NEMZETI CSALÁD- ÉS SZOCIÁLPOLITIKAI INTÉZET

ÚJ SZÉCHENYI TERV

Területi Szakértői Csoport

Bentlakásos Idősellátás

Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet

TÁMOP 5.4.1.

Szakértők:
Dr. Egervári Ágnes
Czibere Károly
Panker Mihály

Nemzeti Fejlesztési Ügynökség
www.ujszechenyiterv.gov.hu
06 40 638 638

MAGYARORSZÁG MEGÚJUL

A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.

Sztenderdek az idősek számára biztosított bentlakásos szociális szolgáltatások területére vonatkozóan

Szakértői és modellezői vélemények alapján módosítva

1.4

2011. október 10.

BEVEZETÉS **10**

Időskorúak helyzete Magyarországon **10**

Az idősödés társadalompolitikai kihívásai *15*

Időspolitika célkitűzései *17*

Az idősgondozás fejlesztendő területeinek fő irányai *17*

Egészségügyi és szociális szolgáltatásokhoz való hozzájutás problémái *18*

Az időspolitika európai és hazai prioritásai, stratégiái, ezek hatása a hazai ellátórendszerre *19*

Az idősgondozás komplexitásának jelentősége **20**

A bentlakásos intézményi ellátás helyzete Magyarországon **21**

Az intézmények általános jellemzői **23**

A projekt indokoltsága a bentlakásos idősellátás területén − jövőkép **24**

Az idősek életminőségének javítása *24*

A szociális sztenderdek szerepe az idősek bentlakásos ellátásában *25*

A bentlakásos idősellátás szolgáltatás célcsoportja **31**

A BENTLAKÁSOS IDŐSELLÁTÁS SZAKMAI SZABÁLYAI **33**

I. Minőségi elhelyezéshez való jog: biztonságos és esztétikus környezet, megfelelő tárgyi feltételek **33**

1. Sztenderd: Otthonos és biztonságos környezet **33**

Kritériumok *34*

Biztonság, emberi méltóság 34

Személyes jogok védelme, jogbiztonság 34

Esélyegyenlőség 34

Életminőség javítása 34

Önállóság 34

Komfort és esztétikum 34

Intézményi környezet 35

Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források *38*

II. Minőségi szolgáltatáshoz való jog: belépés, igényfelmérés, ápolás-gondozás, mentálhigiénés támogatás és egészségügyi ellátás 40

2. sztenderd: Felvétel-igénybevétel folyamata 40

Kritériumok 41

Előgondozás, kapcsolatfelvétel 41

Intézményi jogviszony létesítése 42

3. sztenderd: Teljeskörű-minőségi szolgáltatás 42

Ruházat, textília 43

Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források 44

Étkezés 45

Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források 47

4. sztenderd: Testi és lelki jóllét 49

Kritériumok 49

Ápolás-gondozás 49

Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források 51

Egészségügyi-orvosi ellátás 52

Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források 54

5. sztenderd: Mentálhigiénés támogatás 56

Beilleszkedés támogatása, biztonság megteremtése, társas kapcsolatok, természetes támaszok 57

Személyre szóló gondozási terv készítése 57

Társas kapcsolatok, természetes támaszok biztosítása, autonómia fenntartása 58

Aktivitás fenntartása 59

Emberi méltóság megőrzése 60

Problémamegoldás, kríziskezelés, konfliktuskezelés 61

Mentálhigiénés tevékenység az élet végén 62

Érdekképviselet 62

Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források 64

6. sztenderd: Viselkedési problémák 66

Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források 67

7. sztenderd: Demenciában szenvedő idősek személyközpontú ellátása 68

A szolgáltatás alapelvei 69

Az elvárt szolgáltatási gyakorlat leírása, lehetséges módszerek, eljárások, megoldási módok (alternatívák) 69

Az intézmény értékorientációja 69

A gondozás egyénre szabottsága 72

A személyközpontú megközelítés érvényesülése 74

A szociális környezet 76

Előnyök, hátrányok, feltételek elemzése, alkalmazásának személyi és tárgyi feltételei 77

Szempontok a fizikai környezet kialakításánál 77

Biztonságossági szempontok 78

Pozitív környezet szempontjai 78

Látás megsegítő szempontok 78

A hallás támogatásának szempontjai 79

Az ízlelés és a szaglás képességének megtartására irányuló szempontok 79

Bezártság érzetét megszüntető szempontok 79

A sztenderd alkalmazására vonatkozó javaslatok 80

A Legjobb Barát Modell 80

Kimeneti elvárások, és az azokhoz csatlakozó kritériumok (a kritériumok olyan elvárások, amelyekből meg lehet állapítani, hogy a sztenderdet betartották-e a szolgáltatási folyamatban vagy sem) 80

A kritériumok teljesülésének indikátorai és monitoring lehetőségei 81

Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források 84

III. Minőségi szolgáltatáshoz való jog: minőségi humánerőforrás 86

8. sztenderd: Kompetens munkatársak 86

Kritériumok 86

Képzés és továbbképzés 87
Képzés 87
Továbbképzés 88
A munkatársak védelme (jogi, kockázatkezelés) 88
Kockázatkezelés 89
Szupervíziós háttér biztosítása 90
Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források 92
9. Sztenderd: Rendszerszintű együttműködés 93
Kritériumok 93
Konferenciák 93
Műhelymunka 94
Egyéb programok 94
Szakmai és módszertani tapasztalatcserék 94
Tapasztalatcserék 94
Külföldi tapasztalatok 95
Szakmai szervezetekben való részvétel 95
Más együttműködő szervezetekkel való kapcsolat 95
Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források 97
IV. Információs önrendelkezés, tájékoztatáshoz való jog, bevonás, részvétel 98
10. sztenderd: Információs önrendelkezés, tájékoztatáshoz való jog 98
Kritériumok 99
A nyilvántartási módszerek/formák 100
Adatok analitikus/papíralapú nyilvántartása 100
Adatok számítógépen való tárolása 100
Adatok táblázatos formában való tárolása számítógépen (Word) 100
Adatok táblázatos formában való tárolása számítógépen (pl. Excel) 100
Adatbázis-kezelő alkalmazása 100
Integrált, cégre szabott informatikai rendszer alkalmazása 100

A nyilvántartások funkciói 101
Keresés, visszakeresés 101
Leválogatás, szűrés 101
Rendezés 101
Csoportosítás 101
Elemzés 101
Adatkezelési szabályok 101
A különböző típusú adatok kezelésének szabályai 102
Személyes adatok kezelése 102
Különleges adatok kezelése 103
Közérdekű adatok kezelése 103
A titoktartás szabályai, avagy minden ellátott joga és az intézmény kötelessége ... 104
Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források 105
11. Sztenderd: Személyes kommunikáció a kliensekkel és hozzátartozókkal 107
Kritériumok 107
Normalizációs elv 108
Információs elvárások 108
Beilleszkedési törekvések 109
Aktív részvétel a közösség életében 109
Kölcsönös előnyök 109
Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források 110
V. Autonómia, magánélet, magánmeggyőződések tisztelete 111
12. sztenderd: Autonómia, magánélet, magánmeggyőződések tisztelete 111
Kritériumok 111
Az intézmény értékorientációja 111
Az intézményi küldetés 111
Humánerőforrás-gazdálkodás 112
A gondozók munkájának intézményi támogatása 112

A gondozó stáb képzése, fejlesztése 113
Belső minőségirányítási rendszer kialakítása 113
A gondozás egyénre szabottsága 114
Egyéni gondozási terv 114
A gondozási tervek rendszeres felülvizsgálata, korrekciója 114
A gondozott élettörténetének ismerete 114
Egyéni preferenciák 115
A gondozott személyi tulajdona 115
A gondozott aktivitása, foglalkozásokon való részvétele 115
A személyközpontú megközelítés érvényesülése 116
Kommunikáció a gondozottal 116
Empátia és a gondozott szempontjainak figyelembevétele 116
A gondozás légköre 117
Respektus 117
„Képessé tevés” (empowerment) 117
A közösségi részvétel ösztönzése 117
A „problémás viselkedés” kezelése 118
A szociális környezet 118
Szociális inklúzió 118
Külső érdekképviselet 118
A szolgáltatási környezet minősége 119
Egészségügyi ellátási háttér 119
Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források 120

MELLÉKLETEK..... 121

1. melléklet: Irodalomjegyzék a bentlakásos idősellátás szakmai szabályaihoz..... 121

2. melléklet: Fogalomtár a bentlakásos idősellátás szakmai szabályaihoz..... 131

3. melléklet: Jogszabályok gyűjteménye a bentlakásos idősellátás szakmai szabályaihoz 159

4. melléklet: A sztenderdek kidolgozásában közreműködő szakértők 162

5. melléklet: Idősek tartós bentlakásos ellátása - INDIKÁTOROK..... 163

BEVEZETÉS

Időskorúak helyzete Magyarországon

Demográfiai folyamatok (Hablicsek László nyomán)

Az egész társadalmat érintő kérdés, hogy mi lesz az idősek millióival.

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

A mutatók egyensúlyának megbomlása következtében a társadalomban hatalmas arányváltás következett be; ketyeg az időzített demográfiai bomba.

Változniuk kell a társadalmi reakcióknak is, mint például a közösségi képviseletnek, az idősek társadalmi részvételének és a szolgáltatásoknak egyaránt.

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

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

Az idős korosztály aránynövekedésében is van egy belső strukturálódás. Ez az átlagéletkor növekedése miatt van; nő a nagyon idősek aránya.

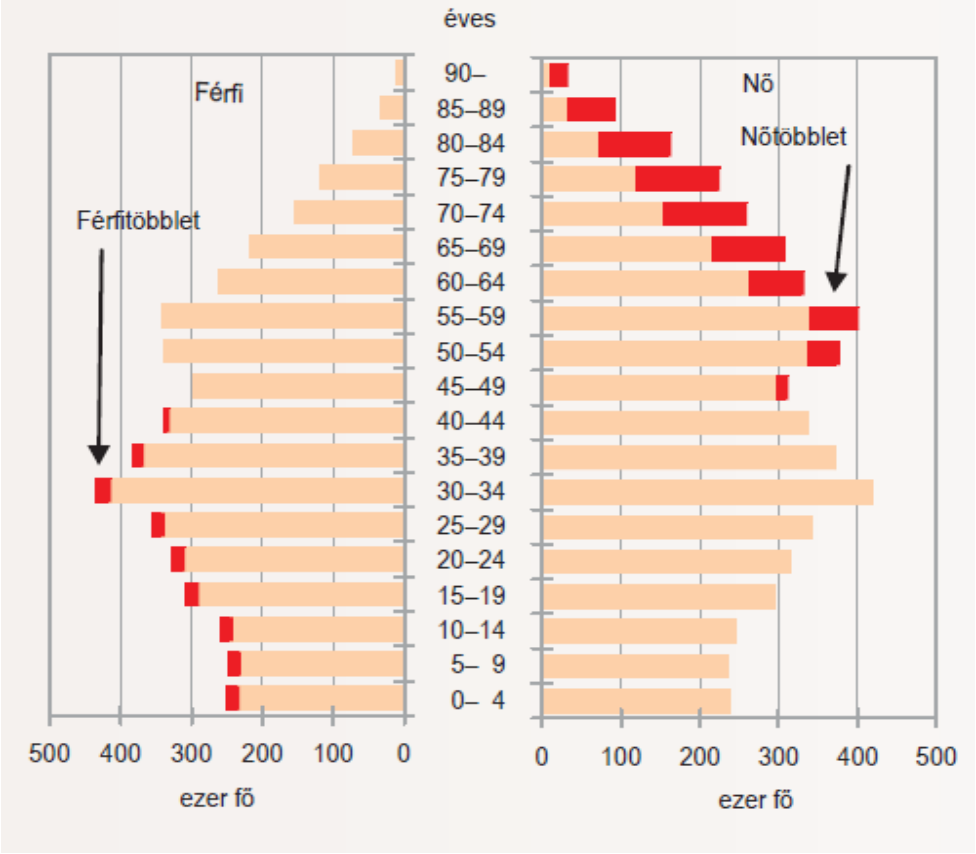
A korcsoport szerinti megoszlás nemenkénti mutatóiból jól láthatók a legjellemzőbb tendenciák. A 70 éven aluli korosztály aránya a férfiak körében mindig magasabb, a nők körében mindig alacsonyabb volt a két nem együttes mutatójánál, míg a magasabb korcsoportokban éppen fordított a helyzet. Mindez abból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

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

Az a számottevő nőtöbblet, mely az időskorúak – és kizárólag az időskorúak – körében mutatkozik, a XX. század második felében alakult ki. A folyamat csak lassan, kisebb-nagyobb

visszaesésekkel bontakozott ki, a nők körében azonban megszakítás nélkül, és a férfiakhoz képest erőteljesebben növekedett az időskorúak aránya.

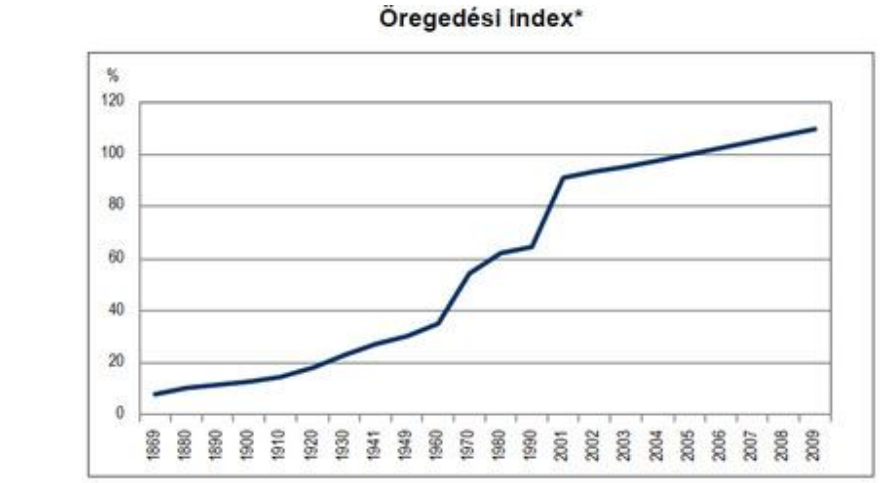
A magyar népesség korfája, KSH 2010



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

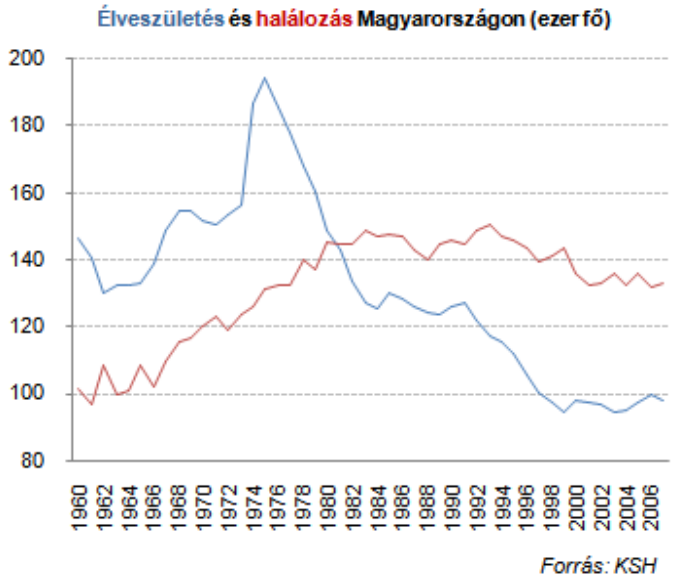
A korcsoport szerinti megoszlás mellett a másik fontos jellemző a családi állapot szerinti megoszlás, mely jelentős eltérést mutat az idős generációban az össznépességtől. A legmarkánsabb eltérés a házasok és volt házasok, illetve a nőtlenek, hajadonok arányában mutatkozik. Az idős korosztály döntő többsége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

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



* Száz 0–14 évesre jutó 65 éves és idősebb.

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



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

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

Lakáskörülményeik, anyagi fogyasztásuk, kulturális aktivitásuk alapján a 60 éven felüliek több mint egyötödét sorolhatjuk a felső-, illetve a középosztályhoz. Legnépesebb (46%-os aránnyal) az átlagos anyagi színvonalon élő kispolgárok kategóriája, amelyet – a

lakásviszonyok szerint – a jó, illetve a rossz lakással rendelkezők rétegére bonthatunk. Az idősek több mint 30%-a tekinthető szegénynek, és ebből mintegy 10% a depriváltak (a nagyon rossz lakás- és anyagi körülmények között élők) hányada.

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

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

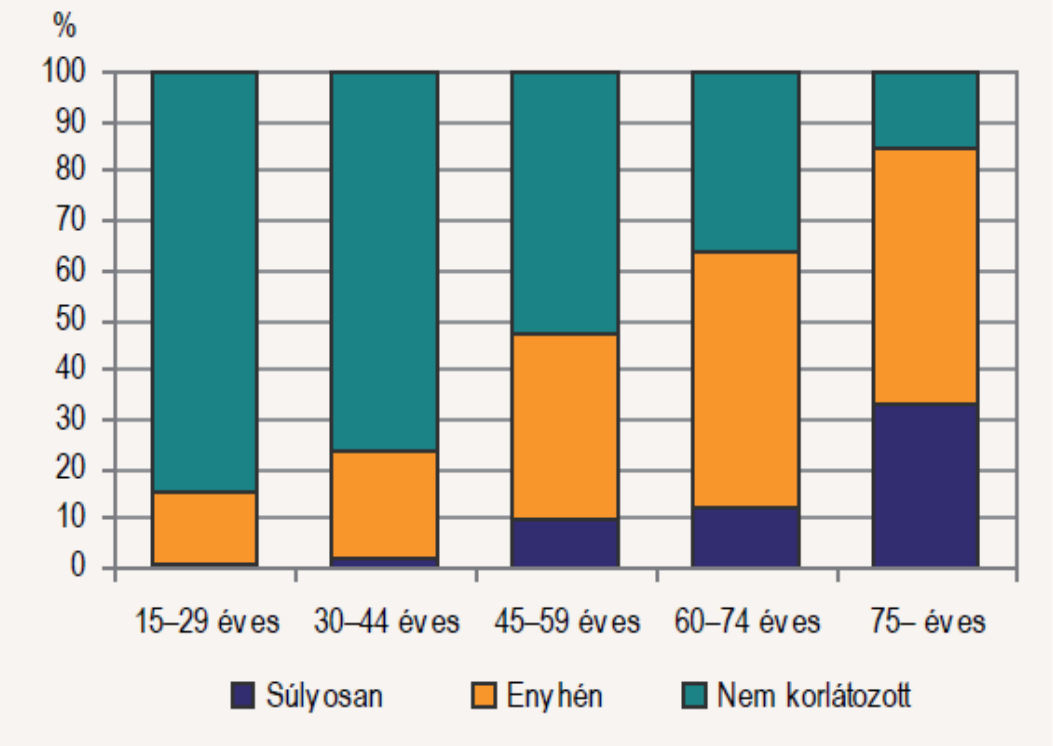
Az egyes korcsoportok közül a fiatalabbak vidéki városokban, a legidősebbek pedig főként a fővárosban élnek nagyobb arányban. A 30 és 60 év közöttiek közel egyötöde lakótelepi panelépületek, fele pedig családi házak lakója. A legidősebbek (75–84 évesek) aránya erősen felülreprezentált a városi bérházakban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

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

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

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

A korlátozottság mértéke



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

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

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

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

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

A demográfiai öregedés nem valamiféle káros jelenség, amely ellen küzdeni kell. Ugyanakkor a folyamat súlyos alkalmazkodási problémákat vet fel, amelyek megoldandó feladatokként tornyosulnak a modern társadalmak előtt. Mindannyiunkat alapvetően érintő kérdés, mi lesz az idősek millióival. Úgy véljük, az európai helyzet népesedéspolitikai keretekbe ágyazott aktív magatartást igényel, valamint megkívánja a folyamatok sokirányú

befolyásolását, sokféle eszköz sokoldalú alkalmazását. Az öregedési folyamat kezeléséhez minden területnek, tudományágnak hozzá kell tennie a maga kimunkált részmegoldásait.

A magyarországi demográfiai jellemzők összefoglalva:

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

Az idősödés társadalompolitikai kihívásai

- Az idősödés nem önmagában véve problematikus, hanem abból a szempontból, hogy sem a gazdaság, sem a társadalmi ellátórendszerek nem készültek fel átfogó reformokra az ellátórendszerek fenntarthatósága érdekében.
- A nyugdíjak, szociális és egészségügyi kiadások egyre nagyobb terhet rónak a társadalomra. 2009. év elején 3 millió 31 ezren részesültek nyugdíjban, járadékban vagy nyugdíjszerű ellátásban. Az ellátottak 57%-a öregségi nyugdíjban részesült. A nyugdíjakra és a nyugdíjszerű ellátások forint összege és a GDP-hez viszonyított aránya folyamatos növekedést mutat, 2007-ben a GDP 10,9%-át fordították az ellátásokra, 2008-ban már 11,6%-át. Az öregségi nyugdíjasok 1 főre jutó átlag nyugdíja 2009.01.01-én 93.256 Ft (KSH, 2009.). Az átlagkeresetek és a nyugdíjak közötti olló az elmúlt években jelentős mértékben zárult, a nyugdíj összege közelebb került a nettó keresetekhez.
- A demográfiai változások és az individualizációs folyamatok azt is jelentik, hogy a családok egyre kevésbé töltik be a természetes védőháló szerepét, a gondozási funkciókat, emiatt az intézményes ellátások arányának és jelentőségének növekedését eredményezi. (A család instabilitása, válás, eltérő értékrend, a munka világának az átalakulása – preferált az egyedülálló munkavállaló, külföldi munka, stb.-, növekvő munkanélküliség).
- Munkanélküliség. Csökkennek a munkaadói és a munkavállalói bevételek, így az állami hozzájárulás mértékét növelni kellett az ellátások fedezésére. Az állam, mint a jóléti-ellátórendszer legfontosabb szereplője igyekszik megőrizni állampolgárai biztonságát, ugyanakkor eszközei végesek, bevételei a kiadások jelentős emelkedése mellett csökkentek a munka világában bekövetkezett változások miatt. A felosztó, kirovó rendszer nem tartható fenn emiatt.
- A nyugdíjrendszer átalakítása válik szükségessé: nyugdíjkorhatárok felemelése és a járulékok emelése, az öngondoskodás előtérbe helyezése. Az öngondoskodó

nyugdíjrendszernek nálunk nincsenek hagyományai, feltételei, félő, hogy konzerválná a meglévő társadalmi különbségeket.

- A jelenlegi gazdasági működés nem alapozza meg a stabil munkaerő piaci feltételeket, foglalkoztatást, megfelelő szintű jövedelmet A pályakezdés bizonytalanságai, a fekete és a szürkegazdaság az öngondoskodás akadályozza.
- Veszélyezteti a társadalmi szolidaritás fenntarthatóságát: a fiatalabb generációk úgy tekintenek a nyugdíjasokra, mint kiváltságos csoportra, akik a legtöbb hasznot húzzák a szociális költségvetésből, ellátórendszerből. A fiatalok, a gyermekes családokból kerülnek ki az új szegények, így elsősorban őket kellene támogatni, amit azonban az idősek számára nyújtott, egyre növekvő kiadások nem tesznek lehetővé.
- Az idősek egyre erőteljesebbé váló politikai hatalma számos esetben vezet a kiadások növeléséhez. A társadalmi kockázat abban rejlik, hogy mindezen folyamatok egy gazdaságilag labilis korszakban következnek be, melyben a munka világa, a foglalkoztatás biztonsága és a családok szerkezete rendül meg.
- Az időskorral kapcsolatos szemléletváltozásra van szükség. A Nemzeti Idősügyi Stratégia (NIS) társadalomképének alapja: hogy minden korcsoportnak megfelelő esélye legyen teljes értékű aktív és méltó életre, az élet utolsó szakaszának humánus befejezésére.

Megalapozott igény az idősek:

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

Időspolitika célkitűzései

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

Az idősgondozás fejlesztendő területeinek fő irányai

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

Egészségügyi és szociális szolgáltatásokhoz való hozzájutás problémái

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

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

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

A XXI. század egyik legpozitívabb eredménye a születéskor várható élettartam meghosszabbodása. E kihívásra reagálva Magyarországon is szükséges az időspolitika kialakítása. Ennek megvalósítása több lépcsős folyamat. Első lépésben a helyzet feltárása és a problémák, fejlesztendő területek számbavételét követően az elérendő célok kerülnek megfogalmazásra, majd az ebből kialakított prioritások meghatározását követően a megvalósítás érdekében cselekvési tervek kerülnek kidolgozásra.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Az idősgondozás komplexitásának jelentősége

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

Az időskori változások közül kiemelt jelentőségű az állandósághoz, megszokott környezethez való ragaszkodás, valamint a magyar kultúrából is eredő tulajdon utáni vágy, ami gyakran a biztonság érzetével kapcsolódik össze. Az idősek ragaszkodnak a korábbi évek során megszerzett otthonukhoz, tulajdonaikhoz, nehezen alkalmazkodnak új környezethez, idegen emberekhez, ami fokozottan nehezíti új otthonba költözésüket. Mindez indokolttá teszi egyfelől azt, hogy igényeiknek megfelelően elsősorban a saját otthonaikban nyújtsunk számukra magas színvonalú, egyéni szükségleteikre választ adó megoldásokat. Másrészt

viszont még nagyobb hangsúlyt kap a bentlakásos intézményi ellátások tartalma minőségi szempontból, hiszen kritikus élethelyzetben új környezetbe kényszerült idős emberekről van szó.

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

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

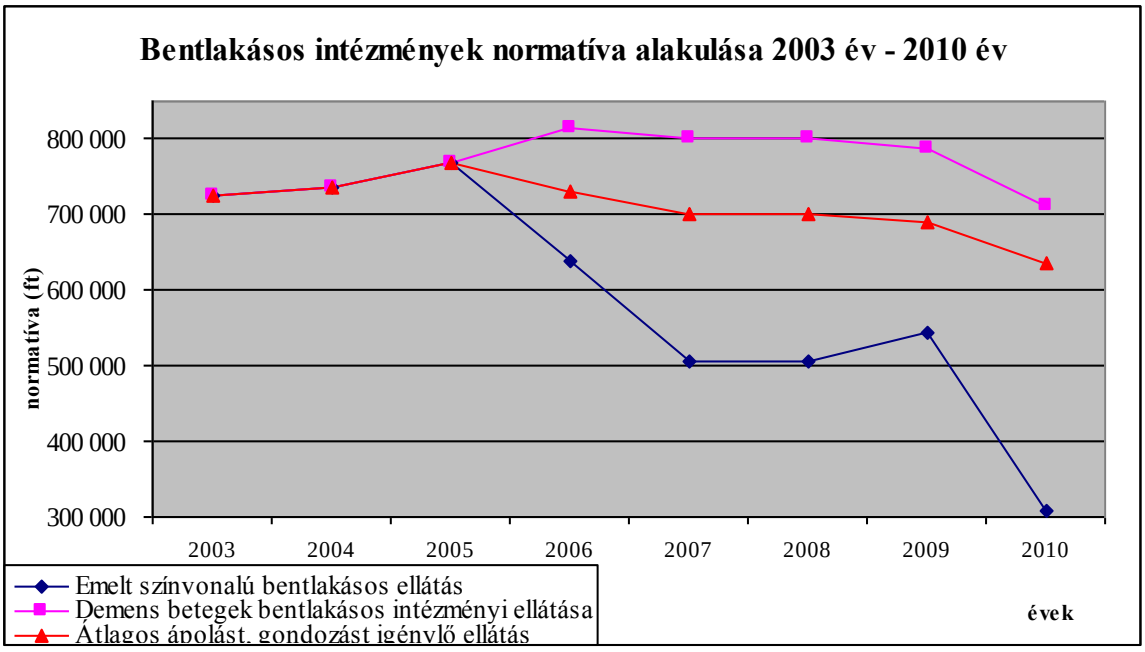
A bentlakásos intézményi ellátás helyzete Magyarországon

Az engedélyezett férőhelyek száma összesen 850 intézményben 57 017 férőhely (2011.július) – beleértve az időskorúak bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó intézményeit és a szállást biztosító idősek nappali intézményeit. A férőhely kihasználtság 96,3%-os, a lakók mintegy 8%-a 65 év alatti. A tartós bentlakást nyújtó intézmények között több olyan van, ami nem tiszta profilú, és a lakók között van mozgásában akadályozott fiatal vagy értelmi sérült hozzátartozó, pszichiátriai vagy szenvedélybeteg is.

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

Magyarországi adatok

- A népesség 17,94%-a él valamilyen önellátási képesség csökkenéssel (ADL)
- A 65 év felettiek 56,98%-a él valamilyen ADL tekintetében korlátozottsággal (893 ezer fő)
- A 80 feletti népesség 72, 66%-a él valamilyen ADL tekintetében korlátozottsággal (238 ezer fő)



Az intézményi keretek között ellátott idősek egészségi állapotáról – átmeneti és tartós bentlakásos ellátás esetén egyaránt – a 2008. évi gondozási szükségletet érintő vizsgálat bevezetését követően elmondható, hogy egyre több és súlyosabb betegségben szenvedő idős ember kerül a szociális ellátórendszerbe. Egyre magasabb a demenciában szenvedők aránya is, és abból kiemelkedik a súlyos demens idősek aránya. 2009-ben a súlyos demensek száma az intézményekben meghaladta a 7000 főt – miközben a demenciában szenvedők becsült száma kb. 160 000. Az ily módon megnövekedett ápolási-gondozási igények szükségessé teszik a szakmai feladatokat ellátó személyzet felkészültségét, illetve speciális ismertek megszerzését.

