

SZABÓ LAJOS

A professzionális és informális segítők szerepe az idősök otthoni ellátásában

A tanulmány a hazai idősellátás egyik legfontosabb alapszolgáltatása, a házi segítségnyújtás kapcsán felmerülő dilemmákat tekinti át. Vizsgáltuk e tevékenység szakmai tartalmát, a segítőkkel szemben támasztott szakmai követelményeket, és választ kerestünk arra, hogy miként biztosítható e szolgáltatás szakmai minősége, továbbá hogyan erősíthető az e tevékenységet végzők professzionalitása. Fontos felhívni a figyelmet arra is, hogy a szociális alapellátásnak növekszik a jelentősége, és ezzel párhuzamosan egyre nagyobb a rá nehezedő teher. Ennek nyomán ki kell emelni az ellátásfejlesztők, a finanszírozók szerepét az innovatív ellátási utak keresésének ösztönzésében. Különösen fontosnak tartjuk a gondozásmenedzsment hazai gyakorlatának megújítását, és kiemelten foglalkozunk a professzionális és informális segítők tevékenységének illeszkedésével, valamint együttműködésükkel az idősök otthoni ellátásában.

A hazai idősellátás évtizedeken keresztül a tartós bentlakásos otthoni elhelyezésre épült, és annak ellenére, hogy a kilencvenes években egy jelentős ellátásfejlesztés során egyre inkább teret nyert az idős otthonában biztosított gondozás és megjelentek az otthon közeli ellátások, az ellátásban még mindig igen jelentős az idősök számára létrehozott bentlakásos otthonok szerepe. Azt tapasztalhatjuk, hogy a gondozásra szoruló idősök családtagjai segítséget keresve rendszerint az idősök bentlakásos otthonba elhelyezését látják megoldásnak, és gyakran a velük kapcsolatba kerülő szakemberek (pl. háziorvosok, kórházi kezelést biztosító szakorvosok, családsegítő szolgálat munkatársai, sőt még idősellátási szakemberek is) ezt erősítik a tanácsaikkal. Ha ennek okait keressük, akkor egyrészt ki kell emelnünk azt, hogy miközben a családtagok igen nehezen tudják reálisan megítélni az idős romló fizikai - mentális állapotát, és kevés ismerettel rendelkeznek az elérhető szolgáltatásokról, azzal kell szembesülniük, hogy nincs olyan intézményes (gerontológiai - geriátriai) tanácsadás, amely a kialakult helyzet megfelelő áttekintése nyomán segítené a megfelelő szolgáltatási háttér megválasztását és elérését. Ez különösen fontos lenne azokban a gyakori esetekben, amelyeknél

az idős jelentős állapotromlása váratlanul, krízisszerűen következik be, és az időhatáros aktív egészségügyi ellátást hosszú gondozási periódus követi ill. krónikus nehézségekkel kell az idősnek és családjának szembenéznie (pl. stroke tartós következményekkel, elesés nyomán kialakuló mozgáskorlátozottság, inoperabilis tumor kialakulása előrehaladó romlással, gyors hanyatlással járó szellemi leépülés). A családok ezekkel a nehézségekkel szembenézve meglehetősen magukra maradnak, és a helyzet megoldatlansága, kilátástalansága, a rájuk nehezedő nyomás afelé sodorja őket, hogy „menekülési utat” keresve radikális megoldásként a tartós bentlakásos otthoni elhelyezés lehetőségét keressék.

Van azonban a család erőfeszítéseinek egy másik útja, amely a családban megtartó gondozás irányába visz, a gondozó család kulcsszerepével. A kilencvenes évek közepétől egyre több nemzetközi kutatás foglalkozik a gondozó családok szerepével és nehézségeivel az idősök ellátásában. Kiemelkedő jelentőségű ezek közül *Aneshensel*nek és munkatársainak átfogó kutatási programja az Alzheimer beteget gondozó családok kapcsán, amely végig követi a gondozó családtagok „gondozói karrierjének” alakulását a maga nehézségeivel (*Aneshensel et al. 1995.*). Ezen a téren szintén kiemelkedő *Steven Zarit* munkássága, aki munkatársaival írt ismert munkájában a gondozó családok kapcsán az „Alzheimer kór rejtett áldozatai”-ról ír (*Zarit et al. 1985*), valamint *Montgomery* és *Kosloski* munkássága a gondozó családtagok identitásának és szerepkonfliktusainak elemzése kapcsán (*Montgomery és Kosloski 2011.*). A krízis-irodalom ismert egyénisége, *Gail Sheehy* pedig a krónikus beteget ápoló hozzátartozók hosszú küzdelmét és megküzdési stratégiáit mutatja be „Átjárók a gondozásban: fordulópontok a káosztól az önbizalomig” című könyvében (*Sheehy 2010.*). Végül említenünk kell napjaink egyik legjelentősebb munkáját: *Qualls*nak és *Williams*nek a gondozó családokat segítő család-konzultációs modelljét (*Qualls és Williams 2013.*). E kutatások világosan mutatják, hogy miközben a gondozó családok szerepe kiemelkedő jelentőségű az idős családtagról való gondoskodásban, támogató hátterek nélkül a gondozó családtagok jelentős mértékben terhelődnek, belső válságok, konfliktusok keletkeznek, és növekvő arányban tapasztalható a gondozó családtagoknál pszichés megbetegedés, pszichoszomatikus hátterű fizikai betegségek kialakulása. A helyzetet tovább bonyolítja az, hogy az ellátásra szoruló idősök maguk gyakran nem látják reálisan saját fizikai és mentális állapotukat, így ennek nyomán a szolgáltatások igénybevitelével szemben elutasítóak, defenzívek. Ez különösen érvényesül a bentlakásos otthoni elhelyezés kapcsán. Jól látható, hogy az ellátások igénybevétele során sok feszültség keletkezik, és a bentlakásos otthoni elhelyezés kezdeményezése kapcsán magukban a gondozó családtagokban is ambivalens érzések, bűntudatok keletkeznek, amelyeket sokszor a környezet viszonyulása és a társadalmi megítélés is erősít. Kézenfekvőnek tűnik, hogy egyre inkább a szociális alapellátás keretében igénybe vehető szolgáltatások felé forduljon a figyelem, és az ellátás fejlesztése során is ezt erősítsék. Ez egybeesik az idősellátás korszerű nemzetközi gyakorlatával, és azzal a törekvéssel, hogy az idősokről lehetőleg minél tovább a természetes életterületben, otthonukban megtartva gondoskodjunk. Miközben ez a törekvés a hazai idősellátásban is megjelenik, jelentős akadályokkal kell szembenéznünk.

