni a megállapodást a köztük és az ápolási szolgáltató között – utóbbi szervezeten keresztül foglalkoztatható, vagy önálló vállal-

kozó lehet. Néhány ország (pl. Belgium, Németország) utalványrendszereket dolgozott ki, ezek az utalványok csak bejelentett munka megvásárlására használhatók fel, és a gondozó szociális védelmét biztosítják (a szolgáltatást igénybe vevő regisztrálja a munkavállalót és havi utalványt vásárol, amely tartalmazza a balesetbiztosítást, nyugdíjjárulékot stb.). Ausztriában 2008 óta a legtöbb ilyen ellátást munkaviszonyként vagy önálló vállalkozásként formalizálták. A gondozók ügynökségeken keresztül dolgoznak, szociális hozzájárulást fizetnek, és jogosultak a szociális védelemre. A kifejlesztést ösztönzi, hogy az állam pénzügyileg hozzájárul a bentlakásos gondozók foglalkoztatásához, de csak a szakképzett, bejelentett munkavállaló után nyújt támogatást.

9. Fontos lenne a szisztematikus adatgyűjtés, adatfeldolgozás – a munkavállalókra vonatkozóan. Magyarországon is több állami szervezet gyűjt adatot, ugyanakkor ezeket nem dolgozzák fel, a tervezésbe nem építik be, így nincsenek evidencia alapú gyakorlatok és hatáselemzések sem.

1.3.2. Nemzetközi policy javaslatok a szektor vonzóbbá tételére

Az ágazat vonzerejének növelése különböző intézkedésekkel történhet. Itt három fő irány rajzolódik ki. Az egyik az informális gondozók, munkanélküliek mint tartaléksereg képzése, professzionalizációja, a másik a gondozóelszívás gyakorlatának (más ágazatokból vagy földrajzi területekről) uniós szintre emelése, a harmadik pedig a jelenlegi munkaerő megtartása a körülmények javításával.

Olyan konkrét intézkedésekre kell gondolni, mint a változatosabb munkaerő-összetételre törekvés (pl. férfiakkal szembeni sztereotípiák lebontása, bevándorlók, robotizálódó ágazatokból való munkaerő elszívás ösztönzése); a tartós gondozási ágazat imázsának javítása pl. tájékoztató kampányokkal; az informális gondozók professzionalizációjának ösztönzése; a szakmához való hozzáférés jogi és nyelvi akadályainak csökkentésére irányuló kezdeményezések (pl. mobil és migráns háttérű munkavállalók nyelvi képzése); a magas munkanélküliséggel küzdő ágazatokból származó proaktív munkaerő-felvétel.

A gondozók munkakörülményeinek javítása (egészségvédelem és munkahelyi biztonság), valamint az ágazatban folytatott szociális párbeszéd előmozdítása is lényeges eszköze a szektor vonzóbbá tételének. Ezért a toborzás mellett célzott és rendszerszintű erőfeszítésekre van szükség a megfelelően képzett munkaerő hosszú távú megtartására is. A szakpolitikai lehetőségek a következők: elsődlegesen a munkakörülmények és a fizetés javítása – többek között megerősített szociális párbeszéd révén; a munkaszervezés javítása; átképzés és továbbképzés – különös tekintettel a digitális és transzverzális készségekre; valamint a munkahelyi egészségvédelem és biztonság fokozása.

2.

MÁSODELEMZÉS: IDŐSELLÁTÁSBAN DOLGOZÓK MAGYARORSZÁGON

2.1. MÓDSZERTAN

Az alábbiakban egy 2021 év elején készült, a szociális szektorban dolgozókat célzó kérdőíves kutatás adatait használtam fel másodelemzéshez. Az Ökopolisz Alapítvány megrendelésére készült adatfelvétel szociális szakmai csoportokban, szakszervezeti Facebook-oldalakon meghirdetett online kérdőívvel zajlott. A teljes, tisztított minta elemszáma 1280 fő volt, ebből 565 főt sikerült leválogatni a jelen elemzéshez (azokat, akik házi segítségnyújtásban, jelzőrendszeres házi segítségnyújtásban, nappali ellátásban és bentlakásos ellátásban dolgoznak). A minta nem, korcsoport, régió és ellátási szakterület szerint jól reprezentálja az alapsokaságot. Iskolai végzettség szerint az adatfelvétel módszertana miatt (online lekérdezés) az alapfokú végzettségűek alul vannak reprezentálva, fenntartótípusra nem reprezentatív.

A már hivatkozott 2021-es közérdekű adatkérésre adott KSH adatok szerint 2020. december 31-én alkalmazásban állók száma ellátástípusok szerint így alakult: házi segítségnyújtásban 12 932 fő, jelzőrendszeres házi segítségnyújtásban 164 fő, nappali ellátásban 2588 fő, míg tartós bentlakásos ellátásban 17 373 fő dolgozott. Összesen tehát az idősellátásban dolgozó munkavállalók száma: 33057 fő, 47-53%-os megoszlással az alap- és szakellátásban, a mintában a megoszlásuk 48-52%. Fenntartótípus szerinti megoszlásukat mutatja a 2. tábla. Ez alapján

2. tábla

Alkalmazásban állók fenntartótípus szerinti megoszlása (2020. 12. 31.)

fenntartótípus	alkalmazásban állók száma	aránya (%)
önkormányzat	15 425	46,7
egyház, egyházi intézmény	10 942	33,1
gazdasági társaság	2 538	7,7
központi állam	2 220	6,7
civil szervezet	1 931	5,8
összesen	33 057	100%

Forrás: KSH adatközlés

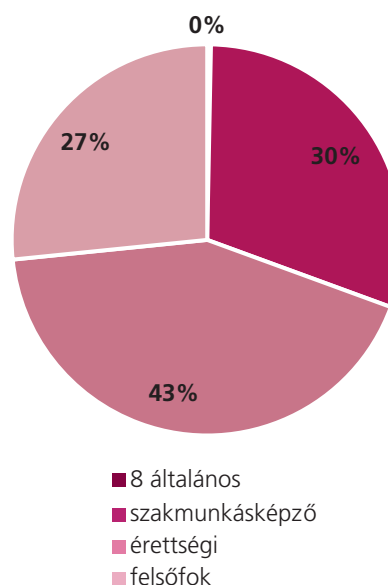
a minta, bár nagyságrendileg megfelel az alapsokaságnak, de reprezentatívnek nem nevezhető.

2.2. A MUNKAVÁLLALÓK DEMOGRÁFIAI ADATAI

A válaszadók 96%-a nő (a teljes szociális ágazatban ez az arány 92%) – a pálya nemzetközi összehasonlításban is rendkívül elnőiesedett. Házi segítségnyújtásban az arány 98%. Iskolai végzettség szerint nézve az adatokat, megállapítható, hogy a szociális ágazat összességéhez képest, az idősekkel foglalkozók körében a legalacsonyabb a felsőfokú végzettséggel rendelkezők aránya (27%). A kérdezettek 39%-a 41–50 éves, 43% pedig elmúlt 50 éves (az átlagéletkor így 49 év). Így az idősellátás a szociális ágazat leginkább elöregedő szegmense.

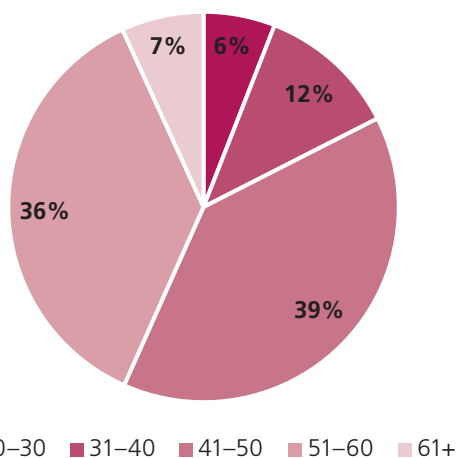
1. ábra

Iskolai végzettség szerinti megoszlás a mintában

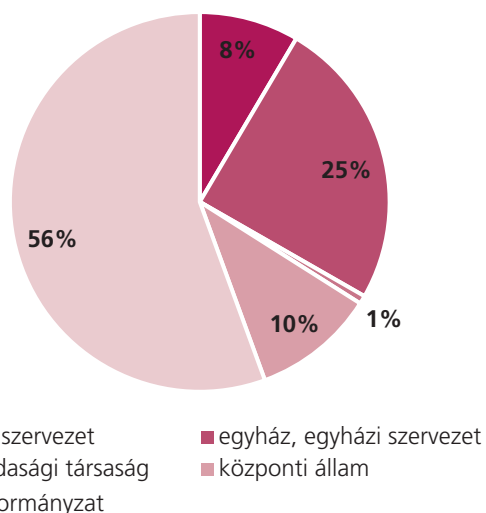


Az idősellátásban dolgozó munkavállalók döntő többsége tehát nő, a 40-es, 50-es korcsoportba tartoznak, átlagosan 11 éve dolgoznak a jelenlegi munkahelyükön.

2. ábra
Korcsoportos megoszlás a mintában



3. ábra
A kért munkahelyének fenntartója



Fenntartótípus szerint a legtöbben önkormányzatnál dolgoznak (56%). 10%-uk dolgozik a központi államnak, vagyis a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság (SZGYF) által fenntartott intézmények egyikében, 25%-uk egyháznál és 8% civil szervezetnél. Gazdasági társaságnál azonban csupán 1%-uk. Összevetve az alappopuláció megoszlásával, a mintában lévők között felülreprezentáltak az önkormányzatnál dolgozók, míg az egyháznál és különösen a gazdasági társaságoknál dolgozók alul vannak reprezentálva. Az alpellátásban dolgozók 10%-kal többen dolgoznak önkormányzati fenntartású intézményben, mint a szakellátásban dolgozók.

A jelenlegi munkahelyén átlagosan egy munkavállaló közel 11 éve dolgozik, a legkitartóbb munkavállaló már 42 éve dolgozik ugyanott. Kategorizálva: maximum 10 éve van a jelenlegi munkahelyén a kérdezettek 58%-a, 11–20 éve 26%-uk, több mint 21 éve pedig 17%-uk. (A kor és a lo-

3. tábla
Munkahelyváltást tervezők aránya

„Tervez-e munkahelyváltást az elkövetkező 6–12 hónapban?”	alpellátás (%)	szakellátás (%)
igen, de a szociális ágazaton belül maradnék	8,4	10,7
igen, és inkább a versenyszférában szeretnék elhelyezkedni	8,2	6,3
igen, külföldön képzelem el a jövőmet	4,7	6,8
igen, nem szociális területen, de maradnék a közszférában	5,6	10,7
nem tervezek munkahelyváltást	73,1	65,4
Összesen	100	100

4. tábla
Munkahelyváltást tervezők által megjelölt okok

munkahelyváltás oka	a váltani szándékozók százalékában
alacsony bérek	78,3
túlzottan megterhelő érzelmileg-mentálisan a munkám	45,7
fizikailag túlzottan megterhelő a munkám	37,1
állandó szervezeti bizonytalanság	27,4
nem megfelelő munkakörülmények	25,7
szakmai, etikai konfliktus	16,6
nem kapom meg a törvényes juttatásokat	9,7
vezetővel való konfliktusok	8,0
munkatársakkal való konfliktusok	7,4
nem kapom meg a törvényi besorolást	6,3
nem tudom összeegyeztetni a családi kötelezettségeimmel	2,9

litás statisztikailag is összefügg: minél idősebb valaki, annál hosszabb ideje dolgozik a jelenlegi munkahelyén.) A jelenlegi munkahelyük átlagosan a negyedik a karrierút során. 30%-uknak ez az első/második munkahelye, 26%-uknak második/harmadik és 45%-uknak negyedik vagy többedik.

A fentiekből következően nem meglepő, hogy a kérdezettek több mint kétharmada (69%) nem tervez munkahelyváltást rövid távon. Közel harmaduk (32%) otthagyná a jelenlegi munkahelyét, de közöttük is a többség a szociális szférán belül maradna (10%). Úgy tűnik, hogy az idősellátásban dolgozók számára a kor alapú diszkrimináció és az alacsony iskolai végzettség miatt is rendkívül nehéz a kilépés a szociális ágazatból. Szignifikáns ugyanakkor az összefüggés ellátástípus szerint vizsgálva: a tartós bentlakásos ellátásban dolgozók nagyobb arányban tervezik a munkahelyváltást, mint az alpellátásban dolgozók (35%, szemben az alpellátás 27%-os arányával).

A munkahelyváltást tervezők 78%-a elsődleges okként az alacsony béreket jelölte meg. Emellett 46%-uk tartja a munkáját mentálisan-érzelmileg nagyon megterhelőnek, 37%-uk számára fizikailag is kimerítő. A mentális-fizikai kimerültség sokkal jellemzőbb az idősellátás területén dolgozókra, mint a szociális ágazat más területeire. Mindez összhangban van a nemzetközi kutatási eredményekkel. Ugyanakkor azt is érdemes megfigyelni, hogy a legkevésbé jelenik meg problémaként a munka-család összehangolásának nehézsége.

A szöveges válaszokból a megbecsültség, a motiváció hiánya rajzolódik ki:

- kevés a gondozó az ellátottak számához és állapotához viszonyítva,
- nincsen megbecsültsége a munkának,
- 2010-es átalakítás óta megvonták tőlük az összes juttatást,
- határozott idejű szerződéssel alkalmaznak munkavállalókat és nem hosszabbítanak, hiába van munkaerőhiány.

A munkaidő beosztásra jellemző a fix munkaidő-beosztás mellett a műszakos beosztás. Ahogy már korábban utaltam rá, a részmunkaidő és az egyéb atipikus formák nagyon ritkák itthon az idősellátásban a rendkívül alacsony bérek miatt. Összevetve az ágazat egészével, az idősellátásban még a rugalmas kezdés és/vagy végzés is ritkának számít (az ágazat egészében a munkavállalók 12%-ának van erre lehetősége, míg itt csupán 6%-uknak).

