



**EFOP-1.12.1-17-2017-00007**

**TÁRSADALMI ELŐREGEDÉS  
ÉS GONDOZÁSI KIHÍVÁSOK**

## **Tartalom**

1. Demográfiai háttér.....	3
2. Idősgondozási rendszerek típusai az EU-ban.....	8
3. A hazai tartós idősgondozási rendszer jellemzői .....	12
4. Problémák az ellátórendszerben.....	14
5. A házi orvosok szerepe a házi segítségnyújtásban.....	24
6. A szociális innováció jelentősége .....	37
7. Példák a szociális innovációkra.....	56
Hivatkozások.....	108

# 1. Demográfiai háttér

## Előregedés és társadalmi integráció

A népesség előregedése világszintű probléma, hátterében a társadalmi–gazdasági fejlődés áll, melynek következtében növekszik az újszülöttek túlélési esélye, csökken a termékenységi ráta, és megnövekszik az átlagéletkor (WHO 2012, 5.)<sup>1</sup>. Az idősek társadalmi súlyának növekedése miatt megfelelő *társadalmi integrációjuk*, és a társadalomban betöltött szerepük újra-gondolása égetően fontos. Ezt nem csupán a gazdasági helyzet kívánja meg, hanem a társadalom egész rendszere is, melyben az egyes részek szükségképpen hatással vannak egymásra:

*„Az idősek társadalmi leértékelése és ezzel összefüggő folyamatosan romló helyzete újra meg újra előhívja a társadalom egész minőségére vonatkozó kérdéseket. Ha rossz idősnek lenni, akkor már az öregedés is szorongató folyamat – de akkor az öregedés felé elindulni, azaz fiatalnak lenni is rossz.”* (Ferge 1991, 45.)

Az élettartam megnyúlásával az időskorról alkotott képünknek formálódnia kell, a kihívások, nehézségek felismerésén túl fel kell fedoznünk a hosszabb élet nyújtotta lehetőségeket. (WHO 2012, 7.) A "sikeres" (re)integráció fő kulcsa az idősek aktivitásának elősegítése, megőrzése: a rossz egészségi állapot, a negatív sztereotípiák, valamint a társadalmi életbe való bekapcsolódás akadályai mind hozzájárulnak az idősek peremre szorulásához (WHO 2012, 7.). Az idősek egészségi állapotának javítása nem csupán az idősek, és családjuk érdeke, hanem alapvető társadalmi feladat. Az egészségtudatos életmód, a prevenció, az "idősbarát szociális környezet", a sztereotípiák leküzdése, az aktív idősödés előmozdítása megalapozza a hosszabb egészséges időskort (ST 2013/77), csökkentve ezáltal a társadalmi terheket. A "Jó egészség a jobb öregedésért" c. dokumentum rámutat, hogy bár az előregedés egészségügyi-gazdasági kihívás, lehetőségeket is rejt, hiszen az idősek segítséget nyújthatnak a családban, jótékony szervezetekben; támaszt, erőforrást jelenthetnek a társadalom számára (WHO 2012,6.). Az előregedés kihívásaira néhány ponton már most válaszolhatunk: az egészség / egészséges életmód előmozdításán, és a krónikus betegségek következményeinek csökkentésén túl olyan fizikai és szociális közeg megteremtése is feladatunk, mely elősegíti az idősek aktív társadalmi részvételét; újra fel kell fedoznünk az öregedés pozitívumait, mely az idősekkel szembeni attitűdváltást, az idősek aktivitásra való

<sup>1</sup> „Jó egészség a jobb öregedésért” c. dokumentum, 2012 - *Une bonne santé pour mieux vieillir (WHO)*

bátorítását is jelenti (WHO 2012, 7.). Az időskori életszakasz számos tényező függvénye, a kronológia mellett biológiai, pszichológiai, szociológiai adottságok is formálják (Iván 2002, 412.). Az aktív időskor előmozdításában jelentős szerepe van az egyéni és közösségi mentálhigiénének. A lelki egészség megőrzése, védelme javítja az egyén életminőségét, pozitívan befolyásolja testi egészségét, társas kapcsolatait, tevékenységeit, közösségi szinten pedig a kapcsolatépítés, szemléletformálás, és az intézményi-társadalmi adottságok megteremtése terén segíti az integrációs folyamatot. A közösségi mentálhigiéné - a közösségek egészséges működésének előmozdítása, megőrzése - azonban éppen ilyen lényeges a társadalmi integráció szempontjából:

*"Ha egy közösség vagy intézmény működése egészséges, nagyon különböző személyes identitású emberek (férfiak és nők, jobboldali és baloldali pártállásúak, öregek és fiatalok, különböző társadalmi vagy etnikai rétegekből származók) érzik a csoporthoz, közösséghez tartozónak magukat, és védettséget tapasztalnak benne. Itt elfogadják őket különböző lehetőségeikkel és meggyőződésükkel együtt, s közösen tudnak dolgozni valamely közös cél, feladat érdekében."* (Tomcsányi 2003, 21.)

Az integrációs folyamatoknak a társadalom egészét át kell hatniuk: így lényeges feladat a gondozásra szoruló, társadalmi-közösségi életben betegség miatt, vagy egyéb okokból (pl. csökkent képességek, valamely fogyatékoság; anyagi helyzet; lakóhely; közlekedési eszköz hiánya miatti elszigeteltség, stb.) akadályozott tagok részvételének támogatása az önállóságuk megőrzését a lehető legtovább garantáló és emberi méltóságukat az élet végéig megőrző segítség vagy gondozás biztosításával, szükség esetén anyagi támogatással, illetve egyéb társadalmi segítséggel (pl. a szállítás megszervezésével).

### **Hazai idő(s)kép a számok tükrében**

A WHO az öregség idejét 75 év felett határozza meg (Széman 2008, 3.). Az EU tagállamaihoz mérten az előregedési folyamat hazánkban közepes mértékű (ST<sup>2</sup> 2013/77), az előrejelzésekhez készült, magyar helyzetet tükröző, felfelé egyre jobban szélesedő korfa-ábrák azonban plasztikusan szemléltetik a társadalom fiatalabb rétegeire nehezedő, növekvő nyomást.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Statisztikai Tükör

<sup>3</sup> Vö. pl. <http://www.ksh.hu/interaktiv/korfak/orszag.html>

1980-ban a magyar népesség mindaddig emelkedő száma 10 709 463 volt, 1990-ben már csak 10 374 823 főt számláltak (KSH 2004, 29). 2018 január 1-én a népesség száma 9 778 000 fő volt (KSH). A népesség számának alakulását befolyásoló fő tényezők: a születések száma, a népmozgalom, és a morbiditás alakulása. A *születési ráta* hazánkban alacsony: 2016-ban 1,53 (Eurostat). A *kivándorlók* száma jelentősen megemelkedett az elmúlt években<sup>4</sup>, és kedvezőtlenek a *morbiditási* adatok is. Az átlagos életkor 1990-2009 között 3,5 évvel emelkedett, ami főként az öregedési index változásával magyarázható: míg 1990-ben 100 gyermekkorúra 64 időskorú jutott, 2009-ben az index már 110, ami azt jelenti, hogy az idősek száma meghaladta a gyermekkorúakét. Az öregedési index 2009-ben Budapesten volt a legmagasabb: 147, de szintén magas az 500 fő alatti kistelepüléseken (125) (ST 2009/193). 2018 január 1-én az öregedési index már 130,2. (KSH) 2011-ben a 60 évesek és idősebbek száma 2 332 000 volt hazánkban, népességen belüli arányuk így több, mint kétszeresére nőtt a második világháború kezdeti éveivel képest (ST 2013/77, KSH). Az előrejelzések szerint 2050-re a 65 év felettek aránya nálunk eléri a 30%-ot (KorFa 2011/2, KorFa 2013/4.).

A nők hosszabb élettartamra számíthatnak, mint a férfiak, ám betegségben eltöltött éveik száma is több: az Eurostat 2016-os adatai szerint Magyarországon a 65 éves korban várható élettartam a nőknél 18,7 (ez az Európai Unióra jellemző átlagnál kevesebb, az EU átlag 21,6), a férfiaknál pedig 14,6 év (EU átlag: 18,2). Ugyanekkor, a 65 évesen várható, egészségben eltöltött évek száma nőknél csak 6,4 (EU átlag 10,1), férfiaknál 6,7 év (EU átlag: 9,8). E szerint életük utolsó szakaszában a magyar nők várhatóan 12,3, a férfiak pedig várhatóan 7,9 évet élnek betegséggel. A 2009-es magyarországi lakossági egészségfelmérés (ELEF) szerint a nyugdíjasok 93%-a számol be krónikus betegségről. Bár ez nem jár együtt szükségképpen korlátozottsággal, az életkor előrehaladtával a betegség miatt korlátozottak aránya nő: a súlyosan korlátozottak százalékos aránya 75 év felett már 33 (ELEF 2009, ST 2010/50). A 2014-es lakossági egészségfelmérés szerint a 65 évesek és idősebbek 29%-a legalább egy önellátási tevékenységben korlátozott, közülük 55% igénybe vesz segítséget legalább egy tevékenységhez, de jelentős részüknek, 48%-uknak a jelenleginél több segítségre lenne szüksége. Az önellátási problémával küzdők 40%-ának egyáltalán nincs segítsége, pedig rászorulnának. (ST 2015/29)

---

<sup>4</sup> Eurostat: 2005-ben a magyar kivándorlók száma még csupán 3658, 2017-ben azonban már 39.889 fő. A bevándorlók száma ugyanekkor: 27.820, illetve 53.618 fő volt. (Emigration, Immigration)

Mivel a várható élettartam növekedésével az egészségben várható élettartam nem növekszik párhuzamosan, az előregedéssel együtt növekszik az időskori betegségek gyakorisága. Emellett csökken a társadalomban az időskorúak ellátását biztosító *aktív korúak aránya*, az egészségügyi és szociális ellátórendszer terheltsége így egyre fokozódik: kérdésessé válik a fenntarthatóság. Az eltartottsági mutató (100 aktív korúra jutó időskorú) 2003 - 2018-ig 22,4-ről 28,5-re emelkedett (KSH). Az ellátórendszer a legtöbb európai országban nem tud lépést tartani a növekvő kereslettel, ennek következtében egyre nagyobb teher hárul az ellátottakra valamint hozzátartozóikra, ami veszélyezteti a méltányosságot, és negatív gazdasági következményekkel járhat, például a munkahelyről való kilépés által a beteg hozzátartozó ápolása miatt (SzV 2014).

A demográfiai változások hatására számos európai kezdeményezést követően hazánkban is napvilágot látott az idősügy problémaköreivel foglalkozó dokumentum, a Idősügyi Nemzeti Stratégia (INS 2009). Az Uniós törekvésekkel összhangban legfontosabb céljai:

- Az aktivitás és függetlenség, társadalmi presztízs megőrzése
- Biztonság és megfelelő életminőség, a betegségek kockázatának alacsonyan tartása, az emberi méltóság megőrzése és a funkcionális önállóság elősegítése
- Az élethosszig tartó fejlődés előmozdítása, törekvés az életöröm, az autonómia megőrzésére és az önmegvalósításra
- A társadalmi részvétel és bevonódás, közösségi megbecsültség biztosítása
- Esélyegyenlőség, pozitív reakciók az idősödés és a hosszabbéletűség társadalompolitikai kihívásaira, fellépés az ageizmus ellen.

A szociális rendszert érintő hiányosságok megjelennek a dokumentumban, de konkrét fejlesztési tervek nem. Zárol Evelin írja egy, az idősügy problémáit bemutató tanulmányában: "A szociális ágazatban – saját kutatási témámat tekintve az idősellátásban – valahogy semmi nem úgy működik, ahogy kellene, ahogy arra igény, szükség volna." Számos jó, "alulról jövő" kezdeményezés létezik, ezek mégsem elég erősek ahhoz, hogy időspolitikává formálódva kormányzati döntésekben is testet öltsenek. (Zárol 2014/1) A rendszer nem csupán strukturális, hanem finanszírozási problémákkal is küzd: egyre kevesebb forrás áll rendelkezésre a szociális és egészségügyi ellátórendszerekben egyaránt. A hosszú távú

fenntarthatóság szempontjából a hatékonyság növelése, és a párhuzamos működés elkerülése mindkét területen elengedhetetlen. (Zárol 2014/2) A költséghatékonyság, és a szükséglet-alapú gondozás igényeit tekintetbe véve olyan integrált ellátási rendszerek kialakítására lenne szükség, amelyekben az ellátottak a lehető legtovább megőrizhetik önállóságukat. (Udvari 2013)

Szükségessé válik a tartós gondozás rendszerének fejlesztése, átalakítása a jelenkor kihívásainak megfelelően. Első lépésben a gondozásban részt vevő valamennyi szereplő (beteg, hozzátartozó, egészségügyi szektor, szociális ellátórendszer) érdekében, az eddig uralkodó reaktív szemléletet fel kell váltania a proaktivitásnak, ezért elsődleges szerepet kap a prevenció és a rehabilitáció, hogy az idős ember a lehető legtovább megőrizhesse önállóságát. Az innovációs stratégiák sarkalatos pontjai: a technológiai lehetőségek kiaknázása, az ellátás hatékonyságának növelése, az egészségügyi és szociális ellátások összehangolása, valamint az informális gondozók támogatása (SzV 2014).

## 2. Idősgondozási rendszerek típusai az EU-ban

A tartós gondozási rendszerek nemzetközi összehasonlítása számos okból nehéz. Az elérhető szolgáltatásokat tekintve nincsenek egységes sztenderdek, jelentős különbségek vannak nem pusztán az országok, régiók de a szolgáltatók között is. Más és más az ellátórendszerek felépítése, finanszírozása, működtetése. Különbözik a gondozási szolgáltatások jellege, tartalma, az igényelhető gondozási órák száma. Különbségek vannak a biztosított gondozás minőségében is, például eltérő a gondozók jártassága, szakképzettsége, a rendelkezésre álló technológia és az eszközök fejlettsége. (Bettio - Verashchagina 2012, 91.)

Az összehasonlítás nehézsége ellenére más-más hangsúlyok mentén többféle tipológia létezik.

Bár az egyes szolgáltatások fogyasztói ára a gondozási formák elérhetőségének önmagában nem elégséges mutatója, az ár fontos faktor az adott szolgáltatás igénybevétele szempontjából. Bettio és munkatársai a **szolgáltatások fogyasztói költsége** alapján négy európai kategóriát határoz meg:

1. "Átfogó gondozás meghatározott gondozási idővel" (északi országok, pl. Svédország) - ebben a csoportban a szolgáltatások könnyen elérhetőek, a gondozási idő viszont limitált.
2. "Migráns gondozók a családban" (pl. Olaszország, Görögország) - erre a kategóriára olcsó, de erősen korlátozott állami ellátás, a családi gondozók jelentős szerepe és a migráns gondozók erőteljes bevonása jellemző - mindezek együttesen magas gondozási óraszámot biztosítanak.
3. Ún. "Szolgáltatás-kupon" típus (Franciaország, Belgium) - ez átmenetet képez az első (északi) és a második (déli) modell között - több állami és privát szolgáltatást tesz elérhetővé mint a második modell, az elérhető gondozási órák száma viszont kevesebb.
4. "Minimális támogatás a gondozás kiszervezésére" (pl. Lengyelország, és más Kelet-Európai országok) - a családi gondozás kiváltására minimális lehetőség kínálkozik, mivel kevés az igényelhető támogatott szolgáltatás, a privát gondozás pedig nagyon drága. Magyarország is a ebbe kategóriába sorolható.

**Országonként jelentősen különbözik a tartós gondozási rendszerekre fordított állami forrás.** Damiani és munkatársai (2011) felmérése idején, míg a Cseh Köztársaságban a GDP



0,2%-át költötték tartós gondozásra, addig Svédországban több, mint 3 %-át. A formális gondozásban biztosított intézményi ágyak száma a 65 éves és idősebb lakosság számához viszonyítva kevesebb, mint 2% Olaszországban, de 8 % Svédországban. **Az ellátásra fordított állami kiadások és az ellátási igények alapján** Damiani és munkatársai két fő tartós gondozási rendszer mintázatot azonosítottak:

1. Erős összefüggés az idősek ellátására fordított kiadások és az idősek szükségletei között, a formális ellátás szintje magas. Az Észak- és Nyugat-Európai országok tartoznak ide. Az északi országokra jellemző a szükséglet alapú gondozás, az ellátás főként állami felelősség. A nyugati országokra "fogyasztó-orientáltság" jellemző, fizetős, ám elérhető szolgáltatásokkal, változatos szolgáltatási piaccal.

2. A mediterrán és Kelet-Közép Európai országoknál az ellátásra fordított kiadások nem állnak összhangban az idősek szükségleteivel. A mediterrán országok jellemzője, hogy az elérhető formális gondozás csekély, hiányait a főként privát módon finanszírozott informális gondozás pótolja. Az ellátás forrása javarészt a család. A Közép-Kelet Európai országoknál a formális ellátás szintje némileg az európai átlag alatt van. Az ellátás jelentősen korlátozott, új kezdeményezésekre kevés a lehetőség, a privatizáció pedig nehézkes. Magyarországon viszonylag fejlett intézményi ellátás van, ám a növekvő igényekkel nem halad együtt az ellátórendszer kapacitásának bővülése, az ellátás minősége a fokozódó terheltség miatt romlik.

Damiani felosztása tükrözi az "individuális" - északi-nyugati, és "család-centrikus" - déli ország-kategóriákat. Utóbbira hagyományos családstruktúra, alacsonyabb válási arány, a szülői ház későbbi elhagyása, és a szülők-gyermekek közötti gyakoribb kapcsolattartás jellemző. A két típus közti különbségek összefüggést mutatnak a vallási hagyományokkal (protestáns - katolikus) és kulturális értékekkel, valamint a férfi és női szerepek különbözőségével. Mindez kifejeződik az egyes országokra jellemző gondozási formák hangsúlyaiban is. (Damiani et al. 2011)

Más szempontok szerint, **a gondozási igény, valamint az informális gondozás igénybevétele és az elérhető formális gondozás** alapján Nies és munkatársai (2013) - Lamura korábbi, 2007-es rendszerét felhasználva - négy fő gondozási rendszer-típust különböztetnek meg:

1. A "Standard-kevert gondozás" kategóriába tartozó országokban (Németország, Ausztria, Franciaország, Anglia) a gondozási igény közepes vagy magas, a rendelkezésre álló informális erőforrás közepes, vagy alacsony, a formális gondozási lehetőségek szintje közepes.

2. Az "Univerzális-Északi" csoportban (Svédország, Dánia, Hollandia) a gondozási igény közepes, amelyhez alacsony informális gondozói potenciál, ám sok elérhető formális megoldás társul.

3. A "Család-alapú" rendszerekben (Spanyolország, Olaszország, Portugália, Írország, Görögország) az igény nagy, de mind a családon kívüli informális, mind a formális ellátás csekély.

4. Az "Átlakuló" országokban (Magyarország, Lengyelország, Csehország, Szlovákia, Románia, Bulgária, Észtország, Lettország, Litvánia) alacsony gondozási igényhez magas informális gondozási szint, valamint közepes-alacsony formális gondozás tartozik.

Hasonló szempontokat figyelembe véve, Kraus és munkatársai tipológiája a **gondozás finanszírozása és igénybevétele** - a gondozásra fordított állami támogatás, a formális - informális gondozás igénybevétele, arányai, az informális gondozás támogatottsága, és az elérhető pénzügyi támogatás (pl. ápolási díj) - alapján szintén négy csoportot azonosít (2011, 39.). E szerint Magyarország tartós gondozási rendszerét magas privát finanszírozás és az informális gondozás szükségessége/kényszere jellemzi, az informális gondozók támogatása azonban csekély:

<i>Az ellátórendszer természete</i>	<i>Jellemzők</i>	<i>Országok</i>
1.	Informális gondozás központú, alacsony privát finanszírozás Alacsony informális támogatottsága Alacsony informális pénzügyi támogatás kevés	Cseh Köztársaság, Németország, Szlovákia, (Belgium)
2.	Széleskörű, elérhető Magas informális támogatottsága	Dánia, Hollandia,

	formalizált rendszer	alacsony	privát és informális gondozás, az informális gondozás támogatottsága magas, a pénzügyi támogatás szerény	Svédország
3.	Informális gondozás központú, magas privát finanszírozás	Közepes	állami ráfordítás, magas privát és informális gondozás, az informális gondozás támogatottsága magas, a pénzügyi támogatás magas	Ausztria, Anglia, Finnország, Franciaország, Spanyolország
4.	Magas privát finanszírozás, az informális gondozás kényszere	Alacsony	állami ráfordítás, magas privát és informális gondozás, az informális gondozás támogatottsága alacsony, a pénzügyi támogatás közepes	Magyarország, Olaszország

**Forrás:** Kraus et al. 2011, 39.

A nemzetközi tipológiák alapján összességében elmondható, hogy a magyar formális tartós gondozási rendszer finanszírozottsága alacsony, forrásai korlátozottak. A gondozásban egyre inkább megjelenik az informális gondozás szükségessége/kényszere, ám mind az informális gondozást végzők (családtagok és más formális rendszeren kívüli segítők), mind pedig a gondozásra szorulóknak pénzügyi és egyéb támogatása (pl. pihenés, töltődés biztosítása) alacsony.

### 3. A hazai tartós idősgondozási rendszer jellemzői

Az idősök által igényelhető szociális szolgáltatásokat az *1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális szolgáltatásokról* (a továbbiakban: SzT) írja le. E törvény határozza meg az ellátás különböző formáit, szerkezetét, valamint a jogosultság feltételeit, érvényesítési garanciáit (1.§). A rendszerváltás után az 1993-as törvény egyik alapfunkciója az állam felelősségének meghatározása volt (Udvari 2013, 12.).

SzT. 2.§: "A szociális ellátás feltételeinek biztosítása - az egyének önmagukért és családjukért, valamint a helyi közösségeknek a tagjaikért viselt felelősségén túl - az állam központi szerveinek és a helyi önkormányzatoknak a feladata."

SzT 56. §: "A szociálisan rászorultak részére a személyes gondoskodást az állam, valamint az önkormányzatok biztosítják."

Míg a kilencvenes évek elején az intézményi ellátás kiépítésével a formális gondozás erősítésének tendenciája mutatkozott, napjainkban ismét a gondozás informális oldala válik hangsúlyossá. Ezt mutatja az ellátórendszer fejlesztésének elmaradása, a család gondozási szerepének, felelősségének törvényi megerősítése is.

Az ellátások formáit tekintve megkülönböztetünk *szociális alapszolgáltatásokat*, és *szakosított ellátásokat* (SzT 57.§). Ezen ellátások közül az idősök által igénybe vehető tartós gondozási szolgáltatások:



Az idősök ellátásában az önállóság fokozatos elvesztése miatt különösen a *házi segítségnyújtásnak* és a *tartós gondozást nyújtó intézményeknek* van nagy szerepük.

Az életkor kitolódása, és a gyakoribb időskori krónikus betegségek mellett a házi segítségnyújtás, valamint a bentlakásos intézményi ellátás iránti igényeket a családstruktúra, és a háztartások változása is növeli. Míg 1990-ben 482.503 idős élt egyszemélyes háztartásban, addig 2011-ben már 692.183 (KSH).

Házi segítségnyújtást 2000-ben 40 292-en, 2016-ban pedig már 103 780-an vettek igénybe. Az ellátottak száma eddig 2014-ben volt a legmagasabb 132 985 fővel (KSH). A szolgáltatásfejlesztés azonban nem haladt együtt az ellátottak növekvő számával: az egy gondozóra jutó ellátottak száma 2000-ben 4,7, 2016-ban már 8,4 fő. Az eddigi legrosszabb helyzet 2013-ban volt: akkor 9,5 fő ellátott jutott egy gondozónőre! (Szociális Statisztikai Évkönyv 2016, KSH)

Bentlakásos intézményben - időskorúak otthonában, gondozóházában 2000-ben 39.847, 2016-ban 54.239 főt láttak el (KSH).

A szolgáltatásokat biztosító intézményekre vonatkozó előírásokat az *I/2000. (I/7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről* tartalmazza. A szolgáltatások finanszírozása máig állami (önkormányzati) feladat, de a szolgáltatók, intézményfenntartók körében az egyházi és a privátszféra is jelen van.

2008 január elsején a *36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól* alapján bevezetésre került a szolgáltatások igénylésének feltételeként a gondozási szükséglet felmérése. A rendelet hatására kb. 10 %-al csökkent a szolgáltatások igénybe vétele az új jelentkezők körében (Czibere, Gál, 2010, 4). Az igénylők állapotát az egységes értékelő adatlapon pontszámokkal jelölik, majd az összesített pontszám alapján meghatározzák az egyén önellátási képességét, ez alapján pedig az ellátásra való jogosultságot. Korábban pontosan meghatározták az igénylő gondozási szükségletét óraszám szerint. Jelenleg már nem határoznak meg gondozási óraszámot, viszont differenciálják az igényelhető segítséget - az igénylő az önellátási képessége alapján a házi segítségnyújtás keretében szociális segítségre és/vagy személyi gondozásra jogosult, idősök otthoni ellátás a törvény szerint teljes ellátásra szorulóknak esetében indokolt (I/2000 SzCsM rendelet, 25/A§.). A felmérést a házi orvos és a szociális szakemberek végzik.

## 4. Problémák az ellátórendszerben

A bentlakásos intézményekbe való megszigorított bejutás eredményeképp egyre rosszabb állapotú személyek kerülnek az időotthonokba. Szabó Lajos (2013) találóan mutat rá, hogy az ápolási igények fokozódnak, a stábfeltételek viszont egyre gyengülnek, s bár az intézményi idősellátás medikalizálódik, az egészségügyi ellátások redukciója látható a rendszerben. A házi segítségnyújtás hiányosságait elemezve kiemeli a szükségletfelmérés korszerűtlenségét, a vulnerábilis csoportok esetében az ún. személyközpontú, intenzív esetenedzselési modellek hiányát, a pszichés gondozás hiányát, a szakemberek közötti együttműködés elégtelenségét, és a professzionalitás veszélybe kerülését. Emlékeztet arra is, hogy az ellátórendszer nem tudja lefedni az igényeket, így növekszik a családtagokra háruló teher, s miközben a szülőkről való gondoskodást jogi úton kívánják érvényesíteni, a családtagok számára nincsen az elvárt feladathoz adekvát támogató szolgáltatás.

A statisztikák tükrében jól látható, hogy a társadalom előregedése nyomán a tartós gondozási igény növekszik, de a rendelkezésre álló erőforrások korlátozottak. Ez egyfelől kérdésessé teszi az ellátórendszer fenntarthatóságát és az ellátás minőségének biztosítását, másfelől a rendszer meglévő strukturális problémái fokozódhatnak. Mindemellett olyan *új igények és szükségletek jelennek meg* az előregedéssel összefüggésben, melyek a tartós gondozási rendszer valamennyi szereplőjére hatással vannak:

### a) *Ellátottak:*

A jelenlegi ellátórendszerben az állapot- és gondozási szükséglet felmérés elavult, és nem tartalmaz az ellátott fizikai és szociális, családi környezetére vonatkozó tényezőket (Szabó 2014). Mivel Magyarországon is megjelenik a költséghatékonyabb gondozási formák - így a házi segítségnyújtás - preferenciája, *az ellátottak fizikai és szociális környezetének figyelembe vétele, a szükségletek felmérésének korszerűsítése megkerülhetetlen.* Az átlagéletkor kitolódásával várhatóan növekszik a betegségek előfordulási gyakorisága, és megnyúlik a gondozás időtartama. Feltételezhetően több krónikus betegség együttes előfordulásával, és a demenciák gyakoriságának növekedésével számolhatunk az ellátottak körében. Mindez *új gondozási feladatokat és formákat tehet szükségessé.*

### b) *Formális gondozók<sup>5</sup>:*

---

<sup>5</sup> Formális gondozók: az intézményes ellátás keretében dolgozó professzionális segítők. Az informális gondozók az ellátórendszeren kívül gondozási feladatot felvállaló nem professzionális segítők, pl. családtagok, rokonok, barátok, szomszédok. (Szabó 2014)

Az otthoni tartós gondozási igényeket a jelenlegi rendszer nem tudja ellátni. A házi segítségnyújtásban gyakran korszerűtlen a klienskísérés módszere, a gondozónők túlterheltek, képzettségük gyakran nem megfelelő. A gondozói stábból hiányoznak a mentálhigiénés szakemberek, hiányzik a team-munka, gyenge a szakmaközi együttműködés. (Szabó 2013) *A gondozási igény növekedésével, új gondozási formák kialakításával szükségessé válik a formális gondozók számának növelése, új kihívásokra való professzionális felkészítése.*

*c) Időseket gondozó családtagok:*

Újra előtérbe kerül a család, mint természetes gondozási erőforrás. Azonban az időseknek segítséget nyújtó családtagok számára a gondozás felvállalása jelentős megterheltséget okoz. Ahhoz, hogy segíteni tudják az idős családtagot, nekik is *több támogatásra* van szükségük (Szabó 2013, 2014; Tróbert 2015). Emellett a demográfiai folyamatok következtében a gondozás felvállalásakor az ő életkoruk is várhatóan magasabb lesz, így újabb problémákat vethet fel, ha az idősebb gondozottal *párhuzamosan ők maguk is gondozottakká válnak* majd.

*d) Más informális gondozók:*

Várhatóan megnövekszik a gondozási feladatot az ellátórendszeren kívül, privát módon elvállaló, családon-baráti körön kívüli informális gondozók iránti igény. Munkájuk finanszírozhatósága azonban kérdéses a gondozási terhekkel amúgy is nehezen boldoguló család részéről.

Sürgető feladat tehát a formális gondozás - tartós gondozási rendszer megerősítése és reformja, de ezzel párhuzamosan szükséges a családtagok gondozási folyamatba való integrálása és a gondozási feladatban való támogatása. Az ellátásban megnő a *formális és informális gondozás együttes szerepe*, a gondozási folyamatban részt vevők partneri együttműködésének jelentősége. A szolgáltatások változatosabbá tétele, új szolgáltatások bevezetése szintén sürgető követelmény, hiszen az idősödés a személyes adottságokkal, pszicho-szociális közeggel összefüggő egyedi folyamat, melyben az életkorral az egyének közötti különbségek növekszenek. Az alternatív lehetőségek nem helyettesítik a házi gondozást vagy az intézményi ellátást, de a gondozási folyamat fontos, személyre szabott kiegészítő elemeivé válhatnak.

Az aktív idősödés lényeges szegmenseit vizsgáló nemzetközi MoPact<sup>6</sup> kutatás során Magyarországon is készült két egyéni és két fókuszcsoporthoz tartozó interjú az idősellátás területén dolgozó szakemberekkel, valamint nyolc problémafeltáró interjú idős hozzátartozót gondozó családtagokkal. (Tróbert - Széman, 2015) Az interjúk nyomán látható, hogy bár az egyes szolgáltatások elvileg egymásra épülnek, kapcsolatuk és együttműködésük erősen hiányos és az egyes ellátási formák közötti átmenet nehezen valósul meg. Az alapszolgáltatásokat az önkormányzatok nem minden településen tudják biztosítani, így jelenleg - különösen falusi környezetben - nehezen valósítható meg az a törekvés, hogy az idősek minél tovább saját környezetükben maradhassanak. Jelentős problémaként mutatkozott az is, hogy a szociális ellátórendszer az egészségügyi szférától függetlenül működik. Sok nehézséget okoz, hogy a két szektor szolgáltatásai között nincsen kapcsolat. Emellett a házi orvosok, kórházi szakemberek gyakran tájékozatlanok az igényelhető szociális ellátásokkal kapcsolatban. A kommunikáció, az interdiszciplináris együttműködés mindkét fél munkáját hatékonyabbá tenné.

A felvetett problémák, innovációra szoruló területek közül a **Nyíregyházán tartott fókuszcsoporthoz**<sup>7</sup> a szakmaiság és a szektor semleges finanszírozás kérdéscsoportjai váltak hangsúlyossá, jelezvén azt, hogy a meghallgatott szakemberek tapasztalatai szerint valamennyi idősellátási forma mély reformra szorul. A szakmai irányelveket szem előtt tartó idős gondozásnak különösen nagy hangsúlyt kell fektetnie a prevencióra, amely az aktív idősödés feltétele. Hazánkban gyakorlatilag nincs olyan szolgáltatás, amely a prevenciót tűzné ki céljául: pl. hiányzik a szakszerű mentálhigiénés gondozás megfelelő támogatása, a szükséges információk elérhetővé tétele, az infokommunikációs készségek fejlesztése az idősek körében. Mivel az egyes szolgáltatásokban nem támogatják a szakképzett munkaerő alkalmazását, az ellátások szakmai színvonala romlik. A minőségi munkára sincsen motiváció, hiszen gyakorlatilag lehetetlen ellátni a jelenlegi létszámnormákkal a gondozottakat. A szakmaiság megvalósítása a gondozási folyamatban emellett feltételezné a környezeti és tárgyi eszközök meglétét, így felhívja a figyelmet az infrastruktúra és az infokommunikációs eszközök fejlesztésére a szociális szférában dolgozók munkahelyén, de az idősek élőhelyén is. Az idősek lakhelyén a legszükségesebb lenne, ám legkevésbé az akadálymentesítés megoldott, a helyzet különösen az elszigetelt tanyavilágban nehéz. A

---

<sup>6</sup> Mobilising the potential of active ageing in Europe, <http://mopact.group.shef.ac.uk/>

<sup>7</sup> Forrás: MoPact WP 8 Fókuszcsoporthoz - Nyíregyháza, 2015



szakmaiság fejlesztése megkívánná a jelenlegi szolgáltatások felülvizsgálatát, a munkát támogató innovatív eszközök kifejlesztését, alkalmazását, újabb szolgáltatások bevezetését, s ennek kapcsán az önkéntesek és a civil szféra nagyobb aktivizálását.

*A szolgáltatások finanszírozásánál* a résztvevők kiemelték a szektor semlegesség jelentőségét: valamennyi intézménynek ugyanannyi támogatáshoz kellene jutnia az azonos szolgáltatások elvégzéséért. A jelenlegi finanszírozásban az esetek ellátását nehezíti a fejkvóta-rendszer, mely nem tesz különbséget a kevésbé súlyos és a súlyosabb betegek között. A finanszírozási problémák új rendszert tennének szükségessé: a szükséglet alapú finanszírozást, mely az elvégzett feladatok szerint támogatná a szolgáltatásokat, emellett elősegítené a minőségi munkavégzést, így a szakmai színvonal emelkedését is.

**A Budapesten tartott fókuszcsoportban**<sup>8</sup> a résztvevők a *finanszírozási*, a *szolgáltatásfejlesztési*, és az *információ - kommunikáció - együttműködési* kérdéseket jelölték meg, mint prioritást a szociális rendszer megújítása területén. A három csoport szorosan összefügg egymással, bármely csoport egy-egy eleme köthető a másik két csoporthoz is. Ennek tükrében láthatóvá válik, hogy a problémák nem csupán az ellátás egy-egy szeletét, hanem az egész rendszert átszövik.

