

Javaslat az otthonápolás szolgáltatás fejlesztésére

2. rész



**Nemzeti
Együttműködési
Alap**



MINISZTERELNÖKSÉG



BETHLEN GÁBOR
Alapkezelő Zrt.

2025 december

Tartalom

Egyes működő szociális szolgáltatásokról	3
Házi segítségnyújtás	4
Otthoni Segítés Szolgálat.....	10
Otthoni szakápolás, hospice	15
A gondozást végzőkről	19
A szociális innovációról	30
Javaslat	41
Irodalomjegyzék.....	45

Egyes működő szociális szolgáltatásokról

Az idősök gondozása mindig is aggodalomra adott okot az emberi társadalmakban. Az idősök számára kialakított szolgáltatások és létesítmények valójában korántsem modern koncepciók; az évszázadok során folyamatosan fejlődtek, a jótékonyági intézményektől az idősebb felnőttek speciális igényeihez igazított, orvosi szempontból kísért, védett struktúrákig.

Az állam, az önkormányzat (és gyakran az egyház) által biztosított legfontosabb szociális szolgáltatások:

- házi segítségnyújtás (szociális gondozás)
- jelzőrendszeres házi segítségnyújtás
- nappali ellátás (idősök klubja)
- idősök otthona (intézményi ellátás)

A *házi segítségnyújtás* vagy *szociális gondozás* keretében szociális gondozók segítik a napi tevékenységekben az arra rászorulókat. Ez jellemzően néhány órát jelent hetente, vagy heti néhány alkalmat, a települési önkormányzatok lehetőségeitől függően. A jogosultság megállapítása a gondozási szükséglet felmérése alapján történik, amit a szociális intézmény vagy az önkormányzat végez el. Általában jövedelemvizsgálathoz kötött, de térítési díjat is előírhatnak.

A *jelzőrendszeres házi segítségnyújtás* a saját otthonukban élő, egészségi állapotuk és szociális helyzetük miatt rászoruló, a segélyhívó készülék megfelelő használatára képes időszerű vagy fogyatékos személyek, illetve pszichiátriai betegek részére az önálló életvitel fenntartása mellett felmerülő krízishelyzetek elhárítása céljából nyújtott ellátás.

Az igénybevétel szociális rászorultsághoz kötött. Szociálisan rászorult az egyedül élő 65 év feletti személy, az egyedül élő súlyosan fogyatékos vagy pszichiátriai beteg személy vagy a kétszemélyes háztartásban élő 65 év feletti, illetve súlyosan fogyatékos vagy pszichiátriai beteg személy, ha egészségi állapota indokolja a szolgáltatás folyamatos biztosítását. Jelenleg országos átlagban ezer lakosra 2,5 jelzőkészülék jut.

A *nappali ellátás* – ismertebb nevén idősek klubja – olyan szociális szolgáltatás, amely napközbeni tartózkodást, közösségi programokat, étkezést és alapvető gondozást biztosít az idősek számára. Elsősorban azok vehetik igénybe, akik önállóan még otthon élnek, de igénylik a társaságot, napirendet és bizonyos mértékű segítséget. A klubok célja az elszigeteltség csökkentése, a szellemi és fizikai aktivitás fenntartása, valamint a család tehermentesítése napközben.

Az *idősek otthonában* meghatározott gondozási szükséglettel rendelkező, de rendszeres fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelést nem igénylő, a rá irányadó öregségi nyugdíjkorhatárt betöltött személy látható el. Az idősek otthonának speciális formája a szakápolást is nyújtó idősek otthona (szakápolási központ), amelyben szakápolás annak a 18. életévét betöltött személynek nyújtható, aki betegségéből adódóan szakápolást igényel, de akut fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásra és állandó orvosi felügyeletre nem szorul, és akit a kezelőorvosa beutalt szociális intézmény orvosára szakápolási központba. Szakápolási központban a szakápolás legfeljebb hat hónapos időtartamra biztosítható, ami több alkalommal, de legfeljebb hat hónapos időszakokkal hosszabbítható.

Az idősek részére történő segítségnyújtásban központi probléma egy helyi település vezetése számára, hogy az idős problémája hogyan jut el az önkormányzathoz. A tapasztalatok szerint nem az anyagi problémák okozzák a segítőkészség hiányát, hanem részben a társadalmi-gyakorlatias problémák, amelyek az egymással és a hatósággal szembeni bizalmatlanságból, illetve a szűkebb - tágabb környezet ismeretének hiányából vagy éppen a jelzőrendszer hiányosságából adódnak.

Házi segítségnyújtás

Jogszabályi előzmények

A nemzetközi gyakorlatban azt láthatjuk, hogy az idősellátás súlypontja már évtizedek óta átkerült az otthonközeli ellátások fejlesztésére. Ez az ellátás, amelynek legfontosabb eleme a házi segítségnyújtás, Magyarországon jelentősen elmaradt, és csak lassan, ráadásul nem feltétlenül a megfelelő módon jött létre.

A házi segítségnyújtás elődjét, a házi gondozó szolgálatot a területi szociális gondozásról szóló 10/1986. (IX. 24.) EÜM rendelet vezette be Magyarországon, amely a szociálpolitika akkori filozófiája alapján egy egészségügyi szolgáltatás volt. A hivatkozott jogszabály szerint a házi

gondozói szolgálat szükség szerint nyújtott segítséget azoknak az öregségi nyugdíj korhatár feletti, fogyatékos vagy egészségi állapotuk miatt rászoruló személyeknek, akiknek az életvitelükhöz, személyi és környezeti tisztaságuk biztosításához, társas kapcsolataik ápolásához volt szükségük a segítségre. Ezt a szolgáltatást akkor a házi gondozói szolgálat munkaviszonyban álló, hivatásos gondozói, vagy úgynevezett társadalmi gondozók bevonásával szervezték meg és a gondozási tevékenység már ebben az időszakban is térítési díjköteles volt. A társadalmi gondozó tiszteletdíjban részesült, amelyet nem terhelt sem adó, sem társadalombiztosítási járulék, ennek okán társadalombiztosítási juttatásra sem jogosított. Ugyanakkor, a gondozási naplóból már akkor is kitűnt, mennyire fontos szerepet kapott a gondozási tevékenység leírása.

Az Országgyűlés 1992 decemberében fogadta el a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvényt (a továbbiakban. Szoc. tv.). A Szoc. tv. azért számított hiánypótlónak, mert egységes szerkezetbe foglalta a szociális ellátásokat és a korábbi gondozói szolgálatot házi segítségnyújtásként határozta meg. A törvény két kategóriát határozott meg: egyfelől azokat a gyermekeket, akik nappali vagy bentlakásos ellátásban nem részesülhetnek és akiknek a szülők sem tudják megoldani a felügyeletét, másrészt azon személyek csoportját, akik önmagukról nem képesek gondoskodni és akiről mások sem gondoskodnak.

A személyes gondoskodást nyújtó intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 2/1994. (I.30.) NM rendelet a házi segítségnyújtást már olyan gondozási formaként definiálta, ahol a jogosult önálló életvitelének fenntartását, szükségleteinek megfelelően a lakásán, a lakókörnyezetében biztosítja. Ebben már nem szerepel kiemelt feltételként, hogy a jogosult elérje az öregségi nyugdíj korhatárt, vagyis a jogosulti kört sokkal inkább az egészségügyi és szociális rászorultsághoz, mint az életkorhoz kötötték, és ez a jogszabály már meghatározta, hogy mely tevékenységi köröket sorolja a házi gondozás körébe: a meleg étel biztosítását, a bevásárlást, a testi, személyi higiénia biztosítását, az öltöztetést, az ágyazást, a takarítást, mosást, fűtést, orvoshoz kísérést, az orvos lakásra hívását, gyógyszer kiváltását, gyógyszeradagolást, a hivatalos ügyek intézését, a külső kapcsolattartás elősegítését és a pszichés gondozást. A házi segítségnyújtás módját, formáját és gyakoriságát a jogszabály már az egyéni szükségleteknek megfelelően határozta meg, figyelemmel a jogosult egészségügyi állapotára, szociális helyzetére és a házi orvos javaslatára. Ez a jogszabály még megengedte, hogy kivételes esetben 4 órát meghaladó gondozási szükséglet is kielégíthető legyen. 1997. január 1-jén lépett hatályba a szociális törvény azon módosítása, amely lehetőséget nyújtott az

alapellátási feladatok kielégítésére falugondnoki szolgálat keretében, az 500 lakost meg nem haladó településeken.

A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet lényegében nem változtatott. Kihagyta a konkrét felsorolást, e helyett témakörökben határozta meg a segítségnyújtás területeit, a gondozási tevékenység körébe tartozó feladatokat: az orvos előírása szerint alapvető gondozási, ápolási feladatok ellátása, a jogosult és segítő közötti kapcsolat kialakítása, fenntartása, közreműködés a személyi- és lakókörnyezeti higiénia megtartásában, segítségnyújtás a háztartás vitelében és a jogosult környezetével való kapcsolattartásban.

A Szoc. tv. 2003. január 1-jén életbe lépő módosítása már más kategóriákat határozott meg a házi segítségnyújtás tekintetében: egyrészt megjelent az idősek fogalomköre, másrészt a pszichiátriai betegek, szenvedélybetegek és fogyatékos személyek, harmadrészt az egészségi állapotuk miatt rászoruló személyek kategóriája. A módosítás törvényi szintre emelte a falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatást, ami egy helyi kezdeményezésből indult. A falugondnoki szolgáltatás a 600 lakost meg nem haladó, míg a tanyagondnoki a 70-600 lakos közötti településeken nyújtható ellátás volt, azzal a céllal, hogy az aprófalvas, tanyasi térségekben enyhítse az intézményhiányból fakadó hátrányokat. A 2005. januári módosítás a házi segítségnyújtást igénybe vevők csoportját lebontja az egészségi állapotuk miatt rászoruló személyekre, illetve a rehabilitációt követően támogatást igénylő személyekre, és a jogalkotó először határozta meg törvényi szinten, hogy ezen szolgáltatáson belül milyen ellátásokat kell biztosítani. A módosítással külön alcímezték a falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatást. A 2007. januárban hatályba lépő módosítással a jogalkotó eltörölte az egyes kategóriákat és azoknak nyújt lehetőséget a házi segítségnyújtás igénybevételére, akiknek egészségi állapota azt indokolta.

Jelen korunkban, a házi segítségnyújtás újraértelmezésekor szükséges figyelembe venni a demográfiai kihívásokból adódó többletfeladatokat, de célul kell kitűzni azt is, hogy a különböző szolgáltatók tartalmilag azonos módon tudják értelmezni. A tapasztalatok alapján a házi segítségnyújtásra a jelenlegihez képest közel kétszer akkora igény mutatkozik. Ha megvizsgáljuk az idősek által kért szolgáltatásokat, amelyek szűken véve nem sorolhatók a laikus segítők által is elvégezhető magány enyhítésének körébe, óhatatlanul a házi segítségnyújtás tartalmának újraértelmezését sürgeti a XXI. század demográfiai kihívásának fényében.

A szolgáltatásról

A szociális alapszolgáltatások egyik formája a házi segítségnyújtás, melyet valamennyi önkormányzat – lakosságától függetlenül – köteles biztosítani a szolgáltatást igénylő személy saját lakókörnyezetében, az önálló életvitel fenntartása érdekében. A házi segítségnyújtás az igénybevevő önálló életvitelének fenntartása érdekében szükséges ellátást – szükségleteinek megfelelően - lakásán, lakókörnyezetében biztosítja.

A szolgáltató a házi segítségnyújtás keretében gondoskodik:

- azokról az időskorú személyekről, akik otthonukban önmaguk ellátására saját erőből nem képesek, és róluk nem gondoskodnak,
- azokról a pszichiátriai betegekről, fogyatékos személyekről, valamint szenvedélybetegekről, akik állapotukból adódóan az önálló életvitellel kapcsolatos feladataik ellátásában segítséget igényelnek, de egyébként önmaguk ellátására képesek,
- azokról az egészségi állapotuk miatt rászoruló személyekről, akik ezt az ellátási formát igénylik, illetve bentlakásos intézményi elhelyezésre várnak,
- azokról a személyekről, akik a rehabilitációt követően a saját lakókörnyezetükbe történő visszailleszkedés céljából támogatást igényelnek önálló életvitelük fenntartásához.

A házi segítségnyújtás¹ keretében

- szociális segítést vagy
- a szociális segítség tevékenységeit is magába foglaló – személyi gondozást

kell biztosítani.

A szociális segítség keretében biztosítandó

- a lakókörnyezeti higiénia megtartásában való közreműködés,
- a háztartási tevékenységben való közreműködés,
- a veszélyhelyzetek kialakulásának megelőzésében és a kialakult veszélyhelyzet elhárításában történő segítségnyújtás,
- szükség esetén a bentlakásos szociális intézménybe történő beköltözés segítése.

