

Területi Szakértői Csoport

Bentlakásos Idősellátás

2010. november 30.

Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet

TÁMOP 5.4.1.

Szakértők:

Dr. Egervári Ágnes

Czibere Károly

Panker Mihály



**Sztenderdek az idősek számára biztosított bentlakásos szociális
szolgáltatások területére vonatkozóan**

Szakértői vélemények alapján módosítva

1.1.3

2010. december 1.

BEVEZETÉS.....	8
Időskorúak helyzete Magyarországon.....	8
<i>Az idősödés társadalompolitikai kihívásai.....</i>	<i>13</i>
<i>Időspolitika célkitűzései.....</i>	<i>15</i>
<i>Az idősgondozás fejlesztendő területeinek fő irányai.....</i>	<i>16</i>
<i>Egészségügyi és szociális szolgáltatásokhoz való hozzájutás problémái.....</i>	<i>16</i>
<i>Az időspolitika európai és hazai prioritásai, stratégiái, ezek hatása a hazai ellátórendszerre.....</i>	<i>17</i>
Az idősgondozás komplexitásának jelentősége.....	19
A bentlakásos intézményi ellátás helyzete Magyarországon.....	21
Az intézmények általános jellemzői.....	24
A projekt indokltsága a bentlakásos idősellátás területén – jövőkép.....	25
<i>Az idősek életminőségének javítása.....</i>	<i>25</i>
<i>A szociális szttenderdek szerepe az idősek bentlakásos ellátásában.....</i>	<i>26</i>
A bentlakásos idősellátás szolgáltatás célcsoportja.....	32
A BENTLAKÁSOS IDŐSELLÁTÁS SZAKMAI SZABÁLYAI.....	35
I. Minőségi elhelyezéshez való jog: biztonságos és esztétikus környezet, megfelelő tárgyi feltételek.....	35
1. Sztenderd: Otthonos és biztonságos környezet.....	35
<i>Kritériumok.....</i>	<i>36</i>
<i>Biztonság, emberi méltóság.....</i>	<i>36</i>
<i>Személyes jogok védelme, jogbiztonság.....</i>	<i>36</i>
<i>Esélyegyenlőség.....</i>	<i>36</i>
<i>Életminőség javítása.....</i>	<i>36</i>
<i>Önállóság.....</i>	<i>36</i>
<i>Komfort és esztétikum.....</i>	<i>36</i>

Intézményi környezet	37
Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források	41
II. Minőségi szolgáltatáshoz való jog: belépés, igényfelmérés, ápolás-gondozás, mentálhigiénés támogatás és egészségügyi ellátás	43
2. sztenderd: Életminőség	43
<i>Kritériumok</i>	46
Előgondozás, kapcsolatfelvétel	46
Intézményi jogviszony létesítése	47
Teljes körű ellátás	47
Ruházat, textília	48
Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források	50
Étkezés	51
Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források	53
3. sztenderd: Testi és lelki jóllét	56
<i>Kritériumok</i>	56
Ápolás-gondozás	56
Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források	58
Egészségügyi-orvosi ellátás	61
Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források	63
Mentálhigiénés támogatás	66
Beilleszkedés támogatása, biztonság megteremtése, társas kapcsolatok, természetes támaszok	67
Személyre szóló gondozási terv készítése	68
Speciális elvárások viselkedési zavarokkal küzdő ellátottak esetében	69
Társas kapcsolatok, természetes támaszok biztosítása, autonómia fenntartása	70
Aktivitás fenntartása	70
Emberi méltóság megőrzése	72

Problémamegoldás, kríziskezelés, konfliktuskezelés	73
Mentálhigiénés tevékenység az élet végén	73
Érdekképviselő	74
Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források	75
Demenciában szenvedő idősök személyközpontú ellátása	77
Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források	79
III. Minőségi szolgáltatáshoz való jog: minőségi humánerőforrás	86
4. sztenderd: Kompetens munkatársak	86
Kritériumok	86
Képzés és továbbképzés	87
Képzés	87
Továbbképzés	88
A munkatársak védelme (jogi, kockázatkezelés)	89
Kockázatkezelés	90
Szupervíziós háttér biztosítása	91
Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források	93
5. Sztenderd: Rendszerszintű együttműködés	95
Kritériumok	95
Konferenciák	95
Műhelymunka	96
Egyéb programok	96
Szakmai és módszertani tapasztalatcserék	96
Tapasztalatcserék	96
Külföldi tapasztalatok	98
Szakmai szervezetekben való részvétel	98
Más együttműködő szervezetekkel való kapcsolat	98
Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források	100

IV. Információs önrendelkezés, tájékoztatáshoz való jog, bevonás, részvétel.....102

6. sztemderd: Információs önrendelkezés, tájékoztatáshoz való jog 102

Kritériumok..... 103

A nyilvántartási módszerek/formák 105

Adatok analitikus/papíralapú nyilvántartása 105

Adatok számítógépen való tárolása 105

Adatok táblázatos formában való tárolása számítógépen (Word) 105

Adatok táblázatos formában való tárolása számítógépen (pl. Excel) 105

Adatbázis-kezelő alkalmazása 105

Integrált, cégre szabott informatikai rendszer alkalmazása 106

A nyilvántartások funkciói 106

Keresés, visszakeresés 106

Leválogatás, szűrés 106

Rendezés 106

Csoportosítás 106

Elemzés..... 106

Adatkezelési szabályok 107

A különböző típusú adatok kezelésének szabályai 107

Személyes adatok kezelése 107

Különleges adatok kezelése 109

Közérdekű adatok kezelése 109

A titoktartás szabályai, avagy minden ellátott joga és az intézmény kötelessége 109

Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források..... 111

7. Sztenderd: Személyes kommunikáció a kliensekkel és hozzátartozókkal..... 115

Kritériumok..... 115

Normalizációs elv..... 116

Információs elvárások	117
Beilleszkedési törekvések	117
Aktív részvétel a közösség életében	117
Kölcsönös előnyök	118
Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források	118
V. Autonómia, magánélet, magánmeggyőződések tisztelete	121
8. sztenderd: Autonómia, magánélet, magánmeggyőződések tisztelete.....	121
<i>Kritériumok.....</i>	<i>121</i>
Az intézmény értékorientációja.....	121
Az intézményi küldetés	121
Humánerőforrás-gazdálkodás	122
A gondozók munkájának intézményi támogatása	122
A gondozó stáb képzése, fejlesztése	123
Belső minőségbiztosítási rendszer kialakítása.....	123
A gondozás egyénre szabottsága	125
Egyéni gondozási terv	125
A gondozási tervek rendszeres felülvizsgálata, korrekciója.....	125
A gondozott élettörténetének ismerete	125
Egyéni preferenciák	126
A gondozott személyi tulajdona	126
A gondozott aktivitása, foglalkozásokon való részvétele.....	127
A személyközpontú megközelítés érvényesülése	127
Kommunikáció a gondozottal.....	127
Empátia és a gondozott szempontjainak figyelembevétele	127
A gondozás légköre	128
Respektus.....	128
„Képessé tevés” (empowerment).....	128

A közösségi részvétel ösztönzése	129
A „problémás viselkedés” kezelése	129
A szociális környezet	129
Szociális inklúzió.....	130
Külső érdekképviselő.....	130
A szolgáltatási környezet minősége	130
Egészségügyi ellátási háttér	130
Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források	132
MELLÉKLETEK	134
1. Melléklet: Idősek tartós bentlakásos ellátása idikátorai	134
2. melléklet: Irodalomjegyzék a bentlakásos idősellátás szakmai szabályaihoz.....	136
3. melléklet: Fogalomtár a bentlakásos idősellátás szakmai szabályaihoz	147
4. melléklet: Jogszabályok gyűjteménye a bentlakásos idősellátás szakmai szabályaihoz	178
5. melléklet: A szttenderdek kidolgozásában közreműködő szakértők.....	182
6. melléklet A munkacsoportok által elkészített részletes dokumentumok.....	183

BEVEZETÉS

Időskorúak helyzete Magyarországon

Demográfiai folyamatok (Hablicsek László nyomán)

Hazánk az öregedő társadalmak közé sorolható. Ennek hátterében az időskorúak számának és számarányának növekedése áll, ami egyrészt a születések számának csökkenésével, másrészt a várható élettartam növekedésével magyarázható. Bár hazánk demográfiai állapotjellemzői igen kedvezőtlenek, nem tartozunk a kirívóan öreg korösszetételű országok közé.

A demográfiai mutatók egyensúlyának megbomlása következtében a társadalomban hatalmas arányváltás következett be. A tudósok aggódnak a klímaváltozás és egyéb természeti katasztrófák miatt, ugyanakkor létrejött egy időzített demográfiai bomba.

A Földön, elsősorban a fejlődő országok népességén belül, lényegesen nőtt az idős lakosság száma. Ennek következtében jelentősen megváltoztak az erőviszonyok. Már megszületett az a generáció, amely egy ütőképes idős társadalmi réteget fog képviselni. Ezért változniuk kell a társadalmi reakcióknak is, mint például a közösségi képviselőnek, az idősek társadalmi részvételének és a szolgáltatásoknak egyaránt.

Az öregedés súlyos alkalmazkodási problémákat vet fel. Az egész társadalmat érintő kérdés, hogy mi lesz az idősek millióival.

Mivel a lakosság átlagos élettartalma jelentősen megnőtt, ehhez kell igazítani az idősügyi politikát. Az úgynevezett hosszú élettartamhoz fűződő politika (azaz a meghosszabbodott élettartam következményeit, társadalmi hatásait figyelembe véve) olyan politikát jelent, mely egy új aktív korosztályhoz és szakmai tevékenységekhez kapcsolódik, erősíti a generációk közötti kölcsönös és egyetemes felelősségvállalást, és amely a magas kort megért személyek érdekében folyik.

Valódi forradalmat élünk meg: a hosszú élettartam forradalmát. Pl.: Franciaországban a várható élettartam minden évben három hónappal – negyedévvel - nő. Ma már a 80 évet is meghaladja. Ez mindenki számára egyéni lehetőséget és az egész társadalom számára - kulturális, szellemi, lelki - gazdagodást, fejlődést jelent. Ezen túl ugyanazon családban négy, sőt öt generáció élhet együtt. Azonban a hosszú élettartam egyúttal kollektív kihívást is jelent az országok, a gondozási rendszerek számára és a nemzeti szolidaritás (kölcsönös és egyetemleges felelősségvállalás) egésze szempontjából is. Előre gondoskodni kell arról, hogy történelmünk során példa nélkül állóan jelentős orvosi-egészségügyi kapacitás álljon rendelkezésre a magas korhoz kötődő dependencia állapotában lévő személyek ellátására. Ezt a kapacitást növelni kell és az állampolgárok elvárásaihoz kell igazítani

A demográfiai változásnak ez csupán az egyik vetülete, melyre választ kell találni.

Az idős korosztály aránynövekedésében is van egy belső strukturálódás. Ez az átlagéletkor növekedése miatt van. Nő a nagyon idősök aránya.

A korcsoport szerinti megoszlás nemenkénti mutatóiból jól láthatók a legjellemzőbb tendenciák. A 70 éven aluli korosztály aránya a férfiak körében mindig magasabb, a nők körében mindig alacsonyabb volt a két nem együttes mutatójánál, míg a magasabb korcsoportokban éppen fordított a helyzet. Mindez abból a különbségből adódik, amely a két nem átlagos élettartamában, halandósági viszonyaiban mutatkozik.

A 60 éves és idősebb népesség háromötöde (61%-a) nő. Minden nyolcadik férfi és csaknem minden negyedik nő tartozik ebbe a korosztályba, a nők száma több mint 470 ezerrel magasabb. A nemek arányának a mutatója – az 1000 férfira jutó nők száma – a népesség egészét tekintve 1102, a 60 éves és idősebbek körében viszont 1587.

Az a számottevő növekedés, mely az időskorúak – és kizárólag az időskorúak – körében mutatkozik, a XX. század második felében alakult ki. A folyamat csak lassan, kisebb-nagyobb visszaesésekkel bontakozott ki, a nők körében azonban megszakítás nélkül, és a férfiakhoz képest erőteljesebben növekedett az időskorúak aránya.

Az időskorú népesség arányán belül számolni kell a nagyon idősök (80 éves és idősebb korosztály) számának növekedésével, ami szintén a halandósági mutatókkal hozható összefüggésbe.

A korcsoport szerinti megoszlás mellett a másik fontos jellemző a családi állapot szerinti megoszlás, mely jelentős eltérést mutat az idős generációban az össznépességtől. A legmarkánsabb eltérés a házasságok és volt házasságok, illetve a nőtlenek, hajadonok arányában mutatkozik. Az idős korosztály döntő többsége házasságban él vagy élt, csupán 4 % azoknak az aránya, akik nőtlenek vagy hajadonok. A férfiak és nők közötti eltérés a házasságban élők, illetve özvegyek, elváltak körében mutatkozik. A 60 éves és idősebb férfiak 75%-a él házasságban, 15%-a özvegy és mindössze 6%-a elvált. A nők esetében a házasságban élők aránya már csak 36%. Ezzel szemben az özvegyek aránya 52%, az elváltaké pedig 8%.

A jelentős eltérés abból adódik, hogy a nők esetében várható élettartam hosszabb, mint a férfiak esetében. Fontos elmondani azt is, hogy a házasságok aránya az életkor emelkedésével mindkét nem esetében jelentősen csökken, ami növeli az említett korosztály esetében a szociális ellátások iránti igényt.

A népesség iskolázottsági szintje, ezzel együtt természetesen az időskorúaké is évtizedek óta folyamatosan emelkedik. Mindazonáltal az idősök idevágó adatai az évtizedekkel korábbi iskolázottsági viszonyokat tükrözik, még ha sokan felnőtt fejjel, munka mellett szereztek is valamilyen magasabb képesítést.

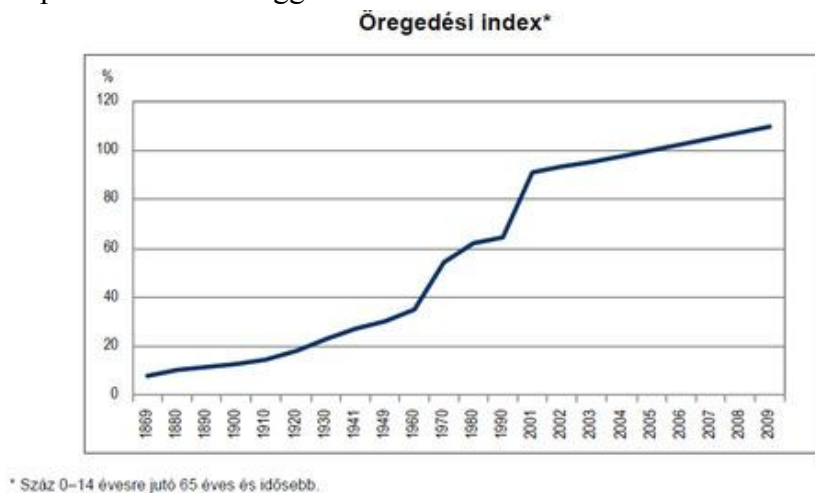
A korcsoportos adatok jól mutatják az iskolázottsági viszonyok változását, a legidősebbek mutatói jelentősen elmaradnak attól, ami az idősök fiatalabb nemzedékeit jellemzi.

A nemenkénti különbség lassan eltűnik: az idősebb korosztályokban a férfiak előnye több mint kétszeres, míg a fiatalabb korcsoportokban az arányok egyre közelednek egymáshoz. A 60–64 évesek közül a férfiak 32, a nők 27%-a érettségizett.

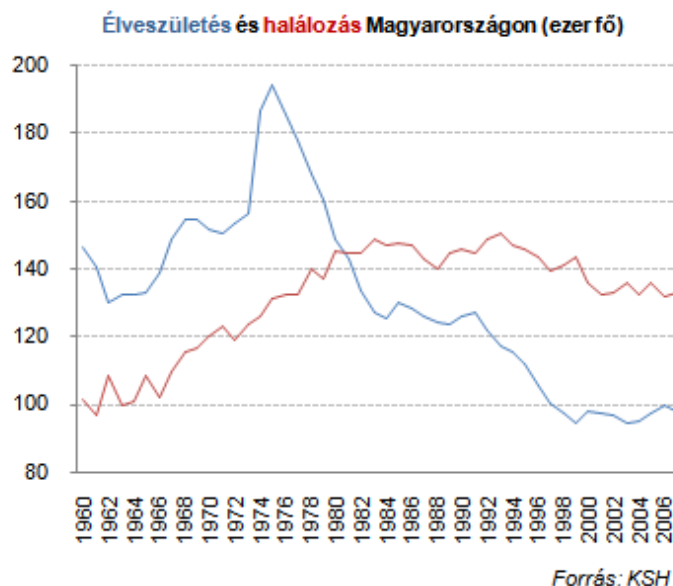
A diplomások aránya az időskorú férfiak körében alig alacsonyabb, mint a népesség egészében. A korcsoportonkénti adatok jelzik, hogy csak lassan módosul az

a tendencia, hogy a nők jóval ritkábban szereznek egyetemi, főiskolai végzettséget, mint a férfiak.

Az iskolázottsági mutatók szerepe jelen írásunk szempontjából relevánsnak mondható, amennyiben elfogadjuk azt a tényt, hogy az iskolázottsági mutatók és az egészségi állapot között összefüggés mutatkozik.



A gazdaságilag nem aktív népesség egyik meghatározó csoportját a nyugdíjasok, járadékosok képezték (több mint 1,8 millió fő). Az ide sorolt inaktív keresők zömmel saját jogon, öregségi nyugdíjban részesültek. Már ekkor is számottevő volt a rokkantsági és korengedményes nyugdíjasok rétege.



60 éves kor felett a gazdasági aktivitás fokozatosan csökken. A 60 éveseknek egytizede (10,7%-a) tartozott a gazdaságilag aktívak kategóriájába, a 61 éveseknél ez az arány csak 8,2%-ot, a 62–64 éveseknél 5%-ot tett ki. Meg kell azonban jegyezni, hogy a 2001. évi népszámlálás adatai szerint a 65 éven felüliek, de minimális mértékben még a 70–74 évesek, sőt az annál idősebbek körében is kimutatható a foglalkoztatottság, illetve a gazdasági aktivitás. Magyarországon az idősödő

korosztály foglalkoztatási aránya – európai összehasonlításban – különösen alacsony. A kilencvenes években a gazdasági változások nyomán – megfelelő foglalkoztatási kilátások híján – viszonylag sokan kerültek rokkantnyugdíjas, munkanélküli, illetve egyéb inaktív státusba.

Ennek a csoportnak az életkörülményei lényegesen rosszabbak, mint a szabályszerűen öregségi nyugdíjba vonult társaiké; az átlagosnál magasabb közöttük a szegények, a depriváltak aránya.

Lakáskörülményeik, anyagi fogyasztásuk, kulturális aktivitásuk alapján a 60 éven felüliek több mint egyötödét sorolhatjuk a felső-, illetve a középosztályhoz. Legnépesebb (46%-os aránnyal) az átlagos anyagi színvonalon élő kispolgárok kategóriája, amelyet – a lakásviszonyok szerint – a jó, illetve a rossz lakással rendelkezők rétegére bonthatunk. Az idősek több mint 30%-a tekinthető szegénynek, és ebből mintegy 10% a depriváltak (a nagyon rossz lakás- és anyagi körülmények között élők) hányada.

Az idősek társadalmi státusát, életkörülményeit leginkább a nyugdíjazásukat megelőző munkaerőpiaci pozíció határozza meg: minél előnyösebb volt ez, annál kedvezőbbek a mostani létviszonyaik. A demográfiai jellemzők közül csak az életkornak van lényeges szerepe: az idősebb nyugdíjasok státusa rosszabb, mint a fiatalabbaké. Azonban nem feledkezhetünk meg a háztartás-összetétel hatásáról sem: azok az idősek, akiknek a családjában van legalább egy aktív kereső, kedvezőbb körülmények között élnek, mint a kizárólag inaktívakból álló háztartások tagjai. Nagyon lényeges szerepe van a lakóhelynek is: az urbanizáltabb településeken élő idősek társadalmi státusa kedvezőbb, mint a kistérségeken, községekben lakóké.

A társadalmi státus az idősek egészségi állapotát szintén alapvető módon befolyásolja. A felső és középosztályhoz tartozók körében jóval alacsonyabb a tartós betegségben szenvedők és a fogyatékosok aránya, mint a szegények vagy a depriváltak között. A mentális egészségi állapotot illetően még markánsabbak a társadalmi helyzet szerinti differenciák: a depriváltak rétegéhez tartozó idősek 40%-ánál mindennaposak a lelki problémák, míg a felsőosztályban egytizedes ugyanez az arány.

Az egyes korcsoportok közül a fiatalabbak vidéki városokban, a legidősebbek pedig főként a fővárosban élnek nagyobb arányban. A 30 és 60 év közöttiek közel egyötöde lakótelepi panelépületek, fele pedig családi házak lakója. A legidősebbek (75–84 évesek) aránya erősen felülreprezentált a városi bérházakban (17%) és parasztházakban (19%), miközben kevesebben élnek családi házban. A lakótelepeken a két idősebb korosztály hányada egyre csökken.

Az idős emberek életminőségét alapvetően testi-lelki egészségük határozza meg. Természetesen emellett szerepet játszanak még más tényezők is, mint pl. az anyagi és szociális helyzetük, környezetük stb. Mielőtt a morbiditási mutatókat alaposabban megvizsgálánk, fontos megjegyezni, hogy nagy számban vannak egészséges, testileg-lelkileg kiegyensúlyozott életet élő időszerű emberek, erre vonatkozó statisztikai adatokkal azonban alig rendelkezünk.

Ennek következtében arra kényszerülünk, hogy az egészségi állapotot a betegségekkel és a halálozással jellemezzük. A betegségek jelenléte rontja ugyan az életminőséget, azonban hangsúlyozzuk, hogy a korszerű gyógykezelés és rehabilitáció a betegségek egy részében teljes értékű életet biztosít (példa erre a jól kezelt magasvérnyomás-betegség), a betegségek másik részében pedig, a betegség természetétől függően, javít az élet minőségén.

A rendelkezésünkre álló adatok alapján elmondható, hogy az időskorúak gyakrabban szorulnak orvosi kezelésre, gyakrabban utalják őket szakorvosokhoz (rendelőintézetbe, kórházi ambulanciákra), továbbá gyakrabban kezelik őket kórházban.

A száz lakosra jutó évi kórházi kezelések száma (pontosabban meghatározva a kórházból elbocsátott betegek száma) 2001-ben 22,0 volt. Korcsoportonként vizsgálva: a 65–74 éveseknél ez az arány 37,0, a 75 éves és idősebbek esetén pedig 50,2. A kórházban kezeltek 1/3-át az idős betegek tették ki. Természetesen ezek az arányok erősen függenek a betegség természetétől, a kórházi osztály jellegétől.

A járóbeteg-szakellátás klinikai jellegű rendelésein 2001-ben 19 millió 565 ezer beteg jelent meg (a fogászati rendelések nélkül). A klinikai jellegű rendelésekhez tartozik pl. a kardiológia, a sebészet, a nőgyógyászat, a fül-orr-gégészlet, a szemészet stb. Nem tartozik közéjük a laboratórium, a röntgen, az ultrahang, a CT és egyéb képalkotó eljárások, a fizioterápia stb. A rendeléseken megjelent betegek 1/5-e volt 65 éves és idősebb. Az idős emberek évente átlagosan 2-3-szor fordulnak a járóbeteg-szakellátás szakorvosaihoz.

Az idős emberek gyakrabban veszik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat. Az összes kórházi ápolási eset 1/3-át, a járóbeteg-szakellátás klinikai jellegű rendelésein megjelent betegek 1/5-ét a 65 éves és idősebb betegek teszik ki. Az idős emberek évente 2-3 alkalommal fordulnak a járóbeteg-szakellátás orvosaihoz.

Az idős népesség körében is a keringési betegségek dominálnak. A 65 éves és idősebb férfiak 50%-a, a nők 52%-a magas vérnyomás betegségben szenved, a férfiak 11,3%-ának, a nők 7,9%-ának ischaemiás szívbetegsége van. Az időskorú férfiak 11,7%-a, a nők 8,2%-a cerebrovascularis betegség miatt került regisztrálásra. 2001-ben a járóbeteg-szakellátás klinikai jellegű szakrendelésein 121 ezer rosszindulatú daganat miatt beutalt idős beteget regisztráltak, ugyanebben az évben közel 50 ezer rosszindulatú daganatos beteget kezeltek kórházban, a daganatos betegek 50%-át az időskorúak tették ki. A cukorbetegség gyakorisága az idősek körében 14% körül van (ez alábecsült adat), a háziorvosok 216 ezer idős cukorbeteg tartottak nyilván 2001-ben, ez az összes cukorbeteg közel fele (46,1%-a). Az emésztőszervi megbetegedések közül a májbetegségeket emeljük ki. A korspecifikus morbiditási adatok azt mutatják, hogy az alkoholos májbetegségek gyakorisága idősebb korban jelentősen csökken (ezt a kort nem éri el betegek többsége). Az idős embereket, főleg 80 éves kor felett, gyakran érik balesetek, sérülések. A sérülések közül különösen a fejsérülések gyakorisága növekszik. A combcsonttörések aránya a nők körében (a csontritkulás miatt) a 80 éves kor felett a leggyakoribb. Mindemellett elmondható az is, hogy az

idősek jelentős hányada szenved kettő vagy több krónikus betegségben, ami nagymértékben befolyásolja önellátási, öngondoskodási képességüket.

Az öregedés kibontakozásban lévő fázisában a fiatalok mellett az aktív korúak számának és arányának zsugorodása van napirenden. Ugrásszerűen növekednek az eltartási arányszámok.

Az öregedés a teljes korösszetétel átalakulásának, „megnyúlásának” menete, amelyben szükségszerűen elmozdulnak a főbb életkori csoportokat (fiatalok, aktív korúak, idősek) elválasztó határok.

A halandóság igen jelentős további csökkenésével emelkedik az idős kor átlagos felső határa is. Magas lesz, és erősen növekszik az eltartási arányszám, az aktívakra jutó eltartási kötelezettség, amennyiben a foglalkoztatást nem sikerül jelentősen kiterjeszteni mind az idősebb életkorok, mind a társadalmi csoportok irányában.

A demográfiai öregedés nem valamiféle káros jelenség, amely ellen küzdeni kell. Ugyanakkor a folyamat súlyos alkalmazkodási problémákat vet fel, amelyek megoldandó feladatokként tornyosulnak a modern társadalmak előtt. Mindannyiunkat alapvetően érintő kérdés, mi lesz az idősek millióival. Úgy véljük, az európai helyzet népesedéspolitikai keretekbe ágyazott aktív magatartást igényel, valamint megkívánja a folyamatok sokirányú befolyásolását, sokféle eszköz sokoldalú alkalmazását. Az öregedési folyamat kezeléséhez minden területnek, tudományágnak hozzá kell tennie a maga kimunkált részmegoldásait.

A magyarországi demográfiai jellemzők összefoglalva:

- öregedő, fogyó népesség
- fogyó családok
- válások növekvő száma
- család szerkezet átalakulása
- csökkenő gyermekszám
- növekvő női arány
- növekvő férfigalázás
- növekvő krónikus betegség
- növekvő rászorultság
- növekvő regionális különbségek
- egészség és életminőség vonatkozásában növekvő esélykárosodás és kockázat fokozódás

Az idősödés társadalompolitikai kihívásai

- Az idősödés nem önmagában véve problematikus, hanem abból a szempontból, hogy sem a gazdaság, sem a társadalmi ellátórendszerek nem készültek fel átfogó reformokra az ellátórendszerek fenntarthatósága érdekében.
- A nyugdíjak, szociális és egészségügyi kiadások egyre nagyobb terhet rónak a társadalomra. 2009. év elején 3 millió 31 ezren részesültek nyugdíjban, járadékban vagy nyugdíjszerű ellátásban. Az ellátottak 57%-a

öregségi nyugdíjban részesült. A nyugdíjakra és a nyugdíjszerű ellátások forint összege és a GDP-hez viszonyított aránya folyamatos növekedést mutat, 2007-ben a GDP 10,9%-át fordították az ellátásokra, 2008-ban már 11,6%-át. Az öregségi nyugdíjasok 1 főre jutó átlag nyugdíja 2009.01.01-én 93.256 Ft (KSH, 2009.). Az átlagkeresetek és a nyugdíjak közötti olló az elmúlt években jelentős mértékben zárult, a nyugdíj összege közelebb került a nettó keresetekhez.

- A demográfiai változások és az individualizációs folyamatok azt is jelentik, hogy a családok egyre kevésbé töltik be a természetes védőháló szerepét, a gondozási funkciókat, emiatt az intézményes ellátások arányának és jelentőségének növekedését eredményezi. (A család instabilitása, válás, eltérő értékrend, a munka világának az átalakulása – preferált az egyedülálló munkavállaló, külföldi munka, stb., növekvő munkanélküliség).
- Munkanélküliség. Csökkennek a munkaadói és a munkavállalói bevételek, így az állami hozzájárulás mértékét növelni kellett az ellátások fedezésére. Az állam, mint a jóléti-ellátórendszer legfontosabb szereplője igyekszik megőrizni állampolgárai biztonságát, ugyanakkor eszközei végesek, bevételei a kiadások jelentős emelkedése mellett csökkentek a munka világában bekövetkezett változások miatt. A felosztó, kirovó rendszer nem tartható fenn emiatt.
- A nyugdíjrendszer átalakítása válik szükségessé: nyugdíjkorhatárok felemelése és a járulékok emelése, az öngondoskodás előtérbe helyezése. Az öngondoskodó nyugdíjrendszernek nálunk nincsenek hagyományai, feltételei, félő, hogy konzerválná a meglévő társadalmi különbségeket.
- A jelenlegi gazdasági működés nem alapozza meg a stabil munkaerő piaci feltételeket, foglalkoztatást, megfelelő szintű jövedelmet. A pályakezdés bizonytalanságai, a fekete és a szürkegazdaság az öngondoskodás akadályozza.
- Veszélyezteteti a társadalmi szolidaritás fenntarthatóságát: a fiatalabb generációk úgy tekintenek a nyugdíjasokra, mint kiváltságos csoportra, akik a legtöbb hasznot húzzák a szociális költségvetésből, ellátórendszerből.
- A fiatalok, a gyermekes családokból kerülnek ki az új szegények, így elsősorban őket kellene támogatni, amit azonban az idősök számára nyújtott, egyre növekvő kiadások nem tesznek lehetővé.
- Az idősök egyre erőteljesebbé váló politikai hatalma számos esetben vezet a kiadások növeléséhez. A társadalmi kockázat abban rejlik, hogy mindezen folyamatok egy gazdaságilag labilis korszakban következnek be, melyben a munka világa, a foglalkoztatás biztonsága és a családok szerkezete rendül meg.
- Az idősokkal kapcsolatos szemléletváltozásra van szükség. A Nemzeti Időügyi Stratégia (NIS) társadalomképének alapja: hogy minden

korcsoportnak megfelelő esélye legyen teljes értékű aktív és méltó életre, az élet utolsó szakaszának humánus befejezésére. Megalapozott igény az idösek:

- Jobbiztonsága
- Részesülés társadalmi ellátásra a kiszolgáltatott helyzetben, megfelelő nyugdíjrendszer biztosítása
- Méltó megélhetésre, a nyugdíjak értékmegörzési mechanizmusai
- A diszkrimináció fokozatos felszámolására, hogy az aktív népesség egyenjogú csoportjaként éljenek, meg kell győzni a társadalmat és annak intézményeit, és a munkaadókat a kor szerinti hátrányos megkülönböztetés káraitra. A foglalkoztatás lehetőségeinek bővítése.
- A szociális és az egészségügyi ellátórendszer átalakítása társadalompolitikai cél, melyben az esélyegyenlőség elveinek érvényesülni kell. Az egészség megörzése
- Élethosszig tartó tanulás lehetősége
- Kutatás, oktatás, továbbképzés a méltó idősödéssel kapcsolatos témákban
- Jogi szabályozás lehetőségei:
 - Idősügyi Törvény elfogadása
 - Idősügyi országgyűlési biztos kinevezése
 - Az idősüggyel kapcsolatos ágazati jogszabályok módosítása
 - Kormányzati stratégia, erre a célra elkülönített költségvetési források, valamint programok megvalósítása, annak monitorozása
 - Idősügyi ombudsman létrehozása – figyelemmel kísérhetné és ellenőrizhetné az idősökkel kapcsolatos jogszabályi rendelkezések érvényesülését, vizsgálná a hatóságokat, közszolgáltatást végző szerveket.

Időspolitika célkitűzései

- Időskori jövedelembiztonság fenntartása
- Idősbarát társadalmi és fizikai környezet megteremtése
- Az idösek társadalmi aktivitásának elősegítése – az idős embereket aktív résztvevőként kell kezelni, ahelyett, hogy a politika passzív alanyainak, választóknak, betegeknek, gondozottaknak
- A közszolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosítása
- Az idősokorhoz kapcsolódó társadalmi attitűd formálása
- Generációk közötti szolidaritás erősítése
- Partneri kapcsolat kialakítása a szolgáltatók, az idős emberek és családjaik között, hogy a hosszan tartó gondoskodás iránti megnövekedett igényeket ki lehessen elégíteni.

Időspolitikát meghatározó értékek: méltóság, függetlenség, társadalmi részvétel, az önmegvalósítás, a biztonság.

Az idősgondozás fejlesztendő területeinek fő irányai

- Nyugdíjbiztosítási rendszer – a befizetési kötelezettséggel vásárolt ellátást szerzett jogként szolgáltatja, fontos a befizetések és a szolgáltatások közötti összhang
- A jövőben felértékelődik az öngondoskodás elve az időskorúak jövedelembiztonsága szempontjából (magatartásformálás)
- Minden időskorú állampolgár számára – településtípustól függetlenül – ugyanazok az ellátások egyénre szabottan és adekvát módon a számára elvárt színvonalon és tartalommal legyenek elérhetők
- A szolgáltatások és a szükségletek összhangja
- A kirekesztődés megakadályozása érdekében a társadalmi befogadást segítő integrált szolgáltatásokat, programokat fejleszteni kell, a működési feltételeket biztosítani hozzá
- Pontos információval kell elősegíteni az időseket, hogy tudatosan választhassanak a különböző igényeket kielégítő, alternatív lakhatási és ellátási formák között, beleértve a piaci alapon nyújtott szolgáltatásokat is
- Az időskorúak fizikai és mentális egészségének megőrzését, a gyógyítást a szükségletekhez kell igazítani
- Olyan integrált ellátási formák fejlesztése, amely lehetővé teszi, hogy az idős a lakásán vegye igénybe az ellátást
- Geriátriai ellátórendszer fejlesztése
- Demens betegek ellátásának fejlesztése
- Élethosszig tartó tanulás elvét szem előtt tartva életkor-specifikus oktatási és továbbképző programok
- Fel kell lépni az idősebb munkavállalókat sújtó életkori diszkrimináció ellen
- Fokozni kell az idősök családban végzett munkájának, valamint önkéntes munkájának társadalmi elismerését.

Egészségügyi és szociális szolgáltatásokhoz való hozzájutás problémái

- Az alapszolgáltatás rendszere a kapacitáshiány és finanszírozás aránytalanságai miatt nem képes a vele szemben támasztott többlet-szolgáltatások nyújtására.
- A szociális ellátások széttagoltak, színvonaluk egyenetlen, számos esetben alacsony színvonalú.
- Területileg egyenlőtlen lefedettség, így nem valósult meg az egyenlő hozzáférés esélyegyenlősége.

- Nincs meghatározva a szolgáltatások elvárt mennyiségi és minőségi minimuma, szakmai sztenderdek nincsenek kidolgozva.
- A hatósági és szakmai ellenőrzések minden szinten és megyében különböző módon történnek.
- A feladatellátáshoz nyújtott állami támogatások, hozzájárulások rendszere bonyolult, nehezen áttekinthető.
- Az Szt. módosításait nem előzi meg a lakosság helyzetének, ellátási szükségleteinek a felmérése. A koncepció elkészítéséhez szükséges reális helyzetelemzés, hatásvizsgálat.
- Nincs jelenleg olyan információs rendszer, nyilvántartási rendszer, amely naprakész adatokkal tartalmazza a működő szolgáltatás típusát, az ellátottak számát, az ellátások iránti szükségleteket.
- A szolgáltatási esélyek egyenlőségét súlyosan sérti, hogy hazánkban az egyházi szolgáltatók kiegészítő támogatásban részesülnek ugyanazon feladatok ellátására.
- A tartós bentlakásos intézmények csökkenő költségvetései csak az ellátás színvonalának rovására képesek az egyre növekvő kifizetéseket finanszírozni, miközben egyre rosszabb egészségi állapotban lévő egyre költségesebb ápolást-gondozást igénylő lakókat (betegeket) vesznek fel.
- A szükség szerinti ápolás leszűkült alapápolásra, miközben az ott élők körében emelkedett a szakápolást igénylők száma, amelyre az intézmények sem eszközökkel, sem elegendő számú szakképzett ápolószeméllyel nincsenek felkészülve.
- Nincs együttműködés, egymástól függetlenül tevékenykednek az egészségügyi és szociális ellátórendszer ápolási, gondozási tevékenységében, párhuzamosságok jellemzőek, eltérő logikára épülnek.
- Hasonló ápolási tevékenységet végez a szociális ellátórendszer, a háziorvos ápolója, valamint a hosszú ápolási idejű egészségügyi szolgáltatók is. Az ápolási feladatok nem épülnek egymásra.
- A két ágazat ugyanakkor eltérő finanszírozási rendszerben van (az egészségügy javára).

Forrás: Az időspolitika célkitűzései (Társadalmi befogadás I. Nemzeti Cselekvési Terv)

Az időspolitika európai és hazai prioritásai, stratégiái, ezek hatása a hazai ellátórendszerre

A XXI. század egyik legpozitívabb eredménye a születéskor várható élettartam meghosszabbodása. E kihívásra reagálva Magyarországon is szükséges az időspolitika kialakítása. Ennek megvalósítása több lépcsős folyamat. Első lépésben a helyzet feltárása és a problémák, fejlesztendő területek számbavételét követően az elérendő

célok kerülnek megfogalmazásra, majd az ebből kialakított prioritások meghatározását követően a megvalósítás érdekében cselekvési tervek kerülnek kidolgozásra.

Az Európai Bizottság 2002 márciusában kiadott dokumentumában rögzíti, hogy az öregedési politikáknak széles életpályát és a társadalomra kiterjedő közelítést kell elfogadniuk, figyelembe véve az ENSZ alapelveit.

Az ENSZ 1991-ben elfogadott, idős emberekkel kapcsolatos alapelveiben az áll, hogy olyan időspolitikára van szükség, amely az egész élet során biztosítja a függetlenséget, a részvételt, a gondoskodást, az önmegvalósítást és a méltóságot.

Az idős emberek számának növekedését érzékelve olyan hatékony időspolitika kialakítására van szükség, amely épít a társadalom, illetve a szolgáltató rendszerek résztvevőire, így a szolgáltatásokat igénylők szükségleteire és véleményére. Olyan ellátórendszerre van szükség, amely mindenki számára hozzáférhetően, egységes, egymásra épülő szolgáltatásokat biztosít, folyamatos és megbízható módon.

A legtöbb ember saját idős korával kapcsolatban négy dolgot mindenképp szeretne:

- a társadalom megbecsült tagja legyen,
- egészséges legyen,
- ne legyen magányos,
- biztonságban és védetségben tudjon élni.

Az időspolitika egyik célja, hogy az időskorúak jól-léte szempontjából a személyre szabott szolgáltatások széles köre álljon rendelkezésre. Figyelembe kell venni, hogy időskorú személyeknek egyénenként eltérő társadalmi és kulturális szükségleteik vannak. Az idősöknek úgy kell hozzáférniük a különféle szolgáltatásokhoz, hogy azok leginkább igazodjanak a saját szükségleteikhez, „se többet, se kevesebbet, mint amire szüksége van” elv érvényesüljön.

Meg kell teremteni a feltételeit az élethosszig tartó tanulásnak, az önsegítés és öngondoskodás változatos lehetőségeinek és az önkéntesség szélesebb körű kiépítésének is.

A magyarországi időspolitika egyik legfontosabb megoldandó kérdése az időskorúak diszkriminációjának megszüntetése és esélyegyenlőségének megteremtése. Ma még sok idős ember ki van téve a társadalmi kirekesztés valamelyik kockázatának: egészségügyi problémák, hozzáférés az ellátásokhoz, elszigetelődés. Egy jól funkcionáló társadalom védelmi és szolgáltató rendszere segíti előmozdítani az időskorúakról és életükről egy differenciáltabb és változatosabb kép kialakítását. Ezért az időspolitikai célkitűzések területén is támogatni kell az időskorúakat abban, hogy a társadalom minden korosztálya számára tudatosabbá tegyék az idősödés pozitív vonatkozásait.

Az idősödés pozitív felfogásának érvényre juttatásához az időskorúak tudását, bölcsességét és készségeit is szükséges beépíteni a szolgáltató rendszerek működtetésébe, és el kell ismerni

hozzájárulásaikat a közjóhoz. Erősíteni kell a generációk közötti kapcsolatot, a tudások és a tapasztalatok átadását, az értékek és az alkotó problémamegoldó készségek továbbörökítését.

A méltó idősor feltétele az aktivitás széles értelemben vett kitolása időben annyira, amennyire csak lehetséges. Ahhoz, hogy ez megvalósuljon, a gazdasági, pénzügyi motivációnak és az egészségnek kulcsszerepe van. Hazai kutatások is igazolják, hogy az egészségi állapot, képzettség vagy tudáshiány komolyan befolyásolja a munkaerő piaci pozíciót, a munkaesélyek pedig erősen hatnak az egyén anyagi, szociális helyzetére, végső soron élete minőségére.

Az élet korábbi szakaszinak minősége pedig csaknem teljes egészében eldönti, milyen minőségű életre van kilátás idősorban. A fentiekből azt lehet következtetni, hogy a „megkomponált életútmodell” alakításához a kormányzati intézkedések összehangolására, rendszerszemléletre van szükség.

Az idősödő és idős emberek Európában és hazánkban is nehezen élték meg a gyors változásokat, ezen belül a munka jellegének, valamint a társadalomban betöltött szerepüknek a változásait is. A tudástársadalom és a piac által megkívánt munkavállalói készségek fejlesztésére, a világban való eligazodás és a változások üteméhez való alkalmazkodás megtámogatására a nyugdíjkorhatárhoz közeledő dolgozóknak egyre nagyobb szükségük van.

Az idős emberek biztonságát és emberi méltóságának megőrzését támogató gazdasági és társadalmi környezet kialakítása fontos a fenntartható fejlődést veszélyeztető tényezők hatásainak mérséklése mellett. Alapvető fontosságú az emberi jogok érvényesülését és az emberi méltóság megőrzését támogató környezet megerősítése, a közbiztonság, ahol megvalósulhat az idős emberek jövedelembiztonsága, és legyen elérhető számukra a leginkább megfelelő szolgáltatás. Ehhez elengedhetetlen a nyugdíjrendszer, valamint a humánszolgáltató és védelmi rendszerek továbbfejlesztése úgy, hogy leginkább igazodni tudjanak a meglévő lehetőségek mellett a célcsoport szükségleteihez.

Fejleszteni szükséges az ellátórendszert, hogy alkalmas legyen a gondozás-ápolás iránti egyre növekvő igények kielégítésére. A nagy ellátórendszerek működtetésében és finanszírozásában a társadalmi igazságosság fokozottabb érvényesítése az idősök aktív részvétele és véleményének fokozottabb figyelembe vétele mellett.

Az idős gondozás komplexitásának jelentősége

A demográfiai folyamatok bemutatásában leírtakból következik, hogy az idősök nem elhanyagolható hányadánál kell számolnunk az elmagányosodással, nem megfelelő lakáskörülményekkel, az átlagosnál rosszabb gazdasági helyzettel és a többféle betegség krónikussá válása miatti önellátási gondokkal. Mindez egyre nagyobb kihívást jelent az egészségügyi és szociális ellátások számára is.

Az idős kori változások közül kiemelt jelentőségű az állandósághoz, megszokott környezethez való ragaszkodás, valamint a magyar kultúrából is eredő tulajdon utáni

vágy, ami gyakran a biztonság érzetével kapcsolódik össze. Az idősök ragaszkodnak a korábbi évek során megszerzett otthonukhoz, tulajdonaikhoz, nehezen alkalmazkodnak új környezethez, idegen emberekhez, ami fokozottan nehezíti új otthonba költözésüket. Mindez indokolttá teszi egyfelől azt, hogy igényeiknek megfelelően elsősorban a saját otthonaikban nyújtsunk számukra magas színvonalú, egyéni szükségleteikre választ adó megoldásokat. Másrészt viszont még nagyobb hangsúlyt kap a bentlakásos intézményi ellátások tartalma minőségi szempontból, hiszen kritikus élethelyzetben új környezetbe kényszerült idős emberekről van szó.

Az életminőség megőrzése idős korban elsősorban a preventív megoldásokban keresendő, de bizonyos élethelyzetek – a fent leírtakból is következően – már nem teszik lehetővé az idős emberek saját otthonukban történő ellátását, csak az intézményi keretek között nyújtott gondoskodás lehet biztonságot és kényelmet adó, megnyugtató megoldás számukra.

Az időskori gondoskodás bármely formájáról legyen is szó, annak magában kell foglalnia a szükségletek megértését, értelmezését és az ezekre való reagálást. A gondoskodás központi eleme, hogy az idősök önállóak maradjanak, ameddig csak lehet.

A bentlakásos intézményi ellátás helyzete Magyarországon

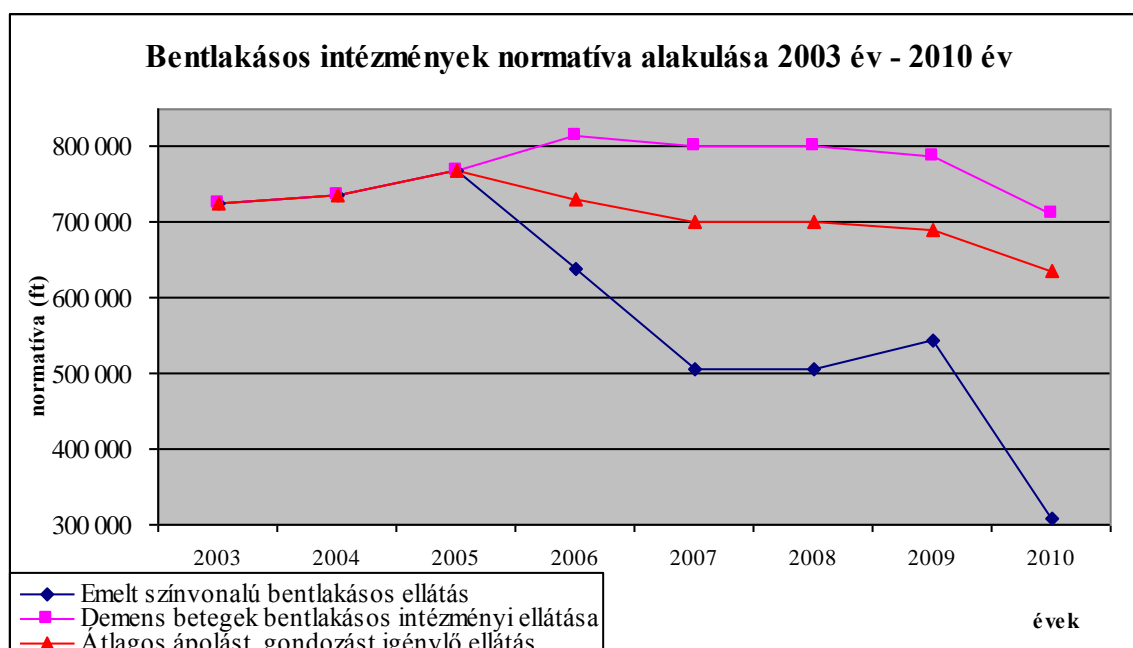
A hazai idős népesség 2%-a él szociális intézményekben. Az engedélyezett férőhelyek száma összesen 50 000 körüli férőhelyet jelent – beleértve az időskorúak bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó intézményeit és a szállást biztosító idősek nappali intézményeit. A férőhely kihasználtság 96,3%-os, a lakók mintegy 8%-a 65 év alatti. A tartós bentlakást nyújtó intézmények között több olyan van, ami nem tiszta profilú, és a lakók között van mozgásában akadályozott fiatal vagy értelmi sérült hozzátartozó, pszichiátriai vagy szenvedélybeteg is.

Magyarországon közel 700 intézmény biztosít átmeneti vagy tartós bentlakásos elhelyezést időskorúak számára. Ebből az időskorúak tartós bentlakásos ellátását 40 047 férőhelyen biztosították a 2009. évben. Az emelt szintű férőhelyek száma ennél lényegesen alacsonyabb volt: 4852. (FSZH adatok)

Mindemellett érdekes megemlíteni a várakozók számára vonatkozó adatot, mely 10 364 főt jelentett az elmúlt évben. Tehát az igény a tartós bentlakásos elhelyezés iránt nagyon magas, a működő férőhelyek számához viszonyítva 25% a várakozók aránya. Ha ezzel párhuzamba állítjuk azt a közel 6000 fős számadatot, mely az intézményi férőhelyekről kikerültek számát jelenti, akkor láthatjuk, hogy a 15%-os arányszámnak megfelelően a várakozási idő egy-egy idősotthoni elhelyezés esetében meghaladja az egy évet.

Magyarországi adatok

- A 14 évnél idősebb népesség 13,9%-a él valamilyen önellátási képesség(ADL) csökkenéssel.
- A 65 év felettiek 38,9%-a él valamilyen önellátási képesség(ADL) csökkenéssel (650 ezer fő)
- A 85 feletti népesség 56,8%-a él valamilyen önellátási képesség(ADL) csökkenéssel (92 ezer fő)
- A 14 évnél idősebb népesség 27,6%-a él valamilyen IADL-korlátozottsággal
- A 65+ népesség 59,5%-a él valamilyen IADL-korlátozottsággal (990 ezer fő)
- A 85+ népesség 84,3%-a él valamilyen IADL-korlátozottsággal (137 ezer fő)
-
- Forrás: KSH: ELEF (2009)



Az intézményi keretek között ellátott idős emberek egészségi állapotáról – átmeneti és tartós bentlakásos ellátás esetén egyaránt – a 2008. évi gondozási szükségletet érintő vizsgálat bevezetését követően elmondható, hogy egyre több és súlyosabb betegségben szenvedő idős ember kerül a szociális ellátórendszerbe. Egyre magasabb a demenciában szenvedők aránya is, és abból kiemelkedik a súlyos demens idős emberek aránya. 2009-ben a súlyos demensek száma meghaladta a 7000 főt. Az ily módon megnövekedett ápolási-gondozási igények szükségessé teszik a szakmai feladatokat ellátó személyzet felkészültségét, illetve speciális ismertetek megszerzését.

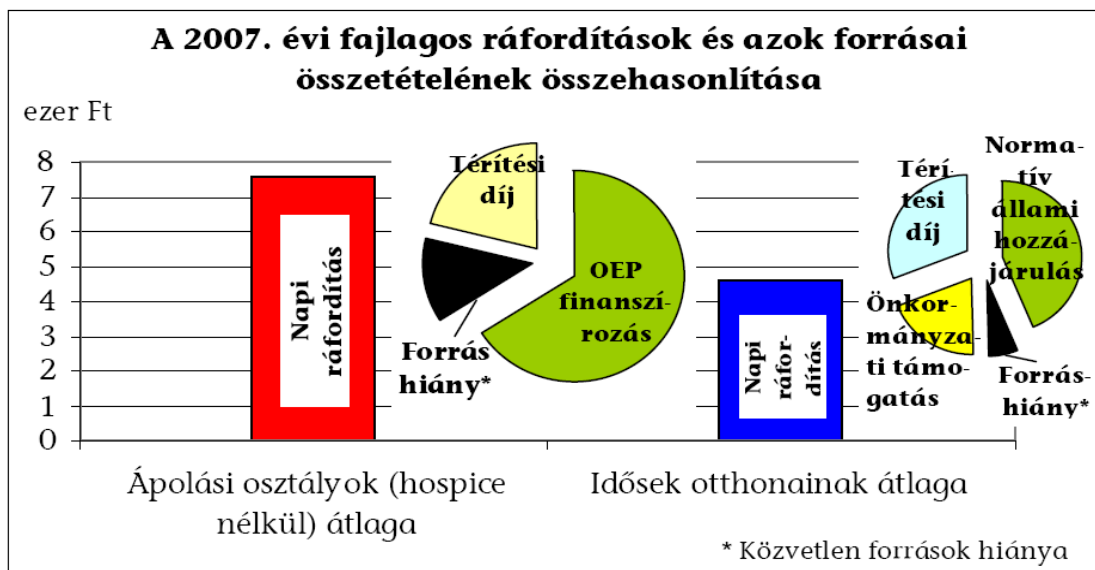
Ma Magyarországon az idősellátás két terület: az egészségügy és a szociális ellátórendszer kompetenciájába tartozik.

A hatályos szabályozásban nagyon sok a két szféra közötti átfedés, párhuzamosság. A tartalmilag hasonló ápolási-gondozási feladatok jelenleg két eltérő ágazati logikába ágyazottan, eltérő minimumfeltételek, protokollok, hozzáférési rend és finanszírozási filozófia szerint valósulnak meg. Az ÁSZ 0820. sz. jelentése is alátámasztotta, hogy nincs együttműködés a két rendszer között, párhuzamosságok jellemzik és a kapacitásbefogadási rendszer sem összehangolt az egészségügyi és szociális rendszer a long term care ellátásokban.

A tartós gondozási-ápolási szükséglet (Long-term care: LTC) alatt a tartós (félév, egy év, végleges) funkcióvesztéssel állapotot értjük, amely miatt a beteg folyamatos segítségre szorul; az időskorúakat érintő esetekben a rehabilitáció igen korlátozott.

Az átalakított egészségügyi rendszerben nőtt ugyan a krónikus kórházi ágyak száma, működtetésük azonban jóval drágább, mint a bentlakásos szociális intézményeké. Az otthon nyújtó (tartós bentlakásos) szociális intézményrendszer humán erőforrásai komplexebb, emberközelibb szolgáltatásnyújtásra képesek, mint az egészségügyi krónikus ellátás.

Mindez a finanszírozás vonatkozásában is felvet bizonyos kérdéseket, mivel az intézményekben elvégzett egészségügyi tevékenységek is a szociális ellátás forrásaiból finanszírozódnak, de ebbe a területbe az OEP nem kapcsolódik be.



ÁSZ 0820.sz. jelentése

Az intézmények általános jellemzői

Időotthonok férőhely alakulása 2009. évben (FSZH által szolgáltatott adatok alapján)

Betöltött férőhelyek száma	38 034
Betöltetlen férőhelyek száma	2 013
Betöltött emelt szintű férőhelyek száma	4 221
Betöltetlen emeltszintű férőhelyek száma	631
Súlyos demens ellátottak száma	7 090
Intézményi elhelyezésre várók száma	10 364
Intézményi férőhelyekre bekerült ellátottak	6 955
Intézményi férőhelyekről kikerültek száma	5 973

A magyarországi intézmények döntő többsége önkormányzati fenntartásban működik, emellett jelen vannak az egyházi, nonprofit és vállalkozási jellegű intézmények is, ez utóbbiak száma a rendszerváltást követően növekvő tendenciát mutat.

Meglévő intézményeink (itt elsősorban az önkormányzati intézményekről van szó) vegyes profilúak, az idősekkel együtt megtalálhatók a szenvedélybetegek, pszichiátriai betegek.

Az intézmények többsége nagyméretű, a kisebb, családasabb otthonok elsősorban a vállalkozási, egyházi és nonprofit szférában fordulnak elő. Az otthonok finanszírozása alapvetően három pilléren nyugszik: a normatív állami finanszírozáson, a lakók által fizetett térítési díjon és a fenntartói támogatáson. Az önkormányzati fenntartású intézmények esetében ezek megoszlása egyenletes.

Az épületek állapotát tekintve is jelentős különbségek mutatkoznak. A régi kastélyépületek mellett megtalálhatók a korábban más funkcióra épített átalakított, felújított épületek – viszonylag kevés az erre a funkcióra építettek száma. Ebből következően az épületek többsége nem felel meg a korszerű ellátás követelményeinek. A rekonstrukciós programok jelentősége nem elhanyagolható, de még mindig akadnak olyan helyek, ahol elhasználódott, vizes, nehezen fűthető, omladozó lakóhelyiségek találhatók. A fűtésrendszerek elavultak, gazdaságtalanok.

A technikai felszereltség általában elmarad az európai normától, az ápolási-gondozási tevékenységek fizikailag aránytalanul nagy terhet rónak a dolgozókra.

Az intézmények szolgáltatási lehetőségei különbözőek, néha korlátozottak, ami azt jelenti, hogy az alapfeladaton túli szolgáltatások körében jelentős eltérés mutatkozik. Ez elsősorban az objektív környezeti adottságokból fakad.

Az intézmények vezetői általában szakmailag jól felkészültek, de nem mindig rendelkeznek a korszerű menedzsmenttechnikák ismeretével.

A projekt indokoltsága a bentlakásos idősellátás területén – jövőkép

Az idősök életminőségének javítása

Minden korban, de az idősök esetében különösen ügyelni kell a testi és lelki egészség, illetve a szociális jóllét egyensúlyban tartására. Számos betegség, mely a lelki harmóniát is veszélyezteti, lelkiismeretes ellenőrzéssel kiszűrhető, elhárítható. Az öregkor lelki egészségvédelmében az egyik legfontosabb tényező az aktivitás és a mobilitás, valamint annak megtartása. Az egyéni tevékenység, annak intenzitása és minősége kifejezi, hogy mennyire tartja magát az egyén fiatalnak. Ez prognosztikusan is felhasználható: az egyik legjobb „túlélési személyiségprediktor”. A lelki egészség alapvető feltétele az örömkészség, az aktivitás, a szociális beilleszkedés megtartása. Akkor beszélhetünk produktivitásról, ha az idős ember az adottságainak és élethelyzetének megfelelően képes kihozni magából a maximumot, vagyis aktuális állapotához képest tevékenykedni, kapcsolatait ápolni. A produktív idős embert nem akadályozzák a személyes vagy helyzeti hátrányok, az önértékelését károsító hatások, illetve a depresszió vagy a mellőzöttség, sértődöttség érzése.

A produktív idős kor, a személyi harmónia a társadalom számára is érték. Tehát nem pusztán arról van szó, hogy a közösség „eltart” egy idős embert, hanem a társadalomnak továbbra is hasznot hajtó, értékteremtő tagja marad. A társadalmi megbecsülés hozzájárul a tevékenység önértékelést fenntartó emeléséhez. Az alábbiakban felsoroljuk mindazokat az értékeket és kritériumokat, amelyeket a sztenderdizáció során érvényesíteni kívánunk:

- 1. Önmegvalósítás.** Az otthon célja, hogy lehetővé tegye a bentlakók számára potenciális érzelmi, szociális, intellektuális és testi képességeik kiteljesítését.
- 2. Méltóság.** Azok számára, akik mások segítségére szorulnak, az önbecsülés azon is múlik, hogy milyen körülményeket biztosítanak számukra.
- 3. Függetlenség.** A másokkal való együttélés azt jelenti, hogy a bentlakóknak tisztában kell lenniük a többiek szükségleteivel is, azt méltányolniuk kell amellet, hogy mindannyiuk alapvető joga a szabad akarat és döntés.
- 4. Egyéniség.** Az otthon dolgozóinak fogékonyaknak kell lenniük az egyén szükségletei iránt, és biztosítaniuk kell a vallási, etnikai és kulturális hagyományok, illetve előírások – akár étrendi, akár rituális – gyakorlását, betartását.
- 5. Tisztelet/megbecsülés.** Az egyén élettörténetének ismerete és tisztelete önálló egyéniséget ad mind a bentlakónak, mind a dolgozóknak. Tiszteletben kell tartani, és becsülni kell a gondozásra szoruló emberek képességeit, tapasztalatát és tehetségét.
- 6. Érzelmek.** A bentlakóknak jogot formálhatnak arra, hogy megválasszák a barátaikat, és különösen fontos, hogy lehessenek intim és személyes kapcsolataik mind az otthonon belül, mind pedig azon kívül.
- 7. A választás és a kockázatvállalás lehetősége.** A kockázatvállalást normálisnak kell tekinteni. A bentlakókat nem szabad akadályozni sem-miféle tevékenységben

csak azért, mert fennáll a (szokásos) kockázat veszélye. A szokványos tevékenységeket a lehető legmesszebbmenő mértékig támogatni kell.

8. Nyilvántartások. Szükség van bizonyos, személyi adatokat tartalmazó nyilvántartások vezetésére. A megfelelő szakdolgozónak rendelkeznie kell a beteg egészségi állapotára vonatkozó információkkal. Az efféle információk és nyilvántartások azonban messzemenően bizalmasak, és ennek megfelelően kell őket kezelni.

(Forrás: Gosztanyi Géza: *A sztenderdizációról és a minőségbiztosításról. Készült a SZOLID Projekt megbízásából*)

A szociális sztenderdek szerepe az idősök bentlakásos ellátásában

A szociális sztenderdek megalkotása során alapvetően a jelenlegi gyakorlatból kell kiindulni: a szakmai elvek és értékek által kifeszített értelmezési keretben kell leírni azokat a gyakorlatokat és eljárásokat, amelyek egy ellátási feladat végrehajtásához szükségesek. A sztenderdek megalkotása során azonban félszemmel az ellátórendszer jövőben tételezett struktúráját és működésmódját is figyelemmel kell kísérni annak érdekében, hogy a kidolgozott sztenderdek a jövőbeni szolgáltatásrendszerben – a szükségessé vált módosításokkal – eredményesen funkcionáljanak.

Az idősellátás jövőbeni struktúrája igen nehezen jelezhető előre, elsősorban azért, mert a társadalompolitika valamennyi olyan eleme, amely az időskori biztonság erősítését célozza (pl. nyugdíj, ápolás-gondozás, stb.) erősen kitett a politikának. Ha nem kalkulálunk ezzel a faktorral, akkor számos elágazás, döntési pont vázolható abban a folyamatban, amely egy lehetséges ellátási struktúra leírására irányul. (lásd KRÉMER, 2004) Mégis úgy véljük, a szociális törvénykezés előző 17 évének tapasztalatai alapján előre lehet jelezni bizonyos tendenciák további érvényesülését, ha abból indulunk ki, hogy

- a) a népesség várható élettartama növekszik,
- b) a termékenység nem növekszik számottevően,
- c) a népességen belül az idősök és a nagyon idősök aránya növekszik,
- d) a morbiditási kockázatok korcsoportonként jelentősen növekednek,
- e) a szolgáltatásban részt vevő gondozók bérszintje folyamatosan növekszik.

A fentiekből olyan szakellátási jövő kalkulálható, amely magasan professzionalizálódott, s ahol magasan képzett munkatársak dolgoznak. Az idősellátás szociális jellege jelentősen gyengül, és benne az ápolási és szakápolási tevékenység felerősödik. A gondozási szükséglet vizsgálat bevezetése óta sajnos fennáll ez a megállapítás, amely az egész ellátást meghatározza. Eltolódik a hangsúly az egészségügyi szolgáltatások felé, miközben az intézmények dolgozói szakmailag, illetve képzettségüket tekintve nincsenek felkészülve e feladat szakszerű és maradéktalan ellátására. Meg kell említeni, hogy a tárgyi feltételek sem adták a feladathoz (pl.: betegemelő, billenthető ágyak, párnamagasítók stb.), és a munkaköri előírások sem engedik meg bizonyos egészségügyi feladatok elvégzését (pl. decubitus

kezelés). A gyakorlatban a kórházi utókezelő osztályok által ellátandó feladatokat várják el a szociális intézményektől. A tapasztalatok azt mutatják, hogy sok esetben a belgyógyászati és krónikus osztályok rövid idő alatt elbocsátják a beteget, s így kerülnek be a szociális intézménybe, miközben a beteg ellátása még teljes egészében kórházi szervezetben volna csak megoldható. A szociális, illetve a gondozási tevékenység e miatt háttérbe szorul, a rehabilitáció gyakran teljesen hiányzik, és a szociális intézmények orvos-ellátottsága sem felel meg az adott körülményeknek. (Gyakori a heti egyszeri orvosi rendelés, kevés a különböző szakorvosi lehetőség, nem jut idő a prevencióra, a szűrővizsgálatok elvégzésére stb.)

A jogosultsági rendszer 2007. évi átszabása várhatóan folytatódni fog. A gondozási rászorultságra alapozott jogosultságszabályozás fennmarad, azonban számos elemében változik (adminisztráció, méltányossági körök stb.). Ha a jogosultságszabályozást a kapacitások oldaláról gondoljuk visszafelé, akkor 2050-re 9 milliós népesség mellett 30%-os lesz a 65 éven felüliek aránya. Hazánkban a 65 éven felülieknek ma 3-3,5%-a él idősök otthonaiban, mely Kelet-Közép-Európában a legmagasabb arány. Várható, hogy az egy főre jutó GDP növekedésével ez a mérték lassan emelkedik, de valószínűleg 4% körül stabilizálódni fog. Ez mintegy 70 000 férőhelyet jelent a mostani 50 000-rel szemben.

Mindebből az következik, hogy a fejlesztési forrásokat alapvetően a mostani gyengébb minőségű férőhelyek kiváltására, felújítására kell fordítani, és a magántőke újbóli visszaengedésével kell a következő 40 év alatt mintegy 20 000 új ágyat létrehozni úgy, hogy ezen többletférőhelynek a szolgáltatásstruktúrába való beépülése alapvetően 2035 körül kezdődjön el, hiszen akkoriban gyorsul majd fel az idősök részarányának emelkedése.

Az ellátórendszer tulajdonosi szerkezete várhatóan változni fog. Az önkormányzatok forráshiánya és az önkormányzati feltételrendszerben való működés jelentős hatékonyságvesztései az erőteljes privatizáció, az önkormányzatok másodlagos ellátási felelősségének felerősödése és a jelentősen megerősített és egységesített ellenőrzés irányába mutatnak. Van más irányú tendencia is: számos nyugati példa utal arra, hogy ha a kormányzat a szakellátásban érvényesülő feltételrendszert, a humán és fizikai erőforrás-követelményeket és a piacra lépés korlátait felerősíti, illetve magasra húzza, akkor a civil és egyházi fenntartók egyre nagyobb mértékben hagynak fel a szolgáltatással.

Változik az ellátórendszer finanszírozása is. Bár a normatív finanszírozás kiváló kiindulópont az intézmények finanszírozására, hiszen alacsony az adminisztrációs vonzata, ugyanakkor a kliensért folytatott versenyre és ezen keresztül minőségi ellátásra ösztönöz. Ez a rendszer valószínűleg két lépésben átalakul. Első lépésben a gondozási rászorultság mértékében differenciálódik. Ugyanis nem lehetséges, hogy a finanszírozást sokáig érintetlenül hagyja a magasabb gondozási igényű kliensek megjelenése a rendszerben. Második lépésben az önellátási képesség-hiányok mértékéből és számosságából következően szolgáltatáscsomagok hozzárendelése történik a klienshez. Ekkor már nem a kliens után jár a finanszírozás, hanem a szolgáltatáscsomag után. A szolgáltatáscsomagok ugyanis sokkal áttekinthetőbbé

teszik az intézmények gazdálkodását, mivel belső szakmai folyamataikra, az alkalmazott eljárásokra könnyebb visszakövetkeztetni, bár hozzá kell tenni: alkalmazása jelentős többletadminisztrációval jár, ráadásul lehetnek ellenőrző hatások is (pl. túlteljesítés, relatíve drága eljárások mellőzése a szolgáltatáscsoporton belül). Ennek megfelelően változik a szakember-követelmény is, hiszen innen kezdve nincs értelme férőhelyre megadni a szakmai létszámot, hanem a gondozási rászorultsághoz rendelt szolgáltatáscsomagok megvalósításához kell keresni szakmai tudással, jártassággal, illetve tapasztalattal bíró munkaerőt, függetlenül attól, hogy az számlás vagy megbízásos, esetleg rendes munkavállaló-e.

Miután a bemeneti előírások így fellazulnak, ezzel is serkentik a versenyt a szolgáltatók között. (Ámbár a szakellátásban a verseny szerepe azzal együtt fog csökkenni, amilyen mértékben specializálódnak az egyes intézmények az időskori megbetegedésekre és az ezekhez társuló tipikus gondozási formákra.) A verseny azonban társadalmi szinten csak akkor tud optimalizálni, ha erős a piacsabályozás. Ezért az ellenőrzésben a hangsúly át fog tevődni a kimenetre és a kimeneti jellemzőkre. (Állapotváltozás, elégedettség, stb.) Általánosságban is várható tendencia lesz a társadalmi teljesítmény egyértelmű mutatókkal való mérése.

A fentiek alapján tehát a sztenderdizációnak úgy kell a már meglévő szakmai eljárásokat rögzítenie, hogy folyamatosan tekintettel kell lennie egy, a fenti elvekre épített új szabályozó rendszerbe épülésének és építhetőségének realitásával. Az új szabályozási irány ugyanis nem a kliens korához kötődő jogosultságra és az ehhez kapcsolódó ellátástípusra épül, hanem alapvetően önellátási képesség-hiányhoz kötődő jogosultságra és ehhez kapcsolódó szolgáltatáscsomagra. Ez alapján minden további nélkül elképzelhető lesz, hogy egy idős ember, aki pusztán egy ADL szerint szorul segítségre, választhatja a bentlakásos ellátást, ott azonban csak a saját ADL-jének megfelelő szolgáltatáscsomagot kapja, a többiért fizetnie kell, s ez oly mértékben megnöveli a magánfinanszírozást, hogy az nagy mértékben távol fogja tartani a gondozási szempontból kevésbé rászoruló embereket a relatíve drága szakellátás igénybevételétől.

A sztenderdizáció tehát nem egyszerűen egy régen esedékes szakmafejlesztési eszköz, amelyre a szakmai igényesség, a szakmai folyamatok leírásának igénye, a minimálsztenderdek rögzítésének igénye vagy a módszertani fejlesztő tevékenység erősítése miatt van szükség, hanem egyúttal az átalakításra váró szociális szolgáltatási rendszernek az az eleme, amely lényegénél fogva képes a szakellátás fent vázolt átalakítási irányába ösztönző hatást kifejteni, egyszersmind feltétele is annak, hogy ebbe az irányba elindulhassunk. A sztenderdizálásnak ez adja a legnehezebb aspektusát: úgy kell a mai tudásra építeni, hogy közben ne torlaszoljuk el a jövőbeni átalakítás folyamatát.

Miben nyilvánul meg a szakmai szabályozó rendszereknek ez a szerepe? Abban, hogy a szociális szolgáltatások rendszerének korrigálása során figyelembe veendő kritériumokat a sztenderdek jelentős mértékben fogják érvényesíteni. Az első ilyen alapelv, ahogy láttuk, a **valós teljesítmény mérése**, hiszen ma nincsenek eszközeink az időszakos valódi teljesítményének mérésére. A sztenderdek olyan eszközök,

amelyek meghatározzák a kimeneteket, és ezért akár a közfinanszírozó, akár az ellenőrző hatóság, de akár a hozzátartozók számára is nyomon követhető a szolgáltatás által nyújtott teljesítmény.

A másik alapelv a **választás lehetősége**. Ha valóban fel akarjuk ruházni az időseket azzal a lehetőséggel, hogy autonóm módon döntsenek a szolgáltatók között, akkor ez csakis úgy képzelhető el, hogy a sztenderdek nemcsak minimális ellátási szinteket definiálnak, hanem olyan szempontrendszerrel is biztosítanak, amelynek segítségével a piaci információs problémák könnyebben kezelhetők. Ez az egyik legfontosabb aspektusa a sztenderdizációnak, mert a szociális szolgáltatások piacának egyik meghatározó jellegzetessége, hogy a kliensek csak korlátozottan képesek megítélni a szolgáltatás minőségét, ezért könnyen előfordulhatnak hatékonyságvesztések. A sztenderdek kidolgozását követően a szolgáltatók a minimálistól való eltérés mértékével fogják jellemezni szolgáltatásaikat, és ehhez kapcsolódóan újabb és újabb piaci megoldások fognak létrejönni a szolgáltatások minőségének értékelésére.

Ez azért fontos fejlemény, mert lehetséges, hogy a centralizált szakmafejlesztés kiépítése és koordinálása (lásd módszertani intézmények rendszere), melyre az elmúlt 10 év kormányzati erőfeszítései irányultak, az ilyen piaci mozgások éles versenyhelyzetbe fogják kényszeríteni, s ez magával fogja hozni a módszertani tevékenység jelenlegi szervezeti, intézményi szabályozásának újragondolását.

A harmadik alapelv a **szerződéses viszony**. Ez két részre bontható. Amennyiben az önkormányzatok közvetett ellátási felelőssége fennmarad, márpedig ez nagyon valószínű, akkor a mainál gyakrabban fog felmerülni az igény ellátási szerződés kötésére. Itt nem az önkormányzati intézmény civil fenntartásba történő átadását értjük, hanem az önkormányzat ellátási felelősségének olyan teljesítését, hogy a területén élő akadályozott idősök számára bentlakásos szolgáltatást vásárol civil vagy egyházi fenntartótól. Az ilyen típusú kisserződések csak abban az esetben válhatnak a szociális ellátás alapelemeivé, amennyiben az önkormányzatok számára rendelkezésre áll olyan eszköz, amelynek segítségével objektíven értékelni tudja a szerződés teljesítését és az ellátás minőségét. Ez a sztenderdek segítségével megoldható. A szerződések tekintetében ugyanez igaz a szolgáltató és az igénybevevő közötti viszonyra, valamint a nyújtott szolgáltatás minőségének megítélésére.

A negyedik alapelv a **jogérvényesítés**. A jogérvényesítés mai rendszere elég esetleges és csak az alapvető igénybevevői jogokra képes fókuszálni. A sztenderdek segítségével a jogérvényesítés eszköztára megújul, mert lehetőségeinek határai kitolódnak az ellátás fontosabb faktorainak figyelembevételéig. A jelenlegi jogérvényesítésben is látunk erre kísérleteket (lásd hogyan kapcsolják össze az ellátottjogi képviselők a jogi megítélést a szakmai elvekkel). A sztenderdek tehát feltöltik a szakmai elveknek a napi rutinokra való lefordításával egyrészt azt az űrt, amely a mai, rendkívül hézagos jogi szabályozásban található, másrészt azt az űrt, amely a jövőbeni output-alapú szabályozásban fog megjelenni.

Az ötödik alapelv a közpénzekkel való felelős bánásmód, tehát **elszámolhatóság**. Itt az jelenik meg, hogy a szolgáltatók versenyének ösztönzése mellett kiszámítható

elvárásrendszernek és erőteljes ellenőrzésnek kell kiépülnie. Itt elsősorban nem arra gondolunk, hogy az ellenőrző hatóságoknak országosan egységesen, időben konzisztens módon, szolgáltatók és fenntartók között nem diszkriminálva és egymással egyeztetve kellene dolgozniuk, bár ezek is fontos elvárások a szolgáltatók munkáját értékelő hatóságok számára. Arra gondolunk, hogy az ellenőrzést a szakmafejlesztési célok szolgálatába kell állítani, tehát meg kell jelennie, és elkerülhetetlenül meg is jelenik benne a létező és alkalmazandó jogi szabályozás kiegészítése a szakmai elvek és értékek alapján további normák beépítésével olyan mértékig, amely még nem okoz jogbizonytalanságot a jogértelmezés diszkrecionalitása miatt. A várhatóan egyre nagyobb számban megjelenő nem állami szolgáltatók szerepe növekedni fog, ami jó tendencia. Rendezni kell azonban, hogy legyen garancia arra az esetre, ha a civil vállalkozás csődbe kerül. Hová kerülnek akkor az ellátottak, és milyen színvonalú szolgáltatást kaphatnak intézményváltás esetén. (Javasoljuk pl. nagyobb összeg letétbe helyezését vagy előzetes szerződés megkötését egy önkormányzati szolgáltatóval). Javasoljuk továbbá a HGCS elterjesztését és alkalmazását a szolgáltatások finanszírozásában, amely a HBCS-hez hasonlóan tiszta, előre tervezhető helyzetet teremtene, és ez által mérhetőek lennének a szolgáltatások.

A hatodik alapelv a **belső innováció**, a belső szakmafejlesztés. A sztenderdek egyértelművé teszik azokat a normákat, amelyek egy-egy intézmény munkatársi műhelye számára kiindulási pontok lehetnek saját, belső minőségfejlesztési modellje, rendszere megalkotásához.

Itt elsősorban nem a minőségbiztosítási rendszerek előnyeire gondolunk – bár az is szoros összefüggésben áll a sztenderdekkel –, hanem arra, hogy a sztenderdek rávilágítanak a munkatársi közösség számára, hogy számos olyan pontja van a szolgáltatásnak, amely „egyéniesíthető” az adott intézményre, mely által az speciális és egyedi lesz. Ráadásul ennek tudatosítása segítheti a munkahelyi gondolkodást a továbblépésről, így a sztenderdek output definíciói innovációra ösztönöznek. A mai rendszerben alkalmazott folyamatszabályozás és az ehhez társuló munkaköri leírások rendszere nem automatikusan hat a belső innováció irányába, mert nincs ami tolja, és nincs, ami húzza ezt a kimeneti eredményt. Ennek az elvnek nagyon sok további következménye van. Itt most elég a továbbképzési rendszerre utalni: egyértelmű minőségi indikátorok esetén élesen kirajzolódnak azok a kompetencia-, tudás- és képességdeficitok, amelyekre a szolgáltató külön fejlesztési programmal tud válaszolni, ez pedig a képzési, továbbképzési források racionálisabb felhasználásához vezethet.

A hetedik alapelv a **hatékony közpénzfelhasználás**, a szolgáltatók belső hatékonyságjavulása. Ma a normatív finanszírozás csak egyetlen tekintetben hat az intézmények belső hatékonyságának javítása irányába: az egyre alacsonyabb finanszírozási szint újabb és újabb túlélési technika kigondolását teszi szükségessé. (Ma már ott tartunk, hogy olyan alacsony a közfinanszírozás szintje, amelynél már nem nagyon van további tere a belső hatékonyság javulásának, és így a minőségrontás/csőd dilemmába sodródnak a szolgáltatások.) A mai finanszírozási

logika más tekintetben azonban egyáltalán nem a legitim hatékonyság felé tereli a folyamatokat. A gondozási rászorultság mértéke ugyan megjelenik a jogosultság szabályozásában, de a finanszírozásban már nem, tehát továbbra is érezhető a kínálat oldali káros szelekció a szakellátás piacán. Különösen ellenősztonzó az, hogy a 2008 előtt beköltözöttek után is ugyanakkora a támogatás, mint a később beköltözökök után. A magánforrások becsatornázási lehetőségének szabályozása is ellenősztonzó: a térítési díj szabályozásának alapelve háttérbe szorítja az alacsonyabb jövedelműeket, hiszen nem teszi lehetővé az alacsonyabb jövedelműek alacsonyabb térítési díjának kompenzálását a magasabb jövedelműek magasabb térítési díjával. Ilyen körülmények között felértékelődik a sztenderdek azon tulajdonsága, hogy egyértelmű kapcsolatot teremt a gondozásban felhasznált erőforrások és a folyamat eredménye között. A pénzügyi (és nem pénzügyi javak, pl. szervezeti javak) források egyre inkább azokhoz a folyamatokhoz társulnak, amelyek mérhető minőségjavulást eredményeznek a sztenderdekben meghatározott indikátorokban.

Összefoglalva tehát azt mondhatjuk, hogy az idösek bentlakásos ellátásának területén a sztenderdizáció nemcsak hasznos eszköz, hanem sürgető szükségszerűség is, mert nem egyszerűen a magasabb minőség elérését szolgálja a jelenlegi rendszerben, de lehetőséget nyújt egy megújított szerkezetű és szabályozású ellátórendszer irányába történő elmozdulásra. A sztenderdizáció nehézsége éppen ennek a kettős szerepnek való együttes megfeleltetésben rejlik. Ámde a szociális szolgáltatások szabályozásának elmúlt húsz éve során szerzett tapasztalatok egyike éppen az, hogy a belső minőségi ösztönzők mindig erősebben alakították az ellátórendszer eredményességét, mint a külső szabályozás. Ezért várható, hogy a sztenderdizáció felerősíti a jelenlegi szabályozási rendszer erózióját még abban az esetben is, ha a jogosultság, a finanszírozás és az ellátás területén nem kerülne sor a hivatalos reformra.

A sztenderdek meghatározásakor figyelembe kívánjuk venni, hogy a sztenderdizáció olyan eljárási szabályok és normák együttese, amely alapvetően a **mai gyakorlatra épül, de tükrözödnék benne a szakma elvei és értékei**. Sztenderdek gyakorlatilag azt a minimális eljárási normát értjük, amely még illeszkedik az elvi-értékkeretbe. Az, hogy a sztenderdek meghatározása a mai gyakorlatra épül, az azt is jelenti, hogy a sztenderdizáció figyelembe veszi a mai képzések és szakképzések által nyújtott tudásokat, vagyis azt a kompetenciát, amely minden eljárás kiindulópontja: ha nincs kompetens munkatárs, nem működhet kompetencia alapú eljárás sem. Egyszerűen nem lehet függetleníteni a sztenderdek kidolgozásának folyamatát annak figyelembevételétől, hogy milyen tudásokkal, készségekkel, képességekkel és milyen jártasságokkal lépnek be a munkatársaink az intézményekbe. A sztenderdek kidolgozásának folyamatában arra is figyelni kell, hogy a szociális szolgáltatás mindig egyedi, teljes általánosságban nem szabályozható, ezért csak úgy és olyan mértékben szabad szabványosítani, amely a munkatársak innovatív erejét felszabadítja újabb és újabb szolgáltatási modellek, eljárások kidolgozására, amelyek továbbra is a már korábban meghatározott elvek és értékek által kifeszített keretek között maradnak.

A megelőző programok során kidolgozásra kerültek sztenderdek, összegyűltek intézményi protokollok. Megfigyelhető, hogy a bentlakásos intézményekben folyó tevékenységek közül a legjobban szabályozottak az alap- és szakápolással kapcsolatos folyamatok. Ez nyilván nem véletlen. Ez az a terület, ahol az egészségügyi területen használatos szakmai szabályozók leginkább hasznosíthatók. Továbbra is iránymutatónak tekintjük ezeket, ám hangsúlyozzuk, hogy a szociális ellátás ennél komplexebb. A jelenlegi jogszabályok aprólékosan megszabják a működés kereteit, igen kevés mozgásteret hagyva az egyes intézmények, szakemberek számára. Célunk, hogy a projekt végére olyan jól meghatározott szakmai iránymutatást adjunk az egyes területekre és az egyes gondozotti csoportokkal folytatott munkához, mely jó kiindulópont lehet az egyes intézmények gyakorlatához.

Olyan szakmai szabályozórendszerre van tehát szükség, amely nemcsak nem korlátozza a szakmafejlesztést, hanem egyenesen ösztönzi azt. Fontos, hogy a jogi szabályozás és a finanszírozás keretein túl, a sztenderdek segítsék a szolgáltatás eredményességét: az állapotromlás fékezését, a jó életminőség fenntartását és az elégedettség elérését.

Rendkívül nehéz a valós teljesítmény mérése, hiszen a legkiválóbb szakmai munka sem garantálhatja az állapot javulását vagy akár csak a hanyatlás megfékezését sem.

A munka során elsődleges szempontunk volt az **idősek jogainak érvényesülése** a szolgáltatások biztosításának folyamatában.

A jog átfogó értelmezési keretet ad – a sztenderdek jogi alapú fejlesztése és szerkesztése egységes megközelítést biztosít, és hamar feltárulnak azok a fehér foltok, ahol még fejlesztésre van szükség.

Ez a megközelítés segít a munkatársaknak is a sztenderdek használatában.

A sztenderdek kissé új és szokatlan szabályozó eszközök lesznek, alkalmazásuk fontos kérdése lesz, hogy mikor, milyen formában kapcsolódnak össze vagy válnak el más szabályozási tartalmaktól.

Ezt az illeszkedést is megkönnyíti a jogi alapú értelmezési keret használata.

Az ellátotti jogok és azok érvényesítése az ellátórendszerben, hazánkban viszonylag új szabályozási elem – a kiszolgáltattott klienssel szemben a fenntartó, a szolgáltató, a szakember valamennyien nagyobb hatalommal rendelkeznek.

A jogi alapú megközelítést támasztja alá az is, hogy a kliens klasszikus közgazdaságtani értelemben kevesebb információval rendelkezik saját helyzetéről, állapotáról és az alkalmazott ellátásról, illetve annak eredményességéről. Ahhoz, hogy optimális ellátást nyújtson a szolgáltató, és makroszinten az ellátórendszer, ahhoz piaci és nem-piaci intézmények szükségesek az információs aszimmetria enyhítésére, melyben szintén fontos szerepe lehet a jogalapú megközelítésnek, mivel normatív alapon „hozza helyzetbe” a klienst.

A bentlakásos idősellátás szolgáltatás célcsoportja

A szolgáltatás célcsoportja a mindennapi tevékenységeikben támogatásra szoruló idősek azon köre, akik bentlakásos intézményi ellátásba vonhatóak. (Az idősek

átmeneti és tartós bentlakást nyújtó intézményeiben 2009-ben mintegy 52 000 fő élt.) Az idősök bentlakásos ellátásában részesülők – valamint a várakozók – egészségi állapotukat, önellátási képességüket tekintve rendkívül heterogén csoport, így a nyújtott szolgáltatásnak is ehhez kell igazodnia. Tágabb értelemben az érintettek között nemcsak a klienseket kell kiemelni, hanem a társadalmat is, amelynek érdekei eltérhetnek az intézmény vagy a kliens érdekeitől, de miután ő a megrendelő (megbízó), ezért kiemelten fontos vele foglalkozni. A társadalom bízza meg a döntéshozókat, hogy dolgozzanak ki olyan szabályozási és finanszírozási környezetet, amely alkalmas a társadalmi szolidaritás (és más elvek) alapján a szolgáltatások megszervezésére és működtetésére. Valószínűleg problémák forrása lehet, ha a szolgáltató csak a kliens elégedettségéből indul ki. Azt gondoljuk, hogy elsősorban a társadalom érdekét kell szem előtt tartanunk, amely megbízott (és fizet) bennünket azért, hogy bizonyos kritériumok (lásd jogosultság) szerint kiválasztott tagjainak segítsünk. Másrészt a kliens sok esetben nem tudja megítélni a szolgáltatás minőségét. A „kliens legjobb érdeke” talán a legjobb megfogalmazás erre. Az idősök bentlakásos intézményeiben, alapesetben az öregségi nyugdíjkorhatárt betöltött, a jogszabályok által meghatározott gondozási szükséglettel rendelkező ellátotti csoportról beszélünk, de a gyakorlat azt mutatja, hogy gyakran fordulnak elő ezen kívül olyan fiatalabb ellátottak is, akik betegségük vagy fogyatékosságuk miatt nem képesek önmagukról gondoskodni. Az idős populáció megjelenése is egyre polarizáltabb, egyre nagyobb számban találkozhatunk demens betegekkel vagy pszichiátriai- és szenvedélybetegekkel.

Az itt megfogalmazott ismérveknek minden, az intézményben ellátást igénybe vevő személy esetére érvényesnek kell lenniük. Mindezek biztosításával teljesíthetjük csak a ránk bízott feladatokat, tiszteletben tartva az emberi méltóságot.

Közvetetten a célcsoporthoz tartoznak azok is, akik a különböző tevékenységi formák megvalósításával foglalkoznak, vagyis a munkatársak. A szolgáltatást végzők heterogén csoportja komoly kihívást jelent a szervezet minőségének meghatározásakor. A különböző képzettségi fokkal rendelkező munkatársak egy adott szervezeten belüli tevékenysége során hangsúlyos szerephez jut a határok, kompetenciák kérdése. A heterogenitás meghatározza a fejlesztési irányokat is, hiszen más szakmai tartalommal bíró továbbképzési rendszer szükséges az ápolási-gondozási tevékenységet végzők, más a mentálhigiénés szolgáltatást biztosítók és más a szociális munkát végzők esetében. Ugyanakkor a szervezet érzékenyen reagál a különbözőségekre. A különböző motivációkkal és tudástartalmakkal, módszerekkel dolgozó szakemberek szakmai közösséggé formálása a rendszer valamennyi szereplőjének érdeke. A szakmai vezetés felelőssége, hogy biztosítsa az intézmény filozófiájának megfelelő működését, és megteremtse a szakmai és tudásterületek összhangját.

Áttételesen, de a célcsoport között lehet említeni a lakók hozzátartozóit, mert az ő támogatásuk és a velük végzett munka közvetlen hatással van a lakók lelki egészségére és megelégedettségére.

Az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról az alábbiak szerint határozza meg az idösek otthonaiban ellátandók körét:

68. § (1) Az idösek otthonában a 68/A. § (3) bekezdésében meghatározott gondozási szükséglettel rendelkező, de rendszeres fekvöbeteg-gyógyintézeti kezelést nem igénylő, a rá irányadó öregségi nyugdíjkorhatárt betöltött személy látható el.

(2) Az idösek otthonában a 18. életévét betöltött, betegsége vagy fogyatékossága miatt önmagáról gondoskodni nem képes, a 68/A. § (3) bekezdése szerinti gondozási szükséglettel rendelkező személy is ellátható, ha ellátása más típusú, ápolást-gondozást nyújtó intézményben nem biztosítható.

(3) Ha az (1) és (2) bekezdésben említett személy pszichiátriai vagy szenvedélybetegségben szenved, ellátásáról más intézmény keretében kell elkülönítetten gondoskodni.

(4) Az idösek otthonán belül külön gondozási egységben vagy csoportban kell ellátni azt a személyt, akinél a külön jogszabályban meghatározott szerv a demencia körébe tartozó közép súlyos vagy súlyos kórképet állapít meg.

(5) Idösek otthonába az (1) bekezdés szerinti személlyel az ellátás igénylésekor legalább egy éve együtt élő házastársa, élettársa, testvére és fogyatékos közeli hozzátartozója a 68/A. § (3) bekezdésében meghatározott gondozási szükséglet hiányában is felvehető.

68/A. § (1) Az idösoththoni ellátás iránti kérelem alapján az intézményvezető végzi el az ellátást igénylő gondozási szükségletének vizsgálatát. Beutaló határozat esetében a vizsgálatot a beutaló szerv kezdeményezi a határozat hozatalát megelőzően az intézményvezetőnél.

(2) Az intézményvezető a gondozási szükségletet jogszabályban meghatározottak szerint megvizsgálja és megállapítja a napi gondozási szükséglet mértékét, továbbá a jogszabály szerinti körülmények fennállását.

(3) Idösoththoni ellátás napi 4 órát meghaladó vagy a jogszabályban meghatározott egyéb körülményeken alapuló gondozási szükséglet megállapítása esetén nyújtható.

A BENTLAKÁSOS IDŐSELLÁTÁS SZAKMAI SZABÁLYAI

I. Minőségi elhelyezéshez való jog: biztonságos és esztétikus környezet, megfelelő tárgyi feltételek

A bentlakásos idősellátást nyújtó szolgáltatók által biztosított ellátás hatásosságának és hatékonyságának erősítése nem képzelhető el az intézmények tárgyi feltételeinek fejlesztése nélkül.

A minőségi, professzionális szakmai munka előfeltétele a megfelelő tárgyi feltételek biztosítása. Az intézmények működéséhez szükséges tárgyi feltételek hiányosságai szoros összefüggésben állnak az intézményben élők és az ott dolgozók emberi méltóságával. Az emberi méltósághoz való jog ugyanis elképzelhetetlen a megfelelő életkörülmények minimumának megteremtése nélkül.

Az intézmények fizikai állapota, felszereltsége nem egyszerűen adottság, illetve strukturális feltételrendszer a munkavégzéshez, hanem nagyon is meghatározó a hangulatra, a teljesítményre, a többi emberrel való kapcsolattartásra, legyen szó akár az ellátást igénybevevőkről, akár a munkatársakról.

1. Sztenderd: Otthonos és biztonságos környezet

Az intézmény külső és belső környezete, egyéni és közösségi élettere megteremtik az ellátottak emberi méltóságát tiszteletben tartó ápolási-gondozási és aktivitási tevékenységek, valamint a családi, helyi közösségi és társadalmi kapcsolatok ápolásának lehetőségét.

A **sztenderd célja** azoknak az elvárható környezeti feltételeknek a meghatározása, amelyek nélkülözhetetlenek a szakszerű gondozáshoz. A szolgáltatás olyan tárgyi feltételek között biztosított, amelyek a speciális gondozási igényekkel rendelkező (fogyatékossgal élő, pszichiátriai beteg, szenvedélybeteg, demens beteg) idős személyek számára is garantálják, hogy biztonságos, otthonos és kényelmes környezetben tölthetik mindennapjaikat.

A **szakmai szabályozók szerinti egységes gondolkodás és cselekvésmód célja** a szolgáltatást igénybe vevők számára magas színvonalú ellátás biztosítása, figyelembe véve az ellátotti csoportok igényeit, elvárásait és alapvető emberi jogait. Mindezzel pedig egy elégedett, méltóságban töltött, az elvárható életminőséggel megélt időskort szeretnénk biztosítani a ránk bízottaknak.

Legfőbb cél, hogy az idős ellátott az intézményben töltött életszakasza során is élvezhesse a korábbiakban megszokott függetlenséget és önállóságot, s

mindezt úgy, hogy biztonságban érezhesse magát, valamint igényeinek megfelelően megtalálja azt a komfortos és esztétikus közeget, ahol ápolhatja társas- vagy családi kapcsolatait, vagy éppen kielégítheti egyéni szükségleteit.

Kritériumok

A kritériumok középpontjában a szolgáltatást igénybevevők állnak. Az intézmény gyakorlata akkor helyes, ha fenntartja a szolgáltatás igénybevevőinek emberi méltóságát, a bizalmat, a választás és önrendelkezés jogát, illetve a magánélet tiszteletét.

Az Időügyi Nemzeti Stratégiát 2009. szeptember 28-án fogadta el az országgyűlés, amely kapcsolatba hozható az alábbiakban leírt kritériumokkal:

Biztonság, emberi méltóság

A szolgáltatást igénybevevők biztonságának és emberi méltóságuk megőrzését támogató intézményi környezet kialakítása a fenntartható fejlődést veszélyeztető tényezők hatásainak mérséklése mellett.

Személyes jogok védelme, jogbiztonság

Fontos az ellátást igénybevevők jogbiztonsága, a személyes jogok védelme, de mindez kiemelten fontos a speciális szükségletekkel élők vonatkozásában, a gyógyászati segédeszközök választásában, a látás-, a hallás- és a mozgás, illetve a közlekedési képesség megváltozásával élőknek kínált speciális szolgáltatásokban.

A biztonság és jogvédelem a mentális hanyatlással és a demenciával küzdők számára is kiemelten fontos.

Esélyegyenlőség

A szolgáltatást igénybevevők esélyegyenlőségének biztosítása érdekében kiemelt figyelmet szükséges fordítani az egyéni lakóterek szükség szerinti átalakíthatóságára és biztonsági felszerelésekkel történő ellátottságára.

Életminőség javítása

A bentlakásos ellátást nyújtó szolgáltató fontos feladata az ellátást igénybevevő életminőségének folyamatos javítása. Nagyon fontos az akadálymentes intézményi környezet biztosítása, a környezeti feltételek hozzáigazítása az ellátást igénybevevők szükségleteihez.

Parkok, szabadban lévő közösségi terek, az ellátottak mozgását fejlesztő eszközök hozzáféréseinek biztosítása.

Önállóság

A fenti kritériumok nagymértékben segítik az ellátottak önállóságának megtartását, amely az életminőség és jóllét egyik fontos eleme.

Komfort és esztétikum

Hozzásegíti az ellátottakat a minőségi élethez, kiegyensúlyozottságot teremt, az ingergazdag környezet a lelki egészség megőrzésének, javításának egyik lényeges eleme.

Az Alkotmány több paragrafusa is rendelkezik azokról a jogokról, amelyek betartása ezen a területen is elengedhetetlen, és ezeket az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló V. fejezete részletesen is felsorolja.

Ezek az alapjogok a következők:

- egyenlő bánásmódhoz,
- élethez, emberi méltósághoz, testi épséghez,
- a testi-lelki egészséghez,
- szabad mozgáshoz való jog.

A fogyatékkal élők speciális jogai, mint pl.:

- akadálymentes környezet,
- információhoz való hozzáférés,
- önrendelkezés elve,
- társadalmi integráció és kapcsolattartás.

Intézményi környezet

A bentlakásos ellátást biztosító szolgáltató koncepcionális felméréssel, értékeléssel és tervvel rendelkezik, amelynek alapján megvalósítja az intézmény tárgyi feltételrendszerének fejlesztését, illetve épület- és eszközmegóvását.

Eljárás:

A szolgáltatás vezetője

- a.) felméri és a hatályos jogszabályi elvárások, illetve szakmai szabályozók ismeretében értékeli környezeti és tárgyi feltételrendszerét, megvizsgálja, hogy a helyiségek száma, mérete, kialakítása és bútorzata a kijelölt funkcióknak megfelel-e,
 - b.) felméri, hogy a költséghatékonyabb és környezettudatos eljárások hogyan alkalmazhatók a tárgyi feltételrendszer fejlesztése során,
 - c.) figyelembe veszi, hogy az épület elhelyezkedése, megközelíthetősége szempontjából a városi, települési környezetben milyen tömegközlekedési eszközök állnak rendelkezésre és azok mennyiben elérhetőe a szolgáltatást igénybevevők számára, illetve a látogatók hogyan tudják megközelíteni,
 - d.) az akadálymentes hozzáférhető külső környezet biztosítása során megvizsgálja, hogy a tágabb környezet, a közlekedés, az utak, a járdák, padok, közösségi terek, az épületek mennyiben hozzáférhetők az igénybevevők és hozzátartozók számára.
- A bentlakásos ellátást biztosító szolgáltatónál a hatályos jogszabályi előírásoknak és egyéb szabályzóknak megfelelően folyamatosan biztosított az ivóvízellátás, a világítás, a fűtés, a meleg víz és az elektromos ellátás.
 - A megfelelő világítás és elektromos áram az intézmény feladatai és az ellátást igénybevevők elvárásai és szükségletei szerint biztosítottak.

- A fűtés az ellátást igénybevevők életkora, egészségi állapota és mozgásigénye szerint megfelelő hőmérsékleten biztosított. A szellőztetés megfelelő rendszerességgel történik.
- A lakószobák infokommunikációs és közlekedési szempontból akadálymentesek.
 - 1. A lakószobák épületen belüli elhelyezése megfelel az ellátást igénybevevők egészségi és gondozási állapotának.
 - 2. Megfelelő alapterületű lakószobák állnak rendelkezésre, figyelembe véve az ellátást igénybevevők egészségi állapotát.
 - 3. A szobák, helyiségek érthetően feliratozottak.
 - 4. Biztosított a megfelelő természetes és mesterséges megvilágítás.
 - 5. Zárható bútorok, berendezések állnak rendelkezésre.
 - 6. A falak színválasztása és a padozat kialakítása megfelel az ellátást igénybevevők egészségi állapotának és elvárásainak.
- A jó életminőség érdekében az intézményben biztosított az ingergazdag privát élettér.
 - 1. Az intézmény kellemesen kialakított, kényelmes életteret nyújt az ellátást igénybevevőknek.
 - 2. A helyi szokásokat figyelembe véve valósul meg a berendezés és a dekoráció.
- A rendszeresen használt közösségi és egyéb, a gondozást-ápolást segítő helyiségek infokommunikációs és közlekedési szempontból akadálymentesek.
 - 1. A folyosók tágasak, világosak, kapaszkodókkal, korláttal ellátottak, akadálytalan eljutást biztosítanak az ellátást igénybevevők számára a különböző helyiségek között, valamint kerekesszékekkel is használhatók.
 - 2. Az étkező kényelmes, világos, higiénikus. Alkalmas arra, hogy az ellátott szükség esetén segítséget kérjen és kapjon az étkezési folyamat során, és ez ne okozzon számára megalázó helyzetet. Lehetőség van az étkezés előtti kézmosásra és kézfertőtlenítésre. Biztosított az ellátást igénybevevők állapotának és igényeinek megfelelő bútorzat.
 - 3. A társalgó kényelmes, nagy ablakokkal ellátott, amelyek segítségével biztosítható a természetes megvilágítás, ugyanakkor lehetőség van az árnyékolásra is. A berendezés az ellátást igénybevevők igényeinek és állapotuknak megfelelően kerül kialakításra.
 - 4. Imaszoba biztosítása az ellátást igénybevevők igényeinek megfelelően, a vallásuk szabad gyakorlásához.
 - 5. Az intézmény rendelkezik olyan helyiségekkel, ahol az ellátást igénybevevőknek lehetőségük van az intimitás gyakorlására és hozzátartozóik fogadására.

6. Biztosított orvosi szoba, melyet elláttak a korszerű ápolási feladatok végrehajtásához szükséges eszközökkel. A berendezés kialakítása megfelel az ellátást igénybevevők egészségi állapotának és az ÁNTSZ előírásának.
 7. Az intézményben található betegszoba, amely alkalmas a fertőző betegek elkülönítésére, felszerelve korszerű és a megnövekedett ápolási feladatoknak megfelelő betegágyakkal, valamint fertőtleníthető bútorokkal és az ellátást igénybevevő beteg kényelmét szolgáló eszközökkel.
 8. Biztosított dohányzásra kijelölt helyiség, amely megfelelően szellőztethető, és kényelmes bútorokkal lett berendezve. A helyiség felszerelése eleget tesz a tűzvédelmi előírásoknak.
 9. A közösségi helyiségeknek elérhetőnek kell lennie az intézmény valamennyi lakója számára, valamint kialakításuk és berendezésüket tekintve célszerűnek és alkalmasnak kell lenniük a lakók által igényelt közösségi programok biztosításához is.
 10. Az egyes helyiségek elkülönült funkciókkal állnak rendelkezésre a választási szabadság biztosítása érdekében (pl.: imaszoba, könyvtár, társalgó, tornaszoba, fodrászat stb.).
 11. A közös helyiségek használatára vonatkozó előírások egyértelműen szabályozottak a Házirendben.
 12. Csendes, nyugodt légkör uralkodik az otthonban, kellemes életteret biztosít az egyes tevékenységekhez. Élő növények is díszítik az épületet.
 13. A vizesblokk infokommunikációs és közlekedési akadálymentes kialakítása az alábbi szempontok figyelembevételével történik:
 14. A fürdőszobák és a mellékhelyiségek az ellátást igénybevevők létszámnak megfelelően kerülnek kialakításra. A fürdőkád térben elhelyezett, biztosított az akadálymentes megközelítése. A zuhanyzó kapaszkodóval, ülőkével, csúszásgátlóval ellátott és akadálymentes. Az intimitás, a zárhatóság biztosított. Rendelkezik veszélyhelyzet megelőzését célzó jelzőkészülékkel.
 15. A helyiségek megfelelően takarítottak, tiszták, szükség szerint fertőtlenítettek.
 16. Az intézmény rendelkezik a komfortot, életminőséget javító berendezésekkel, eszközökkel. Ezek között szerepel: felvonó, lépcsőjáró, nővérhívó, füstjelző, hűtőgép, tv, HIFI, DVD, házi-mozi, videó, számítógép, internet, telefon – egyéni használatra is.
 17. A berendezési tárgyakat megfelelően karbantartják, valamint előírás szerint a megfelelő hatóságokkal rendszeresen felülvizsgálják.
 18. Az intézmény rendelkezik a komfortot, életminőséget javító segédeszközökkel. Ezek között szerepel: betegemelő, fürdető-szék, kádlift, kerekesszék, speciális kerekesszék, járókeret, támbot stb.
- Rendelkezésre állnak az ellátást igénybevevők speciális szükségleteit kielégítő speciális segédeszközök.

1. Tartósan fekvő beteg ellátást igénybevevők komfortérzetét szolgáló kényelmi eszközök, például:
 - korszerű elektromos vezérlésű ágy,
 - kapaszkodó,
 - lábtámasz, háttámasz,
 - etetőasztal, karosszék,
 - antidekubitor matrac,
 - sarokgyűrű és könyökgyűrű stb.
- A személyzet megismerése érdekében a dolgozók névkitűzőt viselnek.

Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források

Kritérium	Indikátor	Forrás
Az intézmény elvégzi a koncepcionális felmérést, értékeli a tárgyi feltételrendszerét. Az intézmény épület-, illetve eszközmegóvási tervet készít.	Koncepcionális felmérés megléte	Értékelő anyag Épület- és eszközmegóvási terv
A bentlakásos ellátást nyújtó intézmény jól megközelíthető, valamint hozzáférhető akadálymentes környezetet biztosít, megfelelő számú parkolóval.	Tömegközlekedéssel, ill. személygépkocsival való megközelíthetőség, parkolási lehetőség (szám, kiépítettség)	Helyszíni bejárás
Az intézmény külső környezete akadálymentesen megközelíthető, és szabadtéri programok megvalósítására is alkalmas.	Akadálymentesítő eszközök, ill. eljárások megléte, bekerített park	Helyszíni bejárás
Az intézményben való tájékozódás, eligazodás megfelelő módon biztosított a lakók és hozzátartozóik számára.	Táblák, feliratok, jól látható és számozott helyiségek, több és jól látható helyen kifüggesztett alaprajz, portaszolgálat	Helyszíni bejárás
Az intézményben folyamatosan biztosított az egészséges ivóvíz, fűtés és az elektromosenergia-ellátás.	Megfelelő hőmérséklet, jó minőségű ivóvíz, helyiségek szakszerű megvilágítása	Helyszíni bejárás Közüzemi szerződések, számlák ÁNTSZ vizsgálati jegyzőkönyv
A közösségi, az egyéb és a gondozást-ápolást segítő helyiségek infokommunikációs és közlekedési akadálymentesítése megtörtént.	Nővérhívó rendszer, telefon, tűzjelző, közlekedést segítő berendezések, eszközök	Helyszíni bejárás

A közösségi helyiségek használata szabályozott, megfelel a lakók igényeinek.	Táblák, feliratok, jól látható és számozott helyiségek, több és jól látható helyen kifüggesztett alaprajz, az időskornak megfelelő bútorok, különböző programok lehetőségének biztosítása, társas kapcsolatok és közösségi együttlét lehetőségének megteremtése, esztétikus és biztonságos	Házirend Belső szabályzatok Szakmai dokumentáció (gondozási tervek)
Az egyedüllét, az intimitás szükségletének kielégítésére szolgáló helyiség rendelkezésre áll.	Intimitást biztosító eszközök (pl. paraván), zárható, hangszigetelt intimszoba, imaszoba	Házirend Helyszíni bejárás
Az intézmény rendelkezik megfelelően kialakított, dohányzásra kijelölt helyiséggel.	Jól szellőztethető, szeparált, fűtött, hamutartókkal, ülőalkalmatosságokkal ellátott helyiség	Helyszíni bejárás
Minden lakószobához közvetlen kapcsolattal tartozik vizesblokk.	Fürdő (zuhanyzó, WC, akadálymentes, biztonságos ellátást segítő eszközök)	Helyszíni bejárás, tervrajz
A lakószobák otthonraépően kialakítottak, kényelmesek, megfelelnek a korosztályi szükségleteknek.	Otthonról hozott bútorok, személyes tárgyak, zárható szekrény, dekoráció, vendég leülését lehetővé tévő szék	Helyszíni bejárás
Az intézményben az ellátást igénybevevők részére rendelkezésre állnak komfortot, életminőséget javító berendezések, eszközök.	Telefon, kábeltévé, rádió, hűtőszekrény használatának lehetősége; büfé, fodrász, tornaterem, kozmetikai szolgáltatás, teakonyha, társalgó; önálló mosási, szárítási, vasalási lehetőség	Helyszíni bejárás
A bentlakásos ellátást nyújtó intézmény rendelkezik a tartósan fekvő beteg ellátását és komfortérzetét szolgáló kényelmi eszközökkel.	Megfelelő ágy, decubitus megelőzését szolgáló eszközök, kapaszkodó, betegemelő	Helyszíni bejárás
Az intézményben biztosított a csendes, nyugodt légkör. A berendezés nyugalmas sugároz, esztétikus.	Csend, kommunikációs sajátosságok	Helyszíni bejárás
Az intézményben dolgozók névkitűzőt használnak.	Jól látható, olvasható névkitűzők	Helyszíni bejárás

II. Minőségi szolgáltatáshoz való jog: belépés, igényfelmérés, ápolás-gondozás, mentálhigiénés támogatás és egészségügyi ellátás

2. sztenderd: Életminőség

Az intézmény az idősök számára olyan életkörülményeket biztosít, amelyek egyéni állapotuk, készségeik és képességeik szintjére, valamint személyi szükségleteikre szabott, hogy ennek révén az életminőségük megfelelő színvonalon, illetve a korábbi szinten fenntartható legyen az intézményi élet során.

Felvétel, igénybevétel

A sztenderd meghatározza az igénybevétel előtt, az igénybevételi eljárás során és az ellátás során kötelezően nyújtandó tájékoztatási kötelezettség tartalmát, és ajánlást tesz ezek lehetséges formáira, megfogalmazására. Annak érdekében, hogy az állampolgárok érvényre tudják juttatni az Alkotmányban rögzített szociális biztonsághoz való jogukat, és rászorultság esetén élni tudjanak a Szociális Törvény által biztosított lehetőségekkel, kellő információval kell, hogy rendelkezzenek. Az idősök bentlakásos intézményei tájékoztatják az ellátási területükön élőket a szolgáltatás igénybevételének feltételeiről, a nyújtott szolgáltatás tartalmáról és annak anyagi vonatkozásairól. Az ellátás során folyamatosan tájékoztatják az érintetteket a szolgáltató működésében beálló változásokról, az intézmény működéséről és a jogszabályokban előírt legfontosabb kérdésekről az autonómia és önrendelkezés, valamint az alkotmányos jogok érvényesülése érdekében.

Előgondozás, kapcsolatfelvétel, intézményi jogviszony létesítésének eljárása

A kérelmek benyújtása a kiválasztott intézménynél történik a megfelelő jogszabályi háttér figyelembevételével (9/1999. (XI.24. SZCSM r.).

A kérelmező kérelmet nyújt be idősotthoni elhelyezés iránt. Az intézményvezető gondoskodik az előgondozás elvégzéséről, és megállapítja a kérelmező gondozási szükségletét.

Az előgondozás során történik a gondozási szükséglet felmérése a vonatkozó jogszabály mellékletének megfelelően.

Az előgondozás és gondozási szükséglet vizsgálatot megelőzően a vizsgálatot végző munkatárs egyeztet a kérelmezővel, illetve hozzátartozójával. Az egyeztetés során az alábbi megbeszélés történik:

- az előgondozás és gondozási szükséglet vizsgálat időpontja és helye,

- a vizsgálat lefolytatásához szükséges dokumentumok köre.

Az előgondozás során kitöltik a feladatra kijelölt szakemberek az előgondozási adatlapot, és tájékoztatják a kérelmezőt az intézményben nyújtott szolgáltatások köréről, valamint az 1993. évi III. törvény 95§ (2) bekezdés értelmében:

- a.) az igénybevétel megkezdésekor fenntartott legalább 8 napos határidőről, továbbá az annak elmulasztása esetén követendő eljárásról,
- b.) az intézménybe való felvételtől, az intézményi jogviszony létesítéséhez szükséges okiratokról, személyes használati tárgyairól, hozzátartozói nyilatkozatokról, a személyes megjelenésre vonatkozó szabályokról és más, jogszabályban meghatározott feltételekről.

Az erre a feladatra kijelölt munkatárs elvégzi a gondozási szükséglet vizsgálatát az erre a célra szolgáló nyomtatványon, valamint kitölti az ehhez szükséges adatlapot. A kérelmező egészségi állapotára vonatkozó orvosi igazolásokat csatolni szükséges. Ugyanígy szükséges csatolni a jogszabályban meghatározott egyéb körülmények fennállását igazoló dokumentumokat. Amennyiben a jogosultságot megalapozó egyéb körülmények fennállnak, és ez a szükséges dokumentumokkal igazolható, a gondozási szükséglet vizsgálatát nem kell a külön nyomtatvány szerint elvégezni.

A feladatra kijelölt munkatárs tájékoztatja az igénylőt a gondozási szükséglet vizsgálat megállapításairól, és arról, hogy a gondozási órák meghatározása intézményvezetői hatáskörben történik. Ezzel egyidejűleg írásban tájékoztatja a kérelmezőt a házi segítségnyújtás, illetve jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételének lehetőségéről. Felhívja a kérelmező figyelmét, hogy ha az állapotában, illetve adataiban jelentős változások következnek be, azt jelezze az intézmény felé.

Ezt követően történik a gondozási szükséglet megállapítása, amelyről az intézmény vezetője igazolást állít ki. Az igazolás tartalmazza a kérelmező adatait, az órákban meghatározott gondozási szükségletet, valamint a jogorvoslati lehetőséget. Az igazoláshoz mellékelni szükséges az értékelőlap másolatát.

A gondozási szükséglet vizsgálatról kiállított igazolás csak az adott szolgáltatás esetében érvényes. A gondozási szükséglet vizsgálat elvégzését dokumentáló adatlap viszont mindkét szolgáltatási forma esetében felhasználható, tehát a vizsgálat ismételt elvégzése nem szükséges, amennyiben a két ellátási formát egyidejűleg kéri az igénylő. Igazolást mindkét ellátási formára külön kell kiállítani.

Más intézmény által kiállított igazolás nem alkalmazható.

Amennyiben a kérelmező rendelkezik az ORSZI által korábban kiállított érvényes szakvéleménnyel, úgy nem kell ismételt vizsgálatot végezni, az ellátást az abban szereplő óraszám figyelembevételével kell biztosítani.

A hivatali eljárások mellett figyelemmel kell kísérni a kérelmező egészségi- és mentális állapotát, szociális körülményeit, valamint a várható szolgáltatással szembeni igényét. Hangsúlyos szerepet kap a tevékenységhez kötődő adminisztráció, annak folyamata, felelőse. (Ez intézményenként eltérő lehet, azonos az, hogy a folyamat lépései és felelősei rögzítve vannak.)

A várakozó nyilvántartásba vétele következik, majd értesítés a férőhely elfoglalásának időpontjáról. Felkészítés a beköltözésre, szükség és igény esetén annak segítése.

A szociális szolgáltatások körében az 1/2000. (I.7.) SZCSM rendelet ad keretet a működéshez és a szolgáltatás biztosításához.

Kritériumok

Előgondozás, kapcsolatfelvétel

- Az intézményi életre történő felkészítés során a szolgáltató az intézményi élet valamennyi szegmensére kiterjedő tájékoztatást nyújt az idős ember és hozzátartozója számára.
- Ezzel párhuzamosan információt gyűjt a kérelmezőről, életének korábbi szakaszairól, szokásairól, jelenlegi állapotáról, helyzetéről, igényeiről.
- A kérelem beadásánál veszi kezdetét a mentálhigiénés tevékenység, hiszen a megfelelő – széleskörű – kapcsolatfelvétel, tájékoztatás, hiteles és nyílt kommunikáció már a beilleszkedési folyamat része. A felvételre jelentkező az intézményi életről részletes tájékoztatást kap, megismertetik a kérelmezővel az intézményen belüli együttélési szabályokat, és támogatják abban, hogy lehetőség szerint személyesen is keresse fel azt az intézményt, ahova a későbbiekben szeretne beköltözni.
- Az előgondozás folyamán a feladattal megbízott munkatársak a kérelmező szükségleteit teljes körűen, bizonyítható és ellenőrizhető módon mérik fel.
- A felmérés és az első interjú tömörített változata megtalálható az érintett személyes dossziéjában. Ebben az első interjúban igen lényeges a szerepek tisztázása (a mentálhigiénés beszélgetést készítő szakember neve és az intézményen belüli szakmai szerepe, valamint a kérelmező szerepe), továbbá az is, hogy az otthonában meglátogatott kérelmező tisztában van-e az interjú céljával. Ennél a beszélgetésnél fokozott figyelmet kell arra fordítani, hogy tudatában legyünk annak, hogy az idősödés igen nagy egyéni különbségekkel járó folyamat, a testi és lelki állapot mindig függ az életút korábbi szakaszaitól, élethelyzettől, családi állapottól és a szociális környezettől, illetve az egészen konkrét aktuális állapottól is. A beszélgetés vezetésénél mindig szükséges szem előtt tartani, hogy ez egy bizalomépítő kapcsolatfelvétel legyen, melynek céljai között szerepel az is, hogy mérsékelje a kérelmező szorongásait és bizonytalanságát.
- Rendkívüli élethelyzet esetén biztosított a soron kívüli elhelyezés a jelentkezők számára.
- Ez esetben is a lakó és hozzátartozói (gondnoka) részére a felvétellel megbízott munkatárs minden információt biztosít az intézményben élés szabályairól, a hozzátartozó vagy a gondnok segítségével pedig tájékozódik az intézménybe kerülés előzményeiről. Rögzíti, hogy mennyi idő múlva történik meg a pótlása mindazoknak, amelyek a rendkívüliség miatt elmaradtak.
- Amennyiben a kérelem beadása és a beköltözés között hosszú idő telik el, rendszeres a kapcsolattartás a várakozóval.
- Megnyugtató lehet számára, hogy folyamatosan informálódhat, mely azt az érzést alakítja ki és erősíti meg benne, hogy várják őt az intézményben. A várakozók meghívást kaphatnak az intézmény nem zártkörű programjaira, és

esetleg szállításukról is gondoskodhat a meghívó. A kapcsolattartás és kapcsolatépítés a mentálhigiénés munkatársak munkaköri tevékenységéhez tartozik.

- A beköltözést közvetlenül megelőző találkozás a gyakorlati teendőkre koncentrál.
- Ekkor kerül sor a behozandó tárgyak megtekintésére, ruhák kiválasztására, iratok áttekintésére. Abban az esetben, amennyiben a behozandó bútorok, tárgyak között választani szükséges, segítséget nyújtanak abban, hogy a tárgyhoz fűződő emlékeinek meghallgatásával támogatják személyes döntése meghozatalában, hogy képes legyen a számára fontosabb, nagyobb jelentőségű dolgot választani.

Intézményi jogviszony létesítése

Az intézményi jogviszony létesítése során a feladat kettős: a megfelelő módon dokumentált felvételi eljárásrend betartása, valamint a lakó és hozzátartozója/törvényes képviselője részletes tájékoztatása.

- Az intézményi jogviszony létesítésének kezdetét a felek a megállapodás aláírásával jelzik.
- A dokumentációhoz kapcsolódó teendők riasztóak lehetnek az idős számára, ezért egyáltalán nem mindegy milyen módon végzik el azokat. A megértő, odafigyelő szakmai hozzáállás támogató erejű, mint például segítségnyújtás a szöveg megértéséhez, illetve az intézmény, a mentálhigiénés csoportok, a lakótársak és az adott gondozási egység bemutatása. Lényeges, hogy egy alkalomra befogadható mennyiségű új információval készüljünk, és az ismerkedés fokozatait is elkerülhetetlen figyelembe venni.
- Személyi leltár készül az ingóságokról, azok értékéről.
- A lakó/törvényes képviselő átveszi a Házirendet.
- A lakó/törvényes képviselő számára a felvétellel megbízott munkatárs minden információt biztosít a megállapodás betartásával kapcsolatos panasztételi eljárásról.
- A tájékoztatás kiterjed arra, hogy panasz esetén kihez és milyen módon fordulhat a lakó vagy hozzátartozója/gondnoka. Szerencsés, ha ezeket az információkat tartalmazó, egy oldalnál nem terjedelmesebb leírást kézbe is kapja a lakó, amelyet a személyes dokumentumai között tárolhat, függetlenül attól, hogy például az ellátottjogi képviselő neve és elérhetősége feltűnő helyen, kifüggesztve is látható.

Teljes körű ellátás

A szolgáltatás igénybevétele létbiztonságot jelent az ellátást igénybe vevők számára. Ez magában foglalja minden olyan, a mindennapi életvitelhez szükséges szolgáltatás meglétét és megfelelő szintű biztosítását, melyek hiányában sérülhetnek az ellátottak alapvető jogai. A teljes ellátás keretébe a ruházat, textília biztosítása is beletartozik. (A kötelezően biztosítandó minimumfeltételek mellett törekednünk kell azok magas színvonalú, továbbá az idősök igényeihez igazított ellátások biztosítására.)

A megfelelő ruházat, textília használata, annak tisztán- és karbantartása olyan részei a szolgáltatásoknak, amelyek alapvetően befolyásolják a lakók elégedettségét, és közvetlen összefüggésben vannak a gondozási folyamat minden egyes ágensével.

Az életminőség megőrzését biztosító szolgáltatások a testi szükségletek, illetve a pszichés szükségletek kielégítéséhez kapcsolódva, komplex egészet alkotva biztosítják a lakó jólétének és biztonságos gondozásának holisztikus szemléletű ellátását.

Ruházat, textília

- Minden lakó használhatja az általa behozott ruházatot (alsó-, felsőruházat, lábbelik) és textíliát (ágyneműhuzat, törülköző).
- Amennyiben saját ruházat nem áll rendelkezésére megfelelő mennyiségben és minőségben, akkor az intézmény ezt biztosítja számára, illetve szükség esetén cseréli.
- Az intézmény mosodai szolgáltatást biztosít a ruhaneműk és textíliák megfelelő tisztítására, mely mindenki számára egyformán igénybe vehető.
- Egyedi igények megjelenése esetén az intézmény közreműködik a speciális szolgáltatásokhoz való hozzáférésben is.
- A ruházat rongálódása esetén a megfelelő javítatásról az intézmény gondoskodik.
- A ruházattal kapcsolatos tulajdonjogok védelme érdekében azok egyedi azonosítóval való ellátását – diszkrét módon – kérésre biztosítani kell.
- A lakó ruházatáról a beköltözéskor egyéni leltár készül, amelyet a változások esetén módosítani kell.
- A lakó saját ruházatának megóvására az intézmény a lakrészekben saját, névre szóló, zárható szekrényt biztosít.
- A ruházat biztosításával, tisztításával, javítatásával kapcsolatos legfontosabb információk kerüljenek szabályozásra a Házirendben, és ezzel a lakók legyenek tisztában.
- Amennyiben az öltözködésben szükség van segítségre, úgy azt a lakó önrendelkezési joga és emberi méltóságának tiszteletben tartásával kell biztosítani.

- Az intézmény rendszeresen, illetve szükség szerint – a házirendben és a gondozási protokollokban – meghatározott időszakokban gondoskodik a textíliák cseréjéről, különös figyelmet fordítva a fekvőbeteg ellátottak környezetére.
- A textíliák használata során alkalmazott segédeszközök (pl.: matracvédő) esetén a gondozás során a kényelmi szempontokat is figyelembe véve kell eljárni.
- Minden lakó személyes ruhaneműjét külön szükséges mosni.
- Ha a lakók fizikai állapota megengedi, és igényük van rá, önállóságuk megtartása érdekében legyen lehetőségük a mosógép önálló használatára.

Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források

Kritérium	Indikátor	Forrás
Megfelelő minőségű és mennyiségű saját ruházat használata.		Lakóeltár Házirend Helyszíni bejárás
A nem megfelelő minőségű és mennyiségű saját ruházattal rendelkező lakók részére az intézmény biztosítja a szükséges ruházatot.		Lakóeltár Házirend
A ruházat tisztítása és javítása saját mosodai szolgáltatás keretében, illetve külső szolgáltatóval történik.		Saját mosoda esetén: mosási jegyzék, javítással kapcsolatos dokumentáció Külső szolgáltató esetén: szerződés, átadás-átvételi dokumentáció
A ruházat megfelelő módon történő jelölése.		Ruhákban található jelzések
A ruhaneműk tárolása a ruházatnak megfelelő, az idős számára könnyen hozzáférhető módon.		Helyszíni bejárás
Lakóeltár folyamatos aktualizálása.		Leltár Helyszíni bejárás
A lakó támogatása az évszaknak, illetve korosztályuknak és állapotuknak megfelelő ruházat kiválasztásában.		Szakmai dokumentáció (egyéni gondozási terv)
Intézményi textíliák megfelelő minőségű és mennyiségű biztosítása, esztétikai igényeket is kielégítő módon, egyéni ízlésnek megfelelően és nem sablonosan, egyforma, uniformizált módon.		Textília nyilvántartás Házirend Helyszíni bejárás
Az intézményi textíliák védelme, a lakók állapotából adódó szennyeződésekkel szemben, illetve azok		Textília-nyilvántartás Gyógyászati anyagok beszerzése Házirend

rendszeres cseréje.		
---------------------	--	--

Étkezés

A teljes ellátás keretébe az étkeztetés megszervezése is beletartozik. (A kötelezően biztosítandó minimumfeltételek mellett törekednünk kell azok magas színvonalú, továbbá az idősök igényeihez igazított ellátások biztosítására.) Az étkeztetés olyan része a szolgáltatásoknak, amely alapvetően befolyásolja a lakók elégedettségét, és közvetlen összefüggésben van a gondozási folyamat minden egyes ágensével. Az életminőség megőrzését biztosító szolgáltatások a testi, illetve a pszichés szükségletek kielégítéséhez kapcsolódva, komplex egészet alkotva biztosítják a lakó jólétének és biztonságos gondozásának holisztikus szemléletű ellátását.

A feladatok elvégzésének egyik alapvető feltétele a megfelelő számú és szakképzettséggel rendelkező munkaerő foglalkoztatása. A szakácsok, az ételmezésvezető, a dietetikus szakember kulcsszereplői az étkeztetés jó színvonalon történő biztosításának.

Az intézményekben az egyik legnagyobb beruházást igénylő főzőkonyha kialakítása is nagy terhet ró a fenntartóra, de – a tapasztalatok szerint – hosszú távon mind szakmailag, mind gazdaságilag megtérül a befektetés. Továbbá a működtetéshez szükséges engedélyek beszerzése, a hatályos jogszabályoknak való megfelelés, és azok betartása is hozzájárul a minőségi szolgáltatások garantálásához.

A további feltételek közül a tisztasági szempontok emelendők ki, amelybe beletartoznak a hatékony és engedéllyel rendelkező mosó-, fertőtlenítő- és tisztítószeres biztosítása, ezek használatának pontos ismerete, valamint hatékony és takarékos felhasználása. A dolgozók munka- és védőruházattal való ellátása is ide sorolható.

- Az étkezés magas színvonalon történő biztosítása érdekében az intézmény rendelkezik saját, engedélyezett melegítő- vagy főzőkonyhával.
- Az intézmény legalább napi háromszori étkezést biztosít. A napi meleg ebédén kívül a meleg vacsora lehetősége is adott.
- Az étkezés keretében biztosított élelmiszerek, mind a mennyiségi, mind a minőségi (friss, ízletes, megfelelő hőmérsékletű) elvárásoknak megfelelnek.
- Az étkezések alkalmával a lakók választási lehetőséggel is élhetnek.
- A bevitt élelmiszerek biztosítják a kornak megfelelő tápanyagbevitelt, mely ellenőrizhető módon rögzítésre kerül.
- Az étlap összeállításában az ételmezésvezető mellett dietetikus szakember is segíti az életkori igényeknek megfelelő normál, illetve speciális étrend kialakítását.
- A speciális igények megjelenése esetén haladéktalanul gondoskodni kell az orvosi javaslatnak megfelelő (diétás, só- és fűszerszegény, darabos, pépes stb.) étrend biztosításáról és annak dokumentálásáról.

- Az étkezések időpontjai alkalmazkodnak a lakók napirendjéhez, attól egyedi esetben el lehet térni. Az étkezések időpontjai egyenlő arányban legyenek elosztva.
- Az önállóan étkezni nem tudók részére a személyzet a közös helyiségekben és a lakószobákba is biztosítja a gondozási terv szerint szükséges mértékű segítségnyújtást.
- Mindig rendelkezésre áll aktuális étlap, jól láthatóan kifüggesztve.
- Az étlapok összeállításánál figyelembe veszik a lakók véleményét, igényeit.
- Az étlap összeállítása a szezonális lehetőségeken túl a változatosság követelményének is megfelel.
- Az étkezés biztosítására szolgáló közös helyiségek tiszták, kényelmesek, a berendezések és eszközök pedig tiszták, fertőtlenítettek, valamint megfelelnek a lakók állapotának.
- Rendelkezésre áll megfelelően felszerelt és berendezett teakonyha, amely alkalmas egyszerűbb ételek elkészítésére, melegítésére.
- Az ételek felszolgálása és leszedése kulturált módon történik, biztosítva a nyugodt légkörű étkezés személyi feltételeit.
- A kulturált étkeztetés további tárgyi feltételei: asztalterítő, mélytányér, lapos tányér, szükség esetén kistányér, kanál, villa, kés, ivópohár, szalvéta, sótartó, valamint kancsó az ivóvíz biztosítására.
- Az étkezések alatt és a köztes időpontokban rendelkezésre áll megfelelő mennyiségű folyadék.
- Az étkezéssel kapcsolatos legfontosabb szabályok a Házirendben rögzítettek, azok megismertetése része a gondozási folyamatnak.
- Az alultápláltság és az elhízás kockázatának elkerüléséhez az ételmezés szervezésével megbízott munkatársak figyelembe veszik a tápláltsági állapotfelmérés adatait, és megteszik a szükséges intézkedéseket.
- Az egyedi igények kielégítésére biztosítva van mind a kiegészítő étkezéshez szükséges alapanyagok beszerzése, mind az azok elkészítésére szolgáló, felszerelt helyiség.

Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források

Kritérium	Indikátor	Forrás
Az étkezés magas színvonalon történő biztosítása.		Étlap Lakói fórumok jegyzőkönyvei Étkezéssel kapcsolatos lakói visszajelzések – dokumentáció Saját konyha esetén: működési engedély Külső szolgáltató esetén: szerződés, melegítő konyha működési engedélye
A lakó állapotának és korosztályi sajátosságainak megfelelő számú étkezések biztosítása.		Étlap Szakmai dokumentáció (egyéni gondozási terv, ápolási terv)
A korosztályi sajátosságoknak és egészségi állapotnak megfelelő mennyiségű és minőségű változatos étel biztosítása.		BMI index Változatossági mutató Tápláltsági kimutatás Szakmai dokumentáció
Az egyéni ízléseket is figyelembe vevő étrend összeállítása, lehetőség szerint menüválasztás biztosítása.		Étlap Lakói fórumok jegyzőkönyvei Étkezéssel kapcsolatos lakói visszajelzések – dokumentáció
A korosztály számára szükséges tápanyag- és energiatartalom biztosítása.		Felmérések Tápanyag-kimutatás Étlap BMI index Tápláltsági kimutatás Szakmai dokumentáció
Az étlap összeállítása során figyelembe veszik a lakók igényeit, az idényjellet és a korosztálynak		Étlap BMI index Tápláltsági kimutatás Szakmai dokumentáció

megfelelő tápanyag- és energiatartalmat.		
Az egészségi állapotnak megfelelő diétás étrend biztosítása szakorvosi javaslat alapján.	Dietetikus szakember alkalmazása	Étlap (A speciális diétáknak megfelelő) Szakmai dokumentáció (egyéni gondozási terv, ápolásai terv)
Az étkezési idők korosztályi sajátosságokat figyelembe vevő szabályozottsága.		Házirend
A lakó állapotának megfelelő mértékű és módú segítségnyújtás az étel elfogyasztásában.		Szakmai dokumentáció (önellátó képesség felmérése, egyéni gondozási terv, ápolási terv) Helyszíni bejárás
Az elkészített étel megfelelő tálalása.		Helyszíni bejárás Intézményi leltár (a megfelelő tálaláshoz szükséges eszközök)
A lakószobákban történő kulturált étkezési feltételek kialakítása		Helyszíni bejárás Intézményi leltár (a lakószobán belül történő megfelelő tálaláshoz szükséges eszközök pl. melegen tartó doboz, etető asztal)
Az étkező helyiség alkalmas az étel kulturált körülmények között történő elfogyasztására. Az étkező asztalok esztétikusan megterítettek, a nehezen mozgó, mozgássérült lakók számára is könnyen hozzáférhetők.		Helyszíni bejárás
Megfelelő számú udvarias, készséges személyzet jelenléte.		Létszámkimutatás Helyszíni bejárás

A lakó állapotának megfelelő mennyiségű és minőségű folyadékbevitel biztosítása az állapotuknak megfelelő módon.		Szakmai dokumentáció (egyéni gondozási terv, ápolási terv)
Az egyéni szükségleteknek és igényeknek megfelelő pótétkezési lehetőség biztosítása.		Szakmai dokumentáció (egyéni gondozási terv, ápolási terv)

3. sztenderd: Testi és lelki jóllét

A bentlakásos intézményben élő idősöknek az intézmény szükségleteiknek megfelelő gondozást, magas színvonalú ápolást biztosít, támogatja lelki egészségük megőrzését, aktivitásuk és társas kapcsolataik fenntartását, valamint gondoskodik arról, hogy életük utolsó szakaszát is emberi méltóságuk megőrzésével éljék meg.

Kritériumok

Ápolás-gondozás

A sztenderd megfogalmazza a bentlakásos intézményekben a függőség mértéke szerint nyújtandó gondozási-ápolási tevékenységet, ennek kritériumait és monitorizálási lehetőségeit – különös figyelemmel az egyéb krónikus, tartós gondozást-ápolást (Long-term care: LTC) nyújtó szolgáltatásokkal való összefüggésekre és a tevékenységek összehasonlíthatóságára.

Az idősödés fenntartható egészsége geriátriai szemléletű gondoskodással, preventív megközelítéssel érhető el. „Fenntartani a test töretlen egészségét, a szellem állandó élénkségét és nyugalma, s megőrizni ezeket a késői öregségig, amikor betegség és küzdelem nélkül a test és lélek búcsút mond egymásnak.” (Van Boerhaeve)

- A bentlakásos intézményben élő idősöknek az intézmény szükségleteiknek megfelelő gondozást, magas színvonalú ápolást biztosít, állapotukat nyomon követi és dokumentálja.
- Az ápolás és gondozás az ellátott személyiségének, elvárásainak tiszteletben tartásával és a geriátriai szempontok figyelembevételével történik.

Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy annyi és csak annyi gondoskodást nyújtunk, amennyit az adott egyén függősége indokoltá tesz. A tartós gondozási-ápolási szükséglet (Long-term care: LTC) olyan tartós (félév, egy év, végleges) funkcióvesztéses állapotot jelent, amely miatt a beteg folyamatos segítségre szorul; az időskorúakat érintő esetekben a rehabilitáció igen korlátozott.

Az ápolás és a gondozás mindig szoros kapcsolatban állt egymással. Ha az ember és annak személyisége, nem pedig pusztán az állapota van a tevékenység központjában, akkor tartalmában és a várható eredményekben is több és magasabb színvonalú szolgáltatást lehet nyújtani.

A gondozás azt jelenti, hogy a függőséggel élő vagy veszélyeztetett személyeket és csoportokat megfigyelés alatt tartják, és segítik őket a mindennapi tevékenységeikben, hogy megelőzzék a betegségek kialakulását,

továbbá rehabilitációra vagy legalább az állapotromlás megakadályozására törekszenek. Az eredményre törekvő gondozás jellemzője az aktivitás.

Az ápolás azoknak az eljárásoknak az összessége, amelyek feladata az egészségi állapot javítása, az egészség megőrzése és helyreállítása, a beteg állapotának stabilizálása, a betegségek megelőzése, valamint a szenvedések enyhítése a beteg emberi méltóságának megőrzésével.

Az ápolási és gondozási tevékenység határterület a szociális és egészségügyi intézmények feladatai között, ezért a szociális törvény és annak végrehajtási rendeletein túl az egészségügyi szakmai szabályok is meghatározzák. Szorosan kapcsolódik az idősellátás egyéb sztemderdjeihez és az alapvető állampolgári jogok rendszeréhez.

- A bentlakásos intézményben élő idős ember élete utolsó állomásán megfelelő minőségű gondoskodást, gondozást és ápolást kap.

A szolgáltatás igénybevevőjének fontos tudnia, hogyha állapota rosszabbodna, akkor kórházba, ápolási osztályra küldik, vagy a szociális intézményben végzik el az állapotának megfelelő ápolási-gondozási tevékenységek sorát. A lakót elégedettséggel fogja eltölteni, ha azt tapasztalja, hogy egészségi állapotában vagy önellátó képességében beállt negatív irányú változás esetén a megszokott környezetében ápolják, gondozzák, s nem helyezik esetlegesen az intézmény betegszobájába vagy ápolási egységébe. Elégedett lesz, hiszen ismeri az ápolókat, és ők ismerik az ő életútját, problémáját, örömeit.

A kritériumok teljesülésének indikátorai és monitoring lehetőségei

A gondozási-ápolási tevékenység mérését több oldalról is meg lehet közelíteni. Egyik az ellátotti elégedettségi kérdőív, a másik a hozzátartozói elégedettség mérése. A látható állapotjavulás, az önellátó képesség mérése objektív eredményt ad. A gondozási tervben szereplő, a fizikai és egészségi állapot javítására irányuló tevékenységek megadott időn belüli elvégzésével rendelkezésre állnak a megfelelő mutatók a tényleges állapotrosszabbodásról vagy javulásról. Az elvégzett ápolási- gondozási beavatkozások folyamatos dokumentálása egyfajta monitorozása a tevékenységnek, mely ismételten lehetőséget kínál az adott tevékenységek folytatásához vagy módosításhoz.

Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források

Kritérium	Indikátor	Forrás
A bentlakásos intézmény rendelkezik az ápoláshoz, gondozáshoz szükséges személyi és tárgyi feltételekkel. (ld. sztenderd)	Ápoló-gondozó személyzet létszáma és képzettsége	Alapító okirat Szakmai program Munkaköri leírások
A lakók gondozási szükségleteinek felmérése a felvételt követően megtörténik. Sor kerül az ápolási szükségletek felmérésére.	Egyéni gondozási, szükség esetén rendelkezésre áll ápolási terv, melyet rendszeresen felülvizsgálják	Gondozási-ápolási anamnézis
Az intézményben élő ellátottak számára az önellátó képességük és egészségi állapotuk alapján szükséges alap-, és szakápolási tevékenységek helyben történő elvégzése.	Megfelelő szakképesítésű ápolók (jogszámba vett figyelembevétele)	Működési engedély és írásos orvosi megbízás a szakápolási feladatok elvégzéséhez
Az ápolási-gondozási tevékenység személyre szabott és holisztikus szemléletű.	Intézményi filozófia Szervezeti kultúra	Szakmai program
A gondozás során megfelelő mértékű a segítségnyújtás a személyi higiéné biztosításában, az étkeztetésben, a folyadékpótlásban, a hely-, és helyzetváltoztatásban, valamint a kontinencia megtartásában.		Gondozási-ápolási protokollok Egyéni gondozási terv
A bentlakásos intézményben a gondozás javítja az életminőséget.		Gondozási-ápolási protokollok Gondozási terv

		Foglalkoztatások biztosítása
Egészségi állapotnak megfelelő fizioterápiás kezelések helyben történő ellátása. Az intézmény rendelkezik saját profiljának, személyi összetételének megfelelően kialakított ápolási és gondozási szabályzatokkal.	Fizioterápiás készülékek megléte Megfelelő szakképesítésű munkavállaló Intézményi protokollok megléte	Működési engedély fizioterápiás kezelések elvégzésére Szakmai dokumentáció
A lakót elégedettség tölti el, hogy egészségi állapotában, vagy önellátó képességében beállt negatív irányú változás esetén is a megszokott környezetében ápolják, gondozzák, s nem helyezik esetlegesen az intézmény betegszobájába vagy ápolási egységébe.	Elégedettségi vizsgálatok, kérdőívek (lakók, valamint képviselőik, hozzátartozók)	Házirend Egyéni gondozási, szükség esetén ápolási terv
Az intézmény rendelkezik saját minőségpolitikával. Megfelelő a lakói és hozzátartozói érdekvédelem.	Minőségbiztosítási rendszer Formális és informális keretei mérhetők (érdekvédelmi fórum, a vezetők elérhetősége)	
Sor kerül a gondozási függőség mértékének rendszeres felülvizsgálatára.	HGCS kontroll	
Haldoklás idején megfelelő, személyközpontú, hospice szemléletű gondozást biztosítanak.	Ápolási protokoll Személyi-tárgyi feltételek megléte	
A gondozószemélyzet szakmai kompetenciái	Továbbképzési részvételek Képzési terv és	

megfelelők.	végrehajtása	
-------------	--------------	--

Egészségügyi-orvosi ellátás

A bentlakásos intézmény biztosítja az ellátást igénybe vevők egészségügyi ellátását, azaz gondoskodik az egészségmegőrzést szolgáló felvilágosításokról, orvosi ellátásról (meghatározott óraszámban), szükség szerinti alapápolásról, a szakorvosi, illetve sürgősségi ellátáshoz, kórházi kezeléséhez való hozzájutásról, valamint a meghatározott feltételek szerinti gyógyszerellátásáról és gyógyászati segédeszközökről.

A lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való alkotmányos jog értelmében (Alkotmány 70/D § (1)) a bentlakásos intézményekben élők minőségi szolgáltatásokra jogosultak. Az egészségügyi szolgáltatás mindazon tevékenységek összességét jelenti, amelyek az egyén egészségének megőrzésére, a megbetegedések megelőzésére, a korai felismerésre, a gyógykezelésre, a megbetegedés következtében kialakult állapot javítására vagy a további állapotromlás megelőzésére irányulnak.

Az intézményi orvos biztosítja az ellátást igénybe vevő egészségi állapotának rendszeres ellenőrzését, az orvosi tanácsadást, a prevenciót, az egészségügyi tárgyú jogszabályokban meghatározott szűréseket és a rendszeres gyógyszerrendelést, valamint szükség esetén az egészségügyi szakellátáshoz való hozzáférést.

Az intézményekben élő idős korosztály nem csak preventív ellátást igényel – gyakran többszörös krónikus betegségekkel küzdenek, életkori sajátosságaik miatt gyakrabban előfordul körükben számos akut betegség, melyek kezelése, ellenőrzése gyakran szakorvosi gondozást igényel.

Az idősek bentlakásos intézményeiben élők csoportja rendkívül heterogén: az ún. egészséges idős és a 24 órás felügyeletet-gondozást igénylő, ágyban fekvő krónikus beteg egyaránt minőségi ellátásra jogosult, beleértve az élet legutolsó szakaszát megélők hospice jellegű gondozását is.

A sztenderdet a **geriátriai szemléletű személyre szabott gondozás** elvei alapozzák meg.

Az egészségügyi törvény által meghatározott egészségügyi-orvosi ellátás rendszerébe nem teljesen illeszkedik be a jelenleg eltérő szabályok szerint és eltérő forrásokból működtetett bentlakásos intézményi hálózat, amelynek jogszabályi környezete, ágazati logikája a szociális gondoskodásra épül. Márpedig a két elkülönült rendszer összeillesztése, összehangolása elengedhetetlen.

A geriátriai szemlélet szempontjai:

- Bizonyított, hogy van „normál idősödés”.
- Nincs két egyforma idősödés, nem a kronológiai kor szerint idősödünk.
- Az egyedi különbségek a korral fokozódnak.

- Nem korfüggő, hanem a korral gyakoribbá váló patológiás történésekről beszélünk.

Az intézményi ellátásban fontos szempont az ageizmus elkerülése, melynek veszélye fokozódik a jelentős számú egészségügyi szolgáltatókkal való kapcsolattartás során.

A rehabilitációs lehetőségek idős korban korlátozottabbá válnak. A krónikus betegségek következtében kialakult állapotok, az előrehaladott korban kialakult fogyatékosság más megítélés alá esik. Az idős ember esetében, aki gyakran 2-3 egyéb fizikai korláttal is rendelkezik, korlátozottabb a segédeszközök használatának készséggé válása, megtanulása (hallókészülék, Braille írás stb.), illetve mindez lényegesen időigényesebb feladat. A bentlakásos intézményekben élők egészségi állapota folyamatosan romlik – érdemi különbség a krónikus osztályok és az időotthonok klientúrája között nincs. (ÁSZ 0819.,0820., HGCS2 modellkísérlet)

A szakorvoshoz vagy kórházba jutás lehetőségét biztosítani egyre nehezebb feladat: miután a mentő és a betegszállítás kettévált, így 2008. január 1-jétől az Országos Mentőszolgálat az életmentésen kívül kizárólag „mentő” és „őrzött” betegszállításokat végez, azaz olyan feladatokat lát el, ahol a beteg állapota miatt sürgős segítségre van szükség, illetve ahol útközben is beavatkozások, vizsgálatok szükségesek.

Az Országos Betegszállító Szolgálat (OBSZ) korlátozott kapacitásai és az intézményben élők állapotának sajátosságai (felügyelet igénye, különösen a demenciában szenvedők esetén, a szállítási trauma megnövekedett rizikója a magasabb életkorban) gyakran azt eredményezik, hogy a gondozottak szakellátása késedelmet szenved – fokozott ennek veszélye az egészségügyi rendszer átalakításával megnövekedett várólisták miatt is.

Az egyes intézmények lehetőségeikhez mérten konziliáriusi rendszerben igyekeznek megoldani a szakellátáshoz való hozzáférést, illetve saját gépjárművel (fontos, hogy ha az intézmény saját gépkocsiját vagy a falugondnoki gépkocsit veszi igénybe, szakszemélyzet kísérje el a lakót/lakókat) oldják meg a betegszállítások egy részét – ez a gyakorlat szakmai szempontból üdvös, a gondozott érdekét szolgálja – ámde komoly finanszírozási problémákat vet fel.

Az egészségügyi-orvosi ellátás szorosan összefügg az ápolás-gondozás folyamatával, hiszen az alapápolási tevékenységet, valamint az ápolási terv ellenőrzését az intézményi orvos végzi, valamint ő rendeli el a szakápolási tevékenység elvégzését is. A jogszabályváltozások megnehezítették az idősek otthonában élő, szakellátásra szoruló beteg egyének helyzetét.

Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források

Kritérium	Indikátor	Forrás
A felvételt követő két héten belül egészségügyi állapotfelmérés történik – szükségletek meghatározása. Az intézmény küldetésében, szakmai programjában megfogalmazza az orvosi-egészségügyi ellátással kapcsolatos specifikumait.	Egészségügyi karton kiállítása Teljes körű anamnézis felvétele, előző betegségek, maradandó károsodás okozta egészségügyi ellátás szükségességének meghatározása	Egyéni gondozási terv! (ld. ápolás-gondozás sztenderd) Az intézményi orvos szakképesítése (az intézmény humán erőforrás politikája)
A szolgáltatási környezet megfelelő. A gondozott egészségi állapotának megfelelő orvosi ellátáshoz jut az intézményben.	Intézményi orvos megfelelő óraszámban biztosított Háziorvos Rendelkezésre áll megfelelően felszerelt, működési engedéllyel bíró rendelői helység.	
Érvényesül a szabad orvosválasztás joga. Alapápolási feladatok kiszabása, ellenőrzése A szakápolási ellátás megvalósul az intézményben.	Az intézményben megvalósul az alapellátást végző orvos személyének választhatósága Orvosi megbízás az alap- és szakápolási feladat elvégzésére A gondozási függőség rendszeres kontrollja (HGCS, ld. melléklet) Decubitus megelőzés eredményessége Van ápolási terv, melyet rendszeresen ellenőriznek ADL alapú állapotfelmérés gyakorisága Decubitus mértéke	

	változása Megfelelő szakmai kompetenciákkal bíró dolgozók megléte	
Az ellátottak és a hozzátartozók rendszeresen és állapotváltozás esetén teljes körű tájékoztatást kapnak	Az orvos, illetve kompetens szakember elérhető Adatvédelmi törvény figyelembevétele Etikai kódex elveinek betartása	
A lakó hozzájut szakorvosi rendeléshez és az esetleg szükségessé váló kórházi kezeléshez.	Helyben konziliumi lehetőség van (hozzáférés - szakorvosi team döntése)	
Az állapotának megfelelő gyógyszerrel való ellátást az intézmény biztosítja. Gyógyszerek személyre szóló adagolása	Rendszeres és eseti alapgyógyszer-lista rendelkezésre áll Jogsabályi megfelelés Alaplistán szereplő gyógyszereket térítésmentesen Gyógyszerrendelésről és beszerzésről az intézmény gondoskodik Kompetens szakember végzi a rendszeres, személyre szóló gyógyszeradagolást Gyógyszerfogyasztási mutatók rendszeres vizsgálata megtörténik (Polypharmacy vizsgálata)	
Az állapot szerint szakmailag indokolt gyógyászati segédeszközökkel a lakó ellátása megtörténik. A lehetséges rehabilitáció megtörténik.	Szakorvosi javaslat, eszközök beszerzése Gyógyászati segédeszközök használatának betanítása megszervezett Gyógytorna, fizikoterápia elérhetősége	
Az egészségvédelem,	Az orvosi vizitek	

egészségügyi állapot rendszeres ellenőrzése megtörténik Van belső minőségbiztosítási rendszer az intézményben.	gyakorisága HGCS alapú gondozási függőség követése rendszeresen (háromhavonta) A lakók, hozzátartozók elégedettségi kérdőíve az egészségügyi ellátásra vonatkozó kérdéseket is tartalmaz A dolgozók (kompetenciájuknak megfelelően) rendszeresen részt vesznek egészségügyi képzésben Vizsgálják az iatrogén ártalmak kivédésének eredményességét (A beteg minden olyan nem kívánt állapota, amely orvos vagy egészségügyi dolgozó által alkalmazott kezelés következtében lép fel, illetve olyan betegség vagy sérülés jellemzője, amely az ellátás folyamán valamilyen eljárás, terápia vagy más elem hatására lép fel.)	
Egészségmegőrzést szolgáló felvilágosítás, tanácsadás, életmódprogramok kínálata rendelkezésre áll az intézményben.	Vannak előadások, plakátok Személyre szabott életmód-tanácsadás megvalósul: dietetikus, orvos, mentálhigiénikus részt vesz a gondozási terv elkészítésében, felülvizsgálatában Egészséges ételek kóstolása, „próbaforzés” Egészségmegőrzéssel	

	kapcsolatos táplálék- kiegészítők kiállítása	
Az intézmény megszervezi a különféle, életkori sajátosságoknak megfelelő szűrővizsgálatokat. Védőoltások helyben történő megszervezése	Helyben végzett vizsgálatokat szerveznek Előzetesen egyeztetett időpontok Rendszeres kapcsolat az eü. szolgáltatókkal	
Fertőző betegek elkülönítése, helyben történő kezelése megoldott.	Havaria-terv Pandémiás terv Tárgyi, személyi feltételek biztosítása	

Melléklet: HGCS adatlap

Mentálhigiénés támogatás

A mentálhigiénés gondozás 1980-tól van jelen a hazai idősellátásban, de valódi térhódítása a rendszerváltást követően történt meg, párhuzamosan a hazai főiskolák, egyetemek szakemberképzésével.

A mentálhigiéné megfogalmazása a következő:

1.) „A mentálhigiéné nem csupán a pszichés megbetegedések és magatartászavarok megelőzése, hanem a lelki egészségvédelem is, mégpedig pozitív értelemben, mindazoknak a folyamatoknak és intézkedéseknek, tevékenységeknek összessége, amelyek az emberi személyiséget és közösségi kapcsolatokat erősebbé, fejlettebbé, magasabb szervezetségűvé teszik.” (Veér-Buda, 1989)

2.) „A mentálhigiéné: a lelki egészség megőrzésének és elősegítésének a tudománya. Tartalmazza mindazokat az ismereteket és szükséges intézkedéseket, amelyek arra irányulnak, hogy megelőzzék a lelki rendellenességeket, és javítsák az egyén pszichológiai beilleszkedését a társadalomba, illetve képességeit a harmonikus szociális kapcsolatok kialakítására.” (Pszichológiai értelmező szótár)

Az idősök otthonában a humanisztikus modell (Maria Jahoda), valamint a közösségi modell alkalmazása a cél, amikor is a szakember arra törekszik, hogy az egész embert szolgálja, illetve hogy az adott személyt vagy problémát az eredeti közösségben kezelje. Ez a modell közel áll a mentálhigiénés szakmai tevékenységekben érvényesítendő holisztikus szemlélethez, amely szerint az embert, esetünkben a bentlakásos intézményben élő idős embert testi, lelki és szociális lényként, a maga egészségességében fogadjuk el. Az idős ember védelme és jólétének elősegítése nem korlátozódik alapszükségleteinek kielégítésére, hanem

kiterjed lelki egészségének védelmére, szociális kapcsolatainak támogatására, valamint személyes, családi és társas kapcsolataiban való egyensúlyának megőrzésére is.

Ennek megfelelően az idősök otthonában a mentálhigiénés tevékenységnek irányvonalakat ad a szakmai jogszabály, továbbá a hozzá kapcsolódó szakminiszteri rendelkezések, amelyek kiterjednek a megvalósítandó tevékenységi körre, illetve a személyi- és tárgyi feltételrendszerre és dokumentációra.

Az intézmény a lakó egészségi állapotát figyelembe véve biztosítja az egyéni ápolási-gondozási terv keretei közötti lehető legnagyobb mértékű önrendelkezést, mozgásszabadságot és önálló döntéshozatalt.

Az intézmény az alapidokumentumaiban és szakmai munkatervében megfogalmazott szolgáltatási tevékenységekkel segíti a lakó önállóságának fenntartását. A lakónak csak az egyéni szükségleteihez mért támogatást kell megadni.

Beilleszkedés támogatása, biztonság megteremtése, társas kapcsolatok, természetes támaszok

- Az intézményben élő idős ember komfortérzetének és biztonságérzetének megteremtése érdekében támogatást kap korábbi kapcsolatainak fenntartásához ugyanúgy, mint az idősotthoni környezetben új kapcsolatok létesítéséhez.
- Az intézményi életbe való beilleszkedés, az ún. adaptációs időszak folyamán az otthon mentálhigiénés munkatársa
 - kiegészíti az előgondozás során felvett információkat az életútinterjú készítése során szerzett információkkal,
 - az intézeti életbe való beilleszkedést tanácsadással támogatja,
 - előkészíti a régi lakótársakat az új lakó fogadására,
 - figyelemmel kíséri, hogy a lakó minden szolgáltatást megkap-e, amire életminősége fenntartása érdekében szüksége van,
 - gondoskodik arról, hogy az új lakó intézményen belüli életmódja a lehető leginkább közelítsen ahhoz, ahogy a bekerülést megelőzően élt, társas kapcsolatai, családi kapcsolatai fennmaradjanak, élők legyenek,
 - amennyiben a családi kapcsolatok konfliktusokkal terheltek, a mentálhigiénés munkatárs felkínálja mediációs közreműködését a konfliktusok feldolgozásában.
- Az idős személy autonómiájának megőrzése érdekében információval, egyéb (például szállítás) szolgáltatások szervezésével a mentálhigiénés munkatárs lehetőséget teremt új kapcsolatok felvételére, az ellátott érdeklődési körének megfelelő programokon való részvételre és az intézmény életébe való aktív bekapcsolódásra.
- Az intézmény szabad mozgást biztosít a lakó számára, lehetőség szerint megkönnyíti és támogatja a korábbi életszakaszhoz köthető társas- és családi kapcsolatok fenntartását.

Kiemelt jelentőségű korábbi kapcsolatainak ápolása – a családi kötelékeken túl fontos a barátokkal, ismerősökkel kialakult kapcsolatok fenntartása is. A kötődések szerepe jótékony hatású lehet egészségi állapotára, aktivitására, életérzésére, ugyanakkor a rosszul működő kapcsolatok éppen ellentétes hatást fejtenek ki. Ezért szükséges a közvetítő szerep felkínálása a konfliktusokban, de csakis akkor, ha ezt a lakó elfogadja, sőt igényli. A kapcsolatok terén ugyanolyan jelentőségű korábbi tárgyi környezetével való kapcsolata, a használati tárgyaihoz, esetleg háziállataihoz, házi kedvenceihez fűződő viszonya. A beköltözést követő időszakban támogatni kell az ezektől való elszakadás feldolgozásában, amiben sokat segíthet egy-egy magával hozott kedvelt tárgy, kisebb bútordarab, illetve fényképek használata. Ha segíti az új élethelyzet elfogadását, akkor ösztönözzük a hozzátartozókat, hogy segítségükkel hazalátogathasson az idős ember, és így ne szakadjon el véglegesen megszokott környezetétől.

Személyre szóló gondozási terv készítése

- A pszichoszociális gondozás és mentálhigiénés tevékenység összehangolt, tervezett módon folyik, mely az idős ember egyéni szükségletein és igényein alapul, figyelembe véve személyiségét.
- Az egyéni gondozási terv az egyéni szükségleteknek megfelelően meghatározza az egyes lakókkal tervezett tevékenységet, és a későbbiekben meghatározott munkaformák közül az adott személy igényeinek, állapotának megfelelő terveket.

A személyes beszélgetések és az adaptációs időszakban történt alaposabb megismerkedés képezhetik alapját e dokumentumnak. Lényeges, hogy e dokumentum elkészítése a mentálhigiénés szakember munkaköri feladatai közé tartozik, de az alapját képező információkat, szükségletfeltáró beszélgetéseket, megjegyzéseket és kiegészítéseket a lakóval való más munkatársak is megteszik.

- A gondozási terv elkészítésében részt vesznek a szakmai team tagjai: az intézmény orvosa, vezető ápolója, a szociális és mentálhigiénés munkatárs, a foglalkoztatás szervező és ápoló, szükség szerint a mozgásterapeuta és a dietetikus, az ellátott, vagy annak törvényes képviselője is.
- A gondozási terv kidolgozása során az elsődleges szempont, hogy maga az idős ember mit szeretne, meddig terjed az autonómia iránti igénye, hol jelzi ennek határait, mely ügyekben kér segítséget (például életvitel támogatásában, hitélet gyakorlásában, gyászfeldolgozásban, aktivitásban), és miben nem.

A gondozási tervek készítésénél indokolt figyelembe venni az egészségi állapotot és a kognitív képességeket. Lényeges, hogy ne a deficitekre és a hanyatló képességekre kerüljön a hangsúly, hanem a még lehetséges változásokra és fejlődésre. Ne erősítsék a passzivitást és függést. Szükség esetén egyéni beszélgetést, egyéni esetmunkát kezdeményezhetnek. Krízis állapotban, konfliktusok esetén megfelelő intervenciót valósítanak meg. Az egyénnel,

személyekkel végzett munkának lényeges eleme, hogy a mentálhigiénés szakember képes legyen felismerni a kóros szorongásra utaló viselkedési elemeket, a depressziót és a szuicid készítéseket, illetve mindazokat a testi és lelki jelzéseket, amelyek betegségek kezdetére utalnak, és szükség esetén megfelelő szakemberhez közvetíteni az idős embert.

- A készségek, képességek és az egészségi állapot megőrzéséhez vagy visszaszerzéséhez a szolgáltatás igénybevevője támogatást kap a megfelelő életmód megválasztásában. Prevenciós célból tájékoztatást és támogatást kap az étrend, a mozgás, az élvezeti szerek, gyógyszerek és étrend-kiegészítők tekintetében.

Speciális elvárások viselkedési zavarokkal küzdő ellátottak esetében

Az idősök otthonában a szolgáltatásokat időben dezorientált személyek is igénybe veszik. Ez felvet néhány ellátottjogi kérdést, hiszen törekedni kell a jogszabályi elvárásoknak való megfelelésnek, ugyanakkor a célzott, speciális, minőségi szolgáltatás biztosítására is.

- A mentálhigiénés szakember közreműködik a lakók közötti konfliktusok kezelésében, feldolgozásában.
- A nem demens ellátottak számára megfelelő tájékoztatást kell nyújtani a szellemi hanyatlással és esetenként viselkedészavarokkal járó betegségről, hogy mint egészségesen idősödő emberek képesek legyenek elfogadni és tolerálni a demenciával küzdő lakók viselkedészavarait és az együttélés nehézségeit.
- Amennyiben cselekvőképességet érintő gondnokság alatt áll az ellátott, úgy mindenképpen a törvényes képviselővel együtt keresik a megfelelő ellátási megoldásokat.
- Amennyiben az idős, mentális állapota miatt, már nem képes véleményét kinyilvánítani, úgy a gondozási tervet összeállító team a terv megvalósítása során szoros kontrollt gyakorol az ellátási tevékenységre, amely során az igénybevevő metakommunikatív, verbális jelzéseit, állapotváltozását fokozott figyelemmel kísérik. (Kapcsolódás: alapápolási és demens idősökre vonatkozó sztenderdhez.)
- Az egyéni, vagyis személyre szóló gondozási (és tevékenységi vagy aktivitási) terv készítése mellett a mentálhigiénés munkatárs(ak) szervezi(k) a közösségi programokat, illetve támogatják a lakók ilyen irányú kezdeményezéseit.

Ezek természetesen nem csak az ő munkaköri feladataikhoz kapcsolódnak, de ha az intézményvezetés másként nem dönt, tervezői, kezdeményezői és koordinátori feladatokat is jelentenek. A mentálhigiénés munkatárs feladata az intézményen kívüli csoportokkal való kapcsolatok építése, a település vagy városrész más generációjához tartozókkal való kapcsolatok építése, valamint más intézmények lakóival való találkozások szervezése, bonyolítása is.

- A mentálhigiénés munkatárs(ak) különös figyelmet fordít(anak) arra, hogy a kevésbé aktív, mozgásukban vagy más vonatkozásban akadályozott lakók is a

képességeiknek megfelelően, tartalmazsan tölthessék szabadidejüket, és részt vehessenek a közös kulturális programokon.

Társas kapcsolatok, természetes támaszok biztosítása, autonómia fenntartása

Fontos feladat a társas kapcsolatok kialakítása, fenntartása, erősítése, szükség esetén javítása. Törekedni kell arra, hogy az idős ember minél nagyobb önállósággal tudja élni hétköznapijait, segítséget nyújtva a napi önálló életvitelének és önrendelkezésének lehetőségeihez mért visszaállításában, minél hosszabb ideig történő fenntartásában.

Ez magában foglalja a családdal és a természetes támogatókkal való kapcsolatfelvétel, illetve kapcsolattartás lehetőségének elősegítését, és a kapcsolatok erősítését, továbbá a házirend alapján a volt lakókörnyezet tagjaival, az intézményen belül és kívül szerzett barátokkal és egyéb személyekkel, társintézményekkel, csoportokkal való kapcsolat helyreállítását és fenntartását. Az aktivitásoknak és a szociális interakciók gyakoriságának jó hatása van a lakók közérzetére és szellemi, fizikai frissességére.

- Az intézmény biztosítja a családtagok és ismerősök fogadásának lehetőségét, kivéve, ha a lakó vagy törvényes képviselője erről másként rendelkezik, mivel a lakóknak joguk van intim személyes kapcsolat kialakítására.
- A lakók igényeinek figyelembevétele mellett önkéntesek, helyi civil szervezetek, egyházak és egyéb csoportok is bekapcsolódhatnak az otthon életébe.

Aktivitás fenntartása

A fizikai és mentális aktivitás fenntartása, az ez iránti igény kialakítása kiemelt célja az idősotthoni szolgáltatásnak. Az Idősügyi Nemzeti Stratégia is kiemelten kezeli az idősok képességeinek hosszútávon történő fenntartását. A gondozás során ismertté vált az alul- és túlgondozás fogalomköre, amely a fizikai aktivitás fenntartásának vagy elvesztésének alapja. Az idősok otthonában az aktivitás esetén minden esetben törekedni kell a következőkre:

- életmódbeli aktivitás (napi, önellátáshoz kapcsolódó tevékenységek, például részvétel a saját közvetlen környezet rendben tartásában és a lehetőségek szerinti alakításában is),
- mozgásképesség fenntartását célzó tevékenységek (a napi torna és a szükséges gyógytorna biztosításán kívül egyéb mozgáslehetőségeket is kínálunk, például szervezett séták, és a lehetőségek szerint törekedni lehet egy kisebb tornaszoba berendezésére is),
- mentális és szellemi aktivitás megőrzése.

Ezek többnyire tervezett és szervezett csoportfoglalkozás keretein belül történhetnek, melyek lehetnek kreatív tevékenységek, emlékezetébresztő, a memóriát és a koncentrációs képességeket erősítő csoportok, valamint a gondolkodást és a

kreativitás kibontakozását támogató csoportok, továbbá műkedvelő, művészeti csoportok.

- A személyre szóló gondozási terv mellett az intézmény mentálhigiénés szakembere(i) éves munkatervet készít(enek), amely a lakók körében történt szükségletfelmérésen, valamint az adott település és az intézmény forrásainak a felmérésén alapul. Ez a tervezet szerves része az intézmény éves munkatervének.
A munkaterv idő, felelős, hely és költség megjelölésével készül az intézmény gazdálkodásának tervezhetősége miatt. A munkaterv havi, heti bontást tartalmaz, az abban foglaltakról a lakókat informálják, véleményüket, javaslataikat kikérik. Javasolt a rendszeres heti program, valamint a havi programok meghatározása és ezek figyelemfelkeltő, jól olvasható formában történő kifüggesztése. Megemlítendő, hogy nagyobb intézményekben jól bevált a mentálhigiénés szakemberek kezdeményezésére egy belső kiadvány készítése, melyet az idősök írnak, szerkesztenek, terjesztenek.
- A programok többféle tevékenységet tartalmaznak, a lakók igényét tükrözik, és azokat a lakóközösség elfogadta.

Az aktivitás biztosítása:

- a.) Az intézmény erre kijelölt munkatársa szükséglet- és forrásfelmérést végez az idősotthon nyújtotta lehetőségek figyelembevételével a fizikai, szellemi, kulturális és szórakoztató jellegű tevékenységek, valamint a fejlesztő-, egészségi aktivitást segítő programok vonatkozásában.
- b.) Az aktivitásnál a követendő elvek:
 - célszerűség - rendszeresség - értékelés
 - önkéntesség - mértéktartás - elismerés
 - folyamatosság - változatosság
- c.) Figyelembe veszik az idősotthon nyújtotta költségvetési kereteket, tervezést, felhasználást, tartalékot, pályázati lehetőségeket.
- d.) A Házi rendben meghatározzák a fizikai foglalkoztatás, szocioterápiás tevékenység típusait, a védőruha és felszerelés biztosítását, valamint a kifizetések rendjét.
- e.) Szellemi, kulturális jellegű programoknál rövid és hosszú távú célok kitűzése a cél, az eredményességet dokumentálva, kiértékelés formájában mérik,
- f.) Szórakoztató jellegű programok szervezése, öntevékenység, önszerveződés támogatása,
- g.) Fejlesztő vagy terápiás célú aktivitást segítő programok szervezése, bonyolítása.
- Rendkívül fontos az aktivitást fenntartó programoknál a segítő és gátló tényezők figyelemmel kísérése, a lakóközösség működési rendjének szem előtt tartásával.

- A hatékonyság érdekében negyedévente kiértékelik a folyamatokat és programokat.
- A lakókat megkérdezik, milyen egyéni igényeik vannak a közösségi, szabadidős, kulturális, hagyományőrző és ünnepekhez kötődő tevékenységekkel kapcsolatban, és ezeket dokumentálják.
- A lakók részére biztosítani kell a vallási/kulturális igényeiknek megfelelő szokásaik gyakorlását.
- A lakók szükség esetén egyéni és csoportos foglalkozásokon is részt vehetnek.
- Speciális szükségletek (pl. demens ellátottak) megjelenése esetén a lakók adekvát programokon való részvétele kompetens szakemberek irányítása mellett biztosított.
- A programokról szóló információkat közérthető módon és hozzáférhető helyen a lakók speciális igényeit, kommunikációs akadályait figyelembe véve teszik közzé.
- Szociális és egyéb ügyintézésben való segítségnyújtás.

Emberi méltóság megőrzése

- Az intézményben valamennyi tevékenység az idős ember méltóságát megőrizve történik, ezen belül tudatosan törekszenek a kommunikáció stílusának és tartalmának megfelelő formálására.
 - A szakmai feladatok jelentős része az intim szférában történik, melyet csak kellő tapintattal és körültekintéssel végezhetők. Az ápolási-gondozási folyamatok során biztosított a lakók méltóságának, személyes igényeinek tiszteletben tartása, különösen az alábbi területeken (SZEP): fürdetés, toalett használata, étkezés, orvosi vizsgálatok és konzultációk, a hozzátartozókkal való kapcsolattartás, az intézmény dolgozóival és az intézményben élőkkel való kapcsolat, pénzügyek kezelése.
 - Biztonság – megfelelő életminőség
Az idősök otthonában különös jelentőséggel bír a biztonság alapfeltétele: a jövedelembiztonság és az életminőség javítására való törekvés. Az egészséges életmód kialakítása nem a harmadik életszakaszban kezdődik, de folyamatosan törekszünk az egészséges évek számának növelésére, a megfelelő életminőség biztosítására. Az életminőség dimenziói között foglalkozunk a szükséges jóléttel (well-being), amelyhez hozzátartoznak az anyagi jólét mellett az életminőségi elemek, pl.: az idősök tudásának elismerése, hasznosítása, emberi kapcsolatok, belső és külső békesség, életcélok megtalálása.
 - Tisztelet
Az idősök körében nagy jelentőséggel bír a tisztelet, mint érték követése. Hozzátartozik a mindennapokhoz, a mindennapi tevékenységekhez az idős emberek tisztelettel való, kívánságának megfelelő név szerinti megszólítása, a tisztelet folyamatos kifejezése verbális és nonverbális eszközökkel. Lényeges, hogy különleges helyzetekben is úgy tudjunk közbelépni, hogy megakadályozzuk az idős ember méltatlan helyzetbe kerülését.

- Elfogadás, érzelmi szükségletek – szeretet
Az időskor egyik jellemzője, hogy változnak az érzelmi szükségletek és reakciók. Az emberek – főleg az idős emberek, akik az életszakasz harmadik részében az idősek otthonát választották lakóhelyül – jobban igénylik a szeretetet. A szeretet olyan emberi érzelmet kifejező állapot, melyben mindaz, aki nyújtja, és az is, aki kapja a szeretetet, jól érzi magát. A szeretettel körülvett idős ember jól érzi magát, biztonságban van, könnyebben elviseli az életkorral járó nehézségeket, az egészségi állapot változásait és a kríziseket. Fontos éreztetni a lakókkal, hogy elfogadják őket, és minden helyzetben tisztelettel viseltetnek irántuk.
- Hasznosságérzet
A küzdeni akaráshoz, az egyes tevékenységekhez elengedhetetlen motiváció kialakításához, fenntartásához alapfeltétel, hogy az idős ember érezze, fontos társai, hozzátartozói, ismerősei számára – hasznos tagja a közösségnek, amelyben él. Tapasztalatai, tudása átadható mások számára, értéként közvetíthető. Éppen ezért fontos a testi és lelki egészséget szolgáló közösségi tevékenységeknél a bevonódás elősegítése a szükségletfelméréstől kezdve a megvalósításig és az értékelésig.

Problémamegoldás, kríziskezelés, konfliktuskezelés

- Az interperszonális problémák kezelése: a segítségnyújtás, a kríziskezelés, a konfliktusok kezelése, a mediáció során preventív és remediációs stratégiákat a mentálhigiénés munkatárs(ak) egyként alkalmaz(zák) a rendezett helyzet, az egyensúlyi állapot elérése érdekében.

A tartós bentlakásos intézményekben élő idősek életében számos esetben van szükség arra, hogy egy-egy kialakult probléma kapcsán támogató segítséget kapjanak. A kialakult konfliktusok kezelése éppoly fontos, mint az azok megelőzésére elindított tevékenységek sora. Amennyiben az idősek krízishelyzetet élnek meg – személy- és/vagy tárgyvesztéssel kapcsolatban, egészségügyi probléma kialakulása miatt, betegség megjelenése miatt, illetve egyéni konfliktus esetén – a segítő szakember a szociális munka eszközével és módszerével valósítja meg az egyéni esetkezelést vagy csoportos terápiát. A kezeletlenül maradt problémák, krízishelyzetek mélyülnek, izolációhoz, súlyos esetekben pszichiátriai megbetegedésekhez vezethetnek. Az időskori depresszió a tartós bentlakásos intézményekben sem idegen jelenség, mely további betegségek, inaktivitás forrása. Fontos, hogy a szakemberek már a kezdeti jelek észlelésekor beavatkozzanak, vagy megfelelő szakemberhez irányítsák a lakót.

Mentálhigiénés tevékenység az élet végén

- A haldokló gondozása során az emberi méltóság megőrzése, a fájdalom enyhítése és a támogató jelenlét a gondozás legfontosabb elvei.

Az élet befejező szakaszában találkozunk a **haldokló** ember végigkísérésével, az élet méltósággal történő befejezésével. A tevékenység szintén team-munkát igényel, hiszen nemcsak az ápoló, hanem a lelkész, az orvos, a pszichológus, a mentálhigiénikus, és a család is részt vesz a kíséretben, az elmúláshoz vezető út megtételénél.

A hospice szellemisége kíséri az elmenő idős embert, akinek mindent, amire igénye van, biztosítani kell „utolsó kívánság” gyanánt.

Ugyanakkor az életben lévő idős lakótársakra is fokozott figyelmet szentelnek, hogy támogassák őket a gyász feldolgozásában. A gyázmunka a méltóság teli búcsúval veszi kezdetét, majd az emlékezéssel folytatódik. Fontos, hogy csökkentsék az intézményen belüli patológiás gyászfolyamatok kialakulásának esélyét, és teret adjanak a gyászról, a halálról és az elhunyt lakóról való beszélgetéseknek is. Hangsúlyozandó a meghallgatási képesség fontossága, amely az életút végén, a visszatekintés esetében rendkívül fontos emberi tulajdonság, ezért szükséges a hospice jellegű szolgáltatások bevezetése.

Érdekképviselő

- Az intézmény biztosítja a lakók érdekeinek érvényesítéséhez és képviseléséhez szükséges különböző fórumok működésének lehetőségét. Erről és a lakókat megillető jogokról kielégítő módon kapnak az igénybevevők tájékoztatást.
- A **panaszkezelés** módja egyaránt ismert a lakó és a szakdolgozó számára, annak eljárásrendje egyszerű és világos. A panaszokat azonnal és hatásosan vizsgálják ki.

A panaszkezelési eljárásrend tartalmazza a panaszkezelés szintjeit, szakaszait, folyamatát és időkereteit, valamint azt, hogy a panaszok kezelésére milyen határidővel szükséges visszajelzést adni. Lényeges, hogy a szóbeli panaszokról is készítsenek feljegyzéseket és intézkedési terveket. A panaszokat évente egyszer elemezzék ki, hogy beazonosítsák a figyelmeztető jelzéseket, melyek útmutatót adhatnak a jövő tervezéséhez és a hibák elkerüléséhez.

- A **hozzátartozókkal végzett munka** beletartozik az intézményben megvalósított mentálhigiénés tevékenységekbe.

A lakók testi és lelki egyensúlyának megőrzéséhez közvetve igen erőteljesen hozzájárul a hozzátartozóval fenntartott kapcsolat és a hozzátartozó elégedettsége. Ezért rendelkezik az intézmény a hozzátartozók tájékoztatásának rendjével, és rendszeresen tájékoztatja őket az otthon eseményeiről, bentlakó hozzátartozójuk állapotáról és a vele kapcsolatos eseményekről. Ezek a találkozások adnak támpontot a szakembernek arról, hogy a hozzátartozónak mennyire sikerült feldolgoznia, elfogadnia az intézménybe való beköltözést. Lényeges, hogy még a helyzetek elmérgesedése és a súlyos, nem mindig indokolt elégedetlenségek kialakulása előtt, szakszerűen foglalkozzanak velük.

Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források

Kritérium	Indikátor	Forrás
A lakók hozzájutnak a szükségleteiknek legmegfelelőbb szolgáltatásokhoz, elégedettek a kapott ellátással.		Elégedettségi vizsgálatok, interjúk Szükségletfelmérések
Problémahelyzetek esetén hatékony segítséget kapnak a szakemberektől.		Jegyzőkönyvek Intézkedési tervek Elégedettségi vizsgálatok, interjúk
A szolgáltatások az ellátást igénybevevő szükségleteire reagálnak.		Elégedettségi vizsgálatok, interjúk
Az intézményben élők körében jó hangulat, kellemes légkör uralkodik.		Elégedettségi vizsgálatok, interjúk Megfigyelés (non verbális jelek stb.)
A felhasználó tisztában van azzal, hogy – az intézmény és közte létrejött egyéni megállapodás alapján – az intézmény lakójaként milyen jellegű és minőségű szolgáltatások illetik meg a közölt térítési díjfizetés ellenében, illetve milyen szolgáltatásokat vehet igénybe külön térítési díj megfizetése mellett.		Nyilatkozatok Interjúk Megfelelő tájékoztatás szóban és írásban (pl. faliújság)
A lakó biztonságban érzi magát (effektív biztonság, testi épséget biztosító biztonság, anyagi biztonság).		Interjú Tárgyi eszközök megléte (nővérhívó) Megállapodás (térítési díjért nyújtott szolgáltatások köre)
A lakó úgy érzi, hogy minden körülmények között tisztelettel bánnak vele, magánéletét és személyes igényeit tiszteletben tartják; továbbá tudomása van arról, hogy a vele kapcsolatos személyes		Interjú Mégfogalmazott igények figyelembevételének vizsgálata Verbális kommunikáció Adatvédelem

információkat megfelelő módon, bizalmasan kezeli az intézmény.		
A lakó úgy érzi, hogy az egyéni gondozási tervet az ő személyes érdekében, egészségi állapotának, egyéni szükségleteinek és igényeinek megfelelően, az ő aktív közreműködésével és beleegyezésével készítették el.		Egyéni gondozási terv Interjúk Tájékoztatás fontossága
A lakók az igényeiknek megfelelően tartják fenn kapcsolataikat családjukkal, rokonaikkal, barátaikkal, valamint az intézményi, a települési és a tágabb lakókörnyezet közösségeivel.		Interjúk Házirend
A lakó úgy érzi, az intézmény segíti önállósága és függetlensége fenntartásában, és hogy fontosnak tartják és figyelembe veszik döntési kompetenciáit és véleményét.		Interjúk Szakmai dokumentáció
A lakó úgy érzi, hogy emberi, állampolgári, ellátotti és speciális ellátotti jogait az intézmény tiszteletben tartja és védi.		Interjú Szakmai dokumentáció
A lakó és hozzátartozói (természetes támogatói, gondnoka) tisztában vannak a panasztétel módjával, folyamatával, és bizonyosak abban, hogy panaszaikat meghallgatják, azokat komolyan veszik és orvosolják.		Interjú (lakó és hozzátartozó) Panaszkezelés eljárásrendje, dokumentálása Szakmai dokumentáció Intézkedési terv, visszacsatolás a lakó, hozzátartozó, törvényes képviselő felé

A lakóval haldoklása időszakában és halála esetén tisztelettel és különös odafigyeléssel viseltetnek az intézmény dolgozói, valamint hasonló odafigyeléssel és együttérzéssel bánnak a hozzátartozókkal.		Szakmai dokumentáció
--	--	----------------------

Demenciában szenvedő idösek személyközpontú ellátása

A demenciában szenvedő idösek intézményi ellátásának professzionális elméleti és gyakorlati megközelítése az értékeken alapuló személyközpontú gondoskodás, vagyis olyan pozitív szemléletű szolgáltatási filozófia, amelynek fókuszában a demenciában szenvedő idös ember áll.

A demenciában szenvedők gondozásának szemléleti alapelve, hogy az ellátott nem tárgy, hanem **személy**, akinek vannak érzései és különleges értékei: egyszeri és megismételhetetlen, mint minden ember.

Így a munkatársak felkészítésének központi eleme annak megtanítása, hogy a gondozottban felfedezzék az embert, akiben ott él a múltja, a családja, a foglalkozása, akinek vannak hobbijai és vágyai, és vannak jó vagy rossz napjai. A demencia ellátás, amely a betegségekre fókuszál, és nem figyel magára az emberre, a beteget könnyen passzív tárgynak tarthatja. A Legjobb Barát Modell ezzel szemben a személyre figyel, nem azt mondja a betegre, hogy demens, hanem azt, hogy „ő Kati néni, aki demenciában szenved”.

A személyközpontú demensellátás célja az, hogy az ellátottak számára a „well-being” a lehetőségek szerint biztosított legyen.

A „well-being”, a jó közérzet, a jóllét fogalma szubjektivitása miatt nehezen határozható meg. Nem attól valósul meg az ellátottak jólléte, hogy adottak a személyi és tárgyi feltételeket, hanem akkor, ha az ellátottak jól érzik magukat. Tehát szükséges a személyi és tárgyi feltételek biztosítása, de ez nem elégséges feltétele a személyközpontú demensellátás megvalósításának. További kritériumok lehetnek a demenseknek tudatosan kialakított fizikai környezet, a strukturált napirend, a rendszeres foglalkoztatás keretében személyre szabott elfoglaltságok, a munkatársak képzése, továbbképzése, szupervíziós háttér biztosítása, azaz tudatos stábfejlesztés.

A fenti kritériumok teljesülése a demensellátás feltételei, nem pedig mutatói az ellátás céljának vagy kimenetének. A demensellátás kimenetének indikátora az ellátottak elégedettsége.

Mivel a demenciában szenvedő ellátottak nem tudják elégedettségüket direkt módon, szavakkal, kérdőívek kitöltésével kifejezni, a Bradforði egyetemen

kifejlesztett módszer, a DCM (Dementia Care Mapping) eszközt kínálhat a szakmai munka minőségének monitorozására.

Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források

Kritérium	Indikátor	Forrás
<p>Az intézményi küldetést a szakmai program megfogalmazza, ez elérhető valamennyi érintett számára</p> <p>A demenciában szenvedők gondozásának személyközpontú megközelítése megjelenik a szakmai programban.</p> <p>A személyközpontú szemléletet magáévá tette az intézményi stáb, és a gondozottak hozzátartozói, valamint maguk a gondozottak is ismerik.</p>	<p>A megfelelő dokumentumok létezése, tartalmi megfelelése és megtekinthetősége. Az érintettek megfelelő tájékozottsága (interjú támpontok: stábtagek, hozzátartozó, gondozott)</p>	
<p>A humánerőforrás-gazdálkodás jellemzője a tudatos stábépítés, valamint a stabilitás és elköteleződés erősítése.</p> <p>Támogató hátterek</p>	<p>Világos, konzekvens megerősítési-jutalmazási gyakorlat</p> <p>Intézményi vezetés elérhető a stáb számára</p> <p>Rendszeres munkamegbeszélések mérik fel a terhelődést és stressztényezőket</p> <p>A team szupervíziós támogatása rendszeres</p> <p>Interjúk a vezetőkkel és stábtagekkel.</p>	
<p>A gondozóstáb tagjai megfelelő szakmai képzettséggel rendelkeznek, illetve biztosított a képzési lehetőségük.</p> <p>Az intézmény rendelkezik képzési-továbbképzési ütemtervvel</p>	<p>Esetmegbeszélések, belső továbbképzések, tapasztalatcseréken való részvétel biztosítása</p> <p>Rendszeres esetmegbeszélő ülések megléte</p> <p>Dokumentáció megtörténik, melyet hozzáférhetővé</p>	

	tesznek	
Kialakított a belső minőségbiztosítási rendszer, van kijelölt minőségbiztosítási koordinátor és egy ellátásminőséget értékelő csoport, amelyben biztosított a stáb, a hozzátartozók és a gondozottak képviselője.	A csoport félévente értékeli az intézményt, intézkedési tervet készít, és mindezt dokumentálásra kerül	
<p>A gondozás személyközpontú, egyénre szabott.</p> <p>Az előgondozás és bekerülés során személyes kapcsolat alakul ki az intézményi stáb és a hozzátartozók, illetve gondozott között.</p> <p>Az előgondozást kompetens, kvalifikált szakember végzi.</p> <p>A gondozott belső forrásainak, erejének, illetve vulnerabilitásának differenciált felmérésén alapuló gondozási terv készül, továbbá az élettörténeti elemek, személyiségtényezők, valamint az életviteli stílus, egyéni érdeklődés figyelembevételével individualizált készségmegőrző, készségfejlesztő program.</p> <p>A gondozás mindennapi gyakorlatában az intézményi stábnak figyelembe kell vennie a gondozott egyéni érdeklődési területeit, hobbját, illetve azt, hogy milyen foglalkozások, programok kötik el a figyelmét, és mi jellemzi egyéni ízlését.</p> <p>Személyi gondozók rendszere</p>	<p>Részletes, nem sematikus az egyéni gondozási terv és a gondozási dokumentáció Élettörténeti támpontok összefoglalása is szerepel a gondozott dokumentációjában, ezen támpontokat figyelembe veszik a mindennapi gondozás során</p> <p>A gondozó stáb (személyi gondozó) ismeri a gondozottak élettörténetét</p> <p>Hozzáférhető az előgondozási dokumentáció és a hozzátartozótól kapott élettörténeti támpontok összefoglalója</p> <p>A gondozási terv egészét félévenként tételesen felülvizsgálják és megteszik a szükséges korrekciókat</p> <p>Előgondozási, gondozási dokumentáció</p> <p>Interjú a stábtaggal és a hozzátartozókkal</p>	

Intézményi team kidolgozza és értékeli a gondozási tervet		
<p>A gondozott személyi tulajdona:</p> <p>A demenciában szenvedő számára fontos kapaszkodót jelent a múltjából származó, megszokott tárgyak jelenléte és a körülötte lévő tárgyak állandósága. Az intézménynek törekednie kell arra, hogy a lehetőségek szerint minél több személyes tárgy vehesse körül a gondozottat, pl. családi fényképek, emléktárgyak, egy-egy régi bútordarab (karosszék stb.). Lehetőleg az őt körülvevő tárgyak és saját holmija se legyen uniformizált</p>	A gondozott személyes lakóterének megtekintése	
<p>A gondozott aktivitása, foglalkozásokon való részvétele módszeresen felépített, széles kínálatú. Biztosítottak a programok anyagi forrásai, feltételei.</p>	<p>Egyéni foglalkozási-fejlesztési tervek megléte, időtáblája, programdokumentáció</p> <p>A megvalósítás éves intézményi értékelése</p>	
<p>A stáb kommunikációs kultúrája és partnerségi viszonya megfelelő, odaforduló figyelem és kapcsolati kölcsönösség jellemzi.</p> <p>A stáb empatikusan törekszik arra, hogy megértsék a gondozott helyzetét, érzéseit, figyelembe vegyék vágyait, törekvéseit, és a gondozási döntéshelyzetekben mérlegeljék a gondozott</p>	<p>A nehéz döntési és kockázati helyzetek bevitele esetmegbeszélő csoportba, szupervízióba.</p> <p>A gondozói tevékenység kísérő elemzése a stábbal, team ülések, esetmegbeszélők tapasztalatának feldolgozása, továbbá annak dokumentációja, stábtaggal való interjúk</p>	

szempontjait		
<p>A gondozás légköre pozitív, a gondozói attitűd elfogadó.</p> <p>A demenciában szenvedők a kognitív romláshoz képest érzelmi síkon jobban képesek rezonálni, és érzelmi-indulati állapotuk érzékenyen követi a környezeti hatásokat. A személyközpontú gondozás fontos kiinduló pontja a rogersi értelemben vett feltétel nélküli elfogadás.</p> <p>A gondozottat felnőttként kezelik (respektus), segítik abban, hogy autonómiáját, méltóságát a tágabb intézményi környezetben is fenntarthassa</p> <p>A lehető legnagyobb mértékben erősítik a gondozott autonómiáját és ösztönzik önálló erőfeszítéseit</p> <p>(empowerment, vagyis „képesse tevé”).</p> <p>A meglévő és a még mobilizálható önellátási képességeket feltérképezik, és az önellátást facilitálják a lehetséges keretek között.</p>	<p>Fenntartásának fontos eszköze a team szupervízió biztosítása</p> <p>Interjú a gondozottakkal, hozzátartozókkal, stábbal.</p> <p>Gondozási helyzetek megfigyelése, elemzése</p> <p>A stáb a gondozottat felnőttként kezelve megfelelő megszólítást alkalmaz</p> <p>Készségfelmérés eredményeinek figyelembevétele, gondozási terv, a gondozott aktivitásának megfigyelése</p> <p>A közösségi programok áttekintése, intézményi dokumentáció, rendezvénynapló, fényképek, videó-, DVD-felvételek.</p> <p>Interjú gondozottakkal, hozzátartozókkal, a programok partnereivel</p>	

<p>Ösztönzik a közösségi részvétel változatos közösségi programokkal a gondozottak bevonásával. Az intézmény és a külvilág kapcsolatát programok behozatalával erősítik, továbbá a helyi intézményekkel, szervezetekkel való kapcsolattartással, a gondozottak állapotától függően intézményközi helyekre való kimozdulással /bolt, piac, presszó, művelődési központ egyes programjai, séta a parkban, állatkertben stb./.</p> <p>A „nyitott otthon” koncepciójának érvényesítése, partneri viszony a helyi szolgáltatókkal.</p> <p>Van kapcsolat partnerintézményekkel, egyházi és civil szervezetekkel.</p> <p>Önkénteseket foglalkoztatnak és a hozzátartozókat is bevonják.</p> <p>Megfelelően kezelik a „problémás viselkedést”: törekednek a mögöttes tényezők megértésére, feltárására és megfelelő gondozási stratégiák kialakítására.</p> <p>A pszichiátriai konzultáció szempontjait és a korlátozó intézkedés szabályait a stáb megismerte.</p>	<p>Gondozási esetsmegbeszélő a „problémás” esetek feldolgozására. Szupervíziós háttér biztosítása</p> <p>A zavaró viselkedés dokumentációja, gondozási terv, esetsmegbeszélő csoport összefoglalója.</p> <p>A stáb módszertani továbbképzése</p>	
---	--	--

Mérlegelik a pszichofarmakonok és/vagy korlátozó intézkedések alkalmazásának elkerülhetőségét.		
A szociális környezet megfelelő, a gondozottak és hozzátartozóik aktív résztvevők az intézményi élet alakításában, ahol a „nyitott otthon” működési elveit alkalmazzák. A hozzátartozókkal való kapcsolattartás rendszeres, tájékoztatásuk folyamatos, biztosított a bevonásuk az intézményi fejlesztések, programok kialakításának előkészítésébe és a döntési folyamatokba. Ellátottjogi képviselő jelenléte	Házirend Érdekképviselési dokumentáció, ülések jegyzőkönyvei rendkívüli eljárási protokollok kidolgozása	
Érvényesülnek az orvosi-egészségügyi ellátás specifikumai, pszichiáter és pszichológus is elérhető a team számára. A stáb felismeri a pszichátriai konzultáció szempontjait, szükségességét.	Szakember rendelkezésre áll Rendszeres szakmai továbbképzések, esetmegbeszélések	
Megfelelő szemlélet és attitűd van jelen, érvényesül a „nemcsak az a fontos, mit teszel, hanem az is, hogy jelen vagy” jelmondata. A gondozók ismerik a gondozottak életútját és jó tulajdonságait, valamint élnek a non-verbális kommunikáció eszközeivel. Túlgondozás helyett	A Legjobb Barát modell – ld. melléklet Az ellátottak közérzete jó Minden munkatárs számára ismert az ellátott életútja A hozzátartozók és az ellátottak elégedettek a szolgáltatás minőségével	

<p>türelemmel való odafordulás a jellemző.</p> <p>A team tagjai érzik, hogy mindnyájuknak fontos szerepe van.</p>		
<p>A szolgáltatási környezet minősége megfelelő, vagyis pozitív és biztonságos:</p> <p>Jól használható, átlátható funkcionális terek vannak, a lehető legnagyobb szabadságot biztosító mozgásterekkel</p> <p>Segítő jeleket alkalmaznak az eligazodáshoz. A látást megfelelő világítással segítik.</p> <p>A demens embereknél a háttérzaj agitáltságot, nyugtalanságot vált ki, ezért tudatosan törekszenek ennek elkerülésére.</p> <p>A jó illat kellemes érzést és emlékeket támaszt a demens gondozottban.</p> <p>Biztonságos sétakert, télikert kialakítása.</p> <p>A stáb támasznyújtó jelenlétével csökkenti a bezártság érzését.</p>	<p>Tárgyi, személyi feltételek biztosítása</p> <p>A stáb és a hozzátartozók tapasztalatainak felhasználása, külső látogatók észrevételei</p> <p>Dementia Care Mapping (ld. melléklet) a demenciában szenvedő személy szemszögéből méri a demencia ellátás minőségét. Alapja annak megfigyelése, hogy a demenciában szenvedők hogyan töltik az idejüket, és a szolgálatban lévő munkatársak hogyan segítik őket ld. melléklet</p>	

III. Minőségi szolgáltatáshoz való jog: minőségi humánerőforrás

4. sztenderd: Kompetens munkatársak

Az idős bentlakásos intézményben szakmai munkát végzők – szociális gondozók, ápolók, szociális munkások, mentálhigiénészek, foglalkoztatás-szervezők, gyógytornászok stb. – megszerzett szaktudásukat, a tudásszintek szerinti ismereteiket folyamatosan frissítik, törekszenek új módszerek elsajátítására, valamint szakmai személyiségük karbantartására, fejlesztésére és védelmére.

Kritériumok

- Az intézmény munkatársai feladataikhoz adekvát képesítéssel rendelkeznek.
A szociálismunkás-, a szociálisasszisztens és a szociálisgondozó-képzés hangsúlyos eleme az elméleti – tudományos – ismeretek gyakorlatban történő alkalmazása, az elmélet és a gyakorlat integrálása.

Az oktatás, a felsőoktatás szemléletbeli változásai között elsődleges szerepet játszik a kompetencia alapú fejlesztés, a képzés átalakítása. A szociálismunkás-képzés területén is előtérbe kerül a kompetencia fejlesztése.

Egyre nagyobb teret nyer már hazánkban is a PBL (PAT) módszer, azaz „a probléma alapú oktatás, amely edukációs módszer és edukációs stratégia. A hatékony tanuláshoz a hallgató oldaláról alapvetően három összetevője van:

- a tanuló magával hozott alaptudása, illetve készségei,
- a megértési folyamat sikeressége,
- a személyes részvétel foka, minősége”.(3)

Kolb (1984) tanulásmélete szerint a gyakorlati tapasztalaton alapuló tanulás közvetlenül kapcsolódik a konkrét célokhoz és szükségletekhez, a tanulót erősen motiválja a vágy, hogy a problémát megértse és megoldja. A kölcsönös tanulási folyamat aktív és egyben passzív, konkrét és egyben absztrakt is, hiszen „az elmélet szerint a tanulás egy ciklikusan ismétlődő körfolyamat, melyben jól elkülöníthető egymástól a tapasztalatszerzés, a megfigyelés, a gondolkodás és az alkalmazás”.

A szociális tevékenységet végzők eszköztára az ismereteken túl a készségek, képességek körében, valamint a személyiségében rejlik. Külföldi tapasztalatok alapján elmondható, hogy a szakmai támogató rendszer kifejlesztéséhez, a szakmai tájékozottság eléréséhez szükséges a szakirodalmakhoz való hozzáférés biztosítása, a szakkönyvtárak folyamatos fejlesztése. A szakmai munka eredményeinek javításához szükség van a bevált módszerek megismertetésére különböző tapasztalatcserékkel és módszertani útmutatókkal. A szakmai továbbfejlődést segítheti a technikai lehetőségek kihasználása, a videótárakhoz való hozzáférés biztosítása és az IT adta további lehetőségek igénybevétele.

Képzés és továbbképzés

- Az intézmény dolgozói támogatást kapnak szakértelmük folyamatos továbbfejlesztéséhez.
- Az intézmény vezetője felméri és elemzi a felmerülő szolgáltatási szükségleteket, a rendelkezésre álló személyzet szakértelmének sajátosságait, a munkatársak karrier-aspirációit, a továbbképzési lehetőségeket, és mindezek alapján továbbképzési tervet készít.

A Szociális Munkások Nemzetközi Szövetsége és a Szociális Munkást Képző Iskolák Nemzetközi Egyesülete 2004. októberében, Adelaide-ben megtartott közös világkonferenciáján fogadták el a Global Standards for Social Work Education and Training-et. „A Global Standardnek nincs normatív funkciója, elsősorban fejlesztési elvárásokat és kritériumokat foglalnak magukban.”(9) A hazai szociális munka (BA) alapszak létesítésekor már figyelembe vették a dokumentumot, mely kilenc alapelvet fektet le:

1. az iskola alapvető célja vagy küldetése;
2. programok célkitűzései és a kimenetek;
3. a képzőprogramok tananyaga, beleértve a terepgyakorlatokat;
4. maga a tanterv;
5. szakembergárda;
6. szociális munkás diákok;
7. szerkezet, adminisztráció, irányítás és erőforrások;
8. kulturális sokszínűség;
9. a szociális munka etikája és értékei.

Az egységesen megfogalmazott elvek ellenére a szociális munka országonként különböző módon működik. A globális kritériumok kidolgozásakor törekedtek arra, hogy azok szakmaspecifikusak, ugyanakkor széleskörűek legyenek, hogy ezáltal bármely térségben alkalmazhatók legyenek. A dokumentum teret ad a helyi szintű interpretációra és alkalmazásra.

Képzés

A Bologna-rendszer kialakításával egy könnyen elérhető és összehasonlítható képzési rendszer kialakítását tervezték. Az egymásra épülő képzési szakaszon alapuló rendszerekben az első az alapképzés, mely a munkaerőpiacon történő elhelyezkedéshez nyújt szakképzettséget, és megteremti a feltételét a második ciklusba történő belépésnek. Cél volt az egységes kreditátviteli rendszer megteremtése is.

Nemes Judit az Iskolaszövetség által 2005-ben szervezett konferencián a szociális képzés átalakításának aktuális kérdései között a szakmai sztenderdek szükségessége mellett a munkaköri képesítési előírások körét is érintette. Az aktuális kérdések között szerepelt, hogy „milyen képzések képezzenek a szakmára?” illetve, hogy „az alakuló képzési struktúra illeszkedik-e a szakma

szakképzési elvárásaihoz? Kitért a készségek és jártasságok, illetve az elmélet és gyakorlat viszonyára a különböző képzési ciklusokban.

Az Iskolaszövetség 2009. december 7-i, a szociális szakképzés ügyében megfogalmazott állásfoglalása felhívja a figyelmet a középfokú szociális szakképzettség megszerzésének várható nehézségeire, melyek a TISZK-ek esetleges átgondolatlan fejlesztésének lesznek következményei. A levélben kitérnek arra, hogy a jó regionális leosztásban működő iskolarendszerű szociális képzések az NSZFI szakmai fejlesztésének forrásai. A munkaerő többlépcsős képzésének az összekapcsolását is ezekben az iskolákban látják. Az OKJ-s 5.5. szintű szakképzéseinek tartalmi kidolgozására és a képzés lefolytatására is csak ezek az iskolák képesek.

A jövő képzési struktúrájának alakításában jelentős szerepe lesz a szakmai megrendelésnek. Az idősek bentlakásos ellátása tekintetében az eddig hangsúlyosan szociális gondozói tevékenység mellé fel kell, hogy kerüljön az ápolási tevékenység, valamint a speciális ellátási szükségleteket kielégítő gerontológia gondozó. A várható gondozási, ápolási igények meghatározhatják a középfokú képzés és a szakképzés irányát, módosíthatják a tudástartalmakat.

A képzéshez történő kapcsolódási pont a különböző szintű szociális képzésekben résztvevő tanulók/hallgatók gyakorlati képzése a terepintézményekben. A bentlakásos intézmények szakemberei, tereptanárai a képzőintézménnyel kialakított kapcsolatrendszeren keresztül képesek formálni a szakmai képzések irányát.

Továbbképzés

A szociális szakmai továbbképzéseken való részvétel, a szakmai fejlődés, elengedhetetlen a hatékony és hatásos, minőségi szociális szolgáltatások biztosításához. A folyamatosan változó emberi szükségletek, a fejlődő technikai háttér új technikák, módszerek elsajátítását igényli.

A továbbképzések jelenlegi rendszere alapján, a kötelező továbbképzési rendszerrel és a meghatározott képzési formákkal elmondhatjuk, hogy az érintett szakembercsoportok számára igen széles a kínálati paletta.

Az aktuális – akkreditált – továbbképzési programokat áttekintve nagy területi egyenlőtlenségek mutatkoznak. Budapest meghatározó szerepe e területen is látványos. A képzések összetétele is változatos. Jelentős az egészségügyi témájú képzések száma. Az önismereti, kommunikációs, kiegészítő megelőző stb. tréningek szintén nagy számban megtalálhatók az akkreditált, pontot adó képzések sorában.

Az időseket ellátó bentlakásos intézményekben dolgozók számára szervezett továbbképzések körét meghatározzák mindazok a speciális módszerek, amelyek kidolgozása a jelenlegi szabályozási folyamatban történik, így annak ismeretében érdemes a továbbképzések rendszerét továbbgondolni.

A munkatársak védelme (jogi, kockázatkezelés)

- Az intézmény munkatársai számára rendelkezésre állnak a jogvédelem és - érvényesítés eszközei és fórumai.
- A működtető szabályzatában – Szervezeti és Működési Szabályzat – rögzített módon és formában tájékoztatja a dolgozót a munkakörrel összefüggő jogvédelemmel, valamint a munkavállaló jogsérelme esetén érvényesíthető jogorvoslattal kapcsolatban.

A bentlakásos idősellátó intézményekben olyan egységes szemléletmód kialakítása a cél, amelyben a szakmai közösség által elfogadott elvek és az azonos gyakorlatok megteremtik a lehetőségét a dolgozói/munkatársi jogvédelemnek.

A dolgozói/munkatársi jogok számtalan jogszabályban megtalálhatók. A szociális szakemberek jogai a Szociális Munka Etikai Kódexében is fellelhetők.

A dolgozói/munkatársi jogok védelme komplex fogalom. Magában foglalja a juttatások és elvárások rendszerét, a munka szakszerűségét, ugyanakkor a dolgozók fizikai és lelki egészségvédelmét is szolgálja.

A munkáltató minden dolgozó számára biztosítja a feladatait, kompetenciáját, felelősségi körét meghatározó munkaköri leírást, amelyben rögzítésre kerül:

- a munkahely,
- a kinevező,
- a munkáltatói jogokat gyakorló személye,
- a munkakör,
- a besorolás,
- a képzettség,
- az alá-fölérendeltségi viszonyok,
- a helyettesítés rendje,
- a munkaterület,
- a munkaidő/munkaidőkeret,
- etikai és egyéb normák.

A dokumentumban a munkakör célja mellett rögzíteni kell:

- a részletes szakmai feladatokat,
- a jogköröket,
- a felelősségeket,
- az együttműködések,
- a belső szakmai kommunikációs rendszerek formáit, idejét,
- a kártérítési felelősséget.

A munkaköri feladatok megismerését és a munkaköri leírás átvételét a dolgozó aláírásával igazolja.

A jogvédelem egyik hangsúlyos eleme a dolgozók/munkatársak érdekeit érvényesítő szervezetek létrejötte, működése. A munkáltató feladata az

érdekvédelmi szervezetek tevékenységének támogatása és a szervezet képviselőivel való együttműködés.

Kockázatkezelés

- A munkáltató munkavédelmi tevékenysége biztosítja a dolgozók biztonságát, egészségvédelmét.

A dolgozói jog legfontosabb elemei a kockázatkezelés és az egészségvédelem.

Törvényi szabályozás alapján: „A munkáltató köteles minőségileg, illetve szükség esetén mennyiségileg értékelni a munkavállalók egészségét és biztonságát veszélyeztető kockázatokat, különös tekintettel az alkalmazott munkaeszközökre, veszélyes anyagokra és készítményekre, a munkavállalókat érő terhelésekre, valamint a munkahelyek kialakítására. Az értékelés alapján olyan megelőző intézkedéseket szükséges hozni, amelyek biztosítják a munkakörülmények javulását, beépülnek a munkáltató valamennyi irányítási szintjén végzett tevékenységébe.”(6)

A kockázatkezelés általánosságban a munkavédelmi körülményekre vonatkozik, ugyanakkor ismerve a tevékenység személyiséget is igénybevevő aspektusát, a kockázatkezelésnek ki kell terjednie a lelki-testi veszélyeztető tényezőkre is.

- Az intézmény rendelkezik kockázatelemzéssel és ennek alapján kidolgozott kockázatkezelési tervvel.

A kockázatkezelési terv célja elfogadható mértékűre csökkenteni a veszélyeket. A kockázatkezelési stratégia figyelembe veszi a fizikai, biológiai, mentális tényezőket.

A munkáltató intézkedéseket fogatosít a veszélyek elkerülése érdekében.

Az intézkedések részét képezi a munkahelyi körülmények javítása, a munkavédelmi eszközök – védőruha, védőeszközök, védőoltások – biztosítása.

A veszélyeket mérsékelheti a munka-alkalmassági vizsgálat és annak időszakos megismétlése.

A kockázatkezelési stratégia kiemelten fontos eleme kell hogy legyen a dolgozók mentális egészségvédelme. A mentális egészségvédelem alapja a dolgozók szakmai felkészültsége, önismerete. A mentális védelem körébe tartozik a munkahelyi stressz csökkentése, valamint a jelentkező stresszhelyzetek, konfliktusok megoldása.

A stresszhelyzetek és a személyek, szakmai egységek közötti konfliktusok oldásának terepei az esetmegbeszélések és munkaértekezletek.

- Az intézmény munkatársai részére biztosítja a szupervízió igénybevételének lehetőségét.

A szakmai személyiség fejlesztésében a szupervízió integráns részt tölt be. Az angolszász irodalomban Patterson (1983) szerint a szupervízió addig is terápiás jellegűnek kell lenni, amíg nem terápia. Az Egyesült Államokban a

klinikai szupervízió szakmai szocializáció, a szakmai személyiség, illetve kompetenciát fejlesztő funkció. Klinikai szupervízió a szakmai felnőtté válás, vagyis a kollegiális („szakmacsaládi”) szocializáció, a stábon belüli élet és az autentikus szakmai működés fejlesztésének folyamatát jelenti. (Bernard és Goodyear 1992)

A szupervíziót biztosíthatják a szakma idősebb tagjai, akik ugyanazon szakma tagjainak nyújtanak segítséget. Az időben előrehaladó, folyamatos értékelő kapcsolat célja a fiatalabb tagok professzionális működésének elősegítése, a klienseknek nyújtott szakmai szolgáltatások minőségének felügyelete.

Szervezeti kontextusba ágyazódó, saját intézményen belüli szupervízió facilitálja a segítő kapcsolat működésének tanulását, előmozdítja a stáb fejlődését, lehetővé teszi a szakemberek betagozódását, biztosítja a kliensszolgáltatások hatékonyságát.

Más felfogás szerint a szupervízor nem lehet a szakmai hierarchia tagja, felettes munkatárs, „belső ellenőr”. Bizalomteli, személyes értékelés- és kontrollmentes, őszinte pszichológiai munka csak ilyen tiszta kapcsolati relációban képzelhető el, ahol a szupervizált a felelős saját munkájáért.

Szupervíziós háttér biztosítása

A személyes szociális szolgáltatások biztosítása során a munkavállalókat érő mentális veszélyeztető tényezők következménye a kiégés (burnout).

A kiégést eredményező helyzetek tünetei:

- pszichés tünetek:
 - ingerlékenység,
 - cinizmus,
 - emberi kapcsolatok minőségének megromlása,
 - munkahelyhez, kollégákhoz való negatív viszonyulás,
 - serkentő és nyugtató szerek fokozott használata,
 - betegállományba vonulás,
 - teljesítőképesség csökkenése,
 - elköteleződés csökkenése,
 - indokolatlan szakmai önértékelési problémák,
 - labilissá válás,
 - szorongás, depresszió, rögeszmék megjelenése,
 - elszemélytelenedés érzése,
- testi tünetek:
 - feszültség,
 - fáradtság,
 - fejfájás,
 - testsúlyváltozás,
 - alvászavarok,

- pszichoszomatikus megbetegedések (pl.: magas vérnyomás, szívpanaszok, táplálkozási zavarok, fekélybetegség).

A személyiség fokozatos igénybevétele, leterheltsége ellen számos módszer – prevenció és intervenció – kínálkozik, mind a szervezet, mind az egyén szintjén.

A szervezet/intézmény szintje:

- szervezeti kultúra alakítása, fejlesztése (megfelelő teljesítménymérés, visszajelzés, megerősítés),
- munkahely, mint támogató csoport,
- munkafeltételek javítása, túlterheltség csökkentése, krízishelyzetek csökkentése, megfelelő adminisztratív támogatás,
- szakmai fejlődés biztosítása, továbbképzésben való részvétel,
- munkahelyi team és esetmegbeszélések, kollegiális konzultációk,
- munkakör, tevékenységi kör változtatása,
- rugalmas szabadságolás,
- szupervízió.

Az egyén/dolgozó (személy) szintje:

- család, mint támogató csoport,
- szabadidő hasznos eltöltése, pihenés, aktív pihenés,
- kreatív tevékenységek,
- szabadságolás,
- szupervízió.

Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források

Kritériumok	Indikátorok	Forrás
A munkatársak részére szupervíziós lehetőség különböző formáinak (egyéni, team, csoportos) biztosítása, esetmegbeszélő csoportok működtetése.	Szupervízori szerződés Részvételi dokumentáció	
A munkatársak elégedettségének elérése.	Tárgyi feltételek megléte Folyamatok szabályozottsága	Elégedettségi kérdőív/interjú
A munkatársak motiváltak, ismerik a szervezeti célokat, azokkal azonosulnak.		Interjú/kérdőív
Az ösztönzési rendszerek kidolgozottak és alkalmazásuk elősegíti az intézmény céljainak elérését, hozzájárul a megfelelő szakmai tudással bíró, munkáját elhivatottsággal és szakmaisággal végző munkatársak alkalmazásához, megtartásához.		Dokumentáció
Az intézményben meghatározott rendszerességgel elégedettségvizsgálatot végeznek a dolgozók körében.		Az elvégzett vizsgálatok dokumentációja
Az intézmény lehetőséget teremt a dolgozóinak rekreációs tevékenységekben való részvételre.		Dokumentáció
A dolgozók lehetőséget		Dokumentáció

kapnak, a szakterületüknek és igényeiknek megfelelő képzéseken, továbbképzéseken való folyamatos részvételre.		Képzési nyilvántartás Igényfelmérés
A dolgozók képzése, továbbképzése tervezett, ütemezett módon történik.		Képzési terv
Az intézmény rendszeresen megvizsgálja, hogy az adott munkakörben dolgozók a szakképesítésüknek megfelelő kompetenciájú feladatokat végzik el, szükség esetén intézkedik a munkakör módosításáról.		Munkaköri leírás Dokumentáció

5. Sztenderd: Rendszerszintű együttműködés

A sztenderd meghatározásának szükségességét az indokolja, hogy a hatékony és minőségi szolgáltatás biztosításának alapvető feltétele a különböző szolgáltatási formák egymásra épülése, egymás kompetenciahatárainak ismerete és tiszteletben tartása, illetve a kapcsolódási pontok kialakítása annak érdekében, hogy a szükségletekre leginkább megfelelő válaszok az arra legmegfelelőbb helyen és módon szülessenek meg. Fontos, hogy a szakmai tudás felhasználása ezáltal hatékony, egyben preventív hatású legyen, vagyis az ellátott ne kényszerüljön magasabb, egészségügyi szolgáltatási szintre a szakmai, szakmaközi együttműködés hiányában. Így elkerülhető a költséges és alacsony határfokú ellátások felkínálása. A sztenderd eredményeként a különböző szociális szolgáltatások közti együttműködések várhatóan szorosabbá válnak, országosan egységes szemlélet alakul ki, és a szociális ellátáshoz kapcsolódó egyéb szolgáltatások irányában is megjelenik az együttműködési igény és gyakorlat – egymás kompetenciájának és tudásának ismeretében pedig szakszerűbb szolgáltatások nyújtására kerül sor. A dolgozók leterheltsége csökken, nem kényszerülnek olyan feladatok ellátására, amelyek túlmutatnak szakmai felkészültségükön, és felesleges energiabefektetést igényelnek. Az együttműködési lehetőségek megismerésével és kihasználásával javul az igénybevevők szolgáltatásokhoz való hozzáférése.

Az intézmény vezetése az ellátórendszerben kialakított együttműködések a nyújtott szolgáltatás minőségfejlesztésének kiemelt eszközeként kezeli.

A sztenderd kifejtése a rendszerszintű együttműködést a szociális ellátórendszer egyéb szereplőire és más kapcsolódó szolgáltatásokra vonatkozóan tárgyalja. Bemutatja a kapcsolatrendszer kiépítését hatékonyan segítő technikákat, amelyek közül kiemelten kezeli a szakemberek e témakörhöz kapcsolódó képzését, tapasztalatcseréit.

Kritériumok

- Az intézmény munkatervében és éves beszámolóiban szerepel az együttműködés fejlesztésének kérdése.
- Az intézmény munkatársai lehetőséget és támogatást kapnak a konferenciákon, műhelymunkában, szakmai fórumokban való részvételhez.

Konferenciák

A konferenciákon való részvétel több szempontból is komoly jelentőséggel bír az intézményekben dolgozó szakemberek számára: egyrészt lehetőséget kínál tudásuk karbantartására, új ismeretek, információk megszerzésére, másrészt alkalmat teremt az egymással való találkozásra, a szakmai kapcsolatok építésére és ápolására.

Valamennyi intézmény számára kötelező érvényű, hogy a munkatársak a tervezés eredményeként ütemezetten részt vegyenek a konferenciákon.

A konferenciák között külön említendők az adott intézmény által a saját dolgozói kör számára szervezett tanácskozások – esetlegesen társintézmény meghívásával –, amelyeken az intézmény dolgozói számára lehetőség nyílik az elért eredményeik bemutatására. A belső előadók, saját dolgozók aktív szerepeltetése ösztönzőleg hat, a szakemberek számára történő bemutatkozás lehetőségének felkínálásával az adott szervezet egészét jobb eredmények elérése inspirálja.

Műhelymunka

A konferenciáknál tartalmasabb szakmai kapcsolatépítést és kapcsolatápolást kínál a műhelymunkában való részvétel. Szemben a konferencián való „passzív hallgató” részvétellel, a műhelymunka aktivitást kíván a résztvevőktől is. A közlések kölcsönösek: a beszélgetést vezető és a beszélgetés résztvevői közötti kommunikáció szakmai vitákat indukál, véleménycserék történnek. Ez a munkaforma valódi részvételt követel meg minden jelenlévőtől, így nő a témában való érdekelttségük is.

Egyéb programok

Egyéb programok alatt azok a szakmai összefüggések értendők, amelyek nem kifejezetten képzési célzatúak, de mindenképpen szakmai kapcsolatok kialakítását, fenntartását és mélyítését célozzák.

Ilyen programok lehetnek az ellátottak számára szervezett rendezvények, találkozók (Pl.: Ki mit tud?-ok, generációk találkozói, stb.), ahol a közös cél érdekében a szervezeti kereteken túlmutatóan szerveződött teamek dolgoznak.

Fontosak az úgynevezett „csendes napok”, amikor arra teremtünk lehetőséget, hogy a dolgozói kör visszavonulhasson kótetlen beszélgetésre, esetlegesen külső szakember bevonásával.

Szakmai és módszertani tapasztalatcserék

Tapasztalatcserék

A kapcsolatrendszeren alapuló tapasztalatcserék külön egységet képviselnek a sztenderdek között. Szervezésük lehet egyedi, de az akkreditált képzések között is szerepel tanulmányút.

A már kialakult kapcsolatok ápolása szempontjából is fontos, hiszen magában rejt az egymástól tanulás lehetőségét.

Külön kiemelendő jelentőségű a speciális ellátási szükségletekre adandó válaszok szempontjából:

- Szociális ellátás területén olyan intézményeket célszerű megkeresni, ahol tudjuk, hogy az adott ellátotti kör nagyobb számban van jelen, ezért az intézmény kiemelt feladatának tekinti ellátásuk magas színvonalú

biztosítását. Ilyen terület a demens idősök ellátása, fogyatékossgal élő, pszichiátriai, illetve szenvedélybeteg idősök ellátása. Az utóbbi esetekben nemcsak az idősellátás intézményeiből meríthetünk ötleteket, hanem a szociális ellátás adott célcsoport számára biztosított ellátásaiból is (fogyatékossgal élők, pszichiátriai betegek, szenvedélybetegek ellátása).

- Egészségügyi ellátórendszer intézményeinek látogatása – hospice ellátás, geriátriai osztály.

Külföldi tapasztalatok

Mindezek mellett a külföldi tapasztalatok sem elhanyagolhatók. Minden intézmény számára ajánlásként fogalmazható meg az ilyen jellegű tapasztalatcsere lehetőségeikhez mértén való megvalósítása.

A tapasztalatcserek során a célintézmény helye meghatározó jelentőségű. A külföldi tapasztalatcserek általában a módszertani tárház bővítésére szolgálnak, illetve annak megismerésére, hogy más országokban miként működik az idősellátás rendszere. Ebből következik az is, hogy a tapasztalatcserek alkalmai nem csupán intézménylátogatásból állnak, hanem a háttér-információk megismeréséből is (jogszabályok, szakmai szabályok, finanszírozás, működtetés stb.). Az ellátotti kör szükségleteinek megismerése is éppoly fontos célkitűzés.

A külföldi tanulmányutak alapot szolgáltathatnak egy folyamatosan fenntartható kapcsolatnak, amely során nemzetközi kitekintésünk lehet az idősellátás gyakorlatára.

Szakmai szervezetekben való részvétel

A szakmai szervezetekben való részvétel a szakmai feladatot ellátók oldaláról több síkon is szerepet játszik:

- szakmai érdekvédelem, érdekképviselés;
- szociális, egészségügyi szakmaképviselés (országos, regionális, helyi szervezetek);
- bentlakásos idősellátást biztosító intézmények szervezete.

A szervezetekben tagok lehetnek az intézmények, illetve a feladatot ellátó szakemberek önálló tagként. Az intézmények esetében éppoly fontos a szervezeti tagság, mint az egyének esetében. A közös álláspont kialakítása, a szakmai elvárás megfogalmazása így módon sokkal nagyobb súllyal történhet meg.

Más együttműködő szervezetekkel való kapcsolat

Kiemelt jelentősége van az együttműködési kör bővítésének, hiszen amennyiben az idősellátáson belül már kialakult egyfajta szakmai kapcsolatrendszer, kommunikációs háló, akkor az ellátás hatékonysága és hatásossága növelhető a kapcsolódó szervezetekkel való közös munkával és együttműködéssel. Azok a területek, amelyek a szociális ellátórendszer kompetenciájában már nem, vagy kevésbé hatékonyan láthatók el, külső közreműködők bevonásával tartalmasabbá, a szükségletekre megfelelőbb válaszokat adókká válnak.

Az együttműködés lehetséges színterei közül valamennyi intézmény számára kötelező érvényű kapcsolatrendszert fenntartani:

- A szociális ellátás egyéb szolgáltatásait (nem időskorúak bentlakásos ellátása) biztosítókkal elsődlegesen a szolgáltatások egymásra épülése érdekében. Esetenként szerepet játszik a krízishelyzet elhárításában. A

különböző ellátási csoportokra irányuló kapcsolatrendszer pedig a témaspecifikus ismereteket bővíti gyakorlati megközelítésből.

- A bentlakásos idősellátás egyik kiemelt problémája a megnövekedett gondozási szükségletek kielégítése. A jogszabályi előírásokból fakadó kötelezettség, amelynek értelmében napi 4 órát meghaladó gondozási szükséglettel rendelkező idősök ellátására van mód, egyenes következménye az a tény, hogy az otthonokban, gondozóházakban lakó idősöket multimorbiditás jellemzi, betegségeik jellemzően krónikusak és súlyosak, az esetek többségében egészségügyi szakellátást igényelnek. A szakellátáshoz való jutás biztosítása intézményi kötelezettség, amely többféle módon is megszervezhető.

Együttműködés szükséges az egészségügy területén egyéb feladatokat ellátó szakemberekkel:

- háziorvosok: receptfelírás, szükség esetén orvosi ellátás;
- szakápolói szolgálat: az idősök bentlakásos otthonaiban élők számára szakápolói szolgáltatás igénybevétele;
- rehabilitációs szakember: mozgás rehabilitációs feladatok ellátása;
- ÁNTSZ, egyéb szakhatóságok;
- gazdasági szereplők.

Forrásteremtés és hatékony felhasználás szempontjából fontos a rendszeres, konzultatív jellegű kapcsolat fenntartása:

- fenntartók, ellátási területen működő önkormányzatok;
- esélyegyenlőség, érdekképviselő szervei (ellátott jogi képviselő stb.);
- államigazgatás szereplői.

Mindenképpen ajánlatos az idősök bentlakásos ellátását biztosító intézmények kapcsolatrendszerében szerepeltetni:

- oktatási-nevelési intézmények

Az együttműködési színterek közül kiemelendő a generációk közti kapcsolatok ápolása, a társadalmi tudatformálás. Az idősök elmagányosodása általánosan jellemző társadalmi jelenség, igaz ez a bentlakásos ellátást nyújtó szolgáltatásokra is. Az idősöknek nemcsak kortársi közösségre van szüksége, hanem a különböző generációkkal való kapcsolatok fenntartására is, ami mentálisan megerősíti őket. Ennek érdekében szükséges kapcsolat kiépítése a fiatalok számára fenntartott intézményekkel az oktatás és a szociális ellátás területén egyaránt. Egymás elfogadása, megértése, a toleranciaszint emelése mindkét generáció számára kiemelt feladat.

Az oktatással való kapcsolatban fontos a szociális szakemberek képzését végző intézményekkel fenntartott szoros munkakapcsolat, amely során az intézmény megrendelőként jelenik meg a képzőnél.

- civil szervezetek

A civil szervezetek a forrásokhoz jutásban és az önkéntesek biztosításában is hasznos segítséget jelenthetnek.

- média

A nyilvánosság biztosításában van kiemelkedő szerepe, mely hozzájárul a forrásfelkutatás sikeréhez és a lakossági tájékoztatáshoz. Fontos része az intézmény menedzselésének.

- rendőrség, igazságszolgáltatás

Egy-egy konkrét esethez kapcsolódóan fordul elő a gyakorlatban.

Az együttműködés során a különböző együttműködő partnerek közötti megállapodásoknak alapot kell szolgáltatniuk a kölcsönösségen alapuló kapcsolatok kiépítésére és fenntartására.

Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források

Kritérium	Indikátor	Forrás
Az intézményvezetés elkötelezett a hatékony kapcsolatrendszer kiépítésében.		Interjú
Az intézménnyel együttműködő partnerek meghatározása megtörtént, az együttműködés módja meghatározott.	Együttműködő partnerek száma	Együttműködési megállapodás Szakmai Program
Az együttműködő partnerek tevékenysége minőségi többletet eredményez a szolgáltatásban.		Együttműködési megállapodás Interjú
Az együttműködő partnerek száma és az együttműködés módja ismert az intézmény dolgozói előtt.		Tájékoztatás írásos dokumentációja Interjú
Az együttműködési megállapodásban rögzített tevékenységek kontrolláltak.		Ellenőrzési dokumentáció
Az együttműködő partnerek közötti kommunikáció folyamatos, rendszeres az		Dokumentáció

értékelések, és ennek megfelelően sor kerül a szükséges módosításokra.		
A már hosszabb ideje működő rendszerek fenntartása esetén sor kerül időszakos kontrollra, a külső tényezők változásának nyomon követésére és a szükséges korrekciók végrehajtására.		Dokumentáció
A dolgozók felkészültek az együttműködésre, ennek érdekében képzéseken vettek részt.	Képzésen résztvevők száma, részvételi gyakoriság	Képzési terv Képzési dokumentáció Dolgozó írásos beszámolója az elvégzett továbbképzésen szerzett tapasztalatairól Dolgozó által kitöltött értékelő kérdőív
A kiépített együttműködési rendszer emeli a szolgáltatások színvonalát, hatékonyabb időfelhasználást eredményez.	Dolgozói/ellátotti elégedettség	Időfelhasználás vizsgálatának eredménye
A képzések kiválasztása tervezetten, elemző értékelést követően és a dolgozóval egyeztetve történik.		Elemző értékelés Képzési terv Értékelés – képzési terv relevanciája
A dolgozók rendelkeznek megfelelő információval a különböző szakmai szervezetek tevékenységéről, lehetőségük van a szervezetek munkájában való részvételre.		Szakmai szervezeti tagság

IV. Információs önrendelkezés, tájékoztatáshoz való jog, bevonás, részvétel

6. sztenderd: Információs önrendelkezés, tájékoztatáshoz való jog

Az intézmény dokumentációs rendszere és szabályai megfelelnek a felhasználók jogainak, igényeinek és szükségleteinek, azaz a dokumentáció

- támpontokat ad az adatszolgáltatási köteleességek teljesítéséhez,
- megfelelő információt szolgáltat a menedzsment mindennapi irányítási, tervezési, szervezési és monitorozási tevékenységeihez,
- lehetőséget nyújt a szolgáltatás igénybevevőinek és az általuk felhatalmazottaknak vagy gondnokaiknak a róluk szóló iratokba való betekintésre,
- segítségével a munkatársak áttekinthetik a gondozási folyamatot, tervezhetik a további munkát,
- az adatokat az adatvédelmi szabályoknak megfelelően kezeli.

Az intézmény dokumentációs rendjében szabályozza az igénybevétel előtt, az igénybevételi eljárás során és az ellátás során kötelezően nyújtandó tájékoztatási kötelezettség tartalmát, és ajánlást tesz ezek lehetséges formáira, megfogalmazására.

A **nyilvántartás** (evidentia) valamely dolognak, ügynek oly állapotban tartása, mibenlétének, folyamatának, állásának/helyzetének folyamatos szemmel tartása, követése, illetve figyelemmel kísérése érdekében. A nyilvántartás nélkülözhetetlen szerepet játszik a közigazgatásban, a közhivatalokban és az ellátást nyújtó intézményeknél, ahol megfelelő és hatékony nyilvántartás nélkül a monitorozás/tájékozódás lehetetlenné válna, az ügymenet gépezete megakadna és az ellátás folyamatossága, valamint garanciái nem lennének biztosíthatók.

Napjainkban nyilvánvaló, hogy szükség van meghatározott személyi adatokat tartalmazó nyilvántartások vezetésére és a megfelelő szakdolgozó(k)nak rendelkezniük kell a gondozott(ak) egészségi állapotára vonatkozó információkkal. A meghatározott körű információk szűrése és generált feldolgozása/továbbítása eseti meghatározottságú (rendszeresség), tartalmával kizárólag az érintettek szükségszerű tájékoztatását szolgálja, ezért a nyilvántartások bizalmasak lehetnek, így ennek megfelelően kell őket kezelni.

Néhány nyilvántartási típus tematikus felsorolása (a teljesség igénye nélkül):

Működési nyilvántartás, soron kívüli kérelmezők nyilvántartása (az igények teljesítési sorrendjének megállapíthatósága céljából), felvételi nyilvántartás (kérelmező személyi adatainak és lakcímének nyilvántartása az intézménybe kerülés érdekében), ellátottak nyilvántartása (az ellátott ellátásra vonatkozó adatainak nyilvántartása az ellátás fenntartása céljából), a nyújtott szolgáltatások nyilvántartása,

adatvédelmi nyilvántartás, hatósági nyilvántartás, földhivatali nyilvántartás, állatorvos-nyilvántartás, érdekképviselői, ügyviteli, beléptetői, temetői, pályázati, személyi adat és lakcím, analitikus, kötelezettség-, elektronikus, egyszerűsített nyilvántartás, a nyilvántartások nyilvántartása stb.

A sztenderd kifejtése meghatározza a nyilvántartással mint dokumentummal szemben általánosságban megfogalmazott követelményeket, a feladat teljesítését biztosító tevékenység – a nyilvántartás – eredményességét és hatékonyságát biztosító elvárásokat, valamint összegezi a felvétel-igénybevétel során alkalmazott nyilvántartás(ok) vonatkozásában jelenleg hatályos szabályrendszert, és megjeleníti azokat az indikátorokat, amelyekkel monitorozhatóvá és értékelhetővé válik a nyilvántartás felülvizsgálati és ellenőrzési tevékenysége.

A felvétel célja egyrészt, hogy a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevevői, illetve hozzátartozói, törvényes képviselőik optimális/megfelelő információkkal rendelkezzenek, és a testi, értelmi, érzelmi, erkölcsi, mentális és egészségi állapotuknak, valamint szociális körülményeiknek és igényeiknek megfelelő szolgáltatásban részesüljenek, **másrészt**, hogy a gondozási szükségletvizsgálatuk szerint meghatározott típusú, a kérelmező által kiválasztott intézménybe történő felvételüket megelőző adminisztrációs szakasz, a férőhely elfoglalásának időszaka, valamint a beköltözés minél zökkenőmentesebb legyen.

A felvétel konkrét célja, hogy a szolgáltatást igénybevevőnek objektív és releváns információi legyenek a szolgáltatás igénybevételének

- módjáról,
- tartalmáról,
- más szolgáltatásba, vagy szolgáltatóhoz való átkerülés feltételeiről,
- a szolgáltatás megszüntetésének módjáról és feltételeiről,
- a halál esetén szükséges teendőkről.

A felvétel (felvételi eljárás) időtartama a felvételi kérelem benyújtásától a gondozási szükségletvizsgálat által meghatározott és a kérelmező által kiválasztott intézménybe történő beköltözésig tart. Az előbbieken meghatározott (felvételi) időszakban használt dokumentum(ok)ra és tevékenységi formá(k)ra vonatkoztatjuk a szabályozás hatályát és kiterjesztését/tartalmát.

A nyilvántartással általában az ügyek állását, folyamatát lehet szemmel tartani, figyelemmel kísérni, e nélkül az ügymenet gépezete megakadna, a tájékozódás lehetetlenné válna. A nyilvántartás nemcsak az adatok gyors visszakereshetőségét, áttekinthetőségét szolgálja, ezáltal gördülékenyebbé – és lényegében lehetővé – téve a működést, hanem összesíti az adatokat, tendenciákat vetít ki, és nélkülözhetetlen információkat nyújt a vezetéshez. Jelen szabályozó dokumentum a nyilvántartás, mint tevékenység általános érvényű meghatározásán túl, a felvétel-igénybevétel vonatkozásában szűkítve részletezi a sztenderd elvárásait és követelményeit.

Kritériumok

- Az intézmény dokumentációs rendszere minden érdeklődő számára **(nyilvánosság)** biztosítja – a személyes adatok védelme és a közérdekű adatok nyilvánossága mellett –, hogy a nyilvántartás mint dokumentumfajta(ák) és összehangolt tevékenység/ek összességével igazolható a kialakult szervezeti struktúra-, az átlátható **(transzparencia)** a jogszabályoknak megfelelő működés **(teljesség)** a szigorú adminisztrációs rend és az után követhető folyamatokat, amelyek visszaigazolják az egyes munkaköröknél rögzített-, kialakult és minden érintett által ismert/alkalmazott jogköröket és kompetenciahatárokat **(hitelesség)**, az eredményes- és az elvárások szerinti-, finanszírozható és folyamatosan biztosítható működést és ellátást **(hitelesség)**.
- A potenciális érintettek tájékoztatást kapnak az ellátáshoz való hozzáférés módjáról, az intézmény által biztosított szolgáltatásokról. Ennek érdekében az intézmény rendelkezik aktualizált, a szolgáltatásait és az igénybevétel feltételeit bemutató tájékoztató anyaggal, melyet a helyben szokásos módon, a potenciális igénybevevők számára elérhető helyeken és az interneten is közzétesz. Ennek a formája lehet szórólap, illetve az intézményről szóló kiadvány. Fontos csatorna lehet a helyi vagy megyei sajtó, televízió, ahol a hozzátartozókhoz is eljuthat az információ. Az ügyintézés segítése érdekében célszerű az igénybevételhez szükséges nyomtatványokat is elérhetővé tenni.
- A tájékoztató tartalmazza az intézmény nagyságrendjét, az elhelyezési körülményeket, a szolgáltatásokat és a térítési díjra vonatkozó információt. Célszerű, ha az intézmény a szolgáltatásfilozófiáját, küldetésnyilatkozatát, illetve minőségpolitikáját is ismerteti.

Annak érdekében, hogy az érintettek felelős döntést tudjanak hozni, különösen fontos a tájékoztatás az igénybevételi eljárás során. A későbbi elégedettség alapvető feltétele, hogy az érdeklődő pontos információt kapjon arról, hogy az igényeinek megfelelő szolgáltatást tud-e nyújtani az intézmény, és az intézmény is felmérje, hogy meg tud-e felelni a vele szemben támasztott igényeknek, követelményeknek.
- A jelentkező tájékoztatást kap az igénybevételi eljárás lépéseiről, ennek keretében az előgondozásról, a gondozási szükséglet vizsgálatról és jövedelemvizsgálatról, illetve a hozzátartozói vállalás lehetőségéről és a beköltözéshez szükséges dokumentumok köréről. Ismertetik a házirendet és a térítési díj szabályait, valamint a beköltözés várható időpontját.
- A beköltözésnél az érintett tájékoztatást kap a felvétel menetéről, a megállapodás tartalmáról, az intézmény által vezetett nyilvántartásokról, a hozzátartozóval történő kapcsolattartás, a látogatás, az eltávozás és visszaérkezés rendjéről, a panaszjog gyakorlásának módjáról, a jogait és érdekeit képviselő társadalmi szervezetekről, az intézmény házirendjéről, a fizetendő térítési díjról, ennek teljesítési feltételeiről és a mulasztás következményeiről. A tájékoztatás megtörténtét az érintettek aláírásukkal nyilatkozatban igazolják.

- Az ellátás során az érintett tájékoztatást kap minden tervezett, illetve bekövetkezett változásról. Az önrendelkezés és autonómia érvényesülése érdekében az ellátását érintő valamennyi kérdésben partnerként kezelik.
- Az intézmény évente nyilvánosságra hozza az intézmény gazdálkodásával kapcsolatos, jogszabályban előírt adatokat.
- Az érintettek tájékoztatása közérthető módon, az abban kompetens személy által történik.

A nyilvántartási módszerek/formák

Az intézmény számára kialakítja azt az alkalmazási rendszert, amelyben funkcionálisan, a lehetőségeik és korlátaik, valamint az előírások és elvárások szerint alkalmazza a nyilvántartás(ok) formáit, azok egyes elemeit célirányosan és strukturáltan működtetik, továbbá amelyben különböző szinten képesek különféle adatokat és kapcsolt információkat önállóan és a rendszer részeivel interakcióban (generálva) nyilvántartani.

Adatok analitikus/papíralapú nyilvántartása. A legegyszerűbb lépcsőfok. Nehézkes nyilvántartás jellemzi, korlátozott ellenőrzési lehetőségekkel, az egyes csoportokkal végzett műveletek csak korlátozottan lehetségesek. Az adatimport és -export műveletek csak manuális számításokkal végezhetők, ugyanakkor hitelességük igazolható.

Adatok számítógépen való tárolása. Rendkívül jelentős lépés, hiszen ettől kezdve például a visszakeresés tized/századannyi időt igényel. Sokféle formában lehetséges, de nagyságrendi különbségek vannak a különféle módok között, ezért azokat külön szintekre kell osztani. Elméletileg és sok esetben gyakorlatilag is az első lépés a szöveges (pl. Word) fájlban történő adattárolás.

Adatok táblázatos formában való tárolása számítógépen (Word). A Word táblázatkezelői képessége bár bőven hagy maga mögött kívánnivalót, az ebben tárolt adatok mégis jóval használhatóbbak az ömlesztettnél. Például könnyen rendezhető, körlevél készíthető belőle stb, ugyanakkor kötöttséget jelent az adathalmaz felépítését illetően, mivel szigorúan csak sorokat és oszlopokat tartalmaz.

Adatok táblázatos formában való tárolása számítógépen (pl. Excel). Amikor szövegszerkesztő helyett táblázatkezelő programot használnak, egyértelművé válnak annak előnyei: jobb **rendezhetőség, kiválogathatóság, csoportosíthatóság, adatok könnyebb elemezhetősége.** Hogy mennyire használhatók ki ezek az előnyök, az egyrészt a nyilvántartott adatokon, másrészt az azt kezelő személy Excel tudásán múlik, hiszen egy program hiába rendelkezik hasznos funkciókkal, ha a kezelő nem tudja, hogyan kell azokat használni, vagy egyáltalán nem is tud a funkciók létezéséről. Emellett az egy-egy személyről nyilvántartott adatok bővülésével a táblázat egyre több oszlopra szélesedik, mely ezáltal egyre kevésbé lesz áttekinthető.

Adatbázis-kezelő alkalmazása. Ez ötvözheti az eddigiek előnyeit, amennyiben megfelelően van elkészítve az adatbázis. Itt már nem jelent

problémát, ha **egy ügyfélhez több esemény tartozik**, a túl széles táblázat stb. Egyetlen hátránya, hogy itt először az adatbázist kell elkészíteni, ami jóval összetettebb és bonyolultabb a sima táblázatoknál, így ez a munkafázis komolyabb szakértelmet kíván. Elkészítését követően azonban könnyebben kezelhetővé válik a táblázatkezelő programoknál.

Integrált, cégre szabott informatikai rendszer alkalmazása. Ebben az esetben az egész cég egy egységes, központi adatbázisban tárolja a működéséhez szükséges adatokat. Itt már egyáltalán nem kell mindent többször felvinni (külön a számlázó-programba, külön a készletnyilvántartóba stb.), mert az hibalehetőséget hordozna magában. Nagy cég esetében vannak globális, az egész cégre kiterjedő nyilvántartások, melyben párhuzamosan futnak a részegységek, sőt az egyes személyek nyilvántartásai is. Minél inkább ki vannak simítva a szervezetlenség zűrzavarai, annál gördülékenyebben és hatékonyabban tud a csoport együtt dolgozni.

A nyilvántartások funkciói

Keresés, visszakeresés

Bármely, a számítógépes állományban meglévő adat vagy tény előtálálása, meglétének különféle paraméter(ek) szerinti igazolása (pl. dátum szerint).

Leválogatás, szűrés

Mikor a rendelkezésre álló adatoknak gyakran csak egy részét kívánjuk áttekinteni, többet pedig elrejtteni, vagy ideiglenesen félretenni. (Megfelelő rendszerrel ez a művelet is rövid idő alatt elvégezhető.).

Rendezés

Amikor (sor)rendet szeretnék kialakítani tetszőleges szempont(ok) szerint az adatok között (pl. árbevétel nagysága/érték szerint, vagy ABC sorrend, esetleg más elvek szerint).

Csoportosítás

Az adatok rendszerezése, kategóriákba sorolása (pl. ügyfelek felosztása rendszeres és eseti vásárlókra), majd részösszegek, negyedévenkénti átlagok, havonkénti forgalmak megjelenítése.

Elemzés

Amikor a vezető döntéseinek megalapozásához hiteles információkkal való alátámasztására van szükség, a rendelkezésre álló háttérinformációk és generált adatok lehetővé teszik a nagyobb valószínűséggel bekövetkező eredményesség előkészítését. Vezetői döntéstámogató rendszereknek is szokták nevezni az elemzést lehetővé tevő rendszereket.

Adatkezelési szabályok

A személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvény (a továbbiakban: Avtv.) 5. §-a szerint személyes adatot kezelni csak meghatározott célból, jog gyakorlása és kötelezettség teljesítése érdekében lehet.

Az adatkezelésnek minden szakaszában meg kell felelnie e célnak. Csak olyan személyes adat kezelhető, amely elengedhetetlen az adatkezelés céljának megvalósulásához, és alkalmas a cél elérésére, de csak a cél megvalósulásához szükséges mértékben és ideig tárolható. Személyes adatot – akár az érintett hozzájárulásával, akár jogszabály alapján – különösen akkor lehet kezelni, ha ez közérdekű feladat vagy az adatkezelő törvényi kötelezettségének teljesítéséhez, az adatkezelő vagy az adatátvevő harmadik személy hivatalos feladatának gyakorlásához, az érintett létfontosságú érdekeinek védelméhez, az érintett és az adatkezelő között létrejött szerződés teljesítéséhez, az adatkezelő vagy harmadik személy jogos érdekének érvényesítéséhez, illetve társadalmi szervezetek jogszerű működéséhez szükséges.

Az Avtv. 6. §-a előírja, hogy az érintettel az adat felvétele előtt közölni kell, hogy az adatszolgáltatás önkéntes vagy kötelező. Kötelező adatszolgáltatás esetén meg kell jelölni az adatkezelést elrendelő jogszabályt is. Az érintettet – egyértelműen és részletesen – tájékoztatni kell az adatai kezelésével kapcsolatos minden tényről, így különösen az adatkezelés céljáról és jogalapjáról, az adatkezelésre és az adatfeldolgozásra jogosult személyéről, az adatkezelés időtartamáról, illetve arról, hogy kik ismerhetik meg az adatokat. A tájékoztatásnak ki kell terjednie az érintett adatkezeléssel kapcsolatos jogaira és jogorvoslati lehetőségeire is. Az adatkezelésről való tájékoztatás megtörténik azzal is, hogy jogszabály rendelkezik a már létező adatkezelésből továbbítással vagy összekapcsolással az adat felvételéről. A tájékoztatás – különösen statisztikai vagy tudományos (ideértve a történelmi kutatásokat is) célú adatkezelés esetén – megtörténhet az adatgyűjtés tényének, az érintettek körének, az adatgyűjtés céljának, az adatkezelés időtartamának és az adatok megismerhetőségének mindenki számára hozzáférhető módon történő nyilvánosságra hozatalával, ha az egyénre szóló tájékoztatás lehetetlen vagy aránytalan költséggel járna.

A különböző típusú adatok kezelésének szabályai

Személyes adatok kezelése az intézmény által akkor lehetséges, ha ahhoz az érintett hozzájárul, vagy valamely jogszabály elrendeli.

- Az érintett kérelmére indult eljárásban a szükséges adatainak kezeléséhez való hozzájárulását vélelmezni kell. Erre a tényre az érintett figyelmét fel kell hívni.

- Az érintett az adatkezelőtől tájékoztatást kérhet személyes adatai kezeléséről, és az adatokba bele is tekinthet. A betekintést úgy kell biztosítani, hogy az érintett más személy adatait ne ismerhesse meg. (Atv.12, 13. §)
- Az érintett kérelmére az adatkezelő tájékoztatást ad az általa kezelt adatokról, az adatkezelés céljáról, jogalapjáról, időtartamáról, továbbá arról, hogy kik és milyen célból kapták meg az adatokat.
- Adatváltozás vagy téves adatrögzítés észlelése esetén az érintett írásban kérheti kezelt adatainak helyesbítését, illetve kijavítását. A téves adatot az adatkezelő 8 munkanapon belül köteles helyesbíteni. (Atv.15. §)
- Személyes adatok akkor továbbíthatók, valamint különböző adatkezelések akkor kapcsolhatók össze, ha az érintett ahhoz hozzájárult, vagy azt törvény megengedi, és ha az adatkezelés feltételei minden egyes személyes adatra nézve teljesülnek.
- Olyan adatkezelés esetén, amelynél számolni kell külföldre irányuló adattovábbítással, az érintettek figyelmét erre a körülményre már az adatok felvétele előtt fel kell hívni.
- Az érintett írásbeli felhatalmazása nélkül személyes adat külföldre nem továbbítható, kivéve, ha ezt a törvény lehetővé teszi.
- Az adattovábbítás papíralapon vagy elektronikus úton történhet. Abban az esetben, ha az adattovábbítás elektronikus adatfeldolgozással hatékonyabban teljesíthető, akkor az adattovábbításról az irattár részére kísérőlevelet kell készíteni, amely tartalmazza az adattovábbítást kérő megkeresésében felsorolt adatokat.
- Az intézmény szervezetén belül a kezelt személyes adat – a feladat elvégzéséhez szükséges mértékben és ideig – csak az ügyel érintett szervezeti egységhez továbbítható, feltéve, hogy a személyes adatok megismerése nélkül az ügyben nem lehet érdemben eljárni.
- Az intézményen belül a különböző célú adatkezelések csak törvényes cél érdekében, indokolt esetben, ideiglenesen kapcsolhatók össze.

Az adatkezelések összekapcsolásával, valamint a megkeresés alapján teljesített adatszolgáltatással kapcsolatos alábbi tényeket, körülményeket jegyzőkönyvben kell rögzíteni:

- az adatkérő (az összekapcsolt adatkezelések) megnevezése;
 - az adattovábbítás (összekapcsolás) célja, rendeltetése;
 - a továbbított (összekapcsolt) adatok köre;
 - az adattovábbítás (összekapcsolás) jogszabályi alapja;
 - az adattovábbítás (összekapcsolás) módja.
-
- Nem kötelező adatszolgáltatáson alapuló adatkezelés esetén az érintett indokolás nélkül írásban kérheti kezelt adatainak törlését. A törlést 8 munkanapon belül el kell végezni.

- Az érintett az adatkezeléssel kapcsolatos jogainak megsértése esetén az illetékes szervezeti egység vezetőjéhez, illetve az adatvédelmi felelőshöz fordulhat.
- Ha az adatkezelést a minisztérium szervezetén kívüli adatfeldolgozó végzi, akkor az adatfeldolgozásra az Avt 4/A.§ rendelkezései érvényesek.

Különleges adatok kezelése

Különleges adat az intézmény által akkor kezelhető, ha az adatkezeléshez az érintett írásban hozzájárul.

Közérdekű adatok kezelése

- Az intézmény kezelésében lévő közérdekű adatot bárki megismerheti az állami és szolgálati titok, valamint az Avt. 19. § (5) bekezdése szerinti nem nyilvános adat kivételével.
- A közérdekű adatokkal kapcsolatos állampolgári megkereséseket az aktuális adatkezelésért felelős szervezeti egység vezetőjéhez kell továbbítani. A megkeresések teljesítéséről, elutasításáról, valamint az elutasítás indokáról tájékoztatni kell az adatvédelmi felelőst.
- A közérdekű adat megismerésére irányuló kérelemnek 15 napon belül eleget kell tenni.
- Amennyiben a közérdekű adat megismerésére irányuló kérelem nem teljesíthető, a kérelem megtagadásáról és indokairól 8 napon belül írásban értesíteni kell a kérelmezőt.
- Az adatvédelmi felelős évente értesíti az adatvédelmi biztost az elutasított kérelmekről, valamint az elutasítások indokairól.
- Amennyiben törvény másként nem rendelkezik a belső használatra készült, valamint a döntés-előkészítéssel összefüggő adat a kezelését követő húsz éven belül nem nyilvános. Kérelemre az adatok megismerését a közigazgatási államtitkár e határidőn belül is engedélyezheti.
- A közérdekű adatok elektronikus formában történő közzé-, illetve hozzáférhetővé tételéről külön szabályzat rendelkezik.

A titoktartás szabályai, avagy minden ellátott joga és az intézmény kötelessége

Az ellátott/gondozott jogában áll, hogy

- az ellátásában részt vevő személyek a tudomásukra jutott egészségügyi és személyi adatait csak az arra jogosultakkal közölgék;
- meghatározza, az egészségügyi állapotáról kinek adhatnak felvilágosítást – ez alól kivétel, ha a törvény másként rendelkezik (pl. bejelentésre kötelezett fertőző betegségek, bűncselekmény gyanúja, vagy ha az információ mások életét vagy testi épségét veszélyezteti. A beteget gondozó személlyel szintén

közölni lehet a beteg állapotát a beteg hozzájárulása nélkül is (pl. HIV-fertőzött);

- ellátása, kezelése során csak az ellátó személyek legyenek jelen vagy azok, akiknek jelenlétéhez hozzájárult;
- vizsgálata és kezelése olyan körülmények között történjen, hogy azt beleegyezése nélkül mások ne hallják, vagy lássák;
- megnevezze azt a személyt, akit tájékoztatni lehet kórházi kezeléséről, illetve bizonyos személyeket kizárjon ebből a körből.

Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források

Kritérium	Indikátor	Forrás
Az intézmény tájékoztatási tevékenysége átgondolt, tervezett és szabályozott.		Házirend Tájékoztató anyagok Belső szabályzatok
A tájékoztatási tevékenység az intézmény szolgáltatásainak népszerűsítését szolgálja, valamint az igényeknek való megfelelésre törekvést és az érintettek elégedettségét.		Tájékoztató anyagok
Az intézményről szóló tájékoztatók potenciálisan elérhetők az érintettek számára.		Interjúkészítés
Az érintettek hiteles és aktualizált információt kapnak annak érdekében, hogy a számukra legmegfelelőbb döntést hozhassák meg.		Tájékoztató anyagok
A tájékoztató tartalma aktualizált, és az érintettek számára érthető nyelvezetű.		Tájékoztató anyagok
A tájékoztatás ténye megfelelő módon dokumentált.		Dokumentáció
Az intézmény eljárásrendet alakít ki a tájékoztatási kötelezettsége teljesítése érdekében.		Belső szabályzat/utasítás
Az intézmény vezetése gondoskodik arról, hogy a tájékoztatást – annak minden területén – kompetens szakember nyújtsa.		Munkaköri leírás
Az intézmény nyilvántartási tevékenysége komplex és integrált, az intézmény teljes szervezeti struktúrájában, szervezeti egységek szintjén, és a nyilvántartást végző munkatárs feladatai körében is számon kérhetően		Belső szabályzatok Munkaköri leírások Személyi és tárgyi feltételek megléte

meghatározott.		
Az intézmény nyilvántartási tevékenysége garantálja a szervezeti működését –, szolgáltatási struktúráját és a kínált szolgáltatásait érintő, az intézményben nyújtott gondoskodás keretében biztosított emberi/állampolgári jogok teljes körét érintő –, valamint a különféle tevékenységeire és az ellátás összetevőire fordított pénzeszközei hatékony felhasználását megjelenítő átláthatóságot/transzparenciát		Belső szabályzatok Eljárásrend Dokumentáció
Az ellátás különféle területeit érintően a jogszabály(ok)ban előírt, valamint az intézmény folyamatos működése, működtetése során az egyes részterülete(ke)n meghatározott nyilvántartások körének meghatározása.		Belső szabályzatok/utasítás
A meghatározott körben a nyilvántartások funkcióinak megfelelően, minden egyes dokumentum fajtája és a nyilvántartás követelményeit teljesítő tevékenység konkrétan meghatározott.		Belső szabályzatok/utasítás(ok)
Az intézmény teljes körű tevékenységét, valamint az ellátottak adatait, az ellátási folyamat rendszerét alkotó paramétereket megjelenítő, a különféle nyilvántartás(ok)hoz kapcsolódó és nélkülözhetetlen, hiteles adatállomány összeállítása,		Belső szabályzatok/utasítás(ok)

valamint a nyilvántartásba kerülés és kikerülés (törlés) módja szabályozottan zajlik.		
Az intézményi nyilvántartási tevékenységet szolgáló adatállomány informatikai feltételei (hardver és szoftver) megfelelően és folyamatosan biztosítottak.		Helyszíni bejárás
Az intézmény a nyilvántartás(ok)hoz kapcsolódó tartalom-szolgáltatási tevékenysége kezelhetővé teszi az egyes/konkrét valamint a strukturált/integrált adatszolgáltatások megjelenítését.		Szoftver
Az intézményben dolgozók meghatározott köre képes a beosztásában előírt nyilvántartási tevékenység elvégzéséhez (dokumentum kitöltéséhez) az intézményi informatikai (hardver és szoftver) eszközök gyakorlati alkalmazására (oktatás, képzés, továbbképzés).		Képzési dokumentáció
A nyilvántartási tevékenység előírt tartalmú és idejű végzése, a dokumentumok és tematikus jelentések kitöltése és a kitöltött nyilvántartás(ok) ellenőrzése megtörténik.		Dokumentáció
Az intézmény nyilvántartási tevékenységének hitelességét, nyilvántartásai megjelenítéseként, szolgáltatásai megfelelőségét mutatja az egyes nyilvántartás(ok) és az adatszolgáltatások összességét		Dokumentáció

alkotó tények és adatok összetevőinek/állományának naprakésztsége, illetve aktualitása/időszersűsége.		
Megtörténik a nyilvántartási tevékenységet érintő formai és tartalmi követelmények kereteinek monitorozása, a nyilvántartások fajtáinak és tartalmi összetevőinek ellenőrzése, a szükséges adatállomány összetevőinek és hitelességének felülvizsgálata/aktualizálása, valamint a visszacsatolás.		Dokumentáció

7. Sztenderd: Személyes kommunikáció a kliensekkel és hozzátartozókkal

A szolgáltatások igénybevevői, a hozzátartozók és törvényes képviselőik, valamint az intézmény munkatársai közötti kapcsolat és kommunikáció megfelel a szociálismunkás szakma értékrendjének, etikai elvárásainak.

A személyes kommunikáció alapvető fontosságú az idők tartós bentlakásos ellátása során, csakúgy, mint bármely más szociális ellátásban. A kommunikáció alapvetően két fő szinten szükséges: a „kliensekkel”, azaz az intézményben élő időkkel, valamint az ő hozzátartozóikkal, törvényes képviselőikkel. A kommunikáció tartalma, módja jelentős mértékben befolyásolja az intézmény megítélését, a lakói és hozzátartozói elégedettséget. A rendszeres kommunikációval, megfelelő hangnemmel elérhető, hogy a lakók és hozzátartozók, törvényes képviselők résztvevő partnernek érezzék magukat a szolgáltatás igénybevétele során.

Kritériumok

- Az intézmény munkatársai minden körülmények között – korra, szellemi vagy fizikai állapotra, társadalmi helyzetre, kiszolgáltatottságra, anyagi helyzetre stb. való tekintet nélkül – tiszteletben tartják a szolgáltatás igénybevevőjének, illetve hozzátartozóinak, törvényes képviselőinek emberi méltóságát.
- A kommunikáció személyközpontú, kétoldalú (ne csak az intézmény kinyilatkoztatásaira legyen lehetőség), biztosítja a visszacsatolás lehetőségét.
- A kommunikáció érthető, követhető (a megcélzott személyek igényeinek és szintjének megfelelő közlések, ez más jellegű a célcsoporttal, annak hozzátartozóival, a fenntartóval, a lakókörnyezettel stb.).
- Az információcsere lehetőségét megadja a kommunikációs képességeikben akadályozott kliensek számára is (hallásukban, látásukban, illetve beszédükben akadályozott emberek speciális igényei).
- A kommunikáció irányai, technikái, lehetőségei átláthatók (világos információk az igénybe vehető kommunikációs csatornákról és partnerekről).
- Az intézmény dolgozója olyan néven szólítja meg az ellátottat, ahogy azt ő egyénileg megkívánja.
- Az otthonban élők elégedettek a számukra hozzáférhető információ színvonalával.
- Minden érdekelt partner tervezett bevonása a kommunikációs folyamatokba (pl. lakókörnyezeti tájékoztatón az intézményben élők képviselőinek megszólalása).
- A részvételi modellnek megfelelően a sokirányú intézményi kommunikációban szerephez jutnak az elsődleges érdekeltek, az intézmény kliensei is.

- Mind a kifelé, mind a befelé irányuló kommunikáció azt a célt is szolgálja, hogy segítsen az intézmény lakóit lakóköznyezetükbe bevonódó, integráltan jelenlévő, aktív szociális szereplőkként megmutatni.
- Az intézményi kommunikáció kétirányú: részben a kliensek közvetlen hozzátartozóira irányul, részben a köznyezettel kíván kapcsolatot teremteni.

A legfontosabb alapelv, hogy az intézményben ellátott/ápolat/lakó/gondozott stb. személy – kliens – nem az intézmény tulajdona, akit időnként kölcsönad a családnak. Akinek akár minimálisan is funkcionáló családja van, annak a családdal való kapcsolat megőrzése létfontosságú. Ez a kapocs, ez a köldökzsinór az érzelmi épség egyik záloga. Tehát az intézmény hozzátartozókkal történő kommunikációjában tükröződnie kell ennek a tudásnak, függetlenül attól, hogy az intézményben dolgozóknak mi a véleménye az adott családról.

- A hozzátartozókkal, törvényes képviselőkkel való kommunikáció során az alábbiak szem előtt tartása kötelezően elvárható:
 - a hozzátartozókkal, törvényes képviselőkkel való kommunikáció mindig megfelelő minőségű és személyre szabott legyen (tisztelet megadása, nem megalázó kifejezések használata, tapintatos és udvarias viselkedés stb.), oly módon, hogy azt a partner maga tiszteletteljesnek élje meg, az megfelelően iskolázottságának, értelmi és érzelmi állapotának, s mindenképpen tükrözze azt a törekvést, hogy az intézmény a partner számára világossá kívánja tenni az átadott információkat. A belső szabályrendszerben rögzíteni kell, hogy mikor, milyen információkat kell biztosítani a hozzátartozóknak az ellátott érdekében az intézmény részére.
 - hogy az információk átadása ne szívességszámba menjen, azt tekintsék a normál kapcsolattartás elengedhetetlen, kötelező elemének;
 - a bizalmaskodás elkerülése;
 - a korrupatív helyzetek kialakulásának megelőzése;
 - a család értékrendjének értéktélettől mentes tiszteletben tartása;
 - a család meggyőződéseivel, vallásával, szokásaival stb. kapcsolatos tolerancia;
 - a család prioritásainak elfogadása és törekvés azok intézményen belüli tiszteletben tartására (pl. szeretnék, ha az adott személynek módja lenne vallása gyakorlására, szeretnék, ha az illetőt változatlanul az az orvos láthatná el, aki mindig is kezelte stb.);
 - a felvételre kerülő vagy már ott élő személyről kapcsolatos közlések során az illető messzemenő tiszteletben tartása [saját nevén említése (*nem pl.: A mamika egész jól evett a héten...*), testi vagy szellemi állapotáról való közlésekben nem megalázó kifejezések (gyagyás, stb.) használata stb.].

Normalizációs elv

A normalizációs elv értelmében az intézmény arra törekszik, hogy az intézményben élő emberek napi- és életrendje, magán- és társaséletük jellemzői megfeleljenek az adott korosztály és társadalmi csoport átlagos életformájának. Ily módon a normalizáció része, hogy a lakókörnyezet szokásos tevékenységeibe bevonódhassanak az intézmény kliensei is. (Pl. ha az adott településen egy bizonyos évszakban mindenki kimegy a terekre, utcákra, erdőszélre stb. szemetet gyűjteni, az intézmény lakói se maradjanak ki ebből.)

Információs elvárások

Az intézmény köteles a környezetet aprólékosan és gyakran tájékoztatni életéről, munkájáról, gondozottai jellemzőiről (pl. milyen típusú problémákkal élő emberek kerülnek hozzájuk, hogy élnek, milyen gondjaik vannak, minek örülnek, mitől félnek stb.). Írásos broszúrákkal, nyitott napokkal, fórumokkal, gyakori meghívásokkal lehet teljesebbé tenni a gondozottakról és az intézményről kialakult esetleg hiányos, torz képet. Ki kell térni arra is, hogyan, milyen intézkedésekkel védik meg a közösséget pl. egy drogos, elmebeteg vagy nehezen kontrollálható viselkedésű autista kliens esetleges zavaró vagy fenyegető viselkedésétől.

Beilleszkedési törekvések

Törekedni kell arra, hogy a lakókörnyezet értékrendjének tiszteletben tartásáról és követéséről gyakorta meggyőződhesen a környezet. Ha az adott közösségben pl. norma, hogy a kertet, előkertet egy bizonyos módon rendezzék, a kerítést évente átfessék stb., akkor ehhez is szükséges alkalmazkodni. A klienseknek, akik a környezet intézményeiben tanulnak, dolgoznak, szórakoznak stb., öltözködésükben, frizurájukban, egész küllemükben célszerű megfelelni a közösség elvárásainak. Lényeges a közterületeken, pl. az orvosi váróban, a templomban, a piacon stb. való viselkedési normák megtartása is, valamint a környezettel (állatok, erdők, parkok stb.), továbbá ünnepekkel kapcsolatos hagyományok átvétele, őrzése is.

A beilleszkedési, a környezetbe simulási törekvések kommunikációja az esetek nagy részében a nonverbális kommunikáció eszközeivel történik (külső jegyek, viselkedés, öltözködés, megjelenés stb.), melyek sokkal erőteljesebbek és átütőbbek, mint a nem mindig hiteles verbális üzenetek.

Aktív részvétel a közösség életében

Ez a beilleszkedési törekvések során alkalmazott kommunikáció szerves folytatása, de annál többet jelent. Nem csupán a jelzések szintjén valósul meg: az aktív részvétel feltételének teljesítése ezen messze túlmegy. A tényleges aktivitásnak valóban azt kell sugallnia a környezet felé, hogy az intézmény nem idegen test annak szervezetében. Ennek megfelelően nem elkülönülni kell, hanem aktívan részt vállalni a közösség életében: önkéntes munka, közös megmozdulások, az önkormányzati fogadóórákon, a környezet ünnepeiben és az

egyéb eseményeken való részvétel, helyi szavazásokon való aktivitás, nyílt napok szervezése az intézményben, időről időre híradás az intézményről a helyi lapban és/vagy elektronikus médiában, saját ünnepeikre a közösség képviselőinek meghívása stb.

Ezen aktusok azt kommunikálják a környezet felé, hogy az intézmény valóban, ténylegesen az adott lakóközösség része.

Kölcsönös előnyök

Ha az intézmény önmaga szándékait megfelelően kommunikálja, természetessé válik az összekovácsolódás: az intézmény számos munkaalkalmat teremthet a lakóközösség tagjai részére, míg a lakóközösség a szegregáció helyett az integráció ajándékát tudja adni. Amennyiben az intézményben bármilyen jellegű képzés vagy termék-előállítás folyik, a termékeket úgy lehet kiválasztani, hogy azoknak legyen kereslete az adott környezetben (olyan értelmes kézműves és egyéb termékek gyártása, amelyeket a közösség értékkel és megvesz), a részben foglalkoztatási terápiás, részben pénzszerzési céllal folytatott állattartás, kertészkedés szintén alapot teremthet az együttműködés előnyeinek megtalálására.

Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források

Kritérium	Indikátor	Forrás
A változások kommunikálása megfelelő rendszerességgel történik.		Dokumentáció
A kommunikáció során az ellátást igénybevevő lehetőséget kap saját észrevételeinek megfogalmazására, közlésére.		Interjú
A mindennapok egyszerű eseményeinek, történéseinek, szükségleteinek kommunikációja az ellátást igénybevevő számára megfelelő hangnemben és érthetőséggel történik.		Interjú
A kommunikáció időpontját kellő körültekintéssel határozzák meg, és egyben meghatározzák a		Interjú

beszélgetésre szánt időkeretet is.		
A kommunikáció helyszínének megválasztása során figyelembe veszik az idős állapotát (megközelíthetőség) és az intimitás biztosítását.		Interjú
Az információ tartalmát tekintve kompetens személy végzi annak közlését.		Interjú
A megbeszélés formáját az adott téma, helyzet határozza meg (egyéni vagy csoportos).		Interjú
Az információközlés szóban vagy írásban történik a téma jellegének megfelelően.		Interjú
A közlések tartalmazzák a szükséges és elégséges információkat.		Interjú Belső szabályzatok /utasítások
A kommunikáció során egyik fél sem sért személyiségi jogokat, nem használ a másik által tiszteletlennek, durvának érzett kifejezéseket.		Interjú
A szolgáltatást igénybevevők számára is biztosított a fenntartóval való kapcsolatfelvétel lehetősége.		Interjú
A hozzátartozókkal rendszeres a kommunikáció, miközben figyelembe veszik a lakók érdekeit és jogait is.		Interjú
Az intézmény törekszik a környezetébe való beilleszkedésre, igyekszik		Interjú

aktív szerepet betölteni az adott település életében.		
---	--	--

V. Autonómia, magánélet, magánmeggyőződések tisztelete

8. sztenderd: Autonómia, magánélet, magánmeggyőződések tisztelete

Az idősök intézményi ellátása értékeken alapuló, személyközpontú gondoskodás. A pozitív szemléletű szolgáltatási filozófia fókuszában az idős ember áll.

A szemlélet alapgondolata: az ellátott nem tárgy, hanem **személy**, akinek vannak érzései, különleges értékei: egyszeri és megismételhetetlen, mint minden ember. A munkatársakat arra tanítják, hogy fedezzék fel a gondozottban az embert, akiben ott él a múltja, a családja, a foglalkozása, akinek vannak hobbijai és vágyai, illetve vannak jó és rossz napjai.

Kritériumok

- A szolgáltatás nyújtása során az idős ember méltóságát, autonómiáját és személyes integritását tiszteletben tartják, döntési és önrendelkezési jogát, valamint személyes szabadságát mindaddig biztosítják, amíg saját és/vagy mások biztonságát és életét nem veszélyezteti.
- Személyközpontúság megvalósítása, az egyes lakók individuumokként való elfogadása, egységben a korábbi éveivel és teljes addigi életútjával, valamint családi és szociális kapcsolataival.
- Törekvés a testi és lelki egyensúlyának megőrzésére, vagy támogatás nyújtása annak visszanyerésében, pont annyi és pont akkor, amikor erre szüksége van. Az intézményi életben való részvétel, a foglalkozás és aktivitási lehetőségeihez való egyenlő hozzáférés biztosítása, a folyamatos szellemi és fizikai aktivitások elősegítése és azok kínálatának bővítése, hogy tartalmasabb és hosszabb élet várjon a lakókra.
- Az előítéletesség és az ageizmus elkerülése, diszkriminációmentes gyakorlat megvalósítása minden vonatkozásban.

Az intézmény értékorientációja

Az intézményi küldetés

Az intézménynek rendelkeznie kell Szakmai Programmal, amelyben meg kell fogalmazódnia az intézményi küldetésnek. Az intézményi küldetésben az intézmény által képviselt emberkép és értékorientáció feleljen meg az idősök korszerű ellátása nemzetközi gyakorlatában elfogadott személyközpontú megközelítésnek. Ezzel az értékorientációval összhangban kell megalkotni az intézmény Működési Szabályzatát és az ellátás gyakorlatát segítő ellátási protokollokat.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériuma. Az intézményi küldetés alapját képező személyközpontú szemlélet kulcselemeit meg kell ismertetni az intézményi stábbal, a gondozottak hozzátartozóival, és amennyire csak lehetséges magukkal a

gondozottakkal is. Az Intézményi Küldetés elérhető és olvasható legyen valamennyi érintett számára.

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

A megfelelő dokumentumok létezése, tartalmi megfelelése és megtekinthetősége. Az érintettek megfelelő tájékozottsága (interjú támpontok: stábtagek, hozzátartozó, gondozott).

Humánerőforrás-gazdálkodás

A személyközpontú gondozás gyakorlata szempontjából alapvetően fontos a gondozó stábkak stabilitása és elköteleződésük erősítése. E nélkül lehetetlen megvalósítani azt a pozitív gondozási légkört és azt a személyes kapcsolatot, amely a minőségi gondozás alapja. A stabilitás és elköteleződés erősítésére tudatos stábépítésre és adekvát intézményi stratégiára van szükség. Ennek kulcseleme az intézményi vezetés megerősítő visszajelzésekben és gesztusokban kifejeződő megbecsülése a stáb felé. Ezen túlmenően az intézménynek ki kell alakítania egy jól átgondolt és világos megerősítési/jutalmazási gyakorlatot, nyomon követhető szempontrendszerrel. A gondozó stáb támogatásában fontos szerepet játszik a stáb terhelődésének és a gondozási munka során felmerülő stresszkockázat figyelemmel kísérése. E nehézségek felismerése és a megfelelő támogató hátterek megteremtése az intézményi menedzsment munkájának fontos minőségi mutatója.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

Az intézményi vezetés elérhető a stáb számára. Vannak informális alkalmak a kölcsönös beszélgetésre. A vezetés gyakran megfordul a gondozás „terepein”, és személyes tapasztalatai vannak a nehézségekről. Rendszeres munkamegbeszéléseken felméri a terhelődést és a stressztényezőket, továbbá a gondozók munkáját munkaszervezési lépésekkel és a team szupervíziós támogatásával segítik. Mindenki számára átlátható konzekvens jutalmazási rendszert alakítanak ki.

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

A kidolgozott terhelés- és stresszmonitorizálási felmérés rendszeres alkalmazása és annak dokumentációja. A jutalmazás szempontrendszerének kidolgozása és leírása. Rendszeres munkaértekezletek és teramszupervíziók megléte és azok dokumentációja. Interjúk a vezetőkkel és a stábtagekkel.

A gondozók munkájának intézményi támogatása

Az idősek személyközpontú gondozása kreatív, innovációs készséget igénylő tevékenység, alkalmat ad a szakma eszközeinek felhasználására és alternatívák felkínálására. Az intézményi vezetés feladata, hogy ösztönözze a stábtagek szakmai kezdeményezéseit, erősítse lelkesedésüket, és törekedjen a jó gyakorlat pozitív megerősítésére. Fontos az is, hogy a vezetők nyitottak legyenek a szakmai eszmecserére, a felvetődő ötletek, gondolatok közös végiggondolására.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

Biztosítani kell a vezetők elérhetőségét a stáb számára (ún. „nyitott ajtó” vezetési stílus).

Az intézményi gyakorlatban felmerülő problémák „brainstorming” jellegű feldolgozása a stábbal. Az innovatív kezdeményezések bemutatásának elősegítése, a tapasztalatok megosztásának biztosítása.

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

Munkamegbeszélések dokumentációja. A szakmai innováció bemutatása, szakmai rendezvényeken való szereplés, interjú a stábtagokkal.

A gondozó stáb képzése, fejlesztése

Az intézménynek biztosítani kell, hogy a dolgozók munkakörük betöltéséhez és feladataik ellátásához megfelelő szakmai képzettséggel rendelkezzenek. Ezt nem csupán az új dolgozók felvétele során kell figyelembe venni, de lehetőséget kell nyújtani az egyéni továbbtanulási lehetőségre, és ki kell dolgozni a támogatás szempontrendszerét. Biztosítani kell nemcsak a kötelező továbbképzéseken való részvételt, de a szakmai fejlődésben jelentős értéket nyújtó továbbképzéseken való részvételt is. Fontos, hogy az intézmény belső továbbképzések, tapasztalatcserék szervezésével – a saját intézményi sajátosságok és feladatok figyelembevétele mentén – támogassa a stáb munkáját. A rendszeresen tartott esetmegbeszélő csoport szintén fontos része a stáb szakmai munkája támogatásának. A team hatékony munkájához elengedhetetlen a stabil, hosszú távú szupervíziós háttér biztosítása.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

Az intézmény rendelkezzen képzési-továbbképzési ütemtervvel. Mérje fel az intézményben felmerülő képzési, továbbképzési igényeket. Egyénileg egyeztessen a dolgozók képzési-tanulási elképzeléseiről. Figyelemmel kell kísérnie az éves szakmai rendezvények tájékoztatóit, és össze kell állítania egy – az intézmény és stáb számára releváns témákat érintő – rendezvénynaptárt. Biztosítani kell a rendszeres esetmegbeszélő üléseket és a team szupervíziós háttérét

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

Képzési ütemterv, rendezvénynaptár megtekintése, az egyéni továbbtanulás támogatásának rendszere, képzési dokumentáció, esetmegbeszélő ülések összefoglalói és egyéb dokumentumok megléte, interjú vezetőkkel és stábtagokkal

Belső minőségbiztosítási rendszer kialakítása

A szakmai munka minőségének megerősítésére az intézménynek rendelkeznie kell részletesen kidolgozott minőségbiztosítási szempontrendszerrel és ennek mentén ki kell alakítania annak monitorizálási folyamatát is. Fontos, hogy az intézményben legyen kijelölt minőségbiztosítási koordinátor és egy olyan ellátásminőséget értékelő csoport, amelyben biztosított a stáb, a hozzátartozók és a gondozottak képviselője is. A csoport félévente értékelje az intézmény működését és észrevételeit, javaslatait pedig jegyzőkönyvbe rögzítse. A vezetés ennek nyomán dolgozzon ki intézkedési tervet, és azt egyeztesse az értékelő csoporttal.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

Az intézmény rendelkezik kidolgozott minőségbiztosítási leírással. Van kijelölt minőségbiztosítási koordinátor, és létrehozták a minőségbiztosítási munkacsoportot. A csoport rendszeresen és hosszú távon dolgozik, észrevételeit, javaslatait dokumentálja, a vezetés ezek kapcsán rendelkezik intézkedési tervvel, illetve rendszeresen egyeztet a munkacsoporttal.

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

Minőségbiztosítási szempontrendszer, monitorizálási dokumentáció, ülések jegyzőkönyvei, vezetési reflexiók, intézkedési tervek dokumentációi

A gondozás egyénre szabottsága

Egyéni gondozási terv

Az idősök gondozásában az egyéni szükségletek, valamint a gondozott belső forrásainak, erejének, illetve vulnerabilitásának differenciált felmérésén alapuló gondozási terv kidolgozása az élettörténeti elemek, személyiségtényezők, valamint az életviteli stílus, egyéni érdeklődés figyelembevételével kell megtörténnie. Kerülni kell az idősellátásban elterjedt sematizált egyéni gondozási tervek alkalmazását.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

A gondozási terv kialakításához részletesen fel kell mérni az idős megtartott készségeit – ezen belül az életvitelhez és önellátáshoz szükséges készségek megtartottságát és mobilizálhatóságát, figyelembe véve a gondozott korábbi tapasztalatát, készségeit, valamint a személyiségéből adódó sajátosságokat és egyéni érdeklődését. Az e támpontokon alapuló egyéni gondozási terv szolgáljon alapul egy individualizált készségmegőrző-készségfejlesztő programnak.

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

A készségeket egyénileg felmérő funkcionális vizsgálat szempontrendszer. A hozzátartozótól nyert előtörténeti támpontok leírása. A stáb gondozási tapasztalatának összegzése. Részletes egyéni gondozási terv és gondozási dokumentáció

A gondozási tervek rendszeres felülvizsgálata, korrekciója

A gondozás során biztosítani kell a változások folyamatos nyomon követését. A gondozási terv egészét félévenként tételesen felül kell vizsgálni a gondozási program hatékonyságának értékelésével, és a szükséges korrekciók elvégzésével.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

Ki kell alakítani a nyomon követés és értékelés kritériumait a szükséges felmérő lapokkal. Az intézményi teamnek évenként, illetve jelentős állapotváltozás esetén értékelő ülésen felül kell vizsgálnia az egyéni gondozási terveket.

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

Egyéni gondozási terv, gondozási dokumentáció, felmérő lapok áttekintése, az értékelő ülés állásfoglalása

A gondozott élettörténetének ismerete

A személyközpontú gondozásban a gondozott élettörténetének és az életében kulcsszerepet játszó személyek megismerésére nagy hangsúlyt kell helyezni. Fontos, hogy az előgondozás és bekerülés során személyes kapcsolat alakuljon ki az intézményi stáb és a hozzátartozók között, és részletes élettörténeti áttekintés történjen. A hozzátartozóval való kapcsolattartás a későbbiekben is lényeges támasza lehet a gondozási munkának. Az élettörténeti támpontok összefoglalásának szerepelnie kell a gondozott dokumentációjában, és támpontjait figyelembe kell venni a mindennapi gondozás során

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

Az előgondozást kvalifikált munkatársaknak kell végeznie, az élettörténeti áttekintés az előgondozási munka szerves része. Fontos, hogy az előgondozás során alkalmat biztosítsanak a hozzátartozóval folytatott interjúra, és arra megfelelő időt szánnanak. A gondozás mindennapi gyakorlatához a gondozó stábnak ismernie kell a gondozottak élettörténetét

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

Előgondozási dokumentáció és a hozzátartozótól kapott élettörténeti támpontok összefoglalója. A gondozottól kapott információk rögzítése a gondozási dokumentációban.

A stáb tájékozottságának felmérése a stábtaggal folytatott interjú során. Gondozási terv és gondozási dokumentáció támpontjai

Egyéni preferenciák

A személyközpontú gondozás mindennapi gyakorlatában az intézményi stábnak figyelembe kell vennie a gondozott egyéni érdeklődési területeit, hobbiját, azt, hogy mivel foglalja el magát szívesen, milyen foglalkozások, programok kötik le a figyelmét, mi jellemzi egyéni ízlését (milyen ruhát hord szívesen, mit szeret enni, stb.). Ezeket a szempontokat rögzíteni kell a gondozási dokumentációban, és figyelembe kell venni őket a gondozási terv kialakítása során.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

A gondozás napi gyakorlatában a gondozottal foglalkozó valamennyi stábtagnak munkájában érvényesülni kell az egyéni preferenciák figyelembevételének. Ezt a gondozási egységek vezetőinek folyamatosan figyelemmel kell kísérnie, és a stábtalálkozásokon az ezzel kapcsolatos tapasztalatokat, észrevételeket meg kell osztani. Ez fontos szempont a belépő új dolgozók felkészítése során is.

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

Előgondozási dokumentáció, hozzátartozóval folytatott interjú támpontjainak ismerete. A gondozott által elmondottak és viselkedésének figyelembevétele. A gondozó stábbal folytatott interjú. A stáb megbeszélések összefoglalói

A gondozott személyi tulajdona

Az idős ember számára fontos kapaszkodót jelent a múltjából származó, megszokott tárgyak jelenléte, és a körülötte lévő tárgyak állandósága. Az intézménynek törekednie kell arra, hogy a lehetőségek szerint minél több személyes tárgy vehesse körül a gondozottat (családi fényképek, emléktárgyak, egy-egy régi bútordarab – pl. karosszék). Lehetőleg az őt körülvevő tárgyak és saját holmija se legyen uniformizált

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

A bekerülés előkészítése során a gondozott preferenciáinak figyelembevételével és a hozzátartozóval folyó egyeztetés során az intézmény, a gondozott és a család közösen válassza ki a bekerülő személyes tárgyakat. Törekedni kell a személyes lakótér kialakítására.

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

A gondozott személyes lakóterének megtekintése

A gondozott aktivitása, foglalkozásokon való részvétele

Az idösek készség-megerösítésének, készségfejlesztésének fontos eszköze az intézményben kialakított aktivitási program és a különböző foglalkozások. A szakmai munka minősége szempontjából alapvető, hogy módszeresen felépített, széles kínálatú program valósuljon meg, és biztosítva legyen e program folyamatos fenntartása, stabilitása. Ehhez az intézményi menedzsment megfelelő támogatása szükséges (anyagi források, feltételek biztosítása). Fontos e szakmai programban résztvevő alkalmas munkatársak megfelelő kiválasztása, képzési támogatásuk és munkájuk fontosságának folyamatos megerösítése. Törekedni kell a módszertani fejlesztésekre, intézményközi tapasztalatcserekre és az innovatív programok kiemelt támogatására. Az egyéni készségek és preferenciák figyelembevétele alapvető fontosságú a foglalkozások kialakításakor.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

A közösségi programok, foglalkozások kínálata színes és gazdag. Kidolgozott, átfogó program (éves terv, havi lebontás, heti program) megléte. Az egyéni gondozási tervben a személyre szabott részvétel megjelenése. A szükséges források és feltételek biztosítása. Folyamatos stábépítés és fejlesztés. Az intézményi vezetés támogató jelenléte.

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

A részletes szakmai program dokumentumai, időtáblája, egyéni foglalkozási-fejlesztési tervek megléte, programdokumentáció. A megvalósítás éves intézményi értékelése

A személyközpontú megközelítés érvényesülése

Kommunikáció a gondozottal

A személyközpontú gondozás egyik legfontosabb eleme az idős és a gondozó közötti partnerség. Ez nem képzelhető el odaforduló figyelem és kapcsolati kölcsönösség nélkül. A figyelmesség, udvariasság, a gondozott véleményére, igényeire való odafigyelés és a gondozottnak nyújtott korrekt információ egyaránt fontos része a gondozási kultúrának, és elvárásként támasztható a gondozó stáb felé.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

A stáb megfelelő kommunikációs kultúrájának kialakítása, az esetmegbeszélő csoport keretében a gondozási helyzetek elemzése a kommunikáció szempontjából. A személyközpontú gondozás gyakorlatának megerösítése belső továbbképzés keretében. A kritériumok intézményi szinten való deklaratív megfogalmazása.

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

Interjú a gondozottakkal, a gondozási helyzetek közvetlen megfigyelése, elemzése. A stáb tapasztalatainak rendszeres feldolgozása

Empátia és a gondozott szempontjainak figyelembevétele

A gondozás során elengedhetetlen a stáb empatikus törekvése arra, hogy megértsék a gondozott helyzetét, érzéseit, figyelembe vegyék vágyait, törekvéseit és a gondozási döntéshelyzetekben mérlegeljék a gondozott szempontjait.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

A gondozó stáb empátiás készségének fejlesztése. A gondozási helyzetek elemző feldolgozása. A nehéz döntési és kockázati helyzetek bevitele esetmegbeszélő csoportba, szupervízióba.

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

A gondozói tevékenység kísérő elemzése a stábbal, teamülések, esetmegbeszélők tapasztalatának feldolgozása és annak dokumentációja, interjúk a stábtagokkal

A gondozás légköre

Az intézményi légkör jelentősen befolyásolhatja a gondozottak állapotát, feszültségi szintjét. Az idősek a kognitív romláshoz képest érzelmi síkon jobban képesek rezonálni és érzelmi-indulati állapotuk érzékenyen követi a környezeti hatásokat. A személyközpontú gondozás fontos kiinduló pontja a rogersi értelemben vett feltétel nélküli elfogadás. A gondozás gyakorlatában ez a pozitív gondozási légkörben, az elfogadó gondozói attitűdben jelenik meg. Ennek a pozitív légkörnek a kialakítása, fenntartása alapvető intézményi feladat.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

A stáb képes egy nyitott, elfogadó gondozói magatartást kialakítani. A vezetés a segítő skillek megerősítésére a stábnak időnként tréning jellegű programokat szervez. A pozitív légkör fenntartásának fontos eszköze a teamszupervízió biztosítása.

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

Interjú a gondozottakkal, hozzátartozókkal és a stábbal. Gondozási helyzetek megfigyelése, elemzése

Respektus

Alapvető követelmény és az intézményi kultúra minőségét fémjelzi az, hogy a gondozó stáb elkerüli a paternalisztikus gondozási attitűdöt és a gondozott lekezelését

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

A stáb a gondozottat felnőttként kezelve megfelelő megszólítást alkalmaz, kikéri és figyelembe veszi véleményét, szándékát és igényeit. Segíti, támogatja a gondozottat abban, hogy autonómiáját, méltóságát a tágabb intézményi környezetben is fenntarthassa.

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

Interjú a gondozottakkal, hozzátartozókkal, a gondozási helyzetek megfigyelése és elemzése. Gondozási esetmegbeszélők összefoglalóinak áttekintése

„Képessé tevés” (empowerment)

A gondozási munkában érvényesülnie kell annak a törekvésnek, hogy a lehető legnagyobb mértékben erősítsék a gondozott autonómiáját. és ösztönözzék önálló erőfeszítéseit.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

A gondozási terv kialakítása során a meglévő és a még mobilizálható önellátási képességek feltérképezése, és az önellátás facilitálása a lehetséges keretek között. A foglalkozásokba való bevonáskor támaszkodnak a gondozott még meglévő képességeire, és megerősítő módon ösztönzik a tevékenységben való részvételét.

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

Készségfelmérés eredményeinek figyelembevétele, gondozási terv, a gondozott aktivitásának megfigyelése

A közösségi részvétel ösztönzése

Az intézménynek törekednie kell változatos közösségi programok kialakítására, és a gondozottak bevonására. Erősíteni kell az intézmény és a külvilág kapcsolatát különböző programok behozatalával, a helyi intézményekkel, szervezetekkel való kapcsolattartással, a gondozottak állapotától függően az intézmény körüli helyekre való kimozdulással (bolt, piac, presszó, művelődési központ egyes programjai, séta a parkban, állatkertben, stb.).

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

A „nyitott otthon” koncepciójának érvényesítése, kapcsolat a partnerintézményekkel és az egyházi és civil szervezetekkel, önkéntes bázis kialakítása, partneri viszony a helyi szolgáltatókkal. Hozzá tartozók bevonása.

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

A közösségi programok áttekintése, intézményi dokumentáció, rendezvényt napló, fényképek, videó DVD-felvételek. Interjú gondozottakkal, hozzátartozókkal, a programok partnereivel

A „problémás viselkedés” kezelése

A stábnak törekednie kell a zavaró viselkedés mögött meghúzódó tényezők megértésére, feltárására és megfelelő gondozási stratégiák kialakítására. Amennyire lehetséges, pszichiáter konzultáns bevonása mellett mérlegelni kell a pszichofarmakonok és/vagy korlátozó intézkedések alkalmazásának elkerülhetőségét.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

A zavaró viselkedés körülményeinek és élettörténeti vonatkozásainak elemzése. A megelőzésre irányuló proaktív gondozási stratégiák alkalmazása, és a rehabilitációs szemlélet érvényesítése a gondozási gyakorlatban. A pszichiátriai konzultáció szempontjainak és a korlátozó intézkedés szabályainak megismertetése a stábbal. Gondozási esetmegbeszélő a „problémás” esetek feldolgozására. Szupervíziós háttér biztosítása.

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

A zavaró viselkedés dokumentációja, gondozási terv, esetmegbeszélő csoport összefoglalója. A stáb módszertani továbbképzése

A szociális környezet

Szociális inklúzió

Az intézménynek törekednie kell arra, hogy a gondozottak és hozzátartozóik aktív résztvevői legyenek az intézményi élet alakításának. A lehetőségek szerint törekedni kell a hozzátartozói képviselet létrehozására és bevonására az intézményi döntési folyamatokba. Az intézménynek a „nyitott otthon” működési elveit alkalmazva segítenie kell a társadalmi elfogadást.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

Kapcsolattartás a hozzátartozókkal. A kulcsszemélyek bevonása a hozzátartozói képviselet létrehozásába. Negyedévenként képviseleti ülések. A hozzátartozói képviselet folyamatos tájékoztatása, bevonásuk az intézményi fejlesztések, programok kialakításának előkészítésébe és a döntési folyamatokba.

Kritérium teljesülésének indikátorai és monitorozásának lehetőségei

Érdekképviseleti dokumentáció, ülések jegyzőkönyvei

Külső érdekképviselet

Az intézménynek törekednie kell arra, hogy érvényesüljenek a gondozottak jogai. Ki kell dolgozni az intézmény házirendjét és a normasértő magatartás kezelésére vonatkozó szabályozását. Törekedni kell a közösség védelmére. Biztosítani kell a hozzátartozók észrevételezési lehetőségét és az ellátott jogi képviselő igénybe vehetőségét.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

Házirend és rendkívüli eljárási protokollok kidolgozása. Kapcsolattartás a hozzátartozókkal.

Ellátott jogi képviselő jelenlétének biztosítása.

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

Érdekképviseleti tevékenység dokumentációja. Házirend és eljárási protokollok

A szolgáltatási környezet minősége

Az intézménynek törekednie kell arra, hogy az intézmény biztosítsa a lehetőségek szerinti elvárható életminőséget, és megfeleljen a gondozottak szükségleteinek (otthonos, biztonságos környezet, a lehető legnagyobb szabadságot biztosító mozgásterekkel, az izoláció csökkentésével és a stáb elérhető, támogató jelenlétével).

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

A lakókörnyezet kialakításában a rehabilitációs szempontok érvényesítése. Jól használható, átlátható funkcionális terek. A stáb támasznyújtó jelenléte.

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

Az intézményi környezet megtekintése, leírása, dokumentációja, a stáb és a hozzátartozók tapasztalatainak felhasználása, külső látogatók észrevételei

Egészségügyi ellátási háttér

Az intézménynek biztosítani kell az alapellátáshoz szükséges intézményi és háziiorvosi jelenlétet, a rendszeres pszichiátriai szakmai konzultációt, valamint a szakrendelői, sürgősségi ellátás és kórházi háttér elérhetőségét. Törekedni kell

preventív szűrőprogramok bevezetésére, és biztosítani kell a megfelelő színvonalú ápolási háttérrel.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

Háziorvosi és szakorvosi ellátás biztosítása megfelelő óraszámmal és tárgyi feltételekkel. Megfelelő szakképzettségi arány biztosítása az ápoló-gondozó egységekben. Szakápolási kapacitás belső biztosítása.

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

Ellátási szerződések. Az ellátás személyi és tárgyi feltételeinek áttekintése

Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források

Kritérium	Indikátor	Forrás
Az intézmény megfogalmazta a küldetését, és a dolgozókkal megismertette.		Szakmai program Szervezeti és működési szabályzat Dokumentáció Munkaköri leírások Munkaszerződések
A vezetés és az intézményi stáb közötti kapcsolat élő és rendszeres, vannak informális beszélgetési alkalmak.		Stresszmonitorizálási felmérés Jutalmazás rendszerének dokumentációja Munkaértekezletek, szupervízió dokumentációja Interjú
Az intézmény rendelkezik kidolgozott minőségbiztosítási leírással.		Dokumentáció
Az egyéni szükségleteken alapuló gondozási terv készül.		Szakmai dokumentáció Interjú
Az egyéni gondozási tervek felülvizsgálata rendszeres, és kidolgozott szempontrendszeren alapul.		Szakmai dokumentáció Állapotfelmérő lapok
Ismerik a lakó élettörténetét, ami alapot szolgáltat az egyéni gondozási tervek kidolgozásához, és a személyre szabott gondozás megvalósításához.		Szakmai dokumentáció Előgondozás dokumentációja Interjú
A napi munka során érvényesülnek a lakók egyéni preferenciái. Valamennyi dolgozó ezt szem előtt tartva végzi feladatait.		Szakmai dokumentáció Stáb tapasztalatainak írásos összegzése
Az intézményben személyes lakóteret alakítanak ki valamennyi lakó számára.		Helyszíni bejárás

A közösségi programok kínálata gazdag, és megteremtik a személyre szabott részvétel lehetőségét.		Éves/havi/heti munkaterv: mentálhigiénés és foglalkoztatási tervek Egyéni gondozási tervek Egyéb szakmai dokumentáció
A stáb megfelelően kidolgozott kommunikációs kultúrával rendelkezik, melyet rendszeresen kontrollálnak, és az új dolgozókkal is megismertetnek.		Interjú Megfigyelés Stáb tapasztalatainak írásos dokumentációja
Sor kerül a gondozó stáb empátiás készségének fejlesztésére és a nehéz döntési helyzetekre való reakciókészség fejlesztésére.		Esetmegbeszélő/szupervíziós csoportok dokumentálása Interjú Belső továbbképzések, helyzetgyakorlatok
Az intézmény biztosítja a szükséges tréningeket, hogy a stáb fejleszthesse segítő skilljeit.		Interjú Gondozási helyzetek megfigyelése, elemzése
Az intézményi stáb támogatja a lakót az autonómiája és méltósága tágabb intézményi környezetben történő fenntartásában.		Interjú Gondozási helyzetek megfigyelése, elemzése
A lehetséges keretek között, a meglévő és mobilizálható önellátási képességek ismeretében történik az önellátás facilitása.		Szakmai dokumentáció Készségfelmérések
Az intézmény kapcsolatot tart fenn más szervezetekkel, hogy szélesedjen a lakók kapcsolatrendszere.		Programok dokumentációja Fényképek, videók, dvd-k Interjú
A közösséget zavaró viselkedés esetén az okok feltárását követően megtörténik a hosszú távú beavatkozási stratégia kidolgozása.		Szakmai dokumentáció Dolgozók felkészítésének dokumentációja
Az intézményben élőkre vonatkozó szabályok kidolgozása az érintettek bevonásával történik.		Dokumentáció Egyeztetések jegyzőkönyvei Eljárási protokoll

MELLÉKLETEK

1. Melléklet: Idősek tartós bentlakásos ellátása idikátorai INDIKÁTOROK

Meghatározás	Indikátor	Forrás
Krónikus sebek, felfekvés	fokozat – előrelépések száma/lakó/év	Ápolási – egészségügyi dokumentáció Nemzetközileg elfogadott skálák
Tápláltsági szint	Optimális testsúlyhoz viszonyított eltérés változása/félév figyelembe véve az un. senyvesztő betegségben szenvedők számát (pl. daganatos megbetegedések, Alzheimer kór, Parkinson kór)	Ápolási – egészségügyi dokumentáció MNA rövidített formája
Fertőzés, szövődmények	Fertőzések száma/év Érintettek számaránya az összes lakóhoz viszonyítva /alkalom/ fertőzés neve	Ápolási dokumentáció
Törések, esések	Esetek aránya/összes lakó (%)	Ápolási dokumentáció
Mozgáskéesség/egyensúly	Mozgáskéesség változása/lakó/év	TUG (Timed get up and go) Statikus TINETTI teszt
Inkontinencia	Szűrés:vizsgálat és önértékelés	Inkontinencia szűrőlap
Fájdalom megítélése	Szubjektív kérdőíves mérés	Doloplus felmérőskála
Ellátotti csoport összetétele	Korszerinti megoszlás, krónikus betegségek, önellátás mértéke, gondnokság alatt állók	Dokumentációk Gondozási terv
Dependencia mértéke	Ápolási-gondozási függőség HGCS	Dokumentáció (Barthel index, Katz, AGIR skálák) Gondozási terv HGCS I-IV
Aktivitás	<ul style="list-style-type: none"> - lakók által kezdeményezett tevékenység fajták száma - lakók részvételi aránya a foglalkozásokon 	Gondozási terv dokumentáció Mentálhigiénés és foglalkoztatási dokumentáció

	(résztvevők száma/ összes lakó) - ágyban fekvők, akik szellemileg képesek rá – számukra tartott foglalkozások száma - rendszeresen (min. heti 2 alkalom) levegőző lakók aránya	
Izoláció, lelki magány	Rendszeresen kapcsolatot tartók száma/lakó – eltérések az intézményi átlaghoz viszonyítva	Skála – kapcsolatok minősége
Elégedettség (kliens, hozzátartozó, munkatárs)	Van-e elégedettség vizsgálat? Az elégedettségvizsgálat eredménye.	Elégedettség vizsgálat dokumentációja
Lakók tájékozottsága	Írásos tájékoztatók száma Kérdőív	Dokumentációk
Hozzátartozók bevonása az ellátás folyamatába	Panaszok és elismerések száma. Hozzátartozók véleményének megjelenítése, a lakókról tőlük kapott információk rögzítése.	Panaszkezelés dokumentációja Hozzátartozói elismerő írásos dokumentumok Gondozási terv dokumentáció
Rendszerszemlélet érvényesülése	Szabályozók tartalmában megjelenik-e? Együtműködési megállapodások száma.	Szabályozók Együtműködési megállapodások

2. melléklet: Irodalomjegyzék a bentlakásos idősellátás szakmai szabályaihoz

- AGGER, C. – ANDERSEN, K. – BRETELER, M. M. – COPELAND, J. R. – HELMER, C. – BALDERESCHI, M. – FRATIGLIONI, L. – LOBO, A. – SOININEN, H. – HOFMAN, A. – LAUNER, L. J. (2000): Prognosis with dementia in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic diseases in the elderly research group. *Neurology*.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000): Diagnostic Dtatistical Manual of Mental Disorders 4th d. Text revision (DSM-IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Association.
- ANIMULA, K. – CHERFAS, J. – LEWIN, R. (1986): Nem csak munkával él az ember. A nem létfontosságú tevékenységek. Gondolat, Budapest.
- ANTTILA, T. – ELKALA, E. L. – IVIPELTO, M. – HALLIKAINEN, M. – ALHAINEN, K. – EINONEN, H. – MANNERMAA, A. – TUOMILEHTO, J. – SOININEN, H. – NISSINEN, A. (2002): Midlife income, occupation, apoe status, and dementia: A population-based study. *Neurology*.
- AREOSA, S.A. – SHERRIFF, F. – MCSHANE, R. (2005): Memantine for dementia. *Cochrane Database Syst Rev*.
- BACHMAN, D. L. – WOLF, P. A. – LINN, R.T. – KNOEFEL, J. E. – COBB, J. L. – BELANGER, A. J. – WHITE, L. R. – D'AGOSTINO, R. B. (1993): Incidence of dementia and probable Alzheimer's disease in a general population. The Framingham study. *Neurology*.
- BAGDY E. – WIESNER E. (2005): Szupervízió egyén – csoport – szervezet. *Supervisio Hungarica Sorozat IV. kötet. Print-X-Budavár Kiadó, Budapest.*
- BAGYINSZKI ZOLTÁNNÉ – KOVÁCS I. – PÉNTEK B. (2004): Idősek szociális ellátása. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest.
- BAINS, J. – BIRKS, J. S. – DENING, T. R. (2002): The efficacy of antidepressants in the treatment of depression in dementia. *Cochrane Database Syst Rev*.
- BALOGH E. (2004): A szociális ellátórendszer működéséről, kihívásairól. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest.
- BALTES, P. B. – SMITH, J. – STAUDINGER, U. M. (2000): Bölcsesség és sikeres öregedés. In: Czigler István (szerk.): Túl a fiatalságon. Megismerési folyamatok időskorban. Akadémiai, Budapest.
- BIGNALL (1993): Apoe gene dose in Alzheimer's disease. *Lancet*.
- BIRKS, J. – FLICKER, L. (2003): Selegiline for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev*.
- BIRKS, J. – GRIMLEY EVANS, J. – IAKOVIDOU, V. – TSOLAKI, M. (2000): Rivastigmine for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev*.
- BIRKS, J. – GRIMLEY, E.V. – VAN DONGEN, M. (2002): Ginkgo biloba for cognitive impairment and dementia. *Cochrane Database Syst Rev*.

- BIRKS, J.S. – HARVEY, R. (2003): Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev*.
- BONAIUTO, S. – MELE, M. – GALLUZZO, L. – GIANNANDREA, E. (1995): Survival and dementia: A 7-year follow-up of an Italian elderly population. *Arch Gerontol Geriatr*.
- BONAIUTO, S. – ROCCA, W. A. – LIPPI, A. – GIANNANDREA, E. – MELE, M. – CAVARZERAN, F. – AMADUCCI, L. (1995): Education and occupation as risk factors for dementia: A population-based case-control study. *Neuroepidemiology*.
- BRODATY, H. – AMES, D. – SNOWDON, J. – WOODWARD, M. – KIRWAN, J. – CLARNETTE, R. – LEE, E. – LYONS, B. – GROSSMAN, F. (2003): A randomized placebo-controlled trial of risperidone for the treatment of aggression, agitation, and psychosis of dementia. *J Clin Psychiatry*.
- BUDAI I. (2008): Szociális tudás – kompetenciák – képzés és a sztenderdek kidolgozása. *Kapocs* (VII. évf. 37.)
- CHONG, M.S., – SAHADEVAN, S. (2005): Preclinical Alzheimer's disease: Diagnosis and prediction of progression. *Lancet Neurology*.
- CHUI, H.C. – MACK, W. – JACKSON, J. E. – MUNGAS, D. – REED, B. R. – TINKLENBERG, J. – CHANG, F. L. – SKINNER, K. – TASAKI, C. – JAGUST, W. J. (2000): Clinical criteria for the diagnosis of vascular dementia: A multicenter study of comparability and interrater reliability, *Arch Neurol*
- CLARE, L. – WOODS, R. T. – MONIZ COOK, E. D. – ORRELL, M. – SPECTOR, A.(2003): Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia, *Cochrane Database Syst Rev*.
- COREY-BLOOM, J.(2000): The natural history of Alzheimer's disease., in *Dementia*, Arnold: London.
- COURTNEY, C. – FARRELL, D. – GRAY, R. – HILLS, R. – LYNCH, L. – SELLWOOD, E. – EDWARDS, S. – HARDYMAN, W. – RAFTERY, J. – CROME, P. – LENDON, C. – SHAW, H. – BENTHAM, P. (2004): Long-term donepezil treatment in 565 patients with Alzheimer's disease (AD2000): Randomised double-blind trial. *Lancet*.
- CZIGLER I. (szerk.) (2000): *Túl a fiatalságon, megismerési folyamatok időskorban*, Akadémiai, Budapest.
- CSERBÁN JÓZSEFNÉ (2008): Jelentés a 100 szociális szakellátást biztosító speciális ellátotti csoportokat gondozó szociális intézmények szakmai ellenőrzésének tapasztalatairól.
- CSERBÁN JÓZSEFNÉ (2007): Jelentés a Fokozott Ellenőrzési Program eredményeiről.
- CSERNÁTHNÉ KÁRÁNDI E. (2001): Minőségbiztosítás lehetősége a szociális ágazatban, *Hajdúböszörmény Város Pályázati és Innovációs Munkaközössége*.
- DARTIGUES, J.F. – GAGNON, M. – MAZAUX, J. M. – BARBERGER-GATEAU, P. – COMMENGES, D. – LETENNEUR, L. – ORGOGOZO, J. M. (1992):

- Occupation during life and memory performance in nondemented French elderly community residents. *Neurology*.
- DOBÁK M. (1992): Szervezeti formák és vezetés. KJK, Budapest.
- DOODY, R. S. – STEVENS, J. C. – BECK, C. – DUBINSKY, R. M. – KAYE, J. A. – GWYTHYER, L. – MOHS, R. C. – THAL, L. J. – WHITEHOUSE, P. J. – DEKOSKY, S. T. – CUMMINGS, J. L. (2001): Practice parameter: Management of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*.
- D-PRECÍZ KONZORCIUM (2001): Belső auditor képzés. www.dpk.hu
- EGERVÁRI, Á (2005) HOMOGEN GONDOZÁSI CSOPORT: a gondozási tevékenység mérése, Szociális Menedzser
- EGERVÁRI, Á. (2006) Szociális ellátások Ausztriában, tanulmány
- EMRE, M. – AARSLAND, D. – ALBANESE, A. – BYRNE, E. J. – DEUSCHL, G. – DE DEYN, P. P. – DURIF, F. – KULISEVSKY, J. – VAN LAAR, T. – LEES, A. – POEWE, W. – ROBILLARD, A. – ROSA, M. M. – WOLTERS, E. – QUARG, P. – TEKIN, S. – LANE, R. (2004): Rivastigmine for dementia associated with Parkinson's disease. *N Engl J Med*.
- ERKINJUNTTI, T. – KURZ, A. – GAUTHIER, S. – BULLOCK, R. – LILIENFELD, S. – DAMARAJU, C.V. (2002): Efficacy of galantamine in probable vascular dementia and Alzheimer's disease combined with cerebrovascular disease: A randomised trial. *Lancet*.
- ESMONDE, T. – COOKE, S. (2002): Shunting for normal pressure hydrocephalus. *Cochrane Database Syst Rev*.
- EVANS, D. A. – HEBERT, L. E. – BECKETT, L. A. – SCHERR, P. A. – ALBERT, M. S. – CHOWN, M. J. – PILGRIM, D. M. – TAYLOR, J. O. (1997): Education and other measures of socioeconomic status and risk of incident Alzheimer disease in a defined population of older persons. *Arch Neurol*.
- EXTERDÉNÉ ZSURKAI I. (2008): Megküzdési stratégiák időskorban. *Gerontológia*. DEEK, Nyíregyháza.
- FÁBIÁN G. (2010): Globalizáció, modernizáció és a helyi szociális szolgáltatások esélyei. http://odin.de-efk.hu/index.php?option=com_content&task=view&id=48&Itemid=47
- FARKAS M. M. (2003): A minőségfejlesztési gondolat adaptációja Hevesen. Humán Fejlesztők Kollégiuma, Debrecen.
- FARLOW, M. – POTKIN, S. – KOUMARAS, B. – VEACH, J. – MIRSKI, D. (2003): Analysis of outcome in retrieved dropout patients in a rivastigmine vs placebo, 26-week, Alzheimer disease trial. *Arch Neurol*.
- FEHÉR J. (1995): Szemléletmód és módszerek. Emberi Erőforrás-menedzsment.
- FIORAVANTI, M. – FLICKER, L. (2001): Efficacy onicergoline in dementia and other age associated forms of cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev*.
- FRAMPTON, M. – HARVEY, R. J. – KIRCHNER, V. (2003): Propentofylline for dementia. *Cochrane Database Syst Rev*.

- FRATIGLIONI, L. – DE RONCHI, D. – AGUERO-TORRES, H. (1999): Worldwide prevalence and incidence of dementia. *Drugs Aging*.
- FRATIGLIONI, L. – LAUNER, L. J. – ANDERSEN, K. – BRETELER, M. M. – COPELAND, J. R. – DARTIGUES, J. F. – LOBO, A. – MARTINEZ-LAGE, J. – SOININEN, H. – HOFMAN, A. (2000): Incidence of dementia and major subtypes in europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic diseases in the elderly research group. *Neurology*.
- FRIEDLAND, R. P. – FRITSCH, T. – SMYTH, K. A. – KOSS, E. – LERNER, A. J. – CHEN, C. H. – PETOT, G. J. – DEBANNE, S. M. (2001): Patients with Alzheimer's disease have reduced activities in midlife compared with healthy control-group members. *Proc Natl Acad Sci, USA*.
- FÜLÖP M. (2004): Versengés időskorban szociálpszichológiai és pszichoanalitikus megközelítésben. Életciklusok. Animula, Budapest.
- FÜREDI J. – NÉMETH A. – TARISKA P. (2003): A pszichiátria magyar kézikönyve. 3. Budapest, Medicina.
- GÁSPÁR L. (1995): Bevezetés az emberi erőforrások elméletébe. JPTE, Pécs.
- GÁTHY V. (2003): 2 év Minőségi ellenőrzési feladatai Budapesten és környékén. Humán Fejlesztők Kollégiuma, Debrecen.
- GÁTHY V. (2001): A kliensjogok védelmében. Minőségbiztosítás és szociálpolitika. Főv. Módsz. Oszt.
- GÖNCZ K. (2004): Szupervízió az egészségügyi és szociális ellátásban. Szupervízió, II. évf. 1.
- GRÁBICS Á. (szerk.) (2008): Aktív időskor – Tanulmánykötet. KSH és SZMM, Budapest.
- GUILLEMARD, A-M. (1999): Megöregedés és kirekesztetté válás. Szociológiai Figyelő. II.–III. évf. 1-2.
- GYARMATI A. (2006): Idősellátásban dolgozók munkahelyi körülményei, Kapocs, V. évf. 3.
- GYUKITS GY. (2003): A gyászolók szociális támogatása. A gyász. Medicina, Budapest.
- HAJNAL M. P. dr. (2007): A szociális szolgáltatások minőségfejlesztésének speciális problémái. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, Tanulmány No. 401120/3.
- HAJNAL M. P. dr. (2008): A szociális szolgáltatások minőségfejlesztésének speciális problémái – összevetve az egészségügy hasonló tevékenységével. Kapocs, VII. évf. 3.
- HAJNAL M. P. dr.: Egészségügyi és szociális szolgáltatások.
- HAJNAL M. P. dr. (2005): Minőségközpontú menedzsment a szociális és egészségügyi intézményekben. Szociális Menedzser, VII. évf. 6.
- HAJNAL M. P. dr. (2007): Szakmai Beszámoló a szociális és gyermekvédelmi standardok kifejlesztésének témaköréből. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet.
- HÁRDI I. (2007): Harmónia és kreativitás öregkorban. Az időskor. Edutech Kiadó, Sopron.

- HEGYESI G. – TALYIGÁS K. (2006): A szociális munka adminisztrációja. In: Kozma Judit (szerk.): Kézikönyv szociális munkásoknak. Szociális Szakmai Szövetség, Budapest
- HERVAINÉ SZABÓ GY. dr.: A kompetencia alapú szociális munkás képzési program kialakítása a Kodolányi János Főiskolán. Kézirat.
- HERVAINÉ SZABÓ GY. dr.: A kompetencia alapú szociális munkás képzési program kialakítása a Kodolányi János Főiskolán. Kézirat.
- HERVAINÉ SZABÓ GY. dr.: A szociális munka világa a 21. században. Kézirat.
- HOGERVORST, E. – YAFFE, K. – RICHARDS, M. – HUPPERT, F. (2002): Hormone replacement therapy for cognitive function in postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev.
- HOGERVORST, E. – YAFFE, K. – RICHARDS, M. – HUPPERT, F. (2002): Hormone replacement therapy to maintain cognitive function in women with dementia. Cochrane Database Syst Rev.
- IMRE S. – FÁBIÁN G. (2006): Öszülő társadalmak. Egészségügyi szociális munka könyvtára I. DE EFK, Nyíregyháza.
- IVÁN L. (2006): A sikeres öregedés rendszerszemlélete. In: Imre S. – Fábíán G.: Öszülő társadalmak. DE EFK, Nyíregyháza.
- IVÁN L. (2002): Az életminőség védelme a krónikus betegségekben és öregkorban. Élethelyzet – életminőség, zsákutcák és kiutak. MTA, Budapest.
- JESZENSZKY Z. (2006): Demenciával küzdő idős emberek ellátásának irányelvei. Kapocs, V. évf. 6.
- KALMAN, J. – BODA, K. – BENDE, Z. – JANKA, Z. (2003): 7 perces teszt a demencia szűrésére. Orv Hetil. 144.
- KAST, V. (1982): A gyász. Egy lelki folyamat stádiumai és esélyei. TWINS, Budapest.
- KASZIBA ZS. (2003): Piaci szereplők minőségbiztosítása. Humán Fejlesztők Kollégiuma, Debrecen.
- KATZMAN, R. – KARIAS, C. (1994): The epidemiology of dementia and Alzheimer disease. In: Alzheimer disease. Raven Press, New York.
- KHACHATURIAN, A. S. – CORCORAN, C. D. – MAYER, L. S. – ZANDI, P. P. – BREITNER, J. C (2004): Apolipoprotein E epsilon4 count affects age at onset of Alzheimer disease, but not lifetime susceptibility. The Cache county study. Arch Gen Psychiatry.
- KIVIPELTO, M. – HELKALA, E. L. – LAAKSO, M. P. – HANNINEN, T. – HALLIKAINEN, M. – ALHAINEN, K. – SOININEN, H. – TUOMILEHTO, J. – NISSINEN, A. (2001): Midlife vascular risk factors and Alzheimer's disease in later life: Longitudinal, population based study. Bmj.
- KNOPMAN, D. S. – DEKOSKY, S. T. – CUMMINGS, J. L. – CHUI, H. – COREY-BLOOM, J. – RELKIN, N. – SMALL, G. W. – MILLER, B. – STEVENS, J. C. (2001): Practice parameter: Diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology.

- KOOPMANS, R. T. – EKKERINK, J. L. – VAN WEEL, C. (2003): Survival to late dementia in Dutch nursing home patients. *J Am Geriatr Soc.*
- KOVÁCS M. (2003): Időskori depresszió és szorongás. Springer, Budapest.
- KOVÁCS T. (1998): Tréningek a humán erőforrás fejlesztésben. Stratégiai Kommunikációs Tanácsadó Iroda, Budapest.
- KOZMA J. – MESTER D. (2008): A szociális szolgáltatások szakmai szabályozó rendszerének kidolgozását célzó munka eredményeiről és soron következő feladatairól. *Kapocs*, VII. évf. 3.
- KOZMA J. dr. (2007): A szociális szolgáltatások modernizációjának kérdései a szociális munka nézőpontjából. *Kapocs különszám – Kutatás, fejlesztés a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet szakmai műhelyeiben.*
- KOZMA J. dr. (szerk.) (2006): Kézikönyv szociális munkásoknak. Szociális Szakmai Szövetség, Budapest.
- KOZMA J. dr. (2007): A szociális szolgáltatások modernizációjának kérdései a szociális munka nézőpontjából. *Kapocs, különszám.*
- KŐSZEGI E. (2005): Bevezetés az idősvédelembe.
www.freeweb.hu/tferi/szocmunka/Koszegi/idos1old.doc
- KRAVALIK ZS. (2004): Az időspolitika gyakorlata az Európai Unióban közösségi és tagállami szinten. In: *Idősbarát önkormányzatok, 2005.* ICSSZEM, Budapest.
- KRÉMER B. (2008): A szociális szolgáltatások modernizációja – közpolitikai trendek, elvek, irányok. *Kapocs*, (VII. évf. 6.)
- LAÁB Á. (1994): A humán tőke értéke és számbavétele. *Vezetéstudomány.* 12.
- LARSON, E. B. – SHADLEN, M. F. – WANG, L. – MCCORMICK, W. C. – BOWEN, J. D. – TERI, L. – KUKULL, W. A. (2004): Survival after initial diagnosis of Alzheimer disease. *Ann Intern Med.*
- LAUNER, L. J. – ANDERSEN, K. – DEWEY, M. E. – LETENNEUR, L. – OTT, A. – AMADUCCI, L. A. – BRAYNE, C. – COPELAND, J. R. – DARTIGUES, J. F. – KRAGH-SØRENSEN, P. – LOBO, A. – MARTINEZ-LAGE, J. M. – STIJNEN, T. – HOFMAN, A. (1999): Rates and risk factors for dementia and Alzheimer's disease: Results from eurodem pooled analyses. *EuroDem incidence research group and work groups, European studies of dementia. Neurology.*
- LINCOLN, N. B. – MAJID, M. J. – WEYMAN, N. (2000): Cognitive rehabilitation for attention deficits following stroke. *Cochrane Database Syst Rev.*
- LIVINGSTON, G. – KATONA, C. (2000): How useful are cholinesterase inhibitors in the treatment of Alzheimer's disease? A number needed to treat analysis. *Int J Geriatr Psychiatry.*
- LIVINGSTON, G. – KATONA, C. (2004): The place of memantine in the treatment of Alzheimer's disease: A number needed to treat analysis. *Int J Geriatr Psychiatry.*
- LONERGAN, E. – LUXENBERG, J. – COLFORD, J. (2002): Haloperidol for agitation in dementia. *Cochrane Database Syst Rev.*

- LOPEZ-ARRIETA, J.M. – BIRKS, J. (2002): Nimodipine for primary degenerative, mixed and vascular dementia. Cochrane Database Syst Rev.
- LOY, C. – SCHNEIDER, L. (2004): Galantamine for Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev.
- MALOUF, R. – BIRKS, J. (2004): Donepezil for vascular cognitive impairment. Cochrane Database Syst Rev.
- MITCHELL, S. L. – KIELY, D. K. – HAMEL, M. B. – PARK, P. S. – MORRIS, J. N. – FRIES, B. E. (2004): Estimating prognosis for nursing home residents with advanced dementia. *Jama*.
- MONTGOMERY, P. – DENNIS, J (2002): Physical exercise for sleep problems in adults aged 60+. Cochrane Database Syst Rev.
- NEMES J.: A többszintű szociális képzés kialakításának lehetőségei. Iskolaszövetség Konferencia, 2005.
- NEMES Z. (2003): Az agy-gerincvelői folyadék amyloid és protein tartalma a demenciák diagnózisában. *Psych. Hung.* 18.
- NEMESKÉRI GY. – FRUTTUS I. (2001): Az emberi erőforrás fejlesztésének módszertana. Ergofit Kft., Budapest.
- NÉMETH L. (2004): Mit vár a társadalom a szociális szolgáltatóktól a XXI. században? *Kapocs*, III.évf. 6.
- NÉMETH L. (2007): Szupervízió a gyermekjóléti szolgálatokban. *Gyermekjóléti Szolgálatok I. Országos Konferenciája*.
- NULAND, B. S. (2002): *Hogyan halunk meg?* Akkord, Budapest.
- OLIN, J. – SCHNEIDER, L. – NOVIT, A. – LUCZAK, S. (2001): Hydergine for dementia. Cochrane Database Syst Rev.
- OTT, A. – BRETELER, M. M. – VAN HARSKAMP, F. – STIJNEN, T. – HOFMAN, A. (1998): Incidence and risk of dementia. The Rotterdam study. *Am J Epidemiol*.
- PALMER, C. (1999): Evidence-base briefing: Dementia. A compilation of secondary research evidence, guidelines and consensus statements. London: Gaskell - Royal College of Psychiatrists.
- PANKER M. (2009): Szociális szolgáltatások a Nyugat-dunántúli Régióban. Nyugat-dunántúli Regionális Szociális Módszertani Központ, Győr.
- PÉNTEK B. – ZOLTÁN L. (2008): *Idősothtonok*. SpringMed, Budapest.
- PESTI GYÖRGYNÉ (2003): Belső minőségbiztosítási kézikönyv. Fővárosi Önkormányzat Idősek Otthona, Budapest.
- PETERSEN, R. C. – STEVENS, J. C. – GANGULI, M. – TANGALOS, E. G. – CUMMINGS, J. L. – DEKOSKY, S. T. (2001): Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Sztemderds Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*.
- PILLING J. (2003): *A gyászolók segítségének lehetőségei*. Medicina, Budapest.
- POLCZ A. (2005): *Együtt az eltávozottal*. Jelenkor, Pécs.

- QIU, C. – KIVIPELTO, M. – AGUERO-TORRES, H. – WINBLAD, B. – FRATIGLIONI, L. (2004): Risk and protective effects of the apoe gene towards Alzheimer's disease in the Kungsholmen project: Variation by age and sex. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*.
- RÁCZNÉ NÉMETH T. (2005): Győr Megyei Jogú Város Önkormányzata Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézménye. Jubileumi kiadvány, Győr.
- RAPP, M.A. – RIECKMANN, N. – GUTZMANN, H. – FOLSTEIN, M. F (2002): Micro-mental Test - ein Kurzverfahren für Untersuchung von Demenzsymptomen. *Nervenarzt*.
- REISBERG, B. – DOODY, R. – STOFFLER, A. – SCHMITT, F. – FERRIS, S. – MOBIUS, H.J. (2003): Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. *N Engl J Med*.
- RIEDEL-HELLER, S. G. – BUSSE, A. – AURICH, C. – MATSCHINGER, H. – ANGERMEYER, M.C. (2001): Prevalence of dementia according to DSM-III-R and ICD-10: Results of the leipzig longitudinal study of the aged (LEILA75+) part 1. *Br J Psychiatry*.
- RÓTH A. dr. : A minőségfejlesztés új útjai. A minőség az információs társadalomban. Verlag Dashöfer Szakkiadó Kft. és T. Bt., Budapest (megjelenés alatt).
- RUITENBERG, A. – KALMIJN, S. – DE RIDDER, M. A. – REDEKOP, W. K. – VAN HARSKAMP, F. – HOFMAN, A. – LAUNER, L. J. – BRETELIER, M. M. (2001): Prognosis of Alzheimer's disease: The Rotterdam study. *Neuroepidemiology*.
- SEMSEI I. (2008): Gerontológia. DEEK, Nyíregyháza.
- SILVERMAN, D. H. – GAMBHIR, S. S. – HUANG, H. W. – SCHWIMMER, J. – KIM, S. – SMALL, G. W. – CHODOSH, J. – CZERNIN, J. – PHELPS, M. E. (2002): Evaluating early dementia with and without assessment of regional cerebral metabolism by PET: A comparison of predicted costs and benefits. *J Nucl Med*.
- SIPOS I. – CSONTOS J. – KERCHNER C. – RIMASZÉKI Z. – CSIKÓS M. – DEGRELL I. (1990): A demencia epidemiológiai vizsgálata Nagyhegyes községben. Magyar Gerontológiai Társaság Vándorgyűlése, Debrecen.
- SAUNDERS, A.M. – STRITTMATTER, W.J. – SCHMECHEL, D. – GEORGE-HYSLOP, P.H. – PERICAK-VANCE, M.A. – JOO, S.H. – ROSI, B.L. – GUSELLA, J.F. – CRAPPER-MACLACHLAN, D.R. – ALBERTS, M.J. and co. (1993): Association of apolipoprotein e allele epsilon 4 with late-onset familial and sporadic Alzheimer's disease. *Neurology*.
- SOMORJAI I. (szerk) (2006): A szociális munkás-képzés globális alapelvei. Magyarországi Szociális Szakembereket Képző Iskolák és Oktatók Egyesülete (Iskolaszövetség).
- SPECTOR, A. – DAVIES, S. – WOODS, B. – ORRELL, M. (2000): Reality orientation for dementia: A systematic review of the evidence of effectiveness from randomized controlled trials. *Gerontologist*.

- SPECTOR, A. – ORRELL, M. – DAVIES, S. – WOODS, B. (2000): Reality orientation for dementia. Cochrane Database Syst Rev.
- SPECTOR, A. – ORRELL, M. – DAVIES, S. – WOODS, R. T. (2000): Reminiscence therapy for dementia. Cochrane Database Syst Rev.
- SPECTOR, A. – THORGRIMSEN, L. – WOODS, B. – ROYAN, L. – DAVIES, S. – BUTTERWORTH, M. – ORRELL, M. (2003): Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: Randomised controlled trial. Br J Psychiatry.
- STERN, Y. – GURLAND, B. – TATEMACHI, T. K. – TANG, M. X. – WILDER, D. – MAYEUX, R. (1994): Influence of education and occupation on the incidence of Alzheimer's disease. Jama.
- STREET, J. S. – CLARK, W. S. – GANNON, K. S. – CUMMINGS, J. L. – BYMASTER, F. P. – TAMURA, R. N. – MITAN, S. J. – KADAM, D. L. – SANGER, T. M. – FELDMAN, P. D. – TOLLEFSON, G. D. – BREIER, A. (2000): Olanzapine treatment of psychotic and behavioral symptoms in patients with Alzheimer disease in nursing care facilities: A double-blind, randomized, placebo-controlled trial. The HGEU study group. Arch Gen Psychiatry.
- SZATMARI, S. – FEKETE, I. – CSIBA, L. – KOLLAR, J. – SIKULA, J. – BERECHKI, D. (1999): Screening of vascular cognitive impairment on a Hungarian cohort. Psychiatry Clin Neurosci.
- SZÉMAN ZS. – POTTYONDY P. (2006): Idősek otthon – Megszokott környezetben, nagyobb biztonságban. Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület.
- SZILÁGYI K. (szerk) (2003): Az idős emberek szociális ellátásának mentálhigiénés feladatai. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. /Kapocs könyvek, 2./ NCSSZI, Budapest.
- SZIRMAI I. (2000): Neurológia. Medicina, Budapest.
- SZLOBODA IMRÉNÉ – NAGYNÉ LUTTER K. (1997): A betegelégedettségi vizsgálatok módszertana. Medinfo, Budapest.
- SZLOBODA IMRÉNÉ (1995): Minőségbiztosítás az egészségügyben a minőség mérése. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest.
- SZOCIÁLIS KLASZTER (2007): Homogén gondozási csoport alapú ápolási-gondozási szükségletfelmérés
- SZOCIÁLIS KLASZTER (2009): A HGCS rendszer vizsgálata - modellezése - a bentlakásos intézményekben és ápolási osztályon ellátottak állapotának követésére és a gondozási tevékenység mérésére.
- SZOKOLI E. (2008): Szabadság, biztonság, minőség: bentlakásos intézményi elhelyezés, idősek otthonai Ausztriában. Kreatív Ausztria – Háló. XIV. évf. 9.
- TABET, N. – FELDMAN, H. (2002): Indomethacin for the treatment of Alzheimer's disease patients. Cochrane Database Syst Rev.
- TABET, N. – FELDMAN, H. (2003): Ibuprofen for Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev.

- TABET, N. – BIRKS, J. – GRIMLEY EVANS, J. (2000): Vitamin E for Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev.
- TALYIGÁS K. dr. (2003): Akciókutatás alapú minőségfejlesztés. Humán Fejlesztők Kollégiuma, Debrecen.
- TARIOT, P. N. – FARLOW, M. R. – GROSSBERG, G. T. – GRAHAM, S. M. – MCDONALD, S. – GERGEL, I. (2004): Memantine treatment in patients with moderate to severe Alzheimer disease already receiving donepezil: A randomized controlled trial.
- TARISKA P. – BERECKZI D. – DEGRELL I. – JANKA Z. – KARSAY K. (2002): Ajánlás demenciák kivizsgálására és gyógykezelésére. Psych. Hung. 17.
- TATELBAUM, J. (1998): Bátorság a gyászhoz. Pont, Budapest.
- THORGRIMSEN, L. – SPECTOR, A. – WILES, A. – ORRELL, M. (2003): Aromatherapy for dementia. Cochrane Database Syst Rev.
- TÖRÖK I. (2004): A szupervízió, mint a szociális munka minőségbiztosítása. Szupervízió, II. évf.
- URBANEKNÉ LÁSZLÓ J. (1995): Alternatívák az idősgondozásban. Esély Füzetek 2.
- VERESS G. dr. (2003): A minőségügy értelmezése. Humán Fejlesztők Kollégiuma, Debrecen.
- VERGHESE, J. – LIPTON, R. B. – KATZ, M. J. – HALL, C. B. – DERBY, C. A. – KUSLANSKY, G. – AMBROSE, A. F. – SLIWINSKI, M. – BUSCHKE, H. (2003): Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. N Engl J Med.
- VINK, A. C. – BIRKS, J. S. – BRUINSMA, M. S. – SCHOLTEN, R. J. (2004): Music therapy for people with dementia. Cochrane Database Syst Rev.
- WAEGEMANS, T. – WILSHER, C. R. – DANNIAU, A. – FERRIS, S. H. – KURZ, A. – WINBLAD, B. (2002): Clinical efficacy of piracetam in cognitive impairment: A meta-analysis. Dement Geriatr Cogn Disord.
- Wel_Hops (2007), Ajánlások az idős emberek számára kialakítandó otthonok tervezéséhez. Az otthonok kialakítása és rekonstrukciója minden korosztály számára, az idős emberek szükségleteinek figyelembe vételével. www.welhops.net
- WILSON, R. S. – MENDES DE LEON, C. F. – BARNES, L. L. – SCHNEIDER, J. A. – BIENIAS, J. L. – EVANS, D. A. – BENNETT, D. A. (2002): Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. Jama.
- WINBLAD, B. – PORITIS, N. (1999): Memantine in severe dementia: Results of the 9m-best study (benefit and efficacy in severely demented patients during treatment with memantine. Int J Geriatr Psychiatry.
- WOLFSON, C. – WOLFSON, D. B. – ASGHARIAN, M. – M'LAN, C. E. – OSTBYE, T. – ROCKWOOD, K. – HOGAN, D. B. (2001): A reevaluation of the duration of survival after the onset of dementia. N Engl J Med.

- WRIGHT, C. B. – LEE, H. S. – PAIK, M. C. – STABLER, S. P. – ALLEN, R. H. – SACCO, R. L. (2004): Total homocysteine and cognition in a tri-ethnic cohort: The Northern Manhattan study. *Neurology*.
- XU, W. L. – QIU, C. X. – WAHLIN, A. – WINBLAD, B. – FRATIGLIONI, L. (2004): Diabetes mellitus and risk of dementia in the Kungsholmen project: A 6-year follow-up study. *Neurology*.

3. melléklet: Fogalomtár a bentlakásos idősellátás szakmai szabályaihoz

Adat: tény, az ellátás során történő megfigyelés, kérdés vagy mérés, amelyet értékelő eljárás során gyűjtenek. Elemzés előtt az adatokat nyers adatoknak nevezik.

Adatkezelés: az alkalmazott eljárástól függetlenül a személyes adatok felvétele és tárolása, feldolgozása, hasznosítása (ideértve a továbbítást és a nyilvánosságra hozatalt is), az adatok megváltoztatása és további felhasználásuk megakadályozása.

Adatok elemzése: az egészségügyi szolgáltató szervezet által meghatározott adatok arra alkalmas forrásokból való gyűjtését követő értékelése, mely során az adatok olyan információvá válhatnak, amelyek alkalmasak a minőségirányítási rendszer megfelelőségének és eredményességének bizonyítására és annak értékelésére, hogy hol lehetséges a rendszer eredményességének folyamatos fejlesztése.

Adattovábbítás: ha az adatot harmadik személy számára hozzáférhetővé teszik.

Adekvát szociális ellátás: a szociális szolgáltatások összhangja az ellátandó különböző korú lakosok szociális/nevelési és mentálhigiénés szükségleteivel.

ADL: activity of daily living (Katz 1964), a mindennapi élethez szükséges alapvető fizikai aktivitásoknak az összessége, amelyek az idős személy önellátó képessége – függetlensége szempontjából döntőek (öltözködés, mosakodás, wc használat, hely-, illetve helyzetváltoztatás, étkezés).

ADL alapú állapotfelmérés: Az ADL csökkenéssel mérjük az időskori dependenciát, az önellátási képesség csökkenése mérésének módja.

Ageizmus: életkor szerinti diszkrimináció. A kifejezést a rasszizmus mintájára alkotta Robert Butler – az idősök megbélyegzését, értjük alatta nyelvi-munkahelyi - lakóhelyi –családi valamint medicinális és gazdasági értelemben egyaránt - szélsőséges esetben az idősökkel szembeni agresszióig vezethet.

Akkreditálás: annak hivatalos elismerése, hogy valamely szolgáltató szervezet vagy intézmény felkészült bizonyos tevékenységek (vizsgálat, tanúsítás, ellenőrzés) meghatározott feltételek szerinti végzésére.

Aktivizálás: az ellátást igénybe vevő érdeklődési körét, kulturális, vallási, társas hagyományait, meglévő képességeit, készségeit komplexen figyelembe véve segíti az egyén aktivitásának, önértékelésének, érdeklődésének fenntartását. Az aktivizálás célja az ellátást igénybe vevő meglévő képességeinek fejlesztése, szinten tartása, valamint a közösségépítés eszközeinek és módszereinek felhasználásával a társas kapcsolatok elmélyítése.

Aktív korú: a 18. életévet betöltött, de a reá irányadó nyugdíjkorhatárt, illetőleg a 62. életévet be nem töltött személy.

Alacsonyküszöbű szolgáltatás: olyan szolgáltatási forma, melynek célja a változást igénylő szenvedélybetegek, az addiktív problémával küzdők, valamint a kortársaik, a hozzátartozóik és a közvetlen szociális környezetük elérése, fogadása, aktuális problémájuk kezelése, a lehetséges járulékos ártalmak csökkentése, illetve a változás elindítása és segítése. Az alacsony küszöb kifejezés arra utal, hogy a szolgáltatást végzők nem támasztanak magas követelményeket az igénybevevőkkel szemben. Az ellátás során nincsenek szigorú feltételek, elvárások, terápiás szerződések, nem követelmény az absztinencia, és nem feltétel a betegbiztosítás (TAJ-kártya) sem. A szolgáltatást igénybevevő akár nevének közlése nélkül is kaphat segítséget.

Alapápolás: a mindennapi élet alapvető műveleteinek elvégzéséhez nyújtott segítség (öltözés, vetkőzés, felállás, leülés, lefekvés, étkezés, testápolás, szükség végzése, járás). Szakirányú szakképesítést nem igénylő tevékenység, melynek szolgáltatási szintjei az alap- és szakellátásban egyaránt megtalálhatók (fekvő- és járóbeteg szakellátásban, valamint a körzeti-közösségi ápolásban is alkalmazott tevékenység).

Alapszolgáltatási központ: az a szociális intézmény, amely együttesen biztosítja az étkeztetést, a házi segítségnyújtást, a családsegítést, a nappali ellátást és a gyermekjóléti szolgáltatást. Működtetéséhez a 2005. évben külön nevesített normatívát igényelhetett a fenntartó a központok száma alapján, a 2006. évtől azonban ez a normatíva megszűnt.

Állami fenntartó: a közigazgatási szerv, a helyi önkormányzat, a helyi önkormányzatok társulása, a helyi kisebbségi önkormányzat és az egyéb állami szerv.

Ambuláns lap: a definitív járóbeteg szakellátás és/vagy kezelés végén, a végső szakorvosi állapotfelmérés után a kezelőorvos által kiadott írásbeli összefoglaló és a személyes betegadatok azon összegzése, amely tartalmazza a felvétel okát, a leleteket, a végrehajtott eljárásokat, a rendelt kezeléseket, a beteg távozáskori állapotát és bármilyen, a betegnek vagy hozzátartozóinak adott speciális utasítást (pl. követés, gyógyszerelés).

Ápolás: ápolási, gondozási eljárások összessége, melyek célja az egészségi állapot javítása, az egészség megőrzése és helyreállítása, a beteg állapotának stabilizálása, a betegségek megelőzése, a szenvedések enyhítése, mindezt a beteg emberi méltóságának megőrzésével, valamint környezetének az ápolási feladatokra történő felkészítésével és bevonásával.

Ápolási osztály (otthon): a rendszeres orvosi kezelésre már nem, de ápolásra szoruló betegek ellátását végző egészségügyi szolgáltató.

Ápolást, gondozást nyújtó intézmény: a szociális (szakosított) ellátáson belül az idősek, a pszichiátriai betegek, a szenvedélybetegek, a fogyatékos személyek, valamint a hajléktalanok otthona.

Ápoló: kórházakban, járóbeteg-rendeléseken, szociális és ápolási otthonokban, a mentőellátásban, valamint a házi betegellátás során a diagnosztikai és terápiás eljárásokban közreműködő személy.

Ártalomcsökkentés: a különböző pszichoaktív-anyagokat – legitim és illegitim szereket – veszélyes és kóros mértékben használók közül sokan nem tudnak vagy nem akarnak felhagyni a káros/kóros szenvedélyeikkel, így esetükben ezek használta állandósul hosszabb-rövidebb időszakra, vagy akár egész életükre. Az ártalomcsökkentés célja, hogy különféle programokkal, szolgáltatásokkal elhárítsák, illetve csökkentsék a kóros szerhasználattal vagy szerfüggéssel együtt járó ártalmakat, veszélyeket, valamint káros következményeket. Az ártalomcsökkentés mindazokat a segítő megközelítésmódokat jelenti, amelyek a szerhasználók/szerfüggők testi-lelki egészségromlását, szociális helyzetének rosszabbodását igyekeznek megelőzni úgy, hogy közben az ártalomcsökkentést végzők mindvégig készek a szerhasználók/szerfüggők változásának ösztönzésére, felépülésük segítésére.

Asszimiláció/beolvadás: egy társadalmi csoport értékeinek, normáinak, viselkedési szabályainak szociális integrálása vagy átvétele egy másik csoport vagy egyén által. A csoport/egyén jellemzőinek részleges vagy teljes feladásával jár.

Asszisztens (praxis asszisztens): a háziorvosi praxisban folyó egészségügyi szolgáltatás nyújtásában közreműködő személy. Hatáskörének megfelelő feladatait munkaköri leírása alapján, a szakma szabályai szerint látja el.

Áthelyezés: egy beteg ellátása során a felelősség formális átadása egy egészségügyi szolgáltató szervezeten belül egyik ellátó egységből egy másikba, vagy egyik kvalifikált ellátótól egy másikhoz.

Átlagos ápolási idő (egy esetre jutó nap): a betegek egy beutalást követő kórházi osztályon való tartózkodásának átlagos ideje.

Audit: az alkalmazható sztenderdek teljesítésének értékelése. A kórházi sztenderdek esetén ez kiterjed a teljesítésre vonatkozó, az egészségügyi szolgáltató szervezet által átadott dokumentumok értékelésére; az elvárt megfigyeléses (monitorozó) adatok értékelésére; a szóbeli információkra a meghatározott teljesítést lehetővé tevő sztenderdek megvalósulásáról; és a felülvizsgálók helyszíni megfigyelésére.

Azonnali ellátást igénylő beteg: veszélyeztető állapotba került beteg.

Azonnali ellátást igénylő felhasználó: veszélyes, veszélyeztető vagy veszélyeztetett állapotba, krízis állapotba került szolgáltatást igénylő.

Beavatkozás: azon megelőző, diagnosztikus, terápiás, rehabilitációs vagy más célú fizikai, kémiai, biológiai vagy pszichikai eljárás, amely a beteg szervezetében változást idéz vagy idézhet elő, továbbá a holttesten végzett vizsgálatokkal, valamint szövetek, szervek eltávolításával összefüggő eljárás. Az egészségügyi ellátás során végzett eszközös, műszeres gyógyeljárás.

Belső audit: az egészségügyi szolgáltató szervezet, önmaga, mint első fél által végzett, illetve az ő megbízásából arra feljogosított és képzett személyek által tervezett időszakonként, a szervezet dokumentált eljárása szerint végrehajtott felülvizsgálat annak megállapítására, hogy a belső minőségügyi rendszer működése megfelel a tervezett intézkedéseknek, a felülvizsgálati

követelményeknek, illetve a szervezet által meghatározott követelményeknek és céloknak, valamint hogy ezek bevezetése és fenntartása eredményes.

Belső auditor: az egészségügyi szolgáltató szervezet felső vezetősége által a belső audit programban meghatározott időben és területen a belső minőségügyi rendszer belső auditjának végrehajtásával megbízott, az általa auditált területtől független (nem auditálja saját munkáját, illetve munkaterületét), megfelelő szakmai és auditori képzettséggel, illetve szakmai és auditori jártassággal rendelkező személy, aki alkalmas a belső audit rá vonatkozó folyamatának objektív és pártatlan végrehajtására.

Belső minőségügyi rendszer: az egészségügyi intézmény ezen rendszere biztosítja a szolgáltatások minőségének folyamatos fejlesztését, a szolgáltatás folyamatainak megismerését és részletes tervezését, ideértve a lehetséges hibák megelőzésének tervezését, a szolgáltatás során felmerülő hiányosságok időben történő felismerését, a megszüntetéshez szükséges intézkedések megtételét és ezek ellenőrzését, a hiányosságok okainak feltárását, az azokból fakadó költségek, károk csökkentését, a szakmai és minőségügyi követelményeknek való megfelelést és a saját követelményrendszer fejlesztését.

Bentlakásos szociális intézmény: az otthonukban nem gondozható, életkoruk, egészségi állapotuk és szociális helyzetük miatt rászorulókat ellátását végző intézmény.

Beruházási költségek: új vagy tökéletesített létesítmények, szolgáltatások vagy berendezések létrehozásának költsége, a működési költségek nélkül.

Betegellátás biztonsága (betegbiztonság): a szolgáltatás-nyújtás során a betegek testi-lelki sértetlenségének, valamint személyes tárgyainak védelme a kockázatoktól és ártalmaktól.

Betegjogok: a betegek alapvető egészségjogai, melyek az ápoláshoz és szolgáltatásokhoz való hozzájutást jelentik, egyúttal egyenlőséget a kezelésben és az ápolás minőségében.

Beutalás, továbbutalás: a kezelőorvos által a beteg programozott irányítása egy másik szakorvoshoz és/vagy másik egészségügyi szolgáltató magasabb progresszivitási szintjére, definitív szakellátás és/vagy speciális kezelés céljából. A beteg/páciens irányítása konzultáció vagy ellátás céljából egyik szakorvostól egy másik szakorvoshoz vagy specialistához, egyik ellátó helyről egy másikhoz, ha a beutaló annak nyújtására nem felkészült vagy nem kvalifikált.

Beutalási rend: a háziiorvosi praxisból a szakellátás irányába történő, a hatályos jogszabályokat figyelembe véve a beteg egészségi állapota által és a progresszivitás elveinek megfelelően meghatározott betegirányítás dokumentált eljárása.

Bizalmas adatkezelés: a szolgáltatást igénybe vevő személyes adatainak védelme. Az adatokhoz és információkhoz való hozzáférés szabályozása és felhasználásuk korlátozása mindazok számára, akiknek szükséges és engedélyezett az ilyen hozzáférés.

Bizalmasság, titkosság: adatokhoz és információkhoz való korlátozott hozzáférés azon egyének esetében, akiknek szükséges és engedélyezett az ilyen hozzáférés. Az egyén joga adatainak védelméhez, beleértve saját egészségügyi adatait.

Biztonság: annak a mértéke, amennyire a beavatkozás és az ellátási környezet kockázatát csökkentik a betegek és mások számára, ideértve az egészségügyi ellátást adót is.

Célcsoport: az állampolgárok azon csoportjai, akik potenciálisan vagy valóságosan igénybe veszik az adott szociális szolgáltatást, illetve akikre az adott szolgáltatás irányul. A célcsoport megnevezése (igénybevevő, felhasználó, stb.) Figyelemmel van az emberi méltóságra, illetve a célcsoport és a szolgáltatást végzők közötti partneri viszonyra.

Család: az egy lakásban vagy személyes gondoskodást nyújtó bentlakásos szociális, intézményben együtt lakó, ott bejelentett lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel rendelkező közeli hozzátartozók közössége.

Csoport: valamilyen összetartó erő mentén szerveződő egyének összessége.

Csoportdinamika: emberek viselkedése, szerepei, kommunikációja csoportban.

DCM, Dementia Care Mapping: mérőeszköz, amely a demenciában szenvedő személy szemszögéből méri az ellátás minőségét, a bradfordi egyetemen fejlesztették ki. Alapja annak megfigyelése, hogy a betegek hogyan töltik az idejüket és a szolgálatban lévő munkatársak hogyan segítik őket. A kiválasztott ellátottak viselkedése és hangulata vagy elfoglaltsága van a megfigyelés középpontjában.

Decubitus prevenció: tartósan ágyhoz kötött betegeknél általában a keresztcsonton, nagytomporon és a sarkakon a bőr vérellátási zavara következtében kialakult mély, nedvedző, csontig hatoló, gyakran felülfertőzött sebek megelőző kezelése.

Definitív ellátás: egy adott egészségügyi probléma lehetőség szerinti megoldása, illetve ellátásának irányítása a beteg szükségleteinek megfelelően, a házi orvos feltételrendszerének megfelelő körülményekhez igazított módon. Befejezett ellátás, amely a beteg gyógyulását eredményezi.

Definitív gyógykezelés: a krónikus betegségek esetén a beteg állapotának stabilizálását eredményező ellátás.

Demencia (demens): A demencia olyan egyre fokozódó memóriazavar, amelyhez a magasabb szellemi, intellektuális képességek romlása és pszichés tünetek egyaránt járulhatnak. E tünetek problémát okoznak a beteg mindennapi életében s egy megelőző, magasabb teljesítmény romlását jelentik; az egyén állapotának progresszív hanyatlását okozzák, mely során elveszti emlékezőtehetségét, értelmét, társadalmi jártasságát, valamint mindazt, amit normális érzelmi reagálásnak tekintünk.

Diagnosztikus terv: iránydiagnózis alapján, írásban kidolgozott, időrendbe állított, menet közben is módosítható kivizsgálási tevékenységi sorozat, amely végleges diagnózist eredményez.

Dietetikus: ételmezési és táplálkozási szakember, akinek feladata a betegételmezésen túl diétás tanácsadás a gyógyítás és a megelőzés különböző területein.

Dokumentáció: 1. Dokumentumok valamilyen követelmény szerint összerendezett készlete, mely előíró és/vagy igazoló jellegű dokumentumokat egyaránt tartalmazhat. Az előíró jellegű dokumentumok (előírások) követelményeket (pl. feladat, felelősség, hatáskör, ellenőrzési szempontok, célok, irányelvek, politikák) határoznak meg, illetve szabályoznak egy adott tevékenységet vagy folyamatot. Származhatnak külső forrásból (pl. jogszabályok, szabványok, szakmai irányelvek) vagy lehetnek belső készítésűek (pl. Szervezeti és Működési Szabályzat, Adatvédelmi szabályzat, Kalibrálási utasítás, Minőségterv). Az előíró jellegű dokumentumokhoz soroljuk adott eljárás (folyamat, tevékenység) mikéntjének dokumentált (írott) megjelenési módját (dokumentált eljárás). Az igazoló jellegű dokumentumok a feljegyzések (lásd még *Egészségügyi dokumentáció – betegdokumentáció*). 2. Írott kimutatás a szolgáltatást igénybe vevőre vonatkozó egészségügyi, mentális, szociális, nevelési információkról, mint pl. az állapotfelmérés, leletek, zárójelentések, kezelési részletek, a fejlődésre vonatkozó feljegyzések, valamint fejlesztési és gondozási tervek. Ezt a dokumentációt szociális és, egészségügyi és jogi, továbbá pedagógiai szakemberek hozzák létre.

Dokumentált eljárás/dokumentáltan szabályozott: a szolgáltatónak egy adott folyamat, struktúra, eredmény, valamint egyéb – a szakszerű működéshez szükséges – követelmény, szabályzat, szabályozó, eljárási rend írásban rögzített összefoglalója.

Egészségmegőrzés: az egészségi állapot jobbítására, a betegségek elsődleges és másodlagos megelőzésére irányuló tevékenységek. Az egészség helyreállítását célzó gyógyító és rehabilitációs tevékenységek összessége.

Egészségügyi adat: az érintett testi, értelmi és lelki állapotára, kóros szenvedélyére, a megbetegedés, illetve az elhalálozás körülményeire, valamint a halál okára vonatkozó, általa vagy róla más személy által közölt, illetve az egészségügyi ellátó hálózat által észlelt, vizsgált, mért, leképzett vagy származtatott adat; továbbá az előzőekkel kapcsolatba hozható, az azokat befolyásoló mindennemű adat (pl. magatartás, környezet, foglalkozás).

Egészségügyi dokumentáció (betegdokumentáció): a szociális szolgáltatás során igénybe vett egészségügyi szolgáltatás, az egészségügyi dolgozó tudomására jutó, a szolgáltatást igénybe vevő kezelésével kapcsolatos egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó feljegyzés, nyilvántartás vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától. A dokumentáció sztenderdizált formai és tartalmi követelményei segítik az ellátás színvonalának azonos szinten tartását.

Egészségügyi dolgozó: orvos, fogorvos, gyógyszerész, egyéb felsőfokú egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy, egészségügyi szakképesítéssel bíró személy, továbbá az egészségügyi szolgáltatás nyújtásában közreműködő egészségügyi szakképesítéssel nem rendelkező személy.

Egészségügyi ellátás: a beteg adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi szolgáltatások összessége.

Egészségügyi szakhatóság: a hatósági (engedélyezési és felügyeleti) jogkörrel törvényileg felruházott azon szervezet, amely illetékes szerve által, meghatározott jogszabályi követelmények alapján lefolytatja az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító engedélyezési eljárást, és kiadja a működési engedélyt az egészségügyi szolgáltató számára a tevékenységének megkezdése, illetve annak folytatása céljából, illetve amely hatóság jogosult rendszeresen ellenőrizni az egészségügyi szolgáltatónál a működéshez szükséges feltételek meglétét.

Egészségügyi szolgáltató (fekvőbeteg ellátó, járóbeteg ellátó, háziorvos/praxis, védőnő): a tulajdonosi formától és a fenntartótól függetlenül minden olyan, az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély alapján egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosult jogi személy, jogi személyiség nélküli szervezet és minden olyan természetes személy, aki a szolgáltatást saját nevében nyújtja.

Egyedülálló: az a személy, aki hajadon, nőtlen, özvegy, elvált vagy házastársától külön él, kivéve, ha élettársa van.

Egyedül élő: az a személy, aki egyszemélyes háztartásban lakik.

Egyházi fenntartó: magyarországi székhelyű egyházi jogi személy.

Együttműködés: egyének részéről a kiválasztott közös cél (célrendszer) elérésére irányuló egyeztetett, megosztott feladatteljesítés; az intézmények oldaláról a hatáskörök összekapcsolása. Az együttműködés akkor és csakis akkor lehet eredményes, ha a résztvevők, különálló szervezetek, szociális intézmények vagy alrendszerek kooperatív erőfeszítése (a kölcsönhatás révén) hatékonyabb eredményre vezet, mint azon kimenetek összege, melyet egymástól függetlenül működve érnének el, – mindehhez az igénybevevők saját közreműködése is szükséges. (A szociális munka az együttműködésnek ezt az eredményes formáját nevezi szinergizmusnak.) Az együttműködés szociálpszichológiai értelemben egy interakciós alapforma, ami azt jelenti, hogy a felek olyan közös célt kívánnak elérni, mely mindegyikük számára fontos, de egymás nélkül nem képesek rá; vagyis pozitív kölcsönös függést jelent egy fölérendelt cél érdekében.

Együttműködés típusai: A szolgáltatást igénybe vevő közreműködése a szociális szolgáltatás nyújtása során, továbbá megkülönböztetünk szakemberek közötti, szakmaközi, valamint ágazatközi együttműködést.

Elbocsátás: a beteg eltávoztatása az intézményből az otthonába, illetve gondozási otthonba, vagy pedig elhalálozás miatt.

Elérés: azon tevékenységek összessége, amelyeknek célja:

1. A szolgáltatást igénylők megismertetése az adott szolgáltatóval, hogy kapcsolatba lépjenek vele problémáik megoldása érdekében. A rászorultak elérésének része lehet a szolgáltató illetékességi területén végzett szükségletfelmérés is.

2. A potenciális igénybevevő vagy a nehezen elérhető egyén tartózkodási helyének felkutatása, a státuszáról, mentális, fizikai, illetve lelki állapotáról való információszerzés.

Életminőség: kérdőíves felmérés során meghatározott 0 és 1 közé eső mutatószám, amely kifejezi a szolgáltatást igénybe vevő véleményét saját általános közérzetéről, szociális, fizikai, pszichológiai és intellektuális funkcióiról.

Eljárás: Egy tevékenység vagy folyamat elvégzésének meghatározott módja; egy tevékenység előre meghatározott végrehajtási lépései, beleértve a tevékenység feltételeinek és a tevékenységet végzőknek a meghatározását.

Megjegyzés: Az eljárások lehetnek dokumentáltak/írottak vagy nem dokumentáltak. A nem dokumentált eljárások követelményei adott szervezeten belül, illetve tevékenységre vonatkozóan általában magától értetődőek (szokásokon, általános gyakorlaton alapulnak).

Eljárások értékelése: az adott eljárás biztonságának, hatásosságának és hatékonyságának, költség/eredményesség, költség/haszon és költség/előny viszonyainak, minőségének, társadalmi, jogi és etikai vonatkozásainak értékelése.

Ellátás folyamatossága: a beteg/páciens folyamatos szükségleteinek kielégítése a megfelelő ellátó helyen orvosi, pszichológiai, ápolói ellátással, illetve egyházi és társadalmi ellátással vagy szolgáltatással. Egy adott ellátónál vagy több egészségügyi szolgáltató szervezet együttműködésével kerül alkalmazásra.

Ellátásba kerülés: a potenciális igénybevevő irányítása konzultáció vagy ellátás céljából a szükségleteinek megfelelő szolgáltatáshoz/szolgáltatóhoz; az egyik szolgáltatásból egy másik szolgáltatásba vagy specialistához; illetve az egyik ellátó helyről egy másikhoz, ha az adekvát segítség/támogatás/szolgáltatás nyújtására nem felkészült vagy nem kvalifikált az adott szolgáltató hely.

Ellátási szintek: az adott progresszív ellátási szinteken ellátható tevékenységek, illetve a tevékenység végzésére alkalmas, megfelelő személyi és tárgyi feltételekkel rendelkező szolgáltatók, melyeket a Szakmai Kollégiumok és az Országos Intézetek határoznak meg, illetve jelölnek ki.

Ellátási terület: az a település, megye, régió vagy az ország teljes területe, ahonnan a szociális szolgáltató, illetve intézmény ellátási igényeket fogad.

Ellátási terv: a rendelkezésre álló adatokra és információkra épülve magában foglalja a beteg kivizsgálási és kezelési tervét, melyet az ellátás során a kezelőorvos a beteg szükségleteinek megfelelően módosít és dokumentál. A holisztikus szemléletű háziorvosi tevékenység során a páciensek életszakaszai szerinti, esetenként aktuális egészségi állapotára alapozott, hosszú távú, dokumentált cselekvési terv.

Előgondozás: a szociális szolgáltatások körében a potenciális igénybevevő szellemi és fizikai állapota, életminősége, valamint szociális helyzete alapján az ellátási igények, szükségletek és a meglévő képességek, készségek, tudások, illetve erőforrások felmérése a szükséges és elégséges szolgáltatás biztosítása érdekében. Tájékoztatás a biztosítandó szolgáltatásról annak érdekében, hogy a szolgáltatást kérelmező, illetve hozzátartozója vagy törvényes képviselője kellő információval rendelkezzen a szolgáltatás igénybevételéhez szükséges döntés meghozatalához.

Első állapotfelmérés: magában foglalja a beteg anamnesztikus adatait és kórelőzményét, különös tekintettel a jelen állapotával kapcsolatos információkra, valamint az előző betegségeire és azok terápiájára vonatkozó információkra. Az első állapotfelmérés során rögzítésre kerülnek továbbá az allergiára, a családi anamnézisre és lakókörnyezetére vonatkozó adatok, valamint az első orvosi vizsgálat eredményei, amely a beteg panaszaira és a beteg aktuális fizikális és pszichés statusának megítélésére, dokumentálására irányul.

Empátia: a beleélés képessége; a másik személlyel való együttérzés.

Érdekvédelem: a szolgáltatást használó érdekérvényesítésének támogatása, alapjogainak megsértése esetén jogorvoslati lehetőségek igénybevételének biztosítása, az ellátottjogi képviselővel közvetítő kapcsolat kialakítása.

Eredményesség: a minőség egyik legfontosabb komponense. A szolgáltatás szokásos körülményei között elért eredmények a szolgáltatást igénybe vevő bio-pszicho-szociális állapotában. A napi gyakorlat során az adott körülmények között elért eredmény a lehetséges célok függvényében.

Eredmény, kimenet (outcome): a szolgáltatást igénybe vevő jelenlegi és/vagy jövőbeli bio-pszicho-szociális állapotában bekövetkező változás, amely a szociális tevékenységeknek vagy szolgáltatásoknak tulajdonítható, illetve azok következménye.

Értékelés: valamely egészségügyi szolgáltatás, program elemzése a célok (hatékonyság, eredményesség, megfelelőség, hozzáférhetőség) szempontjából, valamint az elemzésből származó eredményekre támaszkodó következtetések megfogalmazása.

Esélyegyenlőség: a szükséglettel összhangban levő szolgáltatásokhoz való hozzáférés egyenlő esélyének biztosítása életkortól, nemtől, szexuális irányultságtól, nemzeti és etnikai hovatartozástól, egészségi állapottól, valamint a társadalmi, gazdasági hierarchiában elfoglalt helyzettől függetlenül.

Esetlezárás: az adatok azon összegzése, amely tartalmazza a szolgáltatás igénybevételének okát, a végrehajtott eljárásokat, az igénybevevő bio-pszicho-szociális állapotát és bármilyen, az egyénnek vagy hozzátartozóinak adott speciális tanácsot (pl. utánkövetés stb.).

Esetmunka: az egyén életébe való beavatkozással járó, tanácsadás, szolgáltatás révén végzett szociális munka. Tervszerű, tudatos, viszonylag hosszabb időtartamú folyamat, amelynek a felhasználók szociális környezetbe való jobb alkalmazkodását, megküzdő, problémakezelő és önsegítő képességeik

fejlesztését célozza, valamint a szükségletek kielégítésére, a problémák kezelésére irányul.

Etikai normák: az intézmény munkatársai, valamint a betegek közti kommunikációval, a betegek tájékoztatásával kapcsolatos magatartásforma.

Felkészültség: bizonyított képesség ismeretek és készségek alkalmazására.

Feltétel nélküli elfogadás: elfogadni a kliens negatív érzéseit ugyanúgy, mint a jó, pozitív, érett, önbizalommal teli érzéseit.

Fenntartó: olyan szervezet vagy magánszemély, aki/amely a jogszabályban meghatározott feltételek szerint, működési engedély alapján gondoskodik a szolgáltató tevékenység biztosításához szükséges feltételekről. A fenntartó nem feltétlenül azonos a működtetővel.

A) a központi költségvetési szerv, a helyi önkormányzat, a helyi önkormányzatok társulásairól és együttműködéséről szóló 1997. évi CXXXV. törvény 8. §-a, 9. §-a, illetve 16. §-a szerinti intézményi társulás, a települési önkormányzatok többcélú kistérségi társulása, a települési kisebbségi önkormányzat és a területi kisebbségi önkormányzat (együtt: állami fenntartó),

B) a lelkiismereti és vallásszabadságról, valamint az egyházakról szóló 1990. évi IV. törvény szerinti, magyarországi székhelyű egyház, az egyházaknak az ltv. 14. §-a szerinti magyarországi székhelyű szövetsége, illetve az ltv. 13. §-ának (2)-(3) bekezdése szerinti magyarországi székhelyű egyházi jogi személy (egyházi fenntartó); nem minősül egyházi fenntartónak az a jogi személy, amely más típusú szervezatként jogalanyisággal rendelkezik, így különösen a társadalmi szervezet, annak alapszabályban jogi személlyé nyilvánított szervezeti egysége, az alapítvány, annak alapító okiratban jogi személlyé nyilvánított szervezeti egysége, a gazdasági társaság és a közhasznú társaság,

C) a szociális vállalkozói engedéllyel rendelkező természetes személy,

D) a magyarországi székhelyű jogi személy, jogi személyiség nélküli gazdasági társaság – az a)-b) alpontokban foglaltak kivételével,

E) az a jogi személyiséggel rendelkező gazdálkodó szervezet, illetve jogi személyiség nélküli gazdasági társaság, amelynek székhelye, központi ügyvezetése vagy üzleti tevékenységének fő helye az európai gazdasági térségről szóló megállapodásban részes más tagállamban van [az c)-e) pontokban foglaltak – együtt: nem állami fenntartó],

Ha az e törvényben és más jogszabályokban meghatározott feltételek szerint szociális szolgáltatót, illetve szociális intézményt létesít és működtet.

Foglalkoztatás: munkaviszony vagy ahhoz hasonló jogviszony keretében végzett munkatevékenység, mely szerződésen alapul, és a szolgáltatást igénybe vevő bérjellegű ellentételezést kap munkájáért. Nem tartozik ide a bentlakásos intézményekben nyújtott szolgáltatások azon csoportja, amely az egyén fizikai vagy mentális fejlődését, illetve hasznos szabadidő eltöltését célozza.

Fogyasztási egység: a családtagoknak a családon belüli fogyasztási szerkezetet kifejező arányszáma, ahol

A) az első nagykorú családtag arányszáma 1,0. A gyermeket egyedülállóként nevelő szülő arányszáma 0,2-vel növekszik;

B) a házas- vagy élettárs arányszáma 0,9;

C) az első és második gyermek arányszáma gyermekenként 0,8;

D) minden további gyermek arányszáma gyermekenként 0,7;

E) a fogyatékos gyermek arányszáma 1,0, azzal, hogy a fogyatékos gyermeket az c)-d) alpont alkalmazásánál figyelmen kívül kell hagyni;

F) az a)-b) alpontok szerinti arányszám 0,2-vel növekszik, ha a személy fogyatékosági támogatásban részesül.

Fogyatékoság: 1. Az ember normális szenzoros, motoros, vagy mentális funkcióihoz (pl. járás, tárgy mozgatása, látás, beszéd, kapcsolattartás a környezettel) szükséges képességek részleges, teljes, átmeneti, vagy végleges hiányát jelenti. A fogyatékoság tehát a speciálisan emberi funkciók zavara. (Az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet Szakmai Kollégiumának a WHO meghatározásai alapján készített magyar definíció.) 2. Az a biológiai sérülés, amely a testi, idegrendszeri tulajdonságok területén károsodáshoz vezet, ugyanakkor a többi tulajdonságterületen nem szükségszerűen hoz létre fogyatékos állapotokat. Szociális tulajdonságai területén nem kell szükségszerűen fogyatékosá válnia annak, aki testi, idegrendszeri tulajdonságainak állapota szerint károsodott.

Folyamat: tevékenységek sorozata, amelyek bemeneteket (forrásokat) alakítanak át kimenetekké.

Folyamatos minőségfejlesztés: olyan tevékenység, melynek során a teljes rendszer fejlesztése a cél, kiemelten szem előtt tartva a minőségi problémák megelőzését, a problémás vagy a potenciálisan problémás folyamatok beazonosítását, a tökéletesítést és az új minőségelemek bevezetését.

Funkcionális állapot: az egyének azon képessége, hogy életkoruknak megfelelően tevékenykedjenek. A ~ot szociális, fizikai és pszichikai összetevőkre lehet bontani. A periodikus egészségi felülvizsgálatok során a ~ értékelése kérdések segítségével vagy formális felmérő eszközökkel történik.

Geriátria: az orvoslásnak az idősek gondozásával, az öregedés és öregkor élet- és kórtanával foglalkozó ága.

Gondozás: az a tevékenység, amely az igénybevevő fizikai, lelki és szellemi szükségleteinek kielégítését célozza az egyén életminőségének fenntartása, illetve javítása céljából.

Gondozási függőség: Az ellátási függőség (dependencia) szintje, amelyet az önellátási – önkiszolgálási képesség –, az egészségi állapot és az egyén életkörülményei határoznak meg. Mértékét a mindennapi tevékenységek (ADL - IADL) elvégzésének képessége, a funkcióvesztés mértéke szabja meg.

Gyógyító ellátás: a betegség legyőzése és a gyógyulás elősegítése érdekében végzett tevékenység. A gyógyító ellátás vagy terápia különbözik a palliatív ellátástól, amely segít, de nem gyógyít.

Gyógykezelés: olyan gyógyítási folyamat, amelyet a beteg egészségi állapotának helyreállítása vagy stabilizálása érdekében végeznek.

Gyógyszer felírása: gyógyszerésznek szóló utasítás gyógyszer kiadására vonatkozóan.

Gyógyszer rendelése: gyógyszer előírása beteg számára.

Gyógyult státusz: a definitív ellátás eredménye, amelyet a végső szakorvosi állapotfelmérés alapján a kezelőorvos állapít meg.

Hatásosság: kétféle körülmény esetén szokás értelmezni: hatásosság ideális körülmények között, ezt nevezzük általában hatásosságnak, és hatásosság szokásos körülmények között, ezt nevezzük általában eredményességgnek. Az „ideális” körülmények között elért hatás.

Hatékonyaság: a szociális tevékenységek eredményessége a felhasznált erőforrások függvényében (az elért eredmény és a ráfordítások viszonya). Másként: a kimenet (szolgáltatási eredmény) és a bemenet (a szolgáltatás nyújtásához felhasznált források) viszonya. Növekvő hatékonyság ugyanazon kimenet mellett kevesebb forrást jelent, vagy több kimenetet ugyanannyi forrás mellett.

Hatósági eljárás: hatósági személyek azon tevékenysége, illetve intézkedései, amelyek egy-egy eset eredményes megoldását célozzák.

Háziorvos: jogszabályban meghatározott szakképesítéssel rendelkező orvos, aki a szakma szabályai szerint végzi a hatáskörébe tartozó, működési engedélyben meghatározott feladatait.

Háziorvosi gondozás: a háziorvos kezdeményezésére történő, aktív felkutatással kezdődő tevékenység, szemben a beteg kezdeményezésére (tünet, panasz) történő betegellátással. Lépései: a betegségek és azok kockázati tényezőinek aktív felkutatása (házi orvosi prevenció), a diagnózis felállítása utáni nyilvántartásba vétel, hatékony kezelés és folyamatosan ellenőrzés (másodlagos szűrővizsgálat).

Háziorvosi praxis: a felnőtt, illetve gyermek lakosság fogorvosi alapellátáson kívüli alapellátásokra jogszabályban meghatározott működési engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltató szervezet. Formái: csak gyermeket, csak felnőttet vagy felnőtteket és gyermekeket egyaránt ellátó vegyes, illetve területi ellátási kötelezettséggel, vagy azzal nem rendelkező praxis.

Háziorvosi prevenció: tervezetten és dokumentáltan végzett megelőző tevékenység, amelyet a háziorvosi (praxis) team tagjai az egészség megőrzése, fejlesztése, a betegségek megelőzése, megelőző felismerése, a betegek lehetőség szerint szövődményektől mentes és a betegség következményeinek minél későbbi kialakulása szempontjait is figyelembe vevő gyógyítása és folyamatos ellenőrzése, szükség esetén rehabilitációja érdekében végeznek.

Háziorvosi team (praxis team): a háziorvosi praxisban együtt dolgozó személyek, akiknek közös céljuk a páciensek egészségének megőrzése, fejlesztése, a betegségek megelőzése, megelőző felismerése, a betegek hatékony gyógykezelése, szükség esetén rehabilitációja.

Háztartás: az egy lakásban együtt lakó, ott bejelentett lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel rendelkező személyek közössége.

Helyi eljárásrend: szakmai irányelven, szakmai protokollon, illetve ezek hiányában az adott egészségügyi szolgáltató gyakorlatán alapuló, a betegség vagy állapot ellátására vonatkozó, az adott egészségügyi szolgáltatónál és ellátási szinten alkalmazott helyi gyakorlat leírása.

Hiba: egy szándék szerinti vagy előírt használattal kapcsolatos követelmény nem teljesülése (EN ISO 9000:2000., 3.6.3. fejezete)

Hitelesítés: annak elbírálása, hogy a mérőeszköz megfelel-e a vele szemben támasztott mérésügyi előírásoknak.

Holisztikus: a teljességre, az egészre törekvő; az a gyógyítási mód, melynél figyelembe veszik a beteg értelmi, fizikai és szociális állapotát is.

Homogén Gondozási Csoport (HGCS): a függőség ADL alapú mérési eszköze, amely az idősgondozásban a gondozási szükséglet meghatározására alkalmas.

Hospice: a súlyos betegségük végstadiumában levő, elsősorban daganatos betegek humánus, összetett ellátása multidiszciplináris csoport segítségével. Az ellátás célja a betegek életminőségének javítása: testi és lelki szenvedéseik enyhítése, fizikai és szellemi aktivitásuk támogatása, valamint a hozzátartozók segítése a betegség és a gyász terheinek viselésében.

Hozzáférhetőség: az aktuális szükséglet szerint igényelt szociális szolgáltatásokat az érintett – anyagi-pénzügyi helyzetétől és lakóhelye földrajzi elhelyezkedésétől függetlenül – a szükséges időpontban veheti igénybe.

Hozzá tartozó: lásd Törvényes képviselő.

Iatrogén ártalmak: a beteg minden olyan nem kívánt állapota, amely orvos, vagy egészségügyi dolgozó által alkalmazott kezelés következtében lép fel, illetve betegség, vagy sérülés jellemzője, amely az ellátás folyamán valamilyen eljárás, terápia, vagy más elem hatására jön létre.

Ideiglenes elhelyezés: A szolgáltatást igénybe vevő rövid, meghatározott időtartamú elhelyezése annak eldöntésére, hogy a szükségleteknek megfelelő szolgáltatást nyújtja-e az adott intézmény.

Igény: az egyén azon készsége és/vagy képessége, hogy keresi, használja és bizonyos körülmények között fizeti a szociális szolgáltatást. Függ a társadalmi/anyagi helyzettől, iskolai végzettségtől, kulturális környezettől stb.

Igénybevétel: ennek során szükségletekkel alátámasztott és alá nem támasztott igények kerülhetnek kielégítésre. Optimális esetben a szükségletek felismerésre kerülnek, a felismert szükségletek igényként megjelennek, és megtörténik az adekvát szociális szolgáltatás ~e.

Igénybevételi kritériumok: sztenderdizált szabályok vagy tesztek rendszere, amelyeket a szolgáltatás nyújtás szükségességének meghatározásához alkalmaznak.

Igénybevevői elégedettség: a minőség fontos komponense. A szolgáltatást igénybe vevő véleménye a szociális ellátásról. Egyes megközelítések szerint

maga a minőség. Az igénybevevő elégedettségét elsősorban a szolgáltatás nyújtása során szerzett pozitív és negatív élményeik befolyásolják, az életminőségben, szocializációban, egészségi állapotban bekövetkezett változást nem mindig tudják minősíteni. A szolgáltatást igénybe vevő véleménye függ a társadalomban elfoglalt helyétől, életkorától, iskolai végzettségétől stb.

Indikátor:

1. Az ellátás során előforduló események mennyiségi mérőszáma, amely felhasználható a szolgáltatás minőségének és a szociális és gyermekvédelmi szolgáltató rendszer mérésére és értékelésére. Az indikátor nem ad közvetlen választ a lehetséges problémákra, csak felhívja a figyelmet azon területekre, ahol a tapasztalt eltérések okainak feltárásához további részletes elemzések szükségesek.

2. Viszonyszám, amely az idő függvényében jelzi egy folyamat teljesítményének vagy egy kimenet elérésének helyzetét vagy irányát.

3. Egy mérhető változó (vagy jellemző), melyet arra használnak, hogy meghatározzák, mennyire sikerül a sztenderdek megfelelni, vagy a minőségi célt elérni.

Információ: minden olyan értelemmel bíró adat, amely a betegellátás során vagy a betegellátással kapcsolatban ismertté vált.

Információs szolgáltatás: a szociális szolgáltatásokkal kapcsolatba kerülő egyén tájékoztatása a problémája megoldásához igénybe vehető, őt megillető támogatások, szolgáltatások létéről, tartalmáról, hozzájárásuk módjáról, illetve feltételeiről.

Ingadozás: ugyanazon esemény többszöri mérése során kapott különböző eredmények. Az ingadozások forrását két fő osztályba lehet sorolni: általános okok és speciális okok. A túl sok ingadozás gyakran veszteséghez vezet. A minőségügyi programok a speciális okok felderítésére törekszenek.

Interjú: tematikus beszélgetés levezetése a szolgáltatást (potenciálisan) igénybe vevővel adatok, illetve információk szerzése céljából. Általában az igénybevevő problémáinak feltérképezését szolgálja. Lehet életút ~, mély~ vagy kvalitatív ~ (utóbbinál nem kifejezetten az életéről kérdezik az egyént, mégis személyes adatok gyűjtését szolgálja). Készülhet egyénnel, családdal, csoporttal vagy egész közösséggel.

Intézményen kívüli konzílium: a beteg gyógykezelése során a kezelőorvos által kezdeményezett – egészségügyi szolgáltatón kívüli – szakorvosi vizsgálat, kezelés, illetve írásbeli szakvélemény.

Iránydiagnózis: a beteg anamnézise, fő panaszai és az első orvosi vizsgálat; az első állapotfelmérés eredménye alapján a kezelőorvos által felállított első, „feltételezett” kórisme.

Ismételt állapotfelmérés: szakmaspecifikusan meghatározott, dokumentált szakorvosi (kezelőorvosi kontroll) vizsgálat.

Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás: a szolgáltatást igénybe vevő segítségnyújtásának fogadása, a szükséges tevékenységek 24 órán keresztül történő igénybevételenek biztosítása az igénybe vevő személy lakásán.

Jövedelem: az elismert költségekkel és a befizetési kötelezettséggel csökkentett

A) a személyi jövedelemadóról szóló törvény szerint meghatározott, belföldről vagy külföldről származó – megszerzett – vagyoni érték (bevétel), ideértve a jövedelemként figyelembe nem vett bevételt és az adómentes jövedelmet is,

B) az a bevétel, amely után az egyszerűsített vállalkozói adóról, illetve az egyszerűsített közteherviselési hozzájárulásról szóló törvény szerint adót, illetve hozzájárulást kell fizetni.

Jövőkép: az intézmény hosszabb távú helye és szerepe a változó környezetben az érintettek szempontjából.

Kalibrálás: azoknak a műveleteknek az összessége, amelyekkel meghatározott feltételek mellett megállapítható az összefüggés a mérőeszköz vagy a mérőrendszer értékmutatása a helyes érték között.

Kedvezőtlen események: a szolgáltatás-nyújtás során a beteget, a hozzátartozót, vagy a törvényes képviselőt érintő negatív hatások együttese.

Keresőtevékenység: minden olyan munkavégzéssel járó tevékenység, amelyért ellenérték jár, kivéve a tiszteletdíj alapján végzett tevékenységet, ha a havi tiszteletdíj mértéke a kötelező legkisebb munkabér 30 %-át nem haladja meg, valamint az östermelői igazolvánnyal folytatott tevékenységet, ha az abból származó bevételt a személyi jövedelemadóról szóló szabályok szerint a jövedelem kiszámításánál nem kell figyelembe venni; nem minősül ellenértéknek a fogadó szervezet által az önkéntesnek külön törvény alapján biztosított juttatás.

Kezelés: a beteg szakszerű gyógyítása, panaszainak szakmaspecifikus enyhítése.

Kezelési terv: a végleges diagnózis alapján a kezelőorvos által kidolgozott gyógykezelési eljárási folyamat írásos terve; olyan dokumentum, amely a beteg állapotfelmérése során összegyűjtött adatok alapján felállított diagnózis szerint meghatározza a beteg szakellátási/kezelési eljárási folyamatát, ebben felsorolja a szükségletek kielégítésére vonatkozó stratégiákat, rögzíti a kezelési célokat és feladatokat, megadja a beavatkozásokat és azok befejezési kritériumait. Dokumentálja a beteg állapotának változását, illetve progresszióját a meghatározott szakmai célok elérésére vonatkozóan. A ~ szakmai tartalmának kidolgozásakor a kezelőorvos figyelembe veszi és alkalmazza az egészségügyi szolgáltató belső eljárási szabályait, a szakmaspecifikus szakmai protokollokat, valamint szakmai irányelveket.

Kezelőorvos: a beteg ellátásáért felelős szakorvos.

Kihasztnáltság-menedzsment: források tervezése, szervezése, irányítása és ellenőrzése. Szoros kapcsolatban áll az egészségügyi szolgáltató által nyújtott ellátással.

Kikerülés (szolgáltatásból): amikor a szolgáltatást igénybe vevő a szolgáltatás eredményes/eredménytelen lezárása, másik szolgáltatásba történő átlépés, szolgáltató megszűnése, jogszabályi időkeret kimerítése, szolgáltatást igénybe vevő saját elhatározása alapján történő kilépése a szolgáltatásból, elhalálozás stb. miatt többé nem veszi igénybe az adott szolgáltatást.

Kisegítő (támogató vagy háttér) szolgáltatás: minden olyan tevékenység, amely támogatja a szervezet alapvető működését.

Klinikai kísérlet: terápia tesztelése három, illetve esetenként négy szakaszban, a teszt céljától, méretétől és kiterjedésétől függően. Az I. fázisú kísérletek értékelik a diagnosztika, terápia vagy profilaktikus gyógyszerek, eszközök vagy technikák veszélytelenségét a biztonságos dózis meghatározásához (ha alkalmazható). Kis létszámú egészséges egyedekre terjed ki. A II. fázisban a vizsgálatokat rendszerint kontrollálják a gyógyszerek, eszközök vagy technikák eredményességének és dózisának minősítésére. Ezek a vizsgálatok több száz önkéntesre terjednek ki, beleértve egy korlátozott számú, megcélzott betegségben vagy rendellenességben szenvedő embert. A III. fázis verifikálja a II. fázisban talált gyógyszer, eszköz vagy technikai eredményességet. A II. fázis betegeit monitorozzák annak érdekében, hogy meghatározzanak minden mellékhatást a hosszú idejű alkalmazás során. Ezek a tanulmányok olyan létszámú csoportra terjednek ki, amelyek elég nagyok a klinikai szignifikancia meghatározásához. A vizsgálat általában három évig tart. A IV. fázisú vizsgálatok tanulmányozzák a széles körben elterjesztett gyógyszereket, eszközöket vagy technikákat. Ezeket a tanulmányokat általában azért végzik, hogy több adatot nyerjenek a termék biztonságáról és hatékonyságáról.

Kockázatmenedzsment: szakmai és menedzsment tevékenység annak behatárolására, hogy értékeljék és csökkentsék az ártalmak kockázatát, mely vonatkozhat az igénybe vevőkre, a személyzetre, a látogatókra és magára a szolgáltató szervezetre.

Kompetencia: a munkavégzéshez szükséges ismeretek, készségek és képességek összességének birtoklása és adekvát alkalmazása. Az ismeret, a tények és eljárások megértése.

Kongruens: a viselkedés vonatkozásában hiteles, nyitott, őszinte, becsületes segítői magatartás, amelyben a kimondott szavak és a cselekedetek összhangja folytonosan nyilvánvaló, jelenvaló.

Konszenzuskonferencia: az adott szakma elismert, vezető szakemberei – a szakirodalom és a saját tapasztalataik kritikus elemzése és értékelése alapján – a szakmai irányelveket/sztenderdeket/meghatározásokat konszenzussal fogadják el.

