

## **JESZENSZKY ZITA**

### **DEMENS IDŐSEK ELLÁTÁSÁNAK IRÁNYELVEI**

A szociális ellátások -- még azonos szakterületet érintve is -- a gyakorlati megvalósítás során mutathatnak különbségeket az egyéni attitűdök, szakmai ismeretek, környezeti adottságok és lehetőségek mentén. Azonban fontos, hogy bizonyos alapértékek helytől, a szolgáltatást nyújtó szakember beállítódásától és minden egyéb adottságtól függetlenül egyformán értelmezve kerüljenek bele a gyakorlati munka folyamatába.

Jelenleg nincs egységes, szektorokra, szakágazatokra kiterjedő protokoll a szociális szolgáltatásokban, így intézményről intézményre változhatnak a segítség elvei, a szolgáltatás tartalmának elemei. A demensellátás irányelve célja, hogy keretbe foglalja azokat az alapelveket, értékeket, környezeti és szakmai feltételeket, amelyek segítik a szolgáltatást nyújtó szakembereket egy egységes keretrendszer megvalósításában a demensellátás során. Miután a demenciában szenvedő idősök jellegzetes ápolási problémáinak otthoni megoldási lehetőségei korlátozottak, társadalmi szintű megoldások kimunkálására van szükség, amelyeknél az egészségügyi ellátás és a szociális ellátás egymást kiegészítve nyújt szolgáltatást az igénybevevők számára. A szociális szolgáltatások kialakításánál a szolgáltatások minőségének védelme és hatékonysága miatt szükséges az egységes eljárásrend kidolgozása és bevezetése.

Az irányelv alapjainak kidolgozása egy háromfordulós, nyitott műhelymunka keretein belül történt, melyet az NCSZI 2004-ben hirdetett meg önkéntes részvétellel, alkalmanként 25--35 fő közreműködésével. Ezen kívül

tanulmányoztuk egyes intézmények e témában kialakított eljárásrendjét és korábban kidolgozott saját használatú protokolljait. Az alapellátással kapcsolatban felmerülő problémák áttekintésénél a Békés megyében megkezdett munkálatok megismerésére támaszkodtunk.

### **Az irányelv elkészítésének időszerűsége**

A születéskor várható átlagos életkor lassú növekedése mellett egyre inkább számítani lehet arra, hogy növekszik a demenciával küzdő idősök száma, amelyet a szakemberek jelenleg mintegy 200 000 főre becsülnek. Az időskori demencia progresszív és halálhoz vezető betegség. Progressziója a gondozó számára fokozott megterhelést jelent. Az otthoni gondozás nem valósítható meg éveken át úgy, hogy a gondozó egészsége ne sérülne, vagy a beteget ellátó családi rendszer működésében ne mutatkoznának funkciózavarok. „Kimutatott, hogy a gondozók 50%-ában a demens beteg ápolásával összefüggésbe hozhatóan pszichés betegség alakul ki, ezen belül 75%-ban depresszió, 45%-ban alvászavar (Small és mtsai 1997). Saját tapasztalatunk alapján ez az arány magasabb: csak a depresszió előfordulási gyakorisága meghaladja az 50%-ot. A demencia nem csak egy embert, hanem egy egész családot, de legalábbis még egy személyt érintő betegség.”

Munkacsoportunk olyan szakmai irányelv kidolgozására törekedett, ami a szakszerű és professzionális ellátásban rendszeresített eljárások, folyamatok lépéseinek jegyzőkönyvben rögzített leírása és azon tárgyi és személyi feltételek számbavétele, amelyek ehhez szükségesek. A protokoll elkészítésekor egymáshoz illeszkedő, kontinuens alap- és szakosított ellátást

feltételezünk a hatékony ellátás érdekében. A demensellátás irányelve a személyközpontúság alapelveire épül.

A személyközpontú gondoskodás célja, hogy elősegítse

- a demenciával küzdő idősödő embereknek,
- családjaiknak,
- mindazoknak a „jól-létét”, akik törődnek velük.

## **A szakmai irányelv tartalma**

Az irányelv – tartalmát tekintve – az alábbiakban foglalható össze.

- Alapelvek, melyek rögzítik az értékrendi megközelítést és a közös szakmai nyelvhasználatot, valamint tartalmazzák a használt fogalmak definiálását és az ellátás szemléletét. (Használjuk a demens idős, a demenciával küzdő ember és a mentálisan hanyatló, valamint a demens beteg kifejezéseket.)
- Ajánlás az ellátási szükségletek méréséhez (becsléséhez), ajánlott eljárások a demencia előrehaladottságának megállapításához. Annak rögzítése, hogy a diagnózis szakorvosi feladat. (Családorvosi vizsgálat és egy MMSE, vagy más teszt alapján senki nem minősíthető demens betegnek!)
- Az ellátás, az intervenciók általános szempontjai, az intézményi környezet kialakításának szempontjai.
- Alapellátás, házi segítségnyújtás, jelzőrendszer, támogató szolgálatok, információközvetítés. Napközbeni ellátás, hozzátartozók tehermentesítése, hozzátartozókkal végzett munka, vagyis személyes gondoskodás nem bentlakásos intézményekben.

- Tartós (és átmeneti) bentlakást nyújtó intézményekben biztosított ellátás, folyamatos ápolást-gondozást nyújtó ellátások.

## **Szemléletmód, értékrend, ajánlások**

### *Ajánlás*

Az irányelv kidolgozásához az Európa Tanács „A dependens idősök életminőségének javítása céljából létrehozott szakértői bizottságának” (CSQV, 2001) ajánlásait vettük figyelembe, mely szerint:

1. A dependens időseket ellátó és segítő rendszereknek tiszteletben kell tartaniuk az idős ember integritását, autonómiáját és méltóságát, valamint elő kell hogy segítsék az érintettek aktív részvételét és a lehetséges mértékű függetlenség biztosítását. Az egészségügyi alapellátást szükséges kiterjeszteni, és összehangolni a szociális ellátással, valamint az egészségügyi szakellátással. Az alapellátásban is megfelelően képzett személyeknek kell dolgozniuk.
2. A dependens idősök otthoni ellátását helyileg szükséges biztosítani megfelelően képzett munkaerővel, a kiterjesztett és integrált egészségügyi és szociális ellátás keretein belül rugalmas és összehangolt módon.
3. A nappali ellátást és az átmeneti ellátást minden dependens idős számára hozzáférhetővé kell tenni, beleértve a demenciában szenvedőket is.
4. Demens idős egyének számára demenciára szakosított ellátást szükséges biztosítani, megfelelően kialakított környezetben, képzett személyekkel.
5. A családi segítőik igényeit szükséges jogszabályi keretekben elismerni, valamint támogatni kell az információközvetítést képzés, átmeneti és egyéb segítő ellátások kialakításával.

6. A geriátriai ellátórendszer egyes elemeinek fejlesztése kapjon kiemelt fontosságot, ide értve a nappali kórházak kialakítását, amelyek különösen alkalmasak az idősök egyedi igényeinek kielégítésére.
7. A geriátriai és multidiszciplináris állapotfelmérő és rehabilitációs szolgáltatások elérhetőségét biztosítani kell minden ellátási forma keretein belül.
8. A magas színvonalú krónikus ellátás elérhetőségét biztosítani szükséges minden dependens idős ember számára, több, megfelelő formában, szakképzett személyzettel.
9. A dependencia megelőzése (súlyosbodásának lassítása) az egészségügyi, szociális ellátás és a környezetpolitika központi tétele kell hogy legyen.

### ***Cél, szemléletmód***

Alapvető cél, hogy a demenciával küzdő idős ember a szellemi leépülése során életminőségét megőrizve, jó közérzettel, pszichés és szomatikus egyensúlyának megtartása mellett élje életét. Kognitív zavarai s gondozóját igénybe vevő tünetei mellett is érzékelje a jó bánásmódot, képes legyen élvezni az adott pillanatokat, és olyan támogatást kapjon, mely késlelteti állapot romlását. Önellátási képességének csökkenése mellett is kielégítettek legyenek szükségletei, és meg tudja őrizni emberi méltóságát. A demenciával küzdő idős ember életminőségének megőrzésébe beletartozik:

- a biztonságos és optimális gondozási környezet kialakítása,
- ápolási-gondozási szükségleteinek kielégítése,
- az állapotának, az élethelyzetének és a „pillanatnak” adekvát kommunikáció alkalmazása,
- a tájékozódás, a térbeli és az időbeli orientáció megőrzésének támogatása,

- a kognitív jellegű tünetek és a magatartási, valamint a pszichés tünetek enyhítése,
- az önellátási képességek javítása, a képességromlás késleltetése, a képességek csökkenéséből származó zavarok enyhítése,
- az izoláció elkerülése,
- a szűkebb és tágabb szociális környezetben való részvétel támogatása,
- az állandóság biztosítása,
- biztonságának megőrzése, és a védelem, mely az esetleges korlátozás *egyetlen* lehetséges alapja.

Az életminőség megőrzésébe tehát beletartozik mindazon beavatkozások és eljárások biztosítása, melyek hozzájárulnak a demens jól-létének fenntartásához. Mindezen feltételek megléte felszabadítja a közvetlen hozzátartozókat a teljes felelősség alól, így hozzájárul az ő pszichés és szomatikus egyensúlyuk optimalizálásához is.

A demenciával küzdő személy jól-léte itt azt jelenti, hogy:

- aktívan tölti a napjait segítői közreműködéssel,
- biztonságban érzi magát,
- érzelmi támogatást kap.

A jól-lét független a kognitív képességektől. Ez egyrészt nehézség, mert az elvégzett munka eredményessége nem mérhető az MMSE pontértékeinek alakulásával. Másrészt azonban jó is, hiszen a demencia következtében a kognitív képességek fokozatos romlása ellenére a jó demenciaprogram eredményes. Például senki nem marad ki az aktivitásokból, mert az aktivitásoknak (elfoglaltságnak) nem (pusztán) a képességfejlesztés lesz a célja,

hanem a személyre szabott érzelmi megtámogatás, mivel az minden esetben összekapcsolódik a személy által átélt történésekkel, az egyén múltjával, kulturális-társadalmi háttérével.

A demenciával küzdő személy jól-lététől elválaszthatatlan a család jól-léte. Az irányelv ezért kitér a demenciával küzdők családi kapcsolataira, és a szociális szolgáltatások igénybevételénél a családtagok bevonására.

A harmadik csoport, amelynek a jól-létével foglalkozik a személyközpontú gondoskodás, a demenciával küzdő idősödő emberekkel törődő személyek. Azok, akik ápolják, gondozzák őket, és a mindennapi segítséget megadják nekik. Az ápolók, gondozók folyamatos képzése, munkájának megbecsülése, munkakörülményeik szüntelen javítása sokat segíthet ezen. (Ebben a megközelítésben elengedhetetlen a segítők segítése.)

