



Kovácsné Mercs Mónika

## Geriátriai ismeretek II. Geriátriai gondozás



A követelménymodul megnevezése:

A sajátos szükségletek felmérésének feladatai az idősellátásban

A követelménymodul száma: 1865-06 A tartalomelem azonosító száma és célcsoportja: SzT-019-30



## KLINIKAI ISMERETEK III. GERIÁTRIAI ISMERETEK II. (GERÁTRIAI GONDOZÁS)

### ESETFELVETÉS – MUNKAHELYZET

S. Jánosné Marika néni 69 éves. Férje három évvel ezelőtti halála óta egyedül él egy kistelepülésen, 800 fős kisfaluban. Két lánya és négy unokája van, férje állatgondozó volt, ő pedig varrónő. Mivel egyedül él családtagjaitól segítségre nem számíthat, hiszen lányainak más gondja is van, ő rajta kívül. Egészségi állapotát tekintve, korához képest lényegesen rosszabb állapotban van, mint az átlagos idős népesség. Súlyos szív-és érrendszeri megbetegedésben szenved, valamint csontritkulása van, melynek köszönhetően tavaly egy kis ütődést követően alkarcsontra is eltörött, mely nehezen gyógyult.

Sok ízületi gyulladáshoz vezetett megbetegedés miatt, rendszeres fájdalmai vannak, mely kihat a mozgására is, többször állt már gyógyintézetben kezelés alatt. Önellátási képességét tekintve részben tudja önmagát ellátni megfigyelésre, rendszeres orvosi ellenőrzésre és segítségre szorul.

A fent felsorolt problémákra, tud-e adekvát megoldásokat ajánlani szükség esetén?

A kérdés pontos megválaszolása érdekében kérem, olvassa el az alábbi szövegrészt, melyben választ kaphat, hogy az idős ember esetében milyen gondozási formák vehetők igénybe.

### SZAKMAI INFORMÁCIÓTARTALOM

#### 1. A lakosság egészségi állapota, demográfiai mutatók

Magyarországon a lakosságszám évek óta csökkenő tendenciát mutat, a halálozások száma meghaladja a születések számát. A csecsemőhalálozás az utóbbi évtizedekben jelentős mértékben csökkent, 2000-ben meghaladta a 9%-ot, 2007-ben már 6% alatt volt, ez az EU átlagánál (4,6%) jelenleg is magasabb.

A születéskor várható átlagos élettartam jelentősen elmarad az Európai Unió tagországainak átlagától. 2007-ben a férfiaknál 69,2 év volt, ami közel 7 évvel marad el az EU átlagtól (a régi 15 tagállamtól több mint 8 évvel), nőknél 77,3 év volt 2007-ben, ez mintegy 5 évvel kevesebb, mint az EU átlag.

A vezető halálokok közül a 65 évnél fiatalabbak körében a legtöbben rosszindulatú daganatos betegségek miatt halnak meg Magyarországon. Ezen betegségek miatti halálozás rendkívül magas az EU átlaghoz viszonyítva, a 65 év alatti férfiaknál csaknem kétszerese, bár az utóbbi években mind a férfiaknál, mind a nőknél csökkent. Ezen belül hasonló képet mutat a légcső-, hörgő- és tüdőrák miatt bekövetkező halálozás, viszont a nők körében növekvő tendenciát mutat (az EU átlaghoz hasonlóan). Az emlőrák miatti halálozás jelentősen csökkent az utóbbi néhány évben és csak kismértékben haladja meg az EU tagországainak átlagát, a méhnyakrák miatti halálozás viszont csaknem kétszerese annak (a régi EU tagországokhoz viszonyítva a különbség még jelentősebb).

A keringési rendszer betegségei miatti halálozás a 65 évnél fiatalabbak körében Magyarországon az 1990-es évek óta csökkenő tendenciát mutat, de az Európai Unió tagországainak átlagához képest rendkívül magas. Ezen belül az ischaemiás szívbetegségek miatti halálozás a korábbi évek csökkenését követően az utóbbi néhány évben mind a férfiaknál, mind a nőknél növekedett (eltérően az uniós országok átlagától). Az agyérbetegségek miatt bekövetkező halálozás – az utóbbi években jelentősen – csökken, de még így is nagymértékben meghaladja az EU átlagot.