Nehézségek az idősothonban nyújtott gondozás kapcsán

Egy korábbi tanulmányban az idősellátás jelen, hazai helyzetének kritikai elemzése során röviden érintettük a „házi segítségnyújtás”-sal kapcsolatos ellátási nehézségeket (Szabó 2013.). Ehhez kapcsolódva az alábbiakat emelhetjük ki:

– A hazai gyakorlatban a szolgáltatás nyújtása a gondozási szükséglet előzetes felmérésén alapul, ez a felmérés azonban túlságosan szűkre szabott, leegyszerűsített, és egy intézmény-centrikus megközelítést képvisel (az intézmény szolgáltatási kínálatához igazodik és nem a kliens által megfogalmazott igényekre, szükségletekre próbál szolgáltatási választ keresni egy tágabb szolgáltatási palettán mozogva).

– Az ellátás leszűkül a fizikaira lecsupaszított gondozásra és az időse életvitelének korlátozott segítésére (pl. bevásárlás, a környezet rendbetétele). Ezt a tevékenységet a szükségletfelmérésben megállapított időkeretben végzik, rendszerint időnyomások közepette, és csak korlátozott mértékben van lehetőség egy individualizált, pszichés gondozást is biztosító, segítő munkára.

– A „gondozás – menedzsment” oldaláról nézve azt tapasztalhatjuk, hogy az ellátást szervező - többnyire szociális vagy egészségügyi képesítéssel rendelkező -- kvalifikált szakemberek a gondozási szükséglet felmérésében, a gondozási terv kialakításában, a gondozó stáb napi gondozási munkájának szervezésében, kontrolljában, és az intézményi adminisztrációhoz kapcsolódó feladatok terén kapnak kulcsszerepet. Esetviteli tevékenységük az egyéb feladatok mellett nagy mértékben leszűkül, és ritkán láthatunk a területi idősellátásban komplex esetvitelt, amely magába foglalná a családoknak nyújtott konzultációt, valamint a forrásokkal és támogató hátterekkel folyó segítő munkát (pl. intézményközi esetkonferencia, a kapcsolati hálót megerősítő „networking”, önkéntes bázis építése, kliens képvisleti tevékenység, mediáció, civil szerveződésekkel való partnerség, stb.). Látható az is, hogy az ellátás törvényi-jogszabályi háttere sem kielégítő, és ez jelentősen hozzájárult ahhoz, hogy a szociális alapellátás szolgáltatási mozgásteré leszűkült. Az ellátásfejlesztés és finanszírozás oldaláról nemigen találhatunk forrásokat, támogatásokat arra, hogy a szociális alapellátás területén átfogó, minőségi szolgáltatások jelenjenek meg, bővülő szolgáltatási kínálattal.

– A gondozó stábok képzettségi szintjét tekintve az tapasztalható, hogy a „házi segítségnyújtás” területén nincsenek olyan ösztönzők, amelyek a magasabb képzettségi szint megszerzését segítenék (pl. a szociális gondozó – ápolókat arra ösztönöznék, hogy gerontológiai gondozói képesítést szerezzenek, vagy felsőfokú szociális szervező – gondozó képesítéssel gondozás szervezési – irányítási feladatok ellátására kapjanak „jogosítványt”). Általánosan elterjedt az a felfogás, hogy a „házi segítségnyújtás” keretében zajló, gondozói tevékenység nem kíván különösebb szakképzettséget, és rövid felkészítés után nehézség nélkül végezhető. Ez a felfogás egyaránt felbukkan az közgondolkodásban és a szakmai megítélés során is.

– Végül ki kell emelnünk a szociális alapellátásnak azt a sajátosságát, hogy passzív, „befogadó” szolgáltatásként alapvetően az ellátást kérő

időssel foglalkozik ill. hozzátartozói kezdeményezésre alakít ki kapcsolatot az időssel. Rendszerint nem rendelkezik a „potenciális kliensek” felkutatására irányuló programmal (pl. izolált helyzetű, egyedül álló idősök felkeresése szolgáltatás ajánlásával, krízis szolgálat elérhetőségével, prevenciós programokkal) és kevés erőfeszítés irányul a veszélyeztetett helyzetű idősök védelmére, pl. az időséssel szembeni abúzusok kapcsán.

Ha arra keresünk választ, hogy milyen irányba kellene elmozdulni a házi segítségnyújtás terén ahhoz, hogy egy korszerű ellátás alapjait teremthessük meg, akkor első lépésként újra kellene gondolnunk a gondozási szükséglet felmérésének jelen gyakorlatát, és a szűk, intézménycentrikus megközelítést egy árnyalt, átfogó állapotfelmérésnek kell felváltania. Ennek az átfogó felmérő - értékelő rendszernek a középpontjában a funkcionális akadályozottság áll, a kapcsolódó pszichoszociális következményekkel. Ezen belül a jelen gyakorlathoz viszonyítva sokkal árnyaltabban kerülhet sor a fizikai és kognitív akadályozottság, valamint az önálló életvitel és önellátó képesség felmérésére, szemben a hazai idősellátási gyakorlatban meghonosodott egyszerű pontozó skálák alkalmazásával (ld. Geron 2006., Szabó 2003., 2010). Túl a funkcionális akadályozottság felmérésén, fontos szempont a források és támogató hátterek, valamint az időst és a gondozó családot körülvevő kapcsolati háló feltérképezése a potenciálisan mobilizálható környezeti erőforrások mérlegeléséhez. A kapcsolati háló feltérképezése már a nyolcvanas évek idősellátási gyakorlatában megjelenik, *Biegel* és munkatársainak munkájában (*Biegel et al.* 1984.), de megtalálhatjuk az időséssel folyó konzultáció és esetmenedzsment modern gyakorlatában is (*Lubben* 2006, *Fredman et al.*, *Szabó* 2010, *Cress* 2012.). A környezeti tényezők vizsgálata során a házi segítségnyújtásban dolgozó gondozók fontos feladata a környezeti kockázati tényezők felmérése az idős természetes életterében. Ennek szempontrendszere megtalálható *Cress* geriátriai – gondozás menedzsment kézikönyvében (ld. *Cress* 2012. (és egy nagyon részletes gyakorlati útmutatóban („Biztonságban és jól élni idősként: Útmutató az otthoni sérülések megelőzéséhez” – *Drago* 2013.)). A hazai környezet-gerontológiai kutatásban *Széman Zsuzsa* és munkatársai folytattak jelentős vizsgálatokat e téma kapcsán. Végül igen fontos része az átfogó felmérésnek a gondozó családtag terhelődésének vizsgálata (*Zarit et al.* 1985.).