¹ a szociális igazgatásról és a szociális ellátásról szóló 1993. III. törvény 63. §

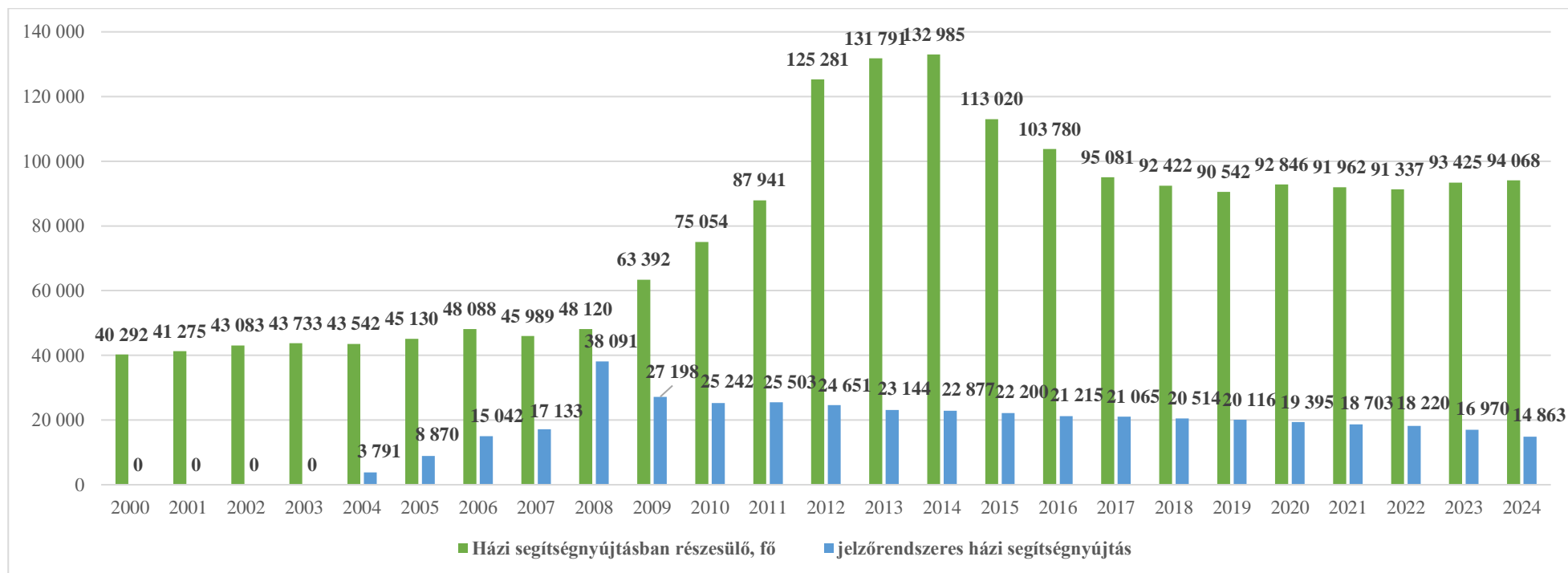
A személyi gondozást keretein belül biztosítani kell

- a. az ellátást igénybevevővel a segítő kapcsolat kialakítását és fenntartását,
- b. a gondozási és ápolási feladatok elvégzését,
- c. a szociális segítség keretében elvégzendő feladatokat.

A házi segítségnyújtás szolgáltatásért térítési díj fizetendő, melynek mértéke jogszabályokban² meghatározott és területileg eltérő.

² a szociális igazgatásról és a szociális ellátásról szóló 1993. III. törvény, valamint a 29/1993. (II.17.) Kormányrendelet alapján az önkormányzat helyi rendeletében kerül meghatározásra.

A házi segítségnyújtásban részesülők száma, és a jelzőrendszeres házi segítségnyújtások száma



Forrás: KSH, https://www.ksh.hu/stadat_files/szo/hu/szo0025.html

Otthoni Segítés Szolgálat

Az „Otthoni Segítés” szolgáltatás egy közösségi alapú, a fogyatékos emberek és családjaik otthonában személyes felügyeletet és kísérést biztosító modell-szolgáltatás a fogyatékos személyek és családjaik életminőségének javítása érdekében.

Az „Otthoni Segítés” szolgáltatást (2018 áprilisáig: FECSKE szolgáltatást) 2010-óta működteti a KézenFogva Alapítvány³.

A szolgáltatás célja nem ápolás-gondozás és nem szállítás, hanem a családok tehermentesítése otthoni, személyes felügyelet biztosításával az igénybevevők szükségleteihez igazodó rugalmas formában.

A szolgáltatás - működési koncepciója alapján - már kezdettől két jól meghatározható szolgáltatási elemből épül fel: felügyelet és kapcsolódó kísérés szolgáltatási elemekből.

A szolgáltatás tartalma elsősorban a fogyatékos személyek otthonában történő személyes felügyelet. Kísérés az életszerűen szükséges helyzetek miatt válik szükségessé, például amikor egy kiskorú igénybevevőt a segítő hazakísér az iskolából és utána 2 órát felügyel rá, míg a szülők haza érkeznek.

Az „Otthoni Segítés” szolgáltatás igénybevételére az a fogyatékos személy (életkori megkötés nélkül), illetve az a 14 év alatti tartósan beteg gyermek jogosult, akit családja saját otthonában lát el és gondoz.

Az „Otthoni Segítés” szolgáltatás jellemzői:

- a. Családközpontú, a családot, mint egységet támogatja egyéni igénybevevők helyett. Biztosítja azt a személyes segítséget, amely a közösségtől való elszigetelődés és kirekesztődés megelőzése céljából szükséges. A szolgáltatás legfontosabb irányelve a partnerség, a bizalmon alapuló, professzionális kapcsolat kiépítése a családdal.
- b. Családok otthonában személyre szabott támogatást biztosít, amely rendszerszinten jelenleg nem létezik a magyar szolgáltatási rendszerben.
- c. A valós igényekre reagáló hatékony szolgáltatásszervezés működteti a szolgáltatást (Szolgáltatás Irányítási Rendszer), amely képes arra, hogy valós idejű statisztikát

³ <https://kezenfogva.hu/fecske-szolgalat>

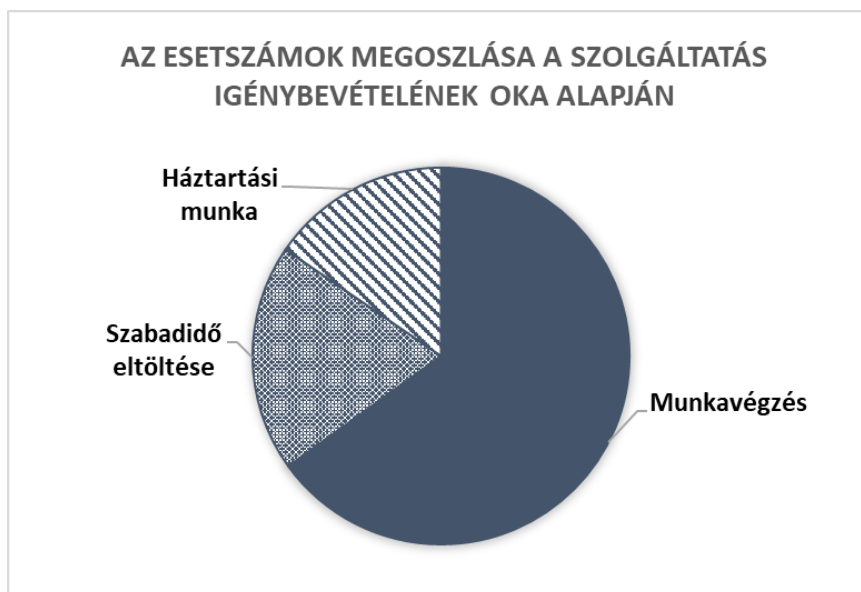
mutasson többek között a szolgáltatási elemekről, az igénybevevőkről és az igénybevétel okáról.

- d. Rugalmas szolgáltatásrendszere a család preferenciáit és szükségleteit helyezi középpontba, képes reagálni az igénybevevők (családok) változó szükségleteire.
- e. Költségalapú ráfordítás-tervezés jellemzi.
- f. Önálló szolgáltatás (személyes felügyelet, kísérés szolgáltatási elemekkel, önálló szolgáltatásszervezéssel), amely kiegészítő jelleggel csatlakozhat a szociális és a gyermekvédelmi törvény hatálya alá eső szolgáltatáshoz/ intézményhez is.
- g. A család öngondoskodására épít, mert a családok térítési díjat fizetnek, ami a szolgáltatókat is diverzifikált bevételi struktúra használatára szorítja rá a fenntarthatóság érdekében.

A szolgáltatás kiegészíti a szociális alapellátást és szakosított szolgáltatásokat, célja, hogy a családokat rendszerszinten erősítse, elismerve, hogy a fogyatékos gyermek / családtag gondozása többletenergiát kíván a családtagoktól. Az igénybevevők az „Otthoni Segítés” szolgáltatás mellett igénybe veszik a nappali ellátást nyújtó szolgáltatásokat, támogató szolgáltatást stb. is.

2018-ig összesen több mint 350 000 órányi szolgáltatást nyújtott az Alapítvány, melynek segítségével a családok több mint 66 millió Ft bevételhez jutottak azáltal, hogy a szolgáltatás segített megőrizni a munkahelyeiket, rugalmasan összeegyeztetni a munka-család kihívásait.

Évente megközelítőleg 300 család veszi igénybe ezt a szolgáltatást. Az igénybevétel oka leggyakrabban a munkavégzés, ezt jól érzékelteti a 2018. év statisztikája, mely egyébként minden addigi évben hasonló megoszlást mutatott.



A szolgáltatás igénybevételének oka, SZIR lekérdezés, 2018

Forrás: KézenFogva Alapítvány

Az otthonápolás helyzete

Az otthonápolás célja, hogy az idős és / vagy beteg családtag a saját otthonában, biztonságban élhesse mindennapjait. Ezzel kapcsolatos fontos feladat a meglévő betegségek kezelése, valamint a további betegségek és a szociális problémák megelőzése.

A családtagok által nyújtott ellátás mértéke és formája a gazdasági erőforrásoktól, a család szerkezetétől, a kapcsolatok minőségétől és a családtagok idejét és energiáját igénylő egyéb szempontoktól is függ. Néhány családgondozó minimális segítséget nyújt (például rendszeres bejelentkezéskor), míg mások teljes munkaidős, összetett ellátást nyújtanak. Van, hogy az ellátásra rövid időre van igény (például amikor egy személy lábadozik a műtétből), gyakran azonban az ellátásra hónapokig vagy évekig szükség van.

Problémák az otthoni ápolás kapcsán

Magyarországon nincs átfogó rendszere az idősek otthonápolásának. Eseti megoldások vannak, melyek jellemzően csak kevés, jobban informált és jobb anyagi helyzetű családok számára kínálnak véletlenszerű megoldásokat.

1. Általános, hogy a családok maguk próbálják valahogy megoldani az idős, gondoskodásra szoruló rokon ellátását. A szereteten, kötődésen alapuló kapcsolatokban

a családtagoknak nincs szíve magára hagyni a társat, a szülőt, ezért a saját egzisztenciájuk fenntartása mellett a rászoruló rokont is igyekeznek ellátni. Ezek a családtagok a rendkívüli teher miatt gyakran rossz egészségi, mentális és anyagi állapotba kerülnek.

2. Sok családtag él nagy távolságra a gondoskodásra szoruló rokontól. Az ő helyzetük azért nehéz, mert messziről még bonyolultabb megoldani a hozzátartozó ügyeit, napi ellátását.
3. Az idősotthoni férőhelyek száma kevés (többéves várólisták vannak), a szolgáltatások minőségére nagyon sok a panasz. Az ellátás ára – bár messze nem tükrözi azt, amennyibe ez a szolgáltatás megfelelő színvonalon végezve kerülne, – a családok számára nehezen vagy egyáltalán nem kigazdálkodható, nem beszélve a nem állami szolgáltatónál az ellátás igénybevételének kezdetekor egy nagyobb (jellemzően milliós nagyságrendű) összegben fizetendő „bekerülési díjról”.
4. Az idősotthonokban kevés az ápoló és ők is a végletekig leterheltek.
5. Aki megteheti, próbálja az idős rokont az otthonában tartani és ápolókat alkalmazni, akár illegálisan is. Ezekben az esetekben a lakásra kijárás, napi pár órás segítőtől a bentlakásos ápolásig mindenféle megoldás megfigyelhető.
6. Sokan szakképzettség nélkül vállalnak idős gondozási munkát. Egy kis gondozási igényű, nem-problémás ellátott esetén ez nem feltétlen jelent gondot, amikor azonban egy idős embernek speciális gondozási igénye van, ott mind az idős ember, mind a gondoskodó, testileg és lelkileg is sokat sérülhet és gyakran sérül is.
7. A szabályozási környezet nem teszi lehetővé a legális munkavégzést az otthonápolásban, ezért az otthoni idős gondozási szektor gyakorlatilag a feketegazdaság keretei közé van kényszerítve. Ebből az is következik, hogy sem az ápolók, sem az idősek, sem a családtagok nem élveznek semmilyen jogi védelmet, nincs minőségbiztosítás, nincsenek támogató struktúrák.
8. Nincsenek megfelelő információforrások és a családok sokszor nem felkészültek arra a helyzetre, amikor az idős rokon váratlanul önellátásra képtelenné válik, például egy baleset, agyvérzés, váratlan betegség vagy kórházi kezelés után. A családok ilyenkor kapkodnak, megfelelő információ nélkül hoznak rossz döntéseket és / vagy találják magukat sokszor megoldhatatlan logisztikai helyzetekben.

9. Az idős betegek gyakori problémája a demencia, amely miatt az ellátott állandó felügyeletet igényel. Ráadásul egy demens hozzátartozó ápolója azt érezheti, hogy nem végzi jól a munkáját, hiszen a beteg gyakran semmire sem emlékszik, még a gondozóját sem ismeri fel, ez pedig tovább lelki megterhelést jelent a gondozó személy számára.

A tartósan beteg, idős, esetleg demens hozzátartozó otthoni ápolása hatalmas fizikai és lelki teher a gondozó számára. A gondozók közel fele komoly stresszben él és gyakori a depressziós állapot felmerülése is.