A demenciában szenvedőkről való gondoskodásba Tom Kitwood és munkatársai vezették be a személyközpontú, humanista szemléletet. Jelen munkaanyag a személyközpontú szemlélet alapelveit, megközelítéseit Tom Kitwood *Dementia Reconsidered: the person comes first* című munkájából meríti.

A személyközpontú gondoskodás azt is jelenti, hogy a demenciával küzdőket környezetükkel, kapcsolataikkal együtt vizsgáljuk, azzal együtt tervezünk intervenciót. Ezt különösen szem előtt kell tartani az intézményi elhelyezések során. A bentlakásos intézményben élők családi kapcsolatai beszűkülnek, életerük lecsökken, a külvilággal keveset érintkeznek. Fontos, hogy a gondozási programok figyeljenek ezekre a területekre.

A dementálódás folyamatában nemcsak az agy fokozatos leépülésére és annak következményeire fókuszálunk, hanem magára a demenciával küzdő emberre is. Tom Kitwood szerint a demenciában szenvedő személy életét és életminőségét a betegsége adott reakciója is befolyásolja. A betegsége adott pozitív reakció például a „nem adom fel” attitűd. A személyközpontú gondoskodás azt jelenti, hogy segítők, támogatói vagyunk demenciával küzdő embertársainknak, hogy segítségünkkel a betegségekre adott reakcióikat és ezzel életminőségüket a dementálódás folyamatában pozitív módon befolyásoljuk. A betegsége adott reakciót

- az érintettek fizikai környezetével,
- segítők pozitív hozzáállásával tudjuk leginkább befolyásolni.

A személyközpontú gondoskodás – állítja Tom Kitwood – nem csupán technika, módszer, hanem értékrend, etikai hozzáállás és szemlélet is. Értékrend abban az értelemben, hogy „középpontban az ember”, vagyis nagyobb hangsúlyt kap a személy, mint a betegsége: egészségügyi szemlélet helyett szociális szemlélet.

Az etikai hozzáállás azt jelenti, hogy a személyközpontú gondoskodást nyújtó szakemberek a demenciával küzdőt személynek tekintik, aki egyszeri és megismételhetetlen, aki végtelenül értékes, akinek van személyisége, akinek van spiritualitása, vannak érzelmei. Szemléletében egyértelműen érvényesül az, hogy a segítő szakember *társa* a demenciával küzdőnek. Társ, „legjobb barát”, a demenciával küzdő személynek az „embere”.

Ez egyben pozitív szemlélet is: arra fókuszálunk, ami még van, és nem arra, ami már hiányzik Ennek következménye például az „erőségekre épülő állapotfelmérés”. Az intervenció célja a megerősítés.



A személyközpontú gondoskodás a Kitwood tanításában megfogalmazott „rossz hatású magatartásformák” kiküszöbölésére törekszik. A rossz hatású magatartásformák a demenciában szenvedőkre és állapotukra is negatívan hatnak. Ezek a magatartásformák ássák alá leginkább a demenciában szenvedő ember személy mivoltát, méltóságát.

Gyakran alkalmazott rossz hatású magatartásformák a segítség folyamatában:

- Félrevezetés – hogy rávegyük a gondozottat valamire.
- Gyengítés – túlgondozzuk a demenciában szenvedőt, nem engedjük megmaradt képességei használatára.
- Infantilizálás – úgy bánunk a demenciában szenvedővel, mint egy gyerekkel, aki fölött anyáskodunk, vagy akit szigorúan meg akarunk nevelni.
- Lekörözés – amikor gyorsabbak vagyunk a demenciában szenvedőnél mozgásban, beszédben egyaránt.
- Tárgyasítás – óhatatlanul úgy végzünk ápolási műveleteket, hogy nem gondolunk az emberre magára; ez rossz hatással van a beteg személyre.
- Hibáztatás – a demenciában szenvedő számára a környezet sokszor érthetetlen és értelmezhetetlen, ezért a mi fogalmaink szerint „rosszat” tesz: például befekszik valaki másnak az ágyába. Ilyenkor rendreutasítjuk, amiért megzavarta a másik ember nyugalmát.
- Gyakran nem vesszük komolyan a demenciában szenvedő embert (leggyakrabban az érzéseit, tapasztalatait), pedig a mentális hanyatlás nem vonja magával az érzelmi élet hanyatlását.

A demensellátás irányelve gyakorlatot leíró, azaz az aktuálisan végzett meghatározott szociális ellátás, gondozás, beavatkozás, kliens-menedzsment

elvégzéséhez szükséges tevékenységek és eljárások rendszerezett listája, az aktuális módszertani és szakmai irányelvek ajánlásainak figyelembe vételével.

### ***Érvényességi terület***

Felkutatási programok alapján demensellátásba az kerülhet be, aki a mindenkor érvényes diagnosztikai szakmai protokollok alapján – a lépcsőzetes ellátási igények elősegítése érdekében – az időskori típusú demencia diagnózisával rendelkezik, valamint komplex állapotfelmérése és ellátásiterv-becslése státusz szerinti súlyozással megtörtént.

Mindezzel együtt, ismerve az alap- és szakosított ellátások dichotómiáját, az alapellátásban is szükségesek azok a feladatvállalások, melyekkel az otthonukban, egyszemélyes háztartásban, vagy családi gondozásban élő demens személyek ellátását biztosítani lehet. A folyamatkövetéssel párhuzamosan az alapellátásban dolgozik olyan szociális munkás, aki esetkezelő-koordinátorként közreműködik abban, hogy a demenciával küzdő idős ember mindenkor az állapotának leginkább megfelelő ellátáshoz férjen hozzá. Az információközvetítés és az ellátásokhoz való hozzáférés biztosítása az alapellátásban (esetleg kistérségi centrumok létrehozásával, valamint regionális szinten) is megszervezendő.

Érvényességi terület alatt tehát azokat a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézményeket kell érteni, melyek, ha nem rendelkeznek is a demenciával küzdő idősök ellátására kapott működési engedéllyel, de a „szakma” által jóváhagyott szakmai programmal, tárgyi és személyi feltételekkel igen.

## **Ajánlás az ellátási szükségletek méréséhez**

### ***Információgyűjtés – információközvetítés***

A felkutató programok mellett szükség van az információs központok működtetésére és tájékoztató füzetek kiadására. (Tájékoztató például az időskori demencia felismeréséről, a betegség progressziójáról; tájékoztató a szolgáltatások elérhetőségéről; az Alzheimer-betegek jogainak kézbeadása stb.) A felismerésről, a folyamat progressziójáról, az ellátásokhoz való hozzáférés jogáról szóló általános kiadványokat szükséges megkülönböztetni a helyi, kistérségi vagy regionális szintű információkat közvetítő kiadványoktól.

### ***Diagnózis***

A demencia diagnosztizálása szakorvosi feladat, a mindenkor érvényes gerontológiai szakmai protokollok betartásával. A demencia egyik formája sem része a normális öregedési folyamatnak! A szociális szolgáltatások munkatársainak a diagnózis felállításában nem lehet közvetlen felelőssége. A diagnózis tehát a szakorvos feladata, a terápia azonban teammunka, amelyet egy multiprofessionális team működésével szükséges megvalósítani. A szociális ellátásba kerüléskor javasolt a minimentál teszt (MMSE) felvétele, és az erősségekre építő állapotfelmérés kezdeményezése.

### ***Koordinálás az egészségügyi és szociális ellátás között***

A koordinációban kiemelkedő szerepük van a családorvosoknak, s a szakmai továbbképzésekbe az ő esetükben is szükséges beépíteni a demenciával kapcsolatos legújabb ismereteket, kutatási eredményeket. A családorvosnak és

a körzeti nővérnek, valamint a (tőlük esetleg függetlenül működő) otthoni szakápolási szolgálat munkatársainak együttműködése elengedhetetlen a szociális alapellátásban dolgozókkal. Szintén nagyon fontos a szociális szolgálatok különböző szintjein (alap- és szakellátás) és különböző intézményeiben a dolgozók kooperációja. A szektorok és munkatársak együttműködésén kívül elengedhetetlen a fenntartók együttműködése is, ami az állami/önkormányzati és egyéb fenntartású intézmények között lehetséges helyi, kistérségi és regionális szinten is.

### ***Ellátási terv***

Az egészségügyi ellátás keretein belül működő úgynevezett Demencia Centrumokon kívül a szociális szolgáltatástervezési koncepciók kidolgozásánál szükséges esetleg konkrét adatfelvételekre vagy felkutató programokra építve megtervezni a regionális, kistérségi és helyi szintű ellátásokat. Természetesen úgy, hogy ezek – a párhuzamosságokat elkerülve – a korábban már működtetett szolgáltatásokra épüljenek. A tartós bentlakásos intézményekben kialakított gondozási egységek működtetése csakis azok számára biztosítandó, „akiknél külön jogszabályban meghatározott szerv a demencia körébe tartozó középsúlyos vagy súlyos kórképet állapít meg.”

Az ellátás igénybevételénél fontos, hogy a családoknak, vagyis a demenciával küzdő személyek hozzátartozóinak is meglegyenek a maguk jogai, a számukra igénybe vehető szolgáltatások köre velük közösen kerüljön kidolgozásra, kérhessenek segítséget. Leggyakrabban a közvetlen hozzátartozó az, aki elsőként látja a demenciával küzdő családtagja rászorultságát. A demenciával küzdő személy, különösen, ha Alzheimer típusú demenciában szenved, nem azt veszi észre, hogy neki már nem mennek úgy a dolgok, mint régen, hanem azt,

hogyan a környezete, a lakása, a személyek körülötte furcsák. Minden demenciaprogramnak ezért az érintett hozzátartozókat be kell vonnia a lehetséges segítségnyújtásba. A szociális ellátások igénybevétele önkéntes, és írásbeli kérelem alapján történik. A demenciában szenvedők szociális ellátásának igénybevitelénél az önkéntességet tággan kellene értelmezni, és amennyiben lehetséges, kezdeményezni a család bevonását.

A családban a demenciával küzdő személy segítője általában előbb szorult támogatásra, mint maga az idősödő, demenciálódó személy. A lehetséges ellátásokról és szolgáltatásokról való információk közvetítése elengedhetetlen, és ebben a civil szervezetekre való támaszkodás (is) szükséges. Szociális információszolgáltatás minden településen kötelező 2005. július elsejétől, így biztosítani kell a demenciához kapcsolódó információk közvetítését és az alapszolgáltatások hozzáférhetőségéről nyújtott tájékoztatást is.