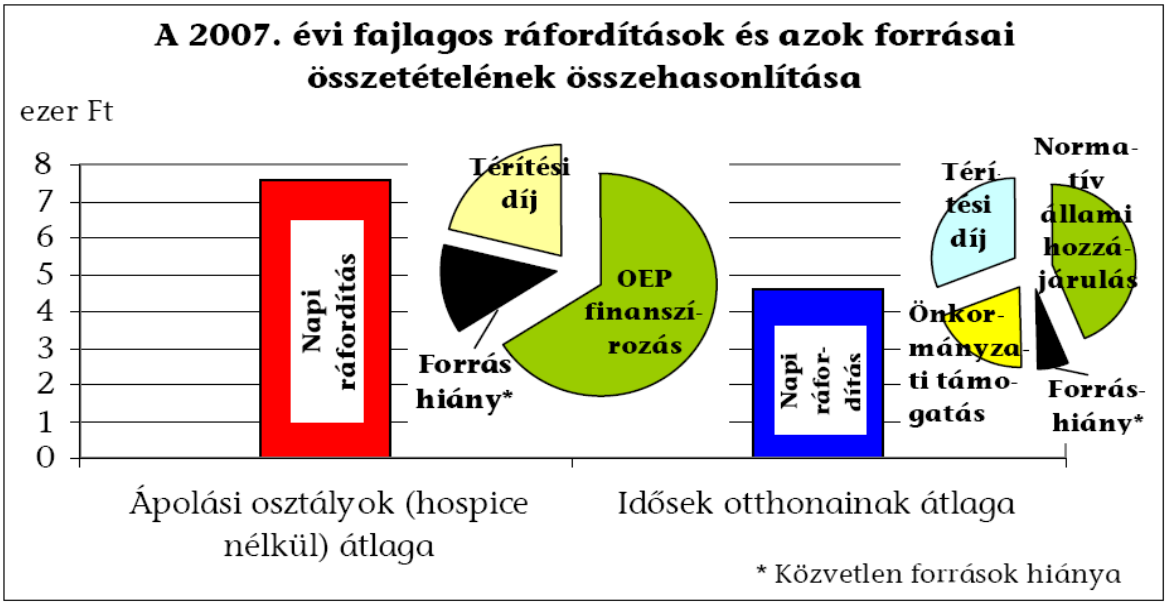
Ma Magyarországon az idősellátás két terület: az egészségügy és a szociális ellátórendszer kompetenciájába tartozik.

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

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

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

Mindez a finanszírozás vonatkozásában is felvet bizonyos kérdéseket, mivel az intézményekben elvégzett egészségügyi tevékenységek (szakápolás) finanszírozásába az OEP nem kapcsolódik be.



ÁSZ 0820.sz. jelentése

Az intézmények általános jellemzői

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

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

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

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

Az intézmények többsége nagyméretű, a kisebb, családiasabb otthonok elsősorban a vállalkozási, egyházi és nonprofit szférában fordulnak elő. Az otthonok finanszírozása alapvetően három pilléren nyugszik: a normatív állami finanszírozáson, a lakók által fizetett

térítési díjon és a fenntartói támogatáson. Az önkormányzati fenntartású intézmények esetében ezek megoszlása egyenletes.

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

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

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

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

A projekt indokoltsága a bentlakásos idősellátás területén − jövőkép

Az idősek életminőségének javítása

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

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

1. Önmegvalósítás. Az otthon célja, hogy lehetővé tegye a bentlakók számára potenciális érzelmi, szociális, intellektuális és testi képességeik kiteljesítését.

2. Méltóság. Azok számára, akik mások segítségére szorulnak, az önbecsülés azon is múlik, hogy milyen körülményeket biztosítanak számukra.

3. Függetlenség. A másokkal való együttélés azt jelenti, hogy a bentlakóknak tisztában kell lenniük a többiek szükségleteivel is, azt méltányolniuk kell amellett, hogy mindannyiuk alapvető joga a szabad akarat és döntés.

4. Egyéniség. Az otthon dolgozóinak fogékonyaknak kell lenniük az egyén szükségletei iránt, és biztosítaniuk kell a vallási, etnikai és kulturális hagyományok, illetve előírások − akár étrendi, akár rituális − gyakorlását, betartását.

5. Tisztelet/megbecsülés. Az egyén élettörténetének ismerete és tisztelete önálló egyéniséget ad mind a bentlakónak, mind a dolgozóknak. Tiszteletben kell tartani, és becsülni kell a gondozásra szoruló emberek képességeit, tapasztalatát és tehetségét.

6. Érzelmek. A bentlakóknak jogot formálhatnak arra, hogy megválasszák a barátaikat, és különösen fontos, hogy lehessenek intim és személyes kapcsolataik mind az otthonon belül, mind pedig azon kívül.

7. A választás és a kockázatvállalás lehetősége. A kockázatvállalást normálisnak kell tekinteni. A bentlakókat nem szabad akadályozni sem-miféle tevékenységben csak azért, mert fennáll a (szokásos) kockázat veszélye. A szokványos tevékenységeket a lehető legmesszebbmenő mértékig támogatni kell.

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

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

A szociális sztenderdek szerepe az idősek bentlakásos ellátásában

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

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

a) a népesség várható élettartama növekszik,

b) a termékenység nem növekszik számottevően,

c) a népességen belül az idősek és a nagyon idősek aránya növekszik,

d) a morbiditási kockázatok korcsoportonként jelentősen növekednek,

e) a szolgáltatásban részt vevő gondozók bérszintje folyamatosan növekszik.

A fentiekből olyan szakellátási jövő kalkulálható, amely magasan professzionalizálódott, s ahol magasan képzett munkatársak dolgoznak. Az idősellátás szociális jellege jelentősen gyengül, és benne az ápolási és szakápolási tevékenység felerősödik. A gondozási szükséglet vizsgálat bevezetése óta sajnos fennáll ez a megállapítás, amely az egész ellátást meghatározza. Eltolódik a hangsúly az egészségügyi szolgáltatások felé, miközben az intézmények dolgozói szakmailag, illetve képzettségüket tekintve nincsenek felkészülve e feladat szakszerű és maradéktalan ellátására. Meg kell említeni, hogy a tárgyi feltételek sem adottak a feladathoz (pl.: betegemelők, billenthető ágyak, párnamagasítók stb.), és a munkaköri előírások sem engedik meg bizonyos egészségügyi feladatok elvégzését (pl. decubitus kezelés). A gyakorlatban a kórházi utókezelő osztályok által ellátandó feladatokat várják el a szociális intézményektől. A tapasztalatok azt mutatják, hogy sok esetben a belgyógyászati és krónikus osztályok rövid idő alatt elbocsátják a beteget, s így kerülnek be a szociális intézménybe, miközben a beteg még teljes körű ellátást igényel. A szociális, illetve a gondozási tevékenység e miatt háttérbe szorul, a rehabilitáció gyakran teljesen hiányzik, és a szociális intézmények orvos-ellátottsága sem felel meg az adott körülményeknek. (Gyakori a heti egyszeri orvosi rendelés, kevés a különböző szakorvosi lehetőség, nem jut idő a prevencióra, a szűrővizsgálatok elvégzésére stb.)

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

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

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

Változik az ellátórendszer finanszírozása is. Bár a normatív finanszírozás kiváló kiindulópont az intézmények finanszírozására, hiszen alacsony az adminisztrációs vonzata, ugyanakkor a kliensért folytatott versenyre és ezen keresztül minőségi ellátásra ösztönöz. Ez a rendszer valószínűleg két lépésben átalakul. Első lépésben a gondozási rászorultság mértékében differenciálódik. Ugyanis nem lehetséges, hogy a finanszírozást sokáig érintetlenül hagyja a magasabb gondozási igényű kliensek megjelenése a rendszerben.

Második lépésben az önellátási képesség-hiányok mértékéből és számosságából következően szolgáltatáscsomagok hozzárendelése történik a klienshez. Ekkor már nem a kliens után jár a finanszírozás, hanem a szolgáltatáscsomag után. A szolgáltatáscsomagok ugyanis sokkal áttekinthetőbbé teszik az intézmények gazdálkodását, mivel belső szakmai folyamataikra, az alkalmazott eljárásokra könnyebb visszakövetkeztetni, bár hozzá kell tenni: alkalmazása jelentős többletadminisztrációval jár, ráadásul lehetnek ellenösztönző hatások is (pl. túlteljesítés, relatíve drága eljárások mellőzése a szolgáltatáscsoporton belül). Ennek megfelelően változik a szakember-követelmény is, hiszen innen kezdve nincs értelme férőhelyre megadni a szakmai létszámot, hanem a gondozási rászorultsághoz rendelt szolgáltatáscsomagok megvalósításához kell keresni szakmai tudással, jártassággal, illetve tapasztalattal bíró munkaerőt, függetlenül attól, hogy az számlás vagy megbízásos, esetleg rendes munkavállaló-e.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Az ötödik alapelv a közpénzekkel való felelős bánásmód, tehát **elszámolhatóság.** Itt az jelenik meg, hogy a szolgáltatók versenyének ösztönzése mellett kiszámítható elvárásrendszernek és erőteljes ellenőrzésnek kell kiépülnie. Itt elsősorban nem arra gondolunk, hogy az ellenőrző hatóságoknak országosan egységesen, időben konzisztens módon, szolgáltatók és fenntartók között nem diszkriminálva és egymással egyeztetve kellene dolgozniuk, bár ezek is fontos elvárások a szolgáltatók munkáját értékelő hatóságok számára. Arra gondolunk, hogy az ellenőrzést a szakmafejlesztési célok szolgálatába kell állítani, tehát meg kell jelennie, és elkerülhetetlenül meg is jelenik benne a létező és alkalmazandó jogi

szabályozás kiegészítése a szakmai elvek és értékek alapján további normák beépítésével olyan mértékig, amely még nem okoz jogbizonytalanságot a jogértelmezés diszkrecionalitása miatt. A várhatóan egyre nagyobb számban megjelenő nem állami szolgáltatók szerepe növekedni fog, ami jó tendencia. Rendezni kell azonban, hogy legyen garancia arra az esetre, ha a civil vállalkozás csődbe kerül. Hová kerülnek akkor az ellátottak, és milyen színvonalú szolgáltatást kaphatnak intézményváltás esetén. (Javasoljuk pl. nagyobb összeg letétbe helyezését vagy előzetes szerződés megkötését egy önkormányzati szolgáltatóval). Javasoljuk továbbá a HGCS elterjesztését és alkalmazását a szolgáltatások finanszírozásában, amely a HBCS-hez hasonlóan tiszta, előre tervezhető helyzetet teremtene, és ez által mérhetőek lennének a szolgáltatások.

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

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

A hetedik alapelv a **hatékony közpénzfelhasználás**, a szolgáltatók belső hatékonyságjavulása. Ma a normatív finanszírozás csak egyetlen tekintetben hat az intézmények belső hatékonyságának javítása irányába: az egyre alacsonyabb finanszírozási szint újabb és újabb túlélési technika kigondolását teszi szükségessé. (Ma már ott tartunk, hogy olyan alacsony a közfinanszírozás szintje, amelynél már nem nagyon van további tere a belső hatékonyság javulásának, és így a minőségrontás/csőd dilemmába sodródnak a szolgáltatások.) A mai finanszírozási logika más tekintetben azonban egyáltalán nem a legitim hatékonyság felé tereli a folyamatokat. A gondozási rászorultság mértéke ugyan megjelenik a jogosultság szabályozásában, de a finanszírozásban már nem, tehát továbbra is érezhető a kínálat oldali káros szelekció a szakellátás piacán. Különösen ellenösztönző az, hogy a 2008 előtt beköltözöttek után is ugyanakkora a támogatás, mint a később beköltözők után. A magánforrások becsatornázási lehetőségének szabályozása is ellenösztönző: a térítési díj szabályozásának alapelve háttérbe szorítja az alacsonyabb jövedelműeket, hiszen nem teszi lehetővé az alacsonyabb jövedelműek alacsonyabb térítési díjának kompenzálását a magasabb jövedelműek magasabb térítési díjával. Ilyen körülmények között felértékelődik a sztenderdek azon tulajdonsága, hogy egyértelmű kapcsolatot teremt a gondozásban felhasznált erőforrások és a folyamat eredménye között. A pénzügyi (és nem pénzügyi javak, pl. szervezeti javak)

források egyre inkább azokhoz a folyamatokhoz társulnak, amelyek mérhető minőségjavulást eredményeznek a sztenderdekben meghatározott indikátorokban.

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

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

A megelőző programok során kidolgozásra kerültek sztenderdek, összegyűltek intézményi protokollok. Megfigyelhető, hogy a bentlakásos intézményekben folyó tevékenységek közül a legjobban szabályozottak az alap- és szakápolással kapcsolatos folyamatok. Ez nyilván nem véletlen. Ez az a terület, ahol az egészségügyi területen használatos szakmai szabályozók leginkább hasznosíthatók. Továbbra is iránymutatónak tekintjük ezeket, ám hangsúlyozzuk, hogy a szociális ellátás ennél komplexebb. A jelenlegi jogszabályok aprólékosan megszabják a működés kereteit, igen kevés mozgásteret hagyva az egyes intézmények, szakemberek számára.

Célunk, hogy a projekt végére olyan jól meghatározott szakmai iránymutatást adjunk az egyes területekre és az egyes igénybevevői csoportokkal folytatott munkához, mely jó kiindulópont lehet az egyes intézmények gyakorlatához. (A sztenderdek elvei, iránymutatása alapján az egyes intézményeknek a saját napi gyakorlatukat megszabó protokollokat természetesen maguknak kell kidolgozniuk.)

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

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

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

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

Ez a megközelítés segít a munkatársaknak is a sztenderdek használatában.

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

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

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

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

A bentlakásos idősellátás szolgáltatás célcsoportja

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

egyre nagyobb számban találkozhatunk demens betegekkel vagy pszichiátriai- és szenvedélybetegekkel.

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

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

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

A BENTLAKÁSOS IDŐSELLÁTÁS SZAKMAI SZABÁLYAI

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

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

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

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

1. Sztenderd: Otthonos és biztonságos környezet

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

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

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

Legfőbb cél, hogy az idős ellátott az intézményben töltött életszakasza során is élvezhesse a korábbiakban megszokott függetlenséget és önállóságot, s mindezt úgy, hogy biztonságban érezhesse magát, valamint igényeinek megfelelően megtalálja azt a komfortos és esztétikus közeget, ahol ápolhatja társas- vagy családi kapcsolatait, vagy éppen kielégítheti egyéni szükségleteit.

Kritériumok

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

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

Biztonság, emberi méltóság

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

Személyes jogok védelme, jogbiztonság

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

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

Esélyegyenlőség

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

Életminőség javítása

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

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

Önállóság

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

Komfort és esztétikum

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

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

Intézményi környezet

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

a.) felméri és a hatályos jogszabályi elvárások, illetve szakmai szabályozók ismeretében értékeli környezeti és tárgyi feltételrendszerét, megvizsgálja, hogy a helyiségek száma, mérete, kialakítása és bútorzata a kijelölt funkcióknak megfelel-e,

b.) felméri, hogy a költséghatékonyabb és környezettudatos eljárások hogyan alkalmazhatók a tárgyi feltételrendszer fejlesztése során,

c.) figyelembe veszi, hogy az épület elhelyezkedése, megközelíthetősége szempontjából a városi, települési környezetben milyen tömegközlekedési eszközök állnak rendelkezésre és azok mennyiben elérhetőek a szolgáltatást igénybevevők számára, illetve a látogatók hogyan tudják megközelíteni,

d.) az akadálymentes hozzáférhető külső környezet biztosítása során megvizsgálja, hogy a tágabb környezet, a közlekedés, az utak, a járdák, padok, közösségi terek, az épületek mennyiben hozzáférhetők az igénybevevők és hozzátartozóik számára.

- A bentlakásos ellátást biztosító szolgáltatónál a hatályos jogszabályi előírásoknak és egyéb szabályzóknak megfelelően folyamatosan biztosított az ivóvízellátás, a világítás, a fűtés, a meleg víz és az elektromos ellátás.
- A megfelelő világítás és elektromos áram az intézmény feladatai és az ellátást igénybevevők elvárásai és szükségletei szerint biztosítottak.
- A fűtés az ellátást igénybevevők életkora, egészségi állapota és mozgásigénye szerint megfelelő hőmérsékleten biztosított. A szellőztetés megfelelő rendszerességgel történik.
- A lakószobák infokommunikációs és közlekedési szempontból akadálymentesek.

1. A lakószobák épületen belüli elhelyezése megfelel az ellátást igénybevevők egészségi és gondozási állapotának.
2. Megfelelő alapterületű lakószobák állnak rendelkezésre, figyelembe véve az ellátást igénybevevők egészségi állapotát.
3. A szobák, helyiségek érthetően feliratozottak.
4. Biztosított a megfelelő természetes és mesterséges megvilágítás.
5. Zárható bútorok, berendezések állnak rendelkezésre.
6. A falak színválasztása és a padozat kialakítása megfelel az ellátást igénybevevők egészségi állapotának és elvárásainak.

- A jó életminőség érdekében az intézményben biztosított az ingergazdag privát élettér.

1. Az intézmény kellemesen kialakított, kényelmes életteret nyújt az ellátást igénybevevőknek.
2. A helyi szokásokat figyelembe véve valósul meg a berendezés és a dekoráció.

- A rendszeresen használt közösségi és egyéb, a gondozást-ápolást segítő helyiségek infokommunikációs és közlekedési szempontból akadálymentesek.

1. A folyosók tágasak, világosak, kapaszkodókkal, korláttal ellátottak, akadálytalan eljutást biztosítanak az ellátást igénybevevők számára a különböző helyiségek között, valamint kerekesszékkel is használhatók.
2. Az étkező kényelmes, világos, higiénikus. Alkalmas arra, hogy az ellátott szükség esetén segítséget kérjen és kapjon az étkezési folyamat során, és ez ne okozzon számára megalázó helyzetet. Lehetőség van az étkezés előtti kézmosásra és kézfertőtlenítésre. Biztosított az ellátást igénybevevők állapotának és igényeinek megfelelő bútorzat.
3. A társalgó kényelmes, nagy ablakokkal ellátott, amelyek segítségével biztosítható a természetes megvilágítás, ugyanakkor lehetőség van az árnyékolásra is. A berendezés az ellátást igénybevevők igényeinek és állapotuknak megfelelően kerül kialakításra.
4. Imaszoba biztosítása az ellátást igénybevevők igényeinek megfelelően, a vallásuk szabad gyakorlásához.
5. Az intézmény rendelkezik olyan helyiségekkel, ahol az ellátást igénybevevőknek lehetőségük van az intimitás gyakorlására és hozzátartozóik fogadására.
6. Biztosított orvosi szoba, melyet elláttak a korszerű ápolási feladatok végrehajtásához szükséges eszközökkel. A berendezés kialakítása megfelel az ellátást igénybevevők egészségi állapotának és az ÁNTSZ előírásának.
7. Az intézményben található betegszoba, amely alkalmas a fertőző betegek elkülönítésére, felszerelve korszerű és a megnövekedett ápolási feladatoknak megfelelő betegágyakkal, valamint fertőtleníthető bútorokkal és az ellátást igénybevevő beteg kényelmét szolgáló eszközökkel.
8. Biztosított dohányzásra kijelölt helyiség, amely megfelelően szellőztethető, és kényelmes bútorokkal lett berendezve. A helyiség felszerelése eleget tesz a tűzvédelmi előírásoknak.
9. A közösségi helyiségeknek elérhetőnek kell lennie az intézmény valamennyi lakója számára, valamint kialakításuk és berendezésüket tekintve célszerűnek és alkalmasnak kell lenniük a lakók által igényelt közösségi programok biztosításához is.
10. Az egyes helyiségek elkülönült funkciókkal állnak rendelkezésre a választási szabadság biztosítása érdekében (pl.: imaszoba, könyvtár, társalgó, tornaszoba, fodrászat stb.).
11. A közös helyiségek használatára vonatkozó előírások egyértelműen szabályozottak a Házirendben.
12. Csendes, nyugodt légkör uralkodik az otthonban, kellemes életteret biztosít az egyes tevékenységekhez. Élő növények is díszítik az épületet.

13. A vizesblokk infokommunikációs és közlekedési akadálymentes kialakítása az alábbi szempontok figyelembevételével történik:
    A fürdőszobák és a mellékhelyiségek az ellátást igénybevevők létszámának megfelelően kerülnek kialakításra. A fürdőkád 3 oldalról és akadálymentesen megközelíthető. A zuhanyzó kapaszkodóval, ülőkével, csúszásgátlóval ellátott és akadálymentes, valamint veszélyhelyzet megelőzését célzó jelzőkészülékkel rendelkezik. Az intimitás, a zárhatóság biztosított.
14. A helyiségek megfelelően takarítottak, tiszták, szükség szerint fertőtlenítettek.
15. Az intézmény rendelkezik a komfortot, életminőséget javító berendezésekkel, eszközökkel. Ezek között szerepelhet: felvonó, lépcsőjáró, nővérhívó, füstjelző, hűtőgép, tv, HIFI, DVD, házi-mozi, videó, számítógép, internet, telefon − egyéni használatra is.
16. A berendezési tárgyakat megfelelően karbantartják, valamint előírás szerint a megfelelő hatóságokkal rendszeresen felülvizsgáltatják.
17. Az intézmény rendelkezik a komfortot, életminőséget javító segédeszközökkel. Ezek között szerepelhet: betegemelő, fürdető-szék, kádlift, kerekesszék, speciális kerekesszék, járókeret, támbot stb.

- Rendelkezésre állnak az ellátást igénybevevők speciális szükségleteit kielégítő korszerű segédeszközök.
    1. Tartósan fekvő beteg ellátást igénybevevők komfortérzetét szolgáló kényelmi eszközök, például: korszerű elektromos vezérlésű ágy, kapaszkodó, lábtámasz, háttámasz, etetőasztal, karosszék, speciális matrac, stb.

- A személyzet megismerésére, azonosítására szolgáló helyi megoldásokat alkalmaznak (például: névkitűző, dolgozói tabló, stb.).

Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források

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

A közösségi helyiségek használata szabályozott, megfelel a lakók igényeinek.	Táblák, feliratok, jól látható és számozott helyiségek, több és jól látható helyen kifüggesztett alaprajz, az időskornak megfelelő bútorok, különböző programok lehetőségének biztosítása, társas kapcsolatok és közösségi együttlét lehetőségének megteremtése, esztétikus és biztonságos környezet.	Házirend Belső szabályzatok Szakmai dokumentáció (gondozási tervek)
Az egyedüllét, az intimitás szükségletének kielégítésére szolgáló helyiség rendelkezésre áll.	Intimitást biztosító eszközök és helyiségek.	Házirend Helyszíni bejárás
Az intézmény rendelkezik dohányzásra kijelölt hellyel.	Hamutartókkal, ülőalkalmatosságokkal ellátott hely.	Helyszíni bejárás
Megfelelő számú (hatályos jogszabály szerint) és minőségű vizesblokk.	Fürdő (zuhanyzó, WC, akadálymentes, biztonságos ellátást segítő eszközök).	Helyszíni bejárás, tervrajz, jogszabály
A lakószobák otthonszerűen kialakítottak, kényelmesek, megfelelnek a korosztályi szükségleteknek.	Személyes tárgyak, zárható szekrény, dekoráció, vendég leülését lehetővé tévő szék.	Helyszíni bejárás
Az intézményben az ellátást igénybevevők részére rendelkezésre állnak komfortot, életminőséget javító berendezések, eszközök, szolgáltatások.	Szolgáltatások, berendezések, eszközök elérhetőségének biztosítása (pl.: büfé, fodrász, kábeltévé).	Helyszíni bejárás
A bentlakásos ellátást nyújtó intézmény rendelkezik a tartósan fekvő beteg ellátását és komfortérzetét szolgáló kényelmi eszközökkel.	Eszközök megléte (pl.: speciálisan felszerelt ágy).	Helyszíni bejárás
Az intézményben biztosított a csendes, nyugodt légkör. A berendezés nyugalmat sugároz, esztétikus.	Csend, kommunikációs sajátosságok.	Helyszíni bejárás
A személyzet megismerésére, azonosítására szolgáló helyi megoldásokat alkalmaznak.	Pl.: jól látható, olvasható névkitűzők.	Helyszíni tájékozódás

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

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

2. sztenderd: Felvétel-igénybevétel folyamata

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

Előgondozás, kapcsolatfelvétel, intézményi jogviszony létesítése

A szolgáltatás iránt érdeklődő részletes tájékoztatást kap az intézményi elhelyezés lehetőségeiről és feltételeiről. Amennyiben kérelmet terjeszt elő idősotthoni elhelyezés iránt, az intézmény a hatályos jogszabályok szerint a saját protokollja alapján lefolytatja a felvételi eljárást.

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

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

- módjáról,
- tartalmáról,
- más szolgáltatásba, vagy szolgáltatóhoz való átkerülés feltételeiről,

- a szolgáltatás megszüntetésének módjáról és feltételeiről,
- a halál esetén szükséges teendőkről.

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

Kritériumok

Előgondozás, kapcsolatfelvétel

- A jelentkező tájékoztatást kap az igénybevételi eljárás lépéseiről, ennek keretében az előgondozásról, a gondozási szükséglet vizsgálatról és jövedelemvizsgálatról, illetve a hozzátartozói vállalás lehetőségéről és a beköltözéshez szükséges dokumentumok köréről. Ismertetik a házirendet és a térítési díj szabályait, valamint a beköltözés várható időpontját.
- A beköltözést megelőzően az érintett tájékoztatást kap a felvétel menetéről, a megállapodás tartalmáról, az intézmény által vezetett nyilvántartásokról, a hozzátartozóval történő kapcsolattartás, a látogatás, az eltávozás és visszaérkezés rendjéről, a panaszjog gyakorlásának módjáról, a jogait és érdekeit képviselő társadalmi szervezetekről, az intézmény házirendjéről, a fizetendő térítési díjról, ennek teljesítési feltételeiről és a mulasztás következményeiről. A tájékoztatás megtörténtét az érintettek aláírásukkal nyilatkozatban igazolják.
- Az intézményi életre történő felkészítés során a szolgáltató az intézményi élet valamennyi szegmensére kiterjedő tájékoztatást nyújt az idős ember és hozzátartozója számára.
- Ezzel párhuzamosan információt gyűjt a kérelmezőről, életének korábbi szakaszairól, szokásairól, jelenlegi állapotáról, helyzetéről, igényeiről. Az előgondozás folyamán a feladattal megbízott munkatársak a kérelmező szükségleteit teljes körűen, bizonyítható és ellenőrizhető módon mérik fel.
- A kérelem beadásánál veszi kezdetét a mentálhigiénés tevékenység, hiszen a megfelelő – széleskörű – kapcsolatfelvétel, tájékoztatás, hiteles és nyílt kommunikáció már a beilleszkedési folyamat része. A felvételre jelentkező az intézményi életről részletes tájékoztatást kap, megismertetik a kérelmezővel az intézményen belüli együttélési szabályokat, és támogatják abban, hogy lehetőség szerint személyesen is keresse fel azt az intézményt, ahova a későbbiekben szeretne beköltözni.
- A felmérés és az első interjú tömörített változata megtalálható az érintett személyes dossziéjában. Ebben az első interjúban igen lényeges a szerepek tisztázása (a mentálhigiénés beszélgetést készítő szakember neve és az intézményen belüli szakmai szerepe, valamint a kérelmező szerepe), továbbá az is, hogy az otthonában meglátogatott kérelmező tisztában van-e az interjú céljával. Ennél a beszélgetésnél fokozott figyelmet kell arra fordítani, hogy tudatában legyünk annak, hogy az idősödés igen nagy egyéni különbségekkel járó folyamat, a testi és lelki állapot mindig függ az

életút korábbi szakaszaitól, élethelyzettől, családi állapottól és a szociális környezettől, illetve az egészen konkrét aktuális állapottól is. A beszélgetés vezetésénél mindig szükséges szem előtt tartani, hogy ez egy bizalomépítő kapcsolatfelvétel legyen, melynek céljai között szerepel az is, hogy mérsékelje a kérelmező szorongásait és bizonytalanságát.

- Amennyiben a kérelem beadása és a beköltözés között hosszú idő telik el, rendszeres a kapcsolattartás a várakozóval.
- A beköltözést közvetlenül megelőző találkozás a gyakorlati teendőkre koncentrál. Ekkor kerül sor a behozandó tárgyak megtekintésére, ruhák kiválasztására, iratok áttekintésére.

Intézményi jogviszony létesítése

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

- Az intézményi jogviszony létesítésének kezdetét a felek a megállapodás aláírásával jelzik.
- A megértő, odafigyelő szakmai hozzáállás támogató erejű, mint például segítségnyújtás a szöveg megértéséhez, illetve az intézmény, a mentálhigiénés csoportok, a lakótársak és az adott gondozási egység bemutatása. Lényeges, hogy egy alkalomra befogadható mennyiségű új információval készüljünk, és az ismerkedés fokozatait is elkerülhetetlen figyelembe venni.
- Személyi leltár készül az ingóságokról, azok értékéről.
- A lakó/törvényes képviselő átveszi a Házirendet.
- A lakó/törvényes képviselő számára a felvétellel megbízott munkatárs minden információt biztosít a megállapodás betartásával kapcsolatos panasztételi eljárásról.
- A tájékoztatás kiterjed arra, hogy panasz esetén kihez és milyen módon fordulhat a lakó vagy hozzátartozója/gondnoka.

3. sztenderd: Teljeskörű-minőségi szolgáltatás

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

A megfelelő ruházat, textília használata, annak tisztán- és karbantartása olyan részei a szolgáltatásoknak, amelyek alapvetően befolyásolják a lakók

elégedettségét, és közvetlen összefüggésben vannak a gondozási folyamat minden egyes ágensével.

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

Ruházat, textília

- Minden lakó használhatja az általa behozott ruházatot (alsó-, felsőruházat, lábbelik) és textíliát (ágyneműhuzat, törülköző).
- Amennyiben saját ruházat nem áll rendelkezésére megfelelő mennyiségben és minőségben, akkor az intézmény ezt biztosítja számára, illetve szükség esetén cseréli.
- Az intézmény mosodai szolgáltatást biztosít a ruhaneműk és textíliák megfelelő tisztítására, mely mindenki számára egyformán igénybe vehető.
- A ruházat rongálódása esetén a megfelelő javíttatásról az intézmény gondoskodik.
- A ruházattal kapcsolatos tulajdonjogok védelme érdekében azok egyedi azonosítóval való ellátását − diszkrét módon − kérésre biztosítani kell.
- A lakó ruházatáról – amennyiben ezt állapota indokolja, vagy ő igényli – a beköltözéskor egyéni leltár készül, amelyet a változások esetén módosítani kell.
- A lakó saját ruházatának megóvására az intézmény a lakrészekben zárható szekrényt biztosít.
- A ruházat biztosításával, tisztításával, javíttatásával kapcsolatos legfontosabb információk kerüljenek szabályozásra a Házirendben, és ezzel a lakók legyenek tisztában.
- Amennyiben az öltözködésben szükség van segítségre, úgy azt a lakó önrendelkezési joga és emberi méltóságának tiszteletben tartásával kell biztosítani.
- Az intézmény rendszeresen, illetve szükség szerint – a házirendben és a gondozási protokollokban – meghatározott időszakokban gondoskodik a textíliák cseréjéről, különös figyelmet fordítva a fekvőbeteg ellátottak környezetére.

Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források

Kritérium	Indikátor	Forrás
Megfelelő minőségű és mennyiségű saját ruházat használata.	Az ellátottak egészségi és fizikai állapotának megfelelő számú és minőségű ruhadarab megléte.	Lakóleltár Házirend Helyszíni tájékozódás
A nem megfelelő minőségű és mennyiségű saját ruházattal rendelkező lakók részére az intézmény biztosítja a szükséges ruházatot.	Az ellátottak egészségi és fizikai állapotának megfelelő számú és minőségű ruhadarab megléte.	Lakóleltár Házirend
A ruházat tisztítása és javítása saját mosodai szolgáltatás keretében, illetve külső szolgáltatóval történik.	Saját működtetésű mosoda, vagy külső szolgáltatóval kötött szerződés.	Saját mosoda esetén: mosási jegyzék, javítással kapcsolatos dokumentáció Külső szolgáltató esetén: szerződés, átadás-átvételi dokumentáció
Megkülönböztethető ruhadarabok.	A ruházat jelölése.	Ruhákban található jelzések
A ruhaneműk tárolása a ruházatnak megfelelő, az idős számára könnyen hozzáférhető módon.	Zárható, könnyen hozzáférhető szekrény.	Helyszíni tájékozódás
A lakó támogatása az évszaknak, illetve korosztályuknak és állapotuknak megfelelő ruházat kiválasztásában.	A lakók a korosztályuknak és az évszaknak megfelelően öltözöttek.	Szakmai dokumentáció (egyéni gondozási terv), megtekintés
Intézményi textíliák megfelelő minőségű és mennyiségű biztosítása, esztétikai igényeket is kielégítő módon, egyéni ízlésnek megfelelően és nem sablonosan, egyforma, uniformizált módon.	A lakók állapotának megfelelő mennyiségű és minőségű textíliák megléte.	Textília nyilvántartás Házirend Megtekintés

Étkezés

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

Az étkeztetés magas színvonalon biztosítható saját főzőkonyha működtetésével vagy külső szolgáltatóval kötött szerződés keretében egyaránt. A szakácsok, az élelmezésvezető, a dietetikus szakember kulcsszereplői az étkeztetés jó színvonalon történő biztosításának.

Az intézményben hatékony, engedéllyel és kémiai biztonsági adatlappal rendelkező mosó-, fertőtlenítő- és tisztítószerek biztosítottak, ezek használatát a dolgozók pontosan ismerik. A dolgozók munka- és védőruházattal való ellátása is ide sorolható.

- Az étkezés magas színvonalon történő biztosítása érdekében az intézmény rendelkezik saját, engedélyezett melegítő- vagy főzőkonyhával.
- Az intézmény legalább napi háromszori étkezést biztosít. A napi meleg ebéden kívül a meleg vacsora lehetősége is adott.
- Az étkezés keretében biztosított élelmiszerek, mind a mennyiségi, mind a minőségi (friss, ízletes, megfelelő hőmérsékletű) elvárásoknak megfelelnek.
- A bevitt élelmiszerek biztosítják a kornak megfelelő tápanyagbevitelt, mely ellenőrizhető módon rögzítésre kerül.
- Az étlap összeállításában az élelmezésvezető mellett dietetikus szakember is segíti az életkori igényeknek megfelelő normál, illetve speciális étrend kialakítását.
- A speciális igények megjelenése esetén haladéktalanul gondoskodni kell az orvosi javaslatnak megfelelő (diétás, só- és fűszerszegény, darabos, pépes stb.) étrend biztosításáról és annak dokumentálásáról.
- Az étkezések időpontjai alkalmazkodnak a lakók napirendjéhez, attól egyedi esetben el lehet térni.
- Az önállóan étkezni nem tudók részére a személyzet a közös helyiségekben és a lakószobákba is biztosítja a gondozási terv szerint szükséges mértékű segítségnyújtást.
- Mindig rendelkezésre áll aktuális étlap, jól láthatóan kifüggesztve.
- Az étlapok összeállításánál figyelembe veszik a lakók véleményét, igényeit.
- Az étlap összeállítása a szezonális lehetőségeken túl a változatosság követelményének is megfelel.
- Az étkezés biztosítására szolgáló közös helyiségek tiszták, kényelmesek, a berendezések és eszközök pedig tiszták, fertőtlenítettek, valamint megfelelnek a lakók állapotának.
- Rendelkezésre áll megfelelően felszerelt és berendezett teakonyha, amely alkalmas egyszerűbb ételek elkészítésére, melegítésére.

- Az ételek felszolgálása és leszedése kulturált módon történik, biztosítva a nyugodt légkörű étkezés személyi feltételeit.
- A kulturált étkeztetés további tárgyi feltételei: asztalterítő, mélytányér, lapos tányér, szükség esetén kistányér, kanál, villa, kés, ivópohár, szalvéta, sótartó, valamint kancsó az ivóvíz biztosítására.
- Az étkezések alatt és a köztes időpontokban rendelkezésre áll megfelelő mennyiségű folyadék.
- Az étkezéssel kapcsolatos legfontosabb szabályok a Házirendben rögzítettek, azok megismertetése része a gondozási folyamatnak.
- Az alultápláltság és az elhízás kockázatának elkerüléséhez az élelmezés szervezésével megbízott munkatársak figyelembe veszik a tápláltsági állapotfelmérés adatait, és megteszik a szükséges intézkedéseket.

Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források

Kritérium	Indikátor	Forrás
Az étkezés magas színvonalon történő biztosítása.	Az elkészített ételek mennyiségi és minőségi megfelelősége, az ellátottak elégedettsége, megfelelő eszközök, berendezések megléte.	Étlap Lakói fórumok jegyzőkönyvei Étkezéssel kapcsolatos lakói visszajelzések – dokumentáció Saját konyha esetén: működési engedély Külső szolgáltató esetén: szerződés, melegítő konyha működési engedélye
A lakó állapotának és korosztályi sajátosságainak megfelelő számú étkezések biztosítása.	Az étkezések száma, diétás választék száma.	Étlap Szakmai dokumentáció (egyéni gondozási terv, ápolási terv)
A korosztályi sajátosságoknak és egészségi állapotnak megfelelő mennyiségű és minőségű változatos étel biztosítása.	BMI index, tápláltsági index Változatossági mutató	Szakmai dokumentáció
Az egyéni ízléseket is figyelembe vevő étrend összeállítása, lehetőség szerint menüválasztás biztosítása.	Étlap, étlap tanács megléte	Lakói fórumok jegyzőkönyvei Étkezéssel kapcsolatos lakói visszajelzések − dokumentáció
A lakó állapotának megfelelő mértékű és módú segítségnyújtás az étel elfogyasztásában.	Speciális segédeszközök megléte, BMI index, tápláltsági index.	Szakmai dokumentáció (önellátó képesség felmérése, egyéni gondozási terv, ápolási terv)
Az elkészített étel megfelelő tálalása.	Esztétikus tálalás eszközei, egyéni tálalás korszerű eszközei, dolgozói védőruha	Intézményi leltár (a megfelelő tálaláshoz szükséges eszközök)
A lakószobákban történő kulturált étkezési feltételek kialakítása	Esztétikus és biztonságos tálalás eszközei, egyéni tálalás korszerű eszközei, dolgozói védőruha	Intézményi leltár (a lakószobán belül történő megfelelő tálaláshoz szükséges eszközök pl. melegen tartó doboz, etető asztal)

A lakó állapotának megfelelő mennyiségű és minőségű folyadékbevitel biztosítása az állapotuknak megfelelő módon.	Kiszáradás miatt kórházba került lakók száma. Állapottól függően a folyadékbevitel nyomon követése.	Szakmai dokumentáció (egyéni gondozási terv, ápolási terv)

4. sztenderd: Testi és lelki jóllét

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

Kritériumok

Ápolás-gondozás

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

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

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

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

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

  A gondozás azt jelenti, hogy a függőséggel élő vagy veszélyeztetett személyeket és csoportokat megfigyelés alatt tartják, és segítik őket a mindennapi tevékenységeikben, hogy megelőzzék a betegségek kialakulását, továbbá rehabilitációra vagy legalább az állapotromlás megakadályozására törekszenek. Az eredményre törekvő gondozás jellemzője az aktivitás.

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

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

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

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

A kritériumok teljesülésének indikátorai és monitoring lehetőségei

A gondozási-ápolási tevékenység mérését több oldalról is meg lehet közelíteni. Egyik az ellátotti elégedettségi kérdőív, a másik a hozzátartozói elégedettség mérése. A látható állapotjavulás, az önellátó képesség mérése objektívebb eredményt ad. A gondozási tervben szereplő, a fizikai és egészségi állapot javítására irányuló tevékenységek megadott időn belüli elvégzésével rendelkezésre állnak a megfelelő mutatók a tényleges állapotrosszabbodásról vagy javulásról. Az elvégzett ápolási-gondozási beavatkozások folyamatos dokumentálása egyfajta monitorozása a tevékenységnek, mely ismételten lehetőséget kínál az adott tevékenységek folytatásához vagy módosításhoz. Nem szabad azonban az indikátorok követésekor elfeledkeznünk arról, hogy a szolgáltatás célcsoportja esetében az állapot javulása nem mindig elérhető, az egészségromlás folyamata nem visszafordítható.

Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források

Kritérium	Indikátor	Forrás
A bentlakásos intézmény rendelkezik az ápoláshoz, gondozáshoz szükséges személyi és tárgyi feltételekkel. (ld. sztenderd)	Ápoló-gondozó személyzet létszáma és képzettsége	Alapító okirat Szakmai program Munkaköri leírások
A lakók gondozási szükségleteinek felmérése a felvételt követően megtörténik. Sor kerül az ápolási szükségletek felmérésére.	Egyéni gondozási, szükség esetén rendelkezésre áll ápolási terv, melyet rendszeresen felülvizsgálnak, HGCS besorolás.	Gondozási-ápolási anamnézis Ápolási, gondozási terv
Az intézményben élő ellátottak számára az önellátó képességük és egészségi állapotuk alapján szükséges szakápolási tevékenységek helyben történő elvégzése.	Elrendelt szakápolási vizitek száma, kórházi felvételek száma, fizioterápiás készülékek megléte.	Működési engedély és írásos orvosi megbízás a szakápolási feladatok elvégzéséhez, ápolási – gondozási dokumentáció
Az ápolási-gondozási tevékenység személyre szabott és holisztikus szemléletű.	Esetmegbeszélések száma, gyakorisága, személyi gondozói rendszer megléte.	Ápolási – gondozási dokumentáció
A gondozás során megfelelő mértékű a segítségnyújtás a személyi higiéné biztosításában, az étkeztetésben, a folyadékpótlásban, a hely-, és helyzetváltoztatásban, valamint a kontinencia megtartásában.	Lakók és hozzátartozóik elégedettsége, lakó általános és higiénés állapota.	Gondozási-ápolási protokollok Egyéni gondozási terv
Haldoklás idején megfelelő, személyközpontú, hospice szemléletű gondozást biztosítanak.	Ápolási protokoll Személyi-tárgyi feltételek megléte	Ápolási – gondozási dokumentáció

Egészségügyi-orvosi ellátás

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

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

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

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

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

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

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

A geriátriai szemlélet szempontjai:

- Bizonyított, hogy van „normál idősödés”.
- Nincs két egyforma idősödés, nem a kronológiai kor szerint idősödünk.
- Az egyedi különbségek a korral fokozódnak.
- Nem korfüggő, hanem a korral gyakoribbá váló patológiás történésekről beszélünk.

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

A rehabilitációs lehetőségek idős korban korlátozottabbá válnak. A krónikus betegségek következtében kialakult állapotok, az előrehaladott korban kialakult fogyatékosság más megítélés alá esik. Az idős ember esetében, aki gyakran 2-3 egyéb fizikai korláttal is rendelkezik, korlátozottabb a segédeszközök használatának készséggé válása, megtanulása

(hallókészülék, Braille írás stb.), illetve mindez lényegesen időigényesebb feladat. A bentlakásos intézményekben élők egészségi állapota folyamatosan romlik − érdemi különbség a krónikus osztályok és az idősotthonok klientúrája között nincs. (ÁSZ 0819.,0820., HGCS2 modellkísérlet)

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

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

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

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

Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források

Kritérium	Indikátor	Forrás
A felvételt követő két héten belül egészségügyi állapotfelmérés történik − szükségletek meghatározása. Az intézmény küldetésében, szakmai programjában megfogalmazza az orvosi-egészségügyi ellátással kapcsolatos specifikumait.	Egészségügyi karton kiállítása Teljes körű anamnézis felvétele, előző betegségek, maradandó károsodás okozta egészségügyi ellátás szükségességének meghatározása.	Egyéni gondozási terv (ld. ápolás-gondozás sztenderd) Az intézményi orvos szakképesítése (az intézmény humánerőforrás politikája)
A szolgáltatási környezet megfelelő. A gondozott egészségi állapotának megfelelő orvosi ellátáshoz jut az intézményben.	Intézményi orvos megfelelő óraszámban biztosított , háziorvos rendelkezésre áll, szakorvosi konzíliumok elérhetők.	Orvosokkal kötött szerződések, egészségügyi dokumentáció
Érvényesül a szabad orvosválasztás joga.	A választható háziorvosok száma.	Ápolási – gondozási dokumentáció
Alapápolási feladatok kiszabása, ellenőrzése.	ADL alapú állapotfelmérés gyakorisága (HGCS), rendszeresen felülvizsgált ápolási terv, kialakult felfekvések száma.	Ápolási – gondozási dokumentáció
A szakápolási ellátás megvalósul az intézményben.	A kialakult felfekvések méretének változása.	Ápolási – gondozási dokumentáció
Az ellátottak és a hozzátartozók rendszeresen és állapotváltozás esetén teljes körű tájékoztatást kapnak.	Tájékozottság.	Interjú
Az állapotának megfelelő gyógyszerrel való ellátást az intézmény biztosítja. Gyógyszerek személyre szóló adagolása.	Sürgősségi, eseti és rendszeres gyógyszerek rendelkezésre állnak. Gyógyszerfogyasztási mutatók rendszeres vizsgálata megtörténik (Polypharmacy vizsgálata).	Rendszeres és eseti alapgyógyszer-lista, egyéni gyógyszer felhasználási nyilvántartó lap

Az állapot szerint szakmailag indokolt gyógyászati segédeszközökkel a lakó ellátása megtörténik. A lehetséges rehabilitáció megtörténik.	A lakók állapotuknak megfelelő segédeszközöket használnak.	Segédeszköz leltár, megtekintés
Az egészségvédelem, egészségügyi állapot rendszeres ellenőrzése megtörténik.	Az orvosi látogatások gyakorisága, HGCS alapú gondozási függőség követése rendszeres.	Ápolási – gondozási dokumentáció
Egészségmegőrzést szolgáló felvilágosítás, tanácsadás, életmódprogramok kínálata rendelkezésre áll az intézményben.	Étlap, vannak előadások, plakátok, személyre szabott életmód-tanácsadás megvalósul: dietetikus, orvos, mentálhigiénikus részt vesz a gondozási terv elkészítésében, felülvizsgálatában.	Ápolási – gondozási dokumentáció
Az intézmény megszervezi a különféle, életkori sajátosságoknak megfelelő szűrővizsgálatokat. Védőoltások helyben történő megszervezése.	Szűrővizsgálatok száma és rendszeressége, beadott védőoltások száma.	Ápolási – gondozási dokumentáció
Fertőző betegek ellátása szakszerűen megoldott.	Havaria-terv Pandémiás terv Tárgyi, személyi feltételek biztosítása	Egészségügyi dokumentáció

5. sztenderd: Mentálhigiénés támogatás

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

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

A mentálhigiéné megfogalmazása a következő:

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

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

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

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

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

Beilleszkedés támogatása, biztonság megteremtése, társas kapcsolatok, természetes támaszok

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

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

Személyre szóló gondozási terv készítése

- A pszichoszociális gondozás és mentálhigiénés tevékenység összehangolt, tervezett módon folyik, mely az idős ember egyéni szükségletein és igényein alapul, figyelembe véve személyiségét, életútját.

- Az egyéni gondozási terv az egyéni szükségleteknek megfelelően meghatározza az egyes lakókkal tervezett tevékenységet, és a későbbiekben meghatározott munkaformák közül az adott személy igényeinek, állapotának megfelelő terveket.

  A személyes beszélgetések és az adaptációs időszakban történt alaposabb megismerkedés képezhetik alapját e dokumentumnak. Lényeges, hogy e dokumentum elkészítése a mentálhigiénés szakember munkaköri feladatai közé tartozik, de az alapját képező információkat, szükségletfeltáró beszélgetéseket, megjegyzéseket és kiegészítéseket a lakóval való más munkatársak is megteszik.
- A gondozási terv elkészítésében részt vesznek a szakmai team tagjai: az intézmény orvosa, vezető ápolója, a szociális és mentálhigiénés munkatárs, a foglalkoztatás szervező és ápoló, szükség szerint a mozgásterapeuta és a dietetikus, az ellátott, vagy annak törvényes képviselője is.
- A gondozási terv kidolgozása során az elsődleges szempont, hogy maga az idős ember mit szeretne, meddig terjed az autonómia iránti igénye, hol jelzi ennek határait, mely ügyeiben kér segítséget (például életvitel támogatásában, hitélet gyakorlásában, gyászfeldolgozásban, aktivitásban), és miben nem.

  A gondozási tervek készítésénél indokolt figyelembe venni az egészségi állapotot és a kognitív képességeket. Lényeges, hogy ne a deficitekre és a hanyatló képességekre kerüljön a hangsúly, hanem a még lehetséges változásokra és fejlődésre. Ne erősítsék a passzivitást és függést. Szükség esetén egyéni beszélgetést, egyéni esetmunkát kezdeményezhetnek. Krízis állapotban, konfliktusok esetén megfelelő intervenciót valósítanak meg. Az egyénekkel, személyekkel végzett munkának lényeges eleme, hogy a mentálhigiénés szakember képes legyen felismerni a kóros szorongásra utaló viselkedési elemeket, a depressziót és a szuicid késztetéseket, illetve mindazokat a testi és lelki jelzéseket, amelyek betegségek kezdetére utalnak, és szükség esetén megfelelő szakemberhez közvetíteni az idős embert.
- A készségek, képességek és az egészségi állapot megőrzéséhez vagy visszaszerzéséhez a szolgáltatás igénybevevője támogatást kap a megfelelő életmód megválasztásában. Prevenciós célból tájékoztatást és támogatást kap az étrend, a mozgás, az élvezeti szerek, gyógyszerek és étrend-kiegészítők tekintetében.

Társas kapcsolatok, természetes támaszok biztosítása, autonómia fenntartása

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

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

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

Aktivitás fenntartása

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

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

Ezek többnyire tervezett és szervezett csoportfoglalkozás keretein belül történhetnek, melyek lehetnek kreatív tevékenységek, emlékezetébresztő, a memóriát és a koncentrációs képességeket erősítő csoportok, valamint a gondolkodást és a kreativitás kibontakozását támogató csoportok, továbbá műkedvelő, művészeti csoportok.

- A személyre szóló gondozási terv mellett az intézmény mentálhigiénés szakembere(i) éves munkatervet készít(enek), amely a lakók körében történt szükségletfelmérésen, valamint az adott település és az intézmény forrásainak a felmérésén alapul. Ez a tervezet szerves része az intézmény éves munkatervének.

  A munkaterv idő, felelős, hely és költség megjelölésével készül az intézmény gazdálkodásának tervezhetősége miatt. A munkaterv havi, heti bontást tartalmaz, az abban foglaltakról a lakókat informálják, véleményüket, javaslataikat kikérik. Javasolt a rendszeres heti program, valamint a havi programok meghatározása és ezek figyelemfelkeltő, jól olvasható formában történő kifüggesztése. Megemlítendő, hogy nagyobb intézményekben jól bevált a mentálhigiénés szakemberek kezdeményezésére egy belső kiadvány készítése, melyet az idősek írnak, szerkesztenek, terjesztenek.
- A programok többféle tevékenységet tartalmaznak, a lakók igényét tükrözik, és azokat a lakóközösség elfogadta.

Az aktivitás biztosítása:

a.) Az intézmény erre kijelölt munkatársa szükséglet- és forrásfelmérést végez az idősotthon nyújtotta lehetőségek figyelembevételével a fizikai, szellemi,

kulturális és szórakoztató jellegű tevékenységek, valamint a fejlesztő-, egészségi aktivitást segítő programok vonatkozásában.

b.) Az aktivitásnál a követendő elvek:

- célszerűség - rendszeresség - értékelés
- önkéntesség - mértéktartás - elismerés
- folyamatosság - változatosság

c.) Figyelembe veszik az idősotthon nyújtotta költségvetési kereteket, tervezést, felhasználást, tartalékot, pályázati lehetőségeket.

d.) A Házirendben meghatározzák a fizikai foglalkoztatás, szocioterápiás tevékenység típusait, a védőruha és felszerelés biztosítását, valamint a kifizetések rendjét.

e.) Szellemi, kulturális jellegű programoknál rövid és hosszú távú célok kitűzése a cél, az eredményességet dokumentálva, kiértékelés formájában mérik,

f.) Szórakoztató jellegű programok szervezése, öntevékenység, önszerveződés támogatása,

g.) Fejlesztő vagy terápiás célú aktivitást segítő programok szervezése, bonyolítása.

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

Emberi méltóság megőrzése

- Az intézményben valamennyi tevékenység az idős ember méltóságát megőrizve történik, ezen belül tudatosan törekszenek a kommunikáció stílusának és tartalmának megfelelő formálására.
  - A szakmai feladatok jelentős része az intim szférában történik, melyet csak kellő tapintattal és körültekintéssel végezhetők. Az ápolási-gondozási folyamatok során biztosított a lakók méltóságának, személyes igényeinek tiszteletben tartása, különösen az alábbi területeken: fürdetés, toalett használata, étkezés, orvosi vizsgálatok és konzultációk, a hozzátartozókkal való kapcsolattartás, az intézmény dolgozóival és az intézményben élőkkel való kapcsolat, pénzügyek kezelése.
  - Biztonság – megfelelő életminőség

Az idősek otthonában különös jelentőséggel bír a biztonság alapfeltétele: a jövedelembiztonság és az életminőség javítására való törekvés. Az egészséges életmód kialakítása nem a harmadik életszakaszban kezdődik, de folyamatosan törekszünk az egészséges évek számának növelésére, a megfelelő életminőség biztosítására. Az életminőség dimenziói között foglalkozunk a szükséges jóléttel (well-being), amelyhez hozzátartoznak az anyagi jólét mellett az életminőségi elemek, pl.: az idősek tudásának elismerése, hasznosítása, emberi kapcsolatok, belső és külső békesség, életcélok megtalálása.

- Tisztelet
  Az idősek körében nagy jelentőséggel bír a tisztelet, mint érték követése. Hozzátartozik a mindennapokhoz, a mindennapi tevékenységekhez az idős emberek tisztelettel való, kívánságának megfelelő név szerinti megszólítása, a tisztelet folyamatos kifejezése verbális és nonverbális eszközökkel. Lényeges, hogy különleges helyzetekben is úgy tudjunk közbelépni, hogy megakadályozzuk az idős ember méltatlan helyzetbe kerülését.
- Elfogadás, érzelmi szükségletek – szeretet
  Az időskor egyik jellemzője, hogy változnak az érzelmi szükségletek és reakciók. Az emberek – főleg az idős emberek, akik az életszakasz harmadik részében az idősek otthonát választották lakóhelyül – jobban igénylik a szeretetet. A szeretet olyan emberi érzelmet kifejező állapot, melyben mindaz, aki nyújtja, és az is, aki kapja a szeretetet, jól érzi magát. A szeretettel körülvett idős ember jól érzi magát, biztonságban van, könnyebben elviseli az életkorral járó nehézségeket, az egészségi állapot változásait és a kríziseket. Fontos éreztetni a lakókkal, hogy elfogadják őket, és minden helyzetben tisztelettel viseltetnek irántuk.
- Hasznosságérzet
  A küzdeni akaráshoz, az egyes tevékenységekhez elengedhetetlen motiváció kialakításához, fenntartásához alapfeltétel, hogy az idős ember érezze, fontos társai, hozzátartozói, ismerősei számára – hasznos tagja a közösségnek, amelyben él. Tapasztalatai, tudása átadható mások számára, értékként közvetíthető. Éppen ezért fontos a testi és lelki egészséget szolgáló közösségi tevékenységeknél a bevonódás elősegítése a szükségletfelméréstől kezdve a megvalósításig és az értékelésig.

Problémamegoldás, kríziskezelés, konfliktuskezelés

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

  A tartós bentlakásos intézményekben élő idősek életében számos esetben van szükség arra, hogy egy-egy kialakult probléma kapcsán támogató segítséget kapjanak. A kialakult konfliktusok kezelése éppoly fontos, mint az azok megelőzésére elindított tevékenységek sora. Amennyiben az idősek krízishelyzetet élnek meg − személy- és/vagy tárgyvesztéssel kapcsolatban, egészségügyi probléma kialakulása miatt, betegség megjelenése miatt, illetve egyéni konfliktus esetén − a segítő szakember a

szociális munka eszközével és módszerével valósítja meg az egyéni esetkezelést vagy csoportos terápiát. A kezeletlenül maradt problémák, krízishelyzetek mélyülnek, izolációhoz, súlyos esetekben pszichiátriai megbetegedésekhez vezethetnek. Az időskori depresszió a tartós bentlakásos intézményekben sem idegen jelenség, mely további betegségek, inaktivitás forrása. Fontos, hogy a szakemberek már a kezdeti jelek észlelésekor beavatkozzanak, vagy megfelelő szakemberhez irányítsák a lakót.

Mentálhigiénés tevékenység az élet végén

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

  Az élet befejező szakaszában feladatunk a **haldokló** ember kísérése, az élet méltósággal történő befejezésének segítése. A tevékenység szintén team-munkát igényel, hiszen nemcsak az ápoló, hanem a lelkész, az orvos, a pszichológus, a mentálhigiénikus, és a család is részt vesz a kíséretben, az elmúláshoz vezető út megtételénél. Hangsúlyozandó a meghallgatási képesség fontossága, amely az életút végén, a visszatekintés esetében rendkívül fontos emberi tulajdonság, ezért szükséges a hospice jellegű szolgáltatások bevezetése.

  A hospice szellemisége kíséri az elmenő idős embert, akinek lehetőség szerint teljesíteni kell utolsó kívánságait.

  Ugyanakkor az életben lévő idős lakótársakra és az elhunyt családjára is fokozott figyelmet kell fordítani, támogatva őket a gyász feldolgozásában. A gyászmunka a méltóság teli búcsúval veszi kezdetét, majd az emlékezéssel folytatódik. Fontos, hogy csökkentsék az intézményen belüli patológiás gyászfolyamatok kialakulásának esélyét, és teret adjanak a gyászról, a halálról és az elhunyt lakóról való beszélgetéseknek is.

Érdekképviselet

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

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

  A lakók testi és lelki egyensúlyának megőrzéséhez közvetve igen erőteljesen hozzájárul a hozzátartozóval fenntartott kapcsolat és a hozzátartozó elégedettsége. Ezért

rendelkezik az intézmény a hozzátartozók tájékoztatásának rendjével, és rendszeresen tájékoztatja őket az otthon eseményeiről, bentlakó hozzátartozójuk állapotáról és a vele kapcsolatos eseményekről. Ezek a találkozások adnak támpontot a szakembernek arról, hogy a hozzátartozónak mennyire sikerült feldolgoznia, elfogadnia az intézménybe való beköltözést. Lényeges, hogy még a helyzetek elmérgesedése és a súlyos, nem mindig indokolt elégedetlenségek kialakulása előtt, szakszerűen foglalkozzanak velük.

Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források

Kritérium	Indikátor	Forrás
A lakók hozzájutnak a szükségleteiknek legmegfelelőbb szolgáltatásokhoz. A lakók biztonságban vannak (effektív biztonság, testi épséget biztosító biztonság, anyagi biztonság).	A lakó úgy érzi, hogy minden körülmények között tisztelettel bánnak vele, magánéletét és személyes igényeit tiszteletben tartják; továbbá tudomása van arról, hogy a vele kapcsolatos személyes információkat megfelelő módon, bizalmasan kezeli az intézmény.	Interjú Megfogalmazott igények figyelembevételének vizsgálata Verbális kommunikáció Adatvédelem
	A lakók az igényeiknek megfelelően tartják fenn kapcsolataikat családjukkal, rokonaikkal, barátaikkal, valamint az intézményi, a települési és a tágabb lakókörnyezet közösségeivel.	Interjúk Házirend
	A lakó úgy érzi, az intézmény segíti önállósága és függetlensége fenntartásában, és hogy fontosnak tartják és figyelembe veszik döntési kompetenciáit és véleményét.	Interjúk Szakmai dokumentáció
	A lakó úgy érzi, hogy emberi, állampolgári, ellátotti és speciális ellátotti jogait az intézmény tiszteletben tartja és védi.	Interjú Szakmai dokumentáció
	A lakó és hozzátartozói (természetes támogatói, gondnoka) tisztában vannak a panasztétel módjával, folyamatával, és bizonyosak abban, hogy panaszaikat meghallgatják, azokat komolyan veszik és orvosolják.	Interjú (lakó és hozzátartozó) Panaszkezelés eljárásrendje, dokumentálása Szakmai dokumentáció Intézkedési terv, visszacsatolás a lakó, hozzátartozó, törvényes képviselő felé
Problémahelyzetek esetén hatékony segítséget kapnak a szakemberektől.	A lakók elégedettek.	Jegyzőkönyvek Intézkedési tervek Elégedettségi vizsgálatok, interjúk

A felhasználó tisztában van azzal, hogy – az intézmény és közte létrejött egyéni megállapodás alapján – az intézmény lakójaként milyen jellegű és minőségű szolgáltatások illetik meg a közölt térítési díjfizetés ellenében, illetve milyen szolgáltatásokat vehet igénybe külön térítési díj megfizetése mellett.	A lakók és hozzátartozóik tájékozottak.	Nyilatkozatok Interjúk Megfelelő tájékoztatás szóban és írásban (pl. faliújság)
A lakóval haldoklása időszakában és halála esetén tisztelettel és különös odafigyeléssel viseltetnek az intézmény dolgozói, valamint hasonló odafigyeléssel és együttérzéssel bánnak a hozzátartozókkal.	Hospice szemlélet érvényesül az intézményben.	Szakmai dokumentáció

6. sztenderd: Viselkedési problémák

Az idősek otthonaiban elsősorban a krónikus pszichiátriai megbetegedések, személyiség zavarok, szenvedélybetegségek, időskori szellemi hanyatlás vezethetnek az intézményi életet megnehezítő, esetenként szakellátást igénylő viselkedési zavarokhoz.