A gondozói kiégés ismert jelenség, hiszen az otthoni ápolás igen nagy testi, lelki és mentális teherrel jár, ez pedig egy idő után még a mentálisan igen erős embert is próbára teszi. Azoknál, akik otthon ápolják a hozzátartozójukat, az átlagnépességhez képest 23 százalékkal magasabb a stresszhormonok szintje, az immunválaszuk pedig 15 százalékkal gyengébb, emiatt sokkal jobban veszélyeztetik őket a krónikus betegségek, és a fertőzésekre is fogékonyabbak. Egy 2018-as felmérésből⁴ az derült ki, hogy a gondozók 41 százaléka tapasztalt már meg depressziót és hangulatzavarokat. A gondozói feladatok, illetve az azokkal összefüggő stressz pedig a szociális életre és a párkapcsolatra is rányomja a bélyegét.

Elkerülhetetlenül eljön az a pillanat, amikor a hozzátartozónak segítséget kell kérnie rokona, hozzátartozója ápolásához. Ideális esetben ez azt jelentené, hogy a gondozó megkap minden szükséges információt, vagy akár szakápolói segítséget ahhoz, hogy otthon tudja ellátni a rokonát (ehhez azonban fejleszteni kellene a támogató szolgáltatokat), vagy legalábbis lehetősége lesz arra, hogy beköltöztesse egy bentlakásos otthonba, ahol gondját viselik. Magyarországon azonban az otthonápoláshoz nyújtott segítség ma lényegében a házi segítségnyújtást jelenti, amelynek komoly korlátja, hogy napi maximum négyórás időre biztosít gondozót.

⁴https://mma.prnewswire.com/media/783353/Genworth_Beyond_Dollars_Study_2018_Executive_Summary.pdf?p=original

Otthoni szakápolás, hospice

Az otthoni szakápolás a beteg otthonában vagy tartózkodási helyén, háziorvosa rendelésére, szakképzett ápoló által végzett tevékenység a kórházi ellátás kiváltása céljából. Az otthoni szakápolás célja, hogy a beteg otthoni környezetben, személyre szabottan, humánus és szakszerű ápolásban részesüljön. Ezzel az ellátási formával a kórházi kezelések száma csökkenthető, illetve a bennfekvés időtartama lerövidíthető.

Az otthoni hospice ellátás a haldokló beteg gondozását célozza a hosszú lefolyású, halálhoz vezető betegségben szenvedő személy testi, lelki ápolása, gondozása, életminőségének javítása, szenvedéseinek enyhítése és emberi méltóságának haláláig való megőrzése céljából. A hospice ellátás magában foglalja a haldokló beteg hozzátartozóinak segítségét a beteg ápolásában, és a hozzátartozók lelki gondozását a betegség és a gyász időszakában is.

Az alapellátáshoz kapcsolódó otthoni szakápolás és otthoni hospice ellátás körébe tartozó tevékenységek csak a beteg háziorvosának szakmai felügyelete mellett végezhetők.

Az otthoni szakápolás abban az esetben vehető igénybe, ha a beteg egészségi állapota – orvosi végzettséghez nem kötött – kórházi ápolást igényelne, de azt helyettesíteni lehet az otthoni szakápolás körében nyújtható ellátásokból összeállított kezeléssel. Tekintettel arra, hogy az otthoni szakápolás bizonyos feltételek mellett a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást váltja ki, így annak részére, aki egészségi állapotánál fogva fekvőbeteg-szakellátásra nem szorul (például idősek otthonában lakó személy) otthoni szakápolás nem rendelhető el.

Az otthoni szakápolás keretében nyújtható ellátásokat a beteg akkor veheti az egészségbiztosítás keretében díjmentesen igénybe, ha egészségi állapota miatt – a kórházba utalás, vagy a további ott tartózkodás helyett – a háziorvos az otthoni szakápolás szolgáltatást elrendeli. A fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást kiváltó otthoni szakápolást a háziorvos a saját vagy kezelőorvosi kezdeményezésére vagy intézeti javaslat alapján jogosult elrendelni.

Az Egészségbiztosítási Alapból való támogatás további feltétele, hogy az ellátást az egészségbiztosítóval a feladat ellátására szerződött szakápolási szolgáltató a szerződésében meghatározott ellátási területen, az otthoni szakápolás igénybevételére jogosult személy otthonában nyújtsa.

Az otthoni szakápolási szolgáltatók a finanszírozási szerződésekben rögzített keret mértékéig területi ellátási kötelezettséggel működnek. Ez azt jelenti, hogy minden hozzájuk érkező, ellátási kereten belüli rendelést kötelesek elfogadni. Kereten felül érkezett igényről a szolgáltatók tájékoztatni kötelesek a kezelőorvost annak érdekében, hogy a beteg ellátásáról más szolgáltatónál, vagy kórházba utalással tudjon gondoskodni. Az otthoni szakápolás időtartama alatt a beteg más szolgáltatótól kórházat kiváltó ellátást nem vehet igénybe.

Az otthoni szakápolás keretében igénybe vehető ellátások:

- szondán át tápláláshoz és folyadékfelvételhez kapcsolódó ápolás, illetve ezek megtanítása,
- tracheális kanül tisztítása, betét cseréje, illetve ezek megtanítása,
- katéterezés, illetve hólyagöblítéshez kapcsolódó ápolás,
- intravénás folyadék- és elektrolitpótláshoz nem szájüregen történő gyógyszer beadáshoz kapcsolódó ápolás,
- baleseti vagy műtétek utáni ápolás, és korlátozott önellátás esetén a testi higiéné biztosítása, valamint a mozgás segítése,
- műtéti területek (nyitott és zárt sebek) ellátása,
- sztomaterápia és különböző célt szolgáló drének kezelése
- szakmaspecifikus szájápolási tevékenységek műtét után,
- dekubitálódott területek, fekélyek ápolása,
- betegség következményeként átmenetileg vagy véglegesen kiesett vagy csökkent funkciók helyreállításához, fejlesztéséhez vagy pótlásához kapcsolódó ápolás keretében:
 - gyógyászati segédeszközök, protézisek használatának tanítása,
 - mozgás és mozgatás eszközei használatának tanítása,
 - hely- és helyzetváltoztatás segítése.
- szükség szerinti, kiegészítő speciális eljárások:

- UH inhalálás, légzésterápia,
- szívó alkalmazása,
- oxigénterápia.
- tartós fájdalomcsillapítás,
- beszédterápia a beteg állapotától függően,
- gyógytorna,
- elektroterápia,
- otthoni parenterális (nem szájüregen keresztül történő) táplálás végzése kizárólag krónikus bélelégelenségben szenvedő betegek esetében, szükség esetén dietetikus bevonásával.

Az otthoni szakápolás keretében a díjmentesen nyújtott ellátás naponta egy, három órát meg nem haladó vizit. Egyszerre legfeljebb 14 vizit (napi 1) rendelhető, azonban ismételt orvosi vizsgálatot követően, új elrendelő lap alapján az első elrendeléstől számított 12 hónapon belül további három alkalommal, összesen 56 vizit mértékéig rendelhet el folyamatos ápolást a házi orvos, azzal, hogy ha napi többszöri látogatás szükséges, az akkor is csak egy vizitnek számít.

Ha a beteg állapota szükségessé teszi az ezt meghaladó ellátást, akkor a házi orvos, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) egyetértésével egyedileg meghatározott ápolási tevékenységekre további vizitszámot rendelhet el, ha a kapacitás a szolgáltatónál rendelkezésre áll. A NEAK közreműködését az otthoni szakápolást nyújtó szolgáltató kezdeményezi.

Az otthoni hospice ellátás a haldokló beteg gondozásának célja a hosszú lefolyású, halálhoz vezető betegségben szenvedő személy testi, lelki ápolása, gondozása, életminőségének javítása, szenvedéseinek enyhítése és emberi méltóságának haláláig való megőrzése. A haldokló beteg gondozását a beteg otthonában, családjá körében kell nyújtani, ennek érdekében az egészségbiztosítás támogatást nyújt az otthoni hospice ellátáshoz.

Otthoni hospice ellátást csak a házi orvos rendelhet el saját kezdeményezésére vagy a következő kezelőorvosok javaslatára:

- járóbeteg- vagy fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény klinikai onkológusa, vagy
- a daganatos megbetegedés elhelyezkedése szerinti illetékes szakorvos, vagy
- az otthoni hospice ellátást végző szolgáltató olyan szakorvosa, aki csak a tünetek enyhítésére szolgáló és nem a betegség, probléma megszüntetésére irányuló gyógymódot alkalmazza (palliatív szakorvos), vagy palliatív mobil csoport (mobil team) palliatív jártasságú szakorvosa.

Valamennyi fenti esetben legfeljebb 50 napra, de ismételt orvosi vizsgálat alapján – új elrendelő lap kitöltésével – mindösszesen további két alkalommal ismételten elrendelhető. Otthoni hospice ellátás igénybevételével egyidejűleg otthoni szakápolás nem rendelhető.

Az otthoni hospice ellátás keretében végezhető feladatok:

- alap- és szakápolási tevékenységek
- tartós fájdalomcsillapítás szakápolói feladatok
- gyógytorna
- gyógykezelés természetes eszközökkel (fizioterápia)
- szociális tevékenységek szervezése
- diétás gondozás, tanácsadás
- mentálhigiénés gondozás, tanácsadás (ideértve a családtagok, közvetlen gondozásban résztvevők felkészítését a hospice ellátásra)
- gyógyszerelés tervezése, ellenőrzése

Az otthoni hospice ellátás az otthoni viziten túl folyamatos rendelkezésre állást is biztosít.

A gondozást végzőkről

A posztindusztriális társadalomban zajló gyors változások számos új szociális kockázathoz vezetnek (alulfoglalkoztatottság, egyenlőtlenségek növekedése, migráció stb.), míg a demográfiai folyamatok és a családszerkezet gyors átalakulása eredményeként egyszerre érvényesülő trend a fejlett világban az előregedés és a hagyományos családi gondozókapacitás jelentős részének megszűnése, amelyek együttesen korunk egyik legnagyobb társadalmi kihívását jelentik. Az utóbbi évtizedekben a szakirodalom és a közvélemény is elsősorban az időskori biztonság garantálását célzó transzferrendszerek problémáival foglalkozott, és kisebb figyelmet fordítottak arra a nem kevésbé fontos problémára, hogy ki fogja gondozni az egyre több idős embert.

A világ korösszetételéhez képest, ahol a lakosság 8 százaléka 65 év feletti, az Európai Unió előregedési mutatói kiugróan magasak: az ebbe a korosztályba tartozók aránya eléri vagy meghaladja a lakosság 19 százalékát. Az idős populáción belüli jelentős változás, hogy a „legidősebb idősök” (a 80 év felettiek) száma kétszer olyan gyorsan növekszik, mint a náluk fiatalabbaké: körükben egyszerre jelentkezik kockázatként a hirtelen egészségromlás, valamint az ezt követő tartós gondozási szükséglet, ami az ismert öt idősügyi kockázatot eredményezi és kiegészül egy hatodikkal, a magányosság érzésének megjelenésével.

A családszerkezet átalakulása a hagyományos informális gondozókapacitás nagymértékű csökkenését eredményezte, előrevetítve a családi pilléren alapuló gondoskodó feladatok ellátásának súlyosbodó problémáit. A posztindusztriális gazdaság kialakulásával, a szolgáltató szektor előtérbe kerülésével vált lehetővé a nők egyre nagyobb mértékű munkavállalása.

A párkapcsolatok instabilitása, a válások és az egyszülős családok számának növekedése, az atipikus együttélési formák terjedése jelzi a család gyors átalakulását. A fejlett nyugati jóléti államok szociálpolitikájuk kialakításánál már évtizedekkel ezelőtt felismerték, hogy a nők – akik az informális gondozási feladatok elsődleges teherviselői, – már nem képesek és nem is kívánják a nukleáris családban szükséges újratermelési funkciójukat egyedül magukra vállalni. Ezzel együtt növekvő figyelem fordult a nők kettős – munkavállalói és gondozó – társadalmi funkciójának összeegyeztetését célzó szociálpolitikai erőfeszítésekre, mivel a hagyományos gondozás feladata a gondozó női családtagot élete különböző életszakaszában érintheti, és a megnövekedett gondozási igény veszélyeztetheti a nők munkaerőpiaci jelenlétét.

Az idősgondozást vizsgáló szakirodalom túlnyomórészt a gondozottakra koncentrál és jóval kisebb figyelem fordul a gondozást végzőkre. A gondozó családtag terheinek csökkentése érdekében számba kell venni a welfare mix⁵ további pilléreinek teljesítőképességét. A növekvő gondozási igény kielégítéséhez új egyensúlyra van szükség az állam, a piac és a család szerepében. Ennek során egyrészt számolnunk kell a fizetőképes keresletre épülő, szükséglet-kielégítést szolgáló piac szociális érzéketlenségével, másrészt az állam vonakodásával, mivel úgy tűnik, az állam sem képes, és sokszor nem is kíván – kizárólagosan – erre a látszólag periférikusnak tekintett problémára érdemi választ adni.

Az idősgondozás változó kihívásaira adott, az útfüggőség (path-dependency) tézisének sokban igazoló különböző állami válaszok azt mutatják, hogy útkeresés zajlik az adott területen. Az biztosnak látszik, hogy a változó család szerepe jelentős marad az idősgondozásban, ennek ellenére nem vagyunk pontosan tisztában azzal, hogy hazánkban – a családon belül – kik vállalják magukra ezt a gondozási tevékenységet.

