

## Egervári Ágnes

# Idősgondozás – kérdőjelek és felkiáltójelek

*„... mind ballagunk  
mindig másként a csillagok mögött, a puszta körfalán,  
ahányan végre így együtt vagyunk, mind elmegyünk”.*  
(Weöres Sándor: Bolero)

Örömmel láttam Krémer Balázs idősgondozással foglalkozó tanulmányát, kivált, hogy ez nem a közbeszéd fókuszában álló téma, és mert a polgárok és a döntéshozók inkább kerülni-hárítani igyekeznek, mintha csak be lennének oltva öregség és halál ellen.

Nem vagyok társadalomtudós, orvos vagyok. Bő harminc éve foglalkozom azonban idős (mit is jelentsen ez?) betegekkel, eredeti és ma is gyakorolt szakmám szerint neurológusként, neuropathológusként. Ebbéli minőségemben kalandoztam kezdetben a hályogkovács bátorságával, majd egyre növekvő alázattal a szociális gondoskodás terepére, miáltal sajátos optikából tudom nézni a területet.

Ezzel a szemüveggel olvastam végig nagy érdeklődéssel a rendkívül izgalmas és helyenként provokatív írást.

Tisztelve a szerző szociálpolitikai tudását, az alábbiakban mégis hadd fűzzek néhány gondolatot a tanulmányhoz, annak a szűkebb szakterületemet is érintő részleteivel kapcsolatban.

### Az ageing cunami

Az emberiség történetében először a 65 év felettek száma meghaladja az öt év alattiak számát. Ez biológiai és társadalmi szempontból is súlyos konzekvenciákkal jár.

A várható élettartam és az egészségben eltölthető életevek eltérésével kapcsolatos okfejtéshez két rövid gondolat. Az egyik, hogy tudjuk, a férfiak esendőbbek: az újszülöttek esetében tapasztalható fiútúlsúly hamarosan kiegyenlítődik, majd megfordul. A társadalmi szerepek és értékek változásai, a krónikus stresszforrások (munkahelyi bizonytalanság) mind szerepet játszanak a férfiak idő előtti halálozásában (Kopp-Réthelyi 2004). Hogy melyek az idő előtti egészségromlás és korai halálozás nemi különbségeinek legfontosabb háttértényezői ma Magyarországon, azt Kopp Mária kutatásaiból ismerhetjük, ami a jelen témánk szempontjából annyiban fontos, hogy a világszerte tapasztalt női túlsúlyt a nagyon idősök körében ez is növeli. A nők hamarabb fordulnak orvoshoz, ezért náluk hamarabb kiderül a diagnózis, emellett fegyelmezettebben viselik ennek következményeit, az életmóddal kapcsolatos változásokkal.

sokat, a gyógyszeresedés kényszerét stb. Az egészségben megélt életek különbségében ez a másfajta attitűd is leképeződik.

Azok a férfiak, akik az egészségi állapotukat önmaguk értékelése alapján már rossznak minősítették, igen alacsony arányban fordultak orvoshoz, így a férfiak között kevesebb, akinél a kezelt krónikus betegségek, a magas vérnyomás és általában a szív- és érrendszeri megbetegedések előre jeleznék a korai halálozást.

A másik gondolat: Változóban van az is, hogy kit is tekintünk időseknek. A 65 éves életkori határ felett nem lehet egységesen kezelni az időseket, hiszen eleve hatalmas a különbség egy mai és egy múltbéli hatvanas között. (A mi nagyanyáink hatvanévesen már elhasznált öregasszonyok voltak, ha megérték egyáltalán.) A klienseink tehát ma egye inkább a 80 év felettiek lesznek.

Nincs egységes forгатókönyv az öregedésre, a folyamatban nagy egyéni különbségek mutatkoznak. Egyszerre több tényező határozza meg, hogy meddig sikerül a magunk és mások számára örömteli életet élni. A meghosszabbodott életek nem önmagukban jelentenek társadalmi terhet, hanem azért, mert nem az egészségben, hanem a függőségben töltött életek száma növekedett meg. Az orvostudomány számos súlyos, korában halálos kór esetében ma már képes megmenteni a betegek életét (ilyen pl. a cukorbetegség), az egészséget azonban nem képes helyreállítani, s az életmentő beavatkozásokat követően az érintett krónikus betegek gyakran tartósan, életük végéig ápolásra-gondozásra szoruló személyek lesznek.

Egyik hazai specialitásunk e tekintetben az agyi érbetegségek köre, a szélütés, vagyis a *stroke*. Az agyi érkatasztrófa kialakulásakor kiemelt jelentősége van az időtényezőnek: ha azonnal szakemberhez kerül a beteg, és ha az elzáródott éret három órán belül meg lehet nyitni, vagyis a vér útját föl lehet szabadítani, az adott ér által ellátott agyi terület megmenthető. Ellenkező esetben, tehát az időablak bezáródása után a károsodás irreverzibilis. Megközelítően évi 50 000 kórházi felvételt regisztrálnak a stroke miatt. A betegek egynegyede két éven belül meghal, egyharmaduk pedig tartósan rokkant marad, ami azt jelenti, hogy bénasággal, mozgáskorlátozottsággal, a beszéd és a beszédmegértés károsodásával éli a hátralevő életét. (Közülük sokan a bentlakásos intézmények középkorú, fiatal lakóivá lesznek, nekik ez a fajta „korai időskor” jut. Közbevetőleg: a stroke öt éves átlagos túlélése férfiak esetében 56, nők esetében 64 százalék, tehát öt évvel később a legjobb kezeléseket, a másodlagos prevenciókat stb. megléte esetén is csak a betegek fele van életben! Ez a szomorú tény az egyik válasz arra a vádra, amely szerint az intézmények kevésbé az élet meghosszabbítására volnának berendezkedve!