E rövid áttekintésből látható, hogy ez az igényes állapotfelmérés jelentős időráfordítást és megfelelő szakmai felkészültséget követel. Amikor erre hivatkozva kételyeket fogalmaznak meg a hazai alkalmazhatóságáról, akkor két fontos szempontot kell kiemelnünk: az egyik az, hogy az idősellátásban – szemben az akut egészségügyi ellátással – várhatóan tartós gondozási kapcsolatba kerülünk klienseinkkel, hónapokon, de igen gyakran éveken keresztül, ami a házi segítségnyújtás terén különösen gyakori. Akármilyen időnyomás alatt is vagyunk, elvárható az a gondos, kezdeti ráfordítás az állapotfelmérés során, amely megalapozza a gondozás hosszú távú munkáját. Ez az idősellátás nemzetközi gyakorlatában alapvető elvárás. A másik szempont a szakmai felkészültség szempontja. Fontosnak tartjuk, hogy az idősellátás gyakorlatában szakmai - minőségi követelmények jelenjenek meg, és hogy erősítsük a képzettségi szintet.

Ez kiemelten vonatkozik a felmérő - értékelő munkát, a gondozási terv kialakítását, a gondozás tartalmi munkájának támogatását, valamint az idős és családja segítése során komplex esetvitelt biztosító szakemberekre. Ma a kívántnál alacsonyabb arányban található a szociális alapellátás terén diplomás szociális munkásokat és ápolókat (leginkább szervező-kontrolláló és adminisztratív szerepbe szorítva). Nélkülük nem valósítható meg igényes idősellátás, és nem építhető fel a korszerű gondozás menedzsment személyközpontú gyakorlata. Ma a hazai gondozás-menedzsment a nyolcvanas években kialakult tradicionális esetmenedzseri tevékenység elemeinek beemelése épül. Ennek központi törekvése egy költséghatékony, átlátható és kontrollálható szolgáltatás, világos ellátási kritériumok és körülírt szolgáltatási tartalmak („gondozási programcsomagok”) alapján.

Ezt a fajta megközelítést a nemzetközi gyakorlatban sok kritika érte, részben a „menedzseri szemlélet” dominanciája, részben a szolgáltatások intézmény-centrikus felfogása miatt (a szűkre szabott szolgáltatási kínálat alapján elvégzett szelekció, az ellátásba kerülés kritériumainak merev alkalmazása, szolgáltatások szűkítése az intézményi finanszírozási nyomások és ellátási kapacitások elégtelensége nyomán, a szolgáltatás túlszabályozása a kontroll-szempontokat hangsúlyozó ellátási protokollok miatt, az esetviteli ráfordítást akadályozó túlzott dokumentáció, valamint az intézményi működés és a fenntartói ellenőrzés bürokratizálódása jellemzi ezt a megközelítést). E tradicionális esetmenedzsment modell a kilencvenes években *Bob Welch* és a *Scottish Office Social Services Group* közvetítésével jutott el Magyarországra (Welch 1991.), és bár érezhető volt rajta *Challis*-nek és *Davies*-nek, a Kenti Egyetem kutatóinak a „*Kent Community Care Project*” nyomán kialakult felfogása az esetmenedzsment szerepéről a közösségi gondozásban (*Challis* és *Davies* 1986.), alapvetően egy leszűkített, konzervatív vonulatot képviselt.

A személyközpontú gondozás-menedzsment ezzel szemben új utat kínál egy komplexebb, sokszínűbb, szakmai tartalmában, minőségében igényesebb idősellátás felé. Ennek kiindulópontja egy olyan gondozás menedzsment, amely a szolgáltatást nyújtótól függetlenül – az ellátást igénylő idősrel és családjával kialakított közvetlen munkakapcsolatban – átfogóan méri fel az ellátást igénylő állapotát, és erre építve fogalmaz meg a klienssel és családjával közösen szolgáltatási igényeket. Ennek nyomán keres és ajánl szolgáltatókat a kliens és családja számára, egyúttal konzultánsként segít a gondozási terv kialakításában. Ennek a gondozási tervnek szerves része a szükséges források és támogató hátterek elérésének tervezése. Ezt követően a gondozás - menedzser a család képviselőjében figyelemmel kíséri a szolgáltatást, monitorozva annak minőségét, és felmerülő nehézségek esetén koordináló, valamint kliens képviselői funkciót lát el. Munkájának szerves része a családnak nyújtott konzultációs háttér biztosítása (*Cress* 2012.).

Ez a fajta gondozás-menedzsment speciális szakmai felkészültséget igénylő, nagy időráfordítású munka. Nem könnyű meggyőzni az ellátás finanszírozókat arról, hogy a jelentős minőségi stábfeljesztést követelő, és költségnövekedést eredményező szolgáltatás hosszú távon kifizetődő (gondoljunk csak a gondozó családok túlterhelődésének következményeire, a fizikai és mentális hanyatlás növekvő progresszivitására az

elégtelen ellátási feltételek és lecsupaszított ellátások közepette, valamint a túl gyorsan bekövetkező és természetes életterben már nem kezelhető gondozási szükséglet növekedésére). Itt is érvényesnek tűnik azonban az a „fogyasztói” tapasztalat, hogy ami olcsó, az gyakran hosszú távon túl sokba kerül.

A ráfordítás oldaláról nézve a gondozó stáb képzettségi szintjének javítása is elkerülhetetlenül fontos, ha korszerű ellátást kívánunk biztosítani. A hazai gyakorlatban összemosódik a személy körüli gondozási feladatok végzése az időst kiszolgáló, tehermentesítő kiegészítő feladatok elvégzésével. Ez a nemzetközi gyakorlatban szétválik és eltérő szakmai képzettséget, kompetencia szinteket feltételez. Ahhoz, hogy az idősgondozás professzióként jelenjen meg és megerősödjön a szakmai pozíciója, respektusa, elkerülhetetlenül újra kell fogalmazni a tevékenyégi mozgástereket, feladatokat, kompetenciákat, és a mindezekhez kapcsolható, képzettségi követelményeket. Ehhez fel kell építeni egy képzési - előrehaladási „karrier ívet”, és biztosítani kell a gondozók szakmai fejlődési lehetőségeit, a növekvő presztízs és az anyagi megbecsülés felépítése érdekében.