A hazai otthonközeli tartós gondozás nemzetközi megközelítésben

Európában az 1990-es évek közepéig az otthonközeli tartós gondozás (Long Term Care, a továbbiakban LTC) szempontjából egyrészt univerzális modelltől, másrészt reziduális modelltől beszélhetünk. Univerzális modell alatt azt értjük, amikor a tartós gondozási rendszer lefedettsége meghaladja a 20%-ot, reziduális modell esetén a lefedettségi mutató általában nem éri el a 10%-ot, itt nagyobb mértékben támaszkodnak a család gondozói szerepére és az egészségügyi szolgáltatások igénybevételére. Az első modellbe tartoznak a skandináv országok, a másodikba a kontinentális, dél-európai és közép-európai országok, így Magyarország is. Az 1990-es években az univerzális modellbe tartozó államokban jelentős megszorításokat vezettek be, főleg a hozzáférést korlátozták. Ezzel szemben a reziduális modell államaiban kiterjesztették az LTC-modell lefedettségét, és fejlesztették az ellátásokat, így a reziduális modell az univerzális modell felé mozdult el. Ennek következtében az eredeti elvi különbségek jelentősége csökkent.

Magyarország tartós gondozási rendszere a reziduális modellbe tartozik, mert a tartós gondozásban részesülők aránya 2010-re éppen csak megközelítette a 10%-ot, ami azt mutatja,

⁵ a szociálpolitika, azon belül is a jóléti államok működésének fogalma, amely azt jelenti, hogy hogyan oszlik meg a felelősség és a szolgáltatások nyújtása a különböző szereplők között (állam, piac, család, civil szervezetek, egyének), hogy biztosítsák a polgárok jólétét és szociális biztonságát, ami a magyarban "jóléti mix" vagy "szociális keverék" néven értelmezhető, vagyis a különböző jóléti források és rendszerek

hogy a nemzetközi tendenciáknak megfelelően a magyar reziduális rendszer is enyhén elmozdult az univerzális rendszer felé.

Magyarországon az otthonközeli tartós gondozásra vonatkozó szolgáltatások az alapellátás keretében biztosítottak. Ide tartozik a házi segítségnyújtás is, amelynek – a korábbiakban említettek szerint - elődjét a területi szociális gondozásról szóló 10/1986. (IX. 24.) EüM rendelet vezette be Magyarországon, és amely a szociálpolitika akkori filozófiája alapján ez egy egészségügyi szolgáltatás volt. Az Országgyűlés a rendszerváltást követően 1992 decemberében fogadta el a Szoc. tv.-t, amely egyrészt egységes szerkezetbe foglalta a szociális ellátások körét, benne a méltányossági ápolási díjat, másrészt a korábbi gondozói hálózatot házi segítségnyújtásként határozta meg azon személyek csoportja részére, akik önmagukról nem képesek gondoskodni, és akikről mások sem gondoskodnak. A Szoc. tv. vonatkozásában a 2015-ös esztendő járt az addigi legnagyobb változtatással, amely a transzfer- és a szolgáltatásrendszer átszervezése révén az idősekre és az őket gondozó családtagokra is jelentős mértékben kihatott. A szabályozási rendszerből kikerült ugyanis a méltányossági alapon nyújtott ápolási díj, amelynek ellentételezésként került bevezetésre az úgynevezett települési támogatás. A házi segítségnyújtás rendszerében is jelentős módosításokat fogadtak el, amelyek közül a legfontosabb a – jogosultság igénybevételéhez, az értékelő lapon elérhető – szükséges pontszám emelkedése: 2012. január 1-jétől hatról 11 pontra, majd 2015. január 17-étől húszra. 2016. január 1-jétől Magyarországon is változtak a házi segítségnyújtás szintjei, a törvény egyrészt pontosan meghatározta a szociális segítség és a személyi gondozás tartalmát, másrészt egységesítette a házi segítségnyújtás keretében a szolgáltatások körét, 2017. január 1-jét követően pedig eltörölték a gondozási időre vonatkozó maximum 4 órás korlátot, biztosítva ezzel a valós szükségletnek megfelelő ellátást.

A nemzetközi tendenciákhoz hasonlóan a hazai változások is azt mutatják, hogy az állam által garantált otthonközeli tartós gondozás a magasabb gondozási szükséglettel rendelkező idősek felé tolódik, a kérdés csak az, ha a piac – fizetőképesség hiányában – nem elégíti ki a szükségletet, a család milyen segítséggel tudná elvégezni a gondozó munkát. E kérdés megválaszolása különösen fontos abban az esetben, ha más szereplő (gondozó) tevékenységére nem számíthat a család.

Csekély számú nemzetközi és csak egy részleges magyarországi kutatás áll rendelkezésre a gondozó családtagra vonatkozóan, ráadásul ezek eltérő fogalomhasználata is megnehezíti a komparatív elemzés elvégzését, annak ellenére, hogy a társadalom előregedésével, a várható élettartam növekedésével, valamint ezzel párhuzamosan a családszerkezet megváltozásával egyre nagyobb szakpolitikai figyelmet kellene fordítani a tartós gondozási szükségletekre, illetve az informális gondozók potenciális szerepére.

Az eltérő fogalomhasználatok

A nemzetközi kutatások jellemzően három elkülöníthető fogalmi keretet használnak a gondozó megjelölésére:

- az informális gondozó fogalma a családtagokon túl magában foglalja a barátokat, szomszédokat, ismerősöket és az önkénteseket,
- a gondozó családtag a vérségi vagy jogi értelemben vett rokonságra korlátozza a gondozott és gondozó közötti kapcsolatot, feltételezve a rokonságból eredő normatív elvárást a gondozott ellátására,
- a kutatások utolsó típusa a felnőtt gyermek és az idős szülő közötti szolidaritást vizsgálja, mint a családon belüli kapcsolatok egyik sajátos és egyben legerősebb típusát.

Az OECD az informális gondozó kifejezést használja a családtagok és barátok által végzett gondozó tevékenységre. Az Idős Emberek Európai Platformja informális gondozóra vonatkozó definíciója még tágabb kategóriát fed le: e szerint a családtagokon és a barátokon túl, a szomszédok és a gondozást fizetés nélkül ellátó egyéb személyek is informális gondozóknak minősülnek. Az INTERLINKS-projekt⁶ a gondozó informalitásának meghatározása mellett és a fizetés hiányán túl, további feltételeket is rögzít: így a szerződéses jogviszony hiányát, a gondozási feladatok meghatározatlanságát, komplexitását, valamint a gondozási idő képlékenységét. Eltérő megközelítést alkalmaz a NAC (National Alliance for Caregiving 2015), valamint az EUROFAMCARE⁷, amely a gondozó fogalmát a megkérdézett szubjektív értékítéletéhez köti.

⁶ Health systems and long-term care for older people in Europe. Modelling the interfaces and links between prevention, rehabilitation, quality of services and informal care

⁷ Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage

Bár a gondozott fogalmát könnyebb körül határolni, mint az informális gondozóét, a kutatásokban jelentős eltérések vannak az életkori határ meghatározásában, ami összefügg a kutatás céljaival, a tartós gondozási szükséglet eltérő meghatározásaival, valamint az idős fogalma körül kialakult szakmai vitákkal.

Az OECD és a SHARE-projekt⁸ 50 évben határozta meg a mintában szereplők korhatárát; az EUROFAMCARE vizsgálatában 65 év feletti gondozottakra vonatkozott a felmérés, míg az EUROFOUND⁹ 60 éves vagy annál idősebb személyek gondozását vizsgálja, külön hangsúllyal a 74 éven felüli populációra. Az INTERLINKS nem használ kutatásában életkori határt, míg a NAC a 18 éven felüli gondozottakat vizsgálja, elkülönítve a 18–49, az 50–74 és a 75 év feletti korcsoportot.

A gondozási tevékenység definiálása a szubjektív értékítélet alapján fizetetlen gondozásnak ítélt tevékenységtől a gondozás alcsoportjainak meghatározásáig terjed. A SHARE-projekt 5. hulláma retrospektíven vizsgálja, hogy a gondozott kapott-e személyes gondozást vagy háztartási segítséget, az OECD „Activities of daily living” (ADL)¹³ – „Instrumental activities of daily living” (IADL)¹⁰ fogalompár használatával kategorizálja a potenciális gondozást igénylő tevékenységeket. Az OECD jelentésekben nem fedezhető fel a különböző tevékenységek kimerítő jellegű kategorizálása, a szervezet csupán példákkal illusztrálja a gondozási tevékenységek típusai közötti különbséget. A többi nemzetközi kutatás leggyakoribb tevékenységi típusai között szerepel a személyes szükségletek kielégítésében, a házimunkában, valamint a pénzügyekben és hivatalos ügyekben való segítség. Az érzelmi és pszichológiai segítségnyújtást mindössze az INTERLINKS-projekt, az ez alapján jelentő EUROFAMCARE projekt és az EUROFOUND 1995-ös kutatása emelte ki külön, mint a gondozási tevékenység szerves részét.

Az eltérő fogalomhasználat ellenére a nemzetközi kutatások számos ponton hasonlóságot mutatnak. A gondozási tevékenység minden esetben jelentős korlátokat jelentett a munkaerőpiaci jelenlétet tekintve. A gondozási feladatok ellátása nemi

⁸ Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe

⁹ European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions

¹⁰ Az Instrumental activities of daily living: a magasabb készségeket igénylő tevékenységeket foglalja magában. Beletartozik mások gondozása, állatok körüli tevékenységek ellátása, a kommunikációs tevékenységek, a mobilitást igénylő feladatok ellátása, valamint a pénz- és hivatalos ügyek intézése. A kategória részét képezik továbbá az egészségügyi ellátást igénylő tevékenységek, valamint az otthoni rendben tartásával kapcsolatos feladatok: másik személy gondozása, állattartás feladatainak ellátása, gyermeknevelés; kommunikáció; közösségi közlekedés; pénzügyek intézése; egészségügyi feladatok ellátása; vallásgyakorlás; biztonság fenntartása, vészhelyzetek kezelése; vásárlás; otthoni rendben tartása; ételkészítés és felmosás

egyenlőtlenségeket mutat. Az OECD 2013-as jelentése alapján a gondozók 60%-a (Magyarországon 71%-a) nő¹¹. A EUROFAMCARE 76%-ra teszi a nők arányát a gondozók között, míg az Amerikai Egyesült Államokra vonatkoztatva a NAC 60%-os női arányt mutat. A nők tehát különösen veszélyeztetettek a munkaerőpiaci szegregációt, az alacsony nyugdíjat tekintve, valamint az informális gondozás növeli körükben a mentális megbetegedések valószínűségét. A gondozó életkorát tekintve mind a NAC, mind az INTERLINKS-projekt kutatása arra mutatott rá, hogy a gondozó szerep az 50 év felettek körében a legjellemzőbb. Az EUROFAMCARE adatai alapján a gondozók mindössze 41%-a foglalkoztatott, a gondozó jellemzően családtag, többségében a gondozott gyermeke vagy házastársa. A gondozási tevékenység módját tekintve az EUROFAMCARE kutatása alapján a leggyakoribb támogatási forma az érzelmi / pszichológiai segítségnyújtás, valamint a pénzügyi támogatás. Az OECD 2013-as adatai alapján a gondozási tevékenység 66%-a napi szinten zajlik - foglalkoztatási szempontból ez azt jelenti, hogy a gondozóknak az életpályájuk egy részén csökken a munkaerőpiaci kötődésük, ami egyrészt megtöri bérszínvonaluk növekedését, másrészt életkorukból adódóan megnehezíti munkaviszonyuk visszaállítását. Az 50 év feletti nők esetén külön kihívást jelent a gyermeknevelés időszakát követően az aktív évek újabb megszakítása.

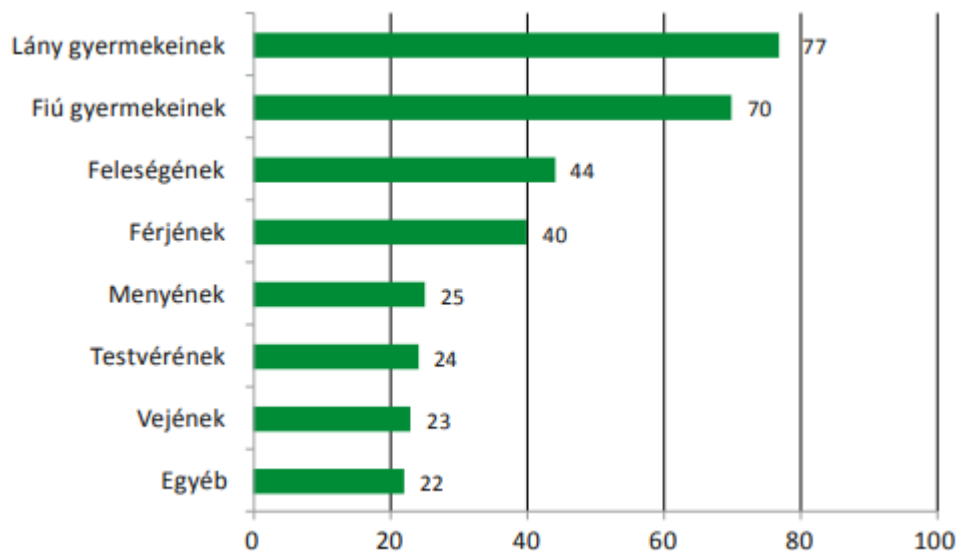
A gondozó családtag a XXI. század magyar valóságában

Magyarországon egyáltalán nem készült önálló kutatás a témakörben, így sem egységes fogalomhasználatról, sem kutatási eredményekről nem lehet beszámolni, ugyanakkor közvetett adatok alapján¹² megállapítható, hogy a gondozó családtagok aránya a 18 éven felüli lakosság körében mintegy 25%-ra tehető.

Ön szerint az alábbiak közül kinek a feladata egy idős ember gondozása?

