

Dr. Fábián Gergely

Interprofesszionális együttműködési lehetőségek a szociális ellátásban

A tevékenység célja

A világ lakossága, különösen a fejlett országok lakossága folyamatosan öregszi. Alapvetően kettős öregedésről beszélhetünk, egyrészt az egészségügyi és szociális szolgáltatások fejlődésének köszönhetően egyre hosszabb ideig élünk, másrészt az ismert demográfiai tendenciáknak (pl. a születések számának a csökkenése) köszönhetően folyamatosan nő az idősök populáción belüli aránya.

Az idősödő társadalmak egyik legnagyobb kihívása a demencia gyakoriságának növekedése. A betegség egyik legfőbb rizikófaktora a magas életkor. Az életkor növekedésével párhuzamosan a demencia előfordulása várhatóan robbanásszerű méreteket fog ölteni. A WHO (Egészségügyi Világszervezet) 2012-es jelentése szerint 2010-ben világszerte 35-40 millió demens beteg élt közöttünk. 2030-ra ez a szám várhatóan 66 millió, 2050-re 115-116 millió főre növekszik majd. Évente 7.7 millió új esetet regisztrálnak, ez pedig azt jelenti, hogy a világban négy másodpercenként diagnosztizálnak egy új, demens beteget.

Becslések szerint a demencia kezelésére 2010-ben 604 milliárd dollárt fordítottak világszerte. Meglepetésként hathat, hogy a költségek csak kis hányada a közvetlen orvosi-medikális kiadás, a fejlett országokban ennek aránya mindössze 15 %. A költségek döntő részét képezi a formális szociális ellátás (pl. bentlakásos intézmények), melynek aránya 45 százalék, illetve az informális gondozás (pl. családtagok gondozzák a demens beteget), ez az arány 40 százalék. A kevésbé fejlett országok esetében a formális gondozásra fordított kiadások aránya alacsonyabb, domináns költségként jelentkezik az informális gondozás, mivel esetükben a közösségi szolgáltatások (pl. alapellátás) jelenleg még nemcsak fejletlenek ebből a szempontból, hanem felkészületlenek pl. a demencia korai felismerésére, illetve kezelésére. A demensek számára kialakított szociális intézményi szolgáltatások hiányosak, alulfejlettek és alulfinanszírozottak.

A fentiekből következően a modern társadalmak jelentős közegészségügyi és szociális kihívás előtt állnak, amely megköveteli a hatékony együttműködést az egészségügyi és szociális szolgáltatások között, ideértve az alapellátást és a szakellátást, a közösségi és otthoni

szolgáltatásokat, az intézményi ellátást, illetve az egyes intézmények esetében a szakmaközi, vagyis az interprofesszionális együttműködést. A hazai alapellátás területén új lehetőségeket kínál erre az egészségügyi alapellátásról szóló jogszabály 2015-ös módosítása, hiszen az már tartalmazza a praxisközösségek és a csoportpraxis kialakításának lehetőségét, illetve külön rendelkezik az otthoni szakápolásról és az otthoni hospice ellátásról, elsősorban az intézményi ellátás tehermentesítése céljából. A jogszabály nem tartalmaz külön rendelkezést a demens betegek vonatkozásán, ugyanakkor megteremti azokat a keretfeltételeket, amelyek a közösségi ellátást fejleszthetik, illetve tehermentesíthetik a demens beteget gondozó családokat is.

A beavatkozás lehetőségei és feladatai

Mivel az informális gondozás még napjainkban is domináns, várható, hogy az első jelzések (véltetően a demencia korai stádiumában) az idős családtagjaitól, rokonaitól, esetleg tágabb környezetéből, a barátoktól, ismerősöktől, szomszédoktól érkeznek. Ideális esetben ezek a jelzések befutnak az alapellátás intézményeihez, munkatársaihoz, vagy az egészségügyi, vagy a szociális alapellátáshoz.

Ebben az esetben, a szakszerű beavatkozás érdekében családlátogatás szükséges, amelyet egy erre a feladatra is kiképzett szakembernek kell megtennie, hiszen többes feladatot kell megoldani:

- Fel kell mérni a kliens, illetve a család szükségleteit, az erősségeket és gyengeségeket, valamint a rendelkezésre álló forrásokat. Ez utóbbi alatt nemcsak a finansiális lehetőségeket kell érteni, hanem azt a természetes védőhálót (családtagok, rokonok, barátok, ismerősök, szomszédok) is, amely segítséget nyújthat az idős családtagnak.
- Fel kell mérni az idős fizikai, kognitív és mentális állapotát.¹
- Csak a kapott információk és adatok birtokában lehet eldönteni, milyen szolgáltatást, gondozást javaslunk.
- A felmérést végző szakembernek ismernie kell az elérhető szolgáltatásokat, intézményeket, lehetőségeket, azok jellemzőit, esetenként azok költségeit, mivel csak ez alapján tud az idős lehetőségeihez igazodó javaslatokat adni.

¹ Ehhez nyújtanak segítséget a módszertani ajánlás második felében bemutatott mérőeszközök, amelyek természetesen nem helyettesíthetik az orvosi diagnosztikát, ugyanakkor egyfajta elsődleges diagnosztikára alkalmasak.

- Teljes körű tájékoztatást kell adni mind a kliensnek, mind a családtagoknak a betegség jellemzőiről, lefolyásáról, a későbbi állapotromlásról, illetve az alap, a nappali és a bentlakásos rendszer nyújtotta lehetőségekről.
- Az elvégzett állapotfelmérés eredményei alapján elősegíteni, hogy mihamarabb megszülessen a szükséges szakorvosi diagnosztika, amelyre valamelyik hivatalos demencia centrumban kell sorra kerülnie.²

Magyarországon már több éve létezik egy jogszabályban is rögzített mérőeszköz, amelynek segítségével megállapítható a gondozási szükséglet (36/2007. XII. 22. SZMM rendelet a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól), ez azonban nem kifejezetten a demencia szűrésére készült teszt, és bár számos fontos információval szolgálhat, nem helyettesítheti a speciális mérőeszközöket. Az utóbbi években ráadásul számos kritika is érte a mérőeszközt, melynek lényege, hogy a felmérés túlságosan is szűkre szabott, leegyszerűsített és intézménycentrikus megközelítést képvisel, azaz az intézmény szolgáltatási kínálatához igazodik, és nem veszi figyelembe (nem méri) a kliens igényeit, szükségleteit, így már alpból nem alkalmas a személyközpontú gondoskodás megtervezésére.

Az első jelzés természetesen érkezhethet az alapellátásban dolgozó munkatársaktól is, pl. olyan idős emberek esetében, akik szociális étkeztetésben, vagy éppen a fent említett gondozási szükséglet felmérése után házi segítségnyújtásban részesülnek. Felmerül ugyanakkor a kérdés, mi a teendő, ha nincs ilyen jelzés, ugyanis vélhető, hogy nagy a latencia, azaz a fel nem ismert, be nem jelentett esetek száma, vagy azért, mert az idős egyedül él, vagy azért, mert családja bármilyen oknál fogva nem értesíti az alapellátás szereplőit.

Az adott településeken szükség lenne mobil szakértői csapatok létrehozására, akik rendszeres terepfelderítéssel keresnék meg az otthonaikban élő időseket. Ehhez nem feltétlenül szükséges újabb szakemberek alkalmazása, a team kialakítható a meglévő alap- és szakosított szolgáltatások (pl. családsegítő szolgálatok, házi segítségnyújtás, idősök nappali ellátása, bentlakásos intézmények, stb.) munkatársaiból is, akik (szükség esetén) egy rövid szakmai továbbképzés után teljesen alkalmasak lesznek a felderítő munka elvégzésére. (Egy tereptapasztalattal rendelkező, gyakorlott szociális szakember általában abban is tájékozott, mely településrészeket, milyen gyakorisággal szükséges felkeresni).

² A demencia centrumok listája megtalálható a <http://www.50plusz.hu/services/cimtar/Demencia-centrumok?id=111> címen is.

Mi segítheti az alapellátásban, illetve a mobil csapatokban dolgozók munkáját? Egyrésztől bővíteni kellene a demensek nappali ellátórendszerét. Bár sok településen működik már ilyen ellátás, általában az Idősek Klubja rendszerén belül, vagy egy-egy nagyobb intézményhez kapcsoltn, országosan kialakult hálózatról még nem beszélhetünk, pedig alapvető szerepet játszhatnának a gondozásban, illetve a korai felismerésben is. A betegség korai fázisában a kliens még nem veszíti el önállóságát, így segítése, gondozása megoldható az alapellátásban is.

Meggondolandó lenne egy demencia-telefonvonal kialakítása, akár a demencia centrumokhoz kapcsoltn, akár az alapellátásban működő intézmények (pl. Gondozási Központok) keretében, amely elsődleges segítséget, tájékoztatást, információt adhatna az érdeklődőknek. További beavatkozás szükséges a diagnosztika elkészülte után, ebben az esetben már gondozási feladatok meghatározásával. A demencia korai fázisában a kliens még otthonában tartható, a szociális szakembernek azonban esetenként kettős segítői feladatot kell megoldania, hiszen nemcsak a klienssel, hanem annak családtagjaival is foglalkoznia kell.

A demencia korai fázisában általában a következő tünetekkel kell számolnunk:

- feledékenység kialakulása, ideértve az éppen megtörténteket is,
- kommunikációs nehézségek, szótalálási zavarok,
- ismerős helyeken való kiigazodási zavar,
- időbeli orientáció zavara, ideértve a napot, a hónapot, évet, évszakot,
- döntéshozatali nehézségek, zavar a saját pénzügyek kezelésében,
- zavar a háztartásvezetéssel kapcsolatos feladatok ellátásában,
- hangulati és viselkedési zavarok: érdeklődés, motiváció elvesztése korábbi aktivitások, hobbitevékenységekkel kapcsolatban; hangulatváltozások, szorongás, esetleg depresszió jelei; szokatlan reakciók, pl. düh vagy agresszió megjelenése.

A segítő legfontosabb feladatai:

- érzelmi segítségnyújtás, érzelmi támogatás, szorongás, illetve depresszió esetén,
- emlékeztető személyekről, eseményekről, célokról, feladatokról, annak érdekében, hogy segítsük a személy függetlenségét, és közreműködését, részvételét a mindennapi aktivitásokban,
- segítségnyújtás az instrumentális aktivitások megőrzésében (pl. bevásárlás, pénzügyek intézése)

Amennyiben a demens segítésében az elsődleges szerepet a családtag vállalja, a szociális szakember legfontosabb feladata a „segítő segítése”, amely szintén széles skálán mozoghat, az információk átadásától a lelki segítésig, annak érdekében, hogy a családtag kezelni tudja a stresszes szituációkat, és megelőzze azok kifáradását, kiegészét.

Mindezek tükrében megfontolandó lenne egy olyan képzési program kidolgozása, amely a laikus segítőknél szól, tartalmazza a legszükségesebb egészségügyi, szociális és gondozási ismereteket, annak érdekében, hogy a családtagok felkészültebben végezhessék el feladataikat. Ez különösen olyan esetekben lehet szükséges, amikor súlyosbodnak a tünetek, de még nem szükséges intézeti elhelyezés, ugyanakkor a segítőnek egy több feladatot kell ellátnia.

A fentiekből következően a gondozási tevékenység központi alapelve, etikája nem lehet más, csak a személyközpontú gondoskodás. Ez nemcsak technika, illetve módszer, hanem egyben értékrend, szemlélet és etikai hozzáállás. Ebben a megközelítésben a személy nagyobb hangsúlyt kap, mint maga a betegség, a gondozás szemlélete alapvetően nem egészségügyi, hanem szociális.