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

---

<sup>8</sup> MoPact WP 8 Fókuszcsoport - Budapest, 2015

**A szakemberekkel készített interjúk** a fókuszcsoportokéhoz, és egyéni beszélgetésekhez erősen kötődő témákat jelenítettek meg: a tartós gondozás struktúrájának átalakítása, a szolgáltatások komplex rendszerbe foglalása, az egészségügyi rendszer és a szociális szféra közötti kapcsolat hiánya a tartós gondozásban, az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása, megvalósítása az otthonápolásban, a környezeti és technikai (IKT) akadálymentesítés, a gondozottak családi környezetének figyelembevétele - az informális gondozók támogatása, új finanszírozási források keresése - mindez megerősíti, hogy a jelenlegi rendszer teljes reformra szorul. A hiányosságok, diszfunkciók, szükségletek felméréseivel, olyan komplex tartós gondozási rendszer létrehozása válik szükségessé, amely a szakmai irányelveken és a gyakorlati tapasztalatokon alapuló minőségi, az idős ember szükségleteit és lehetőségeit figyelembe vevő otthonápolást tud biztosítani. A minőségi ápolás feltételezi a szakemberképzés megújítását, minőségének javítását is, valamint a szakemberek munkájának erkölcsi és anyagi megbecsülését. A komplex rendszerbe nem pusztán a testi egészség-védelem, így pl. az akadálymentesítés, és a technikai, infokommunikációs újítások terén kell integrálni a prevenció elemeit, hanem a lelki egészségvédelemben is, mind az ellátottak, mind a szakdolgozók, mind pedig az informális gondozók csoportjaiban.

Az **informális gondozókkal folytatott nyolc interjú nyomán** a következő kiegészítéseket fűzhetjük a rendszerek működésével kapcsolatos eddigi megállapításokhoz:

- Nem csak a rászoruló idősök nem tudnak az elérhető szolgáltatásokról, hanem sok esetben az őket gondozó családtagok sem. Nem kapnak megfelelő tájékoztatást sem a háziórvostól, sem a kórházaktól.
- A kórházi ellátást követően a betegek családtagjai gyakran magukra maradnak a problémákkal, mert az egészségügyi rendszer és a szociális ellátások közötti kapcsolat nem biztosított. (Az egyik interjúalany pl. egy rádióműsor kapcsán lett figyelmes arra, hogy édesanyja ápolása miatt anyagi támogatásban részesülhetne - ez alapján kérvényezte a juttatást.) Az orvosok és a szociális szakemberek között legtöbbször nincsen kapcsolat, az információkat a családtagok közvetítik.
- A házi gondozói szolgálatban az állami szolgáltatókkal kapcsolatosan sok a negatív tapasztalat. Így sokan nem pusztán az információhiány miatt nem fordulnak a házi segítségnyújtás önkormányzatok által biztosított formáihoz, hanem azért sem, mert nem találják megfelelő színvonalúnak az ellátást. Az egyházi szolgáltatókkal kapcsolatosan kivétel nélkül pozitív élményekről számoltak be.

- A gondozónők túlterheltek, nem tudják ellátni az összes feladatot az ápoltak körül, a gondozási ellátás időtartama erősen redukált. A túlterheltség sokszor türelmetlenné teszi a gondozókat. Gyakran hiányzik a szakmai kompetencia - sok gondozónő "gyorstalpaló" tanfolyamot végzett csak, ami megnehezíti a feladatok szakszerű ellátását.
- Az időhiány következtében nem tud kialakulni személyes kapcsolat a családtagokkal. Gyakran, mivel nincsen találkozási felület, az információk nem áramolnak megfelelően a család és a gondozónők között, aminek akár súlyos következményei is lehetnek a gondozottra nézve - pl. a gondozónő nem értesül időben a gondozásra vonatkozó, legújabb orvosi előírásokról; az idős nem tudja megfelelően tájékoztatni a családot a gondozónővel történt eseményekről, vagy a gondozással kapcsolatos panaszairól, esetleg félelmeiről.
- A gondozók és a család közötti kollegiális, partneri viszony nagyon ritka. Előfordul, hogy a család a gondozás igénylésével úgy érzi, "letudta" saját feladatát, pedig a család szerepe a gondozott mellett, és a gondozási folyamatba való integráltsága a szociális szolgáltatások igénybevételével nem szűnhet meg. Előfordul az is, hogy a gondozónők "irányítani" akarják a családtagokat.
- Az idős emberrel való kötetlen beszélgetésre, vagy bármilyen, szellemi foglalkozásra nem jut idő. A házi segítségnyújtást igénybe vevők legtöbbször elszigeteltek, és a családtagok a saját munkájuk mellett nem tudják feloldani az idős magányát. Sajnos azonban a túlterhelt munkatársak sem tudnak nyugodtan időt szánni az időssel való személyes kapcsolatra.
- A mentális egészség megőrzéséhez, az életminőség javításához nagy szükség lenne arra, hogy a házi segítségnyújtás keretén belül is igényelni lehessen mentálhigiénés támogatást. A gondozónők kompetenciáját meghaladja, hogy az idős embert lelki nehézségeiben támogassák, illetve megkülönböztessék, hogy mikor lenne szükség szakember segítségére. A házi segítségnyújtás keretein belül jelenleg nem alkalmaznak mentálhigiénés munkatársakat, pedig jelenlétük kulcsfontosságú lenne egyrészt a teljes emberre kiterjedő gondozás megvalósításában, másrészt az interdiszciplináris team-munka megszervezésében. Ezen kívül fontos szerepük lehetne a családdal való kapcsolattartásban is. Gyakran előfordul, hogy az idős és családja kapcsolatát régi konfliktusok terhelik. A mentálhigiénés munkatársak a gondozás

hatékonyágát is növelnék, ha támogathatnák a családtagok időshöz való viszonyának javulását.

Az informális gondozókkal folytatott beszélgetések megerősítik, hogy a gondozónők túlterheltsége alacsony színvonalú ellátással jár együtt. Ez növeli a családtagok terheltségét is. A család és a gondozók kapcsolatának, a partneri viszony megélésének hiánya mindkét felet tovább terheli. Az egészségügyi rendszer és a szociális szféra elszigeteltsége, az információ és kapcsolathiany, az együttműködés hiánya a családtagokat sokszor közvetítő szerepbe kényszeríti. Rontja az ellátás minőségét, mert az információ és kommunikációhiány szinte lehetlenné teszi az ellátott igényeinek, szükségleteinek figyelembevételét valamennyi gondozási szinten.

Az alábbiakban az interjúalanyok gondozói szereppel és gondozási helyzettel összefüggő leghangsúlyosabb problémáit mutatjuk be (Tróbert - Széman 2016).

***a) A gondozáshoz szükséges információk és egészségügyi ismeretek hiánya***

A gondozást felvállalók számára nehézséget jelent, hogy legtöbbször nem rendelkeznek a gondozáshoz szükséges tudással. Az ismeretek hiánya egyfelől az alapvető, szolgáltatásokkal kapcsolatos információk hiányát jelenti: a családtagok gyakran sem a kórházban, sem a háziorvostól nem kapnak megfelelő tájékoztatást az elérhető szociális szolgáltatásokról, és az igényelhető ápolási díjakról. Másfelől, szinte mindenkinek nehézséget jelent az ápolási feladatokkal kapcsolatos tudás hiánya.

Az egyik interjúalany beszámolójából kiderül, hogy az otthoni gondozási helyzettel nem pusztán a gondozási feladatok megfelelő, biztonságos elvégzését kell a hozzátartozóknak megtanulniuk. A gondozás gyakran csak úgy végezhető el, ha a betegszobát (és a lakás beteg által is használt részét) a beteg, és a gondozást ellátó családtag új igényeinek megfelelően átalakítják. Az akadálymentesítés, és a hozzá kapcsolódó szakszerű tanácsadás hazánkban még kezdetleges. Szükségességét és hatékonyságát Széman Zsuzsa és munkatársai magyar mintán pozitív eredményekkel kutatták (Széman - Pottyondy 2006).

Volt, aki arról számolt be, hogy az ápolási kompetenciák hiánya erős szorongást idézett elő benne. Ő leginkább saját tapasztalataiból építkezve vált gyakorlott gondozóvá. A megerősítés hiányából fakadó aggodalom azonban máig jelentős stressz-forrás számára. Van, aki komplex ismereteket igényelne a gondozási helyzettel kapcsolatosan, szakemberek közvetítésével.

Az információ-, tudás-, és kompetenciahiány terhe felveti a gondozást felvállaló családtagok előzetes képzésének, illetve mentorálásának szükségességét.

***b) A gondozási feladat és a családi élet összeegyeztetésének nehézségei: a hatékony konfliktuskezelést támogató ismeretek hiánya***

Valamennyi interjúalany számára központi nehézség a gondozásból fakadó családi konfliktusok kezelése: a gondozó számos esetben "két tűz közé" kerül. A gondozási helyzet egyéni megélését - vagyis a gondozással járó szubjektív terheket jelentősen növelheti a többi családtag negatív hozzáállása, mely kapcsolati válságokat és szorongást, büntudatot okozhat.

A család szempontjából szintén gyakori probléma a gondozás időigényessége. Egyfelől időt vesz el a gondozott felkeresése, másfelől, a napi, gyakorlati teendőkön túl a mélyebb támogatás biztosításához több órás jelenlét kellene.

Problémát jelent a folyamatos újratervezés, a családi élet és a gondozás összehangolása is. Márpedig a gondozást felvállaló családtag számára a gondozói helyzetből fakadó nehézségekben a család lehet az egyik legjelentősebb erőforrás. A gondozási helyzetből fakadó, férj és feleség közötti konfliktusok a párkapcsolatot is sérülékenyebbé teszik, ami plusz terhet jelent mindkét félnek.

A gondozó családtagok mentálhigiénés ismereteket is tartalmazó képzése hozzájárulhatna a család egészségének védelméhez.

***c) Szerep-konfliktusok: az önismeret szükségessége***

A segítői helyzet gyakran szerep-konfliktusokat idéz elő: részben a hiányzó segítői kompetenciák, részben az állandó érintettség miatt.

A leggyakoribb probléma az, hogy a segítő családtag az otthon töltött időben mintegy újra gyerek szerepbe kerül. Különösen nehéz a saját hozzátartozó segítőjévé válni, ha régi, fel nem oldott konfliktusok terhelik a szülő-gyerek kapcsolatot. Nehézséget okozhat az is, ha a szülő nem tudta "elengedni" a gyermekét. Ekkor a gondozással járó közelebbi viszony az egészséges határtartás is nehezebbé válik. Problémát jelenthet az is, ha a szülő számára a gyermeke teljesítménye nem elég jó - a gondozási helyzetben így állandó elégedetlenséget tapasztal meg, miközben fájdalmat, esetleg büntudatot is okoz gyermekének. Szintén a szerep-konfliktushoz köthető probléma, hogy a szülő kiszolgáltatottságának megtapasztalása, a testi ápolás megrázó élmény.

A szerep-konfliktusból adódó nehézségek nemcsak a gondozó családtag, de a gondozott mentálhigiénés támogatásának szükségességét is felvetik. A mentális, pszichés jól-lét erősödése mindkét fél részéről hozzájárulhatna a gondozó-gondozotti kapcsolat egészségesebbé válásához is. A gondozó családtag számára a szerep-konfliktusok kihívásai közepette nagyon hasznosak lennének az önismeretben való növekedést támogató eszközök.

***d) A tehermentesítés hiánya: a preventív szemlélet előmozdításának szükségessége***

A családi segítők tehermentesítése nem megoldott - az egyik interjúalany évek óta nem pihent hosszabban, mások az intenzív gondozáshoz kötötték a privát életük megszűnését. Volt, aki arról számolt be, hogy egyetlen vágya egy kötöttségek nélküli nap. A tehermentesítés megoldatlansága hosszú távon kimerüléshez vezet, amely a munkahelyi és a családi életben is komoly veszteségeket okozhat. A számok tükrében a szociális ellátórendszer jelenleg még a gondozottak szükségleteit sem tudja ellátni, nemhogy a támogató családtagok tehermentesítését felvállalni. A preventív szemlélet érvényesülése nagyon fontos lenne, hiszen hosszú távon költségmegtakarítást eredményez nem csak az egészségügyi és szociális ellátórendszer, hanem a munkaerőpiac területén is.

***e) Megküzdési nehézségek: nevelés az erőforrások felfedezésére és a tudatos élettervezésre***

A nehézségekkel való megküzdésben legtöbbször megtartó erő a kapcsolati háló, de személyiségtől függ, hogy a meglévő kapcsolati tőkét az egyének valóban képesek-e mozgósítani. A legfontosabb erőforrást a legszorosabb kapcsolatok jelentenék, ám gyakran éppen ezek terhelődnek leginkább, emellett a kapcsolatok ápolására a gondozás miatt kevesebb idő marad. Ez ismét felhívja a figyelmet a gondozást végző családtagok tehermentesítésének lényeges voltára, valamint a tudatos, lelki egészséget szem előtt tartó élettervezésre.

***f) Gondozási feladat és munkavégzés: a kiegészítő- prevenció szükségessége***

Arra a kérdésre, hogy hogyan hat a gondozási feladat a munkavégzésükre, a gondozók sok esetben munkahelyi nehézségekkel válaszoltak. A munkahelyi és gondozási feladatok párhuzamos ellátása legtöbbször nemcsak fizikailag, hanem lelkileg is megterhelő. A munka utáni feltöltődés sok esetben szinte teljesen lehetetlenné válik, előfordul, hogy éppen a munkahely lesz pihentető a megterhelő családi-gondozási helyzet után.

Munkaerő-piaci érdek, hogy a gondozást végző családtagok ne essenek ki a munkából - támogatásuk megkívánná a rugalmasabb munkaidő, és a részmunkaidő lehetőségének biztosítását., valamint a gondozással összefüggő kiegészítő-kezelési ismeretek elsajátítását.

***g) A spiritualitás mint védőfaktor: az érték és értelemkeresés támogatása***

Sokan említik, hogy a nehézségek idején a hitükből, Istennel való kapcsolatukból, az egyházi közösségből merítenek erőt. Van, aki nem említi erőforrásként a hitet, vagy a vallást, viszont arra a kérdésre, hogy mi ad erőt a nehézségekben, az előretekintést, a célok kitűzését és a pozitív szemléletre való törekvést emeli ki, amelyek a tágabb értelemben vett spiritualitásnak fontos elemei.

A laikus gondozók képzésében fontos egészség-támogató eszköz az érték és értelemkeresés kultúrájának erősítése.

***h) Tartózkodás a szociális ellátórendszerrel szemben: partneri viszony kiművelése***

Sokan családi feladatnak tartják a gondozást, szégyellnék, ha nem tudnák ellátni ezt a szerintük elsődlegesen gyermeki kötelezettséget. A szolgáltatást azonban gyakran azért nem igénylik, mert nem bíznak az ellátás minőségében. A szociális ellátórendszerrel kapcsolatban kevés a pozitív tapasztalat. A családdal való kapcsolat kiépítésére, ápolására a szociális ellátórendszerben dolgozóknak a tapasztalatok szerint már nincsen kapacitása, pedig a partneri viszony és az együttműködés mindkét fél, valamint a gondozási folyamat szempontjából is gyümölcsöző lenne.

Mivel az ellátórendszerek terheltségének növekedésével a családi erőforrások várhatóan egyre hangsúlyosabbá válnak a tartós gondozásban, az interjúk tapasztalatainak tükrében Magyarországon a családtagok szociális ellátórendszerrel kapcsolatos szerepének újragondolása - a családtagok gondozási folyamatba való partneri bevonása, képzése, és mentálhigiénés támogatása elsődleges feladattá válik a szolgáltatásfejlesztés terén.

## 5. A házi orvosok szerepe a házi segítségnyújtásban

Az előzőekben láthattuk, hogy a tartós gondozási rendszerek fenntarthatósága szempontjából az egyik leglényegesebb kérdés a költséghatékony működés, és ehhez kötődően a szolgáltatások összehangolása. Az egészségügyi és szociális ellátórendszer jelenlegi szeparáltsága számos nehézséget indukál.

Az integrált gondozási rendszerek megvalósítása a tartós idős ellátásban egyre sürgetőbb, hiszen az egymással szinte nem érintkező szociális és egészségügyi szféra elhatárolódása rengeteg problémát szül. A legfontosabb ezek közül, hogy a beteg gondozásához lényegi információk maradhatnak rejtve az együttműködési nehézségek miatt. Az információs gátak, és együttműködési hiányosságok hatására a szeparált gondozásban elkerülhetetlen bizonyos szolgáltatások duplikációja, ami a felesleges kiadások mellett újra lehetőséget ad a hibák elkövetésére is, hiszen az adminisztráció is kettős. A hiányos információk a kórházból kijövet megnehezítik az egyéni esetkezelést. Mindez felveti nem csak a szociális és egészségügyi rendszer, hanem az idősek életvitelét, életminőségét elősegítő egyéb szolgáltatók összekapcsolásának, közös munkájának lényeges voltát is.

### Házi orvosok és idősellátás egy kérdőíves kutatás tükrében (Tróbert - Széman 2018)

Az online kérdőíves kutatás (2016) célja egyfelől az idősellátásban igen fontos részt vállaló házi orvosok idős betegekkel, azok hozzátartozóival, és az idősgondozást végző szociális szakemberekkel való viszonyának felmérése volt, másfelől információ-gyűjtés az ellátórendszer orvosok által tapasztalt hiányosságairól, az idősellátás javításának lehetőségeiről háziorvosi szemmel. Az eredmények leíró statisztikai és tartalomelemzéssel kerültek kiértékelésre.

Az országosan 5060 címre kiküldött kérdőívet összesen 145-en töltötték ki. A kitöltők számos javaslatot fogalmaztak meg az idősellátás javítására a szociális fejlesztés, családi támogatás, egészségügyi fejlesztés, és társadalmi összefogás kategóriáiban.

A házi orvosok által megnevezett, fejlesztendő területek az idősgondozásban szorosan kapcsolódnak egymáshoz: a szociális ellátás reformja támogatná az egészségügyi ellátórendszert, és fordítva. Az egészségügyi és szociális ellátórendszerek hatékonyabb működése a családok terheit csökkentené, ugyanakkor elősegítené a családok gondozási folyamatban való aktívabb részvételét. A tudatos társadalmi, közösségi edukáció pedig olyan hosszú távú befektetés, melynek hatására erősödhet az időskorhoz való pozitív hozzáállás, az



idősödés folyamatának értékközpontú szemlélete, ami az idősek sikeres társadalmi integrációjának egyik alapfeltétele.

Az otthoni tartós gondozás megvalósításában a házi segítségnyújtást biztosító szociális ellátórendszer mellett kiemelkedő szerepük van a házi orvosoknak. A "2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról" szerint biztosítani kell a hosszú távú személyes kapcsolaton alapuló folyamatos ellátást a beteg nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül, ami szükség esetén magában foglalja a beteg otthonában történő ellátását, házi ápolását<sup>9</sup>. A krónikus betegséggel élő, önellátásra csak részben, vagy egyáltalán nem képes idősek házi orvosi ellátása rendszeres, időigényes, megterhelő feladat. Az egészségmegőrzést előmozdító, aktív idősödést is támogató prevenciós munka egyre égetőbb lenne, jelenlegi feltételei azonban a hazai házi orvosi rendszerben rossznak mondhatóak: az adminisztratív terhek a munkaidő jó részét felemésztik, az orvosoknak prevencióra gyakorlatilag nincs idejük. További, ehhez kapcsolódó nehézség, hogy a fejkvótarendszer létszám maximalizálásához vezet a minőségi munka rovására (Rurik 2009). Az időigényes, nagy odafigyelést kívánó otthoni ellátást tekintve komoly problémát jelenthet a házi orvosok magas fokú megterheltsége is. Egy 2007-es, házi orvosok kiegészét vizsgáló hazai kutatás (N=496) eredményei szerint a vizsgált mintában a magas fokú emocionális kimerülés prevalenciája mintegy 30, a magas fokú deperszonalizáció prevalenciája 40-60, a magas fokú teljesítménycsökkenés pedig közel 100 %-os volt (Ádám et al. 2009). A házi orvosok tehermentesítése, a minőségi munka és a prevenció egyik jól működő mintáját mutatják más országokban a multidiszciplináris praxisok. A két személyes, házi orvos-asszisztensi rendszer alternatívájaként a multidiszciplináris teameket integráló praxisközösségek működtetése hazánkban is kívánatos lenne (Rurik 2009). A szektoron belüli és szektorok közötti együttműködés akkor lehet hatékony, ha különböző szolgáltatások összhangjával komplex ellátást valósít meg (Dózsa-Borbás 2015). A szerteágazó ismereteket, és sokféle szakértelmet megkívánó tartós idősgondozás területén az egészségügyi és szociális ellátórendszereket összekapcsoló integrált gondozás különösen fontos lenne. Jelenleg szinte teljesen szeparáltan működik a két szektor. Bár a 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet előírja, hogy a házi orvosok feladata a szociális ellátórendszerrel, illetve az otthoni szakápolást nyújtó szolgáltatókkal való együttműködés is<sup>10</sup>, a szociális szakemberek, és a beteget gondozó családtagok tapasztalatai

---

<sup>9</sup> 2.§ (2) bd, c

<sup>10</sup> Vö. 2. számú melléklet 10.

szerint ennek megvalósulása gyakran akadályokba ütközik. A magyar részvétellel zajlott MoPAct nemzetközi kutatás<sup>11</sup> szakértői és fókuszcsoportos interjúi alapján a tartós idősgondozás egyik legnagyobb problémája a szolgáltatások integrációjának és koordinációjának hiánya: a szociális és egészségügyi rendszerek közötti kapcsolat- és együttműködés-hiány gyakran okoz "párhuzamos", "dupla" ellátást vagy ellenkezőleg, ellátatlanságot (Schulmann - Leichsenring et al. 2015). A Magyarországon készült interjúk eredményei szerint a házi orvosokkal való kapcsolat és együttműködés hiánya ezen felül a szociális szakemberek munkáját is számos esetben megnehezíti. Egy szintén magyar részvétellel zajlott nemzetközi kutatásban (QuInnE) is kiemelték a házi gondozásban dolgozó szakemberek a szociális és az egészségügyi ellátás kapcsolatának és összehangolásának hiányát, valamint az együttműködés nehézségeit - nem csak a házi orvosok, hanem a szakorvosok vonatkozásában is<sup>12</sup> (Tróbert - Makó - Illésy 2017). Ez az ápolásban részt vevő családtagoknak is problémát jelent, hiszen gyakran közvetítő szerepbe kényszerülnek a két rendszer között (Széman - Tróbert 2015). A MoPAct kutatás keretében hozzátartozókkal készült interjúkban emellett hangsúlyos nehézség az információhiány is: a kórházi ellátást követően a betegek és/vagy családtagjaik gyakran magukra maradnak a problémákkal, és nem kapnak megfelelő tájékoztatást az elérhető szociális szolgáltatásokról sem a házi orvostól, sem a kórházaktól<sup>13</sup> (Tróbert 2016). Az alapellátás megújításának egyik legfontosabb eleme lenne a partneri viszonyt előmozdító szemléletváltás, hogy a beteg ne csupán passzív elfogadója, hanem aktív résztvevője, formálója is legyen az ellátásnak (Dózsa - Borbás 2015). Ez a gondozásra szoruló idősök tekintetében egyben a hozzátartozók aktív bevonását, partnernek tekintését is megkívánná az ápolási-gondozási folyamatban.

Az alapellátás minőségének javítása érdekében a házi orvosi munkát 2009 óta már hazánkban is ún. minőségi indikátorokkal mérik, azonban ezek jó része a házi orvos által

---

<sup>11</sup> A hosszú távú idősellátást megvalósító tartós gondozási rendszerek az EU számos országában megújításra szorulnak. Az aktív idősödés szegmenseit vizsgáló MoPAct projekt (2014-2017) WP8 munkacsoportjának egyik célja ezért az európai tartós gondozással összefüggő szociális innováció lehetőségeinek feltárása volt. Ennek keretében sor került a kutatásban részt vevő országokban elérhető gondozási szolgáltatások vizsgálatára is. - A projektet finanszírozta: European Commission's Seventh Framework Programme FP7-SSH-2012-1/No 320333 <http://mopact.group.shef.ac.uk/>

<sup>12</sup> QuInnE - 'Quality of jobs and Innovation generated Employment outcomes' projekt, No 649497 (2015-2018) - az innovációk és a munka minőségének kapcsolatát vizsgálja több szektorban. A projekt finanszírozója: Horizon 2020 Framework Programme of the European Commission, <http://bryder.nu/>

<sup>13</sup> Az egyik interjúalany például egy rádióműsor kapcsán lett figyelmes arra, hogy édesanyja ápolása miatt anyagi támogatásban részesülhet.

kevésbé befolyásolható mutatókon alapszik, a betegek elégedettségére pedig egyáltalán nem tér ki (Kolozsvári - Rurik 2013). Bár az indikátorrendszer ennek ellenére nagyrészt pozitív fogadtatásra lelt a házi orvosok körében, motiváló hatása nem jelentős, mivel nem társul hozzá kellő mértékű anyagi ösztönzés (Kolozsvári - Rurik 2016). Az idős betegek otthoni gondozását biztosító szociális ellátás szakmai színvonalának mérését tekintve is számos nehézség fogalmazható meg. Bizonyos intézmények, szolgálatok "minőségbiztosítottak", egységes minőségbiztosítási rendszer azonban a szociális szférában nincs. Kialakítását megnehezíti, hogy az ellátásban igen hangsúlyos emberi tényezők nagyon nehezen mérhetőek, valamint, hogy a magasabb minőség biztosítása jelentős pénzügyi forrásokat kívánó szakmai és eszközfejlesztést is igényelne. (Varga 2008) Az idősellátás minőségét tekintve súlyos probléma, hogy bár az idősgondozás az ápolási igények és követelmények növekedésével "medikalizálódik", ezzel párhuzamosan az egészségügyi szolgáltatások elérhetősége nem növekszik, hanem éppen azok redukciója figyelhető meg (Szabó 2013). Mivel a gondozási szükségleteket az ellátórendszerek számos esetben nem tudják lefedni, szükség van bizonyos gondozási feladatok egyéb úton való biztosítására. Az informális, vagyis az egészségügyi és szociális ellátórendszer keretein kívül igénybe vett, nem finanszírozott gondozást főként családtagok biztosítják. Mivel a kutatások szerint a gondozási feladat a családtagok súlyos megterheltségével és egészségkárosodásával járhat, egyre inkább szükségessé válik a gondozók életminőségének mérése, javítása is (Zrubka 2017).

A minőségi idősgondozás megvalósítása számos kérdést vet fel nem pusztán a szociális és egészségügyi ellátórendszerek szakmaisága és együttműködése, hanem a családok és az idősek szempontjából is. A házi orvosokkal készült kérdőíves kutatásunk célja az volt, hogy felmérjük, hogyan élik meg a szociális ellátórendszerrel, valamint a rendszeres gondozásra szoruló idős pácienseikkel és hozzátartozóikkal való viszonyt, milyen tapasztalataik vannak az idősellátással kapcsolatban, és milyen javaslataik vannak az ellátás javítására. A házi orvosokkal mindeddig nem készült felmérés ebben a témában.

## **Módszer**

Az online kérdőívet az Országos Tisztiorvosi Hivatal Alapellátási Főosztályának közreműködésével országosan 5060 házi orvos kapta meg e-mailen, két alkalommal. 2016 augusztusában 924, 2016 októberében pedig 718 olvasás volt regisztrálható. A levelet megnyitók közül mindösszesen 145-en töltötték ki a kérdőívet augusztus 8. és október 10. között.

A kérdőív témakörei: válaszadók neme, kora, a háziiorvosi praxis helye (településtípus); 65 év feletti, önellátásra csak részben, vagy egyáltalán nem képes, rendszeres orvosi konzultációt igénylő páciensek száma; otthonukban rendszeresen látogatott idős betegek száma; a kapcsolat minősége az idős betegekkel, a kapcsolat minősége a hozzátartozókkal, a hozzátartozókkal való kapcsolat hiányának okai, a szociális ellátórendszerrel való kapcsolat; javaslatok az idősellátás javítására.

## **Eredmények**

### **A válaszadók neme, kora**

A 145 kitöltő háziorvos közül 53 férfi (37%), 92 nő (63%). A kitöltők közel kétharmada (64%-a) 45-64 éves. A férfiaknál a legnépesebb korosztály az 55-64 éveseké: ebből való a férfi válaszadók 45%-a, a többi kategóriában ennél jóval kisebb arányban képviseltetik magukat. A nők esetében a leginkább meghatározó korosztály a 45-64 éveseké, a női válaszadók közel 70%-a ebbe tartozik.

### **A kitöltők praxisainak megoszlása**

Valamennyi megye területéről érkeztek vissza kérdőívek, a részvételi arány azonban igen változó. A kérdőívet kitöltők közül a legtöbben Pest megyében praktizálnak: 32 kérdőív érkezett vissza innen - ez a válaszadók 22 százalékát jelenti. A következő legmagasabb részvétel Borsod-Abaúj-Zemplén megyére jellemző, ahonnan 16-an (válaszok 11%-a) töltötték ki kérdőívet. Elmondható, hogy abban a két megyében volt a legmagasabb a részvételi arány, ahol a praxisok száma a legnagyobb, de a részvétel ezen túl nem mutat összefüggést a megyékre jellemző praxisok számával.

A kitöltők közel kétharmada városban praktizáló orvos (64%), és több, mint egyharmaduk (34%) dolgozik faluban. Négyen jelöltek meg két településtípust: a tanyavilágon dolgozó kitöltők közül kettő faluban is ellát szolgáltatást. Egy kitöltő városban és faluban is dolgozik, egy pedig megyeszékhelyet és külön várost is megjelölt.

### **Rendszeres orvosi konzultációt igénylő, önellátásra csak részben, vagy egyáltalán nem képes, 65 év feletti páciensek száma**

A válaszok alapján elmondható, hogy a mintában mindenféle páciensszám előfordul. Mivel az idősek ellátása nagy figyelmet, türelmet igénylő, gyakran megterhelő feladat, fontos kiemelni, hogy az összes válaszadó 28 százaléka esetében a rendszeres orvosi konzultációt

igénylő, önellátásra csak részben, vagy egyáltalán nem képes, 65 év feletti páciensek száma több, mint 50. (3. táblázat) 51-100 közötti beteget a legtöbben a fővárosban látják el: ez a budapesti kitöltők 31,6 százalékára jellemző, de a falvakban praktizálóknak is több, mint egyötöde ebbe a kategóriába tartozik. A városokban praktizáló válaszadók több, mint 10%-a rendelkezik 100-nál is több, önellátásra csak részben, vagy egyáltalán nem képes, rendszeres konzultációt igénylő 65 év feletti pácienssel. Kiemelhetjük Budapest helyzetét, ahol összességében a válaszadók 42%-a dolgozik több, mint 50 idős beteggel, de a megyeszékhelyeken, a városokban és a falvakban is magas, 21% feletti ez az arány. A jelentős különbség oka feltételezhetően a fővárosi praxisok magasabb lélekszáma.

### **Otthonukban rendszeresen látogatott 65 év feletti páciensek száma**

A mintában szereplők 68%-a nem több, mint 20, viszont 11%-a több, mint 40 idős beteghez jár rendszeresen. A válaszadók 5,5%-a esetében ez több, mint 50 beteget jelent, ami különösen nagy megterheltségre utal. Településtípus szerinti bontásban kiemelkedő, hogy a fővárosi válaszadóknak több mint egynegyede (26%) látogat rendszeresen több, mint 40 idős beteget, és ugyanennyien számoltak be 31-40 közötti beteg rendszeres látogatásáról. A többi településtípuson praktizálók döntő többsége 20, vagy annál kevesebb idős beteget látogat rendszeresen.

### **A házi orvosok idős páciensekkel, és hozzátartozóikkal való kapcsolatának minősége**

A kérdésre válaszolók 74 százaléka (142-ből 105 fő) jónak, 22 százaléka (32 fő) inkább jónak, míg 3,4 százaléka (5 fő) közepesnek mondja az idős páciensekkel való viszonyát.<sup>14</sup> Valamennyi praxisban előfordul, hogy a házi orvosok rendszeres kapcsolatba kerülnek a hozzátartozókkal. A velük való viszonyt a válaszadók túlnyomó többsége, 85 százalékuk (123 fő) jónak, 15 százalékuk (22 fő) pedig inkább jónak jellemzi.

### **A hozzátartozókkal való kapcsolat hiányának okai a házi orvosok szerint**

Amikor nem alakul ki rendszeres kapcsolat az idősek hozzátartozóival, a mintában szereplők ennek messze leggyakoribb okaként a *családtagok érdeklődésének hiányát* tartják - 77 % (111 fő) jelölte meg ezt a választ. Figyelemre méltó, hogy a kérdőív kitöltőinek 11 százaléka (16 fő) úgy véli, hogy *csak sürgős, vagy súlyos esetben kell tájékoztatnia* az idősek

<sup>14</sup> A válaszok nem mutatnak szignifikáns összefüggést a válaszadók nemével ( $\lambda=0,034$ ;  $p=0,177$ ).

családtagjait.<sup>15</sup> A válaszadók igen kis hányada jelölte meg a kapcsolat akadályaként a család részéről tapasztalt *bizalmatlanságot* (6 fő), a hozzátartozókkal való kapcsolattartás *érzelmileg megterhelő* voltát (4 fő), a velük megélt *korábbi konfliktusokat* (2 fő), illetve a hozzátartozókkal való *közelebbi kapcsolat bármilyen okból történő kerülését* (2 fő). A házi orvosokra háruló munkateher ellenére nagyon kevés válaszadó (mindössze 4 fő) hivatkozott *időhiányra*.

Az "egyéb okok"<sup>16</sup> mezőben a legtöbben (5 válaszadó) a *távolságot* említették: előfordul, hogy már akkor is nehéz kapcsolatot teremteni a hozzátartozóval, amikor az külön háztartásban lakik. Még nehezebb a találkozás, ha a hozzátartozó távol - esetleg külföldön - él. A *probléma-mentesség* (4 válaszadó) is oka lehet a kapcsolat hiányának. Stabil állapotú betegnél, vagy azoknál a pácienseknél, akik támogató családdal rendelkeznek, a házi orvos kevésbé érzi szükségét a hozzátartozókkal való kapcsolattartásnak. A *családtagok megterheltsége* (3 válaszadó) fontos indok: mivel a hozzátartozók általában dolgoznak, nehezen szakítanak időt a találkozásra. Súlyosabb ok, amikor a család tehernek érzi az idős beteget, "nyúgnak tekintik, szabadulnának tőle", "nem érdekli őket az idős rokon". Előfordul az is, hogy a *páciensnek nincs hozzátartozója* (3 válaszadó szerint). A szociális ellátásban részesülők esetében megtörténik, hogy a *kapcsolatot csak a szociális szakemberekkel tartják* (3 válaszadó). Olyan esetről is beszámoltak (2 válaszadó), hogy *maga a beteg nem igényli*, hogy a házi orvos kapcsolatba lépjen a hozzátartozóival.

