

## MIÉRT (NEM) JELEZNEK A HÁZIORVOSOK? A házi orvosok és a szociális házigondozás együttműködésének lehetőségei és korlátai\*

KOVÁCS Benedek – GÁLIG Zoltán – VÁLYI Réka

Magyar Máltai Szeretetszolgálat, Országos Módszertani Központ  
H-1033 Budapest, Miklós u. 32.; e-mail: kovacs@mmshp.hu

Magyar Máltai Szeretetszolgálat, Országos Módszertani Központ  
H-1033 Budapest, Miklós u. 32.; e-mail: galig@mmshp.hu

Magyar Máltai Szeretetszolgálat, Országos Módszertani Központ  
H-1033 Budapest, Miklós u. 32.; e-mail: valyi@mmshp.hu

**Összefoglaló:** Az egészségügyi és a szociális alrendszer elvileg az idősek alapellátásában egymásra utalt, és az érdekek az idősek ellátása kapcsán egybe esnek. A házi orvosi szolgálatok részét képezik annak a szociális jelzőrendszernek, amely az ellátatlanszükségletek felszínre jutását segíti elő. Ugyanakkor az ellátatlan rászoruló szociális gondozásba vételének nagymértékben megkönnyítené a házi orvosok munkáját is. Mindebből arra következtetnénk, hogy a házi orvosi jelzéseknek mindeütt gyakoriaknak kellene lenniük. A szakemberek tapasztalatai azonban mást mutatnak. Kutatásunkban éppen ennek az eltérésnek, azaz a szakmai várakozásoknak megfelelő, elvi érdekek azonosából fakadó maximális együttműködés és a valóságban tapasztalható gyenge együttműködés közötti különbségnek a magyarázatára dolgoztuk ki elméleti modellünket, amelyet empirikusan is teszteltünk. Eredményeink szerint a szociális szolgáltatók preferenciái nem nyilvánvalóak a házi orvosok számára, ezért a házi orvosok jelzési hajlandósága információszerezési lehetőségeik függvényében változik.

**Kulcsszavak:** időskorúak, szociális szolgáltatás, házi orvosi ellátás, játékelmélet, információhiány

### BEVEZETÉS

A saját otthonukban élő gondozásra szoruló idős emberek ellátásához jutásuk általában két úton valószínűleg megvalósulhat: vagy maga az ügyfél, illetve a családja kéri az ellátást, vagy pedig a segítségre szoruló valamilyen okból nem kéri ugyan az ellátást, de a jelzőrendszer valamilyen tagja felhívja a figyelmére, és az beszéli rá, illetve kéri az idős ellátását. A szakpolitikában többször felmerült már a társadalomból kikeresztelt lakosság csoportok szociális

\* Köszönettel tartozunk Takács Károlynak (BCE) a tanulmány korábbi változataihoz fizetett észrevételeiért.

lis és egészségügyi ellátásának fejlesztése érdekében a családsegítők, védőnői hálózat, az ápolók, a házi orvosok, a szociális munkások, a gyermekjóléti szolgáltatók és a civil és karitatív szervezetek nagyobb fokú együttműködésének szükségessége. E jelzőrendszer, vagy lehetőséges jelzőrendszer tagjai közül az egyik legfontosabb a házi orvos.

A házi orvosi szolgáltatók és az idősek szociális alapellátásának együttműködése mind az egészségügyi mind a szociális ágazat számára hasznos lenne. A megfélelő együttműködés kialakítása a házi orvosi szolgálattal nagymértékben javítaná az idősek saját otthonukban történő ellátását és csökkentené a szociális szolgáltatókhoz való hozzájutásban tapasztalható kirekesztettséget (Ferge 2002). Az egészségügyben a betegek hatékony gyógyításának alapfeltétele, hogy a szociális problémák ne terheljék a betegeket. A kutatás során feltételeztük, hogy a házi orvosok látóterébe mindennapi munkájuk során ugyan sokszor bekerülhet a szociális környezet, ám arra inkább, mint egy sajátos „rizikófaktorra” (Oláh 1999) tekintenek, és kevésbé jellemző a szociális szolgáltatókkal való szoros együttműködés annak érdekében, hogy csökkentsék a szegénység, vagy kiszolgáltatottság mértékét, amely egyébként a saját munkájukat is megkönnyíti. Magyarországon az együttműködés fontossága már a hetvenes években felmerült a körzeti orvosok és a szociális házigondozás között (Mándli–Scheirich 1978), mégsem vált általánossá. A helyzet azonban nincs eleve kudarcra ítélve, hiszen pozitív példát szolgáltat egy modellkísérlet, amely Pesterzsébeten valósult meg (Komár 2000, 2003).

Úgy véljük, az eltérés az elvi érdekek és a megfigyelhető viselkedés között abból adódik, hogy a szociális rendszer helyi szinten nem jött létre vagy nem elég erős, és csak részben tudja betölteni azt a feladatot, amelyre létrejött.<sup>1</sup> A kutatás kvantitatív részében arra a szituációra koncentráltunk, ami korábban szociális szolgáltatók az adott településen, de esetleg nem rendelkezik elég erőforrással ahhoz, hogy a saját szakmapolitikai érdekeit érvényesíthesse. A szakmai érdekek és a gazdasági racionalitás konfliktusa egy bizonyos szinten „természetes” velejárója a rendszernek. A szociális szolgáltatók iránti kereslet a nyugat-európai országokban is meghaladja azt az ellátási szintet, amelyet az erőforrások korlátozottságából adódóan biztosítani lehet (McKinley 1980; Minas 2005).

Kiindulási problémánk empirikus jellegű volt: megfigyelhető a házi orvosok és a szociális szolgáltatók közötti az együttműködés gyakori elmaradása illetve hiánya. Ez a probléma, amelyre elméletileg is megalapozott, általánosítható választ szeretünk volna adni. Kutatási kérdésünk arra irányult, hogy mi lyen feltételek mellett jön létre a házi orvosok jelzőtevékenysége. Ehhez a játékelméletimodellezést hívtuk segítségül. A kutatás előkészítő szakaszában a megfigyelt tényezők négy fő szempontjából lényeges feltételezés helytállóságát. Az elméletimodellel összevetettünk egy empirikus modellt, amely a hipotézisünket tartalmazta. Ezeket empirikus tesztelésnek vetjük alá.

1 Ismeretes, hogy egyes településeken nem elég magas a finanszírozott státuszok létszáma, más településeken viszont a gondozói státuszok betöltése probléma, ami az alacsony bérekből adódik (ÁSZ 2000).

### ELEMZÉSI KERET ÉS ALKALMAZOTT ELMÉLET

Mint hogy a házi orvosok és szociális szolgáltatók együttműködési kapcsolatait a játékelmélet segítségével modellezzük, racionális cselekvőket feltételezünk. Ez talán szokatlan feltevésnek tűnik egy szociálpolitikai témájú írásnál, hiszen a segítség sokkal inkább kapcsolódik az altruizmushoz, illetve különböző érték-orientációkhoz, mint az önérdékhez, ugyanakkor a racionális döntések elmélete gyakran alkalmazott elméleti háttér a politika és közgazdaság más szegmenseiben (pl. közösségi döntések elmélete, Johnson 1999). Más részt úgy véljük, hogy bár nyilvánvalóan óriási szerepe van az altruizmusnak a szociális munkában és más segítő kapcsolatokban, egy pusztán az altruizmusra alapozott modell segítségével kevésbé érthetnénk meg a problémás jelenségeket. A racionális önérdék követő egyének feltételezése ezzel szemben alapvetőbb feltételezés, amely nem feltételez semmi továbbit az egyénekről (Szántó 1998a). A vizsgált szituáció két szereplője a házi orvos és a szociális házigondozást nyújtó intézmény vezetője, mint aki két költség és hasznok motívumok között, mint közben külső tényezők (pl. normák, társas kapcsolatok) illetve ezek hiánya) korlátozta a cselekvési lehetőségeit. Emellett korlátozott racionális feltevéseket, azaz a logikai ilag lehetőségek cselekvések kört szűkítik olyan tényezők, mint az információhiány.

Az általunk felállított elméleti modell szereplői a *házi orvos*, amely alatt a felőttekre szakosodott házi orvosokat, és a *szolgáltató*, amely alatt az idősök szociális házigondozását ellátó szociális intézményt értjük. A kutatás kvalitatív részében az *együttműködési* kapcsolatot több aspektusát is vizsgáljuk. Az elméleti modell felállítása kor az együttműködés fogalmát a házi orvos részéről a jelzőt vékenységre, a szolgáltató részéről pedig a jelzett idős ellátására szűkítettük.