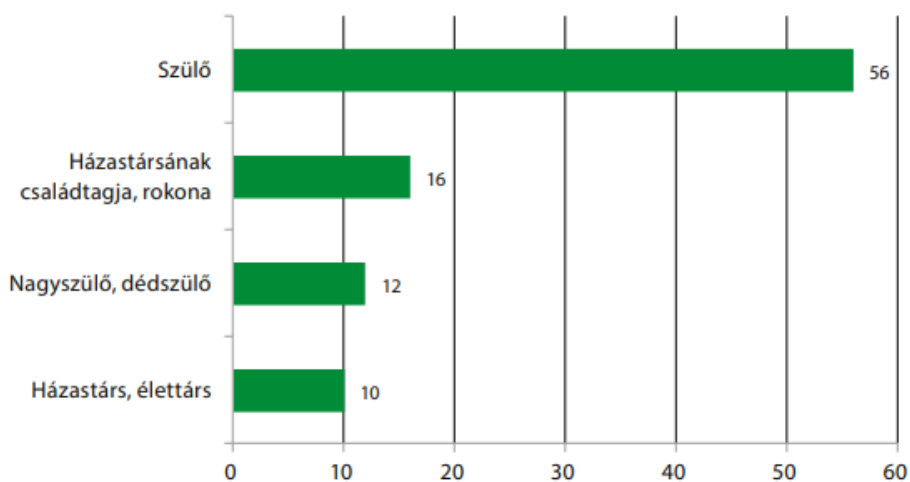
¹¹ OECD Health at a Glance 2013

¹² Rubovszky Csilla: Idős gondozás a családban – A gondozó családtagok helyzete a mai Magyarországon. Esély folyóirat 2017/4



Forrás: Rubovszky Csilla: Idős gondozás a családban – A gondozó családtagok helyzete a mai Magyarországon. Esély folyóirat 2017/4

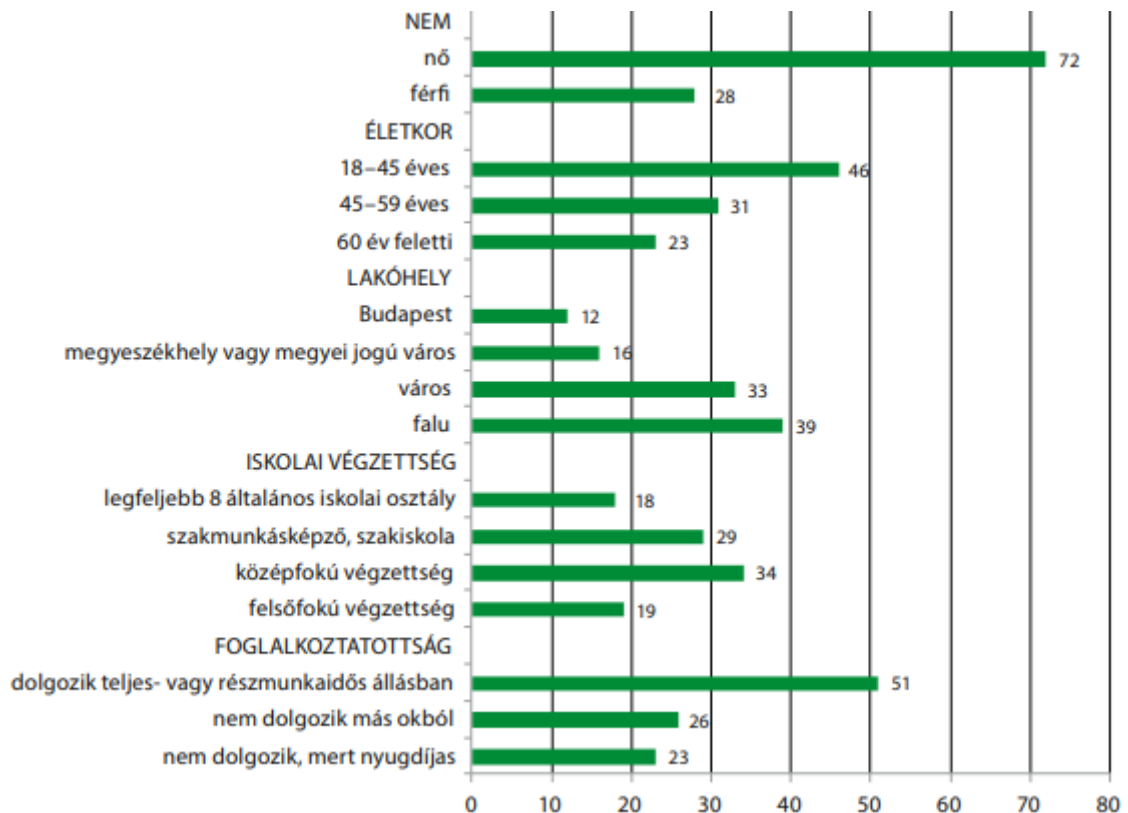
A gondozó családtagok véleményei alapján leginkább a gyermekeké az idős emberek gondozásának felelőssége: a kérdezettek 77%-a válaszolta, hogy az időskorú hozzátartozó gondozása a lánygyermek feladata (is), 70%-uk szerint pedig a fiúgyermek feladata (is). A gondozók 44%-a nyilatkozta, hogy e felelősség a feleségé (is), 40% pedig azt, hogy a férjé (is). Ennél kisebb arányban tartották a megkérdezettek az idős családtagok gondozását más hozzátartozók feladatának: 25% azzal értett egyet, hogy ez az időskorúak menyének, 24% azzal, hogy testvérének, 23% pedig azzal, hogy vejének feladata. A válaszadók mindössze 22% gondolta azt, hogy más személynek is van feladata a gondozásban.



Forrás: Rubovszky Csilla: Idős gondozás a családban – A gondozó családtagok helyzete a mai Magyarországon. Esély folyóirat 2017/4

A valós helyzet szerint jellemzően gyermekeik gondozzák idős hozzátartozóikat, mert a megkérdezettek többsége, (56%) saját szüleit gondozza. Ebbe a csoportba soroljuk a nevelőszülőket és mostohaszülőket is. A gondozó családtagoknak csak kevesebb, mint ötöde gondozza házastársának rokonát vagy családtagját (16%), nagyszülőjét vagy dédszüülőjét (12%), házastársát vagy élettársát (10%), 6%-uk pedig más rokonát.

A gondozó családtagok demográfiai jellemzői



Forrás: Rubovszky Csilla: Idős gondozás a családban – A gondozó családtagok helyzete a mai Magyarországon. Esély folyóirat 2017/4

A gondozók legfontosabb szociodemográfiai indikátorait vizsgálva elmondható, hogy jellemzően a női családtagok vállalják magukra az idős hozzátartozójuk gondozását: a gondozó családtagok közel háromnegyede, 72%-a nő, 28%-a férfi. A gondozó családtagok átlagos életkora 50,5 év, 46%-uk 18–45 éves, 31%-uk 46–59 éves, 23 százalékuk 60 éven felüli.

Lakhelyükre jellemző, hogy 12%-uk Budapesten, 16%-uk megyeszékhelyen vagy megyei jogú városban, 33%-uk más városban, 39%-uk pedig községekben él.

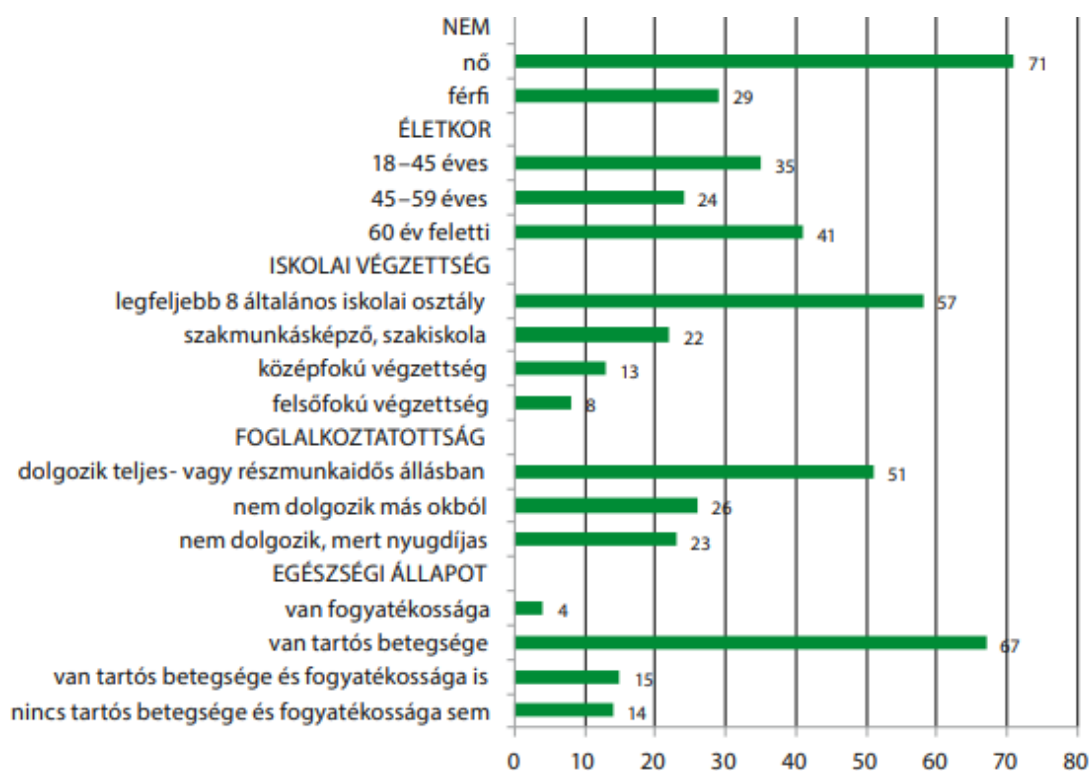
A gondozók iskolai végzettségét vizsgálva elmondható, hogy a gondozás feladata minden társadalmi csoportban megjelenik. A megkérdezettek 18%-a legfeljebb 8

általános iskolai osztályt, 29%-a szakmunkásképzőt vagy szakiskolát végzett. A gondozó családtagok 34%-a rendelkezik középfokú (szakközépiskolai vagy gimnáziumi) és 19%-a felsőfokú végzettséggel.

Munkavállalás szempontjából a gondozó családtagok fele (51%) teljes- vagy részmunkaidőben dolgozik, másik fele (49%) viszont valamilyen okból nem dolgozik (nyugdíjas, tanuló, vagy más okból nem dolgozik), vagy csak alkalmi munkát végez. Ezen a csoporton belül jelentős számban nyugdíjasok (23%) találhatóak.

Családi állapotukat tekintve kimutatható, hogy a gondozó családtagok közel kétharmada (64%) házas, vagy élettársi kapcsolatban él, míg harmaduk valamilyen okból egyedülálló. A gondozó családtagok többségének (81%) van gyermeke, legtöbbjüknek két (42%), 21 százalékuknak egy, míg 18%-uknak három vagy több gyermeke van.

A gondozott idősök demográfiai jellemzői és egészségi állapota



Forrás: Rubovszky Csilla: Idős gondozás a családban – A gondozó családtagok helyzete a mai Magyarországon. Esély folyóirat 2017/4

A gondozott időskorú családtagok körében a gondozó családtagokhoz hasonlóan jóval magasabb a nők aránya (71%), mint a férfiaké (29%). A gondozott idősök átlagos életkora 78,47 év, többségük – 65%-uk – 75 év feletti.

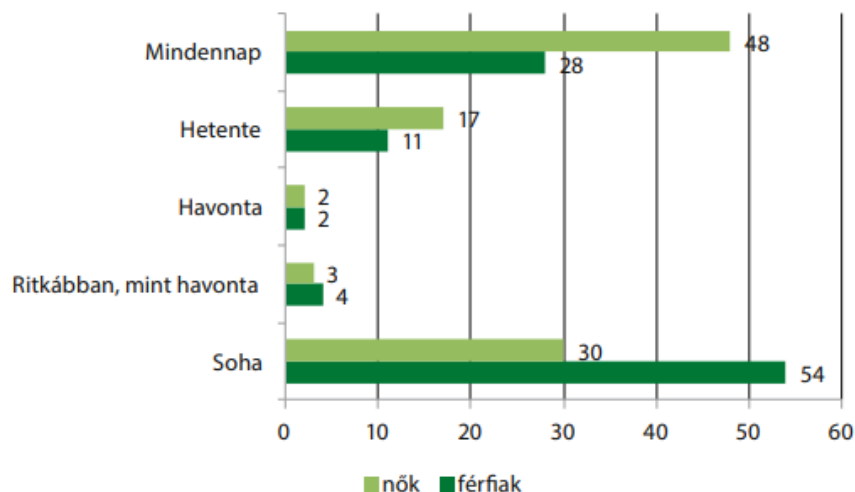
Iskolai végzettségüket tekintve a gondozott idősök körében magasabb az alacsonyabb iskolai végzettségűek aránya, mint a gondozók esetében: többségük, 57%-uk legfeljebb 8 általános iskolai, 22%-uk szakmunkás, 21%-uk pedig ennél magasabb iskolai végzettséggel rendelkezik.

Egészségi állapotukat tekintve a gondozott idősök 67%-ának van valamilyen tartós betegsége, 4%-ának valamilyen fogyatékosága, 15%-ának pedig tartós betegsége és fogyatékosága is, míg 14%-ukra jellemző, hogy sem tartós betegséggel, sem fogyatékosággal nem rendelkezik.

Vizsgálódó, hogy a családtagok milyen feladatokat látnak el, valamint hogy van-e különbség a feladatok ellátásában az egyes gondozói csoportok között. A gondozási tevékenységeket három típusra oszthatjuk¹³:

- az első a személyes gondozás, amelybe olyan feladatok tartoznak, mint például az idős fürdetése, a tisztába tétel vagy a mozgásban való közvetlen segítség,
- szociális gondozási feladat az olyan tevékenység, mint a házimunka végzése, vagy a különböző ügyintézkésekben való segítségnyújtás,
- végül az érzelmi, pszichés támogatás kategóriájába soroltuk az időssel való társalgást és a betegséggel kapcsolatos lelki segítségnyújtást.