5. tábla
Munkaidő beosztás

munkarend	fő	%
megbízásos formában	3	0,4
részmunkaidőben	5	0,9
teljes munkaidőben – fix munkaidő beosztással	310	55,0
teljes munkaidőben – műszakos beosztással	213	37,7
teljes munkaidőben – rugalmas kezdéssel, végzéssel	34	6,0
összesen	565	100

2.3. KERESET, MÁSDOÁLLÁS, SZUBJEKTÍV JÓL-LÉT

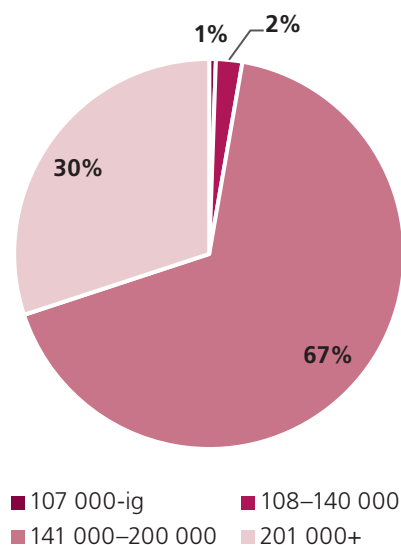
A szociális szolgáltatásokban, azon belül az idősellátásban dolgozók bérhelyzetéről egységes képet nehéz kialakítani. A munkabér alapját a közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992. évi XXXIII. törvény szerinti illetménytábla határozza meg (az ebben szereplő összegek 2008 óta változatlanok), melyet évről évre egyre nagyobb arányban fed le a bérminimum (míg 2011-ben a bértábla celláinak 22%-át fedte le a minimálbér-bérminimum, addig ez 2021-ben már 85%,

tehát a bértábla mára gyakorlatilag elvesztette az eredeti funkcióját, nincs differenciálás). Ezen felül viszont három önálló kiegészítő pótlékrendszer és több, pótlékalaphoz kötött munkahelyi pótlék is befolyásolja az illetmények tényleges összegét (pl. szociális ágazati összevont pótlék, egészségügyi munkakörök pótléka, ágy melletti pótlék, vezetői pótlék, illetve emellett a fenntartók külön pótlékokat is adhatnak) (Meleg, 2021a). A miniszterelnök 2021. október 8-i rádióinterjújában jelentette be a több ágazatot is érintő béremelési tervet, ezek között szerepel a szociális ágazat béreinek 20%-os emelése, ami valójában nagyrészt a minimálbér-bérminimum emeléséből fog állni. „Ez az emelés egyben azt jelenti, hogy a közalkalmazotti bértábla gyakorlatilag a megsemmisülés határára került, hiszen csak 11 olyan cella marad, amit nem ér el a minimálbér és a bérminimum, a bértábla lefedettsége gyakorlatilag 94%-os.” (Meleg, 2021b)

A magyar szociális ágazat átlagbérét illetően nem csak a környező országokhoz, hanem más ágazatokhoz viszonyítva is szembetűnő az elmaradás. 2013 és 2020 között az egészségügyben dolgozók nettó átlagbére fokozatosan elérte a nemzetgazdasági átlagot, az oktatásban dolgozóké 2016 óta csökken, de még így is eléri az átlagbér 88%-át, azonban a szociális ágazatban dolgozók bére minden pótlékkal együtt is csupán az átlagbér 71%-át érte el 2020-ban¹⁰ (az idősellátásra nincsen külön bontása a KSH-nak).

A jövedelmét 549 fő adta meg, tehát csak 16 fő nem nyilatkozott a jövedelméről, ez alapján az átlagos havi nettó bér mindenféle pótlékkal együtt 198 ezer Ft, a medián nem sokkal kevesebb: 185 ezer. (Kicsi a jövedelmek szórása, ez jól mutatja a differenciálás hiányát.) A bérek átlagosan 10 ezer Ft-tal az ágazati átlag alatt maradnak – ennek az elsőd-

4. ábra
Nettó havi bérek megoszlása (N=549)



¹⁰ vö. KSH, Stadat táblák. 20.1.1.64. A teljes munkaidőben alkalmazásban állók kedvezmények nélküli nettó átlagkeresete nemzetgazdasági áganként

leges oka az alacsonyabb végzettségben keresendő. Kategorizálva, a dolgozók 70%-ának nettó jövedelme havi 200 ezer Ft alatt marad (a teljes ágazatban ez 60%). 200 ezer Ft fölött keres a dolgozók 30%-a, de a plafon 300 ezer Ft körül van – e fölött már csak az intézményvezetők keresnek.

6. tábla

Nettó átlag, medián bér megoszlása iskolai végzettség szerint

iskolai végzettség	átlagbér (teljes ágazat)	átlagbér (idősellátás)
8 általános	165 056	150 500
szakmunkásképző	177 082	178 173
érettségi	185 037	183 836
felsőfok	238 327	248 202
összesen	207 000	198 352

Rákérdeztünk arra, hogy ebből mennyi a bérpótlék összege, ez átlagosan 52 ezer Ft-ot jelent (a teljes ágazatban ez 58 ezer), ami átlagosan a nettó bér negyede (24%-a). A bértámogatások közti szórás fontos magyarázó oka a fenntartótípus: a legtöbb bértámogatást az önkormányzati szférában, a legkevesebbet a gazdasági társaságokban kapnak a dolgozók¹¹. Az egyházi bértámogatás ala-

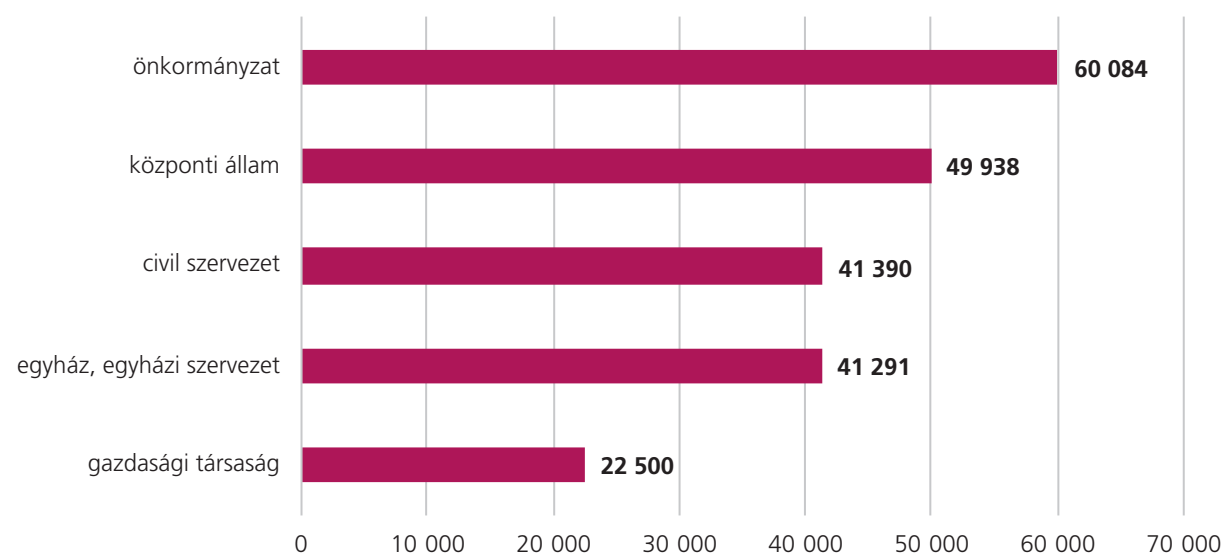
csonyabb szintje viszont abból a szempontból meglepő, hogy az egyházi fenntartók jelenleg 83%-kal magasabb állami normatíva mellett működtetik ugyanazt az ellátást, mint pl. egy önkormányzati fenntartó. (Lefuttatva egy varianciaanalízist, szignifikáns összefüggést kaptunk.)

A munkavállalók átlagosan 50%-kal magasabb bért tartanának méltányosnak (ugyanakkor ez 6%-kal alacsonyabb, mint a teljes ágazatban, ami azt is jelzi, hogy ők maguk sem értékelik eléggé a munkájukat) a jelenlegi munkájukért, tehát a Kormány által 2021 január 1-jével végrehajtott¹² 20% ennek még a felét sem éri el.

A kérdezettek 17%-a vállal rendszeresen másodállást, 33%-a alkalmanként (vagyis a dolgozók több mint fele vállal plusz munkát több-kevesebb rendszerességgel). 50% viszont nem tud élni ezzel a lehetőséggel sem (a teljes ágazatban ez 44%), az egyéb válaszokban néhányan azt is kifejtették, hogy miért nem. Jellemzően már nekik is egészségi problémáik vannak, fáradtak, nem engedi a munkaidő-beosztás, vagy egyszerűen csak nem találnak a lakhelyükön ilyen lehetőséget. A másodállásból származó havi nettó bevétel több mint 2/3-uk esetén 50 ezer Ft alatt marad.

A másodállásban végzett tevékenységek jellemzően szorosan kapcsolódnak a teljes állás feladataihoz (ápolás-gondozás pl. hétvégén, egészségügyi asszisztencia, fel-

5. ábra

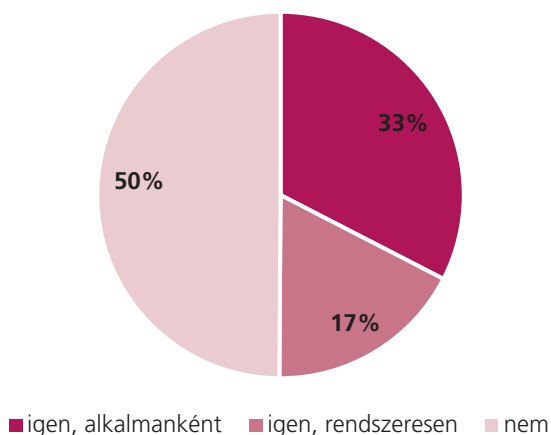
Bértámogatás összege fenntartótípus szerint (Ft)

¹¹ A gazdasági társaságoknál (különösen a társas vállalkozásoknál) ez érthető is, mivel őket diszkriminálja legjobban a költségvetési törvény (az önkormányzatokat megillető támogatások 30%-át kaphatják meg.) Vö. pl. 2020. évi XC. törvény, 42. § (1) c) a személyes gondoskodást nyújtó szociális, gyermekjóléti, gyermekvédelmi közfeladatot ellátó intézményt, szolgáltatást fenntartó gazdasági társaságot – ide nem értve a nonprofit gazdasági társaságot – és egyéni vállalkozót az a) és b) pont szerinti támogatás 30%-ának megfelelő támogatás illeti meg.

¹² 663/2021. (XII.01.) Kormányrendelet a közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992. évi XXXIII. törvénynek a szociális, valamint a gyermekjóléti és gyermekvédelmi ágazatban történő végrehajtásáról szóló 257/2000. (XII. 26.) Korm. rendelet szociális ágazatban foglalkoztatottak béremelésével összefüggő módosításáról. A jogszabály rögzíti a szociális ágazati összevont pótlék 2022. január 1-től irányadó összegét.

ügyelet, bérnövérség, de vannak más kisebb, szolgáltató jellegű munkák is (takarítás, hajvágás, fürdetés, pedikűr stb.). A szubjektív megítélés alapján azonban csak 1/4-ük mondható elégedettnek a jövedelmi helyzetével, 48%-uk éppen hogy csak kijön a havi jövedelméből, további 23%-nak hónapról hónapra anyagi gondjai vannak.

6. ábra

Másodállás, pluszmunka (Vállal-e másodállást?)


7. tábla

Másodállásból származó bevétel

másodállásból befolyó összeg (nettó)	fő	%
10 000 Ft alatt	30	12,8
11–20 000 Ft között	71	30,3
21–50 000 Ft között	60	25,5
több mint 50 000 Ft	31	18,2
nem szeretne válaszolni	43	13,1
összesen	235	100

8. tábla

Szubjektív életminőség

„Hogy érzi, hogy Ön és a háztartásában élők...”	teljes ágazat (%)	idősellátás (%)
gondok nélkül élnek	4,4	2,9
beosztással jól kijönnek	27,5	23,3
éppen, hogy kijönnek a havi jövedelemből	44,7	48,1
hónapról hónapra anyagi gondjaik vannak	21,6	23,3
nélkülözések között élnek	1,9	2,4
Összesen	100	100

2.4. ÉRZÉKELT MUNKAERŐHIÁNY, FLUKTUÁCIÓ

Egy szervezeti egységben átlagosan 39 fő dolgozik. Részletezve: a megkérdezettek 25%-a dolgozik maximum 10 fős egységben, 40%-a 11–25 fős egységben, 19%-a 26–50 fősben, és 16%-uk ennél is nagyobb szervezeti egységben. A szervezeti egységek tehát átlagosan kisebbek, mint máshol az ágazatban.