Az előgondozás során, az életút megismerésekor a korábban esetlegesen már előfordult pszichiátriai megbetegedések, szenvedélybetegségek ismerete különösen fontos. Krónikus állapotok esetén a rendszeres szakorvosi kontroll biztosítása elengedhetetlen; esetenként speciális gerontopszichiátriai ismeretekre van szükség a kiegyensúlyozott állapot fenntartásához. A mentálhigiénés team a gondozási tervek felülvizsgálata során figyelmet fordít a kognitív képességekre, monitorozza a változásokat.

- A mentálhigiénés munkatárs(ak) fordítsanak különös figyelmet arra, hogy a kevésbé aktív, mozgásukban vagy más vonatkozásban akadályozott lakók is a képességeiknek megfelelően, tartalmasan tölthessék napjaikat és részt vehessenek a közös kulturális programokon.
- A mentálhigiénés szakember közreműködik a lakók közötti konfliktusok kezelésében, feldolgozásában.
- A gondozói team idejében felismeri a kóros hangulati változást, agresszivitás jeleit és a szakorvosi beavatkozás szükségességét.
- Amennyiben cselekvőképességet érintő gondnokság alatt áll az ellátott, úgy mindenképpen a törvényes képviselővel együtt keresik a megfelelő ellátási megoldásokat.
- Az ellátottak számára megfelelő tájékoztatást kell nyújtani a szellemi hanyatlással és esetenként viselkedészavarokkal járó betegségekről, hogy az egészségesen idősödő emberek megértsék és képesek legyenek tolerálni a demenciával küzdő lakók esetleges viselkedési zavarait és az együttélés nehézségeit.
- A hozzátartozókkal való folyamatos kapcsolattartás során a személyiségváltozást, kognitív hanyatlást jelezni kell.
- Az egyéni, vagyis személyre szóló gondozási (és tevékenységi vagy aktivitási) terv készítése során a mentálhigiénés munkatársak, a team figyelembe veszi a lakó mentális állapotát, az esetleges veszélyeztető állapot kialakulásának lehetőségét
- Amennyiben az idős, mentális állapota miatt már nem képes véleményét kinyilvánítani, úgy a gondozási tervet összeállító team a terv megvalósítása során szoros kontrollt gyakorol az ellátási tevékenységre, amely során az igénybevevő metakommunikatív, verbális jelzéseit, állapotváltozását fokozott figyelemmel kísérik. (Kapcsolódás: a demens idősekre vonatkozó sztenderdhez)
- Az intézmény kidolgozza a rendkívüli, illetve veszélyhelyzet kezelésének tervét.
- Rendszeres továbbképzéseken és esetmegbeszéléseken, belső képzéseken megtörténik a lehetséges veszélyhelyzetek elemzése.

Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források

Kritérium	Indikátor	Forrás
Kiegyensúlyozott mindennapi élet van az intézményben.	Veszélyhelyzetek előfordulási gyakorisága, dolgozói és hozzátartozói elégedettségi vizsgálatok.	Dokumentáció
Veszélyhelyzetek elhárítása szakszerű.	Veszélyhelyzet elhárításának lehetőségét, a beavatkozások sorrendjét a munkatársak ismerik.	Szabályzat

7. sztenderd: Demenciában szenvedő idősek személyközpontú ellátása

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

Kitekintve a világban, azzal kell szembesülnünk, hogy a szellemileg hanyatló idősek hazai ellátása egyenetlen színvonalú, helyenként korszerűtlen, elmarad attól, amit ma az európai ellátórendszerben szakmailag elvárnak.

2009-ben az Európai Bizottság közleményt adott ki az „Alzheimer-kórra és más demenciákra irányuló európai kezdeményezésről", melyben négy kulcskérdést, problématerületet határoznak meg, melyben segíthet a közösségi fellépés:

- Az emberek tevékenyen segíthetnek a demencia – különösen a vaszkuláris demencia és bizonyos mértékben az Alzheimer-kór – megelőzésében, a korai diagnózis pedig segíthet abban, hogy a beavatkozásokra akkor kerülhessen sor, amikor azok a leghatékonyabbak. Szerte az EU-ban azonban az emberek nincsenek tudatában a megelőzés és a korai beavatkozás fontosságának. A megelőzésben a következő tényezők játszhatnak kulcsszerepet: érrendszeri rizikófaktorok (magas vérnyomás, magas koleszterinszint, dohányzás) rendszeres ellenőrzése, az egész életen át tartó tanulás ösztönzése, a korai helyes diagnózis helyes gyakorlatának kialakítása, a nyugdíjazás rugalmasabbá tétele (foglalkoztatás ösztönzése, rugalmas kilépés a munkaerőpiacról), infokommunikációs eszközök fejlesztésének támogatása, ilyenek bevezetése (telecare, telemedicina).
- Egyértelműen jobban meg kell érteni a demenciákat, különösen az Alzheimer-kórt és más idegrendszeri degeneratív válfajokat. A kutatás koordinációja még nagyon korlátozott, és nincs elegendő járványügyi adat, amely elősegíthetné a közvetlen kutatást és a jövőbeli fellépést. Érdeklődésre számot tartó terület lehet pl. a betegség patopszichológiája – beleértve a járványügyi és klinikai vizsgálatokat –, az egészségügy gazdasági vetületének kutatása, a társadalom- és bölcsészettudományok, amelyek segíthetnek megérteni a betegség pszichológiai és társadalmi aspektusait, valamint a szociális ellátási modellek kutatása, beleértve a demenciában szenvedőket gondozók képzése terén a helyes gyakorlatok átadását, azt a széles körű konszenzust tükrözve, miszerint a beteggondozásnak a gyógyszeres kezelésen túl ki kell terjednie a nem gyógyszeres megközelítésekre is.
- Az Unióban különböző helyeken kialakulóban vannak helyes gyakorlatok a diagnózissal, a kezeléssel és a terápiák finanszírozásával kapcsolatban, ám ezeket uniós szinten nem osztják meg egymással. Mindezt súlyosbítja, hogy az Európai Unió jelenleg és a jövőben is hiányt fog szenvedni hivatásos segítőkben, továbbá a nem hivatásos ápolóknak nyújtott támogatás hiányából is sok probléma adódik. Ezért fontos teret adni a jó gyakorlatoknak, képzéssel támogatni a hozzátartozó és nem hozzátartozó gondozókat, illetve fontos a minőségi keretek kialakítása a demenciában szenvedőknek szánt orvosi és ápolási szolgáltatások számára.
- Az Unió tagállamaiban jelenleg **nem fordítunk kellő figyelmet a kognitív hiányosságban szenvedők jogaira**. Emellett nem ismerik el az idős emberek szellemi tőkéjét, a nagyközönség nem ismeri az Alzheimer-kórt és nem érti, miben áll, valamint a

demenciák általában megbélyegzik az abban szenvedőket -ez pedig rossz hatással lehet a betegek egészségére. Másrészt az őket gondozók ugyancsak szembetalálhatják magukat a társadalmi kirekesztettséggel. A társadalmi kapcsolatok fenntartása és az aktivitás megőrzése mindazonáltal segít az autonómia és a fizikai-szellemi jólét hosszabb ideig tartó megőrzésében, csökkentve a segítségre szorulás mértékét és megelőzve a társadalmi elszigetelődést és a depressziót.

A demenciában szenvedők leggyakrabban a személyiségüket megtartó ellátás hiányától szenvednek. (Tom Kitwood) A gondozás gyakran személytelen, feladat-orientált, csak a fizikai ellátásra összpontosít, kevés munkatárssal –akik sokszor a demencia ellátás területén alulképzettek – biztosított.

Alapkérdés: a célcsoportot értéknek vagy tehernek tartjuk-e? A sztenderd kidolgozói Christine Brydennel vallják, hogy „… a demenciában szenvedők fontos utat járnak az értelemtől az érzelmen át a lélek felé. Ami igazán fontos, az megmarad, és csak az tűnik el, ami igazából nem is olyan fontos. Ha a társadalom ezt megértené, akkor a demenciában szenvedőket tisztelné, és kincsként őrizné."

A szolgáltatás alapelvei

A szemlélet alapgondolata: az ellátott nem tárgy, hanem **személy**, akinek vannak érzései, különleges értékei: egyszeri és megismételhetetlen, amint mindnyájan azok vagyunk. Arra tanítjuk a munkatársakat, hogy a gondozottban fedezzék fel az embert, akiben ott él a múltja, a családja, a foglalkozása, akinek vannak hobbijai és vágyai, és vannak jó és rossz napjai. A demencia ellátás, amely a betegségre fókuszál és nem figyel magára az emberre, a beteget könnyen passzív tárgynak tarthatja. A Legjobb Barát Modell ezzel szemben a személyre figyel, nem azt mondja a betegre, hogy demens, hanem azt, hogy ő Kati néni, aki demenciában szenved.

A sztenderd egységes szabályozórendszerbe épül, a szociális törvény és azok végrehajtási rendeleteivel. Szorosan kapcsolódik az idősellátás egyéb sztenderdjaihoz, és az alapvető állampolgári jogok rendszeréhez.

Az elvárt szolgáltatási gyakorlat leírása, lehetséges módszerek, eljárások, megoldási módok (alternatívák)

Az intézmény értékorientációja

Az intézményi küldetés

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

A szolgáltatás alkalmazásának kritériuma

Az intézményi küldetés alapját képező személyközpontú szemlélet kulcselemeit meg kell ismertetni az intézményi stábbal, a gondozottak hozzátartozóval és amennyire csak lehetséges magukkal a gondozottakkal is. Az -Intézményi Küldetés elérhető és olvasható legyen valamennyi érintett számára

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

A megfelelő dokumentumok létezése, tartalmi megfelelése, és megtekinthetősége. Az érintettek megfelelő tájékozottsága /interjú támpontok: stábtagok, hozzátartozó, gondozott/

Humán erőforrás gazdálkodás

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

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

Az intézményi vezetés elérhető a stáb számára. Vannak informális alkalmak a kölcsönös beszélgetésre. A vezetés gyakran megfordul a gondozás „terepein" és személyes tapasztalatai vannak a nehézségekről. Rendszeres munkamegbeszéléseken mérik fel a terhelődést és stressz tényezőket, munkaszervezési lépésekkel és a team szupervizíós támogatásával támogatják a gondozók munkáját. Mindenki számára átlátható konzekvens jutalmazási rendszert alakítanak ki.

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

Kidolgozott terhelés és stressz monitorizálási felmérés rendszeres alkalmazás és annak dokumentációja. A jutalmazás szempontrendszerének kidolgozása és leírása. Rendszeres munkaértekezletek és teram szupervizió megléte és annak dokumentációja. Interjúk a vezetőkkel és stábtagokkal.

A gondozók munkájának intézményi támogatása

A demenciában szenvedők személyközpontú gondozása kreatív, innovációs készséget és kísérletező kedvet igénylő tevékenység. Az intézményi vezetés feladata, hogy ösztönözze a stáb tagok szakmai kezdeményezéseit, erősítse lelkesedésüket, és törekedjen a jó gyakorlat pozitív megerősítésére. Fontos az is, hogy a vezetők nyitottak legyenek a szakmai eszmecserére, a felvetődő ötletek, gondolatok közös végiggondolására.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

Biztosítani kell a vezetők elérhetőségét a stáb számára /"nyitott ajtó" vezetési stilus/

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

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

Munka megbeszélések dokumentációja. A szakmai innováció bemutatása, szakmai rendezvényeken szereplés, interjú a stábtagokkal

A gondozó stáb képzése, fejlesztése

A **demenciában szenvedők gondozása ma az idősellátás egyik legdinamikusabban fejlődő területe**. Ez megkívánja a stábok folyamatos szakmai fejlődését és a minőségi stábfejlesztést.

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

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

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

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

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

Belső minőségbiztosítási rendszer kialakítása

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

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

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

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

Minőségbiztosítási szempontrendszer, monitorizálási dokumentáció, ülés jegyzőkönyvek, vezetési reflexiók, intézkedési tervek dokumentációi

A gondozás egyénre szabottsága

Egyéni gondozási terv:

A demenciában szenvedők gondozásában az egyéni szükségletek, valamint a gondozott belső forrásainak, erejének ill. vulnerabilitának differenciált felmérésén alapuló gondozási terv kidolgozása az élettörténeti elemek, személyiségtényezők, valamint az életviteli stílus, egyéni érdeklődés figyelembevételével kell, hogy történjen. Kerüljük el az idősellátásban elterjedt sematizált egyéni gondozási tervek alkalmazását!

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

A gondozási terv kialakításához részletesen fel kell mérni a demenciában szenvedő megtartott készségeit – ezen belül az életvitelhez és önellátáshoz szükséges készségek megtartottságát, mobilizálhatóságát figyelembe véve a gondozott korábbi tapasztalatát, készségeit, valamint a személyiségéből adódó sajátosságokat és egyéni érdeklődését. E támpontokon alapuló egyéni gondozási terv alapját kell, hogy képezze egy individualizált készségmegőrző-készségfejlesztő programnak.

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

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

A gondozási tervek rendszeres felülvizsgálata, korrekciója:

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

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

Ki kell alakítani a nyomonkövetés és értékelés kritériumait a szükséges felmérő lapokkal. Évenként illetve jelentős állapotváltozás esetén az intézményi teamnek értékelő ülésen kell az egyéni gondozási terveket felülvizsgálni.

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

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

A gondozott élettörténetének ismerete:

A személyközpontú gondozásban a gondozott élettörténetének és az életében kulcsszerepet játszó személyeknek az ismerete rendkívül fontos, mert igen sokszor csak ennek ismeretében lehet a demenciában szenvedő egyéni reakcióit, viselkedésének mozgató rugóit megérteni. Fontos, hogy az előgondozás és bekerülés során személyes kapcsolat alakuljon ki az intézményi stáb és a hozzátartozók között és részletes élettörténeti áttekintés történjen. A hozzátartozóval való kapcsolattartás a későbbiekben is lényeges támasza lehet a gondozási

munkának. Az élettörténeti támpontok összefoglalásának szerepelnie kell a gondozott dokumentációjában és támpontjait figyelembe kell venni a mindennapi gondozás során.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

Az előgondozást kvalifikált munkatársaknak kell végeznie és az élettörténeti áttekintés az előgondozási munka szerves része. Fontos, hogy az előgondozás során alkalmat biztosítsunk a hozzátartozóval folytatott interjúra és arra megfelelő időt fordítsunk / a demenciában szenvedőkkel kapcsolatos előgondozás során az adott napra két látogatásnál több nem tervezhető/. A gondozás mindennapi gyakorlatához a gondozó stábnak ismernie kell a gondozottak élettörténetét.

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

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

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

Egyéni preferenciák:

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

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

A gondozás napi gyakorlatában a gondozottal foglalkozó valamennyi stábtag munkájában érvényesülni kell az egyéni preferenciák figyelembe vételének. Ezt a gondozási egységek vezetőinek folyamatosan figyelemmel kell kísérnie és a stáb megbeszéléseken az ezzel kapcsolatos tapasztalatokat, észrevételeket meg kell osztani. Fontos szempont a belépő új dolgozók felkészítése során is.

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

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

A gondozott személyi tulajdona:

A demenciában szenvedő számára fontos kapaszkodót jelent a múltjából származó, megszokott tárgyak jelenléte és a körülötte lévő tárgyak állandósága. Az intézménynek törekednie kell arra, hogy a lehetőségek szerint minél több személyes tárgy vehesse körül a gondozottat / családi fényképek, emléktárgyak, egy-egy régi bútor darab – pl. karosszék/. Lehetőleg az őt körülvevő tárgyak és saját holmija sem legyen uniformizált.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

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

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

A gondozott személyes lakóterének megtekintése.

A gondozott aktivitása, foglalkozásokon való részvétele:

A demenciában szenvedők készségmegerősítésének, készségfejlesztésének fontos eszköze az intézményben kialakított aktivitási program, foglalkozások. A szakmai munka minősége szempontjából alapvető, hogy módszeresen felépített, széles kínálatú program valósuljon meg és biztosítva legyen e program folyamatos fenntartása, stabilitása. Ehhez az intézményi menedzsment megfelelő támogatása szükséges / anyagi források, feltételek biztosítása/. Fontos e szakmai programban résztvevő alkalmas munkatársak megfelelő kiválasztása, képzési támogatásuk és munkájuk fontosságának folyamatos megerősítése. Törekedni kell a módszertani fejlesztésekre, intézményközi tapasztalatcserékre és az innovatív programok kiemelt támogatására. Az egyéni készségek és preferenciák figyelembevétel a foglalkozások kialakítása során alapvető.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

A közösségi programoknak, foglalkozásoknak gazdag kínálata. Kidolgozott átfogó program /éves terv, havi lebontás, heti program/. Az egyéni gondozási tervben a személyre szabott részvétel megjelenése. A szükséges források és feltételek biztosítása. Folyamatos stábépítés és fejlesztés. Az intézményi vezetés támogató jelenléte.

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

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

A személyközpontú megközelítés érvényesülése

Kommunikáció a gondozottal:

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

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

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

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

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

Empátia és a gondozott szempontjainak figyelembevétele:

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

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

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

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

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

A gondozás légköre:

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

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

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

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

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

Respektus:

Alapvető követelmény és az intézményi kultúra minőségét fémjelzi az, hogy a gondozó stáb a demenciában szenvedőt autonóm felnőttként kezelje és elkerülje a paternalisztikus gondozási attitűdött és a gondozott lekezelését.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

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

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

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

„Képessé tevés" /empowerment/:

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

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

A gondozási terv kialakítása során a meglévő és a még mobilizálható önellátási képességek feltérképezése és az önellátás facilitálása a lehetséges keretek között. A foglalkozásokban bevonva támaszkodás a még meglévő képességekre és a tevékenység megerősítő ösztönzése.

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

Készségfelmérés eredményeinek figyelembevétele, gondozási terv, a gondozott aktivitásának megfigyelése.

A közösségi részvétel ösztönzése:

Az intézménynek törekednie kell változatos közösségi programok kialakítására és a gondozottak bevonására. Erősíteni kell az intézmény és a külvilág kapcsolatát programok behozatalával, helyi intézményekkel, szervezetekkel való kapcsolattartással, a gondozottak

állapotától függően intézmény körüli helyekre való kimozdulással /bolt, piac, presszó, művelődési központ egyes programjai, séta a parkban, állatkertben, stb.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

A „nyitott otthon" koncepciójának érvényesítése, kapcsolat partner intézményekkel, egyházi és civil szervezetekkel, önkéntes bázis kialakítása, partneri viszony a helyi szolgáltatókkal. Hozzátartozók bevonása.

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

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

A „problémás viselkedés" kezelése:

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

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

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

A kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

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

A szociális környezet

Szociális inklúzió:

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

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

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

Kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei

Érdekképviseleti dokumentáció, ülések jegyzőkönyvei

Külső érdekképviselet

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

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

Házirend és rendkívüli eljárási protokollok kidolgozása. Kapcsolattartás a hozzátartozókkal. Ellátott jogi képviselő jelenlétének biztosítása.

A *kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei*

Érdekképviseleti tevékenység dokumentációja. Házirend és eljárási protokollok.

A szolgáltatási környezet minősége:

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

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

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

A *kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei*

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

Egészségügyi ellátási háttér:

Az intézménynek biztosítani kell az alapellátáshoz szükséges háziorvosi jelenlétet, a rendszeres pszichiátriai szakmai konzultációt, valamint a szakrendelői és kórházi háttér elérhetőségét. Törekedni kell preventív szűrő programok bevezetésére és biztosítani kell a megfelelő színvonalú ápolási hátteret

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

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

A *kritérium teljesülésének inidikátorai és monitorizálásának lehetőségei*

Ellátási szerződések. Az ellátás személyi és tárgyi feltételeinek áttekintése.

Előnyök, hátrányok, feltételek elemzése, alkalmazásának személyi és tárgyi feltételei

Az ellátás fizikai környezete sokféle lehet. Nem mindegy, hogy az intézmény milyen épületben működik: egy szintes vagy több szintes; forgalmas utcáról van a bejárata, vagy az intézmény tágabb környezete csendes; lakótelepen vagy falusi házak tövében találjuk meg. Az intézményi adottságok nagyban befolyásolják, milyen fizikai környezetet alakítanak ki a demens ellátásban. Más-más körülmények biztosíthatók nagyvárosban, mint falun, emeleten vagy földszinten, zárt folyosós vagy nyitott folyosós épületben, és még sorolhatnánk. A bentlakásos intézmények fejlesztése és felújítása során idős demensek szempontjait azonban célszerű figyelembe venni. A jelen munkaanyag a tárgyi feltételeket nem kívánja leírni részletesen, tekintettel arra, hogy a helyi sajátosságok meghatározóak lehetnek, és a részletes előírás megköti a szolgáltatókat. A környezeti szempontok leírásánál inkább arra fektettünk hangsúlyt, hogy a demenciában szenvedőt mennyire meghatározza a környezete - ezért célszerű a demens ellátás környezeti hatását elemezni az adott intézményben.

Szempontok a fizikai környezet kialakításánál

A környezet, amelyben a demenciában szenvedő él (napjait tölti), számára **pozitív** és **biztonságos** legyen. Az, hogy a biztonságot és pozitív hatást hogyan érjük el, ez már a döntéshozók fantáziáján és anyagi lehetőségein is múlik.

Biztonságossági szempontok

- Biztonságos terület: mozgásra, mobilitásra, szabad levegőre jutásra biztosított - ez több mint akadálymentes épített környezet megvalósítása.
- Az intézmény, a közösségi terek elhagyása ne legyen akadályozott.
- Segítő jelek alkalmazása eligazodáshoz, irányított mozgáshoz. Gyakran azon múlik az inkontinencia, hogy a beteg nem találja meg a WC-t. Hosszú folyosó és egyforma ajtók megtéveszthetik a gondozottakat és nem találják a saját szobájukat. A hosszú folyosót célszerű megtörni faliórával, virágdísszel.
- Figyelemelterelés: kijárat álcázása, kilincsek elrejtése, stb. Tervezzünk útlezárásokat, eltereléseket, ha nem akarjuk, hogy bizonyos helyekre bemenjenek az ellátottak.
- Biztonságos sétakert, télikert kialakítása.
- A többcélú közösségi helyiségek zavart okozhatnak a demens gondozottakban. Pl. ha az ebédlő egyben foglalkoztató vagy tornaterem is. Megoldás lehet a több közösségi helyiség kialakítása, hogy a helyiségeket funkciók szerint elkülönüljenek. Erre a legtöbb intézményben azonban nincs lehetőség. Ha többcélú termeink vannak, akkor lehet megoldás az is, hogy jeleket alkalmazunk, amikkel segítjük az ellátottakat tájékozódni. Másként rendezzük el a székeket, ha imádkozunk, mintha beszélgetünk, vagy tornászunk.

Pozitív környezet szempontjai

A pozitív környezet az érzékszerveket pozitívan stimulálja. Cél a stressz-küszöb csökkentése. Ha a környezet nem stimuláló, akkor az ellátott koncentráló képessége és felfogó képessége csökken. Az is probléma, ha sokféle stimulus van egyszerre jelen. A demens ember nem képes a pozitív stimulust szétválasztani a negatívtól (pl. kellemes zene, de a háttérben kiabálás van, a demens a negatív stimulust is felveszi, és esetleg nyugtalanná válik, miközben a munkatársak észre sem veszik, mi a baj).

Látás megsegítő szempontok

A látás megsegíthető megfelelő megvilágítással. Pl. a világítás legyen indirekt, ha nagy teret akarunk megvilágítani (pl. folyosót), ami nem vakít. Legyen egyenletes. Célszerű megfelelő megvilágítást alkalmazni attól függően, milyen helyiségről van szó és mi történik ott: foglalkozások, nappali tartózkodások helyiségeiben háromszor több fényre van szükség, mint a folyosón. Ebédlőben ennél is több fényre van szükség. Fontos, hogy egyenletes és egyértelmű megvilágítást alkalmazzunk, hogy elkerüljük a zavaró vagy ijesztő árnyékokat. Fontos, hogy elkerüljük a vakító fényt. A vakító fény a figyelmet szétszórja, zavart okozhat, nagyban hozzájárulhat az eséshez. Megkülönböztetünk direkt vakító fényt és indirekt vakító fényt. Direkt fény pl. a napfény, vagy búra nélküli lámpa fénye. Indirekt vakító fény visszatükröződő fény valamilyen sima felületről, pl. tükörsima padlóról. A tükröződő padló veszélyes.

Ablakok körül mind a kétféle vakító fény előfordul. Ezért az ablakokat lássuk el olyan eszközökkel, amelyek megszűrik a fényt. A redőny, a roló nem jó, mert a vízszintes vagy függőleges fénycsíkok ugyanúgy zavarók lehetnek. Inkább függönyt és áttetsző sötétítőt alkalmazzunk. Ügyeljünk arra, hogy este az ablak tükörként funkcionálhat, ha az üveglapot nem takarjuk el valamivel.

Az idős ember szeme lassan idomul a fénymennyiség változásához. Az előterek olyan helyek, ahol a ki-be járás történik, ahol ez a fényváltozás a legtöbb gondot okozhatja. Jó, ha itt hagyunk időt az idősnek és lehetőséget leülni, míg a szeme hozzászokik a fény

megváltozásához. Fontos, hogy az előtér megvilágítása a napszaknak megfelelő legyen: nappal erősebb, este gyengébb fény elegendő.

A hallás támogatásának szempontjai

A fizikai környezet segítheti a lakókat a megmaradt hallásuk maximalizálásában. Ami növeli a problémát az a háttérzaj. Demens embereknél agitáltságot, nyugtalanságot vált ki, ezért a gongozási egység legyen csendes és békés, amennyire csak lehet. Ebben segít a munkatér és a lakótér tudatos szétválasztása. A háttérzaj lehet zene, TV, rádió, dolgozók egymáshoz átkiabálása, nővérhívó, ételszállító kocsi, kerekesszék, járókeret, a takarítás (porszívózás) zaja. Jó ha tudatosítjuk, hogy mi növeli a zajszintet: a kemény falak, plafonok (álmennyezet, szövetből faldíszek csökkentik a hangvisszaverődést), az üveg felületek (ablakon függöny lágyítja), PVC padló (vannak már műanyag padlók, amelyek elnyelik a hangot). Sokszor, ami csökkenti a zajszintet, az a környezet tisztántarthatóságát gátolja, vagy az ellátottak biztonságos közlekedését veszélyezteti (pl. szőnyegek, kárpitos bútorok, egész függönyök).

Az ízlelés és a szaglás képességének megtartására irányuló szempontok

Az ízlelés és a szaglás képessége a szellemi leépülés ellenére tovább megmarad. Az előrehaladott demenciában szenvedő embereknél ezek az érzékek még fontosabb szerepet kapnak. A szagokra gyakran érzelmekkel válaszol a szervezet, mivel a szagok feldolgozása az agynak abban a részében történik, ahol az érzelmeké és az emlékeké is. A kellemes illatok jó érzést váltanak ki, a kellemetlenek rosszat, stresszt: a demenciában szenvedőknél agitáltsághoz vezethet. A demenciában szenvedő nem tudja, hogy a kellemetlen szagok miatt nyugtalan. A környezet sokat segíthet a rossz szagok csökkentésében. Ha kellemetlen szag jellemzi a gondozási egységet, pl. állandó pisi szag, akkor az az ellátottakat is és a látogatókat is irritálja. Megfigyelték, hogy az olyan intézménybe, ahol van ilyen kellemetlen szag, kevesebb látogató érkezik és rövidebb időre, mit a kellemesebb szagú intézménybe. A tisztítószerek alkalmazásánál ügyeljünk arra, hogy a legkevésbé irritáló szereket alkalmazzuk. Gyakran szellőztessünk: a friss levegő segít a kellemetlen szagok csökkentésében. Teremtsünk jó illatot, ami kellemes érzést és emléket támaszt a demens gondozottban.

Bezártság érzetét megszüntető szempontok

A nappali tartózkodás és az (éjszakai) pihenés helye, ha lehet, legyen szétválasztva. Segíti a demenciában szenvedőt abban, hogy nappal tevékenykedjen és éjszaka pihenje. *Csökkentsük a bezártság érzetét.* A demenciában szenvedők gyakran el akarják hagyni az épületet. Ennek megakadályozására gyakran zárakat, megfigyelő rendszert alkalmaznak. A személyközpontú megközelítésben a demenciában szenvedő szempontjából indulunk ki. Az ellátott éppen azért akarja elhagyni az épületet, mert úgy érzi, be van zárva és nem engedik ki. Korábban szabadabban mozoghatott, úgy élt, hogy sokat volt a szabadban. Azt gondolja, még mindig képes lenne függetlenül élni. Az ideális megoldás az, ha szabadon mozoghatna az ellátott, biztonságos külső és belső terekben.

Olyan tereket alakítsunk ki, hogy azok legyenek érdekesek. Pl. a sétakertben lehetnek olyan ágyások, ahol szabadon kertészkedhet.

Ha nem lehet kialakítani sétakertet a részleg mellett, akkor a programot kell úgy alakítani, hogy legyen benne tevékenység a szabad levegőn.

A sztenderd alkalmazására vonatkozó javaslatok

A Legjobb Barát Modell

***Szemlélet*: „**Nemcsak az a fontos, mit teszel, hanem az is, hogy jelen vagy." Az ápoló **barátként** van jelen a félelemben, elveszettségben élő számára, hogy biztonságot, megértést, elfogadást nyújtson. „Jelen lenni" azt is magával vonja, hogy az, amit tesz az ápoló (pl. fürdet), arra fókuszál egészen, és a figyelme arra, akivel teszi, összpontosul egészen. Miközben fürdet, nem arról beszél, milyen gondjai vannak otthon, hogy a gyerekei ilyenek, meg olyanok, hanem inkább dudorászik vagy rövid kedves mondatokat, bíztatásokat mond, ami megnyugtatja a demenciában szenvedőt.