A demográfiai tényezőket illetően ki kell emelnünk egy olyan ténytet, amelyről nehezen akarnak a társadalmak és a politikusok tudomást venni, és amit a tanulmány is könnyedén vesz, épp csak megemlíti. Ez a *dementia kórképek* exponenciális növekedésének tapasztalata, hiszen „megéljük” a betegség előfordulásának idejét – a szellemi képességek időskori csökkenésének folyamata a lakosság elöregedésével párhuzamosan egyre gyakoribb, és legfőbb kockázati tényezője az életkor.

A 65 év felettiek 10–15 százaléka enyhe-középsúlyos, 5 százaléka

súlyos demenciában szenved, a 80 év feletti idősöknek pedig a 20 százaléka súlyosan demens!

A demencia nem az öregedés része, hanem olyan betegség, amely a memória, gondolkodás, ítéletalkotás, a tanulási képességek és a figyelem zavarával, továbbá a személyiség kóros megváltozásával jár, amelyet szorongás, hangulatzavar, nyugtalanság, hallucináció kísér. A betegség előrehaladásával a szellemi leépülés egyre kifejezettebb, a beteg gyakran saját hozzátartozóit sem ismeri meg, és akár teljesen elveszíti az önálló képességét.

Az ezzel kapcsolatban tett megállapítások a tanulmányban meglehetősen optimisták, a terápiás fegyvertár vonatkozásában tévesek.

Az Alzheimer-kór és az egyéb demenciák a 21. század legjelentősebb egészségi és társadalmi krízisét jelentik, miközben a megelőzésre, a kezelésre és gondozásra irányuló kutatásokra fordított összeg sajnos messze elmarad a más betegségekre szánt összegektől. Közegészségügyi és szociális ellátási vészhelyzet előtt állunk! Az ellátórendszerek, a családok és a társadalom felkészületlenül áll a 2050-re világszerte legalább 100 millió embert érintő kórral szemben.

Sajnos a demenciáknak csak kb. 10 százaléka tartozik az ún. reverzibilis demenciák közé: itt a kiváltó ok kezelésével valóban vissza lehet fordítani a folyamatot. A többi esetben vagy degeneratív kórképek (Alzheimer-kór), vagy az érrendszeri betegség központi idegrendszeri megjelenési formái állnak a szellemi hanyatlás hátterében. Magyarországon kevés tiszta formában előforduló Alzheimer-kór van, nagyon sok a társbetegség, a magas vérnyomástól a cukorbetegségen át, ezért a kórkép általában kevert formában, súlyosabb tünetekkel jelenik meg.

A betegség jelen tudásunk szerint nem visszafordítható, nem gyógyítható. Sőt, mire a klinikai tünetek jelentkeznek – a környezet és a beteg észleli a problémát –, már súlyos az idegsejt-pusztulás. A jelenlegi gyógymódok, a modern farmakoterápia segít elviselni a mindennapokat, de a „tünetmentes karbantartás” távoli utópia. Igazi áttörést az okozna, ha sikerülne megtalálni a megelőzés vagy a kórfolyamat visszafordításának módját.

Az agyi vérkeringés javítására valóban van lehetőségünk, és az utóbbi évtizedben már hatékony gyógyszereket tudunk adni a kognitív tünetek enyhítésére is. Tudnunk kell azonban, hogy bár a modern gyógyszeres kezelés a korai stádiumban képes késleltetni a progressziót, a betegség előrehaladását már nem tudja meggátolni. A hosszú – gyakran 8–10 éves – kórlefordulás során a beteg az utolsó években már teljes körű gondozásra szorul. És ez, vagyis az állandó felügyelet igénye teszi a leginkább próbára a gondozó családokat: napi 24 óra, évi 365 nap 10 éven át... És, mint vizsgálatok is tanúsítják, a demens gondozott gyakran évekkel túléli az őt gondozó családtagját.

Az egyik legutóbbi (RAND-) tanulmány megállapította, hogy az Alzheimer-kóros páciensek a betegség megállapítása után átlagosan még 4–8 évig élnek, és nem ritka a 10 éves kórlefordulás. A jelentés megállapította, hogy a 80 éves életkort elért amerikai Alzheimer-kóros betegek háromnegyed része ápolóintézetre szorul, míg az öszlakosság esetében ez az arány csak 4 százalék (Hurd 2013). Pedig a nappali ellátások ott jobban működnek, mint a hazai viszonyaink között. (2011-ben mindössze 1444

demens nappali ellátott volt hazánkban! Pedig ez az ellátási forma nem is annyira alulfinanszírozott.)