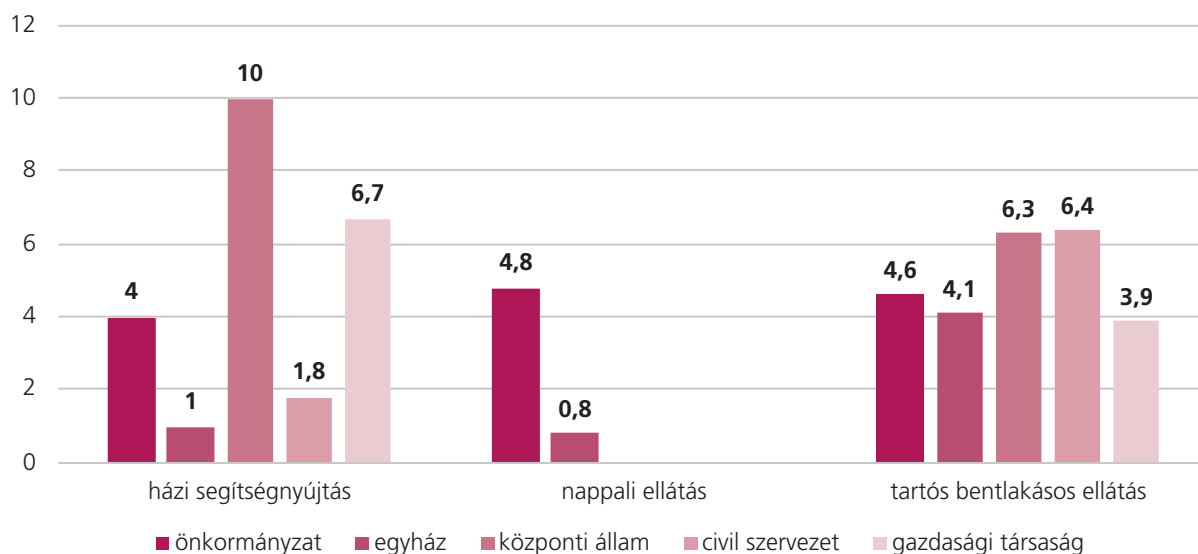
Mivel rákérdeztünk a szervezeti egységekben dolgozók száma mellett arra is, hogy 1 éven belül hányan távoztak, ebből egy fluktuációs rátát lehetett számolni. Eszerint 1 év alatt átlagosan a munkatársak 23%-a távozott (azt nem tudjuk, hogy jöttek-e újak a helyükre, tehát ebből nem tudunk a munkaerőhiányra következtetni, mindenesetre a cserélődés aránya magasnak mondható, a ráta optimális szintje 10% alatt van, 30% fölött kritikus: a munkavállalók negyede dolgozik ilyen munkahelyen).

A munkaerőhiányt több mérőszámmal lehet mérni. Ezek közül az egyik, amivel részben össze tudjuk vetni a kutatás adatait, az engedélyezett és a betöltetlen álláshelyek száma, illetve aránya (azért csak részben, mivel ez nem a tényleges feladatokhoz mért munkaerőhiányt mutatja, csupán egy központi normának való megfelelést). A már többször hivatkozott KSH-s közérdekű adatkérés erre is kiterjedt, így ez alapján jól látszik, hogy a legmagasabb a munkaerőhiány a házi segítségnyújtásban– különösen a központi fenntartásúakban. Tartós bentlakásos ellátáson belül szintén a központi fenntartásúakban a legmagasabb, illetve a civileknél, míg nappali ellátásnál az önkormányzatiaknál, de itt jellemzően csak önkormányzati és egyházi fenntartók működtetnek férőhelyeket. Érdemes kiemelni, hogy minden, időseket érintő szolgáltatásban az egyházi fenntartóknál a legalacsonyabb a betöltetlen álláshelyek száma és aránya.

A munkaerőhiányra a kérdőívben úgy kérdeztünk rá, hogy meglátásuk szerint a munkatársak hány százaléka hiányzik ahhoz, hogy a feladatokat megfelelően el tudják látni, tehát szándékosan nem a betöltetlen álláshelyek számára voltunk kíváncsiak. Ez alapján az idősellátásban dolgozók 59%-a érzékelt több mint 10%-os munkaerőhiányt (szemben a teljes ágazattal, ahol ez 68%). Idősellátáson belül az alapellátásban a kérdezettek 54%-a szerint van több mint 10%-os hiány, míg a szakellátásban ez 65% – a különbség szignifikáns.

Fenntartótípus szerint nem találtunk szignifikáns összefüggést, de munkaerőhiány szempontjából a legrosszabbnak érzékelt a helyzet a gazdasági társaságok által fenntartott intézményekben, szolgáltatásokban, ezt követik a központi fenntartásában működő szolgáltatások. Legalacsonyabb az egyházak által fenntartott intézményekben. Ezek az adatok, amelyek tehát máshogy mérik a munkaerőhiányt, mégis összecsengenek a KSH adataival. Az egyházi fenntartóknál észlelt és ténylegesen is regisztrált viszonylag alacsony munkaerőhiánynak az lehet az oka, hogy ezekben az intézményekben általában job-

7. ábra
Betöltetlen álláshelyek aránya ellátástípus és fenntartók szerint (2020. 12. 31.)



Megjegyzés: KSH adatközlés alapján saját szerk.

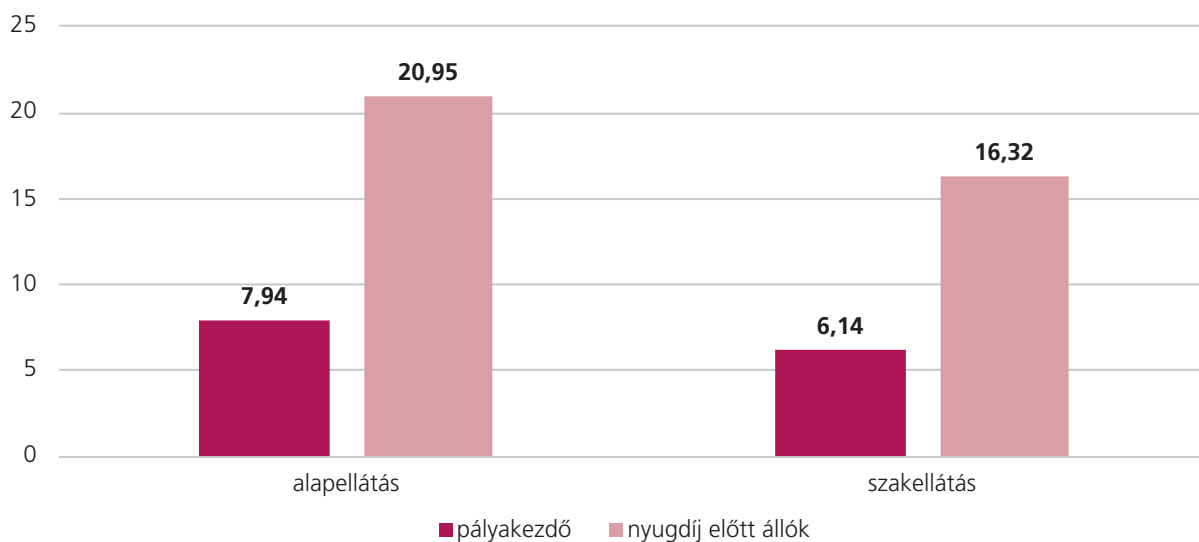
9. tábla
Munkaerőhiány fenntartótípus szerint a mintában

	0-10%	>10%
gazdasági társaság	25,0%	75,0%
központi állam	28,8%	71,2%
önkormányzat	39,0%	61,0%
civil szervezet	39,6%	60,4%
egyház, egyházi szervezet	50,7%	49,3%
összesen	40,7%	59,3%

bak a munkakörülmények, a fenntartó gyakrabban engedélyez plusz létszámot a vonatkozó rendelet létszámnormáin felül, mint ahogy az a következő fejezetben szereplő interjú kutatásunkból is kiderül.

A szervezeti egységeken belül rákérdeztünk a pályakezdők és a nyugdíjhoz közel álló munkatársak számára. Ebből, mivel tudjuk az egységek teljes létszámát, százalékos arányt számoltunk. Átlagosan a pályakezdők aránya 7%, a nyugdíjhoz közel állóké 19%. A nyugdíjhoz közel állók aránya az idősellátásban dolgozók között magasabb, mint a teljes szociális ágazatban (16%). Az idősellátáson belül az előregedés az alapellátásban súlyosabb probléma, itt 21%-os a nyugdíjhoz közeli aránya.

8. ábra
Pályakezdők, nyugdíjhoz közel állók a mintában



Szöveges válaszokban a kollégákat arra kértük, fejtsek ki, volt-e olyan átszervezés 2010 óta, ami jelentős változást hozott a munkájukban. Rengeteg történetet osztottak meg, gyakorlatilag majdnem mindenhol történt ilyen. Röviden összegezve a főbb témákat:

- komoly problémát okoz mindenhol a fenntartóváltás, különösen, ha egyházi fenntartásba kerül egy intézmény (általában elvesznek pluszjuttatásokat, megszűnnek vezetői státuszok, elvész a közalkalmazotti jogviszony),

„Átadták egyházi jellegű fenntartónak. Közalkalmazottak jogviszonyát megszüntették.”

„2011-ben kiszervezték a feladatellátást, önkormányzati helyett egyházi fenntartású lett az intézmény, ahol dolgozom. Az elmúlt 10 évben a magasabb egyházi normatíva ellenére nem tapasztaltam javulást sem a munkakörülményekben, sem az ellátás színvonalában. Ellenben szervezeti problémák, konfliktusok, magas fluktuáció, létszám- és pénzhány, rossz munkahelyi légkör volt jellemző ebben az időszakban.”

- átszervezés, intézmény-összevonás a költségek lefaragása miatt:

„Intézményi összevonás. Ez az ellátotti kör szélesítését hozta magával (pl. fogyatékosellátás, pszichiátriai betegek ellátása összevonva az idősellátással”).

- a fenntartó által kinevezett (általában végzettséggel nem rendelkező) vezetővel való konfliktusok, gyakori vezetőváltás (sok helyen a vezetők kinevezésébe is beleszól a helyi politika, a vezetők klientúrát építenek, a munkavállalók feje fölött születnek döntések),

- a munkaerőhiány és az ebből fakadó túlterheltség (nem vesznek fel új kollégát azok helyére, akik elmennek, egy ember több munkáját végzi kevesebb fizetésért, előfordul feketén foglalkoztatás, szociális munkások takarítanak is stb., állandóan változnak a munkakörök, volt, ahol 8 helyett 12 órás munkarendet vezettek be),

„krónikus létszámhiány miatt több munkakör egy személyben történő ellátása”

„A takarító személy 1 fő a 90-es létszámú szociális otthonban. A dolgozók, szociális munkások, ápolók is végzik a napi/heti takarítási feladatokat, ezzel is csökkentve az ellátottakra jutó minőségi időt.”

- trükközés a besorolással, kevés szakképzett munkatárs:

„Szociális gondozó és ápoló a végzettségem. És sima gondozóként alkalmaznak minden munkatársam¹³. Tapasztalt szakemberek

hiánya, kevés a szakképzett ápoló online tanfolyam elvégzése semmire nem tanít.”

- megnövekedett, illetve folyamatosan növekvő, csak az ellenőrzést szolgáló adminisztrációs terhek:

„Rengeteg változás volt az előző négy évben, de sajnos negatív hatásában. Rengeteg a papírmunka, dokumentáció és ez sajnos az ellátottak kárára megy, nagyon kevesen vagyunk, 120 ellátottra 3-4 ápolónő van.”

- a vezetők is nehéz helyzetben vannak:

„Kistérségi társuláshoz tartozik az idősellátás nálunk, és azelőtt minden faluban külön vezető volt az intézményekben. Aztán egy személy vezetése alá vonták az összes munkát, ami így rettentően sok lett, az intézményvezető alig győzi, és semmilyen segítséget nem kap ehhez – sem titkárnő, sem szolgálati autó vagy szolgálati telefon formájában. A rengeteg adminisztráció, papírmunka, számlák stb. elkészítése mellett alig akad idő az igazán fontos dolgokra, vagyis a lakókkal, hozzátartozókkal, munkatársakkal való foglalkozásra. Sokszor éjszaka is dolgozik otthon, hogy működjének a dolgok. Ha nyugdíjba megy, fogalmam sincs mi fog történni, mert ezt csak ő képes véghezvinni az iszonyatosan nagy energiájával. Előre félek attól, mi vár majd ránk.”

„Megszüntették az ügyintézői munkakört, így intézményvezetőként egyedül maradtam minden feladattal.”

- a gondozottak is egyre súlyosabb állapotban kerülnek be:

„Csak súlyos állapotú, fekvő lakókat kapunk. Ami nagyon megnehezíti a munkánkat.”

„Egyre több a teljes ellátást igénylő, így egyre nagyobb a fizikai és pszichés leterheltség, ezért lenne szükség a törvényileg előírtnál nagyobb létszámú ápolóra.”

2.5. A MUNKA FIZIKAI-ÉRZELMI MEGTERHELTSÉGE, VESZÉLYESSÉGE

Ami leginkább jellemzi az idősellátásban dolgozók munkavégzésének körülményeit, az a túl sok, papíron és elektronikusan is végzett adminisztráció, a gyors reagálás váratlan helyzetekre, érzelmileg felkavaró helyzetekkel való gyakori találkozás, illetve a gyakori testi kontaktus az ellátottakkal. Ezen kívül a szociális ágazat egészéhez képest specifikus, hogy ez a munka jellemzően komoly fizikai megterheléssel jár az ellátottak emelgetése, mozgatása miatt. (Ezzel kapcsolatban érdemes megjegyezni, hogy a nemzetközi gyakorlatban már sok helyen a gondozók számára kötelezővé tett kinesztetikaképzés itthon teljesen ismeretlen.)

¹³ Itt arról van szó, hogy nem a végzettségének megfelelő a bértáblában a besorolásuk.

A munka veszélyességét, magas stressz faktorát mutatja ezen kívül a kliensek részéről tapasztalható fizikai vagy szóbeli atrocitás. A kérdezettek negyedével többször is előfordult már ez 1 éven belül, 56%-ával néha – vagyis az idősellátásban dolgozók 81%-a tapasztalt már ilyet (ez a teljes ágazatban 83%). Szociális szakellátásban az ellátottak állapota miatt sokkal gyakoribb a többszöri előfordulás (30%) mint az alapellátásban (19%).

