



A BEKÖLTÖZÉSI KRÍZIS

**Szakmai útmutató
az idősök otthonába történő beköltözés
kihívásainak kezeléséhez**

2024. év



Készítette:

**Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület
Közép-Magyarországi Régiója**

**Budapesti Szociális Szakmatámogatási Hálózat
(BUSZSZH) Időotthonok munkacsoportja**

A kiadvány a Belügyminisztérium és a Slachta Margit
Nemzeti Szociálpolitikai Intézet támogatásával jelent meg.



TARTALOMJEGYZÉK

Bevezetés

5

I. A kapcsolatfelvétel fontossága intézményi elhelyezéskor

7

I.1. Az intézményről szóló tájékoztatás megjelenési formái

7

I.2. Az első kapcsolatfelvétel az érdeklődő ellátottal

7

I.3. Az első kapcsolatfelvétel az ellátást kérő személy családjával

8

I.4. Az első személyes találkozás, az intézmény bemutatása

9

I.5. A kérelem befogadása utáni feladatok

10

I.6. Miként támogathatjuk az intézményi elhelyezésre várakozás ideje alatt az ellátottat és családját az alapellátásban?

11

II. Beköltözés az intézménybe

14

II.1. Tárgyi feltételek

14

II.2. A személyi feltételek fontossága a beköltözés előkészítésénél, beköltözésnél

19

III. Az idősek otthonába beköltözési krízis mentálhigiénés megközelítése

22

III.1. Krízis

22

III.2. Krízis kialakulása idősotthoni elhelyezés esetén

22

III.3. Az intézménybe történő bekerülés lelki folyamata

23

III.4. Mentálhigiénés szükségletek az idősotthoni beköltözést követő első három hónapban

24

III.5. A beköltözési krízist befolyásoló tényezők

25

III.6. Hozzártartozók támogatása a beköltözést követően

27

IV. Idősek otthonába beköltözés utáni időszak gondozási-ápolási feladata

30

IV.1. Alapápolás-gondozás

30

IV.2. Segítségnyújtás

31

IV.3. Gondozás

31

IV.4. Szükségletek

32

IV.5. Az inkontinencia-termékek alkalmazásának protokollja

34

IV.6. Mire kell figyelniünk a beköltözés első időszakában?

36

V. Az egyéni gondozási terv kidolgozása, szakmaisága az idősek otthonában

38

V.1. Az egyéni gondozási tervről általánosságban

38

V.2. Gondozási anamnézis

39

V.3. Egyéni gondozási terv

40

V.4. Gondozási lap

41

V.5. Életútinterjú

41

V.6. Egyéni gondozási terv értékelése

43

VI. Összegzés

44

Mellékletek

43

A szakmai ajánlás tartalmát megalapozó, alapvető jogszabályok

62

Felhasznált források

63

Készítették:

Balog Józsefné	szakterületi vezető
Benedek Henriette	intézményvezető
Csumán-Lechner Alexandra	intézményvezető
Dr. Bujdosóné Spóner Mónika	intézményvezető
Hajdú Mónika	intézményvezető
Irányiné Kurucz Zsuzsanna	vezetőgondozó
Kecskés Katalin	intézményvezető
Kolhmann-né Erdélyi Gyöngyvér	terápiás munkatárs
Koltai Fruzsina	szociális munkatárs
Mátics Katalin	intézményvezető
Szabó Judit Ágnes	szociológus
Tyroler Beatrix	terápiás munkatárs

Szerkesztette:

Balog Józsefné	szakterületi vezető
----------------	---------------------

Szakmailag lektorálta:

Csoó Lászlóné	szociálpolitikai szakértő
Tóth Teodóra	szociális referens
Sziklai István	szociálpolitikus

Korrektúrázta:

Király Eszter	kommunikációs munkatárs
---------------	-------------------------

ISBN: 978-615-6322-31-9

ISBN: 978-615-6322-32-6 (PDF)

Bevezetés

A Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület Közép-Magyarországi Régiója által fenntartott tartós bentlakást nyújtó intézmények szakemberei és a Budapesti Szociális Szakmatámogatási Hálózat (BUSZSZH) idősellátás szakemberei szakmai ajánlás révén kívánnak – elsősorban tapasztalati tudásuk, szakmai gyakorlatuk alapján – segítséget nyújtani az idősek otthonai és gondozóházai szociális intézményeknek, az ellátottak intézményi beköltözési folyamatát kísérő kihívások kezelésére, megoldására.

A Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület a „Területi szakmatámogatási rendszer létrehozása, szakmatámogatási feladatok ellátása – 2021” (TSZR2021) pályázat keretében a Belügyminisztériumtól és a Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézettől nyerte el kinevezését a szakmatámogatási hálózat fővárosi működtetésére 2024. év végéig. Jelen kiadvány a szakmatámogatási hálózatban végzett munkának része. Örömről szolgál, hogy szakmai napjainkon – a fővárosi idősothonok munkatársaival – közösen gondolkodhatunk az idősothonba költöző emberek élethelyzetéről, minőségi ellátásáról.

A szakmai ajánlás célja, hogy az ellátott, a család és az intézmény között kialakuló kapcsolatrendszerben, az intézményi elhelyezést eredményező folyamatban és az intézményi jogviszony első három hónapjában felmerülő, felszínre kerülő szakmai dilemmákra keressen válaszokat, megoldásokat. Ez az ajánlás segítséget kíván nyújtani az intézmények számára a feladatok számbavételéhez, a nehézségek mielőbbi felismeréséhez, a jó megoldások megtalálásához.

A kérelem befogadása és az intézménybe történő beköltözés közötti – sok esetben hónapokban mérhető – időszak nagyon fontos életszakasz az ellátást kérő és a családja számára egyaránt. A családtagok támogatásán túl, a szociális alapszolgáltatásoknak kiemelkedő szerepe van az intézményi életre történő felkészülésben, melynek fontosságáról is írunk jelen segédletünkben.

A beköltözés első hetei – kisebb-nagyobb mértékben – **krízisfolyamatot indítanak el mind az intézménybe költöző lakónál, mind a családtagoknál**, de érinti az intézményt is, a bent élő lakókat és dolgozókat egyaránt. Ennek a folyamatnak több oldalú, kiemelten **mentálhigiénés szempontú megközelítését** igyekszünk szakmai ajánlásunkban körüljárni.

A mentálhigiénés feladatok mellett hangsúlyos az **alappolás-gondozás folyamatának tervezése**, az új lakó szükségleteit kielégítő szolgáltatásnyújtás beillesztése a már működő „intézményi gépezetbe”, melynek szakmai megközelítése olvasható **írásunkban**.

Ismert tény a szakemberhiány a szociális szektorban, melynek következménye a sok esetben túlterhelt ápolókkal és gondozókkal megvalósított segítségnyújtás. A humánerőforrás szűkössége miatt nagyon előrelátó módon kell megszervezni a szakemberek mindennapos tevékenységét. A szociális intézmények működési célja minden körülmény között az igénybevevők emberi méltóságát megőrző szolgáltatásnyújtás kialakítása, fenntartása és az egyéni szükségletek teljes körű kielégítése.

Ajánlásunkban hangsúlyosan jelenítjük meg, hogy az intézményi jogviszony létesítésének következményeként sok esetben a szorongó – kiemelten a demenciával élő – idős ember fiziológiás szükséglete megváltozik. Ezeknek a változásoknak az okát elsősorban nem az élettani-kóreltani folyamatokban kell keresni, az ok sokkal inkább a beköltözéssel járó pszichés terhelés, az ismeretlentől való félelem, a megváltozott környezet által generált mentális változások között keresendő.

Mindennek prevenciójához kiemelten fontos az **egyénre szabott gondozási terv kidolgozása** az első hetekben, a szakmai team által. A professzionális egyéni gondozási terv a meglévő szükségletekre adott személyközpontú szakmai válaszainkat határozza meg, ezért a terv a beköltözési krízis minimalizálásának és mielőbbi feldolgozásának egyik fontos eszköze.

Az elmúlt években nagy előrelépés történt az idősellátás, kiemelten a demenciával élő idősök gondozása-ápolása területén. Számos jó kezdeményezés van, mint például az önszolgáltató csoportok, az Alzheimer Café, ahol a demenciával érintett személyek és családtagjaik osztják meg egymással tapasztalataikat, a DIÓ (demencia információs órák), számtalan kutatás, tanulmány, online oldalak stb. születtek.

Ugyanakkor a **beköltözési krízis komplex folyamatáról szakirodalom** – mentálhigiénés, ápolási-gondozási megközelítéssel – tudomásunk szerint **nem áll a szakma rendelkezésére.**

Ezt a hiátust igyekszünk pótolni jelen szakmai ajánlásunkkal.

Munkánk vezérfonala:

„Úgy bánjatok az emberekkel, ahogy akarjátok, hogy veletek is bánjanak.” (Lukács evangéliuma 6,31)

Balog Józsefné
MMSZ–KMR szakterületi vezető
BUSZSZH munkacsoport-vezető



I. A kapcsolatfelvétel fontossága intézményi elhelyezéskor

Az intézményi elhelyezéssel kapcsolatos döntés mind az ellátást kérő, mind a családtagok – amennyiben vannak – életében egy nagyon fontos döntés, mely **életfordulót jelentő esemény**, hiszen az ellátást kérő az élete hátralévő szakaszát abban az otthonban fogja tölteni, melyet kiválaszt. Ez a döntés sok esetben kihívást jelentő lelki teher a beköltöző ellátott és családja számára egyaránt, ezért is igyekszünk jelen szakmai segédlettel iránymutatást adni a beköltözési krízis hatékony feldolgozásához, a kockázatok minimalizálásával.

I.1. Az intézményről szóló tájékoztatás megjelenési formái

Az első benyomás minden kapcsolatban nagyon fontos, ezért nem mindegy, hogy az intézményről szóló információk milyen formában érhetőek el az érdeklődők számára akár a világhálón, akár személyesen. Ezt az intézmény szakmai programjában is ki kell dolgozni.¹ Az információs társadalom mai világában a **weboldal** megjelenés fontos, szükséges. Javasolt a honlapon az intézményi kapcsolattartók nevét, elérhetőségét közzétenni az intézmény bemutatása, küldetésének megfogalmazása mellett, és ajánlott a kérelem benyújtásához szükséges dokumentumok letöltését is lehetővé tenni. Kiemelten fontos, hogy a weboldalon olyan telefonszám, elérhetőség legyen megadva, amelyen az érdeklődők ténylegesen információt kapnak, és biztosan felveszik a telefont az intézmény munkatársai.

Fontos, hogy az intézményről és az ott folyó életről is legyenek életképek, esetleg rövid videó az adatvédelem betartása mellett, továbbá az intézményben fizetendő személyi térítési díj, esetleges belépési díj, az elhelyezés tárgyi feltételeinek lehetőségei (apartman, egy- vagy többágyas lakószobák), házaspárok fogadásának lehetősége, milyen nemű személyek ellátását vállalja az intézmény (csak nő, csak férfi, vegyesen) is fontosak a döntés meghozatalában. Figyeljünk arra, hogy ezek az írott információk könnyen értelmezhetőek, akadálymentesen is hozzáférhetőek legyenek.

Egyre több idős jól alkalmazza a világhálón található lehetőségeket, de nem mindenki, így készüljön az intézményről **egy színes, egyszerű, ugyanakkor informatív szórólap** is, amit bárki kézbe vehet és hazavihet, aki az intézményi élet felől érdeklődik.

Fontos, hogy legyen **elektronikus levelezési címe** az intézménynek, ahol kérdéseiket megfogalmazva választ kaphatnak az ellátást kérők és családtagjaik, valamint **telefonos elérhetőség is legyen megadva** – ajánlott, hogy megjelölt napokkal és időintervallummal –, amikor a telefonhívást fogadni tudja az intézményben erre a feladatra **kijelölt munkatárs, aki naprakész, jól felkészült az információátadás területén, empátikus és jól kommunikál az érdeklődőkkel.**

I.2. Az első kapcsolatfelvétel az érdeklődő ellátottal

Az első kapcsolatfelvétel különböző módokon történhet. Érdeklődhet az ellátást kérő, de amennyiben egészségi állapota nem teszi ezt lehetővé pl. stroke utáni állapot, demencia stb., a családtagja vagy egészségügyi szakember (házi orvos, kezelő orvos, védőnő) és szociális szakemberek (házi segítségnyújtás, nappali ellátás munkatársai, családsegítő munkatárs stb.).

Az az idős ember, aki jó mentális képességekkel rendelkezik, aki kész felmérni és mérlegelni a jelent és a jövőt, az képes önmaga döntést hozni és megkeresni az intézményt. Ebben az esetben is többször családtaggal érkezik az intézménybe az ellátást kérő személy.

¹ 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről (a továbbiakban: Szakmai rendelet) 5/A.§ (1) bek. e) pontja

Tapasztalatunk szerint az idős személyektől vagy családtagoktól, szakemberektől érkező megkeresés leggyakrabban **telefonon és e-mail** útján érkezik az intézmény felé. Ezt követi a **személyes megkeresés**, amit célszerű előre egyeztetett időpontban megvalósítani. A személyes találkozó lehetőségét biztosít az érdeklődőknek, hogy megnézzék az intézményt, az elhelyezés körülményeit, benyomásokat szerezzenek az intézmény hangulatáról, az ott folyó tevékenységekről és személyes tapasztalatuk alapján fogalmazzák meg kérdéseiket.

Az adott intézmény kiválasztásának többféle indoka lehet az ellátott részéről:

1. Ismeri a megkeresett intézményt, az elhelyezés körülményeit, hallott róla, élt már az intézményben ismerőse, családtagja, s ezért esett az intézményre a választás, van kapcsolódási pontja.
2. Nem ismeri közvetlenül az intézményt, de szeretne tájékozódni az elhelyezés körülményeiről, lehetőségeiről, mert a lakóhely közelében található és szeretne a környéken maradni, meglévő kapcsolati hálóját a külvilággal fenntartani.
3. Nem ismeri az intézményt, meglévő otthonától távol van, de családjához közel, s szeretné a családdal való kapcsolattartást megkönnyíteni azáltal, hogy hozzájuk közelebb költözik.

I.3. Az első kapcsolatfelvétel az ellátást kérő személy családjával

Gyakran az ellátásra szoruló idős édesanya, édesapa mindennapi gondozását, ápolását már nem tudja vállalni a család, mert teljes felügyeletet igényel a szeretett szülő. A családtagok legtöbb esetben aktív munkaerőpiaci státusz mellett végzik hozzátartozójuk ápolását-gondozását, vagy távol élnek a gondozásra szoruló szülőtől.

Az idős személy kielégítetlen fizikai, egészségügyi, mentális és spirituális szükségletein túl fokozott nehézséget okoz a gondozó családtagok számára a kisebb-nagyobb mértékű kognitív hanyatlással járó problémák kezelése. A demenciával élő idős ember ellátása egy véget nem érő feladatnak tűnik a családok életében. Sokszor egy-egy hozzátartozó egyedül marad ezzel a „teherrel”, nő a család túlterhelődése, s egyfajta csapdábaesettség-érzés alakul ki. Gyakori, hogy megfogalmazzák a hozzátartozók az életvitelük és aktivitásuk területén megélt beszűkülést, ezzel párhuzamosan a stressztényezők is megjelennek/erősödnek életükben a demenciával élő idős emberrel végzett gondozási feladatok hatására. Az alapellátás, mint **házi segítségnyújtás, nappali ellátás csak korlátozott időtartamban tudja támogatni a rászorulókat**, azért e szolgáltatások igénybevétele mellett szükség van a természetes támogató környezet bevonására is. A **demencia előrehaladtával már állandó felügyeletet igényel az érintett idős személy**, ha ezt a támogatási szükségletet a természetes támogató környezet és a szociális alapszolgáltatások együttes igénybevétele nem tudja kielégíteni, akkor jön el az a pillanat, hogy a családtagok az intézményi elhelyezést fontolóra veszik.

Néhány gyakran elhangzott mondat az ellátást kérő családtagoktól:

- ✓ „Meg kellett hozni a döntést, sokat vergődtünk rajta. Elkezdtünk most helyeket keresni, hozzánk közeli intézményt, ahol megőrizheti a méltóságát édesanyám/édesapám. Lelkiismeret-furdalást érzek, amiért nem tudjuk megoldani az ellátását.”
- ✓ „Most, így utólag visszagondolva, édesapámnál a demencia tünetei körülbelül négy éve kezdtek megjelenni. Most már segítséget kérünk! A húgommal döntöttünk az intézményi elhelyezés mellett. Eddig próbálkoztunk, hogy mi majd megoldjuk, csak közben lassan azt vettük észre, hogy nekünk már nincs saját életünk. Semmi másról nem szól az életünk, csak édesapánk ellátásáról, felügyeletéről. Mai napig csak erről beszélünk a testvéremmel, ki mit tapasztal, ki mit csinált meg, mi nem történt meg a nap folyamán. Igyekeztünk megtenni mindent, ami tőlünk telhető, de nem bírjuk tovább.”

✓ „Elkezdttem félni... örökké nézem az órát, amikor dolgozom, hogy mikor telefonál a gondozó, mit talál otthon... Nagyon rossz érzés, hogy reggel, mikor eljövök otthonról, rá kell zárnom az ajtót édesanyámra, de csak így tudok nyugodtan munkába indulni, különben elkóborol. Ez a félelem addig tart, amíg haza nem érek, s nem látom azt, hogy rendben van, megvan. Ez nagyon kimerítő!”

A gondozás okozta teher, a depresszió, a gondozó családtag megromlott saját egészségi állapota és meggyengült társas kapcsolatai abba az irányba hatnak sok esetben, hogy a demenciával élő személy intézményi ellátásba kerül.

Az intézmény megkeresésének okai az ellátott hozzátartozói részéről:

1. A családok, a hozzátartozók meghozták azt a döntést, miszerint nem tudják tovább ellátni az idős, gondozásra szoruló és/vagy demenciával élő személyt. Ez a feladat már meghaladja a képességeiket, lehetőségeiket, erőforrásaikat.
2. Olyan fokú fizikai ellátást, ápolást igényel már az idős ember, melyet nem tudnak elvégezni a laikus családtagok, továbbá a szociális alapszolgáltatások és az egészségügyi alapellátás igénybevétele sem jelent megoldást a felmerülő szükségletek kielégítésére.
3. Hirtelen került az idős ember olyan élethelyzetbe, akutan lép fel az egészségi állapot romlása, melyre nem tudott felkészülni a család.

I.4. Az első személyes találkozás, az intézmény bemutatása

Az intézménnyel való kapcsolatfelvételt követően történik az első személyes találkozás. Javasolt az intézmény megtekintését előre egyeztetni, amikor az intézményt bemutató munkatárs teljes figyelmével jelen tud lenni a találkozáskor, hogy választ adjon arra a sok kérdésre, dilemmára, ami felmerül az ellátást kérő ellátottban és családtagjaiban egyaránt.

Az intézmény részéről fontos, hogy a kijelölt szakember, szakemberek **kellő mennyiségű és minőségű tájékoztatást, s egyben hiteles képet mutassanak az intézményi ellátásról**, annak tartalmáról. Az első személyes találkozáskor megfogalmazott s feltett kérdések mindenki számára nagyon fontosak. A hozzátartozó családtagoknak is meghatározó az első személyes találkozás. Ki kell mondaniuk, mi az ok, milyen volt az az út, ami idáig vezetett, s mit is szeretnének és várnak el az intézménytől, miben kérnek segítséget. Demenciával élő idős emberrel érkező család sok esetben egy ilyen találkozás alkalmával szembesül azzal, hogy nincs egyedül problémájával, ismerik a betegséget a szakemberek, sok embert érint a demencia tünetegyüttese, nincsenek egyedül ezzel a betegséggel, élethelyzettel.

Az intézmény részéről javasolható, hogy az első találkozás alkalmával jelen legyen az intézmény részéről:

- vezetőápoló,
- terápiás/szociális munkatárs,
- intézményvezető (lehetőség szerint).

Elvárások az első személyes találkozás alkalmával

- Az ellátást kérelmező idős ember, a hozzátartozók pontos, átfogó és teljes körű tájékoztatást kapjanak az intézmény által biztosított szolgáltatások köréről, az igénybevételei feltételekről, a felvételi kritériumokról és a felvételi folyamatról. A fizetendő térítési díjról, házirendről, megállapodás tartalmáról, esetleges belépési díj fizetés feltételeiről, szabályairól.
- Az elhelyezés körülményeit, közösségi tereket, lakószobákat, felszereltséget kell, hogy lássák a hozzátartozók, valamint az ellátást igénylő személy egyaránt. Az idős ember számára megkönnyíti a döntést az intézményi elhelyezéssel kapcsolatban, ha látja, több vele egykorú személy él

az intézményben, mit csinálnak, milyen programok vannak. Sokak számára fontos, hogy eddigi vallásos életüket tudják-e folytatni? Van-e kápolna, imaterem, látogatja-e az intézményt lelkigondozó, lelkipásztor, van-e szentmise, istentisztelet stb.

- Az intézmény által nyújtott információk naprakészek, aktuálisak és hitelesek legyenek.
- A jelentkezéshez, nyilvántartáshoz szükséges nyomtatványok kitöltésében az idős ember és a hozzátartozó családtagok is egyaránt kapjanak segítséget.
- Nagyon fontos, hogy személyre szabott legyen a tájékoztatás, a demenciával élő idős ember esetében úgynevezett „**demensbarát tájékoztatás**” álljon a fókuszban. Szólítsuk őt néven, elsőként kérdezzük meg őt, vagy családját, hogyan szereti használni a nevét, hogy szólítsuk, hogy számára kedves és ismert legyen. Bátorítsuk, hogy tegye fel kérdéseit.
- Gyakran tapasztalható, hogy a hozzátartozók nem ismerik a demencia tüneteit, nem értik a viselkedésben bekövetkezett változásokat, és a betegség folyamatait, jellemzőit. Segítséget nyújthat a hozzátartozók, érdeklődők számára egy **rövid írásos tájékoztató a demenciáról**. Ez támogatást jelent a családnak abban, hogy a demenciával való együttélés során, szükség esetén megalapozott és reális döntést tudjon hozni a szeretett családtag érdekében.
- Az első találkozás igazodjon az idős ellátást igénylő személyhez, **ne legyen túl hosszú, ugyanakkor informatív legyen, s egyben megnyugtató az idős ember számára.**



I.5. A kérelem befogadása utáni feladatok²

A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevétele önkéntes, minden esetben az ellátást igénylő, illetve törvényes képviselője szóbeli vagy írásbeli kérelmére történik. Az ellátás iránti igényt az adott személy vagy törvényes képviselője az intézmény vezetőjéhez, vagy a fenntartó által kijelölt személyhez nyújtja be, aki a kérelmet az intézmény iratkezelési szabályzatában foglaltak szerint érkezteti, iktatja és nyilvántartásba³ veszi. Egyúttal a nyilvántartásba vételről, az adatkezelésről és az előgondozás várható idejéről is tájékoztatja az érintett személyeket.