Ez azt jelenti, hogy a segítő a demenciával küzdő embert személynek tekinti, aki személyiség, érzelmekkel rendelkezik, egyszeri és megismételhetetlen. A segítő pedig nem más, mint a demens kliens társa, másképp megfogalmazva a legjobb barátja. Ez egyértelműen egy pozitív szemlélet, amelynek már az első diagnózis során érvényesülnie kell, hiszen a szükséges felméréseket nemcsak azért végezzük el, hogy pontos képet kapjunk az idős fizikai, kognitív és pszichés állapotáról, hanem azért is, hogy láthassuk, hol vannak még erősségek, fejleszhető területek, vagyis arra figyelünk, ami még van, és nem arra, ami már hiányzik. A beavatkozás elsődleges célja is a megerősítés.

A fentiek alapján ugyanakkor az is egyértelmű, hogy a demens személy gondozásában interprofesszionális csapatokra van szükség, hiszen egyszerre kell különböző feladatokat ellátni. A hazai szociális szolgáltatásokban, a közvetlen kliens kapcsolatok esetében döntően az egyéni esetkezelés, a szociális munkában a problémamegoldó modellen alapuló egyedi munka a jellemző. Ez azt jelenti, hogy a demens személlyel több szakma képviselői is foglalkoznak párhuzamosan, „ki-ki teszi a dolgát” a szakmájának megfelelő standardok alapján, ez azonban korántsem jelent együttműködést. A segítő folyamatban résztvevők egyedi-szakmai kompetenciái ugyanis nem elegendőek olyan komplex esetek kezelésében,

mint a demens paciensek életminőségének (fizikai, kognitív, pszichés és szociális állapotának) biztosítása, ugyanakkor az interprofesszionalitás jelentésébe az sem tartozik bele, hogy minden szakmát megtanuljunk, nem lehetünk egyszerre orvosok, ápolók, szociális munkások vagy jogászok.

Az együttműködés lehetőségei

A demens emberek ellátásában egyszerre van szükség interszektorális és interprofesszionális együttműködésre. Az első esetben az egészségügyi és a szociális szektor intézményeinek, szolgáltatásainak kooperációjáról, a második esetben a különböző szakmák együttműködéséről van szó.

A személyközpontú gondoskodás alapelvéből kiindulva az interszektorális együttműködés kidolgozója, elindítója, megszervezője az a szociális intézmény, amely a demens személlyel leghamarabb kapcsolatba kerül, illetve amely az elsődleges gondozási feladatokat ellátja. Az alapellátás területén hazánkban ilyen intézmények a gondozási központok (szociális gondozási központok), hiszen ezek az intézmények biztosítják azokat a szolgáltatásokat (pl. házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, időskorúak nappali ellátása, stb.), amelyek a leghamarabb kerülhetnek kapcsolatba a demens időssel. Az interszektorális együttműködés szereplői lehetnek még további szociális szolgáltatók, így a családsegítő szolgálatok, civil szervezetek, egyházi karitatív szervezetek, az egészségügyi alapellátás területén a háziorvosi praxisok, illetve a szakellátás intézményei, pl. a már említett demencia centrumok, vagy éppen az otthoni szakápolási szolgáltatók.

Az interszektorális együttműködés kialakítása természetesen- idő és energiaigényes, ugyanakkor csak ez képes biztosítani az interprofesszionális együttműködés szervezeti kereteit, szervezeti alapjait. A szakmaközi együttműködés gátja hazánkban az, hogy a szakemberek intézményi keretek között dolgoznak, az ottani működési keretek, struktúrák, hierarchiák, formális szabályok, adminisztráció, informális szokások, hagyományok, innovációk, szellemiség és menedzsment, mind befolyásoló tényezői az együttműködéseknek. Mivel Magyarországon a medikális szemlélet még mindig igen erőteljes (ami ráadásul gátja is a személyközpontú gondoskodás kialakításának), ezért érdemes áttekinteni az interprofesszionális együttműködés legalapvetőbb feltételeit, amelyek nélkül nehezen képzelhető el a szakmaközi munka sikeres megvalósítása, kiindulópontként természetesen arra alapozva, hogy minden szereplő alaposan ismeri a saját szakmáját.

- A résztvevőknek meg kell érteniük a szolgáltatás átfogó jellegét, azaz tisztában kell lenniük azzal, hogy az együttműködés során nincs egyetlen olyan szakma sem, amelyik önmagában képes lenne megfelelő segítséget adni a problémák megoldásához.
- Minden szakma képviselőjének le kell mondania bizonyos mértékig saját szakmai kompetenciáiról, szerepeiről, hatalmi, felelősségi határaitól és el kell ismernie más szakmák értékeit és teljesítményét.
- Az együttműködés fontos feltétele a motiváltság és a team-munka eredményein alapuló sikerélmény.
- Igen lényeges a hatalom hierarchiáktól mentes elosztása, olyan mértékig, hogy a csapatmunkában résztvevők ne érezzék, hogy majd a másik elvégzi helyette a munkát.
- Fontos, hogy az interprofesszionális együttműködést az adott szervezet, intézmény vezetése is támogassa és elkötelezze magát mellette.

Bár a modell az együttműködőket egyenrangú félként definiálja, ez nem jelenti azt, hogy a csapatnak ne legyen vezetője, egy esetmenedzser (esetgazda), aki összerendezi a terveket, feladatokat, ellenőrzi azok megvalósítását. Ez a személy a demens betegeket ellátó intézményekben lehet pl. a részlegvezető ápoló, gondozó, vagy a mentálhigiénés munkatárs, az otthonában gondozott paciens esetében a területi gondozó. A csapat vezetőjének élveznie kell a munkatársak bizalmát, azaz feladatainak ellátásához mindenképpen felhatalmazással kell rendelkeznie.

A demensellátásban a szakmaközi együttműködés szereplői lehetnek a szakorvosok, ápolók, gyógytornászok, dietetikusok, szociális munkások, kórházi szociális munkások, pszichológusok, a középpontban azonban minden esetben a gondozott érdekei állnak. Ennek érdekében természetes közreműködője a csapatnak a demens családja, hozzátartozója is.

Őket is figyelembe véve a csapatépítés egyik fontos feladata a hatékony kommunikáció kiépítése, amelyre napjainkban már számos lehetőség áll rendelkezésre. Az Internet és a mobilkommunikáció igen gyors fejlődése és elterjedése már napjainkban is biztosítja azt, hogy a csapat tagjai telefonos, videotelefonos megbeszéléseket, konferenciákat, esetkonferenciát tartsanak, illetve ezen eszközök segítségével a gondozottal és/vagy a családtagokkal is kapcsolatot tartsanak, akár tanácsadás formájában is.

Az Interneten már magyar nyelven is elérhetőek olyan oldalak, amelyeken számos információ található a demenciával, annak felismerésével, jellegzetességeivel kapcsolatban.³ Sajnálatos módon ugyanakkor még hiányoznak azok a mobil eszközökre fejlesztett applikációk, amelyek elsődleges információs források lennének, azaz tartalmaznának olyan egyszerűbb kérdéssorokat, amelyek segítik a korai felismerést, „válaszolnak olyan kérdésekre”, mint milyen tünetekre kell odafigyelni, hová fordulhatok, mikor, milyen segítséget kaphatok, ki és miben tud támogatást nyújtani, stb. Mivel ilyen applikációk idegen nyelven már léteznek, a minta adott. Szükségszerű lenne egy magyar nyelven és lehetőleg ingyenesen elérhető applikáció megvalósítására.

A támogató technológiák területén olyan fejlesztésekre is szükség lenne, amelyek biztosítják a demenciában szenvedők autonómiáját (E-gondozás), pl. olyan szenzoros jelzőrendszerek kidolgozásával, amelyek riasztást adnak elkóborlás esetén, jeleznek, ha az idős egy meghatározott idő után nem kapcsolta ki a tűzhelyet, gáztűzhelyet, vagy éppen nem vette be időben a gyógyszereit, akár úgyis, hogy üzenetet (SMS, e-mail) küld az elsődleges gondozónak. A technológiai fejlődés természetesen számos egyéb lehetőséget is kínál majd ezen a területen. A rendszer kialakításánál mintaként szolgálhat a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás.⁴

Az eszközök természetesen csak a kommunikáció technikai feltételeit biztosítják, az információáramlásról a résztvevőknek kell gondoskodniuk. Ehhez viszont szükség van olyan kompetenciák elsajátítására, amelyek az interprofesszionális kommunikáció jellemzői.

A kommunikáció a nyitottság, a stílus, az érzelmek és gondolatok kifejezése. A csapathoz kapcsolódó kommunikáció kiaknázza azokat a lehetőségeket, amelyek befolyásolják a csapat felépítését, működését és a csapaton belüli kölcsönhatásokat.

Ennek alapján az interprofesszionális kommunikáció jellemzői a következők:

1. Annak elsajátítása, hogy a közös munka, a kommunikáció, és az olyan, érzelmileg nehéz információk közlése a paciensekkel és a családtagokkal, mint pl. az elmúlás, nyitottságot, megértést kíván, és megköveteli azon képességeket, amelyek segítségével tiszteletteljesen és érzékenyen lehet üzeneteket átadni.

³ Ilyen oldal többek között a demencia.lap.hu illetve a webbeteg egyes oldalai.

⁴ A ma Magyarországon elérhető, ingyenes és magyar nyelvű, mobil eszközökön is használható, könnyen elsajátítható programok listáját tartalmazza a <http://szoftverhotel.hu/programok/kommunikacio> oldal.

2. Ki kell választani azokat a hatékony kommunikációs eszközöket és technikákat, beleértve az információs rendszereket és kommunikációs technológiákat, amelyek segítik a viták megoldását és megkönnyítik az együttműködést.
3. Az információk rendszerezése, és azok érthető közlése a paciensek, a családok és a csapat felé. Fontos, hogy kerüljük a fegyelmesséssel kapcsolatos kifejezéseket.
4. Az ellátásban résztvevő csapattagok számára az ismereteket és véleményt mindig világosan, magabiztosan és tisztelettel kell kifejezni. Arra kell törekedni, hogy a csapattagok megértsék a kezeléssel és a gondozással kapcsolatos döntéseket.
5. Mindig figyelmesen meg kell hallgatni másokat, és bátorítani kell a csapattagokat, hogy elmondják ötleteiket és véleményüket.
6. A megfelelő időben érzékeny és építő jellegű visszajelzést kell adni másoknak a csapatbeli teljesítményükről.
7. Tisztelettel kell reagálni a másoktól jövő visszajelzésekre.
8. A beszéd módnak meg kell felelnie az adott szituációnak, az esetlegesen nehéz helyzeteknek, a fontos beszélgetéseknek vagy a szakmaközi konfliktusoknak.
9. Fel kell ismerni, hogy az egyén tapasztalata szakértelme, kultúrája, hatalma és a csapat hierarchiájában betöltött helye által hogyan járul hozzá a hatékony kommunikációhoz, a konfliktuskezeléshez és a pozitív interperszonális munkakapcsolathoz.
10. Következésképpen hangsúlyozni kell a csapatmunka fontosságát a személyközpontú gondozásban.

A sikeres szakmaközi együttműködés lényege egy fokozatos szemléletváltás kialakulása (kialakítása). A csapatépítés folyamatában új és eltérő perspektívák jelennek meg, illetve kialakul egy újfajta, de rendszerszemléletű gondolkodás. A folyamat végén új szakmai szabályok alakulnak ki, új értékek definiálódnak.

Másképp megfogalmazva az interprofesszionalitás akkor „születik meg”, amikor nemcsak a saját szakmai ismeret és tudás további perspektíváit ismerjük fel, hanem azt is, hogy más hivatások képviselői más kiindulópontból látják a problémákat, azaz mást látnak. Ebből adódóan először csak kíváncsiak leszünk arra, mit tud a másik, majd megpróbáljuk megérteni a más tudást.