Véleményem szerint a demencia a bentlakásos intézményi felvételnek, tehát a long term care ellátásoknak első számú indoka lesz a közeljövőben. Egyebek közt azért is, amit a tanulmányban olvashatunk: a korszerű segédeszközök, az akadálymentesítés, infrastruktúra javítása a többi ellátotti kör esetében sokkal hosszabb ideig teszik lehetővé az otthoni ellátást, a demensek gondozási szükségletét mindez alig tudja befolyásolni. A betegség gazdasági és társadalmi kihatásai – tekintetbe véve a mintegy negyedmillióra becsült beteget és családjaikat – legalább egymillió ember életminőségét érintik.

### Mi is az a geriátria?

Azt gondolom, egyetlen laikus sem kérdőjelezi meg manapság a gyermekgyógyászat (pediátria) mint önálló medicinális diszciplína létjogosultságát. Mindannyian tudjuk, hogy a gyermek nem kis felnőtt, és természetes, hogy az életkori sajátosságok okán speciálisan képzett orvos látja el betegség esetén a 0–14 éves korosztályt. Így van ez az élet másik végpontja felé közeledve is.

A *geriátria* az orvostudományak az a szakága, amely az idős emberek betegségeivel, fizikai mentális, funkcionális – és szociális állapotával foglalkozik, azok akut krónikus, rehabilitációs és prevenciós vonatkozásaiban.

Az idős ember szervezetében a természetes öregedés kapcsán változások zajlanak, és természetes az egyes testi funkciók, a szervek-szervrendszerek alkalmazkodási kapacitásainak beszűkülése, bizonyos idegrendszeri funkciók megváltozása, a mozgásmennyiség csökkenése.

Geriátriai beteg az a 65 évnél idősebb, több betegségben szenvedő személy, akinél komplex diagnosztikai felmérésre és rehabilitációra-gondozásra szoruló állapot észlelhető, amely miatt folyamatosan kezelni, gondozni kell őt, az erre az életkorra jellemző szív- és érrendszeri, mozgásszervi, urogenitális, pszichiátriai és egyéb betegségeire tekintettel.

A betegeknek ezt a csoportját multimorbiditás és gyakran nagyfokú elesettség jellemzi, ami holisztikus megközelítést és speciális felkészültséget igényel.

Az idős ember nem egyszerűen ráncos felnőtt a második gyerekkorban. Élettani jelenségei korszpecifikusan különbözőek, emellett igen sok kórkép eltérő módokon jelentkezik, lassabban fejlődik ki – gyakran kiszámíthatatlanul módosulhat sok diagnosztikai jel, és nem ritka az egyébként korrekt terápiára adott szokatlan vagy lassú és elégtelen válasz.

Nehezíti a korai diagnózist a megváltozott fájdalomérzet, a fájdalom típusos helyének módosulása, a laboratóriumi paraméterek típusos változásainak kései kifejlődése vagy kismértékű érvényesülése. Négy-öt, de néha sokkal több idült társbetegség gyakran módosíthatja a tüneteket, és legalább ilyen fontos, hogy az idős multimorbid betegek gyógyszeres kezelése kapcsán ugrásszerűen nő a nem kívánatos gyógyszer-mellékhatások és interakciók valószínűsége. Gyakori orvosi hibát eredményezhet

a gyakorlatban az a tény, hogy az elesett, idős betegnél látszatra ártalmatlan gyógyszerek is súlyos zavartságot eredményezhetnek.

Az idős betegek gyógyításában elmélyült geriáter szakorvosi felkészültséget igényel továbbá, hogy az adott esetben vezető betegség terápiás megközelítése ütközhet a társbetegségekkel. Az orvosi döntés gyakran nem a jó és a rossz között húzódik, hanem kényszerűen a kisebbik rossz kiválasztását célozza meg.

A betegségek tehát a szokásostól eltérően jelentkeznek idős korban, gyakran nagyon nehezen diagnosztizálhatók, a kezelés hatása hosszabb idő után jelentkezik és a betegek gyakran szociális támogatást igényelnek. A geriátria ezért meghaladja a szervekre specializálódott orvostudományi ágakat, a betegek kezelésében multidiszciplináris jelleget igényel – fő célja az idős betegek funkcionális állapotának optimalizálása, önállóságuk megőrzése, életminőségük javítása. A geriátria az idős betegek jellemző, tipikus kórképekkel foglalkozik, de nem egyértelműen csak az életkor által meghatározott tudományág. A geriátria jegyében kezelt problémák a 80 év felettiéknél válnak általánossá. Történelmi és kulturális okokból elfogadott, hogy a geriátria szerveződése az Európai Unió egyes tagállamaiban eltérhet.

### **A tartós gondozás (long term care, palliatív care és hospice)**

A tanulmányban hangsúlyt kap az az állítás, amely szerint a közszolgálati idősgondozás egészségügyi hatalmak és orvosi kontrollok alá sodródott, hogy erősen érvényesül az egészségügyi dominancia, és hogy gyengült a hagyományos szegényügyi szociális tartalom.