### **Kapcsolat a szociális ellátórendszerrel**

A mintában 2 fő kivételével valamennyi házi orvos (145-ből 143 fő, vagyis 99%) kapcsolatban van a szociális ellátórendszerrel. Ez nem jelent aktív kapcsolatot minden olyan páciens esetében, amikor a gondozott idős beteg szociális gondozást (házi segítségnyújtást) is

---

<sup>15</sup> A kategóriát a férfiak és a nők közül majdnem azonos arányban jelölték: 6 férfi (a férfi válaszadók 11,3%-a), és 10 nő (a női válaszadók 10,8%-a).

<sup>16</sup> A *kapcsolat hiányának egyéb okai* mezőben öt válaszadó külön kiemelte, hogy van kapcsolata a hozzátartozókkal, egy közülük úgy nyilatkozott, hogy "*Mindenkivel van rendszeres kapcsolatom*", egy másik, hogy "*Falun a családok több generációjával van kapcsolatom*".

kap, azonban az orvosok 86%-a vagy *az esetek többségében*, vagy *minden esetben* kapcsolatot tart a szociális szakemberekkel.<sup>17</sup>

A mintára vonatkozóan, településtípus tekintetében elmondható, hogy a falvakban, és városokban dolgozó orvosok körében sokkal gyakrabban fordul elő a "minden esetben" válasz, mint a megyeszékhelyen és a fővárosban: míg a falvakban dolgozók 59%-a (30 fő), és a városokban dolgozóknak 51%-a (22 fő), a fővárosiaknak csak 26%-a (5 fő), a megyeszékhelyeken dolgozóknak pedig csupán 18%-a (6 fő) állítja, hogy amikor az idős páciens házi segítségnyújtásban is részesül, akkor minden esetben kapcsolatban van a szociális szakemberekkel is. A megyeszékhelyeken és a fővárosban az "esetek többségében" válasz gyakoribb: a megyeszékhelyeken dolgozók 64% (21 fő), a fővárosban dolgozók 47%-a (9 fő) jelölte meg ezt. A városokban, és a falvakban ez az érték alacsonyabb, és csak kis különbséget mutat a két településtípus között (35 % - 15 fő, illetve 33% - 17 fő).

A kérdőívet kitöltők 97 %-ának (141 fő) van konkrét tapasztalata arról, hogy a szociális szakemberek segítették háziorvosi munkáját.

Egy kivétellel valamennyi válaszadó (145-ből 144 fő) úgy nyilatkozott, hogy a szociális ellátórendszer működéséről tájékoztatást tud nyújtani a betegeknek, illetve hozzátartozóiknak.

### **Javaslatok az idősellátás javítására**

Arra a kérdésre, hogy milyen javaslatai lennének az idősellátás javítására, összesen 94 fő (a kitöltők 65%-a) válaszolt. A leírt javaslatok négy fő kategóriába rendezhetőek:

**1) A válaszokból kiderül, hogy a szociális ellátás fejlesztése égetően fontos** - erre összesen 105 javaslat érkezett (a javaslatok 71%-a tartozik ebbe a csoportba).

A válaszok szerint a fejlesztés legfontosabb szegmense az *ellátás kiterjesztése*, ami jelenti a szociális ellátás, rendszer általános fejlesztését, a szervezeti egységek javítását, ezen belül pedig főként a szolgáltatások/ gondozói feladatok bővítését: több gondozási forma és

---

<sup>17</sup> Az egyes válaszok gyakorisága nem mutat szignifikáns összefüggést a válaszadók nemével ( $\lambda=0,066$ ;  $p=0,231$ ).

lehetőség megvalósítását, különösen magányos betegeknél.<sup>18</sup> A szolgáltatások kiterjesztéséhez tartozna az otthoni hospice szolgáltatás elérhetővé tétele, de megjelent egy jelenleg teljesen hiányzó ellátási forma, a 24 órás otthoni ellátás biztosításának igénye is. A szolgáltatásbővítéshez szorosan kapcsolódik a kapacitásnövelés igénye - például a gondozási óraszám növelésével, vagy a szociális gondozói hálózat bővítésével, szociális otthon létesítésével a kistélepüléseken is.

A *professzionális, minőségi szakmai munka* csoportjába tartozó ajánlások szerint nem pusztán több szociális szakember alkalmazása lenne szükséges, hanem szakképzett gondozók, több egészségügyi képzettségű gondozó, fizioterapeuta, gyógytornász is kellene. Lényeges lenne, hogy a szociális ellátásban eddig egyáltalán nem biztosított mentálhigiénés szakember, vagy pszichológus, valamint dietetikus is elérhető legyen a rendszerben, ami teret adna az interdiszciplinaritás, és minőségi team munka megvalósításának. A minőségi egyéni szakmai munka tekintetében fontos kérdés a személyes alkalmasság: ennek egyik alapfeltétele kellene, hogy legyen a válaszadók szerint az erkölcsi megfelelés és titoktartás megkövetelése a gondozóktól, hiszen az idősek személyes segítése bizalmi állás, a gondozók bizalmas adatokhoz jutnak az idősekkel kapcsolatban. A személyes alkalmasság megítéléséhez fontos lenne a házi orvos véleményének figyelembe vétele is. A szakmaiság biztosításának lényeges eleme továbbá, hogy az idős beteget ellátó gondozó személye ne változzon, hiszen az idősek számára a személyes, bizalmi kapcsolat kiépítéséhez fontos a stabilitás.

Szintén nagy súllyal szerepel a rendszer fejlesztését érintő javaslatok között *a gondozói státuszok számának növelése, a humán erőforrás-bővítés igénye*.

A *rendszer finanszírozásának* témakörében a több állami támogatás, a szociális rendszer jobb finanszírozása mellett fontos meglátás a dolgozók megfelelő, méltó bérezésének biztosítása, valamint a finanszírozott ellátás elérhetővé tétele, ezzel együtt az ellátási díj csökkentése.

A javaslatok között megjelent a rendszer fejlesztéséhez kapcsolódó igen fontos alapfeltétel, az *információáramlás, és együttműködés előmozdítása*. Ennek egyik pillére lehetne a házi orvosi-kórházi-szociális ellátórendszer közötti informatikai összeköttetés - hogy látható, és könnyebben követhető legyen, ki, mikor, milyen ápolási-gondozási feladatot végzett az idős ember körül. Lényeges lenne a házi orvos erőteljesebb bevonása a gondozottal kapcsolatos

---

<sup>18</sup> Az egyik javaslat szerint fontos lenne például programok szervezése (foglalkoztatás), és az idősek oda szállításának megoldása.



döntésekbe, valamint szorosabb kapcsolat megvalósítása a gondozók és az önkormányzat között.

Az ellátás fejlesztésének egyik fontos eleme a *folyamatoság* - a *további, jövőbeni fejlesztések betervezése, vagyis a szükségletekhez igazodó ellátás* biztosítása. Ennek érdekében a válaszadók szerint több visszajelzésre lenne szükség a hatékonyságról, szükségletekről.

**2) Igényként jelentkezett a családtagok szerepének tisztázása/erősítése a gondozási folyamatban, és támogatásuk biztosítása - 27 javaslattal (az összes javaslat 18%-a).**

Ennek egyik legfontosabb feltétele a javaslatok alapján a *megfelelő informálás*: a családtagok felkészítése, képzése az idősgondozással, szociális ellátórendszerrel kapcsolatosan - azonban nem csak a családtagok, hanem az idősek tájékoztatása is fontos lenne.

A válaszokból kitűnik, hogy *a családok gondozási folyamatba való integrálása* nélkülözhetetlen a fenntartható gondozásban: elvárásként fogalmazódott meg a kérdőívre válaszolók részéről, hogy a családtagok vállaljanak többet az ellátásból. Ez viszont feltételezi a családtagok önállóságra nevelését (például ne mindent a rendszertől várjanak), de egyúttal aktív részvételük támogatását is. Az egyik válaszadó szerint a családtagok nem, vagy csak ritkán figyelnek idős, esendő hozzátartozóikra. Ezért fontos lenne felelősségük növelése - például a hozzátartozó tartásáról született kormányrendeletet szigorúbb betartása. Egy másik házi orvos úgy nyilatkozott, hogy "kötelezővé kellene tenni a szülőkről való gondoskodást". Ugyanakkor fontos kérdés a családok terhelhetősége, hiszen általában dolgoznak, saját családdal rendelkeznek, és gyakran más településen élnek - tehát időbeli, anyagi, és térbeli lehetőségeik is korlátozottak a gondozási folyamatban. Ez főként vidéken, kis településeken jelent problémát, ahol sok a magányos idős, ráadásul a település mérete miatt esetleg nem elérhető a napközi ellátás - ilyen esetben a szomszédok szerepe, támogatása különösen fontos.

A válaszok alapján megfogalmazhatjuk, hogy a hozzátartozók aktivitás-növelési igényével párhuzamosan lényeges lenne *a beteget ápoló hozzátartozók megfelelő anyagi támogatása*, ami magába foglalja a nagyobb anyagi segítség biztosítását a gondozásban - például az ápolási díj összegének növelését, illetve biztosítását akkor is, ha a gondozott nem fogyatékkal élő személy -, valamint az ápolási idő nyugdíjba való beszámítását. Fontos probléma, hogy 24 órás felügyeletet jelentős anyagi ráfordítás nélkül jelenleg csak a család tudna biztosítani, ez viszont számos esetben nem kivitelezhető.

A házi orvosok szerint a családok támogatásának alapeleme a *tehermentesítés megoldása*: egyrészt idős beteget rendszeresen, átmenetileg fogadó intézmények fejlesztésével, másrészt a családtagok mentálhigiénés, pszichés támogatásának biztosításával. A lelki támogatás elősegítené a családtagok idős emberrel való pozitívabb viszonyát, ami az egész gondozási folyamatra kedvezően hatna.

Végül, de nem utolsósorban a család gondozási szerepével kapcsolatos javaslatok szerint *a családok aktív részvétele elősegítésének feltétele a szakemberekkel, háziorvossal való kapcsolatuk erősítése, minőségének javítása*.

**3) A szociális ellátás fejlesztésének igényével párhuzamosan a javaslatokban megjelent a minőségi, folyamatosan elérhető egészségügyi ellátás biztosításának igénye a tartós gondozás rendszerében.** A válaszadók erre vonatkozóan 14 javaslatot írtak, ami az összes javaslat 9,5%-át jelenti.

A legfontosabb téma-csoport ezen a területen az *otthoni ápolás előtérbe helyezése* a folyamatosság biztosításával, hiszen az otthonápolás jelenleg limitált. Az egyik válaszadó szerint "jobb életminőséget lehetne elérni, ha nem lenne ez a korlát és lenne megfelelő munkaerő". Ehhez fontos lenne egyrészt az *elérhetőség* megkönnyítése, másrészt a gyakoribb és hosszabb ideig való ellátás biztosítása otthon. A házi orvos munkáját és a beteg otthoni ellátását elősegítené a *segédeszközök* könnyebb biztosítása is - jó lenne, ha nem kellene ehhez kórházi szakorvoshoz vinni a beteget, és a gyógyászati segédeszközöket a házi orvos is felírhatná. Az otthoni ápolás biztosításának feltétele lenne a *megfelelő számú egészségügyi dolgozó* alkalmazása is: több ápolónő, illetve több háziorvosi asszisztens finanszírozása.<sup>19</sup>

*Az ellátások elérhetőségének, az esélyegyenlőség biztosításához szükség lenne betegszállító járműre, illetve a betegszállítás OEP finanszírozására, valamint a gyógyszerek biztosítására* akkor is, ha az idősnek/családnak nincsen rá pénze.

Az otthoni ellátás preferenciájával párhuzamosan fontos az *intézményi háttér megteremtése is*: az idős krónikus betegeket ellátó intézmények fejlesztése.

#### 4) Társadalmi és közösségi összefogás

---

<sup>19</sup> Az egyik válaszadó praxisában jelenleg 2600 betegre két nővér jut.

Egy válaszadó kiemelte a társadalmi részvétel lényeges voltát a szociális háló hiányosságainak pótlásában, amihez meglátása szerint szükség lenne "a társadalom edukálására már kisgyermek kortól" .

### **Megbeszélés és következtetések**

A minta nem tekinthető reprezentatívnak, az eredmények összesítése nyomán született megállapítások az adott mintára érvényesek. Az eredmények<sup>20</sup> értelmezésénél figyelembe kell vennünk, hogy valószínűleg olyan házi orvosok nyitották meg a levelet és töltötték ki a kérdőívet, akik érdeklődnek az idősellátás témája iránt, és/vagy fogékonyak az ellátással kapcsolatos problémákra - így feltételezhetően pozitív hozzáállással rendelkeznek az idősök, családtagjaik, és a szociális ellátórendszer irányába is.

A kérdőívet kitöltő házi orvosok túlnyomó többsége jónak mondja a viszonyát mind az idős páciensekkel, mind pedig azok hozzátartozóival. A szociális ellátórendszerrel csaknem valamennyi válaszadó kapcsolatban áll, és szinte mindnyájan tapasztalták már, hogy a szociális szakemberek segítik a házi orvosi munkát. Az idősök ellátása terén az orvosok terheltsége a nagyobb lélekszámú praxisokban, főként a fővárosban erősebb, de az ellátandó idősök száma az egész mintában is magasnak mondható. A válaszadók idősellátás javításával kapcsolatos meglátásainak legnagyobb része a szociális ellátórendszer fejlesztésére vonatkozik. Ezt követően a legnagyobb csoportot a családtagok szerepével kapcsolatos tapasztalatok, igények képezik, de szintén kiemelkedő területnek mutatkozik a házi egészségügyi ellátás erősítésének szükségessége a tartós gondozás rendszerében. Bár csupán egy javaslatban jelent meg a társadalmi és közösségi összefogás jelentősége az idősellátás vonatkozásában, ez a szempont igen lényegesnek mondható, hiszen az erősebb szociális és kapcsolati háló azt a támogató, integráló szemléletet formálná, ami a betegség miatt sérülékennyé vált idősök és hozzátartozóik csoportjának marginalizációja ellen megtartó erőt jelenthet.

A házi orvosok által megnevezett, fejlesztendő területek az idősgondozásban szorosan kapcsolódnak egymáshoz: a szociális ellátás reformja támogatná az egészségügyi ellátórendszert, és fordítva. Az egészségügyi és szociális ellátórendszerek hatékonyabb működése a családok terheit csökkentené, ugyanakkor elősegítené a családok gondozási folyamatban való aktívabb részvételét. A tudatos társadalmi, közösségi edukáció pedig olyan

---

<sup>20</sup> Az eredmények elemzése az SPSS PASW Statistics 18 verziójának használatával történt.

hosszú távú befektetés, melynek hatására erősödhet az időskorhoz való pozitív hozzáállás, az idősödés folyamatának értékkezpontú szemlélete, ami az idősek sikeres társadalmi integrációjának egyik alapfeltétele.

## 6. A szociális innováció jelentősége

Láttuk, hogy a társadalmak előregedése számos kihívást támaszt, közülük egyik legjelentősebb az idősök tartós gondozása. Az EU időspolitikájában jelentős szerepet kap a minőségi szolgáltatás, a megfizethetőség és a fenntarthatóság, amit azonban egyre nehezebb biztosítani (TG 2008, 4.). Míg 2013-ban négy munkavállalóra jutott egy 65 évesnél idősebb személy, ez az arány 2020-ra megfeleződik (SzB 2013, 4.) Az OECD szerint a tartós gondozás magába foglalja mindazon szolgáltatások széles körét, amelyek az önellátásra egyedül már képtelen személyek mindennapi élettevékenységét támogatják: rehabilitáció, orvosi ellátás, házi gondozás, szociális ellátás, lakhatás, stb. (TG 2008, 3.). A tartós gondozás színtere lehet intézmény, kórház, a gondozott otthona, vagy egyéb, a segítségnyújtás feltételeit biztosító alternatív lakhely is. A gondozás folyamatos biztosítása, a fenntarthatóság két alappillére az egyes gondozószolgálatok munkájának összehangolása, valamint a gondozási formák közötti átmenet biztosítása (TG 2008, 12). Az Európai Bizottság kiemeli a szociálpolitikában felhasználható nem állami források növekvő szerepét, ami azt is jelenti, hogy több figyelmet kell szentelni az egyének, családok, nonprofit szervezetek támogatására (SzB 2013, 6.) Mivel az állami finanszírozású szociális védelem a tartós gondozásban nehezen biztosítható, előtérbe kerül az önállóság megőrzésének programja. Ez a hagyományos működési sémák átformálását, és szemléletváltást követel: megnő a prevenció és a rehabilitáció szerepe, a technológiai lehetőségek kiaknázásának jelentősége az ápolásban, elengedhetlenné válik az egészségügyi és szociális szféra összehangolása, az informális gondozók támogatása (SzV 2014, 4.).

A szociális innováció szükségességét mutatja, hogy új utakat kell találnunk olyan társadalmi problémák kezeléséhez, amelyek megoldásához a korábbi struktúrák elégtelenek. (Murray – Caulier Grice – Mulgan 2010). A szociális innováció fogalma különbözik a technikai vagy piaci innovációétól, következésképp más a struktúrája, modelljei, mérései, és mások a módszerei is (Murray – Caulier Grice – Mulgan 2010).

Az Európai Unió szociális innovációnak nevezi azokat az új „ötletek (new ideas)”, amelyek kielégítik a szociális szükségleteket és új szociális kapcsolatokat, együttműködést eredményeznek (European Commission 2011).

**Innováció és a munka minőség - a rossz munka minőség, mint innovációs akadály a házi segítségnyújtás rendszerében - egy esettanulmány tapasztalatai**

Az esettanulmány a korábban már említett QuInnE kutatás keretében valósult meg, célja az innováció, a munkakörülmények minősége és a foglalkoztatás bővítése/ szűkítése közötti kapcsolatok feltárása volt egy idősellátást biztosító szociális intézményben.

A gondozónők megterheltsége számos kérdést vet fel a házi segítségnyújtás munkakörülményeivel és a foglalkoztatással kapcsolatban, valamint mutatja a terület fejlesztésének szükségességét.

Az esettanulmányhoz egy városi Egyesített Szociális Intézményében, a házi segítségnyújtásban alkalmazott 5 fővel fókuszcsoporthoz, az intézmény vezetőjével pedig két vezetői interjú készült.

A házi segítségnyújtás magába foglalja az otthonában gondozásra szoruló idős szociális segítséget és személyi gondozását<sup>21</sup>. A *szociális segítség* keretében a gondozók közreműködnek a lakókörnyezeti higiénia megtartásában, a háztartási tevékenységben, a veszélyhelyzetek kialakulásának megelőzésében, segítséget nyújtanak a kialakult veszélyhelyzet elhárításában, valamint szükség esetén segítenek a bentlakásos szociális intézménybe történő beköltözésnél. A *személyi gondozás* keretében biztosítják az ellátást igénybe vevő részére a segítő kapcsolat kialakítását és fenntartását, a gondozási és ápolási feladatok elvégzését, valamint a fent említett, szociális segítség keretében elvégzendő feladatokat. A két gondozási forma követelményei képzettség tekintetében jelentősen különböznek: a szociális segítség tevékenységeinek végzéséhez alacsonyabb képzettség is elegendő.

A házi segítségnyújtás iránti kérelmet orvosi igazolással együtt kell benyújtani.<sup>22</sup> A kérelem pozitív elbírálása esetén megállapítják az igénylő napi gondozási szükségletét. A gondozási szükséglet vizsgálatot a háziorvos és az intézményvezető végzi<sup>23</sup>. Házi

---

<sup>21</sup> 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről., 25.§, és 5.sz. melléklet

[https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=a0000001.scm](https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=a0000001.scm)

<sup>22</sup> 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet, 3.§ (2) [https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=99900009.SCM](https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99900009.SCM)

<sup>23</sup> 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól.

[https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=a0700036.smm](https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=a0700036.smm)

segítségnyújtás keretében az igénylő egészségi állapotától függően a törvény szerint 2016. december 31-ig maximum napi 4 óra gondozás volt biztosítható. 2017 január 1-től a gondozási szükségletfelmérésben óraszámokat már nem határoznak meg. Az ellátás térítésköteles. A fizetendő térítési díj óradíj, melyet az Önkormányzat határoz meg az igénylő nyugdíja alapján.

### **Az ellátottak köre és az ellátási szükségletfelmérés kettőssége**

**A gondozási szükséglet felméréssel kapcsolatosan a szükségletfelmérő adatlap nem minden esetben alkalmas a gondozás igénybevehetőségének megállapítására.** Az adatlap egyik részét a háziorvos, másik részét az intézmény tölti ki. A háziorvosok, akik csak meghatározott időben látják a beteget, nem mindig ismerik úgy a jelentkezőt, hogy reálisan meg tudják ítélni a tényleges igényeket. Fontos lenne ezért figyelembe venni, hogy az aktuális állapot és a valós képesség nem minden beteg esetében jár együtt. Az intézetvezető szerint a probléma forrása az, hogy az igényfelmérés "kettős": a gondozási szükségletet felmérő adatlap kitöltését az intézményvezető és a háziorvos nem együtt végzik, hanem külön-külön, és hiányzik közöttük a dialógus.

A dialógus gyakran hiányzik az egészségügyi dolgozók és a gondozónők között is. A 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet 25.§ (4) pontja kimondja: "A házigondozó a házi segítségnyújtás során együttműködik az egészségügyi és szociális alap- és szakellátást nyújtó intézményekkel." Az interjúban részt vevők szerint azonban ez az együttműködés egyoldalú. A gondozónők rendszeresen felkeresik a háziorvost és a szakorvosokat, hiszen a receptek, vagy különböző javaslatok felírása a tevékenységi körükhöz tartozik. Rá vannak utalva az orvosok, asszisztensek segítségére, akik viszont nem tekintik partnernek őket.

Előfordul, hogy fogadni sem hajlandóak a gondozónőket:

*"- ...van olyan orvos, aki be se enged.*

*(...)*

*- Van, hogy (X orvossal) próbáltam megértetni, miért fontos, hogy most menjek be. És nem. Csőllátása van.*

*- És itt is a stressz. Nem elég, hogy ebédeltetési időben az ember rohan, és akkor még nem is fogad (az orvos). És sokszor még rendelési időn kívül is ott ücsörgünk, hogy valamit tudjunk intézni."*

Az együttműködés hiányának egyik oka lehet a gondozónők szerint, hogy az orvosok egy része nincs tisztában az ő munkakörükkel:

*"- A házi orvosok még hagyján, azokhoz gyakrabban megyünk, nagyjából már tudják, hogy kik vagyunk. De a szakorvosok... Ezt is mi már mondtuk, hogy legalább egy körlevelet írjanak nekik, vagy valami.*

*- Lehet, hogy ott kezdődött a dolog, hogy mi az, hogy gondozónő, ezt az országban nem tudják. Fogalmuk sincs, hogy kik vagyunk, mik vagyunk."*

Pedig az együttműködés nagyon fontos lenne, hiszen ahogy az egyik interjúalany megfogalmazta: "(Az orvosok) Évtizedekig nem látják az idős embert, és nekünk van napi kapcsolatunk vele."

### **A finanszírozás sokrétűsége: megszorítások és bizonytalanság**

Az Egyesített Szociális Intézmény fenntartója a Városi Önkormányzat. Az Intézmény által nyújtott szolgáltatások finanszírozását javarészt az állam, a szolgáltatásokat igénybe vevők, és az önkormányzat biztosítja, majdnem azonos arányban.

*A gondozottak által fizetendő térítési díj valamennyi szolgáltatás esetében nyugdíj-függő, így a házi segítségnyújtás óradíját tekintve is sávós rendszer van érvényben. Az óradíjat minden évben újra számolják az önkormányzati költségvetés és a pénzügyi adatok alapján. A térítési díj nem csak az országos, törvényi norma alapján kerül tehát meghatározásra, hanem attól is függ, hogy a fenntartó milyen forrásokkal rendelkezik, mennyit tud költségvetéséből a szociális szolgáltatások támogatására fordítani.<sup>24</sup> Ez évről évre jelentős bizonytalanságot eredményez a gazdasági tervezés terén.*

---

<sup>24</sup> Vö. 3. ábra



**A házi gondozók munkával kapcsolatos beállítottságai: segítő hivatás, önállóság - magas megterheltség és alacsony fizetés**

A munkával, munkakörrel kapcsolatos kérdőív összesített válaszait a *Függelék 2. táblázata* tartalmazza. A gondozók szinte kivétel nélkül a rugalmas foglalkoztatást értékeli legpozitívabban, majd ezt követi a tapasztalatszerzés, és a stabil foglalkoztatás. Említésre méltó azok száma is, akik lépegető kő (stepping-stone) jellegűnek tartják a munkájukat: esélyt teremt a magasabb presztízsű, jobban fizetett munkakörbe kerüléshez. A munkával és a munkahellyel kapcsolatosan a dolgozók egyaránt előnyként fogalmazták meg a rugalmasság mellett a változatosságot, a kihívásokat, valamint a segítői hivatás motivációját. A munkánál kiemelték a rutin pozitívumát: megfelelő gyakorlattal olyan készségekre tehetnek szert, amelyek magabiztosságot adnak a munkavégzéskor.

A munkával járó hátrányok leghangsúlyosabb pontja a naponta megteendő távolság és az időjárás viszontagságainak való kiszolgáltatottság - ez utóbbi a munkahellyel kapcsolatban is felmerült. Emellett jelentős hátrány-tényezőként jelölték, hogy a gondozói munka olyan segítő kapcsolat kiépítését kívánja meg, amelyben számos pszichésen megterhelő helyzettel találkozhatnak. Mind a munkánál, mind a munkahelynél erős pozitívumként jelzett segítő hivatás, és hozzá tartozó kapcsolati dimenziók tehát egyúttal nehézséget is rejtenek.

Viszonylag kedvezőtlen a gondozók véleménye a "teljesítményelv" érvényesüléséről: a munkavégzés minősége és a vezetői elégedettség nem generálja automatikusan a jobb munkakört, vagy magasabb fizetést. A dolgozók túlnyomó része nyugdíjas kor elérése után már nem lát perspektívát ebben a munkában.

A munkahellyel kapcsolatosan hátrányként az alacsony bérezés, a rossz munkakörülmények, a felesleges adminisztráció, és a törvényi változások gyakorisága, életidegensége tűnik ki. A problémamegoldás pozitívumával szemben feltűnik annak kihívása is: a gondozók számtalan váratlan helyzettel szembesülnek, állandó készenléti állapotban vannak, ami jelentős stresszforrást jelent számukra. A gondozói feladat jó csapatmunkát kíván, melynek pozitívuma mellett megjelenik annak munkahelyi konfliktusokban manifesztálódó kihívása is.

	<b>Előnyök</b>	<b>Hátrányok</b>
<b>Munka</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rugalmasság</li> <li>- Segítői hivatás szépsége</li> <li>- Változatosság</li> <li>- Magabiztosan végezhető</li> <li>- Jó probléma-megoldási képességet kíván</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nagy távolságok - közlekedés nincs biztosítva</li> <li>- Lelkileg megterhelő helyzetek (pl. "el kell hordozni a leépülési folyamatot")</li> <li>- Időjárásnak való kiszolgáltatottság</li> <li>- "Nehéz" hozzátartozók</li> </ul>
<b>Munkahely</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Változatosság</li> <li>- Kihívások</li> <li>- Idősekkel való kapcsolat folyamata</li> <li>- Jó kollektíva</li> <li>- Könnyen megközelíthető otthonról</li> <li>- Vezetővel való jó kapcsolat</li> <li>- Közös problémamegoldás, jó team munka</li> <li>- Segítségnyújtás a családnak is - pl. az idősek jobb megértésében</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anyagi megbecsültség hiánya</li> <li>- Időjárási viszontagságok</li> <li>- Váratlan helyzetek - készenlét, stressz</li> <li>- Adminisztráció mennyisége - értelmetlen, nehéz az időssel is megértetni</li> <li>- Változások (törvényi rendeletek): "nem szólhatunk bele, pedig a gyakorlat nálunk van"</li> <li>- Munkahelyi konfliktusok</li> <li>- Rossz munkakörülmények</li> </ul>

*A munka és a munkahely előnyei-nehézségei a dolgozók szubjektív megélése szerint (Forrás: Fókuszcsoport, kérdőív)*

**A munkaválasztás motivációi** közül kitűnik a személyiségben gyökerező segítői attitűd - a segítők hivatás tudatos választása, a munkavégzésben megtapasztalható szabadság és rugalmasság.

"...mindig is kerestem a lehetőséget, hogy olyan helyen tudjak dolgozni, ahol lehet segíteni."  
(K., 41 éves)

"A férjem beteg volt, otthon voltam vele, és nekem mindenképpen olyan munkahely kellett, ami közel van, és itt van, és egy kicsit szabadabb." (K., 58 éves)

" Először az otthonba szerettem volna menni, de nem bántam meg, hogy ide sikeredett. Azért ez másabb, jobban változik." (F., 55 éves)

A dolgozók munkával kapcsolatos jelenlegi érzései többnyire vegyesek, a realitáson alapuló helyzetet tükrözik. Fontos elemként jelenik meg a nehézségek tudatos felvállalásának, és a munka szeretetének értéke.

### **Szervezeti struktúra, foglalkoztatás, és az emberi erőforrások praxisa<sup>25</sup> : romló munkakörülmények**

A *munkaerő minőségét* kedvezőtlenül érinti, hogy egyre kevesebben vállalják fel ezt a megterhelő, és igen rosszul fizetett munkát. *Előmeneteli lehetőség* általában nincs. A tudásfejlesztést szolgáló *továbbképzéseket* az intézmény nem tudja finanszírozni. Szabadidőt biztosítanak rá, de a munkavállalók alacsony fizetésükből nem képesek a továbbképzést finanszírozni. Az iskolarendszerű képzésben való dolgozói részvételt egyáltalán nem tudják támogatni. Az intézményvezető minimális *motiválási* eszközzel rendelkezik: az emberi hozzáálláson, partneri, támogató magatartáson túl mással nem igen tudja ösztönözni a dolgozókat.

A *tehermentesítésre* nagyon kevés a lehetőség. *Intézményen kívüli erőforrások*: egyrészt, az önkormányzat időszakosan közfoglalkoztatottakat tud biztosítani a gondozói munka segítésére. Ez a gyakorlat azonban jelentős energia-befektetést igényel az intézmény részéről, és számos kérdéses hatással jár, ezekkel az esettanulmány innovációkról szóló részében foglalkozunk. Hasonló a helyzet a középiskolások érettségi előtti gyakorlatával. Hatékonyabb segítség, ha szociális gondozónak tanuló hallgatók jönnek gyakorlatra az intézménybe. A későbbi munkaerő utánpótlásra is pozitív hatással lehet: a gyakornokok belülről megismerve

---

<sup>25</sup> Forrás: Vezetői interjú

az intézményt és vonzó munkatársi légkörét, szívesebben jelentkeznek ide később. Továbbá a munkatársak és az intézményvezető is megismerhetik azokat a jelölteket, akikből "jó" munkatárs válhatna. A gyakorlaton részt vevő szociális hallgatók fogadását az intézményvezető minden esetben előkészíti bevonva munkatársait, majd a későbbiekben folyamatosan konzultál velük.

Szembetűnő, hogy a szociális szférára jellemző csökkenő anyagi források, és ennek következtében a létszám és működési költség-minimumra törekvés miatt az **emberi erőforrás stratégia** a munkahelyi társadalmi viszonyok alakítására koncentrálnak.

*Az intézményi emberi erőforrás-stratégia lényeges, és jól működő eleme a dolgozók és az intézményvezető párbeszédre alapuló, partneri viszonya. Ennek egyik jó példája a rendszeres napindító munkamegbeszélés, amely jövőbeni, munkavállalók által vezérelt innovációs folyamatok csírája lehet.*

#### **A minőségi munkavégzés akadályozó és ösztönző tényezői:**

*A minőségi munkát jelenleg főként az nehezíti, hogy az általános munkaerőhiány következtében a jelentkezők körében kevés a szelekciós lehetőség, valamint az intézményben nehéz biztosítani a szakmai fejlődést - hiszen nincsen pénzügyi erőforrás a munkavállalói továbbképzések támogatására. Szabadidőt próbálnak biztosítani tanulásra, és igény esetén a tanulásban is támaszt nyújtanak, ez azonban nem jelent elég motivációt az amúgy is erősen megterhelt és alulfizetett dolgozóknak. A munkát elősegítő jó munkakörülmények, és megfelelő eszközök hiánya szintén jelentős akadályozó tényező.*

*A minőségi munkavégzést ösztönzi viszont az intézményben a világos követelményrendszer, a jó példára törekvés, az önállóságra nevelés, a visszajelzés-értékelés, dolgozók véleményének figyelembe vétele, és bevonásuk a munkavégzéssel kapcsolatos tervezési-döntési folyamatba.*

*Az intézményvezető két legfontosabb, munkavégzés minőségének javítását szolgáló innovációs terve egy intézményre szabott, az intézményi működést elősegítő minőségbiztosítási rendszer, valamint a szakmaiság előmozdítását megvalósító új stratégiák kidolgozása.*

## Változások a foglalkoztatási, jogi, és pénzügyi szabályozásban<sup>26</sup>

A képzett munkaerő hiányának fontos tényezője részben az alacsony, közalkalmazotti bérezés, amelyhez cafeteria juttatás nem társul. A fővárosban más a költségvetés, jobbak a fizetések, vannak kiegészítő juttatások, ezzel egy kisvárosban nem tudnak versenyezni, a munkaerő kilép, jobb kereteket biztosító foglalkozást keres. Másik fontos tényező, hogy - pl. az ideiglenesen távol levő, de visszatérni szándékozó dolgozók helyettesítésére - a határozott időre kötött foglalkoztatási szerződés nem vonzó, nem segíti elő a dolgozók intézményi elköteleződését.

A bentlakásos időotthonban a gondozók fluktuációját növeli, hogy megváltozott a gondozott idősök állapota, miközben a gondozói keret változatlan maradt. 2008 óta bentlakásos intézménybe csak teljes ellátási gondozási szükséglettel rendelkező idősök kerülhetnek. Ennek következtében nagyon rossz egészségi állapotú idősök kerülnek az otthonokba: sok a demenciával élő, és a 24 órás felügyeletet igénylő fekvő beteg. Ezzel szemben a gondozói létszám nem emelkedett, pedig az ellátandó feladatok mennyisége és a vele járó fizikai és lelki megterheltség nőtt.

Bár az idősök állapotromlása következtében növekvő terhek a házi segítségnyújtásban dolgozó gondozókat is érintik, a házi segítségnyújtásban dolgozók az Intézményben jelenleg stabil csoportot alkotnak, itt nem jellemző a fluktuáció.

A **felülről kezdeményezett törvényi változások** megosztják a szakembereket. Egy példa: 2016-ban az egy gondozóra jutó gondozottak 5 főben való maximálása bizonytalanságot eredményezett a kivitelezhetőséget illetően, hiszen az ellátottak munkateher-igényei jelentősen különböznek egymástól. Számos szakember véleménye az volt, hogy inkább az ellátandó tevékenységek, feladatok száma, vagy a munkaórák száma szerint kellene módosítani. Számos esetben e törvény betartása azt jelentette volna, hogy fel kell venni újabb munkatársakat, ami elviselhetetlen plusz költséget eredményezne. Az általánosan negatív visszajelzések alapján a rendeletet 2017 január 1-től módosították: a gondozói létszám ezentúl a gondozásra fordított havi órakeret alapján kerül meghatározásra.<sup>27</sup>

<sup>26</sup> Forrás: Vezetői interjú, jogi és gazdasági szabályozás dokumentumai

<sup>27</sup> Lásd: 1/2000. SzCsM rendelet, 5. sz. melléklet

Tovább nehezíti a szervezet működését, hogy törvényi rendelet alapján a kevesebb, mint 100 főt foglalkoztató intézményektől **elvették az önálló gazdálkodás lehetőségét**<sup>28</sup>: ezekben az intézményekben már nincsen pénzügyi szakember. Minden gazdasági ügyet az önkormányzat intéz, az intézmény pénzügyi szakembere oda került dolgozni. A törvényi változás plusz terhet jelent, egyrészt a szociális intézményben is kell dokumentációt vezetni, másrészt az összes számlát, és gazdasági tevékenységgel kapcsolatos dokumentumot folyamatosan el kell juttatni az önkormányzathoz.

### **Munka Minőség, Innováció és Foglalkoztatás kapcsolata: ördögi kör**

Az *innováció* magába foglal minden olyan új ötletet, folyamatot, terméket, vagy eljárást, amelyek tudatos alkalmazásával jelentős javulás történik az egyén, egy csoport, szervezet, vagy a társadalom életében, működésében. (West & Farr, 1990)<sup>29</sup>.

Az innováció tehát a szervezeti változások folyamatába ágyazódik, amelyben a működési nehézségek, a külső-belső viszonyok változásából fakadó új szükségletek, probléma megoldási - fejlesztő stratégiát feltételeznek. Ennek alkalmazásából születő innovatív megoldások nem csak az adott probléma "gazda"-szintjén (egyéni, csoport, szervezeti, vagy társadalmi szinten) jelentenek megújulást, hanem általa érintett szereplők viszonyában is.

A szociális ellátásban az ellátottak igényeitől, szükségleteitől függő, folyamatosan változó ellátási feladatok újabb és újabb kihívásokat szülnek, ami kedvező közeget teremt az új probléma-megoldási módok és stratégiák fejlesztésére.

A szolgáltatást és gondozást felhasználók, és a dolgozók megfelelő körülmények között stabil munkakörnyezetet jelentenek. Az érintettek viszonylag mobilizálhatók: egyedülálló

---

<sup>28</sup> 2011. évi CXCV. törvény az államháztartásról, 10.§ (4)

<sup>29</sup> Vö. Wihlman, T. - Hoppe, M. - Wihlman, U. - Sandmark, H. (2014): Employee-Driven Innovation in Welfare Services, Nordic journal of working life studies, Vol 4. No.2., May, pp. 159-180.

viSSzacsatolási-fejlesztési, munkavállalói részvételre épülő (Employee Driven Innovation - EDI) munkavégzési gyakorlat lenne létrehozható.

A terepmunka során nem találtunk olyan jelentős innovációs kísérletet, melyet a QuInNE projekt keretében elemezhetnénk. Az interjúk során megállapítottuk, hogy számos innovációra alkalmas terület van az intézményben, azonban az innovációk elindításához szükséges alapvető feltételek hiányoznak - így az innovációs kísérletek elhalnak még mielőtt megszülethetnének. Ezeket az alapvető feltételeket később elemezzük.

**Azonban fellelhető néhány fontos, a jövőbeli innovációkat elősegítő tényező az intézményben,** pl. a dolgozók pozitív hozzáállása, motivációja, kreativitása, a vezető szakmaiság iránti elkötelezettsége, újra való nyitottsága.

Mindezek az előre nem látott problémák felhívják a figyelmet arra, hogy milyen fontos a dolgozók bevonása az innovációs folyamat tervezésébe és megvalósításába is.

### **A Munka Minősége mint az Innováció előfeltétele**

Az esettanulmány egyik legnagyobb tanulsága, hogy az innováció előfeltételekhez kötött. E minimális követelmények teljesülése nélkül egyszerűen alaptalan elvárás a dolgozók mérhető innovációs tevékenysége. Tapasztalataink szerint a házi gondozás, és tágabban a szociális szektor egyike azon területeknek, ahol a rossz munkakörülmények nagy valószínűséggel megbénítanak minden innovációs kísérletet. Ebben a fejezetben röviden áttekintjük a kedvezőtlen makro szintű közeg kulcsmotívumait, amelyek erős negatív hatással vannak a mikro szintű innovációkra.

Az interjú során tapasztaltak szerint, a fejlesztési változásokat nehezítő tényezők - **innovációs akadályok az intézményben:**

#### **- Törvényi változások: bizonytalan közeg a mikro szintű innovációk számára**

Az intézmények életét jelentősen befolyásolják a gyakori törvényváltoztatások, amelyek folyamatos belső instabilitást eredményeznek. A stabilizálódás folyamata az újhoz való

alkalmazkodás, és az átszervezés kapcsán nemcsak sok energiát igényel, hanem gyakran felesleges befektetésnek bizonyul: a törvényi változások jó része nem az intézmények gyakorlati tapasztalatain, tényleges szükségletein alapul. Nem javítja az ellátás minőségét, a gondozónők, vagy az intézmény munkafeltételeit - vagyis valójában nem könnyíti meg a működést. A megalapozatlan változások bevezetési fázisában tapasztalt nehézségek újabb törvényváltoztatásokat tehetnek szükségessé. A kívánt pozitív változás folyamata így szükségtelenül bonyolulttá válik, nagyon időigényes és költséges, és gyakran nem vezet a remélt eredményre, amely éppen az ellátás és a munka minőségének javítása, valamint a költséghatékonyabb működés elősegítése lenne.

A bizonytalan törvényi keret jelentős adminisztratív terhekkel jár együtt. Például, a gondozónők tevékenységeinek rögzítésére szolgáló adatlap nem életszerű - kitöltése időigényes, aláírata pedig konfliktusokat eredményezhet a gondozottakkal. Ez rombolhatja a gondozók és gondozottak közötti bizalmi kapcsolatot, ami pedig a gondozói munka alapja.

#### **- Az Intézmény folyamatos finanszírozási nehézségei**

Az Intézmény három fő bevételi forrása: az állami normatíva, a helyi önkormányzati támogatás, és a gondozási térítési díj. A gondozottak általában alacsony nyugdíjjal rendelkeznek, tehát nehezen jelentenek fizetőképes keresletet. A helyi önkormányzatok pénzügyi erőforrásai erősen korlátozottak, az anyagi helyzet évről évre változó. A törvény által meghatározott állami normatíva pedig jóval alacsonyabb, mint a gondozás valós költsége. Mindebből az következik, hogy az Intézmény számára már a mindennapi alapműködés is nehéz, ezen felüli kiadásokra nincsen forrás - szinte még közép-távú terveket készíteni is lehetetlen.

#### **- A dolgozók fokozott munkaterhei**

Az intézménybe kerülő gondozottak egészségi állapota folyamatosan romlik - ez több ellátási feladatot indukál, a gondozói létszámnormák azonban változatlanok. A növekvő fizikai és pszichés terhelést a gondozónők egyre nehezebben viselik, ami fluktuációt eredményez. Egyre kevesebb a hosszú távon stabil, az Intézmény életét jól ismerő, helyi gyakorlati tapasztalattal rendelkező, a problémák iránt fogékony, valamint az Intézmény és szakma



jövője iránt elkötelezett, felkészült dolgozó. A fokozott terheltség további következménye, hogy a dolgozóknak - még ha elkötelezettek is, és hosszabb távon tervezik is az intézményi karrierjüket - nincs szabad kapacitásuk és energiájuk arra, hogy a munkával kapcsolatos fejlesztéseken, új megoldásokon gondolkozzanak. A magas munkaterhek lehetetlenné teszik a munkavégzés feletti önálló ellenőrzést, és fokozzák a munkavállalók fáradtságát. Az innovációra gyakorolt következmények kedvezőtlenek, miután a munkaerőhiány csökkenti az új gondolatokat ösztönző kommunikációra fordítható időt.

#### **- Alacsony bérek**

Magyarországon a szociális szektorban a legalacsonyabbak a munkabérek. A KSH adatai szerint 2015-ben az átlagkereset 246 746 Ft volt. Az egészségügyi és szociális tevékenységek mutatták a legalacsonyabb szintet 146 754 Ft-al, ezen belül azonban az egészségügyi terület átlagkeresete 220 694 Ft volt, míg a szociális területé csupán 109 802 Ft, beleértve a speciális, szektorra jellemző juttatásokat. A bérek ráadásul élesen csökkenő tendenciát mutatnak a szektorban: míg 2008-ban körülbelül 100 ezer Ft volt az átlagkereset, addig 2015-ben már csak 71 919 Ft. Ez azt jelenti, hogy az átlagkereset az elmúlt 7 évben több, mint 25%-al csökkent.<sup>30</sup> A magas munkaterhekhez mérten aránytalanul alacsony a dolgozók bére. Nem biztosítja az egyéni fejlődést, és reflexiót, kreativitást elősegítő, általában költséges szakmai továbbképzéseken való részvételt.

#### **- Korlátozott karrier-lehetőségek és a továbbképzés támogatásának hiánya az intézményben**

Az Intézmény házi segítségnyújtást biztosító részlege egy kis egység 7 dolgozóval (beleértve a gondozónők vezetőjét). Ez azt jelenti, hogy a részleg meglehetősen egysíkú, nincsen előmeneteli lehetőség. A vertikális mobilitás hiányában a változásra egyetlen lehetőség kínálkozik: ha a dolgozók más területen, vagy más szervezetben találnak munkát. Azonban mind a munkavállalók egyéni jellemzői, mind a regionális munkaerőpiac inkább megnehezíti ezt a mobilitást, az intézmény pedig nem rendelkezik anyagi forrásokkal a dolgozók továbbképzésének támogatására.

---

<sup>30</sup> Forrás: KSH

### **- Alacsony társadalmi státusz**

A rendkívül alacsony béreken kívül a gondozónőknek szembesülniük kell azzal is, hogy a munkájukat nem ismerik el. Még a házi orvosok is - akikkel a gondozónőknek együtt kell(ene) működniük - ritkán ismerik el a gondozói munka fontosságát. Ugyanez igaz a gondozottak családtagjaira is. Gyakran nem becsülik meg a gondozónők munkáját, ami konfliktusokhoz vezethet, és megnehezíti a munkavégzést.

### **- Nagyfokú pszichés terheltség**

Az idősök körében végzett munka érzelmileg gyakran megterhelő. A gondozók napi szinten megtapasztalják az idősök szellemi és fizikai leépülését. Gyakran jelent küzdelmet számukra, hogy nem tudnak annyi időt tölteni a gondozottakkal, mint amennyire szükségük lenne - pedig a gondozottak számára a gondozónők a legfontosabb kapcsolatot jelentik a külvilággal.

### **- Magas fizikai követelmények**

A munka erős érzelmi kihívásain kívül gyakran fizikai követelményei is magasak. A gondozónők számos olyan feladatot látnak el, ahol a fizikai erőnlét alapkövetelmény: pl. bevásárlás, takarítás, beteg mozgatása. Minden nap nagy távolságokat kell megtenniük, és ezzel együtt ki vannak téve az időjárás viszontagságainak.

Igaz, hogy az említett hátrányoknak van pozitív oldaluk is, de mindent egybevetve a gondozói munka nem túl vonzó. A fókuszcsoporthoz tartozók interjúja alapján nyilvánvaló, hogy a dolgozók azért nem hagyják el ezt a munkát, mert jól illik egyéni, speciális szükségleteikhez (pl. alacsony végzettséggel rendelkeznek, vagy van olyan családtagjuk, aki szintén ápolásra szorul, stb.). A QuInnE projekt kifejezésével élve, ez egy "Rugalmas munka". Az ilyen típusú munkák szerepe, hogy lehetővé tegyék a munkaképesség kiterjesztését, a fogyatékosokhoz való alkalmazkodást, és javítsák a munka - privát élet egyensúlyát azáltal, hogy fenntartható munkahelyet/szociális mobilitást ajánlanak "dolgozó-központú" rugalmasság megvalósításával, ami leginkább idősebb korban és átmeneti életszakaszokban fontos.

A fókuszcsoporthoz tartozók interjúja alapján a következő két fő kérdéskörrel foglalkoztunk:

Melyek a legfontosabb nehézségek a munkájukban? Milyen innovációs lehetőségeket képzelnek el ezek megoldására?

A dolgozók által megfogalmazott problémákat és a hozzájuk kapcsolódó változtatási javaslatokat a Függelék 3. táblázata tartalmazza. A számos felvetett probléma négy fő csoportba rendezhető: rossz munkakörülmények, professzionalitás hiányosságai, megbecsülés hiánya, és nagyfokú pszichés terhelés. A nehézségek jó része a házi segítségnyújtás rendszerének alapvető szervezeti-működési hiányosságaira hívja fel a figyelmet. *Számos probléma megoldásához jelentős anyagi forrásra lenne szükség* - pl. munkabér emelés, juttatások, új, megfelelő munkaeszközök vásárlása, továbbképzés, szupervízió biztosítása, új szakemberek bevonása a házi segítségnyújtás rendszerébe (pl. szakápolók, mentálhigiénés szakemberek). *Bizonyos nehézségek kezeléséhez a meglévő erőforrások felkutatása, mobilizálása jelenthetne kiindulópontot a szervezetfejlesztés eszközeivel* - pl. igény és szükségletfelmérés a gondozók körében, érdekvédelem, munka presztízsének emelése. *Más problémák esetén makro-szintű változtatási folyamatok lennének szükségesek:* pl. interdiszciplinaritás előmozdítása, egészségügyi és szociális rendszer kapcsolódási pontjainak kiépítése, átjárhatóság biztosítása, törvényi változtatások folyamatának átalakítása.

### **Közfoglalkoztatottak bevonása a gondozási munkafolyamatokba<sup>31</sup> a munkaterhek csökkentése érdekében:**

Amint korábban már említettük, a házi segítségnyújtási rendszer folyamatos munkaerőhiánnyal küzd, és próbál kiegészítő munkaerőt találni a dolgozók munkaterhei csökkentése érdekében. Nyilvánvaló megoldásként kínálkozott a közfoglalkoztatottak bevonása a házi segítségnyújtás rendszerébe. A lehetőséget törvényileg is megerősítették: az önkormányzatok által küldött közfoglalkoztatottak "segédmunkásként" dolgozhatnak a házi

---

<sup>31</sup> Az Önkormányzat biztosíthat közfoglalkoztatottakat kisegítő dolgozónak (jogsabályi háttér: 2011. évi CVI. törvény a közfoglalkoztatásról). Az 1/2000. SzCsM rendelet 27. § (3) szerint: *A házi segítségnyújtás keretében kizárólag szociális segítség - segítő munkakörben - a személyi jövedelemadóról szóló törvényben meghatározott szociális gondozói díjban részesíthető társadalmi gondozó alkalmazásával, közérdekű önkéntes tevékenység keretében, közfoglalkoztatotti jogviszonyban álló személyek vagy szociális szövetkezet igénybevételével is nyújtható.* (55/2015. (XI. 30.) EMMI rendelet 22. § (2). Hatályos: 2016. I. 1-től)

segítségnyújtásban.<sup>32</sup> Mindezek ellenére az esettanulmányban szereplő Intézmény vonakodik a lehetőségtől, számos okból. Ezeket a későbbiekben röviden bemutatjuk.

Ezzel párhuzamosan, a legutóbbi törvényváltozások az otthoni gondozás komplex feladataiban megkülönböztették az eltérő képzettségi szinttel végezhető személyi gondozást, és szociális segítséget.<sup>33</sup>

A változás legfőbb oka valószínűleg a szociális ellátás állami kiadásainak csökkentése, mivel a szociális segítség költsége alacsonyabb, mint a személyi gondozásé. De a változás arra is ösztönöz, hogy közmunkapiaci résztvevőket alkalmazzanak a házi segítségnyújtásban anélkül, hogy szakmai képzést vagy képesítést írnának elő nekik.

Ez még nagyon friss jelenség, mellyel kapcsolatban nem fogalmazhatunk meg megalapozott értékelést. Mindazonáltal úgy tűnik, hogy utat nyit a taylorizáció és a házi segítségnyújtás szakértelemtől való megfosztása felé.

A fókuszcsoporthoz tartozó interjú során a **dolgozók számos kritikát fogalmaztak meg**. A legfontosabb az, hogy az idősek lakásán történő személyes gondozás *bizalmi állás*. Továbbá *megkövetel egyfajta stabilitást, állandóságot*. A közfoglalkoztatottak megbízhatósága gyakran nem ellenőrizhető, emellett csak meghatározott rövid időtartamra alkalmazhatók. A gyakori személyi változást az idősek nehezen viselik. Az időszakos foglalkoztatás hátránya az is, hogy az idős intim életébe, személyes életébe bepillantást nyert képzetlen és a munka után már nem ellenőrizhető dolgozó később visszaélhet az ismereteivel. További fontos kritika a *közfoglalkoztatottak képzetlensége*. Nehezen állapítható meg, hogy mennyire rendelkeznek az *idősek ápolásához szükséges jártassággal, "társadalmi tudással" (social skill)*.

---

<sup>32</sup> 2011. évi CVI. törvény a közfoglalkoztatásról [https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A1100106.TV](https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100106.TV)

<sup>33</sup> 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről., 25.§, és 5.sz. melléklet

[https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=a0000001.scm](https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=a0000001.scm)

További hiányosság, hogy felvételi szűrésre nincsen előírt kritériumrendszer. **Ebben az Intézményben kedvező viszont, hogy az Önkormányzat által ajánlott közfoglalkoztatottak alkalmasságát az intézményvezető dönti el.** A felvétel többlépcsős folyamat: az intézményvezető először az Önkormányzattól kapott önéletrajzokat bírálja el. Akit alkalmasnak ítél a meghallgatásra, azt behívja beszélgetésre - megpróbálja felmérni, milyen a személyisége, családi háttere, alkalmas-e emberileg a munkára. Alkalmat nyújt a jelölteknek arra, hogy megismerjék az Intézmény életét, az ellátandó feladatokat.

**Nehézség forrása az is, hogy a többi munkatárs nehezen fogad be új embert.** Ebből a munkacsoport életében számos, munkát nehezítő akadály származhat. Amennyiben szakképesítéssel nem rendelkeznek, **a közfoglalkoztatottak munkájukat csak felügyelet mellett végezhetik**, ez szintén plusz terhet róhat a többi dolgozóra.

A közfoglalkoztatottakat, az intézményvezető szerint a biztos felügyeletet jelentő nappali ellátási szolgáltatásokban (pl. idősök klubja), vagy a bentlakásos intézményekben lehet kockázat nélkül alkalmazni.

Az intézményvezető szerint a szociális segítség és gondozás szétválasztása valójában nem jelent előnyt a gondozási folyamatban, mert plusz szervezést - például dupla annyi adminisztrációt, és plusz munkaerőt igényel. További hátrány, hogy ha egy időshöz két személy jár, az megterhelő lehet az alkalmazkodásra általában már kevésbé képes idős ember számára is. Az ellátottak legtöbbször nincsenek abban a mentális állapotban, hogy könnyen meg tudják különböztetni azt, hogy kitől milyen segítséget igényelhetnek: kitől kérhetik a "segítség" és kitől a "gondozás" kategóriájába tartozó tevékenységeket.

### **Összegzés és az innovációk jövőbeni területei**

A társadalom elöregedésének hatására egyre inkább növekednek az idősgondozási igények. Az idősellátási rendszer terhelődése fokozódik, ám ezzel nem jár együtt a gondozók számának növekedése. Erősödik az idősellátásban a munkaerőhiány: a rossz munkakörülmények (képzés hiánya, előmeneteli lehetőség hiánya, pszichésen és fizikailag megterhelő munka, alacsony fizetés, alacsony megbecsültség) hatására egyre több helyen jelentkeznek utánpótlásgondok, erősödik a fluktuáció.

A rendszerben fellelhető innovációkra javarészt top-down approach jellemző, a változások megtervezése az érintettek megkérdezése nélkül zajlik. A szakmában fontos a párbeszéd,

azonban az irányításból ez intézményi szinten gyakran teljesen hiányzik<sup>34</sup>, de a minisztériumokban is sorra születnek a mindennapi működés javítását célzó intézkedések, amelyek azonban párbeszéd hiányában ellenkező hatást váltanak ki. Ennek eredményeképp az intézmények működését elő nem segítő tervek jobb esetben megbuknak, rosszabb esetben egy-két éven belül visszavonják őket, legrosszabb esetben megmaradnak, és több problémát okoznak, mint amennyit megoldanak.

Az interjúk alapján három területet jelölhetünk meg a jövőbeli innovációk számára:

- a) Az együttműködés útjainak kiépítése az egészségügyi szféra és a házi segítségnyújtás szakemberei között: pl. a házi orvos vagy képviselőjének házi segítségnyújtási team-be való integrálása erősíthetné a közös munkát.
- b) A gondozás-segítés differenciálása helyett inkább a gondozói - ápolói feladatok megkülönböztetésére lenne szükség, a házi segítségnyújtásban alkalmazott ápolónők segítségével.
- c) A házi segítségnyújtás gyakorlatában számos olyan probléma vetődik fel a gondozottak, a hozzátartozók, és a gondozók részéről is, ami mentálhigiénés támogatást igényelne. A házi segítségnyújtás rendszeréből ennek ellenére teljesen hiányzik a mentálhigiénés szakemberek alkalmazása.

E három terület tulajdonképpen egy nagy egésznek is tekinthető: az egészségügyi és szociális rendszer teljes elszeparáltsága helyett a kihívás a házi segítségnyújtás rendszerének integrált tartós gondozási rendszerré alakítása, amelyben meghatározott, jól körülhatárolt kompetenciákkal egészségügyi, szociális, és mentálhigiénés szakemberek dolgoznának együtt.

Az innovációs folyamatok elindulását azonban az erős leterheltség - a munkaidő és a dolgozók energiájának maximális kihasználtsága a minimum-létszámra való kényszer-törekvés miatt - jelentősen gátolja. Az intézmény realitása jelenleg a szociális szférában általánosan jellemző túlélési stratégiákat tesz lehetővé. Hiányzik az innovációra felszabadítható idő, energia, és anyagi fedezet.

---

<sup>34</sup> Id. elektronikus kerékpár bevezetésének példája

Az esettanulmány legfontosabb tanulsága az, hogy az innováció feltételez egy minimális munka-minőséget, valamint az érintett szereplők rendelkezésére álló időt és teret, hogy rendszeresen át tudják gondolni a mindennapi munkájuk gyakorlatát, és beszélni tudjanak a lehetséges változtatásokról.

Ez nem csak magyarországi kontextusban megjelenő probléma, hanem olyan, fejlettebb és kidolgozottabb szociális rendszerrel rendelkező országokra is jellemző, mint pl. Svédország. Egy svéd tanulmány, mely 27 félig-strukturált, négy svéd önkormányzati intézmény házi segítségnyújtásban dolgozó alkalmazottaival készített interjút dolgoz fel, nagyon hasonló mintázatot mutat: "Mind a menedzsment (ahogy az alkalmazottak leírták), mind pedig az alkalmazottak innováció iránti elkötelezettsége ellenére, a támogatás és az idő hiánya ... feszültséget eredményez a napi munka és az innováció között." (Wihlman et al., 2014:175)

Az egyik top-down innovációnak tekinthető munkaerő bővítési kísérlet, a közfoglalkoztatottak alkalmazása a gondozási folyamatban nem csak az esettanulmányban ismertetett, dolgozók által megfogalmazott veszélyei miatt kérdéses. A közfoglalkoztatottak nem részesülnek megfelelő átképzésben, amely pedig egyedüli módja az alkalmazhatóság megteremtésének, az elsődleges munkaerőpiacon történő elhelyezkedésnek (a közfoglalkoztatottak szemszögéből: átképzés nélkül tartósan az államilag támogatott másodlagos munkaerőpiac, a munkanélküliség vagy az inaktivitás vár rájuk).

Képzés hiányában, a megfelelő képzettséggel nem rendelkezők alkalmazásának egyetlen módja, hogy az idősgondozás komplex gondozási feladatát megosztják (Wihlman, 2014, 174.) képzettséget megkívánó és képzettséget nem igénylő feladatokra. Azonban ez a megkülönböztetés inkább erőltetettnek mondható, és súlyos negatív következményekkel járhat a gondozók teljes munkájára nézve a taylorizáció és a szakértelemtől való megfosztás által. Hozzájárulhat ugyan a foglalkoztatottság bővüléséhez, de csak a munka minőség és az innováció kárára.

## 7. Példák a szociális innovációkra

A szociális innovációk megvalósulhatnak makro szinten például a szabályozásban (törvényi változások), vagy a rendszer struktúrájában (pl. az ellátórendszer szervezeti fejlesztései), mezo szinten az intézményi működést elősegítő valamennyi területen - pl. új források, eszközök, network, stb. kifejlesztésében, mikro szinten például az egyén önálló életvitelét elősegítő új utak kialakításában.

Az innovációk jellegzetes eszközei:

### *Új képzési modellek*

Elsődleges céljuk az informálás: az idősödés jelenkori kihívásaira válaszolva korszerű ismeretekkel támogatni az idősellátásban dolgozó formális és informális gondozókat az aktív idősödés hatékony előmozdítása, a minőségi idősellátás és saját egészségük megőrzése érdekében. A képzések által nem pusztán munkájuk minősége, de saját életminőségük is jelentősen avulhat.

### *Interdiszciplináris együttműködés*

A költséghatékonyság és a minőségbiztosítás olyan kritériumok, amelyek egyre jobban megkívánják az ellátórendszereken belüli és ellátórendszerek közötti együttműködést is. A szolgáltatások és szolgáltatók összekapcsolása és a különböző szakmák képviselőinek párbeszéde, együttműködése által a fenntarthatóság mellett az idősellátás minősége is javul.

### *Technikai vívmányok*

Nemcsak a gondozottak önálló életvitelét és biztonságát mozdítják elő, de támogatják az informális gondozók: hozzátartozók, segítők, valamint az ápolók munkáját is. Egy részük már meglévő modell továbbfejlesztése (pl. a jelzőrendszeres segítségnyújtás megújítása), más részük teljesen új távlatokat nyitó megoldás (új eszközök). Az infokommunikációs eszközök felhasználása mind az otthoni ellátást, mind az intézményi gondozást olcsóbbá, és hatékonyabbá teheti.

### *Emberi erőforrásokat mozgósító modellek*

A családok támogatását, a szolidaritást megélését (pl. önkéntesség), vagy bizonyos szükségletek kölcsönös kielégítését célozzák meg.



## ***Környezet***

A *környezeti tényezők* javításának, pl. az alternatív lakhelyek jó részének legfontosabb előnye, hogy biztonságos környezetet, elérhető segítséget, az izoláció megtörését ajánlják.

Bár az európai gondozási rendszerek számos ponton különböznek, vannak olyan problémák, amelyek valamennyi rendszerben megjelennek. Az alábbiakban a magyar helyzet lényegi problémáihoz kapcsolódóan próbáltunk jó példákat kapcsolni. Valamennyi jó példára igaz, hogy egy adott kontextusban született, és speciális, adott problémákra, hiányosságokra válaszol. Bármilyen átültetésnél számba kell vennünk a más kontextusból adódó nehézségeket - minden átültetés a modellek átdolgozását teszi szükségessé. Az is lehet, hogy az eredeti példából csak bizonyos elemeket lehet felhasználni egy-egy új helyzetre alkalmazott modellhez. Valamennyi alkalmazott modell esetén felmerül a finanszírozási probléma és a fenntarthatóság kérdése, ami felhívja a figyelmet a rendszer-szintű átalakítások lényeges voltára, és a forráskeresés új útjainak kidolgozására.

### **7.1. Új képzési formák - Formális és informális gondozók támogatása e-learning képzéssel**

Az eddigiek alapján látható, hogy a minőségi, elérhető képzésnek, továbbképzésnek jelentős preventív szerepe lehet mind a formális, mind az informális gondozók esetében. Egy, a munka minőség és az innováció kapcsolatát vizsgáló nemzetközi kutatás keretében (QuInnE<sup>35</sup>), magyar formális gondozók körében készített fókuszcsoporthoz tartozó interjú szerint (Tróbert– Makó – Illésy, 2017) a munkahelyeken a képzés nehezen illeszthető a munkaidőbe, a helyettesítés az eleve kevés munkatárs miatt szinte kivitelezhetetlen. A képzés anyagi háttere sincs meg: az intézmények nehezen gazdálkodnak ki pénzt a tréningekre, a dolgozók munkabére pedig olyan alacsony, hogy ők maguk szinte egyáltalán nem tudják a saját képzésüket finanszírozni. Egyéb pénzügyi forrás intézményi fellelése gyakran a vezetők leterheltsége miatt ütközik akadályokba. Az informális gondozók körében a megterheltség, időhiány, anyagi források hiánya mellett a legfőbb probléma, hogy nincsenek a célcsoport számára elérhető képzések.

---

<sup>35</sup> **QuInnE:** 'Quality of jobs and Innovation generated Employment outcomes' projekt, 2015-2018.

Az előzőekben felvázolt jelenségek és tendenciák alapján kikerülhetetlenné válik olyan képzések kidolgozása, amelyek mindenki számára könnyen hozzáférhetőek, alacsony költségűek, és rugalmas beosztással, munka mellett is elvégezhetőek. A továbbképzések területén várhatóan egyre nagyobb teret fognak nyerni az internet-hozzáféréssel működő, önállóan végezhető, személyes jelenlétet nem feltétlenül igénylő oktatási formák. Ilyen az e-learning is. Az e-learning fogalma az oktatásban betöltött szerepe és az alkalmazott módszerek, felhasznált eszközök fejlődésének megfelelően folyamatosan alakult. Számos változata létezik (vö. Fazekas et al. 2014). a meghatározások közös jellemzője, hogy elektronikus formában elérhető, önállóan feldolgozható, gyakran interaktív elemeket tartalmazó tanulási lehetőségről van szó. Az e-tananyagok előnye, hogy az információ nemcsak könnyen hozzáférhető általuk, hanem folyamatosan magas minőségi színvonalon biztosítható. Elfoglalt, nagy tapasztalattal rendelkező szakemberek is könnyebben be tudnak kapcsolódni a képzés lebonyolításába, mint a helyhez és az időhöz kötött képzések esetén. Akár országhatárokat is át lehet hidalni, így a tananyag összeállításnál a legjobb ár-érték arány érhető el. A tananyagot folyamatosan lehet frissíteni, bővíteni, minimális humán erőforrás felhasználásával.

Az e-learning oktatásnak persze előnyei mellett vannak hátrányai is. Például személytelenebb, az oktatásban résztvevők között minimális vagy nincs kapcsolat, beindításának költségei magasak, stb. (Fazekas et al. 2014; Arkorful et al. 2014). Mégis az e-tananyagok várhatóan egyre nagyobb szerephez fognak jutni a továbbképzésekben, mert energia-, idő- és költséghatékonyak mind a képzőhelynek, mind pedig a hallgatóknak, így kölcsönösen jó megoldást nyújtanak. A kis költségvetéssel rendelkező területeken az ilyen képzések növelik az esélyegyenlőséget és preventív funkciót is betölthetnek (lásd 1. fejezet). Továbbá az e-learning hozzájárulhat a Lifelong Learning (LLL) - az élethosszig tartó tanulás - intézményének kiszélesítéséhez. A nemzetközi szakirodalom ma már egyre inkább evidenciának tekinti azt, hogy a mentális aktivitások és stimulációk, mint például az élethosszig tartó tanulás, a társadalmi aktivitások, vagy a kapcsolatok ápolása csökkenteni tudják a demencia kockázatát. Tehát a tananyagok fejlesztésénél érdemes nemcsak az ápolókra gondolni, hanem magára az idősödő társadalom egészére. Ugyanis az LLL-re egyre inkább úgy tekintenek, mint jelentős tényezőre, mely támogatja és fokozza a politikai strukturális változásokat és nagyban hozzájárul a gazdasági növekedéshez és a társadalmi összetartozáshoz. (Panitsides 2014) Kifejezetten hangsúlyozzák a kutatások, hogy az idős generációnál a rossz egészségi állapot, a lecsökkent fizikai aktivitás, a depresszió és a korábbi rossz tanulási élmények negatív hatását képes csökkenteni az e-learning. A számítógép

használatnak egyik pozitív hatása lehet idős korban, hogy szignifikánsan növeli a motivációt a további tanulmányokra. (Bekisheva et al. 2017:68) A tanulás maga képes a legsérülékenyebb idős csoportok esetén is a betegségek ellen hatni. (Narushima et al. 2018: 703)

Groombridge szerint legalább öt fontos területet kellene tekintetbe venni a politikai döntéshozóknak és a társadalom többségének, amikor a kései életkorban folytatott tanulásról van szó, sőt arról, hogy a tanításba bevonják magukat az időseket is: a) önbizalom és függetlenség, b) funkcionalitás és reziliencia, c) társadalmi részvétel, d) önkifejezés és kreativitás ugyanúgy, mint e) az intergenerációs párbeszéd támogatása. (Groombridge 1982). Az élethosszig tartó tanulás ugyanis ezeket a területeket segíti, támogatja a mentális és fizikai egészséget, a társadalmi részvételt, a motivációt növeli, s mindezek azt eredményezik, hogy a növekszik az egyén jóllétének (well-being) szintje. Az idősek jelenléte az élethosszig tartó tanulásban két szinten is megfontolandó, egyrészt mint célcsoport, vagyis hogy ők lehessenek tanulói szerepben, másrészt pedig, hogy ők maguk mint tanárok kapcsolódhassanak be. Ezek alapján tehát a társadalomnak több szempontból is érdeke, hogy időseket csatarendbe állítsa mind kognitív, mind szociális funkcióikat tekintve, nem is beszélve arról, hogy ezzel egy időben hasznosíthatja az általuk felhalmozott életbölcsséget. (Panitsides 2014:6)

Az előregedő európai társadalmunknak ugyanis kulcskérdése, hogy az idős populációban rejlő potenciálokat ki tudja-e használni. Ezt ismerte fel az Európai Parlament (2011) is, amikor a demencia problémáját, a prevenció, valamint a fizikai és szellemi aktivitás promotálását hangsúlyozta és tűzi időről időre a napirendjére, mint az egyik legfontosabb prioritást.

### **Kreditpontos e-learning képzés szociális szakembereknek a Mentálhigiéné Intézetben**

Az e-learning előnyeit mérlegelve indított a Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézete 30 kreditpontos, 40 órás szakmai tanfolyamot „Az innováció szerepe az aktív idősödésben és a gondozásban” címmel - egyben kísérleti jelleggel is. A témában olyan alapvető, a legfőbb témaköröket feldolgozó, innovatív információk kerülnek a tananyagba közérthető módon, melyek mind a formális, mind az informális ápolóknak, sőt az érintetteknek is segítséget nyújthatnak (pl. technika az idősgondozásban), szemléletet formálhatnak (pl. idősgondozást érintő innovatív megoldások a világban), kompetenciát növelhetnek (pl. mentálhigiéné ismeretek) és a motiváció erősítésével önálló iniciatívákra serkenthetnek (pl. jó példák tára).

A hallgatók földrajzi elhelyezkedéstől függetlenül bárholnan beiratkozhatnak, adott határidőn belül bármikor elkezdhetik a tanulást. Teljesen személyre szabottan és egyénileg a

legoptimálisabban oszthatják be idejüket, a tananyagban egyéni képességüknek és szabadidejüknek megfelelően haladhatnak, a nehezebb részeket ismételhetik, amennyiszer csak szándékukban áll.

Különösen fontos ez a lehetőség a leterhelt, anyagi tekintetben kihívásokkal küzdő szociális ellátó rendszerben dolgozók számára, vagy a beteg hozzátartozó mellől nehezen elszabaduló ápolást végzőknek. Új esélyt kapnak a minőségibb és élhetőbb munkára és életkörülményekre azáltal, hogy könnyen hozzáférhetnek olyan ismeretekhez, amelyek segítik őket saját kiégésük megelőzésében, és abban, hogy az általuk gondozottaknak a legújabb, legjobb megoldásokat tudják biztosítani az ápolási folyamatban. Nagy jelentősége van annak is, hogy a tananyag nemcsak a lexikális tudást bővíti, hanem szemléletet formál és kompetenciákat fejleszt. Így nem pusztán konkrét megoldásokhoz jutnak a hallgatók, hanem ők maguk sajátíthatják el annak a képességét, hogy megoldásokat találjanak saját területükre, földrajzi környezetükbe, vagyis ők maguk fejlesszenek ki innovációkat.

Tapasztalatunk az, hogy a résztvevők szinte 100%-ban a megadott határidőn belül el tudják végezni a tanfolyamot, s visszajelzéseik annak hasznosságáról pozitívak, szívesen ajánlják környezetükben. Az internet lefedettség és hozzájutás fejlődésével, mely a jövőben várhatóan még teljesebb lesz Magyarországon, vélhetően növekedni fog az érdeklődés a képzés iránt.

### **Egyedülálló támogató portál informális gondozóknak: WebNővér**

Az előzőekben láttuk, hogy egyre többen gondozzák otthon családtagjaikat, ez azonban mellett, hogy a betegnek sokféle előnyt jelent, számos problémát vet fel az ápoló hozzátartozók számára, melyekre megoldást kell találnunk ahhoz, hogy az otthoni ápolás hosszú távon biztosítható, és élhető legyen. A jelentős igénybevétel, a felmerülő problémák és az erőforrások mobilizálásának nehézségei miatt nagy a gondozó családtagok körében a kiégés veszélye.

A Magyar Máltai Szeretetszolgálat (MMSz) 1989-es megalakulása óta számos segélyprogrammal, szociális feladatokat ellátó intézmények létesítésével, széles önkéntes hálózattal, a társadalmi szolidaritás sokoldalú megélésével vesz részt aktívan a rászoruló megsegítésében. Az otthonukban betegeket ápolók, időseket ellátók problémáira elsőként a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, és a gyógyászati segédeszköz-kölcsönzés projektjével válaszoltak. Azóta is folyamatosan figyelemmel kísérik az otthonápolást végző laikusokat. Az elindított programokban tapasztalt hatására fogalmazták meg, hogy a betegeknek nyújtott

szolgáltatások fejlesztési céljai között helyet kell, hogy kapjon a laikus segítők segítése. A Szeretetszolgálat munkatársai ebben az optikában dolgozták ki a WebNővér portált.

### **A portál születése, alapvető célkitűzései**

Az Európai Unió Közép-Európai Transznacionális Programjában, a nemzetközi HELPS projekt egyik partnereként a MMSz is olyan megoldásokat keresett, amelyek javítják az idősek, és a sérülékeny lakosság (mozgáskorlátozottak, fogyatékkal élők) életfeltételeit, életminőségét. A projekt elsődleges célja e veszélyeztetett csoportok peremre sodródásának megakadályozása, társadalmi integrációjuk előmozdítása, a szükségleteiknek és igényeiknek megfelelő ellátások biztosítása, valamint életfeltételeik, és életminőségük javítása. A projektben részt vevő partnerek innovatív programokat dolgoztak ki, kísérték figyelemmel, elemzésük eredményeinek felhasználásával pedig javaslatokat tesznek a szélesebb körben megvalósítandó kezdeményezésekre. A projekt az Európai Unió - Regionális Fejlesztési Alap támogatásával, a Central Europe Program társfinanszírozásával valósult meg, futamideje 2011-2014 volt. A projekten belül született meg a szociális innovációt jelentő WebNővér portál is, melynek hosszú távú fenntartását az MMSz költségvetéséből, és pályázati forrásokból biztosítják.

A portál célja támaszt és gyakorlati segítséget nyújtani az otthonukban beteg hozzátartozójukat gondozó laikusoknak, csökkentve ezáltal terheltségüket, és hozzájárulva mentális egészségük védelméhez. A tapasztalatok alapján az egyik fontos kihívás, amellyel a Szeretetszolgálat munkatársai a laikus gondozók körében szembesülnek, az előképzettség hiánya, mely megnehezítve a gondozási feladatok elvégzését, tovább növeli a gondozó családtagra háruló terheket. A gondozással kapcsolatos ismeretek képzési rendszerben való elsajátítását a legtöbben nem engedhetik meg maguknak, részben anyagi okokból, részben pedig idő hiányában. Emellett hiányoznak a felnőttképzési palettáról az olyan tanfolyamok, melyek kifejezetten az otthoni ápolást végző laikusok alap-felkészítését szolgálják. A WebNővér portál legfontosabb célja ezért, hogy elérhetővé tegye az ápoláshoz szükséges alapvető tudást, és oktatófilmekkel segítsen elsajátítani a legszükségesebb, laikusok által is elvégezhető ápolási feladatokat. Ezáltal egy bárki által elérhető, hatékony képzési eszköz: a könnyen érthető kisfilmek bármikor ismételten megtekinthetőek. Az oldalon jelenleg mintegy 50 videó áll a felhasználók rendelkezésére.

A másik probléma, amellyel szakemberek találkoztak, hogy a laikus gondozók gyakran nem tudnak kihez fordulni kérdéseikkel, egyedül érzik magukat a feladatokkal. Ezért a portálon egyrészt lehetőségük van személyesen, online tanácsot kérni szakápolótól, másrészt praktikus, gyakorlati információkhoz juthatnak: a "szolgáltatási térkép" segítségével könnyen megtalálhatják a lakóhelyükhöz legközelebb található egészségügyi, szociális szolgáltatásokat, emellett fogalomtár segíti őket az egyes szolgáltatások megismerésében.

Mivel a segítő szerep fizikai, szellemi, és lelki megterhelést is jelent, az oldal harmadik fő célja az, hogy lelki támogatást, töltődést is nyújtson a felhasználóknak.

A három alap-cél: tudásátadás, gyakorlati segítség, lelki támogatás mellett egy második lépésben integrálásra került a dietétika és a jogi rovat is, mindkettő szintén lehetővé teszi az online tanácsadást. A továbbiakban az eddigiek fejlesztését, valamint folyamatos bővítést is terveznek.

### **A portál innovációs jelentősége**

A portált kidolgozó szakemberek az otthonápolási, gondozási megoldások fejlesztése terén elsőként felmérték, és elemezték a jelenleg tapasztalható, fent említett hiányosságokat, majd olyan megoldásokat kerestek, amelyek nem rónak plusz anyagi terhet sem a családra, sem a gondozottakra. Így rajzolódott ki a portál két fő aspektusa: az oktatófilmek bázisa és az online tanácsadási felület. A prioritásokat az MMSz saját tapasztalatai, saját intézményi rendszeréből származó információk alapján dolgozták ki. Tájékozódva a kínálatról e téren, megállapították, hogy komplex és ilyen terjedelmű portál nem létezik hazánkban, sőt Közép-Európában sem: minőségi és szakmailag megalapozott oktató filmek nincsenek, nagyon kevés a laikus nyelvezeten megfogalmazott konkrét útmutatás, a dietetikai tanácsadás többnyire pénzért működik, költsége magas, hiánycikk a jogi tanácsadás és gondozási tanácsadás is.

### **A portál mentálhigiénés jelentősége - az internetes szemléletformálás szerepe**

A mentálhigiéné a lelki egészség kialakítására, védelmére irányuló egyéni és társadalmi szintű erőfeszítések összessége, mely főként különböző egészségfejlesztő tevékenységekben, a prevencióban, és a rehabilitációban ölt testet. A lelki egészséget és fenntartását nem csak a személyiségfaktorok, hanem a környezeti és az érzékelhető környezeten túli elemek egyaránt befolyásolják (Tomcsányi 2003: 18-20). Egyén és társadalom egészsége szoros interakcióban alakul: ha a társadalom biztosítani tudja, hogy tagjai lelki egészségben éljenek, egyúttal

megteremti az egyének társadalomért való hasznos munkálkodásának lehetőségét is (Tomcsányi 2003: 23). Buda Béla szerint a társadalmi mentálhigiéné legfontosabb, intézmények és szervezetek tevékenysége által megvalósuló programjai a következő területeken valósulnak meg (Buda 1995: 8):

- az emberi személyiség fejlődésének elősegítése,
- a személyiség rendszerállapotának, kibontakozásának segítése,
- a kapcsolatok kulturáltságának fokozása,
- a kapcsolathálózatok kommunikációs és interakciós viszonyainak fokozott humanizálása,
- a személyiség társadalmi participációjának kulturáltsága és motiváltsága,
- a segítség, tolerancia, pluralizmus gyakorlatának kialakítása a kirekesztettekkel és hátrányos helyzetben lévőkkel szemben.

A fentiekből következik, hogy az egyéni és társadalmi szintű mentálhigiéné kialakításában nem csak az egészségügynek, hanem a politikai, jogi, vallási, szociális, oktatási, kulturális szférának is nagy jelentősége van. A társadalmi mentálhigiéné megvalósításában jelentős szerepet vállalnak a civil szervezetek. A médiában számos, gyakran nagyon eltérő jellegű lelki segítséget nyújtó program létezik. Ez egyrészt mutatja a lelki támaszra való igény nagyságát, másrészt a kínálat sokféleségét; és megjeleníti a közvetített értékrendek különbözőségét is. A tömegkommunikációs eszközök óriási távlatokat rejtenek a széles körű szemléletformálás terén, de ártó és építő hatást egyaránt fejthetnek ki. A médiák képesek például olyan pozitív magatartásminták közzétételére, amelyek a fiatalok személyiségébe beépülve segítik őket a lelki egészség kialakításában (Domján 2003: 274). Az életvezetési, mentális problémákkal küszködők, vagy a személyiségüket fejleszteni vágyók egyre több ún. alternatív nézeteket képviselő csatornára bukkanhatnak a médiában. A krízisben lévő, vagy labilis személyiségű emberek tömegesen válhatnak a megfelelő szakmai háttérrel nem rendelkező oldalak áldozataivá (Domján 2003: 287). Ezért egyre égetőbb feladat olyan fórumokat teremteni, amelyek professzionális mentálhigiénés szemlélettel, társadalmat építő értékeket képviselnek.

A WebNővér portál egyik innovációs jelentősége, hogy a lélekápolást komplex rendszerbe ágyazza, nem "elszeparáltan", hanem a fizikai gondozástól elválaszthatatlan valóságként közvetíti. A mentálhigiénés szemléletben test, lélek, és szellem egységét képviseli. A laikus

segítők segítségét kívánja megvalósítani: közérthető nyelven törekszik lelki egészség-védő ismeretek átadására, a segítő kapcsolatban felmerülő problémákra, kihívásokra fókuszálva. Teret ad a tágabb értelemben vett (vallásosságtól független) spiritualitásnak, és a vallásos szemléletnek is, a keresztény értékeket ökumenikus szemléletben kívánja közvetíteni. A lelki támasz rovat alapvető célja segíteni a megterhelt laikus segítőket belső erőforrásaik megtalálásában, mobilizálásában; támaszt nyújtani számukra a határhelyzetekben: az élet nagy kérdéseivel való szembesüléskor és az értelemkeresés útján; közvetíteni számukra a vallásban, spiritualításban rejlő forrásokat; előmozdítani az egészséges, életadó kapcsolati kultúrát; töltekezést nyújtani pl. a művészet által; fórumot biztosítani a megosztásra - élő, személyes tapasztalatokat közvetíteni az interjúkkal.

A portálon a lelki egészségvédelemben hangsúlyos szerepet kap a segítő szerep fejlesztése, a kiégés megelőzése, valamint a spiritualitás, mint egészségvédő faktor.

A laikus, otthoni betegápolók a sokoldalú, gyakran erejüket felülmúló kihívások, és a nagy megterheltség miatt fontos burnout rizikócsoporthoz tartoznak. A prevenció nem csupán saját egészségük megőrzése miatt lényeges, hanem azért is, mert ha a kiégés áldozataivá válnak, az általuk végzett otthoni ápolásban a jelenlegi ellátórendszer nem tudja pótolni a munkájukat. A WebNővér portál sokoldalú szolgáltatásával a prevenció egyik hatékony eszköze lehet körükben.

## **7.2. Interdiszciplináris szakmai együttműködés**

### **Pilot-projekt az egészségügyi és szociális szektor összehangolására Franciaországban**

Franciaországban mintegy 14,3 millió a 60 éven felüliek száma (23,1%), s ebből 1,5 millió fő ápolásra szorul (INSÉE 2011), ami az egészségbiztosítási rendszernek óriási kiadást jelent. Az egészségbiztosítás jövőjével foglalkozó tanács 2011-es beszámolója szerint az egészségbiztosítási kiadások csökkentéséhez nagymértékben hozzájárulna az ápolást biztosító rendszer és az egészségügyi, valamint a szociális szektor koordinálásának javítása (HCAAM) (RP<sup>36</sup> 26.).

---

<sup>36</sup> Ennél a dokumentumnál a számok a dokumentum pontjait jelentik, az oldalszámot ".o" jelöli



Ezért 2012-ben elindítottak egy pilot-projektet, amely az ellátás hiányosságaira fókuszálva proaktív és kooperatív szemlélettel kívánja megújítani a tartós idősgondozást. A projekt központi eleme a számos, egymást sok helyütt átfedő, ám izolált egészségügyi és szociális szolgáltatás összehangolása egy kooperációs team-rendszer valamint hálózat létrehozásával, növelve ezáltal a tartós idősgondozás minőségét, hatékonyságát és gazdaságosságát. Az ápolási kínálat fejlesztésével, javításával kapcsolatos lehetőségek tükrében kidolgozott új stratégiák célja az egyéneket tekintve nem pusztán a megfelelő ápolás és segítségnyújtás jobb minősége, hanem ezáltal az idősök, és segítők életminőségének javítása is (RP 10.). A legfontosabb pilot-modell az Egyéni Egészségterv (PPS), melynek fő célja az idősök autonómiájának minél hosszabb távú megőrzése, valamint a tartós gondozásban részt vevő számos szakember munkájának koordinálása.

A műhelyekben együtt dolgoztak egészségügyi és szociális intézmények, egészségügyi hálózatok, házi segítségnyújtást végzők, szociális szakemberek, alapítványok, irodák, vállalatok (RP 30). Az elemzések, valamint az egyéni egészségtervek kivitelezésével kapcsolatos gyakorlati tapasztalatok felszínre hozták a különböző szolgáltatások összehangolása kapcsán felmerült kérdéseket. Ezek nyomán a bizottság öt irányvonal mentén határozta meg a megvalósítandó feladatokat: 1. a koordináció kiépítése az egészségügyi, szociális szektorok között, valamint területi szinten, 2. a gondozásba vétel javítása, és az egyes ellátási formák közötti átjárhatóság biztosítása, 3. megfelelő információs rendszer használata az információáramlás biztosításához, 4. az ellátás folyamatszemplétű alakítása az önállóság megőrzésének optikájában (ennek érdekében megfelelő dokumentumok biztosítása, valamint a szakemberek képzése és továbbképzése), 5. eszköztár a megvalósításhoz, hogy a pilot projektek bevezetését megalapozzák (RP 39.). Az alábbiakban a pilot-bizottság 2013-as, értékelő dokumentumában megjelenő alapvető problémákat foglaljuk össze (RP).<sup>37</sup>

## **Alapvető problémák és megvalósítandó feladatok**

### **A) Koordináció**

#### **Az idősök szükségleteinek meghatározása**

Az önállóság elvesztése által fenyegetett idősök fogalma itt a 75 év feletti még önálló személyekre vonatkozik (WHO). A 75+ személyek 85 %-a legalább egy betegségtől szenved,

<sup>37</sup> Az Egyéni Egészségterv pilot-modell működését a dolgozat második részében, az innovációs jó példák között ismeretem.

57% tartós megbetegedéstől, 29% legalább egy szív- és érrendszeri problémától, 33% került legalább egyszer kórházba 2010 folyamán (köztük 44% sürgősségi ellátást igényelt), átlag 12 napra (CNAMTS). A négy fő hospitalizálási rizikófaktor: a gyógyszerproblémák, az alultápláltság, a depresszió, és az elesés. Mindezek sokszor szervi problémákkal társulnak, de részben megelőzhetőek a diagnosztika és terápiák javítása, a betegek terápiás nevelése, és a szakemberek munkájának jobb koordinálása révén (RP 38.).

Az ellátórendszer gyakran nem a hosszú távú szükségletekre, hanem csak az éppen aktuális problémára koncentrál. A hosszú távú egészségterv megvalósításának folyamatában a páciens kívánalmait szem előtt kell tartani, aktív partnerként kell tekinteni a páciensre. (PPS; RP 43.)

**Az idős ember autonómiájának és szabadságának tisztelete jelenleg döntő többségben nem biztosított az ellátások igénybevételénél.** Az idős beteg több szempontból erősen kiszolgáltatott: önkifejezése gyakran gátolt, érdekeit nehezen érvényesíti. Biztosítani kellene mindenki számára képességeihez mérten a szabad döntések lehetőségét, megadva ehhez a szükséges, személyre szabott segítséget: pl. információk, támogatás a döntésben. Ide tartozik a beteggel folyamatos kapcsolatban levő gondozók szabad megválasztása valamint a szabad döntés a kezeléseket/ szociális ellátásokat és azok formáit illetően. Kevés idős részesül ún. terápiás oktatásban, amely által önmaga is aktívan gyakorolhatná a prevenciót, és az önállóság megőrzésének felelősségét.

**Az ellátásban az idősek gondozásának sajátosságai miatt hangsúlyosabb szerepet kellene kapnia a személyességnek.**

A házi orvosok ritkán tudják otthonukban nyugodtan felkeresni az időseket, az ápolók és szociális gondozók túlterheltek, rövid időt tudnak az idősekkel tölteni. Egy „referencia-személy” biztosítása lehetővé tenné, hogy a személyre szabott gondoskodás megvalósulását ellenőrizni lehessen. A francia projektekből erre a szerepre a házi orvost, vagy egy diplomás ápolót javasolnak, aki egyúttal az egyéni gondozási terv felelőse is. (RP 56.)

Kérdés, hogy a referencia személy számára hogyan biztosítható elegendő idő az időssel való személyes törődésre?

### **Segítség a megfelelő időben**

**Az idős betegek gyakran nem részesülnek a megfelelő gondozásban, nem érik el az optimális egészségügyi vagy szociális szolgáltatásokat, ezért az elsődleges feladat az**

**idősek megfelelő folyamatos kísérése, hogy a megfelelő időben, a megfelelő szakemberektől kaphassanak segítséget. (RP 36.)**

Ez megköveteli a folyamat-szemléletet, melyben a tartós gondozás szereplői nem izoláltak, hanem aktív együttműködésben végzik munkájukat. Ezt a jelenlegi gyakorlatban számos tényező akadályozza:

- A problémák nem megfelelő azonosítása

A gondozás folyamatában mindvégig szem előtt kellene tartani a szubszidiaritás és a fokozatosság elvét, a problémákat azon a szinten kezelve, ahol valós megoldást várhat a segítségre szoruló személy. Ezáltal megelőzhetnénk a problémák súlyosbodását és lehetővé tennénk, hogy az idősek a lehető legtovább otthonukban maradhassanak - csak abban az esetben kerüljenek kórházba, amikor ápolástechnikai és kompetencia okokból ez valóban szükséges (RP 36.).

**A preventív szemlélet** megvalósításához szükség lenne az állapot intenzív követésére a változások, állapotromlás időbeni felismeréséhez, folyamatos szakmai kapcsolatra és konzultációkra az érintett szakemberek között, intenzív kapcsolattartásra a hozzátartozókkal. Mindez sok időbe kerül, és sok plusz feladatot ró a szakemberekre. Felvetődik a kérdés, hogy a szakember állomány növelése nélkül hogyan teljesíthető az aktív prevenció.

- Információhiány

A különböző szakterületen dolgozók gyakran nem ismerik más szakterületek kompetenciáit, ennek következtében nem tudják gyakorolni a szubszidiaritás elvét - maguk próbálnak kezelni olyan problémákat, amelyhez nincsenek meg a megfelelő eszközeik. Szükség lenne olyan adatbázisra, amely az egyes szakterületek számára elérhetővé teszi, rendszerezi a többi szakterülettel, szakemberrel kapcsolatos információkat (RP 148.)

- Információátadás hiánya

Az idősek gondozásában számos "szereplő" vesz részt, de koordinálásuk az egyes szektorokon belül (város, egészségügyi intézmények, szociális terület) valamint a szektorok között is hiányzik (RP 13.). Az információáramlás hiányosságaiából fakadóan az ellátás folyamatossága gyakran megtörik, az idősek nem jutnak hozzá a megfelelő vizsgálatokhoz, stb. (RP 51.)

- Idő és szakember hiány, megfelelő munka-elosztás hiánya

Az adminisztrációs terhek jelentős mértékben nehezítik a munkát; a házi látogatások sok időt igényelnek; az ápolók pedig ellátnak olyan feladatokat is, amelyeket a házi gondozók is el tudnának végezni (RP 45.).

### **Klinikai és területi koordináció**

A pilot-bizottság ezért javasolja az idősgondozásban dolgozó szakemberek munkájának kísérését, koordinálását: párhuzamosan helyi szinten, egészségügyi és szociális intézményekben és e három terület között is. A cél az, hogy az egészségmegőrzés útján a lehető leghamarabb, a legközelebbi szakembert mozgósítsák, ezért a bizottság klinikai koordináció létrehozását javasolja a kezelőorvos, egy ápoló, gyógyszerész, és esetleg egy masszőr-kineziológus vagy egyéb szakember részvételével. Lényeges, hogy valamennyi szakembert az idős személy válassza meg. Mindnyájan szoros kapcsolatban legyenek az időssel, vagy, önállósága elvesztése után a hozzátartozóival, hogy probléma esetén mielőbb megfelelő segítséget nyújthassanak. (RP 53., 63.) A klinikai koordináció mellett egy szélesebb mezőt lefedő, területi koordináció is szükséges, amely a már meglévő struktúrákra épülve, az egészségügyi és szociális szférát összekapcsolva valamennyi szakember munkáját megkönnyítené. (RP 64., 65.) A területi koordináció biztosítaná (RP 68):

- internetről elérhető, folyamatosan frissített információk a beteg és a segítők részére
- szakemberek részére: friss információk, elérhető szolgáltatásokkal kapcsolatos útmutató; átfogó adminisztráció; kiegészítő szolgáltatások közvetítése (pl. terápiás oktatás a hospitalizálási rizikófaktorokkal kapcsolatosan; dietetikusok, pszichés gondozás)
- szükség esetén intenzív geriátriai követés (pl. egyéni egészségterv) megszervezése
- pszichiátriai, palliatív, otthoni betegellátás megszervezése
- kapcsolattartás a kórházakkal (sürgősségi ellátás esetén információ szolgáltatása a kórháznak, kórházból való kikerülés megszervezése: megfelelő feltételek biztosítása a hazaérkezéshez).

Az összehangolt irányítást megnehezíti, hogy a koordinálás különböző szervei legtöbbször eltérő helyeken vannak, és sokféle, eltérő finanszírozási és kormányzási logikának kell megfelelniük (TB, állam, egészségügyi szervek...), A finanszírozás módozatai pedig nem

sarkallják koordinációs működésre az egészségügyi ellátást nyújtókat (pl. tarifák műveletek szerint) (RP 51.).

### **A megfelelő koordináció megvalósításának feltételei:**

- egyéni egészségterv (PPS), melynek kivitelezése közös team-munka (RP 71.),
- szakemberek képzése: egységes nemzeti, de területekhez is adaptált képzés az egyéni egészségterv tükrében (RP. 79.), tapasztalatokon alapuló folyamatos továbbképzés (RP 80.),
- az ellátás folyamatosságának biztosítása végett az otthonápolási szolgálatok megerősítése: problémák megfelelő észlelése, jelzése, követése; anyagi források biztosítása (RP 81-85.),
- megfelelő adatrögzítő programok ismerete, használata,
- a koordináció finanszírozása (RP 87.).

### **B) Az intézményi ellátás javítása, az ellátási formák közötti átjárhatóság biztosítása**

Az intézményi ellátás javításában a legfontosabb kívánalom, hogy az egészségügyi és szociális ellátás az idősök speciális szükségleteihez alkalmazkodva geriátriai szemléletű legyen, az alkalmazandó pozitív előírások figyelembevételével (RP 99.) - pl. káros gyógyszer mellékhatások kiküszöbölése, nem megfelelő kórházi kezelések negatív hatásainak csökkentése (RP 116,117.). A különböző ellátási formák igénybevételének koordinálása, az átjárhatóság biztosítása elengedhetetlen.

A sürgősségi ellátás minőségének javítása érdekében a beteg geriátriai gondozásba vétele javasolt (RP 122.), és elengedhetetlen a kórház elhagyásának megszervezése, hogy a különböző szolgáltatások összehangoltan és zökkenőmentesen biztosítsák a beteg további, otthoni gondozását (RP 124.) Ennek érdekében a tartós gondozásban részt vevő valamennyi szakembert érintő protokollok megtervezése szükséges (RP 129.) A hospitalizálás elkerülése végett valamennyi szakember felelősen gyakorolja saját kompetenciáját, részt vállalva a prevenció aktív megvalósításában, valamint a terápiás oktatásban, amellyel az újbóli kórházba kerülés megakadályozható (RP 133.).

A kórház elhagyásának előkészítése gyakran nem megoldott – nem valósul meg a lépcsőzetesség, a házi ápolási szolgálatok bevonása, nincsen stratégia az újabb hospitalizáció elkerülésére. A megfelelő otthoni körülmények biztosítása sem megoldott a rehabilitáció idejére. Itt is elsődleges feladat az információ áramlás elősegítése (RP 124.).

A bentlakásos intézményekben sem biztosított az információáramlás, valamint az intézmények közötti átjárhatóság. Az egészségügyi intézményeknek lehetővé kellene tenniük az otthonok számára, hogy azok kihasználhassák speciális kompetenciájukat: pl. geriátria, pszichiátria, palliatív gondozás, stb. (RP 133.)

**C) A gondozottak megfelelő követése az egészségmegőrzés-tervekben szükségessé teszi a megfelelő koordinációs, informatikai, operációs rendszerek telepítését.**

A bizottság javasolja, hogy használjanak az egészségügyben és a szociális szférában azonos "naptárat", és titkosított üzenő rendszert. Ez lehetővé tenné többek között, hogy a tervet kísérők hozzáférjenek az orvosi dokumentációkhoz. (RP 148., 149.) Felvetődik azonban a kérdés az orvosi információk szociális szférával való megoszthatóságáról. Szükségessé válik a törvényi szabályozás, a megosztáshoz hozzáférő csoport lehatároltsága, a rendszer használatának feltételekhez kötése, a szabályok szigorú követése (RP 168, 169.). Másik probléma, hogy az informatikai háttér biztosítása jelentős anyagi forrásokat kíván. A rendszer működtetéséhez szükséges a képzettség, a folyamatosan elérhető internetkapcsolat a munkahelyeken, valamint a különböző rögzítendő dokumentumok kompatibilitásának biztosítása. (RP 180-182.)

**D) A jól követhető, multidiszciplináris kliens-követés feltételei**

Minél több szakmai szereplője van az ellátásnak, annál fontosabbá válik a pontos, világos, naprakész adatrögzítés. A team-munka áttekinthető dokumentumrendszert és "közös nyelvezetet" kíván meg.

**Egységes, valamennyi résztvevő által könnyen értelmezhető dokumentumok létrehozása (RP 187):**

A prevenció, és terápiás folyamatot összegző dokumentumok – pl. egyéni egészségterv – ismerete, megfelelő használata elengedhetetlen a közös munkához. Ehhez ki kell dolgozni a használatukhoz szükséges egységes eszköztárat – probléma feltárási protokoll, stratégiák, stb. A legfontosabb egységes dokumentumtípusok:

- orvosi összefoglaló dokumentum
- sürgősségi ellátáskor használandó információk összegzése
- kórházi ellátást összegző dokumentum

- egyéni egészségterv

Mivel információkat hordoznak a szakemberek között, a dokumentumok frissítése elengedhetetlen, emellett nagyon fontos a világos megfogalmazás, áttekinthetőség is. A dokumentációnak egységes rendszeren kell alapulnia, amelyet az érintett szakembereknek el kell sajátítaniuk. A bizottság szerint szervezni kell olyan képzést a folyamatos képzési rendszeren belül, amely folyamatosan segíti a szakembereket a felkínált modell elsajátításában, a dokumentumok megfelelő kezelésében. Mivel információkat hordoznak a szakemberek között, a dokumentumok frissítése elengedhetetlen, emellett nagyon fontos a világos megfogalmazás, áttekinthetőség is. A dokumentációnak egységes rendszeren kell alapulnia, amelyet az érintett szakembereknek el kell sajátítaniuk. A bizottság szerint szervezni kell olyan képzést a folyamatos képzési rendszeren belül, amely folyamatosan segíti a szakembereket a felkínált modell elsajátításában, a dokumentumok megfelelő kezelésében.

### **Képzés**

**A szemléletváltáshoz és az új típusú, integrált team-ben való munkához speciális képzés, és továbbképzés szükséges. (RP 79, 80.)**

A szükséges továbbképzés fő pillérei (RP 25-26.o.):

- a hospitalizáció rizikófaktorai
- az idős terápia nevelése
- gyógyszerelés időskorban
- szakemberek közötti koordináció
- a város (önkormányzatok) és a kórház kapcsolatának optimalizálása
- informatikai eszközök és programok ismerete, használata
- összefoglaló terv-dokumentumok kiállítása.

A folyamatos továbbképzésben a tartós gondozásban részt vevő valamennyi szakembernek részesülnie kell (RP 189.).

### **E) A pilot projektek hatékonyságának mérése**

A pilot-projektek széleskörű alkalmazásának feltétele az eredmények elemzése. Három indikátor mutatja, hogy a projektek valóban hatással lesznek-e az *idősek egészségi állapotára, valamint életminőségére* (RP 206.):

- hospitalizáció
- egészségügyi szakemberek segítségének igénylése
- gyógyszerfogyasztás

A *kórházi ellátás minőségét* mérő eszközök meghatározása is lényeges. Az anyagi terheket, *finanszírozást* rögzítő statisztikák mutathatják a projektek gazdaságosságát (RP 208, 209), de ezek mellett fontos az *elégedettség mérése* mind az idős emberek, mind pedig a szakemberek körében (RP 210.).

## **Reflexió**

Az egészségügyi és szociális szektor összehangolása nem csupán az idősök hatékonyabb és minőségi gondozásának feltétele, jelentős szerepe van az egészségügyi és szociális kiadások együttes csökkentésében is. A jelenlegi ellátórendszer nem tudja biztosítani az ellátás megfelelő minőségét, hiszen nem tudja kielégíteni a gondozottak igényeit, ugyanakkor felesleges terheket ró a szakemberekre, akik gyakran nem a kompetenciájuknak megfelelően vesznek részt a gondozási folyamatban, és az együttműködés hiánya miatt egymást átfedő feladatokat végeznek el. A pilot-modellek háttérben levő fő koordinációs problémák gyökerét az egységes, szakmailag folyamatosan frissített gondozási terv hiánya; az információáramlás hiánya, és az abból fakadó félreértések szakemberek és kliensek között; valamint a multidiszciplináris továbbképzés hiánya, és a kompetenciának nem megfelelő munkavégzés jelentette. Az együttműködés megújítása mellett a reflexiók központi eleme a gondozottak, valamint a gondozási folyamatban részt vevők életminőségének javítása. A preventív szemlélettel kifejlesztett, intenzív team-munkát igénylő egyéni egészségterv a tartós idősgondozás megfelelő koordinálásának egyik alapvető eszközévé válhat. A folyamatos monitorozás által kapott eredményeket a különböző koordinációs modellek fejlesztésébe és a finanszírozási tervekbe is integrálni tudják, amely előmozdítja a pilot-projektek országos kiterjesztését. A működési kultúra megváltoztatása azonban időbe telik, a szükségletekre adott válasz ezért szükségszerűen késleltetett. A projektek mielőbbi, általános bevezetése és alkalmazása jelentős forrásokat igényel, emellett a folyamatos továbbfejlesztés egy már generalizált modell esetében szintén anyagi korlátokba ütközhet. A munkacsoportok,



projekteken részt vevő intézmények, szakemberek biztosítását megnehezíti, hogy az egyes szektorok finanszírozása különböző forrásokból történik.

### **Egy hatékony eszköz a tartós gondozásban: Egyéni egészségterv - Plan personnalisé de santé (PPS), Franciaország**

A Haut Autorité de Santé (HAS) francia egészségügyi szervezet az Egészségügyi és Szociális Minisztérium kérésére dolgozta ki az egyéni egészségterv modellt, a 75 év feletti idős betegek hatékonyabb tartós gondozásához. A terv célja, hogy a gondozókat multidiszciplináris teamben gyűjtse össze, megteremtve a kollegiális (nem hierarchikus) együttműködés feltételeit. Az egészségtervet a páciens fizikai, pszichés, és szociális állapotának megfelelően állítják össze, és rendszeresen ellenőrzik, szükség esetén megváltoztatják. A modellt 2013 júliusában hozták nyilvánosságra, de az egészségügyi, szociális szakemberek visszajelzéseit integrálva bővítették: letölthető részletes használati útmutatót, egy jól követhető, lényegi összefoglaló dokumentumot, a PPS szükségességét felmérő kérdőívet, üres PPS kartonsablont, és egy kitöltött minta-sablont is mellékeltek hozzá. További fejlesztési terv (Mode d'emploi 2014, 5.) a modell technikai-informatikai kiterjesztése, hogy a személyes, számítógépen hozzáférhető egészségügyi dokumentációba illeszthető legyen, valamint olyan útmutató jegyzetek kidolgozása, melyek elősegítik az ellenőrző listában szereplő problémák komplex kezelését.

*A modellalkotás folyamata (ME PPS 2014, 6.):*

Vizsgálat - célmeghatározás - tervezés - monitorozás - revízió.

A vizsgálat mindenekelőtt a páciens fizikai állapotának pontos meghatározását, az alkalmazott terápiák tisztázását, az esetleges problémák feltárását, a szociális helyzet felmérését jelenti. A felmérés még nem jelent cselekvést - a szakemberek felhívják a figyelmet a hatékonyabb megvalósításra, és a tervek monitorozásának szükségességére. A tervet az ápolás-gondozás, házi segítségnyújtás, terápiás kísérés folyamán valósítják meg. Körfolyamatról van szó, a tervezés - megvalósítás - értékelés - újratervezés lépései folyamatos dinamizmusban zajlanak. Amikor lehetséges, magát az érintett személyt, vagy legközelebbi segítőtjét buzdítják a tervezett lépések megvalósítására. A tervet minimum évente felülvizsgálják, de a páciens

körülményeinek, vagy állapotának megváltozása, a gondozó csoport összetételének változása esetén is újraértékelik.

*Az egészségterv kialakításának 10 kulcspontja (ME PPS 2014,7.):*

1. A koordinátor kiválasztása (legyen könnyen elérhető)
2. A problémák meghatározása az egészségi, pszichés, és szociális adottságok figyelembevételével
3. Prioritások, beavatkozások meghatározása
4. A páciens preferenciáinak, elvárásainak rögzítése, figyelembevétele
5. Megegyezés a pácienssel a közös célokat illetően
6. A meghatározott céloknak megfelelő beavatkozások megtervezése
7. A beavatkozásokat végrehajtó személyek kijelölése
8. A folyamat és az eredmények értékelési kritériumainak meghatározása
9. Az értékelés, revízió időpontjának meghatározása (a PPS követése egészen az azonosított problémák megoldásáig a következő folyamatot jelenti: tervezés - kivitelezés - tervezés)
10. Visszajelzési protokoll rögzítése felmerülő problémák esetére, vagy ha a terv megvalósítása nehézségekbe ütközne (támaszkodva a páciens környezetére, a segítőkre, a házi segítségnyújtásban dolgozókra).

## Le plan personnalisé de santé (PPS) en 10 points clés



Forrás: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1680745/fr/le-plan-personnalise-de-sante-un-outil-pour-un-parcours-de-soins-coordonne-du-patient-age-fragile](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1680745/fr/le-plan-personnalise-de-sante-un-outil-pour-un-parcours-de-soins-coordonne-du-patient-age-fragile) 2014.06.20.

Az egészségterv szereplői (ME PPS 2014, 8-9.)

### 1. A páciens

Preferenciáit és az aktuális állapotából fakadó prioritásokat rendszeresen, strukturáltan rögzíteni kell, és a terv kiépítésénél figyelembe kell venni.

Preferenciák: a személy számára fontos értékek köre - pl. önállóság megőrzése, otthon maradni, kórházi kezelés elutasítása, stb.

Prioritások: a beteg által legfontosabbnak tartott betegségek. Előfordulhat, hogy ez nem egyezik meg az ápolók által meghatározott prioritással. Figyelembe vétele az egészségterv sikerességének egyik feltétele - az egészségtervben mindig első számú problémaként szerepel.

## 2. A segítő

Mindig a páciens társaként cselekszik, csak abban az esetben intézkedik egyedül, ha a személy nem képes kifejezni preferenciáit, vagy prioritásait.

## 3. Szakemberek

- Kezelőorvos

Csak az ő részvételével kezdeményezhető, valósítható meg és ellenőrizhető az egészségterv. Ő a felelős a terv megvalósításáért, de szükség esetén más szakembereket, szakorvosokat is bevonhat a folyamatba. A terv kidolgozásának, megvalósításának folyamatához megfelelő kompetenciával bíró egészségügyi, gondozói, szociális szakembereket hív maga mellé.

- További munkatársak:

Diplomás ápoló, gyógyszerész, kineziológus, koordinátor.

## 4. Az egészségterv referense

Feladata a terv követése. Ezt a feladatot alapvetően a kezelőorvos látja el, de ha ő nem vállalja, delegálhatja más szakembernek.

A referens funkciói:

- A személy prioritásainak rögzítése.

- Az egészségügyi és szociális állapotra vonatkozó információk összegyűjtése a problémameghatározás céljából.

- Telefonos vagy személyes team-összejövetelek megszervezése, melyek a terv felépítéséhez szükségesek.

- Megállapodás a pácienssel, és környezetével a közös célokat illetően.

- A folyamat lépcsőfokainak kitűzése dátum szerint - a megvalósítás szerint módosítható, pontosítható.

- A terv hatékonyságának ellenőrzése.

- Probléma, nehézség esetén visszajelzések fogadása, új egyeztetés vezetése a terv szükséges megújítása esetén.

*Konkrét folyamat-lépések (ME PPS 2014, 10-12.)*

- A nehézségben levő személyek felderítése: kezdeményezheti orvos, ápoló, de családtag is.

- A meghatározott problémák osztályozása, besorolása - előre meghatározott ellenőrző lista szerint, mely a lehetséges megoldásokat is tartalmazza.

- A problémák megoldása - több szakember részvételével, a beavatkozások pontos leírásával: a terv kialakítása nem az egyes szakemberek javaslatainak összegzése, hanem csoportmunka eredménye. A csoportmunka módját az érintett szakemberek határozzák meg: virtuális, vagy személyes találkozások, összejövétel a beteg otthonában, vagy a munkahelyen, egy-egy eset szűk körű megbeszélése, vagy hosszabb esetmegbeszélés szélesebb körben.

A megbeszéléseken a szakemberek:

- megegyeznek a célokat illetően,
- meghatározzák a stratégiát, az egyes lépések felelőseit,
- megállapítják, szükség van-e terápiás oktatásra (ritka idős betegek esetében),
- kidolgozzák az értékelés szempontjait.

Minden szakember kompetenciájának megfelelően vesz részt a folyamatban. Az együttműködésben kerülnek a kettős cselekvéseket.

A folyamat kitűzött lépései lehetővé teszik, hogy a referens könnyen kövesse a megvalósítást, ellenőrizze a célok elérését, s hogy a terv megfelel-e a páciens igényeinek. A folyamatos követés megkönnyíti a revíziót, a célok és a stratégia újrafogalmazását.

Az egészségtervet átnyújtják a páciensnek, hogy magával vihesse a vizsgálatokra, vagy kórházi kezelésekre, de folyamatosan elérhető az ápolást végző személyek számára is.

Hazánkban, a szociális ellátórendszerben használunk hasonló eszközt: az *egyéni gondozási tervet* (1/2000. SzCsM rendelet, 9.§.), mely biztosítja a pácienssel foglalkozó személyzet munkájának összehangolását. Egy dokumentumban rögzítve a betegre vonatkozó összes információt, a francia PPS modell komplexebb rendszer, mely egységes ellenőrző lista alapján pontos probléma-azonosítást, kezelést, és szigorú monitorozást tesz lehetővé a háziorvos felügyelete alatt. A PPS karton különösen tartós otthonápolás igénybevétele esetén lehet nagyon hasznos, megkönnyítve a beteggel foglalkozó szakemberek közötti közvetlen információáramlást.

### **7.3. Innovatív környezet és önállóság**

**7.3.1. A magyar "Idősbarát Otthon" projekt (IO)** célja a saját környezetben való önálló életvitel megőrzése a lehető legtovább. Az akadálymentesítés az aktív életvitel előmozdítását, ilyen módon a társadalmi integrációt is elősegíti, emellett az elesések kockázatának csökkentésével elkerülhető a törések miatt bekövetkező gyors állapotromlás okozta intézményi elhelyezés.

A projekt két hullámban valósult meg:

- 2003-2005: pilot programként, a Magyar Máltai Szeretetszolgálat és az állam finanszírozásában 60 lakás akadálymentesítésére került sor olyan 75 éves, vagy idősebb személyek körében, akik legalább egy gondozási formát igénybevettek a következők közül: házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, családtag általi gondozás. Lényeges szempont volt, hogy a lakás átalakítása mindenképpen jobbat tegyen életminőséget lehetővé, és praktikusabb ellátást.

A pilot program idején után-követéses vizsgálatot végeztek, mely bebizonyította, hogy az akadálymentesítés következtében az esések száma lényegesen csökkent.

- 2009: a célcsoportot a magyar helyzetre jellemző rossz egészségi állapot miatt 65 éven felüliekre változtatták, valamint csak azok kerülhettek a mintába, akik valamely formális segítségnyújtást igénybe vették - tehát az informális gondozásban, családi segítségnyújtásban részesülők nem. Ebben a szakaszban állami finanszírozással 706 háztartás akadálymentesítése történt meg.

- 2011 óta az első két hullám sikerére való tekintettel Nyugat-Magyarországon 5-11 háztartás átalakítására kerül sor.

#### **A modell innovációs kvalitásai:**

- aktuális társadalmi kihívásra válaszol,
- az adott kulturális közegben javasol változtatásokat, helyi alkalmazással,
- a szociális szolgáltatás részére új lehetőségeket nyit meg,
- a technológia és szociális innováció összekapcsolását szolgálja,
- előmozdítja a különböző szolgáltatók közötti együttműködést,
- a multidiszciplináris munka megvalósul a projektben (az átervezés különböző szakemberek közös gondolkodásának eredménye),
- a felhasználók szükségletei határozzák meg a beavatkozást,
- a projektben részt vevők megállapodást kötnek, közös munkában köteleződnek el,
- a struktúrát, megvalósítást, működést dokumentáló anyag hozzáférhető.

**A model SWOT analízise:**

**Erőssége** mindenképp előtt kétségtelenül a *prevencióban rejlő költséghatékonyság*: hiszen az esések számának csökkentésével az egészségügyi rendszer költségei, és az intézményi ellátás költségei is megtakaríthatóak. Szintén erőssége a társadalmi integráció elősegítése, hiszen az Idősbarát Otthon projektben részt vevők lehetőséget kaptak arra, hogy saját környezetükben maradva, a lehető legtávolabb megőrizték önállóságukat. a megszokott közegben a kapcsolatháló megtartása is könnyebbé válik.

**Gyengesége** a finanszírozási nehézség - a lakások átalakítása költséges, az állami költségvetés forrásai szűkösek, nehéz egyéb támogatást találni.

**Kihívások:** az egyik legfontosabb kihívás a helyi hatóságok meggyőzése a model költséghatékonyságáról, a prevenció megtérüléséről. Ebben szerepe lehet a médiának, különböző szociális szolgáltatóknak.

**A legfontosabb korlátok**, amelyekkel a modell kiterjesztése kapcsán szembe kell nézni:

- a gazdasági válság
- a politikai döntéshozók érdektelensége
- a felelősség áthárítása a tartós gondozási rendszerre, családra
- az anyagi források hiánya a megvalósításhoz.

*Az alapvető célkitűzés* az önálló életvitel megvalósításának elősegítése a lehető legtávolabb, az életminőség javításával. Az IO esetében ez mindig a saját, meglévő lakás átalakításával valósul meg. Az idős emberek számára egyre fontosabb a biztos pontot jelentő gyökerek ápolása, a megszokott környezet biztonságot ad, a kapcsolatháló megtartó erővel bír. Emellett a személyiség rugalmasságának csökkenésével az idős kevésbé képes teljesen új helyzetekhez alkalmazkodni.

*Célcsoport tekintetében* a 75+, 65+ idős, beteg korosztály, de azt mondhatjuk, hogy a modell áttételesen a szociális és egészségügyi rendszerre, valamint az informális gondozókra is hat, hiszen az egyéni baleseti prevencióval mindezek terheit is csökkenti.

*Az egyéni szükségletek tekintetbe vétele, a személyre szabott gondozást segíti elő, hiszen az autonómia megőrzéséhez szükséges lépéseket a személyes szükségletek felmérése, figyelembe vétele után tervezik meg.*

*Szociális szolgáltató rendszerrel való kapcsolat: az IO a régi strukturába ágyazódva annak megulási lehetőségét hordozza.*

*Fejlesztési lehetőségek az IO tekintetében: jó lenne elérhetővé tenni a lehetőséget krónikus betegséggel élők, különösen mozgáskorlátozottak, látássérültek számára, vagy fogyatékkal élő gyermeket nevelők részére is.*

Mivel a lakások átalakítása általában igen költséges, új finanszírozási formák felkutatása elengedhetetlen, ez azonban igaz a BM esetében is, hiszen a szolgáltatások bővítésének igénye, a növekvő számú felhasználó, és a szociális támogatásra szoruló rétegének szélesedése egyre nagyobb költségvetést fog eredményezni, amelynek következtében kérdésessé válik a hosszú távú fenntarthatóság.

Az Idősbarát Otthon projekt az idősök igényeinek, szükségleteinek megfelelő, aktív idősödést és társadalmi integrációt elősegítő tartós gondozás kiépítéséhez járul hozzá.

### **7.3.2. Minél tovább otthon maradni... - Otthoni ápolást támogató technikai újítások**

#### **Maison Bleue mintaház, Franciaország**

Egy 2012 márciusában végzett internetes felmérés szerint (Opignonway; minta: 1006, 18 évnél idősebb személy)10-ből 9 francia óhaja, hogy idős korában a lehető legtovább saját otthonában éljen - inkább a házukat alakítanák át, minthogy idősök otthonába költözzenek. Loir-et-Cher megyében, Blois-ban egyedülálló kezdeményezés látott napvilágot: megépítették a "Maison Bleue" mintaházat, amely bemutatja az önellátás idős betegeknek kifejlesztett, csúcstechnológiával megvalósított, innovatív formáit. A 65m<sup>2</sup>-es mintaházban mintegy 200 termék, és technikai újítás tekinthető meg a nagytól a számítógéppel vezérelt ház-automatizálást biztosító irányító rendszerig. A bemutatott megoldások három kategóriába sorolhatók:

- prevenciós eszközök: az esések, balesetek megelőzésére;
- technikai segítség a betegnek: innovációs technikai megoldások, melyek lehetővé teszik a fogyatékoságok kompenzálását és javítják az életfeltételeket;



- segítség a segítőknek: eszközök, megoldások, melyek megkönnyítik az ápolási feladatok elvégzését.

A ház tervezésénél az autonómia elvesztésének minden dimenzióját figyelembe vették, és megpróbálták kompenzálni olyan eszközökkel, amelyek biztonságot nyújtanak, és segítenek megőrizni a komfortot. Egyedülálló a speciális automata betegszállító készülék, mely egy könnyen kezelhető betegemelő és a lakás plafonján végigvonuló sín segítségével lehetővé teszi, hogy az önállóságát nagymértékben elveszített fekvőbeteg eljusson a fürdőszobába, vagy a toalettre.

A mintaház hivatása a termékbemutatáson felül egyénre szabott segítséget nyújtani mindazoknak, akik érintettek az otthoni ápolás-gondozás terén. Állandó tanácsadó áll az érdeklődő családok és gondozók rendelkezésére, segítve az igényfelmérést, és az adottságokhoz leginkább illeszkedő innovatív megoldások kiválasztását.

A helyszínen működő koordinációs iroda célja az érintett szakemberek munkájának összehangolása, az egészségügyi és szociális szektor összekapcsolása, a hivatalos eljárások egyszerűsítése, a gondozás folytonosságának biztosítása, a rendszer átláthatóságának növelése, a szükségleteknek megfelelő komplex megoldások felkínálása. Különös figyelmet fordítanak a mentális betegségben szenvedőkre, és azokra a személyekre, akik önállóságukat már nagymértékben elveszítették. Számukra egyedi kísérést, saját ügyvezetőt is ajánlanak.

A projekt által működtetett portálon (<http://www.lamaisonbleue41.fr/>) az érintettek, családtagok, professzionális segítők is megtalálhatják a legfontosabb információkat, termékeket. Virtuális sétát tehetnek a mintaházban: a berendezésekre kattintva megnézhetik a termékek alapadatait, információt kapnak működésükről, a beszerzési áráról, rövid videó anyag mutatja be néhány termék működését (pl. az érintőképernyős vezérlést).

Letölthető kis nyomtatványok segítik a ház megújítására vonatkozó ötletek megismerését a helyváltoztatás, tisztálkodás, ételkészítés - étkezés, bejárati megoldások, kikapcsolódás, kommunikáció témaköreiben.

**"Bien Vivre Senior" - Speciális webáruház, Franciaország**

<http://www.bienvivresenior.com/?gclid=CPaPuqyLi78CFfMgtAod0A0Aug>

A webáruházat működtető szakmai csapatot kineziológus, orvos, tervezőmérnök, minőségbiztosítási mérnök, sportszakember alkotja. Az oldalon található válogatott, minőségi,

részben saját fejlesztésű termékek anyagát, tartósságát, biztonságosságát saját laboratóriumban tesztelik. A szakmai csapat tagjai évek óta a gyakorlatban is foglalkoznak idősgondozással, így jól ismerik a felhasználók igényeit. Filozófiájuk: "A legfontosabb nem élni, hanem jól élni" (Platón).

A főként időseknek és fogyatékkal élőknek kifejlesztett segédeszközök csoportjai a portálon:

- Mindennapi élet: pl. gyógyszeradagolók, telefonok, órák, hangos kijelzős készülékek, infravörös jelzőrendszer (- különösen hasznos Alzheimer betegek esetében. Amint a beteg átlépi a láthatatlan korlátot, megszólal a riasztó. Alkalmazható látássérült betegek esetében is, veszélyes zónák jelölésére.).
- Helyváltogatás: rollátorok, járókeretek, bevásárlókocsik, kapaszkodók...
- Kényelem, jóllét: relaxációs fotelek, masszázskészülékek, légtisztítók, párnák, higiéniai termékek.
- Szabadidő, hobbi: sport, fitness, játékok, olvasás, rehabilitációs termékek, az olvasást/írást megkönnyítő eszközök.
- Fürdőszoba: minden, ami az önálló tisztálkodáshoz szükséges - kapaszkodók, csúszásgátlók, székek...
- Konyha: speciális evőeszközök, székek, csaptelepek...
- Szoba: ágyrácsok, ágy-asztalok, fekvőbetegek gondozásához szükséges eszközök (pl. speciális felfújható lavór, vagy víztárolós mosóedény fekvő személy fejének mosásához).

A webáruház a komplexitását, és a minőségbiztosítási rendszerét tekintve egyedülálló Franciaországban.

### **Innovatív riasztórendszer: a jelzőrendszeres segítségnyújtás továbbfejlesztése**

#### **Senioralert, Franciaország**

A klasszikus jelzőrendszeres segítségnyújtás feltétele, hogy a bajba jutott személy magával hordja, vagy elérje a riasztót, és olyan állapotban legyen, hogy képes legyen riasztójelzést leadni.

A meggyengült fizikai állapotú idősek gyakran esnek el otthonukban, ami az önállóság részleges vagy teljes elvesztésének veszélyét hordozva akár az intézményi elhelyezést is szükségessé teheti. Franciaországban évente kb. 9000 65 évnél idősebb személy hal meg elesés következtében - bár egyértelmű kauzalitás nem állapítható meg (PdC 2005, 5.) Az esés után megnő a további esések kockázata, a járás még bizonytalanabbá válik, gyakori a

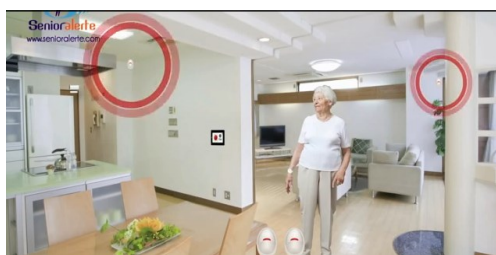
pszichomotoros gátoltság, az aktivitás csökken. Az elesés pszichés következményei is jelentősek: önbizalom elvesztése, szorongás. A következmények súlyossága összefügg a padlón töltött idővel (PdC 2005, 6.) Az esést követő autonómiavesztés is összefügg a padlón töltött idővel: 1 órát követően kb. 10%-os, 3 órát követően mintegy 30%-os, 6 órát követően 50%-os, 12 órát követően pedig már 70 %-os is lehet (BS, 2). Előfordul, hogy az önállóság elvesztése visszafordíthatatlan, egyenes utat jelentve a bentlakásos intézmények felé.



Forrás: <http://www.senioralerte.com/articles/presentation-senioralerte.html?play=ok>

Az esés nemcsak törékennyé teszi az idős embert, de félelmet is kelt benne, és elindítja a függőség spirálját. A klasszikus jelzőrendszer működésének feltétele a készülék hordása, illetve működtetése: a Senioralert adatai szerint viszont az idősek 50%-a nem hordja magánál a készüléket, és szintén 50%-uk nem képes jelzést leadni baleset esetén - így a hagyományos jelzőrendszer hatékonysága hozzávetőlegesen csupán 25%-os.

Az új típusú, ún. "aktív jelzőrendszer" esetében nincs szükség a készülék hordozására, és vészjelzés leadására sem. A rendszer egy központi adóvevőből, vezeték nélküli mozgásérzékelőkből, valamint a bejárati ajtó nyitás-zárás érzékelőjéből áll. A felszerelés nagyon egyszerű, és gyors.



Forrás: [www.senioralert.com](http://www.senioralert.com)

A rendszer éjjel-nappal folyamatosan rögzíti és elemzi a személy mozgását és aktivitását. Észlelt probléma esetén riasztást küld a megjelölt személynek - családtagnak, vagy gondozószolgálatnak. Segélyhívás akaratlagosan is indítható a készülék hívógombjával. A riasztást követően a beépített mikrofon és hangszóró segítségével a bajba jutott személy rögtön beszédkapcsolatba kerülhet a hívott féllel, anélkül, hogy a telefonját felemelné.

Éjszaka, ha a mozgásérzékelők a személy mozgását észlelik, automatikusan bekapcsolják az éjszakai világítást, hogy a személy problémamentesen felkelhessen, és közlekedni tudjon. A hordozható készülék segélyhívó gombja a házon kívül, kb. 100 méteres körzetben is működik. A felhasználó adatait, tevékenységét rögzítő, számítógépen, tableten, vagy okostelefonon elérhető oldal biztonságos: csak a hozzárendelt személyek tekinthetik át az eseménynaplót, csak ők képesek a beállítások megváltoztatására is. Bárhol biztonságosan követhetik a felügyelt személy tevékenységét, szükségleteit. A felhasználók személyes oldala lehetővé teszi a gondozószolgálatokkal való online kapcsolattartást is.

A szobában elhelyezhető falra rögzített tablet lehetővé teszi hangos naptár, emlékeztetők beállítását is. Orvosi javallatra, bizonyos feltételek esetén, de csak a felhasználó hozzájárulásával a készülék vészjelzés esetén azonnal fotót küldhet a hozzátartozóknak, vagy a gondozószolgálatnak. Az ágynál elhelyezett mozgásérzékelő mozgáshiány esetén meghatározott idő elteltével jelzést küld, csakúgy, mint a hűtőszekrény ajtajának érzékelője, ha bizonyos ideig a hűtőt nem nyitják ki. A füstérzékelő túlzott meleg, vagy felszabaduló füst esetén küld jelzést. A hordozható, könnyen kezelhető tablet lehetővé teszi a hozzátartozókkal való online kapcsolattartást, fényképek, üzenetek küldését, újságolvasást, memóriafejlesztő játékok gyakorlását.

A rendszer teljes mértékben az igényeknek megfelelően alakítható. Európában egyedülálló fejlesztés, napjaink egyik leghatékonyabb jelzőrendszere. A rendszert bemutató honlapon szemléletes animációs videók ismertetik előnyeit.

### **Bluelinea - BlueGard® az Alzheimer-betegek biztonságáért**

A 2006-ban alapított francia Bluelinea szervezet minőségi, innovatív segédeszközeivel hamar teret hódított a francia egészségügyi piacon. Az újszülöttek számára tervezett BlueTag® biztonsági karkötő sikerére való tekintettel az eszközt 2010-től továbbfejlesztették, hogy használható legyen az idősgondozásban, főként Alzheimer-betegek követésére.

Válaszul az idősgondozás növekvő szükségleteire és a kliensek igényeire, Bluelinea kidolgozta a BlueHomeCare® komplex otthonápolási programot, mely versenyképes alternatíva lehet az idősotthonok és gondozószolgálatok mellett. Az előfizetés biztosítja:

- a hálózatra kapcsolt eszközöket (mérleg a testsúly követésére, vérnyomásmérő, helyváltoztatást, elkóborlást jelző karkötő; esésérzékelő karkötő, füstérzékelő, kapcsolattartási napló)

- a folyamatos követést, kapcsolatot, felügyeletet
- a kapcsolattartást a hozzátartozókkal, gondozókkal, stb.

A rendszer biztosítja a szakemberek közötti gyors és biztonságos információáramlást: a speciális BluePen® toll lehetővé teszi a kézírás számítógépre vitelét (PDF formátumban), és az információk eljuttatását valamennyi gondozást végző szakemberhez. A tollal a látogatók/gondozók látszólag egy naplót vezetnek, azonban minden információ azonnal a központi számítógépre kerül, ahol a gondozók folyamatosan figyelemmel kísérhetik a történéseket, bejegyzéseket, üzeneteket.

Az Alzheimer betegek pontos követését lehetővé tevő BlueGard® karkötő azonnal jelzést küld a központnak, ha a beteg átlépi a programozott biztonsági zóna határait. A műszer lehetővé teszi a beteg helyének pontos meghatározását, a központ pedig azonnal értesíti a hozzátartozót vagy gondozószolgálatot (szükség esetén mentőt), elküldve számukra a GPS koordinátákat. Az eszköz a betegek otthoni gondozásában éppúgy hasznos, mint kórházakban, vagy a bentlakásos intézményekben.

### **7.3.3. A saját otthon és a bentlakásos intézmény között: alternatív lakhelyek**

Az önállóság megőrzését előmozdító kezdeményezések mellett jelentős szerepe van azoknak az innovatív megoldásoknak, melyek a szolidaritás, és kölcsönös segítségnyújtás talaján késleltetik a bentlakásos intézménybe költözést.

Dominique Evrard (2013, 2.) három prioritást jelöl meg az erre vonatkozó reflexióban: a) lehetőséget teremteni arra, hogy jó körülmények között minél tovább saját otthonukban maradhassanak az idősek, hiszen legtöbbször erre vágyik, b) az intenzív gondozást igénylők részére minőségi ellátást nyújtó bentlakásos intézmények biztosítása, c) végül a kettő között innovatív, barátságos és olcsóbb lakhatási formák kifejlesztése. Míg a házi gondozás és az intézményi ápolás jól strukturált, és részlegesen államilag finanszírozott, a kettő között az alternatív lakhatási formák támogatása hiányzó láncszem.

A belgiumi demográfiai előrejelzések szerint (Evrard 2013, 5-6.) "kettős előregedés" figyelhető meg: jelentősen emelkedik az országban a 65 éven felüliek száma, de emellett a 80 éven felüliek száma is nő. Míg 2010-ben a 65 év felettek százalékos aránya 17,2 volt, ez az érték 2030-ra eléri a 22-t, 2050-re pedig a 24,5-öt. A 80 éven felüliek 2010-ben a társadalom

5%-át alkották, 2030-ra arányuk 6% -ra, 2050-re pedig 9,5% -ra emelkedik - számuk 40 év alatt várhatóan mintegy 2,33-szorosára nő. Belgiumban jelenleg összesen 132 000 főt látnak el tartós gondozást biztosító intézményekben, ami a 65 év felettieknek kb. 7%-a. 1997 óta "moratórium" van érvényben a szektorban: a finanszírozási nehézségek miatt a helyek száma korlátozott. A KCE (az egészségügyi ellátás föderációs szakértői központja) szerint, amennyiben nem változik az idősek egészségügyi ellátásával kapcsolatos politika, 2025-ig 40000 új helyet kellene biztosítani idősek otthonaiban. A hagyományos intézmények létrehozása és működtetése viszont hatalmas tőkét kívánna. Félő, hogy az ellátás egyre többbe kerül majd az időseknek, és csak a tehetősek számára lesz elérhető. Ezért szükséges az innováció, és az ellátás új formáinak támogatása.

Evrard mintegy 28 innovatív példát mutat be és elemez. Az alábbiakban az önállóság-függőség szintjei, és a támogatás típusai szerint mutatom be az általam legfontosabbnak tartottakat.

### **7.3.3.1. Minél tovább saját otthonban, családi körben**

*Intergenerációs kölcsön (Evrard 2013,28.)*

Hogy az idősek minél tovább otthonukban maradhassanak, és családjuk körében élhessenek, a Vallon Lakás-Alap lehetővé teszi alacsony kamatú jelzáloghitel felvételét olyan munkálatokra, melyek célja egy, vagy több idős rokon befogadása. Feltételek: a befogadott személy minimum 60 éves legyen, legalább harmadfokú rokoni kötelék, hat hónapon belül a befogadó családhoz költözés, az átalakított ingatlan használata a kölcsön teljes időtartama alatt. 2010-12 között a Vallon Régióban összesen 89 idős ember részesülhetett kedvező, ún. intergenerációs kölcsönben.

*Befogadó családok (Evrard 2013, 29-30.)*

Québec-i mintára, 2009-ben kezdték kidolgozni Belgiumban a befogadó család modellt, melynek lényege, hogy egy család egy idegen (nem rokon) idős embert fogad be határozott, vagy határozatlan időre. A szerződés, melyet az érintett idős, a család, és egy hivatalos szerv köt, pontosan rögzíti a jogokat és köteleességeket. Törvény rögzíti a fogadás feltételeit is (pl. szoba nagysága, étkezés biztosítása, tárgyi feltételek). A fogadó fél 40 órás képzésben részesül, a szolgálataiért napi 26 eurot kap (/ ellátott fő) - a fogadás tehát alapvetően nem finansziális motívumokra épül, hanem a szolidaritásra, és az önkéntességre.

Az elmúlt években csupán néhány kezdeményezés valósult meg. Nehéz a kereslet-kínálat összehangolása, de problémát jelent az is, hogy bár főként szolidáris alapú a fogadás, az érte járó pénzösszeg adóköteles. Felmerül az a kérdés is, hogy mi történik, ha a fogadó család belefárad a munkába, vagy hogy hogyan kezeljék a konfliktushelyzeteket.

A projekt még továbbfejlesztésre, pontosabb kidolgozásra szorul.

### **7.3.3.2. Önállóan, izoláció nélkül**

Az önállóság megőrzése, a saját otthonban maradás gyakran magában rejti az izoláció veszélyét. Számos alternatív lakhely-típus létezik Belgiumban, amelyek lehetővé teszik az önálló életvitelt, ám kiküszöbölik az izolációt.

*"Abbeyfield" házak (Evrard 2013,8-10.)*

Az Abbeyfield házak alapítványi működtetésűek, független, önálló idősöknek kialakított csoportos lakóhelyek. A belgiumi alapítvány az 1956-ban Angliában létrehozott nemzetközi alapítvány tagja. Belgiumban jelenleg 4 házban 34 fő él. A házakban kb. 10 individuális lakhely van olyan idősöknek, akik még függetlenek, de nagyobb biztonságra és szolidaritásra vágnak. Az Alapítvány filozófiájának sarkalatos pontja, hogy az idősök ne terhet jelentsenek, hanem a társadalom aktív részeként, produktív módon járuljanak hozzá környezetük életéhez. Ezért minden házra jellemző a nyitottság, és az önkéntes munkában való elkötelezettség. A felelősség megélése szintén kardinális: minden lakó részt vesz a ház vezetésében, valamennyien a házat fenntartó saját alapítvány tagjaivá, és bérlőivé válnak, melynek működését szükség esetén külső önkéntesek is segítik.

A Namur-i házat három év előkészület után 2008-ban nyitották meg. A 8 lakó közül 6 egyedülálló, egy házaspár. Az 59-89 év közötti lakókra jellemző egyfajta homogenitás a társadalmi elköteleződés terén. Valamennyi lakrész egy 40 m<sup>2</sup>-es szobával, kis főzőfülkével, fürdőszobával rendelkezik. Közös helyiségek: nagy nappali, konyha, étkező egy térben. A többi Abbeyfield háztól eltérően Namurben nem kötelező naponta egy közös étkezésem részt venni. A lakók egyénileg kezdeményeznek, ha kedvük van együtt lenni, vagy ünnepelni. A lakbér havi 450-600 euro, ami a piaci ár alatt van, így elérhetővé teszi a szolgáltatást (a beköltözéshez nincs szükség induló tőkére). Mivel a házakban nincsen hierarchikus struktúra, a lakók kiválasztása különleges odafigyelést igényel, és több lépcsőfokban, kooptálás útján történik. Pszichológus segítségével vizsgálják a döntést, a csoportos létre való képességet, a felelősségvállalási képességet.

A modell előnye az izoláció megszüntetése, a társadalmi kohézió erősítése a szociális tevékenységgel. Hátránya, hogy a projektek hosszadalmas előkészítést igényelnek - talán ez magyarázza, hogy kevés ilyen típusú ház működik Belgiumban. További nehézség, hogy csak jó egészségben levő idősök csatlakozhatnak az alapítványokhoz. Ennek kapcsán felmerül az a kérdés is, hogy egy lakó megbetegedése esetén milyen alternatívát kínálhatnak fel neki, biztosított-e a lakó jogainak védelme, fennáll-e a kizárás lehetősége.

*Résidence des hauteurs, Liège (Evrard 2013, 14.)*

A csoportos lakhelyre 60 év feletti, önálló életvitelre képes személyek pályázhatnak. A 15 lakásból álló épületcsoporthoz egy szolgáltatási központ tartozik, ahol egészségügyi és pszichoszociális szolgáltatások is igényelhetők. Szükség esetén a lakásokat jelzőrendszerrel látják el, mely igény esetén a hozzátartozókat is riasztja. A szolgáltatás teljesen nyitott, bárki igényelheti, a bérleti díj az apartman nagyságától, és a hozzárendelt szolgáltatásoktól függ.

*Speciális falu a Messancy tó mellett (Evrard 2014, 15.)*

A "Village-Senior" az eddigiektől eltérően ingatlanpiaci magánkezdeményezés. 76 db 65-100 m<sup>2</sup> nagyságú, terasszal és kerttel rendelkező házat építettek 55 évnél idősebb, gyermektelen bérlők, vagy vásárlók részére. A modellt az amerikai "Suncity" ihlette, azonban a belga projekt kevésbé gettó jellegű, hiszen a lakóparkot zöldövezetben, egy régi camping helyén alakították ki, így inkább nyaraló övezetre hasonlít. A lakók többségét a természet, a nyugalom, és a szomszédsági kötelékek vonzzák. A helyszínen néhány szolgáltatás is igényelhető, ez a szféra azonban még fejlesztésre szorul.

*Maison Biloba Huis, Schaerbeek (Evrard 2013, 17-18.)*

A projektet az a tapasztalat ihlette, hogy a hozzátartozók gyakran nem bírják erővel az idős otthoni gondozását, ám intézménybe sem kívánják adni szeretteiket. A projekt megalkotói olyan rugalmas megoldást kerestek, amelyben a szolgáltatások szabadon igényelhetők, a lakóhely nyitott, szoros kapcsolattartást tesz lehetővé a hozzátartozókkal, és igény szerint biztosítja az aktivitást, és a találkozást a környéken lakókkal. A 2008-ban elindult projektet egy egészségügyi, egy idősekkel foglalkozó, és egy szociális, rehabilitációt támogató alapítvány finanszírozza. Három alappillére:

- 15, önálló apartman, melyek alacsonyabb bérleti díját szociális támogatás teszi lehetővé - az idős lakók lehetnek egyedülállók, de házaspárok is;



- nagy közös tér a szolgáltatások (pl. konyha, mosoda), közös pihenés, közös programok, foglalkoztatások biztosítására, hozzátartozók fogadására. Ebben a térben létezik egy belső kert is, ahol helyet kapott egy szimbolikus ginkgo biloba fa;

- végül egy nappali ellátást biztosító hely, mely 2009-től lehetővé teszi az idősek és a városnegyed lakosainak találkozását nemcsak étkezések, hanem különböző műhelyek alkalmával is (pl. főző klub, varróműhely, számítógépes kurzus, beszélgetések stb.).