Az előgondozás során a szakemberek tájékoznak az ellátást kérő életkörülményeiről, egészségi állapotáról, szociális helyzetéről. Mindezt a megfelelő, személyre szabott szolgáltatásnyújtás biztosítása érdekében, továbbá felkészítik az ellátást igénybevevő idős személyt az intézményi elhelyezésre. Az előgondozás során az intézményvezető vagy az általa kijelölt szakember átadja az ellátottnak a megállapodás tervezetét, tájékoztatja a fizetendő személyi térítési díjról. Kiemelten fontos a tájékoztatás a házirend tartalmáról, át kell beszélni azt részletesen, minden kérdésre kiterjedő válaszadással, hiszen ez alapján tud dönteni az idős személy, hogy a közös intézményi életet, szabályokat tudja-e vállalni.

Idősothtoni ellátás esetében az előgondozási folyamat során kell elvégezni a **gondozási szükséglet vizsgálatot**⁴, mely alapján történik a szolgáltatás igénybevételére való jogosultság megállapítása.

² 9/1999. (XI.24.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről (a továbbiakban: Ir.) 4. § (1) bek.

³ 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról (a továbbiakban: Szt.) 20. §

⁴ Ir.4.§. (2) bek.

Fontos, hogy az előgondozást végző személyek jól felkészült, professzionális szakemberek legyenek, akik fel tudják mérni az ellátást kérő fizikai, egészségügyi és mentálhigiénés állapotát, hogy az adott intézmény minél inkább személyre szabott ellátást tudjon biztosítani.

Az előgondozás célja:

- Az ellátást igénybe vevő helyzetének megismerése annak megállapítása céljából, hogy az igénybevevő állapotának és szükségletének megfelel-e az intézmény által nyújtott szolgáltatás.
- Tájékoztatás nyújtása az elhelyezést igénybe vevő részére, az intézményi életre való megfelelő felkészülés érdekében.
- Annak vizsgálata, hogy az ellátást igénybe vevő személy életkora, egészségi állapota, valamint szociális helyzete alapján jogosult-e az ellátásra.
- A szolgáltatás biztosításának előkészítése az igénybevevő részére az őt fogadó intézménybe.
- Az intézményben élők és dolgozók felkészítése az igénybevevő fogadására, az intézménybe történő beilleszkedés zavartalan biztosítása.

Az ellátást igénylő idős emberrel történő **mentálhigiénés munka az előgondozással kezdődik. Az előgondozás** – jogszabályban is meghatározott célok mellett – hangsúlyosan **a kérelmező személy intézménybe történő befogadásának az előkészítése.**

Fontos, hogy az előgondozás során megismerjük az ellátást kérő szükségleteit, egészségi állapotát, mentálhigiénés állapotát, szokásait, lakókörnyezetét, kapcsolati hálóját, az igénybe vett alapszolgáltatásokat. Fontos minden ellátást kérő – kiemelten a demenciával élő – idős személynél, hogy már az előgondozás során **ismereteket szerezzünk az életútjáról**, a családi rendszeréről, iskolai végzettségéről, volt munkaköréről, barátairól, veszteségeiről, szokásairól, kapcsolathálójáról stb. (Erre vonatkozó adatlapot javasunk a 6. sz. mellékletben.)

Kérjük a családtagokat, hogy jelenlétükkel is támogassák az előgondozás sikerességét, jelenlétük ugyanis biztosságot ad az idős hozzátartozójuknak, segítik a kérdések megválaszolását, az előgondozást végző munkatársak munkáját az információk megosztásával. Az előgondozás alatt kapott és tapasztalt információkat az Ir. 2. sz. mellékletében meghatározott adatlapon kell rögzíteni, amit a beköltözést követően javasolt kiegészíteni a komplett életinterjú tartalmával, melyre az 5. sz. mellékletben teszünk javaslatot.

Az előgondozás során kialakult kapcsolat, a megszülető bizalom az alapja annak a korrekt együttműködésnek, amely az idős személy intézményi elhelyezésének elengedhetetlen pillére.

I.6. Miként támogathatjuk az intézményi elhelyezésre várakozás ideje alatt az el-látottat és családját az alapellátásban?

A bentlakásos intézménybe való felvétel és beköltözés kisebb és nagyobb döntések és lépések sorozatát teszi elkerülhetlenné, ezek közül itt most csak a kérelem befogadása utáni döntéseket tartjuk szem előtt. A beköltözésre való felkészülés folyamata számos tényezőtől függ, többek között az érintett egészségi állapotától, családi helyzetétől, életkorától és attól is, hogy honnan költözik be az intézménybe, saját otthonából, esetleg kórházból, átmeneti ellátást nyújtó intézményből vagy saját otthonát már korábban elhagyva felnőtt gyerekei (esetleg más hozzátartozója) otthonából.

A lépések és az ezeket kísérő lelki folyamatok egyénileg színezettek és más-más lépést jelentenek, szervezési kihívást, esetleg érzelmi krízist az adott személy számára. Az érintett személy elhagyja az otthonát, rendszerint oda életvitelszerűen már nem is tér vissza.

A következő kérdés az, hogy **az érintett mit visz magával az új, intézményi életéhez**, ott mi lesz fontos és mi hasznos számára. Egyes intézményekbe korlátozott mértékben bevihető bútor is

(önálló apartmanok), másutt csak kisebb kényelmi és használati tárgyak, emléktárgyak pl. kedvenc karosszék. Ezek kiválasztása nagyon fontos, ugyanakkor lelkileg is megterhelő lehet. A bentlakásos intézmények általában ajánlással vagy kötöttebb lista közlésével segítik ezt a feladatot. A tájékoztatás része, hogy pontosan meg kell határozni, tételesen fel kell sorolni a kötelezően bemutatásra váró dokumentumokat (ezek érvényességét is ellenőrizni kell), az intézményi élethez szükséges ruházatot, az elrendelt gyógyszereket és (gyógyászati) segédeszközöket, valamint egyéb tárgyakat. Ezek kiválogatása, összegyűjtése, alkalmanként beszerzése, csomagolása tehát szorosan hozzátartozik a felkészüléshez.



Mindezt kíséri a **lelki felkészülés a változásra: új környezet, új emberek, új szabályok, új szokások, korlátok, lehetőségek.**

A beköltözésre készültöt egyszerre terheli a múlt tárgyaitól való elszakadás és az ismeretlen jövőben szükséges dolgok gondos meghatározása.

Amennyiben az érintett már nem alkalmas ügyei áttekintésére és vitelére, **felvetődhet a cselekvőképességének korlátozottsága, vagyis gondnok kirendelésének szükségessége vagy a támogatott döntéshozatal alkalmazása.** A cselekvőképesség korlátozására vagy megvonására vonatkozó intézkedés kezdeményezése a hozzátartozót (együtt élő házastársat, élettársat, egyenes ági rokont, illetve testvért), **a gyámhatóságot és az ügyészt illeti meg. A gondnokság alá helyezést a bíróságtól kell kérni. Az intézményvezető jelzéssel élhet a hozzátartozó(k) felé,** illetve a gyámhatóság tudomására hozhatja, hogy az intézményi jogviszonyban álló személy térben és időben nem képes tájékozódni, **ügyei vitelére tartósan alkalmatlan.**

Mindeközben – a leggyakrabban – rejtetten vagy explicit módon (kendőzetlenül, nyíltan) valósul meg a felkészülés az elszakadásra a megszokott lakókörnyezettől, szomszédságtól, ismerősöktől, esetleg az együttlakó családtagokkal való napi együttléttől. Ugyanakkor ez jelenthet felszabadulást, a napi életvitel megszervezésének terhei alól való mentességet, melyet az intézményi életforma biztosít, ami miatt optimistán és örömmel várja a költözés napját az idős személy.

A család- és gyermekjóléti szolgáltatás szerepe

A helyi önkormányzatok, illetve a család- és gyermekjóléti szolgálatok is tájékoztatást nyújtanak az igénybe vehető szolgáltatásokra vonatkozóan. Ennek értelmében a beköltözést megelőzően érdemes lehet az ellátottakat és/vagy a családtagokat arra ösztönözni, hogy vegyék fel a kapcsolatot a lakhelyük szerint illetékes önkormányzattal vagy a család- és gyermekjóléti szolgáltatással. Ennek akkor lehet különösen nagy jelentősége, ha az idősek otthona nem a várakozó lakóhelyén helyezkedik el, és a szakemberek nem rendelkezhetnek a lakhely szerinti szolgáltatásokra vonatkozó teljes körű információkkal, amelyek ez esetben nem is elvárhatók.

A család- és gyermekjóléti szolgálatok a családsegítés keretein belül a tájékoztatás nyújtása mellett esetkezeléssel, illetve más szolgáltatók által nyújtott **szolgáltatások vagy ellátások közvetítésével, az igénybevétel megszervezésével és tanácsadással is támogatást nyújtanak.**

Ennek megfelelően az intézményi elhelyezésre várók segítséget kaphatnak a tanácsadás keretein belül jogi kérdésekben, továbbá pszichológiai vagy mentálhigiénés problémáik (meg)oldásában. A család- és gyermekjóléti központ szociális diagnózis elkészítésével segítheti az érdeklődőt a megfelelő szolgáltatás kiválasztásában, a szociális szolgáltatóval történő kapcsolatfelvételben.

Házi segítségnyújtás

Az intézményi elhelyezésre várakozók **jogosultak az elhelyezés időpontjáig a házi segítségnyújtás igénybevételére.**

A házi segítségnyújtás elsősorban a saját lakókörnyezetben biztosított önálló életvitel fenntartását támogatja, feladatköreinek részét képezi, hogy szociális segítség keretein belül szükség esetén segítse a bentlakásos szociális intézménybe történő beköltözést. A beköltözés segítése sok esetben a fizikai, mentális és pszichés támogatást egyaránt jelenti. A beköltözés segítségével akkor lehet kiemelt szerepe, ha a várakozó egyedül él, nincsenek hozzátartozói, vagy távol élnek tőle és nem tudnak hatékony segítséget nyújtani.

A **beköltözés fizikai segítése** praktikusán kiterjedhet a tárgyak, bútorok, ruhaneműk stb. kiválogatására, amelyeket az intézményi elhelyezésre várakozó személy magával visz. A szakemberek egyeztethetnek arról, hogy milyen kapacitás erejéig vihet magával tárgyakat a várakozó és ezt közvetíthetik az ellátást kérő számára. A fizikai segítség körébe tartozhat a beköltözés pontos idejének egyeztetése, a személy fizikai beköltözésének, a tárgyak szállításának megszervezése és a lebonyolításában, elkísérésben való részvétel egyaránt. A házi segítségnyújtás tevékenységei közé tartozik – minden más mellett – az **információ nyújtás, tanácsadás és mentális támogatás.**

A beköltözés előtti várakozás jelentős mentális és pszichés megterhelést is jelent.

A változásra való felkészülésben segíthet a házi segítségnyújtás azzal, ha segít feldolgozni, feloldani az aggodalmakat, ki tudja bontani a feszültséget okozó kérdéseket és azokra igyekszik megkeresni a válaszokat. A szakembereknek figyelniük kell arra, hogy minden támogató tevékenység az ellátott érdekei mentén, annak akaratával egyezően és beleegyezésével történjen.

Fentiekben kifejtett szakmai tapasztalatunk alapján **fontosnak tartjuk az intézményről szóló hiteles tájékoztatást** az interneten, nyomtatott szórólapon és személyesen, a jól felkészült, empatikus, professzionális szakember munkatársak által.

Az első találkozáskor megélt élmények minden kapcsolatban fontosak, kiemelten igaz ez egy olyan élethelyzetben, mint az idősothtoni elhelyezést megalapozó döntés. Ezért nagyon fontos, hogy az ellátást kérő személy és családja pontos, hiteles tájékoztatást kapjon az intézményi életről, **empatikusan hozzáállást** tapasztaljon az intézményi munkatárstól **az intézmény bemutatásakor.**

Az **előgondozás** alkalmával megismerjük az ellátott mentálhigiénés és egészségi állapotát, környezetét, kapcsolatrendszerét, ez alapján **döntünk arról** az ellátást kérővel vagy gondnokával közösen, **hogy a választott intézmény alkalmas-e az ellátott szükségleteinek kielégítésére, személyközpontú gondozására.**

A **várakozási idő** – a kérelem benyújtásától a beköltözés időpontjáig – egy **átmenet** az eddigi önálló életvitel, megszokott családi környezet és a biztonságot nyújtó, de új szabályrendszerrel működő intézményi élet között.

Ezért ebben az időszakban kiemelten **fontos szerepe van a szociális alapellátásnak**, a családsegítő és gyermekjóléti szolgálatoknak, valamint a házi segítségnyújtásnak az ellátott támogatásában, a fentiekben bemutatott módon.

II. Beköltözés az intézménybe

II.1. Tárgyi feltételek

A beköltözés első pillanataiban megtapasztalt lakhatási és tárgyi feltételek jelentős hatással vannak az ellátott hangulatára, érzelmeire. Az intézményi környezet akkor nem okoz disszonanciát, szorongást az újonnan érkező lakónak, ha azok valamilyen mértékben tartalmazzák azokat az otthonára emlékeztető elemeket, amelyeket családi környezetében is megszokott.

A szakmai rendelet iránymutatást ad a bentlakásos intézményekre vonatkozóan a folyamatos működtetéshez szükséges tárgyi feltételekről⁵, de értelem-szerűen nem határozza meg a formai elemeket, az intézmény arculatát, melynek kialakítása az intézményvezetés feladata.

A rendelet által előírt főbb szempontok az éjszakai és nappali tartózkodásra, a személyi tisztálkodásra, az étkezésre, az intézmény jellege szerinti közösségi együttlétre, mentális gondozásra, az egészségügyi ellátás céljára, gondozási egységenként legalább húsz négyzetméter alapterületű közösségi együttlétre, látogatók fogadására szolgáló helyiségek biztosítására terjed ki. A lakószobában egy ellátottra legalább hat négyzetméternyi lakóterület, tíz ellátottra legalább egy fürdőkád vagy zuhanyzó, valamint nemenkénti

illemhely biztosítása szükséges, továbbá a folyamatos fűtés- és melegvíz-szolgáltatás kötelező érvényű jogszabályi előírások. Egy lakószobában legfeljebb négy személy helyezhető el. Házaspárok (élettársak) elhelyezésére külön lakószobát kell biztosítani.

A jogszabályi előírásokon túl igyekszünk szakmai ajánlásunkban azt a minőségi többletet bemutatni, mely segíti a beköltözési folyamat során a pozitív élmények megélését.

II.1.2. Speciális szükségletekhez igazodó környezet biztosítása

Az intézményi környezet kialakítása során alapvető törekvés, hogy vegyük figyelembe az ellátott fizikai és mentális állapotát és olyan miliőt teremtsünk, amely támaszkodik az idős személy még meglévő, mobilizálható készségeire és amely alkalmat kínál a készségek funkcionális megerősítésére, megőrzésére.

Belső terek, helyiségek

A belső környezet kialakításánál az esztétikai megjelenésen és a speciális tárgyi feltételeken túl a praktikusság, az akadálymentesített, biztonságos környezet elengedhetetlen szempont az életminőség szinten tartásában. Az épületen belül biztosítjuk a kockázatsökkentő környezeti feltételeket, az akadálymentes közlekedést. A biztonságos közlekedést segítjük rámpákkal, kapaszkodókkal, személyfelvonóval, valamint tájékoztatói útmutatókkal, irányítójelzésekkel, piktogramokkal. Fontos



⁵ Szakmai rendelet 41.§ - 43.§

szempont, hogy az épületben ne legyenek kábelek, kűszöbök. Növeli a biztonságot a csúszásmentes, jól tisztítható padló, iktassuk ki az elbotlást okozó szőnyeget, az éles szögletekre helyezzünk fel sarokvédőket, így tudjuk a sérüléseket minimalizálni kiemelten a demenciával élő lakóink esetében. A közlekedők – különösen, ha lépcső is van – a szintjelző megvilágítások alkalmazása rendkívül sokat segít a biztonságos közlekedésben.

A természetes fényel, növényekkel, gazdag színvilággal hangulatjavító hatást érhetünk el. A **közösségi aktivitás színtereit**, az ebédlőt, a folyosót, a szobák ajtaját más-más színűre festhetjük, ezzel is segítjük a tájékozódást. Javasolt színek pl. a zöld, mely a természet jelképe, harmonikus, nyugtató hatása miatt enyhíti a szorongást, a sárga, vidám, inspiráló, energikus, míg a kék szín békét és harmóniát áraszt. Fokozhatjuk a színek hatását a függönyök, kárpitok harmonizáló színválasztásával. A lágy meleg, színes textíliák a lakóterekben és a közösségi helyiségekben kedvező hatásúak. Az erős mintázatok zavaróak, dezorientációt válthatnak ki, pl. erős, bonyolult mintázatú tapéták. A demenciával élőknel kerülni a sötét színeket.

A **foglalkoztató helyiség** kialakításánál törekedjünk olyan ingerkörnyezetet biztosítani, amely több érzékszerven keresztül hat, mellyel fejleszthetjük, aktivizálhatjuk a pszichés alapfunkciókat (figyelem, érzékelés, észlelés stb.) Használjunk vizuális ingereket stimuláló színes LED lámpákat, sőlámpát, akváriumokat. A színes halak, a víz alatti fények jótékony hatással vannak a kedélyállapotra. A tapintást különböző anyagokból készült tárgyakkal (tönkölyel, meggyaggal töltött párnák, vessző, fonallabdák, smirgli, göcsörtös fadarab), a hallást meditatív, kellemes zenével, a szaglást aromaterápiás eszközökkel stimulálhatjuk. Az egyedi falfestés, a hangulatos színváltós világítás, a fali dekorációk, azaz a **multiszenzoros környezet feszültségoldó, nyugtató hatású, mely segíti a mentálisan hanyatló idős emberek ingerfeldolgozását és hozzájárul a még meglévő készségek funkcionális megerősítéséhez.**

A **lakóterek** díszítésébe vonjuk be az ellátottat, minél több személyes emlék, tárgy (fotók, képek, faliszőnyeg, falióra, díszpárna, képes naptár stb.) segítheti a beilleszkedést, az új otthon megteremtését. A demenciával élők esetében a felsorolt tárgyakat a szem magasságában helyezzük el, mivel a demens személy figyelme gyakran csak a szemmagasságig terjed. A faliórák és naptárak beszerzésénél ne feledkezzünk meg arról sem, hogy jól olvashatóak legyenek, azaz méretes betűkkel, erősebb kontraszttal és (arab) számokkal rendelkezzenek.

Amennyiben lehetőségünk van a **bútorzat** kiválasztására, vegyük figyelembe a lakó mentális és fizikai állapotát, valamint a biztonságot és a praktikumot is tartsuk szem előtt. A bútor legyen kényelmes, könnyen tisztítható, lekerekített, élmentes, figyeljünk a balesetvédelemre. A megfelelő magasságú stabil ágy és stabil karfás szék segíti az önálló mozgást, ezzel is megőrizzük a lakó autonómiáját, életminőségét. Sokszor biztonságot nyújt a kedvenc fotel megléte, ahol pihenhet, olvashat a lakó.

Készüljünk fel arra is, hogy az ellátott egészségi állapota az idő előrehaladtával megváltozhat, és teljes ápolásra szorulhat. Ilyenkor az intézmény részéről az a helyes megoldás, hogy szükséges mértékben az igénybevevőt körülvevő tárgyak cseréjéről gondoskodik (pl. heverő cseréje korszerű ápolási ágyra), és a lakót a saját, megszokott környezetében látja el továbbra is. Ezért fontos, hogy álljanak rendelkezésre azok az ápolási, gyógyászati segédeszközök, melyek szükség esetén a lakó komfortérzetét javítják, segítik a gyógyulását. Az **elektromos betegágyak, zuhanyszékek, rollátorok, ergonomikus ülőpárnák, felállást segítő ülésmagasítók, járókeretek** növelik a beteg (ápolásra szoruló) kényelmét és biztonságát, ugyanakkor segítenek a gondozóknak az ápolásban és kezelésben. A lakószoba és a közösségi tér soha ne legyen zsúfolt. Különösen figyeljünk erre a több ágyas szobáknál. A lakástextilek és kárpitok tisztíthatósága mindig szempont legyen.

A **vizesblokk** kialakításánál vegyük figyelembe a kor előrehaladását, a mobilizáció csökkenését, a leülés és a felállás nehézségeit. A fürdőszobában és a WC-ben is legyen akadálymentes a tárgyi

környezet. A fürdőkádnál biztonságosabb a zuhany használata, a csúszásgátló aljzat, a WC kagyló magasítása, hőfokszabályozós keverőcsap, falra rögzíthető, biztonságos zuhany, ülés beszerelése, kapaszkodók felszerelése a be- és kilépés megkönnyítésére.