Az attitűdkérdésekre adott válaszokból az derül ki, hogy összevetve a teljes ágazattal, az idősellátásban dolgozók jobban megérezték a járványt, fáradtabbak, kimerültebbek,

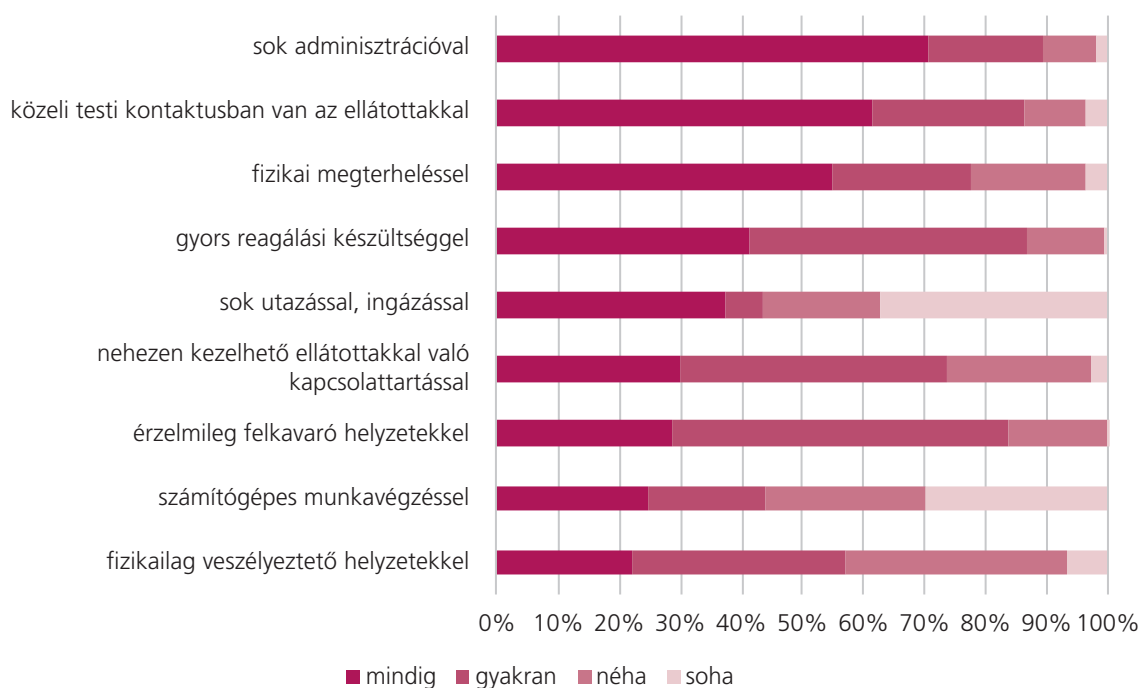
illetve jóval nagyobb arányban gondolják azt, hogy kevesen vannak az ellátottakhoz és az ellátottak állapothoz viszonyítva, mint az ágazat más klienscsoportokkal dolgozó munkavállalói.

2.6. SZAKSZERVEZETI TAGSÁG, ÉRDEKÉRVÉNYESÍTÉS

A kérdezettek 88%-a nem tagja egyik szakszervezetnek sem. Főként két oka van a szakszervezetekkel szembeni elutasításnak: egyrészt nem ismerik őket, másrészt a jelen-

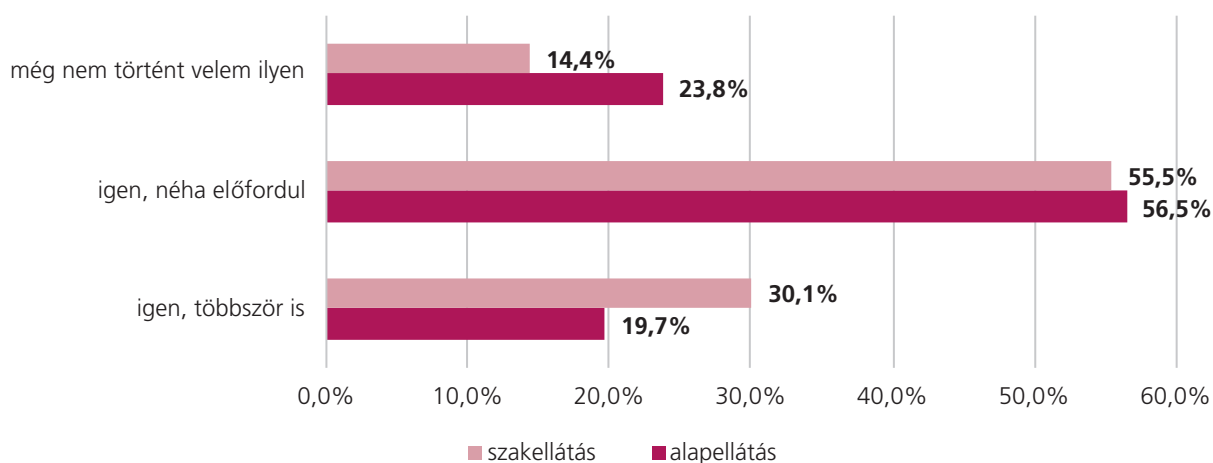
9. ábra

A munkavégzés körülményei (A munkája milyen gyakran jár...?)

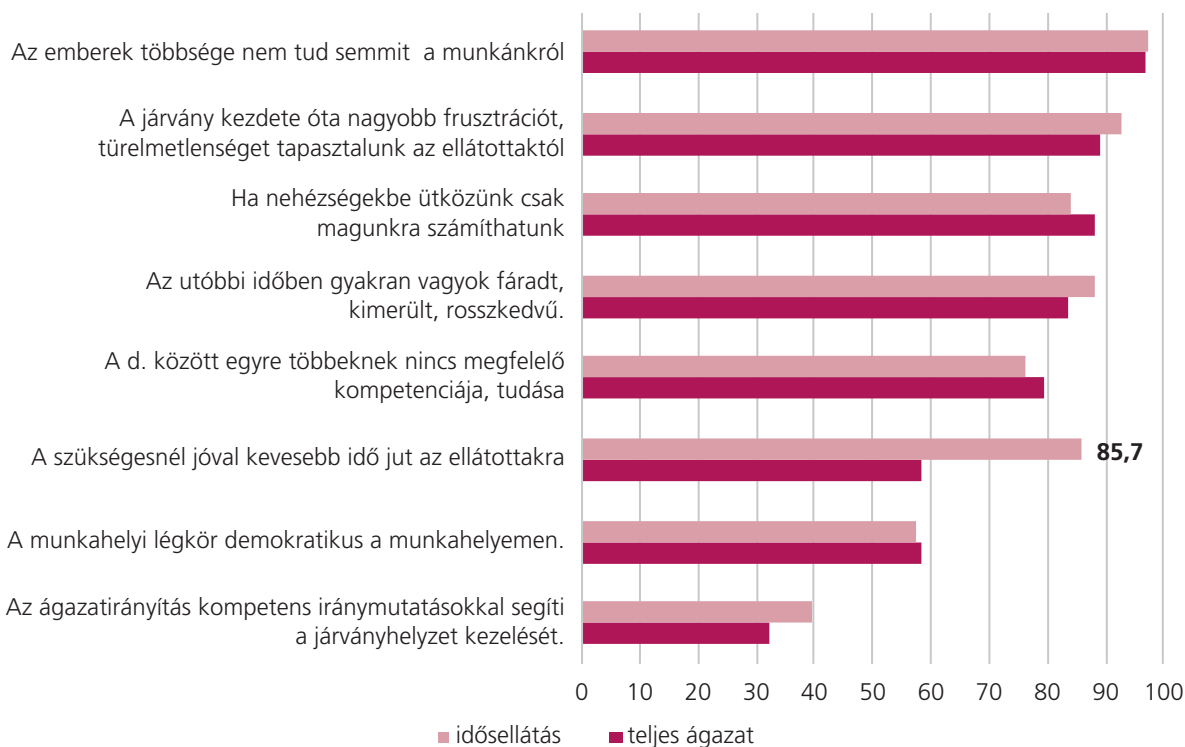


10. ábra

Érte-e bármilyen fizikai vagy szóbeli atrocitás az elmúlt 1 évben a kliensek részéről?



11. ábra
Attitűdkérdésekre adott válaszok (% egyetértők aránya)

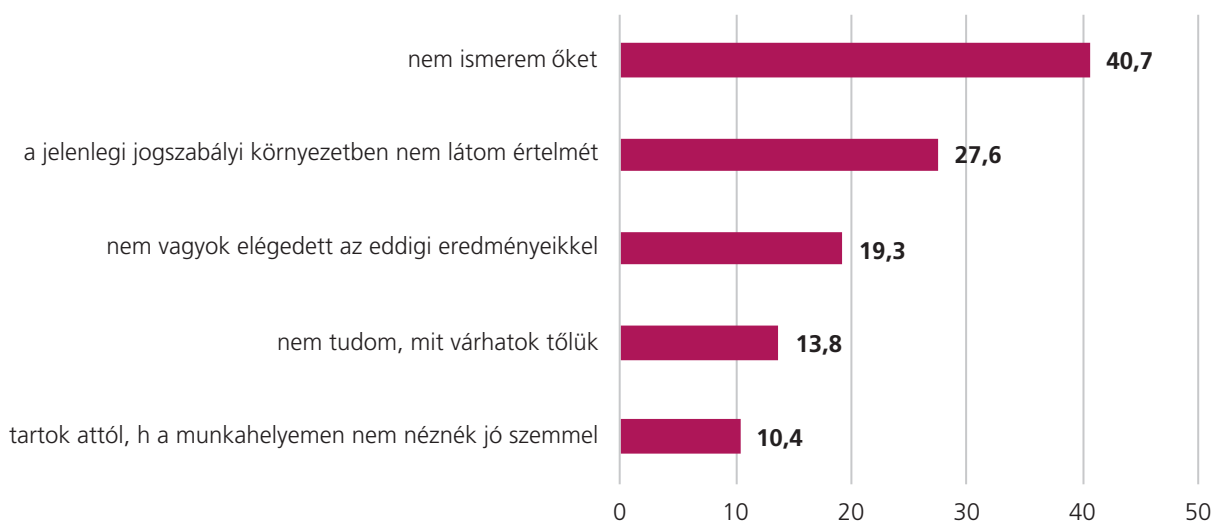


legi jogszabályi környezetben nem látják értelmét. Összevetve a teljes ágazattal, a szakszervezetekkel kapcsolatos információhiány az idősellátásban dolgozók esetében jóval magasabb (10% a különbség). Szöveges válaszokban is főként erre hivatkoztak (nem keresték meg őket, nem tudnak róluk, a munkahelyükön nincs alapszervezet, illetve néhányan arra, hogy a munkahelyük megtiltotta, ami egyértelmű munkavállalói jogsértés). Másrészt, akik tudnak a szakszervezetekről, a teljes ágazatnál elégedet-

lenebbek az eddigi eredményeikkel (feltételezhető, hogy az idősellátásban dolgozók úgy érzik, velük még a szakszervezet se foglalkozik, viszont a munkavállalók helyenként valóban irreális elvárásokat fogalmaznak meg velük szemben).

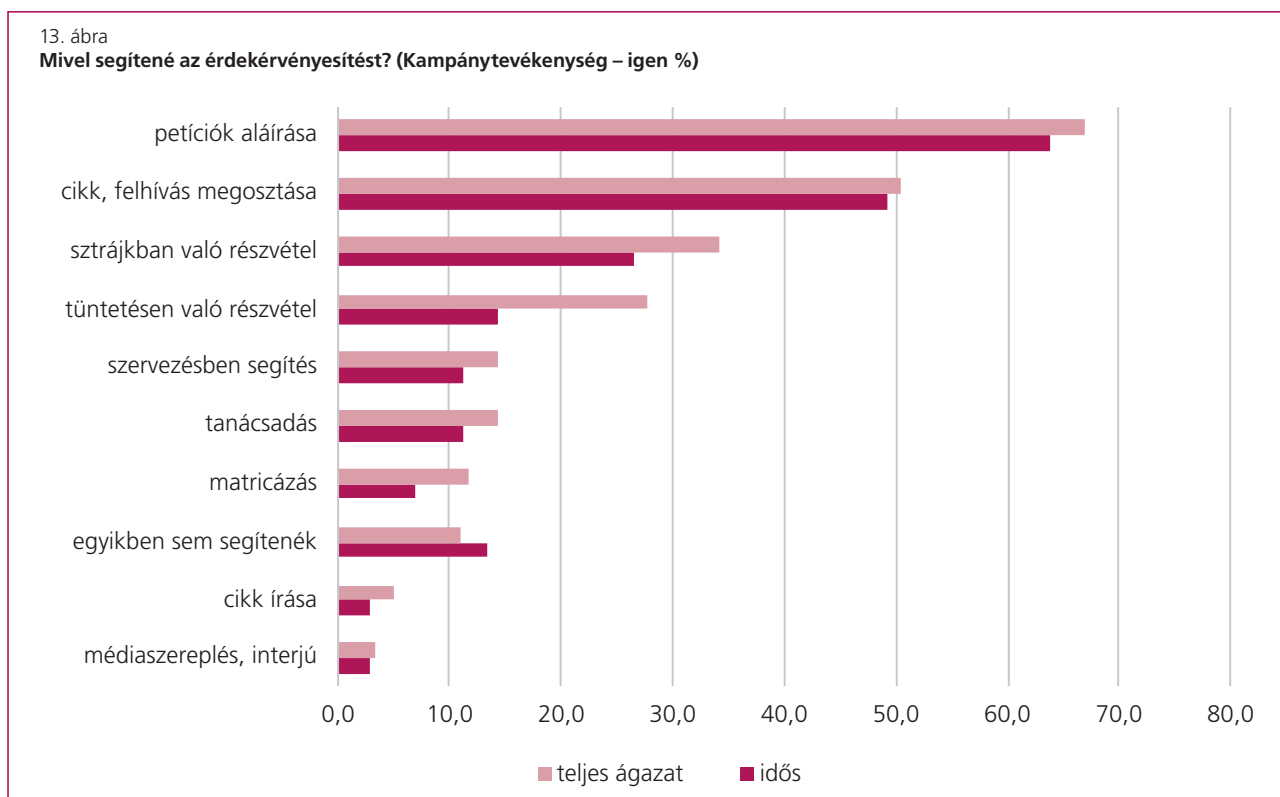
Rákérdeztünk arra is, milyen érdekérvényesítési tevékenységben lehetne számítani a munkavállalók segítségére. Jó hír, hogy elutasító mindössze 13%-uk volt, 87% vala-

12. ábra
Tagság elutasításának okai (Miért nem tagja szakszervezetnek? N=302, igen %)



milyen kampánytevékenységbe bevonható lenne (bár az egyes tevékenységekbe láthatóan kevésbé vonhatók be az idősellátásban dolgozók, mint a teljes ágazat munkaválla-

ló). Tüntetésen pl. a teljes ágazat 28%-a venne rész, míg az idősellátásban dolgozóknak csak a 14%-a, de a sztrájkban való részvételi szándék is jóval alacsonyabb.