Az emésztőrendszer betegségeit tekintve a magyar lakosság helyzete rendkívül kedvezőtlen, bár az utóbbi évtizedben csökkenő tendencia figyelhető meg, még így is sokszorosan meghaladja az EU átlagot. Néhány, az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható betegség esetében szintén hasonló tapasztalhatunk.

A balesetek, mérgezések, erőszak, tehát a külső okok miatti halálozás szintén csökkenő tendenciát mutat, de lényegesen magasabb, mint az EU átlag .

A légzőszervi betegségek miatti halálozás 65 éves kor alatt mind a férfiak, mind a nők körében jelentősen növekedett az utóbbi években . Egyes, a dohányzással összefüggésbe hozható betegségek tekintetében még riasztóbb a kép, hiszen mindkét nem vonatkozásában az EU átlag több mint kétszerese ezen betegségek miatt bekövetkező halálozás és – eltérően az uniós országok átlagától – növekszik is.

Az asztma miatt regisztrált betegek száma az elmúlt évtizedben folyamatos növekedést mutatott, az új betegek száma (incidencia) 2007-ben meghaladta minden korábbi év adatát.

A tüdőgondozókban nyilvántartott légúti allergiás betegek száma is jelentősen növekedett az utóbbi években.

## 2. A társadalmi–gazdasági helyzet és az egészség

A lakosság egészségi állapotának elemzésekor a környezeti és az életmódbeli tényezők mellett tekintettel kell lenni a szocio-ökonómiai tényezőkre is. A lakosság társadalmi–gazdasági helyzete és egészségi állapota összefügg egymással. A társadalmi–gazdasági helyzet jellemzésére egy összetett mutató került kidolgozásra (deprivációs index), amely – különböző mértékben súlyozva – a következő 7 tényezőt foglalja magában: a jövedelmi viszonyokat, az iskolázottságot, a munkanélküliséget, a gyermeküket egyedül nevelő nők arányát, a nagycsaládok arányát, a lakósűrűséget, valamint a 100 főre jutó személyautók számát. Az ilyen módon kifejlesztett mutató településszintű vizsgálata alapján megállapítható, hogy a depriváció növekedése és a korai halálozás (15–64 évesek) emelkedése között statisztikailag szignifikáns összefüggés van mindkét nem esetében. A legmagasabb a halandóság a leginkább deprivált észak–magyarországi és észak–alföldi régióban.

Hasonlóan függ össze a szociális helyzet és a tüdő, a gyomor, a méhnyak rosszindulatú daganatos betegségei, valamint a keringési betegségek miatti halálozás területi eloszlása. Ezzel szemben a vastagbél- és emlődaganatok miatti halálozás a jobb szociális helyzetű országrészekben gyakoribb. Az említett összefüggések Budapest kerületei között is kimutathatóak, legkedvezőbb a halandóság a XII. kerületben, míg legkedvezőtlenebb a VIII. kerületben.

### A népesség egészségi egyenlőtlenségeinek kezelése

#### *Helyzet*

A lakosság egészségi állapota a társadalmi jólét indikátora. Populációs szinten az egészség egyik legfontosabb meghatározója a társadalmon belüli egyenlőtlenség – a legszegényebb és leggazdagabb rétegek egymástól való távolságának mértéke iskolázottság, foglalkozás és jövedelem tekintetében. A népesség egészségi állapota, leghatékonyabban és legnagyobb mértékben a legszegényebb rétegeket megcélzó intervenciókkal javítható, amelyek egyúttal az egyenlőtlenséget is csökkentik. Az elérhető adatok alapján, Magyarországon például a cigányság az a legnagyobb létszámú csoport, amely minden társadalmi–gazdasági paraméter vonatkozásában a legnagyobb mértékben különbözik a lakosság átlagától.