Az alapellátásban a gondozás megkezdése előtt tájékozódni kell az ellátásra igényt tartó személy támogatórendszeréről. Az információgyűjtésben, -rendszerezésben, a szolgáltatások létrehozásában teret kaphatnak az önkéntes kezdeményezések, civil szervezetek, hozzátartozói csoportok és természetesen a szociális szolgáltatók. Jellegzetes problémák kezelésére és speciális szolgáltatások biztosítására is szükséges felkészülni, melyek az alábbiak:

- információközvetítés,
- speciális támogató szolgálat,
- nappali idősellátáson belül is demens-klub, demens-centrum működtetése (az idősek klubjainak, nappali ellátásának működési engedélyében szereplő férőhely 20 százalékáig javasolt a demenciával küzdők számára demens-klubrészleg biztosítása),
- demencia területén képzett esetkezelő-koordinátor,

- az otthoni gondozás segítése, az egészségügyi szolgáltatásokkal való kapcsolattartás,
- hozzátartozók támogatása (esetkezelő -koordinátor feladata),
- hozzátartozóknak nyújtott képzés, szaktanácsadás,
- hozzátartozói csoportok működtetése.

Az otthonukban, különösen egyszemélyes háztartásokban élő embereknél a demenciára utaló jelek észlelése kritikus. A felkutatás tehát fontos feladat, amelyben kiemelt szerepe van az idős ember környezetében a jelzőrendszer tagjainak, különösen az alapellátás biztosításában közreműködőknek. Ha az érintett súlyos állapotban van, az alapellátásban nyújtott segítség már nem elég számára. A korai stádiumban lévők képesek ellátni magukat, ilyenkor tehát inkább a családot kell támogatni, a diagnózis felállítását és annak közlését szorgalmazni, hogy az érintettek minél előbb felkészülhessenek a rájuk váró nehézségekre és feladatokra (rendelkező nyilatkozat, ügygondnok, végrendelet stb.).

## **Az intézményi környezet kialakításának szempontjai**

### ***Alapelvek***

Az intézményi környezet kialakítása során alapvető törekvés, hogy figyelembe vegyük a mentális hanyatlásból adódó nehézségeket, ugyanakkor olyan gondozási környezetet teremtsünk, amely támaszkodik a mentálisan hanyatló idős személy még meglévő, mobilizálható készségeire, és amely alkalmakat kínál e készségek funkcionális megerősítésére, megőrzésére. A demenciában szenvedőnek – mint minden embernek – szüksége van komfortra, kötődésre,

arra, hogy befogadják, hogy legyen elfoglaltsága, én-azonossága. Mindezek figyelembevételével az alábbiak emelhetők ki:

- Törekedni kell a biztonságos környezet kialakítására. Ez a szempont a demensellátásban a figyelem előterében áll, de a biztonságos környezet kialakításán gyakran zárt gondozási részleg kialakítását értik, a közösségi és személyes mozgásterek folyamatos kontrollálhatósága mellett. A biztonságos környezet korszerű megközelítése a közvetlen korlátozás helyett a kockázatcsökkentő környezeti feltételeket és a kockázati viselkedés indirekt alakítását hangsúlyozza. Minden esetben olyan környezetet kell kialakítani, amely a demenciában szenvedő személy szempontjából nem zárt és nem korlátozó.
- Biztosítani kell a közösségi aktivitás színtereit. A mentálisan hanyatló idősök számára kialakított gondozási részlegekben a barátságos, világos közösségi tereknek és a kiscsoportban végzett tevékenységek, szervezett foglalkozások számára alkalmas helyiségeknek ugyanolyan fontossága van, mint az idősökkel folyó munka egyéb terepein.
- Figyelmet kell szentelni az időbeni és térbeli orientációt segítő környezeti megerősítőknél. Ez vonatkozik a jól átlátható belső terek kialakítására, a jól megragadható – eligazodást segítő – kijelzésekre. A színlátás képessége csökken a demenciával, ezért javasolt az élénk, vidám színek alkalmazása. Gyakori probléma, hogy a demenciában szenvedő ember nem tud olvasni, így szerencsésebb az alakzatok használata. A személyközpontú gondoskodás szerint minden egyes személynél egyéni, hogy mi segíti őt a térben és időben való eligazodásban.

- Iparkodni kell olyan ingerkörnyezet kialakításán, amely több érzékszervi csatornán keresztül képes optimális (a negatív stimulusok minimalizálása és a pozitív stimulusok növelése révén) stimulációt biztosítani. Ezzel elkerülhető az, hogy ingerszegény vagy ingerekkel telített környezetben kelljen tartózkodni és/vagy élni.
- Törekedjünk a lehetséges maximális autonómia és cselekvési mozgástér biztosítására. Lehetőséget kell nyújtani a mentálisan hanyatló idős embernek, hogy közvetlen lakókönyezete alakításában képességei szerint részt vehessen, és ebben a körülette élők minél inkább segítsék. Olyan környezetet alakítsunk ki, amely a demenciával küzdő személynek kiszámítható, például a szükséges tárgyak, eszközök jól elérhetők.
- Az intimitás biztosítása kulcskérdés: nyugodt belső terek, zugok kialakításával az egyénnek lehetősége nyílik a visszahúzóadásra. Fontos, hogy az egyén privát szférája a lakószobán belül is lehetőleg védett legyen. E terek fontos szerepet kapnak a hozzátartozókkal való foglalkozásban és a látogatókkal való zavartalan találkozásokban is.

Nagyon fontos, hogy az ellátásokban megfelelően képzett önkéntesek is végezzenek segítő tevékenységet. Az önkéntesek jelenléte nagymértékben tehermentesíti a szakszemélyzetet, illetve csökkenti a demenciában szenvedőkre és családtagjaira nehezedő terhet. Mindezeket együttrvéve: a környezet alakításánál ügyeljünk az ellátott személy individuális szabadságának megőrzésére, hogy elkerüljük a környezeti tényezők okozta egészségkárosodást.



## *Az észlelési feltételek optimalizálása*

Az intézményi környezet kialakítása során figyelembe kell vennünk az idős emberek érzékszervi működésében bekövetkező változásokat és a mentális romlás nyomán jelentkező észlelési nehézségeket, azok kedvezőtlen – sokszor szorongást, dezorientációt kiváltó – hatásaival együtt. Az észlelési feltételek optimalizálásához a nemzetközi gyakorlatban részletes útmutatókat dolgoztak ki a megvilágítás, az akusztikus ingerkörnyezet, a színdinamikai viszonyok kialakítására vonatkozó irányelvekkel. Az egyes intézményekben ezeknek a feltételeknek a biztosítására az adott viszonyok között célszerű szakemberek (pl. világítástechnikai szakértő) bevonásával belső átalakításokat végezni.

### *Megvilágítási feltételek*

A legfontosabb alapelv, hogy maximálisan törekedni kell természetes fény biztosítására. A természetes fény egészségvédelmi szempontból időseknél különösen fontos, de a biológiai ritmus fenntartásában játszott szerepe révén a mentálisan hanyatló idős emberek számára az orientáció megőrzésében, az agitáltság csökkentésében is jelentős tényező. Optimális megoldásként a biztonságos de szabad mozgástér (kert, belső udvar, átriumos építési forma), a világos, fényt áteresztő belső terek kialakítása kínálkozik. Ahol ez korlátozottan valósítható meg, a természetes fény pótlását napi sétákkal, szabadtéri programokkal lehet kiváltani.

A belső világítás kialakítása során az alábbiakra kell ügyelni:

- A külső-belső fényviszonyok eltéréséből adódó látásadaptációs nehézségek csökkentésére a szabadba vezető kijáratoknál

fokozatosan változó megvilágítási erősséggel „fényzsilipeket” kell létrehozni.

- Az intézményi belső terekben, folyósokon (különösen ott, ahol a természetes fény kevés) a megvilágítás alapszintjét meg kell növelni, és stabil megvilágítási viszonyokat kell biztosítani.
- A fő megvilágítás mellett derítőfényekkel, kiegészítő megvilágítással, az izzók és lámpatestek, valamint a megvilágítási pontok optimális megválasztásával törekedni kell a kedvezőtlen, gyakran szorongást, nyugtalanságot kiváltó, zavartságot fokozó árnyékhatások, fényvisszaverődések kiküszöbölésére. Ennek elősegítésére kerülnünk kell a fényes, tükröződő felületek alkalmazását is (pl. ne legyen fényesített linóleum a folyósokon, és ne legyenek fényezett bútorok).
- Az egyes helyiségek megvilágításánál figyelembe kell venni az adott helyiség szerepét, és differenciált megvilágítási viszonyokat kell kialakítani a funkcióhoz igazítva.
- A megvilágítási feltételek alakításával segíthetjük a tájékozódást, célirányok jelölését, és indirekt módon befolyásolhatjuk a használók mozgásterét.

### *Színek alkalmazása*

A megvilágítási viszonyok, és a színek együttes alkalmazása lehetőséget nyújt a tájékozódási pontok kiemelésére, a biztonságos mozgástér alakítására. A színek kontraszt tudatos kiaknázása ebben igen fontos szerepet játszik (pl. fürdőszobában a vécésze vagy a mosdó kiemelése színekontraszt alkalmazásával). A mozgásbiztonság növelése szempontjából fontos a térhatárok (pl. fal és padló) megerősítése is. Színekkel differenciálhatjuk a

különböző funkciójú helyiségeket, és segíthetjük a térhasználó tájékozódását. Fontos, hogy egy színt egy fogalomkörre alkalmazzunk, például a piros mindig a veszélyekre hívja fel a figyelmet (csúszós kő stb.). Színpszichológiai tényezők figyelembevételével pozitív érzelmi-hangulati hatásokat érhetünk el.

### *Textúrák alkalmazása a tisztántarthatóság elveinek figyelembevételével*

A mentális hanyatlás kapcsán különös jelentőséggel bír a több érzékszervi csatornán keresztül megvalósuló stimuláció. A pozitív taktilis ingerek a szenzoros tapasztalat ősbibb, mélyebb rétegeit érintik meg, és a demenciában különösen fontos érzelmi-mobilizáló erővel bírnak. A lágy, meleg, színes textíliák alkalmazása a lakóterekben és a közösségi helyiségekben kedvező hatású. Ugyanakkor figyelniünk kell arra, hogy az erős mintázatok zavaróak, dezorientációt válthatnak ki (pl. erős, bonyolult mintázatú tapéták).

### *Akusztikus környezet*

A kognitív nehézségek jellemző kísérője az aktivációs szint ingadozása, valamint a fókuszált figyelem megtartásának problémája. A figyelmet elterelő erős zajok, az inger-túlterhelődés jelentősen rontja a kognitív működés hatékonyságát. Ez mentális romlás esetén hangsúlyosan jelentkezik. Törekedniünk kell tehát arra, hogy a külső zajokat szűrjük, csökkentjük. A hangszigetelés javítható zajelnyelő drapériák, szőnyegek alkalmazásával, de ez esetben a balesetveszély csökkentésére fokozottan kell ügyelni.