A személyes gondozási feladatok nyújtásának gyakorisága nemenként

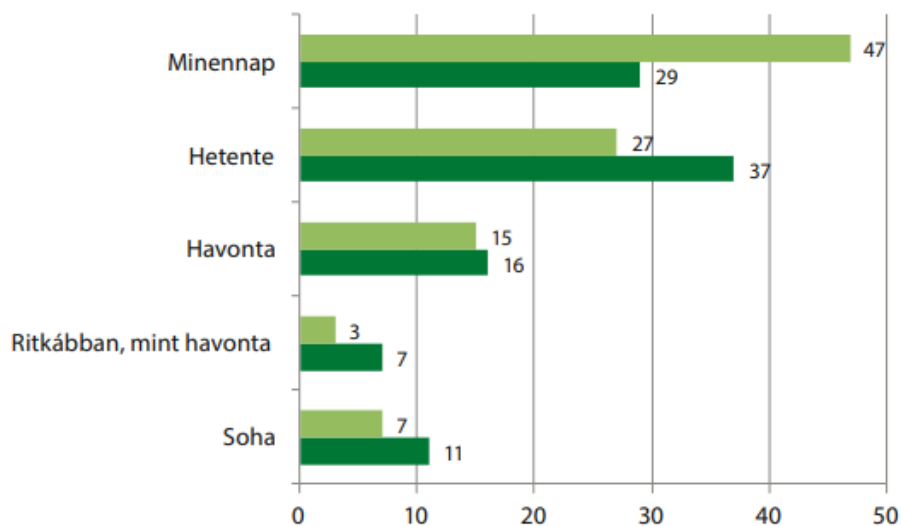


¹³ A felosztás egyrészt a 2016. január 1-jén hatályba lépett jogszabálymódosítás, másrészt az OECD előírásain alapszik.

A megkérdezett gondozók közül 43% számolt be arról, hogy mindennap nyújt az általa gondozott idősnek személyes gondoskodás körébe tartozó segítséget. Az ilyen tevékenységet hetente végzők aránya 16, a havi rendszerességgel nyújtók aránya elenyésző, 2%. A válaszadók 4%-a ritkábban, mint havonta végez ilyen tevékenységet, míg 36%-uk soha nem vesz részt a személyes gondoskodás körébe tartozó feladatok ellátásában.

Nemenként vizsgálva fontos különbség, hogy a nők szignifikánsan gyakrabban végeznek a személyes gondoskodás körébe tartozó feladatokat, mint a férfiak: míg esetükben a naponta ilyen feladatokat ellátók aránya 48, a férfiak esetében 28%. Ezzel szemben azok aránya, akik soha nem nyújtanak személyes gondoskodást, a férfiaknál 54, a nőknél 30%.

A szociális gondozási feladatok nyújtásának gyakorisága nemenként



A gondozók körében 42% azok aránya, akik mindennap ellátnak szociális gondozás körébe sorolható feladatokat, például háztartási munkát végeznek, vagy segítik az idős embert a pénzügyi és hivatali ügyintézésben. A gondozók 30%-a hetente, 16%-a havonta, 4%-a ritkábban, mint havonta, 8%-a százalékuk pedig soha nem végez ilyen

feladatot. A szociális gondozás körébe tartozó feladatok közül a gondozók leggyakrabban a háztartási munkák végzésében segítenek, 68%-uk mindennap, 22%-uk pedig hetente. A gondozók 48%-a naponta nyújt segítséget az idős ügyintézésében.

A személyes feladatokhoz hasonlóan a szociális gondozást is gyakrabban végzik a nők, a napi szintű szociális gondozást nyújtó nők aránya 47, míg ugyanez az arány a férfiak esetében 29%. A szociális gondozást sosem nyújtók aránya a férfiaknál 11, a nőknél 7%.

Összegzés

A gondozó családtagok többsége életkörülményeiből adódóan, érzelmi okokból és kötelességtudatból vállalta magára idős rokonának gondozását, amely gyermekeik felelősségként jelenik meg a gyermeknevelés viszonzásaként. A gender attitűdök terén egyértelmű változás látható, nincs jelentős eltérés a megkérdezettek válaszaiban, hogy leány vagy fiúgyermekről, menyéről, vagy vőről beszélünk. Ez hosszútávon pozitív elmozdulást is jelenthet a ténylegesen gondozó családtag nemében, azonban a folyamat lassúnak mutatkozik, hiszen a nemzetközi adatokon belül Magyarország mutatja az egyik legrosszabb arányt a nők informális gondozásban tapasztalható túlsúlya tekintetében, annak ellenére, hogy a gyermekgondozáshoz képest jóval kevesebb biológiai magyarázat adható arra, hogy miért elsősorban nők látják el az idősgondozásból adódó feladatokat.

A szociális innovációról

A szociális innováció elmúlt évtizedben történő előtérbe kerülésének oka, hogy súlyos problémákat – például az éghajlatváltozás, a világszerte meglévő krónikus betegségek, a növekvő egyenlőtlenség – képtelenek voltak kezelni a fennálló struktúrák és az ezeket kialakító és fenntartó politikák. A szociális innováció fogalma nem egyezik meg a más tudományterületeken használatos definíciókkal (pl. a piaci innováció vagy a technikai innováció), következésképp struktúrájában, modelljeiben, méréseiben és módszereiben is különbözik tőlük. Az Európai Unió szociális innovációként definiálja azokat az új „ötleteket

(new ideas)”, amelyek kielégítik a szociális szükségleteket és új szociális kapcsolatokat, együttműködést eredményeznek¹⁴.

A legfontosabb kérdések a szociális innováció tekintetében, hogy milyen lépésekre lenne szükség az innováció megvalósításához, kikre irányul az innováció és milyen szereplőket lehet bevonni az innováció megvalósításának folyamatába. Ennek megválaszolására törekedett a 2013–2017 közt lefolytatott – az aktív idősödés lehetőségeit kutató – nemzetközi projekt, a MoPAct (Mobilising the Potential of Active Ageing in Europe, támogató az Európai Unió 7. keretprogramja). A projektben részt vevő kutatócsoportok a téma nyolc területét vizsgálták, közülük az egyik kutatói team a tartós gondozásban kínálkozó megújítási lehetőségeket kereste. Ennek a kutatócsoportnak (WP8) Románia, Németország, Ausztria, Olaszország, Finnország, Észtország, Portugália mellett Magyarország is tagja volt.

A MoPAct tartós idős gondozásra vonatkozó munkacsoportja több módszert alkalmazott: háttérkutatás, statisztikai adatbázis elemzése (csak Finnországban), jó példák feltérképezése, fókuszcsoportos és szakértői interjúk. Minden résztvevő országnak a team által kidolgozott interjú vezérfonalakat és a fókuszcsoportok esetében az időintervallumot (3,5 óra) kellett követnie, az előre meghatározott kérdéseket szigorúan betartva. Az alábbiakban a Magyarországon készült fókuszcsoportos és szakértői interjúk eredményeiről lesz röviden szó, nemzetközi kitekintéssel.

A fókuszcsoportos interjúk alkalmával a kutatók hármass célkitűzése az volt, hogy

- a. feltérképezzék az otthoni tartós gondozással összefüggő problémákat,
- b. feltárják, hogy milyen helyi, regionális vagy nemzeti szintű innovációra lenne szükség,
- c. felvázolják azokat a javaslatokat, amelyek lehetővé tennék az innováció megvalósítását.

A tartós idős gondozás kihívásainak sokaságát ismerő szakértőkkel folytatott interjúktól azt várták a kutatók, hogy innovációs prioritásokat, és azok lehetséges megvalósításait fogalmazzák meg. A prioritások megjelölése egyben lehetővé tette az alapvetőnek tartott problémák és az összefüggések felvázolását.

¹⁴ European Commission (2011): Empowering people, driving change: Social innovation in the European Union. Luxembourg: Commissioned by the European Commission

A résztvevők által megjelölt problémacsoportok közül kiemelkedően magas pontszámot kapott a „házi gondozás szakmaisága”, valamint a „szektorsemleges finanszírozás” problémacsoportja. Az előbbibe tagozódott be a házi segítségnyújtás és annak fejlesztése, a könnyebb hozzáférhetőség biztosítása, a gondozás időtartamának bővítése – beleértve az éjszakai gondozást is –, valamint a szolgáltatáshoz való hozzáférés segítése. A szektorsemleges finanszírozás alatt egymással sokszor összefüggő kihívások kerültek napvilágra: az állami, az egyházi és a privátszféra nem egyenlő mértékben jut hozzá az anyagi forrásokhoz; ezért meg kell teremteni a stabil finanszírozás hátterét; a dologi juttatásokat helyben kell biztosítani (nem mindenütt állnak rendelkezésre ugyanazok a dologi feltételek a szolgáltatások biztosításához); szükséges továbbá a térítési díj bevezetése és ezzel párhuzamosan a jelzőrendszeres szolgáltatás szociális rászorultsági kritériumainak bővítése (pl. 65 év alatti egészségkárosodott személyek számára); elengedhetetlen a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás fejlesztése és a rendszerbe történő beillesztése.

Az előbbi két fő csoporttól leszakadva jelent meg a „szociális kapcsolati háló” kategóriája a következők említésével: szükséges elősegíteni, hogy a generációk együttműködjenek; lehetőséget kell biztosítani, hogy az idős ember bekapcsolódjon a közösségi életbe; az idősek védelme érdekében szükség esetén biztosítani kell a rendőri felügyeletet; kulturális és közösségi rendezvényekkel biztosítani kell, hogy az idősek szellemi frissessége megmaradjon; az idősek életminősége nagy mértékben javítható speciális testgyakorlással (pl. tajcsi, jóga), ezért biztosítani kell számukra az ilyen „sportot”; az egészségügyi ellátást erőteljesebben be kell vonni a szociális ellátásba.

Az intézményi ellátás, a jelzőrendszeres szolgáltatás fejlesztése, a falugondnoki szolgálat, az infokommunikáció és a környezet kategóriái a rangsor alsó harmadába kerültek, mi több, az infokommunikáció és a környezet csoport utolsó helyezett lett. Ez azért meglepő, mert e két kategória az innovációs lehetőségek szinte kimeríthetetlen tárházát biztosíthatja, a környezet átformálása és annak az idősek igényeihez történő átszabása pedig szintén elengedhetetlen. A környezetet illetően a hiányok között előtérbe került a rugalmas közlekedés, a szállítás megszervezése, az akadálymentes lakás, illetve a közvetlen lakókörnyezet akadálymentesítése. Az infokommunikáció kategóriájában a „telefon nagybetűs kijelzőkkel”, az „idősek informatikai ismereteinek fejlesztése” és az „információáramlást segítő eszközök beszerzése, biztosítása, azok használatának megtanítása” bukkantak fel.

A két fő problémacsoport tehát:

1. Helyzetfelmérés – Melyek a tartós gondozás fő nehézségei?

a) a házi gondozás szakmaisága

A csoport tagja ebben a csoportban három alkategóriát neveztek meg: törvényi szabályozás, szakmaiság, finanszírozás

Az egyik nehézség a résztvevők szerint, hogy a törvényi szabályozás, a szakmaiság és a finanszírozás nincs összhangban. Lényeges lenne a minőségi gondozás gyakorlati szakmai szempontjainak figyelembevétele a finanszírozás és a rendeletek meghatározásának folyamatában. A források hiánya miatt legtöbbször a mennyiség, nem pedig a minőség a fontos - a gondozottak magas száma a minőségi szakmai munkát legtöbbször lehetetlenné teszi. Már a gondozottakhoz való eljutás is sok időt vesz igénybe, emellett nagy az adminisztrációs teher. Úgy vélték, hogy az otthoni, a saját környezetben való ellátás előnyben részesítése lényeges, mivel az idősek zöme a lehető legtovább saját környezetében szeretne maradni. A döntéshozók és az ellátásokat biztosítók szempontjából is ez lenne a legelőnyösebb, hiszen a házi segítségnyújtás költséghatékonyabb ellátási forma, mint a bentlakásos intézmény.

A dolgozók leterheltsége és a minőségi szakmai munka vonatkozásában a résztvevők kiemelték, hogy korábban létezett egy tehermentesítő megoldás: a házi gondozási rendszernek ugyanis része volt az ún. tiszteletdíjas gondozás. A tiszteletdíjas gondozó igen csekély összegért végzett el részfeladatokat, de ez lehetővé tette, hogy a gondozónők több időt töltsenek a szakértelmet igénylő gondozási feladatokkal, ezért a tiszteletdíjas gondozást a minőségi munkát növelő elemnek ítélték. Megjegyzendő, hogy bár tiszteletdíjasok ma nem, de közfoglalkoztatottak dolgoznak a rendszerben. Alkalmazásuk egyik oka a költségcsökkentés, az idősek körében végzett munkájuk azonban számos kérdést vet fel a szakemberek szerint. Az egyik legfontosabb a bizalmi állás kérdése, valamint az, hogy a közfoglalkoztatottakat csak egy bizonyos ideig alkalmazzák, az idősek számára pedig fontos az állandóság.