A szituációt egy aszimmetrikus játékkal modelleztük. Itt a játékosok különböző helyzetben vannak és preferencia sorrendjük is eltérő (Tóth 1997). Beépítettük a nem teljes információgot (Szántó 1998b) a házi orvos részéről a modellbe. Stratégiai helyzetben a nem teljes információ azt jelenti, hogy az egyik fél nem tudja pontosan, milyen cselekvési lehetőségei vannak a másik játékosnak, vagy milyen kifizetések mellett játszik. A nem teljes információ a mi modellünkben abból adódik, hogy a szociális szolgáltató kifizetése nem csak a házi orvos és a saját lépésének eredményeként előálló hasznosság által meghatározott, hanem függ egy harmadik tényezőtől is, ez pedig a szolgáltató ellátási kapacitása. A pótlólagos információ beszerzésének költsége magas lehet, vagy esetleg nem is lehetséges, ezért nem teljes információ mellett racionális, ha a játékos kevert stratégiát játszik (Kreps 1990), vagy, ha ismeri a cselekvési lehetőségeket, szubjektív következtetési valószínűséget (Hirshleifer–Riley 1998) rendel az egyes lehetőségekhez. A szubjektív valószínűség becslése történhet a múltbeli lépések alapján is, amelyet tekintünk egy tanulási folyamat eredményeként is, vagy másoktól szerzett információk alapján (reputáció Raub–Weesie 1990). Modellünk a játékelmélet extenzív formájában („döntési fa” Kreps 1990) írtuk fel. Ez az ábrázolás informatív információ tartalmaz, mint a stratégiai forma, ugyan is magában foglalja az idődimenzióját is, és így számításba veszi azt, hogy a döntéspillanatokban a játékosok mennyi információval rendelkeznek.

A *házi orvos* feltevéseink szerint szociális szempontból ellátatlan idős emberrel találkozik kétféle cselekvési közül választhat: jelez a *szolgáltató* fele, vagy nem jelez. Ha

nem jelez, ak kor vé get is ér a já ték, és a há zi or vos nak vál lal nia kell a rá szo ru ló idős gondozásának-ápolásának<sup>2</sup> többletterheit (ami voltaképpen nem egészségügyi feladat). Ha je lez, ak kor lép be a já ték ba a szol gál ta tó, aki nek szin tén két cse lek vé si le he tő sé ge van: el lát ja a jel zett időst, vagy nem lát ja el. Ha el lát ja a szol gál ta tó a jel zett időst, ak kor a há zi or vos jól jár, ha vi szont nem lát ja el, ak kor to vább ra is a há zi or vos ter he li az idős gon do zá sa-ápo lá sa, rá adá sul fi ze ti a jel zés szub jek tív költ sé gét is. A szol gál ta tó el lá tá si haj lan dó sá ga két té nye ző től függ: a kö te le ző en el lá tan dó ön kor mány za ti feladat fi nanszí ro zá sá nak mér té ké től és a Szol gál ta tás ban dol go zók szak mai mo ti vál tsá gá tól. A ku ta tás sor án forrás hi ány t és az alul mo ti vál tsá got nem vá laszt ottuk külön, ha nem mindkettőt beépítve, az egyszerűség ked vé ért „forrás hi ány ként” emlí tv e alkottuk meg el mé le ti mo dell ün ket.

A mo dell két ese tet öt vö z: alap eset ben a szol gál ta tó nem ren del ke zik ele gen dő erő for rás sal a jel zett idős el lá tá sá hoz, így azt csak úgy tud ja el ér ni, ha rosszabb hely zet be ke rül. Eb ben az eset ben a há zi or vos nem jel zé se lesz a va ló szí nű ki me ne tel. A má sik eset ben (spe ci á lis eset) a szol gál ta tó ren del ke zik ele gen dő erő for rás sal a je le zett idős korú ellátásához,<sup>3</sup> ek kor a szol gál ta tó nak már ér de ké ben is áll az idős el lá tá sa, ek kor te hát a jel zés és a jel zett idős el lá tá sa lesz a va ló szí nű ki me ne tel. Az ál ta lunk javasolt mo dell ben a prob lé ma pont ab ból adó dik, hogy a há zi or vos nem tud hat ja pon to san, hogy a szol gál ta tó adott pil la nat ban mi lyen le het sé ges ki fi ze té sek kel ren del ke zik. A há zi or vos tra té gi á jat eb ben a hely zet ben az ha tá roz za meg, hogy mi lyen szub jek tív va ló szí nű sé g (Hirshleifer–Riley 1998) kap cso ló dik ah hoz, hogy a jel zé sét el lá tá s ba vé tel kö veti. Ennek szub jek tív va ló szí nű sé gét a há zi or vos a me lő ző já té kok ki m e ne te lé ből il let ve olyan kü lö té nye zők ből tud ja be csü ln i, mint pl. tá jé koz tat ták-e a jel zés le he tő sé gé ről, eset leg fel kér ték-e a jel zés re. De azt is mond hat ná nk, hogy mi vel a há zi or vos nak úgy kell meg hoz nia a dön té sét, hogy a ren del ke zé sé re álló in for má ci ós halmaz nem fe di le a teljes infor má ci ós halmazt, ahhoz, hogy jelezzen, szüksége van va lami fé le biz tos í té kra, arra vonatkozó an, hogy nem je lez hi á ba, va gyis, hogy nagy va ló szí nű sé ggel el lá tá s ba fog já k ven ni az adott időst.

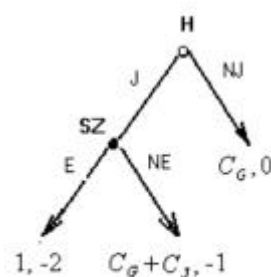
### Miért nem jeleznek a házi orvosok?

Ha a szo ci á lis szol gál ta tó el lá tá si ka pa ci tá sa kor lá tos, ak kor nem li ne á ris az ö ssze függés a jel ző há zi or vos ok szá ma és az el lá tó hasz ná nak nö ve ke dé se kö zött, ha nem egy el la po so dó gör bé vel ír ha tó az le: egy pon ton túl, már nem hasz nos, ha újabb há zi

2 A gon do zást-ápo lá st szán dé kos an nem kü lö ni tet tük el, mi vel a va ló ság ban sem min dig le het szét vá lasz ta ni a ket tőt. Az egy ér tel mű, hogy a „gon do zás” szo ci á lis alap el lá tá si feladat, az is egy ér tel mű, hogy a szak ápo lá s egé sz sé g ü gy i feladat, amit több nyi re va gy a há zi or vos i pra xis nő vé re, va gy a há zi be teg ápo lá st vé g ző szol gál ta tók lát nak el. Az ápo lá si te vé ken y sé get azon ban el lát hat já k a több nyi re ápo lói szak ké pes í té ssel ren del ke ző gon do zó nők is, más rész ről a há zi or vos i pra xis nő vé rei ugyan rit kán vé gez nek gon do zói te vé ken y sé get, ám a szo ci á lis gon do zás ban nem ré sze sü lő rá szo ru ló idős k or ú ak szá muk ra még is csak „több let kö lt sé get” okoz nak, hi szen ne hé z ú gy ke zel ni egy be te get, ha köz ben, hi á ny oz nak pél dá ul a hi g i é nés fel té telek.

3 A ku ta tás ide jén (2004) érvé ny ben lé vő szo ci á lis alap el lá tá si fi nanszí ro zá si ren dsz er nem tet te ér de kel té az ön kor má ny za tot ab ban, hogy mi nél több rá szo ru ló idős ko rú t lás son el, ép pen ez é rt volt in do kö lt, a fel té te le zés, hogy „alapeset ben” nin cs e le gen dő erő for rás a szo ci á lis szol gál ta tó nak újabb idő sek gon do zás ba vé te lé re. Ezt egyébként az in ter jük is alá tá masz tot ták.

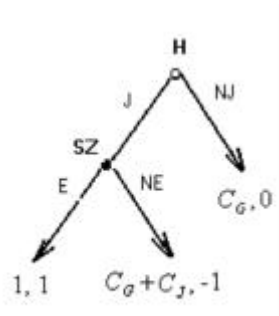
orvosok jeleznek, mert a szociális szolgáltató nem tud el lát ni annyi időst, ti. nem rendelkezik megfelelő számú gondozó nővel. Ha a szociális szolgáltatónak nem érdeke, hogy újabb időseket vonjon be az ellátásba, akkor nem fogja biztatni a házi orvos jelzési tevékenységét, sőt esetleg még ellenőrző nözni is fogja, például azzal, hogy nem veszi ellátásba a jelzett időskorút. Ez utóbbi viszont gyengíti a házi orvos jelzési hajlandóságát. Másrészről a házi orvosok nem jelzésének lehetnek olyan okai is, amely nem vezethető vissza közvetlenül a szociális szolgáltató korlátos ellátási kapacitására. Ha a szociális szolgáltatók szakmai lagalulmoti váltak, akkor kevés energiát fordítanak arra, hogy informálják a házi orvosokat a szociális gondozás lehetőségeiről. A nemjól informált házi orvosok, esetleg kevésbé hajlandóak jelezni, hiszen nem is tudhatják pontosan, hogy mit várhatnak a szociális féltől. Harmadrészt a jelzés-nemjelzés kérdés össze függ a jelzés költségével és hasznával. Itt azonban meg kell je gyezni, hogy a jelzés szubjektív költsége egyéb ként sem túl magas, ám ezt tovább csökkentheti, ha van kiépített kommunikációs csatorna a két fél között. Feltételeztük, hogy az időselátásának terheszociális gondozás hiányában jeleltős több let költséget jelelt a házi orvosnak ( $C_G > 0$ ). Emellett a jelzés szubjektív költsége az esetek többségében az előbbinek a töredéke (mindenképpen kisebb annál), ugyanakkor nem költségmentes a házi orvos számára, hiszen többszöri visszautasítás esetén kínos lehet újból jelezni. Vagyis  $C_G > C_J > 0$ . Ha ellátásba veszik az időst (E), a házi orvos mentesül a gondozás-ápolás költségétől, de feltételezünk sze rint még némi több let haszonra is szert tesz, ami abból fakad, hogy jobb helyzetbe került az egyik páciense, ezt úgy jeleltük, hogy ekkor a ki fizetése +1 válik. A szolgáltató ki fizetése nem jelzés (NJ) esetén 0, a jelzés esetén, ha nem látja el a jelzett időst (NE) ehhez hozzá adódik a jelzés okozta „kelletlen ség” (-1), ha ellátja a jelzett időst (E), attól függ a ki fizetése, hogy rendelkezésre áll-e ehhez ele gen dő erő forrás. Alap esetben a szolgáltató nem rendelkezik ele gen dő erő forrással, ekkor a ki fizetések a következőképpen néznek ki:



1. ábra

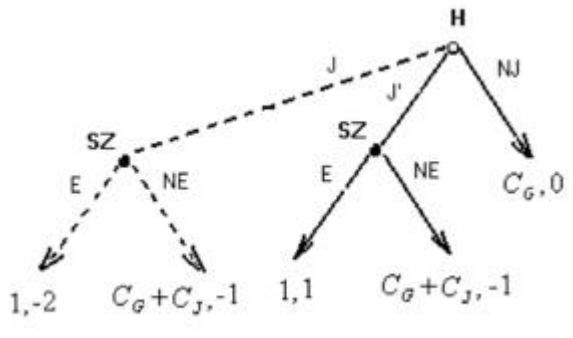
Mivel a szolgáltatónak nincs ele gen dő erő forrása az időselátásáért, így azt csak úgy tudja elérni, ha még rosszabb helyzetbe kerül (-2). Ilyen ki fizetések mellett a házi orvosnak (H) nincs domináns stratégiája, viszont a szolgáltatónak (SZ) van domináns válassza. A Nash-egyensúly a házi orvos nem jelzése lesz ( $C_G, 0$ ). Ez persze, mint minden elmélet, sarkított. Például elképzelhető, hogy a szociális szolgáltatók mindig ellátásba veszik a jelzett időst, ugyanakkor tudatják, hogy ezt nem fogják megtenni minden egyes jelzésnél. Vagy szólnak, hogy máskor ne jelezzenek a házi orvosok ilyen sürűn, vagy ne rek lámozák a szolgáltatót, stb. Ha ez történik, akkor az a mi mo del-

lünk ben an nak fe lel meg, mint ha nem ven nék el lá tá s ba az időst, ugyan is gyen gí tik a házi orvosok jelzési hajlandóságát. A másik esetben a szolgáltató rendelkezik elegendő erőforrással a jelezett időskorú ellátásához, ekkor a házi orvos ki fizetési nem válnak, a szolgáltatónak viszont már érdekeben áll az idősebb ellátása, ugyan is ezzel nemcsak hogy elkerüli a házi orvos jelzését követő kellemetlenséget, amely a nem ellátásba vétele esetén lépne fel (-1), ha nem még többet haszonra is szert tesz, ugyan is el lát egy időskorút, ami valószínűleg számára hasznos – amennyiben ehhez rendelkezik elegendő erőforrással. Ekkor a ki fizetések tehát a következőképpen alakulnak:



2. ábra

A klasszikus játékelmélet feltételei szerint a játékosok elvileg ismerik a másik fél stratégiáit és a ki fizetéseket. Az általaunkja és a szolgáltató között azonban mi ilyen ki fizetéseket nem látunk, mivel nincs közvetlen információcsere közöttük. A 3. ábra szerint a jelző házi orvos nem tudhatja pontosan, hogy a szolgáltató adott pillanatban milyen ki fizetéseket lát, mi vel nincs közvetlen információcsere közöttük. A 3. ábra szerint a jelző házi orvos nem tudhatja pontosan, hogy a szolgáltató adott pillanatban milyen ki fizetéseket lát, mi vel nincs közvetlen információcsere közöttük.



3. ábra

A házi orvos stratégiáját ebben a helyzetben az határozza meg, hogy milyen szubjektív bekövetkezési valószínűség kapcsolódik J-hez, illetve J'-hez, vagyis a szubjektíve várható hasznosság maximalizálása szerint fog lépni. Ettől az elvtől a gyakorlatban persze eltérhetnek a házi orvosok, hiszen szintén meghatározó szereplő kockázatot szembe nézi a tudja (Hirshleifer–Riley 1998). Ezt a kérdést azon

ban mi nem vizsgáltuk, minthogy a szociálpolitikai beavatkozásnak erre kevés hatása lehet.

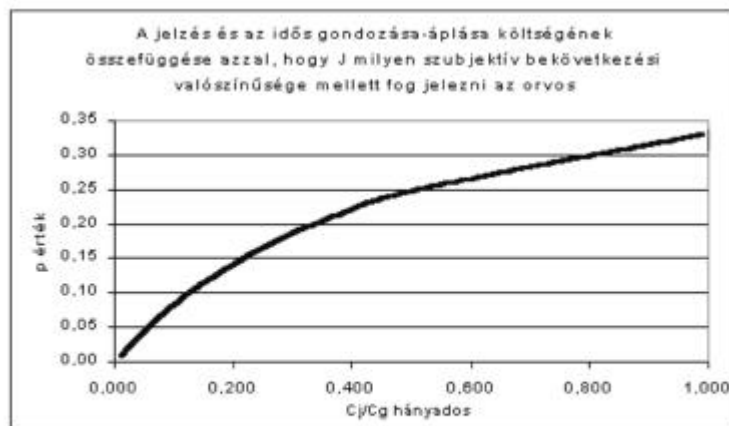
A fenti kiírt feltételek mellett a házi orvos akkor fog jelezni, ha

$$p(1 + (1-p)(C_G + C_J)) > C_G$$

vagyis

$$p > \frac{C_J}{1 - C_G - C_J}$$

Te hát a házi orvos stratégiája függ a jelzés és az idős ellátásának költségétől is. De ha a jelzés költsége nagyon magas, megközelelti az idős ellátásnak, ápolásának költségét, akkor is már 0,3 bevetkezési valószínűség körül már megéri jelezni. Ha a jelzés szubjektív költsége jóval kisebb, mint az idős gondozásának-ápolásának a házi orvosok rajutó terhe (a  $C_J/C_G$  arány kisebb), akkor sokkal kisebb p érték mellett is érdekében fog állni a házi orvosnak, hogy jelezzen. A  $C_J/C_G$  hányados és a p érték összefüggését az 1. grafikon mutatja.<sup>4</sup>



1. grafikon

Mivel a valószínűségben feltehetően viszonylag alacsony a jelzés szubjektív költsége, arra következtethetünk, hogy a házi orvos csak akkor nem jelez, ha 1. Aszolgáltatott hosszabb időn keresztül folyamatosan nem működik együtt, azaz nem veszi el látásba a jelzett időt, vagy ha esetleg ritkán ellátásba is veszi, mindig pontosan jelezi, hogy ezt nem szívesen teszi, stb., vagyis abban az esetben, ha p értéké na gyon alacsony. 2. A házi orvos olyan mértékben tájékozatlan, hogy nincs tisztában a jelzés lehetségesével, ekkor ugyan is nem ismeri fel a döntési lehetséget.

4 A grafikon értelmezéséhez segítségnyújt a következő gondolatmenet: ahol olcsó jelezni (ahol kicsi a  $C_J/C_G$  hányados) ott J alacsonyabb bevetkezési valószínűsége mellett is fog jelezni a házi orvos. Ahol drágább jelezni ( $C_J/C_G$  hányados nagy), ott csak magasabb p érték mellett fog a házi orvos jelezni, mivel többet kockáztat.

A fenti ekből következő két tapasztalati következményt ki egészítjük még egy elméleti eshetőséggel. A jelzés szubjektív költése ugyan egyéb kényszerűségektől függetlenül is előfordulhat, ha már van kiépített kommunikációs csatorna a két fél között. Ezért tekinthetünk be kell vonni a személynélves kapcsolatok hatását is. A személynélves kapcsolatok biztosítják azta kommunikációs csatornát, amelyen keresztül a jelzés könnyebben közvettődik. E kommunikációs csatorna azonban nem épül ki magától, és feltehetően a házi orvosnak úgy már lényegesen költése sebb jelezni, ha neki kell kiépítenie azt. Eből következtethetünk arra, hogy ha van társadalmi kapcsolat, azaz rendszeres kommunikáció a házi orvosi praxis és a szociális szolgáltatók között, akkor inkább fog jelezni a házi orvos, mint ha nincs. Így e három elméleti hozadékra, a tájékozottságtájékoztatlanságkérésére, aszszubjektív következésbecslésére és a kapcsolati hatásra alapoztuk empirikus modellünket.