Az egészségi állapot és a társadalmi–gazdasági helyzet összefüggéseit jelzi, hogy az északkeleti régióban a legalacsonyabb az egy főre jutó bruttó hazai termék (GDP); magasan az országos átlag fölött van a munkanélküliségi ráta; három észak–keleti megye (Borsod, Hajdú, Szabolcs) a pénzügyi rendszeres szociális segélyezettek 42%-át mondhatja magáénak.

Az országban, Szabolcs–Szatmár megyében a legmagasabb a korhatár alatti rokkantsági nyugdíjasok aránya; az anyagi rászorultság alapján fizetett gyermekvédelmi támogatás teljes országos összegének 60,6%-át 1998-ban Borsod, Hajdú és Szabolcs megye önkormányzatai fizették ki, miközben e megyékben a 19 éven aluliak összlétszáma az országos összesnek mindössze 20,1%-a volt.

A hátrányos helyzetű népesség problémái abba az irányba hatnak, amelyben – külső segítség nélkül – az egészség-problémák hosszú távú halmozódása jósolható meg. A mindennapos gyakorlati tapasztalatok azt mutatják, hogy a rossz szociális körülmények között élők, különösen a gyermekek, nemcsak nagyobb valószínűséggel szenvednek el egészségkárosodást, de komplex okok miatt igen gyakran kimaradnak az egészségügyi ellátásból is, vagy oda csak súlyos, előrehaladott károsodással járó állapotban kerülnek be.

Az egészségi állapottal kapcsolatos néhány probléma felvetését követően, az alábbiakban ismertetésre kerülnek az alapvető emberi szükségletek, hiszen ezen szükségletek kielégítésének hiánya az ami kihat az egészségi állapotra, valamint jelentős mértékben meghatározzák a geriátriai gondozás fontosságát, feladatait, formáit.

### 3. A geriátria fogalma

A geriátria az általános medicina egyik ágazata, amely az idősök egészségével, valamint betegségeik klinikai, preventív és gyógykezelést aspektusaival foglalkozik. Maga a kifejezés görög eredetű szóösszetétel: geron=idős, öreg: inter=orvos, iatria=orvoslás, orvostan (v. ö.pediátria, pszichiátria). Míg angolszász nyelvterületen kezdettől a geriátria elnevezést alkalmazták, a kontinentális Európában inkább a gerontológia megnevezés terjedt el.

A „geriátria” csak az utóbbi időben kezd terjedni. Geron= I. előbb: onton=létező, lény: ligia=tan, ismeretek összessége, valamely tárgykörben (l. ornitológia, pszichológia, paleontológia, stb.).

Etimológiája alapján a gerontológia, a geriátriánál jóval kiterjedtebb tartalmú, valamennyi idős lényre (nemcsak az emberre) vonatkozó valamennyi ismeretanyag átfogó megnevezése.

### 4. Az alapvető emberi szükségletek:

A szükséglet olyan hiány, amely tartós fennállás esetén az egészséget, vagy az életet fenyegeti. A biológiai szükséglet nyomán keletkező jellegzetes belső állapot olyan cselekvésre készíteti az emberi szervezetet, amelynek következtében a hiány megszűnik, az egyensúly helyreáll. Ezt a belső egyensúlyi állapotot homeosztázisnak nevezzük.

Az egyént személyisége és szükségletei alapján is meg kell ismernünk. A segítő munka sikere érdekében meg kell ismernünk kliensünk tényleges szükségleteit és igényeit.

Nagyon fontos elem a szükségletfelmérés, melynek legfőbb célja, hogy minél több információt nyújtson az alapszükségletektől az intellektuális szükségletekig.

Az emberi szükségletek hierarchiája Maslow szerint:

*Fiziológiai szükségletek* (alapvető problémák köre, éhség, szomjúság, testi szükségletek, a legerőteljesebb szükségletek).

Hiányuk esetén ezek kielégítése az egyén egyetlen célja. A szükséglet kielégülését követően



már megjelenhetnek a magasabb rendű szükségletek (hierarchikus felépítés).

Szociális szolgáltatásban, geriátriai gondozásban – fizikai ellátás szintje, étkezés, hideg-meleg víz, lakhatás, létfenntartás szükségleteinek összessége, ami az életben maradás alapfeltételei.