Ehhez persze ismerni kell az ellátottat. Mindenkiről készül életút, amelyet a munkatársak ismernek és az intézményben töltött hónapok során – mint ahogy összeáll a puzzle – kiegészítenek. Nem könnyű feladat, hiszen a beszélni nem tudó beteg gyerekkorát, ifjúságát már nincs, aki elmesélje nekünk. A gyermekeik pedig nem tudják.

Külön figyelünk arra és dokumentáljuk is, hogy melyek a jó tulajdonságai az ellátottnak, melyek a megmaradt képességei. Célunk, hogy a gondoskodást a megmaradt képességekre építsük. Gyakori probléma, hogy az idő rövidsége miatt az ápolók túlgondoznak, gyorsan megetetik, pedig még tudna egyedül enni, csak az tovább tartana, felöltöztetik, pedig még fel tudna öltözni, csak az egy kicsit körülményesebb. Mindent ripsz-ropsz elvégeznek, az ellátottat kiültetik, akinek aztán nincsen semmi dolga, csak vár.

Attitűd a másik alapvető eleme a Legjobb Barát Modellnek, vagyis empátia és jó kommunikáció.

Az együttérzés nem annyira tanulás, mint inkább begyakorlás. Az ápolók gondoljanak arra, mit szeretnének, ha ők szenvednének ebben a betegségben, hogyan gondozzák őket. Az együttérzés személyesebb kapcsolatra vezet az ellátottakkal. Az együttérzés állandó, folyamatos odafigyelésre segít: az ápoló felismeri, mi az, ami működik és mi az, ami nem.

Ha merik vállalni a dolgozók ezt a hozzáállást, a szolgáltatásunk minősége javul. Empátia bizalmat épít, aggodalmaskodást csökkent, emberi méltóságot helyreállít.

A kommunikáció fontos eleme a Legjobb Barát Modellben a nem verbális kommunikáció: a gesztusok, az arckifejezés, az érintés és a hangszín. Fontos, hogy egyértelmű legyen a kommunikációnk. Akkor egyértelmű, ha a szó, amit kimondunk és a gesztusaink ugyanazt fejezik ki. Mindnyájan tudjuk, hogy ha a gesztusaink mást fejeznek ki, mint amit mondunk, a másik ember a gesztusainkat veszi igaznak. A Legjobb Barát Modellben dolgozók megtanulják, hogy a nem verbális kommunikáció elemeinek nagyobb a súlya a szavak erejénél. A Legjobb Barát úgy kommunikál, hogy következetes, beszéde egyértelmű. Sokat dicsér. Nem utasít. Nem fenyegető. Lassú, türelmes és nyugodt.

Csoportmunka: a Legjobb Barát Modell hangsúlyozza, egymást kiegészítjük. Senki sem kizárólagos gondozója a demenciában szenvedőnek. Minden dolgozó – a takarítótól az igazgatóig - fontos ebben a munkában.

Kimeneti elvárások, és az azokhoz csatlakozó kritériumok (a kritériumok olyan elvárások, amelyekből meg lehet állapítani, hogy a sztenderdet betartották-e a szolgáltatási folyamatban vagy sem)

- A lakótér biztonságos elhelyezést nyújt.
- Megvalósult a pozitív környezet, mely nem stimuláló.
- Kialakításra került a bezártság érzetét csökkentő eszközök alkalmazása.

- Az új ellátottnál a beilleszkedési folyamat lerövidül.
- Az ellátottak jó közérzete tapasztalható.
- A hozzátartozók és az ellátottak a szolgáltatás minőségével.
- A fenntartó és a szakhatóságok ellenőrzése pozitív eredményt mutat.
- A kognitív funkciók megtartásának elősegítésére az intézmények protokollok alkalmazásával felkészültek.
- Minden munkatárs számára ismert az ellátott életútja.
- Az egyéni gondozási terv alapját képezi az individualizált készség megőrző és készség fejlesztő program.
- Az intézmény figyelembe veszi az ellátott egyéni érdeklődési területeit, hobbiját.

A kritériumok teljesülésének indikátorai és monitoring lehetőségei

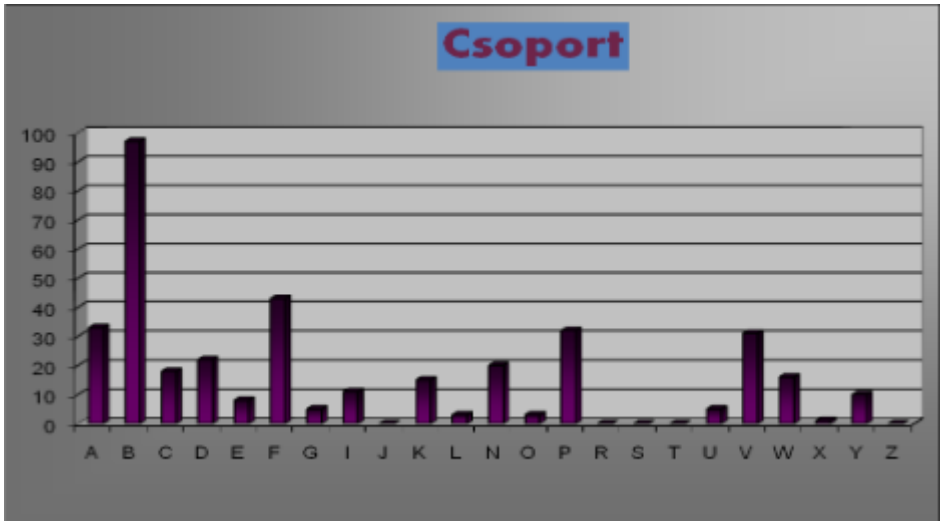
A személyközpontú demens ellátás célja az, hogy az ellátottak számára a ’wellbeing’ a lehetőségek szerint biztosított legyen. A ’wellbeing’, a jó közérzet, a jól-lét fogalma nehezen határozható meg, mert nem objektív, hanem szubjektív. Azaz nem attól valósul meg az ellátottak jól-léte, ha kipipáljuk a személyi és tárgyi feltételeket, hanem akkor, ha az ellátottak jól érzik magukat. Tehát a személyi és tárgyi feltételek biztosítása szükséges, de nem elégséges feltétele a személyközpontú demens ellátás megvalósításának. További kritériumok lehetnek a demenseknek tudatosan kialakított fizikai környezet, a strukturált napirend, a rendszeres foglalkoztatás keretében a személyre szabott elfoglaltságok, a munkatársak képzése, továbbképzése, szupervíziós háttér biztosítása, azaz tudatos stábfejlesztés.

A fenti kritériumok teljesülése a demens ellátás feltételei, az ellátás céljának vagy kimenetének nem mutatói. A demens ellátás kimenetének indikátora az ellátottak elégedettsége. Mivel a demenciában szenvedő ellátottak nem tudják elégedettségüket direkt módon, szavakkal, kérdőívek kitöltésével kifejezni, a bradfordi egyetemen kifejlesztett módszer, a DCM (Dementia Care Mappping) lehet egy eszköz a szakmai munka minőségének monitorozására.

DCM mérőeszköz – a demenciában szenvedő személy szemszögéből méri a demencia ellátás minőségét. Alapja annak megfigyelése, hogy a demenciában szenvedők hogyan töltik az idejüket és a szolgálatban lévő munkatársak hogyan segítik őket. A megfigyelés nappal 6 órán keresztül történik az intézmény egy adott közösségi terében, előre kiválasztott ellátottak körében. A kiválasztott ellátottak viselkedése és hangulata vagy elfoglaltsága van a megfigyelés középpontjában. A megfigyelés eredménye a DCM szabályai szerint kerül kódolásra: 5 percenként a megfigyelő kódolja az adott 5 perc legjellemzőbb viselkedését (BCC kód), hangulatát (ME kód) és ha volt másokkal interakció, akkor annak a pszichoszociális hozzáállásnak pozitív vagy negatív hatását (PE vagy PD kód).

- A kiválasztott ellátottak viselkedését - **BCC** Behavioral Category Code (viselkedési kategória kód) alkalmazásával mérjük. A leggyakoribb viselkedések például a járkálás, üldögélés, semmit tevés, bóbiskolás, önmagát stimuláló viselkedés, de lehet kreatív tevékenység, aktivitás, játék, foglalkozásszerű tevékenység, torna, mozgás, visszaemlékezés, vagy vallási tevékenység is. Az előbbi csoportba azok a viselkedések tartoznak, amelyek alulstimulált környezetben gyakoriak – unalom és várakozás tölti ki az étkezések közötti időt. Az utóbbiak a foglalkoztatások során gyakori viselkedések.

Példa egy viselkedés mérésre, ahol a kiválasztott ellátottak csoport adatait gyűjtöttük össze:



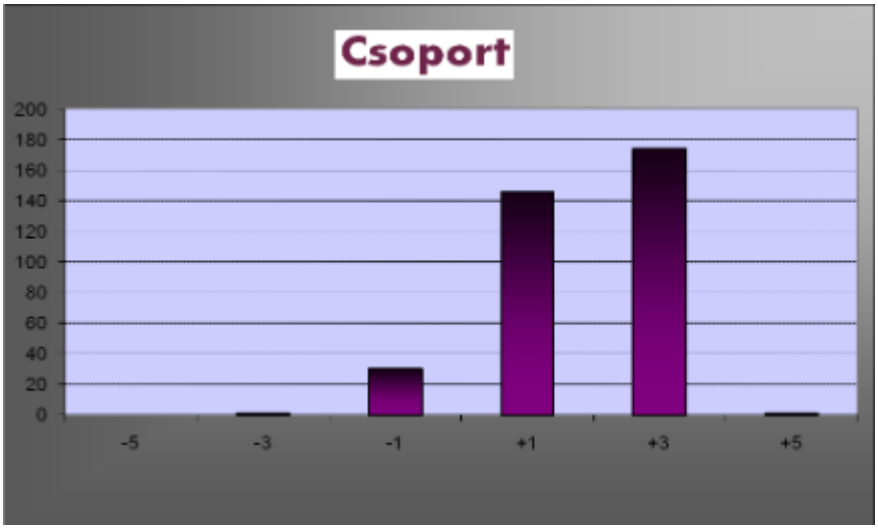
A csoport leggyakoribb viselkedése a 6 órán át tartó megfigyelés alatt B (elfoglalt, de passzívan – figyeli, mi történik körülötte). További gyakori viselkedés az F – étkezik, a P – segítséget, személyes gondoskodást kap, az A – aktív, szavakkal vagy másként másokkal kapcsolatba lép, a V – munka jellegű tevékenységet végez.

Az N (bóbiskol), C (közömbös, visszavonult), D (önmagával törődik) viselkedések a megfigyelés alulstimulált időszakaira mutatnak.

A viselkedések gyakoriságából a demens ellátás milyenségére lehet következtetni. Mivel azonban a megfigyelés a kiválasztott ellátott szempontjából történik, elképzelhető, hogy az ellátott személyisége, egészségi állapota, az érdeklődése az adott foglalkozás iránt, demenciájának súlyossága, stb. befolyásolta a leggyakrabban előforduló viselkedéseket.

- A kiválasztott ellátottak hangulati és aktivitási szintjét az **ME** (Mood=hangulat / Engagement=elfoglaltság) kóddal jelöljük. Ha jó a hangulata (pl. étkezik és a saját képességeit használhatja, vagyis nem etetik, és ízlik az étel) pozitív értéket kap, ha rossz a hangulata (pl. étkezik, de etetik anélkül, hogy figyelnének rá, vagy nem ízlik az étel) negatív értéket kap a megfigyelés adott szakaszára. Ha valamilyen tevékenységbe elmerül (pl. beszélget a mellette ülővel, vagy asztalnál ül és olvas, ír, virágokat rendez, stb. és ez mélyen leköti) akkor nem a hangulatot, hanem az elfoglaltságot értékeljük.

Példa egy Hangulati-aktivitási szint mérési eredményre:



A leggyakoribb érték a +3 volt. Ez azt jelenti, hogy a csoport alapvetően jó hangulatban volt a mérési időszakban. A +1 érték azt jelzi, hogy gyakori volt a közömbös, unatkozó hangulat is. A -1 előfordulás kismértékű negatív hangulatot jelzi.

PE v. **PD** előfordulások lejegyzése típus és súlyosság ill pozitív v. negatív hatása szerint történik. A DCM 5 típusát különbözteti meg a pszichoszociális hozzáállásoknak, aszerint, hogy mely pszichológiai szükségletet támogatja (pozitív a hatása) vagy ellenkezőleg ássa alá (negatív a hatása). Az 5 pszichológiai szükséglet Tom Kitwood alapján: a biztonság (komfort, vigasz, megnyugtatás), a folytonosság (identitás, önazonosság érzése), fontosság (személyes kapcsolatok, ragaszkodás), befogadás (tartozni valahová) és elfoglaltság (cél, eredmény, a teljesítés öröme). A kiválasztott ellátottak számára nemcsak a munkatársak, de lakótársak és a látogatók is váltanak ki pozitív vagy negatív hatást. A DCM további része a mérési eredmények visszajelzése, kiértékelése. A visszajelzés konzultáció, tanácsadás keretében történik. A visszajelzés célja a negatív hatások csökkentése, munkafolyamatok jobb átgondolása, hozzáállások tudatosítása. Segíti a nagyobb odafigyelést a leginkább dependens személyekre. Az egyéni gondozási tervekbe beépíthetőek a mérési eredmények. A DCM ösztönözhet a csoport munka javítására, vezetői szinten pedig a meglévő erőforrások jobb allokálására és továbbképzések kezdeményezésére. Mindez a minőségi munkához vezethet és javulhat a munkatársak elégedettsége is a munkájukkal.

Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források

Kritérium	Indikátor	Forrás
	Az intézményi küldetést a szakmai program megfogalmazza, ez elérhető valamennyi érintett számára A demenciában szenvedők gondozásának személyközpontú megközelítése megjelenik a szakmai programban. A személyközpontú szemléletet magáévá tette az intézményi stáb, és a gondozottak hozzátartozói, valamint maguk a gondozottak is ismerik.	A megfelelő dokumentumok létezése, tartalmi megfelelése és megtekinthetősége. Az érintettek megfelelő tájékozottsága (interjú támpontok: stábtagok, hozzátartozó, gondozott)
A gondozás személyközpontú, egyénre szabott.	Élettörténeti támpontok összefoglalása is szerepel a gondozott dokumentációjában .	Ápolási – gondozási dokumentáció
A gondozott aktivitása, foglalkozásokon való részvétele módszeresen felépített, széles kínálatú.	A megvalósítás éves intézményi értékelése.	Egyéni foglalkozási-fejlesztési tervek megléte, időtáblája, programdokumentáció
A gondozás légköre pozitív, a gondozói attitűd elfogadó. A gondozottat felnőttként kezelik (respektus), segítik abban, hogy autonómiáját, méltóságát a tágabb intézményi környezetben is fenntarthassa.	A demenciában szenvedők a kognitív romláshoz képest érzelmi síkon jobban képesek rezonálni, és érzelmi-indulati állapotuk érzékenyen követi a környezeti hatásokat.	Gondozási helyzetek megfigyelése, elemzése Interjú a gondozottakkal, hozzátartozókkal, stábbal.
A „nyitott otthon” koncepciójának érvényesítése, partneri viszony a helyi szolgáltatókkal.	Van kapcsolat partnerintézményekkel, egyházi és civil szervezetekkel. Önkénteseket foglalkoztatnak és a hozzátartozókat is bevonják.	Dokumentáció, megállapodások, megfigyelés

Megfelelően kezelik a „problémás viselkedést”: törekednek a mögöttes tényezők megértésére, feltárására és megfelelő gondozási stratégiák kialakítására.	A pszichiátriai konzultáció szempontjait és a korlátozó intézkedés szabályait a stáb megismerte. Mérlegelik a pszichofarmakonok és/vagy korlátozó intézkedések alkalmazásának elkerülhetőségét.	Korlátozó intézkedések dokumentációja, interjú, megfigyelés

III. Minőségi szolgáltatáshoz való jog: minőségi humánerőforrás

8. sztenderd: Kompetens munkatársak

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

Kritériumok

- Az intézmény munkatársai feladataikhoz adekvát képesítéssel rendelkeznek.

  A szociális munkás-, a szociális asszisztens- és a szociális gondozó képzés hangsúlyos eleme az elméleti – tudományos ismeretek gyakorlatban történő alkalmazása, az elmélet és a gyakorlat integrálása.

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

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

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

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

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

Képzés és továbbképzés

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

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

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

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

Képzés

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

Nemes Judit az Iskolaszövetség által 2005-ben szervezett konferencián a szociális képzés átalakításának aktuális kérdései között a szakmai sztenderdek szükségessége mellett a munkaköri képesítési előírások körét is érintette. Az aktuális kérdések között szerepelt, hogy „milyen képzések képezzenek a szakmára?" illetve, hogy „az alakuló képzési struktúra illeszkedik-e a szakma szakképzési elvárásaihoz? Kitért a készségek és jártasságok, illetve az elmélet és gyakorlat viszonyára a különböző képzési ciklusokban.

Az Iskolaszövetség 2009. december 7-i, a szociális szakképzés ügyében megfogalmazott állásfoglalása felhívja a figyelmet a középfokú szociális szakképzettség

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

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

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

Továbbképzés

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

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

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

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

A munkatársak védelme (jogi, kockázatkezelés)

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

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

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

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

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

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

A dokumentumban a munkakör célja mellett rögzíteni kell:

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

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

A jogvédelem egyik hangsúlyos eleme a dolgozók/munkatársak érdekeit érvényesítő szervezetek létrejötte, működése. A munkáltató feladata az érdekvédelmi szervezetek tevékenységének támogatása és a szervezet képviselőivel való együttműködés.

Kockázatkezelés

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

A dolgozói jog legfontosabb elemei a kockázatkezelés és az egészségvédelem.

Törvényi szabályozás alapján: „A munkáltató köteles minőségileg, illetve szükség esetén mennyiségileg értékelni a munkavállalók egészségét és biztonságát veszélyeztető kockázatokat, különös tekintettel az alkalmazott munkaeszközökre, veszélyes anyagokra és készítményekre, a munkavállalókat érő terhelésekre, valamint a munkahelyek kialakítására. Az értékelés alapján olyan megelőző intézkedéseket

szükséges hozni, amelyek biztosítják a munkakörülmények javulását, beépülnek a munkáltató valamennyi irányítási szintjén végzett tevékenységébe."(6)

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

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

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

  A munkáltató intézkedéseket foganatosít a veszélyek elkerülése érdekében.

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

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

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

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

- Az intézmény munkatársai részére biztosítja a szupervízió igénybevételének lehetőségét.

  A szakmai személyiség fejlesztésében a szupervízió integráns részt tölt be. Az angolszász irodalomban Patterson (1983) szerint a szupervíziónak addig is terápiás jellegűnek kell lenni, amíg nem terápia. Az Egyesült Államokban a klinikai szupervízió szakmai szocializáció, a szakmai személyiség, illetve kompetenciát fejlesztő funkció. Klinikai szupervízió a szakmai felnőtté válás, vagyis a kollegiális („szakmacsaládi") szocializáció, a stábon belüli élet és az autentikus szakmai működés fejlesztésének folyamatát jelenti. (Bernard és Goodyear 1992)

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

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

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

Szupervíziós háttér biztosítása

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

A kiégést eredményező helyzetek tünetei:

- pszichés tünetek:
  - ingerlékenység,
  - cinizmus,
  - emberi kapcsolatok minőségének megromlása,
  - munkahelyhez, kollégákhoz való negatív viszonyulás,
  - serkentő és nyugtató szerek fokozott használata,
  - betegállományba vonulás,
  - teljesítőképesség csökkenése,
  - elköteleződés csökkenése,
  - indokolatlan szakmai önértékelési problémák,
  - labilissá válás,
  - szorongás, depresszió, rögeszmék megjelenése,
  - elszemélytelenedés érzése,
- testi tünetek:
  - feszültség,
  - fáradtság,
  - fejfájás,
  - testsúlyváltozás,
  - alvászavarok,
  - pszichoszomatikus megbetegedések (pl.: magas vérnyomás, szívpanaszok, táplálkozási zavarok, fekélybetegség).

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

A szervezet/intézmény szintje:

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

Az egyén/dolgozó (személy) szintje:

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

Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források

Kritériumok	Indikátorok	Forrás
A munkatársak részére szupervíziós lehetőség különböző formáinak (egyéni, team, csoportos) biztosítása, esetmegbeszélő csoportok működtetése.	A csoportokon résztvevő munkatársak száma.	Szupervízori szerződés Részvételi dokumentáció
A munkatársak motiváltak.	Ismerik a szervezeti célokat, azokkal azonosulnak.	Interjú/kérdőív
A munkatársak ösztönzöttek.	Az ösztönzési rendszerek kidolgozottak. Saját jogú táppénzes napok száma.	Dokumentáció
Az intézmény lehetőséget teremt a dolgozóinak rekreációs tevékenységekben való részvételre.	A rekreációs tevékenységek száma, a tevékenységben résztvevők száma.	Dokumentáció
A dolgozók lehetőséget kapnak, a szakterületüknek és igényeiknek megfelelő képzéseken, továbbképzéseken való folyamatos részvételre.	A képzéseken résztvevők száma.	Dokumentáció Képzési nyilvántartás Igényfelmérés Képzési terv
Az intézmény rendszeresen megvizsgálja, hogy az adott munkakörben dolgozók a szakképesítésüknek megfelelő kompetenciájú feladatokat végzik el, szükség esetén intézkedik a munkakör módosításáról.	A munkakör elemzések gyakorisága.	Munkaköri leírás Dokumentáció

9. Sztenderd: Rendszerszintű együttműködés

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

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

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

Kritériumok

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

Konferenciák

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

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

A konferenciák között külön említendők az adott intézmény által a saját dolgozói kör számára szervezett tanácskozások – esetlegesen társintézmény meghívásával –,

amelyeken az intézmény dolgozói számára lehetőség nyílik az elért eredményeik bemutatására. A belső előadók, saját dolgozók aktív szerepeltetése ösztönzőleg hat, a szakemberek számára történő bemutatkozás lehetőségének felkínálásával az adott szervezet egészét jobb eredmények elérése inspirálja.

Műhelymunka

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

Egyéb programok

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

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

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

Szakmai és módszertani tapasztalatcserék

Tapasztalatcserék

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

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

Külön kiemelendő jelentőségű a speciális ellátási szükségletekre adandó válaszok szempontjából:

- Szociális ellátás területén olyan intézményeket célszerű megkeresni, ahol tudjuk, hogy az adott ellátotti kör nagyobb számban van jelen, ezért az intézmény kiemelt feladatának tekinti ellátásuk magas színvonalú biztosítását. Ilyen terület a demens idősek ellátása, fogyatékossággal élő, pszichiátriai, illetve szenvedélybeteg idősek ellátása. Az utóbbi esetekben nemcsak az idősellátás intézményeiből meríthetünk ötleteket, hanem a szociális ellátás adott célcsoport számára biztosított ellátásaiból is (fogyatékossággal élők, pszichiátriai betegek, szenvedélybetegek ellátása).
- Egészségügyi ellátórendszer intézményeinek látogatása – hospice ellátás, geriátriai osztály.

Külföldi tapasztalatok

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

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

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

Szakmai szervezetekben való részvétel

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

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

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

Más együttműködő szervezetekkel való kapcsolat

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

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

- A szociális ellátás egyéb szolgáltatásait (nem időskorúak bentlakásos ellátása) biztosítókkal elsődlegesen a szolgáltatások egymásra épülése érdekében. Esetenként szerepet játszik a krízishelyzet elhárításában. A különböző ellátási csoportokra irányuló kapcsolatrendszer pedig a témaspecifikus ismereteket bővíti gyakorlati megközelítésből.
- A bentlakásos idősellátás egyik kiemelt problémája a megnövekedett gondozási szükségletek kielégítése. A jogszabályi előírásokból fakadó kötelezettség, amelynek értelmében napi 4 órát meghaladó gondozási szükséglettel rendelkező

idősek ellátására van mód, egyenes következménye az a tény, hogy az otthonokban, gondozóházakban lakó időseket multimorbiditás jellemzi, betegségeik jellemzően krónikusak és súlyosak, az esetek többségében egészségügyi szakellátást igényelnek. A szakellátáshoz való jutás biztosítása intézményi kötelezettség, amely többféle módon is megszervezhető.

Együttműködés szükséges az egészségügy területén egyéb feladatokat ellátó szakemberekkel:

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

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

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

Mindenképpen ajánlatos az idősek bentlakásos ellátását biztosító intézmények kapcsolatrendszerében szerepeltetni:

- oktatási-nevelési intézmények

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

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

- civil szervezetek

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

- média

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

- rendőrség, igazságszolgáltatás

Egy-egy konkrét esethez kapcsolódóan fordul elő a gyakorlatban.

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

Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források

Kritérium	Indikátor	Forrás
Az intézményvezetés elkötelezett a hatékony kapcsolatrendszer kiépítésében.	Együttműködési megállapodások száma.	Interjú
Az intézménnyel együttműködő partnerek meghatározása megtörtént, az együttműködés módja meghatározott.	Együttműködő partnerek száma.	Együttműködési megállapodás Szakmai Program
Az együttműködő partnerek tevékenysége minőségi többletet eredményez a szolgáltatásban.	Minőségjavulás.	Együttműködési megállapodás Interjú
Az együttműködő partnerek száma és az együttműködés módja ismert az intézmény dolgozói előtt.	Tájékozottság.	Tájékoztatás írásos dokumentációja Interjú
A dolgozók rendelkeznek megfelelő információval a különböző szakmai szervezetek tevékenységéről, lehetőségük van a szervezetek munkájában való részvételre.	Szakmai szervezeti tagság száma a dolgozók körében.	Nyilvántartások, interjú

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

10. sztenderd: Információs önrendelkezés, tájékoztatáshoz való jog

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

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

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

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

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

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

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

A sztenderd kifejtése meghatározza a nyilvántartással mint dokumentummal szemben általánosságban megfogalmazott követelményeket, a feladat teljesítését biztosító tevékenység – a nyilvántartás − eredményességét és hatékonyságát biztosító elvárásokat, valamint

összegezi a felvétel-igénybevétel során alkalmazott nyilvántartás(ok) vonatkozásában jelenleg hatályos szabályrendszert, és megjeleníti azokat az indikátorokat, amelyekkel monitorozhatóvá és értékelhetővé válik a nyilvántartás felülvizsgálati és ellenőrzési tevékenysége.

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

Kritériumok

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

  Annak érdekében, hogy az érintettek felelős döntést tudjanak hozni, különösen fontos a tájékoztatás az igénybevételi eljárás során. A későbbi elégedettség alapvető feltétele, hogy az érdeklődő pontos információt kapjon arról, hogy az igényeinek megfelelő szolgáltatást tud-e nyújtani az intézmény, és az intézmény is felmérje, hogy meg tud-e felelni a vele szemben támasztott igényeknek, követelményeknek.
- Az ellátás során az érintett tájékoztatást kap minden tervezett, illetve bekövetkezett változásról. Az önrendelkezés és autonómia érvényesülése érdekében az ellátását érintő valamennyi kérdésben partnerként kezelik.

- Az intézmény évente nyilvánosságra hozza az intézmény gazdálkodásával kapcsolatos, jogszabályban előírt adatokat.
- Az érintettek tájékoztatása közérthető módon, az abban kompetens személy által történik.

A nyilvántartási módszerek/formák

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

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

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

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

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

Adatbázis-kezelő alkalmazása. Ez ötvözheti az eddigiek előnyeit, amennyiben megfelelően van elkészítve az adatbázis. Itt már nem jelent problémát, ha **egy ügyfélhez több esemény tartozik**, a túl széles táblázat stb. Egyetlen hátránya, hogy itt először az adatbázist kell elkészíteni, ami jóval összetettebb és bonyolultabb a sima táblázatoknál, így ez a munkafázis komolyabb szakértelmet kíván. Elkészítését követően azonban könnyebben kezelhetővé válik a táblázatkezelő programoknál.

Integrált, cégre szabott informatikai rendszer alkalmazása. Ebben az esetben az egész cég egy egységes, központi adatbázisban tárolja a működéséhez szükségesek adatokat. Itt már egyáltalán nem kell mindent többször felvinni (külön a számlázó-programba, külön a készletnyilvántartóba stb.), mert az hibalehetőséget hordozna magában. Nagy cég esetében vannak globális, az egész cégre kiterjedő nyilvántartások,

melyben párhuzamosan futnak a részegységek, sőt az egyes személyek nyilvántartásai is. Minél inkább ki vannak simítva a szervezetlenség zűrzavarai, annál gördülékenyebben és hatékonyabban tud a csoport együtt dolgozni.

A nyilvántartások funkciói

Keresés, visszakeresés

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

Leválogatás, szűrés

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

Rendezés

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

Csoportosítás

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

Elemzés

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

Adatkezelési szabályok

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

Az adatkezelésnek minden szakaszában meg kell felelnie e célnak. Csak olyan személyes adat kezelhető, amely elengedhetetlen az adatkezelés céljának megvalósulásához, és alkalmas a cél elérésére, de csak a cél megvalósulásához szükséges mértékben és ideig tárolható. Személyes adatot − akár az érintett hozzájárulásával, akár jogszabály alapján − különösen akkor lehet kezelni, ha ez

közérdekű feladat vagy az adatkezelő törvényi kötelezettségének teljesítéséhez, az adatkezelő vagy az adatátvevő harmadik személy hivatalos feladatának gyakorlásához, az érintett létfontosságú érdekeinek védelméhez, az érintett és az adatkezelő között létrejött szerződés teljesítéséhez, az adatkezelő vagy harmadik személy jogos érdekének érvényesítéséhez, illetve társadalmi szervezetek jogszerű működéséhez szükséges.