Az ellátó környezetben működő berendezések (mosógép, szárító stb.) elhelyezésénél figyelembe kell venni a zajtényezőket: e berendezések lehetőleg a lakó- és közösségi helyiségektől távolabbra kerüljenek. Az aktív zajjal járó

foglalkozásokat, közösségi programokat ne a pihenési napszakokra szervezzük. A mentálisan hanyatló idősokkal folyó foglalkozások szervezése során biztosítani kell a figyelemelterelő hangok kiszűrését (háttér tévzés, zenehallgatás ne folyjon a foglalkozás közben). Fontos, hogy a célzott foglalkozások elkülönült, védett közegben szerveződjenek. Ne használjunk központilag vezényelt kihangosító-rendszert (pl. központi zenei műsorszolgáltatást).

## **Személyes szolgáltatás nem bentlakásos intézményben**

### *Általános tervezés, hálózatépítés*

Miután a felkutatáshoz, felismeréshez, diagnózishoz és az ellátási szükségletek felméréséhez megfelelően felkészült szakemberekre van szükség, az igények és lehetőségek szerint kialakítandó „demenciaellátó-központokban” mobil szakértői teameket is szükséges működtetni.

A nemzetközi tapasztalatok alapján az Alzheimer-kóros betegek mintegy 75%-át otthon, a családtagok ápolják, gondozzák: 50% esetében ez a házastárs, 35% esetében a gyermek, 5% esetében a testvér, és további 10% esetében más rokonok vagy ismerősök. A hozzátartozóknak támogatásra, a betegek negyedének-harmadának személyes gondoskodásra van szüksége.

A szolgáltatások eléréséről települési, regionális szintű alapinformáció szükséges. Addig is, amíg kialakul, hogy ki lesz a szociális információszolgáltatásért felelős szakember, a szociális ellátások biztosításáért felelős alpolgármester bíz/bízhat meg valakit ezzel a feladattal. (Ez a személy lehet az ESZI vezetője, vagy más, az idősellátásban dolgozó munkatárs.)

Igen fontos, hogy megtörténjen az érintettek felkutatása. E felkutató programokba bekapcsolódhatnak:

- az informális jelzőrendszer tagjai,
- történhet önkéntesek bevonásával, egyházi vagy civil szervezetek karitatív tevékenysége nyomán,
- végezheti településenként más-más szakember, például a helyi lakosok problémáit ismerő falugondnok.

Lényeges irányelv, hogy települési vagy kistérségi, netán regionális szinten megszervezett ellátó programoknál egy szakemberhez és egy gépjárműhöz maximum 20 kilométeres körzet tartozzon.

Fontos a hálózati kapcsolatok feltérképezése is – mely az egymásra épülő szolgáltatások igénybevételi lehetőségének biztosítása érdekében elengedhetetlen –, alapvetően jelzőrendszer-szinten, hasonlóan a gyermekvédelmi jelzőrendszerhez. A cél egy problémajelző-rendszer működésbe hozása, melynek tagjai a környezetben élők, családtagok, szomszédok, az egészségügyi ellátást biztosítók, családorvos, körzeti nővér, a szociális alapellátás dolgozói, valamint az önkormányzat munkatársai és rendőrök. Távolabbi cél a gondozásba vétel, ill. a gondozásba vételi folyamat előkészítése (pl. a diagnózis felállítása és közlése, rendelkezési nyilatkozat későbbiekre). Ehhez fel kell térképezni a meglévő hálózatokat és a nagyobb méretű vagy befogadóképességű szolgáltatóhelyeket.

### ***Házi segítségnyújtás, étkeztetés***

Az otthonukban élő demens betegek intézményesült segítségnyújtásának jelenlegi lehetőségei meglehetősen behatároltak. A hatályos szociális

jogszabályok alapján csak a házi segítségnyújtás és a nappali ellátás keretében valósítható meg sajátos gondozásuk. Mindezzel együtt, az alapellátásban is biztosítani kell azokat a feladatvállalásokat, melyekkel az otthonukban, egyszemélyes háztartásban élő vagy családi gondozásban részesülő demens személyek ellátása garantálható.

Ennek érdekében szükséges tartjuk olyan szociális szakember jelenlétét a településeken, aki esetkezelő-koordinátorként közreműködik abban, hogy a demenciával küzdő idős ember mindenkor hozzáférjen az állapotának leginkább megfelelő ellátáshoz. Az elsődleges feladat tehát a fellelhető információk összegyűjtése és közvetítése. Ezt településenként akár más-más szociális szakember is felvállalhatja a már kiépült szociális alapszolgáltatási rendszerből: a szociális információszolgáltatást végzők, a támogató szolgálat koordinátora, a személyi segítők, a családsegítő családgondozója, a falugondnok, tanyagondnok, a közösségi pszichiátriai gondozó, a nappali ellátásokban dolgozó szociális gondozók, vagy szociális munkások, akik az előgondozás során különösen sokrétű információhoz jutnak a településeken élőkről.

A betegség kezdeti szakaszában még általában nem jelentenek problémát a mindennapi élettevékenységek (bevásárlás, számlák befizetése, főzés stb.). A betegség előrehaladásával azonban ez megváltozik, a demenciával küzdő ember családi – egyedülálló esetében társadalmi – segítségre szorul.

Amennyiben a család vállalja fel az idős ember ellátását, úgy az esetkezelő-koordinátornak további segítséget kell nyújtania.

Így feladata lesz:

- teljes körű információ nyújtása a betegségről,

- érzelmi támogatás, ventilációs lehetőség biztosítása a hozzátartozók részére,
- informálás az elérhető önsegítő csoportokról,
- praktikus tanácsok közvetítése a gondozást illetően,
- tájékoztatás az alap-, nappali és bentlakásos ellátás rendszeréről, az állapotromlás késleltetésének módjairól, valamint a regenerálódási lehetőségekről.

Amennyiben a családon kívüli segítségnyújtás válik szükségessé, úgy számolnunk kell azzal a körülménnyel, hogy a demencia folyamatának előrehaladtával a beteg elveszíti az ügyei viteléhez szükséges mértékű belátási képességet. Így a „Kérelem és adatlap” benyújtása a házi segítségnyújtás vagy a nappali ellátást nyújtó intézmény igénybevételére, valamint a szükséges gondozási „Megállapodás” megkötése kizárólag a demenciával küzdő idősödő személlyel gyakran nem lehetséges. Ezért a betegség adott szakaszában célszerű mérlegelni, hogy mikor válik szükségessé a rendelkező nyilatkozat készítése, illetve esetlegesen megfontolni a cselekvőképességet korlátozó vagy kizáró gondnokság alá helyezés lehetőségét.

A közeli hozzátartozóval hiteles, bizalommal teli kapcsolatot kell kialakítani, segítséget nyújtva annak eldöntésében, hogy az adott ellátás megfelelő és elfogadható-e mind az ellátott, mind az ő számára.

A szakmai tapasztalatok azt igazolják, hogy – bizonyos esetek kivételével – a demenciával betegek otthoni gondozása és ápolása számos előnyt nyújt a kórházakhoz, intézményekhez viszonyítva. A beteg számára a megszokott és begyakorolt mozdulatok, fogások, tevékenységtörédek hosszú ideig fenntarthatnak egy segítséggel kiegészített otthon gondozhatóságot, míg az

idegen környezet, a hospitalizáció vagy a másféle napirend, táplálkozás, a fizikális környezet változása hirtelen dekompenzálódást, progressziót okozhat.

*Az ellátás megszervezése során az egy szociális gondozó által ellátott személyek számának meghatározásakor szükséges figyelembe venni az ellátottak egészségi állapotát, a felmerülő gondozási szükségletek mértékét, valamint azt, hogy létezik-e az ellátásba bevonható támogató háló.*

Otthoni ellátás esetén különös figyelmet kell fordítani a következőkre:

- Mérjük fel, és kövessük nyomon az idős ember életjeleit, testsúlyát, tápláltsági fokát, kiválasztási funkcióit, hidratáltságát és a bőrét.
- Figyeljük meg a demencia tünetegyüttesének alakulását.
- A demens személlyel az állapotának megfelelő módon kommunikáljunk.
- Alakítsuk ki a gondozás napszaki ritmusát. Az egyes tevékenységek mindig ugyanabban az időpontban történjenek (ébredés-fekvés, étkezések időpontjai, kétóránkénti toalett-higiénés program stb.)
- A demens beteget gondozó család életminősége lényegesen romlik. Krónikus fáradtság jelenik meg a 24 órás felügyelet miatt, gyakori a különféle testi és lelki betegségek előfordulása, valamint a frusztráció. Ezért különösen fontos támogató kapcsolat kialakítása a családtagokkal. Tehermentesítsük őket a számukra nehezen kivitelezhető ápolási/gondozási feladatok alól, biztosítsunk ventilációs lehetőséget a különféle emocionális hatások feldolgozása érdekében.
- A baleseti sérülések kockázata miatt törekedjünk a biztonságos lakókörnyezet kialakítására. (Tanácsadással segíthetjük a környezet átalakítását, a veszélycsökkentést.)



- Mérjük fel az ellátott természetes támaszait, mérlegelve azt, hogy kik és milyen mértékben vonhatók be az ellátás folyamatába.
- A demens idős ember szükségleteinek kielégítésénél, a bentlakásos intézményeknél megjelenített ápolási/gonddozási feladatokat vegyük alapul.

Az alapellátás keretében együttműködést kell kialakítani a közeli hozzátartozóval, aki jól ismeri a demenciával küzdő személyt, annak igényeit, és képes szorosán részt venni a bentlakásos intézményi elhelyezés előtt az előgondozásban, annak a döntésnek a meghozatalában, hogy egy adott ellátás megfelelő és elfogadható-e. *Alapvető követelmény, hogy a demens embert ne lehessen minden előkészítés nélkül elhelyezni bentlakásos intézményben!* A bekerülési utakat rögzíteni kell, és a bekerüléshez etikai minimumfeltételeknek kell teljesülniük. Szükség lenne a már korábban elkészített rendelkező nyilatkozat bevezetésére (amelyben ti. az érintett cselekvőképességének és szellemi képességeinek birtokában még bele tud szólni az őt érintő kérdésekbe, majdani gondozásába), ügygondnok kijelölésére, a hozzátartozók, családtagok jogainak biztosítására. (Például ne csak korlátozva, gondoksággal lehessen intézménybe bekerülni.) Demensellátásból az érintett az állapotának megfelelően kerülhet ki, kizárólag az állapotváltozásnak megfelelően jobb ellátást biztosító részlegbe. Szükség esetén ez lehet kórházi ellátás, ha csak más intézményben biztosítható fájdalomcsökkentés, hospice részlegben történő elhelyezés.