3.

AZ INTERJÚS KUTATÁS EREDMÉNYEI

Az interjú kutatásunk célja elsősorban az volt, hogy a kvantitatív kutatásban szereplő adatok közti összefüggést fel tudjuk tárni, illetve értelmezni tudjuk az okozati összefüggéseket. Ezért 2021. szeptember-októberében 10 helyszínen 17 fővel készült személyes interjú idősellátásban dolgozókkal, strukturált interjúvázlattal. Az interjúkat Somorjai Ildikó készítette.

Az interjúalanyok toborzását megnehezítette, hogy sokan tartanak attól, hogy ha interjút adnak, valamilyen retorzióra számíthatnak a fenntartótól. Észak-magyarországi interjúalanyt nem tudtunk megszólaltatni, a Nyugat-Dunántúl pedig felülreprezentált, fenntartótípus szerint ki-

maradtak a kisebb fenntartók, vagyis a non-profitok és a gazdasági társaságok. Ugyanakkor, mivel a jogszabályok, ellenőrzések nagyon kis mozgásteret hagynak az intézményeknek – legyen szó a létszámokról, munkaidő-beosztásról, munkakörülményekről –, ezért a regionális különbségeknek valójában nincs nagy jelentőségük, mint ahogy azt az interjúrészletekből látni fogjuk.

Az interjúalanyok védelmében csak azt adjuk meg, hogy melyik régióban készült az interjú, mi volt az interjúalany szervezetén belüli pozíciója, illetve hogy az intézmény milyen fenntartású (jellemzően inkább vezetők adták az interjút).

10. tábla
Interjúalanyok

régió	fenntartó típusa	ellátás	pozíció
Nyugat-Dunántúl	önkormányzat	alapellátás	vezető
Nyugat-Dunántúl	önkormányzat	alapellátás	gondozó
Nyugat-Dunántúl	önkormányzat	alapellátás	klubvezető
Nyugat-Dunántúl	fővárosi önkormányzat	idősek otthona	vezető
Nyugat-Dunántúl	fővárosi önkormányzat	idősek otthona	ápoló
Nyugat-Dunántúl	egyház	idősek otthona	vezető
Közép-Dunántúl	önkormányzat	egyesített intézmény	intézményvezető
Közép-Dunántúl	önkormányzat	egyesített intézmény	idősek otthona vezetője
Közép-Dunántúl	önkormányzat	egyesített intézmény	alapszolgáltatási központ vezetője
Közép-Dunántúl	egyház	idősek otthona	vezető
Közép-Dunántúl	egyház	idősek otthona	gondozó
Közép-Dunántúl	önkormányzat	idősek otthona	vezető
Közép-Magyarország	egyházi	idősek otthona	vezető
Közép-Magyarország	egyházi	idősek otthona	pszichológus
Közép-Magyarország	kerületi önkormányzat	nappali klub	gondozó
Észak-Alföld	önkormányzat	idősek otthona	vezető
Dél-Alföld	központi állami	idősek otthona	csoportvezető

3.1. MUNKATÁRSOK AZ INTÉZMÉNYEKBE: ÖSSZETÉTEL, LÉTSZÁMHIÁNY, FLUKTUÁCIÓ

3.1.1. Összetétel

A munkatársak intézményen belüli összetételéről az interjúalanyok elmondták azt, ami a kérdőíves kutatásból is kiderült, hogy a többségük 40-50 éves vagy idősebb korcsoportba tartozik, ők számítanak a fix, megbízható dolgozóknak – ha ők nyugdíjba mennek, szó szerint nem lesz utánpótlás. Jellemzően családayákról van szó, férfiak szinte csak a technikai munkakörökben fordulnak elő.

Fiatalok szintén csak elvétve dolgoznak az intézményekben, ennek viszont összetett az oka. Van, aki szerint kevésbé bírják a fizikai és mentális terhelést, sőt a pelenkázás önmagában is visszatartó erő. Emellett a fiatalok általában képzetesebbek is, mobilabbak, és az idősellátás nem tud sem megfelelő bért, sem perspektívát, karrierlehetőséget nyújtani számukra. A felelősség viszont nagy, hiszen jellemzően egészségügyi feladatokat kell ellátni.

„Ha azt számoljuk, hogy most egy diplomás szociális munkás 200 körül visz haza, ha sok éve dolgozik, maximum 220-at, akkor ő azt mondja a diplomájával, hogy ő nem akar itt dolgozni. Nem ezért tanult. Mert ő neki is be kell menni a fürdőbe az öreget lemosgatni, ha kell, ki kell törölni a fenekét, mosogatnia kell, tálnia kell, takarítania kell. Tehát nem azért tanult, hogy konkrétan takarítónő legyen, mosogatónő legyen, gondozónő legyen. (...) T. például azért ment el, mert ők ketten voltak párban, egészségügyi végzettség nélkül. Mondjuk, ha egy öreg rosszul lesz, és itt van egészségügyi végzettség nélkül két munkatárs. És mit tud tenni? Hív mentőt, de fogalma sincs, hogy mi okozhatja a problémát, mit tegyen a mentőig, mert nem ezt tanulta. *(Nyugat-Dunántúl, nappali klub vezetője)*

Ugyanakkor ez értelmezhető generációs konfliktusként is, ami az eltérő elvárásokból fakad. A fiatalok számára ez is csak egy munka, míg az idősebbek inkább egyfajta (sors) közösségként tekintenek a munkahelyükre. Több helyszínen említették, hogy rosszak a tapasztalataik a fiatalokkal, mert hamarabb menekülnek betegállományba, akár úgy is, hogy csak aznap reggel szólnak. Ilyenkor borul a napi, amúgy is feszített menetrend, amit mindenki nehezen visel.

A szakképzettségi szint általában mindenhol megfelelő, eléri a törvényi előírásokat (a 80%-os szakképzettséget). Akit megfelelő képzettség nélkül vesznek fel, annak vállalnia kell a beiskolázást. Ezt viszont az intézmények már nem tudják fizetni, a munkavállalónak kell megoldania. Maximum szabadnapot tudnak biztosítani, de ez is nagyon nehézkes, és konfliktusforrást jelent.

3.1.2. Létszámhiány: okok, következmények, kényszer szülte megoldások

Létszámhiánnyal folyamatosan küzdenek az intézmények. A kínálati oldalon az okok között szerepelnek az alacsony bérek, a munkavégzést nehezítő körülmények, az eszközhiány, az extrém terhelés, a nagy felelősség – ezekre később visszatérek. A keresleti oldalon a létszámhiányt sok intézményvezető az 1/2000-es SZCSM rendelet előírásaihoz viszonyítva értelmezi. Ez a rendelet több mint 20 éves, és ez idő alatt teljesen elszakadtak a létszámnormái a tényleges gondozási szükségletekhez igazodó gondozói létszámtól, illetve időközben ki is kerültek belőle kötelező munkakörök. A rendeletalkotó szándéka szerint a fenntartók biztosíthatnak plusz dolgozókat, de mivel nem kapnak rá normatívát, a valóságban ezt csak az egyházi fenntartók engedhetik meg maguknak. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtásban például a koordinátor munkakör már csak opcionális, ami kikapuk keresésére kényszeríti a vezetőket, azaz más, alacsonyabb szintű besorolásban alkalmazzák azt a munkavállalót, aki ténylegesen koordinátori feladatokat lát el.

„Van egy szolgáltatásom, amire a rendelet előírja, hogy 40 készülékenként kell 2 fő készenléti biztosítanom, de a jelzős koordinátort például kivette az 1/2000-ből. Mindig azzal takaróznak a rendeletalkotók, hogy ott a minimum létszám van meghatározva, és majd a fenntartó ad. Nem ad a fenntartó, ha nincs leírva. Ez egy baromság, és ezt ők is tudják. Hogy lehet kivenni a jelzős koordinátort a szakmai létszámból? Nekünk például 300 fölött van a kint lévő készülékek száma. Ez egy nyolcórás emberemet elviszi, és úgy, hogy nem nevezhetem ki jelzős koordinátornak, hanem gondozónői státuszon van, merthogy azt mondja a fenntartó, hogy nincs benne az 1/2000-ben.” *(Nyugat-Dunántúl, önkormányzati intézmény, vezető)*

2008-ban vezették be a gondozási szükségletvizsgálatot, amelynek értelmében idősek otthonába csak a 4 óra gondozási szükséglet feletti időseket lehet felvenni (ez jelenleg pontokban van meghatározva, és 40 ponttól válik valaki jogosulttá az ellátásra, illetve ha demencia-szakvéleménnyel rendelkezik, vagy fogyatékosága miatt rászoruló). A 40 pontot valójában már csak az önellátásra nem képesek érik el. Ennek az lett a következménye, hogy idősek otthonában ma már főleg nagyon rossz egészségi állapotban lévő, fekvő, demens, inkontinens időseket találunk, akiknek bekerülés után is tovább romlik az állapotuk. Ugyanakkor az idézett kormányrendelet ezt nem veszi figyelembe a létszámnormáknál.

„Szóval folyamatosan figyeljük és követjük ezeket az állapotváltozásokat, csak éppen a gondozói létszámot nem tudjuk megfelelően megnövelni. (...) Szóval a létszámokat nem változtatták, noha sokkal nehezebb lett a gondozás-ápolás. Legalább a kórházi osztályok létszámaig lenne javasolt a létszám megemlése, vagy legalábbis ott, ahol olyan rész-

leg van, ahol igazoltan magasabb gondozási-ápolási szükséglettel élő idősek vannak.” (Közép-Dunántúl, önkormányzati otthon, főigazgató)

Létszámhiány a szakgondozók mellett a technikai munkakörökben is jellemző. Azért lényeges róluk is beszélni, mert a Covid-járvány kapcsán egyértelműen láthatóvá vált, mennyire rá vannak szorulva az intézmények az ő helyettesítő munkájukra is. Az alacsony szakdolgozói létszám miatt a technikai munkakörben dolgozók gyakran bekapcsolódnak a gondozói munkába is (a portások segítenek például az éjszakás nővérnek, aki egyedül van a műszakra, ha egy beteg leesik az ágyról). Ezeknek a munkavállalóknak annyival még nehezebb a helyzetük, hogy sokan csak a bérminimumot kapják mindenféle egyéb pótlék nélkül. Nyugdíjas szövetkezeteken keresztül próbálják megtartani őket.

„Bentlakásos intézményben a takarítók sem kapnak ágy melletti pótlékot, ami szerintem járna, vagy veszélyességi pótlékot sem (...) Na, most azért el lehet képzelni, hogy 69 demens ember mellett mi van. Az én takarítónőm a nap nagy részében nem csinálnak mást, mint a székletet takarítják. Van egy takarítónő, aki 80 ezer valamennyit visz haza, és egyedül neveli a gyerekeit. Ő nem kaphatja meg a szakmunkás-minimálbért sem, úgy, mint a többiek, mert nekik van szakmunkás végzettségük. Mindannyian ugyanazt csinálják. Erről az emberről azt gondolom, hogy csoda, hogy még itt van. Takarítónőket nagyon nehéz találni, ha elmenne házakhoz, hát jóval többet keresne. Intézményeinkben a takarítónő hiányt úgy tudjuk megoldani, hogy nyugdíjas-szövetkezeten keresztül foglalkoztatjuk a régi takarítónőinket. De ez egy átmeneti megoldás, mert 65-66 évesek. Egy pár évig számíthatunk rájuk, persze csak akkor, ha nem történik valami váratlan baleset, egészségromlás, vagy nem mondják azt, hogy nem tudom tovább csinálni.” (Közép-Dunántúl, önkormányzati otthon, főigazgató)

A létszámhiány következménye a sok táppénz (a dolgozók táppénzre „menekülnek”), a magas fluktuáció, vagy az, hogy egy dolgozónak párhuzamosan több munkakört is be kell tudnia tölteni (elvétve van helyettesítés, és a kisebb létszámú intézményeknél engedélyezett az osztott munkakör is). Ezért is szerencsés az a fenntartó, aki olyan munkavállalót tud alkalmazni vezető pozícióban, akinek a szociális mellett egészségügyi végzettsége is van.