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

A különböző típusú adatok kezelésének szabályai

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

- Az érintett kérelmére indult eljárásban a szükséges adatainak kezeléséhez való hozzájárulását vélelmezni kell. Erre a tényre az érintett figyelmét fel kell hívni.
- Az érintett az adatkezelőtől tájékoztatást kérhet személyes adatai kezeléséről, és az adatokba bele is tekinthet. A betekintést úgy kell biztosítani, hogy az érintett más személy adatait ne ismerhesse meg.
- Az érintett kérelmére az adatkezelő tájékoztatást ad az általa kezelt adatokról, az adatkezelés céljáról, jogalapjáról, időtartamáról, továbbá arról, hogy kik és milyen célból kapták meg az adatokat.
- Adatváltozás vagy téves adatrögzítés észlelése esetén az érintett írásban kérheti kezelt adatainak helyesbítését, illetve kijavítását. A téves adatot az adatkezelő 8 munkanapon belül köteles helyesbíteni.
- Személyes adatok akkor továbbíthatók, valamint különböző adatkezelések akkor kapcsolhatók össze, ha az érintett ahhoz hozzájárult, vagy azt törvény megengedi, és ha az adatkezelés feltételei minden egyes személyes adatra nézve teljesülnek.
- Olyan adatkezelés esetén, amelynél számolni kell külföldre irányuló adattovábbítással, az érintettek figyelmét erre a körülményre már az adatok felvétele előtt fel kell hívni.
- Az érintett írásbeli felhatalmazása nélkül személyes adat külföldre nem továbbítható, kivéve, ha ezt a törvény lehetővé teszi.

- Az adattovábbítás papíralapon vagy elektronikus úton történhet. Abban az esetben, ha az adattovábbítás elektronikus adatfeldolgozással hatékonyabban teljesíthető, akkor az adattovábbításról az irattár részére kísérőlevelet kell készíteni, amely tartalmazza az adattovábbítást kérő megkeresésében felsorolt adatokat.
- Az intézmény szervezetén belül a kezelt személyes adat − a feladat elvégzéséhez szükséges mértékben és ideig − csak az üggyel érintett szervezeti egységhez továbbítható, feltéve, hogy a személyes adatok megismerése nélkül az ügyben nem lehet érdemben eljárni.
- Az intézményen belül a különböző célú adatkezelések csak törvényes cél érdekében, indokolt esetben, ideiglenesen kapcsolhatók össze.

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

- az adatkérő (az összekapcsolt adatkezelések) megnevezése;
- az adattovábbítás (összekapcsolás) célja, rendeltetése;
- a továbbított (összekapcsolt) adatok köre;
- az adattovábbítás (összekapcsolás) jogszabályi alapja;
- az adattovábbítás (összekapcsolás) módja.

- Nem kötelező adatszolgáltatáson alapuló adatkezelés esetén az érintett indokolás nélkül írásban kérheti kezelt adatainak törlését. A törlést 8 munkanapon belül el kell végezni.
- Az érintett az adatkezeléssel kapcsolatos jogainak megsértése esetén az illetékes szervezeti egység vezetőjéhez, illetve az adatvédelmi felelőshöz fordulhat.
- Ha az adatkezelést a minisztérium szervezetén kívüli adatfeldolgozó végzi, akkor az adatfeldolgozásra a vonatkozó rendelkezései érvényesek.

Különleges adatok kezelése

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

Közérdekű adatok kezelése

- Az intézmény kezelésében lévő közérdekű adatot bárki megismerheti az állami és szolgálati titok, valamint a jogszabály szerinti nem nyilvános adat kivételével.
- A közérdekű adatokkal kapcsolatos állampolgári megkereséseket az aktuális adatkezelésért felelős szervezeti egység vezetőjéhez kell továbbítani. A megkeresések teljesítéséről, elutasításáról, valamint az elutasítás indokáról tájékoztatni kell az adatvédelmi felelőst.
- A közérdekű adat megismerésére irányuló kérelemnek 15 napon belül eleget kell tenni.

- Amennyiben a közérdekű adat megismerésére irányuló kérelem nem teljesíthető, a kérelem megtagadásáról és indokairól 8 napon belül írásban értesíteni kell a kérelmezőt.
- Az adatvédelmi felelős évente értesíti az adatvédelmi biztost az elutasított kérelmekről, valamint az elutasítások indokairól.
- Amennyiben törvény másként nem rendelkezik a belső használatra készült, valamint a döntés-előkészítéssel összefüggő adat a kezelését követő húsz éven belül nem nyilvános. Kérelemre az adatok megismerését a közigazgatási államtitkár e határidőn belül is engedélyezheti.
- A közérdekű adatok elektronikus formában történő közzé-, illetve hozzáférhetővé tételéről külön szabályzat rendelkezik.

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

Az ellátott/gondozott jogában áll, hogy

- az ellátásában részt vevő személyek a tudomásukra jutott egészségügyi és személyi adatait csak az arra jogosultakkal közöljék;
- meghatározza, az egészségügyi állapotáról kinek adhatnak felvilágosítást − ez alól kivétel, ha a törvény másként rendelkezik (pl. bejelentésre kötelezett fertőző betegségek, bűncselekmény gyanúja, vagy ha az információ mások életét vagy testi épségét veszélyezteti. A beteget gondozó személlyel szintén közölni lehet a beteg állapotát a beteg hozzájárulása nélkül is (pl. HIV-fertőzött);
- ellátása, kezelése során csak az ellátó személyek legyenek jelen vagy azok, akiknek jelenlétéhez hozzájárult;
- vizsgálata és kezelése olyan körülmények között történjen, hogy azt beleegyezése nélkül mások ne hallják, vagy lássák;
- megnevezze azt a személyt, akit tájékoztatni lehet kórházi kezeléséről, illetve bizonyos személyeket kizárjon ebből a körből.

Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források

Kritérium	Indikátor	Forrás
Az intézmény tájékoztatási tevékenysége átgondolt, tervezett és szabályozott.	Tájékozottság a lakó, hozzátartozó és környező társadalom körében.	Házirend Tájékoztató anyagok Belső szabályzatok
Az intézményről szóló tájékoztatók potenciálisan elérhetők az érintettek számára.	Tájékozottság a lakó, hozzátartozó és környező társadalom körében.	Interjúkészítés
Az érintettek hiteles és aktualizált információt kapnak annak érdekében, hogy a számukra legmegfelelőbb döntést hozhassák meg.	Tájékozottság a lakó, hozzátartozó és környező társadalom körében.	Tájékoztató anyagok
A tájékoztató tartalma aktualizált, és az érintettek számára érthető nyelvezetű.	Tájékozottság a lakó, hozzátartozó és környező társadalom körében.	Tájékoztató anyagok
Az intézmény eljárásrendet alakít ki a tájékoztatási kötelezettsége teljesítése érdekében.	Az eljárásrend megléte.	Belső szabályzat/utasítás
Az intézmény vezetése gondoskodik arról, hogy a tájékoztatást – annak minden területén – kompetens szakember nyújtsa.	Tájékozottság a lakó, hozzátartozó és környező társadalom körében.	Munkaköri leírás
Az intézmény nyilvántartási tevékenysége garantálja a szervezeti működését −, szolgáltatási struktúráját és a kínált szolgáltatásait érintő, az intézményben nyújtott gondoskodás keretében biztosított emberi/állampolgári jogok teljes körét érintő −, valamint a különféle tevékenységeire és az ellátás összetevőire fordított pénzeszközei hatékony felhasználását megjelenítő átláthatóságot/transzparenciát	Tájékozottság az eredmény kimutatásról és a források felhasználásáról (üvegzseb).	Belső szabályzatok Eljárásrend Dokumentáció

Az intézmény teljes körű tevékenységét, valamint az ellátottak adatait, az ellátási folyamat rendszerét alkotó paramétereket megjelenítő, a különféle nyilvántartás(ok)hoz kapcsolódó és nélkülözhetetlen, hiteles adatállomány összeállítása, valamint a nyilvántartásba kerülés és kikerülés (törlés) módja szabályozottan zajlik.	Az adatbázis működésére vonatkozó szabályzatok megléte.	Belső szabályzatok/utasítás(ok)
Az intézményi nyilvántartási tevékenységet szolgáló adatállomány informatikai feltételei (hardver és szoftver) megfelelően és folyamatosan biztosítottak.	A hardver és szoftver háttér megléte.	Helyszíni bejárás
A nyilvántartási tevékenység előírt tartalmú és idejű végzése, a dokumentumok és tematikus jelentések kitöltése és a kitöltött nyilvántartás(ok) ellenőrzése megtörténik.	Ellenőrzések gyakorisága.	Dokumentáció

11. Sztenderd: Személyes kommunikáció a kliensekkel és hozzátartozókkal

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

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

Kritériumok

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

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

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

Normalizációs elv

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

Információs elvárások

Az intézmény köteles a környezetet aprólékosan és gyakran tájékoztatni életéről, munkájáról, gondozottai jellemzőiről (pl. milyen típusú problémákkal élő emberek

kerülnek hozzájuk, hogy élnek, milyen gondjaik vannak, minek örülnek, mitől félnek stb.). Írásos brosúrákkal, nyitott napokkal, fórumokkal, gyakori meghívásokkal lehet teljesebbé tenni a gondozottakról és az intézményről kialakult esetleg hiányos, torz képet. Ki kell térni arra is, hogyan, milyen intézkedésekkel védik meg a közösséget a nehezen kontrollálható viselkedésű kliens esetleges zavaró vagy fenyegető magatartásától.

Beilleszkedési törekvések

Törekedni kell arra, hogy a lakókörnyezet értékrendjének tiszteletben tartásáról és követéséről gyakorta meggyőződhessen a környezet. A beilleszkedési, a környezetbe simulási törekvések kommunikációja az esetek nagy részében a nonverbális kommunikáció eszközeivel történik (külső jegyek, viselkedés, öltözködés, megjelenés stb.), melyek sokkal erőteljesebbek és átütőbbek, mint a nem mindig hiteles verbális üzenetek.

Aktív részvétel a közösség életében

Ez a beilleszkedési törekvések során alkalmazott kommunikáció szerves folytatása, de annál többet jelent. Nem csupán a jelzések szintjén valósul meg: az aktív részvétel feltételének teljesítése ezen messze túlmegy. A tényleges aktivitásnak valóban azt kell sugallnia a környezet felé, hogy az intézmény nem idegen test annak szervezetében. Ennek megfelelően nem elkülönülni kell, hanem aktívan részt vállalni a közösség életében: önkéntes munka, közös megmozdulások, az önkormányzati fogadóórákon, a környezet ünnepeiben és az egyéb eseményeken való részvétel, helyi szavazásokon való aktivitás, nyílt napok szervezése az intézményben, időről időre híradás az intézményről a helyi lapban és/vagy elektronikus médiában, saját ünnepeikre a közösség képviselőinek meghívása stb.

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

Kölcsönös előnyök

Ha az intézmény önmaga szándékait megfelelően kommunikálja, természetessé válik az összekovácsolódás: az intézmény számos munkaalkalmat teremthet a lakóközösség tagjai részére, míg a lakóközösség a szegregáció helyett az integráció ajándékát tudja adni. Amennyiben az intézményben bármilyen jellegű képzés vagy termék-előállítás folyik, a termékeket úgy lehet kiválasztani, hogy azoknak legyen kereslete az adott környezetben (olyan kézműves- és egyéb termékek gyártása, amelyeket a közösség értékel és megvesz).

Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források

Kritérium	Indikátor	Forrás
A kommunikáció során az ellátást igénybevevő lehetőséget kap saját észrevételeinek megfogalmazására, közlésére.	Lakógyűlések száma, befogadott javaslatok száma, elutasított javaslatok száma.	Interjú
A mindennapok egyszerű eseményeinek, történéseinek, szükségleteinek kommunikációja az ellátást igénybevevő számára megfelelő hangnemben és érthetőséggel történik.	Elégedettség, tájékozottság.	Interjú
A kommunikáció során egyik fél sem sért személyiségi jogokat, nem használ a másik által tiszteletlennek, durvának érzett kifejezéseket.	Elégedettség.	Interjú
A szolgáltatást igénybevevők és a hozzátartozók számára is biztosított a fenntartóval való kapcsolatfelvétel lehetősége.	Fenntartói fogadóórák, az azokon való megjelenések száma.	Interjú

V. Autonómia, magánélet, magánmeggyőződések tisztelete

12. sztenderd: Autonómia, magánélet, magánmeggyőződések tisztelete

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

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

Kritériumok

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

Az intézmény értékorientációja

Az intézményi küldetés

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

A szolgáltatás alkalmazásának kritériuma. Az intézményi küldetés alapját képező személyközpontú szemlélet kulcselemeit meg kell ismertetni az intézményi stábbal, a gondozottak hozzátartozóival, és amennyire csak lehetséges magukkal a gondozottakkal is. Az Intézményi Küldetés elérhető és olvasható legyen valamennyi érintett számára.

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

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

Humánerőforrás-gazdálkodás

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

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

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

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

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

A gondozók munkájának intézményi támogatása

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

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

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

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

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

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

A gondozó stáb képzése, fejlesztése

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

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

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

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

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

Belső minőségirányítási rendszer kialakítása

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

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

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

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

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

A gondozás egyénre szabottsága

Egyéni gondozási terv

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

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

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

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

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

A gondozási tervek rendszeres felülvizsgálata, korrekciója

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

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

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

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

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

A gondozott élettörténetének ismerete

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

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

Az előgondozást kvalifikált munkatársaknak kell végeznie, az élettörténeti áttekintés az előgondozási munka szerves része. Fontos, hogy az előgondozás során alkalmat biztosítsanak

a hozzátartozóval folytatott interjúra, és arra megfelelő időt szánjanak. A gondozás mindennapi gyakorlatához a gondozó stábnak ismernie kell a gondozottak élettörténetét

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

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

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

Egyéni preferenciák

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

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

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

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

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

A gondozott személyi tulajdona

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

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

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

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

A gondozott személyes lakóterének megtekintése

A gondozott aktivitása, foglalkozásokon való részvétele

Az idősek készség-megerősítésének, készségfejlesztésének fontos eszköze az intézményben kialakított aktivitási program és a különböző foglalkozások. A szakmai munka minősége szempontjából alapvető, hogy módszeresen felépített, széles kínálatú program valósuljon meg, és biztosítva legyen e program folyamatos fenntartása, stabilitása. Ehhez az

intézményi menedzsment megfelelő támogatása szükséges (anyagi források, feltételek biztosítása). Fontos e szakmai programban résztvevő alkalmas munkatársak megfelelő kiválasztása, képzési támogatásuk és munkájuk fontosságának folyamatos megerősítése. Törekedni kell a módszertani fejlesztésekre, intézményközi tapasztalatcserékre és az innovatív programok kiemelt támogatására. Az egyéni készségek és preferenciák figyelembevétele alapvető fontosságú a foglalkozások kialakításakor.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

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

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

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

A személyközpontú megközelítés érvényesülése

Kommunikáció a gondozottal

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

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

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

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

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

Empátia és a gondozott szempontjainak figyelembevétele

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

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

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

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

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

A gondozás légköre

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

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

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

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

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

Respektus

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

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

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

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

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

„Képessé tevés" (empowerment)

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

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

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

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

Készségfelmérés eredményeinek figyelembevétele, gondozási terv, a gondozott aktivitásának megfigyelése

A közösségi részvétel ösztönzése

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

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

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

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

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

A „problémás viselkedés” kezelése

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

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

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

A kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei

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

A szociális környezet

Szociális inklúzió

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

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

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

Kritérium teljesülésének indikátorai és monitorozásának lehetőségei

Érdekképviseleti dokumentáció, ülések jegyzőkönyvei

Külső érdekképviselet

Az intézménynek törekednie kell arra, hogy érvényesüljenek a gondozottak jogai. Ki kell dolgozni az intézmény házirendjét és a normasértő magatartás kezelésére vonatkozó

szabályozását. Törekedni kell a közösség védelmére. Biztosítani kell a hozzátartozók észrevételezési lehetőségét és az ellátott jogi képviselő igénybe vehetőségét.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

Házirend és rendkívüli eljárási protokollok kidolgozása. Kapcsolattartás a hozzátartozókkal.

Ellátott jogi képviselő jelenlétének biztosítása.

A *kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei*

Érdekképviseleti tevékenység dokumentációja. Házirend és eljárási protokollok

A szolgáltatási környezet minősége

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

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

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

A *kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei*

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

Egészségügyi ellátási háttér

Az intézménynek biztosítani kell az alapellátáshoz szükséges intézményi és háziorvosi jelenlétet, a rendszeres pszichiátriai szakmai konzultációt, valamint a szakrendelői, sürgősségi ellátás és kórházi háttér elérhetőségét. Törekedni kell preventív szűrőprogramok bevezetésére, és biztosítani kell a megfelelő színvonalú ápolási hátteret.

A szolgáltatás alkalmazásának kritériumai

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

A *kritérium teljesülésének indikátorai és monitorizálásának lehetőségei*

Ellátási szerződések. Az ellátás személyi és tárgyi feltételeinek áttekintése

Összefoglaló táblázat – kritériumok, indikátorok és források

Kritérium	Indikátor	Forrás
Az intézmény megfogalmazta a küldetését, és a dolgozókkal megismertette.	Tájékozottság a dolgozók körében a küldetésről.	Szakmai program Szervezeti és működési szabályzat Dokumentáció Munkaköri leírások Munkaszerződések
A vezetés és az intézményi stáb közötti kapcsolat élő és rendszeres, vannak informális beszélgetési alkalmak.	Munkaértekezletek.	Stresszmonitorizálási felmérés Jutalmazás rendszerének dokumentációja, szupervízió dokumentációja Interjú
Az intézmény rendelkezik kidolgozott minőségirányítási leírással.	Minőségirányítási rendszer léte.	Dokumentáció
Az intézményi stáb támogatja a lakót az autonómiája és méltósága tágabb intézményi környezetben történő fenntartásában.	A lakók elégedettek.	Interjú Gondozási helyzetek megfigyelése, elemzése
A lehetséges keretek között, a meglévő és mobilizálható önellátási képességek ismeretében történik az önellátás facilitása.	Önellátási képesség foka.	Szakmai dokumentáció Készségfelmérések
Az intézmény kapcsolatot tart fenn más szervezetekkel, hogy szélesedjen a lakók kapcsolatrendszere.	A lakók meglévő kapcsolatai.	Programok dokumentációja Fényképek, videók, dvd-k Interjú
A közösséget zavaró viselkedés esetén az okok feltárását követően megtörténik a hosszú távú beavatkozási stratégia kidolgozása.	A beavatkozási stratégiák száma.	Szakmai dokumentáció Dolgozók felkészítésének dokumentációja
Az intézményben élőkre vonatkozó szabályok kidolgozása az érintettek bevonásával történik.	Érdekképviseleti Fórumok, lakógyűlések száma.	Dokumentáció Egyeztetések jegyzőkönyvei Eljárási protokoll

MELLÉKLETEK

1. melléklet: Irodalomjegyzék a bentlakásos idősellátás szakmai szabályaihoz

AGGER, C. – ANDERSEN, K. – BRETELER, M. M. – COPELAND, J. R. – HELMER, C. – BALDERESCHI, M. – FRATIGLIONI, L. – LOBO, A. – SOININEN, H. – HOFMAN, A. – LAUNER, L. J. (2000): Prognosis with dementia in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic diseases in the elderly research group. Neurology.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000): Diagnostic Dtatistical Manual of Mental Disorders 4th d. Text revision (DSM-IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Association.

ANIMULA, K. – CHERFAS, J. – LEWIN, R. (1986): Nem csak munkával él az ember. A nem létfontosságú tevékenységek. Gondolat, Budapest.

ANTTILA, T. – ELKALA, E. L. – IVIPELTO, M. – HALLIKAINEN, M. – ALHAINEN, K. – EINONEN, H. – MANNERMAA, A. – TUOMILEHTO, J. – SOININEN, H. – NISSINEN, A. (2002): Midlife income, occupation, apoe status, and dementia: A population-based study. Neurology.

AREOSA, S.A. – SHERRIFF, F. – MCSHANE, R. (2005): Memantine for dementia. Cochrane Database Syst Rev.

BACHMAN, D. L. – WOLF, P. A. – LINN, R.T. – KNOEFEL, J. E. – COBB, J. L. – BELANGER, A. J. – WHITE, L. R. – D'AGOSTINO, R. B. (1993): Incidence of dementia and probable Alzheimer's disease in a general population. The Framingham study. Neurology.

BAGDY E. – WIESNER E. (2005): Szupervízió egyén – csoport – szervezet. Supervisio Hungarica Sorozat IV. kötet. Print-X-Budavár Kiadó, Budapest.

BAGYINSZKI ZOLTÁNNÉ – KOVÁCS I. – PÉNTEK B. (2004): Idősek szociális ellátása. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest.

BAINS, J. – BIRKS, J. S. – DENING, T. R. (2002): The efficacy of antidepressants in the treatment of depression in dementia. Cochrane Database Syst Rev.

BALOGH E. (2004): A szociális ellátórendszer működéséről, kihívásairól. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest.

BALTES, P. B. – SMITH, J. – STAUDINGER, U. M. (2000): Bölcsesség és sikeres öregedés. In: Czigler István (szerk.): Túl a fiatalságon. Megismerési folyamatok időskorban. Akadémiai, Budapest.

BIGNALL (1993): Apoe gene dose in Alzheimer's disease. Lancet.

BIRKS, J. – FLICKER, L. (2003): Selegiline for Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev.

BIRKS, J. – GRIMLEY EVANS, J. – IAKOVIDOU, V. – TSOLAKI, M. (2000): Rivastigmine for Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev.

BIRKS, J. – GRIMLEY, E.V. – VAN DONGEN, M. (2002): Ginkgo biloba for cognitive impairment and dementia. Cochrane Database Syst Rev.

BIRKS, J.S. – HARVEY, R. (2003): Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev.

BONAIUTO, S. – MELE, M. – GALLUZZO, L. – GIANNANDREA, E. (1995): Survival and dementia: A 7-year follow-up of an Italian elderly population. Arch Gerontol Geriatr.

BONAIUTO, S. – ROCCA, W. A. – LIPPI, A. – GIANNANDREA, E. – MELE, M. – CAVARZERAN, F. – AMADUCCI, L. (1995): Education and occupation as risk factors for dementia: A population-based case-control study. Neuroepidemiology.

BRODATY, H. – AMES, D. – SNOWDON, J. – WOODWARD, M. – KIRWAN, J. – CLARNETTE, R. – LEE, E. – LYONS, B. – GROSSMAN, F. (2003): A randomized placebo-controlled trial of risperidone for the treatment of aggression, agitation, and psychosis of dementia. J Clin Psychiatry.

BUDAI I. (2008): Szociális tudás – kompetenciák – képzés és a sztenderdek kidolgozása. Kapocs (VII. évf. 37.)

CHONG, M.S., – SAHADEVAN, S. (2005): Preclinical Alzheimer's disease: Diagnosis and prediction of progression. Lancet Neurology.

CHUI, H.C. – MACK, W. – JACKSON, J. E. – MUNGAS, D. – REED, B. R. – TINKLENBERG. J. – CHANG, F. L. – SKINNER, K. – TASAKI, C. – JAGUST, W. J. (2000): Clinical criteria for the diagnosis of vascular dementia: A multicenter study of comparability and interrater reliability, Arch Neurol

CLARE, L. – WOODS, R. T. – MONIZ COOK, E. D. – ORRELL, M. – SPECTOR, A.(2003): Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia, Cochrane Database Syst Rev.

COREY-BLOOM, J.(2000): The natural history of Alzheimer’s disease., in Dementia, Arnold: London.

COURTNEY, C. – FARRELL, D. – GRAY, R. – HILLS, R. – LYNCH, L. – SELLWOOD, E. – EDWARDS, S. – HARDYMAN, W. – RAFTERY, J. – CROME, P. – LENDON, C. – SHAW, H. – BENTHAM, P. (2004): Long-term donepezil treatment in 565 patients with Alzheimer's disease (AD2000): Randomised double-blind trial. Lancet.

CZIGLER I. (szerk.) (2000): Túl a fiatalságon, megismerési folyamatok időskorban, Akadémiai, Budapest.

CSERBÁN JÓZSEFNÉ (2008): Jelentés a 100 szociális szakellátást biztosító speciális ellátotti csoportokat gondozó szociális intézmények szakmai ellenőrzésének tapasztalatairól.

CSERBÁN JÓZSEFNÉ (2007): Jelentés a Fokozott Ellenőrzési Program eredményeiről.

CSERNÁTHNÉ KÁRÁNDI E. (2001): Minőségbiztosítás lehetőségi a szociális ágazatban, Hajdúböszörmény Város Pályázati és Innovációs Munkaközössége.

DARTIGUES, J.F. – GAGNON, M. – MAZAUX, J. M. – BARBERGER-GATEAU, P. – COMMENGES, D. – LETENNEUR, L. – ORGOGOZO, J. M. (1992): Occupation during life and memory performance in nondemented French elderly community residents. Neurology.

DOBÁK M. (1992): Szervezeti formák és vezetés. KJK, Budapest.

DOODY, R. S. – STEVENS, J. C. – BECK, C. – DUBINSKY, R. M. – KAYE, J. A. – GWYTHER, L. – MOHS, R. C. – THAL, L. J. – WHITEHOUSE, P. J. – DEKOSKY, S. T. – CUMMINGS, J. L. (2001): Practice parameter: Management of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology.

D-PRECÍZ KONZORCIUM (2001): Belső auditor képzés. www.dpk.hu

EGERVÁRI, Á (2005) HOMOGÉN GONDOZÁSI CSOPORT: a gondozási tevékenység mérése, Szociális Menedzser

EGERVÁRI, Á. (20069 Szociális ellátások Ausztriában, tanulmány

EMRE, M. – AARSLAND, D. – ALBANESE, A. – BYRNE, E. J. – DEUSCHL, G. – DE DEYN, P. P. – DURIF, F. – KULISEVSKY, J. – VAN LAAR, T. – LEES, A. – POEWE, W. – ROBILLARD, A. – ROSA, M. M. – WOLTERS, E. – QUARG, P. – TEKIN, S. – LANE, R. (2004): Rivastigmine for dementia associated with Parkinson's disease. N Engl J Med.

ERKINJUNTTI, T. – KURZ, A. – GAUTHIER, S. – BULLOCK, R. – LILIENFELD, S. – DAMARAJU, C.V. (2002): Efficacy of galantamine in probable vascular dementia and Alzheimer's disease combined with cerebrovascular disease: A randomised trial. Lancet.

ESMONDE, T. – COOKE, S. (2002): Shunting for normal pressure hydrocephalus. Cochrane Database Syst Rev.

EVANS, D. A. – HEBERT, L. E. – BECKETT, L. A. – SCHERR, P. A. – ALBERT, M. S. – CHOWN, M. J. – PILGRIM, D. M. – TAYLOR, J. O. (1997): Education and other measures of socioeconomic status and risk of incident Alzheimer disease in a defined population of older persons. Arch Neurol.

EXTERDÉNÉ ZSURKAI I. (2008): Megküzdési stratégiák időskorban. Gerontológia. DEEK, Nyíregyháza.

FÁBIÁN G. (2010): Globalizáció, modernizáció és a helyi szociális szolgáltatások esélyei. http://odin.de-efk.hu/index.php?option=com_content&task=view&id=48&Itemid=47

FARKAS M. M. (2003): A minőségfejlesztési gondolat adaptációja Hevesen. Humán Fejlesztők Kollégiuma, Debrecen.

FARLOW, M. – POTKIN, S. – KOUMARAS, B. – VEACH, J. – MIRSKI, D. (2003): Analysis of outcome in retrieved dropout patients in a rivastigmine vs placebo, 26-week, Alzheimer disease trial. Arch Neurol.

FEHÉR J. (1995): Szemléletmód és módszerek. Emberi Erőforrás-menedzsment.

FIORAVANTI, M. – FLICKER, L. (2001): Efficacy onicergoline in dementia and other age associated forms of cognitive impairment. Cochrane Database Syst Rev.

FRAMPTON, M. – HARVEY, R. J. – KIRCHNER, V. (2003): Propentofylline for dementia. Cochrane Database Syst Rev.

FRATIGLIONI, L. – DE RONCHI, D. – AGUERO-TORRES, H. (1999):Worldwide prevalence and incidence of dementia. Drugs Aging.

FRATIGLIONI, L. – LAUNER, L. J. – ANDERSEN, K. – BRETELER, M. M. – COPELAND, J. R. – DARTIGUES, J. F. – LOBO, A. – MARTINEZ-LAGE, J. – SOININEN, H. – HOFMAN, A. (2000): Incidence of dementia and major subtypes in europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic diseases in the elderly research group. Neurology.

FRIEDLAND, R. P. – FRITSCH, T. – SMYTH, K. A. – KOSS, E. – LERNER, A. J. – CHEN, C. H. – PETOT, G. J. – DEBANNE, S. M. (2001): Patients with Alzheimer's disease have reduced activities in midlife compared with healthy control-group members. Proc Natl Acad Sci, USA.

FÜLÖP M. (2004): Versengés időskorban szociálpszichológiai és pszichoanalitikus megközelítésben. Életciklusok. Animula, Budapest.

FÜREDI J. – NÉMETH A. – TARISKA P. (2003): A pszichiátria magyar kézikönyve. 3. Budapest, Medicina.

GÁSPÁR L. (1995): Bevezetés az emberi erőforrások elméletébe. JPTE, Pécs.

GÁTHY V. (2003): 2 év Minőségi ellenőrzési feladatai Budapesten és környékén. Humán Fejlesztők Kollégiuma, Debrecen.

GÁTHY V. (2001): A kliensjogok védelmében. Minőségbiztosítás és szociálpolitika. Főv. Módsz. Oszt.

GÖNCZ K. (2004): Szupervízió az egészségügyi és szociális ellátásban. Szupervízió, II. évf. 1.

GRÁBICS Á. (szerk.) (2008): Aktív időskor – Tanulmánykötet. KSH és SZMM, Budapest.

GUILLEMARD, A-M. (1999): Megöregedés és kirekesztetté válás. Szociológiai Figyelő. II.–III. évf. 1-2.

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

GYUKITS GY. (2003): A gyászolók szociális támogatása. A gyász. Medicina, Budapest.

HAJNAL M. P. dr. (2007): A szociális szolgáltatások minőségfejlesztésének speciális problémái. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, Tanulmány No. 401120/3.

HAJNAL M. P. dr. (2008): A szociális szolgáltatások minőségfejlesztésének speciális problémái – összevetve az egészségügy hasonló tevékenységével. Kapocs, VII. évf. 3.

HAJNAL M. P. dr.: Egészségügyi és szociális szolgáltatások.

HAJNAL M. P. dr. (2005): Minőségközpontú menedzsment a szociális és egészségügyi intézményekben. Szociális Menedzser, VII. évf. 6.

HAJNAL M. P. dr. (2007): Szakmai Beszámoló a szociális és gyermekvédelmi standardok kifejlesztésének témaköréből. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet.