## ***Nappali ellátás***

### *Tárgyi – személyi feltételek*

Speciálisan demens betegek ellátását biztosító nappali szolgáltatások nem léteznek napjaink Magyarországon. A területen megjelenő igények azonban szükségessé teszik, hogy a meglévő idősök klubjai nyújtsanak ilyen típusú szolgáltatásokat is. A családban a demenciával küzdő személy segítőtje általában előbb fogalmazza meg a segítség iránti igényét, mint maga az idősödő, demenciálódó személy. A nappali ellátási formák igénybevételel javítható a demens betegek funkcióképessége, életminősége, jelentős hatással van szocializációs szintjük megtartására, valamint mérsékelhetők az őket gondozók terhei is. A szolgáltatás biztosításához szükséges tárgyi feltételek megegyeznek az 1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet 75.§ (1) bekezdésében megjelenítettekkel. A nappali ellátásban a demensekkel való foglalkozáshoz – attól függően, hogy nagyobb, 20-25 fős egységekről van szó, vagy családi jellegűről -- kisebb településeken, ahol 5-7 fő nappali ellátása is lehetséges, a nappali szolgáltatást nyújtó intézménynek rendelkeznie kell:

- 20m<sup>2</sup> foglalkoztatóval, közösségi térrel, mely *nem* étkező,
- pihenővel,
- 10m<sup>2</sup> gondozói szobával az adminisztráció elvégzéséhez,
- külön vizesblokkal mind az ellátottaknak, mind az ellátóknak személyi tisztálkodásra,
- piperemosóval a személyes ruházat tisztítására,
- ételkiadó tálalóval,
- étkezővel, amely külön helyiség, s közel van az ételkiadóhoz.

Miután a demens idősök ellátása jelenleg nem tiszta profilú intézményekben, hanem a többi szolgáltatáshasználó idős emberrel integráltan történik, a meglévő szakmai létszámok radikális emelésére nincs szükség.

Az ellátás biztosításához ennek megfelelően a következő szakemberekre van szükség:

- nappali ellátás vezetője – klubvezető, 1 fő
- 30 fő ellátottra vetítve, amennyiben az ellátott demens betegek száma nem haladja meg az összes ellátott számának 20%-át, 2 fő szociális gondozó,
- amennyiben meghaladja a demens ellátottak aránya a 20%-ot, a szükséges szociális gondozók száma 3 fő.

A demens betegek ellátása nagy szakmai felkészültséget és speciális ismereteket igényel, amelyeket a szociális gondozók alapképzésük során nem sajátítanak el. Nélkülözhetetlen tehát olyan tanfolyamok, kiegészítő képzések megjelenése, melyek megismertetik a dolgozókat a demens betegek sajátos ápolási/gondozási feladataival még a részleg kialakítása, illetve a demenciával küzdők fogadása előtt.

### *Gondozási feladatok*

Az intézményben alakítsunk ki biztonságos környezetet, az esetleges sérülésveszély elkerülése miatt. Az elkóborlás megelőzése érdekében fokozott figyelmet kell fordítani az ellátottakra, folyamatosan biztosítani kell a demens csoport gondozói felügyeletét. Meg kell szervezni a demens betegek

intézménybe, illetve hazaszállítását. A szükségletek kielégítése a bentlakásos intézményeknél megjelenített szempontok szerint történjen. Az ellátás során törekedjünk az egyéni bánásmódra, valamint az idős ember személyiségének maximális figyelembevételére.

*Fokozott figyelmet kell fordítani az ellátottak meglévő képességeinek megőrzésére, fejlesztésére is. Ennek érdekében feltétlenül tudnunk kell, melyek azok a maradék vagy megkímélt működések, amik alkalmasak lehetnek a deméntálódás ütemének a lassítására, a napi élettevékenység részleteinek gyakorlására és a biztonságos életfeltételek kialakítására.*

Minden ember (különösen a demens idős) életében nagy jelentősége van a szokásoknak, rítusoknak. A foglalkozások során kialakított és jól begyakorolt sztereotípiák segítségével javíthatóvá válik az ellátottak életminősége. A helyes napirend, a változatos tevékenységi formák, foglalkozások segítik az aktivitás megtartását. A hozzátartozókkal való kapcsolattartás, hozzátartozói csoport működtetése rendkívüli fontossággal bír. A családtagokat abban is támogatni kell, hogy továbbra is el tudják fogadni demenciával küzdő idős hozzátartozójukat. Hiszen a szeretett társ vagy szülő fizikai és/vagy mentális állapotának gyengülése, az ezzel a ténnyel való napi megküzdés, együttélés jelentős kihívást jelent az érintetteknek. Az idősek klubjaiban működő hozzátartozói csoportok jelentős segítséget nyújthatnak a résztvevők számára abban, hogy problémáikat olyanokkal beszélhessék meg, akik hozzájuk hasonló helyzetben vannak. A személyes tapasztalatcsere során lehetőség nyílik a mindennapi gondozásban kipróbált praktikus javaslatok, tanácsok átadására, valamint ventilációra is.

### *Előgondozás a nappali ellátás igénybevétele előtt*

Előgondozásra a nappali ellátás igénybevétele előtt is szükség van, s elemei hasonlatosak a tartós bentlakást biztosító intézménybe kerülést megelőző feladatokhoz. A szolgáltatáshasználat igénybevételét szabályozó előírásokon túl az előgondozás keretein belül célszerű informálódni:

- az ellátásra szoruló napirendjéről,
- táplálkozási szokásairól (kedvelt és nem kedvelt ételek köre),
- meglévő képességeiről; milyen önellátási területeken szorul segítségre,
- kedvelt tevékenységeiről,
- alvási szokásairól,
- inkontinenciájának mértékéről, annak ellátási megoldásairól,
- a szedett gyógyszerek köréről,
- esetleges különös szokásairól.

A rendelkezésre álló információk alapján – az ellátásba vételt követően – egyéni gondozási tervet kell készíteni.

Az előgondozás folyamata:

- szakértői team felállítása,
- esetgazda kijelölése,
- ha korábban házi gondozásban részesült, akkor konzultáció a házi segítséget biztosító munkatárssal,
- állapotfelmérés,
- az ellátást igénybe vevő és a hozzátartozók felkészítése,
- az ellátást megvalósító intézményi dolgozók felkészítése.

## **Személyes szolgáltatás (átmeneti és tartós) bentlakásos intézményben**

### ***A demensgondozási egység kialakításának alapelvei***

A demencia lassan és fokozatosan kifejlődő betegség. Az első tüneteknek az emberek gyakran nem tulajdonítanak jelentőséget, a természetes öregedés velejáróinak gondolják. A szakember és az intézményvezetés felelőssége, hogy a már korábban is intézményben élők esetében figyelemmel kísérik az állapotváltozásokat, és ennek megfelelően kezdeményezzék a speciális szükségletekre reagáló szolgáltatások elérhetővé tételét, például a korai stádiumban felismert demencia esetében a kognitív tréningek biztosítását, demens gondozási egység kialakítását. A demens gondozási egységben történő elhelyezéshez vagy az abba való áthelyezéshez szakorvosi diagnózis szükséges. A demens idősök ellátása speciális ápolási és gondozási feladatokat jelent, ezek során különösen ügyelni kell a következő alapelvek betartására:

- A demenciával küzdők ellátását holisztikus szemléletben, komplex gondozás keretében kell megvalósítani, a korábban ismertetett személyközpontúság értékrendjének és szemléletének megfelelően.
- Az ápolás és gondozás középpontjában a betegek egyénileg meghatározott szükségletei állnak.
- Gondozásuk elméleti és gyakorlati keretét az adja, hogy törekednünk kell „jól –létük” fokozására, így életminőségük maximalizálására.
- Az idős embert tágabb szociális környezetében (család, közösség, társadalom) elhelyezkedő személyként, egyénként fogadjuk el. A szociális környezete hat (akár pozitívan, akár negatívan) az

egészségére és jólétére, valamint arra, hogyan reagál a járulékos vagy egyéb betegségekre.

- Különleges hangsúlyt kell helyoznünk az egyén tiszteletére és emberi méltóságának megőrzésére.
- Biztosítsuk, hogy állapotától függő mértékben vegyen részt szükségletei kielégítésében. Minden embernek vannak önellátási igényei, és joga van arra, hogy igényeit maga elégítse ki, hacsak állapota ebben nem akadályozza.
- A demens idősök ellátása speciális ismereteket és elkötelezettséget igényel az őket gondozóktól. Fontos, hogy ismerjék a demencia okait, az állapotot előidéző betegségeket, a változatos tüneteket, a szakszerű beavatkozás módszereit. Képesek legyenek a kritikus gondolkodásra, valamint hatékony problémamegoldó képességgel és nagyfokú türelemmel rendelkezzenek. A rutin jellegű ápolás-gondozás helyett szisztematikus ápolást végezzenek. Ennek megvalósításához a gondozóknak is joguk van a megfelelő képzések elérésére. Szükséges a segítők segítése abban, hogy jól-létüket ők maguk is megőrizhessék, és a kiégés elkerülhető legyen.

A mentálisan hanyatló idősökkel való foglalkozás során figyelembe kell venni a személyt magát, és azt, hogyan küzd a betegség tüneteinek változásával, hogyan szeretné a szükségleteit kielégíteni, és mekkora az egyéni teherbíró képessége. Törekedjünk az idősök még meglévő képességeinek megtartására, szokások kialakítására, fejlesztésére és rögzítésére.

A mindennapok során rendkívül fontos a strukturált napirend kialakítása. Ennek megtervezésénél az idős ember személyiségének és egyéni igényeinek a

figyelembevételére törekedjünk. Biztosítsunk olyan tevékenységeket, amelyek megfelelnek a még meglévő képességeinek, és kellő sikerélményt jelentenek a számára. A jó foglalkozás hozzájárul, hogy a nap tevékeny és strukturált legyen. Pozitív érzésekkel tölt el, segít a képességek megőrzésében, a kommunikációban, és a közösségbe integrál. A demenciában szenvedő megismerésének legjobb színtere.

Próbáljuk elérni, hogy a demens idősök is részt vegyenek az intézményi rendezvényeken, programokon. Ezek minden közösség életében nagy jelentőséggel bírnak. A készülődés, az ünnepi hangulat, utóbb az eseményre való emlékezés sok közös élmény forrása lehet, erősíti az összetartozást, segít az egymásra figyelésben, önmaguk megmérettetésében, önbizalmuk fokozásában. Az ilyen alkalmak egy-egy közösségben az „együttes élmény” többletét nyújtják, csak az adott közösségre jellemző apró mozzanatokkal, intimitással. Iparkodjunk azon, hogy az intézményi rendezvények családi hangulatúak legyenek.