Végül ki kell emelnünk, hogy megfelelő szolgáltatási kínálat kialakítása nélkül nem képzelhető el korszerű idősellátás. Elkerülhetetlen az alapellátási szolgáltatások fejlesztése az időseknek és családjaiknak felkínálható konzultációs lehetőségek biztosításával, aktív felkutató programokkal, bővülő kliensképviseleti tevékenységgel, és a tágabb szociális erőterben kibontakozó közösségi gondozási gyakorlattal. E fejlesztés fontos része az intézményközi együttműködések megerősítése, az egészségügyi és szociális ellátások illeszkedésének újragondolása, és a közösségi - társadalmi erőforrások fokozottabb felhasználása.

Amikor forrásszegényes időkben, romló feltételek között egy ilyen ambiciózus programot körvonalazunk, könnyen megkérdőjelezhető e törekvések realizálhatósága. A kételyek eloszlátása nem könnyű, és a válaszokat keresve több párhuzamos utat is felvázolhatunk. Az biztos, hogy a kizárólagosan formális intézményi ellátásra és professzionális gondozásra építő alapellátás már ma sem képes lépést tartani a felszínre kerülő és rejtett gondozási szükségletekkel. Itt lényeges megkülönböztetnünk az igényt és a szükségletet. Azt tapasztalhatjuk, hogy sok idős küzd funkcionális akadályokkal és életviteli nehézségekkel, miközben nagy erőfeszítéssel próbál boldogulni és őrizni autonómiáját, méltóságát. Sokszor nehéz szembenézni a funkcionális veszteségekkel, és sok idős ember megpróbálja elhárítani, bagatellizálni ezek jelenlétét. Gyakran a bizalmatlanság, a kiszolgáltatottság elutasítása nehezíti az, ami megnehezíti, hogy az idős ember segítséget vegyen igénybe. Sajátos problémaként jelenik meg annak elutasítása, hogy fizetős szolgáltatást vegyen igénybe (ez olykor a „szocializációs” háttérből adódó ellenállás: sok évet éltünk le az „ingyenes ellátások” felhasználásával, és sokan nehezen fogadják el, hogy a szolgáltatásért fizetni kell – pl. a házi segítségnyújtás kapcsán. Mások nehezen költenek pénzt saját magukra is. Az igény kapcsán gyakran kérdésként merül fel, hogy kinek az igénye jelenik meg: a kliensé vagy a családé? Gyakori kérdés az is, hogy ki a kliensünk valójában. Látható, hogy az egyszerűnek tűnő gondozási tevékenység mögött is bonyolultabb tényezők játszanak szerepet, és a gondozási munkában

nem megkerülhető az e tényezőkkel való foglalkozás, ami ugyanakkor jó szakmai felkészültséget, árnyalt megközelítést követel, jelentős időráfordítással. Ahhoz, hogy e szakmai elvárásoknak eleget tudjunk tenni, a leszűkített formális intézményi gondozással szemben egy olyan, több forrású közösségi gondozási modellt kell kialakítanunk, amelyben a formális és informális gondozás, valamint a közösségi kapacitások együttes jelenléte kínál egy megvalósítási utat.

A formális és informális segítők együttműködése a gondozás során

Amikor formális és informális segítőről beszélünk, fontos pontosítanunk, mit is értünk e megjelöléseken.

A *formális segítő* az intézményes ellátás keretében nyújt gondozási szolgáltatást. Amikor formális segítőről beszélünk, akkor rendszerint képzett – professzionális – segítőre gondolunk, de gyakran látható, hogy az intézményes ellátás keretében jelen vannak olyan „kisegítő gondozók”, akik a professzionális gondozók irányítása mellett szakképzettség nélkül látnak el bizonyos kisebb tevékenységeket, és ezzel kapacitásokat szabadítanak fel a speciális gondozási feladatok ellátásához. Ide sorolhatjuk még a különféle vállalkozási konstrukciókban tevékenykedő, fizetett gondozókat is, akiknek egy része szakképzett, de sokan szakképzettség nélkül vállallnak gondozást ill. házkörüli segítséget.

Az *informális segítők* legjelentősebb csoportját a gondozó családtagok, rokonok jelentik, de gyakran a személyes kapcsolati hálót jelentő barátok, szomszédok is ide sorolhatók. Külön jelentőséggel bír az önkéntes segítők – ezen belül a kortárs segítők -- szerepvállalása az idősök segítésében.

A formális és informális segítők viszonyát, együttműködését vizsgálva érdemes visszatekintnünk a szociális munka fejlődéstörténetére, ahol azt láthatjuk, hogy ez a viszony sokféle módon formálódott, alakult és nem volt mentes konfliktusoktól, rivalizáció okozta feszültségektől sem (Szabó 1999).

A korai szociális munka gyökerei a 19. századi karitatív jellegű informális segítségben jelentek meg, a „settlement mozgalom”-ban és a „Jótékonyági Társaságok” tevékenységében. Ez utóbbi tekinthető az egyéni gondozás előfutárának. Tevékenységük talaján formálódott, professzionalizálódott a korai esetmunka, amely a 20. század elején az önkéntes, karitatív tevékenységtől elmozdulva intézményesült, és a képzési háttérrel megteremtésével szakmává vált. Az ezt követő években erős törekvéseket láthatunk a professzionális szociális munka ismereti bázisának és módszertanának megteremtésére, és a szakmai identitás megerősítésére. Ez a fejlődési folyamat természetes távolodáshoz vezetett a segítség informális vonulatától. Ezt a távolodást a markáns elkülönülés irányába vitte el a pszichoanalitikus talajon építkező esetmunka. A hatvanas években kibontakozó, közösségi mentálhigiénés mozgalom jelentős fordulathoz vezetett, és a megjelenésével hangsúlyt kapott az informális segítség és a közösségi kulcsszemélyek szerepe a segítésben. A formálódó partnerség ellenére a „civil erő” szerepének túlhangsúlyozása, valamint