A megismerés ebben a folyamatban kizárólag kommunikáció útján realizálható. A szakmaiság és az interprofesszionalitás közötti átmenetben perspektíaváltás, másképp szemléletváltás következik be, melyben egyre fontosabbá válik a partner és nézőpontjának megértése és elsajátítása. A helyzet nagyon emlékeztet a bábeli hangzavarra, hiszen egy többnyelvű környezetben kell megtalálni a közös nyelvet, a közös perspektívát, gondolkodásmódot és cselekvési stratégiákat.

Az interprofesszionális gyakorlat csak a csapattagok által közösen kialakított etika és értékek alapján lehet sikeres. Ennek lényeges eleme, hogy bizalmi kapcsolatot alakítsunk ki a csapat tagjaival, oly módon, hogy közben tiszteletben tartjuk más szakmák egyedi értékeit, kultúráját is, azaz a kölcsönös tisztelet alapján kell együtt dolgozni más szakmák képviselőivel. A team munka a résztvevők szerepeinek és képességeinek kölcsönös elismerését követeli meg. E nélkül az elismerés nélkül látszólag jelentéktelen hibákból kedvezőtlen következmények adódhatnak, amelyek meggátolhatják a hatékony csapatmunkát.

Ez alapján jól érzékelhető, hogy a csapatmunkában is pontosan meg kell határozni a szerepeket és a felelősségi hatásköröket.

Más szakmák tagjainak bevonása nemcsak azért szükséges, mert különböző szakmai feladatokat kell megoldani, hanem azért is, mert hozzáférhetővé tehetnek más forrásokat is annak érdekében, hogy a team a konkrét beteg ellátásának igényeit kielégítő stratégiákat dolgozzon ki. A csapat vezetőjének természetesen tisztában kell lennie azzal is, hogy a rendelkezésre álló szakemberek milyen ismeretekkel, készségekkel, képességekkel rendelkeznek, hiszen a gondozási folyamat csak ennek tükrében tervezhető meg pontosan, illetve csak így definiálható, hogy kinek mi a feladata és felelőssége. Ennek érdekében tisztában kell lennünk saját tudásunk, képességeink és készségeink korlátaival is.

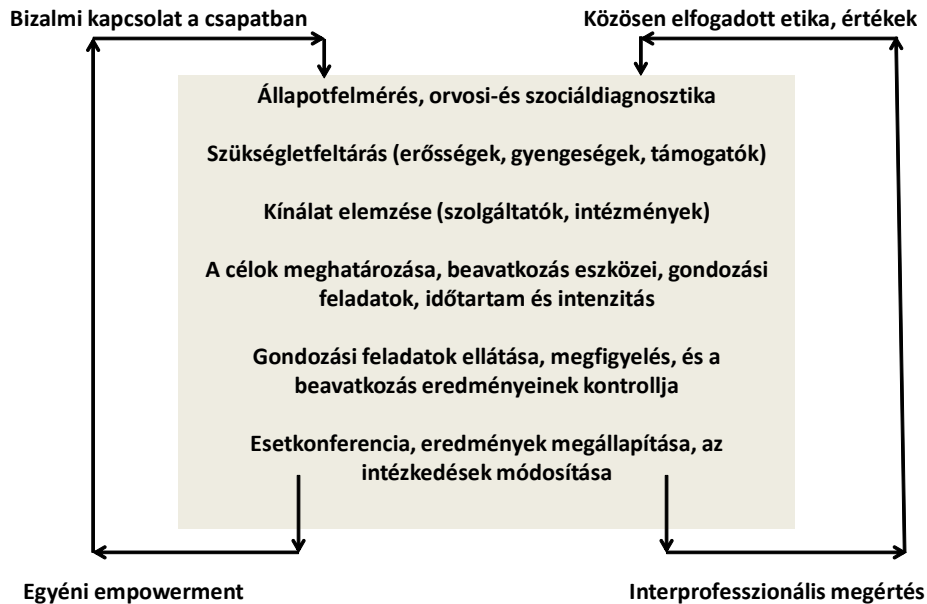
A feladatok, szerepek és felelősségek körét nemcsak a team tagjaival kell tisztázni, arról tájékoztatást kell adni a gondozottnak és a családnak is, szükség esetén kifelé is, más intézmények, szolgáltatók felé.

A team-munkában történő gyakorlatra természetesen fel kell készíteni a csapat tagjait. Ehhez meg kell tervezni a csoport kialakításának és fejlesztésének folyamatát, illetve magát a gyakorlatot. Kiindulópontként arra kell törekedni, hogy a specifikus feladatok megoldásához minden olyan szakember bevonásra kerüljön, aki a személyközpontú problémamegoldáshoz hozzájárulhat. A bevonandók körének meghatározásához alapvető segítséget nyújtanak a különböző diagnosztikai eredmények.

A csapatmunka folyamatában a tagoknak arra kell törekedniük, hogy konszenzus alakuljon ki az etikai alapelvekről, mert ezek irányítják majd a gondozás és a team-munka minden aspektusát. Ez azért is szükséges, mert csak közös fellépéssel lehet konstruktívan kezelni a gondozási folyamat során felmerülő különböző vitákat, amelyek kialakulhatnak a csapat tagjai között, de megjelenhetnek a gondozottak, illetve a családtagok között is. A csoport vezetőjének ezért olyan vezetési gyakorlatot kell kialakítania, amely támogatja az együttműködésen alapuló technikákat és a csapathatékonyt. Egy igazi csapat ugyanis nem bírja el a magas fluktuációt, azaz a tagok gyakori cseréjét. Mindenképpen szükség van egy stabil magra, hiszen a demenciában szenvedők esetében hosszabb távú együttműködési stratégiákat kell kialakítani.

Ehhez folyamatos kommunikációra, interakciókra van szükség a csapat tagjai között. Ennek egyik, ma már több területen bevált gyakorlata az esetkonferencia (függetlenül attól, hogy ez milyen módon valósul meg, személyes találkozók formájában, vagy a modern kommunikációs eszközök használatával), amelynek keretében minden nyitott, vagy vitatott kérdés, probléma tisztázható.

Összességében érdemes áttekinteni az interprofesszionális együttműködés jellemzőit és feladatait áttekintő modellt:



A tevékenység célcsoportja és diagnosztikai lehetőségek

Módszertani ajánlásunk második része elsődlegesen a demencia korai felismerésére, illetve komplex szociáldiagnosztikájára helyezi a hangsúlyt. Ezek a módszerek még nem terjedtek el széleskörűen hazánkban, részben azért, mert az egészségügyi és szociális szakemberek nem, vagy alig ismerik a vonatkozó diagnosztikai eljárásokat, járatlanok azok módszertanában, részben pedig azért, mert a demencia diagnosztizálása és a demens betegek ellátása hazánkban még mindig erőteljesen medikalizált, azaz az orvostudomány számára fenntartott terület. Természetesen azt nem állítjuk, hogy a később részletesen is bemutatott diagnosztikai eljárások helyettesíthetik az orvosi diagnosztikát, ugyanakkor kiegészítik azt, azzal az eredménnyel, hogy komplexebb képet kaphatunk a kliens állapotáról, illetve szociális körülményeiről.

Miért fontos a korai felismerés?

1. A társadalom számára a korai diagnosztika és az az alapján megtervezett gondozási-ápolási folyamat javítja a demens betegek életminőségét, jelentős kiadáscsökkentés érhető el, a tapasztalatok alapján pedig tervezhetővé válnak a preventív programok is.

2. A demens személy és hozzátartozói egyértelmű és világos információkkal rendelkeznek nemcsak a beteg állapotáról, hanem mindazokról a feladatokról, amelyek a diagnosztikát követik. Fontos, hogy a beteggel és családtagjaival közös célokat tűzzünk ki, közös feladatokat definiáljunk, természetesen olyan mértékig, ameddig terhelhetőek. Ezáltal tehermentesíthetjük a családokat, ugyanakkor azt is érezni fogják, hogy nem kívülállóként figyelik a folyamatokat, hanem aktív részesei lesznek azoknak. A cél természetesen mindig az, hogy a kliens életminőségét minél magasabb szinten őrizzük meg.
3. A demens személyeket gondozó, ápoló szakemberek számára a diagnosztikai módszerek megismerése és rendszeres alkalmazása számos előnnyel jár. Egyrészt bővülnek szakmai ismereteik, amely egyértelműen a szakmai professzionalizáció fejlődését eredményezi. Másrészt a pontos és részletes állapotfelmérés precízebbé teszi a gondozási feladatokat, illetve azok tervezését, minden csoporttagnak (ápoló, szociális munkás, pszichológus, dietetikus, gyógytornász, stb.) önálló feladatokat definiálva. Mivel az ápolási-gondozási tervek a kapott eredmények alapján prioritásokat fogalmazznak meg, ezek mentén könnyebb kialakítani az interprofesszionális együttműködés kereteit is. Ez egyben azt is jelenti, hogy a kliens érdekében együttműködő szakemberek előbb-utóbb egy „közös nyelvet” fognak használni, amelybe beleértendőek a vonatkozó szakkifejezések is, ez pedig megkönnyíti a szociális szakemberek elfogadását egy medikális környezetben. Ez különösen abból a szempontból fontos, hogy mivel a személyközpontú gondozás alapelvei inkább szociálisak, mint egészségügyiiek, az ideális helyzetet az jelentené, ha szociális szakember lenne a csapat vezetője. A diagnosztikai feladatok egy részének elvégzése megkönnyíti a szakorvos munkáját is, hiszen több idő, energia marad saját feladataira, illetve komplexebb képet kap a beteg állapotáról is. Mindezek mellett az ápolási-gondozási tervek kidolgozásának menete is felgyorsulhat.

A diagnosztikai tevékenység leírása és eszközei

Amennyiben egy adott intézményben (vagy a közösségi ellátás területén) rendelkezésre áll a megfelelő szakképzettséggel és gyakorlattal rendelkező humán erőforrás (szakorvos, pszichológus, ápoló, szociális munkás, dietetikus, gyógytornász, stb.) a komplex diagnosztika lehetősége adott, sok esetben azonban nem ez a helyzet, így a rendelkezésre álló szakemberek

feladata lesz a komplex állapotfelmérés elvégzése. Az alábbiakban olyan mérőeszközök bemutatására kerül sor, amelyek alkalmazhatók klinikai, intézeti környezetben, de alkalmasak az otthonukban élő idősök vizsgálatára is, függetlenül attól, hogy a leírásban példaként az intézeti elhelyezést követtük. Napjainkban már minden felmérésre javasolt területen rendelkezünk számos mérőeszkővel, így a bemutatottak ajánlasként értelmezhetőek.

Elsőként az intézménybe való bekerüléskor van szükség állapotfelmérésre, hogy minél komplexebb képet kapjunk az idős fizikai, mentális, kognitív és szociális állapotáról, megkönnyítve ezzel a gondozási terv kidolgozását. Előzetes információkat is gyűjthetünk, amelynek során elsődleges partner lehet a család, illetve az egészségügyi szolgáltatók részéről a kórházi (vagy más megnevezéssel egészségügyi⁵) szociális munkás, aki már előzetesen számos információval szolgálhat a kliens állapotáról, a bekerülés okairól, a családi háttérrel, illetve minden olyan körülményről, amely fontos lehet a további gondozási feladatok szempontjából. Fontos információkat adhatnak azok a felmérések, amelyeket a kórházi szociális munkások készítenek a kliens állapotáról.