Fontosnak tartjuk, hogy a gondozó team tagjai -- szociális munkás, ápoló-gondozó, mentálhigiénés munkatárs, foglalkoztatásszervező, szakorvos, mozgásterapeuta --, illetve az idős emberrel kapcsolatba kerülő ellátó személyzet (takarító, portás) lehetőleg állandóak legyenek (ismerjék őt, a szokásait stb.), valamint hogy a „szabályok” ne változzanak. (Pl. ne fordulhasson elő, hogy az egyik portásnál ki lehet menni az épületből kísérel nélkül, a másikonál meg nem.) Így könnyebb a kommunikáció, a tapasztalatok, megfigyelések átadása, összeszokottabb a munkavégzés, jobban megfelel az ellátottaknak is, akik szeretik és igénylik az állandóságot.



A mentális hanyatlás miatt az idős ember nem képes mérlegelni a környezetében lévő veszélyforrásokat, így nem is tudja elkerülni azokat. Ezért:

- Elengedhetetlen a gondozó személyzet részéről az állandó jelenlét. Mindig legyen gondozó a közösségi terekben, aki szükség esetén segítséget tud adni.
- A fokozott felügyelet biztosítása érdekében a nővérszoba közelében helyezték el azt az ellátottat, akinek járulékos betegsége vagy adott állapota miatt ez szükséges.
- A lakószobák bútorzatának éle lekerekített legyen.
- Akadálymentes környezetet biztosítunk az ellátottak számára.
- Legyen megfelelő éjszakai világítás.
- Az elkóborlás megelőzése érdekében a lakót folyamatosan segítjük abban, hogy a számára biztonságot nyújtó környezetben maradjon. A környezete legyen olyan, hogy ne akarja elhagyni a közösségi tereket. (Például sötét padló rész alkalmazható a lift vagy kijárat ajtó előtt.)
- Könnyítsük meg az épületen belüli tájékozódását piktogramok, színek, megfelelő megvilágítás alkalmazásával. (Miként ezt korábban már írtuk.)
- A környezetet szükség szerint ismételtén mutassuk be. Ismerjük fel a lakó hiányérzetét, ha keres valamit, valakit, segítjük megtalálni. Ha ki akar menni, bolyong, társuljunk hozzá, vegyük fel a ritmusát, a mi nyugalmunk megnyugtatója, és velünk vissza fog térni.
- Kimerültségi szintjét folyamatosan figyeljük, ha látjuk, hogy elfáradt, vegyük észre, mitől az: bizonytalanságtól, izgatottságtól, vagy attól, hogy kríziseseményt él át (emlékeiben vagy a valóságban).
- Kerüljük a kényszerintézkedések és a fizikai erőszak alkalmazását.

## *Előgondozás – ellátási alternatívák, információközvetítés*

Az intézményi elhelyezést megelőzően az ellátást igénylőnek célszerű megismerkedni az ellátás általános feltételeivel és az adott intézmény szolgáltatásaival, hogy minél körültekintőbb döntést tudjon hozni. Ennek első lépése általában a telefonos érdeklődés a demenciában szenvedő hozzátartozója részéről. A második lépés az intézmény meglátogatása. Az intézményi szociális szolgáltatás iránt érdeklődő (ellátást igénylő, törvényes képviselő, illetve az abban kompetens hozzátartozó) ezáltal benyomást szerez az intézményi környezetről, több munkatárssal találkozik, és így teljesebb képet kap az intézmény légköréről.

A szolgáltatást vállaló intézménynek is meg kell ismernie az ellátást igénylőt, szükségleteit, igényeit és az intézménnyel kapcsolatos elvárásait. Az intézmény látogatása során fontos a transzparencia mindkét részről. Olyan személynek kell látnia a potenciális intézményt, aki eléggé ismeri a demenciában szenvedőt, így meg tudja ítélni, hogy megfelelő körülményeket és ellátást tud-e az intézmény biztosítani. Az intézményben történő személyes találkozás az intézmény bekerüléseket előkészítő munkacsoportjának is lehetőséget ad arra, hogy időben eldönthesse: lehetséges-e az ellátás felvállalása, felkészültek-e a jelentkező által elvárt feladatokra. Ha igen, folytatódhat az előgondozás a megszokott módszerek szerint. Mindezzel lerövidíthető az elhelyezés igénylése és a bekerülés közötti idő, ami mérsékli a bekerülő bizonytalanságát.

A lakók jó közérzetének biztosításához nélkülözhetetlen, hogy az ellátást igénylők és/vagy hozzátartozójuk az ellátás igénybevétele előtt jól megismerhesse az ellátó intézmény szakmai programját, az ápolási, gondozási feladatok körét, a tárgyi és fizetési feltételeket. Az ellátást igénylők és

hozzátartozóik gyakran tájékozatlanok, sok a megválaszolatlan kérdésük a szolgáltatásokat és az elhelyezést illetően.

Az esetek többségében lelki segítségre is szorul az érdeklődő. A látogatás során ezért jó, ha az érdeklődő nemcsak az intézmény vezetőjével és az ápolásért felelős személlyel, hanem az intézmény mentálhigiénés munkatársával is találkozik. A korrekt tájékoztatással egybekötött, személyes találkozással számos jövőbeni problémát, félreértést ki lehet küszöbölni.

Annak az ellátottnak, aki személyesen már a beköltözése előtt megismerkedett az intézménnyel, kisebb krízissel jár a környezetváltozás. Az első találkozás döntő a jövőbeni jó együttműködés megalapozásában.

### ***Befogadási adaptáció***

A befogadási adaptáció alapja a korábban már leírt előgondozás, valamint az intézmény meglátogatása. Ezekkel az előzményekkel az érintettek jobban fel tudnak készülni az intézménybe költözésre. Jobb lelki állapotban, megnyugodva fogadják a beköltözést. A látogatáskor kialakult kapcsolat az intézménnyel és munkatársaival megkönnyíti az otthonba való beilleszkedést. Azzal, hogy az intézmény nyitottan megmutatja az ellátási lehetőségeket, az ellátottak és hozzátartozóik jobban elfogadják az intézmény által nyújtott lehetőségeket, és a korlátokat is.

A beköltözés előtt kialakított bizalom nagy segítség a költözés napján. Az intézmény vezetője, mentálhigiénés munkatársa és ápolási vezetője meleg fogadtatást biztosít az érkezőnek. Az ápolók, gondozók közül egy személy

külön is gondjaiba veszi a demenciában szenvedő beköltözőt azon a napon. Tisztában kell lenni azzal, hogy a betegségből adódó nehézségek miatt a természetes adaptáció nem, vagy csak részben működik. Az első napon, bár megmutatjuk a beköltözőnek környezetét, tudnunk kell, hogy dezorientáltsága még sokáig fennmaradhat, illetve állandósulhat.

A befogadási adaptáció lehetőleg egy hónapig tartson. Ez azt jelenti, hogy az első hónap minden napján úgy segítjük az ellátottat, mintha aznap költözött volna be.

Az első hónap az átfogó felmérés elkészítésének időszaka. Az egészségi állapot és a kognitív képességek felmérése mellett az étkezési, alvási, öltözködési, testápolási, tevékenykedési szokásokat is rögzítjük. Ez történhet megfigyeléssel, a hozzátartozók, a demenciában szenvedő elmondása alapján. Az átfogó állapotfelmérésen belül érdekeljen bennünket, hogy ki a gondozott, milyen személyiségjegyei vannak, mert mindez segít minket a személyközpontú gondoskodás megvalósításában.

Az első hónap a demenciában szenvedő ellátott számára kritikus az elesések megelőzése szempontjából is. Az ismeretlen környezetben ez gyakrabban előfordulhat, ezért nagyobb odafigyelésre és türelmes segítségnyújtásra van szükség a munkatársak részéről.

### ***Gondozási folyamat tartós bentlakást nyújtó intézményben***

#### *Feltételrendszer*

Az ellátás során célszerű, ha a folyamatok sorrendjénél megvalósul az állandóságra törekvés, az egyes események szabályos időpontokban történnek, egyénileg meghatározott napirend szerint, azonos helyszíneken, és a megszokott jelzések vezetnek be azokat.

### *Tárgyi feltételek*

A mentálisan hanyatló idős emberek számára kialakított demens gondozási egység létrehozása során jól elkülönülő, kis létszámú részleget kell létrehozni maximum 20-25 ágygal.

- A demens gondozási egység személyi és tárgyi feltételeinek a speciális klienscsoport sajátosságaihoz, igényeihez és az ellátási feladatokhoz kell igazodniuk. Optimális esetben a részleg olyan pavilonba kerüljön elhelyezésre, amely szellős, tágas kialakítású, jól átlátható mozgástereket nyújt, és saját, akadálymentes és biztonságos kert kapcsolódik hozzá, van természetes fény, belső udvar, átriumos megoldás. Lehetőleg földszinti elhelyezésű legyen, az emeleti elhelyezés inkább – de nem kizárólag -- intenzív fekvőbeteg-ellátás, terminális gondozás kapcsán merülhet fel.
- A demens gondozási egységen belül – optimális esetben – 2 ágyas lakószobák kialakítására kell törekedni. Minimumfeltételként legfeljebb 4 ágyas szobák kialakítása fogadható el (6-8 négyzetméter/fő).
- A demens gondozási egység kialakítása során a 20-25 fő lakólétszámhoz viszonyítva 10 főre kell egy vizes blokkot biztosítani, amely fürdőszoba. Minimum feltételként legalább két vizes blokknak kell lennie. Új építésű részlegek esetében 10 lakónként szükséges még egy olyan fürdőszoba is, melyet az ellátók kezelnek. Lakószobánként legyen WC és kézmosó, hogy a demenciával küzdők legalább részlegesen megőrizhessék kontinenciájukat, ezzel emberi

méltóságukat. Fontos, hogy a csaptelepek biztonságosan használhatók legyenek, központilag állítható melegvíz-hőfokkal, a leforrázás elkerülése miatt.

- A demens gondozási egységen belül egy nagyobb közösségi teret, a speciális csoportfoglalkozásokhoz egy önálló csoporthelyiséget, valamint teakonyhát, nővérszobát kell biztosítani. Optimális esetben törekedni kell az egyes helyiségek funkcionális elkülönítésére, kerülni kell, hogy egy-egy helyiség többfunkciós legyen. Ha ez mégsem megoldható, tudatosan készüljünk a több funkcióra, a szakmai program erre részletesen ki kell hogy térjen. A nővérszoba mellett szükséges egy betegszoba. Ez betegség esetén használható, de az éjszaka bolyongó, másokat zavaró lakónak is lehet itt elkülönítetten pihenést biztosítani.
- A demens gondozási egység kialakítása során törekedni kell arra, hogy az intézményekben gyakran látható lineáris elrendezés helyett – ahol rendszerint egy hosszú folyosó két oldalán helyezkednek el a lakószobák – 3-4 szobát érintő, közösségi terekkel megbontott kisebb részegységekből felépülő gondozási egységet alakítsunk ki. Ahol ez nem lehetséges, ott a hosszú folyosót színekkel, kijelzésekkel, fali díszítésekkel, pihenőkkel kell tagolni tájékozódási támpontokat nyújtva. A bútorzatnak is az egészségi állapotnak megfelelően választottnak, biztonságosnak és éles felületektől mentesnek kell lennie.