az egyéni esetkezelés leértékelése nyomán azonban egyre több feszültség keletkezett a professzionális segítők és a közösségi mozgalom képviselői között. A hetvenes években a szociális munkában megjelenő rendszer szemléletű gondolkodás és az integrációs törekvések e feszültségek ellenére jelentősen hozzájárultak a szociális szakma megerősödéséhez. Ennek nyomán lendületet kapott a közösségi szociális munka fejlődése is. A nyolcvanas évek azonban megtorpanást hoztak, és a szűkülő források mentén kibontakozó „túlélési harc” egyrészt jelentős versengéshez vezetett a „civil talajú” informális segítség és a professzionális segítők között, miközben a professzionális segítség a konzervatív eszményrendszeri tevékenység területére szűkült le. Ez vezetett a szociális szakma elhúzódozó értékviszályához, amelyre válaszként az utóbbi évtizedekben egy újradikalizálódás következett be. Ennek az új radikalizmusnak az egyik meghatározó eleme a „civil erővel”, közösségekkel, informális segítőkkel kiépülő szövetség, amely kiemeli a formális és informális segítség illeszkedésének, együttműködésének fontosságát. Ez a szemléletváltás a figyelem előterébe helyezte az együttműködés kérdését az idősellátásban – ezen belül az idősek otthonában nyújtott segítség terén is. A következőkben ennek néhány szempontját tekintjük át.

A formális és informális gondozás tipológiai áttekintése

A formális és informális gondozás viszonyának megértéséhez Kahana és munkatársai egy rendszerező táblázatos áttekintést nyújtott (Kahana et. al 1994.). Ezt az áttekintő táblázatot a témánkhoz kapcsolódó szempontok alapján módosítottuk és némileg leegyszerűsítettük, az alábbiak szerint:

		Szereplők (ki?)	Időtényező (mikor?)	Tevékenységi tartalom (mit?)
Személy közeli gondozás (egyéni szint)	informális	gondozó családtagok, barátok, szomszédok	folyamatos, hosszú távú támogatás	személyes elköteleződésű támasz nyújtás, praktikus segítség
	formális	professzionális segítők (nővér, szociális munkás, szociális gondozó), fizetett gondozók, kisegítők	időhatáros támogatás	körülírt, probléma orientált professzionális segítség és azt kiegészítő tevékenységek

		Szereplők (ki?)	Időtényező (mikor?)	Tevékenységi tartalom (mit?)
A gondozás szociális kontextusa) rendszer szint)	informális	Primer csoport (nukleáris család, kiterjesztett család) informális csoport (barátok, szomszédok), mikroközösség	az események időbeli dimenziója a családi ciklusok, életív mentén, a tartós gondozás idői dimenziói	a kapcsolati háló mobilizálása, a belső és külső erőforrások felhasználása
	formális	egészségügy és szociális ellátó-rendszer formális intézményei társadalmi háttér intézmények (önkormányzati, állami, kormányzati intézmények)	a szolgáltatások időkeretei, ráfordítás a gondozási szükséglet alapján	professzionális gondozás, esetmenedzsmen, ellátási hátterek biztosítása, kontroll, szabályozás

Megjegyzés: a módosított táblázat forrása: Kahana et. al: Developmental Challenges and Family Caregiving. in: Kahana E., Biegel D.E., Wykle M.L.: Family Caregiving Across the Lifespan – Sage Publ. London. 1994. 4–5 old.

E táblázat alapján fontos kiemelni, hogy a személy közeli informális gondozás lényeges eleme a személyes elköteleződés, motiváltság, és az érzelmi támasznyújtás hangsúlya. Ez a fajta segítség a gondozó családtagok részéről hosszú távú elköteleződést feltételez, ugyanakkor jelentős az érzelmi terhelődés, a konfliktus kockázata. A nehézségek megértésében fontos a gondozó család rendszerszemléletű megközelítése is. Ennek kapcsán azt láthatjuk, hogy a családon belül rendszerint kiemelt szerepet játszik egy primer gondozó szerepet vivő családtag, akit szerencsés esetben másodlagos gondozási feladatokat vállaló családtagok támogatnak. A képet tovább árnyalja a gondozási tevékenység illeszkedése az életív mentén megjelenő feladatokhoz és szerepekhez („életciklus” perspektíva a gondozás során). A felmerülő nehézségek, terhelődések, és azok családodt érintő következményei csak ebben a kontextusban válnak érthetővé. A személyes kapcsolati háló támogató szerepe inkább rövidebb - hosszabb idejű körülírt segítség formájában jelenik meg (ilyen a rokonok, barátok, szomszédok, mikroközösség részvétele a gondozást kiegészítő tevékenységek során, pl. bevásárlás, kisebb házkörüli segítség formájában), de igen fontos a közösségi megerősítés és az alkalmi tehermentesítés terén vállalt feladatok révén.

Jól látható, hogy a személy közeli informális gondozás nagyon fontos szerepet játszik, ugyanakkor bonyolult erőteret képvisel, amelynek átlátása komoly kihívás a professzionális segítők számára. Rendszerint azt tapasztalhatjuk, hogy a hazai gondozási gyakorlatban a formális gondo-

zás elhatárolódik a családi rendszertől, kerüli a bonyodalmakat, és kevés az erőfeszítés a családdal való együttműködésre. Hasonló passzivitás és bizonytalanság mutatkozik a közösségi hátterekkel való együttműködés terén is. Emiatt a formális gondozás során kevés törekvés mutatkozik az idős személyes kapcsolati hálójának feltérképezésére és a közösségi források mobilizálására. Ehelyett inkább a meglévő intézményi forrásokat és intézményes támogatásokat próbálják felhasználni, de itt is elsősorban a saját ellátórendszerükön belül maradva (kevés erőfeszítés látható az interprofesszionális együttműködés terén, miközben az egészségügyi és szociális ellátások illeszkedése nem mondható problémamentesnek).

Bár a formális és informális segítők szerepéről elég világos képet kaphatunk, a tevékenységük illeszkedési pontjairól és az együttműködés lehetőségéről ritkán esik szó. A házi segítségnyújtás keretében dolgozó professzionális gondozókkal folytatott szupervízió tapasztalatai azt mutatják, hogy nincs igazán kapacitásuk a családokkal és a potenciális támogató hátterekkel való foglalkozásra, szívesebben maradnak a leszűkített gondozás biztonságosabbnak tűnő, rutin tevékenységként művelhető terepén, ugyanakkor panaszkodnak a kliensforgalmi terhelésre, és arra, hogy nincs idejük az idősekkel személyes beszélgetéseket folytatni. Nagyon kevés innovatív kezdeményezést láthatunk és nem ismerik fel az informális segítőkkel való együttműködésben lehetőségként felmerülő feladatmegosztást, valamint a családok és támogató hátterek fontosságát.