„De szó szerint: a gyógyszer vények felíratásától kezdve szinte én csinálom mindent, és ez azért sok. Ez már többször volt jelentve, nem is a fenntartónak, hanem az igazgatónak, mert korábban mindig volt egy vezető ápoló, meg volt egy telepelyi vezető. Na és ezt megszüntették és most lettem én, mindkét munkakörre. De így aztán megszakadásig vagyunk bent, de hát 'ez van', meg 'fogadjuk el', ezért is ment el több vezető. Nagy a fluktuáció.” (Észak-Alföld, önkormányzati idősek otthona vezető)

A munkaerőhiány következménye például az alapszolgáltatásokban, hogy a gondozónők a nappali klub-

ban is dolgoznak, illetve fordítva. Egy egész kistérséget ellátó szolgáltatónál akár az egész kistérségen belül bárhova küldhetik őket. Következmény továbbá a napi szintű stressz, amikor nincs megállás, nincs ebéddő sem, vagy éppen az, hogy a házi segítségnyújtásban csak minimális óraszámban tudják a gondozást biztosítani, a mentális gondozásra már egyáltalán nincs is kapacitás:

„Nem egyszer jön be a kétségbeesett hozzátartozó, hogy demens az anyukám. 3-4 órára kellene valaki, aki odajön hozzá. Azt kell mondanom neki, hogy nem tudom vállalni. Egy személynél napi egy, másfél óránál többet nem tudok vállalni, mert akkor többet nem jutnak hozzá az ellátáshoz, sérül az ellátáshoz való hozzáférés joga. Az, hogy létszámot bővítsünk, az fel sem merül... Pihenő idő nincs. (...) Tudom, hogy beszélgetésre is lenne igény, különösen az egyedül élő idősek hiányolják, de erre nem tudunk embert biztosítani.” (Közép-Dunántúl, önkormányzati alapszolgáltatás, vezető)

Az intézmények kényszer szülte megoldásai közé tartozik az adminisztrációs kikapuk kihasználása. Házi segítségnyújtásban mindenhol alkalmazott módszer a napi 1-1,5 óra gondozási időről való ellátotti nyilatkoztatás. Vagyis hiába állapítják meg hivatalosan, hogy egy idősnek napi 2-3-4 órában lenne szüksége segítségre, aláírtnak vele egy nyilatkozatot a napi 1 óra gondozási szükségletéről, mivel a szolgáltatások nem tudnak többet biztosítani a meglévő gondozói létszámokkal. Idősek otthonában inkább az fordul elő, hogy a vezető, aki az előgondozást végzi, próbál arra figyelni, hogy ne csak a legsúlyosabb állapotú ellátottakat vegye fel a várólistáról, mert tudja, hogy a gondozónők terhelhetősége véges.

„Próbálunk tartani egy arányt: fekvőlimit, demens-limit. Ezt nagyon fontos tartani, mert különben nem lehet olyan szakmai színvonalat tartani, amit így is épp hogy csak tartani tudunk.” (Közép-Dunántúl, önkormányzati otthon, vezető)

3.2. ANYAGI MEGBECSÜLTSG

3.2.1. Fizetés, pótlék, béren kívüli juttatás és következményei

A **fizetéseket** a közalkalmazotti bértábla határozza meg, illetve a pótlékrendszer. Gondot okoz, hogy mára a bértábla elvesztette a funkcióját, 90%-ban lefedi a bérminimum-minimálbér. Ez azt jelenti, hogy egy pályakezdő ugyanannyit kap, mint egy akár 10 éve a pályán lévő munkatárs. Differenciálás csak a pótlékokon keresztül lehetséges. A szociális ágazati pótlék munkakörhöz és szolgálati időhöz kapcsolódik (tehát pl. aki korábban nem közalkalmazottként dolgozott, annak nem jár). További pótlék idősek otthonában az ágy melletti pótlék (24 000 Ft), aminek az összege 2005 óta nem emelkedett, de ezt sem kaphatja meg mindenki, aki valójában ágy mellett dolgo-

zik – például a házi segítségnyújtásban ez a pótlék sem létezik.

„A házi gondozónak nincs műszak pótléka, veszélyességi pótléka, nincs időjárás-, nincs bicikli-, vagy bárminek nevezhetném pótléka. Ágymelletti pótléka sincs, holott ő a házi gondozásban a franciaágy közepén dolgozik. (...) Addig, amíg a bentlakásos intézményben van ágymelletti pótlék, többen vannak, ketten tudnak egy nehezebb embert megmozdítani, emelők vannak, jó esetben meg betegágyak vannak, elektromos betegágyak. A házi gondozásban semmi, és semmi ilyen segítséged nincs, és egyedül vagy, mint az ujjam.” (Nyugat-Dunántúl, alapszolgáltatási központ vezetője)

Lényeges még a fenntartó által adott pótlék, ami opcionális, a Fővárosi Önkormányzat például ad ilyen pótlékot a szociális dolgozóknak „fenntartói pótlék” néven, de ismert más önkormányzatoknál is (sajnos erről nincs hivatkozható adat, anekdotikus szinten ismert a területen dolgozók között, hogy melyik önkormányzat mennyi kiegészítést ad).

„Mondhatom, hogy nálunk nem rosszak a fizetések. Nem az én fizetésem a legmagasabb, amit csak lehet, azt kiosztom a pénzekből, bérmaradványt, mindent. A normál pótlékokon (műszakpótlék, ágymelletti pótlék, szociális kiegészítés stb.) kívül van a „fenntartói pótlék”, ezt először alkalmasszerűen kaptuk, most meg folyamatosan. Ez a főváros hozzájárulása a mi vidéki munkánkhoz.” (Nyugat-Dunántúl, önkormányzati idősök otthona vezetője)

A **bérfeszültség** létező jelenség: nemcsak a házi gondozók és idősök otthonában dolgozók között létezik, de pl. gondozók és ápolók között is. Az egészségügyi végzettséggel rendelkezők külön pótlékot kapnak, ami jelentős összeg a szociális ágazati fizetésekhez képest. Ezt többen is igazságtalannak érzik, mivel szakápolási feladatokra inkább csak elvéve van szükség, a munkaidő nagy részében ápoló és gondozó ugyanazokat a feladatokat végzi.

„Konfliktusok előfordulnak, inkább dolgozó és dolgozó között, mert az egészségügyi végzettségű megkapja az egészségügyi pótlékot, és ugyanazt a munkát végzi.” (Nyugat-Dunántúl, önkormányzati idősök otthona vezetője)

Egyházi intézményekben sem jobb a bérszínvonal a jelenleg +83%-os egyházi normatíva ellenére, mivel ennek csak a felét kapja meg az intézmény, ami teljes egészében elmegy a bérekre, a többi a fenntartónál marad.

„Egyáltalán nem érezhető, hogy az egyházi normatíva magasabb, mert azt nem kapja meg az intézmény. Most 83% pluszt jelent, a 83%-nak 50%-át kapja meg az intézmény, a többi a fenntartónál marad.” (Nyugat-Dunántúl, egyházi idősök otthona vezetője)

A **béren kívüli juttatás** minden általunk meglátogatott helyszínen mást és mást jelentett, a fenntartók preferenciái

és lehetőségei szerint. Egyes helyeken csak munkaruhát biztosítanak (cipőt csak egy év után!), máshol munkaruhautalványt bizonyos összegben, ismét máshol két évente két trikó és egy papucs jár. Egy interjúalany elmesélte, hogy náluk is megszűnt a „ruhapénz”, most már csak bakancsot kapnak a házi gondozók két évente és két kabátot. Emellett előfordult néhány helyen cafeteria juttatás, gépkocsihasználat vagy tömegközlekedéshasználat-térítés.

3.2.2. Feketézés, piacosodás

Az alacsony bérek és béren kívüli juttatások ugyanakkor találkoznak az egyre növekvő és kielégítetlen gondozási szükségletekkel, aminek egyenes következménye a gondozás-gondoskodás áruvá válása, **piacosodása**. Ez a tevékenység elsősorban a házi gondozásban dolgozóknak ad keresetkiegészítést, igaz, feketén (sem a családok nem tudnák piaci alapon megfizetni, sem a gondozóknak nem érné meg még adózni is belőle – és ez még a Nyugat-Dunántúlon is így van). Léteznek piaci szolgáltatások, de az interjúalanyok véleménye szerint csak vegetálnak a fizetőképes kereslet hiánya miatt.

„Nekem is kemény időszakaim voltak, akkor azt tudtam csinálni, hogy fenntartsam azt a szintet, amire szükségünk van, ami kellene ahhoz, hogy ennivalónk legyen, meg ilyenek, hogy elmentem feketén dolgozni. De viszont akkor nem volt se szombatom, se vasárnapom, nem volt egy szabad estém. Itt a házi gondozásban vállaltam (munkát). A család ugye nem tud pelenkázni, meg egy csomó mindent nem tud, és akit el kell látni reggel, délben, azt el kell látni este is. Hivatalosan nem szabad, de ezt mindenki tudja, mert ennek nincsen háttere, legalitása, adózni kellene.” (Nyugat-Dunántúl, önkormányzati fenntartású intézmény, házi gondozó)

3.3. MUNKAKÖRÜLMÉNYEK: IDŐBEOSZTÁS, MUNKA INTENZITÁSA, FIZIKAI KÖRNYEZET, MUNKAESZKÖZÖK, ADMINISZTRÁCIÓ

Idősök otthonában általános a több **műszakos beosztás**, a tevékenység jellegéből fakadóan. Nappalos és éjszakai műszakok vannak, mindkettőnek megvan a maga nehézsége. A nappalos műszakok fizikailag megterhelők, hiszen pelenkázniuk, fürdetniük kell, és bérben is rosszabb, míg az éjszakai mentálisan nehéz, hiszen ilyenkor csak 1-2 nővér jut az ellátottakra, akikkel az állapotukból kifolyólag bármi történhet, tehát nagy a felelősség. A műszakok lehetnek 4-6-12 óráskak. Ezeket az intézményvezetők próbálják az egyéni igényekhez igazítani, mert szinte ez a rugalmasság az egyetlen eszközük a munkaerő megtartására. Ezt a fajta rugalmasságot többen „családbarát-nak” is nevezik, de a sok táppénz miatt nagy nehézséget okoz a beosztások kialakítása.

„És nálunk minden dolgozónál, aki ápolási-gondozási munkakörben van, a rugalmas munkaidő-beosztás az

alap. Tehát kívánságműsor van. Ez rendkívüli nehézségeket támaszt a beosztás elkészítésénél, de a munkaerő megtartásának ez az egyik olyan eszköze, amit nem engedhetünk el. Tekintettel vagyunk a kisgyerekekre, ha valaki azt mondja, hogy ő nyolctól négyig tud dolgozni, úgy építjük fel az ő munkabeosztását, hogy az megvalósuljon. Tehát kénytelenek vagyunk mi alkalmazkodni.” (Közép-Magyarország, egyházi otthon vezetője)

Ugyanezt a 4-6-8 órás rugalmasságot próbálják a házi segítségnyújtásban is biztosítani, mivel a dolgozók közt sok a kisgyermekes, egyedülálló anya. Számukra az egy műszak vonzó ebben a munkakörben (nincs éjszakai, hétvégi munkavégzés).

A munkatempó feszített és kicentizett. Az egy gondozóra jutó ellátottak száma, vagyis a munka intenzitása rendkívül magas. Házi segítségnyújtásban átlag 5-6 ellátott jut naponta egy gondozóra, ehhez jön még az utazás. Idősek otthonában szintén magas az egy gondozóra jutó ellátotti szám (20-25 fő), de emellé figyelembe kell venni az ellátottak állapotát, az eszköztelenséget is, ahogy arra már korábban utaltunk.

„Hogy egy gondozóra hány ellátott jut? Hát az egy katasztrófa! Általában hárman vannak egy műszakban, 50 főnél, most három ember. Az egyik helyen 28 pelenkásunk van, a másik helyen 34, és mindenhol 10-en felüli, aki teljes kiszolgálásra szorul. (...) Így a három nővér nagyon kevés. Éjszaka ketten vannak és nagyon betegek (a gondozottak).” (Nyugat-Dunántúl egyházi intézmény vezetője)

Pihenő idő általában nincs, az ebéidő is csak az idősek otthonában megoldható (van, ahol ott is nehezen). Házi gondozóknál jellemzően nincs ebéidő, ők akkor tudnak enni, ha hazaértek.

„Pihenőidő nincs... Akkor esznek, amikor éppen ráérnek. Van olyan helyzet, hogy négyszer áll neki az ebédnek, mert mindig megzavarják, csoda, ha ideges lesz, vagy a gyomrára megy. (...) A pihenésre, elvonulásra nincs lehetősége a dolgozónak, még akkor sem, ha nagyon fáradt. Feladat van, csinálni kell. Talán a kávé-, meg a dohányzóknak a cigarettaszünetek jelentenek egy kis szusszanást, de más nincs.” (Közép-Dunántúl, idősek otthona főigazgatója)

Néhány helyen a vezetők biztosítanak egy külön szobát (pl. nővérszoba, könyvtár) azoknak a dolgozóknak, akik már nagyon kimerültek, hogy kis időre el tudjanak vonulni, de ez nem általános – ugyanakkor máshol is javasolható lenne. (Egy másik intézményben, mivel a gondozónó tömegközlekedéssel jár be, ami hétvégén nincs, biztosítanak számára egy helyiséget, matracot, ahol aludni tud.)

„A dolgozó, ha nagyon feszült, vagy egy kicsit ki akar lépni a helyzetből, akkor a könyvtárszobába tud elmenni, ott van masszázsfotel is, ha jólesne neki, hogy

egy kicsit megdögönyözze a gép, akkor egy programot elindíthat. Illetve a tornaterembe is el tud vonulni. Ott van szobabicikli, de azt kevésbé használják, mint ezt a könyvtárba való elvonulást.” (Közép-Magyarország, egyházi otthon vezetője)

Infrastruktúra, munkaeszközök. Az idősek ellátását biztosító otthonok épületei jellemzően korszerűtlenek, eredetileg sem ezzel a céllal épültek (műemlékvédelem alatt álló egykori kastélyépületek). A fűtés, világítás általában megfelelő, de a helyiségek kicsik, esetleges bennük az akadálymentesítés, és kevés is van belőlük minden szükséges funkcióhoz – különösen most, hogy a járványhelyzet miatt izolációs szobákat is ki kellett alakítani.

Felújításokra pályázni lehet, egyházi otthonok jellemzően éltek is ezzel a lehetőséggel, míg pl. a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság fenntartásában lévő intézmények állapota kritikus (de ugyanaz igaz sok önkormányzati fenntartású intézményre is). Többen sejteni vélik, hogy azért nem foglalkoznak már ezekkel az intézményekkel, mivel hamarosan át lesznek adva az egyházaknak.