Fel kell hívni a figyelmet arra is, hogy az itt ismertetett tesztek esetében szinte mindegyiknél fel kell jegyezni a kliens nevét, a felmérés dátumát, a felmérés helyszínét, illetve a válaszadó személyére vonatkozó egyéb jellemzőket is. Azt is ki kell emelni, hogy a legtöbb tesztet többször is fel kell venni az adott időssel, hogy az állapot változása, esetleges romlása követhető legyen, azaz ebben az esetben is igaz, hogy egy mérés nem mérés. A tesztek eredményeihez pedig hozzá kell igazítani az adott személyre vonatkozó gondozási tervet, emiatt is szükséges a név és az egyéb személyes adatok felvétele (ezeket az egyes teszteknél azonban külön nem jelöltük). Állapotváltozás (romlás) esetében a gondozási terv módosítása is csapatmunkát igényel, hiszen módosulnak a feladatok. Egyes esetekben több tesztet is bemutatunk ugyanabban a témakörben, elsődlegesen azért, mert nincs általános megegyezés abban, melyik alkalmazható a legsikeresebben.

Elsőként az idősök fizikai aktivitására és önellátó képességére vonatkozó állapotfelmérő eszközöket ismertetünk. Az idősök aktivitási készségének, funkcionális függetlenségének, fizikai aktivitásának, illetve mozgáskészségének felmérésére számos vizsgálati eszköz áll rendelkezésre. A tesztek zömét elsősorban klinikai használatra dolgozták ki a szerzők,

⁵ Az egészségügyi szociális munkás kifejezést azért is használjuk, mert a Debreceni Egyetem Egészségügyi Karán, illetve a Pécsi Tudományegyetemen Egészségügyi Szociális Munka elnevezéssel létezik mesterképzés 2008 óta, amely erre a területre és az idősgondozásra készíti fel a hallgatókat. A területen dolgozó szakembereknek országos szervezete is létezik már Egészségügyben Dolgozó Szociális Munkások Országos Egyesülete névvel (www.eudszm.hu).

ugyanakkor eredményesen alkalmazhatók az otthonukban élő idősök esetében is. A tesztek így annak felmérésére alkalmasak, hogy mennyire károsodott az idős funkcionális aktivitása, önellátási képessége, mennyire szükséges az intézeti elhelyezés. Többszöri adatfelvétellel a fizikai aktivitás változása is követhető, az egyes gondozóhelyek is összehasonlíthatóak, és megtervezhető a beteg vezetése, a rehabilitáció, illetve ezek hatásai is követhetők. Fontos kiemelni, hogy a különböző mérőeszközök különböző funkciók megítélésére valók, így az egyes skálák, tesztek kombinált használata javasolt. Abban a kérdésben, hogy melyik teszt a legmegfelelőbb az egyes funkciók felmérésére, ma még nincs nemzetközi megegyezés.

Barthel-index

A Barthel-index alapvetően klinikai használatra készült, a tartós intézményi kezelést igénylő betegek vizsgálatára, a fizikai aktivitás változásának követésére, illetve arra vonatkozóan, hogy a kórházi kezelést követően a beteg otthonába bocsátható-e, vagy szükséges valamilyen intézeti elhelyezés. Az index az aktivitás 10 területét vizsgálja, úgymint étkezés, közlekedés, tisztálkodás, WC használat, fürdés, mozgásképesség, lépcsőn járás, öltözködés, széklet és vizelet kontinencia, illetve inkontinencia. Az alábbiakban a Magyarországon is használatos, eredeti 10 területet vizsgáló változatot mutatjuk be.

A vizsgálatot vezetőnek minden egyes aktivitás esetében pontoznia kell az idős önellátó képességét, általában 0, 5 és 10 pont megállapításával, ahol a 0 minden esetben az önellátás teljes hiányát jelenti, a 10 (egy esetben a 15) pont pedig a teljes függetlenséget. A teszten összesen 100 pont érhető el. Minél magasabb az elért pontszám, annál függetlenebb az idős ember. Arra vonatkozóan, hogy az elért összpontszám pontosan hogyan értelmezhető, milyen övezetekre bontható, nincs nemzetközi megegyezés, az alábbiakban egy lehetséges értelmezést közlünk a teszt végén. Ugyanakkor arra is fel kell hívni a figyelmet, hogy még egy relatíve magas összpontszám esetében is igényelhet az idős valamilyen segítséget néhány aktivitás esetében, így minden vizsgálat után külön is elemezni kell az egyes funkciók esetében kapott értékeket, annak érdekében, hogy minél adekvátábban tervezzük meg az idős segítségét. A mérés könnyű és gyorsan használható, ugyanakkor kiemelendő, hogy alapvetően megfigyelésen és az időssel történő megbeszélésen alapszik.

<u>Aktivitás</u>	<u>Pontszám</u>
1.Étkezés	
Képtelen önállóan étkezni	0
Segítségre szorul az ételek felvágásánál, a vaj felkenésénél stb., vagy módosított diétát igényel	5
Önellátó	10
2.Közlekedés (az ágyból a székbe és vissza)	
Képtelen, nem tud megülni	0
Sok segítséget igényel (egy vagy két ember fizikai segítségével), ülni tud	5
Kisebb segítséget igényel (szóbelit vagy fizikait)	10
Független	15
3. Tisztálkodás	
Az önellátásnál segítségre szorul	0
Önellátó az arc,-haj,-fogápolásnál, borotválkozásnál (segédeszközök rendelkezésre állnak)	5
4. WC használat	
Másra van utalva	0
Segítséget igényel, de van, amit önállóan el tud végezni	5
Önálló (ki tud menni, ruháját le tudja venni, meg tud törölközni)	10
5. Fürdés	
Másra van utalva	0
Önellátó (vagy zuhanyozik)	5
6. Mozgáskéesség az adott emeleten	
Immobilis vagy ≤ 50 méter	0
Kerekesszékben független, a sarkokon is, ≤ 50 méter	5
Egy ember (szóbeli vagy fizikai) segítségével jár, ≤ 50 méter	10
Önállóan megy 50 métert, bármilyen segédeszközt (pl. botot) tud használni	15
7. Lépcsőn járás	
Nem tud felmenni, lemenni	0

Segítségre szorul (szóbeli, fizikai vagy szállítóeszköz) 5

Független 10

8. Öltözködés

Dependens 0

Segítségre szorul, de félig boldogul 5

Független (gombok, zipzár, fűző, stb.) 10

9. Széklet

Inkontinens (vagy beöntésekre szorul) 0

Esetenként inkontinens 5

Kontinens 10

10. Vizelet

Inkontinens vagy katéterezésre szorul, és képtelen ezt egyedül megoldani 0

Esetenként inkontinens 5

Kontinens 10

Maximum: 100 pont

Pontszám	Önellátó képesség foka
80-100	Önállóság a mindennapi élet területén
60-79	Minimális személyes segítség szükséges
40-59	Részleges függőség
20-39	Nagyfokú függőség
0-19	Teljes függőség

Katz-ADL index

Az index az idősek és krónikus betegségben szenvedők fizikai önellátó képességét méri, alapvetően 6 dimenzióban: fürdés, öltözködés, WC használat, közlekedés, széklet és vizelet visszatartás, valamint étkezés. Sokban hasonlít természetesen a Barthel-indexhez, pontozása, értékelése azonban módszertanilag eltérő. A vizsgálatot vezetőnek minden esetben három kategóriába kell besorolnia az aktivitási készséget. Ezek pontosan definiáltak a tesztben. A

kapott eredmények alapján a betegeket alapvetően 7 csoportba lehet besorolni, amelyek már arra is választ adnak, milyen segítséget igényel a paciens. Az index használata klinikai és intézeti alkalmazásra ajánlott. A teszt felvétele szintén megfigyelésen és beszélgetésen alapul.

Fürdés	Nem szorul segítségre (amennyiben rendszeresen kádban fürdik, ki-és be tud szállni)	Csak az egyik testrész mosdatásánál szorul segítségre (pl. hát, láb)	Több testrész mosdatásánál segítségre szorul (vagy nem fürdik)
Öltözködés	Segítség nélkül teljesen felöltözködik	Segítség nélkül teljesen felöltözködik, csak a cipőfűzőt nem tudja megkötni	Öltözködésnél segítségre szorul, illetve részben vagy teljesen csupaszon marad
WC használat	Segítség nélkül kimegy a WC-re, megtisztálkodik, elrendezi a ruhákat (használhat járókeretet vagy kerekesszéket, használhat ágytálat vagy szoba-WC-t, melyet reggel kiürít)	Segítségre szorul a WC-re való kimenetelnél, a törölközésnél vagy a WC használat utáni költözködésnél, az ágytál vagy szoba-WC használatánál	Nem megy ki a WC-re
Közlekedés	Székből, ágyból segítség nélkül felkel (használhat segédeszközt, pl. járókeretet)	Segítséggel kel fel az ágyból vagy a székből, illetve ül vagy fekszik le	Nem kel ki az ágyból
Széklet és vizelet visszatartás	Teljesen kontrollálja a funkciót	Esetenként „baleset” van	Ellenőrzés segítségével a széklet és a vizelet rendben van; katéteres vagy inkontinens

A betegek osztályozása funkcionális képességük szerint, illetve hogy mennyire igényelnek segítséget:

- A – mind a hat funkcióban independens
- B – egy kivétellel minden funkcióban independens
- C – önálló, a fürdés és még egy funkció kivételével

D – önellátó a fürdés, az öltözködés és még egy funkció kivételével

E – önellátó a fürdés, öltözködés, WC használat és még egy funkció kivételével

F – önellátó a fürdés, öltözködés, WC használat, közlekedés és még egy funkció kivételével

G – mind a hat funkciót illetően dependens

Egyéb – ha a beteg egyik csoportba sem besorolható

Az idősödés egyik legfontosabb és legtöbb problémát okozó változása a mozgásképeség, a mobilitás hanyatlása, az elesés valószínűségének megnövekedése. A mozgás korlátozottsága súlyosan kihathat az idősök érzelmi állapotára és a mentális funkciókra is. A hanyatló mozgásképeség miatt az emberi kapcsolatok a ritkább találkozások miatt elszegényednek, fokozatos izolálódás alakul ki. Az izomműködés csökkenése az önellátás romlásának irányába hat, a személyi higiéné és az általános egészségi állapot is romlik. Az immobilitás, az ingerszegénység a szellemi funkciók hanyatlásához vezet, ezért igen fontos annak felmérése, milyen kockázatokkal számolhatunk a mobilitás megváltozásával.

TUG-Teszt

A TUG, vagyis a Timed Up and Go – Időzített felállási és járási teszt, az idős ember mobilitását méri, ideértve a statikus és dinamikus egyensúly megfigyelését is. A teszt kivitelezése igen egyszerű, klinikai környezetben illetve az idős otthonában is könnyen elvégezhető, rövid, értékelése pedig egyértelmű. A kivitelezéshez szükség van egy stopperóra, mivel az idős által elvégzendő feladat értékelése is a mért idő alapján történik. A kapott értékeket 3 kategóriába is besorolhatjuk, de lehetőség van az egyes korosztályokban mért normál referenciaértékekkel is összevetni. A teszt arra is alkalmas, hogy megbecsüljük az idős ember elesésének rizikóját. A gyakorlatban az elvégzendő feladatot kétszer ismételtetik meg a pacienssel és az így kapott értékek átlagát veszik figyelembe.

A teszt a beteg mobilitását méri föl. Ezen belül a betegnek több olyan feladatot kell végrehajtania, amiknek az önálló végzése fontos a mobilitáshoz: ülésből felállás, elindulás, járás, fordulás, megállás, leülés.