Az **idősbarát-demenciabarát kertek**⁶ tudományosan igazoltan segítenek a test és a lélek gyógyulási folyamataiban, támogatják az önállóságot, aktív részvételre ösztönöznek. Amellett, hogy privát, személyes teret is biztosítanak, helyet adnak a közösségi elfoglaltságoknak is. Multiszenzoros stimulációval rendelkeznek, amennyiben helyet kapnak benne a különböző színek, formák, illatok, anyagok. A saját otthont idéző kertek csökkentik a negatív érzéseket, mérséklik a stresszt és segítik a figyelem megtartását. Jótékony hatással vannak a demenciával élőkre az olyan jellegű tevékenységek, mint a kertészkedés. Ezek nagyszerű elfoglaltságot jelentenek és segítenek enyhíteni a betegség tüneteit.

Javasolt felügyelet mellett bevonni a demenciával élőket a virágok ültetésébe, gereblyezésbe, amennyiben ezt a lakó általános állapota lehetővé teszi. A kertészkedés segít stimulálni az érzékeket és az emlékeket, javítja a mentális és fizikai egészségi állapotot. Lényeges, hogy a kert kialakítása során tervezzünk biztonságot nyújtó korlátokat, kerítéseket, pihenő sarkokat, kényelmes padokat, valamint járdákat, sétáló ösvényeket. A kert lehetővé tudja tenni azt, hogy fizikai aktivitást végezzenek az ellátottak a friss levegőn, vagy csak engedjék, hogy a zöld környezet stimulálja az érzékeiket.

Az élőlényekkel teli környezet stimulálóan hat mindenkire. Az esztétikus növények és kerti díszítőelemek látványa kellemes, megnyugtató érzést kelt, azonban érdemes a többi érzékszervet is bevonni. A természet hangjainak, színeinek és látványának megtapasztalása nagyszerű érzékszervi stimulációt jelent az idősök számára. A szaglást például az erős illatú gyógynövényekkel, virágzó bokrokkal, rózsákkal, levendulával, a tapintást a különböző textúrájú levelekkel, termésekkel és virágokkal, a hallást egy-egy szélcsengővel, vagy a madarak csicsérgésével, méhek zümmögésével, kerti csobogó létesítésével vonhatjuk be. Az ízlelésre a különböző fűszernövények, valamint a kertben megtermelt zöldségek, gyümölcsök kínálják magukat.

Arra fokozottan figyeljünk, hogy a kertben semmilyen mérgező vagy mérgező termést hozó növény ne legyen, nehogy véletlenül abból fogyasszon az ellátott! A kertnek lehetőség szerint legyenek funkcionális elemei: tervezzünk magasságyásokat, melyekhez a mozgásukban korlátozott ellátottak is könnyen hozzáférhetnek.

Legyenek madáretetők, régi időket idéző dekorációk, ezekkel is segítve a családi környezet felidézését. A kert megnyugtató helyszín, amely tökéletes az elcsendesedésre, pihenésre, ugyanakkor közösségi teret is jelent, amely közös élményeket nyújt az idősök számára a természettel és az egymással való kapcsolatteremtés közben.



⁶ A demenciabarát kertekről kiváló, lényegretörő összefoglalót közöl a Magyar Ökoterápia Alapítvány a honlapján. (lásd <https://www.okoterapia.hu/kertterapia-demencia/>)

A fenti tárgyi környezet megléte nagymértékben segíti a beköltözési folyamat mielőbbi feldolgozását.

A bentlakásos intézményben alakítsunk ki olyan helyiséget – ha lehetőség van, kápolnát/imatermet –, ahol az ellátottak a **vallásukat** gyakorolhatják. Helyezzünk el a helyiségben szakrális tárgyakat, virágokat, feszületet, vallásos témájú képeket, ezzel is segítve a lecsendesedést, feltöltődést. Akinek erre igénye van, annak ez a tér lehetőséget ad a rendszeres imádságra, szentmisén, istentiszteleten való részvételre, így találkozási ponttá válik a helyi egyházak közösségeivel, képviselőivel is, akik sokat tehetnek a lakók mentálhigiénés jóllétéért.

II.1.3.A gondozási egység, lakószoba kiválasztásának szempontjai

A szociális intézményekben gondozási egységeket és gondozási csoportokat kell kialakítani.⁷ Ha egy intézmény keretében több ellátási forma működik, ellátási formánként külön-külön kell biztosítani az ellátás jellegének megfelelő személyi, tárgyi és szakmai feltételeket.

Kovacsics Zsuzsanna a személyközpontú gondoskodásról szóló tanulmányában így ír: „*A fizikai környezet kialakításánál törekedni kell a nappali tartózkodás és a pihenés biztosításának térbeli szétválasztására. Demens csoportról akkor beszélünk, ha a nappali tartózkodás helye speciálisan kialakított a demens lakók számára, de az éjszakai pihenés nem önálló demens részlegben biztosított. Demens részlegről akkor beszélünk, ha a demencia kórképpel rendelkezők elhelyezése teljesen önálló gondozási részlegben történik. Mindkét megoldással lehet jó minőségű demencia ellátást biztosítani. Van olyan időszakon, ahol e kettő kombinációját alkalmazzák. A demencia stratégia egyik megoldást sem zárja ki.*” (Kovacsics, 2020:12)

Az egyik legnagyobb kihívása a szolgáltatásnak a mentális állapotuk miatt speciális védelemre szorulóknak részére a biztonságos környezet kialakítása. Vagyis olyan védelmi rendszer, amely tartalmazza a kockázatcsökkentő elemeket, de nem jelent zártságot és szembetűnő korlátozást. A demenciával élő személyek bentlakásos ellátásához sajátos, professzionális körülmények szükségesek.

II.1.4. A demenciával élő ellátottak elhelyezésének főbb szempontjai

Megfelelő fizikai környezet, a demenciabarát környezet kialakításának jelentős szerepe van az életminőség szinten tartásában. Az akadálymentes, biztonságos lakótér kialakításával csökkentjük, megelőzhetjük a baleseteket. A demenciával élő ellátottak egy részének jelentős a mozgásigénye, mozgáskényszere, ezért a lakótér adjon elegendő teret a biztonságos bolyongásnak. Szerencsés, ha az ellátottakat a földszinten, a közös udvar szintjén – amennyiben van – tudjuk elhelyezni, ezzel kivédhetjük a lift és a lépcső használatát, így csökkentjük a balesetek kockázatát.

Jelöljük ki olyan helyiséget közösségi térnek, amely könnyen megközelíthető, természetes fényvel megvilágított, tágas, akadálymentesített, és mindezek mellett kényelmes, hívogató, otthonos környezetet biztosít.

A **lépcső** jelentős baleseti kockázatot jelent. Ha van lépcső, akkor mindkét oldalon biztosítani kell a kapaszkodás lehetőségét, helyezzünk csúszásgátló burkolatot a lépcsőre, a járás legyen szabad, minden akadálytól mentes. Gondoskodjunk a lépcső megfelelő kivilágításáról, megkönnyítve ezzel az éjszakai közlekedést.

Biztosítsuk a szabadban való mozgás lehetőségeit. Az előzőekben ismertetett, ingergazdag **demensbarát kertnek** lehetőleg ne legyen feltűnő zártsága, a kerítést futtassuk be örökzöld növényekkel, ültessünk elé bokrokat, a talajszint legyen egyenletes, kerüljük a lépcsőzetes megoldásokat. Alakítsunk ki olyan sétautakat, amik önmagukba térnek vissza.

⁷ Szakmai rendelet 40. §(1) bek.

Tér- és időbeli orientációt segítő környezet

A demencia előrehaladtával észrevehetően erősödnek a kognitív zavarok. A demenciával élő személy idő- és térérzékelésének romlása tapasztalható. Az ellátott nem tudja, hogy milyen nap, milyen napszak, évszak van. Figyelmet kell szentelni az időbeni és térbeli orientációt segítő környezeti megerősítőknak. Az önállóság megtartása érdekében az alábbi eszközök használata javasolt.

Az **idő jelzésére** használjunk minden helyiségben jól látható, szemmagasságban elhelyezett nagy számjegyű falórákat. Ezek lehetnek akár ütős vagy kakukkos órák is, amelyek hangjelzéseket is adnak, ezzel is emlékeztetve az időre.

Segítsük a **helyiségek beazonosítását**, helyezzünk el figyelemfelkeltő képeket, rajzokat, piktogramokat a falakra és az ajtókra, melyek egyértelműen beazonosítják a helyiségek, használati tárgyak funkcióját. Pl. hűtőszekrényre élelmiszerek, ruhásszekrényre ruhák képeit felragaszthatjuk. Helyezzünk el térbeli jelzéseket a falakon, a közlekedés irányait nyilakkal jelölhetjük.

Megfelelő **világítással** csökkenthető a lakótéren belüli tájékozódás zavara. Ugyanakkor egy jó világítás lényegesen csökkentheti az elesés veszélyét és felismerhetővé teszi a helyiségeket, tárgyakat. Súlyos fokú demencia fennállása esetén mozgásérzékelő lámpatestek használata javasolt a demens személy mozgásának vonalán.

A **memória** megsegítésére a napi legfontosabb teendőket írjuk ki, megbontva azokra a helyiségekre, ahol a tevékenység végezhető, pl. a fürdőszobában a tisztálkodás lépéseit.

Az agnózia (tárgyfelismerési zavar) lassítására, a demenciával élő önmaga teste és arcképe ismeretének megtartására, helyezzünk el a folyosókon vagy a lakótérben biztonságos **tükröket**, így naponta akár többször is láthatja önmagát.

Az **idő orientáció** zavarának csökkentését segíthetjük a hangosbemondón keresztül, napszaknak megfelelő köszönéssel, társíthatunk hozzá a három napszaknak megfelelő zenét, melyet mindig ugyanabban az időben játszunk le, mert a rendszeresség, az ismétlés biztonságot ad a demenciával élő személy számára.

Demenciabarát környezet

Az egészséges környezet ingerekben gazdag, de nem túlingerlő. Az állandó környezet az idősek számára biztonságot jelent. Tágas, világos folyosók, zsúfoltságot kerülő, akadálymentes helyiségek támogatják az ellátott mozgását. Egyes szobák ajtaja lehet személyre szabott, jelölhetjük a lakóra jellemző képpel, mely lehet a lakó kedvenc virága vagy háziállatának a fényképe. Úgy rendezzük be a környezetet, hogy az invitálja, bátorítsa az ellátottakat arra, hogy használják a közösségi tereket, a helyiségekben elhelyezett tárgyakat.

Biztosítsunk olyan közösségi tereket, hobbilehetőségeket, amelyeket az ellátott a korábbi életében szívesen végzett és még képes azok gyakorlására, pl. festés, rajzolás, horgolás, olvasás stb.

Alakítsunk ki **emlékfelidező szobát**, mely a gyermekkor és a fiatal felnőttkor emlékeit előhívja. A múltat megidéző tárgyak, fényképek, háztartási eszközök, vetített képek látványa, a zenehallgatás, közös éneklés, ízlelés, illatok felidézése, vagyis a multiszenzoros stimuláció segíti az emlékek eredményesebb felidézését.

Az intézmény tárgyi környezete hatással van az idősekre, a demenciával élőkre, és segíti az intézménybe történő beilleszkedést is. A biztonság, nyugalom, befogadás légköréhez az ellátást nyújtó személyek is hozzájárulnak. A jelenlétük minősége sokat segíthet az ellátottak jó közérzetének biztosításában, azonban a fizikai környezetet a segítők is átérzik, és jó hatással lesz rájuk és rájuk keresztül az ellátottakra a tudatosan jól kialakított fizikai környezet.

II.2. A személyi feltételek fontossága a beköltözés előkészítésénél, beköltözésnél

A beköltözési krízis természetes folyamatának mielőbbi feldolgozásában, mérséklésében kiemelt szerepük van azoknak a személyeknek, akikkel az idősellátást kérő személy elsőként találkozik. Ezért fontos, hogy **az intézménynek legyen protokollja az intézmény bemutatására vonatkozólag**, ki veszi fel a telefont, milyen tartalmú tájékoztatást nyújt, az intézmény személyes bemutatásánál – amennyiben a lakó állapota ezt lehetővé teszi – ki fogja körbe vezetni a jövőbeli lakót, családtagját az intézményben stb. Nagyon **fontos a kommunikáció**, hogy empatikusan, szeretetteljesen történjen, hiszen a döntés meghozatala az idősotthonba költözésről mindenki számára egy életfordulót jelent. Az intézmény bemutatásakor mindig legyen elég idő az érdeklődő számára, mind a jövőbeli lakó, mind hozzátartozói kérdéseinek megválaszolására. Ezzel a pontos információadással a beköltözés első időszakában jelentkező, túlaradó kérdéshalmaznak is elejét vehetjük.

II.2.1. Teendők a beköltözésnél

Amikor **elérkezik a beköltözés ideje**, az intézményvezető vagy az általa megbízott személy előkészíti az új lakó fogadását a **szakemberekből álló team** tájékoztatásával, a gondozó-ápoló személyzetet, a szociális-terápiás munkatársakat, az ételmezési részleget és az intézmény orvosát is, hogy új lakó érkezik az intézménybe. Az előgondozás és személyes találkozás során megismert legfontosabb információkat a felvételt koordináló szakember átadja a teamnek.

Az új ellátott fogadásánál kiemelt cél a bizalom megszerzése, a kapcsolat kiépítése, a szorongás leküzdésének elősegítése, az új környezet elfogadásának támogatása.



A másik fontos csoportot az **intézményben élő lakók jelentik, szükséges az ő** felkészítésük. Amennyiben egyágyas szobába történik az elhelyezés, a közvetlen szomszédok felkészítése, ha kettő-, három-, négyágyas szobába történik az elhelyezés, akkor a közvetlen szobatársak felkészítése a feladat.

Az újonnan érkező lakót **személyesen fogadja az intézményvezető vagy az által kijelölt szakember**, aki lehet a vezetőápoló, gondozási egység-vezető ápoló, mentálhigiénés szakember. Fontos, hogy ez a személy „mentorálja” az új lakót az első hetekben. Mutassa be az intézmény orvosát, ápolókat/gondozókat, mentálhigiénés szakembereket, segítő személyzetet, akikkel a lakó napi kapcsolatban van. Segítse az intézményi élet napi ritmusának felvételét, válaszoljon a lakó kérdéseire, is-

mertesse meg az intézmény belső-külső környezetét stb.

Az első napokban a **lakóközösség** – a gondozási egység tagjai – számára is kerüljön bemutatásra az új lakó egy foglalkoztatás keretében, esetleg egy tea, sütemény kíséretében. Ezen a közösségi alkalmon az újonnan érkezett ellátott bemutatkozik, és megismeri a lakóközösség tagjait a terápiás/szociális munkatársak segítségével.

A lakótársak is nagy segítséget tudnak nyújtani az új beköltöző számára, segíthetnek a helyi szokások, napirend megismerésében. Ennek a kapcsolatnak a mielőbbi megszületését is segítse a kijelölt szakember mentor. Vannak olyan intézmények, ahol a jó állapotban lévő lakók közül egy-egy

személy vállalja az új lakótárs segítségét, a közösségbe való aktív bekapcsolódásának támogatását. Ha van ilyen személy, őt is vonjuk be az előkészületi szakasz folyamatába.

A beköltözésnél ne feledkezzünk el a **családtagokról** sem, hiszen a legtöbb esetben lelkiismereti konfliktussal küzdenek, hogy a szeretett édesanyát, édesapát nem képesek tovább a családi környezetben ellátni. Főleg igaz ez a teljes ellátásra szoruló átlagos idős hozzátartozónál vagy a középsúlyos/súlyos demenciával élő ellátottak esetén, ahol az intézménybe költözés döntéshozatalában a család szerepe erősen megjelenik.

Fontos, hogy a felmerülő kérdéseikre kielégítő választ kapjanak, hogy a szeretett hozzátartozót biztonságban tudják. Bátorítsuk a családtagokat a rendszeres kapcsolattartásra, adjuk meg annak a szakembernek a telefonos és e-mailes elérhetőségét, akinél érdeklődni lehet a lakó állapotról. Több intézményben van ún. **hozzátartozói csoport**, mely önsegítő csoportként is működik, ahol a családtagok megélik, hogy nincsenek egyedül érzéseikkel, kétségeikkel, amelyeket a beköltözés folyamata generált. Ezt a csoportot ajánlatos, hogy az intézmény kompetens szociális-mentálhigiénés szakembere vezesse, aki a feltett kérdésekre adekvát válaszokat tud adni.

II.2.2. A demenciával élők fogadása

Amennyiben külön demens gondozási egységben történik a demenciával élők ellátása, az itt gondozott lakókat is tájékoztatni szükséges az új lakótársuk érkezéséről a megfelelő kommunikáció alkalmazásával. Az új lakó bemutatkozásánál a terápia-szociális munkatársak segítsenek a hatékony kommunikálásban. Az első találkozás mindenki számára meghatározó, kiemelten igaz ez időskorban, amikor a biztonságot jelentő családi környezetből egy idegen intézményben kell folytatni az élet utolsó szakaszát. Ez többszörös kihívást jelent a demenciával élő személy számára, aki állapotánál fogva hajlamos térben időben dezorientálttá válni. Ezt fokozza az új környezet, új emberek jelenléte és a megszokott környezet, családtagok hiánya.

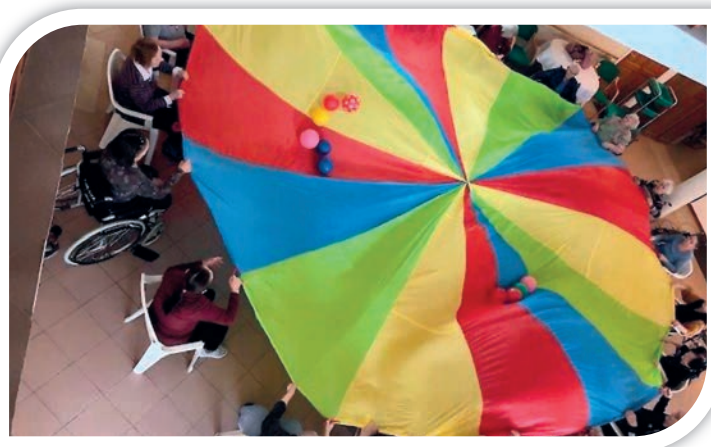
A beköltözéskor alapvető cél, hogy a demenciával élő idős ember életminőségét megőrizzük, hogy kiegyensúlyozottan tudja élni mindennapjait. Fontos, hogy érzékelje a jó bánásmódot, képes legyen az adott pillanat élvezetére, állapotromlását késleltető támogatást kapjon, valamint a szükségleteihez igazodó, személyre szóló ápolási-gondozási tevékenységben, segítségnyújtásban részesüljön annak érdekében, hogy fiziológiai, pszichés és szociális szükségletei kielégítésre kerüljenek.

A demenciával élők gondozásánál, a velük való kommunikációnál jó gyakorlat Virginia Bell megközelítése, a „**Legjobb Barát Modell**”, melyet Kovacsics Zsuzsanna „A személyközpontú gondoskodás modelljei” című írásában (Kovacsics, 2020) is olvashatunk. Ennek lényege:

A demenciával élők gondozásánál, a velük való kommunikációnál jó gyakorlat Virginia Bell megközelítése, a „**Legjobb Barát Modell**”, melyet Kovacsics Zsuzsanna „A személyközpontú gondoskodás modelljei” című írásában (Kovacsics, 2020) is olvashatunk. Ennek lényege:

- **Szemlélet:** „Nem csak az a fontos, mit teszel, hanem az is, hogy jelen vagy.”

A gondozó, ápoló barátként van jelen a mindennapokban a lakó számára, hogy biztonságot, megértést, elfogadást nyújtson. „**Jelen lenni**” azt is magával vonja, hogy amit a gondozó épp végez (pl. fürdet, etet stb.), arra fókuszál, a figyelme egészen arra összpontosul. A szemlélet alap gondolata szerint a gondozott nem tárgy, hanem személy, akinek vannak érzései, különleges értékei, egyszeri és megismételhetetlen, ahogy mind azok vagyunk. Arra kell törekedni, hogy a munkatársak fedezék fel a gondozottban az embert, akiben ott él a múltja, a családja, a foglalkozása, akinek vannak



hobbijai és vágyai, vannak jó és rossz napjai. Az a demenciaellátás, 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**, minden esetben nevéen szólítja őt.

- **Attitűd:** a másik alapvető eleme a Legjobb Barát Modellnek az **empátia és jó kommunikáció**. Az együttérzés nem annyira tanulás, mint inkább begyakorlás. Az együttérzés személyesebb kapcsolat kialakulásához vezet. Az együttérzés állandó, folyamatos odafigyelésre segít, a gondozó-ápoló felismeri, mi az, ami működik és mi az, ami nem. Az empátia bizalmat épít, csökkenti az aggodalmaskodást, helyreállítja az emberi méltóságot. A kommunikáció nem a verbális kommunikációra épít, hanem a gesztusokra, az arc kifejezésre, az érintésre és a hangszínre. Legyen egyértelmű a kommunikáció, a szó, amit kimondunk és a gesztusaink ugyanazt fejezzék ki. A Legjobb Barát úgy kommunikál, hogy következetes, beszéde egyértelmű, sokat dicsér, nem utasít, nem fenyeget, lassú, türelmes és nyugodt.

- **Csoportmunka:** a Legjobb Barát Modell hangsúlyozza, hogy egymást kiegészítjük. Senki sem kizárólagos gondozója a demenciával élőknek, minden dolgozó fontos ebben a munkában, a szakember és a kisegítő személyzet is, mint a takarítók, portások, konyhai kisegítők stb. Ezért fontos a beköltözésnél a közösség bemutatása mind a demenciával élő ellátottnál, mind az átlagos szükségletű idős személynél.

Összességében a hatékony kommunikáció nélkülözhetetlen az idős emberekkel való kapcsolattartásban, kiemelten az idős emberek otthonába való költözés első időszakában. Figyelembe kell venni az öregedéssel járó folyamatokat, az egyén eltérő sajátosságait és a kulturális értékeit. Az idős emberek érzékenyek, személyre szóló gondoskodást és törődést igényelnek, mert a beköltözés első szakaszában bizonyos értelemben kiszolgáltatott helyzetben vannak.

A jól felkészült szakemberekből álló team a fentiek megvalósításával segíti a beköltözési krízis mielőbbi egészséges feldolgozását, az intézményi életbe való aktív bekapcsolódást – mely biztonságot nyújt az idős személynek –, miközben személyközpontú ellátással szakszerű gondozást nyújt számára.