HÁRDI I. (2007): Harmónia és kreativitás öregkorban. Az időskor. Edutech Kiadó, Sopron.

HEGYESI G. – TALYIGÁS K. (2006): A szociális munka adminisztrációja. In: Kozma Judit (szerk.): Kézikönyv szociális munkásoknak. Szociális Szakmai Szövetség, Budapest

HERVAINÉ SZABÓ GY. dr.: A kompetencia alapú szociális munkás képzési program kialakítása a Kodolányi János Főiskolán. Kézirat.

HERVAINÉ SZABÓ GY. dr.: A kompetencia alapú szociális munkás képzési program kialakítása a Kodolányi János Főiskolán. Kézirat.

HERVAINÉ SZABÓ GY. dr.: A szociális munka világa a 21. században. Kézirat.

HOGERVORST, E. – YAFFE, K. – RICHARDS, M. – HUPPERT, F. (2002): Hormone replacement therapy for cognitive function in postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev.

HOGERVORST, E. – YAFFE, K. – RICHARDS, M. – HUPPERT, F. (2002): Hormone replacement therapy to maintain cognitive function in women with dementia. Cochrane Database Syst Rev.

IMRE S. – FÁBIÁN G. (2006): Őszülő társadalmak. Egészségügyi szociális munka könyvtára I. DE EFK, Nyíregyháza.
IVÁN L. (2006): A sikeres öregedés rendszerszemlélete. In: Imre S. – Fábián G.: Őszülő társadalmak. DE EFK, Nyíregyháza.
IVÁN L. (2002): Az életminőség védelme a krónikus betegségekben és öregkorban. Élethelyzet – életminőség, zsákutcák és kiutak. MTA, Budapest.
JESZENSZKY Z. (2006): Demenciával küzdő idős emberek ellátásának irányelvei. Kapocs, V. évf. 6.
KALMAN, J. – BODA, K. – BENDE, Z. – JANKA, Z. (2003): 7 perces teszt a demencia szűrésére. Orv Hetil. 144.
KAST, V. (1982): A gyász. Egy lelki folyamat stádiumai és esélyei. TWINS, Budapest.
KASZIBA ZS. (2003): Piaci szereplők minőségbiztosítása. Humán Fejlesztők Kollégiuma, Debrecen.
KATZMAN, R. – KARIAS, C. (1994): The epidemiology of dementia and Alzheimer disease. In: Alzheimer disease. Raven Press, New York.
KHACHATURIAN, A. S. – CORCORAN, C. D. – MAYER, L. S. – ZANDI, P. P. – BREITNER, J. C (2004): Apolipoprotein E epsilon4 count affects age at onset of Alzheimer disease, but not lifetime susceptibility. The Cache county study. Arch Gen Psychiatry.
KIVIPELTO, M. – HELKALA, E. L. – LAAKSO, M. P. – HANNINEN, T. – HALLIKAINEN, M. – ALHAINEN, K. – SOININEN, H. – TUOMILEHTO, J. – NISSINEN, A. (2001): Midlife vascular risk factors and Alzheimer's disease in later life: Longitudinal, population based study. Bmj.
KNOPMAN, D. S. – DEKOSKY, S. T. – CUMMINGS, J. L. – CHUI, H. – COREY-BLOOM, J. – RELKIN, N. – SMALL, G. W. – MILLER, B. – STEVENS, J. C. (2001): Practice parameter: Diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology.
KOOPMANS, R. T. – EKKERINK, J. L. – VAN WEEL, C. (2003): Survival to late dementia in Dutch nursing home patients. J Am Geriatr Soc.
KOVÁCS M. (2003): Időskori depresszió és szorongás. Springer, Budapest.
KOVÁCS T. (1998): Tréningek a humánerőforrás fejlesztésben. Stratégiai Kommunikációs Tanácsadó Iroda, Budapest.
KOZMA J. – MESTER D. (2008): A szociális szolgáltatások szakmai szabályozó rendszerének kidolgozását célzó munka eredményeiről és soron következő feladatairól. Kapocs, VII. évf. 3.
KOZMA J. dr. (2007): A szociális szolgáltatások modernizációjának kérdései a szociális munka nézőpontjából. Kapocs különszám – Kutatás, fejlesztés a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet szakmai műhelyeiben.
KOZMA J. dr. (szerk.) (2006): Kézikönyv szociális munkásoknak. Szociális Szakmai Szövetség, Budapest.
KOZMA J. dr. (2007): A szociális szolgáltatások modernizációjának kérdései a szociális munka nézőpontjából. Kapocs, különszám.
KŐSZEGI E. (2005): Bevezetés az idősvédelembe. www.freeweb.hu/tferi/szocmunka/Koszegi/**idos**1old.doc

KRAVALIK ZS. (2004): Az időspolitika gyakorlata az Európai Unióban közösségi és tagállami szinten. In: Idősbarát önkormányzatok, 2005.ICSSZEM, Budapest.
KRÉMER B. (2008): A szociális szolgáltatások modernizációja – közpolitikai trendek, elvek, irányok. Kapocs, (VII. évf. 6.)
LAÁB Á. (1994): A humán tőke értéke és számbavétele. Vezetéstudomány. 12.
LARSON, E. B. – SHADLEN, M. F. – WANG, L. – MCCORMICK, W. C. – BOWEN, J. D. – TERI, L. – KUKULL, W. A. (2004): Survival after initial diagnosis of Alzheimer disease. Ann Intern Med.
LAUNER, L. J. – ANDERSEN, K. – DEWEY, M. E. – LETENNEUR, L. – OTT, A. – AMADUCCI, L. A. – BRAYNE, C. – COPELAND, J. R. – DARTIGUES, J. F. – KRAGH-SORENSEN, P. – LOBO, A. – MARTINEZ-LAGE, J. M. – STIJNEN, T. – HOFMAN, A. (1999): Rates and risk factors for dementia and Alzheimer's disease: Results from eurodem pooled analyses. EuroDem incidence research group and work groups, European studies of dementia. Neurology.
LINCOLN, N. B. – MAJID, M. J. – WEYMAN, N. (2000): Cognitive rehabilitation for attention deficits following strok. Cochrane Database Syst Rev.
LIVINGSTON, G. – KATONA, C. (2000): How useful are cholinesterase inhibitors in the treatment of Alzheimer's disease? A number needed to treat analysis. Int J Geriatr Psychiatry.
LIVINGSTON, G. – KATONA, C. (2004): The place of memantine in the treatment of Alzheimer's disease: A number needed to treat analysis. Int J Geriatr Psychiatry.
LONERGAN, E. – LUXENBERG, J. – COLFORD, J. (2002): Haloperidol for agitation in dementia. Cochrane Database Syst Rev.
LOPEZ-ARRIETA, J.M. – BIRKS, J. (2002): Nimodipine for primary degenerative, mixed and vascular dementia. Cochrane Database Syst Rev.
LOY, C. – SCHNEIDER, L. (2004): Galantamine for Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev.
MALOUF, R. – BIRKS, J. (2004): Donepezil for vascular cognitive impairment. Cochrane Database Syst Rev.
MITCHELL, S. L. – KIELY, D. K. – HAMEL, M. B. – PARK, P. S. – MORRIS, J. N. – FRIES, B. E. (2004): Estimating prognosis for nursing home residents with advanced dementia. Jama.
MONTGOMERY, P. – DENNIS, J (2002): Physical exercise for sleep problems in adults aged 60+. Cochrane Database Syst Rev.
NEMES J.: A többszintű szociális képzés kialakításának lehetőségei. Iskolaszövetség Konferencia, 2005.
NEMES Z. (2003): Az agy-gerincvelői folyadék amyloid és protein tartalma a demenciák diagnózisában. Psych. Hung. 18.
NEMESKÉRI GY. – FRUTTUS I. (2001): Az emberi erőforrás fejlesztésének módszertana. Ergofit Kft., Budapest.
NÉMETH L. (2004): Mit vár a társadalom a szociális szolgáltatóktól a XXI. században? Kapocs, III.évf. 6.
NÉMETH L. (2007): Szupervízió a gyermekjóléti szolgálatokban. Gyermekjóléti Szolgálatok I. Országos Konferenciája.

NULAND, B. S. (2002): Hogyan halunk meg? Akkord, Budapest.
OLIN, J. – SCHNEIDER, L. – NOVIT, A. – LUCZAK, S. (2001): Hydergine for dementia. Cochrane Database Syst Rev.
OTT, A. – BRETELER, M. M. – VAN HARSKAMP, F. – STIJNEN, T. – HOFMAN, A. (1998): Incidence and risk of dementia. The Rotterdam study. Am J Epidemiol.
PALMER, C. (1999): Evdence-base briefing: Dementia. A compilation of secondary research evidence, gudelines and consensus statements. London: Gaskell - Royal College of Psychiatrists.
PANKER M. (2009): Szociális szolgáltatások a Nyugat-dunántúli Régióban. Nyugat-dunántúli Regionális Szociális Módszertani Központ, Győr.
PÉNTEK B. – ZOLTÁN L. (2008): Idősotthonok. SpringMed, Budapest.
PESTI GYÖRGYNÉ (2003): Belső minőségbiztosítási kézikönyv. Fővárosi Önkormányzat Idősek Otthona, Budapest.
PETERSEN, R. C. – STEVENS, J. C. – GANGULI, M. – TANGALOS, E. G. – CUMMINGS, J. L. – DEKOSKY, S. T. (2001): Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Sztenderds Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology.
PILLING J. (2003): A gyászolók segítésének lehetőségei. Medicina, Budapest.
POLCZ A. (2005): Együtt az eltávozottal. Jelenkor, Pécs.
QIU, C. – KIVIPELTO, M. – AGUERO-TORRES, H. – WINBLAD, B. – FRATIGLIONI, L. (2004): Risk and protective effects of the apoe gene towards Alzheimer's disease in the Kungsholmen project: Variation by age and sex. J Neurol Neurosurg Psychiatry.
RÁCZNÉ NÉMETH T. (2005): Győr Megyei Jogú Város Önkormányzata Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézménye. Jubileumi kiadvány, Győr.
RAPP, M.A. – RIECKMANN, N. – GUTZMANN, H. – FOLSTEIN, M. F (2002): Micro-mental Test - ein Kurzverfahren für Untersuchung von Demenzsymptomen. Nervenarzt.
REISBERG, B. – DOODY, R. – STOFFLER, A. – SCHMITT, F. – FERRIS, S. – MOBIUS, H.J. (2003): Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. N Engl J Med.
RIEDEL-HELLER, S. G. – BUSSE, A. – AURICH, C. – MATSCHINGER, H. – ANGERMEYER, M.C. (2001): Prevalence of dementia according toDSM-III-R and ICD-10: Results of the leipzig longitudinal study of the aged (LEILA75+) part 1. Br J Psychiatry.
RÓTH A. dr. : A minőségfejlesztés új útjai. A minőség az információs társadalomban. Verlag Dashöfer Szakkiadó Kft. és T. Bt., Budapest (megjelenés alatt).
RUITENBERG, A. – KALMIJN, S. – DE RIDDER, M. A. – REDEKOP, W. K. – VAN HARSKAMP, F. – HOFMAN, A. – LAUNER, L. J. – BRETELER, M. M. (2001): Prognosis of Alzheimer's disease: The Rotterdam study. Neuroepidemiology.
SEMSEI I. (2008): Gerontológia. DEEK, Nyíregyháza.
SILVERMAN, D. H. – GAMBHIR, S. S. – HUANG, H. W. – SCHWIMMER, J. – KIM, S. – SMALL, G. W. – CHODOSH, J. – CZERNIN, J. – PHELPS, M. E. (2002): Evaluating early dementia with and without assessment of regional cerebral metabolism by PET: A comparison of predicted costs and benefits. J Nucl Med.

SIPOS I. – CSONTOS J. – KERCHNER C. – RIMASZÉKI Z. – CSIKÓS M. – DEGRELL I. (1990): A demencia epidemiológiai vizsgálata Nagyhegyes községben. Magyar Gerontológiai Társaság Vándorgyűlése, Debrecen.

SAUNDERS, A.M. – STRITTMATTER, W.J. – SCHMECHEL, D. – GEORGE-HYSLOP, P.H. – PERICAK-VANCE, M.A. – JOO, S.H. – ROSI, B.L. – GUSELLA, J.F. – CRAPPER-MACLACHLAN, D.R. – ALBERTS, M.J. and co. (1993): Association of apolipoprotein e allele epsilon 4 with late-onset familial and sporadic Alzheimer's disease. Neurology.

SOMORJAI I. (szerk) (2006): A szociális munkás-képzés globális alapelvei. Magyarországi Szociális Szakembereket Képző Iskolák és Oktatók Egyesülete (Iskolaszövetség).

SPECTOR, A. – DAVIES, S. – WOODS, B. – ORRELL, M. (2000): Reality orientation for dementia: A systematic review of the evidence of effectiveness from randomized controlled trials. Gerontologist.

SPECTOR, A. – ORRELL, M. – DAVIES, S. – WOODS, B. (2000): Reality orientation for dementia. Cochrane Database Syst Rev.

SPECTOR, A. – ORRELL, M. – DAVIES, S. – WOODS, R. T. (2000): Reminiscence therapy for dementia. Cochrane Database Syst Rev.

SPECTOR, A. – THORGRIMSEN, L. – WOODS, B. – ROYAN, L. – DAVIES, S. – BUTTERWORTH, M. – ORRELL, M. (2003): Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: Randomised controlled trial. Br J Psychiatry.

STERN, Y. – GURLAND, B. – TATEMICHI, T. K. – TANG, M. X. – WILDER, D. – MAYEUX, R. (1994): Influence of education and occupation on the incidence of Alzheimer's disease. Jama.

STREET, J. S. – CLARK, W. S. – GANNON, K. S. – CUMMINGS, J. L. – BYMASTER, F. P. – TAMURA, R. N. – MITAN, S. J. – KADAM, D. L. – SANGER, T. M. – FELDMAN, P. D. – TOLLEFSON, G. D. – BREIER, A. (2000): Olanzapine treatment of psychotic and behavioral symptoms in patients with Alzheimer disease in nursing care facilities: A double-blind, randomized, placebo-controlled trial. The HGEU study group. Arch Gen Psychiatry.

SZATMARI, S. – FEKETE, I. – CSIBA, L. – KOLLAR, J. – SIKULA, J. – BERECZKI, D. (1999): Screening of vascular cognitive impairment on a Hungarian cohort. Psychiatry Clin Neurosci.

SZÉMAN ZS. – POTTYONDY P. (2006): Idősek otthon – Megszokott környezetben, nagyobb biztonságban. Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület.

SZILÁGYI K. (szerk) (2003): Az idős emberek szociális ellátásának mentálhigiénés feladatai. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. /Kapocs könyvek, 2./ NCSSZI, Budapest.

SZIRMAI I. (2000): Neurológia. Medicina, Budapest.

SZLOBODA IMRÉNÉ – NAGYNÉ LUTTER K. (1997): A betegelégedettségi vizsgálatok módszertana. Medinfo, Budapest.

SZLOBODA IMRÉNÉ (1995): Minőségbiztosítás az egészségügyben a minőség mérése. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest.

SZOCIÁLIS KLASZTER (2007): Homogén gondozási csoport alapú ápolási-gondozási szükségletfelmérés

SZOCIÁLIS KLASZTER (2009): A HGCS rendszer vizsgálata - modellezése - a bentlakásos intézményekben és ápolási osztályon ellátottak állapotának követésére és a gondozási tevékenység mérésére.

SZOKOLI E. (2008): Szabadság, biztonság, minőség: bentlakásos intézményi elhelyezés, idősek otthonai Ausztriában. Kreatív Ausztria – Háló. XIV. évf. 9.

TABET, N. – FELDMAN, H. (2002): Indomethacin for the treatment of Alzheimer's disease patients. Cochrane Database Syst Rev.

TABET, N. – FELDMAN, H. (2003): Ibuprofen for Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev.

TABET, N. – BIRKS, J. – GRIMLEY EVANS, J. (2000): Vitamin E for Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev.

TALYIGÁS K. dr. (2003): Akciókutatás alapú minőségfejlesztés. Humán Fejlesztők Kollégiuma, Debrecen.

TARIOT, P. N. – FARLOW, M. R. – GROSSBERG, G. T. – GRAHAM, S. M. – MCDONALD, S. – GERGEL, I. (2004): Memantine treatment in patients with moderate to severe Alzheimer disease already receiving donepezil: A randomized controlled trial.

TARISKA P. – BERECZKI D. – DEGRELL I. – JANKA Z. – KARSAY K. (2002): Ajánlás demenciák kivizsgálására és gyógykezelésére. Psych. Hung. 17.

TATELBAUM, J. (1998): Bátorság a gyászhoz. Pont, Budapest.

THORGRIMSEN, L. – SPECTOR, A. – WILES, A. – ORRELL, M. (2003): Aroma therapy for dementia. Cochrane Database Syst Rev.

TÖRÖK I. (2004): A szupervízió, mint a szociális munka minőségbiztosítása. Szupervízió, II. évf.

URBANEKNÉ LÁSZLÓ J. (1995): Alternatívák az idősgondozásban. Esély Füzetek 2.

VERESS G. dr. (2003): A minőségügy értelmezése. Humán Fejlesztők Kollégiuma, Debrecen.

VERGHESE, J. – LIPTON, R. B. – KATZ, M. J. – HALL, C. B. – DERBY, C. A. – KUSLANSKY, G. – AMBROSE, A. F. – SLIWINSKI, M. – BUSCHKE, H. (2003): Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. N Engl J Med.

VINK, A. C. – BIRKS, J. S. – BRUINSMA, M. S. – SCHOLTEN, R. J. (2004): Music therapy for people with dementia. Cochrane Database Syst Rev.

WAEGEMANS, T. – WILSHER, C. R. – DANNIAU, A. – FERRIS, S. H. – KURZ, A. – WINBLAD, B. (2002): Clinical efficacy of piracetam in cognitive impairment: A meta-analysis. Dement Geriatr Cogn Disord.

Wel_Hops (2007), Ajánlások az idős emberek számára kialakítandó otthonok tervezéséhez. Az otthonok kialakítása és rekonstrukciója minden korosztály számára, az idõs emberek szükségleteinek figyelembe vételével. www.welhops.net

WILSON, R. S. – MENDES DE LEON, C. F. – BARNES, L. L. – SCHNEIDER, J. A. – BIENIAS, J. L. – EVANS, D. A. – BENNETT, D. A. (2002): Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. Jama.

WINBLAD, B. – PORITIS, N. (1999): Memantine in severe dementia: Results of the 9m-best study (benefit and efficacy in severely demented patients during treatment with memantine. Int J Geriatr Psychiatry.

WOLFSON, C. – WOLFSON, D. B. – ASGHARIAN, M. – M'LAN, C. E. – OSTBYE, T. – ROCKWOOD, K. – HOGAN, D. B. (2001):A reevaluation of the duration of survival after the onset of dementia. N Engl J Med.

WRIGHT, C. B. – LEE, H. S. – PAIK, M. C. – STABLER, S. P. – ALLEN, R. H. – SACCO, R. L. (2004): Total homocysteine and cognition in a tri-ethnic cohort: The Northern Manhattan study. Neurology.

XU, W. L. – QIU, C. X. – WAHLIN, A. – WINBLAD, B. – FRATIGLIONI, L. (2004): Diabetes mellitus and risk of dementia in the Kungsholmen project: A 6-year follow-up study. Neurology.

2. melléklet: Fogalomtár a bentlakásos idősellátás szakmai szabályaihoz

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

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

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

Adattovábbítás: ha az adatot harmadik személy számára hozzáférhetővé teszik.

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

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

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

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

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

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

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

Alacsonyküszöbű szolgáltatás: olyan szolgáltatási forma, melynek célja a változást igénylő szenvedélybetegek, az addiktív problémával küzdők, valamint a kortársaik, a hozzátartozóik és a közvetlen szociális környezetük elérése, fogadása, aktuális problémájuk kezelése, a lehetséges járulékos ártalmak csökkentése, illetve a változás elindítása és segítése. Az alacsony küszöb kifejezés arra utal, hogy a szolgáltatást végzők nem támasztanak magas követelményeket az igénybevevőkkel szemben. Az ellátás során

nincsenek szigorú feltételek, elvárások, terápiás szerződések, nem követelmény az absztinencia, és nem feltétel a betegbiztosítás (TAJ-kártya) sem. A szolgáltatást igénybevevő akár nevének közlése nélkül is kaphat segítséget.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Azonnali ellátást igénylő beteg: veszélyeztető állapotba került beteg.

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

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

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

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

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

minőségügyi követelményeknek való megfelelést és a saját követelményrendszer fejlesztését.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Csoport: valamilyen összetartó erő mentén szerveződő egyének összessége.

Csoportdinamika: emberek viselkedése, szerepei, kommunikációja csoportban.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Egészségügyi adat: az érintett testi, értelmi és lelki állapotára, kóros szenvedélyére, a megbetegedés, illetve az elhalálozás körülményeire, valamint a halál okára vonatkozó, általa vagy róla más személy által közölt, illetve az egészségügyi ellátó hálózat által

észlelt, vizsgált, mért, leképzett vagy származtatott adat; továbbá az előzőekkel kapcsolatba hozható, az azokat befolyásoló mindennemű adat (pl. magatartás, környezet, foglalkozás).

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

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

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

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

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

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

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

Egyházi fenntartó: magyarországi székhelyű egyházi jogi személy.

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

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

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

Elérés: azon tevékenységek összessége, amelyeknek célja:

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

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

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

Eljárás: Egy tevékenység vagy folyamat elvégzésének meghatározott módja; egy tevékenység előre meghatározott végrehajtási lépései, beleértve a tevékenység feltételeinek és a tevékenységet végzőknek a meghatározását. *Megjegyzés: Az eljárások lehetnek dokumentáltak/írottak vagy nem dokumentáltak. A nem dokumentált eljárások követelményei adott szervezeten belül, illetve tevékenységre vonatkozóan általában magától értetődőek (szokásokon, általános gyakorlaton alapulnak).*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Felkészültség: bizonyított képesség ismeretek és készségek alkalmazására.

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

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

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

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

C) a szociális vállalkozói engedéllyel rendelkező természetes személy,

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

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

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

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

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

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

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

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

D) minden további gyermek arányszáma gyermekenként 0,7;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gyógyszer felírása: gyógyszerésznek szóló utasítás gyógyszer kiadására vonatkozóan.

Gyógyszer rendelése: gyógyszer előírása beteg számára.

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

Hatásosság: kétféle körülmény esetén szokás értelmezi: hatásosság ideális körülmények között, ezt nevezzük általában hatásosságnak, és hatásosság szokásos

körülmények között, ezt nevezzük általában eredményességnek. Az „ideális” körülmények között elért hatás.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hozzátartozó: *lásd Törvényes képviselő.*

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

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

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

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

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

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

Indikátor:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Jövedelem: az elismert költségekkel és a befizetési kötelezettséggel csökkentett

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

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

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

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

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

Keresőtevékenység: minden olyan munkavégzéssel járó tevékenység, amelyért ellenérték jár, kivéve a tiszteletdíj alapján végzett tevékenységet, ha a havi tiszteletdíj mértéke a kötelező legkisebb munkabér 30 %-át nem haladja meg, valamint az őstermelői igazolvánnyal folytatott tevékenységet, ha az abból származó bevételt a személyi jövedelemadóról szóló szabályok szerint a jövedelem kiszámításánál nem kell

figyelembe venni; nem minősül ellenértéknek a fogadó szervezet által az önkéntesnek külön törvény alapján biztosított juttatás.

Kezelés: a beteg szakszerű gyógyítása, panaszainak szakmaspecifikus enyhítése.

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

Kezelőorvos: a beteg ellátásáért felelős szakorvos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Konzultáció: párbeszédben megvalósuló tanulási folyamat, illetve kapcsolat, amelynek résztvevői a problémái megoldására segítséget kereső „elakadt" ember és a segítséget nyújtó konzultáns. A konzultáció folyamán a segítséget igénylő ember megtanulhatja, hogy miként hozzon döntéseket, hogyan formálja viselkedését, érzéseit és gondolkodását. A konzultációs kapcsolatban mind a segítő készségei, mind az általa kialakított atmoszféra segíti a szolgáltatást igénybe vevőt, hogy megtanuljon önmagával és másokkal olyan viszonyt kialakítani, amely segíti személyes fejlődését és életminősége javulását.

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

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

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

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

Közeli hozzátartozó:

A) a házastárs, az élettárs,

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

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

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

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

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

Közösségi fenntartó: az Európai Gazdasági Térségről szóló egyezményben részes, illetve nemzetközi szerződés alapján azonos jogállást élvező más állam szociális vállalkozói engedéllyel rendelkező állampolgára, továbbá az a jogi személyiséggel rendelkező gazdálkodó szervezet, illetve jogi személyiség nélküli gazdasági társaság, amelynek székhelye, központi ügyvezetése vagy üzleti tevékenységének fő helye EGT tagállamban van.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mérés: számszerűsíthető adatok gyűjtése feladatról, rendszerről vagy folyamatról.

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

Minőség: objektív értelemben bizonyos előírásoknak (sztenderdek) való megfelelés, szubjektív értelemben az igénybevevők elvárásainak való megfelelés. A szociális ellátás valamely formája, illetve a szolgáltatás minősége olyan értékítélet, amely a bio-pszicho-szociális állapot megőrzésében, helyreállításában és fenntartásában a résztvevők által kinyilvánított, elvárható igények megvalósulásának mértékét fejezi ki.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Működést engedélyező szerv: szociális szolgáltató esetén a kérelemben megjelölt elsődleges ellátási terület szerint illetékes városi jegyző, nappali ellátást nyújtó szociális intézmény esetén az intézmény székhelye, illetőleg telephelye szerint illetékes városi

jegyző, bentlakásos szociális intézmény esetén az intézmény székhelye, illetőleg telephelye szerint illetékes Hivatal (szociális és gyámhivatal). Ha a szociális intézmény alapszolgáltatás mellett nappali ellátást is nyújt, az intézmény székhelye, illetőleg telephelye szerint illetékes városi jegyző, ha alapszolgáltatás mellett bentlakásos intézményi ellátást is nyújt, az intézmény székhelye, telephelye szerint illetékes Hivatal vezetője dönt a működési engedély kiadásáról.

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

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

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

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

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

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

Orvostechnikai eszköz és egyéb felszerelés: bármely olyan fixált vagy hordozható tárgy, amely nem gyógyszer vagy gyógyászati segédeszköz, és amelyet diagnosztizáláshoz, kezeléshez, monitorozáshoz és a betegek közvetlen ellátásához használnak.

Otthoni szakápolás: a fekvőbeteg gyógyintézeti ellátást kiváltó, egészségügyi alapból finanszírozott szakellátás, melynek helyszíne a beteg otthona, igénybevételét a beteg állapota (kórházi ellátást igénylő általános állapot) határozza meg. A beutalás a

hatályos jogszabályok alapján történik. A szolgáltatás felügyelete a beutaló (elrendelő) orvos kötelessége.

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

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

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

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

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

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

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

Praxis (ld. Háziorvosi praxis)

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

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

Primer prevenció: az egészség megőrzése, fejlesztése (egészségmenedzselés) érdekében tervezetten és dokumentáltan végzett egészségügyi tevékenység. Ide tartozik

pl.: védőoltások beadása, az egészséges életmódra, táplálkozásra, aktivitásra és az egészségkárosító magatartás elkerülésére nyújtott tanácsadás.

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

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

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

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

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

Releváns: fontos, lényeges, meghatározó.

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

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

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

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

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

Sürgős beteg: olyan beteg, aki azonnali ellátást igényel, vagy megfigyelésre felvett beteg, akinél sürgős szükség lép fel.

Sürgős szükség: az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.

SWOT analízis: (Strengths – erősségek, Weaknesses – gyengeségek, Opportunities – lehetőségek, Threats – veszélyek): a stratégiai döntések megalapozását célzó elemzési eljárás, melynek során a belső környezet erősségeinek és gyengeségeinek feltárásával, illetve a külső környezetben rejlő lehetőségek és veszélyek megismerésével elérhető jövőképet alakítanak ki.

Szabály: bizonyos eljárások, folyamatok végrehajtási rendjéről szóló írásbeli dokumentum.

Szakápolás: szakirányú egészségügyi szakképesítést igénylő tevékenységek ellátása (sebkezelés, injekciózás, szondatáplálás stb.). Igénybe vehető az alapellátás (pl. körzeti-közösségi ápolás, szociális ellátás) és a szakellátás (fekvő-, járó- és otthoni szakellátás) szolgáltatási szinteken is

Szakmai felügyelet: az egészségügyi szolgáltatók és szolgáltatások feletti, az egészségügyi hatóság által gyakorolt szakmai felügyelet.

Szakmai irányelv: olyan szisztematikusan kifejlesztett állásfoglalási sorozat, amely tudományos bizonyítékokra (evidenciákra) és szakértői véleményekre támaszkodó iránymutatás. A jól meghatározott ellátási körülmények fennállása esetén, speciális igénybe vevői körre vonatkozóan javaslatot tesz az ellátás egyes lépéseire mind az ellátók, mind az ellátottak számára.

Szakmai program: a gyógyintézetek működési rendjéről, illetve szakmai vezetők testületéről szóló 43/2003. (VII. 29.) Eszcsm rendelet 6/A §-ában az egészségügyi szolgáltatások tervszerű és minőségi fejlesztésére előírt, a fenntartó által elfogadott terv.

Szakmai protokoll: meghatározott betegségcsoportban és ellátási szinten, egy betegség vagy állapot – az elérhető tudományos bizonyítékokkal alátámasztott preventív, diagnosztikai, terápiás, ápolási, gondozási és rehabilitációs – ellátási folyamatával kapcsolatos tevékenységek rendszerezett listája, amely alapját képezi az egészségügyi szolgáltatások szakmai ellenőrzésének és finanszírozásának, továbbá az ellátás biztonságának és egyenletes színvonalának biztosítását célozza.

Szakmapolitika: a vezetés/fenntartó/ágazat által megfogalmazott, a szociális szolgáltató szervezet egészére érvényes, valamely tevékenység végzésével kapcsolatos irányelv, szabály, állásfoglalás, amely a szolgáltatást igénybe vevőkre és a szolgáltatást nyújtókra egyaránt vonatkozik. A szervezet felépítésében és működésében követett irányvonal.