A teszt végzéséhez szükséges:

Stopperóra

Karfával rendelkező karosszék

A széktől 3 m-re egy fordulópont kijelölése

A beteg által használt segédeszköz kéznél legyen

A teszt kivitele:

A beteg a karosszékbe helyet foglal, segédeszköze kéznél legyen, járáshoz használt biztonságos lábbeliben legyen

Kezei a karfán nyugalomban legyenek

A betegnek el kell mondani, hogy:

Az indulás szóra álljon fel, induljon el, a 3 m-re levő jel után forduljon meg, jöjjön vissza a székhez és üljön le, segédeszközt tegye le, kezeit tegye a karfára

Az időmérés az indulás szóra indul, és akkor fejeződik be, amikor kezei újra a karfán vannak.

Közlekedjen lehetőleg minél gyorsabban, de biztonságosan.

(Gyakorlási lehetőséget lehet biztosítani a betegnek, mielőtt a mérést megkezdzenék)

Értékelés:

11-20 mp: enyhe mobilitási probléma

21-30 mp: mérsékelt mobilitási probléma

30 mp fölött: súlyos mobilitási probléma

Elesés kockázata:

Magas: ≥ 13.5 másodperc

Közepes/Enyhe: ≤ 13.5 másodperc

Normál referenciaértékek korcsoportonként:

60-69 éves: 8.1 mp

70-79 éves: 9.2 mp

80-99 éves: 11.3 mp

Ülésből felállás ötször teszt

Az Ülésből felállás ötször, azaz az FTSTS (Five Time Sit To Stand) teszt egy egyszerűen és gyorsan kivitelezhető vizsgálat, bárhol alkalmazható. A vizsgálat során alapvetően a végrehajtás idejét mérjük és pontozzuk. Önálló pontozási skála nem áll rendelkezésre, a kapott eredményeket az adott korosztályok normál referenciaértékeihez kell viszonyítanunk.

Ültesse le a páciens egy átlagmagasságú háttámlás székre (43-37 cm), a lábai kényelmesen legyenek és kérje meg, hogy a karjait tegye keresztbe a mellkasa előtt végig, míg a tesztet végzi.

Utasítás:

- „Álljon fel és üljön le ötször olyan gyorsan és olyan biztonságosan, ahogy csak tud, mikor azt hallja, hogy „MOST”.
- Tájékoztassa a páciens, hogy teljesen fel kell állnia az ismétlések között.
- Az időmérés a „MOST” –től kezdődik, és addig tart, míg a páciens be nem fejezi az ötödik felállást.

Eszközök

- átlagmagasságú szék
- stopperóra másodpercmutatókkal

Normál értéktartományok:

- 60-69 évesek 11.4 mp
- 70-79 évesek 12.6 mp
- 80-89 évesek 14.8 mp

Időseknél nagy a veszélye, hogy táplálkozásuk elégtelen, nem megfelelő, sem mennyiségben, sem az összetevőkben, vagy éppen nem igazodik az idősödéssel járó aktivitás-beszűküléshez, az önállóság és az öntevékenység csökkenéséhez, a többféle gyógyszerekkel végzett kezeléshez és az étvágycsökkenéshez, melynek gyakorta következménye a kalória- és szükséges tápanyag-beviteli elégtelenség.

Mini Nutritional Assessment

Az MNA alkalmas a saját otthonában, vagy intézetben élő, illetve kórházban tartózkodó idősök alultápláltságának felmérésére. Az MNA egy táplálkozási és antropometriai felmérést tartalmaz, továbbá a páciens szubjektív véleményét az egészségi helyzetéről, valamint egy átfogó állapot felmérést, melynek része az önellátás képességének felmérése, információ a gyógyszerfogyasztásról, pszichés stressz, acut betegség jelenléte, információ az esetleges demenciáról, és a bőr állapotáról. Egyszerű, könnyű dokumentálni, non-invazív, páciens barát, nem drága, érzékenyen és megbízhatóan jelzi az alultápláltság tényét, valamint képes korán kiszűrni a veszélyeztetett időseket. Mindenképpen fel kell hívni a figyelmet arra is,

hogyan az MNA felvételéhez előzetesen ismerni kell a testtömeg index, a lábszár körfogat és a karközepi körfogat kiszámításának módját.

1. Szűrés

Vizsgálat	Pontszám
-----------	----------

A. Csökkent az élelemfogyasztás az utolsó 3 hónapban étvágytalanság, emésztési problémák vagy rágási, illetve egyéb okok miatt?

Súlyos étvágytalanság	0
Közepes étvágytalanság	1
Nem étvágytalan	2

B. Testsúlycsökkenés az utóbbi hónapokban:

A testsúlycsökkenés több, mint 3 kg	0
Nem tudja	1
Testsúlycsökkenés 1-3 kg	2
Nincs testsúlycsökkenés	3

C. Mozgásképesség

Ágyhoz vagy székhez kötött	0
Lakásban mozog, de nem jár ki	1
Szabad mozgású	2

D. Érte-e pszichés stressz, vagy akut betegség az utóbbi 3 hónapban?

Igen	0
Nem	2

E. Vannak-e neuropszichiátriai problémái?

Súlyos demencia vagy depresszió	0
Enyhe demencia	1
Nincs ilyen betegsége	2

F. Testtömeg index (BMI kg/m²)=testtömeg (kg)/magasság² (m²):

BMI kisebb, mint 19	0
BMI 19-20	1
BMI 21-22	2
BMI 23 vagy nagyobb	3

Szűrés értékelése (maximum 14 pont):

12 pont vagy több: normális, nincs rizikótényező, nincs szükség további felmérésre

11 pont vagy kevesebb: alultápláltság lehetséges, további felmérés szükséges

Felmérés

Vizsgálat Pontszám

G.Önellátó (nem él idősotthonban vagy kórházban)?

Igen 1

Nem 0

H. Szed-e legalább háromféle gyógyszert?

Igen 0

Nem 1

I: Van-e felfekvés, vagy fekély a bőrön?

Igen 0

Nem 1

J. Hányszor étkezik naponta?

Egyszer 0

Kétszer 1

Háromszor 2

K.A fehérjebevitel kimutatása:

Legalább naponta egyszer fogyaszt-e tejet, sajtot vagy joghurtot?

Igen Nem

Legalább egy héten egyszer fogyaszt-e hüvelyes zöldségfélét vagy tojást?

Igen Nem

Naponta fogyaszt-e húst, halat vagy baromfit?

Igen Nem

K pontozása:

Ha 0 vagy 1 igen válasz van 0

Ha 2 igen válasz van 0.5

Ha 3 igen válasz van 1

L.Fogyaszt-e naponta két vagy több alkalommal gyümölcsöt vagy zöldséget?

Igen 1

Nem	0
M. Mennyi folyadékot iszik naponta (víz, tea, kávé, tej, gyümölcsle)?	
3 csészénél kevesebbet	0
3-5 csészével	0.5
5 csészénél többet	1
N. Az étkezés módja:	
Képtelen segítség nélkül étkezni	0
Önállóan étkezik némi segítséggel	1
Önállóan étkezik problémamentesen	2
O. Önértékelés az étkezésről:	
Saját értékelése szerint alultáplált	0
Bizonytalan a saját értékelésében	1
Saját megállapítása szerint nincs gondja az étkezéssel	2
P. Milyenek ítéli meg saját egészségi állapotát összehasonlítva más hasonló korú személlyel?	
Roszzabb	0
Nem tudja	0.5
Éppen olyan jó	1
Jobb	2
Q.Karközepi körfogat (MAC):	
MAC kevesebb, mint 21 cm	0
MAC 21-22 cm	0.5
MAC 22 cm vagy több	1
R.Lábszár körfogat (CC):	
CC kisebb mint 31 cm	0
CC nagyobb mint 31 cm	1

Felmérés eredménye (maximum 16 pont):

Szűrés eredménye:

Összes pontszám (maximum 30 pont):

ALULTÁPLÁLTSÁGI INDEX:

24-30 pont:	Normális tápláltság
17-23.5 pont:	Az alultápláltság kockázata nagy
Kevesebb, mint 17 pont:	Rosszul táplált

A bemutatott tesztek alkalmazásával már a bekerüléskor pontos képet kaphatunk az idős fizikai állapotáról, önellátó képességéről, mozgáskészségéről, tápláltságáról. A tesztek későbbi, rendszeres alkalmazásával ugyanakkor pontosan nyomon követhető az idős állapotának változása, vagyis azt is mérni tudjuk, hogy a gondozási tervben meghatározott feladatok mennyire voltak hatékonyak. Az interprofesszionális együttműködés lényege, hogy ebben az esetben a szociális szakember pl. a dietetikussal és a gyógytornásszal közösen értékelje a kapott információkat, dolgozza ki a gondozási tervet, illetve közösen döntsenek annak későbbi módosításáról. A csapatnak minderről természetesen informálnia kell a klienst, illetve annak családját, hozzátartozóit is.

A következőkben kerülnek bemutatásra azok a mérőeszközök, amelyek az idősek kognitív és mentális állapotának, illetve pszichés jellemzőinek feltárására alkalmasak.

MMSE – Mini Mental Teszt

Az MMSE egy gyorskognitív teszt, amelyet főként a demenciák azonosítására és súlyossági fokuknak megítélésére használnak. A teszt részfeladatai az orientációt, a figyelmet, a központi végrehajtót, a gyorsasszociációk kiépítésének képességét, a megnevezési valamint az analízáló-szintetizáló képességet vizsgálják, összesen 10 feladattal. A teszt előnye, hogy gyorsan és minden különösebb szakképzettség nélkül, de megfelelő felkészültséggel és előkészületekkel felvehető, pontozásos rendszerével pedig megállapítható a demencia, illetve annak foka, függetlenül attól, hogy csak korlátozottan bír diagnosztikus értékkel. Ez abból következik, hogy a kevés feladattípus miatt nem elég érzékeny a demenciák és kognitív sérülések korai érzékelésére, illetve hogy nem tudja megkülönböztetni egymástól a különböző típusú demenciákat. A teszten összesen 30 pont érhető el.

Vizsgálat

Pontszám

1. Orientáció

- Milyen évet írunk? []
- Milyen évszak van most? []
- Hányadika van ma? []
- Ma a hét melyik napján vagyunk? []
- Milyen hónapban vagyunk? []
- Milyen megyében vagyunk? []
- Milyen országban vagyunk? []
- Milyen városban vagyunk? []
- Meg tudja nevezni ezt a helyet? []
- Az épület hányadik emeletén vagyunk? []

Pontszám (0-10):

2. Megjegyző

Kérdezze meg a beteget, hogy ellenőrizheti-e emlékező képességét. Ezután tisztán és lassan, kb. 1 másodpercenként, nevezzen meg 3 egymástól független tárgyat: „**citrom, kulcs, labda**”. Miután mindhármat felsorolta, ismételtesse el a szavakat a beteggel. Az első ismétlés alapján értékeljen (0-3 pont), de addig ismételjék a feladatot, (legfeljebb ötször), amíg a beteg mind a 3 tárgyat meg tudja nevezni. Ha a beteg egyszer sem tudja mind a három tárgyat megnevezni, a feladat nem értékelhető.

Pontszám (0-3):

3. Figyelem és számolás

Kérje meg a beteget, hogy 100-ról indulva hetesével számoljon visszafelé. Öt levonás után (**93, 86, 79, 72, 65**) állítsa meg. A helyesen megadott számok alapján pontozzon. Kérje meg a beteget, hogy betűzze el a „**világ**” szót visszafelé. A helyes sorrendben mondott betűk alapján pontozzon (pl. gáilv=5, gáilv=3). **A két teszten elért eredmények közül a magasabb pontszámot írja be.**

Pontszám (0-5):

4. Felidéző emlékezés

Kérje meg a beteget, hogy a korábban ismételtetett 3 szót ismétlje meg.