III. Az idősek otthonába beköltözési krízis mentálhigiénés megközelítése

III.1. Krízis

Mielőtt a téma részletes kifejtését megkezdjük, bevezetesként ismertetjük a krízis fogalmát, vagyis azt, hogy **mit is jelent a krízis**. A **krízis** görög eredetű szó: fordulatot, válságot jelent. A téma egyik legtöbbet hivatkozott szakértője, Caplan (1964) megfogalmazásában⁸ a krízis egy **lélektanilag kritikus helyzet**, amely az adott személy számára érzelmileg hangsúlyos, kiemelten fontos az adott időszakban, semmiképp el nem kerülhető, az egyén kénytelen szembenézni vele, és noha minden figyelme és erőfeszítése a megoldásra irányul, a szokásos problémamegoldó eszközeivel az adott egyén számára nem küzdhető le.

Kétféle krízist különböztetünk meg:

– A **normatív vagy fejlődésifejlődési krízis** Erikson nevéhez kötődik, aki pszichoszociális szakaszokra tagolta az emberi fejlődést. Minden szakasz egy fordulat az életünkben. A nyolcadik, utolsó szakasz az **időskor, mely az én-integritást jelenti**.

Annál a személynél, aki jól oldja meg ezt a fejlődési krízist, fejlődés következik be. Az énteljességet elérő ember felismeri és megvalósítja valamennyi éntulajdonságát. **Életútját egyszerűnek, páratlannak és megismételhetetlennek fogadja el**. Aki rosszul éli meg az öregkort, annál a **kétségbeesés** valósul meg, **félelem a haláltól**, hogy az idő már túl rövid bármiféle önbeteljesítő tevékenység létrehozásához.

– A másik a véletlenszerű vagy **akcidentális krízis**, melyet nem lehet előre kiszámítani. **Központjában a tárgyvesztés áll**, mint a haláleset, baleset, munkahely elvesztése, családi környezetből való kikerülés, **mint az idősothtoni elhelyezés** stb. A krízisállapot általában hat-nyolc hétig tart, önmagában nem tekinthető betegségnek, de betegséget okozhat, hiszen a válsághelyzet egy korábbi viszonylagos egyensúlyi állapot felborulását jelenti.

Veszélyes folyamattal állunk szemben, ha a fejlődési krízis és az akcidentális krízis egy időben jelentkezik az egyén életében, ezt nevezzük **krízismátrixnak**.

A **rosszul megélt, természetes** Erikson-i fejlődési szakaszból adódó **krízis** és a **váratlan krízis**, mely jelen esetben az **idősothtoni elhelyezés** – kiemelten ha a házastárs közeli elvesztésével párosul –, krízist provokáló **negatív életeseményé válhat** és krízismátrix állapot jöhet létre. Az események megbonthatják a személy egyensúlyát, új alkalmazkodást kívánnak.

III.2. Krízis kialakulása idősothtoni elhelyezés esetén

Általánosságban az öregedés során az idős embernek számos problémával kell megküzdenie. Ez veszteségekkel terhelt életszakasz, megjelennek a különböző betegségek, csökken a testi erő, a szociális szerepek elvesznek, átalakulnak vagy beszűkülnek. Súlyos betegségek megléte (pl. stroke utáni állapot, demencia stb.), az önellátási képesség nagyfokú romlása esetén ha a család nem tudja az állandó felügyeletet biztosítani, vagy ha egyedül él az idős személy, akkor rákényszerül önállóságának feladására, a megszokott környezete, otthona elhagyására, és idősek otthonába költözik vagy költöztetik.

A szakmai jogszabályok – ezen belül a jogosultsági feltételek megváltozása – következtében jelenleg csak a magas gondozási igénnyel rendelkező személy kerülhet be idősothtoni ellátásba. Ők önellátásra otthonukban nem képesek, illetve egyéb körülmények támasztják alá az intézményi ellátás szükségességét pl. legalább közép súlyos demenciával élnek, betöltötték a 80. életévüket és egyedül élnek stb.

⁸ A krízisről bővebben lásd pl. Csürke és társai könyvét (Csürke és társai, 2009).

A fentiek következtében nagyon gyakori, hogy a **család segíti az idős személyt az intézmény kiválasztásában**, mert ő maga erre már nem képes, ahogyan ezt már a korábbi részekben bemutattuk. Az intézmény kiválasztásával elindul az igénybevételhez, az intézményi jogviszony létesítéséhez vezető folyamat. Ennek elkerülhetetlen következménye, hogy az idős embernek még a viszonylagos önállóságát is fel kell adnia, az otthonától el kell válnia. A környezetváltozás, az ismeretlentől való félelem, a bizonytalanság érzése stresszt okoz, lelkiileg megterheli az idős személyt. A beköltözés után az idegen lakótársak, a személyzet elfogadása újabbnál újabb kihívást jelentenek, **mely kisebb-nagyobb krízisfolyamatot indít el.**

Az idős ember a korábbi megszokott szerepéből kikerül, új kihívások elé állítja az intézményi lét, „ellátottá” válik, mely élethelyzet komoly **problémafeldolgozó cselekvést kíván.** Sok új dologgal találkozik, olyan szabályok töltik ki az életét, amelyek megalkotásában ő aktívan nem vett részt, dilemmák hadával kell megküzdenie a mindennapi idősotthoni élete során.

III.3. Az intézménybe történő bekerülés lelki folyamata

Három szakaszra oszthatjuk fel az intézményi létet:

- ✓ A megérkezést követő heveny időszak,
- ✓ beilleszkedés,
- ✓ a hosszabb távú intézeti élet periódusa.

– **A heveny időszakban** a lakók többségénél a megérkezést követően destruktív pszichés folyamatok, magatartásváltozások figyelhetők meg pár nap, egy-két hét alatt. Ebben az első szakaszban **kiemelten fontos a mentálhigiénés ellátás** és az alapápolási és gondozási protokoll megfelelő alkalmazása, az intézményben élő **lakók befogadó magatartása**, az új lakó támogató bevezetése az intézményi életbe. Nagyon fontos az első időben a **családdal való jó kapcsolat kialakítása**, az életinterjú elkészítése, az idős személyre való támogató odafigyelés fizikai és mentális területen egyaránt, a megfelelő gondozás.

– **A beilleszkedés időszaka** hosszabb szakaszt, időszakot ölel fel, megfigyeléseink szerint körülbelül három hónapot. Ha ezt sikerült jól feldolgozni, alkalmazkodni a környezethez, az új élethelyzethez, akkor az idős személyek többségénél helyreáll a lelki egyensúly és aktív tagjává válnak a lakóközösségnek. Az első három hónap sikeressége nagy mértékben meghatározza, hogy az idős személy mennyire tud adaptálódni, alkalmazkodni új életviteléhez. A beilleszkedési folyamatban a mentálhigiénés munka különösen hangsúlyos feladat, egyfelől fontos az azonosított krízisek kezelése, másfelől a lakót a beilleszkedési időszakban felmerülő nehézségeiben is segíteni szükséges. A lélektanilag egyébként is megterhelő élethelyzetben érkezett személynél fontos, hogy csökkenteni tudjuk az intézményi étellel kapcsolatos, általa megélt nehézségekből fakadó helyzetek hatásait. Ha ez elmarad, az ilyen helyzetek újabb szorongáshoz vezethetnek, fokozhatják a krízis mértékét. Folyamatosan figyelni szükséges, hogy az azonosított szükségletek megfelelőek-e, kerülni kell az alul- vagy túlgondozást. Az egyén komfortérzete nagy mértékben függ attól, hogy immobilitása, inkontinenciája, iatrogén ártalma, instabilitása és intellektuális hanyatlása hol tart. Az önkiszolgálás legalább részbeni fenntartásához szintén elengedhetetlen a segédeszköz szükséglet azonosítása, amennyiben eddig nem használt ilyen eszközt, annak beszerzése, használatának megtanítása, hogy eddigi aktivitási szintje minimum fenntartható, vagy akár javítható legyen. Ugyanilyen fontos az érzékszervek állapotának, a kognitív képességek ismerete, azok figyelembevételé.

– A sikeres megküzdési, beilleszkedési stratégia eredménye a **hosszabb távú intézeti élet periódusa.** Ha túlvagyunk az első három hónapban lezajló heveny időszakon, megtörtént a lakó által megfogalmazott veszteségekkel, félelmekkel, kételyekkel való szembenézés, a vélt vagy valós problémák oldását

követően a beilleszkedés is sikeresnek mondható. Elérkezünk a hosszabb távú intézeti élet periódusához, ahol kialakul a lakó számára megfelelő napirend, megtalálja társai között azokat, akikkel szívesen tölti szabadidejét és azokat a programokat, amiken szívesen részt vesz. Elérkezik egy olyan nyugalmi állapot, amelyben a kezdeti frusztrációk csökkennek, vagy teljesen elmúlnak, az egyén is törekszik arra, hogy jól érezze magát a lakókörnyezetben. A napi rendszeres tevékenységek, a programokon való részvétel, a szabadidő hasznos eltöltése természetessé válik. Az ellátott egyre kevesebb külső segítséggel is képes a napi tevékenységeit megtervezni, nincs annyi „üresjárat”, bizonytalanságérzet. A szakemberek számára fontos, hogy figyelemmel kísérjék a lakó mindennapi tevékenységeit, biztosítsák számára a védőhálót és a megfelelő mértékű segítséget.

Cél, hogy abban segítsük a lakót, hogy életének ezen szakaszában kiegyensúlyozottan, állapotától függően aktívan töltsse el szabadidejét. Ha szükséges, családi kapcsolatainak rendezésében is kapjon megfelelő segítséget. Ennek eredményeként elindul egy olyan új, sikeres intézményi életforma, amelyben a lakó megtalálja helyét és motivációját a lakóközösségben.

III.4. Mentálhigiénés szükségletek az idősotthoni beköltözést követő első három hónapban

Az idősotthonba való beköltözés pillanatát többnyire megelőzik olyan élethelyzetek, életesemények, amelyek következménye az a döntési folyamat, amelynek eredménye maga az intézményi elhelyezés. Ez a folyamat lehet hosszabb vagy rövidebb, a háttérben jól azonosítható tények vannak, ami ennek a döntésnek a meghozatalát szükségessé tette. Egy olyan sorsfordító élethelyzettel állunk szemben, ami mindenképpen megterhelő lelki folyamattal jár együtt, ami vélhetően a legtöbb esetben, ha csak átmenetileg is, de krízishez vezet. Az alábbiakban megkülönböztetjük – gyakorlati tapasztalataink alapján – az átlagos szükségletű és a demenciával élő lakók mentálhigiénés ellátásának sajátosságait.

A beköltözéskor várható lelki hatásokat **átlagos szükségletű idősök esetén** nagyban befolyásolja a lakó egészségi állapota, családi támogató rendszere, a beköltözést megelőző időszakban történt életesemények sora. Maga a beköltözés ténye önmagában veszteségérzetet von maga után, de ha a lakó kiegyensúlyozott lelkiállapotban érkezik, azaz maga is azonosulni tudott az



intézménybe kerüléssel, akkor a beköltözés ténye kevésbé viseli meg. Sokszor tapasztaljuk, hogy a közösségi élmények, a társak jelenléte pozitív hatással van az idős emberre.

Demenciával élő személyek esetén a térben, időben dezorientált személyeknél kiemelten fontos, hogy az intézmény szakemberei **holisztikus szemlélettel** rendelkezzenek.

Olyan kommunikációt kell alkalmazni a demenciával élő lakóknál, amely szinte egy „külön nyelvezet” az interakció során. Ez tanulható, de előnyt élvez az a szakember, akinek ez készségi szinten rendelkezésére áll. Ezek közé sorolandó az empátiás készség, kreativitás, türelem, mely az ellátott meghallgatására, elfogadására irányul, magasabb szinten, mint az átlagos szükségletű idős ember esetén.

A demenciával élő személlyel való kommunikáció során a szakembernek oly mértékben nyitottnak kell lennie, hogy ne ragaszkodjon ahhoz a térhez és időhöz, amely az ő valósága, hanem képes legyen könnyedén átlépni egy másik dimenzióba, mely a lakó valóságát jelenti. Itt lép be az elengedhetetlen kreativitás, mely segítségével az „itt és most”-ban azonnal kell reagálni. Mindezt higgadtan, megnyugtató, együttérző, elfogadó magatartást közvetítve.

A legfontosabb cél, hogy a demenciával élő személyben megteremtődjön a belső béke. Mindezzel a tudással felvértezve és nem utolsó sorban az intuíciókra támaszkodva lehet vizsgálni, felmérni és monitorozni a beköltözéskor várható lelki hatásokat, demenciával élő személy esetén. Irányadó a demencia súlyosságának meghatározása is, a felállított diagnózis fontossága, de nem kizárólagossága. Ez jelen esetben annyit jelent, hogy nagyon fontos a szubjektív, holisztikus megközelítés, mely olykor túlmutat a diagnózison. **Az ellátott méltóságának, partnerségének szem előtt tartása a legfontosabb.** Szorongásának, félelmének megértése és átérése. Lehetőséget kell biztosítani arra, hogy mindezt kifejezésre juttassa, a rendelkezésére álló bármely kommunikációs csatornán, akár verbális, akár nonverbális úton. Partnerként legyen jelen a segítő, a demenciával élő személy kapjon elég időt az önkifejezésre.

A lakónál az első reakció lehet a sokk, a düh, az ingerültség, a tagadás, majd a félelem és a szomorúság, akár a depresszió is megjelenhet. Fontos, hogy a lakónak a felsorolt érzelmi megnyilvánulásokat ne kelljen elnyomnia, és senki ne bagatellizálja azokat. A szakember feladata, hogy folyamatosan éreztesse és közölje a beteggel, hogy a nehézség ellenére nincs egyedül, nem marad magára. Fontos megőrizni a beteg önállóságát, önkiszolgáló képességét, amíg csak lehet. A gondozás kapcsán a lakó erősségeire kell helyezni a hangsúlyt, nem pedig gyengeségeire.

Mind az átlagos, mind a demenciával élő lakóknál az **alábbi szempontok elengedhetetlenek a beköltözési krízis áthidalásához:**

- **Személyközpontú gondozást** kell megvalósítani, melynek főbb jellemzői az **empátia**, a beleérző képesség, hogy megpróbáljuk megérteni az ellátott világát úgy, ahogy ő éli meg, az ő szemüvegén keresztül.
- **Partnerség, feltétel nélküli elfogadás**, vagyis nem próbáljuk valami általunk elképzelt ideál vagy megoldás felé eltolni a személyt, nem szabad belekényszeríteni sem intellektuális, sem fizikai téren a mi elképzelésünkbe. Például, ha nem szeretne aznap gyógytornászhoz menni, kis rábeszélés után sem, akkor ne kényszerítsük. Nyilván nincsenek receptek, előbb-utóbb minden idősnél fogjuk tudni, hol a határ, mennyire lehet irányítani, mi az a „kulcs”, ami mégis hívószó lehet.
- **Kongruencia**, hitelesség, hogy érezze az ellátott, nemcsak azért mondunk, teszünk dolgokat, mert ez a feladatunk, hanem azt érezze, hogy egész lényünkkel érte vagyunk, jobblétét kívánjuk biztosítani.

III.5. A beköltözési krízist befolyásoló tényezők

Az **átlagos szükségletű idős emberek** ideális esetben egy- vagy kétszemélyes szobába, vagy önálló apartmanba költöznek. Ez az elhelyezés hasonlít talán a legjobban a saját otthonhoz. Nekik módjukban van megtervezni új lakókörnyezetüket, s bár a hely nyilván szűkös, de kisebb bútorait, fotelt, szőnyeget, apróbb tárgyakat, képeket hozhatnak magukkal. Így könnyebb elvarrni az otthoni szálakat – ez mentális szempontból fontos –, elbúcsúznak a háziórvostól, fodrásztól stb. és új életet kezdenek. Nagy lendülettel érkeznek, és ez ki is tart pár hétig, akkor realizálódik, hogy nem minden olyan, mint otthon volt.

Az intézeti élet megszokását, elfogadását nehezítheti a többágyas szobában való elhelyezés, ahol a beköltöző egy, két, vagy esetleg három ismeretlen emberrel kényszerül egy légtérben lakni. Az étkezés

napi ritmusa, a megszokott ételek, ízek változása, az orvos érkezése, a gyógyszerelés új rendje, a tisztálkodási szabályok, a felkelés és lefekvés időpontjának változása, mind-mind új helyzetek. Nehézségeket okozhat még az ismerősökkel, rokonokkal, barátokkal, családtagokkal való kapcsolattartás ritkulása, esetleg megszűnése is. Ezek akár pszichoszomatikus tünetekhez is vezethetnek, mint vérnyomásproblémák, emésztési zavarok. Ilyenkor fontos az állandó információcsere a lakó és szakszemélyzet között, hogy közösen átvezessük az idős személyt ezen a nehéz életszakaszon.

Demenciával élő személyek esetén – akik sok esetben térben-időben dezorientáltak – fokozott nehézséget jelent az ismeretlen környezet, a megszokott élettér elhagyása, a szeretett személyek hiánya (családtagok, szomszédok, háziorvos stb.), a körülmények megváltozása. Mindezek gátolják a beilleszkedést, és krízishelyzet kialakulásához vezethetnek.

Mi tehetünk mi?

Először is biztonságos, meleg, barátságos környezetet kell teremtenünk. Mivel a demenciával élők-nél a rövid távú memória sérül először, ezért igyekezzünk segíteni felidézni az ellátottak régi emlékeit. Hívószóvá válhat egy tárgy, egy zene, egy illat, vagy közösségben felolvasott novella utáni beszélgetés. Egyéni beszélgetés esetén az úgynevezett „emlékdoboz”, régi tárgyak ürügyén előhívhatók emlékek, amelyekről könnyebb beszélgetni. Az érzékelés, észlelés dominál a verbalitás mellett. A tapintás, színek, illatok megnyithatják az emlékezés kapuit. Az állatok közelsége, terápiás kutya, akvárium, cica is pezsdítőleg hat az idős személyre, ahogy a természetben történő séta, virágok, cseresznyeszedés, virágöntözés is. A friss levegő jótékony hatással van az ellátottakra.

Demenciával élők-nél nem tekinthetünk el attól a ténytől, hogy érzelmileg bizonytalanságban vannak, összezavarodott az életük, a biztos pontok, „mankók”, amelyek alapján, illetve segítségével teltek a napok, az intézményi élettel megváltoznak. Ennek ellenére tapasztalatunk alapján – bár a beköltözés krízisfolyamattal jár, amelyet fel kell dolgozni – ezt követően mentálisan és fizikailag is gazdagabb, motiváltabb életet élhetnek az idősek a célzott terápiás munka által, mint saját otthonukban, ahol napközben nagyon sokan egyedül voltak.

Átlagos szükségletű személyek esetén a beköltözési időszakhoz elsődleges segítséget ad az előgondozás és az első találkozás az intézményben. Sajnos nagyon gyakori, hogy a kérelem és a bekerülés között hosszú idő telik el, az előgondozás a legtöbb esetben is csak egy jó támpontként szolgálhat, amelyben a legfontosabb tényszerű adatok már rögzítésre kerültek. Meg kell győződni arról, hogy a közben eltelt időben mi az, ami még az előgondozás alapján releváns adat. Az **előgondozás** fontosságáról már szó volt az előző fejezetekben, de itt a krízishelyzet kezelésénél ismét fókuszba kerül. Kiemelten fontos az előgondozás alkalmával történő tájékoztatás, alapos tájékozódás. Ugyanis, ha pontosan tudja az ellátást igénylő, hogy mit vár/várhat az intézménytől, azzal a krízist is csökkentő. Így jól meg kell szervezni az intézmény bemutatását, az intézményi szokásokról való tájékoztatást,



átbeszélni a házirendet, fizetési feltételeket stb., ahogyan azt már az előzőekben bemutatottuk. Sok esetben tapasztaljuk, hogy a család is rosszul éli meg a szeretett személy távozását a saját családjából, melynek következtében indokolatlanul kritikussá válnak, a saját frusztrációikat vetítik ki az idősothonban dolgozókra, mely nem kis kihívást jelent a szakemberek számára.

A beköltözés folyamatában jó, ha van egy személy az otthonban dolgozók közül, aki segít a bútorok és a lakó számára kedves tárgyak elhelyezésében, ennek természetesen pozitív hozzáadéka az ismerkedés is. Az együtt töltött idő alatt sok mindenről beszélgethetünk, a beköltöző hobbijairól, életviteléről, az intézményi napirendről, közösségi programokról, szabályokról. Az első benyomás nagyon fontos, amit már többször hangsúlyoztunk.

Mentálhigiénés módszerek a beköltözést követő időszakban

- ✓ Segítő beszélgetés, amikor elmondja a lakó, hogyan éli meg a beköltözést, milyen kapcsolatrendszere van.
- ✓ Játékos feladatok, mint például a labdajáték: labdapasszolás közben tegyünk fel kérdéseket, pl. honnan származik, mi a hobija, hány gyermeke/unokája van, mi volt a foglalkozása, így játék közben ismerkedik a többiekkel, és közös tevékenységekre is fény derülhet.
- ✓ Kisebb célokat kell felállítani, tervet kell készíteni, melyben apró lépésekkel segítjük az ellátott beilleszkedését.

Demenciával élő személy esetén az intézménybe való beköltözéskor minden esetben törekedni kell az „ismerős környezet” létrehozására. A demenciával élő személy otthonából hozott kisebb bútorok, pl. éjjeli szekrény, családi fotók segítik a kezdeti nehéz heteket. A szakember kérjen a családtól egy fotóalbumot, melyben az idős ember életének fontos és emlékezetes pillanatai szerepelnek. Gyermekkor, iskolai évek, érettségi tabló, házasságkötés, gyermekeinek, unokáinak fotói, a családi autó, nyaralások helyszínei, közös ünnepek, születésnapok, karácsonyok. Szerepeljenek praktikus információk is, akár az étkezési szokásokra vonatkozólag. Mit szeret, és mi az az étel, amit biztosan elutasít a lakó. Az ápoló-gondozó személyzet felkészültsége ne csak a fizikális, hanem a mentális jóllét megteremtésére is irányuljon. Az élettörténet megismerését követően számos kreatív ötlet bevezethető a kialakult krízishelyzetben. Ilyen lehet a lakó kedvenc zenéjének lejátszása, számára kedves költők verseinek olvasása, vagy részletek kedvenc regényéből. Egyszerű mentális gyakorlatok elvégzése, történetmesélés, elképzelési gyakorlatok természeti képekkel (pl. narciszmező, havas táj, vagy éppen nyíló hóvirág). A lehetőségeknek, melyek mind a krízishelyzetet hivatottak enyhíteni, csupán a szakember fantáziája szab határt.