Konzultáció: párbeszédben megvalósuló tanulási folyamat, illetve kapcsolat, amelynek résztvevői a problémái megoldására segítséget kereső „elakadt” ember és a segítséget nyújtó konzultáns. A konzultáció folyamán a segítséget igénylő ember megtanulhatja, hogy miként hozzon döntéseket, hogyan formálja viselkedését, érzéseit és gondolkodását. A konzultációs kapcsolatban mind a

segítő készségei, mind az általa kialakított atmoszféra segíti a szolgáltatást igénybe vevőt, hogy megtanuljon önmagával és másokkal olyan viszonyt kialakítani, amely segíti személyes fejlődését és életminősége javulását.

Költség-előny vizsgálat: a vizsgált program vagy technológia pénzben kifejezett költségeinek a program megvalósításával elérhető, pénzben kifejezett megtakarításaihoz, vagy a program elmaradásának pénzben kifejezett következményeihez történő viszonyítása.

Költség-eredményesség vizsgálat: a költség-eredményesség elemzése két vagy több, a bio-pszicho-szociális állapotban azonos változást elérni hivatott, alternatív eljárás összehasonlító értékelése, amelynek során az eljárás pénzben kifejezett költségeit nem pénzben, hanem más mérhető formában kifejezett következményekhez viszonyítják (pl. saját otthonban maradás).

Költség-haszon vizsgálat: a költség-eredményesség vizsgálat speciális esete, amikor a szociális/ szolgáltatás eredményét az életminőségre kiegyenlített életévekben mérik.

Körzeti szakápoló (praxis ápoló): jogszabályban meghatározott egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy, aki a szakma szabályai szerint végzi a hatáskörébe tartozó, illetve működési engedélyben meghatározott feladatait.

Közelit hozzátartozó:

A) a házastárs, az élettárs,

B) a húszévesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező; a huszonhárom évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató; a huszonöt évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató vér szerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek,

C) korhatárra való tekintet nélkül a tartósan beteg, az autista, illetve a testi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos vér szerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt (a továbbiakban: fogyatékos gyermek),

D) a 18. életévét be nem töltött gyermek vonatkozásában a vér szerinti és az örökbe fogadó szülő, illetve a szülő házastársa vagy élettársa.

Közműrendszerek: a teljes szociális/ szolgáltató szervezetre vonatkozó rendszerek és felszerelések: elektromos vezérlés; tartalék energia; víz; vertikális és horizontális továbbítás; fűtés, szellőzés, légkondicionálás; csőhálózat, kazán és gőzvezeték; csöves gázok; kommunikációs rendszerek, beleértve az adattovábbító rendszereket. Ideérthetők a higiénés követelmények, a megelőzést és kontrollt támogató rendszerek, valamint a környezetvédelem is.

Közösségi ellátás: olyan közösségi alapú gondozás, amelynek során a gondozás és a rehabilitáció az ellátott otthonában, lakókörnyezetében történik.

Közösségi fenntartó: az Európai Gazdasági Térségről szóló egyezményben részes, illetve nemzetközi szerződés alapján azonos jogállást élvező más állam szociális vállalkozói engedéllyel rendelkező állampolgára, továbbá az a jogi

személyiséggel rendelkező gazdálkodó szervezet, illetve jogi személyiség nélküli gazdasági társaság, amelynek székhelye, központi ügyvezetése vagy üzleti tevékenységének fő helye EGT tagállamban van.

Közösségi munka: a szociális munka egyik módszere. Feladata az adott településen élő közösség problémáinak feltérképezése és megoldása. A közösségi munka az emberek közötti kapcsolatokra, illetve olyan struktúrák létrehozására összpontosít, amelyek elősegítik a közösség önfenntartását. Típusai: közösség-fejlesztés, közösség tervezés, közösség szervezés.

Közvetett célcsoport: a célcsoport azon része, amelyre a segítő beavatkozás hatást gyakorol anélkül, hogy az rá irányulna.

Közvetlen célcsoport: a célcsoport azon része, amelyre a segítő beavatkozás irányul.

Kritérium: a termék vagy szolgáltatás elvárt vagy megkívánt minőségét jelző, mérhető megnyilvánulás, amely kifejezi, hogy egy tevékenység hogyan valósul meg.

Krízis: olyan állapot vagy szituáció, amely azonnali beavatkozást, szolgáltatást igényel.

Krízishelyzet: a bio-pszicho-szociális állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali szociális/ szolgáltatás hiányában az egyén közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó testi-, lelki-, egészségkárosodást szenvedne.

Kulcsfolyamatok: olyan folyamatok, melyek hosszútávon meghatározzák a szervezet eredményes, illetve sikeres működését, illetve közvetlen hatásuk van a gyógyító-megelőző tevékenységre.

Kulcsfontosságú mutatók (lásd még *Adat, Indikátor*): olyan mutatók, amelyek képesek a kulcsfontosságú eredmények várható alakulásának előrejelzésére, a folyamatos követésre alkalmas ún. intermedier indikátorok.

Küldetési nyilatkozat, misszió: írott megnyilvánulás, amelyben közzéteszik az egészségügyi szolgáltató szervezet céljait vagy annak egyik összetevőjét. Létrehozását rendszerint megelőzi a célok és feladatok kialakítása.

Kvalifikált egyén (megfelelően képzett egyén): olyan egyén, aki részt vehet egy vagy több ellátási tevékenységben vagy szolgáltatásban. A kvalifikációt a következők határozták meg: iskolai végzettség, képzettség, tapasztalat, kompetencia, alkalmazható engedélyek, törvények és szabályozók, regisztrálás vagy bizonyítvány.

Lakhatás: intézményi szolgáltatás, amely vagy közvetetten célozza meg az otthonyszerű elhelyezéshez való hozzájutást, vagy közvetlenül nyújt otthonyszerű elhelyezést az igénybevevők számára.

Lakhatási gondokkal küzdők: azok a személyek, akik anyagi, jövedelmi problémáik miatt vagy az életvitelükben bekövetkezett krízishelyzet eredményeképpen elvesztették az otthonukat, vagy veszélyeztetettek ezen a téren, illetve lakhatásukat csak jogsértő módon tudják megoldani.

„Legjobb barát” modell: a demenciában szenvedők személyközpontú megközelítése és gondozása.

Lelet: a beteg állapotára vonatkozó, szakmailag értékelt és kompetens személy által jóváhagyott vizsgálati eredmény.

LTC (long term care szolgáltatások): olyan tartós (félév; egy év; végleges) funkcióvesztéses állapot kezelése, amely miatt a beteg folyamatos segítségre szorul; az időskorúakat érintő esetekben a rehabilitáció igen korlátozott, tehát gyakran élethosszig tartó ellátásról van szó.

Másodlagos szűrővizsgálat: valamely betegség ismeretében annak társbetegségei, következményei (pl. célszerv károsodások), és más kórállapotok kockázati tényezői felismerése érdekében végzett vizsgálat/vizsgálatsorozat.

Mediáció: konfliktuskezelési módszer, amelynek lényege a konfliktusba keveredett felek közötti közvetítés, békéltetés, hogy a felek felismerjék a problémájukat, illetve különbözőségüket, és javuljon az egymás közti kommunikációjuk.

Megfelelőség: a szociális ellátás megfelelő, ha a szolgáltatás következményeként várható javulás olyan mértékben meghaladja a várható negatív következményeket, hogy érdemes elvégezni az adott beavatkozást, szemben azzal, hogy nem végzik el, vagy más beavatkozás mellett döntenek.

Megfigyelésre felvett beteg: azon beteg, akit ideiglenesen helyeznek el annak eldöntésére, hogy szükséges-e a fekvőbetegként való intézeti elhelyezése.

Meghatalmazás: a kompetencia evidenciája, érvényes és releváns engedély, képzettség, gyakorlat és tapasztalat. Az szociális ellátást végző személy kvalifikációinak megszerzésére, ellenőrzésére és értékelésére vonatkozik. Meghatározza, hogy az egyén végezhet-e szociális/ tevékenységeket.

Meghatalmazási folyamat: egy szociális feladatot ellátó kvalifikációinak megszerzésére, ellenőrzésére és értékelésére vonatkozó folyamat. A folyamat meghatározza, hogy az egyén végezhet-e bizonyos szociális szolgáltatást. Azt a folyamatot, amely időszakosan ellenőrzi a személyzet kvalifikációját, újra-meghatalmazásnak nevezik.

Méltányosság: a szükséglettel összhangban levő szolgáltatásokhoz való hozzáférés egyenlő esélyének biztosítása tekintet nélkül az ellátott társadalmi-gazdasági hierarchiában elfoglalt helyzetére.

Mérés: számszerűsíthető adatok gyűjtése feladról, rendszerről vagy folyamatról.

Minimumfeltételek (szakmai): az ágazati miniszterek által meghatározott azon követelmények összessége, amelyek az egészségügyi szolgáltatás, a szociális intézményi ellátás teljesítése során a betegek, az ellátást nyújtó személyzet és a környezet biztonsága szempontjából elengedhetetlenek.

Minőség: objektív értelemben bizonyos előírásoknak (sztenderdek) való megfelelés, szubjektív értelemben az igénybevevők elvárásainak való megfelelés. A szociális ellátás valamely formája, illetve a szolgáltatás minősége olyan értékítélet, amely a bio-pszicho-szociális állapot megőrzésében, helyreállításában

és fenntartásában a résztvevők által kinyilvánított, elvárható igények megvalósulásának mértékét fejezi ki.

Minőség-ellenőrzés: a szakmai sztenderdektől vagy a sztenderdek rendszerétől, a protokolloktól és irányelvektől való eltérés ellenőrzése.

Minőségfejlesztés: célja a minőségi problémák megelőzése a problémás, vagy a potenciálisan problémás folyamatok azonosításával, tökéletesítésével.

Minőségirányítás: az általános vezetési tevékenység azon része, amely a minőségpolitikát meghatározza és megvalósítja.

Minőségirányítási rendszer: a minőségirányítás megvalósításához szükséges egészségügyi szolgáltató szervezeti felépítés (struktúra), feladatkörök, eljárások, folyamatok és erőforrások összessége. A ~ magában foglalja a minőségi követelmények meghatározását, ezek teljesítésének ellenőrzését, értékelését, szükség szerint tanúsítását és a folyamatos minőségfejlesztést, amennyiben nem csupán egy-egy technológiára, egy-egy szolgáltatásra terjed ki a minőségbiztosítás, hanem a tevékenység egészére.

Minőségjavítás: a sztenderdek magasabb szintre emelése és e magasabb szinten történő teljesítésük. A minőség javítása ebben az esetben is a minőségbiztosítás logikája szerint történik: hibakeresés, visszacsatolás és korrekció.

Minőségpolitika: egy egészségügyi szolgáltató szervezetnek a minőségre vonatkozó, a felső vezetés által hivatalosan megfogalmazott és kinyilvánított általános szándéka és irányvonala.

Módszertani levelek: szakmai kollégiumok hatáskörében készített olyan prevenciós, diagnosztikai, terápiás vagy rehabilitációs eljárás leírások, amelyeket az adott szakma (szakmák) elismert személyiségei dolgoznak ki jól meghatározott körülmények fennállása esetén, valamint szakértői vélemények alapján az ellátók számára.

Monitorozás: rendszeres információ-áttekintés. Célja, hogy felismerjék valamely helyzet megváltozását.

Motiváció: indíték, késztetés. Valamilyen cselekvésre indító, késztető pszichés folyamat vagy állapot, amelynek háttérében korábbi tapasztalatok, élmények, belső szükségletek, stb. állnak.

Multidiszciplináris: különböző képzettségű szakemberek, szakterületek vagy szolgáltatási területek együttese.

Munkahelyi képzés: a munkahelyen vagy másutt a fenntartó/működtető/munkáltató által szervezett (esetenként finanszírozott) oktatási tevékenység, amelynek célja, hogy növelje, illetve kialakítsa a munkavállalók munkakörük ellátásához szükséges készségeit.

Munkaköri leírás: egy adott munkavállaló munkaköri pozíciójának írásbeli megfogalmazása, amelynek lehetséges tartalma: munkakör neve, szervezeti egység, közvetlen felettes, munkaidő, kötelezettségek, munkaköri feladatok, munkakör célja, felelősség, igényelt végzettség és gyakorlat, elvárások, kiegészítő információk.

Működést engedélyező szerv: szociális szolgáltató esetén a kérelemben megjelölt elsődleges ellátási terület szerint illetékes városi jegyző, nappali ellátást nyújtó szociális intézmény esetén az intézmény székhelye, illetőleg telephelye szerint illetékes városi jegyző, bentlakásos szociális intézmény esetén az intézmény székhelye, illetőleg telephelye szerint illetékes Hivatal (szociális és gyámhivatal). Ha a szociális intézmény alapszolgáltatás mellett nappali ellátást is nyújt, az intézmény székhelye, illetőleg telephelye szerint illetékes városi jegyző, ha alapszolgáltatás mellett bentlakásos intézményi ellátást is nyújt, az intézmény székhelye, telephelye szerint illetékes Hivatal vezetője dönt a működési engedély kiadásáról.

Működtető: olyan a szervezet vagy magánszemély, aki/amely a jogszabályban meghatározott feltételek szerint, a fenntartó által biztosított működési feltételek között a szolgáltató tevékenységet szervezi.

Nappali ellátást nyújtó szociális intézmény: a nappali ellátást nyújtó intézmény a hajléktalanok, a saját otthonukban élő tizennyolcadik életévüket betöltött, de egészségi állapotuk miatt, vagy pedig idős koruk miatt szociális és mentális támogatásra szoruló, önmaguk ellátására részben képes személyek. A fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelést nem igénylő pszichiátriai betegek, illetve szenvedélybetegek, továbbá a harmadik életévüket betöltött, önkiszolgálásra részben képes vagy önellátásra nem képes, felügyeletre szoruló fogyatékos, illetve autista személyek részére biztosít lehetőséget a napközbeni tartózkodásra, társas kapcsolatokra, valamint az alapvető higiéniai szükségleteik kielégítésére. A nappali ellátás keretében igény szerint megszervezik az ellátottak napközbeni étkeztetését is.

Nem állami fenntartó: szociális vállalkozói engedéllyel rendelkező természetes személy, magyarországi székhelyű jogi személy vagy jogi személyiség nélküli gazdasági társaság.

Norma: viselkedési szabályok, elvárások összessége, melyek lehetnek formálisak és nem formálisak. Kialakításában adott társadalom, kultúra, csoport, illetve szervezet vesz részt.

Nozokomiális fertőzés: bármely fertőzés, amelyet az egyén az egészségügyi ellátás alatt szerez. Általános ~eka húgyúti fertőzések, a műtéti sebfertőzések, a légúti fertőzések (tüdőgyulladás) és a véráram (érrendszeri) fertőzések. Az a helyi vagy szisztémás kóros állapot, amelyet egy kórokozó vagy annak toxinja vált ki, és amelyre vonatkozóan nincs semmi bizonyíték, hogy manifeszt vagy lappangó állapotban jelen lett volna a felvételkor.

Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások: formái az öregségi, rokkantsági, baleseti rokkantsági nyugdíj, özvegyi és szülői nyugdíj, árvaellátás és baleseti hozzátartozói nyugellátások; rendszeres szociális járadék, átmeneti járadék, bányász dolgozók egészségkárosodási járadéka, rokkantsági járadék, rehabilitációs járadék, politikai rehabilitációs ellátások, házastársi pótlék, illetve a házastárs után járó jövedelempótlék.

Orvostechnikai eszköz és egyéb felszerelés: bármely olyan fixált vagy hordozható tárgy, amely nem gyógyszer vagy gyógyászati segédeszköz, és

amelyet diagnosztizáláshoz, kezeléshez, monitorozáshoz és a betegek közvetlen ellátásához használnak.

Otthoni szakápolás: a fekvőbeteg gyógyintézeti ellátást kiváltó, egészségügyi alaptól finanszírozott szakellátás, melynek helyszíne a beteg otthona, igénybevétele a beteg állapota (kórházi ellátást igénylő általános állapot) határozza meg. A beutalás a hatályos jogszabályok alapján történik. A szolgáltatás felügyelete a beutaló (elrendelő) orvos kötelessége.

Önálló védőnői tanácsadás: meghatározott időben, illetve céllal végzett tevékenység az arra kialakított és jogszabályban előirt követelmények szerint felszerelt helyiségben. Preventív szemléleten alapuló személyközpontú tanácsadás, mely magában foglalja az egészségfejlesztést, tájékoztatást, felvilágosítást, oktatást, valamint a jogszabályban megfogalmazott vizsgálatokat és szűrővizsgálatokat.

Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások: különösen az időskorúak járadéka, a rendszeres szociális segély, az ápolási díj, az adósságsökkentési támogatás; valamint a munkanélküli járadék, álláskeresési járadék, álláskeresési segély, képzési támogatásként folyósított keresetpótló juttatás tartozik ezen ellátások közé.

Páciens: a háziorvosi praxisba a hatályos jogszabályoknak megfelelően bejelentkezett személy.

Megjegyzés: A háziorvosi praxisba bejelentkező személyek többsége egészséges egyén, akinél prevenciós ellátás zajlik, ezért tágabb értelemben minden bejelentkezőre a „páciens” kifejezést használjuk. A „beteg” meghatározást konkrétan valamilyen tünettel, panasszal jelentkező, vagy már ismert betegséggel gondozott páciensekre alkalmazzuk.

Palliatív ellátás: kezelések és támogató szolgáltatások, amelyeknek szándéka elsősorban a fájdalom és szenvedés csillapítása, nem pedig a betegség gyógyítása. Palliatív terápia lehet a tumorok megkisebbitését célzó műtéti ellátás vagy sugárkezelés, és emellett az életminőség fejlesztése. A palliatív szolgáltatások kiterjednek a beteg pszichológiai és vallási szükségleteinek ellátására, valamint a haldokló beteg és hozzátartozóinak támogatására.

Peer review: az ellátás ellenőrzése (audit), amelyet az ellátást nyújtók szakember-összetételének megfelelő, általában saját intézményben vagy társintézményekben dolgozó csoport végez.

Politika: a vezetés által megfogalmazott, az egészségügyi szolgáltató szervezet egészében érvényes, valamely tevékenység végzésével kapcsolatos szabály, állásfoglalás. Ezen ~n alapulnak az ellátó egységek működésére vonatkozó eljárásleírások, folyamatok, szakmai protokollok, pl. az egészségügyi szolgáltató szervezeti politika határozhatja meg valamely gyógyszer beadásának kompetenciaszintjét. A tényleges végrehajtás módszere osztályos szintű eljárásleírásban vagy szakmai protokollban kerül megfogalmazásra. A szervezet felépítésében és működésében követett irányvonal.

Praxis (ld. Háziorvosi praxis)

Prevenció: veszélyeztető helyzetek, feltételek, állapotok, krízisek kialakulásának megelőzése, kialakulásuk kezelése, megszüntetése.

Preventív szolgáltatások: beavatkozás a bio-pszicho-szociális állapot támogatására, az állapotromlás megelőzésére, illetve lassítására annak érdekében, hogy a további szolgáltatások igénybevétele elkerülhetővé váljon, vagy későbbi időpontra tolódjék. Ez lehet a kockázati tényezők behatárolása és a rájuk vonatkozó tanácsadás, a szolgáltatás iránti igényt célzó szűrés, a hátrány, a szükséglet és/vagy probléma hosszú távú hatásainak csökkentése, illetve mérséklése.

Primer prevenció: az egészség megőrzése, fejlesztése (egészségmenedzselés) érdekében tervezetten és dokumentáltan végzett egészségügyi tevékenység. Ide tartozik pl.: védőoltások beadása, az egészséges életmódra, táplálkozásra, aktivitásra és az egészségkárosító magatartás elkerülésére nyújtott tanácsadás.

Progresszív ellátás: a munkamegosztás és a fokozatosság elvén alapuló egészségügyi intézményrendszerre épülő, a betegek egészségi állapotának összes jellemzője által meghatározott szinten nyújtott ellátás.

Protokoll: a helyi gyakorlatot leíró, azaz az aktuálisan végzett meghatározott szociális szolgáltatás, beavatkozás, esetmenedzsment elvégzéséhez szükséges események és tevékenységek rendszerezett listája, a módszertani levelek és szakmai irányelvek ajánlásainak figyelembevételével. A ~elkészítésének célja a szolgáltatási folyamatok megismerése és áttekinthetővé tétele, valamint ezen keresztül a folyamatok és az ellátás minőségének fejlesztése.

Rehabilitáció: mindazon szolgáltatások összehangolt, egyénre adaptált rendszere, melyek lehetőséget nyújtanak ahhoz, hogy a fogyatékos ember sikerrel foglalhassa el a helyét a társadalomban. Az átfogó rehabilitációt olyan folyamatnak tekinthetjük, mely harmonizálja a fogyatékos ember teljesítményét és a társadalom elvárásait. A sikeres rehabilitáció tehát feltételezi mind az egyén, mind pedig a közösség aktivitását. A ~ olyan szervezett segítség, melyet a társadalom nyújt az egészségükben, testi vagy szellemi épségükben tartósan vagy véglegesen károsodott fogyatékos embereknek, hogy helyreállított vagy megmaradt képességeik felhasználásával ismét elfoglalhassák helyüket a társadalomban.

Rehabilitációs szolgáltatások: szociális, foglalkoztatási, mentálhigiénés, egészségügyi és egyéb szakmák egyénre szabott együttes felmérései és egyénre szabott szolgáltatásai. A cél az, hogy képessé tegyék az igénybevevőket funkcionális képességeik lehető legmagasabb szintjének elérésére.

Reintegráció: a szolgáltatást igénybevevőnek a közösségbe való visszavezetése, a társadalomban, szűkebb-tágabb környezetében való aktív részvételének támogatása, önálló életvezetési feltételei megteremtésének segítése, munkaerőpiaci helytállásának támogatása a szociális munka eszközeivel.

Releváns: fontos, lényeges, meghatározó.

Rendszer-együttműködés: a szociális szolgáltatást végző intézmény és más, elsősorban egészségügyi, pedagógiai, munkaerő-piaci szolgáltató, stb. közötti szakmai kapcsolat annak érdekében, hogy az igénybevevő hatékony és hatásos segítségben részesüljön problémája megoldása során.

Statisztikai adatszolgáltatás: a szociális/ szolgáltatók azon kötelezettsége, hogy a működésüket leíró statisztikai információkat meghatározott időpontokban eljuttassák az azok gyűjtésére felhatalmazott szervek felé.

Stratégia: szolgáltatói vezetési funkció. A ~i célokat a szolgáltató küldetéséhez, jövőképehez igazodva határozza meg, melyek kijelölésével a szolgáltató hosszú távú sikertényezőinek meghatározása és újragondolása történik meg.

Stratégiai terv: a szervezet belső erősségeit és gyengeségeit, a külső környezet adta lehetőségeket és az esetleges veszélyeket figyelembe vevő, hosszabb távra szóló menedzseri tervezés valamely jövőkép elérése érdekében.

Struktúra: a szociális rendszer tárgyi, emberi és szellemi erőforrásai, beleértve a gazdasági feltételeket, menedzsmentet, épületeket, eszközöket, műszereket, az információs rendszert, a megfelelően képzett szakembereket és a kisegítő személyzetet.

Sürgős beteg: olyan beteg, aki azonnali ellátást igényel, vagy megfigyelésre felvett beteg, akinél sürgős szükség lép fel.

Sürgős szükség: az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.

SWOT analízis: (Strengths – erősségek, Weaknesses – gyengeségek, Opportunities – lehetőségek, Threats – veszélyek): a stratégiai döntések megalapozását célzó elemzési eljárás, melynek során a belső környezet erősségeinek és gyengeségeinek feltárásával, illetve a külső környezetben rejlő lehetőségek és veszélyek megismerésével elérhető jövőképet alakítanak ki.

Szabály: bizonyos eljárások, folyamatok végrehajtási rendjéről szóló írásbeli dokumentum.

Szakápolás: szakirányú egészségügyi szakképesítést igénylő tevékenységek ellátása (sebkezelés, injekciózás, szondatáplálás stb.). Igénybe vehető az alapellátás (pl. körzeti-közösségi ápolás, szociális ellátás) és a szakellátás (fekvő-, járó- és otthoni szakellátás) szolgáltatási szinteken is

Szakmai felügyelet: az egészségügyi szolgáltatók és szolgáltatások feletti, az egészségügyi hatóság által gyakorolt szakmai felügyelet.

Szakmai irányelv: olyan szisztematikusan kifejlesztett állásfoglalási sorozat, amely tudományos bizonyítékokra (evidenciákra) és szakértői véleményekre támaszkodó iránymutatás. A jól meghatározott ellátási körülmények fennállása esetén, speciális igénybe vevői körre vonatkozóan javaslatot tesz az ellátás egyes lépéseire mind az ellátók, mind az ellátottak számára.

Szakmai program: a gyógyintézetek működési rendjéről, illetve szakmai vezetők testületéről szóló 43/2003. (VII. 29.) Eszcsm rendelet 6/A §-ában az egészségügyi szolgáltatások tervszerű és minőségi fejlesztésére előírt, a fenntartó által elfogadott terv.

Szakmai protokoll: meghatározott betegségcsoportban és ellátási szinten, egy betegség vagy állapot – az elérhető tudományos bizonyítékokkal alátámasztott preventív, diagnosztikai, terápiás, ápolási, gondozási és rehabilitációs – ellátási folyamatával kapcsolatos tevékenységek rendszerezett listája, amely alapját képezi az egészségügyi szolgáltatások szakmai ellenőrzésének és finanszírozásának, továbbá az ellátás biztonságának és egyenletes színvonalának biztosítását célozza.

Szakmapolitika: a vezetés/fenntartó/ágazat által megfogalmazott, a szociális szolgáltató szervezet egészére érvényes, valamely tevékenység végzésével kapcsolatos irányelv, szabály, állásfoglalás, amely a szolgáltatást igénybe vevőkre és a szolgáltatást nyújtókra egyaránt vonatkozik. A szervezet felépítésében és működésében követett irányvonal.

Szakosított ellátások: az alapszolgáltatások keretében nem gondo­zható, az életkoruk, egészségi állapotuk, valamint szociális helyzetük miatt a rászorult személyek részére bentlakásos intézményekben biztosított tartós ellátási formák (ápológondozó, rehabilitációs intézmények, lakóotthonok, átmeneti elhelyezést és egyéb speciális ellátást nyújtó szociális intézmények).

Szegregáció: az egyén vagy egy csoport elkülönülése, illetve elkülönítése a szűkebb-tágabb közösségtől.

Székhely: a szociális intézmény központi ügyintézésének helye, függetlenül attól, hogy a székhelyen nyújtanak-e szociális szolgáltatást.

Személyes gondoskodás megszervezésére kötelees szervek: a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 86-92. §-ában meghatározott szervek (helyi önkormányzatok), az ott szereplő feladatok tekintetében.

Személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás: a szociálisan rászorultak részére az állam, valamint az önkormányzatok által biztosított személyes gondoskodást nyújtó ellátások, melyek magukban foglalják a szociális alapszolgáltatásokat és a szakosított ellátásokat.

Szervezeti ábra: a szociális szolgáltató szervezet belső kapcsolatrendszerének grafikus megjelenítése

Szociális alapszolgáltatások: megszervezésükkel a települési önkormányzat segítséget nyújt a szociálisan rászoruló­k részére saját otthonukban és lakókörnyezetükben való önálló életvitelük fenntartásában, valamint egészségi állapotukból, mentális állapotukból vagy más okból származó problémáik megoldásában. Az alapszolgáltatások típusai többször változtak, a Szocvtv. hatályos rendelkezései szerint ezek: a falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatás, az étkeztetés, a házi segítségnyújtás, a családsegítés, a

jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, a közösségi ellátások, a támogató szolgáltatás, az utcai szociális munka és a nappali ellátás.

Szociális intézmény: az 1993. évi III. törvényben meghatározott nappali, illetve bentlakásos ellátást nyújtó intézmény, illetve szervezet.

Szociális munka: az egyén és környezete közötti sokrétű, összetett kölcsönhatással foglalkozik. Célja, a problémamegoldásra és a változásra összpontosítva, hogy képessé tegye az embereket lehetőségeik minél teljesebb kiaknázására. A ~ az értékek, elméletek és a gyakorlat egymással szorosan összekapcsolódó rendszere, a társadalomban meglévő akadályokat, méltánytalanságokat, igazságtalanságokat veszi célba, válságokra és szükséghelyzetekre, valamint a mindennapi személyes és társadalmi problémákra válaszol.

Szociális munka gyakorlata (praxis): készség, technika és tevékenység, melyek alkalmazása összhangban áll az ember és környezete holisztikus szemléletével. A professzionális beavatkozások széles skálán mozognak a főként személyre összpontosító pszichoszociális folyamatoktól a szociálpolitika, a tervezés és fejlesztés módszereinek hasznosításáig. Beletartozik pl. a tanácsadás, a klinikai szociális munka, a csoportmunka, a szociálpedagógia és a családterápia stb., valamint azok az erőfeszítések, amelyek segítik az embereket, hogy saját helyi közösségükben eljussanak a megfelelő forrásokhoz és szolgáltatásokhoz, sőt maguk is tevékenyen részt vegyenek ezek bővítésében. A beavatkozások magukban foglalják az intézményi adminisztrációt, a közösségszervezést és a társadalmi, politikai akciókhoz való kapcsolódást is. A ~ban a prioritások az egyes társadalmakban a kulturális, történelmi és szocioökonómiai helyzettől függően változnak.

Szociális munkás: szakirányú felsőfokú oktatási intézményben szerzett végzettséggel, egyetemi vagy főiskolai diplomával rendelkező személy. Szociális szolgáltatást nyújt egyéneknek, családoknak, csoportoknak, közösségeknek, illetve szervezeteknek.

Szociális státusz: a szolgáltatást igénybe vevőről összegyűjtött és rögzített azon –környezeti, közösségi, kulturális, családi és anyagi körülmények vonatkozó – információk összessége, amelyek hozzájárulnak preferenciáinak és szükségleteinek megismeréséhez.

Szociális szolgáltató: az a személy vagy szervezet, amely a nappali ellátások kivételével kizárólag a szociális alapszolgáltatásokat nyújtja. Ha jogszabály másként nem rendelkezik, a szociális szolgáltatókra a szociális intézményekre vonatkozó szabályokat kell megfelelően alkalmazni.

Szociális / szolgáltatás:

1. Az egyéni, közösségi, társadalmi egzisztenciális szempontból segítségre szorulókat támogatására, segítésére, hátrányaik csökkentésére kialakított szervezett tevékenység, amely a szociális biztonságuk megteremtésére és megőrzésére irányul. Szociális munkások és más szakemberek azon tevékenységei, amelynek során segítenek az embereknek abban, hogy önállóvá váljanak, erősítsék családi

kapcsolataikat és helyreállítsák az egyének, családok, csoportok és közösségek sikeres szociális működését.

2. A gyermekjóléti alapellátás, illetve a szakellátás keretében – működési engedéllyel – végzett tevékenység, amelynek célja a gyermek testi, értelmi, érzelmi és erkölcsi fejlődésének, továbbá a gyermeki jogok (a Magyar Köztársaság Alkotmányában, a Gyermek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyezmény kihirdetéséről szóló 1991. évi LXIV. törvényben és más törvényekben megfogalmazott, a gyermeket megillető jogok összessége) érvényesülésének biztosítása.

Szociális/ szolgáltató szervezet: a tulajdonosi formától és a fenntartótól függetlenül minden olyan, a szociális/ szolgáltatás nyújtására a közigazgatási hivatal szociális és gyámhivatala, valamint jegyző által kiadott működési engedély alapján jogosult jogi személy, jogi személyiség nélküli szervezet és minden olyan természetes személy, aki a szolgáltatást saját nevében nyújtja.

Szociális/ szakember: szociális munkás, általános szociális munkás, szociálpedagógus, szociálpolitikus, valamint pedagógus, illetve egyéb adekvát felsőfokú vagy középfokú szakképesítéssel rendelkező személy.

Szocializáció: a társadalmi viszonyrendszer, normák, szerepek folyamatos elsajátítása; olyan ismeretek, készségek és képességek megszerzése, amelyet bizonyos szerepekkel, pozíciókkal kapcsolatban a csoport, a közösség elvár a tagjaitól. Egyfajta tanulási folyamat, amelynek során változik az egyén énképe, önértékelése, és elsajátít bizonyos szokásokat, valamint magatartásformákat.

Szolgáltatás folyamatossága: a szolgáltatást igénybe vevő szükségleteinek folyamatos kielégítése a megfelelő szolgáltatással. Egy adott ellátónál vagy több szolgáltató szervezet együttműködésével kerül alkalmazásra.

Szolgáltatási tervek (egyéni gondozási, ápolási, fejlesztési, nevelési, rehabilitációs, foglalkoztatási, elhelyezési terv): meghatározza a szolgáltatást igénybe vevő ellátási szükségleteit, felsorolja a szükségletek kielégítésére vonatkozó stratégiákat, dokumentálja a kezelési, gondozási, fejlesztési célokat és feladatokat, megadja a beavatkozások és a befejezés kritériumait, valamint dokumentálja a változást a meghatározott célok és feladatok kielégítésére vonatkozóan. Alapját az állapotfelmérés során összegyűjtött adatok képezik. A terv formája irányított lehet speciális szabályokkal és eljárásokkal, protokollokkal, szakmai irányelvekkel, kliensutakkal, esettérképekkel, vagy ezek kombinációjával.

Sztenderd: szakmai irányelv. Ennek fajtái a következők:

1. Határérték (benchmark): a belső folyamatok vagy a szakterület legjobb külső eredményei alapján meghatározott teljesítendő elvárás.

2. Küszöbérték (threshold): valamely minőségi indikátor előre meghatározott teljesítendő szintje. Ha az értéket a szolgáltató nem tudja teljesíteni, további elemzés válik szükségessé az okok feltárására.

3. Előíró (prescriptive): meghatározza, milyen mértékű változást kell elérni a jelenleg mért eredményekhez képest.

4. Akkreditációs, tanúsítási (accreditation): elvárások gyűjteménye az igények, kiválóság vagy képesség foka, illetve szintje szerint a minőségre vagy teljesítményre vonatkozóan.

5. Engedélyezési (regulatory): szolgáltatási követelmények, melyek kifejezik az eljárás-politika, berendezés és kapacitás azon minimális szintjét, mely az engedélyezés eléréséhez szükséges.

Sztenderd-alapú értékelés: értékelési folyamat, amely meghatározza egy szociális szolgáltató szervezet vagy ellátó megfelelőségét az előre lefektetett elvárásokhoz képest.

Sztenderdek elvárt jellemzői (MÉRET – angolul RUMBA – szabály): mérhető (measurable), érthető (understandable), releváns (relevant), elfogadható (behavioural) és teljesíthető (vagyis elérhető) (achievable).

Sztenderd magyarázata: egy sztenderd értelmének, jelentésének és jelentőségének rövid magyarázata. A sztenderd magyarázata részletes elvárásokat fogalmazhat meg a helyszíni audit értékelési szempontjaira vonatkozóan.

Sztenderd-rendszer: elvárás-rendszer, amelyet előzetesen meghatároz egy kompetens hatóság (minisztérium). A sztenderdek egy szociális szolgáltató szervezet vagy az egyén teljesítményének elfogadható szintjét írják le, kapcsolódva a helyi struktúrához, valamely folyamat végrehajtásához vagy a mérhető kimenetek teljesítéséhez.

Szubszidiaritás: a szociálpolitika azon elve, miszerint a társadalmi szükségleteket azon a szinteken kell kielégíteni, ahol azok felmerülnek.

Szupervízió: a tapasztalati tanulás módszere, melynek során a segítő szakember a szupervízor segítségével feldolgozza a számára stresszt okozó, a személyes és szakmai szerep összeegyeztetését veszélyeztető munkatapasztalatokat, fenntartja személyes tudatosságát, és gyarapítja szakmai tudását, így elkerülheti a kiégést.

Szükségletek: a bio-pszicho-szociális állapotból eredő, szociális beavatkozást igénylő, illetve a beavatkozással pozitív irányba befolyásolható problémák. A szükséglet felismert, ha a szociális ellátás számára ismertté válik. Nem felismert, illetve rejtett abban az esetben, ha az egyén ellátásra szorulna, de nem fordul szociális szolgáltatóhoz, vagy mert nem akar, vagy mert nem ismeri fel a problémáját.

Szükségletfelmérés: Az igénybevevő igényeinek, problémáinak megismerése a hatékony és hatásos szolgáltatás érdekében; az a tevékenység, melynek során a szolgáltató felméri az illetékességi körén belül élő célcsoport nagyságát, speciális ismérveit és igényeit.

Szűrési kritériumok: sztenderdizált szabályok vagy tesztek rendszere, amelyeket betegcsoportok esetében alkalmaznak további értékelés szükségességének meghatározásához.

Tájékozott beleegyezés: a jogszabályok értelmében az orvosnak kötelessége betegét tájékoztatni arról, hogy a tervezett kezelés, vizsgálat vagy kutatási programban való részvétel milyen kockázattal vagy hátránnyal járhat. A beteg

mérlegelheti a valószínű kockázatokat a valószínű előnyökkel szemben a lehetséges kezelés, teszt vagy kutatás végrehajtására vonatkozó választása során.

Megjegyzés (HES): A praxisba történő bejelentkezéskor a páciens a praxis által nyújtott tevékenységekre, az ellátás jellemző alapelveire vonatkozó beleegyező nyilatkozatot ír alá, mely egyben felhatalmazás a praxis számára a páciens adatainak kezelésére is. Ebben a nyilatkozatban kitérnek arra is, hogy az ellátás során mely esetekre szükséges kiegészítő nyilatkozatot tenni a jogszabályi előírások figyelembevételével.

Tájékoztatás: információnyújtás a szolgáltatást igénybe vevő számára a szolgáltatás igénybevételének módjáról és feltételeiről, illetve a számára adekvát és elérhető egyéb szolgáltatásokról, valamint intézményekről.

Támogató szolgálat: a fogyatékos személy önálló életvitelét elősegítő, a mindennapi szükségletei kielégítését célzó – személyes közreműködés által megvalósuló – szolgáltatás.

Tanulmány: általában egy időszak során végzett alapos, kutató, kipróbált, szisztematikus felmérés.

Tanúsítás: a szervezet által felkért, külső, független szervezet (tanúsító szervezet) által végzett „harmadik fél” általi audit, melynek során a tanúsító szervezet értékeli és kinyilvánítja, hogy a tanúsított szervezet megfelel a tanúsítási eljárás alapját képező előírt követelményeknek, illetve kielégít bizonyos elvárásokat. Önkéntes program, amelyben az intézményeknek meg kell felelniük bizonyos sztenderdeknek.

Táplálási terápia: orvosi kezelés, amely enterális vagy parenterális táplálást céloz. Beavatkozások vagy tanácsadás a megfelelő táplálék bevitelére, mely tevékenység táplálkozási állapotfelmérésen és az élelmiszerekről, más táplálékforrásokról és az ételek elkészítéséről szóló információkon alapul. Figyelembe veszi a beteg kulturális háttérét és szociális helyzetét.

Társadalmi integráció: az a folyamat, amelynek során az egyén vagy egy csoport a tágabb közösség részévé válik, tagjaihoz hasonló jogokat érvényesít, illetve kötelezettségeket teljesít. A szociális szolgáltatások alapvető célja. Az integráció során a kisebbségi csoport harmonikusan megőrzi önálló jellegzetességeit, míg az asszimiláció során elveszti azokat.

Telephely: az intézmény legalább tíz, de legfeljebb százötven fő személyes gondoskodást nyújtó intézményi ellátásának helye, mely az ingatlan-nyilvántartásban a székhelytől, valamint az intézmény másik telephelyétől különböző helyrajzi számon van feltüntetve.

Terápia: az egészségi állapot helyreállítására irányuló gyógykezelési folyamat, illetve gyógyeljárás.

Területi szakellátási kötelezettség: az egészségügyi szolgáltató fenntartójának, illetve tulajdonosának, valamint az egészségügyi szolgáltatónak azon kötelezettsége, hogy a meghatározott ellátási területen a lekötött kapacitás felhasználásával a jogosultak számára egészségügyi szolgáltatásokat nyújtson.

Továbbutalás: a beteg szükségleteinek megfelelően egy másik egészségügyi szolgáltatóhoz való irányítása (áthelyezése), ahol folytatódik az ellátása.

Törvényes képviselő (hozzátartozó vagy a helyette nyilatkozattételre jogosult személy): a házastárs, az egyenesági rokon, az örökbe fogadott, a mostoha- és nevelt gyermek, az örökbe fogadó, a mostoha- és nevelőszülő, valamint a testvér és az élettárs. Továbbá a beteg életében jelentős szerepet játszó személy(ek). A ~ jelenthet olyan személyt is, aki nem tartozik törvényesen a beteghez. A ~ gyakran helyettesíti a beteget a számára hozott döntésekben, ha arra a beteg döntéshozó képességének elvesztése esetére felhatalmazást kap.

Tudományos bizonyítékokon alapuló orvoslás (evidence-based medicine): a gyógyító tevékenységnek az a módja, amely a döntéseket a legújabb, megbízható tudományos eredményekre, az évek alatt megszerzett szakmai tapasztalatra és a betegek preferenciáira építi. A gyógyító tevékenységhez, illetve a szakmai döntéshozatalhoz használt olyan módszertan, amely a rendelkezésre álló legjobb tudományos bizonyítékok (eredmények) gyűjtése és kritikus értékelése – az evidencia minősége és erőssége – alapján hoz döntéseket az egyes diagnosztikus beavatkozások, terápiák, ápolási módszerek, illetve egyéb gyógyító-megelőző tevékenységek gyakorlati alkalmazásáról.

Utógondozás: az adott szolgáltatásból kikerült igénybevevő számára a független környezetben történő tartós, önálló életvitel elérése, megszilárdítása és a közösség(é)be való (re)integráció céljából végzett tevékenység.

Vagyon: az a hasznosítható ingatlan, jármű, továbbá vagyoni értékű jog, amelynek a) külön-külön számított forgalmi értéke, illetőleg összege az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének a harmincszorosát, vagy b) együttes forgalmi értéke az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének a nyolcvanszorosát meghaladja, figyelembe véve, hogy a szociális rászorultságtól függő pénzbeli és természetbeni ellátások jogosultsági feltételeinek vizsgálatánál nem minősül vagyonnak az az ingatlan, amelyben az érintett személy életvitelszerűen lakik, az a vagyoni értékű jog, amely az általa lakott ingatlanon áll fenn, továbbá a mozgáskorlátozottságra tekintettel fenntartott gépjármű.

Védőnői családlátogatás: a védőnő által gondozottak megismerésére, nyomon követésére, az egészségi állapotra ható pozitív és negatív tényezők feltárására, kedvezőtlen tendenciák korai észlelésére, az egészséges, kiegyensúlyozott családi élet támogatására szolgál. A gondozott családjában előforduló egészségi, mentális és környezeti veszélyeztetettség megelőzése, felismerése érdekében adott segítségnyújtás a helyes életvitelhez.

Védőnői gondozás: módszere a gondozás, mely a kiemelt életszakaszokban fokozott és folyamatos ellátás jelent, így a várandós időszak, a gyermekágyas időszak, az újszülöttkor, a csecsemő és kisdedkor, az óvodáskor és az iskoláskor, a serdülőkor, valamint a változó kor idején. A gondozást a védőnő gondozási terv alapján végzi.

Védőnői gondozási terv: a gondozott személy aktuális egészségi állapotán, a családi, munkahelyi és közösségi anamnézis során szerzett ismereteken,

észleléseken tapasztalatokon és a védőnői munkához kapcsolódó területek álláspontjának figyelembevételén alapul. Ezek birtokában a védőnő a gondozott személlyel együtt meghatározza azokat a célokat és feladatokat, melyek prioritást kell, hogy élvezzenek az anya, a magzat, a gyermek és a család egészsége érdekében. Közösén feltárják a megoldás lehetőségeit. A védőnő segíti, támogatja a célok, feladatok megvalósítását, értékelését és újabb célok kitűzését.

Veszélyes anyagok: alapvetően veszélyes az emberre vagy más élő szervezetre. Lehetnek sugárzó vagy vegyi anyagok.

Veszélyes hulladék: az élő szervezetre veszélyt jelentő anyag, melynek eldobása speciális elővigyázatosságot igényel. A veszélyes hulladékok lehetnek biológiai anyagok, amelyek betegséget terjeszthetnek (pl. vér, szövet), sugárzó anyagok vagy mérgező kemikáliák. ~nak minősülnek továbbá a felhasznált tűk, kötszerek, infúziós szerelvények stb.

Veszélyeztető állapot: az az állapot, amelyben az azonnali intézkedés hiánya az egyén életét, testi épségét vagy egészségét közvetlenül fenyegető helyzetet eredményez, illetőleg a szűkebb-tágabb környezetére közvetlen veszélyt jelent.

Vezetők: olyan egyének, akik elvárásokat fogalmazznak meg, terveket fejlesztenek, és eljárásokat vezetnek be, hogy értékeljék és fejlesszék egy szervezet tulajdonosi irányítását, menedzsmentjét, valamint szolgáltató és támogató funkcióit és folyamatait. Vezetők a tulajdonosok, az irányító testület tagjai, a legfőbb végrehajtó ügyvezető, továbbá más menedzserek, teamvezetők, illetve a különböző csoport- és osztályvezetők stb.

Zárójelentés, összefoglaló: a betegadatok azon összegzése, amely tartalmazza a felvétel okát, a jelentős leleteket, a végrehajtott eljárásokat, a rendelt kezeléseket, a beteg távozáskori állapotát és bármilyen, a betegnek vagy hozzátartozóinak adott speciális utasítást (pl. követés, gyógyszerelés). Az összefoglaló az intézményi belső áthelyezéskor készített epikrízis.

4. melléklet: Jogszabályok gyűjteménye a bentlakásos idősellátás szakmai szabályaihoz

- 2009. évi CLV. törvény** a minősített adat védelméről
2009. évi CXXX. törvény a Magyar Köztársaság 2010. évi költségvetéséről
2009. évi CXX. törvény a Polgári Törvénykönyvről
2005. évi CXXXIX. törvény a felsőoktatásról
2004. évi CXL. törvény a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól
2003. évi CXXV. törvény az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról
2003. évi XCII. törvény az adózás rendjéről
2001. évi CI. törvény a felnőttképzésről
2000. évi C. törvény a számvitelről
1999. évi C. törvény az Európai Szociális Karta kihirdetéséről
1999. évi XLII. törvény a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól
1998. évi LXXXIV. törvény a családok támogatásáról
1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról
1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
1997. évi LXXVIII. törvény az épített környezet alakításáról és védelméről
1996. évi LVII. törvény a tisztességtelen piaci magatartás és a versenykorlátozás tilalmáról
1995. évi LXVI. törvény a köziratokról, a közlevéltárakról és a magánlevéltári anyag védelméről
1995. évi LIII. törvény a környezet védelmének általános szabályairól
1995. évi CXXV. törvény a nemzetbiztonsági szolgálatokról
1994. évi LXXX. törvény az ügyészségi szolgálati viszonyról és az ügyészségi adatkezelésről
1994. évi XXXIV. törvény a Rendőrségről
1993. évi XCIII. törvény a munkavédelemről
1993. évi LXXVII. törvény a nemzeti és etnikai kisebbségek jogairól
1993. évi LXXVI. törvény a szakképzésről
1993. évi XLVI. törvény a statisztikáról
1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról
1992. évi LXVI. törvény a polgárok személyi adatainak és lakcímének nyilvántartásáról
1992. évi LXIII. törvény a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról
1992. évi XXXVIII. törvény az államháztartásról
1992. évi XXXIII. törvény a közalkalmazottak jogállásáról

1992. évi XXIII. törvény a köztisztviselők jogállásáról

1992. évi XXII. törvény a Munka Törvénykönyvéről

1949. évi XX. törvény A MAGYAR KÖZTÁRSASÁG ALKOTMÁNYA

90/2010. (III. 26.) Korm. rendelet a Nemzeti Biztonsági Felügyelet működésének, valamint a minősített adat kezelésének rendjéről

321/2009. (XII. 29.) Korm. rendelet a szociális szolgáltatók és intézmények működésének engedélyezéséről és ellenőrzéséről

292/2009. (XII. 19.) Korm. rendelet az államháztartás működési rendjéről

213/2009. (IX. 29.) Korm. rendelet az egyházi és nem állami fenntartású szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatók normatív állami támogatásáról

92/2008. (IV. 23.) Korm. rendelet a fogyatékos személyek alapvizsgálatáról, a rehabilitációs alkalmassági vizsgálatról, továbbá a szociális intézményekben ellátott személyek állapotának felülvizsgálatáról

340/2007. (XII. 15.) Korm. rendelet a személyes gondoskodás igénybevételével kapcsolatos eljárásokban közreműködő szakértőkre, szakértői szervekre vonatkozó részletes szabályokról

260/2007. (X. 4.) Korm. rendelet a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatások 2008. évi irányított területi kiegyenlítési rendszeréről

213/2007. (VIII. 7.) Korm. rendelet az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézettről, valamint eljárásának részletes szabályairól

292/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet a Nemzeti Szakképzési és Felnőttképzési Intézettről

226/2006. (XI. 20.) Korm. rendelet a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatók, intézmények ágazati azonosítójáról és országos nyilvántartásáról

112/2006. (V. 12.) Korm. rendelet a szociális foglalkoztatás engedélyezéséről és a szociális foglalkoztatási támogatásról

335/2005. (XII. 29.) Korm. rendelet a közfeladatot ellátó szervek iratkezelésének általános követelményeiről

193/2003. (XI. 26.) Korm. rendelet a költségvetési szervek belső ellenőrzéséről

233/2001. (XII. 10.) Korm. rendelet a közszolgálati jogviszonnyal összefüggő adatkezelésre és a közszolgálati nyilvántartásra vonatkozó szabályokról

257/2000. (XII. 26.) Korm. rendelet a közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992. évi XXXIII. törvénynek a szociális, valamint a gyermekjóléti és gyermekvédelmi ágazatban történő végrehajtásáról

43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól

253/1997. (XII. 20.) Korm. rendelet az országos településrendezési és építési követelményekről

29/1993. (II. 17.) Korm. rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások térítési díjáról

147/1992. (XI. 6.) Korm. rendelet az önkormányzatok tulajdonában lévő ingatlanvagyon nyilvántartási és adatszolgáltatási rendjéről

9/2000. (VIII. 4.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást végző személyek továbbképzéséről és a szociális szakvizsgáról

8/2000. (VIII. 4.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást végző személyek adatainak működési nyilvántartásáról

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

9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről

20/1996. (VII. 26.) NM rendelet az otthoni szakápolási tevékenységről

81/2004. (IX. 18.) ESzCsM rendelet az egyes szociális szolgáltatásokat végzők képzéséről és vizsgakövetelményeiről

69/2004. (VIII. 5.) ESzCsM rendelet az egészségügyi, szociális és családügyi miniszter hatáskörébe tartozó szociális szakképesítések megszerzésére irányuló szakmai vizsga szervezésére feljogosított intézményekről

1/2004. (I. 5.) ESzCsM rendelet a betegjogi, az ellátottjogi és a gyermekjogi képviselő működésének feltételeiről

67/2007. (VII. 10.) GKM-EüM-FVM-SZMM együttes rendelet a vendéglátó termékek előállításának feltételeiről

15/2008. (VIII. 13.) SZMM rendelet a szociális és munkaügyi miniszter hatáskörébe tartozó szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményeiről

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

32/2008. (VIII. 14.) EüM rendelet az egészségügyi miniszter hatáskörébe tartozó szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményeinek kiadásáról

15/2006. (IV. 3.) OM rendelet az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről

5/1993. (XII. 26.) MüM rendelet a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény egyes rendelkezéseinek végrehajtásáról

16/2007. (III. 13.) IRM-MeHVM együttes rendelet a polgárok személyi adatainak és lakcímének nyilvántartásából teljesített adatszolgáltatásért, a kapcsolatfelvétel

céljából való megkeresésért, valamint értesítésért fizetendő igazgatási szolgáltatási díjról

7/2002. (III. 12.) BM rendelet a közszolgálati nyilvántartás egyes kérdéseiről

81/2009. (X. 2.) OGY határozat az Idősügyi Nemzeti Stratégiáról

1138/2002. (VIII. 9.) Korm. határozat az Idősügyi Tanács működéséről és a működésével összefüggő kérdésekről

A Szociális Munka Etikai Kódexe

Global Standard for Social Work Education and Training

5. melléklet: A sztenderdek kidolgozásában közreműködő szakértők

Bagyinszki Zoltánné

Beszterczey András

Czibere Károly

Cserbán Józsefné

Csernáthné Karáncsi Erzsébet

Dolozim Emese

Egervári Ágnes dr.

Fodor Irén

Forindáné Móró Ildikó

Hajnal Miklós Pál dr.

Jónyer Lajosné

Kovács Erzsébet

Kovács Kati

Kovacsics Zsuzsanna

Németh Teodóra

Panker Mihály

Pesti Györgyné

Rózsavölgyi Anna

Skultéti József

Somogyi Mária

Somorjai Ildikó

Szabó Lajos dr.

Szokoli Erzsébet

Varga Éva

6. melléklet: A munkacsoportok által elkészített részletes dokumentumok

Idősek számára biztosított szociális szolgáltatások

INTÉZMÉNYI KÖRNYEZET-

Az életminőség megőrzését biztosító szolgáltatások

(ÉMSZ)

1.sz.munkacsoport

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés

A standard definíciója

A szolgáltatás célcsoportjának meghatározása (indikáció)

A szolgáltatás alapelvei (kapcsolat a többi normatív szabályzóval (meglévő hazai szabályozásokkal – normatív dokumentumokkal)

2. Az elvárt szolgáltatási gyakorlat leírása

Lehetséges módszerek, eljárások, megoldási módok (alternatívák)

Előnyök, hátrányok, feltételek elemzése, alkalmazásának személyi és tárgyi feltételei

A standard alkalmazására vonatkozó javaslatok

Kimeneti elvárások, és az azokhoz csatlakozó kritériumok

A kritériumok teljesülésének indikátorai és monitoring lehetőségei

3. Mellékletek

A szabályozó anyagban felhasznált fogalmak jegyzéke, meghatározása

A szolgáltatás szempontjából releváns jogszabályok jegyzéke

A területen releváns alapvető szakirodalom jegyzéke

A már létező módszertani segédletek jegyzéke és elérhetőségi helye

Hazai és nemzetközi tapasztalatok, legfrissebb tudományos eredmények irodalmi áttekintése

1.Bevezetés

1.1. A standard definíciója

A bentlakásos intézmények egyik alapfeladata a teljes körű ellátás biztosítása, amely létbiztonságot jelent az ellátást igénybe vevők számára. Ez minden olyan, a mindennapi életvitelhez szükséges szolgáltatás jelenlétét, megfelelő szintű biztosítását jelenti, amely hiányában sérülhetnek az ellátottak alapvető jogai. A teljes ellátás keretében az étkeztetés megszervezése, a ruházat, textília biztosítása, az egészségügyi- és mentálhigiénés ellátás témakörébe tartozó megannyi aspektus beletartozik. A kötelezően biztosítandó minimumfeltételek mellett törekednünk kell azok magas színvonalú, továbbá az idők igényeihez igazított ellátások biztosítására.

Az idők életminőségét meghatározó tényezők közül most az a kettő szempont kerül kiemelésre, amelyről mind a szabályozásokban, mind a gyakorlati életben a legtöbb szó esik. Ezek mindegyikére kiemelt figyelem fordítandó. A megfelelő **ruházat**, **textília** használata, annak tisztán- és karbantartása, és az **étkeztetés** olyan részei az általunk nyújtott szolgáltatásoknak, amelyek alapvetően befolyásolják lakóink elégedettségét és közvetlen összefüggésben vannak a gondozási folyamat minden egyes ágensével. Az életminőség megőrzését biztosító szolgáltatások a testi szükségletek, ill. a pszichés szükségletek kielégítéséhez kapcsolódva, komplex egészet alkotva biztosítják a lakó jólétének és biztonságos gondozásának holisztikus szemléletű ellátását.

Célunk, hogy az idők számára olyan életkörülményeket biztosítsunk az intézményekben, amelyek egyéni állapotuk, készségeik és képességeik szintjére, valamint személyi szükségleteikre van szabva, és ennek révén az életminőségük megfelelő színvonalon, illetve a korábbi szinten fenntartható az intézményi élet során.

1.2. A szolgáltatás célcsoportjának meghatározása (indikáció)

Ez a standard az *intézményi környezettel* kapcsolatos legalapvetőbb elvárásokat fogalmazza meg a szolgáltatók felé, de több ponton kapcsolódhat a többi szakmai szabályozóhoz is. Itt ennek a területnek, konkrétan az *életminőség megőrzését biztosító szolgáltatásokkal kapcsolatosan* felmerülő szempontok teljes körű megfogalmazására törekszünk.

Az idősök bentlakásos intézményeiben, alapesetben az öregségi nyugdíjkorhatárt betöltött, a jogszabályok által meghatározott gondozási szükséglettel rendelkező ellátotti csoportról beszélünk, de a gyakorlat azt mutatja, hogy gyakran fordulnak elő ezen kívül, olyan a fiatalabb ellátottak is, akik betegsége vagy fogyatékosága miatt önmagukról gondoskodni nem képesek. Az idős populáció megjelenése is egyre polarizáltabb, egyre nagyobb számban találkozhatunk demens betegekkel, vagy pszichiátriai- és szenvedélybetegekkel.

Az itt megfogalmazott ismérvek minden, az intézményben ellátást igénybe vevő személy esetére érvényesnek kell lennie. Mindezek biztosításával teljesíthetjük csak a ránk bízott feladatokat, minden esetben tiszteletben tartva az emberi méltóságukat.

1.3. A szolgáltatás alapelvei (kapcsolat a többi normatív szabályzóval (meglévő hazai szabályozásokkal – normatív dokumentumokkal)

A részletes szabályozókat tartalmazó szakmai rendelet az alábbi követelményrendszert fogalmazza meg:

- az intézmény által biztosított legalább napi háromszori étkezés a bentlakók életkori sajátosságainak, valamint az egészséges táplálkozás követelményeinek feleljen meg, figyelembe véve egyes ellátottak speciális igényeit,
- a lakók alapvetően a saját ruházatát és textíliáját használja, abban az esetben, ha ez nem áll rendelkezésére, úgy az intézmény biztosítja ezeket számára, illetve ezen túlmenően gondoskodik ezek tisztításáról, javításáról, karbantartásáról,
- továbbá több olyan miniszteri rendelet is hatályban van, amely a közétkeztetés, vagy a mosodai szolgáltatások minimumfeltételeit írja elő.

2. Az elvárt szolgáltatási gyakorlat leírása

2.1. Lehetséges módszerek, eljárások, megoldási módok (alternatívák)

2.1.1 Ruházat, textília

2.1.1.1. Minden lakó az általa behozott ruházatot (alsó- felső ruházat, lábbelik) és textíliát (ágyneműhuzat, törölköző) használhatja.

2.1.1.2. Amennyiben a saját ruházat nem áll rendelkezésére megfelelő mennyiségben és minőségben, akkor az intézmény ezt számára biztosítja, ill. szüksége esetén cseréli.

2.1.1.3. Az intézmény mosodai szolgáltatást biztosít a ruhaneműk és textíliák megfelelő tisztítására, és ez mindenki számára egyformán igénybe vehető.

2.1.1.4. Egyedi igények megjelenése esetén az intézmény közreműködik a speciális szolgáltatásokhoz való hozzáféréshez is.

2.1.1.5. A ruházat rongálódása esetén a megfelelő javíttatásról az intézmény gondoskodik.

2.1.1.6. A ruházattal kapcsolatos tulajdonjogok védelme érdekében azok egyedi azonosítóval való ellátását – diszkrét módon - kérésre biztosítani kell.

2.1.1.7. A lakó ruházatáról a beköltözéskor egyéni leltár készül, amelyet a változások

esetén módosítani kell.

2.1.1.8. A lakó saját ruházatának megóvására az intézmény a lakrészekben saját névre szóló, zárható szekrényt biztosít.

2.1.1.9. A ruházat biztosításával, tisztításával, javíttatásával kapcsolatos legfontosabb

információk a Házirendben kerüljenek szabályozásra, és ezzel a lakók tisztában legyenek.

2.1.1.10. Amennyiben az öltözködésben szükség van segítségre úgy azt a lakó önrendelkezési joga és az emberi méltóságának tiszteletben tartásával kell biztosítani.

2.1.1.11. Az intézmény rendszeresen, ill. szükség szerint – a házirendben és a gondozási protokollokban - meghatározott időszakokban gondoskodik a textíliák cseréjéről, különös figyelmet fordítva a fekvőbeteg ellátottak környezetére.

2.1.1.12. A textíliák használata során alkalmazott segédeszközök (pl.: matracvédő) esetén a gondozás során a kényelmi szempontokat is figyelembe véve kell eljárni.

2.1.2.Étkezés

2.1.2.1. Az étkezés magas színvonalon történő biztosítása érdekében az intézmény

rendelkezzen saját, engedélyezett melegítő- vagy főzőkonyhával.

2.1.2.2. Az intézmény által biztosított legalább napi háromszori étkezés – a napi meleg

ebéden kívül – a meleg vacsora lehetőségét is adja meg.

2.1.2.3. Az étkezés keretében biztosított élelmiszerek, mind mennyiségi, mind minőségi (friss, ízletes, megfelelő hőmérsékletű) elvárásoknak feleljen meg.

2.1.2.4. Az étkezések alkalmával választási lehetőséggel élhessenek a lakók.

2.1.2.5. A bevitt élelmiszerek biztosítsák a kornak megfelelő tápanyagbevitelt, ez

ellenőrizhető módon kerüljön rögzítésre.

2.1.2.6. Az étlap összeállításában az ételmezésvezető mellett dietetikus szakember is

segítse az életkori igényeknek megfelelő normál, és speciális étrend kialakítását.

2.1.2.7. A speciális igények megjelenése esetén haladéktalanul gondoskodni kell az orvosi javaslatnak megfelelő (diétás, só – és fűszerszegény, darabos, pépes stb.) étrend alkalmazására, és dokumentálására.

2.1.2.8. Az étkezések időpontjai alkalmazkodjanak a lakók napirendjéhez, attól egyedi

esetben el lehessen térni.

2.1.2.9. Az önállóan étkezni nem tudók részére a személyzet a közös helyiségekben és lakószobákba is biztosítsa a gondozási terv szerint szükséges mértékű segítségnyújtást.

2.1.2.10. Mindig álljon rendelkezésre aktuális étlap.

2.1.2.11. Az étlapok összeállításánál a lakók véleménye is legyen figyelembe véve, a

megjelenő igények, vélemények szerint.

2.1.2.12. Az étlap összeállítása a szezonális lehetőségeken túl a változatosság követelményének is feleljen meg.

2.1.2.13. Az étkezés biztosítására szolgáló közös helyiségek tiszták, kényelmesek, a

berendezések, eszközök tiszták, fertőtlenítettek legyenek.

2.1.2.14. Az ételek felszolgálása és leszedése kulturált módon történjék, biztosítva a

nyugodt légkörű étkezés személyi feltételeit.

2.1.2.15. Az étkezések alatt és a köztes időpontokban álljon rendelkezésre megfelelő

mennyiségű folyadék.

2.1.2.16. Az étkezéssel kapcsolatos legfontosabb szabályok a Házirendben legyenek

rögzítve, azok megismertetése is része legyen a gondozási folyamatnak.

2.1.2.17. Az alultápláltság és elhízás kockázatát elkerülve a tápláltsági állapotfelmérés

adatait vegyék figyelembe és team munka keretében tegyék meg a szükséges intézkedéseket.

2.1.2.18. Az egyedi igények kielégítésére legyen biztosítva mind a kiegészítő étkezéshez szükséges alapanyagok beszerzése, mind azok elkészítésére szolgáló felszerelt helyiség által.

2.1. Előnyök, hátrányok, feltételek elemzése, alkalmazásának személyi és tárgyi feltételei

2.2.1. Előnyök

Az intézmények által biztosított teljes ellátást szó szerint kell érteni, tehát mindent olyan módon kell nyújtani, hogy az a bentlakók igényeinek megfeleljen, életminőségük ne romoljon, hozzájáruljon az emberi méltósággal megélt életévek eltöltéséhez. A ruházkodás, ugyanúgy, mint a táplálkozás alapvető részét teszik ki mindennapjaiknak, és mivel már nem aktív életszakasról beszélünk, ezek minősége hatványozottan hat az idősök pszichés állapotára. A megfelelő ruházat viselése, a tiszta textíliák használata, a megfelelő táplálkozás az intézményekben élők életminőségét, kedélyállapotát és nem utolsósorban közérzetét is meghatározza, ezért kiemelt figyelmet kell rá fordítani. Ezek a körülmények közvetlen összefüggést is mutatnak a lelki egészséget befolyásoló tényezőkkel, a komfortérzettel, az egészség megőrzésével, betegségek megelőzésével (egyes esetekben infekcióveszély, dekubitusra való hajlam, gyógyszerhasznosulás és morbiditás, stb.). Ezért ha tudatosan törekszünk e szolgáltatások jó minőségű biztosítására számos tekintetben tesszük könnyebbé az idősök mindennapjait és az őket érintő gondozás folyamatokat is.

Ezen a ponton merül fel az egyre több intézménynél, szolgáltatónál bevezetett minőségbiztosítási rendszer, amelynek a célja – a túlzott adminisztrációs teher ellenére – egyértelműen a lehető legmagasabb szintű megfelelés minden érintett, résztvevő számára.

2.2.2. Hátrányok

Amennyiben bármely területen folyamatos hiányosság lép fel, ez elégedetlenséget eredményez, befolyásolja az ellátottak általános állapotát, az intézményi ellátással kapcsolatos véleményét. A lakók a számukra biztosított szolgáltatásokkal kapcsolatos jogos vagy alaptalan sérelmei kihatnak a közösségben való jelenlétükre is, továbbá meghatározza a személyzethez való viszonyulásukat. A sorozatos – jelzések ellenére sem változó – körülmények ellenségessé, nehezen kezelhetővé teszik a lakót, ezzel sokszor ellehetetlenítve a legjobb szándékú gondozást is. Ezen tapasztalatok az intézmény külső megítélésére is károsan hatnak, rossz színben tüntetve fel az ellátás minőségét. Tehát nemcsak az egyénnek, a közösségnek, hanem magának az intézménynek is kárt okozunk, azzal a szemlélettel, ha nem tarjuk fontosnak, ezeknek a feltételeknek a betartását.

2.2.3. Személyi és tárgyi feltételek

A személyi feltételek kapcsán talán ez az a terület, ahol minden dolgozó aktív részvételére van szükség és csak a közös munka eredményeként működhet jól a rendszer. A feladatok elvégzésének egyik alapvető feltétele, a megfelelő számú és szakképzettséggel rendelkező munkaerő foglalkoztatása.

A szakácsok, az ételmezésvezető, a dietetikus szakember kulcsszereplői az étkeztetés jó színvonalon történő biztosításának.

A megfelelő létszám és hatékony munkaszervezés pedig a szolgáltatás gördülékenységét biztosítja.

A vezetés vagy menedzsment feladata, hogy a szükséges szakmai létszámokat megteremtse, felmérje a feladatokhoz szükséges erőforrásokat, a kiválasztás során a szakképzettség mellett a teherbírás és az elkötelezettség szempontjai alapján mérlegeljen, gondoskodjon a személyzet szakmai fejlődéséhez szükséges feltételek biztosításáról, és olyan intézkedéseket hozzon, amellyel a felmerülő problémákat gyorsan és hatásosan kezelni tudja.

Mégis az egyik alapvető szempontként a világosan megfogalmazott, a munkaköri leírásban rögzített feladat- és hatáskör, valamint a felelősségi szempontok meghatározása alapozza meg a munkafolyamatok helyes teljesítését, természetesen a kialakított ellenőrzési funkciók ellátásával együtt.

A hatékonyabb munkavégzésre való ösztönzés egyik eszköze a folyamatos teljesítmény-értékelés, az arányos és igazságos jutalmazás és szankcionálás alkalmazása.

A személyi feltételeknél fontosnak tartom a személyzet hozzáállását, az idők iránti tiszteletét, a segítőkész és empátikus bánásmód alkalmazását, a csapatban való együttműködési készségét. A Szociális Munka Etikai Kódexébe foglaltak ismerete és ezen elvek szerinti működés alapvetően meghatározza az intézmény légkörét, ezáltal az ellátások körülményeit.

A tárgyi feltételek megléte is záloga a fenti szolgáltatások sikeres működésének. Először is rendelkezésre kell, hogy álljanak az intézményben az adott funkciókra alkalmas helyiségek, továbbá ezek berendezése, felszerelése is alkalmasnak kell lennie az ellátandó feladatra.

Az intézményekben az egyik legnagyobb beruházást igénylő főzőkonyha és mosoda kialakítása is nagy terhet ró a fenntartóra, de hosszú távon mind szakmailag, mind gazdaságilag megtérül a befektetés. Továbbá a működtetéshez szükséges engedélyek beszerzése, a hatályos jogszabályoknak való megfelelés, és azok betartása is hozzájárul a minőségi szolgáltatások garantálásához.

A további feltételek közül a tisztasági szempontok emelendők ki, amelybe beletartoznak a hatékony és engedéllyel rendelkező mosó-, fertőtlenítő és tisztítószeres biztosítása, ezek használatának pontos ismerete, hatékony és takarékos felhasználása, de a dolgozók munka- és védőruházattal való ellátása is ide sorolható.

2.2. A sztenderd alkalmazására vonatkozó javaslatok

A fentiekben kifejtett módszerek, eljárások alkalmazásának egyik legfontosabb feltétele, hogy tisztában legyünk ezen alapvető szükségletek szerepével a lakók mindennapi életében. Fontos számukra, hogy úgy öltözködjenek, ahogy szoktak, és ahogyan jól érzik magukat, és rendszeresen ízletes ételleket fogyaszthassanak.

Ezek megvalósításának legegyszerűbb módja egy olyan jól működő gyakorlat megvalósítása, amely az intézmény számára nem jelent sem további anyagi terhet és nem növeli az adminisztrációs feladatokat sem.

Ezen szolgáltatások biztosítása (pl.: felvételi leltár rendje, pépes étel biztosítása) rutinszerűen kell, hogy működjön az otthonokban és csak speciális esetekben van szükség intézkedések megtételére. Ezért fontos, hogy az általános szolgáltatások

biztosításának folyamatában álljanak rendelkezésre a megfelelő tárgyi eszközök, továbbá a személyzet megfelelő létszámban, gyakorlattal, ismerve és betartva helyben működő protokollokat. Érdemes ezeket a szabályzókat aktualizálni, ill. új élethelyzetek, szükségletek megjelenése esetén módosítani.

Mivel a szolgáltatásoknak a megfelelő szinten való biztosítása a lakók együttműködését is megkívánja fontos, hogy az erre vonatkozó szabályokat, helyi szokásokat megismerjék és megértsék. Hasznos lehet a folyamatos szóbeli és írásbeli tájékoztatás, több helyen a szabályokra történő udvarias figyelemfelhívás, amely nemcsak az újonnan érkező lakók beilleszkedését segíti, hanem a régi lakók számára is elmélyíthetik ezeket az információkat.

A fenti alapvető szolgáltatások akkor találkozhatnak leginkább az ellátottak igényeivel, ha folyamatosan kérünk és kapunk visszajelzést tőlük. Ennek több formája lehet, akár elégedettségi felmérések, akár ötletláda kihelyezése, vagy éppen a személyes megbeszélések folytatása egy-egy témában. Fontos, hogy a véleményeket, felvetett javaslatokat mindenképpen mérlegeljük, és ha az javítana bármilyen módon a rendszer működését, akkor bátran éljünk ezzel az eszközzel.

Hasonlóan jó módszer, ha a rendszeresen tartott munkamegbeszéléseken is kitérünk arra, hogy a kollegák is el tudják mondani problémáikat az intézményi ellátással kapcsolatosan, hiszen ezek is hozzájárulhatnak a minőség javításához. Ha a munkavállalók is valamilyen szinten részesülnek az adott szolgáltatásból elsődleges információkkal rendelkeznek azok minőségéről. Intő jel, hogy valami nincs rendjén, ha a dolgozók munkaruháinak mosását inkább saját maguk vállalják, vagy éppen az igénybe vehető napi étkezést inkább más módon oldják meg.

2.4. Kimeneti elvárások, és az azokhoz csatlakozó kritériumok

2.4.1. Ruházat, textília

2.4.1.1. Saját ruha használat.

Az intézmény minden lakója számára biztosított, hogy mindennapjai során a saját ruházatát és textíliáját használhassa. Ezáltal megjelenése a személyes elvárásainak megfelelő lehet és a korábbi életminősége továbbra is biztosított e területen. Törekedni kell rá, hogy az idős öltözködéssel kapcsolatos önrendelkezési joga ne sérüljön, de fel kell hívni a figyelmét, ha a napszaknak vagy évszaknak nem megfelelő módon öltözött fel, ill. ha a ruházata már nem elég tiszta. Ilyen esetekben kerülve az erőszakot ajánljunk más öltözetet, akár felajánlva a segítségünket is a cél érdekében. Ha ez sikertelen, akkor kérhetjük a hozzátartozók közreműködését, ill. a

tisztálkodások időszakában csereruházat előkészítése megoldást jelenthet az idősök egyes öltözködési problémájának kezelésére.

2.4.1.2. Ruházat biztosítása.

A rosszabb szociális körülmények közül érkező lakók esetén gyakran előfordul, hogy hiányos öltözettel érkeznek az intézménybe. Rendszerint adományokból, hagyatékból rendelkezésünkre állhat olyan készlet, amelyet ilyen esetekben használni tudunk. Ügyeljünk arra, hogy a felajánlott ruházat tiszta, jó állapotú legyen, ne érezze az idős megalázkodást a segítség. Érdemes ezeket a készleteket típusonként, méretenként szétválogatva, tisztított, javított állapotban tárolni, mert ennek segítségével gördülékenyebb lesz a ruházat biztosítása. A gondozók által a készletből kiválasztott ruházat biztosítása is megoldás, de ha van rá mód, engedjük, hogy az idős válasszon. Több helyen használt-ruha kereskedők, vagy árusok által az intézményben rendezett vásárokon is van lehetőség jó minőségű, olcsó ruházat beszerzésére. Az intézmény is feltöltheti ilyen alkalmakkor az esetleg hiányos készletét. Házi rendbe érdemes szabályozni az intézmény által minimális biztosítandó ruházat és textilial körét, továbbá a felvételi eljárás során is teljes körű tájékoztatást kell adni ezzel kapcsolatban.

2.4.1.3. Ruházat tisztítása.

A teljes körű ellátás részeként a ruhák tisztítása, vasalása is nagy feladatot ró az intézményekre. A megfelelő gépi kapacitás, a jó minőségű mosószer, a gondos személyzet, a kialakított rend segítségével mérséklődhetnek az itt gyakran előforduló problémák. A határidők be nem tartása, az elveszett, elcserélt holmik sok bosszússágot okoznak az idősöknek. A ruhák tisztítására vonatkozó alapvető szabályokat a Házi rend kell, hogy tartalmazza. Egy egyszerű és könnyen értelmezhető keretek köré rendezett mosási rend minden ellátotti csoport érdekét figyelembe tudja venni. Bevált módszer, hogy az önellátó lakók a hét bizonyos napjain igazolt átvétellel adhatják le, ill. vehetik fel a ruháikat, textíliáikat, míg a fokozottabb gondozást (fürdetést) igénylő lakók ruházat a többi napon kerülnek a gondozók által leadásra. Ebben az esetben javasolt inkább a nevet tartalmazó etikett használata, ill. ügyeljünk arra, hogy a szennyes ruha gyűjtése és tárolása szakszerű módon történjen. Ezzel a módszerrel elkerülhető a torlódás, ill. a mosodai személyzet időbeosztása is kiszámíthatóbbá válik. Érdemes külön személyzet biztosítása a mosodába a felelősség szempont érvényesítése érdekében. A mosás és szükség esetén alkalmazandó fertőtlenítés esetén törekedjünk a hatékony és engedélyezett szerek alkalmazására. A ruházat az anyag minőségének, a szennyezettségi fokának és jellegének megfelelő programon mosandó, így minőségi és higiénés kifogások sem várhatóak. Fertőző betegségek feltűnése esetén (pl.: rüh, MRSA) különös gondot kell fordítani a ruhaneműk gyűjtésére, különített tárolására és szakszerű kezelésére.

2.4.1.4. Ruházat tisztítása.

Az intézmény által biztosított ún. piperemosás mellett gyakran megjelennek egyedi igények, pl.: vegytisztításra szánt télikabát, gyapjútakaró stb. Ilyen esetekben legalább rendelkezünk olyan információval, hogy a környezetben hol és milyen áron lehet igénybe venni a kért szolgáltatást. Akár a lakók egyes csoportjainak biztosíthatjuk az odajutást, vagy összegyűjtve alkalmanként mi is elszállíthatjuk ezeket a holmikat. Ha semmilyen lehetőség nem áll rendelkezésre, akkor a hozzátartozók együttműködését is kérhetjük a lakó kérésének megoldásában.

2.4.1.5. Ruházat javítása.

A használat során óhatatlanul is rongálódik ruházatunk. A legegyszerűbb módszer, ha a hajtogatás, vasalás során észlelet hibás ruházatot félretéve gondot fordítunk a későbbi javítására. Egyes intézményekben varrószerelő keretében oldják meg az egyszerűbb varrnivalót, vagy éppen az ágyneműkről leszakadt gombokat pótolják. Fontos esztétikai szempont, hogy lakóink, ne szakadt ruházatot viseljenek, a nem javítható ruhaneműket pedig ki kell selejtezni a lakó egyetértésével.

2.4.1.6. Ruházat jelölése.

A ruházattal kapcsolatosan leggyakrabban felmerülő problémák azok elvesztésével, elkeveredésével kapcsolatosak. Bizony bosszantó egy szeretett és drága ruhadarab vagy a sokadszorra beszerzett fehérnemű, vagy ágyneműhuzatok folyamatos eltűnése. A bosszúság mellett ilyen esetben anyagi kár is éri a lakót vagy hozzátartozót. Ennek kiküszöbölésére több lehetséges mód van. Először is egy már korábbi szempontonál említett külön mosodai személyzet alkalmazása, a „jó gazda” felelősségével, számon kérhető módon hatékonyabb lehet ez a szolgáltatás. A másik fontos kitétel, a ruházat azonosíthatóságának biztosítása. Beköltözéskor már a lakóknak olyan módon kellene jelölniük a behozott ruházatukat, amely hosszútávon biztosíthatja azonosításukat. Egy régebbi, valamely egyedi motívum ruhákba való hímzése helyett ma már inkább az alkoholos filc segítségével történő jelölés lett a gyakorlat. Aztán már a bentlakás folyamán használhatóak olyan kisméretű, tartós, esztétikus etikettek, amelyeket az intézmény névre szólóan meg tud rendelni és egy speciális berendezés segítségével tud rögzíteni természetesen a ruhanemű fonák oldalán. A ruhaneművel kapcsolatos folyamatos problémák (pl.: eltűnés, nem megfelelő higiénia) előfordul, hogy a hozzátartozók inkább hazaviszik a ruhákat mosni. Ez a kellemetlenség egy jól működő mosodai szolgáltatás esetében nem fog előfordulni.

2.4.1.7. Leltár.

Szintén a tulajdon védelme érdekében készül a beköltözéskor az egyéni ruhaeltár. E procedura megkönnyítése érdekében kérhető, hogy a lakó már egy 2 példányos leltárvisszajelzővel érkezzen, így azt a helyszínen az elpakoláskor csak ellenőrizni kell, rengeteg időt megtakarítva ezzel. A leltár későbbiekben a változások alkalmával módosítandó, hiszen csak az ezen szereplő holmik számon kérhetőek az intézményen.

Esetenként kártérítési igény alapját is képezi, ezért fontos figyelmet fordítani a lakók ruházataára, ill. feljegyzésekben, selejtezési igazolásokkal kiegészíteni azt.

2.4.1.8. Ruhaneműk tárolása.

A magántulajdon védelmének biztosításához tartozik még a ruhaneműk biztonságos tárolásának lehetősége. A lakrészekben a ruházat tárolására névre szóló és zárható szekrényt kell biztosítani, bár szekrények-kulcsok gyakori elvesztése miatt ez is sok feszültséggel jár. Ettől függetlenül biztosítani kell a jogot, hogy a lakó személyes ruházatát biztonságban megőrizhesse, még ha a szándékos elvétel ténye nem is, inkább a demens lakók pakolási „vágya” miatt lehet ez fontos. Ha viszont az intézményben biztosított demens részleg, akkor ennek kockázata is minimálisra csökkenthető. Ami még problémát szokott okozni, a túl nagy mennyiségű ruházat tárolása. Ennek megoldására két megoldás mutatkozik, vagy a hozzátartozók közreműködésével csökkentjük ezt és a szükségtelen mennyiséget megőrzésre „hazaadjuk” addig, vagy az intézmény raktárában, védett környezetben kell biztosítani a megnyugtató elhelyezést.

2.4.1.9. Szabályozás.

A fentiekben több szempontnál említésre került már a szabályozás kérdése. Egyszerűbb a már kialakított szabályok betartatása, mint egyenként kezelni az újabb és újabb felmerült problémákat. De ahhoz, hogy ezeket a szabályokat a lakók be tudják tartani, kell, hogy megismerjék, és tudatosítsák magukban. A Házirend mellett, a faliújságon, a mosodai helyiségeknél is érdemes tájékoztatókat kihelyezni, vagy éppen egy-egy lakógyűlés során újra megbeszélni ezeket. Érdekes lehet az elégedettségi kérdőíveken az informálásra is rákérdezni, kiderülhet, hogy a tájékoztatásban is vannak még hiányosságok.

2.4.1.10. Segítségnyújtás.

Alapesetben arról van szó, hogy az idős ember önállóan kiválaszthatja azt a ruházatot, amelyet viselni kíván. Sajnos egyre több olyan ellátottunk van, aki erre nem vagy csak segítséggel képes. Ezekben az esetekben is vegyük figyelembe egyéni igényeiket, és az emberi méltóságot tiszteletben tartva gondoskodjunk a megfelelő ruházat biztosításáról. Ezekben az esetekben is mind az évszagnak és mind a napszagnak, esetleg az alkalommal szinkronban lévő öltöztetésre kerüljön sor. Érdekes felkészülni olyan esetekre is, amikor pl.: az etetés, itatás során gyakran bepiszkolódás történik, esztétikus és nem megalázó védőfelszerelést alkalmazunk.

2.4.1.11. Textíliák biztosítása.

Az intézményi rend szerinti, ill. esetenként megtartott ágyneműcsere időpontjára mindig álljon rendelkezésre elegendő mennyiségű textília. A fokozottan igénybe vett lepedők, harántlepedők tekintetében különösen fontos, hogy mindig legyenek felkészülve a cserére. Nagyon szomorú lehet hozzátartozóként meg tapasztalni azt a

tényt, hogy édesapánk, vagy édesanyánk rendszeresen nedves, szennyezett lepedővel borított a fekhelye. Természetesen a véletlen „balesetekre” is felkészülve legyen akár a lakó polcán vagy éjjeliszekrényében több cserелеpedő.

2.4.1.12. Textíliák védelme.

Különösen az inkontinens és fekvőbetegek esetében fordítsunk különös gondot a textíliák használatára. Vannak olyan segédeszközök (pl.: matracvédő) amelyek védelmet nyújthatnak egyes kockázatokkal szemben, de azok esztétikus elhelyezését, és kényelmes használatát biztosítsuk.

2.4.2. Étkezés

2.4.2.1. Étkezés biztosítása.

Az étkezés magas színvonalon történő biztosítása az egyik legfontosabb feladata a bentlakásos intézményeknek, hiszen ez az egyik központi kérdése a lakók mindennapi életének. Eköré strukturálódik a napirend, ez az egyik legtöbbet hangoztatott téma, mérőfoka is egyben az intézmény általános megítélésének. Akkor biztosítható a legtöbb elvárásnak megfelelő étkezés kiszolgálása, ha saját főzőkonyhával rendelkezik az intézmény. Természetesen ez sem garancia a megfelelő minőségű, mennyiségű, életkornak megfelelő ételek előállításának, de mindenképpen alapvető feltétele. Célunk, hogy ezen a területen is a lehető legnagyobb elégedettség érdekében minden lépést tegyen az intézmény vezetése a fenntartóval együttműködve. Az étkeztetéssel járó folyamatok szabályozottak, tudatosan tervezettek, rendszeresen értékeltek legyenek mind szakmailag, mind pénzügyileg.

2.4.2.2. Étkezések száma.

A naponta elfogyasztott étel mennyisége és típusa egyénenként változik, de az általánosan elmondható, hogy naponta 3-5 alkalommal történő táplálkozás szükséges az egészséges fizikai állapot fenntartásához. Az ebéd esetén egyértelműen meleg étkezésre gondolunk, de törekedjünk arra, hogy heti néhány alkalommal meleg vacsora biztosítására is sor kerüljön, sőt alkalmanként akár reggeli alkalmával is felszolgálhatunk olyan kedvelt ételeket (pl.: tojásos ételek), amelyek az otthon hangulatát idézik. A legtöbb intézmény a napi háromszori étkezésen túl uzsonnát is biztosít, ahol elsősorban gyümölcs vagy édesség kerül az asztalra, kielégítve ezzel a korosztályra jellemző igényeket. Az is teljesítendő elvárás, hogy a főétkezések között lehetőleg 5 óránál több idő ne teljen el, erre főként a cukorbetegség esetében kell ügyelni.

2.4.2.3. Mennyiségi szempontok.

Az étkezés keretében biztosított élelmiszerekkel szemben több elvárás is megfogalmazható. A mennyiségi szemponton azt értjük, hogy a közétkeztetésben előírt normák garantálásán túl lehetőség legyen további fogyasztásra. Amennyiben a túlzott táplálékbevitel már egészségkárosító hatást okoz, akkor ennek szakmai kontrolljára lehetőség van, amit a gondozási tervben mindenképpen adminisztráljuk. A minőségi szemponton a frissesség, a megfelelő hőmérséklet, a házas ízeket értjük, amelyek befolyásolják az elfogyasztott étel élvezeti értékét. Az idősök ízérzékelésének és étvágy-szintjének csökkenése miatt fontos figyelni a fűszerezésre, ízesítésre, hogy az ételek élvezeti értéke megmaradjon számukra. A leggyakrabban előforduló minőségi kifogás az ételek hőmérsékletére irányul. Sokszor már kihűlt állapotban kerülnek tálalásra az ételek, amelyek inkább a nagyobb adagszámok esetén fordulhatnak elő. Ilyenkor a legegyszerűbb megoldásként az étkezőkbe elhelyezendő mikrohullámú sütő lehet, ahol akár a lakó utólag is megmelegítheti az ételt vagy a tálalásban is közreműködő személyzet egyszerűen megoldhatja. Tálalási problémaként leginkább az jelenik meg, hogy egyszerre kerülnek ki a fogások a konyhából, és a leves elfogyasztásáig a második fogás rendszerint kihül.

2.4.2.4. Választék.

Mivel egyénenként változik az ízlésünk, mindenkinek van kedvenc és egyáltalán nem kedvelt ételféleségünk. Azonos mennyiség elkészítése esetén nem okoz nagy gondot bizonyos ételekből kétféle elkészítése. Több helyen több menüből lehet választani előzetes választás alapján. De olyan apró figyelmeztetések is a választási lehetőséget biztosítják, mint pl. a reggelinél a tej mellett kakaót vagy tejeskávét is lehet kérni, vagy a szendvics mellé többféle zöldségből lehessen választani.

2.4.2.5. Tápanyag.

A korosztály számára szükséges tápanyag beviteli értékek betartása alapvető fontosságú az egészséges testi funkciók működéséhez. Az egész napos étkeztetés keretében adandó élelmiszer nyersanyagok energia- és tápanyagtartalmának alsó értékeit szakmai rendeletben megtalálhatjuk. Ezek helyes alkalmazásával megelőzhető a hiányállapotok kialakulása és a pszichés tényezőkön kívül az egészségmegőrzésben és betegség-megelőzésben, valamint a rehabilitáció sikeréhez is hozzájárul. Szintén a számítógépes étlaptervező programokban található olyan időszakos tápanyag-kimutatás, amely segítségével ellenőrizhetőek a paraméterek betartása.

2.4.2.6. Étlap.

A heti étlap összeállításában ma már olyan programok állnak rendelkezésünkre, amelyek többféle szempontot figyelembe véve elégíti ki az igényeket. Természetesen e mellett figyelembe kell venni a helyi sajátosságokat, a szezonális lehetőségeket, valamint a lakók egyes igényeit is. Az ételmezésvezető a dietetikus szakember

segítségével állíthatja úgy össze, vagy egészítheti ki az étlapot, hogy az a speciális szükségletű ellátottaknak is megfeleljen. Az intézményben, az étkeztetésért felelős szakemberek vegyék figyelembe a szakma legújabb vívmányait, szakfolyóiratok, képzések segítségével fejlesszék tudásukat.

2.4.2.7. Egyéni szükséglet.

Már a felvételi eljárás során fel kell térképezni a leendő lakó étkezéssel kapcsolatos egyéni szükségletét, és tájékoztatást kell biztosítani számára az intézmény által nyújtott speciális étkezés (cukormentes, só – és fűszerszegény, darabos, pépes stb.) lehetőségéről. Nemcsak betegség esetén, de kulturális vagy vallási beállítódás miatti étrendek biztosítása is lehetséges egyes otthonokban. Ne lepődjünk meg, ha egyre több vegetáriánus étrendet tartó időssel találkozunk. Nemcsak a beköltözéskor, hanem időközben felmerülő egészségi állapotban történő változások esetén is haladéktalanul reagáljunk ezekre a szükségletekre, és minél többféle speciális étrenddel álljunk a lakóink rendelkezésére. Széleskörű és körültekintő diéták biztosítására a legnagyobb esély a saját főzőkonyhák üzemeltetése esetén van. Sajnos még ma is több olyan intézmény működik, ahol nem tudják a legáltalánosabban előforduló cukorbetegség esetén sem biztosítani a diétát. Természetesen van rá lehetőség, hogy a lakó a speciális étrendet visszamondja, de nem ez a módja annak, hogy az otthon a speciális étkeztetés biztosítása alól kibújjon. Sőt inkább kötelessége a folyamatos felvilágosítás, tájékoztatás, szükség esetén egyéni beszélgetéseket biztosít kompetens szakemberek bevonásával a helyes étrend betartása érdekében. A lakók egyéni gondozási és ápolási terve rögzíti az étkezésre vonatkozó egyéni igényeket, orvosi, ápolói javaslatokat, továbbá a gondozás során felmerülő észrevételeket, bejegyzéseket. Fontos, hogy a tálaló személyzet minden esetben rendelkezzen megfelelő információval az egyes lakók speciális szükségletéről.

2.4.2.8. Étkezési idő.

A lakók az ételhez szabályozott keretek között és a velük közölt időpontban juthatnak hozzá. Az étkezés időpontjait nem a konyhai személyzet időbeosztása kell, hogy meghatározza, hanem a lakók napirendjéhez alkalmazkodjon. A reggeli túl korai időpontban való felszolgálása akadályozhatja az idős embert a kényelmes felkelésben, viszont mások, a megszokott korai kelés miatt lehetnek türelmetlenek. Megoldás, ha két turnusban van megadva az étkezések időpontja, így rugalmasan kezelhetőek az egyéni szükségletek. Hazai intézményekben jellemző csak a merev ragaszkodás az időpontok betartására, ennek egyik oka a folyamatos munkamenet biztosítása, a másik továbbra is a nem szolgáltatás-jellegű szemléletből adódik. A rugalmas étkezési időpontok biztosítása esetén is ugyanúgy elengedhetetlen a gördülékeny és kényelmes körülmények biztosítása. Ilyenkor nem fordulhatna elő, hogy a későn jövők számára nem tettek félre ételt, vagy már a takarítási munkák miatt nem tudnak kényelmesen helyet foglalni.

2.4.2.9. Étkezésben való segítségnyújtás.

Egyre inkább jellemző az intézményekben azok jelenléte, akik nem képesek önállóan étkezni. A felvételi eljárás során erre is fény derül, ill. kiderül az is, hogy milyen mértékben kell segítséget nyújtani. Mind a közös, étkezési célra rendszeresített helyiségekben, mind a lakószobákban a gondozók szakszerű segítségnyújtása elvárható. A vezető ápolók, vagy részlegvezetők tudnak olyan beosztásokat készíteni, amely segítségével mindenki időben, nem ütközve más tevékenységekkel juthat hozzá az ételhez. Rosszul szervezett munkafolyamatok esetén előfordul, hogy kimarad egy étkezés a fürdetés miatt, vagy nem veszik a fáradságot a gondozók, hogy kiderítsék, miért nem nyúlt valaki az ételhez. A szükséges gyógyszerek rendszeres bevétele miatt is fontos a gondozói kontroll az étkezésekkel, ill. az alkalmanként előforduló, - sokszor sajnos végzetes kimenetelű - félrenyelések kapcsán is ügyelni kell a fokozott kockázatnak kitett lakóinkra. Az evésben való segítségnyújtás mellett kiemelt figyelmet kell fordítani a folyadékpótlásra is. A folyamatosan fekvő, vagy más ok miatt kiszáradással fenyegető állapotú betegek esetében folyadéklapon kerüljön rögzítésre a napi bevitt folyadékmennyiség. Ez azon túl, hogy segítséget nyújthat a gondozási folyamat ellenőrzésében, védelmet is jelenthet az intézmény számára olyan esetekben, ahol a nem megfelelő gondozás miatti kiszáradás vádja érhet minket.

Az étkezésben segítségre szoruló lakóink esetében használjunk olyan esztétikus védő, ill. segédeszközöket, amelyek megkönnyítik munkákat, akár az önállóság fokának emelésére, akár megelőzi a ruházat és textília bepiszkolódását.

Szintén ide tartozó szempont, hogy a különleges táplálási igények (pl.: szondatáplálás) felmerülésekor körültekintő módon kell eljárni az előírt szakmai protokollokat betartva.

2.4.2.10. Étlap.

Mivel ismert, hogy az otthonokban lakók számára az evés központi kérdés, fontos információ számukra az, hogy milyen ételek kerülnek napi szinten felszolgáltatásra. Ahhoz, hogy a táplálkozás igazi élményt jelentsen számukra minden esetben rendelkezésre kell, hogy álljon az aktuális étlap. Az étlapokat több helyen, az idősek számára olvasható módon kell kifüggeszteni. Ez a miatt is lényeges, hogy fel tudjanak készülni arra az esetre is, hogy olyan étel kerül az asztalra, amit nem szívesen fogyasztanak, így gondoskodni tudnak az adott étel megfelelő pótlásáról. Nagyon bosszantó az idősek számára az is, ha valamely ok miatt olyan változások történnek az étlapon, amelyről nem kaptak időben tájékoztatást. Érdemes ezért minden esetben módosítani időben a kiírást.

2.4.2.11. Étrend.

Az étlapok összeállítása ma már többségében számítógépes programok segítségével történik. Ennek ellenére mégis a lakók igényeinek, kívánságainak megismerése fontos

szempont lehet a még nagyobb elégedettség elérése érdekében. Bevált gyakorlat több helyen, hogy a megszervezett Étlaptanács járul hozzá az elkészített étrend jóváhagyásához, ill. kezdeményez változtatásokat, természetesen az intézmény részéről delegált szakemberek szakmai és pénzügyi kontrolljával. Sok tekintetben az intézményekben végzett elégedettségi vizsgálatok során is feltérképezhetőek az egyéni igények, az étkeztetéssel kapcsolatos minőségi vagy egyéb kifogások, amelyeket érdemes hosszútávon figyelembe venni. Hasznos évi rendszerességgel komplexen és teljes körűen felmérni a lakók étkezéssel kapcsolatos igényeit annak érdekében, hogy az étkezéssel kapcsolatos fejlesztési irányokat meghatározzuk és ehhez hiteles felhasználói információkhoz juthassunk. Az ilyen módszerek alkalmazása alapja az intézményekben egyre gyakrabban megvalósított minőségbiztosítási rendszereknek.

2.4.2.12. Étrend változatossága.

Az étlapok összeállításakor döntő szempontként érvényesülhet a szezonális, vagy éppen az aktuális beszállítók lehetőségei. Ennek ellenére ügyeljünk, hogy az étrend ne legyen monoton, unalmas. Bizonyára a téli időszakban nehéz pl. a gyümölcsök változatos biztosítása, de ezek pótlására a befőttek széles választéka tökéletesen megfelel. Tehát a változatossági szempont is központi kérdésként kezelendő. Törekedjünk rá, hogy havi szinten kettőnél többször ne ismétlődjenek az ételek. A legtöbb számítógépes programon változatossági mutató is megtalálható, amely segítségével könnyen figyelemmel kísérhetjük, és igazolhatjuk ezt a megfelelőséget is.

2.4.2.13. Tárgyi feltételek.

Az étkezéssel kapcsolatos elégedettség egyik összetevője az étkezés céljára szolgáló helyiségekkel kapcsolatos. Ezzel kapcsolatosan az egyik tényezőt a tárgyi feltételek meglétére vonatkozik. Az ebédlők a korosztályi sajátosságok figyelembe vevő berendezése, nem zsúfolt, kényelmes elhelyezési körülmények, (pl.: a kerekesszékek közlekedők számára szükséges helyigény biztosítása), a tágas, szellős, esztétikus környezet és még sorolhatnánk azokat a szempontokat, amelyek szükségesek az étkezés céljára kialakított helyiségekben több lakó együttes étkezésének zökkenőmentes biztosítására. Itt kell még megemlíteni azokat a higiéniás elvárásokat is, amely a helyiség padozatára, berendezéseire, és az étkezésre szolgáló eszközök tisztaságára vonatkozik. Több turnusban történő étkeztetés esetén az asztalok és székek letörlésével gondoskodhatunk a következő turnus komfortérzetének kialakítására. Ma már számtalan olyan textilial létezik, amely egyszerre felel meg az esztétikum és a könnyen tisztíthatóság követelményeinek. Ami még fontos az étkező helyiség tárgyi feltételeinek biztosításához, hogy álljon rendelkezésre az ebédlőben kézmosó alkalmatosság, ill. a közvetlen közelében higiéniás termékekkel (folyékony szappan, törölköző) ellátott vizesblokk nemenként biztosított mellékhelyiséggel. Talán ennél a szempontnál említhető meg az is, hogy a tálalásban részt vevő

személyzet (akár gondozónő, akár konyhai kisegítő) tiszta ruházattal, esetleg védő kötény használatával végezze ezt a tevékenységet.

2.4.2.14. személyi feltételek.

Az ételek elfogyasztása körülményeinek a tárgyi feltétele mellett személyi összetevői is vannak. A nyugodt, csendes légkör biztosítása mindenképpen fontos, ami egyrészt a felszolgálása és leszedése kulturált módon történő megvalósítását jelenti. Az udvarias, készséges személyzet jelenléte az egyik záloga a megfelelő hangulatú étkezések lebonyolításának. A dolgozók hozzáállása mellett a lakók együttműködése is szükséges, amely számos pontos is sérülhet. Figyeljünk arra, hogy olyan lakók ne egy asztalnál étkezzenek, akik között állandó konfliktus van, vagy étkezési problémákkal küzdők külön csoportban ehessenek. Sok panasz érkezik az idősok részéről, hogy lehangeló számukra bizonyos esetekben a másokkal (pl.: speciális csoportok) való közös étkezés és ezért nem szívesen fogyasztják el velük együtt ételleiket. Egy kis átszervezéssel ezek a problémák is kezelhetők, méltányolva az egyéni igényeket, téve ezt úgy, hogy senkinek sérüljön az emberi méltósághoz való joga.

2.4.2.15. Folyadék biztosítása.

Sajnos nem csak az idős korosztálynak jelent napjainkban gondot a megfelelő mennyiségű folyadék bevétele. Az étkezésekhez kihelyezett vizeskancsók, vagy a fekvőbetegeknek rendszeresen biztosított italok (tea, nutridrink stb.) csökkentheti a kiszáradás esélyét, fokozva a test megfelelő folyadékellátását. A folyadékpótlásra kifejezetten ügyelni kell magas hőmérséklet esetén (kánikulariadó) ill. érdemes kihelyezett berendezések, ital automaták működtetésével is lehetőséget biztosítani, akár saját költségéből fedezendő kiegészítő folyadékpótlásra is, amely az intézmények számára minimális költséggel járnak. Az itatásra szoruló betegek esetén pedig olyan segédeszközök szerezhetők már be (szívószál, csőrös pohár, vagy üveg), amely megkönnyítheti a folyadék minél hatékonyabb módon történő elfogyasztását.

2.4.2.16. Szabályozás.

Az étkezéssel kapcsolatos legfontosabb szabályok a Házirendben történő részletes szabályozás elengedhetetlen e szolgáltatás zökkenőmentes működtetéséhez. A speciális étrendek biztosítása, a menüválasztás folyamata, az étkezések időpontja, a lemondás feltételei, stb. mind olyan elemei ennek a területnek, amelyek szabályozás hiányában félreértéseket, és ennek következtében kellemetlenséget okoznak. Mind a felvételi eljárás során, mind a kézhez adott Házirend egy példánya, az elkészített külön tájékoztatók, a lakógyűléseken és más fórumokon történő informálás segíti a lakók beilleszkedését, a szabályok megismerését, és ennek köszönhetően azok helyes betartását.

2.4.2.17. Tápláltság mérése.

Az táplálkozással kapcsolatban felmerülő kóros állapotok (pl.: alultápláltság és elhízás) kockázatának csökkentése érdekében figyelemmel kell kísérni a lakók tápláltsági állapotát. A szakszemélyzet a beköltözéskor a tápláltsági állapotot meghatározhatja, majd rendszeres időközönként különböző skálák (MUST szűrő rendszer) alkalmazásával valós képet kaphat minden lakó állapotáról. Észlelt probléma vagy fokozott kockázat esetén a gondozási tervekben nyomon lehet kísérni a teljes folyamatot, a megtett intézkedéseket, így az állapotváltozás nyomon követhető. Az alultápláltság veszélyeztető állapota több dolog miatt is kialakulhat, pl.: csökkent étvágy, rossz fogazat, táplálkozási képtelenség, vagy éppen negatívizmus. Ezek észlelése és a felmerülő okok kezelése csökkentheti a kóros folyamatok kialakulását vagy visszafordíthatatlanul rosszabbra fordulását. A fenti problémák kialakulásában kisebb számban fordulnak elő környezeti tényezők (idegen környezet, nem megszokott hideg, ízetlen ételek) de ezek figyelmen kívül hagyásáról sem feledkezhetünk meg. A másik leggyakrabban előforduló egészségkárosító ártalom az elhízás. A túlzott mennyiségű vagy minőségű (szénhidrát, zsír) tápanyagok bevitele, amelyek óhatatlanul is párosulnak a mozgáshiányos életmóddal súlyos problémát jelent mindenki számára.

Indokolt ezekben az esetekben a fokozott odafigyelés a megfelelő szakemberek bevonása.

Miután bármely esetben diagnosztizáltuk a problémát, team munka segítségével kezelhetjük azt, és értékelhetjük az elért eredményeket. Egyes táplálkozástudományi szakirodalom szerint negyedévente érdemes a tápláltsági állapotfelmérést elvégezni, de a sok helyen még a rendszeres testsúlymérésre sem fordítanak elegendő figyelmet.

2.4.2.18. Pótétkezés lehetősége.

Az intézmény által biztosított étkeztetés helyettesítésére vagy pótlására lehetőséget kell adni minden lakónak. A lehetőséggel való élés egyik feltétele, hogy biztosítani tudjuk az ehhez szükséges alapanyagok beszerzését, és az azok elkészítésére szolgáló helyiségek (teakonyha, főzőfülke) meglétét. Az idősök saját főzőalkalmatosságaihoz kapcsolódó kockázatok csökkentésére elsősorban a megfelelő étkeztetés biztosítása szükséges, de a rendszeres beszerzések szervezett biztosítása vagy egy az épületen belül működő büfé is számos tekintetben fokozhatja a lakók kényelmét. A legtöbb esetben az is elegendő volna, ha a hozzátartozók által, vagy otthonról hozott ételek tárolására hűtőszekrények, későbbi elfogyasztásához rendelkezésre állna akár szobánként, akár a közös teakonyhákban a szükséges eszközök.

2.5. A kritériumok teljesülésének indikátorai és monitoring lehetőségei

Az alábbiakban, pontonként kerülnek felsorolásra, hogy mely feltételek megléte esetén tekinthető az adott kritériumok teljesítettnek. Ennek igazolásaként elsősorban a helyszínen történő szemle, a megfelelő dokumentumok létezése, tartalmi megfelelése, és megtekinthetősége, valamint az érintettek megfelelő tájékozottsága /interjú támpontok: stábtagok, hozzátartozó, gondozott/ szerepel.

2.5.1.Ruházat, textília

2.5.1.1. Az intézmény biztosítja és támogatja, hogy minden lakó az általa behozott ruházatot

és textíliát használhassa.

2.5.1.2. Saját tulajdonú ruházat hiányában az intézmény biztosítja szükség szerint a nemnek, életkornak, évszaknak és napszaknak megfelelő ruházattal továbbá textíliával való ellátást és azok szükség szerinti cseréjét.

2.5.1.3.Az intézményben biztosított mindenki számára igénybe vehető mosodai szolgáltatás

szabályozása megtörtént, a szolgáltatás minősége megfelel a szakmai elvárásoknak.

2.5.1.4. Felmerülő egyéni igények esetén az intézmény képes megoldást nyújtani.

2.5.1.5. A ruházat rongálódása esetén az intézmény szervezett módon gondoskodik azok megfelelő minőségben történő térítésmentes javításáról, karbantartásáról.

2.5.1.6. Az intézmény rendelkezik olyan eszközzel vagy más módon meg tudja oldani, hogy kérésre egyedi azonosítóval ellássa a ruházatot és a textíliát.

2.5.1.7. Beköltözkor a lakó ruházatáról – jelenleg is fellelhető - egyéni leltár készül, és változások alkalmával azok módosításra kerülnek.

2.5.1.8. Minden lakrészekben saját névre szóló, zárható szekrény biztosított.

2.5.1.9.A Házirendben szabályozásra kerültek a ruházat biztosításával, tisztításával javíttatásával kapcsolatos legfontosabb információk, és ezeket a lakók ismerik is.

2.5.1.10.A segítségre szoruló lakók esetében a személyzet minden szükséges lépést megtesz,

tiszteletben tartva a lakó önrendelkezési jogát és az emberi méltóságát.

2.5.1.11. Az intézményben a higiénés elvárásoknak megfelelően szabályozott és adminisztrált módon kerül sor a textíliák cseréje, különös figyelmet fordítva a fekvőbeteg ellátottak környezetére.

2.5.1.12. A textíliák használata során alkalmazott segédeszközök nem veszélyeztetik a kényelmi szempontokat.

2.5.2. Étkezés

2.5.2.1. Az intézményben működő saját melegítő- vagy főzőkonyha, rendelkezik a szükséges engedélyekkel, megfelelve minden előírt tárgyi és személyi feltételnek.

2.5.2.2. Az intézmény napi legalább háromszori étkezést biztosít, amelyből legalább egy

meleg ebéden kívül a meleg vacsora lehetőségét is adott, amennyiben erre igény van.

2.5.2.3. Az étkezés keretében biztosított élelmiszerek, mind mennyiségi, mind minőségi

elvárásoknak megfelelnek, az elégedettségi mérések szerint legalább jó értékelést kapott.

2.5.2.4. Egyes étkezések alkalmával lehetőség nyílik választásra és ezek feltüntetésre kerülnek

az étlapokon is.

2.5.2.5. A bevitt élelmiszerek biztosítják a kornak megfelelő tápanyagbevitelt, ez ellenőrizhető módon rögzítésre kerül, visszanezhető.

2.5.2.6. Az étlap összeállításában az élelmezésvezető mellett dietetikus szakember is részt

vesz, nemcsak a speciális, hanem a normál étrend kialakításában is segítséget nyújt.

2.5.2.7. A speciális igények megjelenése esetén haladéktalanul gondoskodnak az orvosi

javaslatnak megfelelő étrend bevezetésére, és ez adminisztratív úton is követhető.

2.5.2.8. Az étkezések időpontjai alkalmazkodnak a lakók napirendjéhez, egyedi esetben attól rugalmasan eltér. Az ilyen esetekben is problémamentes lebonyolítás tapasztalható.

2.5.2.9. Az önállóan étkezni nem tudók részére a személyzet a közös helyiségekben és lakószobákban is a szükséges mértékben – a gondozási tervben leírt módon – segítséget nyújt.

2.5.2.10. Minden esetben rendelkezésre áll, több helyen kifüggesztett aktuális étlap.

2.5.2.11.Az étlapok összeállításánál a lakók véleményét is figyelembe veszik végigkövethető

módon, igazolható a többségi igények, vélemények alkalmazása.

2.5.2.12.Az étlap összeállításakor a változatosság szempontja ellenőrizhető módon is megjelenik.

2.5.2.13.Az étkezés biztosítására szolgáló közös helyiségek tárgyi feltételei alkalmasak az

étkezések lebonyolítására, mert azok kényelmesek, tiszták és a higiénikus feltételek biztosítva vannak.

2.5.2.14.Az étkezések kulturált módon és nyugodt légkörben történik ennek személyi feltételei is adottak.

2.5.2.15.Az étkezések alatt és között rendelkezésre állnak olyan lehetőségek, amelyek biztosítják a megfelelő folyadékbevitelt.

2.5.2.16.Az étkezéssel kapcsolatos legfontosabb szabályok a Házirendben (időpont, lemondás, menüválasztás), érthető módon rögzítésre kerültek, azokról a lakókat többféle módon tájékoztatást kaptak, így ők ismerik és betartják ezeket a rendelkezéseket.

2.5.2.17.A rendszeres elvégzett tápláltsági állapotfelmérések alapján személyre szabottan

ismertek és kezeltek az étkezéssel kapcsolatos kockázati tényezők.

2.5.2.18.Az egyedi – étkezéssel kapcsolatos - igények megjelenésekor biztosítva vannak a

szükséges tárgyi eszközök és nem ütköznek akadályba, ill. nehézségbe ezek kielégítése.

3. Mellékletek

3.1.A szabályozó anyagban felhasznált fogalmak jegyzéke, meghatározása

- alultápláltság
- elhízás
- minőségbiztosítás
- elégedettség-vizsgálat

- morbiditás
- életminőség
- holisztikus
- protokoll

3.2.A szolgáltatás szempontjából releváns jogszabályok jegyzéke

1949. évi XX. törvény

A Magyar Köztársaság alkotmánya

1993. évi III. törvény

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról

1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet

A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről

67/2007. (VII.10.) GKM-EüM-FVM-SZMM rendelet

.....

3.3. A területen releváns alapvető szakirodalom jegyzéke

3.4. A már létező módszertani segédletek jegyzéke és elérhetőségi helye

3.5. Hazai és nemzetközi tapasztalatok, legfrissebb tudományos eredmények irodalmi áttekintése

Lelovics-Henter-Bonyárné-Figler: A szociális intézményekben élők tápláltsági állapota

Fellelhető:

Idősek számára biztosított bentlakásos szociális szolgáltatások

Intézményi környezet-életminőség

Az intézmény személyi feltételei, fenntarthatósága

(ISZF)

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés

- 1. 1 A standard definíciója
- 1. 2 A szolgáltatás célcsoportjának meghatározása (indikáció)
- 1. 3 A szolgáltatás alapelvei

2. Az elvárt gyakorlat leírása

- 2. 1 Lehetséges módszerek, eljárások, megoldási módok. (alternatívák)
- 2. 2 Előnyök, hátrányok, feltételek elemzése, alkalmazásának személyi és tárgyi feltételei.
- 2.3 A standard alkalmazására vonatkozó javaslatok.
- 2. 4 Kimeneti elvárások, és az azokhoz csatlakozó kritériumok.
- 2. 5 A kritériumok teljesülésének indikátorai és monitoring lehetőségei.

3. Mellékletek

- 3. 1 A szabályozó anyagban használt fogalmak jegyzéke és meghatározása.
- 3. 2 A szolgáltatás szempontjából releváns jogszabályok jegyzéke.
- 3. 3 A területen releváns alapvető szakirodalom jegyzéke.
- 3. 4 A már létező módszertani segédletek jegyzéke és elérhetőségi helye.
- 3. 5 Hazai és nemzetközi tapasztalatok, legfrissebb tudományos eredmények irodalmi áttekintése.

1. Bevezetés

A bentlakásos idősellátást nyújtó szolgáltatók szakmai tevékenységét, annak minőségét objektíven megítélni, azokat minősíteni csak jól mérhető és egymással összehasonlítható paraméterek alapján lehet. A standardok biztosítják az azonos szakmai tevékenységek egységes szemléletű minősítését. A standard a működési formától független. Érvényes mind az egyházi, civil, vállalkozói és önkormányzati működtetésű bentlakásos idősellátást nyújtó szolgáltatókra.

Az emberi erőforrásnak, tehát a személyi feltételeknek van a legnagyobb szerepe a bentlakásos idősellátást nyújtó intézmények sikerében. Hiába van meg minden eszközfeltétel, szép épület, a nem megfelelő létszám és képzettségű személyi feltétel hiánya vagy kihasználatlansága megpecsételheti az intézmény sorsát. Éppen ezért a humán erőforrás menedzseri tevékenységek kritikus sikertényezője, hogy mennyire hatékonyan bánik a legfontosabb erőforrással.

A kidolgozott standard elsősorban az ellátók szakmai menedzsmentjének és munkatársainak szólnak, de az ellátottak számára is érthető formában fogalmazódott meg a készítők által.

1.1 A standard definíciója

A bentlakásos idősellátásban az intézmény meghatározott módon végzi a humánerőforrás tervezését, menedzsmentjének feladatait, a szolgáltatás minőségének fenntarthatósága érdekében.

Az emberi erőforrások hatékony felhasználását segíti elő az egyéni és a szervezeti célok figyelembevételével, mely magába foglalja a munkaerő szükséglet meghatározását, a munkaerő toborzást, az alkalmazási feltételeket, a munkakör tervezését, az értékelést, a fejlesztést, az ösztönzést, mely figyelembe veszi a szervezeti elvárásokat a hatékonyság és eredményesség biztosítása érdekében.

A fenti tevékenységek kielégítik a szervezet céljait és az egyes szolgáltatások szakmai követelményeit és megfelelnek a hatályos jogszabályoknak.

1.2 A szolgáltatás célcsoportjának meghatározása

Azon idős személyek, akik bentlakásos idősellátás szolgáltatást vesznek igénybe.

Részükre garantálja életminőségük javítását és otthon közeli környezet biztosítását.

1.3 A szolgáltatás alapelvei

Az alapvető jogokat biztosítani kell mindazok számára, akik mások gondoskodására szorulanak.

1.3.1 Önmegvalósítás

Az otthon célja, hogy lehetővé tegye a bentlakók számára a potenciális érzelmi, szociális, intellektuális és testi képességeik kiteljesítését.

1.3.2. Méltóság

Akik mások segítségére szorulanak az önbecsülés azon is múlik, hogy milyen körülményeket biztosítanak számukra.

1.3.3. Függetlenség

A másokkal való együttélés azt jelenti, hogy az ellátást igénybevevők tisztában kell, legyenek a többiek szükségleteivel is, azt méltányolniuk kell amellet, hogy mindannyiuk alapvető joga a szabad akarat és döntés.

1.3.4. Egyéniség

Az intézmény munkatársainak fogékonynak kell lenniük az egyén szükségletei iránt, és biztosítaniuk kell a vallási, etnikai és kulturális hagyományok, illetve előírások akár étrendi, akár rituális gyakorlását, betartását.

1.3.5. Tisztelet, megbecsülés

Az egyén élettörténetének ismerete és tisztelete önálló egyéniséget ad mind az ellátást igénybevevőnek, mint a munkatársaknak. Tiszteletben kell tartani, és becsülni kell a gondozásra-, ápolásra szoruló emberek képességeit, tapasztalatát és tehetségét.

1.3.6. Érzelmek

Az ellátást igénybevevőknek joguk kell, hogy legyen megválasztani barátaikat és különösen fontos, hogy intim és személyes kapcsolataik lehessenek mind az intézményen belül, mind azon kívül.

1.3.7. A választás és a kockázat vállalás lehetősége

A kockázatvállalást alapvetőnek kell tekinteni. Az ellátást igénybevevőket nem szabad akadályozni semmiféle tevékenységben csak azért, mert fenn áll a (szokásos) kockázat veszélye. A szokványos tevékenységeket a lehető legmesszemenőbb mértékig támogatni kell.

1.3.8. Nyilvántartások

Szükség van bizonyos személyi adatokat tartalmazó nyilvántartások vezetésére. A szakdolgozónak rendelkezni-e kell a beteg egészségi állapotára vonatkozó információkkal. Az efféle információk és nyilvántartások azonban messzemenően bizalmasak, ezért az adatvédelmi szabályok betartásával kell őket kezelni.

Külön figyelmet fordít – fokozatosan hátrányos és kiszolgáltatott – helyzetükre tekintettel az (1993. III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról illetve az 1/2000. /I. 7./ SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről) az intézményben elhelyezettek jogvédelmére. Az ellátást igénybe vevőkkel közvetlenül foglalkozó személyek alatt a 257/2000. (XII.26.) Kormány rendelet 2. számú mellékletének I. „Ágazat-specifikus munkakörök a szociális területen” cím alatt megjelölt munkakörökben foglalkoztatottakat kell érteni.

2. Az elvárt gyakorlat leírása

2.1. Lehetséges módszerek, eljárások, megoldási módok. (alternatívák)

Az intézmények irányításának egyik legérzékenyebb területe a humánerőforrás-gazdálkodás.

Humánerőforrás alatt az intézményeknél alkalmazott munkavállalók összességét értjük, mely a munkavégzéshez szükséges képességek, a szakismeret és a munkamegosztásban elfoglalt szerep szempontjai alapján épül fel, „áll össze” egy egységes egészszé. A humánerőforrás legfontosabb sajátossága, hogy önálló, szabad akarattal rendelkezik, amellyel cselekvéseit, s ennek révén a teljesítményét is képes szabályozni.

A humánerőforrás menedzsment esetében már a stratégia kialakításakor sok speciális szempontot kell figyelembe venni, ilyen pl.: hogy a szervezet kitűzött céljai emberi cselekedetek sorozatán keresztül valósulnak meg, mely megfelelő szervezést igényel.

Az emberi erőforrás megfelelő motivációjának kialakítása is a stratégia nagyon fontos részét képezi.

Az intézménynek ki kell alakítania azt a jól működő általános személyi feltétel rendszert, mely alkalmazkodik az igénybevevők egyéni és speciális egészségi állapotához, egészségük megőrzéséhez, mentális gondozásukhoz és a megnövekedett egyéni ápolási és gondozási igényeihez, a munkatársak érdekeinek figyelembevételével a fenntarthatóság érdekében.

2.1.1. Eljárások:

A bentlakásos ellátást biztosító szolgáltató kidolgozza és megvalósítja az intézmény humán erőforrás menedzsmentjének eljárását és humán erőforrás fejlesztési tervét.

2.1.2. Megoldási módok:

A humán erőforrás tervezéssel kapcsolatos dokumentumok elkészítése a munkatársak bevonására építve a felső szintű vezető feladata, így azt lehetőségében áll a hosszú távú intézményi célok elérése érdekében kialakítani. Az irányításnak ezen módja csökkenti a szakmai munka ad hoc-jellegét, az egységességet és folyamatosságot és a kiszámíthatóságot szolgálja.

2.1.3. A humánerőforrás menedzsment főbb feladatai

2.1.3.1. Hosszú távú stratégia kialakítása.

- Hosszú távon szükséges humánerőforrások jellemzőinek meghatározása. A jövő igényeit tükröző szervezetfejlesztés.
- A juttatások alakulásának hosszú távú trendjei. A szervezet küldetéséből következő ösztönzési elvek.
- A szervezet hosszú távú érdekeinek rögzítése. Az értékelés várható jövőbeni dimenziói, szempontjai.
- A humánerőforrásokkal kapcsolatos jövőbeni követelmények feltárása. A szervezethez alkalmazkodni tudó rendszerek kialakítása.
- A szervezeti és egyéni célok hosszú távú kapcsolatának alapelvei az intézménynél.

2.1.3.2 Középtávú stratégia kialakítása.

- A hosszú távon érvényes kiválasztási szempontok meghatározása. A felvételek marketingje.
- Az anyagi és erkölcsi elismerések több évre szóló egyénenkénti tervezése. A béren kívüli juttatások tervezése.
- Az értékelési rendszerek kialakítása. Az egyes munkavállalók személyes lehetőségeinek feltárása.
- A szervezet fejlesztés programja. A vezetési rendszer fejlesztésének programja. Az egyéni fejlesztés programja.
- Az előmeneteli lehetőségek tervezése. A szervezet és egyén kapcsolatainak harmonizálása.

2.1.3.3. Operatív rövid távú stratégia kialakítása.

- Humán erőforrási terv végrehajtása. Ellenőrző-irányító rendszerek működtetése.
- Az anyagi és erkölcsi elismerési tervek végrehajtása. A béren kívüli juttatások rendszerének működtetése.
- Az értékelési rendszer működtetése.
- Képzés operatív szervezési feladatok.
- Az egyén és a munkafeladat egymáshoz rendelése. A karrier következő állomásának meghatározása.

2.1.4. Eljárások:

Az intézmény a hatályos jogszabályok figyelembe vételével meghatározza a munkaerő szükségletet és munkaköröket a szolgáltatási igényeknek megfelelően.

2.1.4.1. Megoldási módok:

A szolgáltatás fenntarthatósága érdekében alaposan felül kell vizsgálni a munkaerő szükségletet, hiszen e nélkül az emberi erőforrás-tervezésnek nincs biztos alapja. A szociális szolgáltatások menedzsmentje végiggondolja az igénybevevők a szervezet és a munkatársak elvárásait. A munkavállalók számára biztosítja a kiszámíthatóságot és az esélyegyenlőséget. Vezetőváltás esetén nagyobb biztonságot nyújt a munkatársak számára.

2.1.4.2. Eljárások:

Az intézmény a munkaerő felvételt dokumentált eljárásban meghatározza.

2.1.4.3. Megoldási módok:

A dokumentumnak tartalmaznia kell a munkaerő-toborzást és kiválasztást.

2.1.4.3.1. A munka felmérése és meghatározása.

2.1.4.3.2. Munkaköri leírás készítése.

2.1.4.3.3. A munkakör által igényelt elvárások meghatározása.

2.1.4.3.4. Pályázat, meghirdetés.

2.1.4.3.5. Az interjúalanyok kiválasztása.

2.1.4.3.6. Interjú.

2.1.4.3.7. A legmegfelelőbb jelentkező kiválasztása.

2.1.5. Eljárások:

A munkakörök feladata, felelőssége, hatásköre névre szóló munkaköri leírásban meghatározott.

2.1.5.1. Megoldási módok:

A munkaköri leírásnak tartalmaznia kell a szükséges képzettséget, készséget, gyakorlatot, feladatot, felelősséget, hatáskört, szakmai kompetenciát, a munkakörhöz kapcsolódó speciális elvárásokat, általános kompetenciától eltérő feladatokra vonatkozó megbízást, feltéve, ha ezt a munkatárs kompetenciája lehetővé teszi. A munkaköri leírásból a munkavállaló pontosan tudja, hogy mit várnak tőle. Naprakészen tartása nemcsak a munkaerő vonzásában lehet fontos, hanem segédeszköze lehet a tervezésnek, a folyamatosság biztosításának a képzés tervezésének, előkészítésének a juttatások mérlegelésének.

2.1.6. Eljárások:

Az intézmény a munkatársak teljesítményét rendszeresen értékeli a munkaköri leírásban meghatározottaknak és az ösztönzési menedzsmentnek megfelelően.

2.1.6.1. Megoldási módok:

A teljesítmény-értékelés a munkatársaknak a munkájával kapcsolatos erősségeinek és gyengeségeinek felmérésére szolgáló eszköz. A felmérés módja meghatározott, rendszeres és az eredményei is írásban rögzítettek. A munkatársak különbözőképpen felelnek meg az egyes feladatok elvárásainak. Az egyéni teljesítmény-értékelés a munkatársak önismeretét is fejleszti, feltételezve az alapkövetelményt, hogy az értékelt munkatárs betekintést kap a munkájáról készült felmérésbe. Csökkenti az ellenérzéseket, ha az értékelést a munkatársak dialógusnak tekintik, felkészülhetnek az alkalomra, s végül kölcsönösen megállapodnak a teendőikben. Az értékelést évente kell végezni. Az új munkatársak gyakrabban igénylik a visszajelzést, mint a már régebben ott dolgozók. Az új munkatársak általában próbaidővel kerülnek felvételre és így az értékelés kimenetele egyúttal a továbbfoglalkoztatás kérdését is eldönti.

A munkatársak különbözőképpen felelnek meg az egyes feladatok elvárásainak. Az egyéni teljesítmény értékelése alapot jelenthet:

- A hatékony feladatmegosztáshoz.
- A jutalmazás megfelelő elosztásához.
- Az előmenetel vagy elbocsátás megalapozásához.
- A képzési igények meghatározásához.