Szakosított ellátások: az alapszolgáltatások keretében nem gondozható, az életkoruk, egészségi állapotuk, valamint szociális helyzetük miatt a rászorult személyek részére bentlakásos intézményekben biztosított tartós ellátási formák (ápológondozó,

rehabilitációs intézmények, lakóotthonok, átmeneti elhelyezést és egyéb speciális ellátást nyújtó szociális intézmények).

Szegregáció: az egyén vagy egy csoport elkülönülése, illetve elkülönítése a szűkebb-tágabb közösségtől.

Székhely: a szociális intézmény központi ügyintézésének helye, függetlenül attól, hogy a székhelyen nyújtanak-e szociális szolgáltatást.

Személyes gondoskodás megszervezésére köteles szervek: a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 86-92. §-ában meghatározott szervek (helyi önkormányzatok), az ott szereplő feladatok tekintetében.

Személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás: a szociálisan rászorultak részére az állam, valamint az önkormányzatok által biztosított személyes gondoskodást nyújtó ellátások, melyek magukban foglalják a szociális alapszolgáltatásokat és a szakosított ellátásokat.

Szervezeti ábra: a szociális szolgáltató szervezet belső kapcsolatrendszerének grafikus megjelenítése

Szociális alapszolgáltatások: megszervezésükkel a települési önkormányzat segítséget nyújt a szociálisan rászorulók részére saját otthonukban és lakókörnyezetükben való önálló életvitelük fenntartásában, valamint egészségi állapotukból, mentális állapotukból vagy más okból származó problémáik megoldásában. Az alapszolgáltatások típusai többször változtak, a Szoctv. hatályos rendelkezései szerint ezek: a falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatás, az étkeztetés, a házi segítségnyújtás, a családsegítés, a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, a közösségi ellátások, a támogató szolgáltatás, az utcai szociális munka és a nappali ellátás.

Szociális intézmény: az 1993. évi III. törvényben meghatározott nappali, illetve bentlakásos ellátást nyújtó intézmény, illetve szervezet.

Szociális munka: az egyén és környezete közötti sokrétű, összetett kölcsönhatással foglalkozik. Célja, a problémamegoldásra és a változásra összpontosítva, hogy képessé tegye az embereket lehetőségeik minél teljesebb kiaknázására. A ~ az értékek, elméletek és a gyakorlat egymással szorosan összekapcsolódó rendszere, a társadalomban meglévő akadályokat, méltánytalanságokat, igazságtalanságokat veszi célba, válságokra és szükséghelyzetekre, valamint a mindennapi személyes és társadalmi problémákra válaszol.

Szociális munka gyakorlata (praxis): készség, technika és tevékenység, melyek alkalmazása összhangban áll az ember és környezete holisztikus szemléletével. A professzionális beavatkozások széles skálán mozognak a főként személyre összpontosító pszichoszociális folyamatoktól a szociálpolitika, a tervezés és fejlesztés módszereinek hasznosításáig. Beletartozik pl. a tanácsadás, a klinikai szociális munka, a csoportmunka, a szociálpedagógia és a családterápia stb., valamint azok az erőfeszítések, amelyek segítik az embereket, hogy saját helyi közösségükben eljussanak a megfelelő forrásokhoz és szolgáltatásokhoz, sőt maguk is tevékenyen részt vegyenek ezek bővítésében. A beavatkozások magukban foglalják az intézményi adminisztrációt, a közösségszervezést és a társadalmi, politikai akciókhoz való kapcsolódást is. A ~ban a prioritások az egyes társadalmakban a kulturális, történelmi és szocioökonómiai helyzettől függően változnak.

Szociális munkás: szakirányú felsőfokú oktatási intézményben szerzett végzettséggel, egyetemi vagy főiskolai diplomával rendelkező személy. Szociális szolgáltatást nyújt egyéneknek, családoknak, csoportoknak, közösségeknek, illetve szervezeteknek.

Szociális státusz: a szolgáltatást igénybe vevőről összegyűjtött és rögzített azon – környezeti, közösségi, kulturális, családi és anyagi körülmények vonatkozó – információk összessége, amelyek hozzájárulnak preferenciáinak és szükségleteinek megismeréséhez.

Szociális szolgáltató: az a személy vagy szervezet, amely a nappali ellátások kivételével kizárólag a szociális alapszolgáltatásokat nyújtja. Ha jogszabály másként nem rendelkezik, a szociális szolgáltatókra a szociális intézményekre vonatkozó szabályokat kell megfelelően alkalmazni.

Szociális / szolgáltatás:

1. Az egyéni, közösségi, társadalmi egzisztenciális szempontból segítségre szorulók támogatására, segítésére, hátrányaik csökkentésére kialakított szervezett tevékenység, amely a szociális biztonságuk megteremtésére és megőrzésére irányul. Szociális munkások és más szakemberek azon tevékenységei, amelynek során segítenek az embereknek abban, hogy önállóvá váljanak, erősítsék családi kapcsolataikat és helyreállítsák az egyének, családok, csoportok és közösségek sikeres szociális működését.

2. A gyermekjóléti alapellátás, illetve a szakellátás keretében – működési engedéllyel – végzett tevékenység, amelynek célja a gyermek testi, értelmi, érzelmi és erkölcsi fejlődésének, továbbá a gyermeki jogok (a Magyar Köztársaság Alkotmányában, a Gyermek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyezmény kihirdetéséről szóló 1991. évi LXIV. törvényben és más törvényekben megfogalmazott, a gyermeket megillető jogok összessége) érvényesülésének biztosítása.

Szociális/ szolgáltató szervezet: a tulajdonosi formától és a fenntartótól függetlenül minden olyan, a szociális/ szolgáltatás nyújtására a közigazgatási hivatal szociális és gyámhivatala, valamint jegyző által kiadott működési engedély alapján jogosult jogi személy, jogi személyiség nélküli szervezet és minden olyan természetes személy, aki a szolgáltatást saját nevében nyújtja.

Szociális/ szakember: szociális munkás, általános szociális munkás, szociálpedagógus, szociálpolitikus, valamint pedagógus, illetve egyéb adekvát felsőfokú vagy középfokú szakképesítéssel rendelkező személy.

Szocializáció: a társadalmi viszonyrendszer, normák, szerepek folyamatos elsajátítása; olyan ismeretek, készségek és képességek megszerzése, amelyet bizonyos szerepekkel, pozíciókkal kapcsolatban a csoport, a közösség elvár a tagjaitól. Egyfajta tanulási folyamat, amelynek során változik az egyén énképe, önértékelése, és elsajátít bizonyos szokásokat, valamint magatartásformákat.

Szolgáltatás folyamatossága: a szolgáltatást igénybe vevő szükségleteinek folyamatos kielégítése a megfelelő szolgáltatással. Egy adott ellátónál vagy több szolgáltató szervezet együttműködésével kerül alkalmazásra.

Szolgáltatási tervek *(egyéni gondozási, ápolási, fejlesztési, nevelési, rehabilitációs, foglalkoztatási, elhelyezési terv):* meghatározza a szolgáltatást igénybe vevő ellátási

szükségleteit, felsorolja a szükségletek kielégítésére vonatkozó stratégiákat, dokumentálja a kezelési, gondozási, fejlesztési célokat és feladatokat, megadja a beavatkozások és a befejezés kritériumait, valamint dokumentálja a változást a meghatározott célok és feladatok kielégítésére vonatkozóan. Alapját az állapotfelmérés során összegyűjtött adatok képezik. A terv formája irányított lehet speciális szabályokkal és eljárásokkal, protokollokkal, szakmai irányelvekkel, kliensutakkal, esettérképekkel, vagy ezek kombinációjával.

Sztenderd: szakmai irányelv. Ennek fajtái a következők:

1. Határérték (benchmark): a belső folyamatok vagy a szakterület legjobb külső eredményei alapján meghatározott teljesítendő elvárás.

2. Küszöbérték (threshold): valamely minőségi indikátor előre meghatározott teljesítendő szintje. Ha az értéket a szolgáltató nem tudja teljesíteni, további elemzés válik szükségessé az okok feltárására.

3. Előíró (prescriptive): meghatározza, milyen mértékű változást kell elérni a jelenleg mért eredményekhez képest.

4. Akkreditációs, tanúsítási (accreditation): elvárások gyűjteménye az igények, kiválóság vagy képesség foka, illetve szintje szerint a minőségre vagy teljesítményre vonatkozóan.

5. Engedélyezési (regulatory): szolgáltatási követelmények, melyek kifejezik az eljárás-politika, berendezés és kapacitás azon minimális szintjét, mely az engedélyezés eléréséhez szükséges.

Sztenderd-alapú értékelés: értékelési folyamat, amely meghatározza egy szociális szolgáltató szervezet vagy ellátó megfelelőségét az előre lefektetett elvárásokhoz képest.

Sztenderdek elvárt jellemzői *(MÉRET – angolul RUMBA – szabály): m*érhető (measurable), *é*rthető (understandable), *r*eleváns (relevant), *e*lfogadható (behavioural) és *t*eljesíthető (vagyis elérhető) (achievable).

Sztenderd magyarázata: egy sztenderd értelmének, jelentésének és jelentőségének rövid magyarázata. A sztenderd magyarázata részletes elvárásokat fogalmazhat meg a helyszíni audit értékelési szempontjaira vonatkozóan.

Sztenderd-rendszer: elvárás-rendszer, amelyet előzetesen meghatároz egy kompetens hatóság (minisztérium). A sztenderdek egy szociális szolgáltató szervezet vagy az egyén teljesítményének elfogadható szintjét írják le, kapcsolódva a helyi struktúrához, valamely folyamat végrehajtásához vagy a mérhető kimenetek teljesítéséhez.

Szubszidiaritás: a szociálpolitika azon elve, miszerint a társadalmi szükségleteket azon a szinteken kell kielégíteni, ahol azok felmerülnek.

Szupervízió: a tapasztalati tanulás módszere, melynek során a segítő szakember a szupervízor segítségével feldolgozza a számára stresszt okozó, a személyes és szakmai szerep összeegyeztetését veszélyeztető munkatapasztalatokat, fenntartja személyes tudatosságát, és gyarapítja szakmai tudását, így elkerülheti a kiégést.

Szükségletek: a bio-pszicho-szociális állapotból eredő, szociális beavatkozást igénylő, illetve a beavatkozással pozitív irányba befolyásolható problémák. A szükséglet felismert, ha a szociális ellátás számára ismertté válik. Nem felismert, illetve rejtett

abban az esetben, ha az egyén ellátásra szorulna, de nem fordul szociális szolgáltatóhoz, vagy mert nem akar, vagy mert nem ismeri fel a problémáját.

Szükségletfelmérés: Az igénybevevő igényeinek, problémáinak megismerése a hatékony és hatásos szolgáltatás érdekében; az a tevékenység, melynek során a szolgáltató felméri az illetékességi körén belül élő célcsoport nagyságát, speciális ismérveit és igényeit.

Szűrési kritériumok: sztenderdizált szabályok vagy tesztek rendszere, amelyeket betegcsoportok esetében alkalmaznak további értékelés szükségességének meghatározásához.

Tájékozott beleegyezés: a jogszabályok értelmében az orvosnak kötelessége betegét tájékoztatni arról, hogy a tervezett kezelés, vizsgálat vagy kutatási programban való részvétel milyen kockázattal vagy hátránnyal járhat. A beteg mérlegelheti a valószínű kockázatokat a valószínű előnyökkel szemben a lehetséges kezelés, teszt vagy kutatás végrehajtására vonatkozó választása során.

Megjegyzés (HES): A praxisba történő bejelentkezéskor a páciens a praxis által nyújtott tevékenységekre, az ellátás jellemző alapelveire vonatkozó beleegyező nyilatkozatot ír alá, mely egyben felhatalmazás a praxis számára a páciens adatainak kezelésére is. Ebben a nyilatkozatban kitérnek arra is, hogy az ellátás során mely esetekre szükséges kiegészítő nyilatkozatot tenni a jogszabályi előírások figyelembevételével.

Tájékoztatás: információnyújtás a szolgáltatást igénybe vevő számára a szolgáltatás igénybevételének módjáról és feltételeiről, illetve a számára adekvát és elérhető egyéb szolgáltatásokról, valamint intézményekről.

Támogató szolgálat: a fogyatékos személy önálló életvitelét elősegítő, a mindennapi szükségletei kielégítését célzó – személyes közreműködés által megvalósuló – szolgáltatás.

Tanulmány: általában egy időszak során végzett alapos, kutató, kipróbált, szisztematikus felmérés.

Tanúsítás: a szervezet által felkért, külső, független szervezet (tanúsító szervezet) által végzett „harmadik fél” általi audit, melynek során a tanúsító szervezet értékeli és kinyilvánítja, hogy a tanúsított szervezet megfelel a tanúsítási eljárás alapját képező előírt követelményeknek, illetve kielégít bizonyos elvárásokat. Önkéntes program, amelyben az intézményeknek meg kell felelniük bizonyos sztenderdeknek.

Táplálási terápia: orvosi kezelés, amely enterális vagy parenterális táplálást céloz. Beavatkozások vagy tanácsadás a megfelelő táplálék bevitelére, mely tevékenység táplálkozási állapotfelmérésen és az élelmiszerekről, más táplálékforrásokról és az ételek elkészítéséről szóló információkon alapul. Figyelembe veszi a beteg kulturális hátterét és szociális helyzetét.

Társadalmi integráció: az a folyamat, amelynek során az egyén vagy egy csoport a tágabb közösség részévé válik, tagjaihoz hasonló jogokat érvényesít, illetve kötelezettségeket teljesít. A szociális szolgáltatások alapvető célja. Az integráció során a kisebbségi csoport harmonikusan megőrzi önálló jellegzetességeit, míg az asszimiláció során elveszti azokat.

Telephely: az intézmény legalább tíz, de legfeljebb százötven fő személyes gondoskodást nyújtó intézményi ellátásának helye, mely az ingatlan-nyilvántartásban a székhelytől, valamint az intézmény másik telephelyétől különböző helyrajzi számon van feltüntetve.

Terápia: az egészségi állapot helyreállítására irányuló gyógykezelési folyamat, illetve gyógyeljárás.

Területi szakellátási kötelezettség: az egészségügyi szolgáltató fenntartójának, illetve tulajdonosának, valamint az egészségügyi szolgáltatónak azon kötelezettsége, hogy a meghatározott ellátási területen a lekötött kapacitás felhasználásával a jogosultak számára egészségügyi szolgáltatásokat nyújtson.

Továbbutalás: a beteg szükségleteinek megfelelően egy másik egészségügyi szolgáltatóhoz való irányítása (áthelyezése), ahol folytatódik az ellátása.

Törvényes képviselő *(hozzátartozó vagy a helyette nyilatkozattételre jogosult személy):* a házastárs, az egyenesági rokon, az örökbe fogadott, a mostoha- és nevelt gyermek, az örökbe fogadó, a mostoha- és nevelőszülő, valamint a testvér és az élettárs. Továbbá a beteg életében jelentős szerepet játszó személy(ek). A ~ jelenthet olyan személyt is, aki nem tartozik törvényesen a beteghez. A ~ gyakran helyettesíti a beteget a számára hozott döntésekben, ha arra a beteg döntéshozó képességének elvesztése esetére felhatalmazást kap.

Tudományos bizonyítékokon alapuló orvoslás *(evidence-based medicine):* a gyógyító tevékenységnek az a módja, amely a döntéseket a legújabb, megbízható tudományos eredményekre, az évek alatt megszerzett szakmai tapasztalatra és a betegek preferenciáira építi. A gyógyító tevékenységhez, illetve a szakmai döntéshozatalhoz használt olyan módszertan, amely a rendelkezésre álló legjobb tudományos bizonyítékok (eredmények) gyűjtése és kritikus értékelése – az evidencia minősége és erőssége – alapján hoz döntéseket az egyes diagnosztikus beavatkozások, terápiák, ápolási módszerek, illetve egyéb gyógyító-megelőző tevékenységek gyakorlati alkalmazásáról.

Utógondozás: az adott szolgáltatásból kikerült igénybevevő számára a független környezetben történő tartós, önálló életvitel elérése, megszilárdítása és a közösség(é)be való (re)integráció céljából végzett tevékenység.

Vagyon: az a hasznosítható ingatlan, jármű, továbbá vagyoni értékű jog, amelynek
a) külön-külön számított forgalmi értéke, illetőleg összege az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének a harmincszorosát, vagy
b) együttes forgalmi értéke az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének a nyolcvanszorosát meghaladja, figyelembe véve, hogy a szociális rászorultságtól függő pénzbeli és természetbeni ellátások jogosultsági feltételeinek vizsgálatánál nem minősül vagyonnak az az ingatlan, amelyben az érintett személy életvitelszerűen lakik, az a vagyoni értékű jog, amely az általa lakott ingatlanon áll fenn, továbbá a mozgáskorlátozottságra tekintettel fenntartott gépjármű.

Védőnői családlátogatás: a védőnő által gondozottak megismerésére, nyomon követésére, az egészségi állapotra ható pozitív és negatív tényezők feltárására, kedvezőtlen tendenciák korai észlelésére, az egészséges, kiegyensúlyozott családi élet támogatására szolgál. A gondozott családjában előforduló egészségi, mentális és

környezeti veszélyeztetettség megelőzése, felismerése érdekében adott segítségnyújtás a helyes életvitelhez.

Védőnői gondozás: módszere a gondozás, mely a kiemelt életszakaszokban fokozott és folyamatos ellátás jelent, így a várandós időszak, a gyermekágyas időszak, az újszülöttkor, a csecsemő és kisdedkor, az óvodáskor és az iskoláskor, a serdülőkor, valamint a változó kor idején. A gondozást a védőnő gondozási terv alapján végzi.

Védőnői gondozási terv: a gondozott személy aktuális egészségi állapotán, a családi, munkahelyi és közösségi anamnézis során szerzett ismereteken, észleléseken tapasztalatokon és a védőnői munkához kapcsolódó területek álláspontjának figyelembevételén alapul. Ezek birtokában a védőnő a gondozott személlyel együtt meghatározza azokat a célokat és feladatokat, melyek prioritást kell, hogy élvezzenek az anya, a magzat, a gyermek és a család egészsége érdekében. Közösen feltárják a megoldás lehetőségeit. A védőnő segíti, támogatja a célok, feladatok megvalósítását, értékelését és újabb célok kitűzését.

Veszélyes anyagok: alapvetően veszélyes az emberre vagy más élő szervezetre. Lehetnek sugárzó vagy vegyi anyagok.

Veszélyes hulladék: az élő szervezetre veszélyt jelentő anyag, melynek eldobása speciális elővigyázatosságot igényel. A veszélyes hulladékok lehetnek biológiai anyagok, amelyek betegséget terjeszthetnek (pl. vér, szövet), sugárzó anyagok vagy mérgező kemikáliák. ~nak minősülnek továbbá a felhasznált tűk, kötszerek, infúziós szerelékek stb.

Veszélyeztető állapot: az az állapot, amelyben az azonnali intézkedés hiánya az egyén életét, testi épségét vagy egészségét közvetlenül fenyegető helyzetet eredményez, illetőleg a szűkebb-tágabb környezetére közvetlen veszélyt jelent.

Vezetők: olyan egyének, akik elvárásokat fogalmaznak meg, terveket fejlesztenek, és eljárásokat vezetnek be, hogy értékeljék és fejlesszék egy szervezet tulajdonosi irányítását, menedzsmentjét, valamint szolgáltató és támogató funkcióit és folyamatait. Vezetők a tulajdonosok, az irányító testület tagjai, a legfőbb végrehajtó ügyvezető, továbbá más menedzserek, teamvezetők, illetve a különböző csoport- és osztályvezetők stb.

Zárójelentés, összefoglaló: a betegadatok azon összegzése, amely tartalmazza a felvétel okát, a jelentős leleteket, a végrehajtott eljárásokat, a rendelt kezeléseket, a beteg távozáskori állapotát és bármilyen, a betegnek vagy hozzátartozóinak adott speciális utasítást (pl. követés, gyógyszerelés). Az összefoglaló az intézményi belső áthelyezéskor készített epikrízis.

3. melléklet: Jogszabályok gyűjteménye a bentlakásos idősellátás szakmai szabályaihoz

2009. évi CLV. törvény a minősített adat védelméről
2009. évi CXXX. törvény a Magyar Köztársaság 2010. évi költségvetéséről
2009. évi CXX. törvény a Polgári Törvénykönyvről
2005. évi CXXXIX. törvény a felsőoktatásról
2004. évi CXL. törvény a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól
2003. évi CXXV. törvény az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról
2003. évi XCII. törvény az adózás rendjéről
2001. évi CI. törvény a felnőttképzésről
2000. évi C. törvény a számvitelről
1999. évi C. törvény az Európai Szociális Karta kihirdetéséről
1999. évi XLII. törvény a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól
1998. évi LXXXIV. törvény a családok támogatásáról
1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról
1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
1997. évi LXXVIII. törvény az épített környezet alakításáról és védelméről
1996. évi LVII. törvény a tisztességtelen piaci magatartás és a versenykorlátozás tilalmáról
1995. évi LXVI. törvény a köziratokról, a közlevéltárakról és a magánlevéltári anyag védelméről
1995. évi LIII. törvény a környezet védelmének általános szabályairól
1995. évi CXXV. törvény a nemzetbiztonsági szolgálatokról
1994. évi LXXX. törvény az ügyészségi szolgálati viszonyról és az ügyészségi adatkezelésről
1994. évi XXXIV. törvény a Rendőrségről
1993. évi XCIII. törvény a munkavédelemről
1993. évi LXXVII. törvény a nemzeti és etnikai kisebbségek jogairól
1993. évi LXXVI. törvény a szakképzésről
1993. évi XLVI. törvény a statisztikáról
1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról
1992. évi LXVI. törvény a polgárok személyi adatainak és lakcímének nyilvántartásáról
1992. évi LXIII. törvény a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról
1992. évi XXXVIII. törvény az államháztartásról
1992. évi XXXIII. törvény a közalkalmazottak jogállásáról
1992. évi XXIII. törvény a köztisztviselők jogállásáról
1992. évi XXII. törvény a Munka Törvénykönyvéről
1949. évi XX. törvény A MAGYAR KÖZTÁRSASÁG ALKOTMÁNYA

90/2010. (III. 26.) Korm. rendelet a Nemzeti Biztonsági Felügyelet működésének, valamint a minősített adat kezelésének rendjéről
321/2009. (XII. 29.) Korm. rendelet a szociális szolgáltatók és intézmények működésének engedélyezéséről és ellenőrzéséről
292/2009. (XII. 19.) Korm. rendelet az államháztartás működési rendjéről
213/2009. (IX. 29.) Korm. rendelet az egyházi és nem állami fenntartású szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatók normatív állami támogatásáról
92/2008. (IV. 23.) Korm. rendelet a fogyatékos személyek alapvizsgálatáról, a rehabilitációs alkalmassági vizsgálatról, továbbá a szociális intézményekben ellátott személyek állapotának felülvizsgálatáról
340/2007. (XII. 15.) Korm. rendelet a személyes gondoskodás igénybevételével kapcsolatos eljárásokban közreműködő szakértőkre, szakértői szervekre vonatkozó részletes szabályokról
260/2007. (X. 4.) Korm. rendelet a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatások 2008. évi irányított területi kiegyenlítési rendszeréről
213/2007. (VIII. 7.) Korm. rendelet az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézetről, valamint eljárásának részletes szabályairól
292/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet a Nemzeti Szakképzési és Felnőttképzési Intézetről
226/2006. (XI. 20.) Korm. rendelet a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatók, intézmények ágazati azonosítójáról és országos nyilvántartásáról
112/2006. (V. 12.) Korm. rendelet a szociális foglalkoztatás engedélyezéséről és a szociális foglalkoztatási támogatásról
335/2005. (XII. 29.) Korm. rendelet a közfeladatot ellátó szervek iratkezelésének általános követelményeiről
193/2003. (XI. 26.) Korm. rendelet a költségvetési szervek belső ellenőrzéséről
233/2001. (XII. 10.) Korm. rendelet a közszolgálati jogviszonnyal összefüggő adatkezelésre és a közszolgálati nyilvántartásra vonatkozó szabályokról
257/2000. (XII. 26.) Korm. rendelet a közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992. évi XXXIII. törvénynek a szociális, valamint a gyermekjóléti és gyermekvédelmi ágazatban történő végrehajtásáról
43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól
253/1997. (XII. 20.) Korm. rendelet az országos településrendezési és építési követelményekről
29/1993. (II. 17.) Korm. rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások térítési díjáról
147/1992. (XI. 6.) Korm. rendelet az önkormányzatok tulajdonában lévő ingatlanvagyon nyilvántartási és adatszolgáltatási rendjéről

9/2000. (VIII. 4.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást végző személyek továbbképzéséről és a szociális szakvizsgáról
8/2000. (VIII. 4.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást végző személyek adatainak működési nyilvántartásáról
1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről

9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről

20/1996. (VII. 26.) NM rendelet az otthoni szakápolási tevékenységről

81/2004. (IX. 18.) ESzCsM rendelet az egyes szociális szolgáltatásokat végzők képzéséről és vizsgakövetelményeiről
69/2004. (VIII. 5.) ESzCsM rendelet az egészségügyi, szociális és családügyi miniszter hatáskörébe tartozó szociális szakképesítések megszerzésére irányuló szakmai vizsga szervezésére feljogosított intézményekről
1/2004. (I. 5.) ESzCsM rendelet a betegjogi, az ellátottjogi és a gyermekjogi képviselő működésének feltételeiről

67/2007. (VII. 10.) GKM-EüM-FVM-SZMM együttes rendelet a vendéglátó termékek előállításának feltételeiről

15/2008. (VIII. 13.) SZMM rendelet a szociális és munkaügyi miniszter hatáskörébe tartozó szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményeiről
36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól

32/2008. (VIII. 14.) EüM rendelet az egészségügyi miniszter hatáskörébe tartozó szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményeinek kiadásáról

15/2006. (IV. 3.) OM rendelet az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről

5/1993. (XII. 26.) MüM rendelet a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény egyes rendelkezéseinek végrehajtásáról

16/2007. (III. 13.) IRM-MeHVM együttes rendelet a polgárok személyi adatainak és lakcímének nyilvántartásából teljesített adatszolgáltatásért, a kapcsolatfelvétel céljából való megkeresésért, valamint értesítésért fizetendő igazgatási szolgáltatási díjról

7/2002. (III. 12.) BM rendelet a közszolgálati nyilvántartás egyes kérdéseiről

81/2009. (X. 2.) OGY határozat az Idősügyi Nemzeti Stratégiáról

1138/2002. (VIII. 9.) Korm. határozat az Idősügyi Tanács működéséről és a működésével összefüggő kérdésekről

A Szociális Munka Etikai Kódexe

Global Standard for Social Work Education and Training

4. melléklet: A sztenderdek kidolgozásában közreműködő szakértők

Bagyinszki Zoltánné

Beszterczey András

Czibere Károly

Cserbán Józsefné

Csernáthné Karándi Erzsébet

Dolozim Emese

Egervári Ágnes dr.

Fodor Irén

Forindáné Móró Ildikó

Hajnal Miklós Pál dr.

Jónyer Lajosné

Kovács Erzsébet

Kovács Kati

Kovacsics Zsuzsanna

Panker Mihály

Pesti Györgyné

Ráczné Németh Teodóra

Rózsavölgyi Anna

Skultéti József

Somogyi Mária

Somorjai Ildikó

Szabó Lajos dr.

Szokoli Erzsébet

Varga Éva

5. melléklet: Idősek tartós bentlakásos ellátása - INDIKÁTOROK

Meghatározás	Indikátor	Forrás
Krónikus sebek, felfekvés	fokozat – előrelépések száma/lakó/év	Ápolási – egészségügyi dokumentáció Nemzetközileg elfogadott skálák
Tápláltsági szint	Optimális testsúlyhoz viszonyított eltérés változása/félév figyelembe véve az un. senyvesztő betegségben szenvedők számát (pl. daganatos megbetegedések, Alzheimer kór, Parkinson kór)	Ápolási – egészségügyi dokumentáció MNA rövidített formája
Fertőzés, szövődmények	Fertőzések száma/év Érintettek számaránya az összes lakóhoz viszonyítva /alkalom/ fertőzés neve	Ápolási dokumentáció
Törések, esések	Esetek aránya/összes lakó (%)	Ápolási dokumentáció
Mozgásképesség/egyensúly	Mozgásképesség változása/lakó/év	TUG (Timed get up and go) Statikus TINETTI teszt
Inkontinencia	Szűrés:vizsgálat és önértékelés	Inkontinencia szűrőlap
Fájdalom megítélése	Szubjektív kérdőíves mérés	Doloplus felmérőskála
Ellátotti csoport összetétele	Korszerinti megoszlás, krónikus betegségek, önellátás mértéke, gondnokság alatt állók	Dokumentációk Gondozási terv
Dependencia mértéke	Ápolási-gondozási függőség HGCS	Dokumentáció (Barthel index, Katz, AGIR skálák) Gondozási terv HGCS I-IV
Aktivitás	- lakók által kezdeményezett tevékenység fajták száma - lakók részvételi aránya a foglalkozásokon (résztvevők száma/ összes lakó) - ágyban fekvők, akik szellemileg képesek rá – számukra tartott foglalkozások száma - rendszeresen (min. heti 2 alkalom) levegőző lakók aránya	Gondozási terv dokumentáció Mentálhigiénés és foglalkoztatási dokumentáció

Izoláció, lelki magány	Rendszeresen kapcsolatot tartók száma/lakó – eltérések az intézményi átlaghoz viszonyítva	Skála – kapcsolatok minősége
Elégedettség (kliens, hozzátartozó, munkatárs)	Van-e elégedettség vizsgálat? Az elégedettségvizsgálat eredménye.	Elégedettség vizsgálat dokumentációja
Lakók tájékozottsága	Írásos tájékoztatók száma Kérdőív	Dokumentációk
Hozzátartozók bevonása az ellátás folyamatába	Panaszok és elismerések száma. Hozzátartozók véleményének megjelenítése, a lakókról tőlük kapott információk rögzítése.	Panaszkezelés dokumentációja Hozzátartozói elismerő írásos dokumentumok Gondozási terv dokumentáció
Rendszerszemlélet érvényesülése	Szabályozók tartalmában megjelenik-e? Együttműködési megállapodások száma.	Szabályozók Együttműködési megállapodások