A nemzetközi gyakorlatban ez a szempont kiemelt jelentőségű és több olyan gondozási modellt dolgoztak ki, amely hangsúlyosan alapoz a formális és informális segítők együttműködésére.

Az egyik jelentős korai modell Cantor „hierarchikus – kompenzációs” modellje (Cantor 1979.) Cantor a gondozó családok tanulmányozása során azt tapasztalta, hogy egy sajátos „hierarchia”, szekvencia mentén történik a gondozó családtag kiválasztódása: leggyakrabban a gondozásra szoruló felesége, majd lánya, menyje, közeli rokona merül fel. Természetesen sok tényező befolyásolja a kapcsolat jellegén túl a gondozó szerep vállalását – pl. életkor, fizikai állapot, közelség, élethelyzet, stb., de tradicionálisan a családban fellelhető nők hierarchikus pozíciója és a gondozásra szorulóval való kapcsolat minősége a meghatározó. Cantor szemléletében a család gondozási szerepe elsődleges, és a gondozás alapvetően a családi kötelekekre épül. A formális segítségnek kiegészítő szerepe van, részben szűk, specifikus feladatok ellátásán keresztül, részben a szükséges források elérésének biztosításában. A formális gondozás itt alárendelt, kompenzatív jellegű tevékenység.

Egy másik, jelentős modell Litwak „feladat-specifikus modellje” (Litwak 1985.). Ebben a potenciális feladat megosztás alapját képező feladat jelenti a különbséget a formális és informális segítők szerepe között. Az alapvető eltérés az, hogy az informális gondozók elsősorban a segítség humán forrását adják, és meghatározó a személyes támasznyújtás, érzelmi megerősítés.

A formális gondozók szerepe akkor kap hangsúlyt, amikor technikai tudásra és jelentős intézményi forrásokra van szükség. A kétféle megközelítés jól kiegészítheti egymást és alapját képezheti egy hatékony feladatmegosztásnak. Gyakran tapasztalhatjuk azonban, hogy a professzi-

onális gondozók túlértékelik a saját szakmai szerepüket, és hajlamosak arra, hogy lebecsüljék az informális segítség szerepét és hatékonyságát.

Olykor visszatérőnek látjuk a régi rivalizálást, és ez az informális segítők oldalán is tetten érhető (pl. a „tapasztalati szakértők” és a „hivatásosok” viszonyában). A segítők tevékenységének kritikája során gyakran kiemelik a formális segítők személytelen viselkedését, dominanciáját, és az idősekkel szembeni, paternalisztikus viszonyulást. Sokszor hangsúlyozzák az informális segítség rugalmasságát, közvetlen reagálását, személyes közelségét. Ugyanakkor nagyobb az emocionális terhelődés kockázata, gyakran láthatók szerepkonfliktusok, gyakori a túlgondozás, az idős dependenciájának erősítése. Mindazonáltal a feladatmegosztás, a gondozói szerepek illeszkedése, a kölcsönösség és az informális segítség professzionális támogatása, a konzultációs háttérrel biztosítása, a formális és informális segítség integrációjának lehetőségét kínálja. Amikor több forrású közösségi gondozásról beszélünk, ez az együttműködés teremti meg annak alapját, amire ráépíthető az önkéntesek és a helyi közösségek munkája. Ez magasabb szintű esetviteli felkészültséget és minőségi staffejlesztést követel meg, amiben meghatározó jelentőségű a stábok hosszú távú elköteleződése és stabilitása. A szociális ellátásban azonban gyakran találkozhatunk a „forgó ajtó” jelenséggel, amikor a nagy mértékű fluktuáció lehetetlenné teszi a stábok munkáját. Idősellátásban ez a fajta instabilitás elviselhetetlen az idősök számára.

Az önkéntesek szerepe az idősellátásban

Egyre inkább láthatjuk, hogy az idősök segítségével teret nyer az önkéntesek bevonása. Ez az otthonukban élő idősök támogatásában kiemelten fontos szerepet játszik. Ezen a téren szintén fontos tisztáznunk az önkéntes programok kapcsolódását a formális gondozáshoz.

Ít szándékosan használjuk a „kapcsolódás” kifejezést, mert meggyőződésünk, hogy az önkéntes munka az idősellátásban a professzionális segítséghez illeszkedő tevékenységként jelenhet meg és megfelelő szakmai támogatás nélkül sok kockázatot rejt magában (nem felejthetjük el, hogy különösen az izolált helyzetű, magányos idősök, vagy a jelentős fizikai és mentális hanyatlást mutatók fokozottan kiszolgáltatottak, és a számukra nyújtott segítségben a biztonság, stabilitás és a gondozást nyújtók felelősség vállalása kiemelt jelentőségű). Alapvető törekvésünk az, hogy stabil, hosszú távon elköteleződő önkéntes bázist építsünk fel és tevékenységük alakításában tevőlegesen részt vegyünk. Ez többletfeladatokat és szakmai felelősség vállalást követel meg a formális gondozás szereplői részéről. Ha ennek tartalmi vonatkozásait kívánjuk áttekinteni, az alábbi feladatokat emelhetjük ki:

- a potenciális önkéntesek elérése
- szelekció a motiváció és alkalmasság szempontjai szerint
- felkészítő program az önkéntesek számára
- az önkéntesek beillesztése a szolgáltató rendszerbe (az önkéntesek bemutatása, a professzionális stáb megismerése, az önkéntesek helyének,

szerepének tisztázása a feladatok, kompetenciák és felelősségek tisztázása mellett)

- a tevékenység kereteinek kialakítása (klienskör megválasztása, időstruktúra, tevékenység tartalom)

- előkészítő munka az önkéntes segítségbe bevont idősekkel (az önkéntes program célja, az önkéntes segítő tevékenysége és annak határai, a kapcsolati keretek és az elvárások tisztázása)

- az önkéntesek munkáját koordináló kulcsszemély munkakapcsolatának kialakítása,

- konzultációs háttér biztosítása

- az önkéntesek munkáját kísérő „esetmegbeszélő csoport”-nak mint támogató háttérnek a kialakítása

- visszajelzések és periodikus értékelés.

E listát áttekintve könnyen gondolhatjuk azt, hogy olyan túlszabályozás, amely elveszi az önkéntes munka flexibilitását és spontaneitását, az önkéntesek kezdeményező lehetőségeit. A tapasztalatok azonban azt mutatják, hogy e szilárd keretek nélkül a magára maradó önkéntes számtalan nehézséggel, buktatóval kerül szembe segítő munkája során.