„...azt tudni kell, hogy ez (ahol az ellátás történik) egy több mint 100 éves épület. Tíz éve nem volt festés. Minden hónapban kell egy jelentést küldeni az SZGYF-nek, amiben felsorolja mindegyik telephely, hogy ablakcsere, vízvezetékcsere, vagy fürdőszoba-felújítás, tehát minden olyan dolgot le kell írni, amiben lépni kellene. Én azt tapasztaltam, hogy a 14-15 hónap alatt, amíg én ott voltam, minden hónapban ugyanazok a jelentések mentek, és változás nincs. Tehát ezért mondom, hogy a lehető legrosszabb az SZGYF-es fenntartású intézmény, főleg most, hogy az egyház kacsingat az intézmény felé, mert szerintem nem fognak pénzt investálni bele a rendszerbe. Ha kell az egyháznak, viszi így, és majd felújítja, de hogy ez már kivárára megy, ez már biztos. Tehát rendkívül rossz körülmények, huza-tos épület, régi, rossz linóleumok, potyogó csempek.” (Dél-Alföld, állami fenntartó, középvezető)

A berendezésekkel ugyanez a helyzet, a bútorok régiek, elhasználtak, sok helyen csak hozzátartozói és egyéb adományokból tudják cserélni. (A hiány a pelenkára is igaz, mivel csak napi 3 biztosított, ami gyakran nem elég). Az ágyakkal kapcsolatban többen elmondták, akik házi segítségnyújtásban dolgoznak, hogy problémát okoz, hogy sok helyen a fal mellé vannak tolvá, a betegek otthonában heverő van, amik alacsonyak a gondozási tevékenységhez, az állítható betegágy ritka. Korszerű betegágyakból az idősek otthonaiban is hiány van, betegemelő általában nincs. Vagy ha van is, nehézkesnek találják a gondozók a használatukat és inkább kézzel emelnek, ami viszont fizikailag megterhelő. Ugyanez a probléma a fürdetésnél: sok helyen nem teljesen akadálymentesek a fürdőszobák, illetve kicsik a betegek mozgatásához. Ágyban fekvő betegek számára léteznek speciális fürdetőágyak, de ilyennel is csak elvétve lehet találkozni az intézményekben.

„A fürdőszoba mérete nehezítő körülmény a fürdésnél, ketten nehezen férnek el. Sima kádunk van, amire rá van téve az ülőke, amivel be tudjuk fordítani a lakókat, de emelőszerkezet, vagy ilyesmi nincs. Nagyon jó lenne, ha az ágyban fekvőket is, akik még ugyan kimozdíthatóak lennének, nem az ágyból fürdetnénk, de nem tudjuk őket a fürdőszobában fürdetni, mert nem tud megállni, nem tudjuk őket ráültetni erre a befördítható ülőkére, őket ezért az ágyban fürdetjük.” (Közép-Dunántúl, egyházi intézmény vezetője)

A számítógépes ellátottság rossz, ezt minden interjúalany megerősítette. Ez elsősorban azért okoz problémát, mert a szociális szolgáltatásokban napi szintű, elektronikus nyilvántartás-vezetési kötelezettség van, amit nem csak a sokak által szidott KENYSZI rendszer nehezít meg¹⁴, hanem a gépek állapota is.

3.4. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT, STRESSZ, KIÉGÉS, ABÚZUS

Ami az egészségi állapotot illeti, általánosak a gondozónők között a mozgásszervi problémák, a betegek, nehéz tárgyak emelgetése miatt. Gerincsérv, egyéb gerincprobléma, visszér, láb- és kézfájás – ezek az általánosan előforduló betegségek, amelyek miatt sokan akár hetekre is kiesnek a munkából, esetleg más munkakörbe kéri magukat, mindez szintén a létszámhiány oka és következménye is egyben.

„Ha a többi dolgozónál nézzük, hogy milyen a fizikai terhelés, akkor azt látjuk, hogy a mozgásszervi problémák előjönnek... pont a fekvő lakóknak az emelése, leginkább ez nehéz. De olyan is van, hogy valakit föl kell segíteni a kerekesszékre, mert könnyen elveszíti az egyensúlyát, elesik, lecsúszik. Férfiaknál volt például olyan is, hogy két ember tudja csak megemelni. (...) Fizikai megterhelést jelent a gondozók számára az is, hogy az étkezőből, a konyháról nekik kell elvinni az ebédet, mindig az adott gondozási egységbe, és az egy nagyobb kocsin történik, s az edények sem feltétlenül könnyűek és az ételnek a súlya is tetemes... Betegség, betegállomány elég gyakran előfordul. Kézműtöttek voltak így a legutóbbi időben, ez az alagútszindróma, és akkor hosszan táppénzen vannak a műtét után, meg a gerincbetegségek miatt is.” (Közép-Magyarország, egyházi otthon vezetője)

„A múlt héten temettünk el egy kollégánót, aki 25 évig dolgozott. Két hónap alatt meghalt. Éjszakai műszakban összeesett, és onnantól kezdve felgyorsultak az esemé-

nyek, 61 éves volt. Ez nagyon megviselt mindegyikünket. Többeket gerincével műtöttek, gerincsérv, mozgásszervi betegség rengeteg van és hát nyúzott mindenki.” (Nyugat-Magyarország, egyházi intézmény vezetője)

Házi gondozásban dolgozóknál a fizikai emelgetés mellé járul még az is, hogy naponta nagy távolságokat kell biciklivel megtenniük sárban, fagyban, télen-nyáron.

A fizikai mellett a **mentális megterhelés** is nagyon jelentős az idősellátásban dolgozóknál. Ennek egyik oka egyértelműen a létszámhiányból fakadó feszített munkatempó: a feladatok görgetése, vagy hogy egy-egy munkafolyamatot nem tudnak anélkül befejezni, hogy meg ne zavarnák őket a váratlan események.

„A pszichés terhelések között ott van a feszített munkatempó. Szóval a munkától kiakadunk, megszakadunk. Soha nem tudunk egy munkafolyamatot teljesen végigcsinálni. Nekem végig kell nézmem a gyógyszeres lapot 30 betegnél, de tuti, hogy egy fél napba fog kerülni, mert közben elhívnak, közben telefon, jönnek-mennek a betegek, rosszul vannak, mentőt hívunk. Itt szinte ugyanaz van, mint egy kórházban, kinek mije fáj. Itt is az ájulástól kezdve a vérhányásig, a rosszuléttól kezdve az infarktussig minden előfordul, és akkor addig nem mozdulok a betegágytól, amíg ki nem jön a mentő. Én ellenőrzöm a munkameneteket, de leltározunk közben, most éppen selejtezzük, azzal kínlódunk, és ilyenkor az egész figyelmünk elmegy a betegekről. Ez évek óta így van. És van az összes többi munka, amivel mindig el vagyunk maradva, és csak görgetjük és görgetjük, és soha utol nem érjük magunkat. És ezzel így vannak az ápolók is, gondozók is. Mindenki le van maradva és folyamatosan érezzük ezt a nyomást, ezt a terhet, és a Covid alatt csak még rosszabbá vált a helyzet.” (Észak-Alföld, önkormányzati otthon vezetője)

Mentálisan nagyon megterhelő emellett a gondozottak halálának feldolgozása, sokan emiatt is hagyják ott a pályát. Házi segítségnyújtásban a gondozókat nagyon megviseli, ha ők találják meg az elhunyt gondozottat, akivel már érzelmi kötődés is kialakult (ezen egy szolgáltatásvezető úgy próbál meg segíteni, hogy ha egy gondozott meghal, a gondozónőnek nem ad rögtön új gondozottat, hanem kis ideig hagyja regenerálódni). Emellett megterhelő számukra az is, ha a gondozott – akár a demenciája miatt is – agresszíven viselkedik, vagy vádaskodik, követelőzik, bántóan szól a gondozóhoz – és ez annak ellenére is így van, hogy tudják, mivel jár a demencia.

Az egyik, mentálhigiénés végzettséggel rendelkező interjúalanyunk véleménye szerint a gondozók többsége egyértelműen a kiégés tüneteit mutatja. **Szupervízió** ugyanakkor nem biztosított egyik intézményben sem (sem a vezetőknél, sem a dolgozóknál). A vezetők próbálnak továbbképzést, kirándulást, csapatépítést, közös beszélgetést szervezni, de ők is tudják, hogy ezek nem valódi megoldások.

¹⁴ A KENYSZI az ún. igénybevevői nyilvántartási rendszer, amelyből az adatok a Magyar Államkincstárhoz futnak be, amely ez alapján ellenőrzi a normatíva felhasználást. Ez a rendszer korszerűtlen, nem segíti az adminisztrációt. Többen elmesélték, hogy miért nem (nem követi a jogszabályváltozást, nem engedi az ellátásütközéseket, ha elírás van, nem jelzi, hogy hol a hiba, és önelőzést is csak havonta egyszer engedélyez, stb. Külön tanulmányt érne az adminisztrációval kapcsolatos panaszok összegyűjtése.)

„De nincs szupervízió a dolgozóknak sem. Most elmentünk pénteken egy tanulmányi útra T-ra. Ezt az önkormányzat kis pályázatából oldottuk meg, erre sincsen külön büdzsé. Te is tudod, hogy azt a jólétit, azt a plusz szakmai dolgot, ami közben kellene a kollégáknak, hogy közben ne omoljanak össze, azt csak pályázatokból lehet megvalósítani. Semmi ilyesmi nincs az önmagában is alacsony szociális költségvetésben.”
(Nyugat-Dunántúl, önkormányzati alapszolgáltatás vezető)

Kimondottan **abúzusról** két interjúalany számolt be. Ez vagy tabutémának számít a gondozók körében, vagy „természetesnek” veszik, ami hozzátartozik a gondozott állapotához. Nehezen kezelhető gondozottokról beszélnek inkább.

„Bántalmazás, hát az nem volt, semmi olyan komoly, de ha egy demens beteg véletlenül agresszívabb, vagy így megszorítja a kezünket, vagy odacsap esetleg, de ilyen komoly dolog nem volt, szerencsére. Hát ugye, az teljesen más, teljesen máshogy kell öhozzájuk viszonyulni, mint egy sima ellátotthoz.”
(Nyugat-Magyarország, önkormányzati otthon ápolója)

3.5. SZAKSZERVEZETI TAGSÁG, ÉRDEKÉRVÉNYESÍTÉS

Szakszervezeti tevékenység kevés helyen van, ahol van, ott is inkább csak látszat. Ennek részben az az oka, hogy nem lépnek be a dolgozók, másrészt nincsenek rendezvények, gyűlések sem, ahova el tudnának ilyen feszített munkarend mellett menni – egyszerűen nincs idő az érdekérvényesítési tevékenységre. Többen elmondták, hogy voltak korábban tüntetéseken, de semmilyen eredménye nem volt, az egészségügyhöz képest a szociális ágazat mintha nem is létezne, ezért is nagyon csalódottak. Egy helyen mesélte el egy interjúalany, aki szakszervezeti képviselő is volt, hogy mennyire nehéz rávenni a dolgozókat a belépésre. A tagság elutasítása mögött nem csak a jogtudatosság hiánya, a tagdíj vagy az időhiány áll, hanem a fenntartók felől érkező nyomás is.

„De volt nekünk kerületi pótlék, én szakszervezeti képviselő voltam és tavaly, 2020. márciusban a kollektív szerződésben kiharcoltunk valami plusz pénzt, meg ruhapénzt is. Egységesen mindenki kapott 54 000 forint ruhapénzt egy évre, nekem így volt a fizetésem 193 000 forint bruttó. Nagyon nehéz volt a szakszervezetben. Mindenki panaszkodott, meg minden, de egyszerűen nem voltak hajlandók belépni. Én a kerületben a klubokat képviseltem, és a nappali klub az öt telephelyen volt összesen, és abból 6 fő tag. De az egész kerületben az volt a célunk, hogy a tagság aránya elérje valamikor a 20% tagot, és hát nem. És hát ez is egységesen 2110 forint volt havonta, abból a kevés pénzből. És ez engem tökre zavart, hogy engem személyesen senki nem vesz komolyan, de az, hogy a munkáltató, az, aki a munkavállalói jogokkal nincs tisztában, hát az nagyon zavaró.” (Kerületi önkormányzati klub gondozója)

3.6. COVID-TAPASZTALATOK

A Covid-19-járványhelyzet kapcsán arra voltunk kíváncsiak, hogyan változott általában a munkavégzés, melyik intézkedés hogyan érintette az intézményeket, gondozókat, illetve hogy mindez hogyan hatott az ellátottak állapotára.

Kormányzati, EMMI-protokollok¹⁵. Általános vélemény, hogy az eljárásrendek nem voltak átgondoltak, ellentmondtak egymásnak, nem illeszkedtek az intézményekben működő rendhez, az ellátottak állapotához (a kórházak mintájára készültek inkább). Nem volt kihez fordulni állásfoglalásért, értelmezésért, az intézményvezetők nem kaptak hivatalos választ a kérdéseikre, viszont az ellenőrzések ugyanúgy működtek tovább.

„A kormányzati járványkezelés az minősíthetetlen volt. Egymásnak ellentmondó utasításokat kaptunk, és amikor valamilyen kérdésben a helyi viszonyokhoz, igazításhoz kértünk állásfoglalást, akkor senki nem vállalt felelősséget. Még most is van több olyan e-mail a gépemen, amire nem kaptam választ. (...) Végül is mi kialakítottuk a saját protokollunkat a járványügyi védekezéshez.” (Nyugat-Dunántúl önkormányzati idősek otthona vezetője)

Izolációs szobákat csak úgy tudtak létrehozni az amúgy is túlszűfolt intézményekben, hogy csökkentették a bent lévők létszámát (ebben segített a felvételi zárlat, illetve hogy a várólistán lévők halasztották a beköltözést). Az izolációt jelenleg már csak azoknak tartják fenn, akiket kórházból szállítanak vissza, rájuk 3 nap elkülönítés vonatkozik. A fertőtlenítő zsírpelést szintén nehezen, vagy sehogy sem tudták megoldani az otthonok.