Pontszám (0-3):

5. Megnevezés

a) Mutassa meg a **karóráját** a betegnek, és kérdezze meg, mi az.

b) Ismételje meg a fenti próbát egy **ceruzával**.

Pontszám (0-2): _____

6. Ismétlés

Ismételtesse meg a beteggel ezt a mondatot: „**Semmi ha, és semmi de**”. Csak egy próbálkozás megengedett.

Pontszám (0-1): _____

7. 3-as parancs/utasítás

Végeztesse el a beteggel a következő feladatot: „**Vegyen egy papírt a kezébe, hajtsa félbe és tegye le a földre!**” Minden helyesen végrehajtott feladatrészt 1 pontot ér.

Pontszám (0-3): _____

8. Olvasás

Olvastassa el az alábbi nyomtatott nagybetűvel írott szöveget: „**CSUKJA BE A SZEMÉT!**” és kérje meg, hogy hajtsa végre. Csak akkor adható az 1 pont, ha a beteg be is csukta a szemét.

Pontszám (0-1): _____

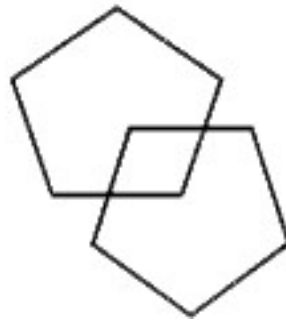
9. Írás

Adjon a betegnek egy üres lapot, és kérje meg, hogy írjon arra egy mondatot. Ne diktáljon, a betegnek spontán kell írnia. A mondatnak értelmesnek kell lennie, alanyt és állítmányt is kell tartalmaznia. Nyelvtani hiba nem számít.

Pontszám (0-1): _____

10. Másolás

Egy üres papírra rajzoljon két, egymást metsző ötszöget. Kérje meg a beteget, hogy pontosan másolja le a rajzot. Akkor értékelhető a feladat, ha mind a 10 szög megvan, és a két idom két pontban metszi egymást. Kézremegés, vagy az ábra elfordulása nem számít.



Pontszám (0-1): _____ □

Összpontszám (maximum 30):

Értékelés:

Normál	24 – 30 pont
Enyhe demencia	15 – 23 pont
Közepes fokú demencia	10 – 14 pont
Súlyos fokú demencia	< 10 pont

Órarájzolás teszt

A demencia megállapítására alkalmazzák, a teszt eredményéből ugyanis következtetni lehet arra, hogy a páciensnél megjelentek-e már a szellemi hanyatlás jelei, és ha igen, akkor azok mennyire előrehaladottak. A tesztalany kap egy fehér papírlapot, amelyen egy üres kör látható, a körben 1-12-ig jelölnie kell az órákat, ahogy az órák számlapján is szokás. Ezt követően a páciensnek különböző időpontokat kell bejelölnie kis és nagy óramutatókat rajzolva. Maga a teszt nem tart tovább öt percnél. A vizsgálatvezetőnek alaposan meg kell figyelnie a tesztszemélyt, fel kell jegyeznie, hogyan viselkedik a tesztalany, milyen kézmozdulatokat használ, tétovázik-e, mely számok bejelölésével időzik többet, mi okoz neki nehézséget, korrigál-e, és ha igen, mennyit, vagy esetleg vonakodik-e a teszt kitöltésétől. Az Alzheimer-kór korai stádiumában a betegnek csupán csekély nehézséget okoz a számok megtalálása, később azonban már egyre több nehézsége adódik a számok rendezésével. A jelölések gyakran alig láthatók, sokszor maga az óra sem felismerhető. Az is előfordulhat, hogy a számokat nem a körön belülré rajzolja a beteg, megfigyelt jelenség továbbá a számok fejjel lefelé történő írása és egyenetlen méretük. Ezek a jelek a tájékozódási képesség zavarára és a vizuális térbeli képzelőerő hanyatlására utalnak. A tesztet önállóan is lehet használni, ugyanakkor jó kiegészítő vizsgálata lehet az MMSE-nek.

Magyarázat a használatához:

Üres, A4-es méretű papírlapra a vizsgáló szabadkézzel rajzoljon egy kb. 15 cm átmérőjű kört, majd a következő utasításokat adja a betegnek, melyeket többször megismételhet:

Képzeld el, hogy ez egy óra számlapja

Rajzolja be a körbe a számokat úgy, mintha az egy óra számlapja lenne

Ha ezzel a feladattal a beteg elkészült, vagy úgy ítéli meg, hogy elkészült, a következő utasítást adja:

Rajzolja be az óra mutatóit úgy, hogy háromnegyed hármat mutasson az óra

A beteg visszakérdezésekor csak az utasításokat ismétlje meg, más magyarázatot ne adjon. A tesztet időkorlátozás nélkül végezze el.

Értékelés:

10-6 pont: Az óra számlapja és a számok elrendezése az összképet tekintve helyes

10 pont: A mutatók elhelyezése pontos. A kismutató megközelíti a 3 órát.

9 pont: Kisebb hibák, pontatlanságok a mutatók elrendezésében

8 pont: Nagyobb pontatlanságok a perc és az óramutatók elrendezésében

7 pont: A mutatók elrendezése nem pontos

6 pont: A mutatók nem megfelelő használata, esetleg digitális számlap rajzolása, vagy a számok mechanikus ismétlése az utasítások ellenére

5-0 pont: A számlap elrendezése vagy a számok elrendezése az összképet tekintve nem helyes

5 pont: A számok összezsúfolása, összekeverése vagy sorrendjük megváltoztatása a számlapon

4 pont: Súlyosabb hibák a számok sorrendjében: elrendezésük teljesen hibás, egyes számok hiányoznak, esetleg az óra számlapján kívül helyezkednek el

3 pont: A számok és a számlap nincsenek kapcsolatban, mutató nincs

2 pont: A rajz alapján következtethetünk, hogy az utasításokat a vizsgálati személy megértette, de az órarajz ennek ellenére nem, vagy csak alig felismerhető

1 pont: Adekvát kísérlet nem történt

0 pont: Nem történt kísérlet a feladat végrehajtására

(Többféle pontozási technika létezik, általános azonban, hogy 6 pont alatt a felmért személy demensnek tekinthető)

Blessed Információs-Memória-Koncentrációs Teszt

Az eszköz elsődleges célja annak mérése, milyen mértékben romlik a demens beteg saját személyére vonatkozó, illetve intellektuális memóriája. A teszt ennek értelmében az orientációt, a memóriát és a koncentrációs képességet vizsgálja a demencia, illetve annak súlyosságának megítélésére. Használata mind klinikai közegben, mind otthoni környezetben igen elterjedt. A teszten összesen 37 pont érhető el, oly módon, hogy néhány kivételtől eltekintve, minden helyesen megválaszolt kérdésre 1 pont adható. A kapott eredmények értékelésénél a hibás válaszok alapján történik a paciens besorolása. Az övezetek kialakítása ennél az eszköznél is inkább tapasztalati úton történt. A teszt hazai alkalmazásáról nem áll rendelkezésünkre információ, az itt közölt verzió az eredeti változat fordítása.

<u>Vizsgálat</u>	<u>Pontszám</u>
------------------	-----------------

Információs teszt

1. Az Ön neve?	.....
2. Az Ön életkora?	.....
3. Hány óra van?	.....
4. Milyen napszak van?	.....
5. A hét mely napja van?	.....
6. Milyen dátumot írunk ma (Hányadika van ma)?	.....
7. Milyen hónapot írunk?	.....
8. Milyen évszakot írunk?	.....
9. Milyen évet írunk?	.....
10. Milyen helyen vagyunk?	
A hely neve:	.....
Az utca neve:	.....
A város neve:	.....
11. A hely típusa? (pl. otthon, kórház, stb.)	.....
12. Személyek pontos felismerése, megnevezése (pl. takarító, orvos, ápoló, betegtárs, rokon, stb. legalább 2 fő; 2 pont)	.....

Memória teszt

A személyére vonatkozóan:

13. Az Ön születési ideje?	.....
14. Az Ön születési helye?	.....
15. Az Ön iskolai végzettsége?	.....

16. Az Ön foglalkozása?
17. A rokonai neve (vagy a feleségének/férjének a neve)
18. A hely neve (város, falu), ahol dolgozott élete során (legalább 1)
19. A munkáltató (munkahely) neve?

Nem a személyére vonatkozóan:

20. Az Első Világháború dátuma?⁶
21. A Második Világháború dátuma?⁷
22. A köztársasági elnök neve?⁸
23. A miniszterelnök neve?⁹
24. Név és cím pontos ismétlése:
(Egy név és egy pontos cím – utca, házszám – ismétlése; max: 5 pont)

Koncentrációs teszt

25. Kérem, sorolja fel az év hónapjait visszafelé!
26. Kérem, számoljon hangosan 1-től 20-ig!
27. Kérem, számoljon hangosan 20-tól 1-ig!

(A koncentrációs teszt pontozása: 2 1 0)

Összpontszám (maximum 37):

Értékelés:

Minden helyesen megválaszolt kérdés 1 pontot kap, kivéve a 12, amelynél maximálisan 2 pont lehetséges, a 20 és a 21 kérdések, amelyeknél 0.5 pont is adható, a 24. kérdés, amelynél a korrekt válasz 5 pontot ér, illetve a koncentrációs teszt, amelynél a pontos felsorolás 2 pontot ér, a némi hibával történő felsorolás 1 pontot, a hibás felsorolás, valamint az, hogy esetleg kísérlet sem történt a feladat megoldására, 0 pont.

Övezetek:

- Normál státusz, vagy enyhe károsodás: 0-8 hiba**
- Közepes szintű károsodás: 9-19 hiba**
- Súlyos károsodás: 20 vagy annál több hiba**

⁶ Pontos válasz esetén 1 pont, 3 éves eltérés megengedhető, ebben az esetben a pontszám: 0.5

⁷ Pontos válasz esetén 1 pont, 3 éves eltérés megengedhető, ebben az esetben a pontszám: 0.5

⁸ Az eredeti változatban az Egyesült Államok elnökének a neve.

⁹ Az eredeti változatban az Egyesült Államok alelnökének a neve.

Geriátriai Depresszió Szűrő Skála (GDS)

A GDS kidolgozására azért volt szükség, mert a szerzők véleménye szerint az általános, a normál felnőtt populációra, vagy a fiatalabb generációk számára kidolgozott tesztek esetében, bizonyos tünetek (pl. alvászavarok, súlyvesztés, pesszimizmus a jövőt illetően, stb.) jól jelzik a depressziót, ugyanakkor az idősök esetében ezek lehetnek a normál öregedés jellemzői is, és nem feltétlenül utalnak betegségre. Időseknél ugyanakkor a depresszió gyakorta kapcsolódik a demenciához, a kognitív képességek romlásához. A válaszadás történhet kikérdezéssel is, illetve önkitöltés formájában. A teszt kérdéseire mindkét esetben egyszerű, „Igen” és „Nem” válaszokat adhat a páciens. Fontos kiemelni, hogy a kérdések mindenkor a felvételt megelőző egy hétre vonatkoznak. Ha a válaszadó nem tudja megválaszolni az összes kérdést, a kapott pontszámot a megválaszolatlan kérdések arányában csökkenteni kell.

A betegnek szóló utasítás:

Ezek a kérdések a napi életmódra és érzésekre vonatkoznak. Kérjük, válassza ki a legmegfelelőbb választ, hogy érezte magát az elmúlt héten. Felolvasom a kérdést, és kérem, válaszoljon "igen"-nel vagy "nem"-mel.