III.6. Hozzátartozók támogatása a beköltözést követően

A hozzátartozók viszonyulása az idős hozzátartozójuk intézménybe való beköltözéséhez a tapasztalatok szerint nagyon eltérő. Jellemzően elmondható, hogy a jelentkezők túlnyomó többsége magát az igénybevételi eljárást is a hozzátartozókkal együtt hajtja végre, így az intézménynek már a kérelem beadásának pillanatában van/lehet arról egy kialakított képe, benyomása, hogy mennyire erősek, illetve mennyire jók a családon belüli viszonyok.

A beköltözést követő hetekben a kapcsolatfenntartás minősége elsősorban attól függ, hogy milyen fizikai távolságra kerülnek egymástól a család és az ellátott, milyen minőségű volt eddig a kapcsolatuk. Többnyire elmondható, hogy az első napokban, első hetekben a hozzátartozók többsége erős jelenléttel van jelen a folyamatban. Annak a lelki terhe, hogy a beköltözés hogyan sikerül, hogy jól választottak-e intézményt, vagy ha nem ők választottak, jó helyre kerül-e családtagjuk, rájuk is kihat.

Azt tapasztaljuk, hogy noha egyfelől nagy a megkönnyebbülés, hogy sikerült az idős személyt biztonságba helyezni, mégis megjelenik a hozzátartozók többségében a túlzott aggodalom, lelkiismeret-furdalás. Ennek oka, hogy ilyenkor végleg megváltoznak a családon belüli státuszok, sokan a gyermek szerepből ilyenkor válnak gondoskodó féllé és ez a „szerepcsere” gyakran megviseli őket is. Tulajdonképpen a beköltözés pillanata egyben a családi funkcióváltás időszaka is, ez az első élethelyzet, amikor az idős személy kerül kiszolgáltatottabb helyzetbe.

Ez az új élethelyzet többféle reakciót válthat ki a hozzátartozókból:

- folyamatos jelenlét iránti igényét, amikor is mindenről tudni akar, irányítani akarja (még) a szakmai munkát (is),
- folyamatos jelenlétet, amely állandó aggodásként jelentkezik,
- leginkább telefonos kapcsolattartás történik, a beköltöző panaszait a távolból próbálja megoldani,
- a személyzettel telefonos kapcsolattartás, olykor számonkérő magatartással,
- kevesebb, de annál intenzívebb (személyes vagy telefonos) jelenlét, kompenzáló magatartás,
- heti 1-2 személyes alkalom, minőségi idő eltöltése a beköltözővel, ahol a fókusz egymáson van.

A fentiek alapján jól látható, hogy a beköltözés, a beköltözést követő időszak, azaz a beilleszkedés időszaka a hozzátartozóknak épp úgy új élethelyzet, új tapasztalás, aminek lelki hatásai nem csak a beköltözőt, hanem őket is erősen érintik. Jó esetben a félelmek egy részére már a beköltözést megelőző jelentkezési időben fény derül. Fontos, hogy az akkor felmerülő kérdésekre már ott megkapják a válaszokat. Ha a beköltözés mindkét fél részéről kényszerhelyzet, úgy nagy az esélye a beköltözési krízis elhatalmasodásának.

A hozzátartozók félelmei befolyásolhatják a beilleszkedés sikerességét, ezért az első pár hétben a velük való egyeztetés, kapcsolattartás elengedhetetlen, kiemelten fontos még akkor is, ha az erre való szakember-kapacitás igen kevés. A kapcsolattartás intenzitása persze minden esetben eltérő igény alapján történik, de a félelmek, kételyek eloszlatása csak folyamatos, megfelelő információramlással csökkenthető.

A személyes visszajelzéseken túlmenően javasolt az email-es, telefonos kapcsolattartás minimum heti egy-két alkalommal a kezdeti időszakban, a későbbiekben ennek mértéke csökkenthető. Nyílt napokkal, családi programokkal a hozzátartozó is kompetensebbé válhat az intézményi élet tekintetében. A programokról való fényképes beszámolókkal, a honlapon, közösségi portálokon való folyamatos jelenléttel – adatvédelmi szempontokat figyelembe véve –, akár zárt Facebook-csoport létrehozásával ma már könnyebben tudunk aktuális intézményi élethelyzeteket publikálni hozzátartozói csoportok felé.

Megfigyelésünk szerint, ahol közvetlen lezármasítottja nincs a lakónak, csak oldalági rokoni kapcsolatokkal rendelkezik, azokban az esetekben kisebb az esélye a krízismátrixnak. Ennek oka vélhetően az, hogy sokkal inkább önálló, családi hatástól mentes a meghozott döntés a gyermek nélküli idős személy esetén, ha átlagos állapotú. Ez esetben az érintett minden bizonnyal időben, nem az állapotromlást követően kezd el arról gondolkodni, hogy mi lesz vele idős korában, és annak gondolata, hogy egyszer majd nem maradhat egyedül, már korábban, gyakrabban felmerült.

A hozzátartozók bevonása, kompetenssé tétele, legyen szó közeli vagy távoli rokonról, összeségében segíti a beköltöző beilleszkedését az intézményi életbe. A látogatások, telefonos kapcsolattartás mellett, amennyiben az érintett személy állapota megengedi, érdemes támogatni, hogy a lakó a rokonsággal intézményen kívüli programra is elhagyja az intézményt, a családi

kapcsolatok fenntartása miatt. Ez növelheti a lakó komfortérzetét és csökkentheti mindkét fél veszteségérzetét is.

Összeségében elmondható, legyen szó átlagos szükségletű vagy demenciával élő lakó beköltözéséről, hogy mind az egyén, mind a hozzátartozók számára az intézménybe költözés sorsfordító esemény, amely kisebb vagy nagyobb krízist eredményez az érintett család számára, ami számos rizikót tartalmazhat abban az esetben, ha a kockázatot jelentő tényezők azonosítása, annak kezelése nem történik meg.

Sok múlik a fogadó intézményen, az empátikus, biztonságos légkör kialakításán, megfelelő napi-renddel való aktivitási szint megteremtésén, melyek mind feltételei a beköltöző személy fizikai és mentális jólléte biztosításának, ami segít oldani a természetes beköltözési krízis folyamatát, és bevezeti a lakót az intézményi közösségi életbe, mely nyugtatólag hat a család tagjaira is.

IV. Idősek otthonába beköltözés utáni időszak gondozási-ápolási feladata

A beköltözési krízis folyamatának mielőbbi feldolgozásában kiemelkedő szerepe van a mentálhigiénés ellátás mellett az alapápolás és gondozás folyamatának, amelyben a lakó testi egészségének megőrzése, erősítése céljából a szükségletének megfelelő ellátást kapja.

A személyközpontú szolgáltatás kialakításához **meg kell ismernünk az idős személy egészségi állapotát, biológiai, pszichológiai és spirituális szükségleteit, ismernünk kell továbbá az őt körülvevő természetes támogató környezetet, az emberi és szociális kapcsolatrendszerét.** Az előgondozás során szerzett tapasztalatok mindezt megalapozzák. Az előgondozáshoz szervesen kapcsolódó **gondozásiszükséglet-felméréskor** pontos képet kapunk az idős ember egészségi állapotáról, fizikai,

szociális és mentális – ezen belül spirituális – szükségleteiről még akkor is, ha a konkrét gondozásiszükséglet-vizsgálat a gondozási szükségletet meghatározó egyéb körülmények fennállása okán nem kerül elvégzésre. A gondozási szükséglet felmérése során – az intézményi elhelyezés indokoltságán túl – választ kapunk arra, hogy az egyes funkciók és tevékenységek végzésében, gyakorlásában az egyén mennyire tud önálló lenni. A beköltözést követő első hónap során az idős személy megismerésével, az intézményben töltött mindennapok ritmusának a kialakításával ezek a szükségletek pontosításra kerülnek, és konkrétan megfogalmazhatóvá válik, hogy milyen szintű beavatkozást igényel az idős ember támogatása, továbbá a feltárt szükségletek alapján meghatározható, hogy az intézmény milyen választ tud adni az ellátás során, kivel milyen módon, formában, gyakorisággal tudja kielégíteni a felmerülő támogatási, alapápolási-gondozási igényt.

Ezekben a kérdésekben az intézmény szakembergárdája – az adott személy egészségügyi ellátásáért, ápolásáért, gondozásáért és mentálhigiénés ellátásáért felelős team tagjai – és az igénylő közösen hozzák meg a döntést, amit az egyéni gondozási tervben rögzítenek az ellátás első hónapjában.

Ebben a fejezetben ezt a folyamatot mutatjuk be.

IV.1. Alapápolás-gondozás

Az idősek otthonában végzett személyközpontú szolgáltatásnyújtás, ezen belül az **alapápolási-gondozási feladat** az igénybevevő és a lakóközösség támogatását biztosító rendszer egyik legfontosabb és legmeghatározóbb része. A rendszer működése és működtetése magába foglalja a szakmai és tudományos módszerek alkalmazását, az igénybevevő és a lakóközösség ápolási és egészségügyi szükségleteinek meghatározását, egyéni szükségletek kielégítésének tervezését, az ápolási-gondozási tevékenység szervezését, megvalósítását és az eredmények értékelését, a rendszer fejlesztését és folyamatos szakmai megújítását. Az alapápolást biztosító egészségügyi ellátás részeként, az intézményi jogviszony létrejöttét követő időszak egyik legfontosabb feladata a személyes szükségletek kielégítését priorizáló szolgáltatásnyújtás kialakítása.

A **gondozó-ápoló** személyzet az **intézmény orvosával** és az ellátásban közvetlenül részt vevő szakemberekkel együtt közösen határozza meg az egyéni gondozási tervben az elérendő célokat



és prioritásokat. A személyre szóló szolgáltatás kialakítása érdekében a tervezés, a megvalósítás és az értékelés folyamatába az igénybevevőt és a hozzátartozókat is be kell vonni, ugyanis az ápolás és gondozás eredményességét a szolgáltató professzionalizmusán túl a jó együttműködés, egymás



megértése és elfogadása is elősegíti. Az egészségügyi ellátásban megszokott hagyományos orvos-beteg kapcsolat helyét sok tekintetben az ápoló/gondozó-igénybevevő/lakó kapcsolata veszi át az idősellátásban, ami közvetlenebb és hosszútávra szól.

A férőhely elfoglalásakor legtöbbször az ápoló/gondozó találkozik az intézményben az idős személlyel, majd a gondozói team további szakemberei, mint orvos, terápiás munkatárs, szociális munkatárs, dietetikus, gyógytornász stb. is bekapcsolódnak az ellátásba.

A gondozás-ápolás egy dinamikus folyamat, ebben a folyamatban az igénybevevő oldaláról felmerülő kielégítetlen szükséglet hiányállapotot hoz létre. A gondozási-ápolási folyamatban ennek a hiányállapotnak a megszüntetése történik.

Idősotthonba történő bekerüléskor meg kell ismerni az igénybevevő szükségletét, felmérni, hogy miben igényel támogatást. A kielégítetlen szükségletek gátolhatják a személyiséget az aktivitásban, társaskapcsolatok kialakításában, megnehezítve a közösségbe történő beilleszkedést.

A mentális (pl. demenciával) vagy pszichés (pl. depresszió, szorongás) problémával nem küzdő lakónál ez viszonylag könnyebb feladat, hiszen ki tudja fejezni magát, meg tudja határozni az érzéseit, meg tudja fogalmazni az aggodalmát, sőt elmondja, miben kér segítséget. Az intézményi élet első pár hetében a kapcsolat kialakításának szempontjából döntő fontosságú a szakemberek magatartása, ami javíthatja, de ronthatja is az együttműködést, ha nem tudják a lakó szimpátiáját és bizalmát elnyerni. Egy demenciával élő lakó esetében ez nehezebb feladat, ugyanakkor elmondható, hogy a testi szükségletek felismerése mindkét esetben könnyebb, mint a pszichés és szociális szükségleteké.

IV.2. Segítségnyújtás

A **segítségnyújtás mértékét**, terjedelmét, gyakoriságát és formáját minden esetben a segítséget igénylő idős személy testi, lelki és szociális állapota határozza meg, azonban az ápolást és a gondozást az orvos által meghatározott iránymutatás alapján, az orvos által felvett státusszal összhangban kell megszervezni. A funkcióképesség felmérésekor figyelemmel kell lenni a krónikus betegségekre, melyeket a külső körülmények is befolyásolhatnak. Ezért is fontos a gondozás mértékének pontos meghatározása, kivéve ezzel a túlgondozást, amikor a gondozott lakó körül olyan tevékenységeket is elvégzünk, amelyekre önmaga is képes lenne. Ennek negatív következménye az önállóság elvesztése, a feleslegessé válás érzésének kialakulása, a függőség érzésének erősödése. Elkerülendő az alulgondozás is, amikor a gondozott nem kapja meg az állapotához képest szükséges mértékű segítséget, mert ennek következménye a környezeti és személyi higiéniáigényének visszafejlődése, az izoláció erősödése, betegségek kialakulása.

IV.3. Gondozás

Figyelembe kell venni a **gondozás szükséges mértékét (terjedelmét)**, hiszen a beköltözésnél ez meghatározza, hogy az adott személyt mely **gondozási egységben helyezzük el** az intézményen belül. Ezért a fokozott, magasabb támogatási szükséglettel rendelkező személyek kerülnek az intenzívebb gondozást igénylők gondozási egységébe, ők önmaguk ellátására részben sem képesek, esetükben minden olyan tevékenységet a gondozó/ápoló végez, ami az életminőség fenntartásához

elengedhetetlen. Ide tartoznak a középsúlyos vagy súlyos demenciával élő – a nap folyamán jellemzően ágy körül tartózkodó – és a teljes mértékben ágyhoz kötött idős személyek, akiknek az ellátása a nap során folyamatos odafigyelést és gyakori támogatást igényel a gondozók/ápolók részéről. Az önmagukat részben ellátni képes személyek kerülnek egy újabb gondozási egységbe, akik bizonyos tevékenységek elvégzéséhez kérnek segítséget. Ők az átlagos szükségletű vagy az enyhe demenciával élő idősök.

Maga az alapápolási folyamat egy problémamegoldó folyamat, ami magába foglalja az idős személy és a gondozó között megvalósuló interakciókat, az orvosi státuszon és az állapotfelmérésen alapuló alapápolási stratégiát, az ápolási folyamatban hozott döntéseket, valamint magába foglalja a gondozási tevékenység hatékonyságának az értékelését és az eredmények megállapítását is.

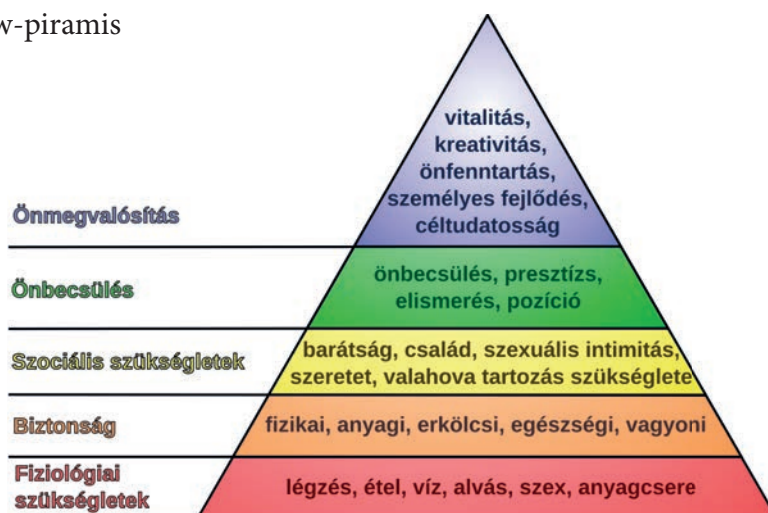
A gondozási-alapápolási folyamat **négy, egymástól jól elkülönülő, egymásra épülő részből áll:**

- ✓ szükséglet megállapítása,
- ✓ tervezés,
- ✓ ápolási-gondozási terv végrehajtása,
- ✓ értékelés, visszacsatolás.

IV.4. Szükségletek

Természetesen minden élőlénynek vannak szükségletei, vagyis igényei, amelyek kielégítésre szorulnak. A személy szükségleteit jól definiálja a **Maslow-i elmélet** az alábbiak szerint.

1. ábra A Maslow-piramis



(Forrás: <https://hu.wikipedia.org/wiki/Maslow-piramis>)

Az idősök otthonában az alapápolási tevékenység egy speciális feladat végrehajtása az ápológondozó részéről. Célja az ellátott segítése – akár beteg, akár egészséges – azoknak a tevékenységeknek az elvégzésében, amelyek hozzájárulnak egészsége megtartásához (vagy az elhalálozás minél békésebbé tételéhez), és amelyeket segítség nélkül végezne, ha rendelkezne az ahhoz szükséges erővel, tudással és akarattal. Fontos, hogy ezt oly módon tegye a személyzet, hogy segítse az ellátottat önállósága megtartásában, ameddig csak lehetséges.

Amennyiben elfogadjuk, hogy az érintett személy (lakó) szükséglete az első és legfontosabb lépcsője az alapápolási-gondozási folyamatnak, úgy elengedhetetlen a személyiség individuális struktúrájának, ezen belül a szükségletek fogalmának, szintjeinek ismerete a fentiek szerint.

Mindenképpen abból kell kiindulni, hogy **az ember bio-pszicho-szociális lény**, ahogyan a fejezet bevezetőjében már megfogalmazásra került. Ezen komplexitás mentén a munkánkat több módon szervezhetjük. Az egyik ilyen lehetőség a Maslow-i szükségletpiramis mentén történő munkaszervezés.

Az alapápolási-gondozási tevékenység szorosan kapcsolódik a **fiziológiai szükségletek** kielégítéséhez. A fiziológiai szükségletek kielégítését biztosítja a **mennyiségileg és minőségileg megfelelő folyadék és táplálék biztosítása**, a kiválasztási élettani folyamatok, a komfortérzés, a pihenés és az alvás. Következő meghatározó lépcsőfok a **biztonság szükséglete**, mely magába foglalja a fizikai védetség, a mechanikus sérülések kivédését, a pszichológiai-érzelmi védetséget, továbbá a fertőzésekkel, ártalmakkal szembeni védelmet. Átlagos szükségletű idős személy esetén az intézményben kialakított lakókörnyezet és a megfelelő szobatársak megválasztása biztonságot nyújthat a beköltözés során és a bentlakás időszaka alatt. A biztonság érzését erősíti a helyismeret mielőbbi kialakítása, a házirendben foglaltaknak már az előgondozás során való megismerése és ennek elmélyítése a beköltözésnél.



Ágyban fekvő beteg esetén szintén fontos a biztonságos környezet megválasztása, kialakítása, az ágy elektromos mobilizálhatóságának lehetősége, szükség esetén megfelelő oldalrács alkalmazása a leesés elkerülése céljából. A biztonságos kiültetés rendszerének kialakítása, megfelelő kerekesszék, fotel, és szükség szerint az abban történő – a szakmai szabályoknak megfelelő – biztonságos rögzítés a megfelelő segédeszközzel. Ezenkívül fontos a lakó ingerdús környezetben történő elhelyezése, a napi elfoglaltság megszervezése mentálhigiénés munkatársak segítségével, zenehallgatás, filmnézés, hangoskönyv hallgatás, egyéni beszélgetés – ez mind erősíti annak megélését, hogy „Jó helyen, tehát biztonságban vagyok!”

Demenciával élő lakók esetén a biztonságos környezet kialakításához hozzájárul a tágas, akadálymentes külső és belső környezet, ahogyan ez már bemutatásra került.

A **szeretet és valakihez való tartozás**, mint szociális szükséglet esetében különösen fontos a család, rokonok megléte és a társ iránti igény, nagy a kapcsolatteremtés jelentősége. Ez az idősotthonba történő beköltözés után szintén egy figyelembe veendő szükségletegyüttes, hiszen abban az átlagos szükségletű idős személyben is, aki fel tudja mérni a változás ok-okozati összefüggéseit és következményeit, feszültséget kelt egy új közösségbe történő belépés, a hely megismerése, felfedezése, a lakótársakkal történő ismerkedés, a napirend elfogadása stb.

Önbecsülés, bizalom iránti szükséglet kielégítése kapcsán a gondozó-ápolónak mielőbb el kell nyernie a lakó bizalmát. Az idős ember, kiemelten az ágyban fekvő ellátott esetében az önértékelés sérülhet, hiszen a társadalomban elfoglalt helye, betöltött szerepe radikálisan megváltozott azzal, hogy megöregedett, önellátásra képtelenné vált, kiszolgáltatott lett. Ebben az esetben a gondozók-ápolók mellett a mentálhigiénés munkatársak szerepe is meghatározó. Minden embernél, de fokozottan a demenciával élő időseknél fontos, hogy **az ellátott emberi méltóságát minden körülmények között szem előtt tartsa a segítőszemélyzet, hogy teljes értékű személyként kezeljék, aki mögött egy teljes életút áll, mely tiszteletre méltó mindenki számára.**

Önmegvalósítás szükségleténél az alkotási vágy, a foglalkozás, az ellátottban rejlő képességek előhívása, megmutatása, színtentartása emelendő ki. A gondozás-ápolás során cél a minél magasabb rendű szükségletek kielégítése. Ennek a szükségleti szintnek a kielégítésénél középpontba kerülnek a mentálhigiénés foglalkozások mind egyéni, mind közösségi szinten, hogy az idős átlagos

szükségletű vagy demenciával élő személy képességeinek megfelelően alkothasson pl. egy vers elmondása, éneklés, ülőtánc, közös játékokban való részvétel stb. formájában, de a spirituális szükségletre is figyelni kell, amennyiben a személy számára ez fontos, pl. szentmisén, istentiszteleten való részvétel biztosításával.