A következtetésnek szubjektív valószínűségét a házi orvos a megelőző játékok kiemeléséből illetve olyan külső tényezőkből tudja becsülni, mint pl. információk szolgáltató ellátási kapacitásáról. Így az egyéb kényszerűségektől „kooperatív” hajlamú (aszociális gondozás többletterhetől sújtott, vagyis eleve rossz helyzetben lévő) házi orvos, ha rossztapasztalatokkal rendelkezik a korábbi játékok kiemelésével ellentétben, csak abban az esetben érdekel a jelzésben, ha kapva lámi féle biztosítékot arra vonatkozóan, hogy nem jelez hiába, vagyis hogy nagy valószínűséggel ellátásba fogják venni az adott időt.

### Empirikusan tesztelt modell

Elméleti modellünkben abból indulunk ki, hogy a házi orvosok jelzési stratégiája leginkább aszociális szolgáltatók ellátási hajlandóságától függ, amelyet viszont a szociális szolgáltatók ellátási kapacitása határoz meg. A házi orvos modellünkben étféle helyzetű szolgáltatóval kerülhet interakcióba, a szolgáltatónak ugyan is vagy vanelegendő erőforrása a jelezett idők ellátásba vételére, vagy nincs kapacitása újabb idők gondozására. Ráadásul az is méltat interakció során a szolgáltató erőforrással való ellátottsága is megváltozhat, tehát lehetséges, hogy a házi orvos csökkenő, vagy éppen növekvő ellátási hajlandósággal találkozik. Éppen ezért a házi orvosnak információiott kell gyűjtenie arra vonatkozólag, hogy milyen ellátási hajlandóságú szolgáltatóval áll szemben. A házi orvos egy rész már meglévő információkra hagyatkozik, hiszen lehet, hogy kifejezetten felkérték, hogy jelezzen, vagy csak tájékoztatták a jelezéssel öségről, más részt az előző interakciók tapasztalatai lesznek számára irányadóak, harmadrészt közvetlen meg is kérdezheti a szolgáltatót, amennyiben van közöttük kiépített kommunikációs csatorna. Empirikus modellünk szerint a házi orvos jelzési hajlandósága (HJ) a következő tényezőktől függ:

$$HJ = f(I, E, K) \text{ ahol}$$

*I*: Információk jelzéslehetőségéről, a szolgáltató preferenciáiról, a házigondozás tevékenységiköréről

*E*: az előző játékok tapasztalatai (általában hány nap alatt kap pozitív visszajelzést aszociális szolgáltatótól, milyen az ellátás szerint)

*K*: kommunikációs csatorna kiépítettségszintje



Ezalapján a következő hipotéziseket állítottuk fel:

*H1:* Az információs halmazki terjedtség elősegíti a házi orvosjelzést.

*H2:* A szolgáltatókkal való korábbi interakciók befolyásolják a házi orvosjelzési hajlandóságát.

*H3:* Ha van rendszeres kommunikáció a házi orvos és a szolgáltató között, akkor gyakrabban jelez.

A hipotézisek az elméleti modellből következnek. A H1 hipotézis tulajdonképpen két alhipotézisből áll. Az első szerint a házi orvosok kevésbé jeleznek, ha kevesebb információval rendelkeznek interakciós partnerük tevékenységéről. Szélsőséges esetben azt sem tudják, hogy jelezniük lehet, enélkül valószínűbb azonban, hogy tisztában vannak a jelzés lehetségesével, de nem ismerik fel anélkül a teljes hasznát. Ezt két változóval operacionalizáltuk, hogy tájékoztatás-e a házi orvosokat a jelzés lehetségeséről, illetve, hogy mennyire ismerik a gondozói munka tevékenységi körét. A második alhipotézis szerint a házi orvosok kevésbé jeleznek akkor, ha bizonytalanok abban, hogy milyen preferenciákkal rendelkeznek a szolgáltatók, ez közvetlenül 'J' bevetkezési valószínűségét csökkenti. Ezt az zalmértük, hogy felkértek-e a szolgáltatók kifejezetten a házi orvosokat arra, hogy jelezzenek, ha ellátatlan időssel találkoznak. A H2 hipotézis azt mondja ki, hogy a korábbi pozitív tapasztalatok erősítik a jelzési hajlandóságot. A sikerese együttműködés szintén 'J' bevetkezési valószínűségét növeli, másrészt fogalmazva a házi orvosok megbízonyosodnak arról, hogy van értelme jelezni. Ezt két változóval operacionalizáltuk, egyrészt az zal, hogy mennyi idő alatt kapnak a házi orvosok pozitív visszajelzést arról, hogy ellátásba vették a jelzett időembert, másrészt közvetve az zal, hogy mennyire tartják megfélelőnek (ítélik meg szakmailag jónak) a házi orvosok a szolgáltató tevékenységét. A H3 hipotézis szerint a kiépített kommunikációs csatornák a jelzési hajlandóságot, mivel csökkenti a jelzészubbjektív költségét. Vagyis ha másügyben egyébként is gyakran érintkeznek szóban vagy telefonon a szolgáltatóval, és a házi orvos, akkor valószínűbb, hogy jelezre is sor kerül. Ezt az zalmértük, hogy megkérdeztük van-e rendszeres kommunikáció a szolgáltatóval, és a házi orvos között. Megvizsgáltuk néhány kontrollváltozót is, amelyek esetleg módosíthatják az egyes magyarázó változók hatását. Ezek a következők voltak:

- település nagyság
- betegkártyák száma a praxisban
- 65 év feletiek aránya a praxisban
- hány nő van a praxisban

Ezekről feltételeztük, hogy nem módosítják a magyarázó változók hatását. Mivel az elméleti modell részben a kuantitatív részében szerzett információkon alapul, ezért a kvalitatív részben – amely a kuantitatív előkészítést szolgálta – még állapítunk ki néhány települést (Nagykátai, Süllyap, Tápiószecső, Tápióság), ahol félig

## **AKUTATÁSELŐKÉSZÍTÉSE – KVALITATÍV RÉSZ**

Budapesten két háziorvossal és egy szociális szolgáltatás intézményvezetőjével készítettünk előzetes interjúkat, majd ezt követően a Nagykátai kistérségből választottunk ki néhány települést (Nagykátai, Süllyap, Tápiószecső, Tápióság), ahol félig

struktúrált interjúkat készítettünk. Tápióságon egy, a többi településen két-két házi orvossal. Ezt ki egészítettük egy polgármesterrel és kétszociális szolgáltató intézményvezetőjével készített interjúval. Az interjúk felmérésjellegűek voltak, amelyek a kutatás elméleti részének kidolgozását segítették. Alapvető kérdéseink a következők voltak: Van-e valóban függés a kétszereplők között? Mi a döntési alternatívái vannak a háziorvosnak? Költséges-e a házi orvos számára az együttműködés, és azon belül a jelzés? Valóban hasznos-e a szociális látók számára a jelzés? Mi a nyelvi zavaroktól függetlenül, hogy jelez-e a házi orvos vagy sem?

### Az interjúk tapasztalatai

A házi orvosi praxisban kétféle módon jelentkeznek a szociális probléma. Vagy szegénységéből adódóan nem tud ki fizetni a beteg egy adott gyógyszerét, kezelet, stb., vagy ön maga el látására nem képes, és társas kapcsolatoknak is híján van. Mindkét helyzet az orvosi kezelet is nehezíti, de mi csupán a második eset vizsgáltuk. Az erre adott válaszlehetőségek a következők: kórházi kezelés, szociális intézményi ellátás és otthoni ellátás. A kórházi kezelés hátránya több házi orvos szerint, hogy a kórház tartózkodás szövődményei gyakran súlyosabbak, mint az eredeti betegség vagy állapot, ami miatt a beteg bekellett utalni. Ugyanakkor, bár régebben gyakori volt külföldön a téli hónapokban az idősek ideiglenes kórházi elhelyezése, ma nap már egyre kevésbé valószínűsíthető. A szociális intézménybe kerülés az időskorú saját kérésére történik, ezért ha nem akar menni, ez többnyire ki esik, mint alternatíva, ha csak nem lehet rábeszélni valamilyen módon az idősek mélyt az átmeneti vagy tartós ellátást nyújtó bentlakásos intézményre. Másrészt bentlakásos szociális intézményekbe való bekerülést adott esetben egy vagy akár több éves várakozási idő előzi meg, és ez tovább csökkenti annak az esélyét, hogy ez valódi alternatívaként jelenjen meg. Marad tehát az otthoni ellátás, amely az idősek szempontjából többnyire a legkiválóabb megoldás, azonban a házi orvos szeméből sok pluszmunkával jár. A házi orvosok számára, ha pusztán az anyagi érdeket és a befektetett munkát nézzük, tulajdonképpen az a legkevésbé elfogadható alternatíva, ha az önmagukat megfélemlő ellátást nem tudó idősek otthonukban ápolják. A megkérdezett házi orvosok első sorban morális és nem anyagi szempontok miatt érdekeltek a feladat otthoni ellátás preferálásával, és sokan közülük hangsúlyozták, hogy nekik ez tulajdonképpen ráfizetés. Ugyanakkor az igazsághoz az is hozzátartozik, hogy sokszor nincs is valódi döntési lehetőség a házi orvosnak ebben, hiszen a döntés elvben az időseké, a házi orvosok pedig legfeljebb befolyásolhatják a döntéseiket, és mivel az idősek, általában ameddig csak lehet, ragaszkodnak saját otthonukhoz.