	Igen	Nem
1. Alapjában véve elégedett az életével?		
2. Úgy érzi, csökkent az érdeklődése és az aktivitása?		
3. Úgy érzi, hogy üres az élete?		
4. Gyakran unatkozik?		
5. Úgy érzi, a jövőt illetően van mit remélnie?		
6. Vannak-e zavaró gondolatai, amiket nem tud kiverni a fejéből?		
7. Általában véve jó kedvű?		
8. Fél-e attól, hogy valami rossz történik Önnel?		
9. Többnyire boldognak érzi magát?		
10. Gyakran érzi menthetetlennek a helyzetét?		
11. Gyakran érzi, hogy ideges vagy nyugtalan?		
12. Nem szeret házon kívüli új dolgokba fogni, inkább otthon marad?		
13. Gyakran aggódik a jövő miatt?		
14. Úgy érzi, hogy az emlékezetével több baja van, mint a többieknek?		
15. Úgy érzi, hogy jó dolog most élni?		
16. Gyakran érzi magát lehangoltnak és szomorúnak?		
17. Értéktelennek érzi magát?		
18. Gyakran rágódik azon, ami elmúlt?		
19. Izgalmas az élete?		
20. Nehezen szánja el magát, ha valami újat tervez?		
21. Úgy érzi, tele van energiával?		
22. Reménytelennek érzi a helyzetét?		

23. Úgy érzi, a többiek jobban állnak anyagilag?		
24. Gyakran bosszankodik apró dolgokon?		
25. Gyakran érzi úgy, hogy sírnia kell?		
26. Nehezen tud koncentrálni?		
27. Reggel jókedvűen kel fel?		
28. Ha teheti, kerüli a többi ember társaságát?		
29. Könnyen hoz döntéseket?		
30. A gondolkodása ugyanolyan tiszta, mint szokott lenni?		

Pontozás (minden válasz 1 pont, amennyiben az alábbi válaszokat kaptuk):

1.nem 2.igen 3.igen 4.igen 5.nem 6.igen 7.nem 8.igen 9.nem 10.igen 11.igen
 12.igen 13.igen 14.igen 15.nem 16.igen 17.igen
 18.igen 19.nem 20.igen 21.nem 22.igen 23.igen
 24.igen 25.igen 26.igen 27.nem 28.igen 29.nem 30.nem

Elért pontszám:

Övezetek:

Normál: 0-9
Enyhe depresszió: 10-19
Súlyos depresszió: 20-30

A bemutatott tesztek alkalmazásával a bekerüléskor pontos képet nyerhetünk az idős kognitív és mentális állapotáról, a demencia előrehaladottságáról. Természetesen a tesztek későbbi időpontban is elvégezhetőek, amennyiben az időssel való együttműködés során a demenciára, depresszióra utaló jeleket, viselkedési elemeket tapasztalunk. Ebben az esetben, a kapott eredmények alapján, a gondozási terv kialakításában, illetve módosításában szükség van a szakorvossal, a pszichológussal, a mentálhigiénés munkatársakkal való szoros együttműködésre, mivel a gondozás elsődleges célja nem lehet más, mint a kliens életminőségének hosszabb távon történő és minél magasabb szintű biztosítása, ezt pedig kizárólag a szakmaközi együttműködés képes elérni. Amennyiben figyelembe vesszük a korábban ismertetett felmérő eszközöket, azok alkalmazásával pontos és átfogó képet kapunk az idős fizikai állapotáról, önellátó képességéről, tápláltságáról, kognitív, mentális és pszichés állapotáról.

A következőkben bemutatásra kerül egy, speciálisan a demens betegek életminőségének felmérésére szolgáló eszköz, illetve egy olyan teszt, amely az idős ember társas kapcsolatait, társas támogatottságát méri fel.

AD Életminőség Interjú

Az AD Életminőség Interjú a demenciában szenvedő betegek életminőségének vizsgálatára készült. Gyors, 13 tételes mérőeszköz, amely a kognitív károsodást szenvedett paciensek életminőségének legfontosabb elemeit vizsgálja, az interjú és a teszt módszerek egyfajta kevert formájával. Az eszköz két blokkra osztható, az első a pácienstel készített interjút tartalmazza, a második az ápoló-gondozó személlyel, aki lehet családtag, rokon is, illetve professzionális segítő. Mindkét esetben a tételeket egy 4 fokú skálán kell pontozni, ahol az 1 a gyenge, vagy rossz értéket jelenti, míg a 4 a kiváló. A tételek egyformák mind a két interjú esetében, az összesített pontértéket ki kell számolni mind a kliens, mind a gondozó esetében, ezek alapján pedig ki lehet alakítani az összpontszámot is. Az interjú kérdései adottak, a megkérdezést csak azok alapos tanulmányozása után lehet elkezdni. Az alább közölt eszköz tartalmazza a kérdezőnek szóló instrukciókat is. Mivel a QOL-AD hazai alkalmazásáról nem tudunk, az alábbi verzió az eredeti fordítása, amelyben – a második, a gondozónak szóló kérdéssor esetében – rokon-nak fordítottuk a gondozottat, tekintettel arra, hogy a kérdőívet gyakran alkalmazzák otthonukban ápolott betegek esetében is. A kifejezés természetesen behelyettesíthető más megfogalmazással, amennyiben pl. professzionális segítővel készítjük az interjút.

Interjú verzió demens betegeknek

A kérdező segítséget nyújt az utasítások szerint. Karikázza be a válaszokat!

Fizikai egészség	Gyenge	Elég jó	Jó	Kiváló
Energia	Gyenge	Elég jó	Jó	Kiváló
Hangulat	Gyenge	Elég jó	Jó	Kiváló
Élethelyzet	Gyenge	Elég jó	Jó	Kiváló
Memória	Gyenge	Elég jó	Jó	Kiváló
Család	Gyenge	Elég jó	Jó	Kiváló
Házasság	Gyenge	Elég jó	Jó	Kiváló
Barátok	Gyenge	Elég jó	Jó	Kiváló
Önmaga úgy egészségében	Gyenge	Elég jó	Jó	Kiváló
Házimunka elvégzésére való képesség	Gyenge	Elég jó	Jó	Kiváló

Képesség a szórakozásra	Gyenge	Elég jó	Jó	Kiváló
Pénz	Gyenge	Elég jó	Jó	Kiváló
Az élet úgy egészében	Gyenge	Elég jó	Jó	Kiváló

Megjegyzések:

Utasítások a kérdező számára

Az interjú formájában, demenciában szenvedő betegek számára készült QOL-AD utasításai. Adja a résztvevő kezébe a nyomtatványt úgy, hogy jól láthassa, miközben a következő instrukciókat kapja (az utasítások pontosan úgy hangozzanak el, ahogy a kiemelt mondatok szólnak):

Szeretnék feltenni néhány kérdést az életminőségéről és az élete különböző aspektusairól. Értékelje a következő négy szó valamelyikével: gyenge, elég jó, jó, vagy kiváló.

Miközben kimondja a négy szót, mutasson egyenként rájuk (gyenge, elég jó, jó, kiváló).

Az életnek vannak különböző aspektusai, mint pl. a fizikai egészség, energia, család, pénz és mások. Azt kérem, rangsorolja ezeket a területeket. Szeretnénk megtudni, jelenleg az adott területeken hogyan ítéli meg a helyzetét.

Ha nem biztos abban, mit jelent egy kérdés, kérdezzen meg engem. Ha nehéz besorolni valamelyik állítást, körülbelüli választ adjon.

Általában látható, hogy az egyén érti-e a kérdést. A legtöbb kommunikációra és egyszerű válasza képes személy megérti, mit kell csinálnia. Ha egy résztvevő minden kérdésre ugyanazt válaszolja, vagy olyasmit mond, amiből következtetni lehet arra, hogy nem érti a feladatot, a kérdezőnek tisztáznia kell a kérdést. Azonban semmilyen körülmények között nem szabad sugallnia a választ. Mind a négy lehetséges válasznak meg kell jelennie és a résztvevőnek egyet kell választania a négyből.

Ha a résztvevő nem tudja az egyik, vagy több állítást meghatározni, akkor a megjegyzésekben ezt dokumentálni kell. Ha a résztvevő nem képes felfogni és/vagy válaszolni két, vagy több állításra, a tesztelést fel kell függeszteni és ezt is jelezni kell a megjegyzésekben.

Ahogy az alábbiakban felsoroltakat olvassa, kérje meg a résztvevőt, karikázza be a válaszait. Ha a résztvevőnek nehezebbé esik bekarikázni a szót, kérje meg, hogy mutasson a szóra, vagy mondja ki a szót és így ön is bekarikázhatja helyette. A résztvevő megtarthatja a saját példányát is, hogy így kövesse, ahogy ön felolvassa neki az állításokat.

1. Legelőször is, hogy ítéli meg az egészségi állapotát? Hogy jellemezné? Gyenge, elég jó, jó, vagy kitűnő? Azt a választ karikázza be, amelyik a jelen pillanatban a

legjobban jellemzi a fizikai állapotát.

2. **Hogy érzi, milyen az energiaszintje? Gyenge, elég jó, jó, vagy kitűnő?** Ha a résztvevő azt válaszolja, hogy egyszer jobban, máskor kevésbé, akkor kérje meg, hogy azt jelölje meg, ahogy mostanában a legtöbbször érzi magát.
3. **Milyen mostanában a hangulata? Jó kedve szokott lenni, vagy inkább rossz? Hogy jellemezné? Gyenge, elég jó, jó, vagy kitűnő?**
4. **Milyenek az életkörülményei? Szereti a helyet, ahol lakik? Hogy jellemezné? Gyenge, elég jó, jó, vagy kitűnő?**
5. **Milyen a memóriája? Hogy jellemezné? Gyenge, elég jó, jó, vagy kitűnő?**
6. **Milyen a viszonya a családjával, a családtagjaival? Hogy jellemezné? Gyenge, elég jó, jó, vagy kitűnő?** Ha a válaszadónak nincs családja, akkor kérdezze a testvéreiről, az unkaöccsökről, unokahúgokról.
7. **Milyen érzései vannak a házasságával kapcsolatban? Milyen a kapcsolata a házastársával (a házastárs neve). Milyenek írná le? Gyenge, elég jó, jó, vagy kitűnő?** Lesznek egyedülálló, özvegy, elvált résztvevők is. Ilyenkor azt kérdezzük meg, hogy milyen a kapcsolata azzal a személlyel, akivel a legszorosabb a kapcsolata. Ez a személy lehet családtag, vagy barát is. Ha van családgondozó, kérdezze meg, milyen a kapcsolatuk. Ha nincs ilyen személy, vagy ha a résztvevő bizonytalan, akkor hiányzóként jelölje ezt az állítást. Ha a résztvevő ezt a kapcsolatát másra vonatkoztatja, mint a házastársa, ezt is jelölje a lapon a megjegyzéseknél.
8. **Hogyan jellemezné a jelenlegi kapcsolatát a barátaival? Gyenge, elég jó, jó, kiváló?** Ha a résztvevő azt mondja, hogy nincsenek barátai, vagy, hogy már minden barátja meghalt, próbálkozzon tovább. **Van a családján kívül olyan személy, akivel szeret együtt lenni? Nevezné ezt a személyt a barátjának?** Ha a válaszadó még most is azt mondja, hogy nincsenek barátai, kérdezze meg, **hogyan érzi magát barátok nélkül? Gyengén, elég jól, jól, vagy kitűnően?**
9. **Milyen érzései vannak önmagával kapcsolatban – mikor a teljes valójára gondol, mindenféle dologra önmagával kapcsolatban, hogyan jellemezné ezt az érzést? Gyenge, elég jó, jó, vagy kitűnő?**
10. **Hogy érzi, mennyire képes elvégezni a házimunkát, vagy más olyan dolgokat, amelyeket el kell végeznie? Hogyan jellemezné? Gyenge, elég jó, jó, kitűnő?**
11. **Mennyire képes szórakozásból elvégezni dolgokat? Gyengén, elég jól, jól, kitűnően?**

12. Jelenleg milyennek érzi a pénzügyi helyzetét? Gyengének, elég jónak, jónak, kitűnőnek? Ha a válaszadó hezitál, magyarázza el, hogy nem a pénzügyi helyzetére kíváncsi (hogy mennyi pénze van), csak arra, hogy milyen érzései vannak az anyagi helyzetével kapcsolatban.