Az intézménytelenítés és gondozástalanítás jegyében ez utóbbi tényleg gyengülhet, illetve átalakulhat: valóban szüregsztelen önálló idősöket drága intézményekbe költöztetni pusztán az anyagi ellátatlanságuk okán. Nem önmagáért kreált fogalom azonban a long-term care, hanem a fejlett országokban a növekvő igényekre adott válasz. Mi történjen azokkal az idősökkel, akiknél nincs lehetőség kuratív, gyógyító beavatkozásra, miközben a krónikus betegségeik, gondozásra szoruló állapotuk tartósan, esetleg éveken át fenntartható?

A medicina reagálni látszik a frail idősök ellátási kihívásaira, lassan nyit a szociális tartalmak felé. Fordítva ez kevésbé érzékelhető, pedig az idősgondozás kliensei, a nagyon idősök, sok medikális problémával küdenek – számukra a klasszikus „szegényházi” gondoskodás elégtelen.

Hollandiában évtizedek óta létezik a gondozó otthoni specialista szakképesítés, 15 éve pedig új orvosi diszciplína a három év alatt megszerezhető ráépített szakorvosképzésben az elderly care physician (Koopmans et al. 2010). Ennek képviselője első kézből ismeri az idős embert, és nem a mindenáron való gyógyító beavatkozást, hanem az élet minőségét tartja szem előtt. Hollandiában a halál helye jellemzően nem a kórház, hanem az idősök otthona – pl. a demenciában szenvedők esetében.

De nem kell feltétlenül Nyugatra néznünk: Csehországban is létezik

hasonló forma, és pedig a long-term care specialisták számára kialakított önálló posztgraduális szakképesítés.

A hospice és a palliatív care az utóbbi évtizedekben önálló szakmává fejlődött, magában hordozva sok olyan értéket, szakmai tartalmat, amely nem a klasszikus medicinához, hanem a szociális szakmához kapcsolódik, és én ezt inkább pozitív változásnak látom. A palliatív ellátás ugyanis az élethosszig tartó betegségeknek olyan szemlélete, amely elsősorban a beteg és a család életminőségét tartja szem előtt, tudomásul véve a gyógyító beavatkozások lehetőségének kimerülését.

Hazánkban a palliatív-hospice szemlélet fejlődésének legnagyobb gátja, hogy az orvosok képzetlenek ezen a téren, és ráadásul nem is tartják problémának a képzettségük hiányát. Itt van egy olyan hiátus, ahová a szociális szakembereknek „nyomulniuk” kellene!

A *fájdalom* ugyancsak igen elhanyagolt kérdés az idősök orvosi kezelésében és a mindennapi gondozásában egyaránt. Az idősök fájdalmát nem vesszük komolyan, és nem vagy nem megfelelően kezeljük. A leggyakoribb reakció az: ezzel együtt kell élni! Pedig a fájdalom nem része az öregedésnek, csak gyakori kísérőjelensége, és az idős embernek is joga van a kezeléshez. Azt gondolom, a fájdalmat bagatellizáló szemlélet időnként súlyos diszkriminációnak minősíthető. A mentális állapota vagy az adott neurológiai kórképei miatt csak elégtelen kommunikációra képes betegeknél a nagyfokú, elhúzódó fájdalom önmaga is súlyos zavartságot és nyugtalanságot válthat ki.

### Kit is gondozunk?

A halálozási adatokból és a halált megelőző utolsó fél-, illetve egy év feltételezett gondozási szükségletéből kiindulva érdekes, de vitatható megállapításokat tesz a szerző.

Ismerve az alacsonyabb iskolai végzettségűek rossz korai halálozási mutatóit, arra következtet, hogy a költséges intézményi gondozás kliensi köre kedvező egészségi állapotú.

Nem hiszem, hogy az intézmények jellemzően jól szituált, magányos és unatkozó, magasabb iskolai végzettségű, 80 feletti hölgyeket „gondoznának túl”.

Saját intézményünkben (emelt szintű ellátást is nyújtó, száz férőhelyes átmeneti és tartós bentlakásos, alapítványi fenntartású otthon) az aktuális pillanatkép: a férfiak átlagéletkora 78, a nőké 84 év, a férfi/nő arány pedig 18/79. Ha az iskolai végzettséget megvizsgáljuk, a lakók egynegyedének van középfokúnál magasabb iskolai végzettsége, az ellátottak fele csak alacsony iskolát végzett. 78 azok száma, akik önellátásukban mindennapi segítséget igényelnek, segédeszközt (járókeretet, kerekesszéket) 52 fő használ. 68 demens gondozottunk között 42 a súlyos állapotú. Az ellátottak többsége kórházban is lehetne – és csak kis részük volna otthon is ellátható.

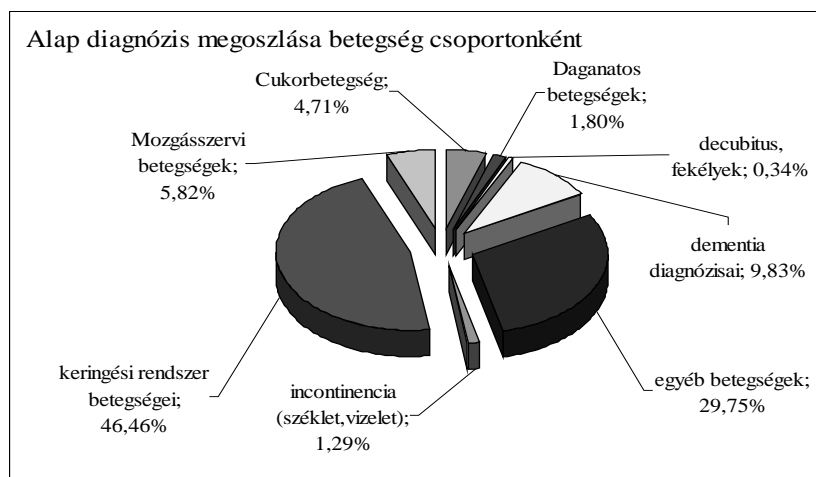
Az elmúlt évtized hektikus jogszabályi változásai, a finanszírozás drasztikus csökkenése és a változó igények egyaránt meglátszanak a bentlakásos intézményi rendszeren.

A 2008 óta a bentlakásos intézményi felvétel feltételeként megszabott napi 4 órás gondozási idő az egészségügy rátelepedése nélkül is medikalizálta a szociális intézményeket, ezt erősíti az egészségügyi ellátórendszer átalakulásának hullámveréseiből származó, növekvő ellátási igény. Mivel aktív kórházi osztályokon rövidebb ideig látják el a betegeket, gyakran egyenesen onnan kellene a bentlakásos intézménybe kerülnie az időseknek.

A GSZV néven elhíresült, sajátos mérőszám – amely bizonyos ADL dimenziók és szociális körülmények értékelésével nyert, összeadott pontok alapján órában fejezi ki, mennyi gondoskodásra is van szüksége az idős embernek a valós dependencia mérésére – nem alkalmas az összehasonlításokra: a finanszírozásba való belépő kapu szerepét látja el. A Szociális Klaszter 2009-ben a korábban validált HGCS metódussal (Szociális Klaszter 2007) felmérte a az intézményekben élők állapotát: 1829 személy vizsgálatát végeztük el 20 bentlakásos szociális és 5 egészségügyi intézményben (ápolási osztályon). Összesen 1829 személyről készült a mintavétel. Közülük 1554-en szociális intézmények lakói. Ez az összes idősoththoni lakó mintegy 3 százaléka. Az egészségügyi intézményekben ápoltak közül 275 főt vizsgáltunk. A szociális intézményekben megfigyelt lakók átlagéletkora 77,2 év volt. A mintában a férfiak részaránya 26,9%, a nőké 73,1% volt.

Vizsgáltuk az ellátottak betegségeit, az általánosan használt BNO kódok szerint; látható, hogy milyen gyakori a multimorbiditás (egyidejűleg több betegség fennállása).

1. ábra A lakók vezető betegségei az idősoththonokban, 2009

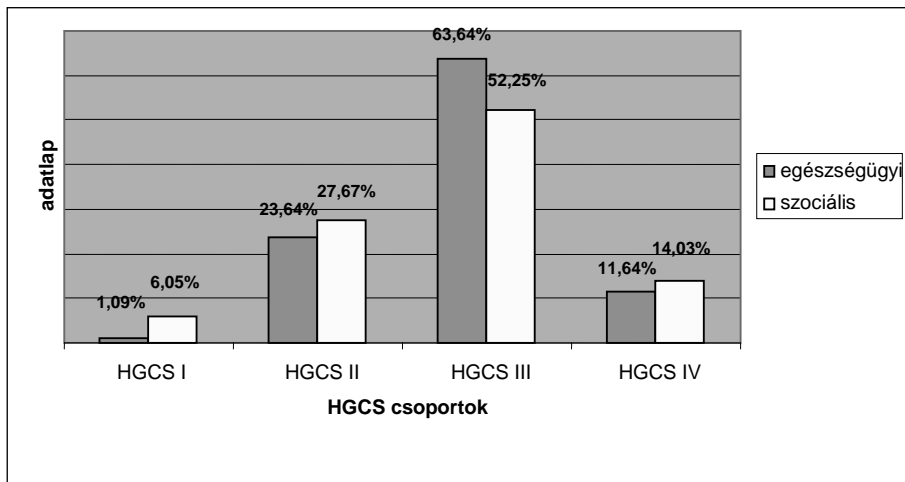


A felmérés azt igazolta, hogy a szociális és egészségügyi intézményekben gondozott idősek állapota mind az ADL alapú gondozási szükségletet, mind az egészségi állapotukat tekintve hasonló. Míg az idősoththonokban jól kimutatható mértékben volt jelen a napi tevékenységekben