Amikor az olyan saját otthonukban élő idősek orvosi kezelésére, ápolására kérdeztünk rá, ahol a család nem tud elfektív segítséget nyújtani az idősek otthoni gondozásában, a házi orvosok többsége elmondta, hogy érdekelten áll felvenni a kapcsolatot a szociális szolgáltatóval, hiszen egyrészt „tehermentesíti” az ő munkáját, és így jobban az orvosi kezelésre tud koncentrálni, másrészt neki se mind egy, hogy milyen híggéni a viasznyelők között kell dolgoznia. Ennek ellenére akadnak olyan házi orvosok is, akik számára érdekes módon ez a megoldás nem tűnt természetesenek. Ezeknél az eseteknél ki derült, hogy gyakori a tiagnincs kapcsolata a szociális házigondozás vezetésével és a há-

zi orvos között. Egyes házigondozókkal volt persze kapcsolatuk, de ez elkerülhetetlen, hiszen a munkájukból szükség szerint enádódik. Egy helyen említették is, hogy a „személyes kapcsolatokon” is múlik az együttműködés, továbbá a szociális szolgáltató térbeli közelségén („hogyan szomszédok lettünk előnyösebb helyzetbe kerültünk, de az előtt, hogy nem voltunk szomszédok kevésbé, de azért akkor is működött a dolog”). Két interjúalany is a házigondozással való együttműködés helyett egy alternatív megoldást említett: a szomszédoságot a szociális segítő szerezéssel hangszúlyozták. Szomszédok, illetve különélő rokonok segítségével különösen akkor lehet számítani, ha csupán gyógyszer, vagy egyéb bevásárlásjellegű feladatok elvégzésére van felhívás szükség. Ha ennél többről van szó, akkor ez a forma már többnyire nem működőképes, hiszen egy napi több órás gondozást már igen kevesen vállalnak felpusztaltruizmusból vagy kötelességerzésből. De sok idősenél a gondozási szükséglet eleve csak ezekre korlátozódik.

Amikor nyíltan rákérdeztünk, szinte minden interjúalany megerősítette, hogy egyértelműen rászorulnak a szociális alapellátás bekapcsolódására akkor, ha olyan idősek beintegrálhatóak, akik önmagukat látni nem képesek teljes mértékben. Ám néhány esetben azt is említették, hogy a gondozó nő családja számára nem mindig kérésük, hogy segítsék, mivel nem fogadják szívesen a jelzéseiket. Szintén kiemelték, hogy van olyan település, ahol az önkormányzat a házigondozást nem is na gyon „rekámozza”, nehogy a kereslet iránta túl nagy legyen.

A házi orvosok és a szociális szolgáltatók kapcsolatának érdekes változatát alkotják azok az esetek (ezt három házi orvos említette), amikor rendszeres kapcsolatban áll ugyan a szociális szolgáltatókkal a házi orvos, de nem közvetlenül, hanem az önkormányzatunkon keresztül. Az egyik szociális szolgáltató vezetője felkérte az interjú szerinti házi orvos nemzeti partnernek a szociális területen tevékenykedőket, és ehelyett szívesebben tárgyalt volna a találatokkal. Mi ugyan akkor úgy gondoltuk, hogy erre lehet más magyarázat is adni: elképzelhető ugyan is, hogy az önkormányzatok felétörtető jelzés valójában tájékozási lépés (Hirshleifer–Riley 1998) a házi orvos részéről, ugyan is nem tudja pontosan, hogy lehet-e jelezni, vagyis, hogy milyenek a szociális szolgáltató preferenciái.

Kérdés tekinthető meg, hogy az is a házi orvosokkal készített interjú során, hogy a szociális ellátás első sorban nem, mint professzionális szakmáé a gondolkodásukban, inkább, mint egy laikusok által is elvégezhető feladat. Az egyik interjúalany beszámolt arról, hogy a praxis köré betartó fiatalabb „beteg” jeleket keztek „szociális munkára” a házi orvosnál, de nem önkéntesnek, hanem rész munkaidő alkalmakkor. A házi orvosnak persze nem áll módjában alkalmazni őket, de ennek csak az anyagi okait említette az orvos, a szakértés hiányát nem. Egy másik esetben az orvos önszerveződő csoportokban látta leginkább a szociális idős izoláltságból adódó szociális problémáinak megoldását. Ebből arra következtettünk, hogy az orvosok egy része nincs tisztában teljes mértékben a szociális gondozás eszközeivel, feladataival, és számukra nem tiszták a kompetencia határok, így nem csoda, ha az sem világos, hogy hogyan kéne velük együttműködni, milyen esetekben, mi az értelem, vagy mi várható a szociális felől és mi nem várható. Gondozás alatt leginkább a következő tevékenységeket értették: fürdetés, gyógyszervásárlás, bevásárlás, így például a segítő beszélgetést tipikusan nem sorolták oda, és azt inkább csak meg látják el. Mi az interjú során a szociális ellátó rendszerről kérdeztük a házi orvosokat, de többnyire egy-

be most átkozta a lakosság segítségnyújtásával, te hát néhányan nem láttak lényegi különbséget a lakosság és a professzionális szociális segítség között.

Az interjúból az is kiderült, hogy a jelzés maga nem hordoz jelelős (szubjektív) plusz költséget a házi orvosok számára, amennyiben már jeleztek korábban is, vagy van egy bejárt út. Ugyanakkor szükségük van valamilyen előzetes információra a jelzéshez, pl. hova kell jelezni, milyen módon, stb. Ezért az első jelzés szubjektív költségei már meghaladják a jelzés hasznát. Például az egyik szociális szolgálatás intézmény vezetőjével készített interjúból az derült ki, hogy akkor kezdtek igazán jelezni a település házi orvosai, amikor készített egy irásos tájékoztatót a házigondozói tevékenységről és eljuttatták a munkára.

Az interjúban rákérdeztünk a házi orvosok jelző tevékenységének történetére is. Kíváncsiak voltunk arra, honnan eredhet ez az elvárás, illetve gátlás. A házi orvos jelző tevékenysége nem olyan régi keletű jelelős, két évtizede még kevéssé volt jelen. Ennek az interjú alapján úgy tűnt, két fő oka van, egy intézményi és egy társadalmi. Egyrészt az intézményi struktúra a hetvenes években még mászerkezettű volt.<sup>5</sup> A házi szociális gondozás (területi gondozás) akkor kezdett csak elterjedni. A házigondozást azelőtt ún. „körzeti nővérek” látták el, amelyek a házi orvosok tevékenységéhez kötődtek. A szociális szféra tehát az egészségügyből fokozatosan vált csak ki, így a jelzés igénye bár megléte után jelelős lett meg. Vagyis miután elküldött a két rendszer megléte csak fel az össze kapcsolásuk problémájára.<sup>6</sup> A jelzés megjelelésének volt ugyanakkor társadalmi okai is. Az egyik házi orvos beszámolója szerint csak néhány évtizede erősebb lett az a tendencia vidéken, hogy a felnőtt fiatalember nemzedék különköltözteszüléktől. Az idős magáramaradás azelőtt nem volt tipikus. Emellett – az előbbi folyamat párhuzamosan – néhány évtizede még szégyenletesnek számított az, hogy ha egy gyermek nem látja el idős szülét. Az interjú alany szerint ma már kevésbé éltélő a társadalom, vagy helyi közseg az ilyen esetekben.

### Az elméleti modellbeépített tapasztalatok

Az interjú tapasztalat alapján arra következtetésre jutottunk, hogy a házi orvosi praxis egyértelműen rá van utalva szociális szolgáltatóra, vagyis a szociális házigondozás nagymértékben megkönnyíti a házi orvos munkáját. Ezt fogalmazódk meg már a hetvenes évek második felében szüléte beszámolóban, amelyet két házi orvos írt (Mándli–Scheirich 1978). Az interjúból az is kiderült, hogy maga a jelző tevékenység nagy terhet nem jelelős a házi orvosok számára, és olyan esetre nem találunk példát, hogy a szociális szolgáltató „kooperatív” viselkedése mellett a házi orvos megtagadta volna az együttműködést.