IV.5. Az inkontinencia-termékek alkalmazásának protokollja

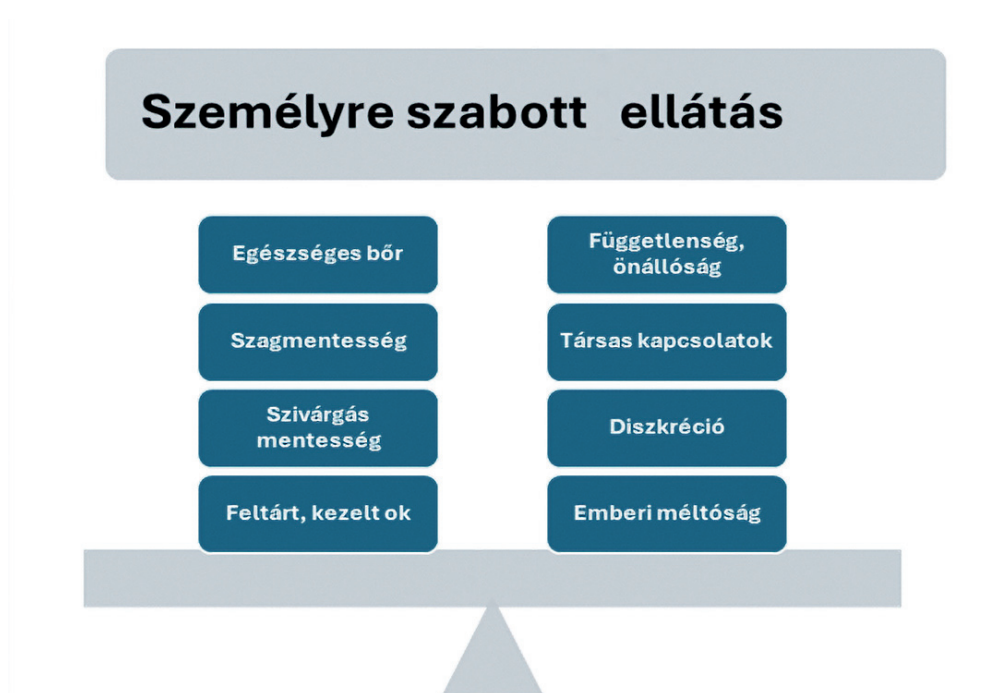
Amint a bevezetőben olvasható, e szakmai ajánlás célja, hogy segítse a szakembereket az idős ember intézményi életbe való beilleszkedésében, a beköltözési krízis minimalizálásában. Tapasztalatunk alapján kiemelten fontosnak ítéljük, hogy az inkontinencia-termékek használatáról is ejtsünk szót, felhívva a figyelmet arra, hogy kizárólag **indokolt esetben alkalmazzuk ezeket**.

Az inkontinencia jelentése, hogy a beteg képtelen akaratlagosan tartani a vizeletét és/vagy a székletét, és az spontán elfolyik, ürül. Elveszik a vizelet-székletürítés feletti kontrollt. Utóbbi önmagában nem, csak vizelet-inkontinenciával együtt fordul elő.

Az Egészségügyi Szakmai Kollégium által kiadott egészségügyi szakmai irányelv, az „A felnőttkorban előforduló, nem neurogén eredetű vizeletinkontinenciáról” című dokumentum az inkontinencia átlagos előfordulását a különböző nemzetközi statisztikákra hivatkozva a nőknél 4,6-58,5%, férfiaknál 1,6-24% között adja meg. Hozzáteve ehhez azt, hogy kortól és nemtől függetlenül az inkontinencia előfordulási gyakorisága kórházakban, illetve idősotthonokban 22-90% (átlag: 55,7% ± 25,13%). Az inkontinencia súlyosságát leginkább a vizeletvesztések száma és mértéke határozza meg elsősorban, de ettől lényegesebb szempont, hogy az idős vagy idősödő ember miként éli meg a kialakult helyzetet, és képes-e megküzdeni a tünetekkel a hétköznapi életben (Egészségügyi Szakmai Kollégium, 2020.).

A megfelelő életminőséget biztosító tüneti kezelés szempontjából kiemelt jelentősége van az ellátott mindenkori szükségleteihez, adottságaihoz alkalmazkodó, megfelelő nedvszívó kapacitású, méretű és típusú inkontinencia nedvszívóeszközök helyes megválasztásának. Továbbá a használat betanítása és helyes alkalmazása, visszaellenőrzése a tünetmentesítés előfeltétele.

2. ábra A személyre szabott ellátás összetevőinek egyensúlya inkontinencia esetén



Forrás: saját szerkesztés

A jó közérzet alapfeltétele a személyi higiénia megléte, a test tisztasága, ami egy egészséges ember számára nem okoz gondot, de egy idős ellátott számára, aki mentális vagy egészségi állapota miatt részben vagy egészben ápolója-gondozója segítségére szorul, már nem természetes szükségletkielégítés. A vizelet- és székletürítéshez megfelelő körülményeket kell biztosítanunk, ügyelve az emberi méltóság védelmére.

A **holisztikus inkontinencia-ellátás** nemcsak az ellátott vizeletének vagy székletének felfogására adott megoldásokra korlátozódik. A teljes inkontinencia-ápolásnak része a fokozott veszélynek kitett **bőrfelület gondozása**. Az inkontinenciától szenvedő emberek bőre különleges bánásmódot igényel mind a tisztálkodás, mind az alapápolás terén. A legtöbb érintett személy az idősebb korosztályba tartozik, náluk a bőr regenerációs képessége már gyengébb.

Nyugat-Európa néhány országában jelenleg kipróbálás alatt van egy dániai inkontinencia-terméket gyártó cég által piacra küldött **okospelenka** termék. Nem egy tömegtermékről van egyelőre szó,



de **innovatív kezdeményezés** a betegellátás területén. A pelenka elülső derékrészében egy chip van rögzítve, melynek használatához okostelefonos applikációra és számítógépes szoftverre van szükség. A szoftver jelzi a felhőbe felküldött jelek alapján a szakszemélyzetnek színkódok szerint, hogy hány perc múlva kell a pelenkát cserélni. Az eredmény időmegtakarítás, közel egyharmaddal kevesebb hulladék, csökkent bőrirritáció. A mindannyiunk számára ismert ellátotti létszámnövekedés és a fokozódó szakszemélyzethiányra is egyfajta jövőbe mutató megoldás csak úgy, mint az **okospohár**. Ez a segédeszköz folyamatosan ellenőrzi az idős személy folyadékbevitelét és adatokat küld a gondozó személyzetnek, hasonlóan, mint az okospelenka esetében. A pohárban beépített SIM kártya van. Ez az eszköz kiváltja a kézi adminisztrációt, mely által a felszabadult időt a minőségi ellátásra lehet fordítani.

Dániában úgynevezett **inkontinencia nővérek** vannak jelen az ellátórendszerben, akik diplomás ápolók. Nem egyetlen intézmény

alkalmazottjai, hanem egy régióéi, és abba az intézménybe delegálják őket, ahol szükség van a speciális tudásukra az inkontinencia-termékek alkalmazása kapcsán.

A dániai idősek otthonaiban nagy hangsúlyt fektetnek az állapotfelmérésre, az orvossal történő kommunikációra, hogy ténylegesen szükséges-e az inkontinencia-termék alkalmazása, vagy csak tünetről van szó, ahol az okot kell megszüntetni. Akcióterv készül az alábbi szempontok alapján:

- Vizelet laboratóriumi vizsgálata. Amennyiben pozitív az eredmény, megfelelő célzott terápia alkalmazása a fertőzés megszüntetésére.
- Folyadékbevitel növelése (lsd. okospohár), az elfogyasztott mennyiség rögzítése.
- Túlsúly kezelése megfelelő diétával, mozgással.
- Környezeti tényezők normalizálása (pl. jól megközelíthető, megfelelő magasságú, kapaszkodóval ellátott illemhelyek stb.)
- Illemhely használatára motiválása a lakónak, elkísérése adott időpontokban.

Fenti tapasztalatainkat egy dániai szakmai úton szereztük, mely biztosan sok hazai intézményben is hasonló, de ennek fontosságát szeretnénk kiemelni.

IV.6. Mire kell figyelni a beköltözés első időszakában?

Felmerülhet a kérdés, hogy az inkontinencia miért kapott hangsúlyt a beköltözési krízist bemutató szakmai ajánlásban?

Tapasztalataink alapján, sok esetben a szorongó – kiemelten a demenciával élő – idős személy fiziológiás szükséglete megváltozik a beköltözés idején, nehezen tartja a vizeletét, ezért inkontinencia-termékeket alkalmaz a szociális intézmény annál a lakónál, akinek saját otthonában erre még nem volt szüksége. Ugyanakkor ebben az esetben nem feltétlenül ez a megfelelő módszer, hanem az előzőekben bemutatott protokoll alkalmazása, ahol megvizsgáljuk, hogy az inkontinencia egy betegség következménye, vagy a szorongásos állapot egyik tünete.

Az esetleges hiányos gondozás, az inkontinencia-termékek indokolatlan alkalmazása húgyúti fertőzésekhez, kiszáradáshoz vezethetnek, ennek következménye lehet a dezorientált, zavart állapot és a fekvőbeteg gyógyintézetbe utalása állapotromlás miatt.

A családi környezetből kikerült idős embernek az idősek otthona egy új környezet, a kórházi elhelyezés további ismeretlenséget, szorongást okoz, mely fokozza a beköltözési krízist és ennek következményeit, melyet fentiek alkalmazásával minimalizálhatunk vagy elkerülhetünk.

Egy kis történelmi visszatekintéssel azt látjuk, hogy az elhalálozások fő okai a XX. század közepéig a fertőző betegségek voltak. Az ellenük való küzdelem a fertőtlenítés, az antibiotikumok és a védőoltások alkalmazásával, használatával vált sikeressé. Ennek is köszönhető, hogy a XX. század második felében megemelkedett az időskorúak aránya a népesség körében, ugyanakkor ez a populáció hajlamosabb a fertőzésekre a meggyengült immunrendszer miatt, mely időskorban kevésbé működik hatásosan, mint a fiatal és középkorú felnőtt lakosság körében. Ezért az időskorúaknál továbbra is kihívást jelentenek az infekciós eredetű betegségek, az orvosok és ellátószemélyzet számára is. Megfigyelhető, hogy a fertőzések nem csupán gyakoribbak és súlyosabb lefolyásúak, de egyes esetekben a klinikai megjelenésük is módosul, emiatt a kezelésük eltérhet a megszokottól.

Megfigyelhető, hogy a nosocomialis fertőzések száma is emelkedik az életkorral a gyakoribb és hosszabb kórházi ellátások során. A szervezetbe helyezett különböző idegen testek, pl. katéter, növelik az infekciók számát. Időskorban az infekciók kevesebb tünettől jelentkeznek, mint fiatal korban és általános jellegűek. **Sok esetben az egyetlen jel az akut módon kialakuló zavartság, delírium, vagy hosszabb-rövidebb ideig fennálló gyengeség, étvágytalanság, fogyás, gyakori elesés.** Mindehhez hozzájárul, hogy a láz – ami egy típusos tünet – sokszor hiányzik vagy enyhébb formában jelenik meg időskorban, mint a fiataloknál.

Az időskor leggyakoribb fertőzései közé soroljuk a húgyúti infekciókat. Férfiak 15-20%-ánál, nők 25-50%-ánál áll fenn tünetmentes bacteriuria. Állandó húgyúti katéterrel rendelkezőknél gyakoribb a bakteriuria, ha a sterilitás szabályai a legkisebb mértékben is sérülnek.

A vese funkcionális állapota a kor előrehaladtával megváltozik. Ezen elváltozások játszanak szerepet a szomjúságérzés csökkenésével, mely fokozza a kiszáradásra való hajlamot, továbbá a vizelet koncentrációképesége csökken.

A fentiekben bemutatott okok miatt elengedhetetlen, hogy a beköltözést megelőzze, és azonnal kövesse is egy-egy orvosi konzultáció. Az intézménybe költözés előfeltétele a jelentkezési dokumentáció pontos kitöltése, melynek nagyon fontos része a beköltözni kívánó ellátott egészségi állapotát részletesen bemutató dokumentáció. Ez lehet a házi orvos vagy kezelőorvos által kitöltött **egészségi állapotra vonatkozó igazolás**⁹, vagy egy 90 napnál nem régebbi **kórházi zárójelentés**. Ez az ellátott alap egészségügyi dokumentuma, amely tartalmazza a meglévő betegségeit, az alkalmazott terápiát

⁹ Ir.3.§ (2) bek.

és a szedett gyógyszereket, valamint a várható állapotváltozást. Az intézmény orvosa felméri az ellátott általános egészségügyi állapotát, rögzíti írásban az eddig szedett gyógyszereket, esetleges gyógynövény készítményeket. Amennyiben módosítást javasol, ez kerüljön az egészségügyi személyi lapra¹⁰, vagy orvosi szoftverbe. Ez alapján történik az egyéni gyógyszer felhasználási nyilvántartási lap kitöltése.¹¹

Az első orvosi vizitet követően az intézmény orvosa eldönti, hogy a meglévő terápiákat milyen módon folytatja, milyen gyógyszereket, illetve gyógyászati segédeszközök alkalmazását rendeli el. Ezekre a viziteken a vezetőápoló vagy helyettese minden esetben jelen kell, hogy legyen. Az itt meghatározott ellátás részleteit át kell adni az ellátást végző ápolók-gondozók részére.

Fontos megjegyezni, hogy az orvosi vizit mellett szakmailag indokolt az önálló **vezetőápolói vizit**, ahol a vezetőápoló elsősorban az ágyban fekvő és demenciával élő lakókról egy erre rendszeresített sorszámozott füzetben (naplóban) vagy az erre szolgáló programban – ha van ilyen az intézményben – rögzíti észleléseit, pl. bőr turgora, van-e decubitus, környezet tisztasága stb.

A napi eseményeket, megfigyeléseket rögzíteni kell a Szakmai rendelet által kötelezően előírt **átadófüzetben**,¹² melybe az ellátottakkal kapcsolatos minden olyan történést be kell írni, amiről a gondozóknak-ápolóknak tudniuk kell, hogy a legmagasabb színvonalú ellátást tudják biztosítani.

Az ellátottak napi gondozási tevékenységét azonban nem csak az átadófüzetben kell rögzíteni, de a gondozási tervhez tartozó **napi gondozási lapra** (melyről az egyéni gondozási tervet bemutató fejezetben lehet részletesen olvasni) is javasoljuk felvezetni, vagy ennek szoftveres változatában rögzíteni.

Ha a lakó állapota szükségessé teszi a mentőszolgálat kihívását, a legtöbb esetben az időparaméterek és a pontos információk életet menthetnek. Ezért szakmai ajánlásunkban javasoltunk egy **„Információs adatlap fekvőbeteg gyógyintézet részére”** adatlapot (7.sz. melléklet), mely nagyban segíti a fekvőbeteg gyógyintézet és a kikerkező ügyeletes orvos vagy mentőápolók munkáját. Ezt előre el lehet készíteni az adatok tekintetében és a rendszeresen szedett gyógyszerek felsorolásával, így a műszakvezető ápolónak/gondozónak, aki az ügyeletes orvos vagy mentőszolgálat kihívása mellett dönt, csak az aktuális részeket kell kitöltenie.

10 Szakmai rendelet 53.§ (1) bek.

11 Szakmai rendelet 51.§ (1) bek.

12 Szakmai rendelet 51.§ (2) bek.

V. Az egyéni gondozási terv kidolgozása, szakmaisága az idősök otthonában

V.1. Az egyéni gondozási tervről általánosságban

A beköltözési krízis természetes folyamatának mielőbbi feldolgozásához kiemelten fontos – az intézményi életre történő felkészítés mellett – a beköltözést követő időszakban elkészülő **személyre szabott egyéni gondozási terv**.

A jogszabály egy hónapon belüli időt jelöl meg a dokumentum elkészítésére¹³, de érdemes a **beköltözést követően mielőbb elkészíteni** azt, **amikor kialakult a megfelelő kapcsolat** a beköltöző lakó és a segítő szakember között. Tapasztalatunk alapján általában ez két-három hét.

Az egyéni gondozási terv **célja, hogy a beköltöző lakóra egyénileg határozza meg a szükségleteihez igazodó gondozási feladatokat, mind a testi, mind a lelki jóllétének biztosítása céljából.**

A Szakmai rendelet iránymutatást ad az idősök otthonába költöző ellátott egyéni gondozási tervének főbb szempontjaira, de jogszabályi melléklet nem határozza meg a formai elemeket.

Ezek a szempontok az ellátott személy fizikai, mentális állapotának helyzete, az állapotjavulás, illetve megőrzés érdekében szükséges, illetve javasolt feladatok, azok időbeli ütemezése, az ellátott részére történő segítségnyújtás egyéb elemei. Továbbá az ellátásban részesülő személlyel közvetlenül foglalkozó szakember folyamatosan figyelemmel kíséri és elősegíti az egyéni gondozási tervben meghatározottak érvényesülését.¹⁴

A módszertani útmutatók, szakmai ajánlások, melyek az interneten vagy nyomtatott formában is elérhetőek, tartalmazzák az egyéni gondozási tervre vonatkozó mintákat, melyeket sok intézmény alkalmaz, de **minden intézményvezetőnek saját döntése, hogy a jogszabályi előírásokat figyelembe véve miképpen határozza meg az egyéni gondozási terv kivitelezését.**

Szakmai szempontból kiemelt, hogy **az előgondozás során tapasztaltak, a gondozásiszükségletvizsgálat eredményei, a beköltözéskor megfigyelt testi-mentálhigiénés állapot tükröződjön** az elkészített anyagban.

Fontos annak meghatározása, hogy **hová szeretnénk eljutni, milyen célt tűzünk ki** a gondozási folyamatban, és azt **milyen módszerekkel** érjük el.

Az egyéni gondozási tervnek, gondozási folyamatokat rögzítő dokumentumoknak **hűen kell tükrözniük az ellátott állapotának alakulását a kezdetektől fogva egészen az intézményi élet végéig.** A gondozási dokumentáció legyen szakszerű és **valós szükségletekre adott feladatok meghatározása.**

Az egyéni gondozási tervet minden esetben **teammunkában javasolt elkészíteni.** A team tagjai: az intézmény orvosa, vezetőápoló, gyógytornász, dietetikus, ápoló-gondozó és mentálhigiénés szakemberek.

A mindennapi munkát megkönnyíti, ha a **fizikai/egészségi állapotra vonatkozó** egyéni gondozási tervet az orvos, vezetőápoló és a gondozási egységben dolgozó kijelölt gondozó/ápoló, dietetikus, gyógytornász, míg a **mentálhigiénés/foglalkoztatásra irányuló tervet** a szociális és terápiás munkatársak készítik el, természetesen figyelembe véve a fizikai és mentális állapotot együttesen. A gondozási terv elkészítésébe be kell vonni az ellátást igénybevevő lakót, törvényes képviselőjét is.

Nagy kihívást jelent a szakemberek számára a demenciával élő lakó aktív bevonása az egyéni gondozási terv elkészítésébe és megvalósításába, főleg a demencia előrehaladottabb állapotában,

¹³ Szakmai rendelet 7.§ (2) bek.

¹⁴ Szakmai rendelet 9.§ (1) bek.

amikor sok esetben térben-időben dezorientált a lakó. Ezekben az esetekben **javasolt a közvetlen hozzátartozó bevonása** is az egyéni gondozási terv elkészítésébe, mely tényrt rögzítsük a gondozási anamnézisben és tervben egyaránt.

Az egyéni gondozási terv formátumára a szakmai ajánlás mellékletében található **iratminta** (2. számú melléklet), ami **csupán csak javaslat**, nem kötelező dokumentum, de több éves gyakorlatunk alakította ezt a formát.

Bár nem jogszabályi kötelezettség, de minden idősotthonba beköltöző lakó egyéni szükségleteinek megismerését segíti az **életinterjú elkészítése**, melyet jelen fejezetben részletesen be fogunk mutatni és erre is adunk egy mintát a szakmai ajánlás mellékletében.

V.2. Gondozási anamnézis

A személyre szabott egyéni gondozási terv alapja a **személyre szabott gondozási anamnézis**, melyre szintén nincs jogszabályi előírás, de javasoljuk ennek alkalmazását. Erre vonatkozó dokumentumminta a mellékletben található (1. számú melléklet).

Az anamnézis felvételénél megismerjük a lakó aktuális fizikai, egészségügyi, mentális állapotát, mely megalapozza azt, hogy valóban az egyéni szükségleteknek megfelelő egyéni gondozási terv készüljön. A gondozási anamnézisben felmérjük a meglévő képességeket, feltárjuk a problémás területeket, az orvos utasításának megfelelően rögzítjük a meglévő krónikus és akut betegségeket. A **fizikai ellátás** felmérésénél fontos területek a mozgáskészség, hallás, látás, tapintás, szaglás, fogazat, szájhygiéna, hogy mennyire önálló az öltözködés, a személyi higiénia területén kell-e segítség, továbbá az étkezés, folyadékbevitel önállósága, étkezésnél van-e diéta, milyen az alvási szokás. Van-e inkontinencia, ha igen, milyen fokú?

Az **egészségügyi ellátás** felmérésénél szemrevételezzük a testalkatot, a bőr állapotát, megmérjük a testsúlyt, testmagasságot, rögzítjük az aktuális vitális paraméterek – vérnyomás, pulzus, hőmérséklet, légzés – értékeit. Számba vesszük a kórtörténetben a legfontosabb kórházi kezeléseket, műtéteket, dokumentáljuk az ismert krónikus és akut betegségeket. Milyen gyógyszereket szed a lakó, van-e allergiája, milyen védőoltásokat kapott, továbbá a dohányzás, alkoholfogyasztás és kávézási szokások is részei az állapotfelmérésnek.

Az idősellátás során kiemelt jelentőségű, hogy **demenciával él-e a lakó**, ha igen, milyen fokú, és van-e alkalmazott gyógyszeres terápia, készült-e képalkotó vizsgálat?

Mentális ellátás felmérésénél rögzítjük, hogy milyen érzelmi állapotban van a beköltözött lakó. Családi állapota, kapcsolatrendszerének megismerése, mint férj, gyerekek, unokák, rokonok, barátok. A támogató háló megléte vagy hiánya fontos információt hordoz a szakember számára. Megvizsgáljuk, hogy a lakónak milyen közösségi kapcsolatai voltak az intézménybe költözést megelőzően. Milyen iskolai végzettsége van, melyek voltak fontosabb munkakörei, társadalmi szerepei az élete aktív időszakában. Milyen az intézménybe kerülés körülménye, a beköltözés önálló döntés volt-e, vagy családdal közösen meghozott döntés, vagy szakemberek javasolták az intézményi elhelyezést (orvos, szociális munkás, védőnő stb.), vagy esetleg egy kényszerállapot a leromlott egészségi állapot miatt, mivel nem volt támogató környezete az ellátottnak.

Volt-e a közelmúltban gyászesemény a személy életében? Fontos, hogy demenciával élő beköltöző lakóról van-e szó, vagy átlagos szükségletű lakóról. Meg kell vizsgálni a térbeni-időbeni, illetve személyekre vonatkozó tájékozódás és a kommunikáció képességét.

Ismerni kell, hogy mi volt a legfontosabb hobbija, szabadidőtöltése, milyen zenét, filmet szeret. A vallásra vonatkozó információk is fontosak, hiszen ha vallását gyakorló személyről van szó, akkor ez mentálhigiénés szempontból alapvető. Fel kell mérnünk az érdeklődési körét, hogy milyen

zenét, filmeket szeret, és szükség van-e az érdekvédelem területén segítségnyújtásra, pl. végrendelet megírásában igényel-e ügyvédi segítséget, támogatott döntéshozatalt stb.

V.3. Egyéni gondozási terv

A gondozási anamnézis felvételét követi az **egyéni gondozási terv** elkészítése. (Ennek mintáját a 2. számú melléklet tartalmazza.) A fejezet elején már bemutatásra került a szakmai rendelet követelménye és a teammunka fontossága továbbá, hogy a formára nincs jogszabályi előírás. Fontos ismét felhívni a figyelmet a **demenciával élő lakók speciális szükségleteire**, legtöbb esetben az egyéni gondozási terv tervezésében az aktív részvétel hiányára.

A gondozási anamnézisben rögzített információk alapján elkészül az egyéni gondozási terv team munkában, ahol kerülni kell az általánosítást. A dokumentumnak egyénre szabottan, érthetően kell meghatározni a gondozók, ápolók, gyógytornász, dietetikus, szociális és terápiás munkatársak feladatait.

Ajánlásunkban az egyéni gondozási tervet két nagy egységre bontottuk.

Az **I. egységben a fizikai, egészségügyi gondozási feladatokat**, problémákat definiáljuk, mely a jelen állapotot tükrözi. Ezt követően meghatározzuk a **gondozási célt** (pl. állapot javítás/rehabilitáció, szinten tartás stb.). A gondozási célnél fontos, hogy reális, érthető legyen mindenki számára, és konkrét. Ezt alapvetően az ellátott fizikai állapota határozza meg. Az anamnézis felvételénél már egyértelmű, hogy végleges vagy visszafordítható fizikai állapota van a lakónak. Pl. combnyaktörés után reális esély van a járás rehabilitálására, de évek óta ágyban fekvő, bénult lakónál már csak az ágyban történő rendszeres mozgás lehet a cél. Minden esetben **fontos, hogy az állapotromlást elkerüljük**. Az egészségügyi ellátásnál cél lehet pl. egy akut megbetegedés esetében a teljes gyógyulás, krónikus megbetegedéskor a szintentartás és a további betegségek, szövődmények elkerülése. Pl. dekubitusz, felszálló húgyúti fertőzés stb. megelőzése.

Fontos, hogy ezt a célt milyen **módszerekkel, eszközökkel** tervezzük elérni (pl. rendszeres mozgásra motiválás, rendszeres paraméterek, mint vérnyomás, pulzus, vércukorszint ellenőrzése, dekubitusz matrac, párna, megfelelő egyénre szabott inkontinencia-termék alkalmazása stb.). Az alkalmazott módszerek az önellátó képességtől függenek.

Egy átlagos állapotú lakó fizikai segítségnyújtási módszerei sokkal egyszerűbbek, pl. a szoba rendszeres takarítása, mint a középsúlyos vagy súlyos demenciával élő lakónál, aki az öltözködésben, tisztálkodásban, étkezésben, folyadékpótlásban stb. is segítségnyújtásra szorul.

Az egészségügyi ellátásnál figyelni kell az orvos utasításainak betartására, a gyógyszerelés felügyeletére, a gyógyászati segédeszközök, inkontinencia-termékek helyes, szakszerű alkalmazására.

Ezt követően az **időbeli ütemezést** határozzuk meg azaz, hogy milyen gyakran végezzük a gondozási feladatokat, pl. folyamatosan, naponta, hetente, havonta stb. Helytelen az a gyakorlat, hogy a teljesítés idejéhez az „egy évet” írja az intézmény, tévesen értelmezve a szakmai jogszabályt, hogy évente – jelentős állapotváltozás esetén annak bekövetkeztekor – felül kell vizsgálni az egyéni gondozási tervet.

Az egyéni gondozási tervet, annak megvalósulását szükséges ellenőrizni a vezetőápolónak/vezetőgondozónak.

A **II. gondozási egységben javasolt a mentálhigiénés gondozási feladatok meghatározása**, úgymint a lakó mentális állapota, hogy milyen terápiás foglalkozások szükségesek, milyen készségfejlesztést alkalmazunk, hogyan történjen a szabadidő eltöltése az egyéni szükséglet szerint, milyen társas kapcsolatai vannak a jelenben a lakónak, milyen érdekvédelemre van szüksége pl. támogatott döntéshozatal, jogi segítségnyújtás végrendelkezés területén stb., melyet felmértünk a gondozási anamnézis felvételénél.

A demenciával élő lakóknál speciális egyéni gondozási terv készüljön, kiemelten a mentális gondozás területén. Nincs rá jogszabályi kötelezettség, de **javasolt a demenciával élőknél fél évente értékelni az egyéni gondozási tervet** és újra felmérni a lakó állapotát és meghatározni az esetleges új feladatokat, kiemelten igaz ez a beköltözést követő időszakra.

A mentális gondozásnál alapvető különbség van az átlagos és demenciával élő lakók számára alkalmazott módszerek között. Az utóbbi lakók figyelme 20-30 percnél tovább nem igazán köthető le. Számukra fontos a speciális módszerek alkalmazása, mint zene-, állat-, szín- és illatterápia stb. Az átlagos lakónál minél tovább meg kell őrizni az aktivitást, így az irodalmi-történelmi előadások, kulturális események, közösségi programok mint módszerek fontosak a terv meghatározásánál.

Az ágyban fekvő lakónál a rendszeres ágytorna, az egyéni mentálhigiénés ellátás kulcsfontosságú a szeparáció megelőzése érdekében. Az aktivitást biztosító fizikai tevékenységeket személyre szólóan kell megfogalmazni a gondozási tervben, ezen belül a napi levegőzés biztosítása – fekvőbetegek esetében is – jogszabályi kötelezettsége az intézménynek.

Az egyéni gondozási tervet, annak megvalósulását szükséges ellenőrizni a mentálhigiénés csoportvezetőnek, vagy az erre kijelölt szociális/terápiás munkatársnak.

V.4. Gondozási lap

A lakóval történő gondozási és mentálhigiénés feladatokat javasoljuk az egyéni gondozási terv mellékleteként alkalmazott **gondozási lapon** rögzíteni (3. számú melléklet), havonta legalább egy alkalommal néhány mondatban. Külön a fizikai/egészségügyi folyamatot (ápolók/gondozók) és a mentálhigiénés folyamatokat (szociális/terápiás munkatársak).

Az intézmény orvosa a dekurzus lapon vagy az orvosi szoftverben rögzíti a diagnózist, alkalmazott terápiát, ez utóbbit követhetjük nyomon az egyéni gyógyszerfelhasználási nyilvántartó lapon is (az elrendelt és leállított terápiák vonatkozásában a két dokumentumnak tartalmilag egyeznie kell). Az eseményeket az átadófüzetben rögzíti a műszakvezető, a beosztott ápoló/gondozó, de a lakóra vonatkozó folyamatos információt, pl. hogy milyen gyakran látogatják, hogyan illeszkedett be az intézményi életbe, hogyan alakul a beköltözést követően a fizikai/egészségi/mentális állapota stb. ezen dokumentum alkalmazásával teljes körűen átlátják az intézmény vezetői és kompetens szakemberei.

V.5. Életútinterjú

Az életút egy ember sorsa, egy teljes élet során történt fontos események sorozata a születéstől az időskorig. Az „életút” kifejezés jelentése az idő múlásának és az élet változásainak ábrázolására szolgál. Az életút metaforikusan jelképezi az emberi életet, annak minden változását, az örömet és a bánatot, a siker és a kudarc pillanatait.

Az életútinterjú az élettörténet részletes megismerése. (Az 5. számú mellékletben adunk ehhez mintát.) Az **életútinterjú célja**, hogy információkat gyűjtsünk az ellátottról, megismerjük az élete korábbi eseményeit, fiatalkorát, szokásait, érdeklődési körét, családi kapcsolatait, ezzel is segítve a személyközpontú gondozás megtervezését. A gondozás során ne csak az alapszükségletekre koncentráljunk, hanem holisztikus egészben gondolkozzunk, ismerjük meg az ellátott pszichoszociális igényeit is.

Hogyan is kezdjük hozzá az életútinterjúnak?

Az interjú elkészítése akkor lesz sikeres, ha először adunk időt arra az ellátottnak, hogy megismerhesse az intézményt, az új környezetét, az otthon napirendjét, a lakótársait, a személyzetet, és elsősorban adjunk időt arra, hogy a kölcsönös bizalom kialakulhasson.

Kapcsolatfelvétel

A kapcsolatfelvételkor tájékoztassuk a lakót, hogy hosszabb időt, akár több órát szándékozunk vele együtt tölteni, szeretnénk az élettörténetét megismerni. Fontos, hogy az elbeszélőnk mindvégig szabad akaratából mondhassa, formálhassa élettörténetét, s már az első pillanatban világos legyen számára, mire kértük.

A helyszín megválasztása

Olyan helyszínt válasszunk, ahol nyugodt körülmények között tudunk négyszemközt beszélgetni az elláttal. Ne zavarja meg az interjút a telefon csörgése, ki- és bejáráskor, mások jelenléte, televízió, rádió hangja. Alkalmazkodjunk az ellátott napirendjéhez. Jelezzük előre, hogy jegyzetelni fogunk. Teremtsünk olyan atmoszférát, mely az elbeszélő esetleges szemérmét, zavarát, szorongását feloldja, és szívesen kezd el magáról mesélni.

Az interjú

Az életútinterjú kezdődhet úgy, hogy megkérjük az ellátottat, „mesélje el az élettörténetét”, és remélhetőleg az elbeszélésből megismerhetjük az elbeszélő életének regényét, apró örömeit, megélt szomorúságát, vidám pillanatait, élete reménykeltő eseményeit.

Segítsük a beszélgetést pozitív testbeszéddel, buzdító tekintettel, értő figyelemmel, azaz az elbeszélés együttérző, ám néma követésével. Ne féljünk a csendtől, mert a hallgatás az interjú motorja. Ugyanakkor fel kell készülni egy esetleges továbbsegítő kérdésre. Az élettörténet mesélése komoly identitás- és emlékezeti munka, melyben a megtorpanások, a szünetek természetesek, s arra szolgálnak, hogy a mesélő a felidézésre váró élményeihez, emlékeihez való viszonyát kialakítsa. Az interjú általában magától lezárul, többnyire olyan mondatokkal, „hát ennyi, ez volt az élettörténetem, kérdezzen”. Az interjú második felében értelmezzük az elbeszélő által mondottakat, és tegyük fel azokat a kérdéseinket, melyekről bővebben szeretnénk hallani, így bizonyos életeseményekről, életszakaszokról részletesebb információkhoz juthatunk. Kérdéseink irányuljanak arra, hogy az ellátott személyközpontú gondozása során a gondozási tervünkbe jól beépíthető legyen a kapott információ, törekedve arra, hogy az ellátott olyan gondozásban részesüljön, amely a legkevésbé idegen attól az élettől, amelynek folytatására közösen vállalkoztunk a bentlakásos intézményben. Az ellátott mentális irányultságai nehezen mérhetők fel egy interjú alkalmával, ezért javasolt a beszélgetés folytatása, a kapott információk visszacsatolása. A demenciával élők esetében a demencia súlyosságától függően számítanunk kell arra, hogy a bizalmatlansági tényezők és a kölcsönös megértés akadályokba ütközhet, ezért sokszor szükség lehet arra, hogy megszakítsuk az életútinterjút és alkalmas időben, később térjünk vissza rá. A rövidtávú memória zavara, a motoros beszédzavarok és a kognitív funkciók hanyatlása nagy tapintatot, értő figyelmet igényel. Fontos az őszinte kommunikáció, a segítőkészség kifejezése, a felmerülő problémákra történő azonnali reagálás. Az esetek többségében szükséges a



hozzátartozói kontroll, hiszen az ellátott mentális zavara miatt olyan információk is felszínre kerülhetnek melyek a valóságtól eltérnek. Középsúlyos és súlyos demenciával élők esetében az életút-interjú elkészítése – a fent említett okok miatt – jelentős akadályokba ütközhet, ezért, ha lehetőségünk van rá, kérjük meg a hozzátartozókat, hogy a melléklet témakörei alapján ismertessék velünk az ellátott élettörténetét.

V.6. Egyéni gondozási terv értékelése

Az egyéni gondozási tervet kidolgozó munkacsoport évente – jelentős állapotváltozás esetén annak bekövetkeztekor – átfogóan értékeli az elért eredményeket és ennek figyelembevételével módosítja az egyéni gondozási tervet¹⁵.



Javasolt mintaanyagunk (lásd 4. számú melléklet) tartalmazza az értékelést, az elért eredményt, melyet röviden meg kell fogalmazni. Az értékelést szükséges rögzíteni legalább évente, melyre szintén javasolunk egy mintát a mellékletben.

A fejezetben már utaltunk arra, hogy középsúlyos vagy súlyos demenciával élő lakónál javasolt félévente értékelni az elért eredményt, amennyiben az intézmény vezetője ezt szakmailag indokoltnak tartja.

A jogviszony megszűnésénél zárjuk le az egyéni gondozási tervet, bármi is legyen a jogviszony megszűnésének oka, mely leggyakrabban az elhalálozás, a lakó másik intézménybe vagy saját otthonába költözése, esetlegesen az intézmény részéről történő megszüntetés térítésdíj-hátralék vagy a házirend súlyos megsértése miatt.

Az egyéni gondozási terv lezárásából is derüljön ki a

jogviszony megszűnésének oka és módja.

Összefoglalásként elmondható, hogy a **beköltözési krízis feldolgozásának egyik fontos eszköze, módszere a szakmailag megalapozott, egyéni szükségletekre épülő egyéni gondozási terv.**

A dokumentum felméri a lakó fizikai, egészségügyi, mentális állapotát, megfogalmazza a gondozási feladatokat, az elérendő célokat és az ehhez vezető utat, módszereket.

Az intézményi élet első három hónapjában fő cél, hogy segítsük az ellátottat:

- a közösségbe történő beilleszkedésben,
- az új élethelyzetekhez, intézményi normákhoz való alkalmazkodásban,
- a szükségletnek megfelelő fizikai gondozás, alapápolás biztosításával – amely kerüli a túlgondozást, de a valós szükségleteket kielégíti – a megfelelő egészségügyi ellátás körülményeit megteremtjük,
- nem utolsó sorban a saját otthon elhagyása miatti gyászának feldolgozását minden eszközzel támogatjuk, mely az ellátott fizikai, általános egészségi és mentális állapotára is jó hatással van.

¹⁵ Szakmai rendelet 9.§ (2) bek.

VI. Összegzés

E szakmai ajánlásban leírt gyakorlati tapasztalatunk alapján elmondható – legyen szó átlagos szükségletű vagy demenciával élő lakó beköltözéséről –, hogy mind az egyén, mind a hozzátartozók számára sorsfordító esemény az idősek otthonába való költözés, amely kisebb vagy nagyobb krízist eredményez az érintettek számára. Ez számos rizikót tartogathat abban az esetben, ha a kockázatot jelentő tényezők azonosítása, azok kezelése nem időben és szakszerűen történik.

Ennek természetes folyamatát mutattuk be írásunkban, miközben számba vettük azokat a szakaszokat, melyek az intézménykereséstől, a kiválasztástól az intézménybe költözés első három hónapjáig megoldandó feladatként állnak a beköltöző ellátott, családtagjai és az intézmény munkatársai előtt egyaránt. Mindezt igyekeztünk holisztikus szemlélettel megközelíteni.

Célunk nem az volt, hogy az idősek otthonai, gondozóházai számára a teljes intézményi jogviszonyt felölelő iránymutatást adjunk, hanem az, hogy fókuszba állítsuk az intézménybe való bekezdés, beköltözés első időszakát, mely kulcsfontosságú mind az egyén, mind a hozzátartozók és az intézmény munkatársai számára egyaránt.

Reméljük, az érintettek hasznosnak találják kiadványunkat!

Őszinte hálával köszönjük a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Közép-Magyarországi Régiója vezetésének, hogy támogatta a szakmai ajánlás elkészítését.

Köszönet a szerzőknek, akik szakmai és gyakorlati tudásukat, tapasztalataikat megosztották, valamint – nem utolsósorban – köszönet a **szakmai lektorainknak**, akik segítettek munkánkat.

Hisszük, hogy munkánkkal hozzájárultunk a minőségi idősellátáshoz, ahol mindenek felett az emberi méltóság áll. A szakosított idősellátás munkájának egy szeletét mutattuk be, szem előtt tartva Kalkuttai Teréz Anya szavait:

„Úgy érezzük, hogy amit teszünk, csak egy csepp a tengerben. Anélkül a csepp nélkül azonban sekélyebb volna a tenger.”¹⁶

– szerkesztők –



¹⁶ <https://www.citatum.hu/idezet/21859>

Kép forrása: <https://pixabay.com/hu/photos/id%C5%91sek-ell%C3%A1t%C3%A1sa-id%C5%91sek-otthona-6960542/>

Mellékletek

Felhívjuk a figyelmet, hogy a mellékletek csupán szakmai megalapozottságú **javaslatok**, nem jogszabály által kötelezően vezetendő dokumentációk!

1.sz. melléklet: Anamnézis egyéni gondozási tervhez

Egyéni gondozási terv készítéséhez GONDOZÁSI ANAMNÉZIS

Lakó teljes neve:	
Lakó TAJ száma:	
Lakó neve, ahogyan szereti, ha szólítják:	
Felvétel időpontja:	
Felvevő neve:	
FIZIKAI ANAMNÉZIS	
Mozgás megfelelő?	Igen Nem
Ha nem megfelelő, probléma definiálása:	
Mozgáshoz használ-e segédeszközt?	Igen Nem
Ha igen, mit? (támbot, rollátor, mankó, kerekesszék, művégtag)	
Hallása megfelelő?	Igen Nem
Ha nem megfelelő, probléma definiálása:	
Használ-e nagyot halló készüléket?	Igen Nem
Látása megfelelő?	Igen Nem
Ha nem megfelelő, probléma definiálása:	
Használ-e szemüveget vagy kontaktlencsét?	Igen Nem
Szaglása megfelelő-e?	Igen Nem
Ha nem megfelelő, probléma definiálása:	
Fogazat (ép, hiányos, pótol)	
Van-e kivehető prozézise?	Igen Nem
Szájhigiéjében szorul-e segítségnyújtásra?	Igen Nem
Öltözködése önálló?	Igen Nem
Ha nem önálló, milyen segítségre van szüksége?	
Személyi higiénia önálló?	Igen Nem
Ha nem önálló, milyen segítségre van szüksége?	