Az önkéntes tevékenység mozgásterét és jelentőségét elsősorban nem a közvetlen gondozási feladatokhoz kapcsolódó tevékenységben látjuk, hanem egy olyan támaszt nyújtó, aktivitást ösztönző szerepben, amely különösen fontos az egyedül maradó, izolált helyzetű idősek életében. Ezt képviselik az ún. „companionship” programok és az életviteli tehermentesítést célzó kisegítő tevékenységek, amelyek a formális gondozással szoros együttműködésben, világos feladatmegosztások mentén jelennek meg. Céljuk a kisegítő kapacitások megnövelése, és a személyközpontú gondozásra fordítható professzionális kapacitás felszabadítása. Világosan látható, hogy az önkénteseknek és kisegítő gondozóknak a tevékenysége nem a professzionális gondozás kiváltására irányul. Hasonló szempontok jelennek meg a főváros V. kerületében megvalósuló „idős látogató” program kapcsán is, ahol a közfoglalkoztatásból érkezőket vonták be, előzetes alkalmassági szelekció és felkészítés nyomán. Itt is fontos kiemelni a professzionális szakmai háttér támogató jelenlétének és a programban részt vevők hosszabb távú részvételének fontosságát. Az önkéntesek bevonása kapcsán kiemelt jelentőségű az idős kortárs segítőkre épülő önkéntes program. Tapasztalataink azt mutatták, hogy az igényes felkészítés alkalmazásával különösen fontossá válhat a pszichés támogató szerepük az időskori lelki válságok esetében. Az általunk kimunkált „senior tanácsadó program” jól tükrözte a kortárs segítség fontosságát az idősellátás terén (Feuer M., Harday Sz., Szabó L. 2012.). Végül fel kell hívnunk a figyelmet a napjainkban formálódó *diák önkéntes programok* megjelenésére az idősek segítésében. Azt gondoljuk, hogy ezeket a programokat nagy gondossággal, felelősséggel kell felépítenünk mindkét fél (idős ember és diák) számára is pszichológiai biztonságot nyújtó, szilárd támogató háttér jelenléte mellett.

Áttekintve a formális és informális segítség különféle útjait és együttműködésének szempontjait, azt kell látnunk, hogy ez nagy időráfordítású, összetett, igényes tevékenység. Ezt látva nem meglepő a professzionális gondozók szkeptikus hozzáállása, és az sem meglepő, hogy a finanszí-

rozók, ellátásfejlesztők és az ellátást fenntartók is mindenféle retorika ellenére az „egyszerűbb” utat választják, az elemi szintű ellátásra redukált szolgáltatásokat illetően. Ebben amellet, hogy az idősgondozást a maguk, leegyszerűsített megközelítésében nem tekintik igazán professzionális tevékenységnek, döntően a források allokációjának hiánya, és az a felfogás játszik szerepet, hogy a növekvő demográfiai nyomások következtében az idősellátás egyre inkább finanszírozhatatlanná válik.

Ha arra keresünk választ, hogy milyen érveket állíthatunk szembe ezen állásponttal, akkor meg kell vizsgálnunk a lehetséges mozgástereket és azt, hogy milyen jövőképet vázolhatunk fel az idősellátás számára.

Mozgástér és jövőkép

E tanulmány kiindulópontja, hogy a szociális alapellátásban – így a házi segítségnyújtásban -- folyó tevékenység megfelelő felkészültséget követelő, professzionális munka, amely kapacitásnövelést és jelentős ráfordításokat követelne meg. Az is látható, hogy a demográfiai nyomások és a növekvő gondozási igények miatt hosszú távon az idősellátás terhei tovább fognak növekedni. Látna a finanszírozási – fejlesztési korlátokat, elkerülhetetlen, hogy innovatív kiutakat keressünk. E tanulmány közép-pontjában az ellátási nyomásokat ellensúlyozni kívánó „többforrású közösségi gondozás” egyik fontos vonulata: a formális és informális gondozás illeszkedése, és együttműködése áll. Láthattuk, hogy a feladat- és szerepkülönbségek ellenére a segítség e két forrása összehangolható és kapacitásaik összetevődhetnek, tevékenységeik kiegészíthetik egymást. Ezt a fonalat követve egy olyan jövőkép is felvázolható, amelyben egy fenntartható, minőségi idősellátás irányában mozdulhatunk el. Ennek több olyan, meghatározó eleme van, amely már a korszerű idősellátás nemzetközi gyakorlatában megjelenik. Ezek az elemek:

– A gerontológiai kutatások homlokterében a sikeres öregedés meghatározó tényezői állnak és egyre inkább kibontakozik egy preventív gerontológia, amely nagy súlyt helyez a sikeres idősödésben fontos szerepet játszó tényezők figyelembevételére, az élet korábbi szakaszaiban kialakuló életvitel során (egészségtudatos magatartás kialakítása, aktív, tevékeny lét- és életstílus, a személyes kapcsolati háló erősítése, „karbantartása”, a közösségi erőtér alakítása, társadalmi nyitottság, szerepek megőrzése, az identitás megerősítése, és az életviteli támogatás gerodukációs, konzultációs háttérének kiépítése). Ehhez kapcsolható az „anti-aging medicina” terén megjelenő, öregedést lassító, befolyásoló preventív stratégiák terjedése. E törekvések nyomán kedvezően befolyásolható az idősödés folyamata, és hatékonyabban őrizhető az idősök fizikai és mentális egészsége, életviteli autonómiája.

– Az ellátásfejlesztés oldaláról az idősnek és családjának nyújtott segítség, konzultációs háttér esélyt ad arra, hogy a családi erőforrások konstruktívan felhasználhatók legyenek a családban megtartó gondozás feltételeinek megteremtésére. A gondozó családok pszichés egészségének megőrzése, karbantartása jelentősen hozzájárulhat a gondozási terhek megosztásához a formális és informális gondozás között. Fontos látnunk

azonban azt, hogy megfelelő támogató hátterek nélkül a családok rendszerint nem képesek gondoskodni időseikről.