2.1.7. Eljárások:

Az intézmény a hatályos jogszabályoknak megfelelően képzési tervet készít és megvalósítja azt.

2.1.7.1. Megoldási módok:

A sikeresen tevékenykedő bentlakásos ellátást biztosító szolgáltatók a munkatársak szaktudására építenek, hiszen a professzionális ismeretekkel és megfelelő végzettséggel rendelkező munkatársak járulhatnak leginkább hozzá az intézmény céljainak eléréséhez. A szervezetnek fel kell ismerni a munkatársak ismeretszerzési igényeit és tanulási lehetőséget kell biztosítani részükre.

2.1.8. Eljárások:

Az intézmény a munkatársak részére szupervíziós lehetőséget biztosít.

2.1.8.1.Megoldási módok:

A bentlakásos ellátásban dolgozó szakemberek folyamatos intenzív lelki megterhelésnek vannak kitéve, hiszen saját személyiségük, teherbíró képességük a munkaeszközük. A segítő kapcsolatokban gyakran keletkeznek konfliktusok, nehezen feloldható problémák, melyek megoldását a segítő szakember egyedül nem tudja megoldani, a folyamat megreked vagy tév-útra kerül. Esetenként mindebben a segítő is megsérül, hiszen sikertelenségként éli meg az eseményeket. A szupervízió tanulást, fejlődést, továbblépést, új alternatívákat jelent a szociális munkában dolgozók számára, lehetővé teszi a terhek megosztását.

2.1.9. Eljárások:

Az intézmény rendelkezik a munkatársak jogvédelmét biztosító szabályzattal.

2.1.9.1.Megoldási módok:

A szervezet a működését meghatározó szabályzatokat rendszeresen felülvizsgálja, frissíti és a munkavállalók rendelkezésére bocsátja, amelyről dokumentációt vezet. Az intézmény rendelkezik esélyegyenlőségi tervvel.

2.2. Előnyök, hátrányok, feltételek elemzése, alkalmazásuk.

2.2.1. A bentlakásos ellátást biztosító szolgáltatónak küldetése teljesítéséhez és az ellátottak szükségleteinek minőségi és szakszerű kielégítéséhez megfelelő összetételű, és megfelelően képzett, gyakorlattal rendelkező munkatársakra van szüksége. A munkatársak toborzását, alkalmazását, szakmai fejlesztését, értékelését, ösztönzését tervezni szükséges a szakmai vezetők bevonásával.

2.2.2. A feladatok, szakmai hatáskörök meghatározásánál a képzettségi előírásokat és gyakorlati időt figyelembe kell venni.

2.2.3. Az intézmény az ellátottak szükségleteinek kielégítése érdekében gondoskodik az ellátáshoz szükséges képzettségű munkatársak alkalmazásáról. A munkatársi felvételre eljárást dolgoznak ki, amely magába foglalja a tájékoztatást az elvárásokról, illetve a munkakör betöltéséhez szükséges elvárásoknak való megfelelés vizsgálatát.

2.2.4. A feladatokról, a kompetenciákról a munkatársakat írásban kell tájékoztatni. Az intézménynek lehetőséget kell biztosítani a munkatársak továbbképzésére, személyes és szakmai előmenetelére.

2.2.5. Az intézmény meghatározza a munkatársak teljesítményét értékelő és ösztönző eljárást. A rendszeres értékelés és ösztönzés biztosítja, hogy a munkatársak megfeleljenek az elvárásoknak.

2.2.6. Az intézmény a munkatársak szakmai fejlődése érdekében éves továbbképzési tervet készít a jogszabályi feltételeknek megfelelően. Az oktatási és képzési szükséglet megtervezése során figyelembe veszi a szolgáltatás folyamatainak jellegét, a munkatársak készségét, és az ellátottak elvárásait. Az intézmény támogatja a munkatársak egyéni továbbképzési kezdeményezéseit is, hiszen fontos a személyes fejlődés elősegítése.

2.2.7. Az intézmény védi a munkatársak biztonságát, egészségét, ennek érdekében alkalmazza a munkavédelem, egészségvédelem tárgykörében a kockázatelemzési szakmai standardokat is. Az intézmény szupervíziós lehetőséget biztosít munkatársai számára, mely szakmai személyiségüket fejleszti, segíti őket a szakmai problémák megoldásában és védi őket a kiégéstől. A szupervízió folyamatos tanulást jelent, s abban van nagy jelentősége, hogy hozzásegíti résztvevőjét, a szupervizionáltat, ahhoz hogy saját múltbéli tapasztalatait használja munkájában, tanuljon belőle.

2.2.8. Az intézmény szabályzatban foglalja össze a munkatársak kötelezettségeit, munkakörükkel összefüggő jogvédelmét, valamint a munkavállaló jogorvoslati lehetőségeit.

2.3. A standard alkalmazására vonatkozó javaslatok A standard alkalmazandó minden bennlakásos idősellátást nyújtó szervezetnél.

2.4. Kimeneti elvárások, és az azokhoz csatlakozó kritériumok

2.4.1. Az intézmény humán erőforrás menedzsmenti eljárás és a humánerőforrás fejlesztési terv megvalósult, dokumentált és értékelt.

2.4.2. Az intézmény munkaerő szükséglet szervezeti és szervezeti egység szinten meghatározott.

2.4.3. Az intézmény rendelkezik dokumentált eljárásrenddel a munkaerő felvételére.

2.4.4. Az intézményben a munkakörök feladata, felelőssége, hatásköre névre szóló munkaköri leírásban meghatározott.

2.4.5. Az intézmény rendelkezik dokumentált eljárásrenddel a munkatársak teljesítmény értékelésére és ösztönzésére.

2.4.6. A képzési terv megvalósul, értékelt és dokumentált.

2.4.7. Az intézmény alkalmazza a kockázatelemzési szakmai standardokat a szupervízió biztosított, dokumentált.

2.4.8. Az intézmény rendelkezik a munkavállalók jogvédelmét biztosító szabályzattal.

2.5. A kritériumok teljesülésének indikátorai és monitoring lehetőségei.

2.5.1. Az intézmény rendelkezik humán erőforrás menedzsmenti eljárásrenddel és humán erőforrás fejlesztési tervvel. Az eljárás rend és a fejlesztési terv dokumentált, folyamatosan aktualizált és monitorozott.

2.5.2. Az intézmény munkaerő szükséglete szervezeti és szervezeti egység szinten meghatározott és dokumentált, mely a változásoknak megfelelően folyamatosan aktualizált.

2.5.3. Az intézmény rendelkezik a munkaerő felvételére dokumentált eljárásrenddel.

2.5.4. Az intézmény rendelkezik névre szóló munkaköri leírásokkal, melyek folyamatosan dokumentáltan ellenőrzöttek és aktualizáltak. A munkatársak ismerik és alkalmazzák a munkaköri leírásukban foglaltakat.

2.5.5. Van dokumentált eljárás rend a munkatársak teljesítményértékelésére és ösztönzésére. Az értékelésről szóló dokumentumokat bizalmasan kezelik.

2.5.6. Az intézmény rendelkezik képzési tervvel, mely folyamatosan monitorozott, aktualizált és értékelt.

2.5.7. Az intézmény rendelkezik dokumentált szupervíziós tervvel, kockázatbecslési eljárásrenddel és kockázatkezelési tervvel. Az intézmény dokumentáltan rendszeres kockázatkontrollt végez.

2.5.8. Az intézmény rendelkezik dokumentált és folyamatosan aktualizált a munkatársak jogvédelmét biztosító szabályzattal. Az intézmény rendelkezik esélyegyenlőségi tervvel.

3. Mellékletek

3.1. A szabályozó anyagban használt fogalmak jegyzéke és meghatározása.

Bérezés, jutalmazás:

A jutalmazás a jó munkaerő megbecsülését jelenti.

Esélyegyenlőség:

A közvetlen vagy közvetett diszkrimináció mentességének biztosítása.

Képesítési előírások:

Az adott munkakör betöltéséhez szükséges, jogszabályban meghatározott szakképzettség, amelynek alkalmazása tisztává és átláthatóvá teszi a felvétel rendszerét.

Próbaidő:

A próbaidő a jogszabályban meghatározott időszak. A betanulás során a munkatárs és a munkahely kölcsönösen kipróbálja egymást. Ki kell alakítani azt a feltétel rendszert, aminek meg kell felelnie a próbaidős munkavállalónak ahhoz, hogy véglegesítsék. Ne legyen egyszemélyes döntés, a team-munka ebben a döntésben segítséget adhat, hiszen a közös munkában a munkatársak tapasztalatai is számítanak. A legtöbb közösségben az lehet a legfőbb kritérium, hogy mennyire tud az intézmény dolgozója közösségben dolgozni, együttműködni. Fontos, hogy az értékelés a munkavállaló számára is nyilvános és indokolt legyen.

Felkészültség:

Bizonyított képesség ismeretek és készségek alkalmazására.

Munkaköri leírás:

Egy alkalmazott munkaköri pozíciójának magyarázata, beleértve a kötelességeket, felelőségeket és a munka végrehajtásának feltételeit.

Kompetencia:

A munkavégzéshez szükséges ismeretek, készségek és képességek összességének birtoklása és adekvát alkalmazása.

Minimumfeltételek:

Az ágazati miniszter által meghatározott azon követelmények összessége, amelyek a szociális intézményi ellátás teljesítése során az ellátást igénybevevők, az ellátást nyújtó személyzet és a környezet biztonsága szempontjából elengedhetetlenek.

Szupervízió:

A tapasztalati tanulás módszere, melynek során a segítő szakember a szupervízor segítségével feldolgozza a számára stresszt okozó, a személyes és szakmai szerep összeegyeztetését veszélyeztető munkatapasztalatokat, fenntartja személyes tudatosságát és gyarapítja szakmai tudását, ezáltal a szupervízió megakadályozza a kiégést.

Biztonság:

A biztonság több dimenzióban vizsgálható. Az ellátást igénybevevő biztonsága (pl.: szociális), szociális szakember biztonsága (pl.: jövedelem, munkakörülmények stb.) és az intézmény biztonsága (pl.:a mindenkori kormány átgondolt szakmapolitikája-stabilitás).

Eredményesség:

Meghatározza, hogy mi számít eredménynek az intézmény szolgáltatásában, ehhez párosítja a mérhetőséget, melyet kimenetekkel lát el.

Struktúra:

Általános értelemben valamilyen egésznek a felépítését, belső tagozódását jelenti, de kifejezi azt is , hogy a részek egymással és az egészszel is összefüggésben vannak.

Team:

Csapat, valamilyen munkát együttesen végző csoport.

Kompetencia-határ betartása:

Egy munkakör vagy más kötelezettség kívánalmainak való megfelelés képessége. A szociális munkában a kompetencia-határ felöleli az összes releváns oktatási és gyakorlati követelmény birtoklását.

3.2. A szolgáltatás szempontjából releváns jogszabályok jegyzéke

- 1993. évi III. törvény „a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról”
- 1/2000. (I.7.) SZCSM rendelet „ a személyes gondoskodást nyújtó intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről”
- 1992. évi XXXIII. törvény „a közalkalmazottak jogállásáról”
- 257/2000. (XII.26.) Kormány rendelet „ a közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992. évi XXXIII. Törvénynek a szociális, valamint a gyermekjóléti és gyermekvédelmi ágazatban történő végrehajtásáról”
- 1949. évi XX. törvény A Magyar Köztársaság Alkotmánya
- 1992. évi LXIII. törvény A személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról

3.3. A területen releváns alapvető szakirodalom jegyzéke.

1. Gyarmati Andrea: Idősellátásban dolgozók munkahelyi körülményei
Kapocs 5. 2006. 3. (16-21)
2. Németh László: Mit vár a társadalom a szociális szolgáltatóktól a XXI században?
Kapocs III. évf. 6. 2004 december
3. Nemeskéri Gy. – Fruttus I.: Az emberi erőforrás fejlesztésének módszertana
Ergofit Kft./ Budapest, 2001.
4. Gáspár László: Bevezetés az emberi erőforrások elméletébe
JPTE/Pécs, 1995.
5. Kovács Tünde: Tréningek a humánerőforrás fejlesztésben
Stratégiai Kommunikációs Tanácsadó Iroda/ Budapest, 1998.

6. Dobák Miklós: Szervezeti formák és vezetés

KJK/ Budapest, 1992.

7. Fehér János: Szemléletmód és módszerek

Emberi Erőforrás-menedzsment, 1995.

8. Laáb Ágnes: A humán tőke értéke és számbavétele

Vezetéstudomány, 1994.

3.4. A már létező módszertani segédletek jegyzéke és elérhetőségi helye.

- Kommunikáció, információ, marketing (KOM)
- Dolgozói/Munkatársi Elégedettség (DOE)
- Minőségmenedzsment, minőségfejlesztés (MIN)
- Vezetés, igazgatás (VEZ)
- Felhasználói/ hozzátartozói elégedettség (FHE)
- Humánerőforrás-menedzsment (HEM)
- Rendszer-együtműködés (REN)

3.5. Hazai és nemzetközi tapasztalatok, legfrissebb tudományos eredmények irodalmi áttekintése.

1. Emberi Erőforrás-menedzsment a 21. század küszöbén. In: Humánerőforrás-Menedzsment

1997

Forrás: Personal wirtschaften der Schwelle zum 21. Jahrhundert/D. Hoss. Personal (1996)

2. Theodore W. Schultz: Beruházás az emberi tőkébe

KJK/ Budapest, 1983.

3. Peter F. Drucker: A hatékony vezető

Park Kiadó/ Budapest, 1992.

Idősek számára biztosított bentlakásos szociális szolgáltatások

Intézményi környezet-életminőség

Az intézmény tárgyi feltételei

(ITF)

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés

- 1. 1 A standard definíciója
- 1. 2 A szolgáltatás célcsoportjának meghatározása (indikáció)
- 1. 3 A szolgáltatás alapelvei

2. Az elvárt gyakorlat leírása

- 2. 1 Lehetséges módszerek, eljárások, megoldási módok. (alternatívák)
- 2. 2 Előnyök, hátrányok, feltételek elemzése, alkalmazásának tárgyi feltételei.
- 2.3 A standard alkalmazására vonatkozó javaslatok.
- 2. 4 Kimeneti elvárások, és az azokhoz csatlakozó kritériumok.
- 2. 5 A kritériumok teljesülésének indikátorai és monitoring lehetőségei.

3. Mellékletek

- 3. 1 A szabályozó anyagban használt fogalmak jegyzéke és meghatározása.
- 3. 2 A szolgáltatás szempontjából releváns jogszabályok jegyzéke.
- 3. 3 A területen releváns alapvető szakirodalom jegyzéke.
- 3. 4 A már létező módszertani segédletek jegyzéke és elérhetőségi helye.
- 3. 5 Hazai és nemzetközi tapasztalatok, legfrissebb tudományos eredmények irodalmi áttekintése.

1. Bevezetés

A bentlakásos idősellátást nyújtó szolgáltatók ellátása hatásosságának és hatékonyságának erősítése nem képzelhető el az intézmények tárgyi feltételeinek fejlesztése nélkül.

A minőségi, professzionális szakmai munka előfeltétele a megfelelő tárgyi feltételek biztosítása. Az intézmények működése tárgyi feltételeinek hiányosságai szoros összefüggésben állnak az intézményben élők és az ott dolgozók emberi méltóságával. Az emberi méltósághoz való jog ugyanis elképzelhetetlen a megfelelő életkörülmények minimumának megteremtése nélkül.

Az intézmények fizikai állapota, felszereltsége nem egyszerűen adottság, strukturális feltételrendszer a munkavégzéshez, hanem nagyon is meghatározó a hangulatra, a teljesítményre, a többi emberrel való kapcsolattartásra, legyen szó akár az ellátást igénybevevőkről akár a munkatársakról.

A kidolgozott standard elsősorban az ellátók szakmai menedzsmentjének és munkatársainak szólnak, de az ellátottak számára is érthető formában fogalmazódott meg a készítők által.

1.1 A standard definíciója

.

Az intézmény külső és belső környezete, egyéni és közösségi élettereit teremti meg a az ellátottak emberi méltóságát tiszteletben tartó ápolási- gondozási és aktivitási tevékenységek lehetőségét, a tárgyi feltételek meghatározzák a családi, valamint helyi közösségi és társadalmi kapcsolatok ápolását.

A standard célja azoknak az elvárható környezeti feltételeknek a meghatározása, amelyek nélkülözhetetlenek a szakszerű gondozáshoz. A szolgáltatás olyan tárgyi feltételek között biztosított, amelyek a speciális gondozási igényekkel rendelkező (fogyatékos, pszichiátriai beteg, szenvedélybeteg, demens beteg) idős személyek számára is garantálják, hogy biztonságos, otthonos és kényelmes környezetben tölthetik mindennapjaikat

1.2 A szolgáltatás célcsoportjának meghatározása

A standard mindazon intézményekre vonatkozik, melyek bentlakásos idősellátási szolgáltatásokat nyújtanak.

1.3 A szolgáltatás alapelvei

Az alapelvek középpontjában a szolgáltatást igénybevevők állnak. Az intézmények gyakorlata akkor helyes, ha fenn tartja a szolgáltatás igénybevevőinek emberi méltóságát, a bizalmat, a választás és önrendelkezés jogát illetve a magánélet tiszteletét.

Az Idősügyi Nemzeti Stratégiát 2009. szeptember 28-án fogadta el az országgyűlés, amely kapcsolatba hozható az alábbiakban leírt alapelvekkel.

1. 3.1. Biztonság, Emberi méltóság

A szolgáltatást igénybevevők biztonságának és emberi méltóságuk megőrzését támogató intézményi környezet kialakítása a fenntartható fejlődést veszélyeztető tényezők hatásainak mérséklése mellett.

1.3.2. Személyes jogok védelme, jogbiztonság

Fontos az ellátást igénybevevők jogbiztonsága, a személyes jogok védelme, de kiemelten fontos a speciális szükségletekkel élők vonatkozásában, a gyógyászati segédeszközök választásában, a látás-, a hallás-, és a mozgás illetve a közlekedési képesség megváltozásával élőknek kínált speciális szolgáltatásokban.

A biztonság és jogvédelem a mentális hanyatlással és a demenciával küzdők számára is kiemelten fontos.

1.3.3. Esélyegyenlőség

A szolgáltatást igénybevevők esélyegyenlőségének biztosítására kiemelt figyelmet szükséges fordítani, az egyéni lakóterek szükség szerinti átalakíthatóságára és biztonsági felszerelésekkel történő ellátottságára.

1.3.4. Életminőség javítása

A bentlakásos ellátást nyújtó szolgáltató fontos feladata az ellátást igénybevevő életminőségének folyamatos javítása. Nagyon fontos az akadálymentes intézményi környezet biztosítása, a környezeti feltételek hozzáigazítása, az ellátást igénybevevők szükségleteihez.

Parkok, szabadban lévő közösségi terek, az ellátottak mozgását fejlesztő eszközök hozzáféréseinek biztosítása.

Külön figyelmet fordít – fokozatosan hátrányos és kiszolgáltatott – helyzetükre tekintettel az (1993. III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról illetve az 1/2000. /I. 7./ SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről) az intézményben elhelyezettek jogvédelmére.

A 321/2009. (XII. 29.) Kormány rendelet „a szociális szolgáltatók és intézmények működésének engedélyezéséről és ellenőrzéséről”.

2. Az elvárt gyakorlat leírása

2.1. Lehetséges módszerek, eljárások, megoldási módok (alternatívák)

Az intézménynek ki kell alakítania azt a jól működő általános tárgyi feltétel rendszert, mely alkalmazkodik az igénybevevők egyéni és speciális egészségi állapotához, egészségük megőrzéséhez, mentális gondozásukhoz és a meg növekedett egyéni ápolási és gondozási igényeihez, a munkatársak érdekeinek figyelembevételével a fenntarthatóság érdekében.

A bentlakásos ellátást nyújtó intézmények különféle helyeken találhatóak, a fővárosban, kisebb városokban illetve vidéki környezetben. Döntő többsége önkormányzati fenntartásban működik, emellett jelen vannak az egyházi, a non-profit és a vállalkozási jellegű intézmények is.

Az intézmények többsége nagyméretű, az épületek nagy része (régikastélyépületek stb.) eredetileg nem erre a célra készültek, ezért nem minden esetben felelnek meg a korszerű ellátás követelményeinek. Az elhasználódott, nedves, nehezen kifűthető, néhol omladozó épületek nagy része teljes rekonstrukcióra szorul.

A fűtési rendszerek több helyen elavultak, gazdaságtalanok. A bentlakást nyújtó intézmények elhelyezkedésének tekintetében is sok hiányosságok mutatkoznak, hiszen található a településektől távol eső szegregált intézmény is.

Az 5-6 fős lakószobákban élő szolgáltatást igénybevevő embereknek az elkülönülésre, visszavonulásra igen kevés a lehetőségük. A kis alapterületű, zsúfolt szobák kedvezőtlenül hatnak a közérzetre, mely az ott élőkben nyugtalanságot, ingerlékenységet vált ki, mely sokszor konfliktus helyzethez vezet.

Az intézmények vizesblokkjai néhol sem mennyiségileg, sem minőségileg nem megfelelőek. Az intézmények bútorzata több helyütt lelakott, vagy az ellátást igénybevevők speciális szükségleteit nem elégíti ki.

A technikai felszereltség sok intézményben nem megfelelő, az ápolási-gondozási tevékenységekben sok a nehéz, fizikai igénybevétel.

Eljárások:

2.1.1. A bentlakásos ellátást biztosító szolgáltató koncepcionális felmérést, értékelést és tervezést végez, majd megvalósítja az intézmény tárgyi feltételrendszerének fejlesztési és épület, illetve eszköz megóvási tervét.

Megoldási módok:

2.1.1.1. Ennek érdekében az intézménynek fel kell mérnie és a hatályos jogszabályi elvárások, illetve szakmai szabályozók ismeretében értékelnie kell a környezeti és tárgyi feltételrendszerét, meg kell vizsgálnia, hogy a helyiségek száma, mérete, kialakítása és bútorzata a kijelölt funkcióknak megfelel-e?

Az intézménynek fel kell mérnie, hogy a költséghatékonyabb és környezettudatos eljárások hogyan alkalmazhatóak az intézmény tárgyi feltételrendszerének fejlesztése során.

Eljárások:

2.1.2. Az épület elhelyezkedése, megközelíthetősége a városi, települési környezetben.

2.1.2.1. Az intézmény megközelíthetősége.

Megoldási módok:

A bentlakásos ellátást biztosító szolgáltató vegye figyelembe, hogy milyen tömegközlekedési eszközök állnak rendelkezésre és azok mennyiben elérhetőek a szolgáltatást igénybevevők számára, csakúgy, mint az, hogy a látogatók hogyan tudják megközelíteni.

2.1.2.2. Akadálymentes hozzáférhető külső környezet.

Megoldási módok:

A tágabb környezet, a közlekedés, az utak, a járdák, padok, közösségi terek, az épületek hozzáférhetősége, akadálymentessége nélkül az ellátást igénybevevő másoktól függő, kiszolgáltatott helyzetbe kerül.

Eljárások:

2.1.3. Az épület belső szerkezete, otthonoszerű környezet kialakítása.

2.1.3.1. Lakószobák infokommunikációs és közlekedési akadálymentes kialakítása

- a lakószobák épületen belüli elhelyezése az ellátást igénybevevők egészségi és gondozási állapotának megfelelően,
- megfelelő alapterületű lakószobák kialakítása, figyelembe véve az ellátást igénybevevők egészségi állapotát,
- megfelelő természetes és mesterséges megvilágítás biztosítása,
- zárható bútorok, berendezések biztosítása,
- a falak színválasztása és a padozat feleljen meg az ellátást igénybevevők egészségi állapotának és elvárásainak.

Megoldási módok:

Az inger-gazdag privát élettér biztosítása alapvető része a jó életminőségnek. A bentlakásos ellátást nyújtó intézmények feladata, hogy kellemesen kialakított, kényelmes életteret nyújtson az ellátást igénybevevőknek.

Eljárások:

2.1.3.2. A rendszeresen használt közösségi és egyéb a gondozást-ápolást segítő helyiségek infokommunikációs és közlekedési akadálymentes kialakítása.

- A folyosók tágasak, világosak, kapaszkodókkal, korláttal ellátottak akadálytalan eljutást biztosít az ellátást igénybevevők számára a különböző helyiségek között,
- Az étkező kényelmes, világos, higiénikus. Alkalmasnak kell lennie arra, hogy az ellátott szükség esetén segítséget kérjen és kapjon az étkezési folyamat során, és ez ne okozzon számára megalázó helyzetet. Lehetőség legyen az étkezés előtti kézmosásra és kézfertőtlenítésre. Az ellátást igénybevevők állapotának és igényeinek megfelelő bútorzat biztosítása.
- A társalgó legyen kényelmes, nagy ablakokkal ellátott mely segítségével biztosítható a természetes megvilágítás, de ugyanakkor lehetőséget kell biztosítani az árnyékolásra is. A berendezés az ellátást igénybevevők igényeinek és állapotuknak megfelelően kialakított kell, hogy legyen.
- Imaszoba biztosítása az ellátást igénybevevők igényeinek megfelelően a vallási hova tartozásuk szabad gyakorlására.
- Olyan egyéni helyiségek kialakítása, ahol az ellátást igénybevevőknek lehetőségük van az intimitás gyakorlására és hozzátartozóik fogadására.
- Orvosi szoba biztosítása, mely a korszerű ápolási feladatok végrehajtásához szükséges eszközökkel ellátott. A berendezés az ellátást igénybevevők egészségi állapotának és az ÁNTSZ előírásának megfelelően kialakított.
- Elkülönítő szoba kialakítása, a korszerű és meg növekedett ápolási feladatoknak megfelelő beteg ágyak és fertőtleníthető bútorokkal, és az ellátást igénybevevő beteg kényelmét szolgáló eszközökkel, felszerelve, berendezve.
- Dohányzó helyiség biztosítása, mely megfelelően szellőztethető, kényelmes, az ellátást igénybevevők igényeinek megfelelően berendezett. A tűzvédelmi előírásokat betartva biztosított a helyiség felszerelése.

Megoldási módok:

A közösségi helyiségeknek elérhetőnek kell lennie az intézmény valamennyi lakója számára, kialakításuk és berendezésüket tekintve célszerűnek és alkalmasnak kell lenniük a lakók által igényelt közösségi programok biztosításához is.

Eljárások:

2.1.3.3. A vizesblokk infokommunikációs és közlekedési akadálymentes kialakítása.

Megoldási módok:

A fürdőszobák és a mellékhelyiségek számát, az ellátást igénybevevők létszámnak megfelelő kell kialakítani. A fürdőkád térben elhelyezett, biztosított az akadálymentes megközelítés. A zuhanyzó kapaszkodóval, ülőkével, csúszásgátlóval ellátott akadálymentes. Az intimitás a zárhatóság biztosított. Rendelkezik veszélyhelyzet megelőzését célzó jelzőkészülékkel.

Eljárások:

2.1.4. Komfortot, életminőséget javító berendezések, eszközök.

- Lift,
- Lépcsőjáró,
- Nővérhívó,
- Füstjelző,
- Hűtőgép,
- Tv,
- HIFI,
- DVD, Házi-mozi,
- Videó,

- Számítógép,
- Internet,
- Telefon egyéni használatra,

Megoldási módok:

A berendezési tárgyakat megfelelően karban kell tartani, valamint a megfelelő hatóságoknak rendszeresen felül kell vizsgálni azokat.

Eljárások:

2.1.5. Komfortot, életminőséget javító segédeszközök.

- Betegemelő,
- Fürdető-szék,
- Kerekesszék,
- Speciális kerekesszék,
- Járókeret,
- Tám bot,

Megoldási módok:

Bizonyos helyzetekben az ellátást igénybevevőknek speciális szükségleteiből adódóan szüksége lehet speciális segédeszközökre.

Eljárások:

2.1.6. Tartósan fekvő beteg ellátást igénybevevők, komfortérzetét szolgáló kényelmi eszközök.

- **Betegemelő,**
- **Korszerű elektromos vezérlésű ágy,**
- **Kapaszkodó**
- **Lábtámasz,**
- **Háttámasz,**
- **Spanyolfal,**
- **Etetőasztal,**
- **Kádlift,**
- **Karosszék,**
- **Antidekubitor matrac,**

- **Sarokgyűrű és könyökgűrű,**

Megoldási módok:

A tartósan fekvő beteg komfortérzetét úgynevezett kényelmi eszközök segítségével lehet biztosítani. A kényelmi eszközök használatával és alkalmazásával a hosszan tartó ágyban fekvés egyik lehetséges szövődménye, a dekubitusz kialakulása is megelőzhető.

Eljárások:

2.1.7. A bentlakásos ellátást biztosító szolgáltatónál a hatályos jogszabályi előírásoknak és egyéb szabályzóknak megfelelően folyamatosan biztosított az ivóvíz ellátás, a világítás, a fűtés, melegvíz és az elektromos ellátás.

2.1.7.1. Az intézményben az ivóvíz biztosítása.

2.1.7.2. A megfelelő világítás, és elektromos áram az intézmény feladatai és az ellátást, igénybevevők elvárásai és szükségletei szerint biztosítottak.

2.1.7.3. A fűtés az ellátást igénybevevők életkorának, egészségi állapotának és mozgásigényük szerint megfelelő hőmérsékleten biztosított.

Megoldási módok:

Az intézményben az ellátást igénybevevők ellátása, a szolgáltatások biztosítása, valamint az ellátás körülményeinek biztosításához, nélkülözhetetlen a fűtés, az ivóvíz és elektromos energia zavartalan biztosítása.

2.2. Előnyök, hátrányok, feltételek elemzése, alkalmazásuk.

2.2.1. A bentlakásos ellátást biztosító szolgáltatónak küldetése teljesítéséhez és az ellátottak szükségleteinek minőségi és szakszerű kielégítéséhez szakmai tevékenységét úgy látja el, hogy az ellátást igénybevevők és a munkatársak számára jól funkcionáló és támogató, valamint biztonságosan működtethető épületekről és berendezésekről gondoskodik.

2.2.2. Az intézmény vegyes beépítettségű lakóövezetben helyezkedik el, földrajzi elhelyezkedése nem korlátozza az ellátást igénybevevőket kedvenc tevékenységeik

végzésében. Az intézmény legyen könnyen megközelíthető, az udvaron legyen lehetőség parkolásra. Az intézmény külső környezete teljesen, akadálymentesített.

2.2.3. Az intézmény belső kialakításánál szem előtt kell tartani, hogy az ellátást igénybevevők és látogatóik, illetve a munkatársak könnyen és önállóan tudjanak az intézményben közlekedni. Különös figyelemmel kell lenni a mozgáskorlátozottakra valamint az érzékszervi károsodottakra. A gondos tervezés segítségével lehet, az épület használatában a demencia betegségben szenvedők esetében is.

Az otthon-szerű környezet kialakításában nagy jelentősége van annak, hogy a bútorok berendezések megválasztásába bevonjuk az ellátást igénybevevőket. A belső kialakítás és a színek jó megválasztása segítik az akadálytalan mozgást, közlekedést.

2.2.4. Az intézmény dolgozóinak ismerniük kell az ellátást szolgáló berendezések, eszközök és felszerelési tárgyak használatának és működtetésének szabályait, hogy megfeleljenek az intézmények által biztosított ellátási formák és szolgáltatások követelményeinek.

2.2.5. Az egyéni szükségletekhez adaptált segédeszközök mellett a mozgás rehabilitáció sikerességének feltétele a környezet adaptálása. Ez alapvetően a környezeti akadályok kiküszöbölését jelenti, a megfelelő méretű, kerekesszékekkel is használható teret, és ajtókat, rámpákat, kapaszkodókat, illetve gyógyászati segédeszközöket.

2.2.6. A tartósan ágyhoz kötött betegek, akik gyenge fizikai állapotuk, mozgás képtelenségük miatt hetekre ki vannak téve különböző veszélyeknek, és annak, hogy felfekvések (dekubitusz) alakuljon ki testükön.

2.2.7. A bentlakásos ellátást nyújtó intézményekben a szolgáltatások biztosítása, a szolgáltatást igénybevevők ellátása, valamint az ellátás körülményeinek biztosításához elengedhetetlen a fűtés, az ivóvíz és az elektromos energia biztosítása.

2.3. A standard alkalmazására vonatkozó javaslatok

A standard alkalmazandó minden bennlakásos és speciális gondozási igényekkel rendelkező (fogytékos, pszichiátriai beteg, szenvedélybeteg, demens beteg) ellátást nyújtó szervezetnél. Az intézmény üzemeltetési-működtetési tapasztalatainak összegzésére és értékelésére, valamint a szolgáltató karbantartási és fejlesztési terveiben megfogalmazott elképzelésekre.

Az intézmény folyamatos üzemeltetése, működtetése és biztonsága révén teremti meg a bentlakásos ellátást nyújtó szolgáltatások feltételeit és megfelel a szakmai és jogszabályi előírásoknak.

2.4. Kimeneti elvárások, és az azokhoz csatlakozó kritériumok

2.4.1. Az intézmény a koncepcionális felmérést elvégezte, értékelte, az intézmény tárgyi feltételrendszerének fejlesztési és épület, illetve eszköz megóvási terve megvalósult, dokumentált és értékelt.

2.4.2. A bentlakásos ellátást nyújtó intézmény jól megközelíthető, hozzáférhető akadálymentes környezet parkolókkal biztosított.

2.4.3. A közösségi, egyéb és a gondozást-ápolást segítő helyiségek infokommunikációs és közlekedési akadálymentesítése megtörtént.

2.4.4. Az intézményben az ellátást igénybevevők részére rendelkezésre állnak komfortot, életminőséget javító berendezések, eszközök.

2.4.5. Az intézményben az ellátást igénybevevők részére rendelkezésre állnak komfortot, életminőséget javító, segédeszközök.

2.4.6. A bentlakásos ellátást nyújtó intézmény rendelkezik a tartósan fekvő beteg ellátását és komfortérzetét szolgáló kényelmi eszközökkel.

2.4.7. Az intézményben folyamatosan biztosított az egészséges ivóvíz, fűtés és az elektromos energia ellátás.

2.5. A kritériumok teljesülésének indikátorai és monitoring lehetőségei.

2.5.1. Az intézmény rendelkezik koncepcionális felméréssel, értékeléssel mely dokumentált, a tervezés során figyelembe veszi az EBM Épületek és Berendezések működtetése és biztonsága standard előírásait. A fejlesztési és állag megóvási terv megvalósult dokumentált a jogszabályi előírásoknak megfelelő.

2.5.2. Az intézmény tömegközlekedési eszközzel és személyautóval jól megközelíthető parkolókkal ellátott. A tágabb környezet, a járdák a padok a közösségi terek az épület akadálymentes hozzáférhető.

2.5.3. Az otthon-szerű környezet megvalósult. Az épület belső terei világosak, az ellátást igénybevevők egészségi állapotának és igényeinek megfelelően kialakítottak a fizikai és az infokommunikációs, akadálymentesítés megtörtént.

2.5.4. Az intézmény rendelkezik komfortot, életminőséget javító berendezésekkel és eszközökkel.

2.5.5. A bentlakásos ellátást nyújtó intézmény rendelkezik életminőséget javító segédeszközökkel.

2.5.6. Az intézmény megfelelően felkészült a tartósan fekvő betegek ellátására. A betegek rendelkezésére állnak a komfortérzetüket és kényelmüket szolgáló eszközök.

2.5.7. Az intézményben a hatályos jogszabályi előírásoknak megfelelően biztosított az ivóvíz ellátás, a világítás a fűtés és az elektromos energia.

3. Mellékletek

3.1. A szabályozó anyagban használt fogalmak jegyzéke és meghatározása.

Eredményesség:

A minőség egyik legfontosabb komponense. A szolgáltatás szokásos körülményei között elért eredmények a szolgáltatás igénybevevő bio-pszicho-szociális állapotában.

A napi gyakorlat során az adott körülmények között elért eredmény a lehetséges célok függvényében.

Esélyegyenlőség:

A közvetlen vagy közvetett diszkrimináció mentességének biztosítása.

Fenntartó (általános):

Olyan szervezet vagy magánszemély, aki/amely a jogszabályban meghatározott feltételek szerint, működési engedély alapján gondoskodik a szolgáltató tevékenység biztosításához szükséges feltételekről. A fenntartó nem feltétlenül azonos a működtetővel.

Fogyatékoság:

Az a biológiai sérülés, amely a testi, idegrendszeri tulajdonságok területén károsodáshoz vezet, a többi tulajdonságterületen nem szükségszerűen hoz létre fogyatékos állapotokat. Szociális tulajdonságai területén nem kell szükségszerűen fogyatékosá válnia annak, aki testi, idegrendszeri tulajdonságainak állapota szerint károsodott.

Folyamatos minőségfejlesztés:

Olyan minőségfejlesztési tevékenység, melynek során a teljes rendszer fejlesztése a cél, kiemelten a minőségi problémák megelőzése a problémás, vagy a potenciálisan problémás folyamatok azonosítása, tökéletesítése és új minőségelemek bevezetése.

Kockázat menedzsment:

A szakmai és menedzsment tevékenység annak behatárolására, hogy értékeljék és csökkentsék az ártalmak kockázatát. Ez a kockázat vonatkozhat az igénybevevőkre, személyzetre, látogatókra és magára a szolgáltató szervezetre.

Kompetencia:

A munkavégzéshez szükséges ismeretek, készségek és képességek összességének birtoklása és adekvát alkalmazása.

Minimumfeltételek:

Az ágazati miniszter által meghatározott azon követelmények összessége, amelyek a szociális intézményi ellátás teljesítése során az ellátást igénybevevők, az ellátást nyújtó személyzet és a környezet biztonsága szempontjából elengedhetetlenek.

Költség-előny vizsgálat:

A vizsgált program vagy technológia pénzben kifejezett költségeinek a program megvalósításával elérhető, pénzben kifejezett megtakarításaihoz, vagy más szavakkal a program elmaradásának pénzben kifejezett következményeihez történő viszonyítása.

Biztonság:

A biztonság több dimenzióban vizsgálható. Az ellátást igénybevevő biztonsága (pl.: szociális), szociális szakember biztonsága (pl.: jövedelem, munkakörülmények stb.) és az intézmény biztonsága (pl.:a mindenkori kormány átgondolt szakmapolitikája-stabilitás).

Eredményesség:

Meg kell határozni, hogy mi számít eredménynek az intézmény szolgáltatásában, ehhez párosítani kell a mérhetőséget, melyet kimenetekkel kell ellátni.

Struktúra:

Általános értelemben valamilyen egésznek a felépítését, belső tagozódását jelenti, de kifejezi azt is, hogy a részek egymással és az egészszel is összefüggésben vannak.

Lakhatás:

.intézményi szolgáltatás, amely vagy közvetetten az otthonyszerű elhelyezéshez való hozzájutást célozza, vagy közvetlenül otthonyszerű elhelyezést nyújt az igénybevevők számára.

Kompetencia-határ betartása:

Egy munkakör vagy más kötelezettség kívánalmainak való megfelelés képessége. A szociális munkában a kompetencia-határ felöleli az összes releváns oktatási és gyakorlati követelmény birtoklását.

Akadálymentesítés:

Az akadálymentesítés olyan tudatos tevékenységek összefoglaló neve, melyek (fizikai, érzékszervi, értelmi,) fogyatékossgal élők számára igyekezik olyan körülményeket biztosítani, amelyek lehetővé teszik számukra minden olyan tevékenység elvégzését, amelyben akadályoztatva vannak.

3.2. A szolgáltatás szempontjából releváns jogszabályok jegyzéke

- 1993. évi III. törvény „a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról”
- 1/2000. (I.7.) SZCSM rendelet „ a személyes gondoskodást nyújtó intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről”
- 1992. évi XXXIII. törvény „a közalkalmazottak jogállásáról”
- 257/2000. (XII.26.) Kormány rendelet „ a közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992. évi XXXIII. Törvénynek a szociális, valamint a gyermekjóléti és gyermekvédelmi ágazatban történő végrehajtásáról”
- 1949. évi XX. törvény a Magyar Köztársaság Alkotmánya
- 1992. évi LXIII. Törvény a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról
- 1998. évi XXVI. Törvény A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról
- A fogyatékos személyek jogairól szóló ENSZ Egyezmény
- Országos Fogyatékos ügyi Program
- 1995. évi LIII. Törvény a környezet védelmének általános szabályairól

- 1997. évi LXXVIII. Törvény az épített környezet kialakításáról és védelméről
- 2000. évi C. törvény a számvitelről
- 147/1992. (XI.6.) Korm. Rendelet az önkormányzatok tulajdonában lévő ingatlan vagyron nyilvántartási és adatszolgáltatási rendjéről
- 253/1997. (XII.20.) Korm. Rendelet az országos településrendezési és építési követelményekről (OTÉK)
- 126/1999. (VIII.13.) Korm. Rendelet az országos településrendezési és építési követelményekről szóló 253/1997. (XII.20.) Korm. Rendelet módosításáról
- 321/2009. (XII.29.) Korm. Rendelet a szociális szolgáltatók és intézmények működésének engedélyezéséről és ellenőrzéséről

3.3. A területen releváns alapvető szakirodalom jegyzéke.

3.4. A már létező módszertani segédletek jegyzéke és elérhetőségi helye.

- Kommunikáció, információ, marketing (KOM)
- Dolgozói/Munkatársi Elégedettség (DOE)
- Minőségmenedzsment, minőségfejlesztés (MIN)
- Vezetés, igazgatás (VEZ)
- Felhasználói/ hozzátartozói elégedettség (FHE)
- Humánerőforrás-menedzsment (HEM)
- Rendszer-együttműködés (REN)
- Épületek és Berendezések működtetése és biztonsága (EBM)
-

3.5. Hazai és nemzetközi tapasztalatok, legfrissebb tudományos eredmények irodalmi áttekintése.

Idősek számára biztosított szociális szolgáltatások

INTÉZMÉNYI KÖRNYEZET-
A közösségi együttélés keretei
(KEK)

1.munkacsoport

Tartalomjegyzék

4. Bevezetés

A sztenderd definíciója

A szolgáltatás célcsoportjának meghatározása (indikáció)

1.3. A szolgáltatás alapelvei (kapcsolat a többi normatív szabályzóval (meglévő hazai szabályozásokkal – normatív dokumentumokkal)

5. Az elvárt szolgáltatási gyakorlat leírása

Lehetséges módszerek, eljárások, megoldási módok (alternatívák)

Előnyök, hátrányok, feltételek elemzése, alkalmazásának személyi és tárgyi feltételei

A sztenderd alkalmazására vonatkozó javaslatok

Kimeneti elvárások, és az azokhoz csatlakozó kritériumok

A kritériumok teljesülésének indikátorai és monitoring lehetőségei

6. Mellékletek

A szabályozó anyagban felhasznált fogalmak jegyzéke, meghatározása

A szolgáltatás szempontjából releváns jogszabályok jegyzéke

A területen releváns alapvető szakirodalom jegyzéke

A már létező módszertani segédletek jegyzéke és elérhetőségi helye

Hazai és nemzetközi tapasztalatok, legfrissebb tudományos eredmények
irodalmi áttekintése

1.Bevezetés

2.2.A sztenderd definíciója

Az itt megfogalmazott sztenderd célja, hogy az idősök számára biztosított bentlakásos szociális szolgáltatások területén a közösségi együttélés kereteinek megteremtéséhez útmutatással szolgáljon.

A szakmai szabályozók szerinti egységes „gondolkodás”- és cselekvésmód célja a szolgáltatást igénybe vevők számára magas színvonalú ellátás biztosítása, figyelembe véve az ellátotti csoportok igényeit, elvárásait, alapvető emberi jogait. Mindezzel pedig egy elégedett, méltóságban töltött, az elvárható életminőséggel megélt időskort szeretnénk biztosítani a ránk bízottaknak.

Legfőbb célunk, hogy az idős ellátott az intézményben töltött életszakasza során **a korábbiakban is megszokott függetlenséget, önállóságot élvezhesse, mindezt úgy, hogy biztonságban érezhesse magát, igényeinek megfelelően találja meg azt a komfortos és esztétikus közeget, ahol társas- vagy családi kapcsolatait ápolhatja vagy éppen egyéni szükségleteit kielégítheti.**

1.2.A szolgáltatás célcsoportjának meghatározása (indikáció)

Ez az irányelv az *intézményi környezettel* kapcsolatos legalapvetőbb elvárásokat fogalmazza meg a szolgáltatók felé, de több ponton kapcsolódhat a többi szakmai szabályozóhoz is. Ennek a részterületnek konkrétan a *közösségi együttélés kereteit* bontja ki ez a sztenderd.

Az idősök bentlakásos intézményeiben alapesetben az öregségi nyugdíjkorhatárt betöltött, a jogszabályok által meghatározott gondozási szükséglettel rendelkező ellátotti csoportról beszélünk, de a gyakorlat azt mutatja, hogy gyakran fordulnak elő ezen kívül, olyan a fiatalabb ellátottak is, akik betegsége vagy fogyatékossága miatt

önmagukról gondoskodni nem képesek. Az idős populáció megjelenése is egyre polarizáltabb, egyre nagyobb számban találkozhatunk demens betegekkel, vagy pszichiátriai- és szenvedélybetegekkel.

Az itt megfogalmazott ismérvek minden, az intézményben ellátást igénybe vevő személy esetére érvényesnek kell lennie. Mindezek biztosításával teljesíthetjük csak a ránk bízott feladatokat, tiszteletben tartva az emberi méltóságot, segítve a lakók reintegrációs törekvéseit, növelve az ellátást igénybe vevők önbecsülését.

1.3. A szolgáltatás alapelvei (kapcsolat a többi normatív szabályzóval (meglévő hazai szabályozásokkal – normatív dokumentumokkal)

A hazai jogszabályok az alábbiakban érintik ezt a területet:

Az Alkotmány több paragrafusa is rendelkezik azokról a jogokról, amelyek betartása ezen a területen is elengedhetetlen, és ezeket az 1993. évi III. tv. a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról V. fejezete részletesen is felsorolja.

Ezek az alapjogok a következők:

- egyenlő bánásmód,
- élethez, emberi méltósághoz,
- testi épséghez,
- a testi-lelki egészséghez,
- szabad mozgás,
- ill. a fogyatékkal élők speciális jogai, mint pl.:
- akadálymentes környezet,
- információhoz való hozzáférés,
- önrendelkezés elve,
- társadalmi integráció és kapcsolattartás.

A fent felsorolt jogok mindegyikének érvényesülnie kell az időotthonok intézményi környezetének és ezen belül a közösségi együttélés kereteinek biztosítása esetén.

A legfrissebb, az időseket érintő hazai dokumentum az Idősügyi Nemzeti Stratégia, amelyet 2009. szeptember 28-án fogadott el az Országgyűlés. A fejlesztési irányokat a 3.3.2. pontban határozta meg, amely kapcsolatba hozható a jelen sztenderdben szereplő elvekkel is, miszerint: az idősödő és idős ember biztonságának, emberi méltóságának megteremtését és megőrzését tűzi ki célul.

A részletes szabályozókat tartalmazó szakmai rendeletben az alábbi követelményrendszert fogalmazzák meg:

- általános tárgyi feltételként az ellátottak életkori sajátosságait figyelembe véve kialakított berendezést és felszerelést,
- az intézmények tárgyi feltételeinél biztosítása esetén a minimálisan kialakítandó helyiségek típusát, nagyságát.

2. Az elvárt szolgáltatási gyakorlat leírása

2.1. Lehetséges módszerek, eljárások, megoldási módok (alternatívák)

A sztenderdben megfogalmazott célt az alábbi szempontok megvalósításával lehet elérni. Négy fő terület köré csoportosítva jelennek meg ezek az elvárások, mégpedig, az önállóság, biztonság, komfort, és az esztétikum.

Önállóság

- 2.1.1. A szobák, helyiségek legyenek érthetően feliratozva, információkkal ellátva.
- 2.1.2. A közös helyiségek használatára vonatkozó előírások legyenek egyértelműen szabályozva a Házi rendben.
- 2.1.3. A személyzet megismerése érdekében viseljenek a dolgozók névkitűzőt.
- 2.1.4. Legyen lehetőség egyéni igény szerint az intimitás biztosítására egyes, erre kijelölt helyiségekben.
- 2.1.5. Az egyes helyiségek elkülönült funkciókkal álljanak rendelkezésre a választási szabadság biztosítása érdekében (pl.: imaszoba, könyvtár, társalgó, tornaszoba, fodrászat stb.)
- 2.1.6. A közösségi helyiségek egyéni és csoportos használatra bármikor hozzáférhetőek legyenek - a lakók igényei alapján - a szabadidő kulturált eltöltésének, valamint a gondozási tervekben meghatározott aktivitás biztosítása érdekében.

Biztonság

- 2.1.7. Az intézmény minden helyisége legyen akadálymentes.
- 2.1.8. A könnyen megközelíthetőség vonatkozzon az intézményen kívüli tartózkodásra szolgáló helyekre is, pl.: kert, pihenőpark, stb.
- 2.1.9. A közös terek, folyosók legyenek tágasak, kerekesszékekkel is használhatóak.
- 2.1.10. A helyiségekben, folyosókon legyenek felszerelve kapaszkodók, nővérhívók.
- 2.1.11. A liftet és egyéb berendezéseket mindenki önállóan is tudja használni.

Komfort

- 2.1.12. Az intézmény berendezése alkalmas legyen az ellátotti csoport számára.
- 2.1.13. A folyamatos hőmérsékletszabályozást ill. szellőztetést biztosítani lehessen.

2.1.14. Természetes és mesterséges világítás is elérhető legyen.

2.1.15. Csendes, nyugodt légkör uralkodjon az otthonban, kellemes életteret biztosítsunk az

egyres tevékenységekhez.

2.1.16. Legyen bármilyen helyzetben könnyen megközelíthető mosdó, mellékhelyiség,

vízvételi lehetőség, a szükséges higiénés termékekkel ellátva.

Esztétikum

2.1.17. A helyiségeknek megfelelően takarítottak, tisztának, szükség szerint

fertőtlenítettnek kell lennie.

2.1.18. Ne kórházi hangulat legyen a domináns az épületben, inkább az otthon-szerű és

ingergazdag környezet kialakítása legyen a cél.

2.1.19. A helyi szokásokat figyelembe véve valósuljon meg a berendezés és a dekoráció..

2.1.20. Legyen minél több élő növény az épületben.

2.1.21. Legyen egyértelműen kijelölt, biztonsággal használható és a nemdohányzók védelmét biztosító helyiség az épületen belül is.

2.2 Előnyök, hátrányok, feltételek elemzése, alkalmazásának személyi és tárgyi feltételei

2.2.1. Előnyök

Az idősoththonban eltöltött időszak megélt életminősége több mindentől függ, de az egyik legfontosabb mércéje, hogy hogy érzi magát az idős ebben az intézményi környezetben.

A sztenderd céljaként meghatározott szakmai követelmények megvalósítása, lehetőséget nyújt azon idősok számára a társas kapcsolatok kialakítására és ápolására, akiknek erre igényük van. A közösségi tereknek alkalmasnak kell lenniük a társas érintkezés alapvető feltételeinek biztosítására. Célunk, hogy az otthoni környezethez hasonlóan a lakók megélhessék a közösség összetartó erejét, vágyjanak résztvenni a

csoportfolyamtaokban, a foglalkozásokon, ahol megmutathatják egyéniségüket, barátságokat köthetnek, fenntarthatják a hasznosság érzését.

2.2.2. Hátrányok

Ezért is fontos szerep hárul az intézmény dolgozóira, hogy mindenki esetében – az egyéni bánásmód szerint - megtalálják azt a közösségi, vagy aktivitási formát, amelyben az idős jól érzi magát. Ezen szükségletek kielégítésének legfontosabb terei azok a közösségi terek, amelyet minden intézménynek biztosítani kell, ráadásul nem mindegy ezt milyen formában teszik, mennyire veszik figyelembe az idősek életkori sajátosságából eredő kívánalmakat, ill. igényeiket. Ráadásul többen amúgyis nehezen illeszkednek be az új közösségbe, ezért fontos, hogy mindezt hogyan tesszük.

Ha ezek a feltételek nem megfelelőek, az idős nem veszi igénybe ezeket a lehetőségeket és a szegregáció méginkább fokozódik esetükben, az amúgy is nehezen elfogadható új élethelyzet megélésében. Az alkalmatlan feltételek (pl.: zsúfolt, zajos, kirekesztő légkör) felerősíthetik a bezárkózás folyamatát, az idős marginalizálódik, a pszichoszomatikus betegségek előfordulása, a depresszió kialakulása és/vagy felerősödése determinálható. Rossz tapasztalatok megélése esetén már nehezebb újra bevonni az időset ebben a folyamatban, és mindez kihat az egész gondozási tevékenységre, megnehezítve azt.

2.2.3. Személyi és tárgyi feltételek

A fenti feltételek teljesülésének tárgyi és személyi feltételei is vannak, amelyek nem hagyhatóak figyelmen kívül. Ezek megteremtése elsősorban az intézményvezető feladata, aki a tárgyi feltételek mennyiségi és minőségi megvalósításáért felelős, valamint biztosítja az ehhez szükséges személyi feltételeket is.

A tárgyi feltételek egyrészt maga a közösségi terek meglétét feltételezi, másrészt azok alkalmasságát, továbbá megfelelő berendezését, felszerelését jelenti. Láthatjuk, hogy az elvárásként felsorolt legtöbb szempontok teljesítése valóban nem kíván jelentős anyagi ráfordítást, mindössze nagyobb odafigyelést.

A személyi feltételek terén elősorban a mentálhigiénés munkatársakra hárul a feladat, hogy a közösségi terek kialakításában szakmai tudásukkal részt vegyenek. Továbbá az idősek igényeit megismerve az egyéni gondozási tervben meghatározottak szerint motiválja őket ezek használatára, ill. a team munka keretében a gondozásban részt vevők is ismerjék az igénybevétellel kapcsolatos eljárásokat ill. személyes igényeket.

2.3.A sztenderd alkalmazására vonatkozó javaslatok

A fentiekben kifejtett módszerek, eljárások alkalmazásának egyik legfontosabb feltétele, az a szakmai nyitottság, amely az adottságok meglétén túl, sok esetben nem csak a pénzügyi lehetőségeken múlik. A munkatársak innovatív ötletei, kapcsolatai sokszor nyújtanak megoldást egy-egy problémára.

Érdemes figyelembe venni a lakók véleményét, javaslatát és ezen keresztül az általuk felajánlott eszközöket, vagy tevékenységet a közösségi terek kialakításban, pl.: dekoráció, növényzet stb. Az idők részvételé az intézmény belső és külső környezetének kialakításban mindenképpen pozitív hozadékkal jár, segítik az új élethelyzethez való alkalmazkodást, az otthoni légkörhöz hasonló közeg kialakítását, magukénak érezve nemcsak lakószobáikat, hanem az intézmény többi részét is. Ezáltal nyitottabbak lehetnek a környezetükre, a társas kapcsolataikra, kedélyállapotukat ez nagy mértékben meghatározhatja.

2.4.Kimeneti elvárások, és az azokhoz csatlakozó kritériumok

2.4.1. Akár az intézménybe érkező érdeklődőként, akár látogatóként nagy jelentősége van annak, hogy belépve az épületbe kellőképpen el tudjunk igazodni, találjuk meg azokat a helyiségeket, amelyeket keresünk, ezzel sok kellemetlen szituációt előzhetünk meg. Azon túl, hogy magát a szobákat, helyiségeket külön felirattal látjuk el, érdemes a forgalmasabb helyeken, csomópontokban külön tájékoztatási rendszert kialakítani a szint vagy a további emeletekre vonatkozóan is. Ezek az információk az intézményben ellátottaknak is ugyanolyan fontos, hiszen biztonságérzetüket növeli, sőt egyes esetekben ők is tudnak felvilágosítást adni a társaik számára. Egyes ellátotti csoportoknál, ahol a felelősségből adódó problémák már megjelentek szintén fontos, hogy a szándékunk szerinti helyiségeket könnyen megtalálják, csökkentve ezáltal is az ebből eredő konfliktushelyzeteket. A helyiségek feliratozása mellett lehet szimbólumokat is használni, továbbá a helyiség használatára vonatkozó legfontosabb tudnivalók is megjeleníthetők.

2.4.2. Egy közösség mindennapi életét alapvetően a szabályok ill. azok betartása határozza meg. Az egyértelmű, mindenki számára ismert és betartható szabályok jelenléte a közösségben fokozza a tagok közötti együttműködést, csökkenti a konfliktushelyzetek kialakulását. Emiatt egy intézmény működésének megfelelő szabályozása az egyik legfontosabb feladata a vezetésnek. Ezen belül mind az egyéni, mind a közösséget érintő legfontosabb kérdések szabályozása elkerülhetetlen, így a közös terek, helyiségek használatára vonatkozó előírások is meg kell hogy jelenjenek.

Erre a legmegfelelőbb eszköz a Házirend, ahol egységes keretben minden olyan rendelkezés megtalálható, amely segítségével az ellátott megismeri az intézményt ill. az intézmény életére vonatkozó együttélés szabályait. Ha ezek hiányoznak vagy nem egyértelműen kerülnek megfogalmazásra, akkor ez sértheti az ellátottak jogait, továbbá nem tudják kötelezettségeiket teljesíteni, a sorozatos félreértésekből frusztráció, a konfliktushelyzetekből pedig nagyobb sérelmek is adódhatnak. Egy-egy szabályozást az idők folyamán érdemes felülvizsgálni ill. a változások esetén módosítani és azt is nyilvánosságra hozni.

2.4.3. Egy intézménybe való beilleszkedés és az ott töltött időszak egyik legfontosabb

jellemzője, hogy az ellátást igénybe vevőt kik veszik körül, kikkel találkozik. Az idős a személyes életterén kívül a legnagyobb számban a közösségi terek használatakor kerül kapcsolatba másokkal, lakótársaival és a dolgozókkal. Fontos neki, hogy tudja kivel áll szemben, őt hogyan szólíthatja, ill. milyen típusú információt, segítséget tud kérni tőle. A névkitűzők használata nagyon sokat segíthet nemcsak az idősök, de a hozzátartozók, érdeklődők eligazodásában is. Számos kellemetlen helyzetet kerülhetünk el ennek az egyszerű eszköznek a használatával, de leginkább az idősök biztonságérzetét növelhetjük vele. Nem utolsósorban pedig a személyes kapcsolat erősítését is szolgálja, amely alapja a sikeres gondozás folyamatának és meghatározója a lakók érzelmi állapotának is.

Hasonlóan fontos szempont, hogy a személyzet munkavégzésére szolgáló helyiségek esetén

is érdemes nemcsak egy-egy megnevezést, funkciót hanem az ott található munkatársak

nevét, ill. munkakörét megjelölni.

2.4.4. Bár a közösségi terek kialakításának célja elsősorban a társas érintkezés lehetőségét kínálja, nem feledkezhetünk meg arról az igényről sem, amely az egyedüllét, az intimitás szükségletét jelenti. Lehetőséget kell adni arra, hogy az idős saját lakószobáján kívül (főleg, ha az több személy elhelyezésére szolgál) találjon az intézményben olyan helyiséget, ahol magára maradhat, vagy éppen párkapcsolatot alakíthat ki. Látogatók nyugodt körülmények között való fogadásához is szükség van ilyen típusú helyekre. Ezen helyiségek megléte és megfelelő módon való működtetése (használatra vonatkozó szabályok, belülről zárható ajtó, nővérhívó stb.) elősegíti az idős ember autonómiáját, valamint magánéletének gyakorlását az intézmény falai között is.

2.4.5. A bentlakásos intézményekben szükségszerűen kialakítandó közösségi terek mennyisége és típusa függ az ellátottak számától ill. az intézmény típusától is. Célszerű ennek ellenére minél több olyan, elkülönült funkciójú (pl.: imaszoba, könyvtár, társalgó, tornaszoba, teakonyha, foglalkoztató, fodrászat stb.) helyiséget létrehozni, ahol minden lakó igényeinek megfelelően megtalálja a szabadidő kulturált és hasznos eltöltéséhez való feltételeket, fenntarthatja társas kapcsolatait, részese lehet az intézményben zajló csoportfolyamatokban. Ezáltal aktivitását megőrizve, vehet részt minden olyan tevékenységbe, amelyet esetleg korábban a saját otthonában is végzett (pl.: kertgondozás, horgolás, mise stb.) vagy esetleg éppen most, mint új tevékenység ismerkedhet meg vele (pl.: számítógép-használat, rejtvényfejtés). Fontos az is, hogy az adott helyiségek alkalmasak legyenek a kijelölt funkció biztosítására (pl.: egy tornafoglalkozás esetén legyen elegendő hely).

Más, európai országokban működő intézményeknél szembejövő, hogy gondozási egységenként, szintenként áll rendelkezésre az adott közösségi helyiségek mindegyike, sőt a folyosók kialakítása is úgy történik, hogy számos olyan kis tér található, amely alkalmas arra, hogy ott néhány ember megpihenjen és beszélgessen. Az ilyen szemléletmód esetén elkerülhető az idős elmagányosodása, hiszen mindig találkozik valakivel és bárhol lehetőség van arra, hogy nyugodt légkörben kommunikálhassanak.

2.4.6. Az intézményben és az azon kívül kialakításra kerülő közösségi helyiségek célja,

hogy azok használatával a lakók fenntartsák és megőrizzék test-lelki aktivitásukat, ezzel értékesebbé tegyék mindennapjaikat. Célszerű ezen helyiségek kialakításakor figyelembe venni a gondozottak korát, egészségi állapotát, képességeit, egyéni adottságait. Így válhatnak ezek a közösségi terek alkalmasak egyéni és csoportos használatra, megfelelő a közösség igényeinek. Az is lényeges szempont, hogy a gondozási tervekben meghatározott feladatok teljesítéséhez, a lakó fizikai és mentális állapotának megőrzéséhez, esetleg javításához ezen területek megléte és megfelelő módon történő kialakítása elengedhetetlen.

2.4.7. Ma már alapvető követelmény és az új építésű intézményeknél a működési engedély

kiadásának feltételeként szerepel az akadálymentes környezet kialakítása. Ez elsősorban a biztonság kritériumát elégíti ki, de az önállóság biztosításában is nagy szerepe van. Az idősothonokban a járókerettel, kerekesszékekkel közlekedők számára is ugyanolyan feltételeket kell biztosítani, mint a mozgásukban nem korlátozottak számára. Számos jog sérülhet, ha bizonyos helyekre nem biztosított a biztonságos és önálló bejutás. Legnagyobb gondot a küszöbök, a rámpa nélküli lépcsők vagy éppen a

zuhanytálcák szegélye okozza. Ezek átalakításával azon túl, hogy az idős mindennapjait könnyíthetjük meg, a gondozás egyes folyamatai is leegyszerűsödhetnek, továbbá szükségtelen balesetek elkerülésével javíthatók az ellátottak életkilátásai is.

Egyes intézményekben, ahol valamely fogyatékossggal rendelkező idóst, vagy beteget látnak el, érdemes az infokommunikációs akadálymentesítést is elvégezni, amely a speciális Braille-írás megjelenését a fontosabb helyeken, vezetősáv a hangos vagy fényjelzéses tájékoztatást jelenti, amellyel megkönnyíthetjük lakóink életét és növelhetjük életminőségüket, egyenlő esélyt biztosítunk számukra is a szolgáltatások való hozzáféréséhez. Jelenleg is számos olyan pályázati lehetőség van, amely az akadálymentesítés megvalósítására biztosít forrásokat.

2.4.8. Az intézményen belüli közösségi terek mellett nagy szerepe van az idősök életében a szabad levegőn eltöltött időnek is. Az intézmény környezetében kialakított pl.: kert, pihenőpark esetében is követelmény az akadálymentesség, vagy a könnyű megközelíthetőség. ill. a biztonságos kialakítás (pl: kerti tó esetében). Célunk, hogy az idősök szívesen éljenek ezekkel a lehetőségekkel, melyek még az egészségükre is kedvező hatást fejthetnek ki, fokozhatják aktivitásukat, fizikai tevékenységekre motiválhatja őket. Az ilyen helyek igénybevétele, használatára vonatkozó szabályok is kerüljenek egyértelműen rögzítésre.

Fontos, hogy az elkóborlás veszélye esetén az idősök kísézővel vegyék igénybe ezeket a tereket, ill. gondoskodjunk a kijutás elkerüléséről (pl.: megfelelő magasságú kerítés) és segítsük őket az épületbe való könnyebb visszajutásba is.

2.4.9. Mind a közös terek, mind a folyosók, mind a liftek esetében fontos szempont, hogy azok olyan tágasak legyenek, hogy segédeszközzel, kerekesszékkal is használhatóak legyenek, sőt alkalmas legyen több személy egyidejű elhaladására is. Gyakori probléma, hogy ezeken a helyeken tárolt eszközök akadályozzák a közlekedést (pl: folyosón tárolt kerek- és fürdetőszékek, takarítóeszközök, stb.) A szobák, helyiségek közötti közlekedés fizikai akadályozottsága maga után von olyan lelki tényezőket is, amely megnehezíti a lakó napi életvitelét, befolyásolja elégedettségét, kedvezőtlenül hat hangulatára, így a közösségben való beilleszkedésére is. Továbbá a közlekedési nehézségek folyamatos fennállása miatt kialakuló frusztráció ellenségesse teheti a lakót a gondozó személyzet irányába is.

2.4.10. A célcsoport életkori sajátosságait ismerve fontos, hogy a leggyakrabban használt

helyiségekben minden olyan segédeszköz rendelkezésre álljon, amely segíti az idős beteg emberek biztonságérzetének növelését, ill. szükséges eszköze a mindennapi életüknek, esetleg vészhelyzet esetén segítséget nyújt. Gyakran előfordul, hogy az idős bizonytalansága (gyengeség, szédülés), félelme (rosszullétől) miatt nem szívesen hagyja el szobáját, de abban az esetben, ha biztosítjuk számára azokat a feltételeket, amely segítségével önállóan és biztonságosan kimozdulhat, akkor ezzel több olyan tevékenységét is támogatjuk, amely szükséges a megfelelő életminőségének biztosításához. A folyosókon, mellékhelyiségekben felszerelt kapaszkodók, a hosszabb távokon vagy a lift előtt elhelyezett, vagy akár a kinti parkba való szakaszos eljutáshoz szükséges pihenőalkalmatosságok, a könnyen használható nővérhívók működtetése csökkenti az idős ember aggodalmait, és arra motiválja, hogy bátran részt vegyen az intézmény életében, mert biztonságban érezheti magát bárhol.

2.4.11. Az intézmény különböző szintjei, helyiségei közötti eljutás egyik eszköze a lift.

Fontos, hogy ezek kialakítása a biztonsági tényezők mellett az egyszerű kezelhetőség szempontjának is megfeleljen. Az egyértelmű jelzések, a minél kevesebb nyomógomb, a lassabb záródás segítségével az idősek önállóan is képesek uticéljuk elérésére. Az idősek jelentős része az intézményekben találkozik először ilyen berendezéssel, ezért ezek működésének megmutatása, együttes kipróbálása enyhítheti használatával kapcsolatos ellenérzéseit, és elkerülhető az ebbéli félelmekből adódó balesetek száma is. A liftek mellett különböző betegemelő berendezések segíthetik még az idősek mozgását. Amennyiben ezek kezelését csak a személyzet végezheti, úgy gondoskodjunk ezek igénybevételének gyors és mindenki számára elérhető biztosításáról.

2.4.12. A bentlakásos intézmények berendezése esetében az elsőszámú szempont a szobák otthon-szerű kialakítása. Emelett a többi helyiség esetében is törekedjünk erre, hiszen a lakók idejük jelentős részét ezeken a helyeken töltik el, így fontos, hogy itt is jól érezzék magukat. Az életkori sajátosságok figyelembe vételével kialakított helyiségek (hagyományos – könnyen tisztítható - bútorzat és dekoráció, kényelmes ülőalkalmatosságok, tágas ajtók, kapaszkodók, információk stb.) alkalmasak arra, hogy számukra megfelelő tereket biztosítsunk a saját lakószobájukon kívül, ahol szívesen töltik el akár egyedül, akár társaságban az szabadidejüket. Érdemes itt is kikérni a lakók véleményét, javaslatát egy-egy korszerűsítés alkalmával. Ha ezeket helyiségeket sikerül komfortossá tennünk, akkor számos olyan lehetőséget nyitunk meg lakóink számára, melynek igénybe vételével tartalmasabbá válhatnak az intézményben töltött mindennapjaik.

2.4.13. Az idős korosztályra jellemző, hogy hőérzetük is már változóban van, igénylik inkább a melegebb hőmérsékletet, ill. ha ez megfelelő akkor is nehezen mondanak le rétegeeseb öltözködési szokásaikról. Ennek ellenére fontos, hogy minden helyiségben állandó, olyan hőmérsékletet tudjunk biztosítani, amelyben jól érzik magukat, nem fáznak. A fűtésszabályozásnál érdemes figyelembe venni a kinti időjárás változásait is, ezzel nemcsak egészségi problémákat előzhetünk meg (túlzott meleg miatti rosszullét, szellőztetés közbeni huzat miatti meghűlés), hanem az intézmény költségeit is csökkenthetjük. Érdemes az intézmény több pontjára hőmérőket kihelyezni és azok figyelésével beállítani a megfelelő hőmérsékletet. A hőmérsékletszabályozás mellett a szellőztetés biztosítása is elengedhetetlen a megfelelő komfortérzet kialakítása érdekében. A rutinszerűen végzett reggeli ill. takarítási munkákkal összekötött szellőztetés legyen tekintettel a kinti időjárásra és csak indokolt ideig tartson, valamint speciális esetekben felügyelettel történjen. Az idősök esetén gyakori konfliktus forrás a szellőztetés, de próbáljuk őket újra és újra meggyőzni ennek szükségességéről.

2.4.14. Hangulatunkat alapvetően befolyásolják a minket körülvevő színek, fényviszonyok, ez ugyanúgy, vagy még fokozottabban érvényesek az idősebb korosztályra. Nagy ablakfelületek, amelyek segítségével biztosítható a természetes világítás bizonyosan kedvezően hat az idősök hangulatára, ugyanakkor ezek árnyékolására is ügyelni kell, ill. a sötétítés lehetősége (pl.: tévézés közben) is legyen megoldható. A természetes világítás mellett a mesterséges fényforrások (pl: folyosók éjszakai világítása, mellékhelyiségek érzékelős kapcsolója) is olyan mértékben álljanak rendelkezésre, amely a megkönnyíti a lakók életvitelét. Ezek hiánya nagy mértékben csökkenti a lakók komfortérzetét. Gyakori problémát jelent a világítótestek izzócseréinek elmaradása, amely szintén kényelmetlenséget okozhatnak mindannyiunk számára.

2.4.15. Egy intézménybe belépve érzékelhető az ott uralkodó hangulat. Az egyik legfontosabb feladatunk, hogy lakóinknak csendes, nyugodt légkör biztosítsunk. Ez az egyik legnehezebb feladat, hiszen sok, különböző ember együttlétét kell koordinálni, ill. a feltételek hiánya sokszor feszültséget okoz a dolgozóknak is. Ennek ellenére minimálisra kell szorítani a zavaró tényezőket és ebben minden munkavállalónak feladata van. A közös tevékenységek (pl.: étkezések, foglalkozások) közben a megfelelő, kellemes körülmények kialakítása a cél. Az egyes tevékenységek gyakorlásához valóban elsősorban csendre van szükség, amely pl.: zárható helyiségekkel biztosítható. Esetleges háttérzajok kiküszöbölésére halk zenét is lehet alkalmazni. A nyugodt légkör pedig a lakók és dolgozók általános elégedettségével

egyenes arányban áll, a kialakult konfliktushelyezteteket pedig érdemes azonnal orvosolni, így azok kevésbé hatnak a közösség egészére. Olyan esetekben ahol rendszeresen valamely zavaró tényező gondot okoz, pedig olyan vezetői döntésre van szükség, amely ezt hatékonyan megoldja. Ha bizonyos tevékenységek (pl.: Bibliaóra, kreatív műhely stb.) közben az idős a zavaró körülmények (veszekedés a folyosón, székhöz rögzített betegek, „pelenka-szag”) miatt nem érzi jól magát, akkor előbb-utóbb kivonódik abból a folyamatból és nem veszi igénybe ezeket az elfoglaltságokat. Ezért is érdemes gondozási csoportonként vagy éppen érdeklődés szerint összeállítani a szabadidős tevékenységeket, ezzel is csökkentve a kellemes légkört veszélyeztető kockázatokat.

2.4.16. Az intézmény bármely részén is járunk fontos, hogy legyenek olyan, mindenki által igénybe vehető mosdók, mellékhelyiségek, amelyeket szükség szerint bátran használhatunk. Szintenként, a közösségi helyiségek mellett célszerű kialakítani és megfelelően jelölni nemenként ilyen helyiségeket, nemcsak amiatt, hogy ne kelljen az idősök intimszféráját másoknak megsérteni, hanem vízvételi lehetőség biztosítására (pl: takarításhoz) is alkalmasak. Azon kívül, hogy ezek a helyiségek megfelelően tiszták legyenek, arra is kell ügyelni, hogy folyamatosan biztosítva legyenek a szükséges higiénés termékek (WC-papír, folyékony szappan, papírtörölő). Az ellenőrizhetőség érdekében ezeken a helyeken is alkalmazni kell a takarítási naplókat, kiegészítve a higiénés termékek feltöltését dokumentáló nyilvántartással. Ha gondot okoz a kihelyezett dolgok gyors fogyása, akkor rögzíthető, adagoló berendezések segítségével ezek kiküszöbölhetőek. A gyakran előforduló hiányosságok kihatnak az igénybevevők komfortérzetére, a látogatók szemében pedig rossz színben tüntetik fel az intézményt.

2.4.17. Az intézmény egészének, így a közösen használt színtereknek is megfelelően takarítottnak, tisztának kell lennie. Ennek azon túl, hogy egészségvédelmi vonzata is van, kihat a komfortérzetünkre és az esztétikumot is jelentősen befolyásolja, hogy mit látunk az intézmény folyosóin, helyiségeiben. Nagyon lehangoló amikor ragad a lábunk alatt a talaj, koszos a villanykapcsoló, vagy a folyosókon a tisztázás következményeit érezzük. Mivel az intézményekben egyre rosszabb állapotú idősök kerülnek be, így fokozottabb figyelmet kell fordítani a takarításra, szükség szerint a fertőtlenítésre, ill. a szellőztetésre és ezzel együtt az illatosításra. Nemcsak a hozzátartozókra, látogatókra hat kedvezőtlenül az elhanyagolt környezet, de a lakó sem fogja szívesen ilyen körülmények között igénybe venni ezeket a helyeket. A tisztaság folyamatos biztosítása az egyik legjobb módja az intézményben tartózkodók komfortérzetének biztosítására, valamint a kedvező benyomást kelt mindenkiben.

2.4.18. Bár jellemző, hogy egyre több fokozott gondozást-ápolást igénylő idős beteg kerül be az otthonokba, olyan tárgyi feltételek kialakítását igényelve (betegágy, ápolási eszközök, stb.), amelyek óhatatlanul is maguk után vonják a kórházi hangulat kialakítását. Ezt esetleg külön ápolási részlegen megoldható úgy, hogy az ott ellátottaknak maximálisan megfeleljünk az igényeiknek, de ezzel ne legyen az egész intézmény „elfekvő” jellegű. Ez nemcsak az arculatunkat határozza meg, hanem a többi, még kevésbé beteg idősre is rossz hatással van. Törekedjünk arra, hogy domináns módon inkább az otthon-szerű és ingergazdag környezetet sikerüljön kialakítani. Az ápolásra szoruló szobáit, lakrészeit is lehet színes falakkal, dekorációval, kiegészítőkkel otthonosabbá tenni, amely nemcsak a beteg számára, hanem a hozzátartozók számára is kellemesebb légkört tud nyújtani.

2.4.19. Egy intézmény hangulatát, berendezését az is jellemzően meghatározza, hogy az milyen földrajzi helyen, tájegységben található. Érdemes ennek minden előnyét kihasználni és a lakók számára a helyi szokások, kultúra jegyeit megjelenítő berendezéseket és a dekorációt biztosítani. A lakók minden bizonnyal jobban érzik magukat egy olyan környezetben, amely hasonlít korábbi lakhelyére, otthonára, megelevenednek emlékei. Sok helyen találhatóak régi fotók a falakon, ill. az idősök érdeklődését (pl.: horgolás) kifejező dekorációk. Ez nem azt jelenti feltétlenül, hogy régi, rossz állapotú bútorokkal, kiegészítőkkel kell berendezni az intézmény helyiségeit. Az ilyen tárgyak renoválásával, javításával is biztosítani lehet az idős korosztály számára az esztétikus körülmények kialakítását. Tapasztalatok azt mutatják, hogy az idősök is szívesen részt vesznek ezekben a munkálatokban, ötleteikkel, saját feleslegessé vált tárgyaik felajánlásával teszik az intézmény hangulatát élhetőbbé, még vonzóbbá.

2.4.20. Az intézmények esztétikumát, hasonlóan az otthonokhoz a növények, virágok megjelenése is jelentősen befolyásolja. Törekedjünk arra, hogy minél több, elsősorban élő növény kerüljön kihelyezésre, és gondozásra. Ha a lakók életének részévé válnak ezek a növények, akkor kötődnek hozzájuk, örömet lelik fejlődésükben, virágzásukban, szívesen gondoskodnak róluk, hasonlóan mint régen, otthonaikban. Tehát az díszítő funkciók mellett a lakók lelki állapotát is kedvezően befolyásolják. Fontos viszont az, hogy a növények, virágok elhelyezése mellett azok megfelelő tárolásáról, folyamatos víz és földutánpótlásról is kell gondoskodni. Ki lehet jelölni a lakók és a munkavállalók közül egy-egy felelős személyt, akinek feladata ennek a tevékenységnek a felügyelete, mert kiábrándító látványként fodadhat mindket a sarokba összegyűjtött, kiszáradt virágok halmaza. Természetesen léteznek olyan művirágok is, amelyek használata (pl.: betegszobában) praktikus lehet. A növények, virágok jelenléte az intézmény külső környezetére is jellemző (ablakban elhelyezett virágládák, kis kertben) ezek gondozás sem elhanyagolható.

2.4.21. Talán az egyik legtöbbet vitatott kérdés a dohányzás megoldása az intézményekben. A legújabb elvárásoknak megfelelően a lakószobákban elhelyezett füstjelző készülékek ellehetetlenítik a dohányzást. A legcélszerűbb az, ha az épületen kívül kijelölt dohányzó helyeken kívül az épületben szintenként kialakításra kerül erre alkalmas, védett hely. Mind a rossz időjárás, mind a nehézkes mozgás, akadályozza a dohányzók lehetőségeit, a kielégítetlen szükséglet fokozza frusztrációjukat.

A dohányzásra kijelölt helyeket úgy kell biztosítani, hogy azzal a nemdohányzók védelmét is garantálni tudjuk.

2.5.A kritériumok teljesülésének indikátorai és monitoring lehetőségei

Az alábbiakban pontonként kerülnek felsorolásra, hogy mely feltételek megléte esetén tekinthető az adott kritériumok teljesítettnek. Ennek igazolásaként elsősorban a helyszínen történő szemle, a megfelelő dokumentumok létezése, tartalmi megfelelése, és megtekinthetősége, valamint az érintettek megfelelő tájékozottsága /interjú támpontok: stábtagek, hozzátartozó, gondozott/ szerepel.

2.5.1. A lakószobák és minden helyiség esetében látható olyan felirat, amely az idősök életkori sajátosságainak figyelembe vételével készült, és abból egyértelműen kiderül az adott hely funkciója. Az épület belső terein, folyosóin is láthatóak eligazító információk, többek között (pl.: a menekülési útvonal tűz esetén).

2.5.2. A közös helyiségek használatára vonatkozó előírások megtalálhatóak a Házirendben, ill. ezt az intézmény lakói is ismerik. A szabályok aktuálisak és érthetően, egyszerűen megfogalmazottak. Azokban a helyiségekben, ahol erre szükség van, jól látható módon megtalálhatóak a használatra vonatkozó tájékoztatók.

2.5.3. A személyzet minden tagja visel névkitűzőt, amelyen neve, (esetleg az a név is megtalálható, ahogyan őt szólítani lehet), ill. a munkaköre is megtalálható. A személyzet munkavégzésére szolgáló helyiségek esetén is megtalálhatóak, az ott dolgozó munkatársak neve ill. munkaköre.

2.5.4. Található és a lakók által ismert az intézményben olyan helyiség, ahol lehetőség van az intimitás gyakorlására, továbbá ehhez adottak a fentiekben felsorolt feltételek.

2.5.5. Az intézményben rendelkezésre áll több olyan helyiség, amely különböző funkciót

lát el, a közösségi együttlétre és a látogatók fogadására szolgáló helyiségeken kívül. Ezeket a lakók használhatják és használják, az igényeiket figyelembe véve került ek kialakításra.

2.5.6. Az intézményben kialakított közösségi terek egyéni és csoportos használatra bármikor

hozzáférhetőek, alkalmasak a szabadidő hasznos és kulturált eltöltésére. Ezek a terek szerves részeit képezik a gondozási tervekben meghatározott feladatok végrehajtásának.

2.5.7. Az intézmény minden helysége akadálymentesített, amely a lépcsők melletti rámpák, szintek közötti lift, vagy emelőkészülékek meglétét jelenti. A szobákba, irodákba, vizesblokkokba, közös helyiségekbe való bejutás is akadálymentes, továbbá a mindennapi életvitelhez szükséges berendezés, felszerelés használata is megfelel ennek a követelménynek.

2.5.8. Van az intézmény területén, a szabad levegőn való tartózkodásra kialakított hely,
amely alkalmasak az idősök által való megközelítésre (pl.: távolság), akadálymentes, biztonságos és igénybevétele szabályozott.

2.5.9. A közös terek, folyosók tágasak, alkalmasak több személy (járókerettel, kerekesszékekkel egyéb) akár segédeszközzel való tartózkodására, közlekedésére is. Akadálytalan eljutás biztosított mindenki számára a különböző helyiségek között.

2.5.10. A helyiségekben, folyosókon kapaszkodók kerültek felszerelésre, megtalálhatóak a biztonságérzetet növelő pihenőhelyek, valamint olyan nővérhívó berendezések működnek, amelyre a személyzet reagálása kielégítő.

2.5.11. A liftet minden lakó önállóan is tudja használni, mert kialakítása biztonságos és egyszerűen kezelhető. Más, kezelővel működő berendezések esetében is biztosított a személyzet közreműködése.

2.5.12. Az intézmény berendezése, felszereltsége alkalmas az idős korosztály számára. Szívesen töltik el idejüket a lakószobájukon kívül is, mert tágas, tiszta, világos, megfelelő hőmérsékletű és nyugodt légkörű közösségi helyiségek kerültek kialakításra.

2.5.13. A folyamatos hőmérsékletszabályozást ill. szellőztetést biztosítani lehessen

2.5.14. Az intézmény helyiségei világosak, egyben megoldható az árnyékolás és sötétítés is, továbbá minden helyiségben rendelkezésre áll jó minőségű általános és ahol szükséges lokális világítás is. A világítótestek működőképesek.

2.5.15. Csendes, nyugodt légkör uralkodik általánosan az otthon területén, kellemes hangulatú az intézményi környezet, zavaró tényezők nem tapasztalhatóak. Az idősök is jó hangulatúnak érzik az intézményt, ahol jól érzik magukat.

2.5.16. Az intézmény területén szintenként, a közös helyiségek mellett minden esetben található nyitott, működő mosdó és mellékhelység, amely megfelelően takarított, és a szükséges higiénés termékekkel el van látva.

2.5.17. Az intézmény folyosói, és összes helyisége, beleértve a személyzet számára kialakított tereket is, megfelelően takarítottak, tiszták, a szükség szerinti fertőtlenítés is igazolható.

2.5.18. Az intézmény hangulata inkább az otthon-szerű, nem tapasztalható általánosan a kórházakra jellemző elemek megjelenése. Az idősek ingergazdag környezetben élik mindennapjaikat

2.5.19. A helyi szokásokat igyekezzünk figyelembe venni a berendezés és a dekoráció tekintetében, kérjük ki a lakók véleményét is.

2.5.20. Az intézmény díszítésénél, dekorációjánál élő virágok felhasználása jellemző, azok gondozottak, hasonlóan az intézmény környezetében megtalálható növényzethez.

2.1.21. Található az épületben is kijelölt, biztonsággal használható helyiség, amely nem zavarja a nemdohányzókat.

3. Mellékletek

3.1. A szabályozó anyagban felhasznált fogalmak jegyzéke, meghatározása

- sztenderd
- aktivizálás
- minőség
- csoport
- reintegráció
- akadálymentes
- szegregáció
- marginalizáció
- autonómia

3.2. A szolgáltatás szempontjából releváns jogszabályok jegyzéke

1949. évi XX. törvény

A Magyar Köztársaság alkotmánya

[1993. évi III. törvény](#)

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról

[1998. évi XXVI. törvény](#)

A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról

[1999. évi XLII. törvény](#)

A nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól

[1999. évi C. törvény](#)

Az Európai Szociális Karta kihirdetéséről

[2003. évi CXXV. törvény](#)

Az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról

[1/2000. \(I. 7.\) SzCsM rendelet](#)

A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről

3.3. A területen releváns alapvető szakirodalom jegyzéke

Fischl Géza, Pandula András, Nagy Bendegúz, Szántó Zoltán: Akadálymentes építészet

BM Építésügyi Hivatal: Tervezési segédlet az akadálymentes épített környezet megvalósításához

Zalabai Péterné, Vízvárdi András: Az élő Otthon" Ötletek és javaslatok lakókörnyezetünk akadálymentes kialakításához"

(

3.4. A már létező módszertani segédletek jegyzéke és elérhetőségi helye

3.5. Hazai és nemzetközi tapasztalatok, legfrisebb tudományos eredmények irodalmi áttekintése

Az utóbbi időben az idősödő társadalom problémáinak előtérbe helyezésével, az életminőségük javításására, minél nagyobb fokú önállóságuk biztosítása érdekében

több, az idősök - éppen életkori sajátosságait figyelembe veendő – életkörülményeivel, lakhatási kérdéseivel foglalkozó tanulmány, elemzés készült.

Hazai viszonylatban - bár inkább a magánlakásokra koncentrálna – az egyik leginkább használható szakirodalomként ismert, a szakminisztérium támogatásával készült kiadvány:

Szémán-Pottyondy: Idősök otthon - Megszokott környezetben, nagyobb biztonságban

Magyar Máltai Szeretszolgálat Egyesület 2006

<http://www.szmm.gov.hu/idosbaratlakas/letolt/idoskotthon.pdf>

Nemzetközi téren pedig a hazai szakemberek bevonásával elkészült, már intézményi környezetet is magába foglaló tartalmas mű, rengeteg fényképpel és ajánlással segíti az idős ember életterének kialakítását minden szempontot számba véve:

Ajánlások az idős emberek számára kialakítandó otthonok tervezéséhez

www.welhops.net – 2007

Ezen kívül számos hazai anyag készült már az intézményi elhelyezéssel kapcsolatos sztenderdizációs munkák során, köztük érintve az intézményi környezet ezen részterületét is.

Idősek számára biztosított szociális szolgáltatások

FELVÉTEL-IGÉNYBEVÉTEL
Nyilvántartások és kezelésük
(NYILV)

Tartalomjegyzék

7. Bevezetés

A standard definíciója

A szolgáltatás célcsoportjának meghatározása (indikáció)

1.3. A szolgáltatás alapelvei *(kapcsolat a többi normatív szabályzóval (meglévő hazai szabályozásokkal – normatív dokumentumokkal)*

8. Az elvárt szolgáltatási gyakorlat leírása

Lehetséges nyilvántartási módszerek/formák, funkciók, előnyök és hátrányok

A feltételek elemzése, alkalmazásának személyi és tárgyi feltételei

A standard alkalmazására vonatkozó javaslatok

Kimeneti elvárások, és az azokhoz csatlakozó kritériumok

A kritériumok teljesülésének indikátorai és monitoring lehetőségei

9. Mellékletek

A szabályozó anyagban felhasznált fogalmak jegyzéke, meghatározása

A szolgáltatás szempontjából releváns jogszabályok jegyzéke

A területen releváns alapvető szakirodalom jegyzéke

A már létező módszertani segédletek jegyzéke és elérhetőségi helye

Hazai és nemzetközi tapasztalatok, legfrissebb tudományos eredmények irodalmi áttekintése

2. Bevezetés

A **nyilvántartás** (*evidentia*) valamely dolognak, ügynek oly állapotban tartása, mibenlétének-, folyamatának-, állásának/helyzetének folyamatos szemmel tartása, követése, illetve figyelemmel kísérése érdekében. A nyilvántartás nélkülözhetetlen szerepet játszik a közigazgatásban-, a közhivatalokban-, az ellátást nyújtó intézményeknél, ahol megfelelő és hatékony nyilvántartás nélkül a monitorozás/tájékozódás lehetetlenné válnék és az ügymenet gépezete megakadna, az ellátás folyamatossága és garanciái nem lennének biztosíthatóak.

Napjainkban nyilvánvaló, hogy szükség van meghatározott személyi adatokat tartalmazó nyilvántartások vezetésére és a megfelelő szakdolgozó/k/nak rendelkezniük kell a gondozott/ak egészségi állapotára vonatkozó információkkal. A meghatározott körű információk szűrése és generált feldolgozása/továbbítása eseti meghatározottságú (*rendszeresség*), tartalmával kizárólag az érintettek szükségszerű tájékoztatását szolgálja, ezért a nyilvántartások lehetnek bizalmasak és ennek megfelelően kell őket kezelni.

Néhány nyilvántartási típus tematikus felsorolása (*nem a teljesség igényével*):

Működési nyilvántartás, soron kívüli kérelmezők nyilvántartása (*az igények teljesítési sorrendjének megállapíthatósága céljából*), felvételi nyilvántartás (*kérelmező személyi adatainak és lakcímének nyilvántartása az intézménybe kerülés érdekében*), ellátottak nyilvántartása (*az ellátott ellátásra vonatkozó adatainak nyilvántartása az ellátás fenntartása céljából*), a nyújtott szolgáltatások nyilvántartása, adatvédelmi nyilvántartás, hatósági nyilvántartás, földhivatali nyilvántartás, állatorvos-nyilvántartás, érdekképviselési, ügyviteli-, beléptetői-, temetői-, pályázati-, személyi adat- és lakcím-, analitikus-, kötelezettség-elektronikus-, egyszerűsített-, a nyilvántartások nyilvántartása és így tovább

A **standard meghatározza** a nyilvántartással *-mint dokumentummal-* szemben általában megfogalmazott követelményeket, a feladat teljesítését biztosító tevékenység *-nyilvántartás-* eredményességét és hatékonyságát jelentő elvárásokat, valamint összegezi a felvétel-igénybevétel során alkalmazott nyilvántartás/ok vonatkozásában jelenleg hatályos szabályrendszert és megjeleníti azokat az

indikátorokat amelyekkel monitorozhatóvá és értékelhetővé válik a nyilvántartás felülvizsgálati és ellenőrzési tevékenysége.

A felvétel célja egyrészt a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevevői, illetve hozzátartozói, törvényes képviselőik optimális/megfelelő információkkal rendelkezzenek, hogy testi, értelmi, érzelmi, erkölcsi, mentális és egészségi állapotuknak, szociális körülményeiknek, igényeiknek megfelelő szolgáltatásban részesüljenek, **másrészt**, hogy gondozási szükségletvizsgálatuk szerint meghatározott típusú, a kérelmező által kiválasztott intézménybe történő felvételüket megelőző adminisztrációs szakasz, férőhelye elfoglalásának időszaka, valamint a beköltözés minél zökkenő-mentesebb legyen.

A felvétel konkrét célja, hogy a szolgáltatást igénybevevőnek objektív és releváns információi legyenek a szolgáltatás igénybevételének

- módjáról
- tartalmáról
- más szolgáltatásba, vagy szolgáltatóhoz való átkerülés feltételeiről
- a szolgáltatás megszüntetésének módjáról és feltételeiről
- a halál esetén szükséges teendőkről.

A felvétel (~i eljárás) időtartama a felvételi kérelem benyújtásától az gondozási szükségletvizsgálat által meghatározott és a kérelmező által kiválasztott intézménybe történő beköltözésig tart. Az előbbieken meghatározott *–felvételi–* időszakban használt dokumentum/ok/ra (nyilvántartás/ok) és tevékenységi formá/k/ra (nyilvántartás) vonatkoztatjuk a szabályozás hatályát és kiterjesztését/tartalmát.

2.1. A standard definíciója

A nyilvántartással általában ügyek állását, folyamatát lehet szemmel tartani, figyelemmel kísérni, nélküle az ügymenet gépezete megakadna, a tájékozódás lehetetlenné válna. A nyilvántartás nemcsak az adatok gyors visszakereshetőségét, áttekinthetőségét szolgálja és ezáltal a működést teszi gördülékenyebbé, szinte egyáltalán lehetővé, hanem az adatainkat összesíti, tendenciákat vetít és vezetéshez nélkülözhetetlen információkat nyújt.

Jelen szabályozó dokumentum a nyilvántartás, mint tevékenység általános érvényű meghatározásán túl, a felvétel-igénybevétel vonatkozásában szűkítve részletezi a standard elvárásait és követelményeit.

2.2. A szolgáltatás célcsoportjának meghatározása (indikáció)

1.2.1. Ez a standard tágabban értelmezve valamennyi szociális és gyermekvédelmi szolgáltatás nyújtásakor, a szolgáltatás megkezdése előtt, illetve annak befejezésekor követendő eljárás követelményeit tartalmazza. A standard valamennyi szervezetre, intézményre vonatkozik, amely a szóban forgó szolgáltatásokat nyújtja.

1.2.2. Ez a standard szűkebben értelemben a felvételi kérelem benyújtásától a - *gondozási szükségletvizsgálat által meghatározott és a kérelmező által kiválasztott intézménybe történő* - beköltözésig nyilvántartandó dokumentumok szabályszerű vezetésére vonatkozik.

Nyilvántartások használata a felvételi eljárás folyamatában

- tájékoztatás időszakában,
- a várakozás ideje alatt,
- előgondozás során,
- a soron kívüli elbírálás keretében,
- a beköltözés időszakában, és
- az igénybevétel ideje alatt.

1.3. A szolgáltatás alapelvei (kapcsolat a többi normatív szabályzóval, meglévő hazai szabályozásokkal – normatív dokumentumokkal)

1.3.1. A standard alapelvei valóra válásával minden érdeklődő számára **(nyilvánosság)** biztosítja -a személyes adatok védelme és a közérdekű adatok nyilvánossága mellett-, hogy a nyilvántartás, mint dokumentumfajta(ák) és összehangolt tevékenység/ek összességével igazolható a kialakult szervezeti struktúra-, az átlátható **(transzparencia)** a jogszabályoknak megfelelő működés **(teljesség)** a szigorú adminisztrációs rend és az utánkövethető folyamatokat, amelyek visszaigazolják az egyes munkaköröknél rögzített-, kialakult és minden érintett által ismert/alkalmazott jogköröket és kompetenciahatárokat **(hitelesség)**, az eredményes- és az elvárások szerinti-, finanszírozható és folyamatosan biztosítható működést és ellátást **(hitelesség)**.

1.3.2. A standard kapcsolata jogszabályokkal (nem a teljesség igényével)

- az 1949. évi XX. törvény a Magyar Köztársaság Alkotmányáról,
- az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról,

- a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvény,
- 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről,
- Az államháztartásról szóló 1992. évi XXXVIII. törvény és a 292/2009. (XII. 19.) Korm. rendelet az államháztartás működési rendjéről
- 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybeviteléről
- 321/2009. (XII. 29.) Korm. rendelet a szociális szolgáltatók és intézmények működésének engedélyezéséről és ellenőrzéséről,
- 29/1993. (II. 17.) Korm. rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások térítési díjáról...

1.3.3. A standard kapcsolata más szabályozó dokumentumokkal

A standard a legátfogóbb szabályozók egyike, mivel minden normatív dokumentumhoz kapcsolódik, amely/ek/nek kompetenciakörébe tartozik valamely /tartalom-szolgáltatás/nyilvántartás közzlése, illetve adatszolgáltatásra vonatkozó, nyilvántartási tevékenység végzése.

A standard paramétereit a kitöltő személyének-, a dokumentumok tartalmi összetevőinek-, ellenőrzési szabályainak-, valamint az adatszolgáltatások/jelentések rendszerességének meghatározásával a hatályos jogszabályok követelmények rendszerében fogalmazzák meg.

2. Az elvárt szolgáltatási gyakorlat leírása

2.1. Lehetséges nyilvántartási módszerek/formák, funkciók, előnyök és hátrányok

2.1.1. A nyilvántartási módszerek/formák

Az intézménynek ki kell alakítania azt az alkalmazási rendszert, amelyben funkcionálisan, lehetőségeik és korlátaik, valamint az előírások és elvárások szerint alkalmazzák a nyilvántartás/ok formáit, egyes elemeit célirányosan és struktúráltan működtetik, a rendszerben különböző szinten képes különféle adatokat és kapcsolt információkat önállóan és részeivel interakcióban (generálva) nyilvántartani.

- a) **Adatok analitikus/papíralapú nyilvántartás.** A legelemibb lépcsőfok nehézkes nyilvántartás, korlátozott ellenőrzési lehetőségekkel, az egyes

csoportokkal végzett műveletek korlátozottan lehetségesek. Az adatimport- és export műveletek csak manuális számításokkal végezhetőek, hitelességük igazolhatóak.

- b) **Adatok számítógépen tárolása.** Szintén rendkívül jelentős lépés, hiszen ettől kezdve például a visszakereshetőség akár tized-század akkora időt emészt csak fel. És bár rengeteg formában lehetséges, nagyságrendi különbségek vannak a különféle módok között, ezért azokat külön szintekre kell osztani. Tehát elméletileg és sok esetben gyakorlatilag is az első lépés a szöveges (pl. Word) fájlban történő adattárolás.
- c) **Adatok táblázatos formában tárolása számítógépen (Word).** A Word táblázatkezelői képessége bár bőven hagy maga mögött kívánnivalót, mégis jóval használhatóbbak az ebben tárolt adatok az ömlesztettnél. Például könnyen rendezhető, körlevél készíthető belőle, stb. Ez azonban már megköti kezünket az adathalmaz felépítését illetően. Szigorúan sorok és oszlopok vannak.
- d) **Adatok táblázatos formában tárolása számítógépen (pl. Excel).** Amikor szövegszerkesztő helyett táblázatkezelő programot használunk táblázatunkhoz, akkor megmutatkozhat, hogy a "célszerszám" többet tud a saját területén. Ebben a **rendezhetőség, kiválogathatóság, csoportosíthatóság, elemzőképesség megnövekszik.** Hogy mennyire növekszik meg, az egyrészt a nyilvántartott adatokon, másrészt az azt kezelő személy excel-tudásán múlik, hiszen egy program hiába rendelkezik hasznos funkciókkal, ha a kezelő nem tudja, hogyan kell azokat használni, vagy egyáltalán nem is tud a funkciók létezéséről. Aztán egyre több és több adatot szeretnénk egy-egy személyről nyilvántartani és a táblázat egyre több oszlopra szélesedik, mely egyre kevésbé áttekinthető.
- e) **Adatbázis-kezelő alkalmazása.** Ez ötvözheti az eddigiek előnyeit, amennyiben úgy van elkészítve az adatbázis. Itt már nem probléma az **egy ügyfélhez több esemény tárolása**, a túl széles táblázat, stb. Egyetlen hátránya, hogy itt az adatbázist először el kell készíteni, ami jóval összetettebb és bonyolultabb a sima táblázatoknál, így ez a munkafázis komolyabb szakértelmet kíván. Elkészítését követően azonban könnyebben kezelhetővé válik a táblázatkezelő programoknál.
- f) **Integrált, cégre szabott informatikai rendszer alkalmazása.** Az előzőhöz egy dolgot lehet még hozzátenni, ha az egész cég egy egységes, központi adatbázisban tárolja az adatokat, amik a működéséhez szükségesek. Itt már egyáltalán nem kell mindent többször felvinni (külön a számlázó-programba, külön a készletnyilvántartóba, stb.), mert az hibalehetőséget hordozna magában. Egy nagy cég esetében vannak globális, egész cégre kiterjedő nyilvántartások és a részegységeknek, sőt az egyes személyeknek is nyilvántartásai párhuzamosan. Minél inkább ki vannak simítva a szervezetlenség zűrzavarai, annál gördülékenyebben és hatékonyabban tud a csoport együtt dolgozni.

Egy nem megfelelő adatbázis, vagy ügyviteli rendszer használata hátrányosabb lehet az Excel táblázatoknál, mivel ott még annál is kevésbé tudnak az adatokból információt kinyerni!

Összefoglaló táblázat az egyes fokozatok összehasonlításához

	tárolás	keresés	szűrés	rendezés	csoportosítás	elemzés
papíralapú	+	-	-	-	-	-
szöveges fájl (word)	+	+++	-	-	-	-
word táblázat	+	++	-	+	-	-
excel táblázat	++	++	+++	+++	+++	+++
adatbázis-kezelő	+++	++	+++	+++	+++	++
ügyviteli rendszer	++++	+++	++	++	++	++

Megjegyzés: A táblázat első látszatra torzít, mert úgy tűnik az Excel jobb képességű az adatbázisoknál, ügyviteli rendszereknél. A valóságban ez azt jelenti, hogy az excel rendkívül rugalmas elemzésekre alkalmas, de mégsem tud annyit, mint pl. egy adatbázis-kezelő rendszer. Az ügyviteli rendszerekre a rugalmasság nem feltétlenül jellemző, így az bizonyos szempontból szintén alul maradna, ám ott a központi adattárolás rendkívüli előny.

2.1.2. A nyilvántartások funkciói –mint a számítógépes nyilvántartások lehetőségei, előnyei

a) Keresés, visszakeresés

Bármely, a számítógépes állományban meglévő adat, vagy tény előtalálása, meglétének különféle paraméter/ek szerinti igazolása (pl. dátum szerint).

b) Leválogatás, szűrés

Mikor a rendelkezésre álló adatoknak gyakran csak egy részét kívánjuk áttekinteni, többit pedig elrejtetni, vagy ideiglenesen félretenni (Mindez egy jó rendszerrel meglepően rövid idő alatt elvégezhető.).

c) Rendezés

Amikor (sor)rendet szeretnék kialakítani tetszőleges szempont/ok szerint az adatok között *(pl. árbevétel nagysága/érték szerint, vagy ABC sorrend, esetleg más elvek szerint)*.

d) Csoportosítás

Az adatok rendszerezése, kategóriákba sorolása *(pl. ügyfelek felosztása rendszeres és eseti vásárlókra)*, majd részösszegek, negyedévenkénti átlagok, havonkénti forgalmak megjelenítése.

e) Elemzés

Amikor a vezető döntéseinek megalapozására hiteles információk alátámasztásával van szükség, a rendelkezésre álló háttérinformációk és generált adatok képesek, illetve lehetőséget biztosítanak nagyobb valószínűséggel bekövetkező eredményességet előkészíteni. Vezetői döntéstámogató rendszereknek is szokták nevezni az elemzést lehetővé tevő rendszereket.

2.1.3. Adatkezelési szabályok

A személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvényben (a továbbiakban: Avtv.) 5. § szerint személyes adatot kezelni csak meghatározott célból, jog gyakorlása és kötelezettség teljesítése érdekében lehet.

Az adatkezelésnek minden szakaszában meg kell felelnie e célnak. Csak olyan személyes adat kezelhető, amely az adatkezelés céljának megvalósulásához elengedhetetlen, a cél elérésére alkalmas, csak a cél megvalósulásához szükséges mértékben és ideig. A személyes adatot - *akár az érintett hozzájárulásával, akár jogszabály alapján* - különösen akkor lehet kezelni, ha ez közérdekű feladat vagy az adatkezelő törvényi kötelezettségének teljesítéséhez, az adatkezelő vagy az adatátvevő harmadik személy hivatalos feladatának gyakorlásához, az érintett létfontosságú érdekeinek védelméhez, az érintett és az adatkezelő között létrejött szerződés teljesítéséhez, az adatkezelő vagy harmadik személy jogos érdekének érvényesítéséhez, társadalmi szervezetek jogszerű működéséhez szükséges.

Az Avtv. 6. § előírja, hogy az érintettel az adat felvétele előtt közölni kell, hogy az adatszolgáltatás önkéntes vagy kötelező. Kötelező adatszolgáltatás esetén meg kell jelölni az adatkezelést elrendelő jogszabályt is. Az érintettet - *egyértelműen és részletesen* - tájékoztatni kell az adatai kezelésével kapcsolatos minden tényről, így különösen az adatkezelés céljáról és jogalapjáról, az adatkezelésre és az adatfeldolgozásra jogosult személyéről, az adatkezelés időtartamáról, illetve arról, hogy kik ismerhetik meg az adatokat. A tájékoztatásnak ki kell terjednie az érintett adatkezeléssel kapcsolatos jogaira és jogorvoslati lehetőségeire is. Az adatkezelésről való tájékoztatás megtörténik azzal is, hogy jogszabály rendelkezik a már létező adatkezelésből továbbítással vagy összekapcsolással az adat felvételéről. A tájékoztatás - *különösen statisztikai vagy tudományos (ideértve a történelmi kutatásokat is) célú adatkezelés esetén* - megtörténhet az adatgyűjtés tényének, az érintettek körének, az adatgyűjtés céljának, az adatkezelés időtartamának és az adatok megismerhetőségének mindenki számára hozzáférhető módon történő nyilvánosságra

hozatalával, ha az egyénre szóló tájékoztatás lehetetlen vagy aránytalan költséggel járna.

A különböző típusú adatok kezelésének szabályai

Személyes adatok kezelése az intézmény által akkor lehetséges, ha ahhoz az érintett hozzájárul, vagy valamely jogszabály elrendeli.

- a) Az érintett kérelmére indult eljárásban a szükséges adatainak kezeléséhez való hozzájárulását vélelmezni kell. Erre a tényre az érintett figyelmét fel kell hívni.
- b) Az érintett az adatkezelőtől tájékoztatást kérhet személyes adatai kezeléséről, és az adatokba bele is tekinthet. A betekintést úgy kell biztosítani, hogy az érintett más személy adatait ne ismerhesse meg. (Atv.12, 13. §)
- c) Az érintett kérelmére az adatkezelő tájékoztatást ad az általa kezelt adatairól, az adatkezelés céljáról, jogalapjáról, időtartamáról, továbbá arról, hogy kik és milyen célból kapták meg az adatokat.
- d) Adat változás vagy téves adatrögzítés észlelése esetén az érintett írásban kérheti kezelt adatainak helyesbítését, illetve kijavítását. A téves adatot az adatkezelő 8 munkanapon belül helyesbítenyi köteles. (Atv.15. §)
- e) Személyes adatok akkor továbbíthatók, valamint különböző adatkezelések akkor kapcsolhatók össze, ha az érintett ahhoz hozzájárult, vagy azt törvény megengedi és ha az adatkezelés feltételei minden egyes személyes adatra nézve teljesülnek.
- f) Olyan adatkezelés esetén, amelynél számolni kell külföldre irányuló adattovábbítással, az érintettek figyelmét erre a körülményre már az adatok felvétele előtt fel kell hívni.
- g) Az érintett írásbeli felhatalmazása nélkül személyes adat külföldre nem továbbítható, kivéve, ha ezt törvény lehetővé teszi.
- h) Az adattovábbítás papír alapon vagy elektronikus úton történhet. Abban az esetben, ha az adattovábbítás elektronikus adatfeldolgozással hatékonyabban teljesíthető, akkor az adattovábbításról az irattár részére kísérőlevelet kell készíteni, amely tartalmazza az adattovábbítást kérő megkeresésében felsorolt adatokat.
- i) Az intézmény szervezetén belül a kezelt személyes adat - a feladat elvégzéséhez szükséges mértékben és ideig - csak az ügyel érintett szervezeti egységhez továbbítható, feltéve, hogy a személyes adatok megismerése nélkül az ügyben érdemben eljárni nem lehet.
- j) Az intézményen belül a különböző célú adatkezelések csak törvényes cél érdekében, indokolt esetben, ideiglenesen kapcsolhatók össze.

Az adatkezelések összekapcsolásával, valamint a megkeresés alapján teljesített adatszolgáltatással kapcsolatos alábbi tényeket, körülményeket jegyzőkönyvben kell rögzíteni:

- ✓ az adatkérő (az összekapcsolt adatkezelések) megnevezése;
 - ✓ az adattovábbítás (összekapcsolás) célja, rendeltetése;
 - ✓ a továbbított (összekapcsolt) adatok köre;
 - ✓ az adattovábbítás (összekapcsolás) jogszabályi alapja;
 - ✓ az adattovábbítás (összekapcsolás) módja.
- k) Nem kötelező adatszolgáltatáson alapuló adatkezelés esetén az érintett indokolás nélkül írásban kérheti kezelt adatainak törlését. A törlést 8 munkanapon belül el kell végezni.
- l) Az érintett az adatkezeléssel kapcsolatos jogainak megsértése esetén az illetékes szervezeti egység vezetőjéhez, illetve az adatvédelmi felelőshöz fordulhat.
- m) Ha az adatkezelést a minisztérium szervezetén kívüli adatfeldolgozó végzi, akkor az adatfeldolgozásra az Avt 4/A.§ rendelkezései érvényesek.

Különleges adatok kezelése

Különleges adat az intézmény által akkor kezelhető, ha az adatkezeléshez az érintett írásban hozzájárul.

Közérdekű adatok kezelése

- a) Az intézmény kezelésében lévő közérdekű adatot bárki megismerheti az állami és szolgálati titok, valamint az Avt. 19. § (5) bekezdése szerinti nem nyilvános adat kivételével.
- b) A közérdekű adatokkal kapcsolatos állampolgári megkereséseket az aktuális adatkezelésért felelős szervezeti egység vezetőjéhez kell továbbítani. A megkeresések teljesítéséről, elutasításáról, valamint az elutasítás indokáról az adatvédelmi felelőst tájékoztatni kell.
- c) A közérdekű adat megismerésére irányuló kérelemnek 15 napon belül eleget kell tenni.
- d) Amennyiben a közérdekű adat megismerésére irányuló kérelem nem teljesíthető, a kérelem megtagadásáról és indokairól 8 napon belül írásban értesíteni kell a kérelmezőt.
- e) Az adatvédelmi felelős évente értesíti az adatvédelmi biztost az elutasított kérelmekről, valamint az elutasítások indokairól.

- f) Amennyiben törvény másként nem rendelkezik a belső használatra készült, valamint a döntés-előkészítéssel összefüggő adat a kezelést követő húsz éven belül nem nyilvános. Kérelemre az adatok megismerését a közigazgatási államtitkár e határidőn belül is engedélyezheti.
- g) A közérdekű adatok elektronikus formában történő közzé-, illetve hozzáférhetővé tételéről külön szabályzat rendelkezik.

2.1.4. A titoktartás szabályai, avagy minden ellátott joga és az intézmény kötelessége

Az ellátott/gondozott joga, hogy

- a) az ellátásában részt vevő személyek a tudomásukra jutott egészségügyi és személyi adatait csak az arra jogosultakkal közöljék,
- b) meghatározza az egészségügyi állapotáról kinek adhatnak felvilágosítást - ez alól kivétel ha törvény másként rendelkezik *(pl. bejelentésre kötelezett fertőző betegségek, bűncselekmény gyanúja. Ha az információ mások életét, vagy testi épségét veszélyeztet, akkor is adható információ. A beteget gondozó személlyel is közölni lehet a beteg állapotát a beteg hozzájárulása nélkül is (AIDS !!!),*
- c) ellátása, kezelése során csak az ellátó személyek legyenek jelen vagy azok, akiknek jelenlétéhez hozzájárult,
- d) vizsgálata és kezelése olyan körülmények között történjen, hogy beleegyezése nélkül mások ne hallják vagy lássák,
- e) megnevezze azt a személyt, akit tájékoztatni lehet kórházi kezeléséről, illetve kizárjon bizonyos személyeket ebből a körből.

2.2. A feltételek elemzése, alkalmazásának személyi és tárgyi feltételei

- 2.2.1. A bentlakásos ellátást biztosító szolgáltatónak nyilvántartási rendszere kialakításához és működtetéséhez megfelelő összetételű-, és megfelelően képzett, gyakorlattal rendelkező munkatársakra van szüksége - elhívatott és feladataikat ismerő, elkötelezett és szakmailag képzett vezetők irányítása mellett.
- 2.2.2. Az intézmény vezetése összeállítja az ellátás minden és bármely területét érintő hatályos jogszabály/ok-, valamint különféle elvárás/ok miatti nyilvántartások jól körülhatárolható- és rendszeresen felülvizsgálandó körét. A munkautasítások rendszerében integrált módon kerül meghatározásra a nyilvántartásokat végző munkatársak feladata, valamint a végrehajtás/ok értékelési- és minősítési szempontjai.
- 2.2.3. Az intézmény nyilvántartási rendszere kialakításához és működtetéséhez megfelelő paraméterekkel rendelkező informatikai rendszert épít ki, üzemeltet, gondoskodik folyamatos üzemben tartásáról és megfelelő

karbantartásáról –miközben kizárólag célszerű és jogtiszt szoftvereket alkalmaz.

- 2.2.4. A nyilvántartási feladatok meghatározásakor kidolgozásra és részletezésre kerül/nek az érintett adat-tartalmak, a készítés időszerűsége és gyakorisága, a monitorozó és ellenőrző feladatokat végző/k tevékenységét és az ellenőrzési dokumentumokat.
- 2.2.5. Az intézmény vezetése a nyilvántartási rendszer hatékony működtetése érdekében gondoskodik a megfelelő képzettségű vezetők és munkatársak alkalmazásáról, képzéséről és továbbképzéséről.
- 2.2.6. Az intézmény vonatkozó szabályzataiban meghatározza a nyilvántartási rendszer működtetési eljárását és kompetenciahatárait, amelyek tartalma az egyes intézményi munkakörök leírásaiban kerülnek lebontásra, illetve részletezésre. A folyamatos értékelés és ösztönzés biztosítja, hogy a munkatársak megfeleljenek az elvárásoknak.

2.3. A standard alkalmazására vonatkozó javaslatok

- 2.3.1. Az ellátás különféle területeit érintően a jogszabály/ok/ban előírt-, valamint az intézmény folyamatos működése/működtetése során az egyes részterülete/ke/n meghatározott nyilvántartások körének meghatározása.
- 2.3.2. A meghatározott körben a nyilvántartások funkcióinak megfelelően, minden egyes dokumentum fajtájának- és a nyilvántartás követelményeit teljesítő tevékenység konkrét meghatározása.
- 2.3.3. Az intézmény teljes körű tevékenységét, valamint az ellátottak adatait, az ellátási folyamat rendszerét alkotó paramétereket megjelenítő, a különféle nyilvántartás/ok/hoz kapcsolódó és nélkülözhetetlen, hiteles adat állomány összeállítása, valamint a nyilvántartásba kerülés és kikerülés (törlés) módjának szabályozása.
- 2.3.4. Az intézményi nyilvántartási tevékenységet szolgáló adatállomány informatikai feltételeinek (hardver és szoftver) megteremtése és folyamatos biztosítása.
- 2.3.5. Az intézményben dolgozók meghatározott körének képessé tétele a beosztásukban előírt nyilvántartási tevékenység végzéséhez (dokumentum/ok kitöltéséhez) az intézményi informatikai (hardver és szoftver) eszközök gyakorlati alkalmazásával (oktatás, képzés, továbbképzés).
- 2.3.6. A nyilvántartási tevékenység előírt tartalmú- és idejű végzése, a dokumentumok és tematikus jelentések kitöltése és a kitöltött nyilvántartás/ok ellenőrzése.
- 2.3.7. Az nyilvántartási tevékenységet érintő formai és tartalmi követelmények kereteinek monitorozása, a nyilvántartások fajtáinak és tartalmi összetevőinek ellenőrzése, a szükséges adatállomány

összetevőinek és hitelességének felülvizsgálata/aktualizálása, valamint visszacsatolás.

2.4. Kimeneti elvárások, és az azokhoz csatlakozó kritériumok

- 2.4.1. Az intézmény nyilvántartási tevékenysége legyen **komplex és integrált**, az intézmény teljes szervezeti struktúrájában, szervezeti egység- szinten, de a nyilvántartást végző munkatárs feladatai körében is számon-kérhetően meghatározott.
- 2.4.2. Az intézmény nyilvántartási tevékenysége **szabályozott**, rendelkezik dokumentált eljárásrenddel a tevékenység-, az adatbázisképzés- és a tartalomszolgáltatás feladatai hatékony és hatásos ellátáshoz.
- 2.4.3. Az intézmény nyilvántartási tevékenysége garantálja szervezeti működését-, szolgáltatási struktúráját és nyújtott szolgáltatásait érintő-, az intézményben nyújtott gondoskodás keretében is biztosított emberi/állampolgári jogok teljes körét érintő-, valamint különféle tevékenységeire és az ellátás összetevőire fordított pénzeszközei hatékony felhasználását megjelenítő **átláthatóságot/transzparenciát**.
- 2.4.4. Az intézmény a nyilvántartás/ok/hoz kapcsolódó tartalom-szolgáltatási tevékenysége **kezelhetővé** teszi az egyes/konkrét valamint a strukturált/integrált adatszolgáltatások megjelenítését.
- 2.4.5. Az intézmény nyilvántartási tevékenysége hitelességét, nyilvántartásai megjelenítéseként szolgáltatásai megfelelőségét mutatja az egyes nyilvántartás/ok és az adatszolgáltatások összességét alkotó tények és adatok összetevőinek/állományának **naprakésztsége**, illetve aktualitása/időszerűsége.

2.5. A kritériumok teljesülésének indikátorai és monitoring lehetőségei

- 2.5.1. Az intézmény vezetése –a fenntartó közreműködésével- biztosítsa a jogszerű nyilvántartási tevékenység végzéséhez szükséges személyi- és tárgyi feltételeket.
- 2.5.2. Az intézmény nyilvántartási kötelezettségét meghatározó eljárásrend legyen folyamatosan monitorozott és aktualizált, változásainál/változtatásainál vegye figyelembe az ellátásban részesülők/képviselők elvárásait és szükségleteit, az ellátást nyújtó szervezet küldetését, valamint erőforrásaival történő optimális és lehetséges gazdálkodást.
- 2.5.3. A ~-i tevékenység teljes vertikumában, elemei összehangolt rendszerében legyen folyamatosan ellenőrzött és felülvizsgált.

- 2.5.4. Az intézmény vezetése legyen képes a nyilvántartási tevékenység háttérét biztosító informatika rendszer (hardver és szoftver) költséghatékonysági és eredményességi szempontok szerinti felülvizsgálatára és szükség szerinti változtatására.
- 2.5.5. A nyilvántartás legyen hiteles adatok meghatározott formájú és előírt időben továbbított, előírt struktúrájú generált adat- és tartalomszolgáltatása.
- 2.5.6. A nyilvántartást végzők tárgyi tevékenységét úgy kell szervezni, hogy –a jogosultsági rendszert figyelembe véve- könnyen tanítható-, reprodukálható és számon-kérhető legyen.
- 2.5.7. Az intézmény biztosítsa, hogy nyilvántartási kötelezettségeinek tartalmát megjeleníti és minősíti alkalmazottai/dolgozói tárgyban tevékenységéhez nélkülözhetetlen képzések és továbbképzések hasznossága és eredményessége.

4. Mellékletek

4.1. A szabályozó anyagban felhasznált fogalmak jegyzéke, meghatározása

Az adatkezeléssel kapcsolatos alapfogalmak értelmezése

- a. *Személyes adat:* bármely meghatározott (*azonosított vagy azonosítható*) természetes személlyel/érintettel kapcsolatba hozható adat, az adatból levonható, az érintettre vonatkozó következtetés. A személyes adat az adatkezelés során mindaddig megőrzi e minőségét, amíg kapcsolata az érintettel helyreállítható. A személy különösen akkor tekinthető azonosíthatónak, ha őt - közvetlenül vagy közvetve - név, azonosító jel, illetőleg egy vagy több, fizikai, fiziológiai, mentális, gazdasági, kulturális vagy szociális azonosságára jellemző tényező alapján azonosítani lehet.
- b. *Különleges adat:*
 - ba) a faji eredetre, a nemzeti és etnikai kisebbséghez tartozásra, a politikai véleményre vagy pártállásra, a vallásos vagy más világnézeti meggyőződésre, az érdekképviselői szervezeti tagságra,
 - bb) az egészségi állapotra, a kóros szenvedélyre, a szexuális életre vonatkozó adat, valamint a bűnügyi személyes adat.

- c. *Közérdekű adat*: az állami vagy helyi önkormányzati feladatot, valamint jogszabályban meghatározott egyéb közfeladatot ellátó szerv vagy személy kezelésében lévő, valamint tevékenységére vonatkozó, a személyes adat fogalma alá nem eső adat.
- d. *Hozzájárulás*: az érintett kívánságának önkéntes és határozott kinyilvánítása, amely megfelelő tájékoztatáson alapul, és amellyel félreérthetetlen beleegyezését adja a rá vonatkozó személyes adatok - *teljes körű vagy egyes műveletekre kiterjedő* - kezeléséhez.
- e. *Adatkezelés*: az alkalmazott eljárástól függetlenül a személyes adatokon végzett bármely művelet vagy műveletek összessége, így például gyűjtése, felvétele, rögzítése, rendszerezése, tárolása, megváltoztatása, felhasználása, továbbítása, nyilvánosságra hozatala, összehangolása vagy összekapcsolása, zárolása, törlése és megsemmisítése, valamint az adatok további felhasználásának megakadályozása.
- f. *Adatkezelő*: az a természetes vagy jogi személy, illetve jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet, aki vagy amely a személyes adatok kezelésének célját meghatározza, az adatkezelésre (*beleértve a felhasznált eszközt*) vonatkozó döntéseket meghozza és végrehajtja, vagy az általa megbízott adatfeldolgozóval végrehajtatja.
- g. *Adatfeldolgozás*: az adatkezelési műveletekhez kapcsolódó technikai feladatok elvégzése, függetlenül a műveletek végrehajtásához alkalmazott módszertől és eszköztől, valamint az alkalmazás helyétől.
- h. *Adatfeldolgozó*: az a természetes vagy jogi személy, illetve jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet, aki vagy amely az adatkezelő megbízásából – *beleértve a jogszabály rendelkezése alapján történő megbízást is* – személyes adatok feldolgozását végzi.
- i. *Adattovábbítás*: ha az adatot meghatározott harmadik személy számára hozzáférhetővé teszik.
- j. *Nyilvánosságra hozatal*: ha az adatot bárki számára hozzáférhetővé teszik.
- k. *Adattörlés*: az adatok felismerhetetlenné tétele oly módon, hogy a helyreállításuk többé nem lehetséges.

- l. *Adatmegsemmisítés*: az adatok vagy az azokat tartalmazó adathordozó teljes fizikai megsemmisítése.
- m. *Harmadik személy*: olyan természetes vagy jogi személy, illetve jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet, amely vagy aki nem azonos az érintettel, az adatkezelővel vagy az adatfeldolgozóval.
- n. *Aktív kezelésben lévő irat*: mindazon dokumentum, amely bármilyen úton az intézménybe beérkezik és ügyintézés alatt bármely szervezeti egységen megtalálható.
- o. *Passzív kezelésben lévő irat*: mindazon dokumentum, amely archiválás céljából az intézmény (központi) irattárába átadásra kerül.

4.2.A szolgáltatás szempontjából releváns jogszabályok jegyzéke

A nyilvántartás/adatszolgáltatás szempontjából releváns jogszabályok gyűjteménye

- 1949. évi XX. törvény a Magyar Köztársaság Alkotmányáról
- 1992. évi LXIII. törvény a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról
- 1992. évi LXVI. törvény a polgárok személyi adatainak és lakcímének nyilvántartásáról
- 1993. évi LXXVII. törvény a nemzeti és etnikai kisebbségek jogairól
- 1995. évi LXV. törvény az államtitokról és a szolgálati titokról
- 1990. évi LXXXVI. törvény a tisztességtelen piaci magatartás tilalmáról
- 1991. évi LXIX. törvény a pénzintézetekről és a pénzügyi tevékenységről
- 1990. évi XCI. törvény az adózás rendjéről
- 1972. évi II. törvény az egészségügyről
- 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról
- 1994. évi LXXX. törvény az ügyészségi szolgálati viszonyról és az ügyészségi adatkezelésről
- 2004. évi CXL. törvény a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól
- 1993. évi XLVI. törvény a statisztikáról
- 1994. évi XXXIV. törvény a Rendőrségről
- 1990. évi X. törvény a különleges titkosszolgálati eszközök és módszerek engedélyezésének átmeneti szabályozásáról
- 1993. évi XLVI. törvény a statisztikáról
- 1995. évi LXVI. törvény a köziratokról, a közlevéltárakról és a magánlevéltári anyag védelméről

- 68/1993. (V. 5.) Korm. rendelet a közszolgálati nyilvántartásról
- 79/1995. (VI. 30.) Korm. rendelet a minősített adat kezelésének rendjéről
- 226/2006. (XI. 20.) Korm. rendelete szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatók, intézmények ágazati azonosítójáról és országos nyilvántartásáról
- 1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről
- 8/2000. (VIII. 4.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást végző személyek adatainak működési nyilvántartásáról
- 7/1994. (III. 22.) BM rendelet a polgárok személyi adatainak és lakcímének nyilvántartásából teljesített adatszolgáltatásokért fizetendő igazgatási szolgáltatási díjról
- 16/1993. (XII. 14.) BM rendelet a közszolgálati nyilvántartás egyes kérdéseiről
- 26/1990. (II. 14.) MT rendelet a nemzetbiztonsági feladatok ellátásának átmeneti szabályozásáról

4.3. A területen releváns alapvető szakirodalom jegyzéke

- Hegyesi Gábor – Talyigás Katalin: A szociális munka adminisztrációja

4.4. A már létező módszertani segédletek jegyzéke és elérhetőségi helye

<http://www.parkotthon.hu/html/html/segedletek.html>

http://www.enying.hu/uploads/docs/375_org_6ec0797de1a8d947f34da127ce1751c4.pdf

http://www.hfk.hu/docs/szige09/plenaris/szocialis_regiszter_hasznalata.pdf

[http://www1.pm.gov.hu/web/home.nsf/0/937D41FA7A66397CC125751A0029E293/\\$File/Eload_1205_MAK_ahtReform.doc?OpenElement](http://www1.pm.gov.hu/web/home.nsf/0/937D41FA7A66397CC125751A0029E293/$File/Eload_1205_MAK_ahtReform.doc?OpenElement)

<http://www.kemkh.hu/index.php?pg=page030400>

4.5. Hazai és nemzetközi tapasztalatok, tudományos eredmények irodalmi áttekintése

- A Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézetben 2006/2007. évben folyt „szociális és gyermekvédelmi szolgáltatások Standardizációja Projekt” keretében készült szabályozó anyagok

Idősek számára biztosított bentlakásos szociális szolgáltatások

Felvétel-igénybevétel
Tájékoztatás
(FIT)

1. Bevezetés

1. 1 A standard definíciója

1. 2 A szolgáltatás célcsoportjának meghatározása (indikáció)

1. 3 A szolgáltatás alapelvei

2. Az elvárt gyakorlat leírása

2. 1 Lehetséges módszerek, eljárások, megoldási módok. (alternatívák)

2. 2 Előnyök, hátrányok, feltételek elemzése, alkalmazásának személyi és tárgyi feltételei.

2. 3 A standard alkalmazására vonatkozó javaslatok.

2. 4 Kimeneti elvárások, és az azokhoz csatlakozó kritériumok.

2. 5 A kritériumok teljesülésének indikátorai és monitoring lehetőségei.

3. Mellékletek

3. 1 A szabályozó anyagban használt fogalmak jegyzéke és meghatározása.

3. 2 A szolgáltatás szempontjából releváns jogszabályok jegyzéke.

3. 3 A területen releváns alapvető szakirodalom jegyzéke.

3. 4 A már létező módszertani segédletek jegyzéke és elérhetőségi helye.

3. 5 Hazai és nemzetközi tapasztalatok, legfrissebb tudományos eredmények irodalmi

áttekintése.

1. Bevezetés

Annak érdekében, hogy az állampolgárok érvényre tudják juttatni az Alkotmányban rögzített szociális biztonsághoz való jogukat és rászorultság esetén élni tudjanak a Szociális Törvény által biztosított lehetőségekkel kellő információval kell hogy rendelkezzenek. Ezért az idősök bentlakásos intézményeinek tájékoztatni kell az ellátási területén élőköt a szolgáltatás igénybevételének feltételeiről, a nyújtott szolgáltatás tartalmáról és annak anyagi vonatkozásairól. Az ellátás során folyamatosan tájékoztatni kell az érintetteket a szolgáltató működésében beálló változásokról, az intézmény működéséről és a jogszabályokban előírt legfontosabb kérdésekről, az autonómia és önrendelkezés és az alkotmányos jogok érvényesülése érdekében.

1.1. A standard definíciója:

A standard meghatározza az igénybevétel előtt, az igénybevételi eljárás során és az ellátás során kötelezően nyújtandó tájékoztatási kötelezettség tartalmát és ajánlást tesz ezek lehetséges formáira – megfogalmazására.

1.2. A szolgáltatás célcsoportjának meghatározása:

A célcsoportot az intézmények ellátási területén élő potenciális érintettek – ellátásra szorulóok vagy hozzátartozóik - alkotják, illetve az intézmények menedzsmentje, akiknek feladata a megfelelő tájékoztatás biztosítása.

1.3. A szolgáltatás alapelvei

A szolgáltatás alapelveit a Magyar Köztársaság Alkotmánya, a Szociális Törvény és a hozzá kapcsolódó végrehajtási utasítások rögzítik. Ezeken túl figyelemmel kell lenni a más standardokban előírtakra, különös tekintettel a „Kliensközpontú irányelvek”-re, továbbá az ápolás-gondozásra és a kommunikációra vonatkozó standardokra.

2. Az elvárt gyakorlat leírása

A továbbiakban összefoglaljuk azokat a jogszabályokban is megfogalmazott kötelezettségeket, amelyeket az intézményeknek a tájékoztatás területén teljesítenie kell. Külön kell választanunk az igénybevételt megelőzően és azt követően, tehát az ellátás során megvalósuló tájékoztatási kötelezettséget. Mindkét esetben jellemző azonban, hogy a tájékoztatás formája, módja, csatornái a helyi sajátosságoktól és az érintettek személyes tulajdonságaitól is függhetnek.

2.1. Lehetséges módszerek, eljárások, megoldási módok

2.1.1. A potenciális érintettek tájékoztatása

Az ellátáshoz való hozzáférés érdekében szükséges, hogy az intézmény megfelelően tájékoztassa az ellátási területén élőket az általa nyújtott szolgáltatásokról. Ennek érdekében az intézménynek rendelkeznie kell aktualizált, a szolgáltatásait és az igénybevétel feltételeit bemutató tájékoztató anyaggal, melyet a helyben szokásos módon, a potenciális igénybevevők számára elérhető helyeken és az interneten is közzétesz. Ennek a formája lehet szórólap, kiadvány az intézményről, fontos azonban, ha ezek olyan helyeken elérhetők, ahol az idősök megfordulnak. Pld. közművelődési intézmények idősök számára szervezett rendezvényein, csoportjaiban, a szociális alapellátás intézményeiben, orvosi rendelőkben. Fontos csatorna lehet a helyi vagy megyei sajtó, televízió, ahol a hozzátartozókhoz is eljuthat az információ. Ha az intézménynek lehetősége van célszerű az interneten is elérhetővé tenni a legfontosabb információkat, hiszen előfordulhat, hogy az ellátási területen kívül élő hozzátartozók, vagy elszármazott idősök így értesülhetnek a szolgáltatásról. Az ügyintézés segítése érdekében célszerű az igénybevételhez szükséges nyomtatványokat is elérhetővé tenni.

A tájékoztatónak feltétlenül tartalmaznia kell az intézmény nagyságrendjét, az elhelyezési körülményeket, a szolgáltatásokat és a térítési díjra vonatkozó információt. Célszerű, ha az intézmény a szolgáltatásfilozófiáját/küldetésnyilatkozatát/minőségpolitikáját is ismerteti.

2.1.2. Tájékoztatás az igénybevétel során

Annak érdekében, hogy az érintettek felelős döntést tudjanak hozni, különösen nagy figyelmet kell szentelni a tájékoztatásra az igénybevételi eljárás során. A későbbi elégedettség alapvető feltétele, hogy az érdeklődő pontos információt kapjon arról, hogy az igényeinek megfelelő szolgáltatást tud-e nyújtani az intézmény és az intézmény is felmérje, hogy meg tud-e felelni a vele szemben támasztott igényeknek, követelményeknek.

Mindenképpen javasoljuk az intézmény megtekintését, melynek során személyes tapasztalatokat szerezhetnek az érintettek az intézményi életéről. Tájékoztatást kell nyújtani az igénybevételi eljárás lépéseiről, ennek keretében az előgondozásról, a gondozási szükséglet vizsgálatról és jövedelemvizsgálatról illetve a hozzátartozói vállalás lehetőségéről és a beköltözéshez szükséges dokumentumok köréről. Ismertetni kell a házirendet és a térítési díj szabályait. Tekintettel arra, hogy sok helyen nagyon hosszú a várakozási idő, feltétlenül ki kell térni arra is, mikorra várható a beköltözés időpontja.

2.1.3. Tájékoztató a beköltözéskor és az ellátás során

A beköltözéskor az érintett szóban tájékoztatóni kell a felvétel menetéről, a megállapodás tartalmáról, az intézmény által vezetett nyilvántartásokról, a hozzátartozóval történő kapcsolattartás, a látogatás, az eltávozás és visszaérkezés rendjéről, a panaszjog gyakorlásának módjáról, a jogait és érdekeit képviselő társadalmi szervezetekről, az intézmény házirendjéről, a fizetendő térítési díjról, ennek teljesítési feltételeiről és a mulasztás következményeiről. A szóbeli tájékoztató megtörténtét az érintetteknek aláírásukkal egy nyilatkozatban igazolniuk kell.

Az ellátás során az érintett tájékoztatóni kell minden változásról, amely az előzőekben ismertett területeken tervezett illetve bekövetkezik. Az önrendelkezés és autonómia érvényesülése érdekében az ellátását érintő valamennyi kérdésben partnerként kell kezelni. Évente ismertetni kell az intézmény gazdálkodásával kapcsolatos, jogszabályban előírt adatokat.

2.2. Előnyök, hátrányok, feltételek elemzése, alkalmazásának személyi és tárgyi feltételei

2.2.1. A megfelelő tájékoztató rendszerének kialakítása elsősorban az intézmény vezetésének a feladata. Célszerű, ha az intézmény eljárásrendet alakít ki a tájékoztatói kötelezettség teljesítése érdekében.

2.2.2. Az intézmény vezetésének gondoskodnia kell arról, hogy a tájékoztatót – annak minden területén – kompetens szakember nyújtsa.

2.2.3. A hiteles tájékoztató az érintettek elégedettségének záloga.

2.2.4. Az intézmények gyakran nem rendelkeznek elegendő erőforrással ahhoz, hogy megfelelő színvonalú tájékoztató anyagokat készítsenek, vagy korszerű csatornákat vegyenek igénybe a tájékoztatóra, de nagyon fontos a helyi lehetőségek kiaknázása vagy a fenntartók erőforrásainak igénybevétele erre a célra. Pld. nem minden intézménynek van meg a lehetősége arra, hogy saját honlapot hozzon létre, de az adott település önkormányzatán történő megjelenés is jó lehetőséget biztosíthat a tájékoztatóra.

2.3. A standard alkalmazására vonatkozó javaslatok

2.3.1. Az intézmény vezetése gyűjtse össze a jogszabályokban előírt tájékoztatói kötelezettség körét és határozza meg a saját szolgáltatásfilozófiája alapján

azoknak az információknak a körét, amelyet fontosnak tart, hogy a potenciális és a már ellátásban részesülő érintettek számára kommunikálni kíván.

2.3.2.Határozza meg információcsoportonként azokat a kompetens személyeket, akik információt adhatnak az adott témakörökben és ezt tegye ismertté a szervezetben.

2.3.3.Dolgozza ki az információnyújtás követhetőségére vonatkozó eljárást.

2.4.Kimeneti elvárások és az azokhoz csatlakozó kritériumok

2.4.1.Az intézmény tájékoztatási tevékenysége legyen átgondolt, tervezett és szabályozott.

2.4.2.A tájékoztatási tevékenység szolgálja az intézmény szolgáltatásainak népszerűsítését, az igényeknek való megfelelésre törekvést és az érintettek elégedettségét.

2.4.3.Az érintettek kapjanak hiteles és aktualizált információt annak érdekében, hogy a számukra legmegfelelőbb döntést meghozzák.

2.5. A kritériumok teljesülésének indikátorai és monitoring lehetőségei

2.5.1. .Az intézményről szóló tájékoztatók elérhetők legyenek a potenciális érintettek számára

2.5.2.A tájékoztató tartalma aktualizált legyen és az érintettek számára érthető nyelvezetű.

2.5.3. A tájékoztatás tartalma, időpontja és az infomációt adó személye legyen követhető, tehát dokumentált.

3.Mellékletek

3.1.A szabályozó anyagban használt fogalmak jegyzéke

3.2.A szolgáltatás szempontjából releváns jogszabályok jegyzéke

- 1949. évi XX. törvény a Magyar Köztársaság Alkotmányáról
- 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és ellátásról
- 1/2000.(I.7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről
- 9/1999.(XI.24.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó ellátások ogénybevételéről

- **29/1993.(II.17.) Korm. rendelet a személyes gondoskodást nyújtó ellátások térítési díjáról**
- **1/2004.(I.5.)ESzCsM rendelet a betegjogi, ellátottjogi és a gyermekjogi képviselő működésének feltételeiről**

3.3.A területen releváns alapvető szakirodalom jegyzéke

3.4.A már létező módszertani segédletek jegyzéke és elérhetőségi helye

3.5.Hazai és nemzetköz tapasztalatok, legfrissebb tudományos eredmények irodalmi áttekintése

Pszichoszociális gondozás – mentálhigiénés tevékenység

Sztenderd

**az idősök számára biztosított bentlakásos
szociális szolgáltatások területére vonatkozóan**

Készítette: Bagyinszki Zoltánné

Beszterczey András

Ráczné Németh Teodóra

Somorjai Ildikó

1.Bevezetés

1.1 A sztenderd definíciója

A mentálhigiénés gondozás 1980-tól van jelen a hazai idősellátásban, de igazi térhódítása a rendszerváltást követően történt, amely egybeesik a hazai főiskolák, egyetemek szakemberképzésével.

A mentálhigiéné megfogalmazása a következő:

- 1.) „A mentálhigiéné nem csupán a pszichés megbetegedések és magatartászavarok megelőzése, hanem a lelki egészségvédelem is, mégpedig pozitív értelemben, mindazoknak a folyamatoknak és intézkedéseknek, tevékenységeknek összessége, amelyek az emberi személyiséget és közösségi kapcsolatokat erősebbé, fejlettebbé, magasabb szervezetségűvé teszik.” (Veér-Buda, 1989)
- 2.) „A mentálhigiéné: a lelki egészség megőrzésének és elősegítésének a tudománya. Tartalmazza mindazokat az ismereteket és szükséges intézkedéseket, amelyek arra irányulnak, hogy megelőzzék a lelki rendellenességeket és javítsák az egyén pszichológiai beilleszkedését a társadalomba, illetve képességeit a harmonikus szociális kapcsolatok kialakítására.” (Pszichológiai értelmező szótár)

Az idősök otthonában a humanisztikus modell (Maria Jahoda), valamint a közösségi modell alkalmazása a cél, amikor is a szakember célja az embert egészben szolgálni és eredeti közösségben kezelni a személyt, a problémát. Ez a modell közel áll a mentálhigiénés szakmai tevékenységekben érvényesítendő holisztikus szemlélettel, amely szerint az embert, esetünkben a bentlakásos intézményben élő idős embert testi, lelki és szociális lényként, a maga egészlegességében fogadjuk el. Az idős ember védelme és jólétének elősegítése nem korlátozódik alapszükségleteinek kielégítésére,

hanem kiterjed lelki egészségének védelmére, szociális kapcsolatainak támogatására, személyes, családi és társas kapcsolataiban is egyensúlyának megőrzésére

Ennek megfelelően az idősök otthonában a mentálhigiénés tevékenységnek irányvonalakat ad a szakmai jogszabály és a hozzá kapcsolódó szakminiszteri rendelkezések, amelyek kiterjednek a megvalósítandó tevékenységi körre, személyi- és tárgyi feltételrendszerre, dokumentációra.

1.2 A szolgáltatás célcsoportjának meghatározása (indikáció)

A sztenderd célja az időskorúak bentlakásos ellátásának igénybevételének előkészítése és az igénybevételi eljárás során folytatandó mentálhigiénés támogató tevékenység definiálása, alkalmazási területeinek meghatározása és alkalmazási technikák, alternatívák kínálása a szakemberek számára.

A szolgáltatás célcsoportját alapvetően azok alkotják, akik időskorúak bentlakásos ellátását veszik igénybe, illetve erre vonatkozóan kérelmet nyújtottak be, és elhelyezésre várnak. (A speciális ellátási igényű csoportok (demens betegek) számára nyújtott szolgáltatások külön sztenderdben kerültek meghatározásra. Közvetetten a célcsoporthoz tartoznak azok, akik a mentálhigiénés tevékenység megvalósításával foglalkoznak, vagyis a munkatársak. Áttételesen, de a célcsoport között lehet említeni a lakók hozzátartozóit és a velük végzett mentálhigiénés tevékenységet, mert az ő támogatásuk és a velük végzett munka közvetlen hatással van a lakók lelki egészségére és megelégedettségére.

A bentlakásos ellátási formák igénybevétele állítja leginkább kihívások elé az idős embert, fokozott toleranciát, alkalmazkodó képességet kíván tőle, és mindenekelőtt azt, hogy feladja korábbi életvitelét, megszokott napi rutinját. A szolgáltatások igénybevételének szükségességét az önellátási kapacitások csökkenése, az egészségi állapot romlása, fizikális és mentális képességek hanyatlása teszi indokolttá, amely tény már önmagában is nehezen feldolgozható helyzetet jelent az idősök számára. Mindezt tetézi saját otthonának elhagyása, a megszokott környezetből az addig ismeretlen körülmények közé kerül, ahol számára addig ismeretlen szabályokkal,

társakkal és dolgozókkal találkozik. Ebben a helyzetben nem várható el az idős embertől, hogy önállóan küzdjön meg a felmerülő problémákkal, külső segítségre van szüksége. Ezt a segítséget a mentálhigiénés ellátás során kell biztosítanunk számára. A személyekhez szóló odafordulás és annak emocionális töltete közvetlen összetevőként hat a lakók életminőségének és elégedettségének alakulására.

Az idősök otthonában el kell dönteni, hogy az intézmény szervezeti egészében hol foglal helyet a mentálhigiénés munka (csoport vagy személyi segítő), tekintettel arra, hogy az intézményi szolgáltatási kör valamennyi területét áthatja a mentálhigiénés szemlélet, amely közvetlenül a szakmai munkába beépítve jelenítődik meg, az ápolás-gondozással szoros összefüggésben.

1.3 A szolgáltatás alapelvei (Kapcsolat a többi normatív szabályozóval, meglévő hazai szabályozásokkal – normatív dokumentumokkal)

1.3.1. A szolgáltatás alapelvei

- Az idős ember méltóságának, autonómiájának és személyes integritásának tiszteletben tartása. Döntési jogának, önrendelkezési jogának és személyes szabadságának biztosítása, mindaddig, amíg saját és/vagy mások biztonságát és életét nem veszélyezteti.
- Személyközpontúság megvalósítása, az egyes lakók individuumokként való elfogadása, egységben a korábbi éveivel és teljes addigi életútjával és családi, szociális kapcsolataival.
- Törekvés a testi és lelki egyensúlyának megőrzésére, vagy annak visszanyerésében támogatás nyújtása, pont annyi és pont akkor, amikor erre szüksége van. Az intézményi életben való részvétel, a foglalkozás és aktivitási lehetőségeihez való egyenlő hozzáférés biztosítása, a folyamatos szellemi és fizikai aktivitások elősegítése és kínálatának bővítése, hogy tartalommal teljesebb és hosszabb élet várjon a lakókra.
- Az előítéletesség és az ageizmus elkerülése, minden vonatkozásban a diszkrimináció mentes gyakorlat megvalósítása.

Az Idősügyi Nemzeti Stratégiát 2009. szeptember 28-án fogadta el az Országgyűlés. A fejlesztési irányokat a 3.3.2. pontban határozta meg, amely kapcsolatba hozható a jelen alapelvekben feltüntetettekkel:

- Az idősödő és idős ember biztonságának, emberi méltóságának megteremtése, megőrzése.
- A humánszolgáltató és védelmi rendszerek szolgáltatásainak, az igénybevevők jogainak fokozott védelme, érvényesítési képességük fejlesztése.

A lakók az igényeknek megfelelően tartják fent kapcsolataikat családjukkal, rokonaikkal, barátaikkal, valamint az intézményi, a települési és a tágabb lakókörnyezet közösségeivel.

A lakó érzi, hogy az intézmény segíti őt önállósága és függetlensége fenntartásában, fontosnak tartják és figyelembe veszik döntési kompetenciáit és véleményét.

Az emberi méltóság megőrzése mellett kell végezni minden tevékenységet az intézményben. A tiszteletadás, megbecsülés és odafigyelés jellemezze valamennyi dolgozó kommunikációját az intézményben élő időssel és hozzátartozójával is.

1.3.2 Előgondozás, kapcsolatfelvétel, intézményi jogviszony létesítés, kapcsolat a többi normatív szabályozóval

A kérelmek benyújtása a kiválasztott intézménynél történik a megfelelő jogszabályi háttér figyelembevételével (9/1999. (XI.24. SZCSM r.), és ennek kezelése, a további feladatok elvégzésének biztosítása az intézményi szervezeti struktúra alapján a mentálhigiénés munkatárs vagy csoport feladatai közé tartozik.

A kérelem beérkezését követő 20 napon belül megtörténik az előgondozás (9/1999. (XI.24.) SZCSM r. 2.sz. melléklet).

Gondozási szükségletvizsgálat megkérése a 36/2007. SZMMM r. 2. sz. melléklete alapján történik. A hivatali eljárások mellett figyelemmel kísérjük a kérelmező egészségi- és mentális állapotát, szociális körülményeit, igényét a várható szolgáltatással szemben. Hangsúlyos szerepet kap a tevékenységhez kötődő

adminisztráció, annak folyamata, felelőse. (Ez intézményenként eltérő lehet, azonos az, hogy a folyamat lépései és felelősei rögzítve vannak.)

A gondozási szükséglet vizsgálatával párhuzamosan megtörténik a jövedelemvizsgálat, amennyiben a szolgáltatást kérelmező vagy más személy nem nyilatkozik úgy, hogy megfizeti a mindenkori intézményi térítési díjat.

Az ORSZI szakvélemények megérkezését követően születik döntés a befogadásról vagy elutasításról.

Új kapcsolatfelvétel következik a kérelmezővel írott és személyes formában, majd az előgondozás II. szakasza, amikor is ismertté válhat a felvétel várható időpontja (9/1999. (XI. 24.) SZCSM r. 3. sz. melléklet). Ebben a szakaszban a mentálhigiénés feladat a megfelelő információ adás a biztonság nyújtásához, bizalom kiépítéséhez, ez alapozza meg a beilleszkedést. Ide tartozik még a Házirend megismertetése, a megállapodási szerződés átadása, értelmező végig követése, tájékoztatás a térítési díjról (29/1993. (II.17.) Korm.r.).

Amennyiben soron kívüli eljárásról van szó az Előgondozás I. 5 napon belül történik a kérelem benyújtását követően. (Ekkor rögzíteni szükséges azt, hogy az előbbiek pótlására mikor és mennyi időn belül kerül sor.)

A sürgősségi elhelyezési kérelem elbírálását a bizottság véleményezi, üres férőhely esetén felvételt biztosít, és időközben kezdeményezzük az ápolás-gondozás szükségességét vizsgáló ORSZI vizsgálatot, és a jövedelemvizsgálatot.

Nyilvántartásba vesszük a várakozót, majd értesítjük a férőhely elfoglalásának időpontjáról. Felkészítjük a beköltözésre, szükség, és igény esetén segítjük azt.

A szociális szolgáltatások körében az 1/2000. (I.7.) SZCSM rendelet adott keretet a működéshez, a szolgáltatás biztosításához. (Amennyiben nincs mentálhigiénés csoport, vagy munkatárs, akkor is szükséges rögzíteni, hogy az említett feladatok elvégzésért ki a felelős.)

2. Az elvárt szolgáltatási gyakorlat leírása

2.1 Lehetséges módszerek, eljárások, megoldási módok (alternatívák)

A mentálhigiénés tevékenységeknél meg kell határozni a feladatokhoz köthető tartalmi elemeket.

2.1.1 Előgondozás, kapcsolatfelvétel

Az intézményi életre történő felkészítés során az intézményi élet valamennyi szegmensére kiterjedő tájékoztatást adunk az idős ember és hozzátartozója számára. Ezzel párhuzamosan információt gyűjtünk a kérelmezőről, életének korábbi szakaszairól, szokásairól, jelenlegi állapotáról, helyzetéről, igényeiről.

A kérelem beadásánál veszi kezdetét a mentálhigiénés tevékenység, hiszen a megfelelő – széleskörű – kapcsolatfelvétel, tájékoztatás, hiteles és nyílt kommunikáció már a beilleszkedési folyamat része. Az intézményi életről részletes tájékoztatást adunk, megismertetjük az intézményen belüli együttélési szabályokat, és támogatjuk a kérelmezőt abban, hogy lehetőség szerint személyesen is keresse fel azt az intézményt, ahova későbbiekben költözni szeretne.

Az előgondozás folyamán a kérelmező szükségleteit teljes körűen, bizonyítható és ellenőrizhető módon felmérjük. (A felmérés és az első interjú tömörített változata megtalálható az érintett személyes dossziéjában.) Ebben az első interjúban igen lényeges a szerepek tisztázása (a mentálhigiénés beszélgetést készítő szakember neve és az intézményen belüli szakmai szerepe és a kérelmező szerepe), valamint az is, hogy az otthonában meglátogatott kérelmező tisztában van-e az interjú céljával. Ennél a beszélgetésnél fokozott figyelmet szükséges arra fordítani, hogy tudatában legyünk annak, hogy az idősödés igen nagy egyéni különbségekkel járó folyamat, a testi és lelki állapot mindig függ az életút korábbi szakaszaitól, élethelyzettől, családi állapottól és a szociális környezettől, és az egészen konkrét aktuális állapottól is. A beszélgetés vezetésénél mindig szükséges szem előtt tartani, hogy ez egy

bizalomépítő kapcsolatfelvétel legyen, céljai között szerepel az is, hogy mérsékelje a kérelmező szorongásait és bizonytalanságát.

Rendkívüli élethelyzet esetén lehetőségünk van soron kívüli elhelyezése. Ez esetben is a lakó és hozzátartozói (gondnoka) részére minden információt biztosítunk az intézményben élés szabályairól, a hozzátartozó, vagy a gondnoka segítségével tájékozódunk az intézménybe kerülés előzményeiről. (Rögzíteni szükséges, hogy mennyi idő múlva történik meg a pótlása mindazoknak, amelyek a rendkívüliség miatt elmaradtak.)

Fontos arra is odafigyelni, hogy amennyiben a kérelem beadása és a beköltözés lehetősége alatt hosszú idő telik el, rendszeres legyen a kapcsolattartás a várakozóval. Megnyugtató lehet számára, hogy folyamatosan informálódhat, azt az érzést alakítja ki és erősíti meg benne, hogy várjuk őt az intézményben. A várakozók számára biztosítjuk, hogy az intézmény nem zártkörű programjaira meghívást kapjanak, esetleg szállításukról gondoskodunk. A kapcsolattartás és kapcsolatépítés a mentálhigiénés munkatársak munkaköri tevékenységéhez tartozik.

A beköltözést közvetlenül megelőző találkozás már a gyakorlati teendőkre koncentrál – ekkor kerül sor a behozandó tárgyak megtekintésére, ruhák kiválasztására, iratok áttekintésére. Abban az esetben, amennyiben a behozandó bútorok, tárgyak között választani szükséges, segítséget nyújtunk abban, hogy a tárgyhoz fűződő emlékeinek megosztásával/meghallgatásával támogassuk személyes döntése meghozatalában, hogy képes legyen a számára fontosabb, nagyobb jelentőségű dolgot választani.

2.1.2 Intézményi jogviszony létesítés

Az intézményi jogviszony létesítése során feladatunk kettős: megfelelő módon dokumentált felvételi eljárásrend betartása, valamint a lakó és hozzátartozója / törvényes képviselője részletes tájékoztatása.

Az intézményi jogviszony létesítése a megállapodás aláírásával veszi kezdetét. A dokumentációhoz kapcsolódó teendők riasztóak lehetnek az idős számára, ezért egyáltalán nem mindegy milyen módon végezzük őket. A megértő, odafigyelő szakmai hozzáállás támogató erejű. Segítséget nyújtunk a szövegtartam megértéséhez,

bemutatjuk az intézményt, a mentálhigiénés csoportot, lakótársakat, az adott gondozási egységet. Lényeges, hogy egy alkalomra befogadható mennyiségű új információval készülünk, és az ismerkedés fokozatait figyelembe vesszük.

Személyi leltárt készítünk az ingóságokról, azok értékéről.

A lakó/törvényes képviselő számára minden információt biztosítunk ahhoz, hogy tudja, a megállapodás betartásával kapcsolatos panaszai esetén kihez és milyen módon fordulhat. Szerencsés, ha ezeket az információkat tartalmazó, egy oldalnál nem terjedelmesebb leírást kézbe is kap a lakó, amelyet a személyes dokumentumai között tárolhat, függetlenül attól, hogy például az ellátott-jogi képviselő neve és elérhetősége feltűnő helyen, kifüggesztve is látható.

2.1.3 Beilleszkedés támogatása, biztonság megteremtése, társas kapcsolatok, természetes támaszok

Az idős ember komfortérzetének megteremtésével érjük el a biztonságérzet kialakulását. Ehhez fontos, hogy támogassuk korábbi kapcsolatainak fenntartását és az új környezetben kapcsolatok létesítését.

Ez olyan feladat, amelyet az intézmény valamennyi munkatársa segít, figyelembe véve a helyi szokásokat, adottságokat. Amennyiben jól zajlott le az előgondozás, már ismert az életút, az előélet, a tevékenységi igény, az egészségi állapot, az aktivitás igény, a kapcsolatrendszer.

Egyik kiinduló eleme az, hogy az intézményi szabályokat (házirend) megismertetjük, amellyel már egy korábban, a kérelmezéskor kezdődő folyamat gyakorlati megvalósításában segítettük a beköltözőt.

A folyamatot célszerű időtartamban meghatároznunk, pl. 1-3 hónapnyi terjedelemben. Amennyiben még három hónap után is felismerhető probléma van a beilleszkedéssel, a mentálhigiénés munkatárs kezdeményezi a probléma feltárását szolgáló segítő beszélgetést. A biztonsághoz elengedhetetlen a személyi és tárgyi feltétel megléte, szakmai ismeretek alkalmazása, az alkotmányos jogok betartása (méltóság, bánásmód, egészségügyi ellátás, vallásgyakorlat, személyiségi jogok, adatvédelem, levéltitok, szociális alapjogok és speciális jogok).

Szorosan kapcsolódik a biztonsághoz, hogy intézményen belüli életmódja a lehető leginkább közelítsen ahhoz, ahogy a bekerülést megelőzően élt az idős, társas kapcsolatait, családi kapcsolatait fennmaradjanak, élők legyenek. Amennyiben a családi kapcsolatok konfliktusokkal terheltek, a mentálhigiénés munkatárs felkínálja a konfliktusok feldolgozásában való mediációs közreműködését.

Rendkívül fontos, hogy az idős személy autonómiája megmaradjon. Lehetőséget kell teremtenünk új kapcsolatok felvételére, érdeklődési körének megfelelő programok megismertetésére, az intézmény életébe való aktív bekapcsolódásra.

A szabad mozgás biztosításával fenntartható a korábbi életszakaszhoz köthető társas- és családi kapcsolat, amelyet támogatunk.

Kiemelt jelentőségű korábbi kapcsolatainak ápolása – a családi kötelékeken túl fontos a barátokkal, ismerősökkel kialakult kapcsolatok fenntartása. A kötődések szerepe jótékony hatású lehet egészségi állapotára, aktivitására, életérzésére, de ugyanakkor a rosszul működő kapcsolatok éppen ellentétes hatást fejtenek ki. Ezért szükséges a konfliktusokban közvetítő szerep felkínálása, de csakis akkor, ha ezt a lakó elfogadja, sőt igényli.

A beköltözéssel új kapcsolatok kialakítására is lehetőség nyílik, amiben támogatjuk, bátorítjuk az idős embert.

A kapcsolatok terén ugyanolyan jelentőségű korábbi tárgyi környezetével való kapcsolata, használati tárgyaihoz, esetleg háziállataihoz, házi kedvenceihez fűződő viszonya. A beköltözést követő időszakban az ezektől való elszakadás feldolgozásában támogatást nyújtunk, amiben sokat segíthet egy-egy magával hozott kedvelt tárgy, kisebb bútordarab, illetve fényképek használata. Ösztönözzük a hozzátartozókat arra, hogy segítségükkel hazalátogathasson az idős ember, ne szakadjon el véglegesen megszokott környezetétől.

Ebben az úgynevezett adaptációs időszakban érdemes megismételni és/vagy kiegészíteni az előgondozás során elkészített interjút az alábbi kérdésekkel, illetve a személyes életút megismerésével.

- Szüleinek foglalkozása, életútja, viszonya saját időskorukhoz, megélt éveik száma, haláluk oka.
- Gyermekkor környezete, a gyermekkor és a serdülőkor fontosabb történései, iskolai évei, tanulmányai.
- Az ifjúkor és a felnőtté válás küzdelmei, coping mechanizmusok, stratégiák.
- Párválasztás, család, gyerekek (vagy éppen a gyereknélküliség).
- Munka, foglalkozás(ok), tevékenységek és ezek környezete.
- Barátok, hobbik, szociális aktivitások, kapcsolatok.
- Vallás, hitélet és az ezzel kapcsolatos igényeinek feltárása.
- Ha özvegy, akkor a gyász feldolgozásának folyamata.
- Intézménybe kerülésének közvetlen előzményei, ki gondozta, hol lakott, kikkel volt/van kapcsolata.
- Jövővel kapcsolatos igények, tervek, félelmek és kérések, rendelkezések.

2.1.4 Személyre szóló gondozási terv készítése

A pszichoszociális gondozás, mentálhigiénés tevékenység során kiemelt jelentőségű, hogy összehangolt, tervezett munkát végezzünk, amely az idős ember egyéni szükségletein, igényein alapul, figyelembe véve személyiségét.

Az egyéni gondozási terv egy olyan alapdokumentum, amely meghatározza az egyéni szükségleteknek megfelelően az egyes lakókkal tervezett tevékenységet, és a későbbiekben meghatározott munkaformák közül az adott személy igényeinek, állapotának megfelelő tervet is tartalmazza. A személyes beszélgetések és az adaptációs időszakban történt alaposabb megismerkedés képezheti alapját e dokumentumnak. Lényeges, hogy e dokumentum elkészítése a mentálhigiénés szakember munkaköri feladatai közé tartozik, de az alapját képező információkat,

szükségletfeltáró beszélgetéseket, megjegyzéseket és kiegészítéseket a lakóval való más munkatársak is megteszik.

Miután megismertük az idősek otthonába beköltözött a szolgáltatást igénybevevő személyt, team munkában elkészítjük, és vele együtt rögzítjük a számára az általa is elfogadható gondozási tervet. A szakmai team tagja az intézmény orvosa, vezető ápolója, szociális és mentálhigiénés munkatárs, foglalkoztatás szervező és ápoló, szükség szerint mozgásterapeuta, dietetikus.

A gondozási tervnél mindenképpen fontos tény, hogy maga az idős ember mit szeretne, meddig terjed autonómia iránti igénye, hogyan jelzi ennek határait, valamint szükséges felismerni azt is, hogy segítséget csak egy-két dologban igényel, és konkrétan miben, például életvitel támogatásában, hitélet gyakorlásában, gyászfeldolgozásban, aktivitásban.

A gondozási tervek készítésénél figyelembe vesszük az egészségi állapotot, a kognitív képességeket. Lényeges, hogy ne a deficitekre, a hanyatló képességekre koncentráljunk, hanem a még lehetséges változásokra, fejlődésre és soha ne a passzivitást és függést erősítsük. Szükség esetén egyéni beszélgetést, egyéni esetmunkát kezdeményezünk. Krízis állapotban, konfliktusok esetén a megfelelő intervenciót valósítjuk meg. Az egyénnel, személyekkel végzett munkának lényeges eleme, hogy a mentálhigiénés szakember képes legyen felismerni a kóros szorongásra utaló viselkedés elemeket, a depressziót és a szuicid készítéseket illetve mindazokat a testi és lelki jelzéseket, melyek betegségek kezdetét jelzik és szükség esetén megfelelő szakemberhez közvetíteni az idős embert.

A készségek, képességek tekintetében és az állapot megőrzéséhez megfelelő életmód megválasztásában segítséget nyújtunk. Prevenciós tevékenységként az étrend, a mozgás, az élvezeti szerek egészségrontó hatásainak megismertetésében, gyógyszerek és étrend kiegészítők tekintetében ismeretterjesztést végzünk.

Az idősek otthonában bentlakásos intézményi ellátást térben – időben dezorientált személyek is igénybe vesznek. Ez felvet néhány ellátottjogi kérdést is, törekednünk kell arra, hogy megfeleljünk a jogszabályi környezetnek – ugyanakkor megfelelő minőségi szolgáltatást nyújtunk számukra. A mentálhigiénés szakember

közreműködik a lakók közötti konfliktusok kezelésében, feldolgozásában, illetve abban is, hogy a nem demens ellátottak megfelelő tájékoztatást kapjanak e szellemi hanyatlással és esetenként viselkedészavarokkal járó betegségről, hogy mint egészségesen idősödő emberek képesek legyenek elfogadni és tolerálni a demenciával küzdő lakókat is. Amennyiben cselekvőképességet érintő gondnokság alatt áll az ellátott, úgy mindenképpen a törvényes képviselővel történő kommunikáció a feladatunk és a megfelelő ellátási megoldások megkeresése.

Amennyiben az idős mentális állapota miatt már nem képes véleményét kinyilvánítani, úgy a gondozási tervet összeállító teamnek fokozott felelőssége van abban, hogy a terv megvalósítása során szoros kontrollt gyakoroljon a szakmai tevékenységre, amely során az idős metakommunikatív, verbális jelzéseit, állapotváltozását figyelembe veszik. (Kapcsolódás: alapápolási és demens idősekre vonatkozó sztenderdhez.)

Az egyéni, vagyis személyre szóló gondozási (és tevékenységi, vagy aktivitási) terv készítése mellett a mentálhigiénés csoport munkatársai a kezdeményezői a közösségi programoknak. Ezek természetesen nem csak az ő munkaköri feladataikhoz kapcsolódnak, de ha az intézményvezetés másként nem dönt, tervezői, kezdeményezői és koordinátori feladatokat ők végzik el. Ezek az alkalmak lehetőséget kínálnak az intézményen kívüli csoportokkal való kapcsolatok építésére, a település, vagy városrész más generációjához tartozókkal való kapcsolatok építésére, valamint más intézmények lakóival való találkozásokra. Leginkább mégis az adott intézmény lakóinak közösségét erősítik, s a lehetőségek szerint elősegítjük, támogatjuk a bevonódást, a programokba való bekapcsolódást. Különös figyelmet fordítva arra, hogy a kevésbé aktív, mozgásukban vagy más vonatkozásban akadályozott lakók peremhelyzetre kerülését és/vagy kirekesztődését megakadályozzuk.

2.1.5 Társas kapcsolatok, természetes támaszok biztosítása, autonómia fenntartása

Feladatunk a társas kapcsolatok kialakítása, fenntartása, erősítése, szükség esetén javítása. Törekednünk kell arra, hogy az idős ember minél nagyobb önállósággal

tudja élni hétköznapijait – segítsük a napi önálló életvitelének és önrendelkezésének lehetőségeihez mért visszaállításában, minél hosszabb ideig történő fenntartásában.

Erősítjük és elősegítjük a családdal, természetes támogatókkal való kapcsolatfelvétel és kapcsolattartás lehetőségét, segítjük a volt lakókörnyezet tagjaival, intézményen belül és kívül szerzett barátokkal és egyéb személyekkel, társintézményekkel, csoportokkal való kapcsolat helyreállítását és fenntartását a házirendben foglaltak alapján. Az aktivitásoknak és a szociális interakciók gyakoriságának jó hatása van a lakók közérzetére és szellemi, fizikai frissességére.

Biztosítjuk a családtagok és ismerősök fogadásának lehetőségét, kivéve, ha a lakó vagy törvényes képviselője erről másként rendelkezik.

A lakóknak joguk van intim személyes kapcsolat kialakítására.

A lakók igényei szerint önkéntesek, helyi civil szervezetek, egyházak és egyéb csoportok bekapcsolódhatnak az otthon életébe.

A lakó egészségi állapotát figyelembe véve biztosítjuk az egyéni ápolási – gondozási terv keretei mentén a lehető legnagyobb mértékű önrendelkezést, mozgásszabadságot és önálló döntéshozatalt.

Az intézmény alapdokumentumaiban és szakmai munkatervében megfogalmazott szolgáltatási tevékenységekkel segítjük a lakó önállóságának fenntartását. A lakónak csak az egyéni szükségleteihez mért támogatást adjuk meg.

2.1.6 Aktivitás fenntartása

A fizikai és mentális aktivitás fenntartása, az ez iránti igény kialakítása kiemelt feladatunk.

Az Időügyi Nemzeti Stratégia is kiemelten kezeli az idősök képességeinek hosszútávon történő fenntartását. A gondozás során ismertté vált az alul- és túlgondozás fogalomköre, amely a fizikai aktivitás fenntartásának vagy elvesztésének alapja.

Az idősök otthonában minden esetben törekszünk az aktivitásoknál:

- életmódbeli aktivitásra (napi, önellátáshoz kapcsolódó tevékenységek, például részvétel a saját közvetlen környezet rendben tartásában és a lehetőségek szerinti alakításában is),
- mozgásképeség fenntartását célzó tevékenységekre (a napi torna és a szükséges gyógytorna biztosításán kívül egyéb mozgáslehetőségeket is kínálunk, például szervezett séták, a lehetőségek szerint törekedni lehet egy kisebb tornaszoba berendezésére is),
- mentális és szellemi aktivitásra. Ezek többnyire tervezett és szervezett csoportmunka keretein belül történhetnek, lehetnek kreatív tevékenységek, emlékezetmunkát kezdeményező csoportok, a memóriát és a koncentrációs képességeket erősítő csoportok, valamint a gondolkodást és a kreativitás kibontakozását támogató csoportok, valamint műkedvelő, művészeti csoportok.

A személyre szóló gondozási terv mellett rendelkezünk kell Éves Munkatervvel, amelynek a mentálhigiénés tevékenységekre vonatkozó részére a mentálhigiénés munkatárs, vagy csoport tesznek javaslatot, a lakók körében való tájékozódásuk alapján és ez szerves része az intézmény éves munkatervének.

A munkaterv havi, heti bontásban készüljön, és rendszeres információ álljon az idősök rendelkezésére. Javasolt a rendszeres heti program, valamint a havi programok meghatározása és ezek kifüggesztése. Itt lehet megemlíteni, hogy nagyobb intézményekben jól bevált a mentálhigiénés szakemberek kezdeményezésére egy belső kiadvány készítése, amit az idősök írnak, szerkesztenek, terjesztenek.

A programok többféle tevékenységet takarjanak, a lakók igényét tükrözzék, és a lakóközösség által elfogadtatásra kerüljenek. Törekedni kell a jó ritmusra, változatosságra.

A munkaterv idő, felelős, hely, költség megjelöléssel készüljön az intézményi tervezhetőség miatt.

Az aktivitást biztosítani úgy tudjuk:

h.) ha elvégezzük a szükséglet felmérést, az idősotthon nyújtotta lehetőségek figyelembevételével

- fizikai, szellemi, kulturális és szórakoztató jellegű tevékenységek,
- fejlesztő-, egészségi aktivitást segítő programok.

i.) az aktivitásnál a követendő elvek

- célszerűség - rendszeresség - értékelés
- önkéntesség - mértéktartás - elismerés
- folyamatosság - változatosság

j.) figyelembe vesszük az idősotthon nyújtotta költségvetési kereteket, tervezést, felhasználást, tartalékot, pályázati lehetőségeket.

k.) meghatározzuk a Házirendben a fizikai foglalkoztatás, szocioterápiás tevékenység típusait, védőruha, felszerelés biztosítás és kifizetések rendjét.

l.) szellemi-, kulturális jellegű programoknál rövid és hosszú távú célok kitűzése a cél, eredményesség, értékelés,

m.) szórakoztató jellegű programok biztosítása, öntevékenység, önszerveződés lehetősége,

n.) fejlesztő vagy terápiás célú aktivitást segítő programok

Rendkívül fontos az aktivitást fenntartó programoknál a segítő és gátló tényezők figyelemmel kísérése, hogy hatékonyak legyünk a munkánk során. Vegyük figyelembe a lakóközösség működési rendjét.

Minden esetben negyedévente értékeljük a folyamatokat, programokat.

A lakókat megkérdezzük egyéni igényeikről a közösségi, szabadidős, kulturális, hagyományörző és ünnepekhez kötött tevékenységekkel kapcsolatban, és ezeket dokumentáljuk.

A lakóink részére biztosítjuk, hogy vallási/kulturális igényeiknek megfelelő szokásaikat gyakorolhassák.

A lakóink szükség esetén egyéni és csoportos foglalkozásokon vehetnek részt.

Speciális szükségletek (demens ellátottak) megjelenése esetén a lakóink adekvát programokon való részvétele kompetens szakemberek irányítása mellett biztosított

A programokról szóló információkat közérthető módon és elérhető helyen a lakók speciális igényeit, kommunikációs akadályait figyelembe véve közzétesszük.

2.1.7 Emberi méltóság megőrzése, kommunikáció

Az idős ember méltóságát megőrizve végezzük valamennyi tevékenységünket, amely során kiemelt jelentőségű kommunikációnk stílusa és tartalma.

A szakmai feladatok jelentős része az intim szférában történik, ami csak megfelelő tapintattal és körültekintéssel végezhető. Az ápolási-gondozási folyamatok során biztosított, hogy a lakók méltóságát, személyes igényeit tiszteletben tartják, különösen az alábbi területeken (SZEP):

- fürdetés,
- toalett használata,
- étkezés,
- orvosi vizsgálatok és konzultációk,
- a hozzátartozókkal való kapcsolattartás,
- az intézmény dolgozóival és az intézményben élőkkel való kapcsolat,
- pénzügyek kezelése.

Az intézmény dolgozói a belső és külső szabályzatok (pl. etikai kódex, adatvédelmi szabályzat) alapján a tudomásukra jutott személyes adatokat és információkat a lakók jogainak, méltóságának és magánéletének tiszteletben tartása érdekében bizalmasan kezelik, a lakók érdekében hasznosítják azokat. A titoktartási kötelezettségükkel a munkatársak tisztában vannak.

Biztonság – megfelelő életminőség

Az idősök otthonában különös jelentőséggel bír a biztonság alapfeltétele - a jövedelembiztonság és az életminőség javítására való törekvés.

Az egészséges életmód kialakítása nem a harmadik életszakaszban kezdődik, de folyamatosan törekszünk az egészséges évek számának növekedésére – megfelelő életminőség biztosítására.

Az életminőség dimenziói között foglalkozunk a szükséges jóléttel (Well-being), amelyhez hozzátartoznak az anyagi jólét mellett az életminőségi elemek, pl.: az idősök tudásának elismerése, hasznosítása, emberi kapcsolatok, belső és külső békesség, életcélok megtalálása.

Tisztelet

Az idősök körében nagy jelentőséggel bír a tisztelet, mint érték követése. Hozzátartozik a mindennapokhoz, a mindennapi tevékenységekhez az idős emberek tisztelettel való, név szerinti megszólítása, a tisztelet kifejezése verbális és nonverbális eszközökkel és folyamatosan. Lényeges, hogy különleges helyzetekben is úgy tudjunk közbelépni, hogy megakadályozzuk az idős ember méltatlan helyzetbe kerülését.

Elfogadás, érzelmi szükségletek – szeretet

Az időskor egyik jellemzője, hogy változnak az érzelmi szükségletek és reakciók. Az emberek – főleg az idős emberek, akik az életszakasz harmadik részében az idősök otthonát választották lakóhelyül – jobban igénylik a szeretetet. A szeretet olyan emberi érzelmet kifejező állapot, melyben, aki nyújtja, és aki kapja a szeretetet, jól érzi magát.

A szeretettel körülvett idős ember jól érzi magát, biztonságban van, könnyebben elviseli az életkorral járó nehézségeket, egészségi állapot változásokat, kríziseket.

Fontos, hogy éreztessük lakóinkkal elfogadjuk őket, tisztelettel vagyunk irántuk minden helyzetben.

Hasznosság érzet

A küzdeni akaráshoz, az egyes tevékenységekhez elengedhetetlen motiváció kialakításához, fenntartásához alapfeltétel, hogy az idős ember érezze, fontos társai, hozzátartozói, ismerősei számára – hasznos tagja a közösségnek, amelyben él. Tapasztalatai, tudása átadható mások számára, értékként közvetíthető. Éppen ezért fontos a testi és lelki egészséget szolgáló közösségi tevékenységeknél a bevonódás elősegítése a szükségletfelméréstől kezdve a megvalósításig és az értékelésig.

Probléma megoldás, kríziskezelés, konfliktuskezelés

Egymás közötti problémák kezelésében segítségnyújtás, kríziskezelés, konfliktusok kezelése, közvetítés, mediáció során érvényesítenünk kell a preventív és kialakult helyzetre reagáló stratégiákat, amellyel célunk rendezett helyzet, egyensúlyi állapot teremtése.

A tartós bentlakásos intézményekben élő idősök életében számos esetben van szükség arra, hogy egy-egy kialakult probléma kapcsán támogató segítséget kapjanak.

Általánosan jellemző, hogy a lakók 2 vagy több ágyas szobákban élnek együtt. Az együttélés – számukra ismeretlen emberrel – konfliktusok forrása, különösen a betegségekkel küzdő, alacsonyabb toleranciaszintű idősök számára. A kialakult konfliktusok kezelése éppoly fontos, mint az azok megelőzésére elindított tevékenységek sora.

Amennyiben az idősök krízis helyzetet élnek meg, személy- és/vagy tárgyvesztéssel kapcsolatban, egészségügyi probléma kialakulása miatt, betegség megjelenése miatt, egyéni konfliktus esetén a segítő szakember a szociális munka eszközével és módszerével valósítja meg az egyéni esetkezelést vagy csoportos terápiát.

A kezeletlenül maradt problémák, krízishelyzetek mélyülnek, izolációhoz, súlyos esetekben pszichiátriai megbetegedésekhez vezethetnek. Az időskori depresszió a tartós bentlakásos intézményekben sem idegen jelenség, ami további betegségek, inaktivitás forrása. Fontos, hogy a szakemberek már a jelek észlelésekor beavatkozzanak.

Mentálhigiénés tevékenység az élet végén

Az emberi méltóság megőrzése, a fájdalom enyhítése, a támogató jelenlét a haldokló idős számára a megnyugvást jelenti, amiben nemcsak a mentálhigiénés tevékenység során fordítunk figyelmet.

Az élet befejező szakaszában találkozunk a **haldokló** ember végig kíséréseivel, az élet méltósággal történő befejezésével. A tevékenység szintén team munkát igényel, hiszen nem „csak” az ápoló, hanem a lelkész, az orvos, a pszichológus, a mentálhigiénikus, de a család is részt vesz a kíséretben, az elmúláshoz vezető út megtételénél.

A hospice szellemisége kíséri az elmenő idős embert, akinek mindent amihez igénye van, biztosítanunk kell „utolsó kívánság” gyanánt.

Miután feladatunk van az életben lévő idős lakótársakkal is, így fokozott figyelmet szenteljünk az ő támogatásukra a gyász feldolgozásában. A gyászmunka a méltóság teli búcsúval veszi kezdetét, majd az emlékezéssel folytatódik. Fontos, hogy csökkentsük az intézményen belüli patológiás gyászfolyamatok kialakulásának esélyét, és teret adjunk a gyászról, a halálról és az elhunyt lakóról való beszélgetéseknek is.

2.1.8 Érdekképviselési feladatok

Az idős ember érdekeinek érvényesítése, képviselete fontos feladatunk, amelyhez biztosítjuk a különböző fórumok működésének lehetőségét. Erről és a lakókat megillető jogokról kielégítő módon adunk tájékoztatást.

Az 1993. évi III. tv. 94/E §. K §, L § megfogalmazza az idősek otthonában élők jogait, úgymint szociális alapjogokat, és speciális jogokat és kötelezettségeket. Ennek megfelelően törekednünk kell az idősek részére biztosítani az Alkotmányos jogok megtartását, és a szociális alapjogokat.

Az intézményvezetőjének meghatározza a törvény a feladatait, úgymint tájékoztatási kötelezettség:

- a felvételi eljárásról, a szolgáltatás nyújtásáról,

- az idős otthon gazdálkodásáról,
- a térítési díjról, a havi önköltség nagyságáról,
- az idős értékeinek, vagyontárgyainak megőrzéséről,
- a látogatás, kapcsolattartás rendjének megismertetéséről az időssel és a hozzátartozókkal egyaránt,
- Érdekképviselői Fórum működésének feltételeiről, a panasz benyújtásának biztosításáról.

Panaszkezelés

A panaszkezelés módja egyaránt ismert a lakó és a szakdolgozó számára, annak eljárásrendje egyszerű és világos. Biztosítjuk a panaszok azonnali és hatásos kivizsgálását.

A panaszkezelési eljárásrend tartalmazza a panaszkezelés szintjeit, szakaszait, folyamatát és időkereteit, valamint azt, hogy a panaszok kezelésére milyen határidővel szükséges visszajelzést adni. Lényeges, hogy a szóbeli panaszokról is készítsünk feljegyzéseket és évente egyszer elemezzük a panaszokat, mert ez sok figyelmeztető jelzést adhat a jövő tervezéséhez, a hibák elkerüléséhez.

A hozzátartozókkal végzett munka

A hozzátartozókkal végzett munka beletartozik az intézményben megvalósított metálhigiénés tevékenységekbe. A lakók testi és lelki egyensúlyának megőrzéséhez közvetve igen erőteljesen hozzájárul a hozzátartozóval fenntartott kapcsolat és a hozzátartozó elégedettsége. Ezért alakítsuk ki a hozzátartozók tájékoztatásának rendjét, a velük való rendszeres beszélgetéseket. Ezek a találkozások adnak támpontot a szakembernek arról, hogy a hozzátartozónak mennyire sikerült feldolgoznia, elfogadnia az intézménybe való beköltözést. Lényeges, hogy még a helyzetek elmérgesedése és a súlyos, nem mindig indokolt elégedetlenségek kialakulása előtt, szakszerűen foglalkozzanak velük.

Mentálhigiénés munkatársak lelki egészségvédelme

Az idősök otthonában komoly pszichés leterheltség jelenik meg az ápoló- és mentálhigiénés munkát végző személyeknél is. Amennyiben nem figyelünk erre a jelenségre, komoly lelki betegségek alakulhatnak ki a munkatársaknál. Ezért célszerű az esetmegbeszélő csoport, szupervízió és rekreáció a munkavállalók körében.

Az idősök otthona egy munkahelyi közeg is egyben, ahol az egyéni mentálhigiénén túl a közösségi és munkahelyi mentálhigiénének is meg kell jelenni, hiszen akkor tudjuk jól végezni a feladatunkat, ha kellő önismerettel, egészséges személyiséggel bírunk, rendelkezünk. Elengedhetetlen egy hatékony támogató rendszer kiépítése a kiégés elkerülésére.

Mindezeket a tényezőket figyelembe kell vennünk az idősök otthonában élők komplex gondozásánál, a jó mentálhigiénés állapot fenntarthatóságánál, a képességek, készségek, autonómia hosszú távú megőrzésénél, a méltó időskor fenntartásában.

2.2 Előnyök, kockázatok, veszélyek, feltételek elemzése, alkalmazásának személyi és tárgyi feltételei

2.2.1 Előnyök:

- minőségi szolgáltatás,
- életminőség javulása,
- kiegyensúlyozott intézményi légkör.

2.2.2 Kockázatok, veszélyek:

- Alacsony szakmai kulturális szint esetén a szttenderdek iránymutatásai nem teljesülnek, alacsonyabb lesz a lakók elégedettségi szintje.
- Az adott intézmény településszerkezetből adódó helyzete, infrastruktúrája, informatikai háttér biztosítottsága.
- Ellenőrzési lehetőségek megfelelősége, szabályok betartatásának eszközei.

Indokolt tisztázni az idősök otthonában a mentálhigiénés tevékenységeknél a személyi- és tárgyi feltételeket a feladatok teljesítéséhez.

2.2.3 Személyi feltételek

A **személyi feltételeket** a hatályos jogszabályi előírásoknak megfelelően kell kialakítani. A jogszabályokban a minimum feltételek definiáltak, amelytől pozitív irányú eltérés lehetséges csak, vagyis a meghatározott minimum létszámot minden intézményben kötelező alkalmazni, ennél magasabb létszám kellő szakmai indokoltsággal minőség-növelő célzattal alkalmazandó.

A személyi feltételeknél kiemelést érdemel a munkaköri leírás tartalmi elemei, személyi alkalmasság.

2.2.4 Tárgyi feltételek

A **tárgyi feltételek** körében a tevékenység végzéséhez mindenképpen indokolt egy iroda helyiség, ahol az adminisztrációs tevékenységen túlmenően biztosított a személyes kapcsolatteremtés, segítő beszélgetés, tanácsadás, konzultáció lehetősége. A közösségi programokhoz elengedhetetlen egy olyan helyiség, ahol lehetőség nyílik csoportos tevékenységre, amely lehet pszichológiai, szociális és kulturális tevékenységhez egyaránt igénybe vehető helyiség.

Ezen túlmenően a mentálhigiénés tevékenységhez szorosan kapcsolódó helyiségek a következők:

- hitélet gyakorlásának biztosításához helyiség,

- teakonyha,
- könyvtárszoba,
- aktivitást fenntartó kreatív műhely,
- pihenőkert vagy terasz,
- tornaszoba vagy e célra szolgáló helyiség.

A tárgyi feltételeknél kiemelkedő az informatikai és egyéb technikai háttér biztosítása a korszerű, gyors és időt kímélő technikai elem.

Az aktivitás megtartásához, illetve a könyvtári tevékenységekhez az eszközök, könyvek, filmek, DVD lejátszó, CD lejátszó, játékok, fényképezőgép, eszközök, stb. biztosítása. Más egyéb tárgyi feltételek részletezése talán indokolatlan, úgymint a szociális blokk, autó, telefon stb.

2.3 A sztenderd alkalmazására vonatkozó javaslatok

A mentálhigiénés tevékenység módszereiben számos lehetőség kínálkozik a szakemberek számára, hiszen a feladatok több szintén is megvalósíthatók.

Az egyes tevékenységek végezhetők egyéni vagy csoportos foglalkozások keretében. A csoportos foglalkozások lehetnek tematikus, illetve terápiás csoportfoglalkozások, probléma fókuszú összejövetelek (pl.: lakógyűlés), egy-egy témakörhöz kötődő, kötetlen összejövetelek (pl.: dalkör, irodalmi kör, stb.), érdekképviseleti csoportok (Érdekképviseleti Fórum, Élelmezési Fórum, Kulturális Bizottság, stb.). A csoportok a tagok létszáma szerint lehetnek változóak, ami a célokkal is összefüggésben áll. Egy fejlesztő – szinten tartó foglalkozást célszerűbb kisebb létszámú csoportban megvalósítani, mert ebben az eseten nagyobb figyelmet kaphat az egyéni szükséglet. Abban is mutatkozhat eltérés, hogy rendszeresek-e a csoportos összejövetelek (a legtöbb csoportfoglalkozásra ez igaz), vagy ad hoc jellegűek (ez inkább a probléma fókuszú csoportokra jellemző).

Különbség mutatkozik a tevékenység helye szerint is, hiszen megkülönböztetünk intézményen belüli és intézményen kívüli programokat, ezeken belül pedig szabadtéri és épületen belül szervezettet. Az egyensúly megtartása lényeges, hiszen a szabad levegőn, intézményi környezeten kívül szervezett események hatása fontos, csökkenti a bezártság érzetét, változatosságot jelent, bizonyos esetekben még az autonómia érzetét is fokozza.

Az egyes tevékenységek célmeghatározása alapján szükséges a módszert kiválasztanunk, hiszen nem mindegy hogy szabadidő hasznos eltöltését célozzuk-e meg szórakoztató vagy kulturális jelleggel, vagy éppen fejlesztés – szinten tartás az, amit elérni kívánunk.

Bármelyik esetről is van szó, számos lehetőség kínálkozik a megvalósításra. A szabadidős szórakozások között szerepelhet:

kreatív kézműves foglalkozás, ami a finom motorikát, kézügyességet fejleszt,

memória tréning a meglévő tudás karbantartására, gyarapítására,

játékok (társasjátékok, kártya), szervezett, csoportos játékok,

videó, TV, mozi kínálta lehetőségek,

napi torna, mozgás, sport, kirándulás,

társas összejövetelek (idősek napja, családi napok, stb.), amelyek az intézmény keretein belül kerülnek megrendezésre,

a közvetlen és a tágabb környezet megismerése, múzeumi, várostörténeti, település – ismereti séták

kisebb csoportok számára szervezett kötetlen beszélgetések (felolvasás, teaház, kávéház, stb.)

A kulturális programok éppoly jelentős élményt adnak az idősek számára, mint a szórakozás.

előadások szervezése különböző témakörökben külső előadó meghívásával (irodalmi, utazás, egészséges életmód, betegségek, stb.) Az előadásokon kívül egyre inkább teret

szükséges adni a felnőttkori tanulásnak, kutatómunkának, emlékiratok megírásának és az információs technikai eszközök használatának.

színház,

mozi,

kiállítás,

fesztiválokra való részvétel (idősek és más korosztályi csoportok számára szervezett egyaránt),

generációs találkozók.

A programok szervezése során arra kell törekedni, hogy minél többféle változatot valósítsunk meg változatos helyszínekkel. Mindig az adott ellátotti szükségleteknek megfelelően válasszunk oly módon, hogy az idősek aktivitása fokozódjon. A hangsúly minden esetben az aktív részvételen van, ami az önkéntességen alapul.

Amennyiben a fenti programok nem vagy részben valósulnak meg, szükségessé válhat a mentálhigiénés szakemberek terápiás jellegű beavatkozása az ellátást igénybevevők között. A beavatkozás történhet egyéni, kiscsoportos, terápiás nagycsoport és közösségi mentálhigiéné formájában.

Megfogalmazzuk az intézmény küldetését, filozófiáját, amely kiterjed a munkavállalók alkalmassá tételére, hogy mentálhigiénés szemléletben legyenek képesek feladataikat végezni.

2.4 Kimeneti elvárások, és az azokhoz csatlakozó kritériumok (a kritériumok olyan elvárások, amelyekből meg lehet állapítani, hogy a sztenderdet betartották-e a szolgáltatási folyamatban vagy sem).

Alapvető elvárás minden intézmény esetében, hogy a lakók a szükségleteiknek legmegfelelőbb szolgáltatásokhoz jussanak, elégedettek legyenek a kapott ellátással.

Probléma helyzetek esetén hatékony segítséget kapjanak a szakemberektől. A megfelelő bánásmód, odafigyelő magatartás meghatározza az idős ember közérzetét.

A jó hangulat sok esetben segít át nehézségeken, teszi könnyebbé egy-egy nehezebb nap átvészelését.

Amennyiben az alábbi kritériumok teljesülnek, elmondható, hogy a szolgáltatás színvonala megfelelő minőségű, az ellátást igénybevevő szükségleteire reagál.

A kérelmező egyéni szükségletei és igénye felmérésre kerülnek; és biztosított, hogy a hatályos jogszabályoknak és a szükségleteinek, igényeinek megfelel szolgáltatásban részesül.

A felhasználó tisztában van azzal, hogy – az intézmény és közte létrejött egyéni megállapodás alapján–az intézmény lakójaként milyen jellegű és minőségű szolgáltatások illetik meg a közölt térítési díj-fizetés ellenében, illetve milyen szolgáltatásokat vehet igénybe külön térítési díj megfizetése mellett.

Az intézménybe való beköltözés folyamatában, illetve a beilleszkedés időszakában a lakó biztonságban érzi magát.

A lakó úgy érzi, hogy minden körülmények között tisztelettel bánnak vele, magánéletét és személyes igényeit tiszteletben tartják; és tudja, hogy a vele kapcsolatos személyes információkat megfelelő módon, bizalmasan kezeli az intézmény.

A lakó úgy érzi, hogy az egyéni gondozási tervet az ő személyes érdekében, egészségi állapotának, egyéni szükségleteinek és igényeinek megfelelően, az ő aktív közreműködésével készítették el.

A lakóval haldoklása időszakában és halála esetén tisztelettel és különös odafigyeléssel viseltetnek az intézmény dolgozói; és hasonlóképpen odafigyeléssel és együttérzéssel bánnak a hozzátartozókkal.

A lakók úgy érzik, hogy az intézmény a személyes aktivitásuk fenntartásához igényeiknek megfelelő lehetőségeket biztosít számukra; és az ezzel kapcsolatos kezdeményezéseiket támogatják.

A lakók az igényeiknek megfelelően tartják fenn kapcsolataikat családjukkal, rokonaikkal, barátaikkal, valamint az intézményi, a települési és a tágabb lakókörnyezet közösségeivel.

A lakó úgy érzi, az intézmény segíti önállósága és függetlensége fenntartásában; fontosnak tartják és figyelembe veszik döntési kompetenciáit és véleményét.

A lakó úgy érzi, hogy emberi, állampolgári, ellátotti és speciális ellátotti jogait az intézmény tiszteletben tartja és védi.

A lakó és hozzátartozói (természetes támogatói, gondnoka) tisztában vannak a panasztétel módjával, folyamatával, és bizonyosak abban, hogy panaszaikat meghallgatják, komolyan veszik és orvosolják.

2.5 A kritériumok teljesülésének indikátorai és monitoring lehetőségei

Az időotthonok lakóival folytatott mentálhigiénés tevékenység nehezen mérhető folyamat, mégis szükséges meghatározni olyan kritériumokat, amelyek mutatói lehetnek az elvégzett munkának.

Ebben egyik fontos mutató a **lakói elégedettség**, ami mérhető kérdőíves vizsgálattal. Ugyanez igaz a **hozzátartozói elégedettségre** is. A kérdőíves elégedettségvizsgálat azonban önmagában nem értékelhető, mivel több kritikus pontja is van. Egyrészt felveti azt a kérdést, hogy a lakók mennyire adnak őszinte, nyílt válaszokat, felmernek-e vállalni problémákat, megfogalmaznak-e kritikai észrevételeket.

Amennyiben kérdőíves elégedettség vizsgálatot végzünk, úgy szükséges zárt és nyitott kérdéseket is alkalmazni, kontroll kérdések beépítésével.

A lakók esetében számolnunk kell azzal a ténnyel is, hogy nem minden idős képes kérdőíves vizsgálatban részt venni. Ezekben az esetekben megfigyeléses módszerhez kell folyamodnunk, amely irányulhat az adott közösség egészére és csak az egyénre is.

A lakókról készített **állapotfelmérések** eredményei szintén lehetnek mutatószámok. Itt azonban nem elegendő azt regisztrálni, hogy az állapota rosszabbodott, stagnált vagy esetleg javult, hanem a viszonyrendszerében, összefüggéseiben kell vizsgálnunk a kiinduló állapothoz képest történt változást szem előtt tartva. A vizsgálandó területek között kell szerepelni az egészségi, mentális állapot, autonómia érzése, kapcsolatrendszere, intimitás szerepe, tolerancia. Ebben a lakó önértékelésére építünk, amit kiegészíthetünk a hozzátartozók meglátásaival, az ellátás biztosításában dolgozók észrevételeivel, megfigyeléseivel.

Konfliktushelyzetek számának alakulása vizsgálható egy adott közösségben, az ebben elért változás rögzíthető.

A készített **munkaterv**, azok megvalósulásának dokumentálása szintén mutatója lehet a munkának, kiegészítve azokkal a számadatokkal, amelyek a foglalkozások számát, illetve azok típusainak számát mutatják. Természetesen a számok csak összefüggéseiben értelmezhetők, hiszen alapvetően befolyásolja azt az intézményben élők egészségi, fizikális állapota. A nagyságrend önmagában téves következtetések levonását eredményezheti, mindenképpen a szükségletek összevetésével, illetve az adott közösségben felmerülő problémákhoz való viszonyában kell értelmeznünk.

Az egyes munkafolyamatok során készített **dokumentációk** mennyiség és minősége szintén fontos. A dokumentáció tartalmi elemei meghatározhatók, amelyek az ellenőrizhetőséget lehetővé teszik.

3. Mellékletek

3.1 A szabályozó anyagban használt fogalmak jegyzéke és meghatározása.

Aktivitás Mindaz a célszerű és hasznos, rendszeres fizikai, szellemi és szórakoztató jellegű tevékenység, amely által életünk tartalommal tölthető meg, melynek segítségével képességek, hajlamok felhasználásával fenntartható és fejleszthető az önbecsülés, hasznosság.

Aktivizálás A szolgáltatást használók érdeklődési területeit, vallási és társas hagyományait, meglévő képességeit komplexen figyelembe véve támogatja az aktivitás, önértékelés fenntartását, hozzájárul elszigeteltségének megakadályozásához. Az aktivizálás célja a lakók meglévő képességeinek szinten tartása és fejlesztése, valamint közösségépítés eszközeivel és módszereinek felhasználásával a társas kapcsolatok elmélyítése.

Csoportmunka A szolgáltatást használók személyes kompetenciáinak erősítése, az öngyógyító folyamatok elindítása és a csoportban való működésmód terápiás erejének használata, új készségek, ismeretek megtanulása.

Egészségnevelés A szolgáltatást használók személyiségének fejlesztése, ismeretek közvetítése, gyakorlati útmutatók személyközpontúvá tétele útján hozzájárul a testi, lelki egészség megőrzéséhez, az egészséges életmód követéséhez és az egészségtudatos magatartás kialakításához.

Előgondozás Az ellátást kérelmező mentális és szomatikus állapota, életminősége, szociális helyzete alapján az igények, szükségletek és a meglévő potenciálok (képességek, készségek, tudások és erőforrások) felmérése a szükséges és elégséges szolgáltatás biztosítása érdekében. Tájékoztatás annak érdekében, hogy a kérelmező elegendő információval rendelkezzen az ellátással kapcsolatban.

Esetkísérés, esetvitel, egyéni mentálhigiénés ellátás A szolgáltatást használó idős ember képessé tévése, állapotának figyelemmel kísérése, személyes fejlődésének támogatása. Kríziseiben, problémáinak feldolgozásában támogatás, egyéni segítő beszélgetés felkínálása, a továbblépés lehetőségeinek közös megtervezése.

Érdekvédelem A szolgáltatást használó érdekérvényesítésének támogatása, alapjogainak megsértése esetén jogorvoslati lehetőségek igénybevételének biztosítása, az ellátottjogi képviselővel közvetítő kapcsolat kialakítása.

Kompetencia alapú fejlesztés A szolgáltatást használó meglévő képességeinek és készségeinek fejlesztése és/vagy szinten tartása, védelme az önmegvalósítás elősegítése érdekében.

Konfliktuskezelés A lakók egymás közötti és általában a közösségen belüli konfliktusainak megelőzésére, kezelésére és megszüntetésére irányuló tevékenység.

Kríziskezelés, krízisintervenció A nehéz élethelyzetben, stresszel, traumával megzavart állapotban a biztonság megteremtése, azokban az állapotokban, mikor az egyén a problémáit sem megoldani nem tudja, sem továbblépni nem tud a túléléshez és az egyensúly visszanyeréséhez megfelelő beavatkozás biztosítása.

Prevenció Veszélyeztető helyzetek, krízisek, betegségek kialakulásának megelőzésére irányuló tevékenység.

3.2 A szolgáltatás szempontjából releváns jogszabályok jegyzéke.

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

1992. évi LXIII. törvény – a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról

188/1999. (XII. 16.) Korm. rendelet – a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmény és a falugondnoki szolgálat működési engedélyezéséről, továbbá a szociális vállalkozás engedélyezéséről

226/2006. (XI. 20.) Korm. rendelet – a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatók, intézmények ágazati azonosítójáról és országos nyilvántartásáról

29/1993. (II. 17.) Korm. rendelet – a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások térítési díjáról

260/2007. (X. 4.) Korm. rendelethe – a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatások 2008. évi irányított területi kiegyenlítési rendszeréről

213/2007. (VIII.7.) Korm. rendelet – az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézetéről, valamint eljárásának részletes szabályairól

340/2007. (XII.15.) Korm. rendelet – a személyes gondoskodás igénybevételével kapcsolatos eljárásokban közreműködő szakértőkre, szakértői szervekre vonatkozó részletes szabályokról

211/2003. (XII. 10.) Korm. rendelet – az Országos Szociálpolitikai Szakértői Névjegyzékről

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

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

9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet – a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről

8/2000. (VIII. 4.) SzCsM rendelet – a személyes gondoskodást végző személyek adatainak működési nyilvántartásáról

9/2000. (VIII.4.) SzCsM rendelet – a személyes gondoskodást végző személyek továbbképzéséről és a szociális szakvizsgáról

1/2004. (I. 5.) ESzCsM rendelet – a betegjogi, az ellátottjogi és a gyermekjogi képviselő működésének feltételeiről

1949. évi XX. törvény a Magyar Köztársaság Alkotmány

3.3 A területen releváns alapvető szakirodalom jegyzéke.

Aktív időskor. Szerk.: Grábics Ágnes. Tanulmánykötet. Bp., KSH és SZMM

Az idős emberek szociális ellátásának mentálhigiénés feladatai.(2003) Bp., NCSSZI.
(94-126 old.)

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

Buda Béla (1994): A haldoklás és a halál mentálhigiénés aspektusai. In: Buda Béla: Mentálhigiéné. Bp., Animula K.

Buda Béla (1994): Öregség és lelki egészség. In: Buda Béla: Mentálhigiéné. Bp., Animula K.

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

Exterdéné Zsurkai Ilona (2008): Megküzdési stratégiák időskorban. In: Gerontológia. Szerk.: Semsei Imre, Nyíregyháza, DEEK

Fülöp Márta (2004): Versengés időskorban szociálpszichológiai és pszichoanalitikus megközelítésben. In: Életciklusok. Szerk.: Pető Katalin Bp., Animula (57-78 old.)

Gáthy Vera (2001): A kliensjogok védelmében. In: Minősegbiztosítás és szociálpolitika. Bp., Főv.Módsz. Oszt., (55-68 old.)

Geriatricai kézikönyv.(1997) MSD., Bp., Melania KFT., 1409-1417 old.

Guillemard, Anne-Marie (1999): Megöregedés és kirekesztetté válás. Szociológiai Figyelő, 100–108. oldal

Gyukits György (2003): A gyászolók szociális támogatása. In: Pilling János (szerk.): A gyász. Bp., Medicina

Hárdi István (2007): Harmónia és kreativitás öregkorban. In: Az időskor. Sopron Edutech K.

Időügyi Nemzeti Stratégia. (2009) Szociális és Munkaügyi Minisztérium

Iván László (2002): Az életminőség védelme a krónikus betegségekben és öregkorban. In: Élethelyzet – életminőség, zsákutcák és kiutak. Bp., MTA

Iván László: A sikeres öregedés rendszerszemlélete(2006) In.: Imre Sándor – Fábán Gergely: Őszülő társadalmak Nyíregyháza, DEEFK (9-15 old.)

Kast, Verena (1982): A gyász. Egy lelki folyamat stádiumai és esélyei. Bp., TWINS

Kovács Mónika (szerk.) (2003): Időskori depresszió és szorongás. Bp., Springer

Kovács Mónika szerk. (2003): Időskori depresszió és szorongás. Bp., Pfizer

Kravalik Zsuzsanna (2004): Az időspolitika gyakorlata az Európai Unióban közösségi és tagállami szinten. In: Idősbarát önkormányzatok 2005.Bp.,ICSSZEM (309-375 old.)

Linley, P.A. (2003): Trauma és pozitív alkalmazkodás. In: Teher alatt...Pozitív traumafeldolgozás és poszt-traumás személyiségfejlődés. Szerk.: Kulcsár Zsuzsanna. Bp., Trefort K.

Nuland, B. Shervin (2002):Hogyan halunk meg? Bp., Akkord Kiadó (80-104 old. valamint a 105-132 old.)

Pék Győző (1998): Gerontopszichológiai protokoll. Ajánlások a gerontopszichológiai interjú és az időskori kognitív funkciók és viselkedés becslésének témakörében. Pszichoterápiás vonatkozások. In: A klinikai pszichológia és a mentálhigiéné szakmai protokollja. Bp., Animula K.

Pilling János (2003):A gyászolók segítésének lehetőségei. In: A gyász Szerk. Pilling János Bp., Medicina K.

Pilling János (2003):Gyász. In: Kovács Mónika (szerk.) Időskori depresszió és szorongás. Bp., Springer (108-115 old)

Polcz Alaine (2005): Együtt az eltávozottal. Pécs, Jelenkor

Semsei Imre (2008): Gerontológia. Nyíregyháza, DEEK

Tatelbaum, J. (1998): Bátorság a gyászhoz. Bp., Pont K.

Tatelbaum,J. (1998): Bátorság a gyászhoz. Bp., Pont

Urbanekné László Judit (1995): Alternatívák az idősgondozásban. Esély Füzetek 2. 1995. 89-106 old.

Üzenet a társadalomnak az öregedésről. (1999) Bp., Soros Alapítvány

3.4 A már létező módszertani segédletek jegyzéke és elérhetőségi helye

Aktivitás, mozgás, sport a harmadik életszakaszban. Szerk.: Némethné Jankovics Gyöngyi (2005) Győr, SZENIOR K.

Bagdy Emőke – Koroknay Bertalan (1988): Relaxációs módszerek. Bp., Medicina

Benedek László (1984): Játékkatalógus csoportos játékterápiához. Bp., MPT

Benedek László (1992): Játék és pszichoterápia. Bp., MPT

Foglalkoztatás bentlakásos otthonokban.(2000) Bp., FÖMO

Horváth Varga Zsuzsanna (2001): Újszerű törekvések az időskorúak kreatív terápiás foglalkoztatásában. In:Új terápiás programok. Bp., NCSSZI

Horváth Varga Zsuzsanna (2006): Fejlődés vagy hanyatlás? Kreatív tevékenységek az idősök foglalkoztatásában. In: Őszülő társadalmak Szerk.: Imre Sándor, Fábíán Gergely Nyíregyháza, DEEK

Katona Viktória (2003): Érezzük jól magunkat időskorban. Győr, SZENIOR

Katz L. – Rubin, M. (2003): Tartsd az agyad fiatalon! Bp., La Ventana

Németh László (1986): Tündérhegyi szocioterápiás műhelyek és gyakorlatgyűjtemény. Bp.,MPT

Rudas János (1990): Delfi örökösei. Bp., Gondolat

Rudas János (2009): Javne örökösei Bp., Lélekben Otthon

Somorjai Ildikó – Török Emőke (2006): Közösségi játékok idősöknek. Bp., ICSSZEM

Vidovszky Gábor (1992): Örömtrening. Bp., Image

3.5 Hazai és nemzetközi tapasztalatok, legfrissebb tudományos eredmények irodalmi áttekintése.

Barthalos István, Bognár József, Ihász Ferenc, Kányai Róbert, Ráczné Németh Teodóra: Idős nők antropometriai és motoros jellemzőinek változása 15 hetes mozgásprogram hatására (Magyar Sporttudományi Szemle, 2009/1)

Bognár József, Barthalos István, Ihász Ferenc, Kányai Róbert, Ráczné Németh Teodóra: Mozgásos intervenciós program hatásai szociális intézményben élő idős nők körében (Népegészségügy, 2009. 87. évfolyam 3.szám)

BENTLAKÁSOS IDŐSELLÁTÁS

Demenciában szenvedő idősök személyi központú ellátása

PCC

szakmai sztenderd

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés

- 1.1 A sztenderd definíciója
- 1.2 A szolgáltatás célcsoportjának meghatározása (indikáció)
- 1.3 A szolgáltatás alapelvei (Kapcsolat a többi normatív szabályozóval, meglévő hazai szabályozásokkal – normatív dokumentumokkal)

2. Az elvárt szolgáltatási gyakorlat leírása

- 2.1 Lehetséges módszerek, eljárások, megoldási módok (alternatívák)
- 2.2 Előnyök, hátrányok, feltételek elemzése, alkalmazásának személyi és tárgyi feltételei
- 2.3 A sztenderd alkalmazására vonatkozó javaslatok
- 2.4 Kimeneti elvárások, és az azokhoz csatlakozó kritériumok (a kritériumok olyan elvárások, amelyekből meg lehet állapítani, hogy a sztenderdet betartották-e a szolgáltatási folyamatban vagy sem).
- 2.5 A kritériumok teljesülésének indikátorai és monitoring lehetőségei.

3. Mellékletek

- 3.1 A szabályozó anyagban használt fogalmak jegyzéke és meghatározása.
- 3.2 A szolgáltatás szempontjából releváns jogszabályok jegyzéke.
- 3.3 A területen releváns alapvető szakirodalom jegyzéke.
- 3.4 A már létező módszertani segédletek jegyzéke és elérhetőségi helye.
- 3.5 Hazai és nemzetközi tapasztalatok, legfrissebb tudományos eredmények irodalmi áttekintése.

1.Bevezetés

Kitekintve a világban, azzal kell szembesülnünk, hogy a szellemileg hanyatló idösek hazai ellátása egyenetlen színvonalú, helyenként korszerütlen, elmarad attól, amit ma az európai ellátórendszerben szakmailag elvárnak.

2009-ben az Európai Bizottság közleményt adott ki az „Alzheimer-korra és más demenciákra irányuló európai kezdeményezésről”, melyben négy kulcskérdést, problématerületet határoznak meg, melyben segíthet a közösségi fellépés:

- Az emberek tevékenyen segíthetnek a demencia – különösen a vaszkuláris demencia és bizonyos mértékben az Alzheimer-kór – megelőzésében, a korai diagnózis pedig segíthet abban, hogy a beavatkozásokra akkor kerülhessen sor, amikor azok a leghatékonyabbak. Szerte az EU-ban azonban az emberek nincsenek tudatában a megelőzés és a korai beavatkozás fontosságának. A megelőzésben a következő tényezők játszhatnak kulcsszerepet: érrendszeri rizikófaktorok (magas vérnyomás, magas koleszterinszint, dohányzás) rendszeres ellenőrzése, az egész életen át tartó tanulás ösztönzése, a korai helyes diagnózis helyes gyakorlatának kialakítása, a nyugdíjazás rugalmasabbá tétele (foglalkoztatás ösztönzése, rugalmas kilépés a munkaerőpiacról), infokommunikációs eszközök fejlesztésének támogatása, ilyenek bevezetése (telecare, telemedicina).
- Egyértelműen jobban meg kell érteni a demenciákat, különösen az Alzheimer-kórt és más idegrendszeri degeneratív válfajokat. A kutatás koordinációja még nagyon korlátozott, és nincs elegendő járványügyi adat, amely elősegíthetné a közvetlen kutatást és a jövőbeli fellépést. Érdeklődésre számot tartó terület lehet pl. a betegség patopszichológiája – beleértve a

járványügyi és klinikai vizsgálatokat –, az egészségügy gazdasági vetületének kutatása, a társadalom- és bölcsészettudományok, amelyek segíthetnek megérteni a betegség pszichológiai és társadalmi aspektusait, valamint a szociális ellátási modellek kutatása, beleértve a demenciában szenvedőket gondozók képzése terén a helyes gyakorlatok átadását, azt a széles körű konszenzust tükrözve, miszerint a beteggondozásnak a gyógyszeres kezelésen túl ki kell terjednie a nem gyógyszeres megközelítésekre is.

- Az Unióban különböző helyeken kialakulóban vannak helyes gyakorlatok a diagnózissal, a kezeléssel és a terápiák finanszírozásával kapcsolatban, ám ezeket uniós szinten nem osztják meg egymással. Mindezt súlyosbítja, hogy az Európai Unió jelenleg és a jövőben is hiányt fog szenvedni hivatásos segítőkben, továbbá a nem hivatásos ápolóknak nyújtott támogatás hiányából is sok probléma adódik. Ezért fontos teret adni a jó gyakorlatoknak, képzéssel támogatni a hozzátartozó és nem hozzátartozó gondozókat, illetve fontos a minőségi keretek kialakítása a demenciában szenvedőknek szánt orvosi és ápolási szolgáltatások számára.

- Az Unió tagállamaiban jelenleg **nem fordítunk kellő figyelmet a kognitív hiányosságban szenvedők jogaira**. Emellett nem ismerik el az idős emberek szellemi tőkét, a nagyközönség nem ismeri az Alzheimer-kórt és nem érti, miben áll, valamint a demenciák általában megbélyegzik az abban szenvedőket -ez pedig rossz hatással lehet a betegek egészségére. Másrészt az őket gondozók ugyancsak szembetalálhatják magukat a társadalmi kirekesztettséggel. A társadalmi kapcsolatok fenntartása és az aktivitás megőrzése mindazonáltal segít az autonómia és a fizikai-szellemi jólét hosszabb ideig tartó megőrzésében, csökkentve a segítségre szorulás mértékét és megelőzve a társadalmi elszigetelődést és a depressziót.

A demenciában szenvedők leggyakrabban a személyiségüket megtartó ellátás hiányától szenvednek. (Tom Kitwood) A gondozás gyakran személytelen, feladat-orientált, csak a fizikai ellátásra összpontosít, kevés munkatárssal –akik sokszor a demencia ellátás területén alulképzettek – biztosított.

Alapkérdés: a célcsoportot értéknek vagy tehernek tartjuk-e? A sztenderd kidolgozó Christine Brydennel vallják, hogy

„... a demenciában szenvedők fontos utat járnak az értelemről az érzelmen át a lélek felé. Ami igazán fontos, az megmarad, és csak az tűnik el, ami igazából nem is olyan fontos. Ha a társadalom ezt megértene, akkor a demenciában szenvedőket tisztelné, és kincsként őrizné.”

1.1 A sztenderd definíciója

A demenciában szenvedő idősök intézményi ellátásának professzionális elméleti és gyakorlati megközelítése: az értékeken alapuló személy - központú gondoskodás..

Pozitív szemléletű szolgáltatási filozófia, amelynek fókuszában a demenciában szenvedő idős van.

1.2. A szolgáltatás célcsoportjának meghatározása (indikáció)

Szakorvosi javaslat alapján a demencia diagnózissal rendelkező idősök.

(Demencia Centrum, ORSZI, Pszichiáter)

1.3.A szolgáltatás alapelvei

A szemlélet alapgondolata: az ellátott nem tárgy, hanem **személy**, akinek vannak érzései, különleges értékei: egyszeri és megismételhetetlen, amint mindnyájan azok vagyunk. Arra tanítjuk a munkatársakat, hogy a gondozottban fedezzék fel az embert, akiben ott él a múltja, a családja, a foglalkozása, akinek vannak hobbijai és vágyai, és vannak jó és rossz napjai. A demencia ellátás, amely a betegségre fókuszál és nem figyel magára az emberre, a beteget könnyen passzív tárgynak tarthatja. A Legjobb Barát Modell ezzel szemben a személyre figyel, nem azt mondja a betegre, hogy demens, hanem azt, hogy ő Kati néni, aki demenciában szenved.

A standard egységes szabályozórendszerbe épül, a szociális törvény és azok végrehajtási rendeleteivel. Szorosan kapcsolódik az idősellátás egyéb standardjaihoz, és az alapvető állampolgári jogok rendszeréhez.

2.Az elvárt szolgáltatási gyakorlat leírása

2.1. Lehetséges módszerek, eljárások, megoldási módok (alternatívák)

2.1.1. Az intézmény értékkorientációja

Az intézményi küldetés

Az intézménynek rendelkeznie kell Szakmai Programmal, amelyben meg kell fogalmazódnia az intézményi küldetésnek. Az intézményi küldetésben az intézmény által képviselt emberkép és értékkorientáció meg kell, hogy feleljen a demenciában szenvedők korszerű ellátás nemzetközi gyakorlatában elfogadott személyközpontú megközelítésnek. Ezzel az értékkorientációval összhangban kell megalkotni az intézmény Működési Szabályzatát és az ellátás gyakorlatát segítő ellátási protokollokat.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériuma Az intézményi küldetés alapját képező személyközpontú szemlélet kulcselemeit meg kell ismertetni az intézményi stábbal, a gondozottak hozzátartozóval és amennyire csak lehetséges magukkal a gondozottakkal is. Az -Intézményi Küldetés elérhető és olvasható legyen valamennyi érintett számára

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

A megfelelő dokumentumok létezése, tartalmi megfelelése, és megtekinthetősége. Az érintettek megfelelő tájékozottsága /interjú támpontok: stábtagek, hozzátartozó, gondozott/

Humán erőforrás gazdálkodás

A személyközpontú gondozás gyakorlata szempontjából alapvetően fontos a gondozó stábok stabilitása és elköteleződésük erősítése. E nélkül lehetetlen megvalósítani azt a pozitív gondozási légkört és azt a személyes kapcsolatot, amely a minőségi gondozás alapja. A stabilitás és elköteleződés erősítésére tudatos stábépítésre és adekvát intézményi stratégiára van szükség. Ennek kulcseleme az intézményi vezetés megerősítő visszajelzésekben, gesztusokban megragadható megbecsülése a stáb felé. Ezen túlmenően az intézménynek ki kell alakítania egy jól átgondolt és világos megerősítési – jutalmazási gyakorlatot annak nyomon követhető szempontrendszerével. A gondozó stáb támogatásában fontos szerepet játszik a stáb terhelődés és a gondozási munka során felmerülő stressz-kockázat figyelemmel kísérése. E nehézségek felismerése és a megfelelő támogató hátterek megteremtése az intézményi menedzsment munkájának fontos minőségi mutatója

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

Az intézményi vezetés elérhető a stáb számára. Vannak informális alkalmak a kölcsönös beszélgetésre. A vezetés gyakran megfordul a gondozás „terepein” és személyes tapasztalatai vannak a nehézségekről. Rendszeres munkamegbeszéléseken mérik fel a terhelődést és stressz tényezőket, munkaszervezési lépésekkel és a team szupervíziós támogatásával támogatják a gondozók munkáját. Mindenki számára átlátható konzekvens jutalmazási rendszert alakítanak ki.

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

Kidolgozott terhelés és stressz monitorizálási felmérés rendszeres alkalmazás és annak dokumentációja. A jutalmazás szempontrendszerének kidolgozása és leírása. Rendszeres munkaértekezletek és teram szupervízió megléte és annak dokumentációja. Interjúk a vezetőkkel és stábtaggal.

A gondozók munkájának intézményi támogatása

A demenciában szenvedők személyközpontú gondozása kreatív, innovációs készséget és kísérletező kedvet igénylő tevékenység. Az intézményi vezetés feladata, hogy ösztönözze a stáb tagok szakmai kezdeményezéseit, erősítse lelkesedésüket, és törekedjen a jó gyakorlat pozitív megerősítésére. Fontos az is, hogy a vezetők nyitottak legyenek a szakmai eszmecserére, a felvetődő ötletek, gondolatok közös végiggondolására.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

Biztosítani kell a vezetők elérhetőségét a stáb számára /”nyitott ajtó” vezetési stílus/

Az intézményi gyakorlatban felmerülő problémák „brainstorming” jellegű feldolgozása a stábbal. Az innovatív kezdeményezések bemutatásának elősegítése, a tapasztalatok megosztásának biztosítása

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

Munka megbeszélések dokumentációja. A szakmai innováció bemutatása, szakmai rendezvényeken szereplés, interjú a stábtaggal

A gondozó stáb képzése, fejlesztése

A demenciában szenvedők gondozása ma az idősellátás egyik legdinamikusabban fejlődő területe. Ez megkívánja a stábok folyamatos szakmai fejlődését és a minőségi stábfejlesztést.

Az intézménynek biztosítania kell, hogy a dolgozók munkakörük betöltéséhez és feladataik ellátásához megfelelő szakmai képzettséggel rendelkezzenek. Ezt nem

csupán az új dolgozók felvétele során kell figyelembe venni, de lehetőséget kell nyújtani az egyéni továbbtanulási lehetőségre és ki kell dolgozni a támogatás szempont rendszerét. Biztosítani kell nemcsak a kötelező továbbképzéseken való részvételt, de a szakmai fejlődésben jelentős értéket nyújtó továbbképzéseken való részvételt is. Fontos, hogy az intézmény belső továbbképzések, tapasztalatcserék szervezésével – a saját intézményi sajátosságok és feladatok figyelembevétele mentén – támogassa a stáb munkáját. A rendszeresen tartott esetmegbeszélő csoport szintén fontos része a stáb szakmai munkája támogatásának. A team hatékony munkájához elengedhetetlen a stabil, hosszú távú szupervíziós háttér biztosítása.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

Az intézmény rendelkezzen képzési-továbbképzési ütemtervvel. Mérje fel az intézményben felmerülő képzési, továbbképzési igényeket. Egyénileg egyeztessen a dolgozók képzési-tanulási elképzelései kapcsán. Figyelemmel kell kísérnie az éves szakmai rendezvények tájékoztatóit és össze kell állítania egy – az intézmény és stáb számára releváns témákat érintő – rendezvéynaptárt. Biztosítani kell a rendszeres esetmegbeszélő üléseket és a team szupervíziós háttérét

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

Képzési ütemterv, rendezvéynaptár megtekintése, az egyéni továbbtanulás támogatásának rendszere, képzési dokumentáció, esetmegbeszélő ülések összefoglalói és egyéb dokumentumok megléte, interjú vezetőkkel és stábtagokkal

Belső minőségbiztosítási rendszer kialakítása

A szakmai munka minőségének megerősítésére az intézménynek rendelkeznie kell részletesen kidolgozott minőségbiztosítás szempontrendszerrel és ennek mentén ki kell alakítania annak monitorizálási folyamatát is. Fontos, hogy az intézményben legyen kijelölt minőségbiztosítási koordinátor és egy olyan ellátás minőséget értékelő csoport, amelyben a stáb, a hozzátartozók és a gondozottak képviselője biztosított. A csoport félévente értékelje az intézmény

működését és észrevételeit, javaslatait jegyzőkönyvbe rögzítse. A vezetés ennek nyomán intézkedési tervet kell hogy kidolgozzon és azt egyeztetnie kell az értékelő csoporttal.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

Az intézmény rendelkezik kidolgozott minőségbiztosítási leírással. Van kijelölt minőségbiztosítási koordinátor és létrehozták a minőségbiztosítási munkacsoportot. A Csoport rendszeresen és hosszú távon dolgozik, észrevételeit, javaslatait

dokumentálja, a vezetés ezek kapcsán rendelkezik intézkedési tervvel ill. rendszeresen egyeztet a munkacsoporttal.

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

minőségbiztosítási szempontrendszer, monitorizálási dokumentáció, ülés jegyzőkönyvek, vezetési reflexiók, intézkedési tervek dokumentációi

2.1.2 A gondozás egyénre szabottsága

Egyéni gondozási terv:

A demenciában szenvedők gondozásában az egyéni szükségletek, valamint a gondozott belső forrásainak, erejének ill. vulnerabilitának differenciált felmérésén alapuló gondozási terv kidolgozása az élettörténeti elemek, személyiségtényezők, valamint az életviteli stílus, egyéni érdeklődés figyelembevételével kell, hogy történjen. Kerüljük el az idősellátásban elterjedt sematizált egyéni gondozási tervek alkalmazását!

A szolgáztatás alkalmazásának kritériumai

A gondozási terv kialakításához részletesen fel kell mérni a demenciában szenvedő megtartott készségeit – ezen belül az életvitelhez és önellátáshoz szükséges készségek megtartottságát, mobilizálhatóságát figyelembe véve a gondozott korábbi tapasztalatát, készségeit, valamint a személyiségéből adódó sajátosságokat és egyéni érdeklődését. E támpontokon alapuló egyéni gondozási terv alapját kell, hogy képezze egy individualizált készségmegőrző-készségfejlesztő programnak

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

A készségeket egyénileg felmérő funkcionális vizsgálat szempontrendszere. A hozzátartozótól nyert előtörténeti támpontok leírása. A stáb gondozási tapasztalatának összegzése. Részletes egyéni gondozási terv és gondozási dokumentáció

A gondozási tervek rendszeres felülvizsgálata, korrekciója:

A gondozás során biztosítani kell a változások kontinuens nyomon követését. A gondozási terv egészét félévenként tételesen felül kell vizsgálni a gondozási program hatékonyságának értékelésével, és a szükséges korrekciók elvégzésével.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

Ki kell alakítani a nyomon követés és értékelés kritériumait a szükséges felmérő lapokkal. Évenként illetve jelentős állapotváltozás esetén az intézményi teamnek értékelő ülésen kell az egyéni gondozási terveket felülvizsgálni.

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

Egyéni gondozási terv, gondozási dokumentáció, felmérő lapok áttekintése, az értékelő ülés állásfoglalása

A gondozott élettörténetének ismerete:

A személyközpontú gondozásban a gondozott élettörténetének és az életében kulcsszerepet játszó személyeknek az ismerete rendkívül fontos, mert igen sokszor csak ennek ismeretében lehet a demenciában szenvedő egyéni reakcióit, viselkedésének mozgató rugóit megérteni. Fontos, hogy az előgondozás és bekerülés során személyes kapcsolat alakuljon ki az intézményi stáb és a hozzátartozók között és részletes élettörténeti áttekintés történjen. A hozzátartozóval való kapcsolattartás a későbbiekben is lényeges támasza lehet a gondozási munkának. Az élettörténeti támpontok összefoglalásának szerepelnie kell a gondozott dokumentációjában és támpontjait figyelembe kell venni a mindennapi gondozás során

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

Az előgondozást kvalifikált munkatársaknak kell végeznie és az élettörténeti áttekintés az előgondozási munka szerves része. Fontos, hogy az előgondozás során alkalmat biztosítsunk a hozzátartozóval folytatott interjúra és arra megfelelő időt fordítsunk / a demenciában szenvedőkkel kapcsolatos előgondozás során az adott napra két látogatásnál több nem tervezhető/. A gondozás mindennapi gyakorlatához a gondozó stábnak ismernie kell a gondozottak élettörténetét

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

Előgondozási dokumentáció és a hozzátartozótól kapott élettörténeti támpontok összefoglalója. A gondozottól kapott információk rögzítése a gondozási dokumentációban.

A stáb tájékozottságának felmérése a stábtagokkal folytatott interjú során. Gondozási terv és gondozási dokumentáció támpontjai

Egyéni preferenciák:

A személyközpontú gondozás mindennapi gyakorlatában az intézményi stábnak figyelembe kell vennie a gondozott egyéni érdeklődési területeit, hobbiját, azt, hogy mivel foglalja el magát szívesen, milyen foglalkozások, programok kötik el figyelmét, mi jellemzi egyéni ízlését /milyen ruhát hord szívesen, mit szeret enni, stb./. Ezeket a szempontokat a gondozási dokumentációban rögzíteni kell és figyelembe kell venni a gondozási terv kialakítása során.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

A gondozás napi gyakorlatában a gondozottal foglalkozó valamennyi stáhtag munkájában érvényesülni kell az egyéni preferenciák figyelembe vételének. Ezt a gondozási egységek vezetőinek folyamatosan figyelemmel kell kísérnie és a stáb megbeszéléseken az ezzel kapcsolatos tapasztalatokat, észrevételeket meg kell osztani. Fontos szempont a belépő új dolgozók felkészítése során is.

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

Előgondozási dokumentáció, hozzátartozóval folytatott interjú támpontjainak ismerete. A gondozott által elmondottak és viselkedésének figyelembe vétele. A gondozó stábbal folytatott interjú. A stáb megbeszélések összefoglalói

A gondozott személyi tulajdona:

A demenciában szenvedő számára fontos kapaszkodót jelent a múltjából származó, megszokott tárgyak jelenléte és a körülötte lévő tárgyak állandósága. Az intézménynek törekednie kell arra, hogy a lehetőségek szerint minél több személyes tárgy vehesse körül a gondozottat / családi fényképek, emléktárgyak, egy-egy régi bútor darab – pl. karosszék/. Lehetőleg az őt körülvevő tárgyak és saját holmija sem legyen uniformizált

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

A bekerülés előkészítése során a gondozott preferenciáinak figyelembevételével és a hozzátartozóval folyó egyeztetés során az intézmény, a gondozott és a család közösen válassza ki a bekerülő személyes tárgyakat. Törekedni kell a személyes lakótér kialakítására

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

A gondozott személyes lakóterének megtekintése

A gondozott aktivitása, foglalkozásokon való részvétele:

A demenciában szenvedők kézségmegerősítésének, kézségfejlesztésének fontos eszköze az intézményben kialakított aktivitási program, foglalkozások. A szakmai munka minősége szempontjából alapvető, hogy módszeresen felépített, széles kínálatú program valósuljon meg és biztosítva legyen e program folyamatos fenntartása, stabilitása. Ehhez az intézményi menedzsment megfelelő támogatása szükséges / anyagi források, feltételek biztosítása/. Fontos e szakmai programban résztvevő alkalmas munkatársak megfelelő kiválasztása, képzési támogatásuk és munkájuk fontosságának folyamatos megerősítése. Törekedni kell a módszertani fejlesztésekre, intézményközi tapasztalatcserékre és az innovatív programok kiemelt támogatására. Az egyéni kézségek és preferenciák figyelembevétele a foglalkozások kialakítása során alapvető.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

A közösségi programoknak, foglalkozásoknak gazdag kínálata. Kidolgozott átfogó program /éves terv, havi lebontás, heti program/. Az egyéni gondozási tervben a személyre szabott részvétel megjelenése. A szükséges források és feltételek biztosítása. Folyamatos stábépítés és fejlesztés. Az intézményi vezetés támogató jelenléte

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

A részletes szakmai program dokumentumai, időtáblája, egyéni foglalkozási-fejlesztési tervek megléte, program dokumentáció. A megvalósítás éves intézményi értékelése

2.1.3.A személyközpontú megközelítés érvényesülése

Kommunikáció a gondozottal:

A személyközpontú gondozás egyik legfontosabb eleme a demenciában szenvedő gondozott és a gondozó közötti partnerség. Ez nem képzelhető el egy odaforduló figyelem és kapcsolati kölcsönösség nélkül. A figyelmesség, udvariasság, a gondozott véleményére, igényeire való odafigyelés és a gondozottnak nyújtott korrekt

információ egyaránt fontos része a gondozási kultúrának és elvárásként támasztható a gondozó stáb felé

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

A stáb megfelelő kommunikációs kultúrájának kialakítása, a gondozási helyzetek elemzése a kommunikáció szempontjából az esetmegbeszélő csoport keretében. A személyközpontú gondozás gyakorlatának megerősítése belső továbbképzés keretében. Az alapelvek deklaratív megfogalmazása intézményi szinten

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

Interjú gondozottakkal, a gondozási helyzetek közvetlen megfigyelése, elemzése. A stáb tapasztalatainak rendszeres feldolgozása

Empátia és a gondozott szempontjainak figyelembevétele:

A gondozás során elengedhetetlen a stáb empátikus törekvése arra, hogy megértsék a gondozott helyzetét, érzéseit, figyelembe vegyék vágyait, törekvéseit és a gondozási döntéshelyzetekben mérlegeljék a gondozott szempontjait

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

A gondozó stáb empátiás készségének fejlesztése. A gondozási helyzetek elemző feldolgozása. A nehéz döntési és kockázati helyzetek bevitele esetmegbeszélő csoportba, szupervízióba.

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

A gondozói tevékenység kíséző elemzése a stábbal, team ülések, esetmegbeszélők tapasztalatának feldolgozása és annak dokumentációja, interjúk stábtagokkal

A gondozás légköre:

Az intézményi légkör jelentősen befolyásolhatja a gondozottak állapotát, feszültségi szintjét. A demenciában szenvedők a kognitív romláshoz képest érzelmi síkon jobban képesek rezonálni és érzelmi-indulati állapotuk érzékenyen követi a környezeti hatásokat. A személyközpontú gondozás fontos kiinduló pontja a rogersi értelemben vett feltétel nélküli elfogadás. A gondozás gyakorlatában ez a pozitív gondozási légkörben, az elfogadó gondozói attitűdben jelenik meg. Ennek a pozitív légkörnek a kialakítása, fenntartása alapvető intézményi feladat.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

A stáb képes egy nyitott elfogadó gondozói magatartást kialakítani. A vezetés a segítő skillek megerősítésére a stáb részére időnként tréning jellegű programokat szervez. A pozitív légkör fenntartásának fontos eszköze a team szupervízió biztosítása.

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

Interjú a gondozottakkal, hozzátartozókkal, stábbal. Gondozási helyzetek megfigyelése, elemzése

Respektus:

Alapvető követelmény és az intézményi kultúra minőségét fémjelzi az, hogy a gondozó stáb a demenciában szenvedőt autonóm felnőttként kezelje és elkerülje a paternalisztikus gondozási attitűdöt és a gondozott lekezelését

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

A stáb a gondozottat felnőttként kezelve megfelelő megszólítást alkalmaz, kikéri és figyelembe veszi véleményét, szándékát, igényeit. Segíti, támogatja a gondozottat abban, hogy autonómiáját, méltóságát a tágabb intézményi környezetben is fenntarthassa

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

Interjú a gondozottakkal, hozzátartozókkal, a gondozási helyzetek megfigyelése és elemzése. Gondozási esetmegbeszélők összefoglalóinak áttekintése

„Képessé tevés” /empowerment/:

A gondozási munkában érvényesülnie kell annak a törekvésnek, hogy a lehető legnagyobb mértékben erősítsék a gondozott autonómiáját és ösztönözzék önálló erőfeszítéseit

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

A gondozási terv kialakítása során a meglévő és a még mobilizálható önellátási képességek feltérképezése és az önellátás facilitálása a lehetséges keretek között. A foglalkozásokban bevonva támaszkodás a még meglévő képességekre és a tevékenység megerősítő ösztönzése

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

Készségfelmérés eredményeinek figyelembevétele, gondozási terv, a gondozott aktivitásának megfigyelése

A közösségi részvétel ösztönzése:

Az intézménynek törekednie kell változatos közösségi programok kialakítására és a gondozottak bevonására. Erősíteni kell az intézmény és a külvilág kapcsolatát programok behozatalával, helyi intézményekkel, szervezetekkel való kapcsolattartással, a gondozottak állapotától függően intézmény körüli helyekre való kimozdulással /bolt, piac, presszó, művelődési központ egyes programjai, séta a parkban, állatkertben, stb./.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

A „nyitott otthon” koncepciójának érvényesítése, kapcsolat partner intézményekkel, egyházi és civil szervezetekkel, önkéntes bázis kialakítása, partneri viszony a helyi szolgáltatókkal. Hozzá tartozók bevonása.

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

A közösségi programok áttekintése, intézményi dokumentáció, rendezvény napló, fényképek, videó, DVD felvételek. Interjú gondozottakkal, hozzátartozókkal, a programok partnereivel

A „problémás viselkedés” kezelése:

A stábnak törekednie kell a zavaró viselkedés mögött meghúzódó tényezők megértésére, feltárására és megfelelő gondozási stratégiák kialakítására. Amennyire lehetséges pszichiáter konzultáns bevonása mellett mérlegelni kell a pszichofarmakonok és/vagy korlátozó intézkedések alkalmazásának elkerülhetőségét.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

A zavaró viselkedés körülményeinek és élettörténeti vonatkozásainak elemzése. A megelőzésre irányuló proaktív gondozási stratégiák alkalmazása és a rehabilitációs szemlélet érvényesítése a gondozási gyakorlatban. A pszichiátriai konzultáció szempontjainak és a korlátozó intézkedés szabályainak megismertetése a stábbal. Gondozási esetmegbeszélő a „problémás” esetek feldolgozására. Szupervíziós háttér biztosítása

kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

A zavaró viselkedés dokumentációja, gondozási terv, esetmegbeszélő csoport összefoglalója. A stáb módszertani továbbképzése

2.1.4. A szociális környezet

Szociális inklúzió:

Az intézménynek törekednie kell arra, hogy a gondozottak és hozzátartozóik aktív résztvevők legyenek az intézményi élet alakításában. A lehetőségek szerint törekedni kell a hozzátartozói képviselet létrehozására és bevonására az intézményi döntési folyamatokba. Az intézménynek a „nyitott otthon” működési elveit alkalmazva segítenie kell a társadalmi elfogadást

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

Kapcsolattartás a hozzátartozókkal. A kulcsszemélyek bevonása a hozzátartozói képviselet létrehozásába. Negyedévenként képviseleti ülések. A hozzátartozói képviselet folyamatos tájékoztatása, bevonásuk az intézményi fejlesztések, programok kialakításának előkészítésébe és a döntési folyamatokba

Kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

Érdekképviseleti dokumentáció, ülések jegyzőkönyvei

Külső érdekképviselet

Az intézménynek törekednie kell arra, hogy a gondozottak jogai érvényesüljenek. Ki kell dolgozni az intézmény házirendjét és a normasértő magatartás kezelésére vonatkozó szabályozását Törekedni kell a közösség védelmére. Biztosítani kell a hozzátartozók észrevételezési lehetőségét és az ellátott jogi képviselő igénybe vehetőségét.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

Házirend és rendkívüli eljárási protokollok kidolgozása. Kapcsolattartás a hozzátartozókkal.

Ellátott jogi képviselő jelenlétének biztosítása

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

Érdekképviseleti tevékenység dokumentációja. Házirend és eljárási protokollok

A szolgáltatási környezet minősége:

Az intézménynek törekednie kell arra, hogy az intézmény a lehetőségek szerint egy elvárható életminőséget biztosítson és megfeleljen a gondozottak szükségleteinek /otthonos, biztonságos környezet, a lehető legnagyobb szabadságot biztosító mozgásterekkel, az izoláció csökkentésével és a stáb elérhető, támogató jelenlétével.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

A lakókörnyezet kialakításában a rehabilitációs szempontok érvényesítése. Jól használható, átlátható funkcionális terek. A stáb támasznyújtó jelenléte

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

Az intézményi környezet megtekintése, leírása, dokumentációja, a stáb és a hozzátartozók tapasztalatainak felhasználása, külső látogatók észrevételei

Egészségügyi ellátási háttér:

Az intézménynek biztosítani kell az alapellátáshoz szükséges háziiorvosi jelenlétet, a rendszeres pszichiátriai szakmai konzultációt, valamint a szakrendelői és kórházi háttér elérhetőségét. Törekedni kell preventív szűrő programok bevezetésére és biztosítani kell a megfelelő színvonalú ápolási háttér

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

Háziiorvosi és szakorvosi ellátás biztosítása megfelelő óraszámmal és tárgyi feltételekkel. megfelelő szakképzettségi arány biztosítása az ápoló-gondozó egységekben. Szakápolási kapacitás belső biztosítása

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

Ellátási szerződések. Az ellátás személyi és tárgyi feltételeinek áttekintése

2.2.Előnyök, hátrányok, feltételek elemzése, alkalmazásának személyi és tárgyi feltételei

Az ellátás fizikai környezete sokféle lehet. Nem mindegy, hogy az intézmény milyen épületben működik: egy szintes vagy több szintes; forgalmas utcáról van a bejárata, vagy az intézmény tágabb környezete csendes; lakótelepen vagy falusi házak tövében találjuk meg. Az

intézményi adottságok nagyban befolyásolják, milyen fizikai környezetet alakítanak ki a demens ellátásban. Más-más körülmények biztosíthatók nagyvárosban, mint falun, emeleten

vagy földszinten, zárt folyosós vagy nyitott folyosós épületben, és még sorolhatnánk. A bentlakásos intézmények fejlesztése és felújítása során idős demensek szempontjait azonban célszerű figyelembe venni.

A jelen munkaanyag a tárgyi feltételeket nem kívánja leírni részletesen, tekintettel arra, hogy a helyi sajátosságok meghatározóak lehetnek, és a részletes előírás megköti a szolgáltatókat. A környezeti szempontok leírásánál inkább arra fektettünk hangsúlyt, hogy a demenciában szenvedőt mennyire meghatározza a környezete – ezért célszerű a demens ellátás környezeti hatását elemezni az adott intézményben.

Szempontok a fizikai környezet kialakításánál:

A környezet, amelyben a demenciában szenvedő él (napjait tölti), számára **pozitív** és **biztonságos** legyen. Az, hogy a biztonságot és pozitív hatást hogyan éadjuk el, ez már a döntéshozók fantáziáján és anyagi lehetőségein is múlik.

2.2.1.Biztonságossági szempontok:

- Biztonságos terület: mozgásra, mobilitásra, szabad levegőre jutásra biztosított – ez több mint akadálymentes épített környezet megvalósítása

- Az intézmény, a közösségi terek elhagyása ne legyen akadályozott
- Segítő jelek alkalmazása eligazodáshoz, irányított mozgáshoz. Gyakran azon múlik az inkontinencia, hogy a beteg nem találja meg a WC-t. Hosszú folyosó és egyforma ajtók megtéveszthetik a gondozottakat és nem találják a saját szobájukat. A hosszú folyosót célszerű megtörni faliorával, virágdísszel.
- Figyelemelterelés: kijárat álcázása, kilincsek elrejtése, stb. Tervezzünk útlezárásokat, eltereléseket, ha nem akarjuk, hogy bizonyos helyekre bemenjenek az ellátottak.
- Biztonságos sétakert, télikert kialakítása

A többcélú közösségi helyiségek zavart okozhatnak a demens gondozottakban. Pl. ha az ebédlő egyben foglalkoztató vagy tornaterem is. Megoldás lehet a több közösségi helyiség kialakítása, hogy a helyiségeket funkciók szerint elkülönüljenek. Erre a legtöbb intézményben azonban nincs lehetőség. Ha többcélú termeink vannak, akkor lehet megoldás az is, hogy jeleket alkalmazunk, amikkel segítjük az ellátottakat tájékozódni. Másként rendezzük el a székeket, ha imádkozunk, mintha beszélgetünk, vagy tornászunk.

2.2.2. Pozitív környezet szempontjai:

A pozitív környezet az érzékszerveket pozitívan stimulálja. Cél a stressz-küszöb csökkentése. Ha a környezet nem stimuláló, akkor az ellátott koncentráló képessége és felfogó képessége csökken. Az is probléma, ha sokféle stimulus van egyszerre jelen. A demens ember nem képes a pozitív stimulust szétválasztani a negatívától (pl. kellemes zene, de a háttérben kiabálás van, a demens a negatív stimulust is felveszi, és esetleg nyugtalanná válik, miközben a munkatársak észre sem veszik, mi a baj).

2.2.3. Látás megsegítő szempontok

A látás megsegíthető megfelelő megvilágítással. Pl. a világítás legyen indirekt, ha nagy teret akarunk megvilágítani (pl. folyosót), ami nem vakít. Legyen egyenletes. Célszerű megfelelő megvilágítást alkalmazni attól függően, milyen helyiségről van szó és mi történik ott: foglalkozások, nappali tartózkodások helyiségeiben háromszor több fényre van szükség, mint a folyosón. Ebédlőben ennél is több fényre van szükség. Fontos, hogy egyenletes és egyértelmű megvilágítást alkalmazzunk, hogy elkerüljük a zavaró vagy ijesztő árnyékokat. Fontos, hogy elkerüljük a vakító fényt. A vakító fény a figyelmet szétszórja, zavart okozhat, nagyban hozzájárulhat az eséshez. Megkülönböztetünk direkt vakító fényt és indirekt vakító fényt. Direkt fény pl. a napfény, vagy búra nélküli lámpa fénye. Indirekt vakító fény visszatükröződő fény valamilyen sima felületről, pl. tükörsima padlóról. A tükröződő padló veszélyes.

Ablakok körül mind a kétféle vakító fény előfordul. Ezért az ablakokat lássuk el olyan eszközökkel, amelyek megsűrrik a fényt. A redőny, a roló nem jó, mert a vízszintes vagy függőleges fénycsíkok ugyanúgy zavarók lehetnek. Inkább függőnyt és áttetsző sötétítőt alkalmazzunk. Ügyeljünk arra, hogy este az ablak tükörként funkcionálhat, ha az üveglapot nem takarjuk el valamivel.

Az idős ember szeme lassan idomul a fénymennyiség változásához. Az előterek olyan helyek, ahol a ki-be járás történik, ahol ez a fényváltozás a legtöbb gondot okozhatja. Jó, ha itt hagyunk időt az idősnek és lehetőséget leülni, míg a szeme hozzászokik a fény megváltozásához. Fontos, hogy az előtér megvilágítása a napszaknak megfelelő legyen: nappal erősebb, este gyengébb fény elegendő.

2.2.4. A hallás támogatásának szempontjai

A fizikai környezet segítheti a lakókat a megmaradt hallásuk maximalizálásában.

Ami növeli a problémát az a háttérzaj. Demens embereknél agitáltságot, nyugtalanságot vált ki, ezért a gongozási egység legyen csendes és békés, amennyire csak lehet. Ebben segít a munkatér és a lakótér tudatos szétválasztása. A háttérzaj lehet zene, TV, rádió, dolgozók

egymáshoz átkiabálása, nővérhívó, ételszállító kocsi, kerekesszék, járókeret, a takarítás (porszívózás) zaja.

Jó ha tudatosítjuk, hogy mi növeli a zajszintet: a kemény falak, plafonok (álmennyezet, szövetből faldíszek csökkentik a hangvisszaverődést), az üveg felületek (ablakon függöny lágyítja), PVC padló (vannak már műanyag padlók, amelyek elnyelik a hangot)

Sokszor, ami csökkenti a zajszintet, az a környezet tisztántarthatóságát gátolja, vagy az ellátottak biztonságos közlekedését veszélyezteti (pl. szőnyegek, kárpitos bútorok, egész függönyök).

2.2.5. Az ízlelés és a szaglás képességének megtartására irányuló szempontok

Az ízlelés és a szaglás képessége a szellemi leépülés ellenére tovább megmarad. Az előrehaladott demenciában szenvedő embereknél ezek az érzékek még fontosabb szerepet kapnak. A szagokra gyakran érzelmekkel válaszol a szervezet, mivel a szagok feldolgozása az agynak abban a részében történik, ahol az érzelmeké és az emlékeké is. A kellemes illatok jó érzést váltanak ki, a kellemetlenek rosszat, stresszt: a demenciában szenvedőknél agitáltsághoz vezethet.

A demenciában szenvedő nem tudja, hogy a kellemetlen szagok miatt nyugtalan. A környezet sokat segíthet a rossz szagok csökkentésében. Ha kellemetlen szag jellemzi a gondozási egységet, pl. állandó pisi szag, akkor az az ellátottakat is és a látogatókat is irritálja. Megfigyelték, hogy az olyan intézménybe, ahol van ilyen kellemetlen szag, kevesebb látogató érkezik és rövidebb időre, mint a kellemesebb szagú intézménybe.

A tisztítószerek alkalmazásánál ügyeljünk arra, hogy a legkevésbé irritáló szereket alkalmazzuk. Gyakran szellőztessünk: a friss levegő segít a kellemetlen szagok csökkentésében. Teremtsünk jó illatot, ami kellemes érzést és emléket támaszt a demens gondozottban.

2.2.6. Bezártság érzetét megszüntető szempontok

A nappali tartózkodás és az (éjszakai) pihenés helye, ha lehet, legyen szétválasztva. Segíti a demenciában szenvedőt abban, hogy nappal tevékenykedjen és éjszaka pihenje. *Csökkentsük a bezártság érzetét.* A demenciában szenvedők gyakran el akarják hagyni az épületet. Ennek megakadályozására gyakran zárat, megfigyelő

rendszer alkalmaznak. A személyközpontú megközelítésben a demenciában szenvedő szempontjából indulunk ki. Az ellátott éppen azért akarja elhagyni az épületet, mert úgy érzi, be van zárva és nem engedik ki. Korábban szabadabban mozoghatott, úgy élt, hogy sokat volt a szabadban. Azt gondolja, még mindig képes lenne függetlenül élni.

Az ideális megoldás az, ha szabadon mozoghatna az ellátott, biztonságos külső és belső terekben

Olyan tereket alakítsunk ki, hogy azok legyenek érdekesek. Pl. a sétakertben lehetnek olyan ágyások, ahol szabadon kertészkedhet.

Ha nem lehet kialakítani sétakertet a részleg mellett, akkor a programot kell úgy alakítani, hogy legyen benne tevékenység a szabad levegőn.

2.3 A sztenderd alkalmazására vonatkozó javaslatok

A Legjobb Barát Modell

2.3.1. Szemlélet: „Nemcsak az a fontos, mit teszel, hanem az is, hogy jelen vagy.” Az ápoló **barátként** van jelen a félelemben, elveszettségben élő számára, hogy biztonságot, megértést, elfogadást nyújtson. „Jelen lenni” azt is magával vonja, hogy az, amit tesz az ápoló (pl. fürdet), arra fókuszál egészen, és a figyelme arra, akivel teszi, összpontosul egészen. Miközben fürdet, nem arról beszél, milyen gondjai vannak otthon, hogy a gyerekei ilyenek, meg olyanok, hanem inkább dudorászik vagy rövid kedves mondatokat, biztatásokat mond, ami megnyugtatja a demenciában szenvedőt.

Ehhez persze ismerni kell az ellátottat. Mindenkiről készül **életút**, amelyet a munkatársak ismernek és az intézményben töltött hónapok során – mint ahogy összeáll a puzzle – kiegészítenek. Nem könnyű feladat, hiszen a beszélni nem tudó beteg gyerekkorát, ifjúságát már nincs, aki elmesélje nekünk. A gyermekeik pedig nem tudják.

Külön figyelünk arra és dokumentáljuk is, hogy melyek a jó tulajdonságai az ellátottnak, melyek a megmaradt képességei. Célunk, hogy a gondoskodást a megmaradt képességekre építsük. Gyakori probléma, hogy az idő rövidsége miatt az ápolók túlgondoznak, gyorsan megetetik, pedig még tudna egyedül enni, csak az tovább tartana, felöltöztetik, pedig még fel tudna öltözni, csak az egy kicsit körülményesebb. Mindent ripsz-ropsz elvégeznek, az ellátottat kiültetik, akinek aztán nincsen semmi dolga, csak vár.

2.3.2. Attitűd a másik alapvető eleme a Legjobb Barát Modellnek, vagyis empátia és jó kommunikáció.

Az együttérzés nem annyira tanulás, mint inkább begyakorlás. Az ápolók gondoljanak arra, mit szeretnének, ha ők szenvednének ebben a betegségben, hogyan gondozzák őket. Az együttérzés személyesebb kapcsolatra vezet az ellátottakkal. Az együttérzés állandó, folyamatos odafigyelésre segít: az ápoló felismeri, mi az, ami működik és mi az, ami nem.

Ha merik vállalni a dolgozók ezt a hozzáállást, a szolgáltatásunk minősége javul. Empátia bizalmat épít, aggodalmaskodást csökkent, emberi méltóságot helyreállít.

A kommunikáció fontos eleme a Legjobb Barát Modellben a nem verbális kommunikáció: a gesztusok, az arcifejezés, az érintés és a hangszín. Fontos, hogy egyértelmű legyen a kommunikációnk. Akkor egyértelmű, ha a szó, amit kimondunk és a gesztusaink ugyanazt fejezik ki. Mindnyájan tudjuk, hogy ha a gesztusaink mást fejeznek ki, mint amit mondunk, a másik ember a gesztusainkat veszi igaznak. A Legjobb Barát Modellben dolgozók megtanulják, hogy a nem verbális kommunikáció elemeinek nagyobb a súlya a szavak erejénél. A Legjobb Barát úgy kommunikál, hogy következetes, beszéde egyértelmű. Sokat dicsér. Nem utasít. Nem fenyegető. Lassú, türelmes és nyugodt.

2.3.3. Csoportmunka: a Legjobb Barát Modell hangsúlyozza, egymást kiegészítjük. Senki sem kizárólagos gondozója a demenciában szenvedőnek. Minden dolgozó – a takarítótól az igazgatóig - fontos ebben a munkában.

2.4. Kimeneti elvárások, és az azokhoz csatlakozó kritériumok (a kritériumok olyan elvárások, amelyekből meg lehet állapítani, hogy a sztenderdet betartották-e a szolgáltatási folyamatban vagy sem).

- A lakótér biztonságos elhelyezést nyújt.
- Megvalósult a pozitív környezet, mely nem stimuláló.
- Kialakításra került a bezártság érzetét csökkentő eszközök alkalmazása.
- Az új ellátottnál a beilleszkedési folyamat lerövidül.
- Az ellátottak jó közérzete tapasztalható.

- A hozzátartozók és az ellátottak a szolgáltatás minőségével.
- A fenntartó és a szakhatóságok ellenőrzése pozitív eredményt mutat.
- A kognitív funkciók megtartásának elősegítésére az intézmények protokollok alkalmazásával felkészültek.
- Minden munkatárs számára ismert az ellátott életútja.
- Az egyéni gondozási terv alapját képezi az individualizált készség megőrző és készség fejlesztő program.
- Az intézmény figyelembe veszi az ellátott egyéni érdeklődési területeit, hobbiját.