A szolgáltatásokhoz való hozzáférés körében a résztvevők hangsúlyozták, hogy nehézséget jelent a 2015. január 1-jével bevezetett szabályozás, mert a hozzáférési lehetőségek szigorúbbá váltak – csak a gondozási szükségletvizsgálat meghatározott eredményei alapján igényelhető az ellátás, - így számos, valójában segítségre szoruló,

de a gondozási szükségletvizsgálat alapján nem rászoruló idős nem fér hozzá a szolgáltatásokhoz – noha lehet, hogy családi támogatással nem rendelkezik, és az önálló életvitel már nehézséget jelent számára. A résztvevők nyomatékosították annak előnyét, hogy a házi segítségnyújtást korábban – térítés fejében – bárki igényelhette.

b) szektorsemleges finanszírozás

A második fő problémacsoportban, a szolgáltatások finanszírozásánál a résztvevők kiemelték a szektorsemlegesség jelentőségét: véleményük szerint fenntartótól függetlenül, valamennyi intézménynek – a privát fenntartásúaknak is, – ugyanannyi támogatáshoz kellene jutnia az azonos szolgáltatások elvégzéséért. A jelenlegi finanszírozásban az esetek megfelelő ellátását nehezíti a fejkvóta-rendszer, mely nem tesz különbséget a kevésbé súlyos és a súlyosabb betegek között. A finanszírozási problémák új rendszert tennének szükségessé: a szükséglet alapú finanszírozást, mely egyfelől az elvégzett feladatok mennyisége szerint támogatná a szolgáltatásokat, másfelől a speciális feladatok figyelembe vételével elősegítené a minőségi munkavégzést, így a szakmai színvonal emelkedését is.

Innovációs ötletek – mely innovációkat tartanak a legfontosabbnak

A házi gondozás szakmaisága vonatkozásában az innovatív irányok között fellelhető a mikro-, a mezo- és a makroszint szerepe is, megállapíthatjuk továbbá, hogy az infokommunikációval elképzelhető és / vagy kivitelezhető megoldások kerültek előtérbe.

Mikroszinten, amely magát az időst érinti, felmerült az önkéntesség szerepe. Említésre került, hogy a középiskolákban letöltendő „közösségi szolgálat” tantárgy révén, amely során a másodfokú képzésben résztvevőket önkéntes tevékenységre nevelik, a fiatalok bevonása is megkönnyíthetné a házi gondozást, fontos azonban hozzátenni, hogy a fiatalok szolgálata mentori kísérést és ellenőrzést is igényelne.

Mezoszinten gyakori probléma a szolgáltatásokkal kapcsolatos információhiány mind az idősek, mind a hozzátartozók, de még a házi orvosok körében is. A vélemények szerint az innováció egyik területe lehetne az információk korszerű biztosítása a szociális ellátások hozzáférhetőségéről. Fontos innovációs ötletként jelent meg az aktív idősödést támogató kulturális szolgáltatások bővítése is, pl. könyvek kölcsönzése házhozzállítással.

Külön kategóriában körvonalázódott a megfelelő környezet biztosítása, infrastruktúra az idősbarát közlekedéshez, illetve a szállítás biztosítása – mindez szintén elősegíthetné az aktív idősödést, a társadalmi életben való részvételt. Az időskori egészségi állapothoz, funkcióromlásához alkalmazkodó környezetnek nem pusztán életminőséget javító hatása van, hanem egyben a gondozást is megkönnyíti.

Makroszinten a prevenciót támogató rendelkezések, a szabályozás az innováció elengedhetetlen részei, ezzel késleltethető az idős ember intézménybe kerülése. A mentálhigiénés segítségnyújtás rendszerbe való építése is alapvető. Csak így tud az idős „másképp”, jobb közérzettel megöregedni. Jelenleg a házi segítségnyújtáshoz kapcsolódóan egyáltalán nem alkalmaznak mentálhigiénés szakembereket. Az infokommunikáció, az informatikai újítások körébe tartozó javaslatok mindhárom szintet átszövik, és érintik az ellátórendszer valamennyi résztvevőjét. Az infokommunikációs készségek fejlesztése lényeges az idősek körében, mert szorosabb kapcsolattartást tesz lehetővé hozzátartozóikkal. Az infokommunikációs készségek fejlesztése a dolgozók körében is nagyon fontos, hiszen a könnyebb kommunikáció növelhetné a munka, a gondozás hatékonyságát, az infokommunikáció útján elérhető információk, vagy támogató szolgáltatások pedig javíthatnák a munka minőségét is.

A szektorsemleges finanszírozást illetően a csoport tagjai három, egymással szorosan összefonódó innovációs utat jeleztek:

- a szükséglet alapú finanszírozás megteremtését,
- a minőségi munkaerő érdekében szakemberek képzését,
- a szaktudás megbecsülését és ennek a bérezésben történő érzékeltetését is.

Valamennyi, finanszírozással kapcsolatos javaslat a szakmaiság feltételeinek megteremtését tűzi ki célul, ami megerősíti, hogy források nélkül minőségi szakmai munka nem valósítható meg.

Az innováció fő szereplői – Ki vegyen részt az innovációs folyamatban?

Az innovációt elősegítő, azt végrehajtó szereplők egyik legfontosabbika mindkét problémacsoport esetében az állam, a különböző minisztériumok és a közigazgatás alsóbb szintjeinek döntéshozói (önkormányzat). Az említettek alapján felállítható egy olyan modell, amelyben a megújulás ösztönzői között – a kulturális, az oktatási, az egyházi intézmények, a civil, a nonprofit és profit szféra mellett – olyan szereplők,

intézmények is megtalálhatók, amelyekkel eddig nem, vagy kevésbé számoltunk: ilyen például az önkéntesek csoportja, közülük is elsősorban a fiatal önkéntesek.

A magyarországi fókuszcsoporthok legfontosabb tanulságai

A szakmai irányelveket szem előtt tartó idősgondozásnak különösen nagy hangsúlyt kell fektetnie a prevencióra, amely az aktív idősödés feltétele, hazánkban ugyanis gyakorlatilag nincs olyan szolgáltatás, amely a prevenciót tűzné ki céljául: többek között hiányzik a szakszerű mentálhigiénés gondozás megfelelő támogatása, a szükséges információk elérhetővé tétele, az infokommunikációs készségek fejlesztése az idősök körében. Mivel az egyes szolgáltatásokban nem támogatják a szakképzett munkaerő alkalmazását, az ellátások szakmai színvonala romlik, és a minőségi munkára sincsen motiváció, hiszen gyakorlatilag lehetetlen ellátni a jelenlegi létszámnormákkal a gondozottakat.

A szakmaiság megvalósítása a gondozási folyamatban feltételezné továbbá a környezeti és tárgyi eszközök meglétét, így a kutatás felhívja a figyelmet az infrastruktúra és az infokommunikációs eszközök fejlesztésére a szociális szférában dolgozók munkahelyén, de az idősök élőhelyén is. Az idősök lakhelyén a legszükségesebb, ám a legkevésbé megoldott elem az akadálymentesítés, amely helyzet különösen az elszigetelt tanyavilágban nehéz.

A szakmaiság fejlesztése megkívná a jelenlegi szolgáltatások felülvizsgálatát, a munkát támogató innovatív eszközök kifejlesztését, azok alkalmazását, újabb szolgáltatások bevezetését, s ennek kapcsán az önkéntesek és a civil szféra nagyobb aktivizálását. A szolgáltatások finanszírozásánál a résztvevők kiemelték a szektorsemlegesség hiányát: szektorsemlegesség nem létezik, holott valamennyi intézménynek ugyanannyi támogatáshoz kellene jutnia az azonos szolgáltatások elvégzéséért. A jelenlegi finanszírozásban az esetek ellátását nehezíti a fejkvótarendszer, amely nem tesz különbséget a kevésbé súlyos és a súlyosabb betegek között.

A finanszírozási problémák új rendszert tennének szükségessé: a szükséglet alapú finanszírozást, mely az elvégzett feladatok szerint támogatná a szolgáltatásokat, emellett elősegítené a minőségi munkavégzést, így a szakmai színvonal emelkedését is.

A nemzetközi kutatói team az eredményeket elemezve arra a következtetésre jutott, hogy a tartós idősgondozás rendszerének szétagoltsága az egyik olyan kulcsfontosságú akadály, amely megghiúsítja az innovációt.

A tartós gondozási feladatok ellátását nehezíti a helyi, a regionális, vagy a kormányzati szabályozórendszer, amely a gondozókra a kelleténél több adminisztrációs terhet ró, főleg bürokráciát idéz elő.

Régiótól és országtól függetlenül minden esetben megjelent a vidéken élők hátrányos helyzete, illetve a prevenció hangsúlyozása.

Az összes elemzett ország között Magyarország volt az egyetlen, ahol a véleményekben egyöntetűen megfogalmazódott, hogy a tartós gondozás alapvető rendszerszintű megváltoztatása nélkülözhetetlen, és megfelelő időspolitika nélkül elképzelhetetlen átütő innováció, a rendszer működésképtelen.

Az országok prioritásai¹⁵

¹⁵ Forrás: Széman Zsuzsa – Tróbert Anett Mária: A szociális innováció lehetőségei a tartós gondozásban

Ország	Prioritás
Németország	<ul style="list-style-type: none"> • helyi szintű gondozás • társadalmi részvétel, az idősök autonómiájának biztosítása • életpálya megközelítés a foglalkoztatáspolitikában, makro- és mezoszinten • olyan gondozási szolgáltatás, amely figyelembe veszi a más nemzetiségűek eltérő kultúráját, elvárásait • az egyes (gondozáshoz kapcsolódó) részlegek közötti tervezés • helyi, körzeti szintű tervezés • a német szolgáltatásoknak az Európai Unióban fellelhető szolgáltatásokhoz való kapcsolása, illetve egy egységes uniós norma/irány kidolgozása • akadálymentesített, megfizethető lakás • a munka és az informális gondozás összehangolása • a professzionális csoportok közötti kapcsolat • professzionális képzés és tréning • szolgáltatásfejlesztés a demens és a nagyon idős emberek számára • a gondozási szükséglet nagyobb mértékű holisztikus megközelítése • a különböző gondozási képesítéssel rendelkezők hierarchiájában található különbségek csökkentése • a nemek közti gondozási felelősség javítása
Észtország	<ul style="list-style-type: none"> • gondozási szükséglet kezelése • a szolgáltatáshoz való hozzájárulás
Magyarország	<ul style="list-style-type: none"> • komplex (más struktúrájú) gondozási rendszer kialakítása • új pénzügyi források megteremtése az otthoni házi gondozásban • az informális gondozók támogatása a jelenlegénél jobb rendszerszintű struktúrában • infokommunikációs eszközök és a környezet beépítése a gondozási rendszerbe • a szolgáltatások minőségének javítása, megfelelő értékelési norma
Olaszország	<ul style="list-style-type: none"> • a gondozást végző családok, családtagok segítése integrált szolgáltatásokkal • új innovációt lehetővé tévő intézmények létrehozása
Portugália	<ul style="list-style-type: none"> • felhasználóközpontú megközelítés • az idősödés kulturális (nemzetiségi) megközelítése • az időskorban előforduló írástudatlanság megoldása

A táblázatban szereplő országok szakértői számos prioritást említettek, közülük a legtöbbet Németország és Magyarország. E két ország összehasonlítása nemcsak a nagyobb számú probléma és az azok mentén végrehajtandó innováció miatt szükséges, de elsősorban azért, mert Németország és Magyarország eltérő gondozási rendszert képvisel: standard – vegyes, illetve közép-kelet-európai.

A két ország prioritásai között alapvető eltérés található. A német szakértők említéseinek egyikében sem jelenik meg a gondozás rendszerszintű változtatására irányuló prioritás. Viszont elengedhetetlennek tartják a szolgáltatások kiterjesztését két új célcsoport esetében: a demenciával élő idősök, illetve a más anyanyelvű és kulturális háttérű idősök (Németországban számos török anyanyelvű idős él) felé. Minden német szakértő hangsúlyozta, hogy a demens emberek ellátása megoldatlan, és mindezért sürgős lenne ennek beépítése a német idősellátó tartós gondozásba. A kulturális különbségek

esetében alapvetően az jelenti a problémát, hogy az idősek annak ellenére nem veszik igénybe a rendelkezésre álló szolgáltatásokat, hogy többféle módon elérhető anyanyelvi információból tájékozódhatnak, és a szolgáltatások elérhetőségéről az időseket sok esetben személyesen is tájékoztatják. A „migráns háttérrel rendelkező idősek” („older people with migrant background”) gondozásra vonatkozó elvárásai jelentik az alapvető problémát, ők ugyanis elsősorban a családtól követelik meg a gondozást. Az idősellátó rendszertől nem szolgáltatást kérnek, hanem azt, hogy találjanak olyan megoldást, amely révén egyik családtagjuk, általában a lányuk elvégezhesse a gondozást (például az idős ember a gondozószolgálatától nem akarta igénybe venni a szolgáltatást, viszont nagyobb lakást kért, hogy a lánya odaköltözhessen és gondozza őt).

A magyar szakértők egyértelműen megfogalmazták a magyar ellátórendszer hiányosságait és a formális és informális gondozókra nehezedő terheket. A lista hosszú és magában foglalja: a tartós gondozás struktúrájának átalakítását; a szolgáltatások komplex rendszerbe foglalását; az egészségügyi rendszer és a szociális szféra közötti kapcsolat hiányát a tartós gondozásban, az egészségügyi szolgáltatások finanszírozását, megvalósítását az otthonápolásban; a környezeti és technikai (IKT) akadálymentesítést, a gondozottak családi környezetének figyelembevételét, az informális gondozók támogatását, új finanszírozási források keresését. Mindez megerősíti, hogy a jelenlegi rendszer teljes változásra szorul: a hiányosságok, diszfunkciók, szükségletek ismeretében olyan komplex tartós gondozási rendszer létrehozását igénylik, amely a szakmai irányelveken és a gyakorlati tapasztalatokon alapuló minőségi, az idős ember szükségleteit és lehetőségeit figyelembe vevő otthonápolást tud biztosítani.