– Az utóbbi években jelentős előrelépést tapasztalhatunk a technika-
ilag támogatott életvitel technikai háttérének fejlesztése terén (az idős
biztonságát szolgáló jelzőrendszerek, biztonságtechnikai eszközök, hang-
vezérelt háztartási „asszisztencia”, az „okos házak” egyéb szolgáltatásai).
Külön fejlesztési irány az ápolástechnológiában a robotika megjelenése és
a telemetrikus állapotkövetés ill. diagnosztika. Hajlamosak vagyunk azt
gondolni, hogy ez a technikai háttér a nagyon távoli jövő futurisztikus
eszköztára, de valójában az informatikai fejlesztések gyors alkalmazási
térnyerése és a zuhanó árcsökkenés egyre elérhetőbbé fogja tenni e rend-
szerek alkalmazását a gondozás mindennapi gyakorlatában (gondoljunk
csak az okos telefonok robbanásszerű elterjedésére és az azokhoz kapcsolo-
ló szolgáltatások egy jelentős részének felhasználhatóságára az idősellá-
tásban – pl. a GPS alkalmazása a mérsékelt demenciában szenvedő
eltévedése kapcsán). Az ápolási-gondozási kapacitások ökonomikus fel-
használásában a fejlődésnek ez az iránya egészen új lehetőségeket kínál.

– Az informatika- számítástechnika alkalmazása, az internet szolgál-
tatások jelentős előrelépést hoztak az idősök kapcsolattartása, személyes
kapcsolati hálójuk megerősítése terén is (a skype alkalmazása, e-mail
használata, közösségi hálók, internetes információs bázisok elérhető-
sége). Azt is láthatjuk, hogy egy olyan idős generáció jelenik meg, amely
egyre inkább képes ezen alkalmazások használatára. A hazai helyzetről
jó áttekintés kaphatunk Széman Zsuzsa kutatása nyomán (Széman Zs.
2013.).

– Az idősellátást támogató innovatív fejlesztések, szolgáltatások elle-
nére hosszú távon nem megkerülhető egy gondozás-biztosítási rendszer
kialakítása, amely fontos finanszírozási háttérrel adhat a korszerű szolgál-
tatások számára.

Áttekintve az idősellátás hosszú távú mozgásterét és lehetőségeit,
záró gondolatként azt kell kiemelnünk, hogy a társadalmi attitűd pozitív
formálása, a generációk közötti szolidaritás erősítése nélkül nem képzel-
hető el igényes idősellátás. Fel kell ismernünk azt, hogy az „öszülő tár-
sadalom” mindannyiunk közös tere, nincsenek élhető külön világok, így
ugyanazon az utakon járunk.

A kérdés csak az, hogy ha szükség lesz rá, ki fog végigkísérni az
úton.

Irodalom

- Aneshensel, Carol S. et al. (1985): *Profiles in Caregivings: The Unexpected Career*
Academic Press. New York.
- Biegel, David E., Shore, Barbara K., Gordon, Elisabeth (1984): *Building Support
Networks for The Elderly: Theory and Application* Sage Publ. Beverly Hills.
- Cantor M.H. (1979): The informal support system in New York's inner city elderly
in: Gelfand, D.E., Kutznik, A.J. (Eds.): *Ethnicity and Aging, 153–174 old.* New York.
Springer

- Challis, David, Davies, Bleddyn (1986): *Case Management in Community Care* Gower Publ. Aldershot.
- Cress, Cathy Jo (2012): *Handbook of Geriatric Care Management* Jones and Bartlett. London.
- Drago, Dorothy A. (2013): *Living Safely, Aging Well: A Guide to Preventing Injuries at Home* Johns Hopkins University Press. Baltimore.
- Fredman, Glenda, Anderson, Eleanor, Stott, Joshua (2010): *Being with Older People: A Systemic Approach* Karnak Bookas Ltd. London.
- Geron, Scott M. (2006): Comprehensive and Multidimensional Geriatric Assessment in: Berkman, Barbara (Ed.): *Handbook of Social Work in Health and Aging* Oxford University Press. Oxford. 721–729 old.
- Kahana, Eva, Kahana, Boaz, Johnson, Randal J., Hamond Ronald J., Kercher, Kyle (1994): Developmental Challenges and Family Caring: Bridging Concepts and Research in: Kahana, Eva, Biegel, David E., Wykle, May L.: *Family caregiving Across the Lifespan* Sage Publ. London. 3–42 old.
- Litwak, E. (1985): *Helping the Elderly: The complementary roles of informal networks and formal systems*. New York. The Guilford Press.
- Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., von Renteln Kruse, W., Beck, J. C., & Stuck, A. E. (2006): Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European Community-dwelling older adult populations. *Gerontologist*, 46(4), 503–513.
- Montgomery, R.J. V., Kosloski, K. (2011): Caregiving as a process of changing identity: Implications for caregiver support *Generations*, 33, 42–52.
- Noelker, Linda S., Bass, David M. (1994): Relationships Between the Frail Elderly's Informal and Formal Helpers in: Kahana, Eva, Biegel, David E., Wykle, May L.: *Family caregiving Across the Lifespan* Sage Publ. London.. 356–382 old.
- Qualls, Sara H., Williams Ashley A. (2013): *Caregiver Family Therapy: Empowering Families to Meet the Challenges of Aging* American Psychological Association. Washington DC.
- Sheehy, Gail (2010): *Passages in Caregiving: Turning Chaos into Confidence* Harper Collins Publ. New York.
- Szabó Lajos (1999): *A szociális esetmunka kialakulása, és elméleti hátterei* Szociális Munka Alapítvány. Budapest.
- Szabó Lajos (2003): *Szociális készségvizsgálatok mentálisan hanyatló idősök vizsgálatában* Főv. Önk. Idősök Otthona, Módszertani Osztály 4. sz. kiadványa. Budapest.
- Szabó Lajos (2010): *Felmérő módszerek az idősellátásban* Főv. Önk. Idősök Otthona, Módszertani Osztály 9. sz. kiadványa. Budapest.
- Szabó Lajos (2013): *Idősellátás kérdőjelekkel* Esély. 2013) 4. sz. 87–97 old.
- Széman Zsuzsa (2013): Az időskorúakkal kapcsolatos attitűdök, előítéletek, nemzetközi és hazai vizsgálatok tapasztalata alapján in: Kállai János, Kaszás Beáta, Tringer István (Szerk.): *Az időskorúak egészségpszichológiája* Medicina. Budapest. 85–103 old.
- Welch, Bob (1991): *Care Management and Assessment: Practitioner Guide* Scottish Office Social Work Service Group. Milton- Keynes.
- Zarit, Steven H., Orr, Nancy K., Zarit, Judy M. (1985): *The Hidden Victims of Alzheimer's Disease: Families* New York University Press. New York.