Védőruhát, felszerelést, fertőtlenítőeszközöket csak az intézményi költségvetés terhére tudtak biztosítani, de így is volt, ahol hipóval fertőtlenítették a dolgozókat a gumikesztyűket, illetve volt, ahol csak textilmaszkot kaptak kezdetben, amit naponta kellett volna mosniuk és vasalniuk. Emellett voltak értelmetlen és betarthatatlan utasítások, például amikor a lakóknak a szobákban is maszkban kellett volna ülniük, mindezt az Nemzeti Népegészségügyi Központ (NNK) szakemberei pedig ellenőrizték.

„Nekem a csúcs az az volt, hogy amikor már több mint két hónapja be voltak zárva az intézmények, akkor se lehetett a közösségi helyekre se kimenni, hanem be voltak tényleg zárva a szobákba. És akkor, valami hirtelen (történt, és) túl sok lett a szájmascsk, vagy el kell adni, no, akkor reggel 8 és délután 4 között a szobában szájmascskot kellett hordani a lakóknak. Aztán amikor jött

¹⁵ A Szocokos (tamogatoweb) nevű portálon nyomon követhető az összes, szociális területet érintő járványhelyzeti jogszabály és protokoll: <https://tamogatoweb.hu/index.php/hirek/napi-szocokos/460-szocialis-munka-jarvany-idejen>; <https://tamogatoweb.hu/index.php/hirek/napi-szocokos/557-szocialis-munka-jarvany-idejen-2-0>; <https://tamogatoweb.hu/index.php/jogszabalyfigyelo/jogszabalyok-2021/708-koronavirus-jarvany-elleni-vedekezesrel-kapcsolatos-intezkedesek>

az NNK ellenőr ellenőrizni, mondom neki: nem tudunk ott lenni a szobában, nem tudjuk ellenőrizni, hogy fuladni kezd egy demens! De nekik azt is kellett ellenőrizni. *(Nyugat-Dunántúl egyházi otthon vezetője)*

De ugyanilyen értelmetlen volt az intézményvezetők számára a katonaság fertőtlenítési cézzal való megjelenése is az intézményekben¹⁶.

Hatás az ellátottak állapotára. A várólisták a Covid-járvány előtt is hosszúra nyúltak, átlagosan két évet kellett várni egy férőhelyre, a vezetők szerint ez most még tovább nőtt, akár 4-5 évre is. Sokan halasztják a beköltözést, de ellátásra ugyanúgy szükségük lenne. A járvánnyal összefüggő halálozás minden általunk megkérdezett otthonban előfordult.

A bentlakókat mentálisan nagyon megviselte a bezártság, ez fel is gyorsította az állapotromlást. A telefonon való kapcsolattartás egy idősebb, demens betegnél nagyon nehézkes.

*„A lakók állapota, különösen a mentális állapotuk rettentően sokat romlott, és még ezen is rontott a hozzátartozóktól való elzárás. Nagyon nehezen viselték ők is, mi is. Telefonon, nagyothallás, a helyzetnek a meg nem értése is zavaró volt, a hozzátartozó is már egyre ritkábban telefonált. Egy súlyos demens ember már nem ismeri fel a hozzátartozóját, de azt, hogy valaki ott van és megérinti, azt átéli, és ez is elmaradt. Ha valaki ott van és fogja a kezét, azt értékeli, de azt, hogy a dobozból beszél, az egyenlő a nullával. Nyolc halott volt, de nagyon idősek, valóban az életkoruk is hozzájárult ehhez.” *(Közép-Dunántúl, egyházi otthon vezetője)**

Lelki terhek házi gondozásban ugyanúgy előfordultak, de ahogy azt fentebb már részleteztük, éppen a mentális gondozásra már korábban sem volt kapacitás.

Létszámproblémák, helyettesítések. Az amúgy is létszámhiányos helyzetben vitán felül a helyettesítések megoldása jelentette a legnagyobb, legnehezebben megoldható problémát az intézményeknek. Sokan kiestek a munkából – akár mert ők is elkapták a fertőzést, akár mert veszélyeztetett korcsoportba tartoztak, vagy éppen mert az iskolák-óvodák bezárása miatt nem tudták megoldani a gyermekük felügyeletét. Ilyen helyzetben az idősek otthonában nem tehettek mást, mint hogy minden dolgozót – a takarítónőtől a portásig – bevontak a gondozásba. Mindez kimerítő volt, és folyamatos konfliktusokat is generált a dolgozók között, másrészt tényleg csak a legszükségesebb tevékenységekre maradt idő.

„Egy nap 26 ápoló esett ki a Covid miatt. És ott nem úgy volt, mint a kórházban, hogy bezártunk egy részt és átcsoportosítottuk a betegeket, itt nem volt hova. Itt meg kellett oldani! Itt a takarítónőtől kezdve

a fodorászig mindenki az ellátásban volt, akit nélkülözni lehetett, mert etetni kellett, pelenkázni kellett, fürdetni kellett, mindent kellett. Azt nem lehetett, hogy a lakók ne legyenek ellátva, és elfáradtak az emberek.” *(Dél-Alföld, állami fenntartású idősek otthona középvezetője)*

Munkajogi problémaként felmerült, hogy mindezek után néhány helyen még nem is fizették ki a dolgozóknak a helyettesítést.

*„A Covidban nagyon sokan nem dolgoztak, gyerekek, vagy bármi, vagy az egészségük miatt. Akik ott maradtunk, az dolgozott, de a jogszabály előírja, hogy aki 30 napon túl betegállományban van, és helyette dolgozik valaki, annak helyettesítés járna. Mások se, én sem kaptam semmit. Amúgy sem jók a körülmények, de akik maradtunk és dolgoztunk, nekünk sokkal rosszabb lett a helyzetünk.” *(kerületi önkormányzat, idősek klubja, gondozó)**

Kórházkiürítés, 70 éven felüliek ellátása. A 2020. áprilisban a miniszter által elrendelt kórházkiürítés miatt a hazaadott, gondozásra szoruló idősek ellátása is részben a házi gondozásra, illetve az alapellátásra terhelődött, de erre a szakápolási teherre már végképp nem voltak a gondozók felkészülve (sem kompetenciában, sem munkaterhelésben).

*„(...) folyamatosan az volt a probléma, hogy a házi orvos mondta, hogy ezt, meg azt tegyék meg (a gondozónők). Meg azt, hogy a kórházból telefonáltak, hogy kirakják a kórházból holnap a Józsi bácsit. És a vezető folyamatosan ezen vitakozott, hogy nem tudom milyen kompetencián túli az az ápolás, amit kérnek. Mert a gondozónak a munkájába az még beletartozik, hogy sztómászákot kicseréljen, de azon túl még mit várnak el, de ahhoz már más szakképesítés is kell. Meg olyanok, hogy telefonáltak kettőkor, hogy holnap hazaviszik a nem tudom milyen nénit vagy bácsit, és 24 órás felügyelet kell. Hát ilyen náluk nincs is, nem is tudunk ilyet szerezni, meg hát nincs olyan se, hogy másnap.” *(kerületi önkormányzat, idősek klubja, gondozó)**

2020. március 16-án megjelent a 46/2020. (III.17) kormányrendelet, amiben a 70. életévüket betöltött személyeket a Kormány arra kéri, hogy lakóhelyüket vagy tartózkodási helyüket ne hagyják el. Ha a 70. életévüket betöltött személy mindezt vállalja, és erről az önkormányzatot tájékoztatja, az ellátásáról való gondoskodás a települési önkormányzat polgármesterének feladata. Később ehhez járult még a kötelező házi karanténban lévő személyek ellátásának kötelezettsége is. Ezt a feladatot szintén a házi segítségnyújtásban dolgozóknak kellett ellátniuk.

Anyagi nehézségek: a másodállás tiltása, a helytállásért való jutalom hiánya. További anyagi nehézséget okozott a gondozóknak a másodállás tiltása (a kérdőíves kutatásban láttuk, hogy több mint a dolgozók fele vállalt a Covid előtt pluszmunkát), amelyet a fertőzésveszély csökkentése miatt rendeltek el. A gondozónők fizetése

¹⁶ <https://honvedelem.hu/hirek/idosotthonokat-fertotlenitettek-a-katonak.html>

a megnövekedett terhelés dacára nem lett több a járvány alatt sem, a másodállás tiltása így sokakat nehéz helyzetbe hozott, párkapcsolatok, családok mehettek ebben tönkre.

*„A Covid alatt csak felerősödtek, vagy jobban láthatóbbá váltak a gondok. Másodállás nem lehet, egyenesen tilos. A dolgozók kimerültek, nagyon sokan betegek. Párkapcsolatok, házasságok mennek tönkre.”
(Nyugat-Dunántúl, egyházi otthon vezetője)*

Többen elpanaszolták azt is, hogy a kormány mennyire nem vett róluk tudomást a 2. hullám lecsengése után sem: az is csak sokára, és csak a Fővárosi Önkormányzat által fenntartott Pesti úti idősek otthonában történt tömeges fertőzés után tűnt fel nekik, hogy ez az ágazat egy-

általán létezik – de ekkor is csak azért, hogy bűnbakká tegyék a dolgozókat. Szemben az egészségügyi dolgozókkal, az idősellátásban dolgozók semmilyen központi elismerésben, anyagi jutalomban nem részesültek, esetleges volt, hogy melyik fenntartó gondolta úgy, hogy el kellene ismerniük a munkájukat, és ehhez megtalálta a megfelelő eszközt is.

„Amikor vége lett, én kaptam nettó 15 360 forintot, az egy év helytállás után, annyi jutalmat. Mondtam is a férjemnek, hogy veszünk belőle három unikumot, aztán kész, ennyi. Hát tényleg, amikor megláttam nem tudtam, hogy röhögjek, vagy sírjak.”

(kerületi önkormányzat, idősek klubja, gondozó)

Nem csoda, hogy az interjúalanyaink között több olyan is akadt, aki mindezek után beadta a felmondását.

IRODALOM

EUR (2021a): Long-term care report Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume I, II.

EUR (2021b): Grubanov-Boskovic, S., Ghio, D., Goujon, A., Kalantaryan, S., Belmonte, M., Scipioni, M., Conte, A., Gómez-González, E., Gomez Gutierrez, E., Tolan, S., Martinez Plumed, F., Pesole, A., Fernandez Macias, E. and Hernandez-Orallo, J., Healthcare and long-term care workforce: demographic challenges and potential contribution of migration and digital technology, EUR 30593 EN, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2021, ISBN 978-92-76-30233-9 (online), 978-92-76-30232-2 (print), doi:10.2760/33427 (online),10.2760/234530 (print), JRC121698.

Eurofound (2015): Violence and harassment in European workplaces: Causes, impacts and policies, Dublin.

Eurofound (2020): Long-term care workforce: Employment and working conditions, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Kamińska et al (2020): Salaries of social workers in Europe, Report, Polish federation of social workers and social service employees unions

Oliver William Jack Beer (2016): Predictors of and Responses to Social Workers: A National Survey

Gyarmati, A. (2006): Idősellátásban dolgozók munkahelyi körülményei, Kapocs, V. évf. 3. szám

Csesznek, C. – Šimon, M. (2019): The Profile of Social Services Workers Employed by the Local Councils and Their Perception of the Job of a Social Worker: an Exploratory Research in Braşov County Revista de Asistență Socială, anul XVIII, nr. 4/2019, pp. 23–35

Mack, J.D. (2012): Why Social Workers Remain in the Field: An Exploratory Study on the Protective Factors Associated with Social Worker Perseverance

Meleg, S. (2021a): Bérek, bérpótlékok a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi ágazatban. http://www.tamogatoweb.hu/irasaink/berek_berpotlekok_2021_02_06.pdf (letöltve: 2021. november 10.)

Meleg, S. (2021b): Béremelés, 2022. http://tamogatoweb.hu/index.php/olvasnivalo1/rendezveny-beszamolok/706-beremeles-2022?fbclid=IwAR0ibvnylagYcAoak33_lgv7J7Lvh4dp2ezWuEggs8aujYm1qFR-Bjny6gk (letöltve: 2021. november 10.)

A SZERZŐRŐL

Gyarmati Andrea PhD. szociológus, független kutató. Kutatási területei közé tartozik a jóléti állam, a szociális- és gyermekvédelmi szolgáltatási rendszer működése, a gondoskodási válság, az idősödő társadalom problémái.

IMPRESSZUM

Friedrich-Ebert-Stiftung

Kiadó:

A Friedrich-Ebert-Stiftung Budapesti Irodája
1054 Budapest | Fővám tér 2–3.

Tel.: +36-1-461-60-11 | Fax: +36-1-461-60-18

fesbp@fesbp.hu

<https://budapest.fes.de/>

Projektkoordinátor: Malomvölgyi Csilla

A Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) által megjelentett és a honlapján található bármely anyagot tilos kereskedelmi forgalomba helyezni, megjelentetni a FES előzetes írásbeli engedélye nélkül.



AZ IDŐSELLÁTÁSBAN DOLGOZÓ MUNKAVÁLLALÓK HELYZETE AZ EURÓPAI UNIÓBAN ÉS MAGYARORSZÁGON



Legyenek kollektív szerződések az ágazatban.



A gondozók munkakörülményeinek javítása, valamint az ágazatban folytatott szociális párbeszéd előmozdítása egyik lényeges eszköze a szektor vonzóbbá tételének. Ezért a toborzás mellett célzott és rendszerszintű erőfeszítésekre van szükség a megfelelően képzett munkaerő hosszú távú megtartására is. A szakpolitikai lehetőségek a következők: elsődlegesen a munkakörülmények és a fizetés javítása – többek között megerősített szociális párbeszéd révén; a munkaszervezés javítása; átképzés és továbbképzés; valamint a munkahelyi egészségvédelem és biztonság fokozása.



Fontos lenne a szisztematikus adatgyűjtés, adatfeldolgozás – a munkavállalókra vonatkozóan. Magyarországon is több állami szervezet gyűjt adatot, ugyanakkor ezeket nem dolgozzák fel, a tervezésbe nem építik be, így nincsenek evidencia alapú gyakorlatok és hatáselemzések sem.

További információk:
www.fes-budapest.org