*Franciaország: vidéki fogadóházak időseknek (MARPA)(Evrard 2013,37.)*

Az idősek növekvő függőségének és izolációjának kihívásával szemben a Mezőgazdasági Szociális Segélyszervezet 1984 óta támogatja kis, maximum 24, 60 év feletti lakót befogadó egységek létesítését (MARPA), melyek lehetővé teszik, hogy az idősek biztonságban élhessenek tovább vidéki életformában. A 24 órás felügyelet mellett fizetett alkalmazottak gondoskodnak a szolgáltatásokról, közös programokat szerveznek, biztosítják a családi légkört. 55 francia megyében 170 ilyen egység létesült, melyekben mintegy 3000 főt fogadnak. A MARPA olyan hely, ahol az egyéni lakásokban mindenki úgy élhet, mint a saját otthonában: a lakók szabadon közlekedhetnek, saját ritmus szerint élnek. A közösségi helyiségek (ebédlő és nappali) lehetővé teszik a lakók közötti kapcsolatháló erősítését. Szabadon igényelhető szolgáltatások segítik az önálló életvitelt: étkezés, takarítás, mosás, stb. A házak nem medikalizáltak - nincsen fizetett ápoló személyzet, a lakók az egészségügyi ellátórendszer általuk választott egységeihez fordulhatnak.

### **7.3.3.3. Generációk találkozása**

A több generációt integráló programokban bizonyos kezdeményezések közül néhány hétköznapi segítségnyújtást, házi betegápolást ajánl, mások a kölcsönös segítségnyújtást és a szolidaritást helyezik előtérbe.

*Hollandia: csoportos lakhelyek idősek részére (Evrard 2013, 38-39.)*

A 80-as években a "Centraal Wonen" projekt a különböző szociális helyzetű, korú, családi állapotú személyek közötti kapcsolatépítést tűzte ki célul, a szociális integráció elősegítésére. A 90-es évektől a modellt az időspolitikába is átültették. Elszeparált lakásokból álló, közös helyiségekkel is rendelkező épületek alkotják a lakhelyeket. Több, mint 200 működik idősek részére Hollandiában.

A projekteket nemzeti és helyi szinten is támogatták, a politikai hozzáállás is kedvező volt - ez pl. alacsony kamattal járó kölcsönöket, a területek olcsó eladását jelentette.

A csoportok kialakítása helyi hivatalok irányítása alatt zajlik. A csoportot a projekt minden szakaszában kíséri egy ügyvezető: a csoport működésének meghatározása, a projekt jogi háttérének biztosítása, a finanszírozás, az építészeti megoldások, üzletkötés, a munkálatok követése, stb. terén. A döntéseket a csoport hozza meg, az ügyvezető tapasztalatának köszönhetően viszont elkerülhetnek olyan buktatókat, amelyekbe más projektek belefutottak.

Az együttélési projektek megvalósításában az önkormányzatok is aktívan részt vesznek. A projektek szinte mindig a privát és a közszféra együttműködésével valósulnak meg, és a szociális lakhelyek társaságai részt vesznek a finanszírozásban.

A holland példa mutatja, hogy a tartós gondozásban az innovatív lakhelyek sikerességéhez szükséges a hatalom különböző szintjeinek támogató politikája, megfelelő koordinálás, a privát és közszféra együttműködése, a szociális lakhelyek társaságainak részvétele, az alapítványi szféra támogatása, és az információk megfelelő áramlása is.

*"Community Land Trusts" (Evrard 2013, 19-20.)*

Az elérhetetlen árú földbirtokok támasztotta kirekesztéssel szemben különböző alapítványok olyan szervezeteket hoztak létre az Egyesült Államokban, melyek célja a földek közjóként való megszerzése, művelése. Megalapították a Community Land Trusts (CLT) szervezetet, amely a társadalmi közösségekkel együtt megszerzi, birtokolja és kezeli a földeket a hozzá tartozó épületekkel. Ennek keretében a legalacsonyabb jövedelműek számára is elérhető áron tartanak fenn szálláshelyeket, termelőegységeket, és közösségi helyeket.

A CLT alapelvei:

- a földbirtok és az épület tulajdonlás elválasztása
- A CLT mindig a terület tulajdonosa marad, az épületek területeit kiárusítja. A vásárlók az épületek tulajdonosaivá válnak, és használati jogot kapnak a földbirtokra.
- Ha valaki elad egy megvásárolt lakóépületet, a CLT-nek elővételi joga van, az eladó pedig a javai által megszerzett értéktöbbletnek csak egy részét kapja meg (kb. 25%-ot).

- A fennmaradó rész a CLT tulajdona lesz, ami lehetővé teszi a kezdeti segély visszaforgatását, és azt, hogy továbbra is elérhető áron ajánljon szálláshelyet új vásárlóknak, semlegesítve a földbirtokkal kapcsolatos értéktöbblet hatásait.
- A CLT döntéshozó szervébe a felhasználók, az érintett városnegyed és a hatóságok tartoznak bele, mindegyik 33%-os döntési hatalommal.
- A CLT felelős azért, hogy a kezelt közvagyon elérhető legyen a legalacsonyabb jövedelemmel rendelkezők részére.
- A CLT sikere a változatosság - polgárok és ellátott feladatok, lakóhelyek, gazdasági aktivitás, szociális és kulturális tevékenység tekintetében is.

A CLT lehetővé teszi lakóhelyek és városnegyedek létrehozását a fenntartható fejlődés követelményeit szem előtt tartva: gazdasági szinten (elérhetővé teszi a lakóhelyeket), szociális szinten (a tulajdonosok tevékenyebbek a negyedben, mint a bérlők), és környezetvédelmi téren (ökológiai szempontokat integráló építkezés, energiatakarékosság, aktív környezetvédelem a negyedben).

Brüsszelben 2009-ben hoztak létre egy platformot a CLT-koncepció előmozdítására. 2012-ben a mintegy 20 helyi alapítvány által létrehozott CLT Bruxelles önálló jogi személy lett, a tervek megvalósítása folyamatban van.<sup>38</sup>

Eredményes megvalósulás esetén a koncepció továbbfejleszthető más hátrányos helyzetű csoportok számára is, pl. idősek részére, és/vagy több generáció együttélésének előmozdítására.

*"Alodgi" projekt, Ottignies (Evrard 2013, 20-21.)*

Pszichiátriai betegek, családjaik, és az őket ápolók részére alakították ki e csoportos lakóhelyet. Kiindulópont az volt, hogy a stabilizált állapotú, krónikus pszichiátriai betegségben szenvedők számára igen nehéz a reintegráció, a "normális" élet újrakezdése: saját lakhelyen való önállósodás, munkakeresés. Az Ottignies-i "Entre Mots" mentális egészség és pszichiátriai házigonozói szolgálat több intézménnyel karöltve megalapította az Alodgi Alapítványt, mely (több alapítványon keresztül) összefogja az érintett családokat, a betegeket, kórházat.

---

<sup>38</sup> A projekt előrehaladása nyomon követhető itt: <http://communitylandtrust.wordpress.com>

Az Alapítvány célja, hogy azok a mentális betegségben szenvedő páciensek, akiknek már nincs szükségük kórházi kezelésre, méltó lakóhelyhez jussanak. A cél az önálló lakhelyen túl egyfajta "laza" kísérés, a szakemberek figyelmes jelenléte és a közösségi programok révén.

Az Alodgî-modell három pillére: kedvező bérleti szerződés, a megvásárolható lakások földtulajdona az Alapítványé marad (mint fentebb, a CLT esetében), együttműködés az "Entre Mots" szervezettel a közösségi élet és a lakók kísérése, felügyelete terén.

A projekt innovatív a cél, a célcsoport, a lakhely mint egészséget meghatározó faktor integrálása, az erőforrások megosztása a sokoldalú együttműködés révén, a páciensek és családjaik döntéshozatalba való bevonása, a jogi és gazdasági megvalósítás, a bérleti és tulajdonviszonyok együttes jelenléte terén is.

*Cité Jouët-Rey, Etterbeek (Evrard 2013, 13.)*

A Jouët-Rey negyedben idősek, hátrányos helyzetűek, és súlyos betegek élnek együtt. Három alapítvány osztozik a 32 kis házon: 16 házat egy hátrányos helyzetűeket (egyedülálló anyákat, krízisben levőket...) fogadó alapítvány működtet, 8 házban még önálló időseket fogadnak, akik saját szükségleteiknek megfelelő életmódot alakíthatnak ki. A maradék 8 házban súlyos betegségben szenvedőket ápolnak "otthoni kórház" formájában. Rejtett cél, hogy a különböző populációk között kapcsolatháló szövődjön. Kezdetben a fogadott betegek HIV-fertőzöttek voltak, ma már a hatásosabb terápiák miatt kevesebb HIV fertőzött igényli az ellátást, így rákos, vagy egyéb, krónikus beteget is fogadnak. A cél a rehabilitáció, a visszailleszkedés elősegítése a szociális közegbe. Az ápolást biztosító hely nem kórház és nem gettó, hanem olyan hely, melynek célja a méltóság és az életminőség megőrzése.

*"Kenguru" típusú intergenerációs lakhelyek (Evrard 2013, 22-27.)*

A "Kenguru" olyan intergenerációs lakást jelöl, melynek földszinti részét egy idős ember, vagy házaspár foglalja el, az emeleti részen pedig egy fiatal, vagy fiatal pár lakik. Amint a kis kenguru védettségben él anyja zsebében, az idős ember is ismert és védett környezetben folytathatja életét, környezete támogató jelenlétének köszönhetően.

A két, vagy több generáció az önállóság, és a függetlenség megőrzése mellett lakik együtt, kölcsönösen ügyelve a jóllétre. Az együttlakás előnyei: a fiatalok az időseknek végzett kisebb szolgálatok fejében olcsóbb szálláshoz jutnak, minél többet segítenek, annál kevesebbet fizetnek. Az idősek számára az együttélés biztonságot és figyelmet jelent, szükség esetén

segítséget kérhetnek, könnyebben rendben tarthatják a kertet és az épületet, segítséggel intézhetik bevásárlásaikat. Azonban az idősek is segítséget nyújthatnak például a gyerekvigyázásban, hogy a szülők egy kis szabadidőhöz jussanak.

Ez a típusú lakhely részét képezheti egy nagyobb csoportos lakhely programnak, de egyénileg is megvalósítható, magánháznál, írásban rögzített szerződéssel. Néhány belgiumi példa:

*a) Brüsszel - "1 Toit 2 Ages" Alapítvány (23.)*

Az Alapítvány sok idős nagy, szinte üres lakásának lehetőségeit köti össze a szállást kereső tanulók szükségleteivel. Az elmúlt években a kezdeményezés nagy sikert aratott Brüsszelben, és 2012 szeptemberében más városokban is elindult hasonló projekt (Charleroi, Mons, Liège, Namur, Louvain-la-Neuve).

Az ilyen típusú szállásadás fő előnye a magány megtörése, de pénzügyi előnyei is vannak: a fiatalnak olcsóbb szállást, az idősnek kiegészítő jövedelmet jelent. A konkrét, hétköznapi életet minden esetben egyedileg szervezik meg a szerződő felek, az adott személyek szükségleteinek megfelelően. Az "olcsó szállás" típusban a lakbért 100 euro-ban határozzák meg, és a tanuló kis segítségnyújtást vállal: felolvasás, közös séta, állatok gondozása, ház felügyelete, bevásárlás, számítógép-kezelés megtanítása az idősnek. Azonban a fiatalok segítsége nem váltja ki a házi segítségnyújtás szolgáltatásait. A "bérleti díjas szállás" esetében a havonta fizetendő összeg nem haladhatja meg a 300 eurót, a tanuló semmilyen szolgáltatásra nem kötelezett, az együtt lakás csak a tanuló által is óhajtott társaságot jelent.

Az Alapítvány az időseket és a fiatalokat is motivációjuk alapján választja ki. Ellenőrzi, hogy a lakóhely megfelelő legyen: ne legyen szűkös, tegye lehetővé mindkét fél számára az intimitás megőrzését. Mielőtt a "lakópár" létrejön, a tanuló találkozik az időssel. A szerződés megkötéséhez mindkét félnek pozitív megerősítést kell küldenie az Alapítványnak.

A szolgáltatást igénybe vevő fiatalok és idősek is évi hozzájárulást fizetnek az alapítványnak (300 euro az "olcsó szállás" és 200 euro a "bérleti díjas szállás" esetében), aláírják az alapítvány kartáját, mely rögzíti a jogokat és kötelezettségeket, az együttlakás lelkületét - mely a diszkréció, tolerancia, tisztelet, bensőségesség, szolidaritás értékein nyugszik.

*b) Kuurne - szociális kenguru lakások (24.)*

"Ter Groenen Boomgaard" Lakópark

A projektben 65 zöldövezeti intergenerációs lakást építettek, közösségi házzal.

Az idősök földszinti lakásaiban előszoba, nappali, konyha, fürdőszoba és hálószoba található. Az emeleten fiatal családok laknak. Az idősök belső telefontal rendelkeznek, hogy szükség esetén segítséget tudjanak kérni. A távolabbi munkát végző szülők gyermekeire az idősök vigyáznak. A szülők számára anyagilag jó megoldást, és érdekes lehetőségeket jelent a projekt, az idősök számára pedig magányuk oldását, a hasznosság lehetőségét rejti. 12 lakást mozgáskorlátozottak részére alakítottak ki.

*c) Incourt - szociális kenguru lakások (24.)*

Egy régi lóversenypálya adott otthont a lakóparknak, melyben az infrastruktúra kiépítésének köszönhetően faluház, sportlétesítmény, természetház, megújuló energiaforrások kaptak helyet a megfizethető árú, bérelhető intergenerációs házak mellett. 2004-ben 22 lakás épült fel, melyből 10 földszintes lakás egyedül élő idősöknek van fenntartva. Az emeleti lakásokat itt is fiatal családok foglalják el. A projekt finanszírozását egy vidékfejlesztési programmal, és szociális lakások helyi szervezetével támogatta a Vallon Régió. A föld tulajdonjoga Incourt helységé, mely örökbérletbe adja a területet a szociális lakások "L"Habitation Moderne" Társaságának. A Társaság a szociális lakásokra érvényes szabályok szerint adja ki a lakásokat, a jövedelmek szerint határozva meg a bérleti díjat, mely a kiadásokkal együtt 200-600 euro között mozog.

#### **7.3.3.4. Ápolás-gondozás biztosítása otthoni környezetben**

*Lakóhely-szolgálatok (Evrard 2013, 31-33.)*

60 év feletti, önálló, vagy enyhén függő idősök számára kínálnak átmeneti lehetőséget saját otthonuk és az idősök otthona között. A szolgálat keretében az idősök önálló életvitelt lehetővé tevő egyéni apartmanokat bérelhetnek, de szabadon igényelhetnek különböző szolgáltatásokat, pl. étkezés, takarítás, mosás, vasalás, stb... Felszerelt közösségi helyiségeket biztosítanak, minimum egy többfunkciós termet és egy mosodát. A szükséges ápolási feladatokat nem a befogadó hely, hanem a házi segítségnyújtást végző szolgálat biztosítja, mely 24 órás ügyeletet biztosít, és kapcsolatban van valamely idősök otthonával is.

A lakóhelyek megépítését, infrastruktúráját maximum 60%-ban támogathatja a régió, de az üzemeltetés, ellátás költsége teljes mértékben a lakókat terheli.

A lakóhely-szolgálat létrehozása helyi engedélyhez kötött és 2009-ben bevezetett speciális szabályozás vonatkozik rá. A vallon régióban a helyek száma korlátozott, jelenleg csak 1800 férőhely van, míg flamand területen, ahol a szabályozás régebbi keletű, már 15000 helyet biztosítanak.

Bizonyos törvényi megkötések (24 órás felügyelet, biztonsági és élelmezésügyi szabályok, megállapodási kötelezettség egy idősek otthonával) miatt a lakóhely-szolgálat szinte mindig egy idősek otthona közelében található. Ennek ellenére a lakók külső szolgálatot kell, hogy igénybe vegyenek, ha segítségre van szükségük. Mivel a lakóhely-szolgálat átmeneti lépcsőfokot jelent a saját lakás és a bentlakásos intézményi ellátás között, kívánatos lenne a két szolgáltatás összekapcsolása, a lakók folyamatos kísérése intézményi oldalról is, bizonyos intézményi szolgáltatások igényelhetővé tétele a lakóhely szolgálatnál.

A lakóhely-szolgálatot magas ára miatt kevesen veszik igénybe. A havi bérleti díj gyakran meghaladja az 1000 eurót. Elérhető, és a szükségleteket figyelembe vevő lehetőségek hiányában sok idős ember nehezen hagyja el családi típusú, szociális lakását, ami megnehezíti a fiatal családok lakásigényeinek kielégítését. Ezért a lakóhely-szolgálatok szociális formáját is létrehozták, mely megfelel a szociális lakhelyek támasztotta követelményeknek is, hiszen a jövedelmek függvényében meghatározott, elérhető áron biztosítja a szolgáltatást (ld. vallon parlament 2013 február 21-i törvénye). A törvényt egy Namur-i pilot programmal készítették elő: 2013-ban egy 40 lakásos lakóhelyet létesítettek egy idősek otthona mellett. A projektben biztosítják a szükséges tereket: közösségi helyiségek, fitness terem, zöldségeskert, park, közös étterem, hely kisgyermek fogadására, valamint a kötődést az idősek otthonához. A bérleti díj várhatóan 310 euro lesz, ezen felül kb. 70 eurot kell majd fizetni a közös költségekre és a szolgáltatásokra.

#### *Ápolási és lakózónák (34-35.)*

A holland *woonzorgzone* koncepció, "ápolási és lakózóna" abban a tendenciában született, mely a lehető legtovább biztosítani kívánja az otthon maradáást. A cél olyan zónák létrehozása, melyek optimális kereteket biztosítanak a gondozásra szoruló személyek (idősek, fogyatékkal élők, vagy pszichiátriai betegek) önálló lakásához és gondozásához, de a lakók többsége nem szorul gondozásra. Azok viszont, akiknek segítségre van szükségük, mindent megtalálnak helyben, nem szükséges elköltözniük. A zónáknak négy kritériumnak kell megfelelniük:

a) Jól körülhatárolt hely a különböző szükségleteknek megfelelő lakásokkal, a nappali segítségnyújtás különböző formáival. A lakók 4-25%-a lehet tartós gondozást igénylő személy. A függő személyek tehát egy normális negyedbe integrálódnak, változatosságra törekednek nemcsak az egészség és a kor vonatkozásában, de szociális téren és családi helyzet tekintetében is.

b) 24 órás egészségügyi ügyeletet ellátó központ - ideális esetben minden 200 méteres körzetben.

c) Házi segítségnyújtás biztosítása - pl. takarítás, vasalás, javítási munkák, étkeztetés, bevásárlás, személyszállítás...

d) Biztos szociális közeg, biztonságos közlekedés.

Belgiumban a legsikeresebb ilyen kezdeményezés Wervikben található. A 18000 lakosú vidéki közösségben 2004-ben indult a projekt. A zóna 2688 lakásból áll, melyből 107 speciális igényeknek megfelelő. A fejlesztésekben további 47 speciális lakás kialakítását tervezik. A zónában két idősotthon található, 200 férőhellyel, emellett az otthonban egy nappali ápolási központ 15 személyt fogad. A kórház a zóna központjában található, és 24 órás ellátást biztosít. 54 fő sürgősségi hívórendszerrel folyamatosan kapcsolatban van a kórházzal, így éjjel-nappal biztosított számukra az ápolás. A kórházban 5 ágyas éjszakai fogadószolgalat is működik.

Szociális központ és ügyfélkapu teszi lehetővé a házi szolgálatok elérését: takarítás, mosás, vasalás, étkezés, személyszállítás. A kereskedelmi egységek és a hivatalok könnyen elérhetőek. A járdák szélesek, lehetővé téve a kis kocsik közlekedését. Végül egy találkozások, közös programokat lehetővé tevő központban a szervezők a helyi életben való részvételt kívánják előmozdítani.

A Wervik-i tapasztalatok alapján a következő városok tervezik hasonló zónák létesítését: Anver, Gand, és Genk.

#### **7.4. Generációs kapcsolatok erősítése, az aktív idősödés előmozdítása: Skype program**

A fiatalok idősek között végzett önkéntes munkájának számos pozitív tapasztalatát mutatja egy 2010-ben indult kutatás, a Skype használatával kapcsolatosan (Széman 2012, 2013.). A



modellprogram célja az elszigetelt, magányos idősök életminőségének javítása volt az infokommunikáció nyújtotta új kapcsolat-ápolási lehetőség, a Skype használata révén. A vállalkozó kedvű idősöket önkéntes középiskolások tanították meg a számítógép és a Skype használatára. A programhoz szükséges tárgyi feltételeket a Magyar Máltai Szeretetszolgálat biztosította. A kutatás Budapest III. kerületében 10 fő részvételével, Székesfehérváron pedig 5 fő részvételével zajlott. A programban részt vevő idősök életminősége jelentősen javult. Az új készségek elsajátítása által infokommunikációs tudásuk erősödött, magabiztosabbá váltak, kinyílt számukra a világ. A családjukkal való kapcsolatuk erősödött, izolációjuk csökkent, sok esetben mentális állapotuk javult. Aktívabbakká váltak - például felfedezték az internet nyújtotta lehetőségeket az önálló ismeretszerzésre. Voltak, akiket a megszerzett új információk az ismeretek továbbadására ösztönöztek. A program fontos eredménye az is, hogy nem csak az idősök gazdagodtak a fiatalok segítségével, hanem a fiatalok is sok értéket fedeztek fel az idősökben - a generációk közötti kapcsolatok erősödtek. Az idősök új készségei a gondozónők számára is könnyebbséget jelentettek - a számítógépet kezelő idősökkel való kapcsolattartás könnyebbé, gyorsabbá vált. (Széman 2012)

Az idősödők aktivitása hazánkban elmarad az európai átlagtól, a 60-64 éveseknek már csaknem 90%-a nyugdíjas (ST 2012/75). Közülük sokan végeznek jövedelemkiegészítő, mezőgazdasági tevékenységeket (pl. a 60-74 évesek 27,6%-a), ház körüli munkákat (ugyanezen korosztály 31%-a). Szabadidejük legnagyobb részét viszont tévénézéssel töltik a legtöbben (94%-uk!) (ST 2013/77). Bár a nyugdíjkorhatár kitolódik, gyakran már 45 év felettieket sem alkalmaznak szívesen (Széman 2008, 10.). Az idősödő korosztály csökkenő munkaerőpiaci jelenlétének hátterében a szigorú foglalkoztatási kritériumok (egészségi állapot, képzettség, piacképes tudás) mellett a munkáltatók diszkriminatív hozzáállása is tetten érhető, mely a társadalmi vélekedésre is negatívan hat (Széman 2008, 11-12.).

A munka világából való kiszorulás általában a kapcsolati háló és az élettér szűkülésével jár együtt. Vannak, akik pozitívan élik meg ezt a változást, és újult erővel vetik bele magukat az otthon körüli tevékenységekbe, hobbiba, utazásba; több időt töltenek családjukkal, barátaikkal, hatékonyan segítenek gyermekeik, unokáik körül, részmunkaidőben dolgoznak, stb. Ám az aktivitás megőrzése, az új szerepek felfedezése, megélése gyakran ütközik anyagi, biológiai, vagy intézményi korlátokba (Farkas és mtsai 2009, 8.). Sokan nem tudnak mit kezdeni a hirtelen felszabadult "önmagukra fordítható többletidővel", különösen akkor, ha a család struktúrája, földrajzi helyzete, vagy igényei, illetve az egyén testi/lelki állapota nem teszi lehetővé, hogy a nyugdíjazással egyidejűleg nagyobb részt vállaljon a feladatokban. Még

rosszabb a helyzet, ha az egyén nem ápol baráti szálakat. A baráti kapcsolatok száma jelentősen csökken az életkor előrehaladtával (TÁRKI 1986, in Utasi): míg a 18-24 évesek csoportjában (N=912) 9,6 százaléknak nincs barátja, addig az 55 év felettek 55,9 százaléka vallja ezt (Utasi 1990, 476.). Egy 1999-es kutatás is megerősíti, hogy az idősödéssel a barátok száma csökken (Albert - Dávid 1999, 224.).

A mellőzöttség, a csökkenő kompetenciaérzés és a belőle fakadó önértékelési problémák passzivitáshoz, értelmetlenség-érzéshez vezetnek, növelik a magány és elszigeteltség kockázatát - veszélyeztető tényezőt jelentve a lelki egészségre nézve. Egy 2000-ben végzett kutatás résztvevői (Európa 2000, BKE, N = 1500) az izoláció fő okául (15 válaszlehetőségből) a betegséget, és munkaképtelenséget jelölték meg, második helyen azonban a család hiánya áll. A peremre sodródás gátjai tehát a versenyképesség, az egészség, és az emberi kapcsolatok (Utasi 2002, 386.).

Az aktivitás megőrzésében nagy távlatokat rejt az önkéntesség: amellett, hogy jelentős társadalmi-gazdasági értékeket hoz létre - 2007-ben például mintegy 44 milliárd forint bérmegettarítást jelentett Magyarországon (Farkas és mtsai 2009, 27.) -, védőfaktor az időskori lelki egészség szempontjából, hiszen az értelmes tevékenység révén lehetőséget ad a lelki egészség alappilléreinek megerősítésére, melyek a Jahoda-Becker féle modellben a következők (idézi Tomcsányi 2003, 33.):

1. Kompetencia, alkalmazkodás, problémamegoldó képesség; 2. A realitás elfogadása, empátia, szociális érzékenység; 3. Autonómia; 4. Integráció; 5. Növekedés, fejlődés, érés; 6. Önértékelés, önbizalom, önelfogadás; 7. Képesség életünk értelmének felismerésére.

Ezek mentén kiemelve néhány pozitív hatást: az időskori önkéntes tevékenység szemben a magánnyal és elszigeteltséggel utat nyit egy közösséghez, szervezethez tartozásra, új kapcsolatok kiépítésére; a szellemi stagnálás, vagy akár leépülés ellenében motiváló erővel bír az élethosszig tartó tanulás és fejlődés terén; az "önmagába fordulás"-sal szemben a közösségben való lét segíti az egyént abban, hogy kilépjen saját kis világából, és erősíti az időskorban gyakran fogyatkozó realitásérzékét; a saját feladat és a megbecsülés erősíti a kompetencia érzését és az autonómiát, a többiekkel való együttműködés fejleszti az alkalmazkodó- és problémamegoldó képességet; a segítő tevékenység mindkét irányba növeli a szociális érzékenységet, előmozdítja a generációk közötti kapcsolatokat; a munkában való sikerek megtapasztalása növeli az önbizalmat, javítva ezáltal az önértékelést is.

Az önkéntesség 2011-es felméréséből kiderül (KSH 2012, 4.), hogy a legtöbb önkéntes a 40-69 éves korosztályból kerül ki: egyharmaduk végzett önkéntes tevékenységet a felmérést megelőző 12 hónapban<sup>39</sup>. Az önkéntességi ráta a 60-64 évesek csoportjában a legmagasabb: 37,6%. Ez tükrözi azt, hogy az idősödők jó része a nyugdíjazás után is szívesen marad aktív, a hasznos tevékenységek fontosak számukra. A felmérés alapján elmondható, hogy az önkéntesek jó része háztartáson kívüli családi, rokoni (51,8%), illetve baráti (20,7%) körben segít (KSH 2012,10.).

Bizonyára számos olyan friss nyugdíjas van, aki a családi, baráti segítségnyújtás mellett, vagy a családtól való távolság, illetve rokonok, barátok hiányában szívesen segítene kortársainak, és nálánál idősebb személyeknek. Ennek megvalósulására a szomszédi kapcsolatokban sok példát láthatunk. Az aktív idősödés előmozdításának egyik fontos pontja az idősek társadalmi életbe való bevonása, tapasztalataik, energiáik hasznosítása. A Skype program mintájára hasznos lenne olyan programok kidolgozása, ahol az idősödő generáció tagjai saját kortársaik között is hasznosíthatnák, megoszthatnák tapasztalataikat.

## **7.5. Törekvések a tartós gondozási szolgáltatások komplex megújítására - Erdélyben megvalósult innovatív jó példák**

Az 1990-ben alapított Gyulafehérvári Caritas a szociális problémák széles spektrumában lát el hiánypótló szolgálatokat Romániában. Az idősellátás területén számos innovációt vezettek be - törekszenek interdiszciplináris és komplex szemléletben megújítani a tartós gondozás rendszerét, új módszerek, új ellátási formák meghonosításával, például:

- **új szolgáltatásokat vezettek be:** pl. kiépítették az otthonápolási hálózatot, melyben telemedicinát is alkalmaznak, valamennyi intézményükben lehetővé teszik az idősek átmeneti fogadását, hogy a gondozó családok tehermentesítése megoldható legyen,
- **az ellátottak körét kiterjesztették:** pl. az idősotthonokba integrálva speciális demens részlegeket hoztak létre, rehabilitációs részleget működtetnek stroke-ot átélt betegek részére,

<sup>39</sup> "A felvétel során azokat a magánháztartásokban élő személyeket tekintettük önkénteseknek (önkéntes munkát végzőknek, önkéntes segítőknak), akik (i) közvetlenül, vagy valamilyen szervezeten keresztül, (ii) önszántukból, ingyen, ellenszolgáltatás, fizetség nélkül, (iii) háztartásukon kívül élő személyek javára, vagy a társadalom (csoport, tágabb közösség, állatok vagy a környezet stb.) hasznára végeztek valamilyen munkát, tevékenységet a kikérdezést megelőző 12 hónap során. (A három feltételnek együttesen kellett érvényesülni.) A háztartáson kívül élő szülő, gyermek, rokon javára végzett munka is önkéntes segítségnek számított." (KSH 2012, 3.)

- **új típusú élettereket alakítottak ki:** pl. palliatív gondozást nyújtanak az élet utolsó stádiumát megélt idősök számára, speciális felügyelt lakásokat létesítettek demenciával élőknek,
- **új szakmai módszereket honosítottak meg:** pl. speciális gondozási tervet alkalmaznak a demens betegek minőségi ellátásához, speciális mozgásterápiát honosítottak meg, mely elősegíti a prevenciót, rehabilitációt és mobilizációt,
- **új, költséghatékony stratégiákat alkalmaznak:** pl. az intézményi specializáció és a különböző szolgáltatások összekapcsolása által (átjárhatóság az egyes szolgáltatások között, mobilizálható team-tagok).

A programokat már megvalósult jó példák inspirálták - főleg svájci, német, holland területekről. A Caritas a legtöbb új modellt projektek által, illetve külföldi támogatás révén tudja megszervezni és működtetni.

Az alábbi, néhány szolgáltatást bemutató rövid összefoglaló a Caritas munkatársaival: Péter György szociomedikális ágazati igazgatóval, Dr. Kiss Gabriella mentálhigiénés szakemberrel, a gyergyószentmiklósi Szent Erzsébet Öregotthon személyzeti vezetőjével, valamint András Ildikóval, egészségügyi szakápoló és szociális munkással, az otthoni beteggondozás egyik ápolási vezetőjével készített interjúk nyomán készült.

### **7.5.1. Paradigmaváltás a gondozásban: ellátás helyett pedagógia - egy önállóságot támogató mobilizációs módszer a gondozásban**

Az időskori életminőség javításának egyik legfontosabb eleme a mobilitás megőrzése. A szakemberek szerint az időskori mozgáskorlátozottság jó része tanult korlátozottság: a helytelen mozgásminták még idősebb korban is javíthatók, fejleszthetők. Lényeges ezért a fizikai aktivitás, rendszeres testmozgás megőrzése, egészségi állapotnak megfelelő egyéni fejlesztése. A mozgáskompetencia fejlesztés egy speciális formája a Kinaesthetics - a mozgás érzékelés tudománya. A módszer Németországban született, elnevezése a "mozgás" és "érezékelés" görög szavak összetételéből származik. A Kinaesthetics módszer alapja a testi működésünk érzékelése, a megélt tapasztalatok tudatosítása, a saját testünkről való információk hasznosítása az önmagunkkal, testünkkel való kapcsolat pozitív formálása érdekében.

Ez a mozgásforma minden életkorban és bármilyen egészségi állapotban használható, hiszen a test érzékelése, a benne zajló folyamatok megértése, tudatosítása és a mozgás tudatos

alakítása, a mozgásképeség egyéni, személyre szabott fejlesztése mindig pozitív élettani hatással bír és javítja a közérzetet. A módszer nemcsak a prevenció, hanem a rehabilitáció területén is rendkívül hatékony: a tapasztalatok szerint ágyban fekvők mobilizálását is lehetővé teheti.

A Gyulafehérvári Caritas munkatársai minden intézményükben alkalmazzák ezt a technikát, mely nagymértékben hozzájárul az ápolás minőségének javulásához. A gondozás nézetük szerint folyamatorientált: a kérdés nem az, hogy mit teszünk, hanem az, hogy hogyan végezzük az adott feladatot. Az ápolás ebben az optikában elsősorban nem ellátó, hanem pedagógiai tevékenység, melynek célja az önállóság megtartása és fejlesztése. Az idősekkel foglalkozó munkatársak folyamatosan figyelik, hogy a gondozás során önállóbbá, vagy pedig függőbbé vált-e az idős. Az időskori életminőség alapvető tényezője ugyanis, hogy mit tud az idős személy egyedül elvégezni. Ezért az ápolás során a gondozók úgy próbálják segíteni a gondozott személyeket, hogy azok megtanulják a lehető legjobban kihasználni saját mozgásképeségüket. Azáltal, hogy az ápoló nem merev és mozdulatlan, hanem mozogni képes és aktív személyként tekint a gondozottra, átformálódik maga a segítő szerep is: az ápoló nem a gondozott helyett végzi el a mozgást, hanem a gondozottat támogatja saját mozgásában. Ezzel a gondozó sérülésének kockázata is csökken, hiszen a mozdulatlan test mozgatása sokkal nagyobb erőfeszítést igényel.

A módszer az önállóság támogatása és a mobilizáció elősegítése mellett a sérüléssel járó elesések megelőzésében is rendkívül hatékony. A felmérések szerint alkalmazásával az esések száma nem, viszont az esésekből adódó sérülések száma lényegesen csökkent.

## **7.5.2. Demenciával élők komplex gondozása**

### **7.5.2.1. Speciális idősotthoni részleg a demenciával élők részére**

#### **Innovatív komplex ellátás a Szent Erzsébet Otthonban**

Az 1996-tól működő gyergyószentmiklósi idősok otthonát kezdetben még jobb állapotban lévő személyek fogadására tervezték. Az otthonba azonban egyre több, rosszabb egészségi állapotú idős kérte a felvételét, emiatt koncepcióváltásra volt szükség. 2003-ban már 13 demens személyt láttak el és ez a szám évről évre növekszik. Szükségessé vált a szakmai, tárgyi feltételek fejlesztése - Dr. Szabó Lajos vezetésével alakították ki az otthon komplex gondozási rendszerét a demenciával élő személyeknek. A lakók száma 2018 októberében 157

volt, ebből 54 demenciával élő személyt gondoznak egy számukra kialakított speciális, védett részlegen, ám összességében az otthon lakóinak mintegy 60-70 %-a él demenciával.

### **Személyi feltételek**

Összesen 25 ápoló dolgozik az otthonban. A fizikai ápolás mellett mentálhigiénés munkatárs, lelki gondozó, szociális munkás, lelkészek és kinaesthetics tréner gondoskodik a lakók foglalkoztatásáról, mentálhigiénés ellátásáról, lelki gondozásáról. A házi orvos heti két alkalommal látogat az otthonba, de pszichiáter szakorvos, gyógytornász, pszichológus is rendel szükség/igény szerint. A gyakorlatra érkező egyetemisták szintén hozzájárulnak a minőségi ellátáshoz.

### **Minőségbiztosítás, szakmai fejlődés, párbeszéd**

Az ellátás minőségének és a dolgozók folyamatos szakmai fejlődésének biztosítása miatt a nővéreknek évente 3-4 alkalommal továbbképzést tartanak változatos témákban, pl. mozgásterápia, palliatív képzés, demencia. Rendszeresen tartanak esetmegbeszéléseket, munkamegbeszéléseket, munkaértékeléseket, ahol helyet kap a tapasztalatok megosztása, a kérdéses esetek megvitatása, a munkafolyamatok kiértékelése, valamint a közös szakmai reflexió és a munkatervezés is. Külső érdeklődők számára is tartanak nyitott továbbképzéseket a demenciáról. A továbbiakban Alzheimer Cafét terveznek működtetni a hozzátartozók és az érintettek megszólítására. Komplex szolgáltatást szeretnének megvalósítani: előadásokkal, tanácsadással, szakmai képzésekkel kívánnak majd hozzájárulni a demenciával élők és hozzátartozóik, valamint a demensekkel foglalkozó szakemberek támogatásához.

### **Tárgyi feltételek**

A demens lakók szükségleteihez igazodva speciális, védett részleget alakítottak ki: nincsenek akadályok a folyosókon - pl. nincsenek ajtók. A részleg zárt, a lépcsőház ajtók chip-el működnek, hogy megakadályozzák a lakók eltévedését. A gondozók azonban elkísérik a lakókat, ha azok ki szeretnének menni. Egyelőre nem rendelkeznek memóriakerttel, vagy generációs parkkal - de terveznek ilyen fejlesztéseket. A kert sétálásra alkalmas, kialakítása lehetővé teszi a biztonságos mozgást, rendezett zöld növények és gyümölcsfák várják a lakókat. A szobák 2 ágyasak, nagy alapterületűek. Aki teheti, saját bútort hoz be, saját maga alakítja ki a szobáját, otthonossá téve a teret. A nővérszoba könnyen elérhető. Multifunkcionális terem áll rendelkezésre a foglalkozásokra, tetőtéri megvilágítással: a

terembe besüt a nap és zöld növényсарok gondoskodik arról, hogy a lakók úgy érezhessék magukat, mintha a természetben lennének. Az állatok terápiás hatása bizonyított, jelenlétük, a velük való kapcsolat erősíti a pozitív érzéseket, javítja a hangulatot. A speciális részlegen kisállatok is hozzájárulnak a jól-léthez: a lakók cica és papagáj társaságát élvezhetik.

## **Speciális módszerek**

### **Maieutika az ápolásban - a demenciával élők életminőségének javításáért**

A maieutika ápolásban alkalmazott módszerét Cora van der Kooij holland szakember dolgozta ki bentlakásos intézményekben lakók ellátásának javítására. A módszer az életbiográfiához kapcsolódva a jelenre fókuszál. Alapja az érzelem-fókuszú szükségletfelmérés, melynek során a lakó azokat a hangsúlyokat tudja kiemelni az életéből, ami az ő egyéni életminőségének javításához szükséges. A gondozók ez alapján állítják össze a lakó egyéni gondozási tervét. A módszer a demensek teljesen specifikus ellátását teszi lehetővé. Amikor új lakó érkezik a Szent Erzsébet Otthonba, a munkatársak ennek a módszernek a segítségével igyekeznek megteremteni számára azt a gondozási közeget, amelyben otthon érezheti magát.

## **Aktivitás**

Az aktivitás megőrzését, fejlesztését az Otthonban dolgozó szakemberek minden lakó esetében egyénre szabott tervvel támogatják, mely a lehető legteljesebben alkalmazkodik a demens személy képességeihez. Ez alapján történik a mozgáskompetencia fejlesztés, a foglalkozások kiválasztása, pl. zeneterápia, meseterápia, kézműves foglalkozás, ritmikus táncterápia, reminiscencia csoport (visszaemlékezés módszer alkalmazása).

### **Közösség megélése, kapcsolat a hozzátartozókkal**

A kapcsolatok ápolása, a közösség építése nem csak a lakók között, hanem a hozzátartozókkal is folyamatosan teret kap az intézményben: meghívják a hozzátartozókat a közös ünnepekre például karácsony, újév, szüreti bál, farsangi bál alkalmával. Az alkalmakra a gondozók és lakók közösen készülnek díszek készítésével, vagy műsorral - a gondozó szakemberek ezzel is törekednek arra, hogy a "megmaradt" értékeket, kreatív képességeket megőrizték.

Az otthon 2015-ös adatai szerint az ellátottak hozzátartozóinak nagy része külföldön dolgozik, vagy emigrált: a 162 idős lakó hozzátartozói közül ekkor 34 család élt külföldön és ezen felül 28 vállalt időszakosan munkát külföldön. A kapcsolat őrzése, ápolása az ő

esetükben különösen is fontos: a lakók számára biztosított a Skype kapcsolat, nővéri segítséggel beszélhetnek a hozzátartozókkal.

### **Egy "hiánycikk": a tehermentesítés - rövid távú beutalások megvalósítása**

A Caritas által fenntartott valamennyi otthonban lehetőséget biztosítanak a hozzátartozók tehermentesítésére. Ez azt jelenti, hogy átmeneti jelleggel, rövid időszakra - pl. egy hónapra - is fogadnak lakókat, lehetővé téve a beteget saját otthonában ellátó családtagok számára a megpihenést. Vannak otthonok, ahol erre a célra külön szobát tartanak fenn, másutt igény szerint, megüresedés esetén tudják ezt a szolgáltatást nyújtani.

#### **7.5.2.2. Felügyelt lakás - a demenciával élők önállóságának támogatása új típusú lakóhelyen**

2017 novemberében a Caritas munkatársai konferenciát szerveztek ápolás és életminőség témában. A hét országból érkezett résztvevő szakemberek a növekvő ellátási igények és a rendelkezésre álló források tükrében új modelleket kerestek a költséghatékonyabb ellátásra. Az egyik ilyen modell a svájci "felügyelt lakás". Fő újítása a gazdasági vetülete, hiszen fenntartása sokkal olcsóbb, mint a szokásos bentlakásos intézményeké. A költséghatékonyság úgy valósulhat meg, hogy az ellátórendszer szolgáltatói közösen látnak el szakfeladatokat - hálózatépítéssel a különböző rendszerek szolgáltatásai összekapcsolhatók. A Gyulafehérvári Caritas szervezésében a modell megvalósítása 2018-ban indult Csíksomlyón: létrehoztak egy ún. közösségi lakást Alzheimer betegek részére. Az intézmény jelenleg 14 személyt tud befogadni. A lakók felügyeletét ápolók biztosítják, az ellátásban szükség esetén az otthonápoló szolgálat munkatársai segítenek. A kert fejlesztését tervezik, hogy azok a lakók, akik szeretnének, kertészkedhessenek is. Tervezik nappali foglalkoztató, ellátó központ létrehozását is, ahol a családjuknál lakó, demenciával élők nappali felügyeletét látnák el.

### **7.5.3. Szakellátás biztosítása az otthoni beteggondozásban**

#### **7.5.3.1. Telemedicina**

A Telemedicina az egészségügyi ellátásban egyre fontosabb szerepet tölthet be: lehetővé teszi többek között az orvosi jelenlétet nem igénylő orvosi konzultációkat, és bizonyos vizsgálati eredmények táv-kiértékelését is.

A Gyulafehérvári Caritas házi segítségnyújtást ellátó rendszerébe régióként 8-10 község és 10-15 falu tartozik. Egy régióban egy 10-25 fős, két koordinátorból, egy szociális munkásból



és gondozónőkből álló gondozói csapat látja el az időseket. A telemedicinát egy projekt segítségével, 2014 óta alkalmazzák az ellátásban két területen:

### **Szívbetegek felügyelete - EKG: TeleMed Sistem<sup>40</sup>**

A gondozói teamekben minden 10 gondozóra jut egy speciális, könnyen hordozható EKG készülék, melynek segítségével az ápolók a gondozottak otthonában is tudnak EKG-t készíteni. Ez különösen fontos az orvosi rendelővel nem rendelkező területeken. A vizsgálat során az eredményt elektronikus formában telefonon elküldik Bukarestbe, ahol egy gép fogadja. Ezután felhívják a kiértékelő orvost, aki véleményezi az eredményt, szükség esetén megismételteti a mérést, konzultál az ápolóval, majd visszaküldi a leletet. Probléma esetén kardiológushoz irányítják a beteget, vagy súlyos esetben a sürgősségi betegellátóhoz küldik.

### **Sebellátás<sup>41</sup>**

A korszerű, telemedicinával támogatott sebellátás 2015-től valósult meg: a projekt során a módszert a Caritas dolgozói egy svájci partner<sup>42</sup> meghívására adaptálták. A kollégák főként Magyarországon képződtek, a svájci szervezet pedig évente továbbképzést szervez az ápolóknak. A rendszerben ún. sebszakértők dolgoznak: a sebeket az ápolók lefényképezik, és elküldik az egészségügyi szakápoló sebszakértőnek, aki elemzi a képet. Ezután konzultálnak a további teendőkről, a megfelelő kötszerek alkalmazásáról, stb.

#### **7.5.3.2. Betegközvetítő szolgálat**

A szolgáltatás 2011-ben indult a Caritas otthoni betegápolásának keretén belül. Célja egyénre szabott segítséget nyújtani azoknak, akik valamilyen okból nem vagy nehezen érik el a szakorvosi ellátásokat. Különösen fontos ez a szolgáltatás az elszigetelt vidéki területeken és az "elhanyagolt" idős betegek esetében.

<sup>40</sup> Finanszírozó: Romániai Vodafon Alapítvány. "A szív és érrendszeri betegek felügyelete az otthonukban" projekt (14.05.2014 – 15.05.2015)

<sup>41</sup> Romániai Vodafon Alapítvány. "A sebek korszerű kezelése" projekt, 01.07.2015-01.06.2017.

<sup>42</sup> Verein Luzerner Rumänienhilfe, Moderne Wundpflege in dem mobilen Pflegedienst der Caritas Alba Iulia

A betegközvetítő szolgáltatás folyamata:

- az esetek nyilvántartásba vétele, anamnézis;
- kapcsolatfelvétel családtagokkal, családorvossal, szakorvossal;
- paraklinikai vizsgálatok: tervezés, eredmények menedzsmentje;
- szállítás megszervezése;
- szükség esetén szállás biztosítása: tervezés, megszervezés;
- szakorvosi, családorvosi felülvizsgálatok megszervezése.

A szolgáltatás során a Caritas munkatársai nemcsak kapcsolatot teremtenek a beteg ember és a szakorvos között, hanem megszervezik az orvosi látogatás teljes folyamatát: az előjegyzéstől kezdve a betegek esetenkénti elszállásolásáig. Ha szükséges, a kapcsolódó vizsgálatokat is megszervezik - pl. laboratóriumi kivizsgálás. A szolgáltatás speciális informatikai háttérrel rendelkezik: a saját fejlesztésű adatbázis és esetkezelő szoftver lehetővé teszi a beteg útjának precíz követését, a közvetítési folyamat és az eredmények (problémamegoldás) dokumentálását.

A szolgáltatásban részt vevő jelenlegi partnerek:

- 102 szakorvos;
- 2 orvosi laboratórium;
- 2 fogászati rendelő;
- 2 pszichológiai rendelő;
- 6 gyógyszertár;
- 2 optikai vállalkozás;
- 10 szállítási vállalat;
- 5 szállásadó.

#### **7.5.4. Új ellátási formák: palliatív és rehabilitációs ellátás - Szent Lukács Központ**

Az életvégi, palliatív ellátásra és rehabilitációra szakosodott Szent Lukács Központ jelenleg 32 férőhelyes. Célja egyrészt palliatív gondozásban részesíteni a beteg időseket az élet utolsó szakaszában. Emellett az intézmény rehabilitációs tevékenysége révén sokak számára lehetővé teszi a felépülést stroke-ot követő állapotban. Ez a szolgáltatás igen jelentős, mert

Romániában a rehabilitáció szinte csak magán intézményben érhető el. A Szent Lukács házban évente átlagosan 70-100 főt gondoznak.

A 16 fős gondozói csapat többnyire ápolók (idősgondozók, szociális gondozók, szakápolók) alkotják. Ha a lakóknak speciális ellátásra van szükség, az otthoni ápoló szolgálatból jönnek munkatársak. Valamennyi munkatárs rendelkezik kinaesthetics (mozgáskompetencia-fejlesztő) képzéssel. A helyi csapatban nincsenek állandóan jelen, de a rendszerben elérhetőek a mentálhigiénés szakemberek. Igény és szükség esetén pszichológusok, szociális munkások is részt vesznek a munkában. A lakóotthoni orvos mellett belgyógyász, infektológus is dolgozik az otthonban, és az otthon együttműködik palliatív kompetenciákkal bíró háziorvossal is.

## **8. Összegzés**

A társadalmak előregedésének következtében korunk legfontosabb kihívásai közé tartozik az idősek társadalmi integrációja, az aktív idősödés minél szélesebb körű megvalósítása, az egészségben várható élettévek számának növelése, valamint a fenntartható és minőségi idősellátás biztosítása. A hosszabb életkor ígéretes, hiszen új lehetőségeket, életszerepeket tartogat, ugyanakkor várhatóan több betegségben eltöltött évet is jelent. A tartós gondozási rendszerek a növekvő ellátási igényekre egyre nehezebben válaszolnak, ezért új, költséghatékony egészségügyi és szociális ellátási formák kidolgozása válik szükségessé, valamint elkerülhetlenné válik az ellátórendszerek reformja és integrációja. A gondozásra szoruló idősök ellátásában megnő a családtagok szerepe, ami megkívánja a gondozó családtagokat támogató rendszerek kiépítését is. A változások, fejlesztések fontos eszköze a szociális innováció, mely számos területen megvalósulhat. A tanulmányban az innovációk néhány jellegzetes eszközét - a képzést, az együttműködést, a technikát, az emberi erőforrások mozgósítását, a környezet-alakítást - alapul véve bemutattunk néhány jó példát, amelyek nemcsak hatékonyabbá teszik az idősekért végzett munkát, de növelik az idősek és gondozóik életminőségét is.

## Hivatkozások

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

[http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A0000001.SCM](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0000001.SCM)

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról.

<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300003.TV>

36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól

<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0700036.smm>

2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról.

[https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=a1500123.tv](https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=a1500123.tv)

4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről.

[https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=a0000004.eum](https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=a0000004.eum)

**2011. évi CXCV. törvény az államháztartásról**

[https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A1100195.TV](https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100195.TV)

2011. évi CVI. törvény a

közfoglalkoztatásról [https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A1100106.TV](https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100106.TV)

55/2015. (XI. 30.) EMMI rendelet

[http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A1500055.EMM&timeshift=ffffff4&txtreferer=00000001.TXT](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1500055.EMM&timeshift=ffffff4&txtreferer=00000001.TXT)

40/2016. (XII. 21.) EMMI rendelet

[https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A1600040.EMM&timeshift=ffffff4&txtreferer=00000001.TXT](https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1600040.EMM&timeshift=ffffff4&txtreferer=00000001.TXT)

1/2017. (II. 14.) EMMI rendelet

[https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A1600040.EMM&timeshift=ffffff4&txtreferer=00000001.TXT](https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1600040.EMM&timeshift=ffffff4&txtreferer=00000001.TXT)

Magyar Közlöny, 185., 2015. november 30.

<http://www.kozlonyok.hu/nkonline/MKPPDF/hiteles/MK15185.pdf>

A 2014-ben végrehajtott lakossági egészségfelmérés eredményei. Összefoglaló adatok. KSH, 2018. [http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/elef2014\\_osszefoglalo.pdf](http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/elef2014_osszefoglalo.pdf) (2018.02.22.)

A háztartások háztartás-összetétel és a háztartásban élők korösszetétele szerint - KSH

[http://www.ksh.hu/nepszamlalas/tablak\\_teruleti\\_00](http://www.ksh.hu/nepszamlalas/tablak_teruleti_00)

A tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó szociális intézményekben ellátottak az intézmény típusa szerint (1993–)

[http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_fsi001.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fsi001.html)

A világ népességének várható alakulása. In: KorFa 2011/2.

[http://demografia.hu/letoltes/kiadvanyok/Korfak/korfa-2011-2\\_2.pdf](http://demografia.hu/letoltes/kiadvanyok/Korfak/korfa-2011-2_2.pdf)

Ádám Sz, Torzsa P, Györffy Zs, et al. Gyakori a magas fokú kiégés a házi orvosok és házi orvosi rezidensek körében. Orv Hetil. 2009; 150: 317-323.

Albert F - Dávid B.: A bizalmas kapcsolatokról. In: Monitor 1999, Szerk.: Szivós P.-Tóth I. Gy. TÁRKI, Budapest, pp. 218-230. <http://www.socialnetwork.hu/cikkek/m99fej42.pdf>

Arkorful V, Abaidoo N (2014): The role of e-learning, the advantages and disadvantages of its adoption in Higher Education. In: International Journal of Education and Research, Vol.2. No.12, 397-410.p.; <http://www.ijern.com/journal/2014/December-2014/34.pdf> (2018.09.06.)

Bekisheva G. Tatiana, Kovalenko A. Natalia, Gasparyan A. Gayane (2017): E-learning as a Model of Lifelong Education for Older Adults. In: The European Proceeding of Social and Behavioural Sciences, Vol.19, 67-73.p.

Bentlakásos szociális intézményi ellátás. KSH, <http://statinfo.ksh.hu/Statinfo/haViewer.jsp>

Bettio, F. - Verashchagina, A.: Long-Term Care for the elderly. Provisions and providers in 33 European countries. European Union, Luxemburg, 2012

Bien Vivre Senior webáruház:

<http://www.bienvivresenior.com/?gclid=CPaPuqvLi78CFfMgtAod0A0Aug>

Bluelinea eszközök, komplex otthonápolás:

<http://www.bluelinea.com/Bluelinea/Home.html>

BS: Senioralert La Téléassistance Active®. Brochure. (Letölthető ismertető)

<http://www.senioralerte.com/pdf/brochure-senioralerte.pdf>

Buda B. (1995): A mentálhigiéné szemléleti és gyakorlati kérdései (Újabb tanulmányok). Területi Általános Megelőző Addiktológiai Szakgondozásért Alapítvány (TÁMASZ), Budapest

CNAMTS: Personnes âgées en risque de perte d'autonomie: typologie des patients. COPIL PAERPA 2012 in: Annexe RP.

Czibere, K. - Gál, R.I. (2010): The long-term care system for the elderly in Hungary. ENEPRI Research Report 2010. <http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20RR%20No%2079%20Hungary.pdf>

Családi állapottól függő halandósági táblák Magyarországon. KSH, Budapest, 2009

Damiani, G. et al. (2011): Patterns of Long Term Care in 29 European countries: evidence from an exploratory study. BMC Health Services Research 2011, 11:316. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/316>

Domján D (2003): Az elektronikus média mentálhigiénés lehetőségei. A mentálhigiénés szemléletű média szakember. In: Tomcsányi T - Grezsa F - Jelenits I (szerk.) Tanakodó. Budapest, Semmelweis Egyetem TF - Párbeszéd (Dialógus) Alapítvány - HÍD Alapítvány, 272-292.p.

Dózsa Cs, Borbás F. Az integrált ellátás koncepcionális keretrendszere és az integráció lehetőségei az alapellátásban. Orv Hetil. 2015; 156: 881–887.

Egészségesen várható élettartamok Magyarországon 2005. KSH, Budapest, 2007

Egészségesen várható élettartamok Magyarországon 2005. KSH, Budapest, 2007.

Egészségfelmérés (ELEF)2009, Statisztikai Tükör 2010/50 <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/gyor/jel/jel310021.pdf> letöltve: 2014.02.04.

Egészségfelmérés, ELEF 2009. In: Statisztikai Tükör 2010/50. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/gyor/jel/jel310021.pdf>

Eltartottsági ráták, öregedési index, január 1. (2003–2018), KSH. [http://www.ksh.hu/thm/2/indi2\\_1\\_2.html](http://www.ksh.hu/thm/2/indi2_1_2.html)

Emigration. Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00177&plugin=1>

Európai lakossági egészségfelmérés, 2014. In Statisztikai Tükör 2015/29. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elef14.pdf>

European Commission (2011): Empowering people, driving change: Social innovation in the European Union. Report commissioned by the European Commission, Luxembourg.

European Parliament (2011): Resolution on a European initiative on Alzheimer's disease and other dementias. Brussels, 2010/2084 (INI)

Evrard, D: Où mieux vivre vieux? Formes innovantes d'habitat et d'hébergement pour personnes âgées. FNAMS, Mutualité Chrétien, Alliance National 2013.  
[http://www.fnams.be/Dossier\\_Ou\\_mieux\\_vivre\\_vieux.pdf](http://www.fnams.be/Dossier_Ou_mieux_vivre_vieux.pdf)

Farkas, G – Gyarmati A – Molnár Sz.: Az idősödő társadalom gazdasági és társadalmi kihívásai Magyarországon. 2009  
[http://epa.oszk.hu/01900/01963/00031/pdf/infotars\\_2009\\_09\\_04\\_007-031.pdf](http://epa.oszk.hu/01900/01963/00031/pdf/infotars_2009_09_04_007-031.pdf)

Fazekas G, Kocsis G, Balla T. (2014): Elektronikus oktatási környezetek, Digitális Tankönyvtár, [https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2011-0103\\_10\\_elektronikus\\_oktatasi\\_kornyezetek/ch02s02.html](https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2011-0103_10_elektronikus_oktatasi_kornyezetek/ch02s02.html) (2018.09.06.)

Fekete S. dr. (2010): Segítő foglalkozások kockázatai – helper szindróma és burnout jelenség. In: Dr. Pilling János (szerk.): A halál, a haldoklás és a gyász kultúrantropológiája és pszichológiája (szöveggyűjtemény). Budapest, Semmelweis Kiadó, 2010, 189-202.p.

Feketén-fehéren. TÁRKI monitor jelentések 2005. TÁRKI, Budapest, 2006

Ferge, Zsuzsa: Szociálpolitika és társadalom. Válogatás Ferge Zsuzsa tanulmányaiból. ELTE – T-WINS Kiadó, Budapest 1991.

Groombridge B. (1982): Learning, education and later life. In: Adult Education, 54, 314-325.p.

HCAAM: Assurance maladie et perte d'autonomie. Rapport 2011., [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam\\_rapport\\_assurance\\_maladie\\_perte\\_autonomie.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport_assurance_maladie_perte_autonomie.pdf)

Healthy life years and life expectancy at age 65 by sex.  
[https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tepsr\\_sp320&plugin=1](https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tepsr_sp320&plugin=1) (2018.09.08.)

Healthy life years and life expectancy at age 65 by sex.  
[https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tepsr\\_sp320&plugin=1](https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tepsr_sp320&plugin=1) (2018.09.08.)

Hegedűs K., Riskó Á., Mészáros E. (2004): A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapota. In: Lege Artis Medicinae, 14.évf., 2004/11, 786-793.p.

Immigration. Eurostat,  
<https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00176&plugin=1>

INS: Idősügyi Nemzeti Stratégia, 2009. <http://www.parlament.hu/irom38/10500/10500.pdf>

INSÉE: Tableau de l'économie française, 2011., [www.insee.fr](http://www.insee.fr) Population par age:  
[http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=T11F036#tableaux](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T11F036#tableaux)

Iván, László: Az öregedés élettani és társadalmi jelenségei. In Magyar Tudomány, 2002/4  
<http://www.matud.iif.hu/02apr/ivan>.

Kinaesthetics (Románia): <https://www.kinaesthetics.ro/was-ist-kinaesthetics.cfm>

Kolozsvári LR, Rurik I. A házi orvosok teljesítményének minőségi értékelése. Mi a probléma a házi orvosi indikátorokkal? Orv Hetil. 2016; 157: 328-335.

Kolozsvári LR, Rurik I. A minőség javításának lehetséges eszközei az alapellátásban. Minőségi indikátorokhoz kapcsolt anyagi ösztönzők Európában. Orv Hetil. 2013; 154: 1096-1101.

Korfa (KSH) <http://www.ksh.hu/interaktiv/korfak/orszag.html>

Kraus, M. et al. (2011): A Typology of Long-Term Care Systems in Europe. ENEPRI.  
<http://irihs.ihs.ac.at/3649/1/ENEPRI%20RR%20No%2091%20Typology%20of%20LTC%20%20Systems%20in%20Europe.pdf>

Lamura, G. (2007): Dimensions of future social service provision in the ageing societies of Europe. Paper presented. VI. European Congress on Gerontology and Geriatrics, St. Petersburg, Russia.

Life expectancy by age and sex.  
<https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tps00026&language=en> (2018.09.08.)

Magyarország népességének várható alakulása 2060-ig. In KorFa 2013:4, KSH  
<http://demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/korfa/article/view/730/194>

Magyarország, 2015. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2016.

Maison Bleue portál: <http://www.lamaisonbleue41.fr/>

ME PPS: Mode d'emploi du plan personnalisé de santé (PPS) pour les personnes à risque de perte d'autonomie (PAERPA), HAS 2014, [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/pps-version\\_web\\_juillet2013.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/pps-version_web_juillet2013.pdf)

Murray, R - Caulier-Grice, J - Mulgan, G. (2010): The Open Book of Social Innovation. The Young Foundation and NESTA.  
[http://kwasnicki.prawo.uni.wroc.pl/pliki/Social\\_Innovator\\_020310.pdf](http://kwasnicki.prawo.uni.wroc.pl/pliki/Social_Innovator_020310.pdf)

Narushima M., Liu L, Diestelkamp N. (2017): I learn, therefore I am: A phenomenological analysis of meanings of Lifelong Learning for vulnerable older adults. In: The Gerontologist, Vol.58. No. 4., 696-705.p.



Népesség, népmozgalom (1900-), KSH

[http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_hosszu/h\\_wdsd001a.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_hosszu/h_wdsd001a.html)

Nies, Henk - Leichsenring, Kai - Mark, Sabina (2013): The emerging identity of Long-Term Care systems in Europe. In: Leichsenring, K., Billing, J., Nies, H. (szerk.): Long-Term Care in Europe. Improving policy and practice, Basingstoke, Palgrave Macmillan. 19-41.

Október elseje az idősek világnapja, 2012 – a tevékeny idősödés és a nemzedékek közötti szolidaritás európai éve. In: Statisztikai Tükör 2012/75.

<http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/oregekvilagnap12.pdf>

Október elseje, az idősek világnapja. In: Statisztikai Tükör 2013/77.

[http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/idosek\\_vilagnap\\_13.pdf](http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/idosek_vilagnap_13.pdf)

Önkéntes munka Magyarországon. KSH, 2012

<http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/onkentesmunka.pdf>

Panitsides Eugenia A. (2014): Lifelong Learning as a lever for trackling the ageing phenomenon in the European Union: new challenges, new tools. In: Journal of Educational Sciences and Psychology, Vol.4. No.1. 1-8.p.

PdC: Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Recommandations. HAS 2005

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Prevention\\_chutes\\_recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_recos.pdf)

Piczil M. - Pikó B. (2012): Az ápolás, mint hivatás. Magatartástudományi elemzés. Szeged, JATE PRESS

PPS: Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA 2014, HAS [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa)

RP: Rapport sur la mise en oeuvre des projets pilotes. Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, 2013

[http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_comite\\_national\\_pilotage\\_-\\_projets\\_pilotes.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_comite_national_pilotage_-_projets_pilotes.pdf)

Rurik I. Gondok és útkeresés a házi orvoslásban. Orv Hetil. 2009; 150: 1615-1622.

Schulmann K, Leichsenring K, et al. A qualitative inventory of the key drivers of social innovation in social support and long term care (QUALIND), Final Report. Vienna, 2015; pp. 28. <http://mopact.group.shef.ac.uk/wp-content/uploads/2013/10/D8.3-A-qualitative-inventory-of-the-key-drivers.pdf>

Senioralert segélyhívórendszer: <http://www.senioralerte.com/articles/la-teleassistance-active.html?play=ok>

Sondage Opinionway 2012:

[http://www.lamaisondesaidants.com/news/index.php?val=512\\_90+%25+des+français+souhaitent+vieillir+chez+eux](http://www.lamaisondesaidants.com/news/index.php?val=512_90+%25+des+français+souhaitent+vieillir+chez+eux)

Szabó L. (2014): A professzionális és informális segítők szerepe az idősök otthoni ellátásában. In: Esély, 2014/1., 79-93.p.

Szabó L.: Idősellátás kérdőjelekkel. Esély, 2013:4, 87-97.

<file:///C:/Users/user/Beadandó/Idősek%20ápolása%20ápolási%20díjak%20stb/Szabó%20Lajos%20Idősellátás%20kérdőjelekkel.pdf>

SzB: Szociális beruházás a növekedés és a kohézió érdekében - többek között a 2014-2020-as Európai Szociális Alap végrehajtása révén. Közlemény. Európai Bizottság, Brüsszel, 2013.

<http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?l=HU&f=ST%206380%202013%20INIT>

Széman, Zs: A tartósan gondozott idősök életminőségének javítása. In Andragógia és Művelődéstudomány, 2013/2.

[http://andragogiaesmuvelodeselmelet.hu/sites/default/files/archivum/a\\_tartosan\\_gondozott\\_0.pdf](http://andragogiaesmuvelodeselmelet.hu/sites/default/files/archivum/a_tartosan_gondozott_0.pdf)

Széman, Zs.: Ki az idős?- Az öregedés különböző szempontjai. In Esély, 2008/3

[http://www.esely.org/kiadvanyok/2008\\_3/SZEMAN.pdf](http://www.esely.org/kiadvanyok/2008_3/SZEMAN.pdf)

Széman, Zs.: Skype az idősgondozásban: egy intervenciós kutatás tapasztalatai. In: Esély, 2012/2.

[http://www.esely.org/kiadvanyok/2012\\_2/szeman.pdf](http://www.esely.org/kiadvanyok/2012_2/szeman.pdf)

Széman Zs., Pottyondy P. (2006): Idősök otthon. Megszokott környezetben, nagyobb biztonsággal. Budapest: Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület – MTA Szociológiai Kutatóintézet.

Széman Zs., Tróbert A.M. (2017): A szociális innováció lehetőségei a tartós idősgondozásban. In: Esély, 2017/6, 45-62.p.

Szociális alap - és nappali ellátás. Házi segítségnyújtást igénybe vevők száma. KSH,

<http://statinfo.ksh.hu/Statinfo/haViewer.jsp>

Szociális Statisztikai Évkönyv 2016, KSH, 2017

SzV: Megfelelő szociális védelem az előregedő társadalomban felmerülő tartós ápolási-gondozási igények összefüggésében: A szociális védelemmel foglalkozó bizottság és az Európai Bizottság együttes jelentése. Az Európai Unió Tanácsa, Brüsszel, 2014.

<http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?l=HU&f=ST%2010406%202014%20INIT>

Területi különbségek a népesség öregedési folyamatában. In: Statisztikai Tükör 2009/ 194.  
<https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/oregedes0912.pdf>

TG: Tartós gondozás az Európai Unióban, Európai Közösségek, Luxembourg 2008  
file:///C:/Users/user/Downloads/Brochure\_LTCBis\_HU\_081013.pdf

Tomcsányi, T.: A mentálhigiéné jelenségvilága. In: Tanakodó (Szerk. Tomcsányi T., Grezsa F., Jelenits I.), 16-45. Semmelweis Egyetem TF - Párbeszéd (Dialógus) Alapítvány - HÍD Alapítvány, Budapest, 2003

Total fertility rate. Eurostat.

<https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00199&plugin=1>

Tróbert AM, Makó Cs, Illésy M. (2017): Poor job quality as a hindrance for innovation. Case study in the hungarian old age care sector. QuInnE, Manuscript. Institute of Sociology – Centre for Social Sciences, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, 2017

Tróbert A.M. - Széman Zs. (2015): Szociális innováció a tartós idősgondozásban - Magyarországi összefoglaló beszámoló. Kézirat, MTA

Tróbert A.M. - Széman Zs. (2016): Kiegészítő elemzés a MoPAct WP8 T3 magyar fókuszcsoportjában felmerült problémafelvetéshez. Kézirat, MTA.

Tróbert A.M. (2015): Az idős hozzátartozót ápolók támogatásának jelentősége. In: Esély, 2015/1., 85-94.p.

Tróbert A.M. - Széman Zs. (2018): Házi orvosok és idősellátás egy kérdőíves kutatás tükrében. Orv Hetil. 159:8, 312-319.

Udvari A.: Az idősellátás helyzete Magyarországon (kutatási jelentés) 2013.

<http://ncsszi.hu/csalad/eredmenyeink/8/news>

Une bonne santé pour mieux vieillir. Dossier pour la Journée mondiale de la Santé 2012

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75156/1/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2012.2\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75156/1/WHO_DCO_WHD_2012.2_fre.pdf)

Varga I. Lehetséges-e a "minőségbiztosítás" a szociális szférában? Kapocs 2008; 36.

<http://ncsszi.hu/kiadvanyok/kapocs-letoltheto--lapszamai/kapocs-2008/86/news>

Wihlman, T. - Hoppe, M. - Wihlman, U. - Sandmark, H. (2014): Employee-Driven Innovation in Welfare Services, Nordic journal of working life studies, Vol 4. No.2., May, pp. 159-180.

Zárol, E.: Az idősek helyzete, idősügy Magyarországon. (2. rész) Kapocs, 2014, 13:4.

file:///C:/Users/user/Downloads/zarol---az-idosek-helyzete\_idosugy-magyarorszagon---2\_-  
resz%20(2).pdf

Zárol, E.: Az idősek helyzete, idősügy Magyarországon. Kapocs, 2014, 13:3.

file:///C:/Users/user/Downloads/zarol\_-az-idosek-helyzete\_idosugy-  
magyarorszagon%20(4).pdf

Zrubka Zs. Az informális ellátás mérése és egészség-gazdaságtani értékelése. Orv Hetil. 2017;  
158: 1363-1372.