13. Hogyan jellemezné az életét egészében? Mikor egészében tekint az életére, milyen érzései vannak? Milyennek jellemezné az életét? Gyengének, elég jónak, jónak, kiválónak?

Pontozás:

Minden állításnál a pontok a következők: gyenge = 1, elég jó = 2, jó = 3, kiváló = 4.

Az összpontszám a 13 állítás pontjainak összege.

Interjú verzió a családtag, vagy a gondozó részére

A következő kérdések a rokona életminőségére vonatkoznak.

A rokona életének különböző aspektusai vannak. Néhányat közülük felsoroltunk. Kérjük, gondolkozzon el mindegyik állításon, és a négy meghatározás segítségével (**gyenge, elég jó, jó, kitűnő**) értékelje rokona **jelenlegi** (azaz az elmúlt néhány hét alatti) életminőségét, minden felsorolt területen. Ha bármelyik területtel kapcsolatban kérdése lenne, kérdezze meg azt a személyt, akitől a kérdőívet kapta.

Fizikai egészség	Gyenge	Elég jó	Jó	Kiváló
Energia	Gyenge	Elég jó	Jó	Kiváló
Hangulat	Gyenge	Elég jó	Jó	Kiváló
Élethelyzet	Gyenge	Elég jó	Jó	Kiváló
Memória	Gyenge	Elég jó	Jó	Kiváló
Család	Gyenge	Elég jó	Jó	Kiváló
Házasság	Gyenge	Elég jó	Jó	Kiváló
Barátok	Gyenge	Elég jó	Jó	Kiváló
Önmaga úgy egészében	Gyenge	Elég jó	Jó	Kiváló
Házimunka elvégzésére való képesség	Gyenge	Elég jó	Jó	Kiváló
Képesség a szórakozásra	Gyenge	Elég jó	Jó	Kiváló
Pénz	Gyenge	Elég jó	Jó	Kiváló
Az élet úgy egészében	Gyenge	Elég jó	Jó	Kiváló

UCLA Magányosság skála

Az UCLA (University of California Los Angeles) kérdőív 20 tételt tartalmaz. A válaszadók minden tétel esetében egy 4 fokú skálán adhatják meg, milyen gyakorisággal fordul elő életükben az adott állításnál szereplő jelenség, ezek alapján történik a pontozás is. A tételek közül 9 pontozása fordított. A skálát gyakran használják az idős populációban is, otthonukban, illetve bentlakásos intézményekben élő idősök esetében is. A szerzők ugyanakkor felhívják a figyelmet arra is, hogy különösen a fordított tételek miatt, a skála alkalmazása kognitív károsodást szenvedett idősök körében erőteljesen limitált, ugyanakkor az enyhe fokú demenciában szenvedő betegek esetében még jól alkalmazható. A skála alapvetően unidimenzionális, mivel méri a hiányzó kapcsolatokból eredő negatív érzelmeket, illetve azok megtapasztalását. Hazai alkalmazásáról nincs tudomásunk, az alább közölt változat fordítás.

Utasítás: A következő állítások azt írják le, hogyan érznek időnként az emberek. Minden állítás után, milyen gyakran érez a leírt módon úgy, hogy az állítások utáni vonalra írja be a gyakoriság foka alatt látható számot (soha = 1, ritkán = 2, néha = 3, mindig = 4).

<u>SOHA</u>	<u>RITKÁN</u>	<u>NÉHA</u>	<u>MINDIG</u>
1	2	3	4

- *1. Milyen gyakran érzi, hogy összhangban van az önt körülvevő emberekkel?
- 2. Milyen gyakran érzi, hogy hiányolja a társaságot?
- 3. Milyen gyakran érzi, hogy nincs kihez fordulnia?
- 4. Milyen gyakran érzi egyedül magát?
- *5. Milyen gyakran érzi, hogy egy baráti csoport tagja?
- *6. Milyen gyakran érzi, hogy sok hasonlóság van ön és az önt körülvevő emberek között?

- 7. Milyen gyakran érzi, hogy már senkihez sem áll közel önhöz?
- 8. Milyen gyakran érzi, hogy az ön körül élőkkel nincs közös érdeklődési köre, nincsenek közös gondolatai?
- *9. Milyen gyakran érzi, hogy társaságkedvelő és barátságos másokkal?
- *10. Milyen gyakran érzi magát közel az emberekhez?
- 11. Milyen gyakran érzi, hogy kihagyják dolgokból?
- 12. Milyen gyakran érzi, hogy másokkal való kapcsolatának nincs értelme?
- 13. Milyen gyakran érzi, hogy igazán senki sem ismeri önt?
- 14. Milyen gyakran érzi elszigetelődve magát?
- *15. Milyen gyakran érzi, hogy akkor talál társaságot, amikor csak akar?
- *16. Milyen gyakran érzi, hogy vannak emberek, akik csak ritkán értik meg önt?
- 17. Milyen gyakran érzi féltékné magát?
- 18. Milyen gyakran érzi, hogy az emberek csak ön körül, de nem önnel vannak?
- *19. Milyen gyakran érzi, hogy vannak ön körül olyan emberek, akikkel tud beszélgetni?
- *20. Milyen gyakran érzi, hogy vannak olyan emberek ön körül, akikhez fordulhat?

Pontozás:

A pontozás az egyes válaszlehetőségekhez rendelt pontok alapján történik, 1-től 4-ig. A megcsillagozott állításokat fordítva kell pontozni (pl. 1 = 4, 2 = 3, 3 = 2, 4 = 1) és a válaszokra adott pontokat össze kell adni. Az összpontszám a 20 tétel pontjainak összeadásával számolható ki. Minél magasabb a pontszám, annál nagyobb a magányosság érzése.

Övezetek:

Átlagos magányosság-érzet:	15-20 pont
Beszűkült szociális interakciók, gyakori magányosság érzése:	21-30 pont
Súlyos magányosság érzése:	31-40 pont

A bemutatott állapotfelmérő eszközök együttes alkalmazásával átfogó képet kapunk a kliens állapotáról. Mivel ez a kép „multidimenzionális” lesz, azaz információt kapunk az idős fizikai és pszichés állapotáról, valamint társas kapcsolatairól is, nyilvánvaló, hogy a gondozási terv is multidimenzionális lesz, ami egyértelművé teszi az interprofesszionális együttműködést, hiszen csak egy team képes átfogó tervet kidolgozni. Egy egyszerű példát megemlítve: amennyiben egy idősnél az intézménybe való bekerüléskor bizonyos fokú fizikai korlátozottságot, mozgási nehézséget, táplálkozási problémákat, enyhe fokú demenciát és enyhe fokú depressziót, valamint beszűkült szociális interakciókat, gyakori magányosság érzést diagnosztizálunk, a gondozási terv kidolgozásában a szociális szakember mellett közre kell működnie a pszichológusnak, a mentálhigiénés munkatársnak, a dietetikusnak, a gyógytornásznak, stb. A rendelkezésre álló humán erőforrás tekintetében az természetes lehet, hogy a kapott diagnosztikai eredményeket a szakorvos összegzi, ideértve az orvosi diagnosztikát is, ugyanakkor az egyes felméréseket (gyakorlás után) a szociális szakemberek is képesek elvégezni. A gondozási terv kidolgozása, annak megvalósítása, illetve az alapján az idős ember állapotváltozásának nyomon követése, valamint a szükséges módosítások elvégzése azonban nem elképzelhető interprofesszionális csapatmunka nélkül.

Indikátorok, mérhetőség

Amennyiben egy adott intézményben a szociális szakemberek, illetve az interprofesszionális team rendszeresen alkalmazza a rendelkezésre álló diagnosztikai eszközöket, a következő eredményeket érhetjük el:

- bekerüléskor átfogó képet kapunk az idős ember állapotáról, a kapott eredmények alapján precízen kidolgozott ápolási-gondozási tervet készíthetünk, melynek célja az állapot javítása, vagy legalább szinten tartása, azaz az idős ember életminőségének minél magasabb szintű biztosítása.
- a tesztek rendszeres, ismételt alkalmazása arról is tájékoztatást nyújt, hogyan változott az idős állapota, szükség van-e a terv módosítására, újabb szakemberek bevonására, illetve újabb gondozási feladatok bevezetésére. Annak eldöntése, hogy milyen rendszerességgel kell az állapotfelmérést elvégezni, milyen szakembereket kell még bevonni a gondozási folyamatba, az interprofesszionális team feladata, kötelezettsége és felelőssége.
- a tesztek rendszeres alkalmazása alapján az állapotfelmérés és a gondozási terv „karbantartása”, a szakmaközi együttműködés rutinizálódik, azaz a mindennapi szakmai munka részévé válik, amely nemcsak a kliens életminőségét javítja, hanem növelheti a szakmai professzionalizáció színvonalát is. Mindez ahhoz is hozzájárul, hogy idővel lebonthatóvá váljanak a demens betegek kezelésének tradicionális medikális korlátai.

Kapcsolódó irodalom:

- Budai István (2009): Az interprofesszionális együttműködés és a szociális munka. Esély 2009/5. http://www.esely.org/kiadvanyok/2009_5/05budai.pdf
- Budai István-Puli Edit (2015): Együttműködés a szociális szolgáltatásokban. Esély 2015/1. http://www.esely.org/kiadvanyok/2015_1/2015-1_1-2_budaipuli_egyuttmukodes_szocszolgban.pdf
- Fábíán Gergely (2014): Állapotfelmérő eszközök az idősgondozásban. Debreceni Egyetemi Kiadó, Debrecen.
- Imre Sándor (2007): A klinikai gerontológia alapjai. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Kiss Gabriella (2015): Középsúlyos és súlyos demens betegek személyközpontú ellátásának módszere, családias közegben, illetve bentlakásos otthoni körülmények között. Párbeszéd Vol.2. No.2. <http://parbeszed.lib.unideb.hu/megjelent/index/5>
- Kozma Judit (2014): Az idősellátás dilemmáiról és azok kezelési módszereiről a 2014. évi angol szolgáltatási törvény kapcsán. Párbeszéd Vo.1. No. 1-2. <http://parbeszed.lib.unideb.hu/megjelent/html/551a4ca58f912>
- Semsei Imre (2011): Gerontológia I-II. Debreceni Egyetemi Kiadó, Debrecen.
- Szabó Lajos (2003): Szociális készségvizsgálat mentálisan hanyatló idősök vizsgálatában. Fővárosi Önkormányzat Idősek Otthona, Módszertani Osztály 4. sz. kiadványa, Budapest.
- Szabó Lajos (2010): Felmérő módszerek az idősellátásban. Fővárosi Önkormányzat Idősek Otthona, Módszertani Osztály 9. sz. kiadványa, Budapest.
- Szabó Lajos (2014): A szakmai kultúra és az intézményi kultúra, valamint az intézményi és társadalmi környezet szerepe a szociális munkában. Párbeszéd Vol.1. No. 1-2. <http://parbeszed.lib.unideb.hu/megjelent/html/551a4e308904a>
- Szabó Lajos (2014): A professzionális és informális segítők szerepe az idősök otthoni ellátásában. Esély 2. 79-93.

Jogszámbély:

2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról