

*M. Vass Julianna*

## Foltozzunk vagy új hálót vegyünk?

A szociális háló fontosságáról csak néhány éve kezdtünk beszélni. A szociális ellátás hiányosságai igazán most, a szegénység terjedésével egyidejűleg válnak különösen súlyossá.

A hazai szociálpolitika mindig az éppen legégetőbb problémákkal tud csak foglalkozni, rossz szervezeti felépítése, széttagoaltsága miatt sohasem jut tovább egy-egy területen a „tűzoltó munkánál”.

Amikor a házi gondozást a hetvenes évek elején beindították, tették azt a hazai viszonyok pontos felmérése nélkül, külföldi példákra és adatokra hivatkozva. A házi gondozás nyolcadik évében jelent csak meg az a rendelet, amely először szabályozza a jog eszközeivel ezt a területet. Így fogalmaz: „Szociális gondozásban az az idős – kivételesen indokolt esetben az a 18 éven felüli – személy részesíthető, aki kora, betegsége, fogyatékosága miatt arra rászorul és szociális helyzete is indokolja.” Ezzel a megfogalmazással a jogszabály lehetőséget adott arra, hogy az életkori jogosultság mellett az egyéb okok miatt rászorulók is segítséget kapjanak. Ennek ellenére még mindig tartja magát az a szemlélet, amely szerint csak az öregek kaphatnak ilyen módon segítséget. Más korosztályok csak végszükség esetén kerülhetnek be a gondozottak közé.

Ráadásul 1978-ban az akkor divatos integrációs törekvéseknek áldozatul esett a házi gondozó szolgálat is. Szociális otthonok és idős klubok alárendeltségében utalták a területi ellátást, azzal az indokkal, hogy egyéges legyen ez a tevékenység. Ezzel a házi gondozás végleg egyetlen korosztályhoz kötődött, és ezáltal még reménytelenebbül kívülré rekedtek más korosztályú rászorulók. Mindezt jól illusztrálja egy csongrád megyei példa: 1984-ben a megyei tanács együttműködési megállapodást kötött a Mozgássérültek Országos Szövetségének megyei csoportjával az ellátásra szoruló mozgássérültek számára a házi gondozó szolgálatok keretén belül nyújtott segítségről. Megállapodásra egyáltalán nem lett volna szükség, hiszen csak a hatályos rendelkezéseket kellett volna alkalmazni.

Szakmai szempontból is korlátokat jelent ez az integráció, hiszen a szakmai munka tartalma és a gondoskodás jellege egészen más a szociális

otthonban, az idősek klubjában és a házi gondozásban. A szociális otthonokban a korábbi életvitelüket teljes mértékben felszámoló időseket kell ellátni; az idősek klubjában nappali ellátást kell biztosítani, míg a házi gondozó a saját lakásában, saját házirend szerint élő rászorulókat gondoskodik – elvileg korosztályi kötöttségek nélkül. Három önálló területről van szó.

A területi ellátás számára a magas létszám miatt is korlátokat jelent az integráció. A zárt intézményhez szokott vezető nem tudja elfogadni, hogy a területen nem létezhet „keretszám”, nem lehet elutasítani a rászoruló létszám és helyhiányra való hivatkozással. Ennek az integrációnak semmilyen szakmai indoka nincs. A gondozottak kora az egyetlen laza szál, amely a szociális otthon és a házi gondozást összefűzi. No meg a pénz, hiszen a területi ellátás – alkalmanként – nagyon jó „spórkasszának” bizonyulhat az intézmény számára.

1986-ban elkezdődött a gondozó szolgálatok körzetesítése, aminek alapjául egy két megyében végrehajtott kísérlet szolgált. A kísérlet nyomán meghatározták, mekkora lélekszámú területek tartozzanak egy gondozási központhoz. Így keletkeztek például olyan központok, amelyekhez három község is tartozott. Hogy mennyire nem tudtak hatékonyan működni, arra bizonyíték: a helyhatósági választások után sorban szűnnek meg a többi településre „szabott” gondozási központok.

A gazdasági-pénzügyi feladatokat szintén egy szakosodott szervezet látja el (Gamesz, Gazdasági Hivatal). Ennek egyik következménye, hogy a tiszteletdíjas gondozói hálózatot sem megfelelő módon kiépíteni, sem hatékonyan működtetni nem tudják. Nincs rá pénz – hangzik a gazdasági vezetők szokásos válasza. Tiszteletdíjas gondozók nélkül pedig nem teljes a hálózat.

A társadalmi gondozók alkalmazásakor sok esetben szociális szempontok érvényesülnek: fogyatékos gyermeket nevelő szülők, rokkant-járadékosok, rokkantnyugdíjasok, fogyatékosok, alkoholisták, idegbetegek épp úgy dolgoznak, mint gyed-en lévő kismamák, kisnyugdíjasok, esetleg saját szülőjüket otthon gondozó háztartásbeliek. A legjobb társadalmi gondozók sokszor a kiszolgáltatottak közül kerülnek ki.

Sok helyen nem sikerül megfelelő létszámú és optimális szervezésű hálózatot kialakítani. Az örökös létszámhiány, és az óriási mennyiségű feladat miatt nincsenek irigylésre méltó helyzetben a gondozó szolgálati dolgozók. A gondozási központok vezetőinek feladatai egyre bővültek, de a létszám soha nem nőtt a feladatokkal egyenes arányban. Mindezen gondok ellenére Jász-Nagykun-Szolnok megyében például 11 és 25% között változik a hatvan éven felüli gondozottak aránya.

A szociális ellátásban tapasztalható hiányok pótlására hozták létre, kísérleti jelleggel, az újabb intézményeket, a családsegítő központokat. (Jogszámból még most, létük ötödik évében sem szabályozza működésüket!) Az új intézmény létrehozásával azonban nem sikerült a fehér foltokat megszüntetni, hiszen aki nem tud, nem akar, vagy nem mer elmenteni a családsegítő központba, az esetleg rászorultsága ellenére sem

kapja meg a megfelelő segítséget. A nem idős korú gondozásra szorulóknak általában gyakori az egymásra mutogatás a két intézménytípus között.

A házi gondozó szolgálatok és családsegítő központok tevékenységében sok párhuzamosság, átfedés is van. A talpraesett kliens mindkét helyről kaphat segílyt és más segítséget, ha viszont valamilyen fizikai jellegű gondozásra is szüksége van – kortól függetlenül –, a házi gondozó szolgálathoz passzolják át a gondozásra szorulókat. Így a gondozó hálózat már nemcsak a körzeti orvosi szolgálatnak, hanem a családsegítő központoknak is alárendeltjévé válik. A fizikai jellegű segítségnyújtást azonban épp úgy nem lehet elválasztani a mentális segítségadástól, mint ahogy az öreggondozást sem a családsegítő munkától. Ezzel a szétválasztással az emberekben egyébként is meglévő előítéleteket konzerváljuk, sőt erősítjük. A szociálpolitikai intézményeknek a család egységét és az abban rejlő erőt kell sugallnia. Az az intézményrendszer, amelyben az öregek házi gondozása és a családsegítő munka két külön intézmény feladata, nem tölti be hivatását. Ha tehát hatékonyan akarunk segítséget nyújtani, akkor ennek megfelelően kell átalakítanunk a szervezeti kereteket.

Ésszerű megoldásnak tűnik olyan új formák kialakítása, amelyek ötvözik a házi gondozó szolgálatok és a családsegítő központok tevékenységének pozitív vonásait. A házi gondozó szolgálatokra jellemző területi munkát, a kapun belüli szolgáltatás módszerét ötvözni kellene azzal az elméleti, mentális segítségnyújtással, amely a családsegítő központok sajátja. Ezzel közelebb kerülhetünk az egységes szemléletű, komplex családsegítéshez, amelynek nem maradnának fehér foltjai.

*Szegőné Szűcs Erzsébet–Jacsó Mária–  
Szegő Imre*

## **A Gerontológiai Gondozó**

(egy preventív modell az idősgondozásban)

Modellünk lényege a preventív szemlélet és gyakorlat megvalósítása az idősök gondozásában.

Munkahelyi tapasztalataink szerint (húsz éve dolgozunk a hevesi Idősök Szociális Otthonában) az idősokkal való foglalkozásban a prevenció alkalmazása különlegesen fontos, mivel az idősöket speciális veszélytényezők fenyegetik, melyek kölcsönhatása egymást erősítheti. E veszélytényezők időben történő kiderítése, hatásuk semlegesítése messzemenően befolyásolhatja az idősödő emberek jövőjét. A veszélytényezők hatásának elhárítása elősegítheti – egyes esetekben visszaállíthatja – társadalmi stabilitásukat.

Intézményünk egy gerontológiai ügyfélszolgálatot ellátó szociális irodából és egy, a helyi Rendelőintézetben működő geriátriai ambulanciából áll. Ez utóbbi abban különbözik a többi szakrendeléstől, hogy a behívott 59 éves férfiakat és 54 éves nőket először szociális nővér fogadja. Az életkort azon feltevés alapján szabtuk meg 59 és 54 évben, hogy célszerű az idősök szűrővizsgálatát az időskor határára tervezni. Ugy gondoltuk, hogy ilyenkor még hatásosabb és eredményesebb elhárító akciók tervezhetők a már kialakulóban lévő veszélytényezők kivédésére.

Az Ambulancia feladata természetesen az időskori betegségek kiszűrése, az esetleges már beállított terápia áttekintésével. Mindez azon a jogos feltételezésen alapszik, hogy ha léteznek ebben a korban olyan idült megbetegedések, melyek már nem szüntethetők meg teljes mértékben, e betegségek progressziója még csökkenthető vagy megszüntethető. Az eredményről az Ambulancia vezető orvosa minden esetben tájékoztatást küld az illetékes körzeti orvosnak. Így az alapellátásnál beérkező orvosi javaslat, valamint az ugyancsak mellékelt szociálgerontológiai „Adatfelvételi lap” felhívja az orvos figyelmét az esetleges pszichoszomatikus problémákra akkor, amikor azok még kontrollálhatók, vagy visszafordíthatók. Az idősök körében jól ismert polymorbiditás jelenség ezt mindenképpen indokolja.

A szűrésre behívottak ezután, ha a vizsgálat szociálgerontológiai veszélytényezők fennállását is felderíti, a Gerontológiai Gondozó szociális irodájába kerülnek, ahol az orvosra közvetlenül nem tartozó problémák elhárítását kísérlük meg.

Jelen körülmények között a szociális irodában a következő veszélytényezők elhárításával foglalkozik a gerontológiai szolgálat:

a) *Vizsgálja a szociális problémákat.* Az alacsony nyugdíjjal járó egyéni gondok, rossz lakáshelyzet esetén javaslatokat juttat el az illetékes tanácsnak. Segít az eltartási szerződések megkötésében, szükség esetén azok felbontásában. Kapcsolatba lép a Nyugdíjfolyósító Intézettel a nyugdíjjogosultsággal kapcsolatos problémákban, mert ezekben a legtöbb idős ember járatlan.

b) *Jogi tanácsadást* nyújt. Bonyolultabb esetekben a Gondozó jogsegélyszolgálatát szakképzett jogász segíti. Gyakorlatunkban különböző perekkel el nem ismert üzemi balesetekkel találkozunk. Szülőtartási per viszonylag kevés van, de ez minden bizonnyal nem tükrözi a valós helyzetet. Tapasztalatunk szerint a tartásra szoruló szülők sokszor szemérmesek, vagy büszkék. Sajnos sok a vélt sérelem is. Az idős ember meggyőzése erről semmiképpen sem felesleges munka, mivel fontos, hogy lehetőség szerint mindenki úgy lépje át az idős kor határát, hogy ne hordozzon magában sérelmeket.

c) *A tétlenség elleni küzdelem* kulcsfontosságú területe a gondozó munkájának. A passzív, céltalan életforma köztudottan felgyorsítja az involúciót, gyorsabb testi és szellemi leépüléshez vezethet. Legfőbb törekvésünk, hogy mindenki tevékenykedjen tovább. Ajánlatos a nyugdíjasnak addigi munkakörében találni valamilyen feladatot csökkentett munkaidőben. Ilyen igény esetén a Gondozó felveszi a kapcsolatot a nyugdíjas korábbi munkahelyével.

d) *A pszichés veszélyek, elsősorban az izoláció elleni küzdelem* fontos részét képezik a gerontológiai gondozásnak. Az idősök lelkiállapotára nagy hatással van a társ, rokonok, barátok halála. Úgyszintén súlyos problémát okozhat a család felbomlása, ami a gyermekekkel való viszony végleges megromlásához is vezethet. A gondozó éppen helyzeténél fogva észlelheti és feltárhatja a háttérben meghúzódó sérelmeket, problémákat, amelyek tisztázásában, megoldásában a lelki betegség is gyakran eltűnik.

## Eredmények és tapasztalatok

A hevesi Gerontológiai Gondozó, mint a prevenció modellje lényegében betölti azt a funkciót, amit célként elé tűztünk; gyógyító megelőző munkát végez, a szociálpolitikai hálózattal szoros munkakapcsolatot létesít anélkül, hogy annak szervezeti önállóságát sértené.

A Gerontológiai Gondozó Magyarországon először vezeti be a gerontológiai prevenciót a szociálpolitikában is. (Megjegyezzük, hogy a külföldi irodalomban sem találtunk erre vonatkozó adatokat.) Ez azt jelenti, hogy az idősödő korosztályok természetesen növekvő veszélyeztetettségét felismerve, egy adott területen minden idős emberre kiterjedő gondozást vezetett be elsősorban abból a megfontolásból, hogy ha szükséges az egészségügyben a csecsemők és kisgyermekesek állandó gondozása (annak ellenére, hogy náluk a veszélytényezők az évek során nem növekszenek, hanem csökkennek), úgy annál is inkább szükséges az idősödő korosztályok preventív jellegű gondozása.

A Gerontológiai Gondozó új típusú gyakorlatával kiegészíti a hazánk-

ban eddig megvalósult időskori gondozási formákat – anélkül, hogy ezekkel ellentétbe kerülne. Így első ízben létesül szoros munkakapcsolat a magyar egészségügy két része, a gyógyító-megelőző és a szociálpolitikai hálózat között anélkül, hogy ezek szervezeti függetlenségüket elvesztenék.

Az irodalomban „hevesi modell”-ként emlegetett intézmény nem jelentősen munkaerőigényes. A Gondozó 44 000 lakosú körzetének ellátását úgy valósítja meg, hogy egy főfoglalkozású szociálpolitikai szakember vezetőn kívül csupán egy főfoglalkozású gondozónő, valamint egy négy órában foglalkoztatott nyugdíjas adminisztrátor munkatárssal rendelkezik. Az orvosi feladatok ellátására bizonyos óraszámú mellékállás is elegendő, míg a pszichológus, szociológus, jogász bevonása csakis alkalmoszerűen szükséges. Meggyőződésünk, hogy ennek a munkának a hatékonyságát nem feltétlenül a minél nagyobb munkatársi létszám szabja meg, ennél fontosabb az emberi szó, az empátia és a tapintat.

A Gondozó felépítése: egy ambulancia, mely szoros munkakapcsolatban működik egy szociális irodával, lényegében megfelel az új követelményeknek, a modern orvoslás pszicho-szomatikus gyógyítási igényeinek. Fontos lenne ez minden korosztálynál, de különösen lényeges az idős korosztályok gyógyításában, ahol az aktuális betegségekre és panaszokra megtalált magyarázatok és az ennek alapján bevezetett gyógyító célzatú kezelések a legkevésbé sem látszanak elegendőnek.

Tizennégy év után is célszerűnek látszik a modell jelenlegi felépítése, a Rendelőintézeti Ambulancia vonzóvá tesz bennünket az idős kor határán levők előtt, akik – sokszor önmaguknak sem bevallottan – már különböző panaszokkal küszködnek és így most, kortársaikkal közösen, élhetnek az alkalommal. A Rendelőintézetbe szóló barátságos, meggyőző hangú meghívó levél általában eredményes, a megjelenés nem tűnik szükségetlennek, és kellemetlen érzéseket sem kelt.

1. sz. tábla

## HEVES VÁROSBAN ÉS A VÁROSKÖRNYÉK KÖZSÉGEIBEN VÉGZETT FELMÉRÉS ADATAI

év	szakrendelésre behívott			szakrendelésen megjelent			száma a szakrendelésre behívottak %-ában		
	férfiak	nők	együttes	férfiak	nők	együttes	férfiak	nők	együttes
	száma, fő								
1977	244	128	372	191	128	319	78,3	100,0	85,4
1978	260	206	466	248	206	454	95,4	100,0	97,4
1979	254	280	534	202	203	405	79,5	72,5	75,8
1980	221	267	488	186	205	391	84,2	76,8	80,1
1981	251	253	504	186	177	363	74,1	70,0	72,0
1982	300	272	572	205	199	404	68,3	73,2	70,6
1983	217	286	503	148	157	305	68,2	54,9	60,6
1984	260	280	540	200	213	413	76,9	76,1	76,5
1985	206	248	454	138	171	309	67,0	69,0	68,1
1986	231	270	501	149	189	338	64,5	70,0	67,5
1977–1986	2 444	2 490	4 934	1 853	1 848	3 701	75,8	74,2	75,0

## 2. sz. tábla

A SZAKRENDELÉSEN RÉSZTVEVŐKNÉL TALÁLT VESZÉLYHELYZETEK SZÁMA  
ÉS AZOK EREDMÉNYES ELHÁRÍTÁSÁNAK SZÁMA, ARÁNYA

Megnevezés	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Izolációs veszélyben lévők száma	67	46	60	43	69	40	38	33	36	56
Eredményes elhárítások száma	18	14	27	8	14	31	12	3	17	24
aránya, %	26,6	30,4	45,0	18,6	20,3	77,5	31,6	69,1	47,2	42,9
Szociális veszélyben lévők száma	10	55	26	18	15	23	141	58	29	17
Eredményes veszélyelhárítások száma	9	35	20	14	11	17	92	48	19	12
aránya, %	90,0	63,6	76,9	77,8	73,3	73,9	65,2	82,8	65,5	70,6
Foglalkoztatási igénylők száma	30	19	10	81	8	22	54	66	36	36
Eredményes helyzetmegoldások száma	20	3	2	28	2	14	28	35	21	13
aránya, %	66,7	15,8	20,0	34,6	25,0	63,6	51,9	53,0	58,3	36,1
Jogi segítséget kérők száma	16	22	23	24	12	15	10	13	10	6
Segítséget kapottak száma	6	9	10	9	6	7	6	7	6	4
aránya, %	37,5	40,9	43,5	37,5	50,0	46,7	60,0	53,8	60,0	66,7
Nyugdíjhoz segítséget kérők száma	16	2	-	5	4	19	15	17	10	17
Segítséget kapottak száma	7	2	-	4	3	14	9	11	4	13
aránya, %	43,8	100,0	-	80,0	75,0	73,7	60,0	64,7	40,0	76,5
Egyéb segítséget kérők száma	9	-	9	6	4	5	16	4	6	11
Segítséget kapottak száma	6	-	6	4	4	4	13	4	4	8
aránya, %	66,7	-	66,7	66,7	100,0	80,0	81,3	100,0	66,7	72,7
Veszélyhelyzetben lévők száma összesen	148	144	128	177	112	124	274	191	127	143
Eredményes veszélyelhárítások összes száma	66	63	65	67	40	87	160	108	71	74
aránya, %	44,6	43,8	50,8	37,9	35,7	70,2	58,4	56,5	55,9	51,7