2.5. A kritériumok teljesülésének indikátorai és monitoring lehetőségei.

A személyközpontú demens ellátás célja az, hogy az ellátottak számára a 'wellbeing' a lehetőségek szerint biztosított legyen. A 'wellbeing', a jó közérzet, a jól-lét fogalma nehezen határozható meg, mert nem objektív, hanem szubjektív. Azaz nem attól valósul meg az ellátottak jól-léte, ha kipipáljuk a személyi és tárgyi feltételeket, hanem akkor, ha az ellátottak jól érzik magukat. Tehát a személyi és tárgyi feltételek biztosítása szükséges, de nem elégséges feltétele a személyközpontú demens ellátás megvalósításának. További kritériumok lehetnek a demenseknek tudatosan kialakított fizikai környezet, a strukturált napirend, a rendszeres foglalkoztatás keretében a személyre szabott elfoglaltságok, a munkatársak képzése, továbbképzése, szupervíziós háttér biztosítása, azaz tudatos stábfejlesztés.

A fenti kritériumok teljesülése a demens ellátás feltételei, az ellátás céljának vagy kimenetének nem mutatói. A demens ellátás kimenetének indikátora az ellátottak elégedettsége. Mivel a demenciában szenvedő ellátottak nem tudják elégedettségüket direkt módon, szavakkal, kérdőívek kitöltésével kifejezni, a bradfordi egyetemen kifejlesztett módszer, a DCM (Dementia Care Mapping) lehet egy eszköz a szakmai munka minőségének monitorozására.

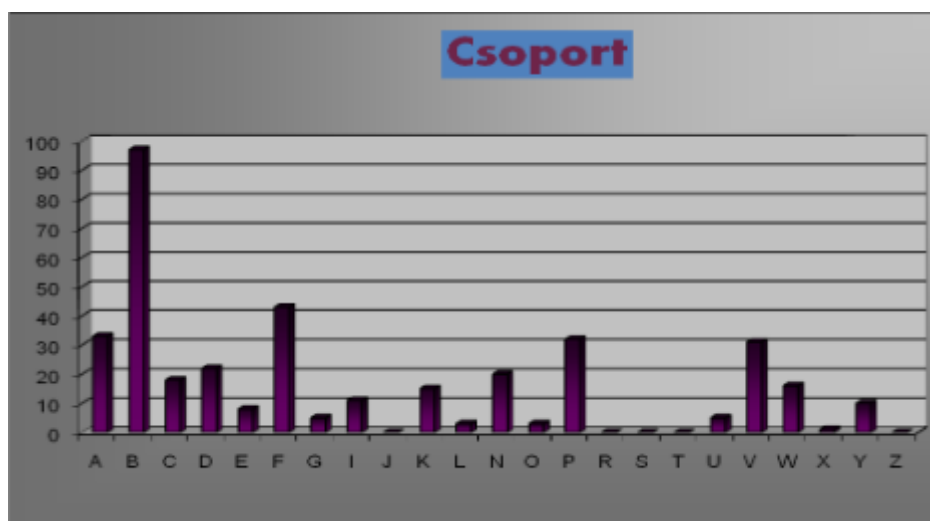
DCM mérőeszköz – a demenciában szenvedő személy szemszögéből méri a demencia ellátás minőségét. Alapja annak megfigyelése, hogy a demenciában szenvedők hogyan töltik az idejüket és a szolgálatban lévő munkatársak hogyan segítik őket. A megfigyelés nappal 6 órán keresztül történik az intézmény egy adott közösségi terében, előre kiválasztott ellátottak

körében. A kiválasztott ellátottak viselkedése és hangulata vagy elfoglaltsága van a megfigyelés középpontjában. A megfigyelés eredménye a DCM szabályai szerint

kerül kódolásra: 5 percenként a megfigyelő kódolja az adott 5 perc legjellemzőbb viselkedését (BCC kód), hangulatát (ME kód) és ha volt másokkal interakció, akkor annak a pszichoszociális hozzáállásnak pozitív vagy negatív hatását (PE vagy PD kód).

- A kiválasztott ellátottak viselkedését - **BCC Behavioral Category Code** (viselkedési kategória kód) alkalmazásával mérjük. A leggyakoribb viselkedések például a járkálás, üldögélés, semmit tevés, bóbiskolás, önmagát stimuláló viselkedés, de lehet kreatív tevékenység, aktivitás, játék, foglalkozásszerű tevékenység, torna, mozgás, visszaemlékezés, vagy vallási tevékenység is. Az előbbi csoportba azok a viselkedések tartoznak, amelyek alulstimulált környezetben gyakoriak – unalom és várakozás tölti ki az étkezések közötti időt. Az utóbbiak a foglalkoztatások során gyakori viselkedések.

Példa egy viselkedés mérésre, ahol a kiválasztott ellátottak csoport adatait gyűjtöttük össze:



A csoport leggyakoribb viselkedése a 6 órán át tartó megfigyelés alatt B (elfoglalt, de passzívan – figyeli, mi történik körülötte). További gyakori viselkedés az F – étkezik, a P –

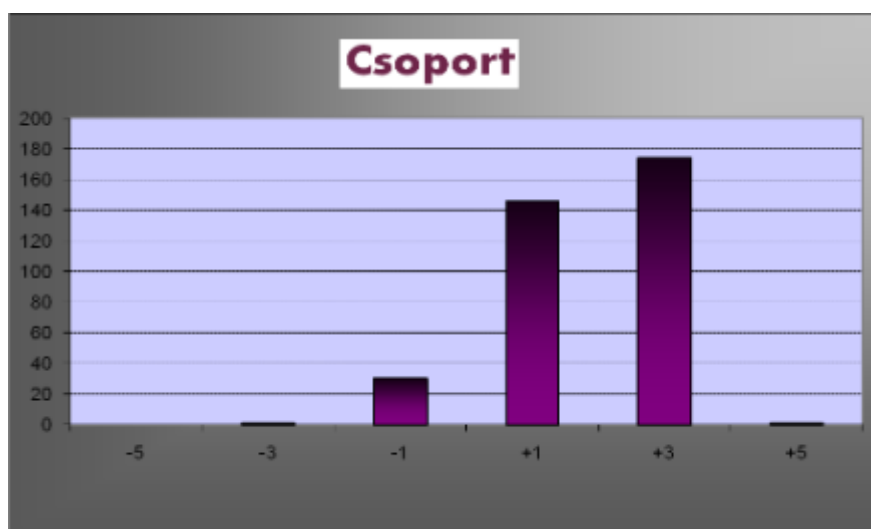
segítséget, személyes gondoskodást kap, az A – aktív, szavakkal vagy másként másokkal kapcsolatba lép, a V – munka jellegű tevékenységet végez.

Az N (bóbiskol), C (közömbös, visszavonult), D (önmagával törődik) viselkedések a megfigyelés alulstimulált időszakaira mutatnak.

A viselkedések gyakoriságából a demens ellátás milyenségére lehet következtetni. Mivel azonban a megfigyelés a kiválasztott ellátott szempontjából történik, elképzelhető, hogy az ellátott személyisége, egészségi állapota, az érdeklődése az adott foglalkozás iránt, demenciájának súlyossága, stb. befolyásolta a leggyakrabban előforduló viselkedéseket.

- A kiválasztott ellátottak hangulati és aktivitási szintjét az **ME** (Mood=hangulat / Engagement=elfoglaltság) kóddal jelöljük. Ha jó a hangulata (pl. étkezik és a saját képességeit használhatja, vagyis nem etetik, és ízlik az étel) pozitív értéket kap, ha rossz a hangulata (pl. étkezik, de etetik anélkül, hogy figyelnének rá, vagy nem ízlik az étel) negatív értéket kap a megfigyelés adott szakaszára. Ha valamilyen tevékenységbe elmerül (pl. beszélget a mellette ülővel, vagy asztalnál ül és olvas, ír, virágokat rendez, stb. és ez mélyen leköti) akkor nem a hangulatot, hanem az elfoglaltságot értékeljük.

Példa egy Hangulati-aktivitási szint mérési eredményre:



A leggyakoribb érték a +3 volt. Ez azt jelenti, hogy a csoport alapvetően jó hangulatban volt a mérési időszakban. A +1 érték azt jelzi, hogy gyakori volt a közömbös, unatkozó hangulat is. A -1 előfordulás kismértékű negatív hangulatot jelzi.

PE v. **PD** előfordulások lejegyzése típus és súlyosság ill pozitív v. negatív hatása szerint történik. A DCM 5 típusát különbözteti meg a pszichoszociális hozzáállásoknak, aszerint, hogy mely pszichológiai szükségletet támogatja (pozitív a hatása) vagy ellenkezőleg ássa alá (negatív a hatása). Az 5 pszichológiai szükséglet Tom Kitwood alapján: a biztonság (komfort, vigasz, megnyugtató), a folytonosság

(identitás, önazonosság érzése), fontosság (személyes kapcsolatok, ragaszkodás), befogadás (tartozni valahová) és elfoglaltság (cél, eredmény, a teljesítés öröme). A kiválasztott ellátottak számára nemcsak a munkatársak, de lakótársak és a látogatók is váltanak ki pozitív vagy negatív hatást.

A DCM további része a mérési eredmények visszajelzése, kiértékelése. A visszajelzés konzultáció, tanácsadás keretében történik. A visszajelzés célja a negatív hatások csökkentése, munkafolyamatok jobb átgondolása, hozzáállások tudatosítása. Segíti a nagyobb odafigyelést a leginkább dependens személyekre. Az egyéni gondozási tervekbe beépíthetők a mérési eredmények. A DCM ösztönözhet a csoport munka javítására, vezetői szinten pedig a meglévő erőforrások jobb allokálására és továbbképzések kezdeményezésére. Mindez a minőségi munkához vezethet és javulhat a munkatársak elégedettsége is a munkájukkal.

3. Mellékletek

3.1. A szabályozó anyagban használt fogalmak jegyzéke és meghatározása.

Mi a demencia?

A demencia olyan egyre fokozódó memóriazavar, amelyhez a magasabb szellemi, intellektuális képességek romlása és pszichés tünetek egyaránt járulhatnak. E tünetek problémát okoznak a beteg mindennapi életében s egy megelőző, magasabb teljesítmény romlását jelentik. A betegség kialakulásának legfontosabb kockázati tényezője az életkor és a genetikai hajlam.

A demencia-esetek 90 százalékának hátterében **Alzheimer-kór** vagy az agyi keringés zavara áll, ez utóbbinál hajlamosító tényező a cukorbetegség, a magas vérnyomás és a magas vérzsírszint. A demenciát ezen kívül előidézheti az agykéreg kiterjedt, vagy a memória és a gondolkodási folyamatok működésében szerepet játszó agyi terület sérülése, de gyakori okként tartják számon az agyi idegsejtekben kórosan felszaporodó fehérjét illetve az agy homloklebenyének elváltozása miatt kialakuló szellemi hanyatlást (Pick-kór).

A demencia korai tünetei

A demencia különbözően hat az emberekre, nincs két egyforma kórtörténet. **Az egyén személyisége, általános egészségi állapota, társadalmi helyzete mind szerepet játszik a szellemi hanyatlás rá gyakorolt hatásában.** Mégis, vannak gyakori tünetek, melyek mindegyike fontos jelzés lehet a betegnek vagy környezetének.

Memóriazavar: A rövid távú memória hanyatlása a leggyakoribb korai tünet, amit a feledékenységtől az különböztet meg, hogy a feledékeny ember emlékszik az elfelejtett dolgokkal kapcsolatos egyéb tényekre. A régi dolgokra sokáig kiválóan emlékezhet a beteg!

Automatizmusok megakadása:

A demens betegek gyakran nehezen tudják elvégezni azokat a megszokott, mindennapi tevékenységeket, melyeket azelőtt gondolkodás nélkül, szinte automatikusan megoldottak.

A nyelvi kifejezőképesség zavarai:

Bárkivel előfordul, hogy keresi a megfelelő szót, a demens beteg azonban gyakran az egyszerű szavakat is elfelejti, vagy más szavakat használ helyettük, ettől írása és beszéde érthetlenné válik.

Időbeli és térbeli dezorientáltság:

A demens beteg ismerős környéken is eltéved, elfelejti, hogy éppen hol van, hogyan került oda és hogyan kell hazamennie. Időzavara odáig terjedhet, hogy összekeveri a nappallal az éjszakát.

Hibás vagy csökkent ítélőképesség:

Előfordulhat, hogy a demens beteg nem megfelelően öltözik, hideg napokon kevés ruhát ölt, míg nagy melegben feltűnően túlöltözik.

A figyelem hanyatlása:

A demens betegnek nehézsége okoz egy egyszerű beszélgetés követése, elfelejti, hogy a számlákat be kell fizetni...

Tárgyak rossz helyre tétele:

szintén bárkivel előfordul, hogy nem a megszokott helyére teszi, a dolgait, ám a demenciában szenvedő beteg feltűnően szokatlan helyekre teheti a tárgyakat. Ezzel függ össze nem ritkán a meglopatásos téveszme.

A demencia kialakulását gyakran kíséri a kedélyállapot vagy a **személyiség megváltozása**, a szokatlanul hirtelen hangulatváltások éppúgy előfordulhatnak, mint a korábbinál fokozottabb érzelmesség vagy éppen az ellenkezője, a tőle megszokottnál kevesebb érzelem. A családtagok, a beteg környezetében élők megfigyelhetik, hogy a beteg gyanakvóvá, ingerlékennyé, szorongóvá, izgatottá vagy éppen apatikussá válik. Nem ritka a paranoiditás(vádaskodás, üldöztetés). Gyakori tünet a kezdeményezőkézség, az érdeklődés elvesztése, a demens beteg idővel nagyon passzívvá, esetleg aluszékonnyá válhat.

Korai felismerés - lassítható hanyatlás

Bár a demencia kialakulásához döntően visszafordíthatatlan, kisebb részben visszafordítható folyamatok vezetnek, a betegség néhány formájában a fokozódás lassítható, a tünetek csökkenthetők. Éppen ezért volna fontos a korai felismerés, az időben elkészülő szakorvosi diagnózis, s ez alapján a demencia hátterében lévő betegség azonosításának megfelelő terápia alkalmazása. A gyógyszeres kezelés irányulhat a gondolkodásbeli tünetek (hosszú és rövidtávú emlékezetzavar, időbeli és térbeli tájékozatlanság) és a nem kognitív, lelki természetű tünetek (a szorongás, a depresszió) csökkentésére. Nem csak a kezeléshez vezető út miatt fontos a korai felismerés, hanem azért is, mert lehetőséget ad a családnak a jövő megtervezéséhez, ha kell, az addig megszokott életmód fokozatos átalakításához. Mivel nehéz megmondani, hogy mikor kezdődik a demencia, s a mindennapos feledékenység mögött sokféle, súlyos betegség is állhat, ezért fontos, hogy a családtagok nagyobb figyelmet

fordítsanak egymásra, észleljék és a háziorvossal, vagy ideggyógyással megosszák a gyanús jeleket.

3.2. A szolgáltatás szempontjából releváns jogszabályok jegyzéke.

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

– módosítás: 2006. évi CXVII. törvény – egyes szociális tárgyú törvények módosításáról

- módosítás: 007. évi CXXI. törvény - egyes szociális tárgyú törvények módosításáról

188/1999. (XII. 16.) Korm. rendelet – a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmény és a falugondnoki szolgálat működési engedélyezéséről, továbbá a szociális vállalkozás engedélyezéséről

112/2006. (V. 12.) Korm. rendelet – a szociális foglalkoztatás engedélyezéséről és a szociális foglalkoztatási támogatásról

226/2006. (XI. 20.) Korm. rendelet – a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatók, intézmények ágazati azonosítójáról és országos nyilvántartásáról

29/1993. (II. 17.) Korm. rendelet – a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások térítési díjáról

260/2007. (X. 4.) Korm. rendelet – a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatások 2008. évi irányított területi kiegyenlítési rendszeréről

213/2007. (VIII.7.) Korm. rendelet – az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézetéről, valamint eljárásának részletes szabályairól

340/2007. (XII.15.) Korm. rendelet – a személyes gondoskodás igénybevitelével kapcsolatos eljárásokban közreműködő szakértőkre, szakértői szervekre vonatkozó részletes szabályokról

211/2003. (XII. 10.) Korm. rendelet – az Országos Szociálpolitikai Szakértői Névjegyzékről

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

11/2000. (X. 18.) SzCsM rendelet – a fogyatékos személyek otthonában élő és a rehabilitációs intézményben elhelyezett személyek állapotának felülvizsgálatáról

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

9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet – a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybeviteléről

8/2000. (VIII. 4.) SzCsM rendelet – a személyes gondoskodást végző személyek adatainak működési nyilvántartásáról

9/2000. (VIII.4.) SzCsM rendelet – a személyes gondoskodást végző személyek továbbképzéséről és a szociális szakvizsgáról

1/2004. (I. 5.) ESzCsM rendelet – a betegjogi, az ellátottjogi és a gyermekjogi képviselő működésének feltételeiről

2007. évi CLXIX. törvény (annak 3. és 8. számú melléklete) – a Magyar Köztársaság 2008. évi költségvetéséről

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

2009. évi CXXX. törvény a Magyar Köztársaság 2010. évi költségvetéséről

1949. évi XX. törvény a Magyar Köztársaság Alkotmány

3.3. A területen releváns alapvető szakirodalom jegyzéke.

1. Tariska, P., Bereczki, D., Degrell, I., Janka, Z. és Karsay, K.: *Ajánlás demenciák kivizsgálására és gyógykezelésére*. Psych. Hung., 2002. **17**; 202-223.
2. Palmer, C.: *Evidence-base briefing: Dementia. A compilation of secondary research evidence, gudelines and consensus statements*. 1999, London: Gaskell - Royal College of Psychiatrists. 1-90.
3. TUDOR Munkacsoport: *Az egészségügyi, szociális és családügyi minisztérium szakmai protokolle a bizonyítékokon alapuló szakmai protokollek fejlesztéséhez*. Egészségügyi Közlöny, 2004. **56**; 699-745.
4. American Psychiatric Association: *Diagnostic Dtatistical Manual of Mental Disorders 4th ed. Text revision (DSM-IV-TR)*. 2000, Washington DC: American Psychiatric Association.
5. World Health Organization: *International Classification of Diseases - 10th revision (ICD-10)*. 1992, Geneva: World Health Organization.
6. Füredi, J., Németh, A. és Tariska, P.: *A pszichiátria magyar kézikönyve*. 3. kiad. 2003, Budapest: Medicina.
7. Szirmai, I.: *Neurológia*. 2000, Budapest: Medicina.

8. Katzman, R. és Karias, C.: *The epidemiology of dementia and Alzheimer disease*, in *Alzheimer disease*, Terry, R.D., Katzman, R. és Bick, K.L. Szerk. 1994, Raven Press: New York. 105-122.
9. van Dijk, E.J., Breteler, M.M., Schmidt, R., Berger, K., Nilsson, L.G., Oudkerk, M., Pajak, A., Sans, S., de Ridder, M., Dufouil, C., Fuhrer, R., Giampaoli, S., Launer, L.J. és Hofman, A.: *The association between blood pressure, hypertension, and cerebral white matter lesions: Cardiovascular determinants of dementia study*. Hypertension, 2004. **44**; 625-30.
10. Forette, F., Seux, M.L., Staessen, J.A., Thijs, L., Babarskiene, M.R., Babeanu, S., Bossini, A., Fagard, R., Gil-Extremuera, B., Laks, T., Kotalava, Z., Sarti, C., Tuomilehto, J., Vanhanen, H., Webster, J., Yodfat, Y. és Birkenhager, W.H.: *The prevention of dementia with antihypertensive treatment: New evidence from the systolic hypertension in Europe (SYST-EUR) study*. Arch Intern Med, 2002. **162**; 2046-52.
11. Bignall, J.: *ApoE gene dose in Alzheimer's disease*. Lancet, 1993. **342**; 426.
12. Saunders, A.M., Strittmatter, W.J., Schmechel, D., George-Hyslop, P.H., Pericak-Vance, M.A., Joo, S.H., Rosi, B.L., Gusella, J.F., Crapper-MacLachlan, D.R., Alberts, M.J. és mtsai.: *Association of apolipoprotein E allele epsilon 4 with late-onset familial and sporadic Alzheimer's disease*. Neurology, 1993. **43**; 1467-72.
13. Khachaturian, A.S., Corcoran, C.D., Mayer, L.S., Zandi, P.P. és Breitner, J.C.: *Apolipoprotein E epsilon4 count affects age at onset of Alzheimer disease, but not lifetime susceptibility: The Cache county study*. Arch Gen Psychiatry, 2004. **61**; 518-24.
14. Qiu, C., Kivipelto, M., Aguero-Torres, H., Winblad, B. és Fratiglioni, L.: *Risk and protective effects of the apoE gene towards Alzheimer's disease in the Kungsholmen project: Variation by age and sex*. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2004. **75**; 828-33.
15. Fratiglioni, L., Launer, L.J., Andersen, K., Breteler, M.M., Copeland, J.R., Dartigues, J.F., Lobo, A., Martinez-Lage, J., Soininen, H. és Hofman, A.: *Incidence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic diseases in the elderly research group*. Neurology, 2000. **54**; S10-5.

16. Sipos, I., Csontos, J., Kerchner, C., Rimaszéki, Z., Csikós, M. és Degrell, I.: *A demencia epidemiológiai vizsgálata Nagyhegyes községben.* in *Magyar Gerontológiai Társaság Vándorgyűlése.* 1990. Debrecen.
17. Szatmari, S., Fekete, I., Csiba, L., Kollar, J., Sikula, J. és Bereczki, D.: *Screening of vascular cognitive impairment on a Hungarian cohort.* *Psychiatry Clin Neurosci*, 1999. **53**; 39-43.
18. Ott, A., Breteler, M.M., van Harskamp, F., Stijnen, T. és Hofman, A.: *Incidence and risk of dementia. The Rotterdam study.* *Am J Epidemiol*, 1998. **147**; 574-80.
19. Riedel-Heller, S.G., Busse, A., Aurich, C., Matschinger, H. és Angermeyer, M.C.: *Prevalence of dementia according to DSM-III-R and ICD-10: Results of the leipzig longitudinal study of the aged (LEILA75+) part I.* *Br J Psychiatry*, 2001. **179**; 250-4.
20. Bachman, D.L., Wolf, P.A., Linn, R.T., Knoefel, J.E., Cobb, J.L., Belanger, A.J., White, L.R. és D'Agostino, R.B.: *Incidence of dementia and probable Alzheimer's disease in a general population: The Framingham study.* *Neurology*, 1993. **43**; 515-9.
21. Fratiglioni, L., De Ronchi, D. és Aguero-Torres, H.: *Worldwide prevalence and incidence of dementia.* *Drugs Aging*, 1999. **15**; 365-75.
22. Launer, L.J., Andersen, K., Dewey, M.E., Letenneur, L., Ott, A., Amaducci, L.A., Brayne, C., Copeland, J.R., Dartigues, J.F., Kragh-Sorensen, P., Lobo, A., Martinez-Lage, J.M., Stijnen, T. és Hofman, A.: *Rates and risk factors for dementia and Alzheimer's disease: Results from eurodem pooled analyses. EuroDem incidence research group and work groups. European studies of dementia.* *Neurology*, 1999. **52**; 78-84.
23. Bonaiuto, S., Mele, M., Galluzzo, L. és Giannandrea, E.: *Survival and dementia: A 7-year follow-up of an Italian elderly population.* *Arch Gerontol Geriatr*, 1995. **20**; 105-13.
24. Koopmans, R.T., Ekkerink, J.L. és van Weel, C.: *Survival to late dementia in Dutch nursing home patients.* *J Am Geriatr Soc*, 2003. **51**; 184-7.

25. Larson, E.B., Shadlen, M.F., Wang, L., McCormick, W.C., Bowen, J.D., Teri, L. és Kukull, W.A.: *Survival after initial diagnosis of Alzheimer disease*. Ann Intern Med, 2004. **140**; 501-9.
26. Wolfson, C., Wolfson, D.B., Asgharian, M., M'Lan, C.E., Ostbye, T., Rockwood, K. és Hogan, D.B.: *A reevaluation of the duration of survival after the onset of dementia*. N Engl J Med, 2001. **344**; 1111-6.
27. Kalman, J., Boda, K., Bende, Z. és Janka, Z.: *7 perces teszt a demencia szűrésére*. Orv Hetil, 2003. **144**; 1929-38.
28. Rapp, M.A., Rieckmann, N., Gutzmann, H. és Folstein, M.F.: *Micro-mental Test - ein Kurzverfahren für Untersuchung von Demenzsymptomen*. Nervenarzt, 2002. **73**; 839-44.
29. Petersen, R.C., Stevens, J.C., Ganguli, M., Tangalos, E.G., Cummings, J.L. és DeKosky, S.T.: *Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review)*. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology, 2001. **56**; 1133-42.
30. Knopman, D.S., DeKosky, S.T., Cummings, J.L., Chui, H., Corey-Bloom, J., Relkin, N., Small, G.W., Miller, B. és Stevens, J.C.: *Practice parameter: Diagnosis of dementia (an evidence-based review)*. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology, 2001. **56**; 1143-53.
31. Nemes, Z.: *Az agy-gerincvelői folyadék amyloid β és τ protein tartalma a demenciák diagnózisában*. Psych. Hung, 2003. **18**; 132-146.
32. Silverman, D.H., Gambhir, S.S., Huang, H.W., Schwimmer, J., Kim, S., Small, G.W., Chodosh, J., Czernin, J. és Phelps, M.E.: *Evaluating early dementia with and without assessment of regional cerebral metabolism by PET: A comparison of predicted costs and benefits*. J Nucl Med, 2002. **43**; 253-66.
33. Chong, M.S., és Sahadevan, S.: *Preclinical Alzheimer's disease: Diagnosis and prediction of progression*. Lancet Neurol, 2005. **4**; 576-9.
34. Clare, L., Woods, R.T., Moniz Cook, E.D., Orrell, M. és Spector, A.: *Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia*. Cochrane Database Syst Rev, 2003; CD003260.
35. Lincoln, N.B., Majid, M.J. és Weyman, N.: *Cognitive rehabilitation for attention deficits following stroke*. Cochrane Database Syst Rev, 2000; CD002842.

36. Thorgrimsen, L., Spector, A., Wiles, A. és Orrell, M.: *Aroma therapy for dementia*. Cochrane Database Syst Rev, 2003; CD003150.
37. Vink, A.C., Birks, J.S., Bruinsma, M.S. és Scholten, R.J.: *Music therapy for people with dementia*. Cochrane Database Syst Rev, 2004; CD003477.
38. Spector, A., Orrell, M., Davies, S. és Woods, B.: *Reality orientation for dementia*. Cochrane Database Syst Rev, 2000; CD001119.
39. Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M. és Orrell, M.: *Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: Randomised controlled trial*. Br J Psychiatry, 2003. **183**; 248-54.
40. Wilson, R.S., Mendes De Leon, C.F., Barnes, L.L., Schneider, J.A., Bienias, J.L., Evans, D.A. és Bennett, D.A.: *Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease*. Jama, 2002. **287**; 742-8.
41. Spector, A., Davies, S., Woods, B. és Orrell, M.: *Reality orientation for dementia: A systematic review of the evidence of effectiveness from randomized controlled trials*. Gerontologist, 2000. **40**; 206-12.
42. Spector, A., Orrell, M., Davies, S. és Woods, R.T.: *Reminiscence therapy for dementia*. Cochrane Database Syst Rev, 2000; CD001120.
43. Doody, R.S., Stevens, J.C., Beck, C., Dubinsky, R.M., Kaye, J.A., Gwyther, L., Mohs, R.C., Thal, L.J., Whitehouse, P.J., DeKosky, S.T. és Cummings, J.L.: *Practice parameter: Management of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology*. Neurology, 2001. **56**; 1154-66.
44. Verghese, J., Lipton, R.B., Katz, M.J., Hall, C.B., Derby, C.A., Kuslansky, G., Ambrose, A.F., Sliwinski, M. és Buschke, H.: *Leisure activities and the risk of dementia in the elderly*. N Engl J Med, 2003. **348**; 2508-16.
45. Montgomery, P. és Dennis, J.: *Physical exercise for sleep problems in adults aged 60+*. Cochrane Database Syst Rev, 2002; CD003404.
46. Lonergan, E., Luxenberg, J. és Colford, J.: *Haloperidol for agitation in dementia*. Cochrane Database Syst Rev, 2002; CD002852.
47. Bains, J., Birks, J.S. és Denning, T.R.: *The efficacy of antidepressants in the treatment of depression in dementia*. Cochrane Database Syst Rev, 2002; CD003944.

48. Birks, J., Grimley Evans, J., Iakovidou, V. és Tsolaki, M.: *Rivastigmine for Alzheimer's disease*. Cochrane Database Syst Rev, 2000; CD001191.
49. Birks, J.S. és Harvey, R.: *Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease*. Cochrane Database Syst Rev, 2003; CD001190.
50. Loy, C. és Schneider, L.: *Galantamine for Alzheimer's disease*. Cochrane Database Syst Rev, 2004; CD001747.
51. Areosa, S.A., Sherriff, F. és McShane, R.: *Memantine for dementia*. Cochrane Database Syst Rev, 2005; CD003154.
52. Erkinjuntti, T., Kurz, A., Gauthier, S., Bullock, R., Lilienfeld, S. és Damaraju, C.V.: *Efficacy of galantamine in probable vascular dementia and Alzheimer's disease combined with cerebrovascular disease: A randomised trial*. Lancet, 2002. **359**; 1283-90.
53. Malouf, R., és Birks, J.: *Donepezil for vascular cognitive impairment*. Cochrane Database Syst Rev, 2004; CD004395.
54. Emre, M., Aarsland, D., Albanese, A., Byrne, E.J., Deuschl, G., De Deyn, P.P., Durif, F., Kulisevsky, J., van Laar, T., Lees, A., Poewe, W., Robillard, A., Rosa, M.M., Wolters, E., Quarg, P., Tekin, S. és Lane, R.: *Rivastigmine for dementia associated with Parkinson's disease*. N Engl J Med, 2004. **351**; 2509-18.
55. Olin, J., Schneider, L., Novit, A. és Luczak, S.: *Hydergine for dementia*. Cochrane Database Syst Rev, 2001; CD000359.56.
Fioravanti, M. és Flicker, L.: *Efficacy onicergoline in dementia and other age associated forms of cognitive impairment*. Cochrane Database Syst Rev, 2001; CD003159.
57. Birks, J., Grimley, E.V. és Van Dongen, M.: *Ginkgo biloba for cognitive impairment and dementia*. Cochrane Database Syst Rev, 2002; CD003120.
58. Frampton, M., Harvey, R.J. és Kirchner, V.: *Propentofylline for dementia*. Cochrane Database Syst Rev, 2003; CD002853.

59. Waegemans, T., Wilsher, C.R., Danniau, A., Ferris, S.H., Kurz, A. és Winblad, B.: *Clinical efficacy of piracetam in cognitive impairment: A meta-analysis*. Dement Geriatr Cogn Disord, 2002. **13**; 217-24.
60. Lopez-Arrieta, J.M. és Birks, J.: *Nimodipine for primary degenerative, mixed and vascular dementia*. Cochrane Database Syst Rev, 2002; CD000147.
61. Courtney, C., Farrell, D., Gray, R., Hills, R., Lynch, L., Sellwood, E., Edwards, S., Hardyman, W., Raftery, J., Crome, P., Lendon, C., Shaw, H. és Bentham, P.: *Long-term donepezil treatment in 565 patients with Alzheimer's disease (AD2000): Randomised double-blind trial*. Lancet, 2004. **363**; 2105-15.
62. Livingston, G. és Katona, C.: *How useful are cholinesterase inhibitors in the treatment of Alzheimer's disease? A number needed to treat analysis*. Int J Geriatr Psychiatry, 2000. **15**; 203-7.
63. Livingston, G. és Katona, C.: *The place of memantine in the treatment of Alzheimer's disease: A number needed to treat analysis*. Int J Geriatr Psychiatry, 2004. **19**; 919-25.
64. Farlow, M., Potkin, S., Koumaras, B., Veach, J. és Mirski, D.: *Analysis of outcome in retrieved dropout patients in a rivastigmine vs placebo, 26-week, Alzheimer disease trial*. Arch Neurol, 2003. **60**; 843-8.
65. Reisberg, B., Doody, R., Stoffler, A., Schmitt, F., Ferris, S. és Mobius, H.J.: *Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease*. N Engl J Med, 2003. **348**; 1333-41.
66. Winblad, B. és Poritis, N.: *Memantine in severe dementia: Results of the 9m-best study (benefit and efficacy in severely demented patients during treatment with memantine)*. Int J Geriatr Psychiatry, 1999. **14**; 135-46.
67. Tariot, P.N., Farlow, M.R., Grossberg, G.T., Graham, S.M., McDonald, S. és Gergel, I.: *Memantine treatment in patients with moderate to severe Alzheimer disease already receiving donepezil: A randomized controlled trial*. Jama, 2004. **291**; 317-24.
68. Birks, J. és Flicker, L.: *Selegiline for Alzheimer's disease*. Cochrane Database Syst Rev, 2003; CD000442.
69. Tabet, N., Birks, J. és Grimley Evans, J.: *Vitamin E for Alzheimer's disease*. Cochrane Database Syst Rev, 2000; CD002854.
70. Hogervorst, E., Yaffe, K., Richards, M. és Huppert, F.: *Hormone replacement therapy for cognitive function in postmenopausal women*. Cochrane Database Syst Rev, 2002; CD00312271.

71. Hogervorst, E., Yaffe, K., Richards, M. és Huppert, F.: *Hormone replacement therapy to maintain cognitive function in women with dementia*. Cochrane Database Syst Rev, 2002; CD003799.
72. Tabet, N. és Feldman, H.: *Indomethacin for the treatment of Alzheimer's disease patients*. Cochrane Database Syst Rev, 2002; CD003673.
73. Tabet, N. és Fldmand, H.: *Ibuprofen for Alzheimer's disease*. Cochrane Database Syst Rev, 2003; CD004031.
74. Street, J.S., Clark, W.S., Gannon, K.S., Cummings, J.L., Bymaster, F.P., Tamura, R.N., Mitani, S.J., Kadam, D.L., Sanger, T.M., Feldman, P.D., Tollefson, G.D. és Breier, A.: *Olanzapine treatment of psychotic and behavioral symptoms in patients with Alzheimer disease in nursing care facilities: A double-blind, randomized, placebo-controlled trial. The HGEU study group*. Arch Gen Psychiatry, 2000. **57**; 968-76.
75. Brodaty, H., Ames, D., Snowden, J., Woodward, M., Kirwan, J., Clarnette, R., Lee, E., Lyons, B. és Grossman, F.: *A randomized placebo-controlled trial of risperidone for the treatment of aggression, agitation, and psychosis of dementia*. J Clin Psychiatry, 2003. **64**; 134-43.
76. Útmutató: *Klinikai protokollek összefoglalója 2003/1*. 2003, Budapest: Medition Kft.
77. Esmonde, T. és Cooke, S.: *Shunting for normal pressure hydrocephalus (NPH)*. Cochrane Database Syst Rev, 2002; CD003157.
78. Anttila, T., Helkala, E.L., Kivipelto, M., Hallikainen, M., Alhainen, K., Heinonen, H., Mannermaa, A., Tuomilehto, J., Soininen, H. és Nissinen, A.: *Midlife income, occupation, apoe status, and dementia: A population-based study*. Neurology, 2002. **59**; 887-93.
79. Bonaiuto, S., Rocca, W.A., Lippi, A., Giannandrea, E., Mele, M., Cavarzeran, F. és Amaducci, L.: *Education and occupation as risk factors for dementia: A population-based case-control study*. Neuroepidemiology, 1995. **14**; 101-9.
80. Dartigues, J.F., Gagnon, M., Mazaux, J.M., Barberger-Gateau, P., Commenges, D., Letenneur, L. és Orgogozo, J.M.: *Occupation during life and memory performance in nondemented French elderly community residents*. Neurology, 1992. **42**; 1697-701.

81. Evans, D.A., Hebert, L.E., Beckett, L.A., Scherr, P.A., Albert, M.S., Chown, M.J., Pilgrim, D.M. és Taylor, J.O.: *Education and other measures of socioeconomic status and risk of incident Alzheimer disease in a defined population of older persons*. Arch Neurol, 1997. **54**; 1399-405.
82. Stern, Y., Gurland, B., Tatemichi, T.K., Tang, M.X., Wilder, D. és Mayeux, R.: *Influence of education and occupation on the incidence of Alzheimer's disease*. Jama, 1994. **271**; 1004-10.
83. Friedland, R.P., Fritsch, T., Smyth, K.A., Koss, E., Lerner, A.J., Chen, C.H., Petot, G.J. és Debanne, S.M.: *Patients with Alzheimer's disease have reduced activities in midlife compared with healthy control-group members*. Proc Natl Acad Sci U S A, 2001. **98**; 3440-5.
84. Xu, W.L., Qiu, C.X., Wahlin, A., Winblad, B. és Fratiglioni, L.: *Diabetes mellitus and risk of dementia in the Kungsholmen project: A 6-year follow-up study*. Neurology, 2004. **63**; 1181-6.
85. Wright, C.B., Lee, H.S., Paik, M.C., Stabler, S.P., Allen, R.H. és Sacco, R.L.: *Total homocysteine and cognition in a tri-ethnic cohort: The Northern Manhattan study*. Neurology, 2004. **63**; 254-60.
86. Kivipelto, M., Helkala, E.L., Laakso, M.P., Hanninen, T., Hallikainen, M., Alhainen, K., Soininen, H., Tuomilehto, J. és Nissinen, A.: *Midlife vascular risk factors and Alzheimer's disease in later life: Longitudinal, population based study*. Bmj, 2001. **322**; 1447-51.
87. agger, C., Andersen, K., Breteler, M.M., Copeland, J.R., Helmer, C., Baldereschi, M., Fratiglioni, L., Lobo, A., Soininen, H., Hofman, A. és Launer, L.J.: *Prognosis with dementia in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic diseases in the elderly research group*. Neurology, 2000. **54**; S16-20.
88. Mitchell, S.L., Kiely, D.K., Hamel, M.B., Park, P.S., Morris, J.N. és Fries, B.E.: *Estimating prognosis for nursing home residents with advanced dementia*. Jama, 2004. **291**; 2734-40.
89. Ruitenberg, A., Kalmijn, S., de Ridder, M.A., Redekop, W.K., van Harskamp, F., Hofman, A., Launer, L.J. és Breteler, M.M.: *Prognosis of Alzheimer's disease: The Rotterdam study*. Neuroepidemiology, 2001. **20**; 188-95.
90. Chui, H.C., Mack, W., Jackson, J.E., Mungas, D., Reed, B.R., Tinklenberg, J., Chang, F.L., Skinner, K., Tasaki, C. és Jagust, W.J.: *Clinical*

criteria for the diagnosis of vascular dementia: A multicenter study of comparability and interrater reliability. Arch Neurol, 2000. **57**; 191-6.

91. Corey-Bloom, J.: *The natural history of Alzheimer's disease.*, in *Dementia*, O'Brien, J., Ames, D. és Burns, A., Szerk. 2000, Arnold: London. 405-15.

Kapcsolódó internetes oldalak

www.neuropat.dote.hu/dementia.htm

www.neuropsychiatria.sote.hu

<http://w3.enternet.hu/nyeki9/Demencia-centrumok.htm>

<http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/038-013.htm>

www.clinicalevidence.com

<http://www.cochrane.org>

<http://www.aafp.org/afp/20020601/2263.html>

<http://www.aafp.org/afp/20020615/2525.html>

<http://www.neurology.org/cgi/reprint/56/9/1143.pdf>

<http://www.neurology.org/cgi/reprint/56/9/1133.pdf>

<http://www.neurology.org/cgi/reprint/54/12/2205.pdf>

http://www.aan.com/professionals/practice/pdfs/dementia_guideline.pdf

<http://www.aan.com/professionals/practice/pdfs/gl0093.pdf>

http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/pg_dementia_32701.cfm

http://www.psych.org/psych_pract/treatg/quick_ref_guide/alzheimers_disease_qrg9402.pdf

<http://www.akdae.de/45/Demenz.pdf>

http://www.ctfphc.org/Abstracts/Cog_impair_abs.htm

http://www.ctfphc.org/Tables/Cog_impair_tab.htm

<http://www.dgn.org/fileadmin/leitl/demenzva.pdf>

<http://www.dgn.org/fileadmin/leitl/alzheime.pdf>

<http://www.dgn.org/fileadmin/leitl/pickdgn.htm>

http://www.health.nsw.gov.au/pubs/c/pdf/care_dementia_guide.pdf

<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign30.pdf>

<http://www.nice.org>

3.4. A már létező módszertani segédletek jegyzéke és elérhetőségi helye.

- Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry - Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai Medicina Könyvkiadó Rt. - Budapest, 1999.
- Rosalinda Alfaro-LeFevre - Az ápolási folyamat alkalmazása Lépésről lépésre Medicina Könyvkiadó Rt. - Budapest, 2001.
- Joan F. Needham - Gerontológia ápolás- Ápolási tervek a gyakorlatban Medicina Könyvkiadó Rt. - Budapest, 1998.
- Huszár Ilona, Kullmann Lajos, Tringer László - A rehabilitáció gyakorlata Medicina Könyvkiadó Rt. - Budapest, 2000.
- Dr. Günter Krämer - Az Alzheimer-kóros betegek gondozása (Gyakorlati tanácsok) Medicina Könyvkiadó Rt. - Budapest, 1999.
- Harry Cayton, Dr. Nori Graham, Dr. James Warner - Alzheimer-kór és a demencia egyéb fajtái
- SpringMed Kérdezz - Felelek könyvek, Budapest 2006.
- Irinyi Tamás - Pszichiátriai szakápolástan Medicina Könyvkiadó Rt. - Budapest, 2000.
- Lynda Juall Carpenito - Ápolási diagnózisok Medicina Könyvkiadó Rt. - Budapest, 1996.
- Virginia Henderson - Az ápolás alapelvei Magyar Kórházszövetség, Budapest, 1991.
- Imre Sándor- Fábián Gergely - Öszülő társadalmak IMIPrint, Nyíregyháza 2006.
- Leel-Össy Lóránt dr. és Nagy Tamás Gergely dr. - 100 kérdés és felelet a demenciáról (Szellemi hanyatlásról)
- Pfizer támogatásában - Esztergom-Budapest, 1998.

- Imre Sándor - A klinikai gerontológia alapjai Medicina Könyvkiadó Rt. - Budapest, 2007.
- Alzheimer beteg a családban Memórai Alapítvány Ismeretterjesztő kiadványa, 2002.
- Alzheimer-kór Memórai Alapítvány Ismeretterjesztő kiadványa, 2003.
- Minőségirányítási kézikönyv Idősek - Ápoló Gondozó Otthona Encs, 2004.
- Demencia műhely munkacsoport által készített anyag NCSSZI Budapest, 2004.
- Dr. Szabó Lajos - Útmutató a demens részleg tárgyi-szakmai minimum feltételeinek kialakítására.
- Ajánlás a speciális szakmai programok kialakítására, mentálisan hanyatló idősök számára a szociális ellátórendszer keretében. Budapest, 2004.

3.5. Hazai és nemzetközi tapasztalatok, legfrissebb tudományos eredmények irodalmi áttekintése.

- The Best Friends Staff, Building a Culture of Care in Alzheimer's Programs (Virginia Bell & David Troxel)
- A Dignified Life (Virginia Bell & David Troxel)
- Creatin
- g Successful Dementai Care Settings, Vol. 1 – 4 (Margaret P. Calkins)
- Person-centered Care, Making Services Better (Dawn Brooker)Dementia Care Mapping: Principles and Practice (Dawn Brooker & Claire Surr)
- The New Culture of Dementia Care (Tom Kitwood)
- Dementia Reconsidered, The Person Comes First (Tom Kitwood)

- Transforming the Quality of Dementia Care (Department of Health)

3.6. Demencia súlyossági fokának felmérésére ajánlott tesztek

A Mini-Mental teszt (MMSE)

ORIENTÁCIÓ

Milyen nap van ma? _____

Milyen évet írunk?
_____ 5

Milyen hónapban járunk? _____

Hányadika van? _____

Melyik napja van a hétnek? _____

Milyen évszakban járunk? _____

Hol vagyunk most? _____

Milyen országban?
_____ 5

Milyen városban? _____

Milyen megyében van ez a város? _____

Milyen intézményben vagyunk? _____

Hányadik emeleten vagyunk? _____

MEGJEGYZŐ EMLÉKEZÉS

Három szó megisméltése: _____

CITROM, KULCS, LABDA

3

Kísérletek száma:

FIGYELEM ÉS SZÁMOLÁS

Száztól hetesével számoljon visszafelé, _____

vagy betűzze a VILÁG szót visszafelé
5

FELIDÉZŐ EMLÉKEZÉS:

a korábbi három szó felidézése _____

3

NYELVI ÉS EGYÉB FELADATOK

Megnevezés: karóra, ceruza _____

2

Mondatisméltás: „Semmi de, és semmi ha.” _____

1

Hármasparancs: „Vegye a kezébe a papírt,
hajtsa ketté, és adja vissza!” _____

3

Olvasás: „Olvassa el és tegye meg!” _____

CSUKJA BE A SZEMÉT!”

1

Írás: „Írjon le egy mondatot, kérem!” _____

1

ÁBRAMÁSOLÁS: másolja le az alábbi rajzot! _____

1

ÖSSZPONTSZÁM

A MMSE kerekített átlagos pontszáma az életkor és iskolázottság függvényében*

Oktatásban töltött idő

	0-4 év	5-8 év	9-12 év	>12 év
Átlag				
Életkor				
18-24 29	23	28	29	30
25-29 29	25	27	29	30
30-34 29	26	26	29	30
35-39 29	23	27	29	30
40-44 29	23	27	29	30
45-49 29	23	27	29	30
50-54 29	22	27	29	30
55-59 29	22	27	29	29

60-64 28	22	27	28	29	
65-69 28	22	27	28	29	
70-74 27	21	26	27	29	
75-79 26	21	26	27	28	
80-84 25	19	25	26	28	
≥85	20	24	26	28	25
Átlag 29	22	26	29	29	

Az iskolázottság és életkor szerinti normál értéktől 3, vagy annál több ponttal elmaradó eredmény klinikailag szignifikáns kognitív funkciózavart valószínűsít.

*Crum, R. M., Anthony, J. C., Bassett, S. S. és Folstein, M. F. (1993) *Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level* JAMA **269**; 2386-91.

A módosított Hachinski-skála

Tünet	Pontszám
HIRTELEN KEZDET	2
LÉPCSŐZETES LEÉPÜLÉS: az állapot napok vagy hetek alatt romlott, majd hosszan ugyanolyan szinten maradt, majd ismét hirtelen romlott	1
SZOMATIKUS PANASZOK: például fejfájás, fülzúgás, mellkasi fájdalom, szédülés, rossz közérzet	
EMOCIONÁLIS INCONTINENTIA: hirtelen nevetési vagy sírási rohamok, kis kiváltó okkal	
KÓRELŐZMÉNYBEN MAGAS VÉRNYOMÁS: 160/100 felett	1

egymás után legalább háromszor

KÓRELŐZMÉNYBEN STROKE: hemiparesis, aphasia 2

NEUROLÓGIAI GÓCTÜNETEK (*anamnézisben*): például hirtelen
múló látásvesztés az egyik szemén, féloldali zsibbadás vagy gyengeség,
órákig tartó kettős látás, epilepsziás rohamok 2

NEUROLÓGIAI GÓCJELEK (*vizsgálatnál*): például aszimmetriás
rigitidás, vagy egyoldali reflexfokozódás, dorsalflexiós reflexek,
nystagmus

ÖSSZPONTSZÁM 0-12

A 4, vagy az alatti skálaértéket korábban Alzheimer betegségre, a 7, vagy afeletti értékeket vaszkuláris demenciára tartották jellemzőnek. A Hachinski skálaérték helyett a két demencia-típus elkülönítésére az agyi képalkotó eljárásokat tekintjük diagnosztikusnak.

A globális deterioráció skála (GDS)

GDS	Klinikum	Diagnózis
1	Nincs emlékezeti panasz vagy kimutatható tünet	nincs hanyatlás
2	<ul style="list-style-type: none"> Szubjektív emlékezetre vonatkozó panaszok, Korfüggő leggyakrabban a következő területen: <ul style="list-style-type: none"> elfelejti, hová tette a megszokott tárgyait; korábról jól ismert nevek felejtése Klinikai vizsgálattal objektív emlékezetcsökkenés nem mutatható ki. <ul style="list-style-type: none"> Nincs objektív deficit a szociális működések terén. Tünetértékelése teljesen adekvát. 	feledé- kenység

- | | |
|---|---|
| 3 | <p>Korai, egyértelmű deficit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tünetek észlelhetők az alábbiak közűlkognitív legalább egy területen: <p style="text-align: right;">Enyhe hanyatlás</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ismeretlen helyen utazva eltévedhet; b) Munkatársai figyelnek fel gyengébb teljesítményére; c) A szótalálás vagy személynév-felidézés zavara nyilván- <p>Valóvá válik a közeli ismerősök számára;</p> <ul style="list-style-type: none"> d) Egy cikk vagy könyv elolvasása után viszonylag kevés <p>Dologra emlékszik vissza;</p> <ul style="list-style-type: none"> e) Bemutatkozás után a korábbinál nehezebben jegyzi meg <p>Az új ismerős nevét;</p> <ul style="list-style-type: none"> f) Értékes tárgyat elveszít, vagy rossz helyre tesz; g) Klinikai teszteléskor koncentrációzavar figyelhető meg. <ul style="list-style-type: none"> • A memóriazavar objektivitását csak részletes vizsgálattal lehet feltárni <ul style="list-style-type: none"> • Teljesítmény-csökkenés tapasztalható magas követelményt támasztó munkakörben vagy szociális helyzetben • A tüneteket gyakran enyhe vagy mérsékelt intenzitású szorongás kíséri. • A betegségelátás hiánya kezd megjelenni. |
| 4 | <ul style="list-style-type: none"> • Klinikai vizsgálattal egyértelmű deficit tárhatóMérsékelt fel az alábbi területeken: |

a) Az aktuális eseményekkel kapcsolatos kognitív ismeretanyag csökken, a közelmúltban történetekre hiányosan emlékszik; hanyatlás

b) Némi deficit lehet jelen saját élettörténetére, kórelőzményére vonatkozóan;

c) Koncentrációzavar mutatható ki például sorozatos kivonásokkal vizsgálva (100-tól hetesével visszafelé számolás);

d) Csökkent képesség utazás, pénzügyek kézbentartása stb. terén.

- Gyakori, hogy nincs működészavar a következő területeken:

a) Idő- és térbeli orientáció

b) Ismerős személyek és arcok felismerése;

c) Közlekedés megszokott, ismerős helyeken.

- Komplex feladat végrehajtására képtelen.

- Az affektivitás elszegényedik, a megmérettetést jelentő helyzetekben visszahúzódo magatartás jellemző.

- A betegségtagadás domináns védekező mechanizmussá lép elő

5 A beteg nem képes tovább teljesen egyedül élni, némi Mérsékelt en súlyos segítségre szorul. kognitív hanyatlás

- A vizsgálati helyzetben nem emlékszik jelenlegi fontos adataira, például korábbi, elmúlt években érvényes lakcímeire vagy telefonszámaira, közeli családtagjai (például unokái) nevére, nem tudja megmondani, hová járt iskolába.

- Gyakori az enyhe fokú időbeni (például dátum, a hét napja, évszak stb.) vagy térbeni desorientatio.

- Iskolázott személy számára gondot jelent, hogy 40-től négyesével visszafelé, vagy 20-tól

kettesével visszafelé számoljon.

- Saját magára vagy másokra vonatkozó több jelentős tény, illetve önellátási funkció ugyanakkor megtartott ebben a stádiumban, például a saját, házastársa és gyermekei nevét mindig tudja, nem igényel segítséget étkezésnél vagy WC-használatnál, de segítségre szorulhat az időjárásnak megfelelő öltözék kiválasztásánál.

6

- Előfordul, hogy nem emlékszik az ötSúlyos
folyamatosan ellátó házastársa nevére kongitív
hanyatlás
- Nincs tisztában a körülötte zajló
eseményekkel, nem emlékszik a vele közelmúltban
törtéentekre.
- Bizonyos ismeretanyaga még megtartott lehet
(például év, évszak).
- Nehézséget jelenthet, hogy 10-től egyesével
felfelé vagy visszafelé számoljon.
- Némi segítségre szorulhat a mindennapi
életműködések terén:
 - a) Incontinenssé válhat;
 - b) Közlekedéshez segítség lehet szükséges, de
ismerős helyekre még nehézség nélkül eljuthat.
- Mindig tudja a nevét.
- Gyakran továbbra is képes ismerősöket az
ismeretlenektől megkülönböztetni.
 - Magatartásában vagy affektivitásában változás
következhethet be:
 - a) Pszichotikus tünetek befolyásolhatják
magatartását, például azzal vádolhatja házastársát,
hogy becsapja, illetve elképzelt személyekkel vagy a
saját tükörképével beszélget;
 - b) Kényszeres tünet jelentkezhethet, például
folyamatosan tisztálkodik;

c) Szorongásos tünetek, agitatio vagy agresszivitás léphet fel;

d) Kognitív abulia: akaratereje elvész, például azért, mert gondolkodása a célképzetet nem tartja meg annyi ideig, amennyi a célirányos cselekedet befejezéséhez szükséges lenne.

7

- Minden verbális tevékenység elvész ebben a stádiumban:

- a stádium kezdetén egyes szavakat és kifejezéseket mond ugyan, de beszéde nagyon körülményes;

- végül beszéd már nincs, csak elemi hangadás.

- Incontinens, WC-használathoz és étkezéshez segítség szükséges.

- Alapvető pszichomotoros képességeit is elveszíti (például a járás terén).

- Az agy többé már nem képes a test vezérlésére.

- Generalizált működészavarra utaló és corticalis neurológiai jelek és tünetek gyakoriak

AZ ÓRA TESZT*

Kivitelezése: Üres A4-es papírlapra a vizsgáló kört rajzol a beteg előtt, majd megkéri, hogy az képzelje el, hogy az egy óra számlapja, és rajzolja be körbe a számokat, majd a kis- és nagymutatót úgy, hogy az óra $\frac{3}{4}$ 3-at mutasson.

Értékelés: (pont):

10 A számok és a mutatók helyzete pontos

9 A nagymutató helyzete nem pontos (pl. a 11-re mutat)

- 8 Nagyobb pontatlanság a mutatók elhelyezésében
- 7 A mutatók elhelyezése egyértelműen helytelen
- 6 A mutatók nem megfelelőek, vagy digitális időkijelzés
- 5 A számok összezsúfolása, keverése, sorrendjük eltévesztése
- 4 Súlyos hiba a számsorrendben, lapon kívüli számok
- 3 A számok és a számlap nincsenek kapcsolatban, mutató nincs
- 2 Megkísérelte a feladatot, de nincs értékelhető produktum
- 1 Nem tett kísérletet a végrehajtásra

*Kálmán J. és mtsai (1995): *Óra rajzolás teszt: gyors és egyszerű demencia szűrő módszer.* Psych. Hung **10**; 11-18.

A HUMÁN ERŐFORRÁS GONDOZÁSA/FEJLESZTÉSE

HEM

BEVEZETÉS

„Az ENSZ 1991-ben elfogadott, idős emberekkel kapcsolatos alapelveiben az áll, hogy olyan időspolitikára van szükség, amely az élet során biztosítja a függetlenséget, a részvételt, a gondoskodást, az önmegvalósítást és a méltóságot. ... szükség van a jelenlegi humánszolgáltató hálózat átalakítására és a modernizálására, a szolgáltatásokat igénylők szükségleteire és véleményeire.” (1)

Az Idősügyi Stratégia hangsúlyos eleme az alapszolgáltatások fejlesztése, az un. „otthon közeli ellátások” biztosítása. Az idősök szabad döntése, a megszokott környezetben maradás igénye valamint az ellátást igénylő demográfiai csoport számának növekedése is az alapszolgáltatások fejlesztését indokolja, a humán és a költséghatékonyság tekintetében is. Ugyanakkor az alapszolgáltatás sem rentábilis a folyamatos felügyeletet igénylők esetében, hiszen egy-egy 24 órás felügyeletet, gondozási igényt még képes ellátni hatékonyan az alapszolgáltatás, ám az életkor előrehaladtával, a megnövekedett szükségletek esetén csak a bentlakásos elhelyezés jelent biztonságot és feltételez költséghatékonyságot. Az ekkor bentlakásos elhelyezést kérők egészségi állapota miatt a gondozási szükséglet azonban jóval meghaladja a 4 órát, sok esetben közelít a 8 órás szinthez, mely további leterhelést jelent majd a bentlakásos intézményben dolgozók számára.

Az idősök bentlakásos ellátása tekintetében az elmúlt évek változásai – folyamatos, átgondolatlan jogi szabályozás, az állami normatív finanszírozás tendenciózus csökkentése, létszám irányszámok változása, – mellett hangsúlyossá válik a humán erőforrás fejlesztése/gondozása. A megváltozott környezetben, az egyre nehezedő ellátási szükséglet, az idősödő klienskör speciális, komoly felkészültséget igényel. Az idős lakosság életkorbeli változásai, a meghosszabbodott életkorral párosuló egészségromlás, a gondozási szükségleten alapuló bekerülési feltétel rendszer következtében egyre több krónikus betegségben szenvedő idős kéri felvételét a bentlakásos intézményekbe. A hangsúly egyre inkább, a gondozási tevékenységek mellett - független az intézmény szociális jellegétől -, az ápolási tevékenységekre helyeződik. „Az ellátórendszer hatásosságának és hatékonyságának erősítése nem képzelhető el a szociális és egészségügyi szektor, az oktatás- és foglalkoztatáspolitikai eszközrendszereinek harmonizációja és a szolgáltatások fejlesztése nélkül.”(2)

A szociális területen végzendő minőségi szakmai munka előfeltétele a magas színvonalú képzés és továbbképzés. A tudatosan végiggondolt képzési – középfokú,

felsőfokú - rendszerek és az alapképesítések speciális tudással történő kiegészítését megteremtő szakvizsga- és továbbképzési rendszer a minőségi szolgáltatás alappillére.

A jól felkészült, tudását folyamatosan fejlesztő, az új szükségletekre rugalmasan reagáló, a szakmai személyiségét folyamatosan karbantartó, kompetens szakemberek mindennapi szakmai tevékenysége meghatározója a bentlakásos idősellátásnak.

1.1. Az irányelv definíciója

Az irányelv célja az idős bentlakásos intézményekben szakmai munkát végzők – szociális gondozók, ápolók, szociális munkások, mentálhigiénés, foglalkoztatás szervezők, gyógytornászok, stb – megszerzett szaktudásának, a tudás szintek szerinti ismereteknek folyamatos frissítése, új módszerek elsajátítása, a szakmai személyiség kialakítása, a szakmai személyiség fejlesztése, védelme.

1.2. A szolgáltatás célcsoportjának meghatározása

Az irányelv célcsoportja az intézményben dolgozók közössége, az ellátottakkal kapcsolatba kerülő intézményi dolgozók összessége.

Az irányelv elkészítésének szükségességét indokolja az elmúlt években elindult sztenderdizációs folyamat véglegesítése, valamint az ahhoz kapcsolódó szándékok rangsorolása.

A 2006 májusában elkészült sztenderdlista (munkaanyag), továbbfejlesztése tárgyában úgy tűnik nincs egységes álláspont, hiszen a Kozma Judit, Mester Dániel által - A szociális szolgáltatások szakmai szabályozó rendszerének kidolgozását célzó munka eredményeiről és soron következő feladatairól – készített tanulmányban is két lehetséges fejlesztési cél található. Az egyik cél „a szociális szolgáltatások minőségének fejlesztése, a szolgáltatások minimum tartalmainak leírása, egységesítése”, míg a másik „Az átláthatóság, tervezhetőség, fenntarthatóság és kontrollálhatóság növelése”, melyet a Szociális és Munkaügyi Minisztérium preferálandónak tart.

Azt gondoljuk és a rendszerszintű gondolkodás is ezt erősíti, hogy a továbblépés nem az egyik vagy másik célterület felé történő hangsúly eltolódással, hanem a két célterület egyidejű, azonos szintű fejlesztésével kell, hogy történjen.

További indokoltság mellett szól, hogy az ellátási területen jelentkező szükségletek, ellátotti igények kielégítésére eltérő válaszokat találunk a különböző időseket ellátó bentlakásos intézményekben.

A szolgáltatást végzők heterogén csoportja komoly kihívást jelent a szervezet minőségének meghatározásakor. A különböző képzettségi fokkal rendelkező munkatársak egy adott szervezeten belüli tevékenysége során hangsúlyos szerephez jut a határok, kompetenciák kérdése.

A heterogenitás meghatározza a fejlesztési irányokat is, hiszen más szakmai tartalommal bíró továbbképzési rendszer szükséges az ápolási - gondozási tevékenységet végzők, más a mentálhigiénés szolgáltatást biztosítók és más a szociális munkát végzők esetében. Ugyanakkor a szervezet érzékenyen reagál a különbözőségekre. A különböző motivációkkal és tudástartalmakkal, módszerekkel dolgozó szakemberek szakmai közösséggé formálása a rendszer valamennyi szereplőjének érdeke. A szakmai vezetés felelőssége az intézmény filozófiájának megfelelő működés biztosítása, a szakmai és tudás területek összhangjának megteremtése.

Várható eredmények között a rendszer kiválósága mellett elsődleges az egyenlő, magas színvonalú, professzionális szolgáltatás biztosításának garanciája, mely független a fenntartó, működtető szervezettől, földrajzi elhelyezkedésétől.

A rendszer kiválóságáért felelősséggel bíró, elkötelezett munkatársak/dolgozók szakmai fejlődése az egységesülő továbbképzési rendszernek köszönhetően biztosított lesz.

A szakmai munkavégzés hatékonyságának növelését követően a dolgozó elégedettsége nő, a kiégés, a pályaelhagyás csökken.

1.3. A szolgáltatás alapelvei

1.3.1. Meglévő hazai szabályozók

A Szociális Munka Etikai Kódexe

Global Standard for Social Work Education and Training

1.3.2. Kapcsolat az SZMI standardokkal

2. AZ ELVÁRT SZOLGÁLTATÁSI GYAKORLAT LEÍRÁSA

A szociális munkás képzés, a szociális asszisztens, szociális gondozó képzés hangsúlyos eleme az elméleti – tudományos - ismeretek gyakorlatban történő alkalmazása, az elmélet és a gyakorlat integrálása.

Az oktatás, a felsőoktatás szemléletbeli változásai között elsődleges szerepet játszik a kompetencia alapú fejlesztés, a képzés átalakítása. A szociális munkás képzés területén is előtérbe kerül a kompetencia fejlesztése.

Egyre nagyobb teret nyer már hazánkban is a PBL (PAT) módszer, azaz „a probléma alapú oktatás, amely edukációs módszer és edukációs stratégia. A hatékony tanuláshoz a hallgató oldaláról alapvetően három összetevője van:

- a tanuló magával hozott alaptudása, illetve készségei,
- a megértési folyamat sikeressége,
- a személyes részvétel foka, minősége”.(3)

Kolb(1984) tanulás elmélete szerint a gyakorlati tapasztalaton alapuló tanulás közvetlenül kapcsolódik a konkrét célokhoz és szükségletekhez, a tanulót erősen motiválja a vágy, hogy a problémát megértse és megoldja. A kölcsönös tanulási folyamat aktív és egyben passzív, konkrét és egyben absztrakt is, hiszen „az elmélet szerint a tanulás egy ciklikusan ismétlődő körfolyamat, melyben jól elkülöníthető egymástól a tapasztalatszerzés, a megfigyelés, a gondolkodás és az alkalmazás”(4)

A szociális tevékenységet végzők eszköztára az ismereteken túl a készségek, képességek köre, valamint a személyisége. Külföldi tapasztalatok alapján elmondható, hogy a szakmai támogató rendszer kifejlesztéséhez, a szakmai tájékozottság eléréséhez szükséges a szakirodalomhoz való hozzáférés biztosítása, a szakkönyvtárak folyamatos fejlesztése. A szakmai munka eredményeinek javításához szükség van a bevált módszerek megismertetésére tapasztalatcserékkel, módszertani útmutatókkal. A szakmai továbbfejlődést segítheti a technikai lehetőségek kihasználása, videó-tárakhoz való hozzáférés, IT adta lehetőségek igénybevétele.

A szakmai személyiség fejlesztésében a szupervízió integráns része a szakmai fejlődésnek. Az angolszász irodalomban Patterson (1983) szerint a szupervízió addig is terápiás jellegűnek kell lenni, amíg nem terápia. Az Egyesült Államokban a klinikai szupervízió szakmai szocializáció, a szakmai személyiség illetve kompetenciát fejlesztő funkció. Klinikai szupervízió a szakmai felnőtté válás a kollegiális („szakmacsaládi”) szocializáció, a stábon belüli élet és az autentikus szakmai működés fejlesztésének folyamatát jelenti. (Bernard és Goodyear 1992)

A szupervíziót biztosíthatják a szakma idősebb tagjai, ugyanazon szakma tagjainak nyújtanak segítséget. Az időben előrehaladó, folyamatos értékelő kapcsolat célja a fiatalabb tagok professzionális működésének elősegítése, a klienseknek nyújtott szakmai szolgáltatások minőségének felügyelete.

Szervezeti kontextusba ágyazódó, saját intézményen belüli szupervízió facilitálja a segítő kapcsolat működésének tanulását, előmozdítja a stáb fejlődését, lehetővé teszi a szakemberek betagozódását, biztosítja a kliensszolgáltatások hatékonyságát.

Más felfogás szerint a szupervízor nem lehet a szakmai hierarchia tagja, felettes munkatárs, „belső ellenőr”. Bizalomteli, személyes értékelés- és kontrollmentes, őszinte pszichológiai munka csak ilyen tiszta kapcsolati relációban képzelhető el, ahol a szupervizált a felelős saját munkájáért.

Képzés és továbbképzés

A Szociális Munkások Nemzetközi Szövetsége és a Szociális Munkást Képző Iskolák Nemzetközi Egyesülete 2004. októberében - Adelaide-ben megtartott közös világkonferenciáján – fogadták el a Global Standards for Social Work Education and Training-et. „A Global Standard-nak nincs normatív funkciója, elsősorban fejlesztési elvárásokat és alapelveket foglalnak magukba.”(9) A hazai szociális munka (BA) alapszak létesítésekor már figyelembe vették a dokumentumot, mely kilenc alapelvet fektet le.

10. az iskola alapvető célja vagy küldetése;
11. programok célkitűzései és a kimenetek;
12. a képzőprogramok tananyaga, beleértve a terepgyakorlatokat;
13. maga a tanterv;
14. szakember gárda
15. szociális munkás diákok;
16. szerkezet, adminisztráció, irányítás és erőforrások;
17. kulturális sokszínűség;
18. a szociális munka etikája és értékei

Az egységesen megfogalmazott elvek ellenére a szociális munka országonként különböző módon működik. A globális alapelvek kidolgozásakor törekedtek arra, hogy legyenek szakma specifikusak, ugyanakkor széleskörűek, hogy bármely térségben alkalmazhatóak legyenek. A dokumentum teret ad helyi szinten az interpretációra és alkalmazásra.

Képzés

A Bologna rendszer kialakításával egy könnyen elérhető és összehasonlítható képzési rendszer kialakítását tervezték. Az egymásra épülő képzési szakaszon alapuló rendszerekben az első az alapképzés, mely a munkaerőpiacon történő elhelyezkedés nyújt szakképzettséget, és megteremti a feltételét a második ciklusba történő belépésnek. Cél volt az egységes kreditátviteli rendszer megteremtése is.

Nemes Judit az Iskolaszövetség által szervezett konferencián 2005-ben a szociális képzés átalakításának aktuális kérdései között a szakmai standardok szükségessége mellett a munkaköri képesítési előírások körét is érintette. Az aktuális kérdések között szerepelt, hogy „Milyen képzések képezzenek a szakmára?” illetve, hogy „Az alakuló képzési struktúra illeszkedik-e a szakma szakképzési elvárásaihoz? Kitért a készségek és jártasságok, illetve az elmélet és gyakorlat viszonyára a különböző képzési ciklusokban.

Egy 2009. december 7-én az Iskolaszövetség állásfoglalása a szociális szakképzés ügyében felhívja a figyelmet a középfokú szociális szakképzettség megszerzésének

várható nehézségeire, melyek a TISZK-ek esetleges átgondolatlan fejlesztésének lesznek következményei. A levélben kitérnek arra, hogy a jó regionális leosztásban működő iskolarendszerű szociális képzések az NSZFI szakmai fejlesztésének forrásai. A munkaerő többlépcsős képzésének az összekapcsolását is ezekben az iskolákban látják. Az OKJ-s 5.5. szintű szakképzéseinek tartalmi kidolgozására és a képzés lefolytatására is csak ezek az iskolák képesek.

A jövő képzési struktúrájának alakításában jelentős szerepe lesz a szakmai megrendelésnek. Az idősek bentlakásos ellátása tekintetében az eddig hangsúlyosan szociális gondozói tevékenység mellé fel kell kerüljön az ápolási tevékenység, valamint a speciális ellátási szükségleteket kielégítő gerontológia gondozó. A várható gondozási, ápolási igények meghatározhatják a középfokú képzés és a szakképzés irányát, módosíthatják a tudás tartalmakat.

A képzéshez történő kapcsolódási pont a különböző szintű szociális képzésekben résztvevő tanulók/hallgatók gyakorlati képzése a terepintézményekben. A bentlakásos intézmények szakemberei, tereptanárai a képzőintézménnyel kialakított kapcsolatrendszeren keresztül képesek formálni a szakmai képzések irányát.

Továbbképzés

A szociális szakmai továbbképzéseken való részvétel, a szakmai fejlődés, elengedhetetlen a hatékony és hatásos, minőségi szociális szolgáltatások biztosításához. A folyamatosan változó emberi szükségletek, a fejlődő technikai háttér új technikák, módszerek elsajátítását igényli.

A továbbképzések jelenlegi rendszere alapján, kötelező továbbképzési rendszer, meghatározott képzési formákkal elmondhatjuk, hogy az érintett szakember csoportok számára igen széles a kínálati paletta.

Az aktuális – akkreditációval rendelkező - továbbképzési programokat áttekintve, megállapítható, hogy nagy területi egyenlőtlenségek vannak. Budapest meghatározó szerepe e területen is látványos. A képzések összetétele is változatos. Jelentős az egészségügyi témájú képzések száma. A tréningek – önismereti, kommunikációs, kiégést megelőző – szintén nagy számban megtalálható az akkreditált, pontot adó képzések sorában.

Az időseket ellátó bentlakásos intézményekben dolgozók számára szervezett továbbképzések körét meghatározzák mindazok a speciális módszerek, melyek kidolgozása jelenlegi szabályozási folyamatban a munkacsoportban kerülnek kidolgozásra, így annak ismeretében érdemes a továbbképzések rendszerét átgondolni.

A munkatársak védelme (jogi, kockázatkezelés)

A bentlakásos idősellátó intézményekben olyan egységes szemléletmód kialakítása a cél, amelyben a szakmai közösség által elfogadott elvek és az azonos gyakorlatok megteremtik a lehetőségét a dolgozói/munkatársi jogvédelemnek.

A dolgozói/munkatársi jogok számtalan jogszabályban megtalálhatók. A szociális szakembere jogai a Szociális Munka Etikai Kódexében is megtalálhatók.

Jogi védelem

A működtető szabályzatában –Szervezeti és Működési Szabályzat – rögzített módon és formában köteles tájékoztatni a dolgozót a munkakörrel összefüggő jogvédelemmel valamint a munkavállaló jogsérelme esetén érvényesíthető jogorvoslattal kapcsolatban.

A dolgozói/munkatársi jogok védelme komplex fogalom. Magába foglalja a juttatások és elvárások rendszerét, a munka szakszerűségét. Ugyanakkor a dolgozók fizikai és lelki egészségvédelmét is szolgálja.

A munkáltató minden dolgozó számára biztosítja a – feladatait, kompetenciáját, felelősségi körét meghatározó - munkaköri leírást, amelyben rögzítésre kerül:

- a munkahely,
- a kinevező,
- a munkáltatói jogokat gyakorló személye,
- a munkakör,
- a besorolás,
- a képzettség,
- az alá-fölérendeltségi viszonyok,
- a helyettesítés rendje,
- a munkaterület,
- a munkaidő/munkaidőkeret,
- etikai és egyéb normák.

A dokumentum a munkakör célja mellett rögzíteni kell:

- a részletes szakmai feladatokat
- a jogköröket,
- a felelősségeket,
- az együttműködések,
- a belső szakmai kommunikációs rendszerek formáit, idejét
- a kártérítési felelősséget.

A munkaköri feladatok megismerését és a munkaköri leírás átvételét a dolgozó aláírásával igazolja.

A jogvédelem egyik hangsúlyos eleme a dolgozók/munkatársak érdekeit érvényesítő szervezetek létrejötte, működése. A munkáltató feladata az érdekvédelmi szervezetek tevékenységének támogatása, együttműködés a szervezet képviselőivel.

Kockázatkezelés

A munkáltató munkavédelmi tevékenysége biztosítja a dolgozók biztonságát, egészségvédelmét.

A dolgozói jog legfontosabb elemei a kockázatkezelés és az egészségvédelem.

Törvényi szabályozás alapján: „A munkáltató köteles minőségileg, illetve szükség esetén mennyiségileg értékelni a munkavállalók egészségét és biztonságát veszélyeztető kockázatokat, különös tekintettel az alkalmazott munkaeszközökre, veszélyes anyagokra és készítményekre, a munkavállalókat érő terhelésekre, valamint a munkahelyek kialakítására. Az értékelés alapján olyan megelőző intézkedéseket szükséges hozni, amelyek biztosítják a munkakörülmények javulását, beépülnek a munkáltató valamennyi irányítási szintjén végzett tevékenységébe.”(6)

A kockázatkezelés általánosságban a munkavédelmi körülményekre vonatkozik, ugyanakkor ismerte a tevékenység személyiséget is igénybevevő aspektusát, a kockázatkezelésnek ki kell terjednie a lelki-testi veszélyeztető tényezőkre is.

A munkahelynek rendelkeznie kell kockázatelemzéssel, melynek figyelembevételével kerül meghatározásra a kockázat kezelési terv, melynek célja elfogadható mértékűre csökkenteni a veszélyeket. A kockázatkezelési stratégia figyelembe veszi a fizikai, biológiai, mentális tényezőket.

A munkáltató intézkedéseket fogantatosít, a veszélyek elkerülése érdekében.

Az intézkedések részét képezi a munkahelyi körülmények javítása, a munkavédelmi eszközök – védőruha, védőeszközök, védőoltások -, biztosítása.

A veszélyeket mérsékelheti a munka-alkalmassági vizsgálat és annak időszakos megismétlése.

A kockázat kezelési stratégia kiemelten fontos eleme kell, hogy legyen a dolgozók mentális egészségvédelme. A mentális egészségvédelem alapja a dolgozók szakmai felkészültsége, önismerete. A mentális védelem körébe tartozik a munkahelyi stressz csökkentése, valamint a jelentkező stresszhelyzetek, konfliktusok megoldása.

A stresszhelyzetek és a személyek, szakmai egységek közötti konfliktusok oldásának terepe az esetmegbeszélések, munkaértekezletek.

A szakmai személyiség védelmét segíti a szupervízió.

Szupervíziós háttér biztosítása

A személyes szociális szolgáltatások biztosítása során a munkavállalókat érő mentális veszélyeztető tényezők következménye a kiégés (burnout).

A kiégést eredményező helyzetek tünetei:

- pszichés tünetek:
 - ingerlékenység,
 - cinizmus,
 - emberi kapcsolatok minőségének megromlása,
 - munkahelyhez, kollégákhoz való negatív viszonyulás,
 - serkentő és nyugtató szerek fokozott használata,
 - betegállományba vonulás,
 - teljesítőképesség csökkenése,
 - elköteleződés csökkenése,
 - indokolatlan szakmai önértékelési problémák,
 - labilissá válás,
 - szorongás, depresszió, rögeszmék megjelenése,
 - elszemélytelenedés érzése,
- testi tünetek:
 - feszültség,
 - fáradtság,
 - fejfájás,
 - testsúlyváltozás,
 - alvászavarok,
 - pszichoszomatikus megbetegedések (pl.: magas vérnyomás, szívpanaszok, táplálkozási zavarok, fekélybetegség)

A személyiség fokozatos igénybevétele, leterheltsége ellen számos módszer – prevenció és intervenció - kínálkozik, mind a szervezet, mind az egyén szintjén.

A szervezet/intézmény szintje:

- szervezeti kultúra alakítása, – megfelelő teljesítménymérés, visszajelzés, megerősítés, - fejlesztése,
- munkahely, mint támogató csoport,

- munkafeltételek javítása, túlterheltség csökkentése, krízis helyzetek csökkentése, megfelelő adminisztratív támogatás,
- szakmai fejlődés biztosítása, továbbképzésben való részvétel,
- munkahelyi team és esetmegbeszélések, kollegiális konzultációk,
- munkakör, tevékenységi kör változtatása,
- rugalmas szabadságolás,
- szupervízió.

Az egyén/dolgozó (személy) szintje:

- család, mint támogató csoport,
- szabadidő hasznos eltöltése, pihenés, aktív pihenés,
- kreatív tevékenységek,
- szabadságolás,
- szupervízió.

2.1. Előnyök, hátrányok, feltételek elemzése, alkalmazásának személyi és tárgyi feltételei

A szociális területen, ezen belül is az egészségügyi és szociális ellátás határterületén, az idősök bentlakásos intézményeiben jellemző a segítő szakemberek nagyfokú bevonódása, hiszen a szolgáltatás biztosításához elengedhetetlen az ellátottakkal, a szolgáltatás „használóival” a kapcsolat felvétel, a kapcsolat minősége, a bizalom kiépítése és megtartása, melyek folyamatos belső munkát igényelnek. „A bentlakásos intézményekben élő idős ember számára rendkívül fontos az ott uralkodó légkör, az, hogy milyen a közérzete neki és társainak, - milyen kapcsolata van társaival és gondozóival, - hogy milyen megértést és együttérzést kap, - hogy milyen stílusban és milyen hitelesen kommunikálnak vele, - hogy mennyire tisztelik és mennyire figyelnek rá, hogy az ápolási-gondozási tevékenység közben milyen testi érintések történnek.”(7)

A szupervízió „a szakmai szerepeknek és ideológiáknak a fókuszával dolgozik”(8), a segítő hivatás gondozását jelenti. Az idősök otthonaiban a szupervízió igénybevitelével a személyes segítő tevékenység „elakadásaink” elemzése, a szakmai tevékenység minőségének javítása a cél.

A szupervízió célja lehet:

- szakmai személyiségfejlesztés,
- a szociális szolgáltatás folyamatának követése, ellenőrzése,

A szupervízió funkcióját tekintve:

- oktatás,
- támogatás,
- ellenőrzés.

A szupervízió módszere:

- a szakmai tevékenység módszereinek ismeretére épül,

- reflexió, reflektív tanulás,
- retrospektív önmegfigyelés,

Kapcsolat a szupervizált és a szupervízor között:

- független („külső” szupervízor által végzett szupervízió esetén)
- hierarchikus (a szakmai tekintélyre alapuló szupervízió esetén)

Alkalmazások feltételei - formai elemek

A szupervízió hivatásgondozás, szervezetgondozás, saját élményű, tapasztalati tanulás, folyamatjellegű munka. A szociális szolgáltatások keretén belül egyéni, csoport és team szupervízió biztosításával találkozunk.

Az egyéni szupervízió: közösen megfogalmazott tervhez alkalmazkodó, több hónapos, általában 2-4 heti – rendszeres találkozás keretében zajló folyamat. Egy szupervíziós ülés időtartama általában 2 óra időtartamú.

Csoport szupervízió: a csoporttagjai lehetnek azonos szakmaterületen, de különböző intézményben dolgozók, lehetnek adott szervezetben, de más területen dolgozók. A csoport tagjainak céljai és fejlesztési irányai azonosak vagy hasonlóak. A szupervíziós folyamat előkészítő üléssel kezdődik. A csoport szupervízió legalább annyi ülést foglal magában, mint a csoporttagjainak száma. Az ülések időtartama 4 óra (1 óra=45'). A folyamat „záróüléssel” ér véget.

A team szupervízióban az azonos szervezeti egységben dolgozó szakemberek vesznek részt, szakmai tevékenységük folyamatos együttműködésükön alapul. A szupervízió e formája javítja a team-en belüli kommunikációt, az együttműködést, a szervezetfejlesztés eszköze is lehet és szolgálhatja a szervezet és a személyes gondoskodás minőségfejlesztését is. A szupervíziós folyamat előkészítő üléssel kezdődik. A csoport szupervízió legalább annyi ülést foglal magában, mint a csoporttagjainak száma. Az ülések időtartama 4 óra (1 óra=45'). A folyamat „záróüléssel” ér véget.

A munkatársak elégedettségének elérése

A szakmai munka, a mindennapi segítő tevékenység, az ápolás, gondozás minőségének meghatározó eleme a munkatársi/dolgozói elégedettség. A személy jól-léte, elégedettsége, visszahat cselekvéseire, mindennapi munkavégzésére, visszahat az ellátottak jól-létére, hatással van elégedettségükre, az intézményi szolgáltatások minőségére.

Az idős bentlakásos elhelyezést biztosító intézményben a szakmai munka végzésének feltételrendszerét – tárgyi, személyi – a fenntartó és működtető által biztosított és meghatározott keretek adják. A tárgyi és személyi feltételek biztosítása a fenntartó feladata. Hangsúlyos a dolgozók, munkatársak leterheltsége miatt.

A tárgyi eszközök – speciális technikák, korszerű berendezések, gyógyászati eszközök - maradéktalan biztosítása a hatékony munkavégzés feltételrendszerének egyik szegmense. A gondozó személyzet számára biztosított eszközállomány előfeltételezi a munkatársak elégedettségének elérését.

A vezetés, irányítás felelőssége a gondozási, ápolási tevékenységek, feladatok, az egyéb speciális ellátási igények számbavétele, a feladatok elvégzéséhez szükséges időráfordítás mérése. Az eredmények ismeretében, az ellátási szükségletek kielégítésére megfelelő számú és szakképzettségű munkaerő alkalmazása szükséges.

A tevékenységek maradéktalan elvégzése, az egyéni felelősségek kialakítása és a számonkérhetőség érdekében az alkalmazásra kerülő szakemberek részére munkaköri leírás készül. A feladatok pontos ismerete, az egyértelmű utasítások rendszere, a következetes irányítás és számonkérés, a kiszámíthatóság megteremti a feltételét a dolgozói elégedettségnek.

2,4, Kimeneti elvárások és az azokhoz kapcsolódó kritériumok.

Ösztönző rendszerek

A munkatársak motiválása a szervezet tevékenységét, a szolgáltatást igénybevevők elégedettségét is megteremthetik.

A munkatársak elégedettségének eléréshez a munkafeltételek biztosítása – tárgyi, személyi -, valamint az elvégzett minőségi szakmai munka értékelése elengedhetetlen.

Nem hagyható ugyanakkor figyelmen kívül az a tény sem, hogy a személyes segítő szolgáltatások esetében a munkatárs/dolgozó tudásán, ismeretein kívül személyiségét használja munkaeszközként. A személyiség aktuális állapota hatással van az elégedettség mértékére is.

Az ösztönzési rendszerek kidolgozása és alkalmazása elősegíti az intézmény céljainak elérését, hozzájárul a megfelelő szakmai tudással bíró, munkáját elhivatottsággal és szakmaisággal végző munkatársak alkalmazásához, megtartásához.

Az ösztönzési rendszer formája lehet bérjellegű és béren kívüli anyagi jellegű és természetben nyújtott juttatás, szolgáltatás.

Az emberi erőforrás gazdálkodásának része az ösztönző rendszer, mely teljesítményalapú, motiváló erővel bír, hangsúlyosan a munkabéren (fix bér) kívül az egyéb jövedelmek – teljesítményfüggő bér, prémium, - valamint egyéb juttatások – étkezési hozzájárulás, munkaruha juttatás, mobil telefon, gépkocsi használat – köre.

„A munkatársak szempontjából a javadalmazási rendszer az alábbi igények kielégítésére szolgál:

- alapvető (megélhetési igények,

- biztonságiránti igény,
- igazságos és méltányos bánásmód iránti igény,
- egyéni igények,
- státusz igény,
- visszajelzés, elismerés iránti igény,
- személyes fejlődés iránti igény.

A munkáltató szempontjából a javadalmazási rendszer a következő célokat szolgálja:

- (jól képzett, tehetséges) munkatársak toborzásának, vonzásának elősegítése,
- munkatársak megtartásának támogatása.”(5)

2.4. A munkatársak elégedettségének vizsgálata

Az elégedettség vizsgálatát a bentlakásos elhelyezést nyújtó idősök otthonában dolgozó, szakmai munkát és a szakmai munkát segítő – kisegítő - tevékenységet végző szakemberek körében kell elvégezni. Teljes körű adatfelvétellel – adatgyűjtéssel, adatelemzéssel -, a vizsgálatok rendszeres – meghatározott időközönkénti – elvégzésével valósítható meg.

„A dolgozói/munkatársi elégedettség vizsgálat olyan munkahelyi minőségellenőrzési módszer, melynek alkalmazásával objektív módon feltárható a bentlakásos idősellátó intézményben tevékenykedő munkatársak munkahellyel és munkakörrel kapcsolatos álláspontja, véleménye, munkával kapcsolatos nehézségei”, sikerei, örömei.

Az objektivitás feltétele a szervezettől elkülönülő, külső szervezet által végzett vizsgálat. A vizsgálandó szempontok:

- munkahelyi légkör
- a szervezettség, a tervezett munkavégzés
- a kiszámíthatóság,
- dolgozók munkakörülményei,
- dolgozók életminősége,
- dolgozók szakmai fejlődése – lehetőség/igény
- munkatársak teljesítménye
- munkatársak felelősségvállalása,
- munkatársak elkötelezettsége,
- informáltság,
- belső kommunikáció,
- problémamegoldás hatékonysága.

A vizsgálati módszer kérdőíves és interjú adatgyűjtés, melynek rendszerezését követően kerül sor az elemzésre.

Az eredmények a szervezet valamennyi tagja számára hozzáférhetőek, alapját képezik fejlesztési irányok meghatározásának, akciótervek készítésének.

3. Mellékletek

3.1. A szabályozó anyagban használt fogalmak jegyzéke és meghatározása

3.2. A szolgáltatás szempontjából használt releváns jogszabályok jegyzéke

2005. évi CXXXIX. törvény A felsőoktatásról

2001. évi CI. törvény A felnőttképzésről

1993. évi XCIII. törvény A munkavédelemről

1993. évi LXXVI. törvény A szakképzésről

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

1992. évi LXIII. törvény A személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról

1992. évi XXXIII. törvény A közalkalmazottak jogállásáról

1992. évi XXII. törvény A Munkatörvénykönyvről

213/2009.(IX.29.) Korm. rendelet Az egyházi és nem állami fenntartású szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatók normatív állami támogatásáról

292/2006.(XII.23.) Korm. rendelet A Nemzeti Szakképzési és Felnőttképzési Intézettről

257/2000.(XII.26.) Korm. rendelet A közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992. évi XXXIII. törvénynek a szociális, valamint a gyermekjóléti és gyermekvédelmi ágazatban történő végrehajtásáról

81/2004.(IX.18.) ESZCSM rendelet Az egyes szociális szolgáltatásokat végzők képzéséről és vizsgakövetelményeiről

15/2006.(IV.3.) OM rendelet Az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről

15/2008.(VIII.13.) SZMM rendelet A szociális és munkaügyi miniszter hatáskörébe tartozó szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményeiről

81/2004.(IX.18.) ESZCSM rendelet Az egyes szociális szolgáltatásokat végzők képzéséről és vizsgakövetelményeiről

69/2004.(VIII.5.) ESZCSM rendelet Az egészségügyi, szociális és családügyi miniszter hatáskörébe tartozó szociális szakképesítések megszerzésére irányuló szalmi vizsga szervezésére feljogosított intézményekről

9/2000.(VIII.4.) SZCSM rendelet A személyes gondoskodást végző személyek továbbképzéséről és a szociális szakvizsgáról

1/2000.(I.7.) SZCSM rendelet A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatiról és működésük feltételeiről

5/1993.(XII.26.) MüM rendelet A munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény egyes rendelkezéseinek végrehajtásáról

3.3. A területen releváns szakirodalom jegyzéke

3.3.1. Hivatkozások

- (1) Időügyi Nemzeti Stratégia
- (2) Időügyi Nemzeti Stratégia
- (3) Bagdy Emőke, Eisler Olga: A Probléma Alapú Tanulás és alkalmazási tapasztalatai a szupervízor képzésben in: Szupervízió Egyén – csoport – szervezet szerk.: Bagdy Emőke, Wiesner Erzsébet, Supervisio Hungarica sorozat IV. kötet Print-X-Budavár Kiadó Budapest 2005.
- (4) Tóth Péter – Béky Gyuláné: Középiskolás tanulók tanulási stílusának vizsgálata in: Budapesti Nevelő XLIV. évfolyam 3. szám
- (5) Fodor Valéria – Nickl Valéria – Szatmáriné Dr. Balogh Mária – Viktorné Erdős Eszter: HEM – Humán erőforrás-menedzsment standard (munkaanyag) Szociális és gyermekvédelmi szabályozók. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet Budapest, 2007.
- (6) 1993. évi XCIII. törvény A munkavédelemről
- (7) Török Iván: A szupervízió, mint a szociális munka minőségbiztosítása Szupervízió II- évfolyam 2004/1. 13. old.
- (8) Bagdy Emőke – Wiesner Erzsébet szerk.: Szupervízió egyén – csoport – szervezet Supervisio Hungarica Sorozat IV. kötet Print-X-Budavár Kiadó Budapest, 2005. 15. old.
- (9) Global Standard for Social Work Education and Trainig

3.3.2. Felhasznált irodalom

A Szociális Munka Etikai Kódexe

A szociális munkás-képzés globális alapelvei. Magyarországi Szociális Szakembereket Képző Iskolák és Oktatók Egyesülete (Iskolaszövetség) 2006.

Bagdy Emőke – Wiesner Erzsébet szerk.: Szupervízió egyén – csoport – szervezet
Supervisio Hungarica Sorozat IV. kötet Print-X-Budavár Kiadó Budapest, 2005.

Bárdos Ildikó – Kerekes László – Pál Gabriella – Tárnokiné Törő Krisztina: DEK
– Dolgozói/munkatársi jogok, egészségvédelem, kockázatkezelés standard
(munkaanyag) Szociális és gyermekvédelmi szabályozók. Szociálpolitikai és
Munkaügyi Intézet Budapest, 2007.

Budai István: Szociális tudás – kompetenciák – képzés és a sztenderdek
kidolgozása, Kapocs

Dezső József – Fehérvári Edit – Furák Róbert – Paulai Tibor: DOE –
Dolgozói/munkatársi elégedettség standard (munkaanyag) Szociális és
gyermekvédelmi szabályozók. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet Budapest,
2007.

Fábián Gergely: Globalizáció, modernizáció és a helyi szociális szolgáltatások
esélyei http://odin.de-efk.hu/index.php?option=com_content&task=view&id=48&Itemid=47 letöltés
2010. április 25.

Fodor Valéria – Nickl Valéria – Szatmáriné Dr. Balogh Mária – Viktorné Erdős
Eszter: HEM – Humánerőforrás-menedzsment standard (munkaanyag) Szociális
és gyermekvédelmi szabályozók. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet Budapest,
2007.

Göncz Kinga: Szupervízió az egészségügyi és szociális ellátásban Szupervízió II.
évfolyam 2004/1. szám 5-9 old.

Hervainé Dr. Szabó Gyöngyvér: A kompetencia alapú szociális munkás képzési
program kialakítása a Kodolányi János Főiskolán Kézirat

Hervainé Dr. Szabó Gyöngyvér: A szociális munka világa a 21. században Kézirat

Krémer Balázs: A szociális szolgáltatások modernizációja - közpolitikai trendek,
elvek, irányok Kapocs

Kozma Judit: A szociális szolgáltatások modernizációjának kérdései a szociális
munka nézőpontjából Kapocs 2007. különszám

Kozma Judit – Mester Dániel: A szociális szolgáltatások szakmai szabályozó
rendszerének kidolgozását célzó munka eredményeiről és soron következő
feladatairól Kapocs VII. évfolyam 3. szám

Nemes Judit: A többszintű szociális képzés kialakításának lehetőségei
Iskolaszövetség Konferencia 2005. előadás anyaga

http://3sz.hu/sites/default/files/uploaded/a_tobbszintu_szocialis_kepzes_kialakitas_anak_lehetosegei_nemes_judit_eloadasa.ppt letöltés, 2010. április 25.

Németh László: Szupervízió a gyermekjóléti szolgálatokban Gyermekjóléti Szolgálatok I. Országos Konferenciája 2007. Előadás

Török Iván: A szupervízió, mint a szociális munka minőségbiztosítása Szupervízió II- évfolyam 2004/1. 10 – 18. old.

BENTLAKÁSOS IDŐSELLÁTÁS

KLIENS-KÖZPONTÚ SZTENDERDEK

KLI

Bevezetés

Az idősellátás jelenlegi gyakorlatában a bentlakásos intézmények alkotják a szolgáltatások bázisát még akkor is, ha a súlypontot a házi gondozás irányába célszerű fokozatosan eltolni. A közel 200 bentlakásos intézmény közül jó néhány szervezi telephelyén a többi szolgáltatást (házi segítségnyújtás, nappali klubok, étkeztetés, tanyagondnoki szolgálat), vagy legalábbis szellemi-anyagi bázist nyújtanak ezek megvalósításához, folyamatos fenntartásához. A bentlakásos idősellátás ugyanakkor az utóbbi időkben jelentős változáson ment keresztül, ami az intézmények vezetését és munkatársait gyakran állítja új feladatok elé. Ezek részben a 4 órás minimális ápolási szükséglet, a társadalom fokozatos elöregedése, részben az egyéni és társadalmi elvárások minden határon túli növekedése folytán támadnak. Ezzel ellentétes hatású a források állandó csökkenése, a létszámkorlátozás, és a két problémacsoport együttes jelenléte a dolgozók, különösen a közvetlenül a kliensekkel foglalkozó munkatársak egyre súlyosbodó fizikai és mentális túlterhelődéséhez vezet.

Az sztenderd definíciója

Az sztenderd a bentlakásos idősellátó intézményekben dolgozó munkatársakat kívánja segíteni abban, hogy tevékenységük középpontjába a klienst tudják állítani, megfelelően tudjanak kommunikálni a kliensekkel, hozzátartozóikkal, a környezettel, és közreműködjenek munkájuk mérhetősége, teljesítményük elismerhetősége megvalósításában.

A szolgáltatás célcsoportjának meghatározása (indikáció)

Az sztenderd célja a szolgáltatást igénybevevő személy (ellátott, ápolat, lakó, gondozott, nem nagyon kedvelt, de jobb híján alkalmazott szóval: kliens) központba állítása.

Az sztenderd célcsoportját a bentlakásos idősellátó intézmények, és az azokban dolgozók alkotják.

Az sztenderd kiadásának szükségességét az indokolja, hogy az időskorúak bentlakásos intézményiben nem érvényesül egységesen a kliens-központúság, egyes konkrét területeken (kommunikáció, panaszkezelés, stb.) szélsőségesen különböző gyakorlat alakult ki a különböző intézményekben, és nem mindenütt érvényesülnie kellő határozottsággal a kliensek jogai.

Az sztenderd alkalmazásának várható eredménye, hogy az országos gyakorlat egységesül, a követelmények és felügyeleti módszerek közreadásával nő az ellenőrzés hatékonysága, és a munkatársak is nagyobb biztonsággal végezhetik munkájukat.

A szolgáltatás alapelvei (kapcsolat a többi normatív szabályozóval)

A szolgáltatás alapelveit az 1993. évi III. törvény és az 1/2000.(I.7.) SZCSM rendelet rögzíti, ezen kívül az elmúlt években számtalan jogszabály és rendelkezés született, melyek egymással és a fenti két jogszabállyal is gyakran ellentmondásba kerülnek. Ennek a jogszabályi rendezetlenségnek számos szóbeli és írásos kritikája látott napvilágot, és csak remélni tudjuk, hogy egyszer megszűnnek a helyes és konzisztens, a szakmai szabályokat elfogadó jogi szabályozás.

Meglévő hazai szabályozások

Érvényes, azaz hivatalosan közzétett szakmai szabályozó: a Szociális Munka Etikai Kódexe. A jogi szabályozás dokumentumai a 3.2. pontban vannak felsorolva.

Az SZMI koordinációjával korábban kifejlesztett, a témakörhöz kapcsolódó munkaanyagok a 3.4. pontban szerepelnek.

Kapcsolat az SZMI standardokkal

A sztenderd szorosan kapcsolódik valamennyi sztenderdhez, amely az időszotthonokban folyó munkára vonatkozik.

Az elvárt szolgáltatási gyakorlat leírása

Az alábbiakban ajánlás jelleggel olyan metodológiai javaslatok szerepelnek, melyek segíthetnek a vázolt problémák leküzdésében. A téma összetett jellege, az intézményi adottságok különbözősége és a kliensi csoportok összetételének nagyfokú diverzitása miatt természetesen nem fogalmazhatók meg standardok alakjában a követelmények, de a gyakorlat egységesülése, a tapasztalatok összegyűjtése és szisztematikus feldolgozása elvezethet ide is.

Ide kívánczik egy megjegyzés: mind a problémák, mind a megoldási javaslatok nem „egyenszilárdságúak”, és ez a tárgyalásmódból is kitűnik. Az ismertebb, kidolgozottabb területeken a megfogalmazások határozottak, egyértelműek, míg a változás, fejlődés alatt álló területeken több a feltételes mód és bizonytalanság.

A multidiszciplináris team, mint kliens-támogató háttér

Az időskoriúak bentlakásos intézményeiben ma már igen sokféle szakember tevékenykedik. Míg korábban a szinte csak „embermegőrzésre” szorítókozó

intézményekben (a népnyelvben: „szocotthon”) a gyakran alacsonyan képzett ápoló-gondozó személyzet volt túlsúlyban, ma már ennek egy része is diplomás, és az idősek gondozásában, életminőségük javításában, vagy szinten tartásában nagyon sok egyéb szakember is közreműködik. A főállásban, vagy részmunkaidőben, vállalkozóként vagy megbízással tevékenykedők sora egyre nő: orvos, pszichiáter, pszichológus, mentálhigiénés, lelkes, mozgásterapeuta, gyógytornász, szociális munkás, gyógypedagógus (-andragógus!), jogász, foglalkoztatás-vezető, esetenként különféle szakmák képviselői (a munkaterápiás, esetleg termelő foglalkozásokhoz), s.i.t. Elvben munkájukat összehangoltan végzik, de a gyakorlatban többnyire egymástól függetlenül tevékenykednek, ami gyakran szakmai presztizs-harc is motivál. Ez a jelenség lerontja a szociális szolgáltatás határfokát, és számos működési zavarhoz vezet.

Kliens-központú teamek

A nyilvánvaló megoldás a kliens-központú interdiszciplináris teamek szervezése és működtetése. A munkacsoportban dolgozók gyorsabban jutnak el egy-egy feladat elvégzéséhez, jó megoldáshoz, mivel egymást segítve a kliens valós szükségleteinek kielégítése, az erre vonatkozó javaslatok feldolgozása, a hibák, hiányosságok kiszűrése gyorsabban történik, mint egyéni döntések esetében. [B1] A csoportban történő feladatmegoldás minden kétséget kizáróan olyan munkamódszer, amelyet az idősellátás területén hatékonyan és eredményesen lehet alkalmazni.

A team-munka megköveteli, hogy az egy-egy konkrét kliensre irányuló összes tevékenységet tervezetten és összehangoltan végezzék még akkor is, ha egyes tevékenységek más-más kiscsoportos foglalkozásokon vagy összejöveteleken valósulnak meg.

A team-munka alapfeltételei

A jó team-munka egyik alapfeltétele, hogy a tagok jól ismerjék egymást. Kisebb szervezetben, azonos telephelyen ez általában teljesül, ugyanakkor az együttműködést gátolhatja, hogy az érintettek több helyen is ellátnak hasonló feladatokat, így idejük, energiájuk szétforgácsolódik. A közvetlenebb kapcsolatok kialakulását segíti, ha a szakemberek részt vesznek közös programokban, továbbképzéseken, szakmai műhelymunkában, így könnyebb egy konkrét feladat, probléma közös megoldásának kezdeményezése, egymás tanácsainak kikérése.

A csoportok eredményes működésének fontos eszközét alkotják a munkamegbeszélések, ahol mód nyílik különféle részfeladatok megtervezésére, a végrehajtás követésére, közbülső értékelésre, és egyúttal a tagok információkat cserélhetnek, véleményt mondhatnak a felmerült problémákról, egyéni és szakmai kérdésekről.

A team-munka előnyei

A kliens-központúságot szolgálja a rendszeres esetmegbeszélések gyakorlata, ami pl. az egészségügyi ellátás kötelező eleme, a szociális szolgáltatásokban is bevett módszer ma már. Az esetmegbeszélések témáját és gyakoriságát a konkrét személyek állapotának és az állapotváltozás sebességének megfelelő gyakorisággal és mélységgel kell összhangba hozni. Speciális esetekben a munkacsoport, vagy egyes tagjai szakmai konzultációt is kérhetnek külső szakértőtől – ennek anyagi vonzatai is lehetnek.

A teameket alkotó szakemberek segítséget nyújthatnak a fizikai-lelki megterhelésnek leginkább kitett munkatársak döntéshozatalában, a problémák megoldásában. szupervíziójában (bár vitatott kérdés, hogy egy intézmény munkatársai nyújthatnak-e szolgáltatást az intézmény többi munkatársa számára – ez számos etikai és anyagi problémát vet fel).

Az interdiszciplináris teameknek célszerű együttműködni a helyi szociálpolitikai intézményrendszerrel és az egészségügyi alap- és szakellátással is. Ilyen lehet pl. a team-munka kiterjesztése az otthoni gondozásra, vagy az intézményi hospice szolgálat meghonosítása.

A segítő személyes hatékonyságának növelése

A segítő eben az esetben azt a személyt jelenti, aki a kliens közvetlen napi személyes ellátását (ápolás, gondozás) végzi. (az elnevezés körül itt is van némi bizonytalanság: előfordulnak az ápoló, gondozó, nővér kifejezések, fogyatékos otthonokban személyi segítő.) Az elnevezéstők függetlenül megállapítható, hogy a hazai intézmények jelentős részében ez a személy – bár a legnehezebb munkát végzi fizikai és lelki értelemben egyaránt, és komoly felelősség nyugszik a vállán – az intézményi hierarchia legalján foglal helyet, és ez tükröződik mind az anyagi, mind az erkölcsi megbecsülésben. Gyakori, hogy az elvben vele egy teamben dolgozó más szakemberek nem is konzultálnak velük a klienseket érintő kérdésekben. Ez mindenképpen rontja az általa végzett, a szolgáltatás szempontjából legalapvetőbb tevékenység hatékonyságát, és gyakran a kliensek előtt is rombolja tekintélyét.

Elvárások

Bár a szociális szolgáltatás mindegyik módja jelentős követelményeket támaszt a munkatársakkal szemben, az idősothoni gondozás/ápolás – a fogyatékos-otthonival együtt – fizikailag és mentálisan az egyik legnehezebb tevékenység. Az e területen dolgozóktól egy sor adottság és készség várható el, amely alkalmassá teszi őket az idős, beteg, rászorult emberek napi ellátására. A legfontosabb elvárások [B1]:

- *Humánus, empátia, türelem*
- *Szociális érzékenység*
- *Jó verbális és non-verbális kommunikációs készség*

- Problémafeltáró képesség
- Kompetencia felismerő és döntési képesség
- Szakmai és emberi alkalmasság

Hatékony-növelő tényezők

A segítő személyek munkáját, hatékonyságuk növelését az alábbi tényezők szolgálják:

- Bevonás az interdiszciplináris team munkájába
- Rendszeres és tervezett szupervízió a kiégés meggátlására
- Szakmai továbbképzés, tapasztalatcsere látogatások
- „Kikapcsoló” események, rendezvények (pl. kirándulások a kliensek nélkül)
- Rendszeres és komplex esetmegbeszélések
- Olyan szakmai rendezvények, amelyeken ők maguk is szerepelnek
- Átlátható teljesítmény-értékelési és erkölcsi megbecsülési rendszer kialakítása
- Az anyagi elismerés kapcsolatba hozása a teljesítménnyel
- Kockázatfelmérés és rendszeres kockázatértékelés
- Kommunikációs tréningek

Mivel a kommunikációnak kiemelt szerepe van az ápolási/gondozási tevékenységben, ezzel a kérdéssel külön foglalkozunk a 6.4. és 6.5. pontban.

A kliens elégedettségének kivívása és vizsgálata

Az időskoriúak részére nyújtott bentlakásos szociális szolgáltatások végső elbírálója a szolgáltatás igénybevevője (a kliens). A szolgáltatást nyújtó intézmény működésével kapcsolatos döntéseiben a szolgáltatást igénybevevő elégedettségének növelése jelenik meg célként. A szolgáltató intézménynél biztosított, hogy a felhasználó a nyújtott szolgáltatásokról visszajelzéssel/panasszal élhet, a szolgáltató a felhasználó elégedettségét vizsgálhatja. Bizonyos esetekben (pl. súlyosan deméntálódott személy esetében) a felhasználó (kliens) helyett vizsgálható a hozzátartozó elégedettsége. A felhasználói elégedettség mérésének célja a szociális szolgáltatások színvonalának és az intézmény működésének megítélése, a problémák feltárása, a szolgáltatás minőségének javítása. [B5]

A szociális szolgáltatást nyújtó intézmény a hatékony működés érdekében rendszeresen értékeli és fejleszti tevékenységét, amely során fontos szerepet kap a kliensek elégedettségének/elégedetlenségének mérése, valamint a feltárt problémák javítását célzó intézkedési tervek elkészítése.

Ellentmondások

Az elégedettség kérdésköre természetesen sok gyakorlati problémát rejt magába. Az ápolási igény és az átlagos életkor növekedése többek között eredményezheti a reális

és irreális igények keveredését. A szolgáltatónak természetesen a kliens valódi igényeit kell kielégítenie, és ebben kell elérnie az elégedettségét, és külön kell választani azokat a kívánságokat, amelyek kielégítése nem része a szolgáltatásnak. Ez főként akkor okoz problémát, ha a szolgáltató nem definiálja jó előre pontosan a szolgáltatás tételeit és határait. Tipikus példa az étkeztetés, mikor a „házi kosztot” sírják vissza, vagy éttermi à la carte színvonalú ellátást követelnek egyes kliensek. A másik véglet, mikor a gondozók visszaélve a kliensek elesettségével, viszonylagos kiszolgáltatottságával, tapintatlanul, vagy durván bánnak velük, de ezért senki nem mer szólni.

A kliens-elégedettség vizsgálatára két módszer terjedt el: a passzív (lényegében a panaszkezelés) és az aktív (felmérés).

Panaszkezelés

A szociális szolgáltatás igénybevétele esetén a szolgáltatással kapcsolatban a kliens visszajelzéssel és panasszal élhet annak tudatában, hogy észrevételére választ kap. A szolgáltató felhívja az igénybevevő figyelmét az észrevétel/panasztétel lehetőségére.

Elvárható, hogy a szociális szolgáltatást végző intézményeknek legyen rendszeres visszajelzést elősegítő rendszere, amely lehetővé teszi, hogy a visszajelzéseket, panaszokat gyorsan kivizsgálják. Ily módon a visszajelzés/panaszkezelés módja szabályozott, arról a szolgáltatást igénybevevő és a szakdolgozó egyaránt értesül és ismeri annak eljárási rendjét.

A szolgáltatást igénybevevőt a beköltözéskor tájékoztatják a visszajelzés/panasztétel lehetőségéről. Kérésre a szakdolgozók segítik a szolgáltatást igénybevevőt a visszajelzés/panasz megfogalmazásában és adekvát közlésében. Természetesen fel kell tételezni, hogy a munkatársak és a vezetők a visszajelzéseket/panaszokat nyíltan fogadják, nem igyekeznek azokat visszafojtani, vagy bagatellizálni.

Minden visszajelzésről/panaszról feljegyzés készül, mely tartalmazza a visszajelzés/panasz tárgyát, a visszajelzést/panaszt tevő nevét, a felvevő nevét és a felvétel dátumát, a végrehajtásért felelős nevét és határidő kitűzését, valamint a végrehajtás dátumát és az ellenőrzést végző személy nevét, végül a szükséges intézkedést.

Minden visszajelzés/panasz értékelésre kerül, melyről az érintett értesítést kap.

Az intézmény éves szakmai beszámolója tartalmazza a visszajelzéseket/panaszokat és a rájuk adott válaszokat, valamint a megtett intézkedéseket. Célszerű, hogy a beszámoló térjen ki a gyakrabban ismétlődő panaszok mélyebb okaira és tegyen javaslatot a megelőzésre is.

Felmérés

A bentlakásos szolgáltatásoknál, ahol naponta vagy szinte napi rendszerességgel történik az igénybevétel, évente egyszer meghatározott időben célszerű elvégezni az elégedettségi vizsgálatot. Ha az igénybevétel esetszerű, akkor a szolgáltatás igénybevétele után fel kell ajánlani a véleménynyilvánítás lehetőségét.

A szociális szolgáltatást végző intézmény ezáltal rendszeresen megvizsgálhatja az igénybevevők szolgáltatással való elégedettségét, illetve elégedetlenségét.

Szabályozott mérések

A következetesség és összehasonlíthatóság érdekében szolgáltatást nyújtó intézményben a felhasználói elégedettség mérését szabályozni kell, lehetőleg kidolgozott eljárási rendben. Célszerű a felhasználói és/vagy hozzátartozói elégedettséget vizsgáló eljárást részletesen kidolgozni minden, az adott, vagy különféle szolgáltatást igénybevevő csoportra vonatkozóan.

Az elégedettségi vizsgálatot általában évente minimum egy alkalommal célszerű elvégezni, de rendkívüli esetekben – átszervezés, költöztetés, az étkeztést nyújtó szolgáltató megváltozása, stb. – gyakrabban is sort lehet rá keríteni.

Az intézményben a korábbi felmérésekre támaszkodva könnyen érthető, jól strukturált kérdőívet és kitöltési útmutatót célszerű kidolgozni, amely nyomtatott formában áll rendelkezésre a vizsgálatok elvégzéséhez.

Ha a szolgáltató előrelátó, ütemtervvel rendelkezik a felhasználói/hozzátartozói elégedettség vizsgálatához. Az ütemterv tartalmazza az elégedettségi vizsgálatban résztvevők körét, az elégedettségi vizsgálat kezdő és befejező időpontját, az adatgyűjtés és adatfeldolgozás módszereit, valamint az eredmények közzétételének módját.

Az elégedettségi vizsgálatban való részvétel önkéntesen, az anonimitás biztosítása mellett történik.

Az elégedettségi vizsgálatot a szolgáltatást végző intézmény a szolgáltatást igénybevevő és/vagy a hozzátartozó/gondnok körében végzi.

A vizsgálat (felmérés) eredményeit a szolgáltatók feldolgozzák, értékelik és gondoskodnak a nyilvánosságra hozatalról.

Alternatív módszerek

A szolgáltató a kérdőív mellett/helyett célszerűen rendelkezik alternatív módszerrel is a felhasználói/hozzátartozói elégedettségi vizsgálat elvégzéséhez, azokra az esetekre is gondolva, mikor a kliens nem tud önállóan kitölteni egy kérdőívet, vagy egyéb módon korlátozott a kommunikációban.

A szolgáltató alternatív módszer esetén is ütemtervet készít, az eljárást dokumentálja, a kapott eredményt értékeli és a szolgáltatás minőségének javítása érdekében intézkedéseket tesz.

Személyes kommunikáció a kliensekkel és hozzátartozókkal

A kommunikáció alapelvei

A személyes kommunikáció terén megfogalmazhatók olyan általános alapelvek, amelyek az intézmény típusától és az általa nyújtott szolgáltatás természetétől függetlenül érvényesek minden intézményre, minden helyzetben. Ilyen általános követelmény [B6]:

- az emberi méltóság minden körülmények között történő tiszteletben tartása (korra, szellemi vagy fizikai állapotra, társadalmi helyzetre, kiszolgáltatottságra, anyagi helyzetre stb., való tekintet nélkül),
- a kommunikáció mindig a személyközpontú és kliens orientált megközelítést sugallja (ne azt érzékeltesse, hogy az ellátott emberek vannak az intézményért, hanem épp fordítva),
- a kétoldalúság (ne csak az intézmény kinyilatkoztatásaira legyen lehetőség),
- a visszacsatolás lehetőségének biztosítása és annak kérése (alakítsanak ki működő csatornákat a különböző érdekelt partnerek visszajelzéseinek fogadására, és kérjék a kliensek és partnerek visszajelzéseit annak érdekében, hogy működésüket értékeljék és szükség szerint javítsák),
- a kommunikáció érthető, követhető volta (a megcélzott személyek igényeinek és szintjének megfelelő közlések, ez más a célcsoporttal, annak hozzátartozóival, a fenntartóval, a lakókörnyezettel stb.),
- az információcsere lehetőségének megteremtése a kommunikációs képességeikben akadályozott kliensek számára is (hallásukban, látásukban, ill. beszédükben akadályozott emberek speciális igényei),
- a kommunikáció irányainak, technikáinak, lehetőségeinek átláthatósága (világos információk az igénybe vehető kommunikációs csatornákról és partnerekről),
- minden érdekelt partner tervezett bevonása a kommunikációs folyamatokba (pl. lakókörnyezeti tájékoztatón az intézményben élők képviselőinek megszólalása),
- a részvételi modellnek megfelelően a sokirányú intézményi kommunikációban szerephez kell jutniuk az elsődleges érdekeltnek, az intézmény klienseinek is,
- mind a kifelé, mind a befelé irányuló kommunikációnak azt a célt is kell szolgálnia, hogy segítsen az intézmény lakóit lakókörnyezetükbe bevonódó, integráltan jelenlévő, aktív szociális szereplőkként megmutatni.

A célszemélyek azon csoportjánál, akik már igénybe vesznek valamilyen szociális szolgáltatást, abból az alaphelyzetből kell kiindulnunk, hogy a szolgáltatás igénybevétele előtt, a választás ill. a döntés fázisában megkaptak minden szükséges információt annak érdekében, hogy – személyes szükségleteiknek és lehetőségeiknek figyelembe vételével – kellő mérlegelés után, a számukra leginkább megfelelő szolgáltatási formát választhassák.

A kommunikáció feladata és iránya

A változások kommunikálása

A kliens-kommunikáció egyik legfontosabb eleme a szolgáltatás igénybevételének kezdetén meglévő helyzethez, feltételekhez, körülményekhez képest bekövetkező változások kezelése. Nem csak a bekövetkezett változások után, hanem – nyilvánvalóan – már a döntés előkészítése során szükséges az igénybevevők körével a készülő változásokról, lehetőségekről, tervekről, jövőbeni negatív, vagy pozitív tényezők várható következményeiről tájékoztatást adni, véleményt kérni, és a változások hatását ezeken keresztül elemezni.

Számolni kell azzal az esettel is, amikor a szolgáltatást igénybe vevő oldaláról jelenik meg a kiindulási helyzethez képest a változás, a változtatás igénye, – ebben az esetben is biztosítani kell a kliens számára a kommunikáció lehetőségét.

A célok és az elért eredmények

További fontos elem a szolgáltatás igénybevételének kezdetén kitűzött célok megvalósulásának áttekintése. Lehetőséget kell adni arra, hogy a kliens felkészüljön a beszélgetésre, az összegzésben az ő véleményének is egyértelműen szerepelnie kell, függetlenül attól, hogy ez mennyiben esik egybe a segítők értékelésével, vagy az objektivitással. (Megjegyzés: Ha a fogyatékosokkal nem lehetséges a kommunikáció, akkor a törvényes képviselő, hozzátartozó tájékoztatása és nyilatkozata szükséges.)

A mindennapos kommunikálás

A leggyakoribb kommunikációs helyzet a mindennapok egyszerű eseményeinek, történéseinek, szükségleteinek kommunikációja. Stratégiaileg tehát ez a legfontosabb szituáció. Ez spontaneitást igényel, emiatt a kliensekkel foglalkozó segítők ilyenkor könnyen figyelmen kívül hagyhatják a kommunikáció szabályait, ezzel feszültséget teremthetnek, vagy nem kívánatos helyzetet idézhetnek elő.

A kommunikáció minőségi követelményrendszerének formai és tartalmi elemei

Formai elemek

Az időtartam és az időpont megválasztása

Fel kell mérni a közlések, megbeszélések időigényét. Minden, a kommunikációban résztvevő partner számára biztosítani kell azt az időkeretet, amelyben részletesen ki tudja fejteni a témához kapcsolódó mondanivalóját. (Pl.: beszédnehézséggel küzdő résztvevő, értelmi sérült személy, agyi történés utáni állapotban lévő beteg, vagy idősebb személy esetén a kellő idő hiánya, vagy a türelmetlenség nem kívánatos feszültséget, frusztrációt okozhat.) A kommunikáció folyamata azonban nem válhat parttalanná, szükség van a kellően tapintatos, de határozott moderálásra. A kliens és a segítő közötti kommunikáció időpontjának megválasztásakor figyelembe kell venni a kliens állapotát is. (pl. ha a kliens ittas, agresszív, feldúlt, abban az esetben az érdemi döntéseket el kell halasztani). A már megbeszélte és lezárt problémákat, eseményeket, meddő beszélgetéseket tapintatosan elutasíthatja a segítő.

Az időtartam mellett fontos az időpont helyes megválasztása. A megbeszélésre kerülő eseményhez képest túl korai időpontot választása esetén esemény bekövetkeztéig feledésbe merül a megbeszélés tartalma, túl késői esetén pedig nincs idő a megbeszélendőkre kellő feldolgozására (kész tények elé állítjuk a klienst).

A szolgáltatás igénybevételének kezdetén kitűzött céloknak, és a célhoz vezető úton megtett lépéseknek, az elért eredményeknek a rendszeres időközönként történő megbeszélése, rögzítése, pozitív hajtóerőként működik a továbbiakban. Ha ezeknek a

megbeszéléseknek a során inkább az eredménytelenség derül ki, akkor viszont a rendszeres kommunikáció lehetőséget ad a szükséges korrekciók elvégzésére.

A helyszín megválasztása

A helyszín kiválasztásának szempontjainál döntő az, hogy csoporttal történik-e a kommunikáció, vagy egyéni beszélgetésről, megbeszélésről van szó. Míg ez utóbbi természeténél fogva igényel bizonyos intimitást (hiszen az egyénnek lehetőséget kell adni a személyes, másokra nem tartozó mondanivalója közlésére), addig a csoportos megbeszéléseknél fontos szempont a megfelelő nagyságú és bútorzatú, ha szükséges, akkor kommunikációs eszközökkel (hangosító berendezések, írotábla, projektor, demonstrációs eszközök stb.) felszerelt helyiség biztosítása. Gondoskodni kell minden résztvevő kényelmes elhelyezkedéséről és a zavaró körülmények kiiktatásáról is.

Az egyéni megbeszéléseknek lehetnek azonban olyan esetei, amikor nemhogy felesleges, de kívánatos a harmadik személy jelenléte, ilyenkor erről is gondoskodni kell.

Mind a helyszín, mind az időpont megfelelő kiválasztása döntő lehet a kommunikációs cél elérése szempontjából. (Gondoljuk végig az alábbi példát: egy intézmény lakóját az intézmény vezetője úgy értesíti egy reá vonatkozó lényeges változásról, pl. hogy valamilyen okból el kell cserélnie egy lakótársával a megszokott, és évek óta használt szobáját, hogy közben telefonál, vagy éppen visszaszól a válla fölött, miközben nagykabátban megy ki az intézmény kapuján.)

Az információkat átadó személy kijelölése

A szolgáltatást nyújtó részéről elengedhetetlen, hogy minden esetben a kompetens személyek vegyenek részt a kommunikációban. A kompetenciahatárok meghúzása a vezető feladata. (Az étlapváltozást természetesen egy segítő, vagy az ételmezésvezető is közölheti a lakóval, de azt, hogy más profilú – pl. egészségügyi – intézménybe szükséges áthelyezni az érintettet, azt csak az intézmény vezetője közölheti.) A személyes tartalmú közlések esetében a kompetencián kívül fontos az is, hogy a kommunikáció résztvevőinek jó személyes kapcsolata legyen, így biztosítható a kellő empátia is.

Egyéni vagy csoportos megbeszélési forma alkalmazása

Az egyéni vagy csoportos kommunikációt elsősorban a téma határozza meg: a mindenkit érintő információk átadása a csoportos-, az egyént kizárólag, vagy kiemelten érintő kérdések megbeszélése az egyéni formát kívánja meg. Természetesen szükség lehet arra is, hogy a csoportban feldolgozottakat még az egyén szempontjaival kiegészítve, egyénileg is megbeszéljék, s az egyéni ügyeknek is lehetnek a csoportra hatásai.

A kommunikáció kiemelt szempontja, hogy a személyiségi jogokat minden körülmények között tiszteletben kell tartani: az egyénre nézve megszegyenítő, megalázó vonatkozásokat, körülményeket semmiképpen nem lehet a csoport elé tárni.

Amennyiben a résztvevők közül valaki mégis megsérti a másik emberi jogait, a helyzetet tapintattal és határozottsággal kell kezelni.

Az írásos és/vagy szóbeli közlési forma megválasztása

Az írásos vagy szóbeli forma között szintén a kommunikáció tartalma dönt elsősorban. Vannak olyan témakörök, amelyeket előírások alapján, jogi követelmények miatt, a későbbi felidézhetőség céljából, vagy egyéb okokból mindenképpen írásba kell foglalni. Szükséges lehet azonban az írásos forma a szóbeli kommunikáció zavara (beszéd- vagy hallási nehézség), memóriazavar, esetleg a jobb megértés miatt is. A jogi következmények miatt az írásban foglalt témával kapcsolatos változások esetén annak tartalmát módosítani szükséges.

A mindennapok kisebb horderejű eseményeinek kommunikálására (pl. színházi előadás meghirdetése) jól lehet használni a rendelkezésre álló egyszerűbb kommunikációs eszközöket (hirdetőtábla, faliújság, hangos bemondó, esetleg saját rádió vagy újság), de itt is figyelni kell arra, hogy az információ mindenkihez eljusson. (Olvasási nehézség, érzékszervi fogyatékoság, vagy egyéb akadály esetén is meg kell találni mindenki számára az információ átadás megfelelő módját.) A kliensek egy részénél (pl. értelmi sérülteknél, kisgyerekeknél) nagy jelentősége van a metakommunikációnak, a metakommunikációs jelzések értelmezésének is. Szükség lehet a kommunikáció során speciális eszközökre (pl. jelnyelv, Braille-írás), vagy egy adott szubkultúra (pl. drog-függők) speciális szóhasználatának ismeretére.

Tartalmi elemek

A kommunikáció módja

A kommunikáció a kliens számára érthető nyelven, megfelelő szókincssel fogalmazva történjen. Idegen szavak, a szakmai nyelv terminológiája kerülendő, lehetőleg köznyelvi szavakat kell használni. (Minden ember számára megtalálható az a szint és az a szókincs halmaz, aminek segítségével az őt érintő kérdéseket meg lehet vele beszélni.) A kommunikáció ne legyen egyoldalú, ne legyen „kinyilatkoztatás” jellegű, és mindenkor tükrözze a másik ember, vagy embercsoport iránti tiszteletet.

A szükséges és elégséges információ átadása

A közlések tartalmazzák a szükséges és elégséges információkat. A kommunikáció tartalma legyen pontosan fogalmazott, az egyéni érzékenységet és toleranciát is figyelembe vevő, az értelmi és érzelmi állapothoz igazított, és konkrét. Bizonytalan, esetleges dolgok közlése nem célszerű, mert ha pozitív jellegű a fél-információ, akkor felesleges várakozást, ha negatív, akkor szükségtelen szorongást indukálhat. A partnernek a kommunikáció során mindig legyen lehetősége az elhangzottakra reagálni. Ha a kommunikáció információ tartalma nagyon nagy, bizonyos esetekben (pl. értelmi sérülteknél) célszerű azt több részre bontva közölni, esetleg egyes részletekre többször visszatérni.

A szolgáltatást igénybe vevő személyiségi jogainak, érdekeinek tiszteletben tartása

A kommunikáció során egyik fél sem sérthet személyiségi jogokat, nem használhat a másik által tiszteletlennek, durvának érzékelt kifejezéseket. A résztvevők emberi jogai nem sérülhetnek. Az ellenvélemény kinyilvánításához – megfelelő formában – minden résztvevőnek joga van.

A megkötött szerződésekben rögzítettek szem előtt tartása

A szolgáltatás igénybevételének kezdetén megkötött szerződésektől mindkét fél csak kellő indokkal térhet el. Ami az írásos vagy szóbeli megállapodások során rögzítésre került, az mindkét fél számára kötelező mindaddig, amíg ettől közös megegyezéssel (pl. új szerződés megkötésével) el nem térnek, vagy külső kényszerítő körülmény nem semmisíti azt meg. A kommunikáció tartalma nem lehet ellentétes ezeknek az érvényes szerződéseknek a tartalmával. Az ellátási szerződés tartalmát a jogszabály határozza meg, ezt évente ellenőrzi a Megyei Szociális és Gyámhivatal.