Mivel az együttműködés a szociális szolgáltatók oldalán ebben a kutatásban nem vizsgálhattuk, modelünkben feltételeztük, hogy számunkra a házi orvos jelzése lehet

5 A házigondozás 1970-ben jött létre (Széman–Gáthy 1999).

6 A két szféra azonban még ma sem teljesen független egymástól, hiszen pl. a gondozó nők többsége egészségügyi végzettségű, és jelentős részük egészségügyi gyakorlattal is rendelkezik. (Hegyesi–Talyigás–Vajdovичné Visy 1999; Széman–Gáthy 1999).

ugyan hasznos, ám ez csak abban az esetben igaz, ha van elegen dő erőforrásuk a jelzett idősek ellátására. Ezzel szemben, ha nincs elegen dő erőforrásuk, azaz kevés a gondozóistá tuszuk, akkor csupán több letöltés getje lent szá mukra a jelzet tek gondozásba vétele, és így nem fogják szívesen fogadni a házi orvosok jelzését. Ebben a feltevélezésben egy részt megjelölök az, hogy a jelzett ügyfelek ellátásával csökken az ellátatlanság száma a településen, amely végső soron a szociális szolgálatok fő célja, tehát hasznos, ugyanakkor az is benne van, hogy amennyiben a helyi önkormányzat nem képes biztosítani a szükségességet erőforrásokat, nem is várja el azt, hogy a szociális szolgálatok maximálisan teljesítsék a kötelezettségét. Ezt a feltevélelést ötvöztük az interjúkban tapasztalt két alapvető megfigyeléssel, hogy a, a házi orvosok számára hasznos az együttműködés, hiszen megkönnyíti a munkájukat, b, nem jelelték a munkájuk mottevé költés get a jelzési tevékenység, és így hoztuk létre az elméleti modell.

### MÓDSZERTAN

A kvantitatív adatgyűjtésben 2800 postai kérdőívet küldtünk ki a felnőtt házi orvosipraxisok számára. A címlisták válasszák a részletek len mintavételről a Medinfo házi orvos címlistáján. 414 házi orvos küldte vissza a kérdőívet. Ebből 364 házi orvos tevékenységét a lakóhelyi házigondozás és 50 házi orvos tevékenységét nem. A válaszoló házi orvosok régió szerinti megoszlásából látható, hogy Észak-Magyarországból igen kiemelkedően küldték vissza a kérdőívet. A megoszlás szerinti megoszlás alapján további információkat találhatunk arról, hogy pontosan honnan válaszoltak kevesen. So mogy és Borsod-Abaúj-Zemplén megyék közül egyetlen válasz sem érkezett, Nógrád-ból mindössze egy házi orvos küldte vissza a kérdőívet.

Te hát az a minta, amiből dolgozhatunk a területi szempontból nem reprezentatív. Ezt nem tekintjük problémának, hiszen területi összehasonlításokat nem kívánunk tenni a kutatás során. (Az elemzés során feltevélelézzük, hogy a területi megoszlás független a magyarázó változóktól.<sup>7</sup>) Ennél a gyobb problémá az, ami velünk kapcsolatban az elejétől fogva számunkra is, hogy a jelzés/nemjelzési tevékenységben, tehát az ezredeti hipotézis szerinti függő változók szerint sem reprezentatív a minta. A függő változó szerinti (nem szándékolt!) szelekció mint egy alternatív magyarázatként lép fel az elemzés során (Moksony 1999), így nem tudjuk elválasszani a magyarázó változó hatását a megíjűsülések következtében létrejövő torzulások hatásától. Éppen ezért módosítottuk némi legfüggő változókat, és nem a jelzés/nemjelzési tevékenység vizsgáltuk, hanem a jelzési ordinális skálán mért gyakoriságát. Feltevélelézzük, hogy a jelzési gyakoriság független a megíjűsülésekből eredő torzulástól, hiszen a házi orvosok nem tudhatták pontosan, hogy mennyi gyakran „illik” jelezni. (Ezzel kapcsolatban valóban nekünk sem volt előzetes koncepciónk.) Az lehetséges ugyan, hogy a házi orvosok egy része a tényleges jelzési gyakoriságánál a gyobb gyakoriságot jelelt be, de ez minden ilyen kérdőív adatgyűjtésnél felmerülő probléma, és függetlenek tekinthető a megíjűsülésekből eredő mintatorzulástól.

7 Ez persze nem biztos, hogy a való világban így is van, azonban ezt a kérdést nem vizsgáljuk elemzésünkben.

A mintát le szűkítettük arra az almintára, amelyikben van a házi orvosi praxis településen szociális házigondozás, és az empirikus modelünket ezen teszteltük.

1. táblázat Válaszó házi orvosok régió szerint

| Régiók             | Eset | %     |
|--------------------|------|-------|
| Közép-Magyarország | 71   | 17,1  |
| Közép-Dunántúl     | 40   | 9,7   |
| Nyugat-Dunántúl    | 76   | 18,4  |
| Dél-Dunántúl       | 38   | 9,2   |
| Észak-Magyarország | 14   | 3,4   |
| Észak-Alföld       | 80   | 19,3  |
| Dél-Alföld         | 73   | 17,6  |
| Válaszhiány        | 22   | 5,3   |
| Összesen           | 414  | 100,0 |

2. táblázat Válaszó házi orvosok megye szerint

| Megyék                 | Eset | %     |
|------------------------|------|-------|
| Baranya                | 22   | 5,3   |
| Bács-Kiskun            | 37   | 8,9   |
| Békés                  | 20   | 4,8   |
| Borsod-Abaúj-Zemplén   | 0    | 0,0   |
| Csongrád               | 16   | 3,9   |
| Fejér                  | 15   | 3,6   |
| Győr-Sopron-Moson      | 27   | 6,5   |
| Hajdú-Bihar            | 25   | 6,0   |
| Heves                  | 13   | 3,1   |
| Komárom-Esztergom      | 13   | 3,1   |
| Nógrád                 | 1    | 0,2   |
| Pest                   | 71   | 17,1  |
| Somogy                 | 0    | 0,0   |
| Szabolcs-Szatmár-Bereg | 32   | 7,7   |
| Jász-Nagykun-Szolnok   | 23   | 5,6   |
| Tolna                  | 16   | 3,9   |
| Vas                    | 20   | 4,8   |
| Veszprém               | 12   | 2,9   |
| Zala                   | 29   | 7,0   |
| Válaszmány             | 22   | 5,3   |
| Összesen               | 414  | 100,0 |

### Vizsgáltváltozók

A válaszóoló házi orvosok túlnyomó többsége (96,2%) szokott jelezni, ha olyan időspácienssel találkozik, aki szociális el-látásra szorul és el-látatlan. Összesen 14 esetben számoltak be arról, hogy nem szoktak jelezni. Ez az eredmény feltehetőleg nem felel meg a valódi arányoknak, hiszen valószínűleg azok a házi orvosok, akik egyáltalán nem szoktak jelezni, eleve sokkal kisebb arányban küldték vissza a kérdőívet, mint azok, akik rendszeresen jeleznek. (Akkik együttműködőbbek a szociális házigondozói szolgálattal, inkább együttműködő módon állnak hozzá a szociális szolgáltatás megismeréséhez szolgáló adatfelvételekhez is.) Így a jelzés/nemjelzés bináris változó ebben a formában kieltettük az elemzésből. Ehelyett a házi orvosok együttműködési hajlandóságát a jelzés gyakoriságával mértük. Felmerülhet a kérdés, hogy ha az adatgyűjtésből eleve kiesnek a nemjelzők, akkor egyáltalán tudunk-e valamilyen mértéket, lehet-e megfelelő függőváltozónk? Azonban az együttműködést nem csak a jelzés meglétevel vagy hiányával jelezhetjük, hiszen a valószínűsítésre nem felelték. Egyrészt feltehetően jelezhetjük, hogy vannak olyanok is a mintában, akik nem szoktak jelezni, mégis inkább beírtak valamilyen alacsonyabb értéket a jelzés gyakoriságára, mintsem hogy bevallják, hogy egyáltalán nem jeleznek, másrészt nagy különbség lehet a házi orvosok között abban, hogy milyen gyakran jeleznek – és ezek a különbségek megmutatják, hogy mennyire tartják fontosnak a szociális féllel való együttműködést. Az elemzésben tehát a jelzés gyakoriságával mértük a házi orvosok együttműködő viselkedését, és azt vizsgáltuk, milyen feltelemellett jeleznek gyakorlatban és milyen feltelemellett ritkábban.

### Vizsgáltváltozók és a válaszott elemzési módszer

Függőváltozónk, a jelzés gyakorisága, ordinális mérési szintű változó volt, magyarázó változóink többsége kategoriális változók így a változóhalmaz vizsgálatára az ordinális regresszió elemzést választottuk. Függőváltozónk – „Milyen gyakran jelez?” – öt kategóriát tartalmaz. Magyarázó változók közül kategoriális változók a „Felkérte-e a szociális szolgáltató, hogy jelezzen?” és a „Tájékoztatás-e a szociális házigondozás lehetőségéről?”, a „Milyen az ellátás a településen?”, és a „Szokott-e legálább havonta kommunikálni a házigondozás vezetőjével?”. Folytonos változók a „Hány napon belül kap vissza jelzést arról, hogy ellátásba vették az idősemet?”, és végül folytonos képzettségű változó a „Mennyire ismeri a házigondozó tevékenységét?”<sup>8</sup>.