#### *Személyi feltételek 20-25 fő ellátott esetén*

- 1 fő pszichiáter szakorvos, aki legalább heti 4 órát tölt az intézményben,
- 1,5 fő foglalkoztatás szervező,
- 0,5 fő és mentálhigiénés munkatárs,

- 10 fő szociális gondozó-ápoló, rotációs foglalkoztatásban
- 0,25 fő részidős mozgásterapeuta,
- önkéntesek.

Mint többször jeleztük, a demenciával küzdő személyek ellátása speciális ismereteket és elkötelezettséget igényel az őket gondozóktól. Az ellátói team állandósága mellett ügyeljünk a továbbképzésük, konferenciákon való részvételük biztosítására, szakmai képességeik fejlesztésére és a kiégés megelőzésére, szervezett szupervízió biztosítására.

### *Adminisztrációs feladatok*

Az ápolást-gondozást és tartós bentlakást nyújtó intézményben a férőhely elfoglalása a speciális szükségleteknek megfelelő előgondozás után történhet, amelybe az intézmény megismerése – legalább a hozzátartozó által – is beletartozik. A megállapodás csak ennek nyomán köthető meg. A férőhely elfoglalását követi:

- a komplex állapotfelmérés,
- az önellátás mértékének megállapítása,
- a mentális állapotfelmérés/szociális készség szintjének felmérése.

A komplex állapotfelmérésbe beletartozik az ápolási-gondozási szükséglet felmérése is. A gondozási dokumentáció részét képezi az előgondozás és a hozzátartozók információi alapján összeállított szokáslista, az átfogó anamnézis. (Ebbe beletartozik az életút, spiritualitás, személyiségjegyek, étkezési, testápolási szokások, [in]kontinencia, és minden olyan lényeges elem, mely az ellátást igénylő személyiségének jellemzője.)

A gondozási terv minden esetben egyéni gondozási-ápolási terv, és teammunka nyomán készül el.

- Az egészségügy információs rendszerének becsatolása a demensellátás folyamatába elkerülhetetlen.
- Fontos pontosan és szakszerűen vezetni az ápolási/ gondozási dokumentációt.
- Fokozott gondot kell fordítani a gondozási tervben a nem demens lakótársak együttműködési és toleranciaszintjének figyelembevételére, különösen a csoportfoglalkozások keretében. Fogadtassuk el a demens embert a környezetével is. Ugyanakkor vannak ösztönös antipátiák és szimpátiák, ezekre tekintettel kell lenni.
- A feledékenység, zavartság, elkóborlás veszélyeinek elkerülése miatt a tartózkodási hely elhagyásának kontrollálhatóságát a biztonság érdekében szabályzatban is szükséges megoldani. Az ellenőrzésre sokkal megfelelőbb módszer a gondozók folyamatos jelenléte, semmint a tiltások vagy az akadályoztatás. A belülről zárható helyiségeket az idősek tartózkodási helyei közül ki kell iktatni, az ablakok, tükrök veszélyeit meg kell szüntetni, az elektromos berendezések, fűtőtestek veszélyei miatt külön szabályokat kell kialakítani. A tűzriadó szabályai is az ellátottakhoz kell, hogy alkalmazkodjanak.

### *Szükségletkielégítés*

A demens idősokkal való foglalkozás során figyelembe kell venni a tünetek változatosságát, a speciális szükségleteket és az általános egészségi állapotot.



A dementálódó lakók többsége nehezen vagy alig illeszkedik be környezetébe. Nem találnak barátokra, mert nem tudnak kapcsolatba lépni másokkal, számukra a többi ellátott idegen. Úgy vannak ott a közösségi térben, mint egy váróteremben, ahol senkit sem ismernek. Néha fehér köpenyes emberek rohannak el előttük, de nem szólnak semmit, hogy mikor kerülnek sorra. Azonban érzelmi kommunikációra a demenciával küzdők is gyakran képesek, például síró ellátottat egy segítő beállítottágú ellátott vigasztal. Az ellátottak érzelmi segítséget stabilan az ellátást biztosítóktól kapnak. Előfordul, hogy az ellátást biztosítók lépnek a „legjobb barát” szerepébe, nem a bizalmi kapcsolat, hanem kapcsolati kínálat értelmében, ami mindenkor az ellátást igénylő legbiztosabb közvetlen emberi kapcsolatát jelenti. Az alkalmazkodást nehezíti, hogy a demenciában szenvedő sokszor nem érti a közönséges, mindennapi életben alkalmazott verbális és nonverbális jelzéseket. Ilyen esetekben az ellátást nyújtóknak kell megtalálni azt a módot, ahogyan még lehet a demenciában szenvedővel kommunikálni. Kiemelkedő szerepet kapnak a nonverbális jelzések, azok az érintések, melyekről megtapasztaltuk, hogy az ellátott örömmel fogadja azokat.

Az egyéni kapcsolat kialakítása különösen fontos feladat, hiszen így elérhetjük, hogy a demenciában szenvedő védelmet, biztonságot érezzen.

Az interperszonális kapcsolatok elősegítése érdekében a következő szempontokat vegyük figyelembe:

- Lassan, finoman, kellemes hangszínnel beszéljünk, már a megszólításkor is. Használjunk rövid, egyszerű mondatokat, és adjunk elegendő időt a megértésre és a válaszadásra. Kerüljük azonban a gyerekes

beszédmodort. Fontos a következetesség, a pozitív visszajelzés, az egyértelműség.

- Az idősek szabad önkifejezésének, közlési vágyának elősegítése érdekében egyéni és csoportos beszélgetéseket kezdeményezzünk, a lakó még meglévő képességeihez igazodóan. Hagyjunk időt és lehetőséget az érzelmek kifejezésére.

A családi kapcsolatok megtartását is segítsük elő, vegyük fel a kapcsolatot a családtagokkal. Adjunk rendszeres információkat a lakó állapotáról, alakítsunk ki velük együttműködő, támogató kapcsolatot. Motiváljuk a hozzátartozók rendszeres látogatásait. Fogadtassuk el a lakó állapotát a hozzátartozókkal, készítsük fel őket az állapotrosszabbodásra. Biztosítsunk ventilációs lehetőséget a különféle emocionális hatások (stressz, düh, harag) feldolgozására. Ismerjük fel a hozzátartozók helyzetét: lelkiismeret-furdalással küzdenek, harag van bennük, mert nem tudták megoldani az ápolás-gondozást. Gyászuk van, hiszen elveszítették azt, aki még él, de már nem az, aki volt. Biztosítsuk, hogy a család annyira vehessen részt a lakó ellátásában, amennyire csak akar.

A demens idős ember ellátási szükségleteinek leírásánál a mindennapi élettevékenységek körét vettük alapul. E szerint az ellátottat az alábbi tevékenységek elvégzésében kell segíteni, vagy olyan körülményeket teremteni, hogy segítség nélkül elvégezhesse azokat.

- Étkezés: könnyítsük meg az evőeszközök használatát, ha kell, aprítsuk fel az ételt, s folyamatosan figyeljük az elfogyasztott táplálék mennyiségét és a folyadékbevitelt. A demenciával küzdő idős ember elfelejtkezhet az ivásról, néha még az evésről is, ezért folyadékkal többször meg kell kínálni, az inkontinenciával küzdő

időseket is! A táplálékot olyan formában adjuk, ahogy biztonságosan el tudják fogyasztani. A testsúly folyamatos ellenőrzésével monitorozni tudjuk a tápláltsági szintet. A napi háromszori étkezést délelőtt és délután kínált gyümölcssel, keksszel lehet kiegészíteni.

A nyelési nehezítettség problémát okoz, melyre figyelemmel kell lenni étkezésnél, felügyelet nélkül sohasem szabad hagyni az ellátottat.

- Tisztálkodás: amíg lehetséges, törekedjünk az önállóság megőrzésére, illetve, amit a demenciában szenvedő személy még meg tud tenni, engedjük megtennie. Fontos alkalmazni a segítő kommunikációt. Egyértelmű mozdulatokkal, világos mondatokkal csökkenthetjük az esetleges ellenkezést. Kísérjük el az idős embert a fürdőszobába, és magunk is tegyünk tisztálkodásra utaló mozdulatokat, hogy segítsük a demenciában szenvedőt az adott helyzet megértésében. Ha szükséges, közre kell működni a fürdésnél, de itt is ügyelve a szemérmességre, az emberi méltóság megőrzésére. Hívjuk fel a lakó figyelmét a tisztálkodásra. Ellenőrizzük és segítsük ennek folyamatát. Amennyiben állapota azt kívánja, fürdessük meg. Figyeljünk a megfelelő bőrápolásra, a kéz-, láb- és hajápolásra. Tegyük lehetővé a heti kétszeri borotválkozást, illetőleg a havonkénti hajvágást az ellátott számára, ugyanakkor a személyközpontú gondoskodás szellemében legyünk tekintettel az egyéni szokásokra, szükségletekre. Ha valaki naponta szokott borotválkozni, akkor törekedjünk megtartani ezt a napi rutint. Fordítsunk figyelmet a szájápolásra és a műfogsor tisztántartására. A demenciarészlegek szakmai programjaiban célszerű részletesen foglalkozni a szájápolás megoldásával.

- Ürítési szükségletek: ezen a téren is fontos a rendszeresség. Amíg lehetséges, az inkontinencia-betétek alkalmazása helyett szorgalmazzuk a szoba-WC használatát. A WC-nek akadálymentesen megközelíthetőnek kell lennie, kapaszkodókkal felszereltnak, feltűnő jelzésekkel ellátottnak, és bentlakásos intézményekben éjszaka is megvilágítottnak. Szükséges lehet a WC-használatra felhívó, időnkénti figyelmeztetés, egyszerű elkísérés. Az inkontinencia-betétek cseréje időben szabályozottan történjék, intimitást biztosító helyzetben. Kétóránként toalett-higiénés programban vegyen részt az ellátott. A lakó számára biztosítsunk praktikus ruházatot, valamint fordítsunk figyelmet a ruházat tisztítására és a bőrvédelemre.
- Öltözködés: a demens idős által viselt ruhák lehetőleg egyszerűek legyenek, könnyen felvehetőek, mindamellett a saját, megszokott ruhadarabok használatára kell törekedni. A sok gombos, nehezen felvehető darabokat célszerű mellőzni, viszont fontos, hogy a lakók alkalmanként ünnepi ruhát is viselhessenek. Ügyeljünk arra, hogy amennyiben a lakó testsúlyában változás következik be, ruházatának mérete ezt kövesse. Mivel a demens ellátottak nem tudják környezetük hőmérsékletét önállóan befolyásolni, különös gondot kell fordítanunk arra, hogy megvédjük őket a nagy hőmérséklet-ingadozástól, ugyanis az nagyfokú diszkomfort-érzéshez, ezáltal nyugtalansághoz vezet. Külön figyelmet kell fordítani arra, hogy a lakók cipői kényelmesek legyenek, és biztonságosan lehessen járni bennük (a talpon csúszásgátlók).