Vizelet, székletürítés megfelelő?	Igen	Nem
Ha nem, milyen inkontinencia terméket alkalmaz? (betét, nadrágpelenka, pelenka)		
WC-t önállóan vagy segítséggel tudja használni?		
Szükséges-e WC ülőke magasítás?	Igen	Nem
Székletürítése szokások. (Gyakorisága, önállóan vagy gyógyszeres segítséggel)		
Étkezésnél van -e diéta?	Igen	Nem
Ha igen, milyen?		
Étkezés elfogyasztásnál igényel-e segítséget?	Igen	Nem
Ha igen, milyen segítségnyújtásra szorul?		
Alvási szokások (Mikor szokott lefeküdni? Átalussza-e az éjszakát? Szakaszosan alszik? Éjszaka gyakran felkel-e vizeletürítés céljából? Napközben szokott-e aludni?)		
Alváshoz használ-e altatót?	Igen	Nem
Ha igen, mit?		
Egyéb megfigyelések, megjegyzések a fizikai állapottal kapcsolatosan:		

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ANAMNÉZISE	
Testmagasság:	
Testsúly:	
Testalkat (arányos, molett, kövér, sovány)	
Testtartás (normál, hanyag, görnyedt, púpos)	
Allergia van-e?	Igen Nem
Ha igen, milyen?	
RR érték:	
Pulzusszám:	
Légzés (szabályos, szapora légzés, ritka légvétel, apnoe, nehéz légzés)	
Bőr állapota megfelelő-e?	Igen Nem
Ha nem az alábbiak közül mi a jellemző: sápadt, cyanotikus, ödémás, decubitus észlelhető, kiütéses, rossz bőrturgor, élőködök jelenléte stb.)	
Aláhúzással jelölje, hogy a következő betegségek közül melyek fordultak elő a lakó családjában: cukorbetegség / magasvérnyomás / vérékenység / sárgaság / alkoholizmus / TBC / asztma / pszichiátriai betegség / daganatos megbetegedés. Amennyiben szükséges, kérjük, részletezze:	
Részesült-e korábban kórházi ellátásban ? (sebészeti beavatkozások, törések, stb) igen / nem Amennyiben igen, kérjük, hogy sorolja fel a legfontosabb kórházi ellátásait a kórok és az időpont (év) megjelölésével.	
Krónikus betegségek felsorolása:	
Rendszeresen szedett gyógyszerek felsorolása (gyógynövény készítmények is):	

Esetenként szedett gyógyszerek felsorolása:	
Kapott védőoltások felsorolása:	
Volt-e már eszméletvesztéssel járó állapota?	Igen Nem
Ha igen milyen jellegű?	
Annak gyakorisága?	
Dohányzik?	Igen Nem
Ha igen, annak napi mennyisége:	
Alkohol fogyasztás?	Igen Nem
Ha igen annak rendszeressége, mennyisége:	
Kávé fogyasztás?	Igen Nem
Ha igen, annak napi mennyisége:	
Egyéb egészségi állapottal kapcsolatos információk, megfigyelések:	

Lakó teljes neve:	
Lakó TAJ száma:	
Lakó neve, ahogyan szereti, ha szólítják:	
Felvétel időpontja:	
Felvevő neve:	
MENTÁLHIGIÉNÉS ANAMNÉZIS	
Mentális állapot rövid leírása (kiegyensúlyozott, nyitott, zárkózott, szorongó, agresszív stb.)	
Családi állapota (házas, özvegy, egyedül élő)	
Családi kapcsolatai: (Milyen a kapcsolata a gyermekeivel, unokáival, rokonaival, barátaival?)	
Intézménybe költözése előtt volt-e közösségi kapcsolata ? Ha igen, milyen?	
Iskolai végzettsége , betöltött munkakörök felsorolása:	
Intézménybe kerülés: Az intézménybe költözés önálló döntés? Családdal történő közös döntés? Szakemberek javasolták? Kényszerállapot (betegség miatt önellátásra nem képes és nincs, aki segítsen.)	
Az elmúlt időszakban volt-e gyász munkája ?	Igen Nem
Ha igen, annak rövid leírása.	

Demencia diagnosztizálásra került-e?	Igen	Nem
Ha igen, enyhe/közép súlyos/súlyos?		
MMSE teszt pontszáma (amennyiben demenciával él)		
Tájékozódás (térben - időben orientált)	Igen	Nem
Térbeni tájékozódás: házon belül jól tájékozódik, házon belül szűkült a tájékozódása, házon kívül jól tájékozódik, házon kívül nem képes tájékozódni, nem képes tájékozódni		
Időbeni tájékozódás: rendben időnként téveszt múltban téveszt jelenben téveszt időben teljesen tájékozatlan		
Személyekre vonatkozó tájékozódás: rendben ismert személyeket felismer közvetlen családtagjait ismeri csak fel nem ismeri fel a személyeket		
Kommunikáció: rendben, logikus közlőképessége megfogyatkozott nehezített kommunikáció (szavakat nehezen találja), nonverbális kapcsolat nincs kapcsolat		
Szabadidő Mit szeret leginkább szabadidejében tenni: olvasás, zenehallgatás, filmnézés, természetjárás, kötés/horgolás, színházlátogatás stb.		
Milyen közösségi programon szeretne az intézménybe részt venni?		
Az intézményben szabadidejét egyedül, közösségbe, mindkettő szeretné eltölteni?		
Milyen filmeket szeret?		
Színházlátogatást, kirándulásokat szeretne igénybe venni?		
Mennyire fontos a vallásgyakorlás ?	Fontos	Nem fontos

Ha fontos, akkor milyen alkalmakon venne részt szívesen: ima, bibliaóra, istentisztelet/szentmise, vallási témájú előadások/lelkigyakorlatok.	
Milyen felekezeti vallásgyakorlást igényel? katolikus, református, evangélikus, baptista, unitáriánus, metodista, zsidó, egyéb:	
Szereti a társasjátékot ? Ha igen milyen jellegűt?	
Igényli-e a közös tornán való részvételt?	Igen Nem
Szívesen közreműködne-e közös szereplésekben (dalkör, vers felolvasás, színdarabok stb.)	Igen Nem
Kreatív foglalkozásokra nyitott-e? (festés, kézimunka stb.)	Igen Nem
Rádió és TV nézés szokásai:	
Milyen zenét hallgat szívesen? komolyzene operett nóták népdalok slágerek egyéb:	
Igényelné-e zenés, szórakoztató rendezvények szervezését?	Igen Nem
Milyen egyéb ötletei vannak a közösségi programokhoz, amin szívesen részt venne?	
Érdekvédelem Kér-e segítséget érdekei érvényesítéséhez? Pl. végrendelkezés megírásához ügyvédi segítségnyújtás? Egyéb:	

2.sz. melléklet: Egyéni gondozási terv

EGYÉNI GONDOZÁSI TERV

Név: TAJ szám:

	Gondozási feladatok, problémák (jelenlegi állapota)	Gondozási célok	Módszerek, eszközök	Időbeli ütemezés	Eredmény (értékelés)	Ellenőrizte
Fizikai ellátás						
Egészségügyi ellátás						

vezető ápoló/vezető gondozó

a gondozásért felelős ápoló/
gondozó

ellátást igénybe vevő/törvényes
képviselő

Egyéni gondozási terv II.

	Gondozási feladatok, problémák (jelenlegi állapota)	Gondozási célok	Módszerek, eszközök	Időbeli ütemezés	Eredmény (Értékelés)	Ellenőrizte
Mentális gondozás						
Készségfejlesztés szabadidőeltöltés						
Társas kapcsolatok						
Érdekvédelem						

terápiás/szociális munkatárs

ellátást igénybevevő/törvényes képviselője

3. sz. melléklet: Gondozási lap

Név:

Szobaszám:

TAJ:

GONDOZÁSI LAP

Dátum	Gondozás folyamata	Aláírás	Ellenőrizte

5. sz. melléklet: Életinterjúhoz adatlap

1. Ellátott neve, életkora (hogyan szólíthatjuk, beceneve...)
2. Gyermekkor (szülőkkel való kapcsolat, testvérek száma, neve, iskola, hol telt a gyermekkor, vidéki, városi környezetben, kedvenc időtöltés...)
3. Fiatalkor (pályaválasztás, motiváció, barátok, hobby, szabadidő...)
4. Felnőttkor (munkahely, család, házasság, gyerekek, unokák neve, kora, fontos kapcsolatok, nehézségek ...)

5. Betegségek (műtétek, allergia, gyógyszerérzékenység, hallás, látásproblémák, esésből származó balesetek...)
6. Spirituális szükségletek (vallásgyakorlás, relaxáció, hitek, tanok...)
7. Napi rutin (reggeli felkelés, étkezés, öltözködés, lefekvés, éjszakai rutin...)
8. Étkezési szokások (rendszeresség, kedvenc ételek, italok, ételek melyeket nem szeret...)
9. Tisztálkodási szokások (miben igényel segítséget, mosdatás, fogápolás, bőrápolás...)
10. Szabadidős tevékenységek (zene, könyv, film, sport, kirándulás, séta...)

11. Rizikólista (étvágytalanság, ingerültség, beszűkült mozgástér, együttműködés hiánya, depresszió, környezeti stresszorok azonosítása, kommunikációs, tájékozódási problémák...)
12. Szociális szükségletek (társasági kapcsolattartás, szociális háló, legközelebbi hozzátartozó...)
13. Érzelmek (félelmek, traumatikus események, szorongás, örömteli események, szoros kötődések, sikerek, kudarcok, stressz...)
14. Megismerést, beköltözést segítő tárgyak, eszközök (fotóalbum, emlékdoboz, kedvenc tárgyak, könyvek, lemezek, kisebb bútorok, azaz az „ismerős környezet” biztosítása).

6. sz. melléklet: Előgondozáshoz javasolt kiegészítő adatlap

idősotthonba költöző időskor személy szociális diagnózisa

kérdések		válaszlehetőségek		X-el jelölje a megfelelő választ
1.	Családi állapot.	házas/élettársi kapcsolat		
		elvált		
		özvegy		
		hajadon/nőtlen		
		egyedülálló		
2.	Kivel, kikkel lakik együtt?	egyedül él		
		ha egyedül él:	pár hónapja	
			több, mint 1 éve	
			több, mint 5 éve	
		párkapcsolatban él		
családban él				
3.	Családtagokkal való kapcsolata.	együtt él, jó a kapcsolat		
		együtt él, nem jó a kapcsolat		
		egyedül él, de jó a kapcsolat	napi kapcsolattartás	
			heti kapcsolattartás	
			havonta, vagy ritkább a kapcsolattartás	
			csak távoli rokonok vannak	
egyedül él, nem jó a kapcsolat	néha tartják a kapcsolatot			
	nem tartják a kapcsolatot			
4.	Miben kéri a család vagy más személyek segítségét?	mindent egyedül old meg		
		bevásárlásban kér segítséget		
		ügyintézésben kér segítséget		
		orvosi vizsgálatoknál kér segítséget		
		gyógyszeradagolásban kér segítséget		
		étkezésben kér segítséget		
		fürdetésben kér segítséget		
		öltözködésben kér segítséget		
		takarításban, mosásban kér segítséget		
5.	Milyen gyakorisággal veszi igénybe a család segítségét?	naponta többször		
		naponta többször		
		heti 1-2 alkalom		
		alkalmanként		
6.	Ingatlan típusa, ahonnan érkezik.	lakás		
		ház		
		másik intézmény		
7.	Vannak-e a lakhatási körülményekkel problémái?	nincsenek		
		vannak	rossz az ingatlan állapota	
			rossz a területi elhelyezkedése	
		az állapotnak nem megfelelőek a körülmények		

8.	Tett-e intézkedéseket ingatlanjával, ingóságaival kapcsolatban?	igen, van végrendelet, mindenről rendelkeztem		
		igen, az ingatlant eladtam, felszámoltam ingóságaimat is		
		nem, ezen még nem gondolkoztam		
		nem, majd az örököseim mindent elrendeznek		
		nem, nincsenek hozzátartozóim		
9.	Mennyire okoz nehézséget az ingatlantól, ingóságoktól való megválás?	nem okoz problémát		
		nehézséget jelent, de vannak, akik gondoskodnak az ingatlanról		
		nagyon nehezen tudom csak otthagyni az otthonomat		
		bele se merek gondolni, mi lesz, ha be kell költöznöm		
10.	Rendelkezik-e krónikus betegséggel?	nem		
		igen	egy egynél több	
11.	Amennyiben rendelkezik krónikus betegséggel, mekkora nehézséget jelent a mindennapokban?	nem okoz különösebb problémát		
		néha befolyásolja önellátásomat		
		többnyire meghatározza a mindennapjaimat		
		állapotom miatt erősen korlátozva vagyok		
12.	Rendelkezik-e családon kívüli társas kapcsolatokkal, szomszédok, barátok, ismerősök?	nem		
		igen	napi szinten érintkezek velük	
			heti szinten érintkezek velük	
			havonta	
			alkalmanként	
13.	Kapcsolatai harmonikusnak mondhatóak?	igen		
		többnyire igen		
		inkább nem		
14.	Milyen szabadidős tevékenységeket végez rendszeresen?	tévézés		
		olvasás		
		sütés-főzés		
		kertészkedés		
		kézműves tevékenység		
		keresztrejtvény		
		templomlátogatás		
		színházlátogatás		
		kártyázás		
		sétálás		
		zenehallgatás		
internet				
15.	Eljár-e rendszeresen otthonról?	nem		
		igen	naponta	
			hetente	
		alkalmanként		

16.	Vannak-e általános félelmei, szorongásai?	nincsenek		
		vannak	hiányzó biztonságérzet	
			egyedülléttől való félelem	
			eleséstől való félelem	
			feleslegesség érzésétől való félelem	
			önellátás elvesztésétől való félelem	
			állapotromlástól való félelem	
			anyagi biztonság elvesztésétől való félelem	
haláltól való félelem				
17.	Vannak-e félelmei a beköltözéssel kapcsolatban (több válasz is lehetséges)?	nincsenek		
		vannak	kiszolgáltatottság érzése	
			önállóság elvesztésének érzése	
			lakás elhagyásától való félelem	
			családtagok hiányától való félelem	
			barátok, ismerősök hiányától való félelem	
			leendő szobatársaktól való félelem	
			napirendtől való félelem	
külvilág hiányának félelme				
lakóközösségtől való félelem				
18.	Vannak-e kommunikációs nehézségei?	nincsenek		
		vannak	nehezen fejezem ki magam	
			probléma esetén nehezen fejezem ki magam	
inkább nem szeretek beszélni				
19.	Képes-e érzelmeinek, gondolatainak kifejezésére?	igen		
		igen, de nagyon nehezen		
		nem szoktam beszélni magamról		
20.	Konfliktus helyzetben való reakció?	ritkán van konfliktusom		
		konfliktus esetén inkább hallgatok		
		konfliktus esetén nyugodt maradok, megbeszélem az érintettel a problémát		
		konfliktus esetén olykor hirtelen vagyok, nehezen viselem, ha megbántanak		
		konfliktus esetén mindig hirtelen vagyok, ez szokott problémát okozni kapcsolataimban		
		konfliktus esetén megijedek, és nagyon elkeseredek		
21.	Ön szerint mi fog leginkább hiányozni a beköltözést követően? (több válasz is lehetséges)	a családom		
		barátok, szomszédok		
		a függetlenségem		
		az otthonom		
		az otthonomban lévő emlékek		
		a kert		
a programok, amikre eljárak				

22.	Mit vár leginkább a beköltözést követően?	hogyan biztonságban érzem magam		
		hogyan emberek között legyek		
		ellátásomat, ápolásomat		
		programokat		
		a család közelségét, látogatásokat		
		szabadidős programokat a többi lakóval		
23.	Mi okoz nyugtalanságot Önnek a hétköznapiakban?	ha ritkán jön a családom		
		ha nem tudok otthonról elmenni		
		ha a szomszédjaim hangoskodnak		
		ha nem tudok telefonálni		
		ha nem jön időben az ebéd		
		ha beszélgetni kell a szomszédokkal		
		ha nem tudok találkozni a barátaimmal		
		ha nem találok valamit		
		ha állapotom miatt nem tudom ellátni magamat		

7. sz. melléklet: Információs adatlap fekvőbeteg gyógyintézet részére

Intézmény neve:
Intézmény címe:
Intézmény e-mail címe:
Intézmény telefonszáma:



**INFORMÁCIÓS ADATLAP
FEKVŐBETEG GYÓGYINTÉZET RÉSZÉRE**

Ellátott neve:		
TAJ száma:		
Születési név:		
Születési idő, hely:		
Anyja neve:		
Legközelebbi hozzátartozó (törvényes képviselő) neve és elérhetősége:		
Anamnézis (diagnózis felsorolás):		
✓		
✓		
✓		
✓		
Allergiában szenved	Igen	Nem
Allergiát kiváltó tényezők:		
Fekvőbeteg gyógyintézetbe utalás oka:		
Észlelt tünetek:		
RR:	Pulzus:	Vércukor:.....Véroxigén szint:
Észleléskor alkalmazott terápia/intézkedés:		
Demenciával él	Igen	Nem

A szakmai ajánlás tartalmát megalapozó, alapvető jogszabályok

- 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról (Szt.),
- 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (Eü.tv.),
- 2011. évi CXII. törvény az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról,
- 2016/679 EP rendelet a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról (általános adatvédelmi rendelet) (GDPR),
- 2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről (Ptk.),
- 2008. évi XLVI. törvény az élelmiszerláncról és hatósági felügyeletéről,
- 1997. évi LXXVIII. törvény az épített környezet alakításáról és védelméről,
- 381/2016. (XII.2.) Korm. rendelet az Integrált Jogvédelmi Szolgálatról,
- 29/1993. (II.17.) Korm. rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások térítési díjáról (Tr.),
- 415/2015 (XII.23.) Korm. rendelet a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi igénybevevői nyilvántartásról és az országos jelentési rendszerről,
- 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről (Szakmai rendelet),
- 9/1999. (XI.24.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételeiről (Ir.),
- 81/2009. (X.2.) OGY határozat az Idősügyi Nemzeti Stratégiáról,
- Az Európai Unió Alapjogi Chartája,
- Az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata,

Felhasznált források:

- Csürke József; Vörös Viktor; Osváth Péter; Árkovits Amaryl (szerk. (2009): Mindennapi kríziseink, Oriold és Társai Kiadó
- Biblia, Szent István Társulat, Forrás: <https://szentiras.hu/SZIT> (Letöltve: 2024.07.01.)
- Maslow-piramis, Wikipédia szócikke, Forrás: <https://hu.wikipedia.org/wiki/Maslow-piramis> (Letöltve: 2024.07.11.)
- Kovacsics Zsuzsa (2020): Személyközpontú gondoskodás modelljei (Interdiszciplináris Demencia Alapprogram) Forrás: https://demencia.hu/wp-content/uploads/2020/03/kovacsics_zsuzsa.pdf (Letöltve:2024.07.03.)
- Egészségügyi Szakmai kollégium (2020): Egészségügyi szakmai irányelv a felnőttkorban előforduló, nem neurogén eredetű vizeletinkontinenciáról Forrás: <https://kollegium.aeek.hu/Download/Download/3511>; (Letöltve: 2024.07.04.)
- Dr. Majercsik Eszter (2004): Idősek a Mában - Geriátriai szocio-pszichológiai vizsgálat, az életminőség javításának lehetőségei, Doktori (PH.D.) értekezés, Semmelweis Egyetem 4. sz. Interdiszciplináris Tudományági Doktori Iskola Magatartástudományi Program Forrás: <https://docplayer.hu/35600088-Idosek-a-maban-geriatriai-szocio-pszichologiai-vizsgalat-az-életminoseg-javitasanak-lehetosegei-dr-majercsik-eszter.html> (Letöltve: 2024.01.25.)
- Lampek Kinga, Rétsági Erzsébet (2015): Egészséges Idősödés /Az egészségfejlesztés lehetőségei idős korban, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Forrás: <https://www.etk.pte.hu/protected/OktatasiAnyagok/%21Palyazati/sport2/EgeszsegesIdosodesJ.pdf> (Letöltve: 2024.01.19.)
- Juhász Ágnes (2018): Demencia szakápolás Érezni. Érteni. Tudni! Balassi Kiadó
- Bagyinszki Zoltánné, Dolozim Emese, Dr. Csereiné Árgyelán Anna, Kovács Edina, Papp Ágota, Sivó Krisztina, Szerencsi Károly (2019): Szociális gerontológiai ismeretek, Gál Ferenc Főiskola Egészség- és Szociális Tudományi Kar, ISBN: 978-615-5256-70-7)
- Balogh Zoltán, Csóka Mária, Gyulai Teodóra, Nosza Magdolna, Simkó Katalin, Sövényi Ferencné (2000.): Ápolástani alapismeretek Főiskolai jegyzet Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Budapest
- Dr. Semsei Imre (szerk.) (2011): Gerontológia I. Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Egészségügyi Kari Jegyzetek Főszerkesztő, Debreceni Egyetemi Kiadó, ISBN: 978 963 318 186 7
- Dr. Semsei Imre (szerk.) (2011): Gerontológia II. Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Egészségügyi Kari Jegyzetek, Debreceni Egyetemi Kiadó, ISBN: 978 963 318 188 1
- Kotogány Tímea (2017.): Időskorúak intézményi beilleszkedésének vizsgálata In: Acta Sana folyóirat 2017.év 12. szám Szegedi Kistérségi Többcélú Társulása Egyesített Szociális Intézmény Forrás: <https://www.iskolakultura.hu/index.php/actasana/article/view/31528/31243> (Letöltve: 2024.07.04.)
- Harcos Krisztina, Tövisskes Péterné, Zsolnai Zsigmondné, Kozma Gyuláné, Márffy Miklósné, Odenvaldné Ferenczi Edit, Vida Gabriella (2019): Befogadás (elhelyezés) az idősek otthonába metódus fejlesztés a begyűjtött jó gyakorlatok felhasználásával, Magyarországi Baptista Egyház és a Baptista Szeretetszolgálat, Forrás: https://www.baptistajoggyakorlat.hu/wp-content/uploads/2019/10/2_metodus_befogadas_mcs_BSZEJSZ_190423.pdf; (Letöltve: 2024.07.04.)
- Kárándi Erzsébet, Kovacsics Zsuzsanna, Rettegi Zsolt (2019): Demenciával élő személyek ellátása és gondozása, valamint a demenciával élő személyek viselkedésváltozásai, Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság, Forrás: http://prekogalfa.hu/documents/efop/TF_DEV_PDF.pdf (Letöltve:2024.07.03.)

- Magyar Ökoterápia Alapítvány (é.n.): A kertterápia lehetőségei a demencia kezelésében, Forrás: <https://www.okoterapia.hu/kertterapia-demencia/> (Letöltve:2024.07.03.)
- Bagyinszki Zoltánné, Dolozim Emese, Csereiné Árgyelán Anna, Kovács Edina, Papp Ágota, Sivó Krisztina, Szerencsi Károly (2019): Szociális, gerontológiai ismeretek, Gál Ferenc Főiskola Egészség- és Szociális Tudományi Kar Forrás: https://dtk.tankonyvtar.hu/xmlui/bitstream/handle/123456789/13244/szocialis_gerontologiai_ismeretek_pdfa.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Letöltve: 2024.07.04.)
- Kovács Éva (é.n.): Kvalitatív módszerek az empirikus társadalom és kultúrakutatásban – 5.B. Interjú módszerek és technikák, online tananyag, Eötvös Loránd Tudományegyetem, Forrás: <https://mmi.elte.hu/szabadbolcseszett/mmi.elte.hu/szabadbolcseszett/index72c4.html> (Letöltve: 2024.07.03.)
- Nemzeti Jogszabálytár Forrás: <https://njt.hu/>