A kontrollváltozóként felhasznált változók a „betegkártyaszáma”, az „idősek aránya a praxisban”, a „lakónépességszám” folytonos változók, és a „nővérek száma a praxisban” kategoriális változó.

8 Az utolsó magyarázó változót úgy állítottuk elő, hogy rákérdeztünk, a házi orvos szerint feladta-e a gondozónak, hogy elláson bizonyos szakmáknak megfelelő és azokkal ellentéte tevékenységeket. Az ezekre adott válaszok alapján pontoztuk, hogy hány helyes választ adtak a házi orvosok. Ha olyat jelöltek be a házi orvosok a gondozók feladatának, amely a jogszabály szerint nem feladata, akkor azt egy hibapontnak tekintettük, ha azt jelelték be, hogy nem feladta olyan esetben, amelyet a jogszabály előír feladatként, akkor azt megint egy hibapontnak vetettük. Ha nem írt be semmit egy tevékenységhez, azt félhibapontnak tekintettük, mivel abban bizonytalan volt. Így kaptunk egy folytonos változót.

## EREDMÉNYEK

Ordinális regresszió elemzés sel két modelt teszteltünk az elsőben csak a magyarázó változóink szerepeltek, a másodikban már a kontrollváltozók is. Mind két modell illeszkedése megfelelő volt (eltérése a magyarázó változónélküli alapmodell től szignifikáns volt). A magyarázó változók közül csak kettő, a házi orvos felkérésének hatása, és a rendszeres kommunikáció szociális szolgáltató vezetőjével bizonyult szignifikánsnak, de ezek a kontrollváltozók bevezetése mellett is jelentős hatásúnak mutatkoztak. Mindkét magyarázó változó hatása pozitív irányú volt.<sup>9</sup> A keresztábrák elemzése ugyan több magyarázó változó (például a H2 hipotézis mérő változóink) esetében is mutatott összefüggést, azonban ezek hatása a szigorúbb eljárás alatt nem bizonyult szignifikánsnak.

|                           | 1. modell           |               | 2. modell           |               |
|---------------------------|---------------------|---------------|---------------------|---------------|
| Chi-négyzet <sup>10</sup> | 59,490***           |               | 60,598***           |               |
| Df                        | 7                   |               | 11                  |               |
|                           | Becsült paraméterek | Standard hiba | Becsült paraméterek | Standard hiba |
| <b>Függőváltozó</b>       |                     |               |                     |               |
| Jelgyak=1                 | -3,605***           | 0,576         | -3,245***           | 0,701         |
| Jelgyak=2                 | -1,543*             | 0,545         | -1,161              | 0,676         |
| Jelgyak=3                 | -0,638              | 0,539         | -0,220              | 0,671         |
| Jelgyak=4                 | 0,051               | 0,535         | 0,487               | 0,670         |
| <b>Magyarázóváltozók</b>  |                     |               |                     |               |
| Mennyire ismeri           | -0,050              | 0,051         | -0,077              | 0,053         |
| Visszajelzés ideje        | -0,012              | 0,009         | -0,012              | 0,010         |
| Tájékoztatták-e=0         | -0,067              | 0,178         | -0,054              | 0,187         |
| Tájékoztatták-e=1         | 0+                  | -             | 0+                  | -             |
| Felkérték-e=0             | -0,398**            | 0,153         | -0,342*             | 0,160         |
| Felkérték-e=1             | 0+                  | -             | 0+                  | -             |
| Milyen szolgáltató=1      | -0,136              | 0,186         | -0,102              | 0,195         |
| Milyen szolgáltató=2      | -0,129              | 0,154         | -0,130              | 0,160         |
| Milyen szolgáltató=3      | 0+                  | -             | 0+                  | -             |
| Kommunikáció=0            | -0,721***           | 0,141         | -0,667***           | 0,147         |
| Kommunikáció=1            | 0+                  | -             | 0+                  | -             |
| <b>Kontrollváltozók</b>   |                     |               |                     |               |
| Betegkártyaszáma          |                     |               | 0,000               | 0,006         |
| 65 éven felüliek aránya   |                     |               | 0,009               | 0,000         |
| Lakónépességszáma         |                     |               | 0,000               | 0,000         |
| Nővérekszáma=0            |                     |               | -0,110              | 0,140         |
| Nővérekszáma=1            |                     |               | 0+                  | -             |

+ Referenciakategória az adott kategóriális változón belül. Szignifikanciaszint: \*95%, \*\*99%, \*\*\*99,9%

9 A táblázatban azért nem jelölhető, mert a referenciakategória a felkérés, illetve a gyakori kommunikáció megléte volt, és így a program ezek hiányára számolt ki a becsült paramétereket.

10 A vizsgált modelleket a *Complementary log – log* kapcsolat-függvény (*Link function*) mellett futtattuk.



A vizsgált hipotézisek közül a mért össze függések egyértelműen csak a H3-terősítették meg. Eszerint a házi orvosok jelzési hajlandósága függ attól, hogy van-e rendszeres kommunikáció a szolgáltató és a házi orvos között. Eredményeink nem igazán támogatják azt H1 hipotézis első alhipotézisét, mely serint a jelzés lehetőségének felismerése, és a nagyobb fokú informáltság a szociális szolgáltatósról növeli a házi orvosok jelzési hajlandóságát, ugyanakkor a szolgáltató preferenciáinak egyértelmű ismerete, úgy tűnik, befolyásolja a házi orvosok viselkedést. Ezen kívül a vizsgált össze függések nem erősítették meg a játékelőzetes tapasztalatainak hatásáról tett feltevéseinkre épülő hipotézist (H2), amely a visszajelzési idő és a szolgáltató tevékenységéről való vélemény hatását te lezi.

Az eredmények nem erősítették meg empirikus modelünk egyes részeit, ám ez nem jelenti azt, hogy elméleti modelünknek ne lehetne létjogosultsága. Az, hogy a házi orvosok számára nem elég a pusztán tájékoztató jelzés lehetőségéről, illetve ennek lehetséges következményeiről (a gondozásról), és jelzési hajlandóságuk csak akkor növekszik, ha biztosítottak látják a szociális ellátás bavitelt, minden esetben mutatja, hogy vagy drágább jelezni, mint azt feltételeztük, vagy a házi orvosok szolgálatok számára mégsem jeleznek, mert a több letterhet a szociális ellátásban nem részesülő, de rászoruló időskorú személyek gyógyítása, ápolása. A modellelvényesség szempontjából talán még fontosabb kérdés, hogy miért nem befolyásolja az előző interakciók tapasztalata a jelzési hajlandóságot. Ha a változóink jól mérték a feltételezett hatást, akkor ez azt jelenti, hogy az előző interakciók sikeressége vagy siker telensége nem hor doz ér dem le ges in for má ci ót arra vonatkozóan, hogy a jövőben el látják-e a jelzett időst vagy sem. Vagyis a szociális szolgáltató ellátási hajlandósága ez alapján nem megbecsülhető.

## KÖVETKEZTETÉSEK

Eredményeink se rint a házi orvosok jelzési hajlandóságát első sorban az befolyásolja, hogy felkértek-e a szociális szolgáltató részéről, hogy jelezzen, illetve az, hogy van-e rendszeres kommunikáció a szociális szolgáltatóval. Nem mehetünk el szó nélkül azon lehetőség mellett, hogy egy alternatív magyarázatot kínál a sikelméleti modellel hasonló eredmények re vezet ne. Ebben a modellelben a házi orvosok nem állnak érdekében egyértelműen a szociális szempontból el látatlan időskorúak jelzése a szociális szolgáltató felé, ugyanakkor a felkérés illetve a kommunikáció egy fajta társadalmi kontroll mechanizmust (Heckathorn 1989; Coleman 1990) jelenítene meg, amely a jelzés irányába mozdítná el a házi orvosok viselkedését. Ennek az alternatív magyarázatnak azonban ellentmondanak az interjúk tapasztalataink, ugyan is a személyes beszélgetések során azt tapasztaltuk, hogy a házi orvosok kifejezetten fejlesztendő területnek tartják a szociális szolgáltatók kal való együtt működést, és a rászoruló idős gondozás bavitelté feltevése a siker egész ség ügyi munkának. Ezért ki tar tunk az erede ti mo dellünk mellett, az z al a mó do sí tás sal, hogy mi vel a jelzés jelentősebb szubjektív költséget hor doz a házi orvosok számára, ezért való mi lyen biz to sí tékra van szükségük arra vonatkozóan, hogy szívesen vesznek-e a jelzésüket. A házi orvosok felkéréséntúlszintén megoldást jelenthet, ha van rendszeres kommunikáció a házi orvosok és a szociális házigondozás vezetői között, mi vel ez csökken-

ti a jelzés szubjektív költségeit, és így alacsonyabb ellátási valószínűség mellett is érdemes lesz jelezni a házi orvosoknak. Ugyan a házi orvosok egy részének negatív tapasztalatai lehetnek a szociális házigondozással kapcsolatban, amely részben a gondozók alacsony számából, és így a korlátozott elvárható kapacitásból adódik, ez jelelni sebb hajtással nincsen a jelzési hajlandóságukra, ugyan is ez alapján nem kiszámítható az ellátási kapacitás jövőbeni alakulása.