## MŰHELY

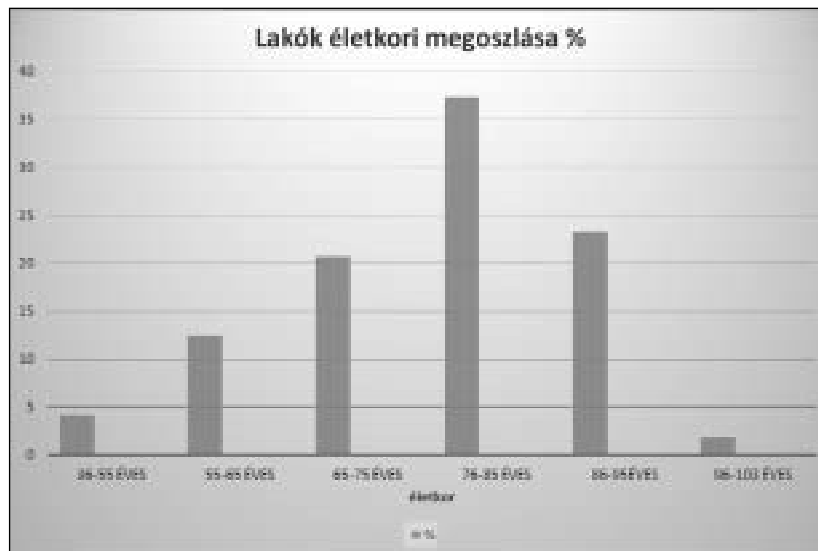
az egészségügyhöz köthető szakápolási tevékenység, az ápolási osztályokon „szociális” gondoskodást nemigen végeztek.

2. ábra A gondozottak állapota bentlakásos intézményben és ápolási osztályon



A Szociális Klaszter 2011-ben végzett modellkísérlete során 2485 idősothoni ellátotról nyertünk adatokat, az összes bentlakásban ellátottnak kb. a 4 százalékát érintette a felmérés.

3. ábra Az idősek életkori megoszlása az intézményekben (2011), a HGCS3 vizsgálatban



Az idősök otthonaiban ellátottak közül 84,5 százalékban(!) szakápolási feladatokat is végeztek a gondozás során – ezek az adatok pedig ellentmondanak a tanulmányban állítottaknak.

Ha megfelelő időben a szociális gondoskodás látókörébe, szükség esetén intézménybe kerül az esékeny (frail) idős, ez az ő számára jobb életminőséget jelenthet, a társadalom számára pedig racionális, költséghatékony megoldást is. Mire gondolok? A nyári nagy melegben a szomjúságot élettani okokból kevésbé érző idős ember folyadékháztartása könnyen felborul, és a kiszáradás következtében kórházba kerül. Részben maga a kiszáradás, részben a környezetváltozás, a sürgősségi osztály körülményei, az esetleg mindeddig kompenzált kognitív deficit-nyhe demencia súlyos zavartságot, nyugtalanságot eredményeznek – és máris a pszichiátriai osztályon találjuk a mind ez ideig önellátó időst. Nagyon rossz, és – igen – nagyon költséges forgatókönyvek peregnek így, nap mint nap.

A 65 év feletti 28–32 százaléka évente legalább egyszer elesik a WHO adatai szerint. A megelőzés érdekében tett intézkedéseink a megfelelő cipőtől a szőnyegen tekerdő kábel eltüntetéséig és a csontritkulás megfelelő kezelésétől a megfelelő étrenden át a rendszeres mozgásig jellemzően interprofesszionális együttműködést kívánnak, amellyel jelentős egészségnyereséget érhetünk el, komoly kórházi költséget takaríthatunk meg.

### **Kit is gondozunk és kit kellene, kinek kellene gondoznia?**

Azt gondolom, a gazdag idős is lehet szociálisan rászorult. Persze ettől még valamennyien meghalunk – nem is ez a kérdés. A kérdés az, hogy képes-e, akar-e a társadalom segíteni abban, hogy az utolsó 10–15 évünket, amikor már mások segítségére szorulunk, méltósággal viselhesük.

A geriátriai állapotfelmérés (de nem a jelenleg is használatos, GSZV néven elhíresült táblázat) alkalmas lehet a valós igények felmérésére. Szükséges volna az egyének és a társadalom számára azoknak a kulcspillanatoknak a felismerése, amelyekben döntési szituációba került az idős ember, illetve a család. Bizonyos diagnózisok megszületését követően az egyének és a családjának végig kellene gondolnia, hogy milyen forgatókönyvek lehetségesek, és melyek az anyagi-ellátási lehetőségek. Nagykorúnak tekintve és bevonva a döntésbe az érintettet, lehetséges a lehető legkisebb rosszat választani. Ezekben a pillanatokban nem egészségügyi, hanem szociális ismeretekre és tapasztalatra, igazi segítő munkára van szükség.

### **Álszentek voltunk mindahányan...**

Nevezzük nevén a dolgokat (és ebben maximálisan egyetértünk): a törékeny idősekről való gondoskodás-ápolás igencsak hiányos hazánkban. Nagyon esetleges, hogy ki, hol, milyen ellátáshoz jut hozzá.

Az idősgondozás Magyarországon két rendszerben: az egészségügyi és a szociális ellátórendszerben zajlik, eltérő ágazati logikával, helyenként pazarlóan, de összességében alulfinanszírozottan. Az időotthonok között sokfélével találunk, a szegényháztól a luxus-központúig és a komplex palliatív gondozást nyújtótól a jacuzzis nyugdíjasotthonig – pedig a számtalan ellenőrzéstől-jelentéstől már úgy kell ellopni az időt az érdemi szakmai munkára. A sokszínű ellátási forma nem volna baj. A komolyabb probléma véleményem szerint az, hogy a többszöri neki-futás ellenére mindmáig nem sikerült előrelépni a munka mérhetősége, a szakmai tartalmak összevethetősége területén. Nehéz megfelelő mérőszámokat, eredmény-típusú indikátorokat kiválasztani egy olyan tevékenységhez, amelyben minden erőfeszítésünk mellett is többnyire legfeljebb az állapot fenntartása érhető el, ideig-óráig, és a biológia törvényei szerint végül elveszítjük a klienst, miközben vannak lehetőségek a gondozás minőségének, az ellátott életminőségének vizsgálatára, és ezekkel élnünk kellene.

Baj van a társadalom, de a medikális és szociális ellátás problémakezelésével is, amely gyakran defenzív, képmutató.

Álszent mellébeszélés helyett ki kellene mondanunk, ha nincs tovább gyógyítási lehetőség, az élet utolsó szakaszának minőségére figyelve enyhíteni a tüneteket – a drága és személytelen kórház helyett – ezt a feladatot esetenként a szociális ellátórendszerre bízva.

Az orvos, az egészségügyi szakember kudarcként éli meg, ha nem tudja meggyógyítani a beteget. Álszentek vagyunk, mert a sorvasztó betegség végstádiumában kórházba küldeni egy idős embert egyszerűbbnek látszik, mint az életvégi döntésekről gondolkodni, ezek meghozatalában támogatni az egyént és a családot. A demens, multimorbid idős ember esetében is az egyik vagy másik betegséget próbáljuk orvosolni a szakma szabályai szerint, és így szem elől tévesztjük az egyén életminőségét-életkilátásait. Az ápolási osztályoknál (elfekvőnél) – ahol egyébként ugyancsak létezik a co-payment hivatalos és nem hivatalos formája – lényegesen humánusabb lehet a szociális intézményekben folyó gondoskodás. Ez utóbbiakban otthont nyújtó ellátásról van szó, amelyre a hagyományaik és a stábok szakmai felkészültségéi alapján a bentlakásos intézmények inkább alkalmasak. Ez is egy eretnek gondolat: az ápolási osztályok feladatait azok a szociális szakemberek, akik az otthont nyújtó, élethosszig tartó gondoskodáshoz értenek, el tudnák látni, alkalmasint az idősök jobb életminőségét tudják biztosítani. De: a szociális intézményekben elvégzett egészségügyi (szakápolási) tevékenységet finanszírozni kell!

A Mark Pearson-idézet rendkívül fontos: azt erősíti meg, hogy józan gazdaságpolitikai megfontolások szerint is nő a geriátriai szemlélet, komplex gondolkodás jelentősége. Az aktív gyógyítás mellett népegészségügyi, megelőző-szemléletformáló programokra és fejlesztésekre van szükség.

Az idősellátásban nem nélkülözhetőek a magasan kvalifikált szociális szakemberek.

Kinek és miért jó, ha mindezekkel a megfontolásokkal szemben nő az idősökkel foglalkozó szakemberek körében a megosztottság? Azt gondolom, legkevésbé az idősöknek jó – de nekünk magunknak is rossz.

Munkánk tárgya az élő ember, a maga komplexitásában, akinek a problémái részben szociális, részben egészségügyi természetűek, amelyek együttesen és ily módon hatványozottan egymást felerősítve jelentkeznek. Az idős ember számára lényegtelen, hogy ki látja el, mert ő, ameddig csak lehet, az otthonában szeretne élni, betegen és korlátozottan is, de lehetőleg fájdalom nélkül, és ha eljön az idő, szeretne méltósággal meghalni.

A halállal viszont végképpen nem szeretünk számolni.

A multimorbid, nagyon gyakran pszichiátriai–neurológiai–belgyógyászati és mozgásszervi társbetegségekben egyidejűleg szenvedő, 65–70 év feletti betegek ellátásában rendszerszemlélet-alapú struktúra kialakítására lenne szükség, úgy, hogy ebbe a rendszerbe beleilleszkedjenek a szociális alap- és szakellátási lehetőségek.

Jelenleg a rendszerben nem lehet monitorozhatóan különválasztani a  
– kurábilis (a redaptáció jelentős állapotjavulást eredményezhet)  
– inkurábilis (az állapotukból következően jelentős readaptációban már nem részesíthető), palliatív ellátásra, gondozásra szoruló betegeket.

Kár szembeállítani a szociális és az egészségügyi szakmát. Ami a társadalmi presztízst illeti, lassan mindkettő egyformán alacsony, az idősekkel foglalkozók mindkét szakterület páriáivá válnak.

Az idősgondozáshoz – akár a focihoz – szinte mindenki ért. Jó szándékú segítők persze szükség van a rendszerben, de párhetes gyorstalpaló tanfolyamokkal képzettnek tekinteni a gondozókat nagyon rossz irány, sokat árt a szakmának.

Az ellátási hiányokra reagáló jelenség az informal care sajátos formája, amikor is nem családtag, hanem fizetett, képzetlen, jó esetben jó szándékú segítő végzi a gondozást. Létezik egy sajátos migráció a professzionális gondozók körében is, a jobb bérezés irányában (Lindquist 2012).

A szociális és egészségügyi képzések átjárhatatlanságát az együttműködés komoly gátjának látom; itt minimális pozitív elmozdulást csak az egészségügy felől lehet érzékelni.

A következő uniós költségvetési ciklusban a hírek szerint az emberi erőforrásokra szánt támogatások nagyságrendekkel csökkennek; a javaslatok szerint a források közegészségügyi célokra, népegészségügyi problémákra jutnának – ideértve a tartós ápolási–gondozási szolgáltatásokhoz való hozzáférést is.

Ha a tanulmány heves szakmai vitát generál, annak egyszersmind számos pozitív hozadéka lehet.

Ne legyünk kishitűek, és higgyük el: lehet olyan történelmi pillanat, amikor az idősekkel foglalkozó szociális és egészségügyi szakemberek a saját árnyékukon túllépve, az egyéni érdekeket félresöpörve kiegyensúlyozott, megalapozott közös szakmai koncepciót tesznek le a politika asztalára – vannak erre jó példák a nemzetközi gyakorlatban ([www.interlinks.euro.centre.org](http://www.interlinks.euro.centre.org); [www.elteca.org](http://www.elteca.org)).

Magam a perspektívát az interprofesszionális megközelítésben látom, aminek azonban jelenleg igen komoly akadályai vannak, és nemcsak, illetve nem elsősorban a kétségtelenül szűkös források miatt, hanem azért is, mert hiányosak az ismereteink egymás szakterületeiről, mert nincs valódi kultúrája a csapatmunkának, mert túlterheltek a gondozó stábok

és családok, és átjárhatatlanok a képzések, és mert rosszul vagy sehogy sem kommunikálunk egymással. És mindenekfölött: ki kérdezi meg az időseket, amikor krízishelyzetben róluk döntünk?! Kivel és hogyan kommunikálunk a kognitív zavarral élő idősök sorsáról?

Persze a poroszos hagyományokon szocializálódott egészségügy felől egyelőre nehéz elképzelni, hogy egy adott szituációban a további gondozás-ellátás mikéntjéről szociális munkás vagy gyógytornász vezetésével szülessen meg a döntés. De az itthoni válaszfalak és az átjárhatatlanság ereje a szociális és egészségügyi szféra között másutt nem tapasztalható ilyen élesen, sem a szakmai párbeszéd, sem a finanszírozás terén ([www.elteca.org](http://www.elteca.org)).

Véleményem szerint az idősekkel foglalkozó szociális szakembereknek, idősotthonoknak nem a gondozás medikalizálódásától kell félniük, és nem a geriátriával szemben kell definiálniuk önmagukat, hanem a long-term-palliatív care ellátásokban kéne érvényesíteni a segítő munka értékeit és a szociális szempontokat, a jelenleginél lehetőleg sokkal hatékonyabban.

### Irodalom

- Hurd, Michael D. (2013): The Monetary Costs of Dementia in the United States (RAND Office of External Affairs), *The New England Journal of Medicine*, v. 368, no. 14, pp. 1326–1334
- Koopmans et al (2010): Dutch elderly care physician: a new generation of nursing home physician specialists *Journal of the American Geriatrics Society* 58(9) September 2010 pp. 1807–1809.
- Kopp M. S., Réthelyi J. (2004): Where psychology meets physiology: Chronic stress and premature mortality - The Central-Eastern European health paradox, *Brain Research Bulletin* 62: (5) pp. 351–367.
- Leichsenring, Kai (2012): Integrated care for older people in Europe—latest trends and perceptions, *International Journal of Integrated Care*. Jan-Mar; 12:
- Lindquist, Lee (2012): Dangerous caregivers for elderly in July 13, 2012 *Journal of American Geriatrics Society*
- Szociális Klaszter (2007): HGCS: Az ápolási-gondozási rászorultság mérésének lehetséges eszköze a szociális ellátásban (projektbeszámoló)
- Szociális Klaszter (2009): Az ápolási-gondozási tevékenység helyzetképe szociális és egészségügyi intézményekben (HGCS2 projekt) projektbeszámoló, elérhető [www.szocialisklaszter.hu](http://www.szocialisklaszter.hu)
- Szociális Klaszter (2010–11): A HGCS rendszer vizsgálata – modellezése a bentlakásos szociális intézményekben ellátottak állapotának követésére és a gondozási tevékenység mérésére – projektbeszámoló (elérhető [www.szocialisklaszter.hu](http://www.szocialisklaszter.hu))  
[www.interlinks.euro.centre.org](http://www.interlinks.euro.centre.org)  
[www.elteca.org](http://www.elteca.org)