A minőségi ápolás feltételezi a szakemberképzés megújítását, minőségének javítását is, valamint a szakemberek munkájának erkölcsi és anyagi megbecsülését. A komplex rendszerbe nem pusztán a testi egészségvédelem (pl. akadálymentesítés) és a technikai, infokommunikációs újítások terén kell integrálni a prevenció elemeit, hanem a lelki egészségvédelemben is, mind az ellátottak, mind a szakdolgozók, mind pedig az informális gondozók csoportjaiban. A szakértők a tartós gondozás rendszerszintű innovációját tartják elsődleges feladatnak és annak megvalósítását a makroszintű időspolitikai döntéshozóktól várják.

A nemzetközi szakértői interjúk (és a fókuszcsoporthoz) elemzése alapján két alap-típusú innováció körvonalazódott: a rendszerszintű változást igénylő innováció, és a reformot

igénylő innováció. Az egyik Magyarországra, a másik Németországra, Olaszországra, Portugáliára és Észtországra jellemző. Vannak olyan kelet-európai országok, ahol a szociális idősellátó-rendszer még a kiépítés fázisában van (pl. Bulgária).

Összegzés

A magyar fókuszcsoporthoz és szakértői interjúk egymást erősítik: egyértelműen kirajzolódik a magyar tartós idősgondozás elégtelensége, olyan rendszerszintű elemek hiánya vagy rosszul működése, amelyek önmagukban is ellehetetlenítik az idősellátást, noha tudott, hogy arra egyre nagyobb az igény. Az interjúkban a finanszírozási hiányok, a szektorsemleges finanszírozás igénye, a szolgáltatásfejlesztés, és a szakmaiságra vonatkozó javaslatok voltak a leghangsúlyosabbak, számos strukturális nehézségre mutatva rá. Annak ellenére, hogy egyre többen szorulnak ellátásra, romlik az ellátásokhoz való hozzáférés. Miközben új ellátási formákra lenne szükség, a jelenlegi szolgáltatások biztosítása is egyre nehezebb. Az együttműködésre, szakmai partneri munkára nagyon nagy igény mutatkozik, de a centralizáció és a növekvő adminisztrációs terhek kevés mozgásteret hagynak erre. A finanszírozási nehézségek alapvető gátat jelentenek a minőségi szakmai munka terén is. Mindemellett az ellátott munka társadalmi súlyával és emberi kihívásaival szemben a szakemberek megbecsültsége szinte fordítottan arányos.

A nemzetközi összehasonlítás azt mutatta, hogy sok azonos problémacsoport és innovációs út körvonalazódik, de jelentősek hangsúly-eltolódások, illetve különbségek vannak abban, hogy az innováció megvalósítása helyi, regionális vagy ennél magasabb szinten várható. Az összehasonlítás eltérésekre is rávilágított.

A politika szerepe Románia, illetve részben Portugália és Magyarország esetében az innováció elengedhetetlen része. E nélkül csak kisebb vagy modell szintjén működő innovációval számolhatunk. A magyar és a német szakértői interjúk összehasonlításából kiderül, hogy míg Magyarországon az innováció a tartós idősgondozás rendszerszintű megváltoztatására irányul, addig Németország esetében reformra van szükség.

Javaslat

Célkitűzés: az idős emberek önálló életvitelének megerősítése, időbeliségének hatékony meghosszabbítása, közös állami és családi szerepvállalással.

Az idősek otthonközeli ellátásának kulcskérdése, hogy biztonságban tudhatjuk-e őket saját otthonukban. Az intézményes elhelyezés egyik elsődleges oka - a megromló egészségi állapot mellett - a biztonságos otthon hiánya.

Az elmúlt évtizedekben Magyarországon is bevezetésre került az a jogszabály által szabályozott szociális ellátás (jelzőrendszeres házi segítségnyújtás), amely a házi segítségnyújtás napi feladatát 24 órás biztonsági felügyelettel egészítette ki. Ez a szolgáltatás azonban nem gondozást nyújt, hanem váratlan veszélyhelyzet esetén biztosít elérhető segítséget a szociális helyzetük miatt segítségre szoruló emberek számára.

1. Családtag / hozzátartozó általi gondozás támogatása

A társadalom hajlamos úgy tekinteni a családtagokra, mint akik felelősek egymásért, ugyanakkor az ilyen kötelezettségek korlátai kultúránként, családonként és családtagonként eltérőek.

A családtagok ellátási hajlandóságát

- támogató szolgáltatások (például technikai segítségnyújtás az új készségek elsajátításában, tanácsadási szolgáltatások és családi mentálhigiénés szolgáltatások),
- kiegészítő szolgáltatások (például személyes gondoskodás: ápolás, etetés, otthoni egészségügyi ellátás) erősíthetik.

A gondozók hatékony beavatkozásai közé tartozik az érzelmi támogatás, a tanácsadás, a pihenőidő (távolmaradás) és a gyakorlati segítségnyújtás a gondozási feladatokban. A gondozók gyakran megnyugvást kaphatnak vagy hasznos információkat és stratégiákat tanulhatnak a gondozásra az orvosoktól, ápolóktól, szociális munkásoktól vagy esetkezelőktől. A gondozók a következő intézkedéseket is megtehetik, hogy felkészüljenek a gondozásra és elkerüljék a gondozói kiégést:

- Fizikai, érzelmi, rekreációs, szellemi és anyagi szükségleteik kielégítése
- Ha szükséges, kérjen segítséget más családtagoktól és barátoktól a gondozásban vagy pszichológiai támogatásban
- Olyan külső csoportok látogatása, amelyek pszichológiai támogatást tudnak nyújtani (például támogató csoportok) vagy segíthetnek a gondozásban (például tanácsadás, otthoni egészségügyi ellátás, felnőtt napközi, étkezési programok és ideiglenes ellátás)
- Fontos, hogy a gondozást végző kerülje az ellátott személy nehéz viselkedésének vagy ellenségeskedésének (ha bekövetkezik) figyelembevételét, önmagára vonatkoztatását.

2. Új, rugalmas és megfizethető modell az otthonápolásban

Ahhoz, hogy a külső szolgáltatásként igénybevehető otthonápolás működőképes szolgáltatás legyen, fontos, hogy az otthoni ápolási munkát végzőket ne üzleti szereplőknek, hanem az állami szociális rendszer és ellátás szerves, ugyanakkor autonóm szereplőinek tekintsük, akik egyébként vállalkozói módon működnek és önállóan adóznak.

Ehhez egy olyan jogi és gazdasági környezetre van szükség, amely a korábban vázolt szabályozatlan viszonyokat legális, átlátható piaci / közösségi térré alakítja át anélkül, hogy az több pénzbe kerülne akár a családoknak, akár az ápolóknak a jelenlegi fekete viszonyoknál. Ugyanennyire fontos, hogy ne váljon bonyolult adminisztrációs feladattá a szolgáltatás nyújtása sem a családok, sem az ápolók számára.

A brit modellhez hasonlóan egyszerű, alacsony költségű és magas jogosultságú rendszert lenne szükséges létrehozni és működtetni.

A brit modell főbb jellemzői

- jogtiszt munkaviszony (egyéni vállalkozás, egyszerűsített adminisztrációval, *az alábbi példa mentén:*

Az Egyesült Királyságban meglehetősen könnyű egyéni vállalkozóként dolgozni. A könyvelés a magyar viszonyokhoz képest elképzelhetetlenül egyszerű (1 db excel tábla), adózni egy bizonyos éves nettó árbevételig egyáltalán nem kell (2019-ben ez évi 12,500 font volt), míg az ennél magasabb jövedelem adója 20% (évi 50,000 fontig). A TB hozzájárulás heti 3 font, illetve a profit után még fizetni kell 9%-ot akkor, ha az meghaladja a 8,632 fontot évente. Ez azt jelenti,

hogy egy éves 12,000 fontos nettó árbevétel után a teljes adó és TB költség éves szinten 460 font körül van. Cserébe az ember legálisan és szabadon dolgozhat, jár neki az ingyenes orvosi ellátás és a munkaviszony beleszámít a nyugdíjba. Az adóbevallás online történik és évente mintegy 30 percet vesz igénybe a kitöltése. A befizetendő egy összeget a rendszer számolja ki, amit aztán be kell fizetni. Nincs havi külön adminisztráció, utalandó összeg.

A családoknak nincs semmilyen adminisztrációs feladata azzal, ha egy egyéni vállalkozó ápolót alkalmaznak. (Ellentétben a magyar, házi alkalmazási rendszerrel.)

- egyértelmű szabályozási környezet

A jogi környezet tiszta, világos és pontosan szabályozza azt, hogy mi az ápoló kompetenciája és mi nem az. Rögzíti, hogy meddig tart a hatásköre és mi az, amit már akkor sem tehet meg a kliensért, ha egyébként kedve lenne hozzá (pl. lábköröm-vágás, amit csak szakképesített pedikűrös végezhet).

- felelősségbiztosítás

Évi 80 font körül már lehet olyan felelősség-biztosítást kötni, amely védi az ápolást végzőt bármilyen szakmai hiba, illetve a család vélt vagy valós problémái esetén. Ilyet ráadásul a családok is köthetnek arra az esetre, ha az ápoló akarná valamiért beperelni őket.

- szerveződés

Mivel a piaci viszonyok átláthatóak és legálisak, a közvetítő ügynökségek szintén legálisan szervezhetik a felek egymásra találását. Ebben a szerepkörükben az esetleges viták esetén gyakran mediátori funkciót is betöltenek az ápolók és a családok között, ezzel kulcsfontosságú minőségbiztosítási funkciójuk van.

Hogyan valósuljon meg a brit példa Magyarországon?

1. Egy ahhoz hasonló egyszerű rendszerre lenne szüksége az ápolóknak, mint amilyen az EVA volt a kezdetekor, maximum 5% adóteherrel, ami egyúttal biztosítaná a TB ellátásra való jogosultságot és a szolgálati időbe is beszámítana. Ezzel válnának az ápolók motiválttá arra, hogy belépjenek a legális munkavégzés keretei közé. (A KATA nem lenne megfelelő sem a konstrukció, sem a költségei, sem a jogosultságai miatt.)

2. A munkaközvetítő ügynökségek adó- és adminisztrációs költségeit a minimumra kellene csökkenteni, ezzel is inkább bátorítva, ösztönözve a létrejöttüket.
3. Támogatni és segíteni szükséges az ügynökségek és a képzőintézmények szakképzési tevékenységét. Egyszerű, gyors, olcsó és hatékony képzésekkel lenne jó biztosítani, hogy akik ápolási munkát szeretnének vállalni, azok – amennyiben szükségük van rá, - a szakma alapjait könnyen elsajátíthassák.

A fenti intézkedések a táptalajt és a mozgásteret biztosíthatnák a szakma önszerveződéséhez, a szakmai protokollok és szokások kialakításához, és egy a mostaninál sokkal biztonságosabb, kiszámíthatóbb és minőségbiztosított idősgondozási kultúra létrejöttéhez.

Irodalomjegyzék

"Idősödés, idősellátás Magyarországon, 2019" tanulmány ([Academia](#))

Alber, J., & Köhler, U. (2018). Health and Long-Term Care Services for the Elderly in Europe. European Centre for Social Welfare Policy and Research.

Alzheimer Europe. (2023). *Dementia in Europe Yearbook 2023*. Retrieved from <https://www.alzheimer-europe.org>

Caritas Europe. (2023). *Growing old with dignity: The challenges of long-term care in Europe*.

Cedefop. (2023). *Care workers: skills opportunities and challenges (2023 update)*.

Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton University Press.

Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton University Press.

Eurofound. (2023). *Long-term care workforce in Europe: Challenges and solutions*. Retrieved from <https://www.eurofound.europa.eu>

European Commission. (2021). Green Paper on Ageing. Retrieved from <https://ec.europa.eu>

European Commission. (2021). *Long-term care report: Trends, challenges and opportunities in an ageing society*. Publications Office of the EU.

European Social Network. (2024). *Uncovering Homecare needs and challenges across Europe*.

Eurostat. (2023). *Disability statistics - elderly needs for help or assistance*.

Eurostat. (2024). *Ageing Europe – statistics on population developments*. Retrieved from <https://ec.europa.eu/eurostat>

Eurostat. (2024). Population structure and ageing. Retrieved from <https://ec.europa.eu/eurostat>

Gál, R. I. (2022). Az idősödés gazdasági hatásai Magyarországon. *Közgazdasági Szemle*

Grand View Research. (2024). *Europe Home Care Market Size, Share | Industry Report 2030*.

Kiss László (2021): *Az idősellátás kihívásai Magyarországon* – In: Egészségügyi Szemle

Központi Statisztikai Hivatal (KSH) – www.ksh.hu

Magyar Hospice-Palliatív Egyesület

Market Data Forecast. (2023). *Europe Home Healthcare Market Size, Share & Growth, 2033*.

NEAK – Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő adatai

OECD. (2021). Health at a Glance 2021: OECD Indicators. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>

OECD. (2023). Health at a Glance: Europe. OECD Publishing.

Széman, Zs. (2020). Az idősellátás kihívásai Kelet-Közép-Európában. Szociálpolitikai Szemle

Széman Zsuzsa – Tróbert Anett Mária (2017): A szociális innováció lehetőségei a tartós gondozásban. Esély folyóirat 2017/6

Szociális Ágazati Portál – szocialisportal.hu

Vajda Kinga (2022): A magyarországi idősek nappali ellátásának helyzete - Igények és lehetőségek a szolgáltatás szervezésében

WHO Europe (2022): *Long-term care report*

WHO. (2020). Decade of Healthy Ageing: 2020–2030.

World Bank. (2022). Global Monitoring Report on Social Protection.