Végül szociálpolitikai szempontból is értékelve az eredményeket a házigondozók nyilvánvalóan a szükségességnél alacsonyabb száma mellett, ami első sorban financiális kérdés, két fő problémát látunk. Az egyik az, hogy nem mindig jelelik meg explicit elvárásformájában az, hogy a házi orvosok jelezzenek. A házi orvosok egy része sajnos azt úgy értékelheti, hogy nem igazán érdemes jeleznie. A másik probléma, hogy a szükségességénél gyengébb a kommunikatív szociális szolgálattól és a házi orvosok között, ami drágítja számukra az egyébként nem túlköltségjelzést. Ha van rendszeres kommunikatív házi orvos és a szociális szolgálattal történő intenzív együttműködés, akkor egyrészt a jelzéssel kapcsolatos elvárások is kifejezésre jutnak, másrészt egy szerűbb lesz számukra a jelzés. Ennek elmaradása származhat szakmai alulmotiváltságból is, nem csak az anyagi hiányból. A kettő hatását mi a kutatásban nem vizsgálhatjuk. Így el képzelt, hogy szándékolt jellege van ennek a mulasztásnak a szociális szolgálattól részéről, ami mögött a forráshiány áll, de az is lehet, hogy nem elég felkészültek, azaz nem ismerik fel az együttműködésben rejlő lehetőségeket. A házi orvosok többsége jelez, ha úgy látja, hogy van értelme. Különöszönzésre tehát nincs szükség, hiszen ez az érdeklő – ráadásul sok házi orvosnak meggyőződése, hogy emberbaráti kötelessége jelezni.

Az eredmények alapján úgy véljük, hogy ott, ahol jó az együttműködés, az első sorban a gondozási központban, annak vezetésén múlik, ezt támasztják alá az interjúk is. Az interjúkból az is kiderült, hogy több helyen azt gondolják, hogy ha jó a viszony néhány házi orvossal, akkor megvan oldva a probléma, és nem veszik figyelembe, hogy azok miatt a házi orvosi körzetek miatt, amelyekkel gyengébb az együttműködésük néhány körzet időseinek kiállítására – persze lehet, hogy e mögött is az áll, hogy úgy sem tudnának minden igényt kiélegetni. A kevésszámú interjúk tapasztalatai szerint azokon a településeken, ahol a gondozói kapacitás korlátozott, a külső segítségre szoruló idős emberek otthonukban történő szociális ellátása úgy valósul meg, hogy az önkormányzat családokra, illetve az önkormányzatok szociális szolgálati női munkatársainak terhére egy részét, és így nem kell annyira gondozónői státust fenntartaniuk. Ebből az is következik, hogy ott viszont, ahol a családokra, önkormányzati szociális szolgálatra kevés hátrétegetnek a feladatok és a gondozási kapacitás is korlátozott, vagyis az igények meghaladják a szolgáltatást, vélhetőleg nem fogják ki a kulcsfontosságú jelzést, vagy a már kialakult jelzés ki fog kopni, hiszen a házi orvosok nem fogják fel a jelzést jelezni. Ez káros is lehet, hiszen a szociális szolgáltató már kialakult rossz híre gátolhatja egy esetleges későbbi együttműködés létrejöttét. Ezek alapján fogalmaztuk meg javaslatokat, amelyekkel úgy gondoljuk az idős emberek számára ott ahol a házi orvosok száma kevés, azok számára is. Ezek a következők:

- Külön a házi orvosokat célzó jogszabályi ösztönzőkre nincs szükség.
- Szükséges lenne a jogszabályban pontosítani, hogy a szociális szolgáltatóknak az egészségügyi intézményekkel való „kapcsolattartás” illetve „együttműködés” című szó alatt mit kell tenniük. Így a rendszeres telefonos vagy személyesen történő

- nőkapcsolattartás feladata szerintünk őket kellene, hogy terheljék. Úgy véljük fontos lenne minden egyes házi orvos külön felkeresése és részletes tájékoztatása, valamint felkérés arra, hogy jelezzen, és ugyanígy, ha új házi orvos kezdi meg a praxisát a településen.
- Magától érte tődjavaslat a házigondozók továbbképzésének szorgalmazása lét számára nővelése. Még kérdéses, hogy az új (2005-ben bevezetésre kerülő) finanszírozási forma elősegíti-e ezt.

## IRODALOM

- ÁSZ (2000): Jelentés a települési önkormányzatok szociális és gyermekjóléti szolgáltatásai helyzetéről. Az Állami Számvevőszék 0015 sz. jelentése. Budapest: [www.asz.gov.hu](http://www.asz.gov.hu).
- Bódi F. (2001): Helyi önkormányzatok gazdasági-gazdálkodási háttere. In Bódi F. szerk.: *Helyi szociális ellátórendszervevények*. Budapest: Agroinform Kiadóház.
- Coleman, J.S. (1990): *The Foundations of Social Theory*. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Ferge Zs. (2002): Az EU és a kiadások. *Esély*, 6.
- Heckathorn, D.D. (1989): Collective Action and the Second-Order Free-Rider Problem. *Rationality and Society*, 1: 78–100.
- Hegyesi G.–Talyigás K.–Vajdovичné Visy E. (1999): Időskorúak szociális ellátórendszere Budapest XIII. kerületében. In Lévai K. (szerk.): *Időellátás Magyarországon*. Budapest: Szociális Innováció Alapítvány.
- Hirshleifer, J.–Riley, J.G. (1998): A bizonytalanságban hozott döntések elemei. In Csontos L. (vál.): *A racionális döntések elmélete*. Budapest: Osiris–Láthatatlan Kollégium.
- Johnson, D.B. (1999): *Közösségi döntések elmélete*. Budapest: Osiris.
- Komár M. (2000): A csoportmunka jelentősége Pesterzsébeten a szociális és egészségügyi alapellátásban. <http://www.szochalo.hu/halo/halo2001jan04ny.htm>
- Komár M. (2003): A szociális és egészségügyi alapellátások együttműködésének kérdései az időskorúak érdekében. [http://www.dolphinet.hu/oali/index.php?cikk\\_id=180&SID=&funk=1&jobb=1&mid=22&almid=](http://www.dolphinet.hu/oali/index.php?cikk_id=180&SID=&funk=1&jobb=1&mid=22&almid=)
- Kreps, D.M. (1990): *Game Theory and Economic Modeling*. New York: Oxford University Press Inc.
- KSH (2001): *Szociális Statisztikai Évkönyv 2000*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
- KSH (2002): *Alapinformációk a települési önkormányzatok szociális tevékenységéről 2000*. Szociális Statisztikai Közlemények. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
- Mándli J.–Scheirich A. (1978): A házi szociális gondozás a körzet- és orvosképzéssel. *Szociális Gondoskodás*, 1.
- McKinley, J.B. (1980): Professionalism and the imbalance between clients' needs and the organisation's interests'. In Grunow, D.–Hegner, F. (eds.): *Welfare or Bureaucracy*. Cambridge, MA.
- Minas, R. (2005): Sifting the wheat from the chaff – the organization of the telephone intake and the selection of the social assistance inquirers in Sweden. *European Journal of Social Work*, 8(2).
- Moksony F. (1999): *Gondolatok és adatok. Társadalomtudományi elméletek empirikus ellenőrzése*. Budapest: Osiris.
- Oláh I. (1999): A házi orvos prevenciós munkája. <http://www.medlist.com/HIPPOCRATES/1/4/212.htm>
- Raub, W.–Weesie, J. (1990): Reputation and Efficiency in Social Interaction: an Example of Network Effects. *American Journal of Sociology*, 96: 626–654.

- Szántó Z. (1998a): A Makroszociológia mikroalapjairól. *Szociológiai Szemle*, 2.
- Szántó Z. (1998b): A racionális döntések elméletén nyugvó társadalomtudomány. In Csontos L. (vál.): *A racionális döntések elmélete*. Budapest: Osiris – Láthatatlan Kollégium.
- Széman Zs. (1999): Szükségletek, inno váció és normák az egi idős gondozás ban. In Lévai K. (szerk.): *Idősellátás Magyarországon*. Budapest: Szociális Innováció Alapítvány.
- Széman Zs.–Gáthy V. (1999): Szükségletek, inno váció és normák Bu da pest III. ke rü le té nek idős gondozás ban. In Lévai K. (szerk.): *Idősellátás Magyarországon*. Budapest: Szociális Innováció Alapítvány.
- Tóth I.J. (1997): *Játék elmélet és társadalom*. Szeged: JATE.