- Alvás, pihenés, intimitás: a napközbeni alvás kerülendő, inkább a kontrollált időtartamú, napközbeni pihenés lehetőségét biztosítsuk. Az alvás-ébrenlét ritmusát figyelemmel kísérve az alvászavarokat inkább próbáljuk megelőzni a nappali fizikai tevékenységek fokozásával, lefekvéskor az elalvást elősegítő ingerszegény környezet megteremtésével és a szükséges folyadékmennyiség biztosításával. Amennyiben az ellátott állapota megengedi, napközben csak a csendes pihenő alatt feküdjön, ezzel is előzzük meg a napszaki ritmus megfordulását. Az orvos által előírt altató időbeni adagolása az alvászavar típusa szerint történjen. Altató esetleges alkalmazás előtt azonban fontos a természetes megoldások keresése, a feketekávé elhagyása, „antifront” gyógyhatású szerek alkalmazása. A lefekvéshez kapcsolódó tevékenységek sorrendje állandó legyen, azon ne változtassunk.
- Tevékenységkínálat, aktivizálás, tréningek: a napi tevékenységeknél elengedhetetlen a demens beteg életritmusának megfelelő időstrukturálás. A tevékenységek megszervezése folyamatos napirend szerint történjen a hét minden napján. Az egyéni fejlesztésre, munka jellegű aktivitásokra inkább a délelőtti órák alkalmasak, a gondozási tervekben szereplő módon. A csoportos foglalkozások esetében a létszám 5-7 fő legyen, s a foglalkozásokra kísérje el egy munkatárs az ellátás igénybe vevőjét. A képességeket szinten tartó foglalkozásokat és a speciális tréningeket a gondozási terveknek megfelelően alkalmazzuk. Az önálló hely- és helyzetváltatásra képtelen ellátott mozgásszükségletének kielégítése érdekében – állapotától függően – ágyban mozgást, passzív tornát, kiültetést, felállítást, járatást, aktív tornát végezzünk. A fennjáró lakókat segítsük rendszeresen megfelelő torna, mozgás

végzésében, a fizikai erőnlét megtartása érdekében. Törekedjünk a nagy és a finom motorika fejlesztésére és a koordinációs zavarok kiküszöbölésére az egész test átmozgatásával. A lakó napirendjében szerepeljen séta, szabad levegőre jutás biztosítása.

- **Spiritualitás:** tágabb fogalom, mint a vallásos érdeklődés, ezért minden ellátott spiritualitásának felmérése alapján segítsük őket lelki kiteljesedésükben. Korábbi vallásosságának mélysége függvényében lehetőleg biztosítsuk az ellátottnak ezen szükségletének kielégítését, az intézmény által kínált lehetőségek figyelembe vételével.
- **Társas, szociális szükségletek:** ezek kielégítésének segítésére szükség van, amihez a hozzátartozók informálása és a velük végzett munka is hozzátartozik. Fontos a bevonódás és a részvétel megőrzése az izoláció elkerülése érdekében. A kapcsolatok fenntartásának feltétele a folytonosság, és e téren a támogatás a hozzátartozókra is kiterjedhet. Az én-azonosság és a személy integritásának megőrzése érdekében az ellátásba vétel kezdetétől kezdeményezni kell, és az ellátás során rendszeresen tovább kell folytatni az élettörténet-munkát. A hozzátartozókkal történő beszélgetések és a gondozottakkal való foglalkozások során alkalmazzuk a reminiscencia elvén alapuló módszereket.
- **Fájdalommentesség:** a demens ember közérzetét nagymértékben befolyásolják a testi tünetek, a fájdalom, de az ennek jelzésére való képesség sokszor csökkent, aminek oka a verbalizációs készség és a fájdalom megélésének változása. Ezért fokozottan kell figyelni a nonverbális jelekre, melyek fájdalomra utalhatnak (pl. arthralgiás tartás, mimika megváltozása, addigi verbális és nonverbális kommunikáció beszűkülése), valamint a fájdalomérzést

valószínűsítő egyéb élettani és ápolástani jelekre. Ezek észlelésekor megfelelő fájdalomcsillapítást kell alkalmazni.

### *Tevékenységek, aktivitások*

A demens beteg mindennapjaiban rendkívül fontos a strukturált napirend kialakítása. Ennek megtervezésénél az idős ember személyiségének és egyéni igényeinek a figyelembe vételére törekedjünk. Biztosítsunk olyan tevékenységeket, melyek megfelelnek a beteg még meglévő képességeinek és kellő sikerélményt is jelentenek a számára. (Itt töröltem, mert ismétlődött.)

Segítsük elő a betegek részvételét az intézményi rendezvényeken, programokon. Az ünnepek számukra is fontosak; ne csak a családiasságra törekedjünk, hanem biztosítsunk lehetőséget a családi ünnepek intézményen belüli megrendezésére is, úgy, hogy például egy születésnapon a családtagok is részt vehessenek.

A csoporttevékenységek során fordítsunk figyelmet az emlékezeti működések javítására, a lakók személyiségéhez és érdeklődéséhez igazodó változatos programok kialakításával. A csoportos foglalkozások esetében a létszám ne haladja meg a 10 főt (5-7 fő), s ha szükséges, a foglalkozásokra kísérje el egy munkatárs az ellátás igénybe vevőjét. A csoportmunka tartalma lehet memóriatréning, élettörténet-munka, realitás-orientációs tréning vagy más, a kognitív működést fejlesztő tanulási folyamat. Súlyosabb esetekben inkább megfelelő a folyamatos validáció, vagyis egész egyszerűen a demenciában szenvedő helyzetébe való beleélés, a bizalmi kapcsolat megtartása és az érzelmi támogatás.

A foglalkozások helyszínének, a csoportszobának a kiválasztásakor a következő szempontokat vegyük figyelembe.

- Lehetőleg csendes helyen legyen (a demens betegek figyelme könnyen terelhető), külső zajok ne zavarják a foglalkozásokat.
- Mosdó legyen a közelében, a toalett-higiénés program könnyebb kivitelezhetősége érdekében.
- Kellően tágas legyen ahhoz, hogy mozgásukban akadályozott lakókat is be tudjunk vonni a programba.
- Legyen alkalmas kiscsoportos foglalkozások párhuzamos végzéséhez, vagyis egyszerre két kisebb csoport is tevékenykedhessen a helyiségben.

A felkínált aktivitások minden esetben kerüljék az erőszakoltságot, legyenek élményt és jó érzést adóak. A testmozgásra, levegőn tartózkodásra mindenkinek szüksége van, a mozgásformák kivitelezésénél biztosítsuk az állapotnak megfelelő segítséget a mozgásképesség lehető legtovább való megőrzése érdekében.

A szokásos berendezési tárgyakon túl a következő eszközök szükségesek a napi működéshez: vizuál tábla, faliújságok, néhány tornaszer, kisebb-nagyobb méretű szivacs és gumilabdák, léggömbök. Kellenek még a finom motorika fejlesztésére szolgáló eszközök, anyagok, a festékektől a lekerékített hegyű ollóig, papíroktól a textíliáig. Hasznosak lehetnek a vizuális felismerést elősegítő tárgyak, a nem gyerekes memory-kártyák, a dobókockák is.



A tárgyi és személyi feltételek mellett rendkívül fontos, hogy jó hangulatban, meleg, elfogadó légkörben történjen a lakók aktivitásának a fenntartása a következő szempontok figyelembevételével:

- Állapotfelmérést követően készítsünk egyéni foglalkoztatási tervet, amely a gondozási terv része.
- Az emlékek felidézését kezdeményezhetjük a különböző tréning-módszerekkel, (tematikus folyosók, emlékmunka), valamint különféle gyógyító terápiák (Healing Arts Therapies: tánc, zene, képzőművészet) segítségével.
- Egyéni és csoportfoglalkozások keretében adjunk hangsúlyt az érzékszervi fejlesztésnek, elsősorban a tapintási, hallási, látási, valamint a helyzet- és mozgásérzékelés terén.
- Fordítsunk gondot a nagy és a finom motoros képességek gyakorlására.

### *Ápolás-gondozás*

Komplex tevékenység, amely az ellátást igénylő ember alapvető szükségleteihez igazodó segítségnyújtás. E segítségnyújtás mértékét, formáját, terjedelmét, gyakoriságát minden esetben a demencia súlyosságának foka határozza meg, vagyis az egyéni állapot és az ápolási szükségletek.

Az ápolás-gondozás a demenciával küzdők esetében sem leszűkíthető folyamat, ezért itt fokozottan kell érvényesíteni ennek a komplex tevékenységnek a WHO által javasolt meghatározását. A szükségletek kielégítésén túl előfordulhat, hogy fel kell készülni a demenciával küzdő idős ember egyéb betegségére, életkorfüggő vagy „kórfüggő” testi zavaraira és azok orvosi útmutatás alapján

történő kezelésére. A kórházi beutalást csak akkor kezdeményezzük, ha ez feltétlenül szükséges, és a beteg állapota ezt megkívánja.

### *Monitorozás – fázisos értékelés*

Az állapotváltozás mérésére a Globális Deteriorációs Skála – rövidítve GDS –felhasználásával 6 hónaponként, illetve szükség szerint kerüljön sor. Az intézményvezetőn túl a demens gondozási egység vezetőjének felelőssége, hogy a demens személy állapotának megfelelő ellátást kapjon a szociális szolgáltatások során, illetve, hogy állapotváltozása folyamatosan rögzítésre kerüljön, valamint a csoport/szolgálatvezetők felelőssége, hogy az ön- és közveszélyes magatartásformák kivédésre kerüljenek.

A demensellátás minőségének javítása érdekében fontos, hogy az intézményvezető vagy a demensgondozási egység vezetője az alkalmazott módszereket, azok hatását, eredményét leírja, közreadja annak érdekében, hogy az ellátás folyamatának jó gyakorlatai minél szélesebb körben hozzáférhetővé váljanak, és a minőségi ellátást serkentsék.