A vonatkozó jogszabályok, az adatkezelés szabályainak betartása

Az adatkezelés jogi úton szabályozott: ettől sem az írásos, sem a szóbeli kommunikáció során nem lehet eltérni. A szociális szolgáltatások mindegyikét jogszabályok és szakmai szabályok irányítják, ezek megfelelő szintű ismerete a szolgáltatást nyújtók számára nélkülözhetetlen. A szolgáltatást igénybe vevőkkel már a kapcsolat felvétele során ismertetni kell a személyes adataik kezeléséhez fűződő jogokat.

Az etikai normák követése

A szociális szakma etikai kódexe mindenki számára elérhető, rendelkezésre áll. A kommunikációnak – mint a szolgáltatás eszközének – minden körülmények között tükröznie kell az abban foglaltakat.

A kliensek és fenntartó kommunikációja

A szolgáltatást igénybevevők számára is biztosítani kell a kapcsolatfelvétel lehetőségét a fenntartóval. Ennek egyszerű megoldási formája a meghatározott időközönként tartott fogadó óra (ugyanúgy, mint az ellátott-jogi képviselő esetében).

A fenntartót – akkor is, ha laikus személyekből álló testület – ugyanúgy kötik a szakmai titoktartás és az etikai kódex szabályai, mint a szakdolgozókat.

Az informális kapcsolatfelvételre alkalmat kínálnak azok az események (ünnepek, évfordulók, nyílt napok), amelyeken mind a fenntartó képviselői, mind a szolgáltatást igénybe vevők és a szolgáltatást nyújtók is részt vesznek. Az oldott, merev szabályoktól mentes, „fehér asztal” melletti beszélgetések sokszor hatásosabbak, több eredménnyel járnak, mint a formális, túlszabályozott kezdeményezések.

Intézményi kommunikáció

Az intézményi kommunikáció kétirányú: részben a kliensek közvetlen hozzátartozóira irányul, részben a környezettel kíván kapcsolatot teremteni. [B6]

Kommunikáció a hozzátartozókkal

A legfontosabb alapelv, hogy az intézményben ellátott/ápolat/lakó/gondozott stb. személy – kliens - nem az intézmény tulajdona, akit időnként kölcsönad a családnak. Akinek akár minimálisan is funkcionáló családja van, annak a számára a családdal való kapcsolat megőrzése létfontosságú. Ez a kapocs, ez a köldökszín az érzelmi épség egyik záloga. Tehát az intézmény hozzátartozókkal történő kommunikációjában tükröződnie kell ennek a tudásnak, függetlenül attól, hogy az intézményben dolgozóknak mi a véleménye az adott családról.

Alapelvek

A hozzátartozókkal való kommunikáció során az alábbiak szem előtt tartása kötelezően elvárható:

- a hozzátartozókkal való kommunikáció mindig megfelelő minőségű és személyre szabott legyen (tisztelet megadása, nem megalázó kifejezések használata, tapintatos és udvarias viselkedés stb.), oly módon, hogy azt a partner maga tiszteletteljesnek élje meg, az megfelelően iskolázottságának, értelmi és érzelmi állapotának, s mindenképpen tükrözze azt a törekvést, hogy az intézmény a partner számára kívánja világossá tenni az átadott információkat. A belső szabályrendszerben rögzíteni kell azt, hogy mikor, milyen információkat kell biztosítani a hozzátartozóknak az ellátott érdekében az intézmény részére.
- hogy az információk átadása ne szívességszámba menjen, azt tekintsék a normál kapcsolattartás elengedhetetlen, kötelező elemének;
- a bizalmaskodás elkerülése;
- a korrumpív helyzetek kialakulásának megelőzése;
- a család értékrendjének értékítélettől mentes tiszteletben tartása;
- a család meggyőződéseivel, vallásával, szokásaival stb. kapcsolatos tolerancia;
- a család prioritásainak elfogadása és törekvés azok intézményen belüli tiszteletben tartására (pl. szeretnék, ha az adott személynek módja lenne vallása gyakorlására, szeretnék, ha az illetőt változatlanul az az orvos láthatná el, aki születése óta követi stb.);
- a felvételre kerülő vagy már ott élő személyről kapcsolatos közlések során az illető maximális tiszteletben tartása [saját nevén említése (*nem pl.: A mamika egész jól evett a héten...*), testi vagy szellemi állapotáról való közlésekben nem megalázó kifejezések (gyagyás, stb.) használata stb.].

A hozzátartozókkal kapcsolatos kommunikáció szabályozása

A kommunikációval kapcsolatos belső szabályrendszert írásban kell rögzíteni, külön kitérve arra, hogy

- Mely információk, tények, események ismertetése kötelező írásban és melyik közölhető szóban,
- ki jogosult az írásbeli, ill. ki a szóbeli közlésre,
- ki, mikor (milyen időközönként) és hogyan jogosult, ill. köteles az írásos (és szóbeli) anyagok előkészítésére, rögzítésére, alkalmazási módjának betanítására, az alkalmazás ellenőrzésére, rendszeres felülvizsgálatára, ill. az azt követő módosításra,
- mikor, milyen információt kell biztosítani a kliensnek és a hozzátartozóknak.

A szabályozás tartalma

A kommunikáció tartalmának meghatározása

Az intézménynek lehetnek fontos információi, amelyek bizalmas vagy üzleti jellege tiltja azok közlését. A két kategória közötti világos és egyértelmű határt a vezetőségnek kell meghúznia a közérdekű adatokról szóló törvény (1992. évi LXIII. Tv) figyelembe vételével. A hozzátartozóknak szánt információk kommunikációját az alábbi tartalmak és szempontok mentén célszerű összeállítani. Ennek megfelelően mindenképpen szükséges:

- annak egyértelmű közlése, hogy mi az intézmény célja, mit várhat el tőle a család;
- milyen a nyújtott szolgáltatás alaptermészete;
- milyen kiegészítő szolgáltatásokat tudnak felajánlani;
- kiket szoktak felvenni, kiket tudnak felvenni;
- írásban szükséges rendelkezésre bocsátani azt a dokumentációt, amely tartalmazza a felvétel, ill. elbocsátás rendjét, menetét, körülményeit, feltételeit, várható időbeli lefolyását;
- kiket nem tudnak semmiképpen sem felvenni, ennek indokai;

Az igénybevétel feltételei

- a szolgáltatás igénybevételének anyagi feltételei
 - ezen belül alapszolgáltatás,
 - kiegészítő szolgáltatások,
 - kedvezmények lehetősége és rendszere;

A megszűnés feltételei

- a szolgáltatás megszűnésének feltételei, körülményei (írásos anyag kézbeadása szükséges)
 - az intézmény részéről (szervezeti vagy anyagi felszámolás esetei),

- a kliens részéről (ellátás visszautasításának esetei),
- az intézmény és a kliens együttműködésének zavara esetén (anyagi teljesítés hiánya, állapotromlás, diszruptív viselkedészavar felbukkanta, egyes személyekkel való összeférhetlenség stb.),
- kényszerítő külső körülmények esetei (áthelyezés, halál)
- a házirend többszöri súlyos megsértése

A helyszín bemutatása

- a szolgáltatás helyszínének részletes bemutatása, ezzel kapcsolatban ki kell térni a személyes látogatás, nyílt napok stb. rendszerének ismertetésére;
 - ezen belül építészeti elrendezés,
 - egyéni igények figyelembevételének lehetősége,
 - privácia (személyes tér, magánélet, egyedüllét) biztosításának módzatai,
 - külső-belső akadálymentesség,
 - külső-belső harmónia, esztétikai szempontok,
 - környezeti jellemzők (környezetvédelem, környezet használhatósága, kert, park, patak, erdő stb.),
 - közlekedési lehetőségek, megközelíthetőség,
 - infrastrukturális ellátottság intézményen belül és közvetlen környezetében (internet, könyvtár, iskola, óvoda, házimozi, uszoda, vásárlás, sportolás, szórakozás, kulturális igények kielégíthetősége stb.);

Az intézmény és a munkatársak bemutatása

- milyen pedagógiai, terápiás, szociális, egészségügyi stb. módszerekkel élnek az intézményen belül (az alkalmazott speciális módszerek és/vagy eszközök ismertetése, szükség esetén írásos dokumentáció rendelkezésre bocsátása);
- az intézmény személyi állományának bemutatása (kik kerülnek kapcsolatba a klienssel);
- már bentlakónál szükséges a személyi változások folyamatos kommunikálása;
- milyen lépéseket tesznek a dolgozók munkaszínvonalának emelésére (képzés, továbbképzés, belső ellenőrzések);
- írásos tájékoztatót szükséges rendelkezésre bocsátani az igénybevevők, ill. törvényes képviselőik jogairól, a jogorvoslati lehetőségekről, a felügyeleti szervekről;

A belső (etikai) szabályok bemutatása

- tájékoztatni szükséges a hozzátartozókat arról, hogy milyen szabályokat alkalmaznak az etikai vétségek megelőzésére, pl. etikai kódex megalkotása (az intézmény hozzáállása az etikai vétségekhez, ill. azok megelőzésére tett lépéseik sokat árulnak el a vezetőség erkölcsi mércéiről, s a kiszolgáltattott emberek

védelmére tett erőfeszítéseikről). Többek között az alábbiak kommunikálása lehet hasznos a hozzátartozók számára:

- a dolgozó – kliens kapcsolat szabályozása,
- korrupció és/vagy zsarolás megelőzése,
- a kliensek magánéletének, emberi jogai gyakorlásának biztosítása az intézményen belül,
- a kliensek jogi védelmének biztosítása (pl. kapcsolat a helyi ellátott-jogi vagy betegjogi képviselővel),
- etikai vétségek kivizsgálásának menete, lépcsőfokai, szankciói;
- hogyan biztosítják, hogy a bejelentett panaszok után ne legyen bosszúállás áldozata a kliens.

Az intézményi infrastruktúra bemutatása

- az intézmény működésének folyamatosságát, fenntarthatóságát biztosító lépések (kapcsolat a fenntartóval, pályázatok, adománygyűjtés stb.);
- az intézmény működésének rendjét biztosító külső-belső ellenőrzési csatornák és fórumok (a hozzátartozó részére megnyugtató, ha tudja, a családtagját ellátó személy munkáját felügyeli valaki, vagy hogy az intézmény is valamilyen minőségellenőrzés alatt áll);
- ha van megfogalmazott minőségpolitika, esetleg elfogadott minőségirányítási kézikönyv, e tény és a minőségpolitikai sztenderdek rövid közlése;
- a szolgáltatás során a kapcsolattartás szintjei, a visszacsatolás nyújtásának feltételei és körülményei (ezek közlése írásos formában is szükséges lehet); ezen belül szükséges ismertetni a hozzátartozók elégedettségi mutatóinak mérésére alkalmazott módokat;
- az információáramoltatás csatornái (pl. telefon, e-mail, Házirend, Faliújság, belső rádió, üzenetközvetítési rendszer stb. – kommunikációs csatornák vonatkozásában az adott család lehetőségei és igény szintje szem előtt tartásával, individuális megoldásokat kell keresni, pl. mások a lehetőségei egy elektronikus levelezéssel könnyen élő családnak, mint annak, akinek még telefonálási lehetőségeit is anyagi megfontolások korlátozzák, vagy annak, akinél esetleg kulturális akadályok állnak az írásos kommunikáció útjában.);
- a hozzátartozók jogorvoslati lehetőségei (felettes szervek, önkormányzati vagy regionális fórumok, jogvédők, különböző gyermekvédelmi és fogyatékosügyei érdekvédelmi szervezetek stb.).

Kommunikáció a környezettel

Általánosságban elmondható, hogy míg a kliensek és hozzátartozók felé irányuló kommunikációnak jól meghatározható, világosan megfogalmazható, számon kérhető pontjai vannak, addig a környezeti kommunikáció célját, tartalmát, intenzitását, irányultságát – az alapcélok szem előtt tartása mellett – minden intézménynek magának kell kidolgoznia a helyi lehetőségek és adottságok ismeretében.

A „környezet” meghatározása

A környezet jelen összefüggésben jelenti mindazokat a magánszemélyeket és hivatalos szerveket, akik, illetve amelyek az adott intézmény közvetlen környezetében találhatók vagy/és azzal működése során munkakapcsolatban vannak. A környezeti kommunikációt az szabja meg, hogy kik tartoznak az intézmény célcsoportjába (munkaképes, értelmi sérült, fiatal felnőttek, leépült idős személyek, aktív nyugdíjasok, óvodáskorú gyermekek stb.), és milyen az a konkrét közeg, amelyben élnek. A nagyszámú variációs lehetőség miatt (óvodások egy kis faluban, lakóotthon egy nagyközségben, fogyatékos fiatalokat ellátó intézet egy lakótelepen stb.) ebben a vonatkozásban csupán néhány sztenderdet lehet javasolni. Ezek mind azt szolgálják, hogy az intézmény szervesen illeszkedjék az adott lakóközösség életébe, kölcsönös előnyökkel szolgálhassanak egymás számára. Ebből a szempontból nézve a jó intézeti kommunikáció komoly mértékben befolyásolhatja a társadalmi attitűdöt. A kifelé történő kommunikáció (partner szervezetekkel, médiumokkal stb.) szabályait is le kell fektetni, kijelölve a kompetencia határokat, és a kommunikációra jogosult személyeket.

A környezeti kommunikáció fajtái

A környezettel kapcsolatos kommunikáció alapvetően két típusú lehet: normatív vagy PR (public relations) célzatú. A normatív kommunikáció a szabályozásokban (jogi, szakmai, etikai) lefektetett normákkal kapcsolatos és ennek megfelelően dokumentált, írásos. Ilyen például a belső- és külső hivatalos, vagy a fenntartóval való dolgozói kommunikáció. Ennek szabályozását más standardok, sztenderdek tartalmazzák. A PR célzatú kommunikáció feladata a szolgáltató tevékenységének, értékeinek elfogadtatása a szűkebb és tágabb társadalmi környezettel, a minőségpolitikában megfogalmazott intézménykép közvetítése a külvilág felé. Ez az Sztenderd az utóbbit írja le.

Normalizációs elv

A normalizációs elv értelmében, az intézmény arra törekszik, hogy az intézményben élő emberek napi- és életrendje, magán- és társas-életük jellemzői megfeleljenek az adott korosztály és társadalmi csoport átlagos életformájának. Ily módon a normalizáció része, hogy a lakókörnyezet szokásos tevékenységeibe bevonódhassanak az intézmény kliensei is. (Pl. ha az adott településen egy bizonyos évszakban mindenki kimegy a terekre, utcákra, erdőszélre stb. szemetet gyűjteni, az intézmény lakói se maradjanak ki ebből.)

Információs elvárások

Az intézmény köteles a környezetet aprólékosan és gyakran tájékoztatni életéről, munkájáról, gondozottai jellemzőiről (pl. milyen típusú problémákkal élő emberek kerülnek hozzájuk, hogy élnek, milyen gondjaik vannak, minek örülnek, mitől félnek stb.). Írásos brosúrákkal, nyitott napokkal, fórumokkal, gyakori meghívásokkal lehet teljesebbé tenni a gondozottakról és az intézményről kialakult esetleg hiányos, torz képet. Ki kell térni arra is, hogyan, milyen intézkedésekkel védik meg a közösséget pl.

egy drogos, elmebeteg vagy nehezen kontrollálható viselkedésű autista kliens esetleges zavaró vagy fenyegető viselkedésétől.

Beilleszkedési törekvések

Törekedni kell arra, hogy a lakókörnyezet értékrendjének tiszteletben tartásáról és követéséről gyakorta meggyőződhesen a környezet. Ha az adott közösségben pl. norma, hogy a kertet, előkertet egy bizonyos módon rendezzék, a kerítést évente átfessék stb., ehhez is alkalmazkodni szükséges. A klienseknek, akik a környezet intézményeiben tanulnak, dolgoznak, szórakoznak stb., öltözködésükben, frizurájukban, egész küllemükben célszerű megfelelni a közösség elvárásainak (gyakorta észlelhető, hogy pl. óvodás- vagy iskolás gyerekek megjelenésükben, felszerelésükkel mennyire kirínak az adott település vagy körzet gyerekei közül). Lényeges a közterületeken, pl. az orvosi váróban, a templomban, a piacon stb. való viselkedési normák megtartása is, valamint a környezeti élőlényekkel (állatok, erdők, parkok stb.), valamint ünnepekkel kapcsolatos hagyományok átvétele, őrzése is.

A beilleszkedési, a környezetbe simulási törekvések kommunikációja az esetek nagy részében a non-verbális kommunikáció eszközeivel történik (külső jegyek, viselkedés, öltözködés, megjelenés stb.), s mint ilyen, tudjuk, hogy ezek sokkal erőteljesebbek és átütőbbek, mint a nem mindig hiteles verbális üzenetek.

Aktív részvétel a közösség életében

Ez a beilleszkedési törekvések kommunikációjának szerves folytatása, de több annál. Amennyiben az elsősorban a jelzések szintjén valósult meg, addig ezen feltétel teljesítése messze túlmegegy azon. A tényleges aktivitásnak valóban azt kell sugallnia a környezet felé, hogy az intézmény nem idegen test annak szervezetében. Ennek megfelelően nem elkülönülni kell, hanem aktív részt vállalni a közösség életében: önkéntes munka, közös megmozdulások, a környezet ünnepeiben való részvétel, önkormányzati fogadóórákon, eseményeken részvétel, helyi szavazásokkor aktivitás, nyílt napok szervezése az intézményben, időről időre híradás az intézményről a helyi lapban és/vagy elektronikus médiában, saját ünnepeikre a közösség képviselőinek meghívása stb.

Ezen aktusok azt kommunikálják a környezet felé, hogy az intézmény valóban, ténylegesen az adott lakókörnyezet része.

Kölcsönös előnyök

Ha az intézmény önmaga szándékait megfelelően kommunikálja, természetessé válik az összekovácsolódás: az intézmény számos munkaalkalmat teremthet a lakókörnyezet tagjai részére, míg a lakókörnyezet a szegregáció helyett az integráció ajándékát tudja adni. Amennyiben az intézményben bármilyen jellegű képzés vagy termék előállítás folyik, a termékeket úgy lehet kiválasztani, hogy azoknak legyen kereslete az adott környezetben (olyan értelmes kézműves és egyéb termékek gyártása, amelyeket a közösség értékel és megvesz), a részben foglalkoztatási terápiás, részben pénzszerzési

céllal folytatott állattartás, kertészkedés szintén teremthet alapot a közös előnyök megtalálására.

Az sztenderd elemzése

Előnyök, hátrányok, feltételek elemzése, alkalmazásának személyi és tárgyi feltételei

Az sztenderd alkalmazására vonatkozó javaslatok

Az sztenderdet minden bentlakásos idősellátó intézményben célszerű alkalmazni. Az alkalmazás annál indokoltabb, minél többféle kórképskálájú embert gondoznak az adott intézményben. Az alkalmazást elősegíti, ha az intézmény minőségirányítási rendszert működtet, mivel akkor a követelmények jó része teljesül és a vonatkozó indikátorok is adódnak a felülvizsgálatok során.

Kimeneti elvárások és azokhoz csatlakozó kritériumok

A kimeneti elvárásokat és az azokhoz csatlakozó kritériumokat, valamint esetenként az ellenőrzés lehetőségeit a 3.6. és 3.7. pontokban megtalálhatók.

A kritériumok teljesülésének indikátorai és monitoring lehetőségei

Az indikátorok a szociális szolgáltatások körében jelenleg kevésbé ismertek, ennél fogva alkalmazásuk ritka, esetleges. Ugyanakkor nagyon fontos lenne minden érdekelt fél számára a tevékenység minőségi és mennyiségi mérése, ami nélkül a szolgáltatás megítélése meglehetősen szubjektív. [H3], [H4]

Indikátorok

Az indikátorok egyre növekvő szerepet játszanak a szociális szolgáltató szervezetek irányításában. Az indikátorok a mérhetőséget, az összehasonlíthatóságot szolgálják. Jelentőségüket az adja, hogy mérhetővé teszik az amúgy igen nehezen mérhető egészség-megőrzési és –helyreállítási, valamint életminőség megőrzési és -javító folyamatokat és szolgáltatásokat. Helyes választásuk esetén betölthetik a minőségügyben és a szociális szférában megkívánt mértékek szerepét. Az indikátorok a mérhetőség révén lehetővé teszik az összehasonlítást is (benchmarking).

A tapasztalatok szerint az indikátorokról többet beszélünk, mint amennyit használjuk őket. Pedig az indikátorok az átláthatóságot szolgálják. Az indikátorok teremtenek kapcsolatot a primer információk és az ellátó rendszert éltető eszmék között. Az indikátorok egyértelmű, világos helyzetet teremtenek, ezért az indikátorokat a maszatolók, sumákolók és haszonlesők szívből utálják.

Az indikátorok helye és szerepe a **mellékelt ábra** segítségével tehető világossá és egyértelművé.

Az indikátorok fajtái

- **Eredmény** indikátor: azt méri, hogy mi történik, vagy mi nem történik egy folyamat, vagy folyamatok eredményeképp
- **Folyamat** indikátor: egy elkülönült cselekményt mér, melyet egy kezelés, vagy szolgáltatás megvalósítása céljából hajtanak végre
- **Struktúra** indikátor: a folyamatok és az ellátás megvalósításához rendelt erőforrások bemeneteit méri

Az indikátorok lehetnek arányszámok és abszolút számok. Lássunk mindegyikre egy-egy példát:

(i) Arány-alapú indikátorok

Olyan eseményt értékelnek, amelyeknél egy adott időintervallumban előforduló események egy bizonyos (azonos populációra vonatkozó) aránya jellemzi az elvárt ellátást, vagy szolgáltatást. Példa:

Azon kliensek száma, akik egy speciális eseményt tapasztaltak egy meghatározott folyamat során

A meghatározott folyamatban résztvevő összes kliens száma

(ii) Végzetes esemény indikátor

Olyan súlyos vagy jelentős eseményeket értékel, amelyek minden előforduláskor további vizsgálódást igényelnek. Példa:

„Minden kliens száma, aki elhalálozik a stroke esemény során”

Indikátor fejlesztési folyamat

Első lépése a fontos szervezeti funkciók meghatározása (amelyek az ellátás és szolgáltatás hatókörén alapulnak). Ilyenek az időskori bentlakásos szociális szolgáltatásban: nagy testsúly, előrehaladott kor, probléma-hajlam, magas költség, intenzív erőforrások, komplex/interdiszciplináris kezelés igénye. A következő lépés az ellátás és szolgáltatás hatókörének meghatározása minden funkcióban. Ezután következik a klienssel kapcsolatos eredményekre (outcome) jelentős hatást gyakorló folyamatok meghatározása. A folyamatot segíti az előzetes indikátorkészlet kifejlesztése.

Az egészségügyi indikátorok

Mivel szociális indikátorokat hivatalosan még egyetlen főhatóság sem bocsátott ki, példaként lehet tekinteni a legközelebbi rokonterület, az egészségügy gyakorlatát. 2004-ben az ágazati minisztérium megjelentette „Az egészségügyi intézmények belső minőségügyi rendszerének fejlesztéséhez javasolt indikátorokat”, amelyek 9 csoportja közül néhány csoportot az idősellátásban is kiindulásnak lehet tekinteni (megtartva az eredeti számozást, zárójelben a vonatkozó indikátorok sorszáma):

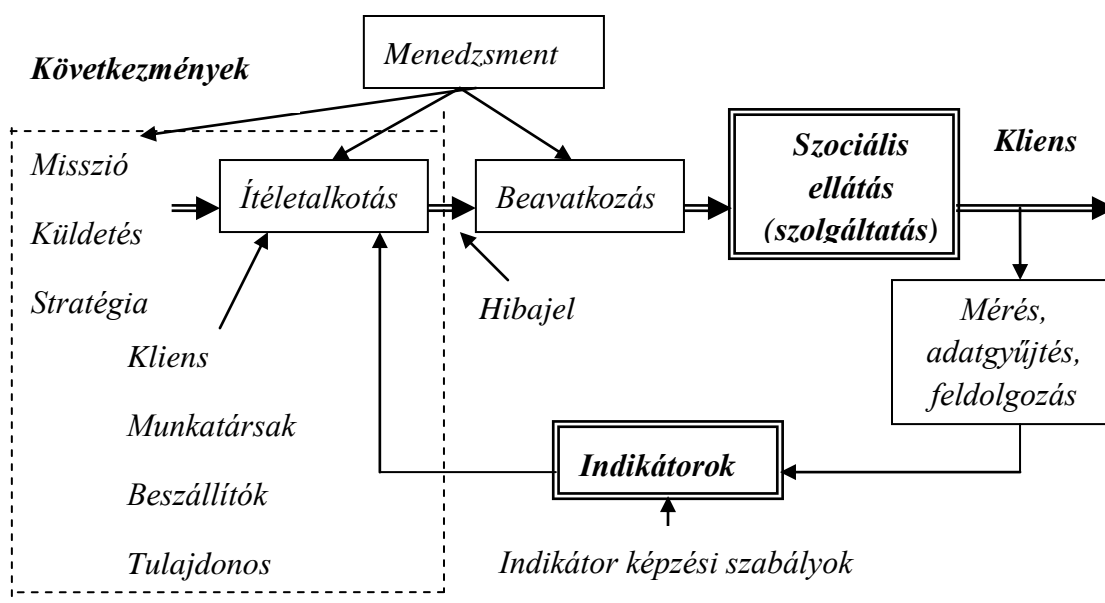
- I. általános intézményi mutatószámok (1-7),
- III. nosocomialis infekciókra és antibiotikus kezelésre vonatkozó (14-23),
- VIII. geriátriai (42-44),
- IX. humánpolitikai (45-46) indikátorok.

Az ajánlás tartalmazza a számítások metodikáját, a mérőszámok egységét, az összehasonlítási lehetőségeket (belső osztályos, intézményen belüli osztályos, azonos szintű intézmények közötti, országos átlaggal, vagy nemzetközi adatokkal való összehasonlítás). Tehát a benchmarking módszere, ami a legjobbakkal való összehasonlítást jelentő minőségirányítási módszer és a legjobb gyakorlat megismerése és általánossá tétele a célja, már a minisztérium ajánlásában is tetten érhető.

Egészségügyi indikátor-példák, amelyek az idősgondozásban is alkalmazhatók (ESzCsM, 2003.): Átlagos ápolási idő, Antibiotikus kezelések gyakorisága, Nosokomialis infekciók gyakorisága, Decubitus kialakulása teljes ápolást igénylő betegeken, Inkontinenssé váltak száma korcsoportonként, Szakdolgozói ellátottság, Szakdolgozói fluktuáció. Az indikátorokat a szakmai szabályozókkal együtt, a felügyelet szempontjait és metodológiáját figyelembe véve kel fejleszteni

Kimeneti indikátorok

Az említett indikátorok között vannak kimeneti, vagy eredmény (outcome) mérőszámok is. Használatuk a nemzetközi gyakorlatban egyre általánosabb követelmény. A kimenetek közé tartoznak a halálozási adatok, a kliens-elégedettség vizsgálatok adatai és az állapotváltozás monitorozására kidolgozott általános és speciális score-rendszerek, amelyek a kliens munkavégző képessége, fizikai aktivitása, önellátó képessége, ápolási igénye, egészségi állapotára vonatkozó szubjektív értékítélete, a fájdalom jelenléte és sok egyéb, speciális szempont alapján méri az intézménybe kerüléshez képest bekövetkezett változásokat.



A rendszert a hibajel működteti!

Egyes konkrét mennyiségi és minőségi indikátorokra vonatkozó javaslatok megtalálhatók a 3.6. és 3.7. pontban.

Monitoring (mérési/felügyeleti) lehetőségek

A szociális szakmai szabályozásával egyidejűleg ki kell munkálni a rendszerek realizálására, valamint meglétének és hatékony működésének ellenőrzésére és felügyeletére szolgáló általános, integrált és kötelező erejű metódust. Ennek valamely kialakult gyakorlaton kell alapulnia. A referencia-rendszerek szerepe e tekintetben is felbecsülhetetlen. A felügyelettel kapcsolatos fejlesztésnek mindenképpen a FEP tapasztalatait is figyelembe kell venni. [C1], [C2] (A FEP sokak véleménye szerint a szociális ellátások és szolgáltatások tekintetében egy igen költség- és időigényes ellenőrzési módszer.)

A monitoring „következményei”

A szociális szolgáltatások szabályozásában döntő szerepe van a „Következmények” néven összefoglalt rendszerelemnek. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy a szakmai követelmények teljesülését az indikátorok révén ellenőrző felügyelet eredményeit össze kell vetni a követelményekkel és az eltérések nyomán konkrét intézkedéseket kell foganatosítani az eltérések megszüntetésére. A probléma az, hogy jelenleg az ötletszerűen és koordinálatlanul, rögzített szabályokat nélkülöző felülvizsgálatoknak – szélsőséges esetektől eltekintve – nincs következménye, pedig a szolgáltatások minőségét érvényesíteni kellene az engedélyezésben és a finanszírozásban.

Egyes monitoring lehetőségek az indikátorokkal kapcsolatban megtalálhatók a 3.6. és 3.8. pontban.

Mellékletek

Fogalommagyarázat

Az egyes, gyakrabban előforduló fogalmak értelmezése a Fogalommagyarázat c. kiadványban található. A csak ebben a témakörben előforduló fogalmak az alábbiak:

A szolgáltatás szempontjából releváns jogszabályok jegyzéke

- 1992. évi XXII. törvény A Munkatörvénykönyvről
- 1992. évi XXXIII. törvény A közalkalmazottak jogállásáról a szociális, valamint a gyermekjóléti és gyermekvédelmi ágazatban történő végrehajtásáról szóló 257/2000.(XII.26.) Korm. rendelet
- Módosítás: 313/2002. (XII.29.) Korm. rend. Magyar Közlöny 2002/166. szám
- 1992. évi LXIII. törvény A személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról
- 1993. évi III. törvény A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról
- Jelentős módosításai: 1999. évi LXXIII. törvény, 2001. évi LXXIX törvény, 2003. évi IV. törvény. (MK 2003/14. szám)
- 1993. évi XCIII. törvény A munkavédelemről
- 1993. évi LXXVI. törvény A szakképzésről
- 5/1993.(XII.26.) MüM rendelet A munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény egyes rendelkezéseinek végrehajtásáról
- 29/1993. (II. 17.) Korm. rendelet A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások térítési díjáról
- Legutóbbi módosítás 312/2002 (XII.29.) Korm. rend.; Magyar Közlöny 2002/166.szám
- 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról
- 1998. évi LXXXIV. Törvény A családok támogatásáról szóló (Magyar Közlöny 1998/117. szám)
- 9/1999.(XI.24.) SzCsM rendelet A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről
- Módosította: 6/2002. (IV.5.) SzCSM rendelet, Magyar Közlöny 2002/43. szám
- 188/1999. (XII.16.) Korm. rendelet. A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmény és falugondnoki szolgálat működésének engedélyezéséről, továbbá a szociális vállalkozás engedélyezéséről szóló

- *Legutóbbi módosítás 311/2002 (XII.29.) Korm. rend.; Magyar Közlöny 2002/166.szám*
- *1/2000.(I.7.) SZCSM rendelet A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatiról és működésük feltételeiről*
- *Legutóbbi módosítás 6/2003. (II.26.) ESzCsM rendelet, MK 2003/27. szám)*
- *8/2000. (VIII.4.) SzCsM rendelet A személyes gondoskodást végző személyek adatainak működési nyilvántartásáról*
- *Legutóbbi módosítás: 16/2003. (IV. 9.) ESZCSM rendelet; Magyar Közlöny 2003/35. szám*
- *9/2000.(VIII.4.) SZCSM rendelet A személyes gondoskodást végző személyek továbbképzéséről és a szociális szakvizsgáról*
- *Legutóbbi módosítás: 16/2003. (IV. 9.) ESZCSM rendelet; Magyar Közlöny 2003/35. szám*
- *11/2000. (X.18.) SzCsM rendelet A fogyatékos személyek otthonában élő és a rehabilitációs intézményben elhelyezett személyek állapotának felülvizsgálatáról*
- *Módosította: 6/2002. (IV.5.) SzCSM rendelet, Magyar Közlöny 2002/43. szám*
- *257/2000.(XII.26.) Korm. rendelet A közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992. évi XXXIII. törvénynek a szociális, valamint a gyermekjóléti és gyermekvédelmi ágazatban történő végrehajtásáról*
- *2001. évi CI. törvény A felnőttképzésről*
- *2002. évi LXII. törvény a Magyar Köztársaság 2003. évi költségvetéséről (Magyar Közlöny 2002/163. szám)*
- *1138/2002. (VIII.9.) Korm. határozat az Idősügyi Tanács működéséről és a működésével összefüggő kérdésekről*
- *211/2003.(XII.10.) Korm. rendelet Az Országos Szociálpolitikai Szakértői Névjegyzékről szóló (Magyar Közlöny 2003.évi 141.szám)*
- *69/2004.(VIII.5.) ESZCSM rendelet Az egészségügyi, szociális és családügyi miniszter hatáskörébe tartozó szociális szakképesítések megszerzésére irányuló szalmi vizsga szervezésére feljogosított intézményekről*
- *81/2004.(IX.18.) ESZCSM rendelet Az egyes szociális szolgáltatásokat végzők képzéséről és vizsgakövetelményeiről*
- *81/2004.(IX.18.) ESZCSM rendelet Az egyes szociális szolgáltatásokat végzők képzéséről és vizsgakövetelményeiről*
- *2005. évi CXXXIX. törvény A felsőoktatásról*
- *15/2006.(IV.3.) OM rendelet Az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről*
- *292/2006.(XII.23.) Korm. rendelet A Nemzeti Szakképzési és Felnőttképzési Intézettről*

- 15/2008.(VIII.13.) SZMM rendelet A szociális és munkaügyi miniszter hatáskörébe tartozó szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményeiről
- 213/2009.(IX.29.) Korm. rendelet Az egyházi és nem állami fenntartású szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatók normatív állami támogatásáról
- A Szociális Munka Etikai Kódexe
- *Global Standard for Social Work Education and Training*

A területen releváns alapvető szakirodalom jegyzéke

[B1] Bagyinszki Zoltánné, Kovács Ibolya, Péntek Beáta: *Idősek szociális ellátása*. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, 2004.

[B2] Bajzáthné Komár Mária, Kardos Anna, Rácz Tiborné *Az időskoriúak bentlakásos intézménye sajátosságainak meghatározása*. Munkaanyag, TÁMOP 5.4.1.

[B3] Balogh Emese szerk.: *A szociális ellátórendszer működéséről, kihívásairól*. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, 2004.

[C1] Cserbán Józsefné: *Jelentés a Fokozott Ellenőrzési Program eredményeiről*. 2007.

[C2] Cserbán Józsefné: *Jelentés a 100 szociális szakellátást biztosító speciális ellátotti csoportokat gondozó szociális intézmények szakmai ellenőrzésének tapasztalatairól*. 2008.

[H1] Dr. Hajnal Miklós Pál: *Minőségközpontú menedzsment a szociális és egészségügyi Intézményekben*. Szociális Menedzser 7. évfolyam 6/2005, p.56-61. ISSN 1585-809X

[H2] Dr. Hajnal Miklós Pál: *A szociális és gyermekvédelmi szolgáltatási sztenderdek, standardok, protokollok*. Kidolgozási segédlet. NCsSzI, 2006.

[H3] Dr. Hajnal Miklós Pál: *A szociális szolgáltatások minőségfejlesztésének speciális problémái*. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, Tanulmány No.:401120/3, 2007.

[H4] Dr. Hajnal Miklós Pál: *Egészségügyi és szociális szolgáltatások*. Dr. Róth András szerkesztő: *A minőségfejlesztés új útjai. A minőség az információs társadalomban*. 7.5. fejezet. VERLAG DASHÖFER Szakkiadó Kft. és T. Bt. Budapest (megjelenés alatt).

[H5] Dr. Hajnal Miklós Pál: *Szakmai Beszámoló a szociális és gyermekvédelmi standardok kifejlesztésének témaköréből*. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, 2007.

[H6] Dr. Hajnal Miklós Pál: *A szociális szolgáltatások minőségfejlesztésének speciális problémái – összevetve az egészségügy hasonló tevékenységével. Kapocs VII. évf. 3. szám 2008. június, pp. 10-19.*

[K1] Dr. Kozma Judit szerk.: *Kézikönyv szociális munkásoknak. Szociális Szakmai Szövetség, Budapest, 2006.*

[K2] Dr. Kozma Judit: *A szociális szolgáltatások modernizációjának kérdései a szociális munka nézőpontjából. Kapocs különszám – Kutatás, fejlesztés a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet szakmai műhelyeiben. 2007.*

[P1] Panker Mihály szerk.: *Szociális szolgáltatások a Nyugat-dunántúli Régióban. Nyugat-dunántúli Regionális Szociális Módszertani Központ, Győr, 2009.*

[R1] Ráczné Németh Teodóra: *Győr Megyei Jogú Város Önkormányzata Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézménye. Jubileumi kiadvány, Győr, 2005.*

[S2] Szokoli Erzsébet: *Szabadság, biztonság, minőség: bentlakásos intézményi elhelyezés, idősök otthonai Ausztriában. HÁLÓ Kreatív Ausztria*

[W1] „Welhops” *Ajánlások az idős emberek számára kialakítandó otthonok tervezéséhez. 2007.*

A már létező módszertani segédletek jegyzéke és elérhetősége

[A1] Apostol Éva, Szabóné Berta Irén, Tóth Árpádné, Varga Melinda: *ÁGF - Ápolás-gondozás-fejlesztés standard (munkaanyag). Szociális és gyermekvédelmi szabályozók, Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, Budapest, 2007.*

[B4] Bárányné Zsamba Mária, Harmatos Ibolya, Tóth Julianna, Szabolcsi Julianna: *DOK – Szolgáltatást igénybevevők dokumentációja standard (munkaanyag). Szociális és gyermekvédelmi szabályozók, Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, Budapest, 2007.*

[B5] Bari József, Mezeiné Sánta Klára, Vass Péter, Vida Anikó FHE - Felhasználói/hozzátartozói elégedettség standard, (munkaanyag). Szociális és gyermekvédelmi szabályozók, Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, Budapest, 2007.

[B6] Dr. Bisztricsány Andrea, Dr. Kálmán Zsófia, Dr. Horváth Attila: *KOM – A szociális intézmények kommunikációs sztenderdei (munkaanyag). Szociális és gyermekvédelmi szabályozók, Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, Budapest, 2007.*

[F1] Fodor Valéria, Nickl Gabriella, Szatmáriné dr. Balogh Mária, Victorné Erdős Eszter: *HEM - Humán erőforrás-menedzsment standard (munkaanyag). Szociális és gyermekvédelmi szabályozók, Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, Budapest, 2007.*

[H7] Dr. Hegyesi Gábor, Dr. Talyigás Katalin: *Szakmai sztenderdek kialakítása a humán szolgáltatások területén. Nonprofit Humán Szolgáltatók Országos Szövetsége, Budapest, 2000.*

[N1] Nemes Judit, Panker Mihály, Pataki János, Zudor Honória: *REN – Rendszer-együttműködés sztenderd (munkaanyag). Szociális és gyermekvédelmi szabályozók, Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, Budapest, 2007.*

[S1] Somorjai Ildikó, Dr. Szabó Lajos, Szalai József, Kovács Győző: *IDŐ – Időskorúak részére nyújtott szolgáltatások, protokollok (munkaanyag). Szociális és gyermekvédelmi szabályozók, Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, Budapest, 2007.*

Hazai és nemzetközi tapasztalatok, legfrissebb tudományos eredmények

A bentlakásos idősellátás hazai gyakorlatában a kliens-központú, interdiszciplináris team-munkán alapuló szolgáltatás – bár triviálisnak tűnik – nem tekinthető általánosnak. Ez a megállapítás még akkor helytálló, ha a vonatkozó irodalom, pl. [B1], fontosnak tartja ezt a tevékenység-formát. Az okok között megemlítendő, hogy – főként a kisebb, vagy „eldugott” helyeken lévő intézményekben az ápolási-gondozási tevékenység gyakorlatilag a gondozókra hárul, és a különféle – többnyire részmunkaidős szakemberek – orvos, mentálhigiénés munkatárs, szociális munkás, lelkész, gyógypedagógus, gyógytornász, jogász, pszichológus, pszichiáter, stb. – esetileg, szigetszerűen, vagy a saját beosztásuk szerint kampányszerűen, de általában nem összehangoltan foglalkoznak a kliensekkel. Gyakori, hogy ezek a szakemberek nem is konzultálnak a gondozókkal.

A másik nagy problémakör a kommunikáció, melynek minden területén számottevő hiányosságok mutatkoznak, jelentős feszültségeket okozva mind a kliens-munkatársi, mind az intézmény-környezeti kapcsolatokban.

A témakörrel kapcsolatban figyelemre méltó elemzések találhatók a [K2] forrásban.

Bentlakásos idősotthoni mennyiségi indikátorok

Általános számítás mód: [számláló/nevezőXszorzó]. Számíthatók osztályra, intézményre.

<i>Jel</i>	<i>Indikátor</i>	<i>Számláló</i>	<i>Nevező</i>	<i>Szorzó</i>	<i>Egység</i>	<i>Viszonyítás</i> (általános viszonyítás: e időszak)
ÁLTALÁNOS (EGÉSZSÉGÜGYI) INDIKÁTOROK						
<i>G1</i>	Kihasználtság	<i>Gondozottak száma</i>	<i>Összes férőhely</i>	<i>100</i>	<i>%</i>	<i>Azonos szintű intézmény</i>
<i>G2</i>	Kliensforgó (átlagos gondozási idő)	<i>Kliensek bent-tartózkodásának összege</i>	<i>Számba vett kliensek száma</i>	<i>1</i>	<i>év</i>	<i>Azonos szintű intézmény, e időszak</i>
<i>G3</i>	Halálozás	<i>Egy évben elhunyt kliensek száma</i>	<i>Összes kliens száma</i>	<i>100</i>	<i>%</i>	<i>Azonos szintű intézmény, e időszak</i>
<i>G4</i>	Antibiotikus kezelés	<i>Antibiotikus kezelések száma</i>	<i>Bizonyítottan fertőzöttek száma</i>	<i>100</i>	<i>%</i>	<i>Azonos szintű intézmény, kóros geriatríai osztály</i>
<i>G5</i>	Nozokomiális fertőzés	<i>Nozokomiális infekciók száma</i>	<i>Összes kliens száma</i>	<i>100</i>	<i>%</i>	<i>Azonos szintű intézmény, kóros geriatríai osztály</i>
<i>Jel</i>	<i>Indikátor</i>	<i>Számláló</i>	<i>Nevező</i>	<i>Szorzó</i>	<i>Egység</i>	<i>Viszonyítás</i> (általános viszonyítás: e időszak)
<i>G6</i>	Decubitus	<i>Decubitus esetek száma</i>	<i>Összes kliens száma</i>	<i>100</i>	<i>%</i>	<i>Azonos szintű intézmény, kóros geriatríai osztály</i>
<i>G7</i>	Daganatos betegek	<i>Szűréssel kiemeltek száma</i>	<i>Összes kliens száma</i>	<i>100</i>	<i>%</i>	<i>Azonos szintű intézmény, kóros geriatríai osztály</i>
<i>G8</i>	Tumoros halálozás	<i>X tumorban elhunytak száma</i>	<i>Összes kliens száma</i>	<i>100</i>	<i>%</i>	<i>Azonos szintű intézmény, kóros geriatríai osztály</i>
<i>G9</i>	Mesterséges táplálás	<i>Mesterséges táplálást kapók</i>	<i>Összes kliens száma</i>	<i>100</i>	<i>%</i>	<i>Azonos szintű intézmény, kóros geriatríai osztály</i>

		<i>száma</i>				<i>geriátriai osztály</i>
<i>G10</i>	Inkontinencia	<i>Bentlakás során inkontinenssé váltak száma</i>	<i>Összes kliens száma</i>	<i>100</i>	<i>%</i>	<i>Azonos szintű intézmény, kórház, geriátriai osztály</i>
<i>G11</i>	Demensek aránya	<i>Bentlakás során demenssé váltak száma</i>	<i>Összes kliens száma</i>	<i>100</i>	<i>%</i>	<i>Azonos szintű intézmény, kórház, geriátriai osztály</i>
Jel	Indikátor	Számláló	Nevező	Szorzó	Egység	Viszonyítás (általános viszonyítás: e időszak)
<i>G12</i>	Gyógyszerezett demensek	<i>Gyógyszeresen kezelt demensek száma</i>	<i>Összes demens kliens száma</i>	<i>100</i>	<i>%</i>	<i>Azonos szintű intézmény, kórház, geriátriai osztály</i>
<i>G13</i>	Kognitív rehabilitáció	<i>Kognitív rehabilitációban részt vevők száma</i>	<i>Összes kliens száma</i>	<i>100</i>	<i>%</i>	<i>Azonos szintű intézmény, kórház, geriátriai osztály</i>
<i>G14</i>						
KLIENSEKRE IRÁNYULÓ (SZOCIÁLIS) INDIKÁTOROK						
Jel	Indikátor	Számláló	Nevező	Szorzó	Egység	Viszonyítás (általános viszonyítás: e időszak)
<i>K1</i>	Kliens-panaszok	<i>Regisztrált belső kliens-panaszok száma</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>db</i>	<i>Azonos szintű intézmény</i>
<i>K2</i>	Külső jogorvoslati akció (ellátott-jogi képviselő,	<i>Külső kliens-panaszok száma</i>	<i>Összes regisztrált</i>	<i>100</i>	<i>%</i>	<i>Azonos szintű intézmény</i>

	hatóság, igazságszolgáltatás)		kliens-panasz száma			
K3	Kliens-elégedettség vizsgálat	Évente végzett vizsgálatok száma	1	1	db.	Azonos szintű intézmény
K4	Általános elégedettség	Általánosan elégedett kliensek száma	Összes (megkérdezett) kliens száma	100	%	Azonos szintű intézmény
K5	Mentális környezet	A mentális környezettel elégedett kliensek száma	Összes (megkérdezett) kliens száma	100	%	Azonos szintű intézmény
Jel	Indikátor	Számláló	Nevező	Szorzó	Egység	Viszonyítás (előző időszak)
K6	Személyzet	A személyzettel elégedett kliensek száma	Összes (megkérdezett) kliens száma	100	%	Azonos szintű intézmény
K7	A személyzet kommunikációja	A kommunikációval elégedett kliensek száma	Összes (megkérdezett) kliens száma	100	%	Azonos szintű intézmény
K8	Elhelyezés, fizikai környezet	A fizikai környezettel elégedett kliensek száma	Összes (megkérdezett) kliens száma	100	%	Azonos szintű intézmény
K9	Egészségügyi ellátás	Az egészségügyi ellátással elégedett kliensek száma	Összes (megkérdezett) kliens száma	100	%	Azonos szintű intézmény
K10	Élelmezés	Az élelmezéssel elégedett kliensek száma	Összes (megkérdezett) kliens száma	100	%	Azonos szintű intézmény
K11	Programok	A programokkal elégedett kliensek száma	Összes (megkérdezett) kliens száma	100	%	Azonos szintű intézmény
Jel	Indikátor	Számláló	Nevező	Szorzó	Egység	Viszonyítás (általános viszonyítás: e időszak)

K12	Helyesbítés/megelőzés	Megtett intézkedések száma	Összes észrevétel, megjegyzés, javaslat	100	%	Azonos szintű intézmény

MUNKATÁRSAKRA IRÁNYULÓ INDIKÁTOROK

Jel	Indikátor	Számláló	Nevező	Szorzó	Egység	Viszonyítás (előző időszak)
M1	Szakdolgozói ellátottság	Szakdolgozók száma	Előírt létszám	100	%	Azonos szintű intézmény
M2	Szakdolgozói fluktuáció	Kilépő szakdolgozók száma	Összes dolgozó száma	100	%	Azonos szintű intézmény
M3	Képzettség	Előírt képzettséggel rendelkező dolgozók száma	Összes dolgozó száma	100	%	Azonos szintű intézmény
M4	Továbbképzés	Továbbképzésben résztvevő dolgozók száma	Összes dolgozó száma	100	%	Azonos szintű intézmény
M5	Szupervízió	Szupervízióban részesülő dolgozók száma	Összes dolgozó száma	100	%	Azonos szintű intézmény
M6	Munkatársak részére szervezett programok	Relaxáló, kikapcsolódást segítő programok	1	1	db	Azonos szintű intézmény

		<i>száma</i>				
--	--	--------------	--	--	--	--

Bentlakásos idősoththoni minőségi indikátorok

Egyes minőségi indikátorok megtámogathatók mennyiségi indikátorokkal is

Jel	Kritérium	Indikátor	Mennyiségi indikátor kapcsolat	Ellenőrzés
<i>Q1</i>	<i>Kliensek igényeinek felmérése</i>	<i>Felvételkor kikérdezik a klienst és rögzítik jogos igényeit, rendszeres kliens-elégedettségi vizsgálatokat végeznek</i>	<i>K1, K2, K3</i>	<i>Előgondozási, gondozási dokumentáció, kliens-elégedettségi felmérés feldolgozási eredményeinek áttekintése</i>
<i>Q2</i>	<i>Kliensek igényeinek kielégítése</i>	<i>Folyamatosan (napi gyakorisággal) szereznek információkat a kliensektől, rendszeres kliens-elégedettségi vizsgálatokat végeznek</i>	<i>K12</i>	<i>Intézkedési tervek és azok végrehajtásának áttekintése, kliens-elégedettségi felmérés feldolgozási eredményeinek áttekintése</i>
<i>Q3</i>	<i>Kliens panaszkezelés</i>	<i>Minden érdemi panaszt írásban rögzítenek, nyomban intézkednek és tájékoztatják a klienst</i>	<i>K12</i>	<i>Vonatkozó feljegyzések áttekintése</i>
<i>Q4</i>	<i>Team munka a kliens körül</i>	<i>Az ápolási/gondozási tevékenységet nem szakmánként elkülönülten, hanem a kliens köré szerveződő teamben végzik, a team-tagok munkájukat összehangolják</i>	<i>K6</i>	<i>Team munkamegbeszélések jegyzőkönyveinek áttekintése, a kliensek kikérdezése</i>
Jel	Kritérium	Indikátor	Mennyiségi indikátor kapcsolat	Ellenőrzés
<i>Q5</i>	<i>Segítő hatékonysága (a</i>	<i>A segítők (az ápolásban/gondozásban</i>	<i>K6</i>	<i>A kliensekkel és az érintett</i>

	<i>későbbiekben mérőszám is rendelkezhető hozzá)</i>	<i>közvetlenül részt vevők) munkáját figyelemmel kísérik, problémáikat feltárják és hatékonyság növelő oktatásokat, tevékenységeket szerveznek nekik</i>		<i>munkatársakkal való beszélgetés</i>
<i>Q6</i>	<i>Személyes kommunikáció a klienssel (a későbbiekben több alpontra bontható a tartalmi és formai elemek pontosabb megismerése céljából)</i>	<i>A vezetőség és a segítők rendszeresen és módszeresen kommunikálnak a kliensekkel minden, őket érintő kérdésben (változások, célok és elért eredmények, mindennapi problémák, stb.). A kommunikáció mind tartalmi, mind formai szempontból megfelel a szakmai és etikai követelményeknek.</i>	<i>K6, K7</i>	<i>Megfigyelés, a készült dokumentumok áttekintése</i>
<i>Q7</i>	<i>Kommunikáció a hozzátartozókkal</i>	<i>A vezetőség rendszeresen és módszeresen kommunikál a kliensek hozzátartozóival minden, őket érintő kérdésben (elvárások, a szolgáltatás természete, anyagi feltételek, gondnokolás, látogatás, tárgyak, étel-miszer, gyógyszer bevitele, kizáró feltételek, stb.) A kommunikáció mind tartalmi, mind formai szempontból megfelel a szakmai és etikai követelményeknek.</i>	<i>K7</i>	<i>A készült dokumentumok áttekintése</i>
<i>Q8</i>	<i>Kommunikáció a környezettel</i>	<i>A vezetőség világos és egyértelmű kommunikációt folytat azokkal a magánszemélyekkel, szervezetekkel és hivatalos</i>		<i>A kommunikáció dokumentumainak áttekintése</i>

		<i>szervekkel, akik/amelyek az intézmény környezetében vannak, vagy működése során munkakapcsolatba kerülnek azzal.</i>		
Jel	Kritérium	Indikátor	Mennyiségi indikátor kapcsolat	Ellenőrzés
Q9	Változások követése	<i>Az intézmény figyelemmel kísér minden jogszabályi, személyi, gazdasági és politikai változást, amely az intézményt, annak tevékenységét, illetve a klienseket és a dolgozókat érinti és haladéktalanul intézkedik a változások követéséről.</i>		<i>Változásmenedzsment team működése, ennek dokumentumai</i>
Q10	Intimitás, bizalom	<i>Az intézmény minden körülmények között biztosítja a kliensek emberi méltóságának tiszteletben tartását, a kritikus tevékenységek intimitását és törekszik arra, hogy a kliensek bizalma az intézmény és munkatársai iránt töretlen legyen.</i>	K1, K5	<i>Beszélgetés a kliensekkel</i>
Q11	Kliens tulajdonának védelme	<i>Az intézmény gondoskodik a kliensek tulajdonának védelméről, állagának megóvásáról. Különös gondot fordít a kliens személyes adatainak, a róla szóló információknak az integritására és védelmére.</i>	K8	<i>A megfelelő berendezések, munkafolyamatok, intézkedések, adatbázisok, védelmi rendszerek felülvizsgálata</i>
Q12	Kliens bántalmazása	<i>Az intézmény feltárja és a leghatározottabban megszünteti a klienseket érő legenyhébb abúzusokat is.</i>	K1, K3	<i>Beszélgetés a kliensekkel, az intézkedések áttekintése</i>

Rendszerszintű együttműködések

Sztenderd

**az idősök számára biztosított bentlakásos
szociális szolgáltatások területére vonatkozóan**

TARTALOMJEGYZÉK

1. Bevezetés	431
1.1 A sztenderd definíciója.....	95
1.2 A szolgáltatás célcsoportjának meghatározása (indikáció)	432
1.3 A szolgáltatás alapelvei (kapcsolat a többi normatív szabályozóval, meglévő hazai szabályozásokkal – normatív dokumentumokkal)	433
1.3.1 Kapcsolódás vonatkozó hazai jogszabályokhoz	433
1.3.2 Kapcsolódás más hazai projektekhez.....	433
2. Az elvárt szolgáltatási gyakorlat leírása.....	434
2.1 Lehetséges módszerek, eljárások, megoldási módok (alternatívák)	434
2.1.1 Részvétel konferenciákon, műhelybeszélgetéseken, programokban.....	95
2.1.2 Szakmai és módszertani tapasztalatcserék	96
2.1.3 Szakmai szervezetekben való részvétel	98
2.1.4 Más együttműködő szervezetekkel való kapcsolat.....	98
2.2 Előnyök, akadályozó, nehezítő tényezők, feltételek elemzése, a sztenderd alkalmazásának személyi és tárgyi feltételei	442
2.2.1 Előnyök	442

2.2.2 Akadályok, nehezítő tényezők.....	443
2.2.3 Feltételek.....	444
2.2.4 Személyi feltételek.....	445
2.2.5 Tárgyi feltételek	445
2.3 A sztenderd alkalmazására vonatkozó javaslatok.....	446
2.4 Kimeneti elvárások, és az azokhoz csatlakozó kritériumok	447
2.5 A kritériumok teljesülésének indikátorai és monitoring lehetőségei.....	447
3. Mellékletek.....	448
3.1 A szabályozó anyagban felhasznált fogalmak jegyzéke és meghatározása	448
3.2 A szolgáltatás szempontjából releváns jogszabályok jegyzéke.....	456
3.3 A területen releváns alapvető szakirodalom jegyzéke.....	458
3.4 A már létező módszertani segédletek jegyzéke és elérhetőségi helye.....	459
3.5 Hazai és nemzetközi tapasztalatok, legfrissebb tudományos eredmények irodalmi áttekintése.....	459

1. Bevezetés

Az idősellátás jelenlegi gyakorlatában a bentlakásos elhelyezést biztosító intézmények fontos ellátási formát képviselnek, a különböző szolgáltatási formák egymásra épülése, a biztonságos időkor kulcsfontosságú szolgáltatási elemei. Az idősök számának és számarányának növekedése, egészségi állapotuk, aktivitásuk, önellátási kapacitásuk alakulása egyre nagyobb kihívás elé állítja az időskorúak ápoló-gondozó otthonait, valamint átmeneti gondozóházait. Az ellátásokat a minőség fejlesztésével, vagy változatlan színvonalon történő biztosításával, a

korábbiakban meghatározott dolgozói létszám állandó, vagy csökkentett számával kell nyújtani. A megnövekedett feladatok és a folyamatosan romló személyi feltételek között egyre nagyobb mértékben szétnyíló olló olyan kihívás elé állítja a szolgáltatást biztosítókat, amely során hatékonyság és hatásosság növelő megoldási alternatívának kell előtérbe kerülni.

1.21.1 A sztenderd definíciója

A sztenderd az idősok bentlakásos ellátásában dolgozók számára ad iránymutatást az ellátórendszerben kialakított együttműködések minőség-növelő hatását előtérbe helyezve. A rendszerszintű együttműködést a szociális ellátórendszer egyéb szereplőire és más kapcsolódó szolgáltatásokra vonatkozóan tárgyalja. Bemutatja a kapcsolatrendszer kiépítését hatékonyan segítő technikákat, amelyek közül kiemelten kezeli a szakemberek e témakörhöz kapcsolódó képzését, tapasztalatcseréit.

1.31.2 A szolgáltatás célcsoportjának meghatározása (indikáció)

A sztenderd célja a szolgáltatást igénybevevők együttműködési lehetőségeinek feltárása, alkalmazhatósági körének bővítése, a dolgozói kapacitások minőségi hatásosságának növelése, a szolgáltatások hatékonyságának fokozása.

Célcsoportját az idősokorúak bentlakásos ellátását biztosító intézmények – azok vezetői, dolgozói alkotják.

A sztenderd meghatározásának szükségességét az indokolja, hogy a hatékony és minőségi szolgáltatás biztosításának alapvető feltétele a különböző szolgáltatási formák egymásra épülése, egymás kompetencia határainak ismerete és tiszteletben tartási, illetve a kapcsolódási pontok kialakítása annak érdekében, hogy a szükségletekre leginkább megfelelő válaszok az arra legmegfelelőbb helyen és módon szülessenek. Fontos, hogy a szakmai tudás felhasználása ezáltal hatékony legyen, egyben preventív hatást kifejtve – az ellátott ne kényszerüljön magasabb, egészségügyi – szolgáltatási szintre szakmai, szakmaközi együttműködés hiányában, hiszen ezáltal elkerülhető költséges és alacsony hatásfokú ellátások felkínálása.

A sztenderd eredményeként várható, hogy a különböző szociális szolgáltatások közti együttműködések szorosabbá válnak, országosan egységes gyakorlat alakul ki. A szociális ellátáshoz kapcsolódó egyéb szolgáltatások irányában is együttműködési igény és gyakorlat alakul ki, egymás kompetenciájának és tudásának ismerete által szakszerűbb szolgáltatások nyújtására kerül sor. A dolgozók leterheltsége csökken, nem kényszerülnek olyan feladatok ellátására, amelyek túlmutatnak szakmai felkészültségükön, felesleges energia befektetést igényelnek. Az együttműködési lehetőségek megismerésével és kihasználásával az igénybevevők szolgáltatásokhoz való hozzáférése javul.

1.41.3 A szolgáltatás alapelvei (kapcsolat a többi normatív szabályozóval, meglévő hazai szabályozásokkal – normatív dokumentumokkal)

2. 1.3.1 Kapcsolódás vonatkozó hazai jogszabályokhoz

A jelenlegi jogszabályi háttér értelmében az időskorúak bentlakásos ellátásában szabályozott az egyes feladatokat ellátó dolgozók munkaköre, létszáma és az adott munkakörhöz megfelelő szakképesítések köre.

Ugyancsak jogszabályi előírások határozzák meg, hogy mely munkakörökben szükséges a dolgozóknak szakmai továbbképzéseken részt venni. A jelenlegi gyakorlat szerint a szakmai tevékenységet végzők – szakképesítéshez kötött munkakörökben dolgozók – számára kötelező érvényű szakmai továbbképzéseken való részvétel, amelyek során kreditpontokat gyűjtenek a dolgozók. A vonatkozó szakmai rendelet előírásai szerint öt év alatt 60, vagy 80 kreditpont megszerzésére kötelezettek a szakdolgozók annak függvényében, hogy közép- vagy felsőfokú végzettséggel rendelkeznek-e. A jogszabály a továbbképzések jellegéről rendelkezik – szakmai tanácskozás, szakmai műhely, tanfolyam, stb. – de tartalmáról nem. Előtérbe helyezi kötelező érvényűvé téve az adott képzési periódusban a tanfolyamon való részvételt. A szabályozás nem tér ki műhelymunkában, vagy szakmai személyiségfejlesztésben való részvétel kötelezettségére, és arra sem, hogy a dolgozók képzései milyen módon álljanak összhangban az általuk végzett tevékenységekkel.

Együttműködési kötelezettségre vonatkozóan a szakmai jogszabályok tartalmazznak elemeket, amelyek inkább tájékoztatási kötelezettségre vonatkoznak, illetve a bentlakásos intézmények azon feladatainak megszervezési kötelezettségére, amelyek saját hatáskörben nem láthatók el.

3.

4. 1.3.2 Kapcsolódás más hazai projektekhez

Mivel a sztenderd épít a dolgozók meglévő tudására, illetve a szaktudás karbantartására, fejlesztésére, így fontos kiemelni azokat a projekteket, amelyek a képzési lehetőségek fejlesztését célozzák. A projektek elsősorban a TÁMOP programok keretében valósulnak meg, és helyi, kistérségi, regionális szinteken jelennek meg. A TÁMOP 5.4.4 „A” és „C” komponensei a szakképzés mellett a helyi szolgáltatási rendszerek fejlesztésére, együttműködési színterek kialakítására fókuszálnak, a „B” komponens pedig a dolgozók egyéni támogatását (szakmai, szupervíziós, stb.) hivatott szolgálni. Ugyancsak fontos figyelembe venni, hogy a szakképzés területén megjelenő TÁMOP projektek milyen hatással lehetnek a sztenderd megvalósulására. Mivel még elbírálási szakaszban lévő pályázatokról van szó, így pontosabb kapcsolódási pontok meghatározása a későbbiekben lehetséges.

2. Az elvárt szolgáltatási gyakorlat leírása

1.52.1 Lehetséges módszerek, eljárások, megoldási módok (alternatívák)

Az alábbiakban olyan alternatívák bemutatása szerepel, amelyek a már vázolt problémák megoldásához segítik a szakembereket. A téma összetett, egymásra épülő egységek összessége, amelyek azonban külön-külön is alkalmazhatók, természetesen nem azonos hatásfokkal.

A képzések, továbbképzések rendszere külön sztenderdben kerül megfogalmazásra, így itt csak az együttműködésekhez való kapcsolatának viszonylatában kerül leírásra.

A szakmai képzések, továbbképzések rendszere egy olyan egységet alkot, amely szorosan kapcsolódik a rendszerszintű együttműködés témaköréhez, mintegy átvezet ide, hiszen megalapozza az ehhez szükséges ismereteket, tudásokat, fejleszti a szakemberek ezirányú készségeit.

5. 2.1.1 Részvétel konferenciákon, műhelybeszélgetéseken, programokban

Konferenciák

A konferenciákon való részvétel több irányból megközelítve is fontos lehetősége az intézményekben dolgozó szakembereknek: egyrészt tudásuk karbantartására, új ismeretek, információk megszerzésére, másrészt az egymással való találkozásra, szakmai kapcsolatok építésére, ápolására teremt alkalmat.

A konferenciák lehetőséget kínálnak egy-egy témához kötötten ismeretfrissítésre, más szakemberek szempontjainak megismerésére az adott téma vonatkozásában. Általában aktuál szakmai, szakmapolitikai kérdések feldolgozása történik egy-egy ilyen alkalom során neves szakemberek interpretálásában. Ezek az alkalmak adják annak a lehetőségét, hogy az adott témában a legfrissebb információk, tudományos eredmények, szakmai állásfoglalások, jogszabály módosulások hozzáférhetővé váljanak a szakemberek számára. Fontos ez azért, hogy ne pusztán egy újonnan megjelenő jogszabály, publikáció, szakmai tájékoztató anyag olvasására nyíljon lehetőség, hanem a szakemberek a gyakorlatból eredő kérdéseiket feltehessék, értelmezési gondjaikat megfogalmazhassák.

A korábban megszerzett tudás felfrissítése, új információhoz jutás mellett a konferenciák esetében nem elhanyagolható jelentőségű, hogy a szakemberek egy része számára újonnan szerzett tudásról van szó, hiszen előfordulhat, hogy korábbi ismerete, képzettsége más szakterületre vonatkozik.

Az idők bentlakásos ellátása során egyre nagyobb szerepet kap a kapcsolódó szakterületek megismerése, így kiemelten az egészségügy. Az ellátási szükségletek átstrukturálódása indokolttá teszi, hogy a szakszemélyzet speciális ismeretekkel is rendelkezzen a felismerés és szakmai segítségkérés szintjén. Ugyancsak fontos lesz a speciális igényű ellátotti csoportok számára nyújtott szolgáltatásokhoz speciális tudás megszerzése (demens idők, fogyatékossgal élő idők, szenvedélybeteg idők, pszichiátriai beteg idők).

Fontos azonban, hogy megtaláljuk a megfelelő egyensúlyt a speciális szükségletek kielégítése és az átlagos ellátási igényekkel rendelkező idők szolgáltatásai között. Speciális szükségletek kielégítése nem történhet a többi ellátást igénybevevő rovására. Éppen ezért a tudásbővítés e téren éppen olyan kiemelkedő jelentőségű, mint a már említett speciális szükségletek vonatkozásában. A konferenciák kiválasztásában és a résztvevők körének meghatározásában – mint egyéb továbbképzések esetében is – a vezető felelőssége a helyes arány megtalálása, és dolgozókkal történő betartatása. Az átlagos ellátásra vonatkozó témák is számos újdonságot, korszerű ismeretet, szemléletmódbeli különbségeket tudnak felsorakoztatni.

Valamennyi intézmény számára kötelező érvényű, hogy a munkatársak részt vegyenek konferenciákon a felsorolt szempontok figyelembevételével, tervezés eredményeként ütemezetten.

A konferenciák ismeretközlő funkcióján túl fontos a találkozási alkalom szerepük is. Egy-egy nagyobb konferencián több száz, az adott téma iránt valamely okból érdeklődő szakember vesz részt, akik a gyakorlatban is foglalkoznak az adott területtel. Ismeretségek, szakmai kapcsolatok alakulnak ki, illetve válnak szorosabbá. A szakmai kapcsolatok kialakításának, egymás munkájának megismerésének kezdete lehet egy konferencián, szakmai tanácskozáson való részvétel.

Fontos megemlíteni azt is, hogy a szakmai konferenciák – bár általában egy adott meghívotti kör számára elérhetők – mégis a nyilvánosság eszközei. Jelentőségükről, tartalmukról gyakran tudósít a média is.

A konferenciák között külön említendők az adott intézmény által saját dolgozói kör számára szervezett tanácskozások – esetlegesen társintézmény meghívásával – amelyen az intézmény dolgozói számára teremtnék lehetőséget elért eredményeik bemutatására. A belső előadók, saját dolgozók aktív szerepeltetése ösztönzőleg hat, inspirálja az adott szervezet egészét a jobb eredmények elérése a szakemberek számára történő bemutatkozás lehetőségének felkínálásával.

Műhelybeszélgetés

A konferenciáknál tartalmasabb szakmai kapcsolatépítést és kapcsolatápolást kínál a műhelybeszélgetésekben való részvétel. Szemben a konferencián való „passzív hallgató” részvétellel, a műhelybeszélgetés aktivitást kíván a résztvevőktől is. A közlések kölcsönösek: a beszélgetést vezető és a beszélgetés résztvevői közötti kommunikáció szakmai vitákat indukál, véleménycserék történnek. Ez a munkaforma valódi részvételt követel meg minden jelenlévőtől, így nő a témában való érdekeltségük is.

A dolgozók jelentős hányada kevés gyakorlattal rendelkezik e téren, amit azonban valamennyi intézményben fejleszteni szükséges a további együttműködések gördülékenysége érdekében. Erre egy alternatíva a műhelybeszélgetéseken való részvétel.

Egyéb programok

Egyéb programok alatt azok a szakmai összejövetelek értendők, amelyek nem kifejezetten képzési célzatúak, de mindenképpen szakmai kapcsolatok kialakítását, fenntartását és mélyítését célozzák.

Ilyen programok lehetnek az ellátottak számára szervezett rendezvények, találkozók (Pl.: Ki-Mit-Tud? vetélkedő, Generációk találkozói, stb.), ahol a közös cél érdekében a szervezeti kereteken túlmutatóan szerveződött teamek dolgoznak.

Fontosak az úgynevezett „csendes napok”, amikor arra teremtünk lehetőséget, hogy a dolgozói kör visszavonulhasson kötetlen beszélgetésre, esetlegesen külső szakember bevonásával. Lehetőség kínálkozik a napi gondok nyugodt körülmények között történő átbeszélésére, feltöltődésre. A kliens-mentes, zavartalan beszélgetés során a kollégák megnyílnak, őszintén beszélhetnek gondoljaikról, nehézségeikről. A munkahelyi csapat összetartozását erősíti, ha ezeket a napokat egy kötetlen esti programmal tudjuk zárni, ahol a szórakozás a fő cél. A teljes dolgozói kör ilyen módon történő belső képzése veti fel leginkább a helyettesítés kérdését, hiszen igazán hatékony akkor lehet, ha az adott feladatot ellátó valamennyi dolgozó részese lehet. A tartós bentlakásos ellátási forma esetében megoldást jelenthet, ha több részleg található az intézményben, és a másik részlegen dolgozó kollégák helyettesítik a távollévőket.

6. 2.1.2 Szakmai és módszertani tapasztalatcserék

A tapasztalatcserék külön egységet képviselnek a szttenderdek között. Szervezésük lehet egyedi, de szerepel akkreditált képzés is tanulmányút formájában. Kapcsolatrendszeren alapul.

A tapasztalatcserék számos változatban megszervezhetők. Helyük szerint lehetnek:

- belföldi,
- külföldi tapasztalatcserék.

Mindemellett lehetnek az intézmény jellege szerint:

- azonos szervezeti struktúrában vagy eltérő szervezeti struktúrában működő intézményben,
- fenntartó típusa szerint különböző vagy megegyező,
- ellátotti kör vonatkozásában speciális igényű csoportokra vonatkozó vagy átlagos ellátást biztosító,
- ellátás időtartama szerint tartós vagy átmeneti elhelyezést biztosító,
- szociális vagy egészségügyi ellátást nyújtó, (hospice)
- vegyes profilú (szociális, egészségügyi, oktató együttesen)
- kórházi geriátriai osztály

Az intézménylátogatásoknak már jelentős hagyománya van a szociális ellátások rendszerében.

Jó technikaként alkalmazható új intézmény, vagy már meglévő intézmény bentlakásos idősellátással történő bővítése esetén, amelyre vonatkozóan az intézmény még nem rendelkezik tapasztalatokkal. Ebben az esetben praktikus ötleteket, tapasztalatokat tudhatunk meg az épület kialakítására, berendezésére, színek, tárgyak használatára vonatkozóan. Segíthet a szakmai feladatok struktúrájának létrehozásában.

A már kialakult kapcsolatok ápolása szempontjából is fontos, hiszen az egymástól tanulás lehetőségét rejtí magában.

Külön kiemelendő jelentőségű a speciális ellátási szükségletekre adandó válaszok szempontjából:

- Szociális ellátás területén olyan intézményeket célszerű megkeresni, ahol tudjuk, hogy az adott ellátotti kör nagyobb számban van jelen, ezért az intézmény kiemelt feladatának tekinti ellátásuk magas színvonalú biztosítását. Ilyen terület a demens idősök ellátása, fogyatékossgal élő, pszichiátriai, illetve szenvedélybeteg idősök ellátása. Az utóbbi esetekben nemcsak az idősellátás intézményeiből meríthetünk ötleteket, hanem a szociális ellátás adott célcsoport számára biztosított ellátásaiból is. (fogyatékossgal élők, pszichiátriai betegek, szenvedélybeteg emberek ellátása)
- Egészségügyi ellátórendszer intézményeinek látogatása – hospice ellátás, geriátriai osztály esetén.

A tapasztalatcserék során nem csupán az intézménylátogatások lehetnek építő jellegűek, hanem azok az alkalmak, amelyek a szakemberek találkozásának kínálnak teret – a már említett műhelybeszélgetéseken túl. Az együttes és egymástól tanulás folyamata a tapasztalatcserén keresztül valósul meg, gyakorlati helyzetekkel illusztrálva annak sikerességét, vagy éppen nehézségeit. A tapasztalatcserék során figyelemmel kell lenni arra, hogy a résztvevői kör mennyiben tudja egymást hatékonyan segíteni, az egymás számára közvetített tudás mennyiben hasznosul.

Mindezek mellett a külföldi tapasztalatok sem elhanyagolhatók. Minden intézmény számára ajánlasként fogalmazható meg tapasztalatcsere megvalósítása a lehetőségeikhez mérten.

Az idősellátás nemzetközi tapasztalatainak megismerésével innovációk adaptálására nyílnak lehetőségek. Összehasonlíthatunk technikákat, ellátási szükségleteket, szakmai felkészültséget, intézményt. Fontos azonban, hogy ezeket az összehasonlításokat ne csupán egyetlen elem vonatkozásában, hanem komplex módon tegyük meg, hiszen így válnak érthetővé az ellátás szegmensei és a rendszer egésze. Egyetlen momentum kiragadása könnyen téves következtetésekhez vezethet, ami az adaptációt is gátolja.

Az adaptáció alatt nem a megtapasztalt módszer változtatás nélküli átvételét kell értenünk. Az adaptáció azt jelenti, hogy az adott környezetben, ellátási struktúrában kell megfelelő módon alkalmaznunk a látottakat. Ha nem így járunk el, a várt eredmény elmarad, vagy csak részleges lesz.

Az is előfordulhat, hogy a tapasztaltaknak csak egy részét kívánjuk átültetni saját gyakorlatunkba. Ebben az esetben is komplexen kell vizsgálnunk a módszert, hiszen lehet, hogy az általunk tetszetősnek talált rész önmagában nem hoz eredményt.

A tapasztalatcserék során a célintézmény helye meghatározó jelentőségű. A külföldi tapasztalatcserék általában módszertani tárházunk bővítésére szolgálnak, illetve annak megismerésére, hogy más országokban miként működik az idősellátás rendszere. Ebből következik az is, hogy a tapasztalatcsere alkalmak nem csupán intézménylátogatásból állnak, hanem a háttér információk megismeréséből (jogszabályok, szakmai szabályok, finanszírozás, működtetés, stb.). Az ellátotti kör szükségleteinek megismerése is éppoly fontos célkitűzés.

A külföldi tanulmányutak alapot szolgáltathatnak egy folyamatosan fenntartható kapcsolatnak, amely során nemzetközi kitekintésünk lehet az idősellátás gyakorlatára.

7. 2.1.3 Szakmai szervezetekben való részvétel

A szakmai szervezetekben való részvétel a szakmai feladatot ellátók oldaláról több síkon is szerepet játszik:

- szakmai érdekvédelem, érdekképviselő
- szociális, egészségügyi szakmaképviselő (országos, regionális, helyi szervezetek)
- bentlakásos idősellátást biztosító intézmények szervezete

A szervezetekben tagok lehetnek az intézmények, illetve a feladatot ellátó szakemberek önálló tagként. Az intézmények esetében éppoly fontos a szervezeti tagság, mint az egyének esetében. A közös álláspont kialakítása, a szakmai elvárásának megfogalmazása sokkal nagyobb súllyal történhet meg ily módon.

8. 2.1.4 Más együttműködő szervezetekkel való kapcsolat

Kiemelt jelentősége van az együttműködési kör bővítésének, hiszen amennyiben az idősellátáson belül már kialakult egyfajta szakmai kapcsolatrendszer, kommunikációs háló,

akkor az ellátás hatékonysága és hatásossága a kapcsolódó szervezetekkel való közös munkával, együttműködéssel növelhető. Azok a területek, amelyek a szociális ellátórendszer kompetenciájában már nem, vagy kevésbé hatékonyan láthatók el, külső közreműködők bevonásával tartalmasabbá, a szükségletekre megfelelőbb válaszokat adókká válnak.

Az együttműködés lehetséges színterei közül valamennyi intézmény számára kötelező érvényű kapcsolatrendszert fenntartani:

- A szociális ellátás egyéb szolgáltatásait (nem időskorúak bentlakásos ellátása) biztosítókkal elsődlegesen a szolgáltatások egymásra épülése érdekében. Esetenként szerepet játszik a krízishelyzet elhárításában. A különböző ellátási csoportokra irányuló kapcsolatrendszer pedig a témaspecifikus ismereteket bővíti gyakorlati megközelítésből.
- A bentlakásos idősellátás egyik kiemelt problémája a megnövekedett gondozási szükségletek kielégítése. A jogszabályi előírásokból fakadó kötelezettség, amelynek értelmében napi 4 órát meghaladó gondozási szükséglettel rendelkező idősök ellátása van mód, egyenes következménye az a tény, hogy az otthonokban, gondozóházakban lakó idősöket multimorbiditás jellemzi, betegségeik jellemzően krónikusak és súlyosak, az esetek többségében egészségügyi szakellátást igényelnek. A szakellátáshoz való jutás biztosítása intézményi kötelezettség, amely többféle módon is megszervezhető.

A szakellátás biztosítása történhet egészségügyi intézményben, de a szociális intézményben is. Az egészségügyi intézményben történő szakellátás esetén a hozzáférés megszervezése jelenti a feladatot. Fontos szempont, hogy az intézmény orvosa mely esetekben dönt a szakellátás igénybevétele mellett, és a rendelőbe, kórházba jutás módját minként határozza meg. Nyilvánvalóan vannak olyan állapotok, amikor csak a mentővel, betegszállítóval történő szállítás történhet, mivel csak fekvő helyzetben szállítható az idős ember. A betegszállítás szervezése során figyelemmel kell lenni az intézményből történő el- és visszaszállítás időpontjára, amelynek a szakrendelés időpontjához igazítottnak kell lenni. Fontos a jó kapcsolat a szakellátást nyújtókkal és a betegszállítást végzőkkel. A kölcsönös tájékoztatás segíti az időssel való kommunikációt. A megfelelő iratkezelés, pontos információ közlés alapot ad a szociális intézmény ápolási, gondozási feladataihoz. A betegszállítókkal történő együttműködés során rövidülhet a várakozási idő, nagyobb odafigyelést kap az idős ember, a bánásmód az egyéni szükségleteknek megfelelően alakul.

A szakellátáshoz juttatás egyik fő problémája a hosszú várakozási idő, ami próbára teszi az idős ember türelmét, sokszor fizikai erőnlétét is. Kritérium a megfelelő felkészítés ezekre a helyzetekre, szükség szerint váltóruhával, élelem csomaggal, itallal történő ellátása.

A jelenlegi személyi feltételek nem teszik lehetővé kísérő biztosítását a szakorvosi rendelésekre. A betegkísérés azonban fontos feladat az idős emberek biztonságérzete, felügyelet szempontjából, valamint a szakszeméllyel történő direkt kommunikációra is lehetőséget ad. Alternatíva lehet megfelelő felkészültségű önkéntesek bevonása a feladat ellátásába. A személyes találkozások hiányában megfelelő a telefonos, e-mailes kapcsolattartás is, amely azonnali visszacsatolást tesz lehetővé a beteg állapotára vonatkozóan.

Együttműködés szükséges az egészségügy területén egyéb feladatokat ellátó szakemberekkel is.

- házi orvosok: receptfelírás, szükség esetén orvosi ellátás
 - szakápolói szolgálat: az idős emberek bentlakásos otthonaiban élők számára szakápolói szolgáltatás igénybevétele
 - rehabilitációs szakember: mozgás rehabilitációs feladatok ellátása
 - ÁNTSZ, egyéb szakhatóságok
 - gazdasági szereplők
- Forrásteremtés és hatékony felhasználás szempontjából fontos a rendszeres, konzultatív jellegű kapcsolat fenntartása.
- fenntartók, ellátási területen működő önkormányzatok
 - esélyegyenlőség, érdekképviselet szervei (ellátott jogi képviselő, ...)
 - államigazgatás szereplői

Mindenképpen ajánlatos az idős emberek bentlakásos ellátását biztosító intézmények kapcsolatrendszerében szerepeltetni:

- oktatási – nevelési intézmények
- Az együttműködési színterek között fontos elvárás a generációk közötti kapcsolatok ápolása, társadalmi tudatformálás. Az idős emberek elmagányosodása általánosan jellemző társadalmi jelenség, igaz ez a bentlakásos ellátást nyújtó szolgáltatásokra. Az idős embereknek nemcsak kortársi közösségre van szüksége, hanem a különböző generációkkal való kapcsolatok fenntartására, ami mentálisan megerősíti őket. Ennek érdekében kapcsolat kiépítése szükséges a fiatalok számára fenntartott intézményekkel az oktatás, szociális ellátás területén egyaránt. Egymás elfogadása, megértése, a tolerancia szint emelése mindkét generáció számára kiemelt feladat.

Az oktatással való kapcsolatban fontos a szociális szakemberek képzését végző intézményekkel való szoros munkakapcsolat, amely során megrendelőként jelenik meg az intézmény a képzőnél.

- civil szervezetek
- A civil szervezetek a forrásokhoz jutásban is hasznos segítségünkre lehetnek, és az önkéntesek biztosításában is.

- média
Nyilvánosság biztosításában van kiemelkedő szerepe, ami hozzájárul a forrásfelkutatás sikeréhez, a lakossági tájékoztatáshoz, az intézmény menedzselésének fontos része.
- rendőrség, igazságszolgáltatás
Egy-egy konkrét esethez kapcsolódóan fordul elő a gyakorlatban.
-

Az együttműködés során a különböző együttműködő partnerek közti megállapodások alapot kell szolgáltatassanak a kölcsönösségen alapuló kapcsolatok kiépítésére és fenntartására.

1.62.2 Előnyök, akadályozó, nehezítő tényezők, feltételek elemzése, a sztenderd alkalmazásának személyi és tárgyi feltételei

9. 2.2.1 Előnyök

Az együttműködési rendszer kiépítése és működtetése mellett számos érv szól, amelyek összességében abba az irányba mutatnak, hogy általuk a szakemberek munkája könnyebbé válhat.

Költséghatékony módszer, mivel mindenki a felkészültségének, szakmai tudásának megfelelő feladatot végzi a rendelkezésére álló tárgyi feltételekkel. Nem igényel többlet energia befektetést a napi rutin során, hiszen a szakmai kompetenciákon belül történik a szolgáltatás egység biztosítása. A szolgáltatások egymásra épülését elősegíti, hiszen az intézményekben dolgozók valamennyien tudják, hogy adott problémával mely szolgáltatóhoz kell fordulniuk, kitől milyen visszacsatolást várnak, illetve milyen információt továbbítanak. A tudatos tervezéssel, jó szervezéssel csökkenthetők a költségek, sikeres forrásfelhasználás érhető el.

A részfeladatokat ellátó szakemberek jobban tudják koncentrálni tudásukat az adott feladatra, nagyobb eséllyel szereznek speciális ismereteket e téren.

Kommunikációs hálózatok alakulnak ki, amelyek az információáramlást gyorsítják, pontosabbá teszik. Vélhetően kevesebb torzulás alakul ki ezáltal a rendszerben. Minden szereplő számára világos, hogy mely esetekben kell beavatkozni és melyek esetekben tölt be jelző funkciót. Konstruktívabb megoldások létrejöttét segíti, a hatékony stábmunka motiváltabbá teszi a közreműködőket. A különböző tudások összeadódnak, gyakorlatiasabb alternatíva kerülhet elfogadásra, amelyben csökken a kockázati faktorok szerepe. Az alapos átgondolás, szakmai viták következményeként eredményesebb, tartósabb szolgáltatás elemek

kerülnek kialakításra. A szakemberek oldaláról közelítve az együttműködés feloldja a merev szakmai kereteket, csökkenti a szakmák közti hierarchiát és feszültséget.

A jól működő kapcsolatrendszer színteret kínál arra is, hogy a munkatársi kör a hosszú ideje megoldatlan problémáit kibeszélje. Sok esetben a tapasztalatcserék során a ventilláció is segítséget jelent, megnyugvást ad, és egyben indítást a továbblépéshez – a kiégés megelőzésében fontos szerepet tölt be.

Összességében a szolgáltatást igénybevevők magasabb minőségű ellátáshoz jutnak, amiben az időzítések is megfelelőbbek, növeli az elégedettségüket.

10. 2.2.2 Akadályok, nehezítő tényezők

Az együttműködések sikerességéhez mindenképpen számolnunk kell azokkal a tényezőkkel, amelyek akadályozzák nehezítik kialakítását, fenntartását.

A szakemberek jelentős hányada nincs tisztában a saját szakmájából eredő kompetenciáival, illetve az intézményi kompetenciákkal. Ebből számos zavar támad, ami konfliktusok forrása és fenntartója, elmélyítője, aminek legnagyobb vesztese az ellátást igénybevevő. Ezekből a szituációkból alakulnak ki azok a verseny helyzetek, amelyek már nem javítanak a szolgáltatás minőségén – éppen ellenkezőleg, jelentős mértékben rombolják azt.

Az idők bentlakásos ellátásában a szociális ellátások közül legintenzívebben érzékelhető az egészségügyi hierarchia hatása. A hierarchia jellegéből adódóan alapvető ellentéte a partnerségen alapuló együttműködésnek. Utasításos viszonyrendszer, ahol néha a visszacsatolás elveszik, a kommunikáció egyirányúvá válik. Ezeknek a hierarchikus működési rendeknek a megváltoztatása hosszú folyamat, szemléletbeli változást követel, akadályként van jelen a rendszerszintű együttműködés kialakításában.

Nehézséget jelent még az együttműködő partnerek gyakorlatában tapasztalható eltérő vezetési stílus, szakmai nyelvezet és értékrend. Ezek tisztázására, és adott esetben összehangolására feltétlenül szükség van.

Az együttműködési rendszerekben mindig fontos a felelősség kérdése. Hátrányként jelenhet meg, hogy a kölcsönösségen alapuló rendszerek nagyobb teret engednek a felelősség áthárításának, ami viszont már a munka rovására történik. Más döntések születnek, ha a szakemberek a felelősség súlyát érezve hozzák meg azokat, nincsenek kibúvási lehetőségeik. Ugyanakkor egy jól működő rendszerben definiálhatók a felelősségi szintek, és együttes felelősségvállalás esetén előnyösebb döntések születhetnek.

Bizonyos helyzetekben az együttműködési rendszer – előnyeivel ellentétben – épp nehezíti a tervezést, mivel nem mindig egyértelműek a tevékenység távlatai. A partnerek különböző képzési tapasztalatai a rossz vagy gyenge koordináció esetén gyengíthetik egymást nehezítve a megértést, együttgondolkodást és kommunikációt.

Hosszútávon – jól működő együttműködésekben – hatékony időfelhasználást jelent, de kialakítása, fejlesztése során időigényes tevékenység. Mivel több szereplő részvételéről van szó, az értékelés is nehezkesebb (Ki értékeli? Milyen szempontok szerint? Hogy rangsorol? A különböző értékelők véleményei miként összegződnek?).

Az értékelés elválaszthatatlan része az önértékelés, amely egyben a szakmaiságot is jelentheti (képes vagyok saját magamat mérni és értékelni). Ez esetben azonban számolnunk kell azzal, hogy nem minden munkatárs tud egyenértékűen önértékelést végezni – átgondolandó, hogy a készségeinek fejlesztése e téren milyen teendőket kíván.

11. 2.2.3 Feltételek

Ahhoz, hogy az együttműködések megfelelő módon, partnerségben valósuljanak meg, alapvető feltétel egymás tisztelete, megbecsülése.

Elsődleges elvárás a szakemberektől, hogy tisztában legyenek szakmai kompetenciáikkal. Fontos azonban azt is megjegyezni, hogy a szakképesítésükkel szerzett kompetenciák ismerete önmagában nem elegendő, hanem az intézmény adta lehetőségekkel párhuzamban kell meghatározni. Vezetői felelősség, hogy az intézményi kompetenciák valamennyi dolgozó számára világosak legyenek, ezen belül pedig a különböző munkakörökhöz tartozó kompetencia szintek egyértelműen definiáltak legyenek.

Szükséges a felelősségi szintek egyértelmű meghatározása, ami nem ad lehetőséget az egyes szereplőknek arra, hogy áthárítsák a saját kompetenciájukat érintő döntések felelősségét.

Az együttműködések rendszere holisztikus szemléletet követel meg, ami az idők bentlakásos ellátásában dolgozóktól nem idegen.

12. 2.2.4 Személyi feltételek

A személyi feltételek során fontos, hogy a szakmai tevékenység ellátásához szükséges dolgozói létszám biztosított legyen.

A dolgozók képesítése, szakmai felkészültsége legyen összhangban az általuk ellátandó feladatokkal.

Legyen lehetőségük a dolgozóknak arra, hogy szakmai ismereteiket, tudásukat folyamatosan frissíthessék, karbantarthassák.

Legyen lehetőségük arra, hogy az együttműködéshez szükséges készségeiket fejleszthessék – kommunikáció, konfliktuskezelés, stb.

13. 2.2.5 Tárgyi feltételek

Az együttműködések rendszerének kiépítése és fenntartása nem igényel különleges tárgyi feltételek.

Helyiség vonatkozásában az intézmények bármely helyisége megfelelő, amely méreteiben alkalmas a partnerek összejöveteleinek megtartására.

A kommunikációs infrastruktúra kiépítése szükséges – internet használatával az elektronikus úton történő kommunikáció lehetővé teszi a gyors és hatékony írásos információcserét.

1.72.3 A sztenderd alkalmazására vonatkozó javaslatok

A sztenderd alkalmazása az idősellátást biztosító intézmények számára kivétel nélkül fontos. Az együttműködő partnerek meghatározása, az együttműködés módja, mélysége az adott ellátási terület jellemzői alapján kell, hogy történjen. Egy intenzívebben kiépült szolgáltatás rendszerben több szerepelős, szélesebb körű együttműködésekben szükséges gondolkodni, ahol az együttműködő partnerek között már olyan szereplők is vannak, akik nem csupán az alapvető szolgáltatáselemeket nyújtják, hanem magasabb minőséget, komfortosabb ellátást eredményez részvételük.

Az együttműködési rendszer valamennyi partner döntési jogosultsággal rendelkező munkatársának részvételével alakítható ki. A személyes találkozás a kialakítás folyamatának elengedhetetlen része, amely során megismerhetik egymás tevékenységi körét, az adott ügyre vonatkozó kompetenciáit. Ennek eredményeként létrejön egy megállapodás, amely történhet írásban és szóban is. Az írásos megállapodás célszerűsége mellett szól, hogy a későbbiekben könnyebben kontrollálható, értékelhető a folyamat.

A vezetők számára lényeges, hogy hitelesen, minden részletre kitérve tájékoztassák a dolgozóikat a partnerek közti megállapodásokról. Az együttműködés elvárásként kell, hogy megfogalmazódjon, és minden dolgozónak be kell tartani az erre vonatkozó elvárásokat.

A kiépített rendszer működtetése azonban csak folyamatos kontrollal tartható fenn, ahol a kölcsönös visszacsatolásnak van hangsúlyos szerepe. Valamennyi dolgozó véleménye meghatározó, nem lehet esetleges, személyfüggő az együttműködés minősége és mértéke. Az értékelési folyamatnak ki kell terjedni a kommunikáció módjára, gyakoriságára és tartalmára. Mindezt a szolgáltatást igénybevevő szempontjából kell értékelni, hiszen a végső cél az ő szükségleteinek még jobb kielégítése. Az értékelési folyamat során szükségessé válhatnak változások, amelyek megtétele után folytatható tovább a munka.

A már hosszabb ideje működő rendszerek fenntartása esetén is szükséges az időszakos kontroll, a külső tényezők változásának nyomon követése, szükség szerinti ennek megfelelő korrekciók végrehajtása.

1.82.4 Kimeneti elvárások, és az azokhoz csatlakozó kritériumok

A sztenderd alkalmazása során elvárás, hogy az intézmények dolgozói megfelelő számú és minőségű képzéseken vegyenek részt. A képzéseken meghatározott időszakonként vegyenek részt a dolgozók, rendszerességgel. A minőség meghatározásában a vezetői felelősség jelenik meg. Ahhoz, hogy megfelelő módon tervezhetővé váljanak a képzések a munkafolyamatok ellenőrzése, elemzése, értékelés szükséges, amelyek során definiálhatók a problématerületek, illetve azok a területek, ahol hiányosságok mutatkoznak. A kiválasztott konferenciáknak, műhelybeszélgetéseknek és a tervezett tapasztalatcseréknek a kapott eredményekkel összhangban kell állniuk.

Az rendszerszintű együttműködés során elvárás, hogy a fenti elemzési folyamatok kitérjenek a munkafolyamatok értékelésére abban a tekintetben, hogy az adott munkakörben dolgozó kolléga a képesítésének és munkakörének megfelelő feladatot látja-e el. A munkakör kialakítása adekvát módon történik-e az adott munkakörre elvárt képesítési előírásoknak. Emellett kiemelten vizsgálendő, hogy az intézmény valóban csak azokat a feladatokat látja-e el, amelyek kompetenciájába tartoznak. Amennyiben túlnyúlik kompetencia határain, mely más szolgáltatók bevonására nyílik lehetősége. Másrészt viszont azt is vizsgálni szükséges, hogy az együttműködő partnerek nem végeznek-e olyan feladatokat, amely az intézmény kompetenciájába tartozik.

1.92.5 A kritériumok teljesülésének indikátorai és monitoring lehetőségei

Az együttműködési rendszer kiépítését és fenntartását segítő képzések (konferenciák, műhelybeszélgetések, tapasztalatcserék) monitorozása során javasolt indikátorok:

- képzéseket megelőző elemző értékelések megléte, tartalma
- képzésen résztvevők száma
- képzésen résztvevő dolgozók részvételi gyakorisága, intenzitása
- a különböző típusú képzések száma, relevanciája a feltárt hiányosságokkal, problémákkal
- szakmai szervezeti tagság – egyéni tagok száma, intézmény hány szervezet tagja

A rendszerszintű együttműködés mutatószámai lehetnek:

- együttműködő partnerek száma
- együttműködési megállapodások száma
- szolgáltatást igénybevevők elégedettsége

- dolgozók leterheltsége (túlmunkaórák száma, dolgozói megbetegedések száma és időtartama)
- időfelhasználás (az adott tevékenységekre fordított idő)

3. Mellékletek

1.10 3.1 A szabályozó anyagban felhasznált fogalmak jegyzéke és meghatározása

Akkreditálás	Annak hivatalos elismerése, hogy valamely szolgáltató szervezet vagy intézmény felkészült bizonyos tevékenységek (vizsgálat, tanúsítás, ellenőrzés) meghatározott feltételek szerinti végzésére.
Állami fenntartó	A közigazgatási szerv, a helyi önkormányzat, a helyi önkormányzatok társulása, a helyi kisebbségi önkormányzat és az egyéb állami szerv.
Ápolás	Ápolási, gondozási eljárások összessége, feladata az egészségi állapot javítása, az egészség megőrzése és helyreállítása, a beteg állapotának stabilizálása, a betegségek megelőzése, a szenvedések enyhítése, a beteg emberi méltóságának megőrzésével, környezetének az ápolási feladatokra történő felkészítésével és bevonásával.
Ápolást, gondozást nyújtó intézmény	A szociális ellátáson belül (szakokosított ellátás) az idősek otthona, a pszichiátriai betegek, a szenvedélybetegek, a fogyatékos személyek, valamint a hajléktalanok otthona.
Ápoló	Kórházakban, járóbeteg-rendeléseken, szociális és ápolási otthonokban, a mentőellátásban, a házi betegellátás során a diagnosztikai és terápiás eljárásokban közreműködő személy.
Bentlakásos szociális intézmény	Az otthonukban nem gondoítható, életkoruk, egészségi állapotuk és szociális helyzetük miatt rászorulókat ellátását végző szociális intézmény.
Célcsoport	Az állampolgárok azon csoportjai, akik potenciálisan vagy valóságosan igénybe veszik az adott szociális/gyermekvédelmi szolgáltatást, illetve akikre az adott szolgáltatás irányul. A célcsoport megnevezése (igénybevevő, felhasználó, stb.) figyelemmel van az emberi méltóságra, illetve a célcsoport és a szolgáltatást végzők közötti partneri viszonyra.

Csoport	Valamilyen összetartó erő mentén szerveződő egyének összessége.
Csoportdinamika	Emberek viselkedése, szerepei, kommunikációja csoportban.
Demencia (demens)	A demencia olyan betegségeknek a tüneteire utal, amelyek az egyén állapotának a progresszív hanyatlását okozzák. Arra utal, hogy az egyén elveszti emlékezőtehetségét, értelmét, társadalmi jártasságát, valamint azt, amit normális érzelmi reakciónak tekintünk.
Egészségmegőrzés	<p>Magába foglalja az egészségi állapot jobbítására, a betegségek elsődleges és másodlagos megelőzésére irányuló tevékenységeket.</p> <p>Egészség helyreállítása a gyógyító és rehabilitációs tevékenységek összessége.</p>
Egészségügyi ellátás	A beteg adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi szolgáltatások összessége.
Egyházi fenntartó	A magyarországi székhelyű egyházi jogi személy.
Ellátási terület	Az a település, megye, régió vagy az ország teljes területe, ahonnan a szociális szolgáltató, illetve intézmény ellátási igényeket fogad.
Együttműködés	<p><i>Egyének</i> részéről a kiválasztott közös cél (célrendszer) elérésére irányuló egyeztetett, megosztott feladatteljesítés; az <i>intézmények</i> oldaláról a hatáskörök összekapcsolása.</p> <p>Az együttműködés akkor és csakis akkor lehet eredményes, ha a résztvevők, különálló szervezetek, szociális intézmények vagy alrendszerek kooperatív erőfeszítése (a kölcsönhatás révén) hatékonyabb eredményre vezet, mint azon kimenetek összege, amelyeket egymástól függetlenül működve érnének el, amihez azonban az igénybevevők saját közreműködése is szükséges. (A szociális munka az együttműködésnek ezt az eredményes formáját nevezi <i>szinergizmusnak</i>.)</p> <p>Az együttműködés <i>szociálpszichológiai értelemben</i>: interakciós alapforma, ami azt jelenti, hogy a felek olyan közös célt kívánnak elérni, mely mindegyikük számára fontos, de egymás nélkül nem tudják elérni. Vagyis pozitív kölcsönös függést jelent egy fölérendelt cél érdekében.</p>
Együttműködés típusai	<ol style="list-style-type: none">1. A szolgáltatást igénybevevő közreműködése a szociális/gyermekvédelmi szolgáltatás nyújtása során.2. Szakemberek közötti3. Szakmaközi4. Ágazatközi

Életminőség		Kérdőíves felmérés során meghatározott 0 és 1 közé eső mutatószám, amely kifejezi a szolgáltatást igénybevevő véleményét saját általános közérzetéről, szociális, fizikai, pszichológiai és intellektuális funkcióiról.
Eljárások értékelése		Az adott eljárás biztonságának, hatásosságának és hatékonyságának, költség/eredményesség, költség/haszon és költség/előny viszonyainak, minőségének, társadalmi, jogi és etikai vonatkozásainak értékelése.
Eredmény, (outcome)	kimenet	A szolgáltatást igénybevevő jelenlegi és/vagy jövőbeli bio-pszichoszociális állapotában bekövetkező változás, amely a szociális/gyermekvédelmi tevékenységeknek, szolgáltatásoknak tulajdonítható, illetve azok következménye.
Eredményesség (hatásosság)		<p>A minőség egyik legfontosabb komponense. A szolgáltatás szokásos körülményei között elért eredmények a szolgáltatás igénybevevő bio-pszichoszociális állapotában.</p> <p>A napi gyakorlat során az adott körülmények között elért eredmény a lehetséges célok függvényében.</p>
Esetmunka		Az esetmunka olyan szociális munka, amely az egyén életébe való beavatkozás, tanácsadás, szolgáltatás révén. Az esetmunka tervszerű, tudatos, viszonylag hosszabb időtartamú <i>folyamat, amelynek célja</i> jobbitani a felhasználók alkalmazkodását a szociális környezetbe, fejleszteni megküzdő, problémakezelő és az önsegítő képességeiket, valamint a szükségletek kielégítése, problémák kezelése.
Esetlezárás		Az adatok azon összegzése, amely tartalmazza a szolgáltatás igénybevételének okát, a végrehajtott eljárásokat, az igénybevevő bio-pszichoszociális állapotát, és bármilyen, az egyénnek vagy hozzátartozóinak adott speciális tanácsot (pl. utánkövetés, stb.).
Fenntartó (általános)		Olyan a szervezet vagy magánszemély, aki/amely a jogszabályban meghatározott feltételek szerint, működési engedély alapján gondoskodik a szolgáltató tevékenység biztosításához szükséges feltételekről. A fenntartó nem feltétlenül azonos a működtetővel.
Folyamat		Tevékenységek sorozata, amelyek bemeneteket (forrásokat) alakítanak át kimenetekké.
Folyamatos minőségfejlesztés		Olyan minőségfejlesztési tevékenység, melynek során a teljes rendszer fejlesztése a cél, kiemelten a minőségi problémák

	megelőzése a problémás, vagy a potenciálisan problémás folyamatok azonosítása, tökéletesítése és új minőségelemek bevezetése.
Gondozás	Az a tevékenység, amely az igénybevevő fizikai, lelki és szellemi szükségleteinek kielégítését célozza az egyén életminőségének fenntartása, illetve javítása céljából.
Hatásosság	Kétféle körülmény esetén szokás értelmezni: hatásosság ideális körülmények között, ezt nevezzük általában hatásosságnak, és hatásosság szokásos körülmények között, ezt nevezzük általában eredményességnak/„ideális” körülmények között elért hatás.
Hatékonyság	A szociális/gyermekvédelmi tevékenységek eredményessége a felhasznált erőforrások függvényében (az elért eredmény és a ráfordítások viszonya). Másként: a kimenet (szolgáltatási eredmény) és a bemenet (a szolgáltatás nyújtásához felhasznált források) viszonya. Növekvő hatékonyság ugyanazon kimenet mellett kevesebb forrást jelent, vagy több kimenetet ugyanannyi forrás mellett
Igény	Az egyén azon készsége és/vagy képessége, hogy keresi, használja és bizonyos körülmények között fizeti a szociális/gyermekvédelmi szolgáltatást. Az igény függ a társadalmi/anyagi helyzettől, iskolai végzettségtől, kulturális környezettől, stb.
Indikátor	<ol style="list-style-type: none">1. Az ellátás során előforduló események mennyiségi mérőszáma, amely felhasználható a szolgáltatás minőségének, és a szociális és gyermekvédelmi szolgáltató rendszer mérésére és értékelésére. Az indikátor nem ad közvetlen választ a lehetséges problémákra, hanem felhívja a figyelmet azon területekre, ahol a tapasztalt eltérések okainak feltárása, további részletes elemzések elvégzése válik szükségessé.2. Viszonyszám, amely az idő függvényében jelzi egy folyamat teljesítményének vagy egy kimenet elérésének helyzetét vagy irányát.3. Egy mérhető változó (vagy jellemző), amit arra használnak, hogy meghatározzák, mennyire sikerül a standardnak megfelelni, vagy a minőségi célt elérni.
Kihasználtság menedzsment	Források tervezése, szervezése, irányítása és ellenőrzése. Kapcsolata az egészségügyi szolgáltató szervezet által nyújtott ellátással jelentős.
Kockázat menedzsment	A szakmai és menedzsment tevékenység annak behatárolására, hogy értékeljék és csökkentsék az ártalmak kockázatát. Ez a kockázat vonatkozhat az igénybevevőkre, személyzetre, látogatókra és magára

a szolgáltató szervezetre.

Kompetencia

A munkavégzéshez szükséges ismeretek, készségek és képességek összességének birtoklása és adekvát alkalmazása.

Konzultáció

Párbeszédben megvalósuló tanulási folyamat, kapcsolat, amelynek résztvevői a problémái megoldására segítséget kereső „elakadt” ember, és a segítséget nyújtó konzultáns. A konzultáció folyamán a segítséget igénylő ember megtanulhatja, hogy hogyan hozzon döntéseket, hogyan formálja viselkedését, érzéseit, gondolkodását. A konzultációs kapcsolatban mind a segítő készségei, mind az általa kialakított atmoszféra segíti a szolgáltatást igénybe vevőt abban, hogy megtanuljon önmagával és másokkal olyan viszonyt kialakítani, amely segíti személyes fejlődését, és életminősége javulását.

Közvetett célcsoport:

A célcsoport azon része, amelyre a segítő beavatkozás hatást gyakorol, anélkül, hogy az rá irányulna.

Közvetlen célcsoport:

A célcsoport azon része, amelyre a segítő beavatkozás irányul.

Kritérium

A termék vagy szolgáltatás elvárt, vagy megkívánt minőségét kifejező, mérhető megnyilvánulás, amely kifejezi, hogy egy tevékenység hogyan valósul meg.

Küldetési nyilatkozat, misszió

Írott megnyilvánulás, amelyben közlésezzik a szolgáltató szervezet céljait vagy annak egyik összetevőjét. Küldetési nyilatkozat létrehozását rendszerint megelőzi a célok és feladatok kialakítása.

**Kvalifikált egyén
(megfelelően képzett egyén)**

Egyén, aki részt vehet egy vagy több ellátási tevékenységben vagy szolgáltatásban. A kvalifikációt a következők határozták meg: iskolai végzettség, képzettség, tapasztalat, kompetencia, alkalmazható engedélyek, törvények és szabályozók, regisztrálás vagy bizonyítvány.

Megfelelőség

A szociális/gyermekvédelmi ellátás megfelelő, ha a szolgáltatás következményeként várható javulás olyan mértékben meghaladja a várható negatív következményeket, hogy a beavatkozást érdemes elvégezni szemben azzal, hogy nem végzik, vagy más beavatkozást végeznek.

Minimumfeltételek - szakmai

Az ágazati miniszterek által meghatározott azon követelmények összessége, amelyek az egészségügyi szolgáltatás, szociális intézményi ellátás teljesítése során a betegek, az ellátást nyújtó személyzet és a környezet biztonsága szempontjából elengedhetetlenek.

Minőség	Objektív: meg kell felelni bizonyos előírásoknak (standardok), szubjektív: igénybevevők elvárásainak való megfelelés. A szociális ellátás valamely formája, illetve gyermekvédelmi szolgáltatás minősége olyan értékítélet, amely a bio-pszicho-szociális állapot megőrzésében, helyreállításában és fenntartásában a résztvevők által kinyilvánított, elvárható igények megvalósulásának mértékét fejezi ki.
Minőségellenőrzés	A szakmai standardoktól vagy a standardok rendszerétől, a protokolloktól, irányelvektől való eltérés ellenőrzése.
Minőségfejlesztés	Célja a minőségi problémák megelőzése a problémás, vagy a potenciálisan problémás folyamatok azonosításával, tökéletesítésével.
Minőségirányítási rendszer	Amennyiben nem csupán egy-egy technológiára, egy-egy szolgáltatásra terjed ki a minőségbiztosítás, hanem a tevékenység egészére.
Minőségjavítás	A standardok magasabb szintre emelése és e magasabb szinten történő teljesítésük. A minőség javítása ebben az esetben is a minőségbiztosítás logikája szerint történik: hibakeresés, visszacsatolás és korrekció.
Monitorozás	Rendszeres információ áttekintés, monitorozás célja, hogy valamely helyzet változása felismerésre kerüljön.
Motiváció	Indíték, késztetés. Valamilyen cselekvésre indító, késztető pszichés folyamat vagy állapot, amelynek hátterében korábbi tapasztalatok, élmények, belső szükségletek, stb. állnak.
Multidiszciplináris	Különböző képzettségű szakemberek, szakterületek vagy szolgáltatási területek együttese.
Munkahelyi képzés	A munkahelyen vagy másutt a fenntartó /működtető/munkáltató által szervezett (esetenként finanszírozott) oktatási tevékenység, amelynek célja, hogy növelje, illetve kialakítsa a munkavállalók munkakörük ellátásához szükséges készségeit.
Prevenció	Veszélyeztető helyzetek, feltételek, állapotok, krízisek kialakulásának megelőzése, kialakulásuk kezelése, megszüntetése.
Preventív szolgáltatások	Beavatkozás a bio-pszicho-szociális állapot támogatására, az állapotromlás megelőzésére, lassítására annak érdekében, hogy a további szolgáltatások igénybevétele elkerülhetővé váljon, vagy

későbbi időpontra tolódják.

Ez lehet a kockázati tényezők behatárolása és a rájuk vonatkozó tanácsadás, a szolgáltatás iránti igényt célzó szűrés, a hátrány-, a szükséglet-, és/vagy probléma hosszú távú hatásainak csökkentése, illetve mérséklése.

Protokoll

A helyi gyakorlatot leíró, azaz az aktuálisan végzett meghatározott szociális/gyermekvédelmi szolgáltatás, beavatkozás, esetmenedzsment elvégzéséhez szükséges események és tevékenységek rendszerezett listája, a módszertani levelek és szakmai irányelvek ajánlásainak figyelembevételével.

A protokoll elkészítésének célja a szolgáltatási folyamatok megismerése és áttekinthetővé tétele és ezen keresztül a folyamatok, az ellátás minőségének fejlesztése.

Rendszer együttműködés

A szociális/gyermekvédelmi szolgáltatást végző intézmény és más elsősorban egészségügyi, pedagógiai, munkaerő-piaci szolgáltató, stb. közötti szakmai kapcsolat annak érdekében, hogy az igénybevevő hatékony és hatásos segítségben részesüljön problémája megoldása során.

Standard

Szakmai irányelv. Fajtái:

határérték (benchmark): a belső folyamatok vagy a szakterület legjobb külső eredményei alapján meghatározott teljesítendő elvárás.

küszöbérték (threshold): Valamely minőségi indikátor előre meghatározott teljesítendő szintje. Ha az értéket a szolgáltató nem tudja teljesíteni, további elemzés válik szükségessé az okok feltárására.

előíró (prescriptive): Azt határozza meg, milyen mértékű változást kell elérni a jelenleg mért eredményekhez képest.

akkreditációs, tanúsítási (accreditation): Elvárások gyűjteménye az igények, kiválóság vagy képesség foka vagy szintje szerint a minőségre vagy teljesítményre vonatkozóan.

engedélyezési (regulatory): Szolgáltatási követelmények, melyek kifejezik az eljárás-politika, berendezés és kapacitás azon minimális szintjét, mely az engedélyezés eléréséhez szükséges.

Standard magyarázata

Egy standard értelmének, jelentésének és jelentőségének rövid magyarázata. A standard magyarázata részletes elvárásokat fogalmazhat a helyszíni audit értékelési szempontjaira vonatkozóan.

Standard-alapú értékelés	Értékelési folyamat, amely meghatározza egy szociális/gyermekvédelmi szolgáltató szervezet vagy ellátó megfelelőségét az előre lefektetett elvárásokhoz képest.
Standardok elvárt jellemzői	(MÉRET /angolul RUMBA/ szabály): mérhető (measurable), érthető (understandable), releváns (relevant), elfogadható (behavioural) és teljesíthető (elérhető) (achievable).
Standard-rendszer	Elvárás-rendszer, amelyet előzetesen határoz meg egy kompetens hatóság (minisztérium). A standardok egy szociális/gyermekvédelmi szolgáltató szervezet vagy az egyén teljesítményének elfogadható szintjét írják le, kapcsolódva a helyi struktúrához, valamely folyamat végrehajtásához, vagy mérhető kimenetek teljesítéséhez.
Struktúra	A szociális/gyermekvédelmi rendszer tárgyi, emberi és szellemi erőforrásai, beleértve a gazdasági feltételeket, menedzsmentet, épületeket, eszközöket, műszereket, az információs rendszert, a megfelelően képzett szakembereket és kisegítő személyzetet.
SWOT analízis	(Strengths - erősségek, Weaknesses - gyengeségek, Opportunities - lehetőségek, Threats - veszélyek): a stratégiai döntések megalapozását célzó elemzési eljárás, melynek során a belső környezet erősségeinek és gyengeségeinek feltárásával, illetve a külső környezetben rejlő lehetőségek, és veszélyek megismerésével elérhető jövőkép kialakítása válhat lehetővé.
Szakmai program	A gyógyintézetek működési rendjéről, illetve szakmai vezetők testületéről szóló 43/2003. (VII. 29.) ESzCsM rendelet 6/A §-ában az egészségügyi szolgáltatások tervszerű és minőségi fejlesztésére előírt, a fenntartó által elfogadott terv.
Szervezeti ábra	A szociális/gyermekvédelmi szolgáltató szervezet belső kapcsolatrendszerének grafikus megjelenítése
Szociális intézmény	Az 1993. évi III. törvényben meghatározott nappali, illetve bentlakásos ellátást nyújtó intézmény, illetve szervezet.
Szupervízió	A tapasztalati tanulás módszere, melynek során a segítő szakember, a szupervízor segítségével feldolgozza a számára stresszt okozó, a személyes és szakmai szerep összeegyeztetését veszélyeztető munkatapasztalatokat, fenntartja személyes tudatosságát és gyarapítja szakmai tudását, ezáltal a szupervízió megakadályozza a kiégést.
Szükséglet felmérés	<ol style="list-style-type: none">1. Az igénybevevő igényeinek, problémáinak megismerése a hatékony és hatásos szolgáltatás érdekében.2. Az a tevékenység, melynek során a szolgáltató felméri az illetékességi körén belül élő célcsoport nagyságát, speciális ismérveit

és igényeit.

Szükségletek	A bio-pszicho-szociális állapotból eredő, szociális/gyermekvédelmi beavatkozást igénylő, illetve a beavatkozással pozitív irányba befolyásolható problémák. A szükséglet felismert, ha a szociális/gyermekvédelmi ellátás számára ismert. Nem felismert vagy rejtett abban az esetben, ha az egyén ellátásra szorulna, de nem fordul szociális/gyermekvédelmi szolgáltatóhoz, mert nem akar, vagy nem ismeri fel problémáját.
Tanulmány	Általában egy időszak során végzett alapos, kutató, kipróbált, szisztematikus felmérés.
Tájékoztatás	Információnyújtás a szolgáltatást igénybevevő számára a szolgáltatás igénybevételének módjáról és feltételeiről, illetve a számára adekvát és elérhető egyéb szolgáltatásokról, intézményekről.
Vezetők	Egyének, akik elvárásokat fogalmaznak meg, terveket fejlesztenek, és eljárásokat vezetnek be, hogy értékeljék és fejlesszék egy szervezet tulajdonosi irányítását, menedzsmentjét, valamint szolgáltató és támogató funkcióit és folyamatait. Vezetők a tulajdonosok, az irányító testület tagjai, a legfőbb végrehajtó ügyvezető, és más menedzserek, teamvezetők, különböző csoport- és osztályvezetők, stb.

1.11 3.2 A szolgáltatás szempontjából releváns jogszabályok jegyzéke

- 1992. évi XXII. törvény A Munkatörvénykönyvről
- 1992. évi XXXIII. törvény A közalkalmazottak jogállásáról a szociális, valamint a gyermekjóléti és gyermekvédelmi ágazatban történő végrehajtásáról szóló 257/2000.(XII.26.) Korm. rendelet
- Módosítás: 313/2002. (XII.29.) Korm. rend. Magyar Közlöny 2002/166. szám
- 1992. évi LXIII. törvény A személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról
- 1993. évi III. törvény A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról

- Jelentős módosításai: 1999. évi LXXIII. törvény, 2001. évi LXXIX törvény, 2003. évi IV. törvény. (MK 2003/14. szám)
- 1993. évi XCIII. törvény A munkavédelemről
- 1993. évi LXXVI. törvény A szakképzésről
- 5/1993.(XII.26.) MüM rendelet A munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény egyes rendelkezéseinek végrehajtásáról
- 29/1993. (II. 17.) Korm. rendelet A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások térítési díjáról
- Legutóbbi módosítás 312/2002 (XII.29.) Korm. rend.; Magyar Közlöny 2002/166.szám
- 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról
- 1998. évi LXXXIV. Törvény A családok támogatásáról szóló (Magyar Közlöny 1998/117. szám)
- 9/1999.(XI.24.) SzCsM rendelet A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételeiről
- Módosította: 6/2002. (IV.5.) SzCSM rendelet, Magyar Közlöny 2002/43. szám
- 188/1999. (XII.16.) Korm. rendelet. A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmény és falugondnoki szolgálat működésének engedélyezéséről, továbbá a szociális vállalkozás engedélyezéséről szóló
- Legutóbbi módosítás 311/2002 (XII.29.) Korm. rend.; Magyar Közlöny 2002/166.szám
- 1/2000.(I.7.) SZCSM rendelet A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatiról és működésük feltételeiről
- Legutóbbi módosítás 6/2003. (II.26) ESZCSM rendelet, MK 2003/27. szám)
- 8/2000. (VIII.4.) SzCsM rendelet A személyes gondoskodást végző személyek adatainak működési nyilvántartásáról
- Legutóbbi módosítás: 16/2003. (IV. 9.) ESZCSM rendelet; Magyar Közlöny 2003/35. szám
- 9/2000.(VIII.4.) SZCSM rendelet A személyes gondoskodást végző személyek továbbképzéséről és a szociális szakvizsgáról
- Legutóbbi módosítás: 16/2003. (IV. 9.) ESZCSM rendelet; Magyar Közlöny 2003/35. szám
- 11/2000. (X.18.) SzCsM rendelet A fogyatékos személyek otthonában élő és a rehabilitációs intézményben elhelyezett személyek állapotának felülvizsgálatáról
- Módosította: 6/2002. (IV.5.) SzCSM rendelet, Magyar Közlöny 2002/43. szám
- 257/2000.(XII.26.) Korm. rendelet A közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992. évi XXXIII. törvénynek a szociális, valamint a gyermekjóléti és gyermekvédelmi ágazatban történő végrehajtásáról
- 2001. évi CI. törvény A felnőttképzésről
- 2002. évi LXII. törvény a Magyar Köztársaság 2003. évi költségvetéséről (Magyar Közlöny 2002/163. szám)

- 1138/2002. (VIII.9.) Korm. határozat az Idősügyi Tanács működéséről és a működésével összefüggő kérdésekről
- 211/2003.(XII.10.) Korm. rendelet Az Országos Szociálpolitikai Szakértői Névjegyzékről szóló (Magyar Közlöny 2003.évi 141.szám)
- 69/2004.(VIII.5.) ESZCSM rendelet Az egészségügyi, szociális és családügyi miniszter hatáskörébe tartozó szociális szakképesítések megszerzésére irányuló szalmi vizsga szervezésére feljogosított intézményekről
- 81/2004.(IX.18.) ESZCSM rendelet Az egyes szociális szolgáltatásokat végzők képzéséről és vizsgakövetelményeiről
- 81/2004.(IX.18.) ESZCSM rendelet Az egyes szociális szolgáltatásokat végzők képzéséről és vizsgakövetelményeiről
- 2005. évi CXXXIX. törvény A felsőoktatásról
- 15/2006.(IV.3.) OM rendelet Az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről
- 292/2006.(XII.23.) Korm. rendelet A Nemzeti Szakképzési és Felnőttképzési Intézettről
- 15/2008.(VIII.13.) SZMM rendelet A szociális és munkaügyi miniszter hatáskörébe tartozó szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményeiről
- 213/2009.(IX.29.) Korm. rendelet Az egyházi és nem állami fenntartású szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatók normatív állami támogatásáról
- A Szociális Munka Etikai Kódexe
- *Global Standard for Social Work Education and Training*

1.12 3.3 A területen releváns alapvető szakirodalom jegyzéke

- A Szociális Munka Etikai Kódexe
- A szociális munkás-képzés globális alapelvei. Magyarországi Szociális Szakembereket Képző Iskolák és Oktatók Egyesülete (Iskolaszövetség) 2006.
- Bagdy Emőke – Wiesner Erzsébet szerk.: Szupervízió egyén – csoport – szervezet Supervisio Hungarica Sorozat IV. kötet Print-X-Budavár Kiadó Budapest, 2005.
- Bárdos Ildikó – Kerekes László – Pál Gabriella – Tárnokiné Törő Krisztina: DEK – Dolgozói/munkatársi jogok, egészségvédelem, kockázatkezelés standard (munkaanyag) Szociális és gyermekvédelmi szabályozók. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet Budapest, 2007.
- Budai István: Szociális tudás – kompetenciák – képzés és a sztenderdek kidolgozása Kapocs
- Göncz Kinga: Szupervízió az egészségügyi és szociális ellátásban Szupervízió II. évfolyam 2004/1. szám 5-9 old.
- Hervainé Dr. Szabó Gyöngyvér: A kompetencia alapú szociális munkás képzési program kialakítása a Kodolányi János Főiskolán Kézirat

- Hervainé Dr. Szabó Gyöngyvér: A szociális munka világa a 21. században Kézirat
- Krémer Balázs: A szociális szolgáltatások modernizációja - közpolitikai trendek, elvek, irányok Kapocs
- Kozma Judit: A szociális szolgáltatások modernizációjának kérdései a szociális munka nézőpontjából Kapocs 2007. különszám
- Kozma Judit – Mester Dániel: A szociális szolgáltatások szakmai szabályozó rendszerének kidolgozását célzó munka eredményeiről és soron következő feladatairól Kapocs VII. évfolyam 3. szám
- Nemes Judit: A többszintű szociális képzés kialakításának lehetőségei Iskolaszövetség Konferencia 2005. előadás anyaga http://3sz.hu/sites/default/files/uploaded/a_tobbszintu_szocialis_kepzes_kialakitasanak_lehetosegei_nemes_judit_eloadasa.ppt letöltés, 2010. április 25.
- Németh László: Szupervízió a gyermekjóléti szolgálatokban Gyermekjóléti Szolgálatok I. Országos Konferenciája 2007. Előadás
- Török Iván: A szupervízió, mint a szociális munka minőségbiztosítása Szupervízió II-évfolyam 2004/1. 10 – 18. old.

1.13 3.4 A már létező módszertani segédletek jegyzéke és elérhetőségi helye

1.14 3.5 Hazai és nemzetközi tapasztalatok, legfrissebb tudományos eredmények irodalmi áttekintése

A bentlakásos idősellátás hazai helyzetét figyelembe véve jellemző, hogy az intézmények meglehetősen eltérő feltételek mellett működnek. Ez nemcsak a finanszírozásukat, az épületek adottságait tekintve igaz, hanem az intézmény elhelyezkedése – elszigetelt vagy sem –, a dolgozók szakmai felkészültsége, továbbképzési lehetőségeik, szakmai kapcsolataik kiépítésére és fenntartására szolgáló lehetőségek is jelentős különbségeket mutatnak. Az együttműködések, továbbképzések lehetőségét azonban mindettől függetlenül lehetővé kell tenni valamennyi intézmény számára.

A nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy a az Európai Unió tagállamai közül a skandináv országok és az Egyesült Királyság azok, amelyek gyakorlati tapasztalatokkal rendelkeznek az együttműködések terén. A szociális és egészségügyi ellátások közti kooperáció még náluk sem tekint vissza komoly múltra, e téren inkább csak jó kezdeményezések vannak. Az együttműködési rendszerek kialakítását és fenntartását azonban nem lehet pusztán jó érzékkel, racionalitással működtetni, ehhez szükségesek a tanult szakmai módszerek. Követendő gyakorlat lehet számunkra is az említett országok oktatási rendszerébe épített együttműködésre való felkészítés, ami az „együttes tanulástól az együttes munkáig” jelmonddal jellemezhető leginkább. A szociális és egészségügyi professziókat tanuló diákok

már a felsőoktatási folyamatban közösen vesznek részt kurzusokon, amelyek során nem pusztán passzív ismeretet elsajátítás történik, hanem közös feladatmegoldásokat hajtanak végre. A team-munka gyakorlatok során megismerik egymás felkészültségét, képet kapnak kompetenciáikról, valamint megtapasztalhatják az együttes munka előnyeit és kockázatait. Ez utóbbiakra felkészülten hatékonyabban tudnak más szakmák képviselővel együtt dolgozni.

A gyakorlati tapasztalatok összegyűjtésére és elméleti tudástár összeállítására számos több országra kiterjedő projekt valósult meg, amelyek szakmai anyagai jól hasznosíthatók a napi tevékenység során is (TEMPUS, Leonardo da Vinci EIPEN és EIPEN Plus, stb.) A programok szakmai anyagai elsősorban az oktatáshoz, felkészítéshez kívánnak segítséget nyújtani, de akad köztük olyan is, amely a szakemberek jó gyakorlatait, mintegy példatár kínál fel a szakma képviselői számára.