#### *Biztonsági szükségletek*

Biztonsági igények: domináns szükséglet, a lét biztonság, balesetvédelem, kiszámíthatóság, stabilitás igénye, a megszokott dolgok előnyben részesítése az ismeretlenekkel szemben.

Szociális szolgáltatásoknál és a geriátriai gondozásban a stabil, biztonságos környezet, védelem a sérüléstől, védelem a betegségektől, bútorzat, kapaszkodók, fény, megszokott gondozók, ismert, kiszámítható szabályok.

#### *Társadalmi szükségletek*

Szeretet, barátság, elfogadás iránti szükséglet: a fiziológiás és biztonsági szükséglet kielégítettségekor felmerül a szeretet, gyengédség szükséglete. (valahova való tartozás igénye, társ, barát, feleség, gyerek(szeretetet adni és kapni, a simogatás, érintés ereje).

#### *Megbecsülés szükséglete:*

Az az érzés, hogy fontosak vagyunk, hasznosak és szükségesek a társadalomban, a kisebb közösségekben.

- Önbecsülés, mások megbecsülése, elismerés, teljesítmény, tisztelet iránti igény:
- Jól megalapozott önértékelés, önbecsülés, önérzet, a mások részéről megnyilvánuló tisztelet elvárása.
- Szociális szolgáltatásban respektálni és tisztelni kell az igénybevevőt! Elismert tagja legyen a közösségnek, visszajelzést kapjon, hogy ő fontos. Foglalkoztatás, cél, értelmes élet.
- Joga van az emberi méltósághoz, megbecsüléshez!
- Önmagunkat csak akkor tudjuk megbecsülni, ha mások is megbecsülnek!

#### *Önmegvalósítás szükséglete*

Önbeteljesülés iránti vágy, az ember abban tevékenykedjen, amiben ki tud teljesedni. Az egyénben rejlő lehetőségek megvalósítása. Szociális szolgáltatásokban alkotó csoportok, egyéni művészeti tevékenységek támogatása, kiállításokon bemutatkozás, képzés támogatása.

Társadalmunkban minden ember önmaga számára jól megalapozott értékelést, önbecsülést, vagy önérzetet és mások részéről megnyilvánuló tiszteletet igényel. A jól megalapozott önbecsülés és tényleges képességeken, az elért eredményeken és mások részéről érzett tiszteleten alapszik. Amit az ember tud, azzá kell lennie. Ezt nevezhetjük önmegvalósításnak.

*Tudás és megértés iránti vágy:*

Kíváncsiság, kutatás, a világban való biztonságos eligazodás vágya.

**Nagyon fontos szempontok a szükségletek kielégítése során a geriátriai gondozás területén:**

- A mesterséges támaszok csak akkor lépjenek be, amikor már az egyén teljesítőképességének határát elérte.
- Csak abban kell segíteni, amire a kliens, természetes erőforrásainak hiányában már képtelen kielégíteni.
- Alul-gondozás - a szükségletek kielégítetlenül maradnak, a természetes erőforrás és a mesterséges erőforrás között hiány, vákuum keletkezik.
- Túlgondozás - túlsegítés, megoldjuk kliensünk problémáját helyette, nem vesszük igénybe saját erőforrásait.
- Az egyén erőforrásait meg kell ismerni és aktivitására alapozva csak ott kell beléptetni a

A szükségletek kielégítése és hiányuk esetén nagyon fontos ismernünk a fiziológiai elváltozásokat időskorban.

## 5. Fiziológiai változások időskorban

Az öregkori változások lassan, évek hosszú során alakulnak ki, és közben az egyén igyekszik a változásokhoz idomulni.

### Bőr védőrendszere

- subcutan szövet és a rugalmas rostok tömege csökken, ezáltal a bőr vékonyabb és rugalmatlanabb lesz
- faggyúmirigyek kisebbek lesznek, a kiválasztásuk csökken, a nedvességképzés lelassul, viszketést okozva: bőrkárosodás kockázata magas
- csökkenő mértékű izzadás miatt a test hőmérséklet-szabályozása károsodik: hatástalan hőszabályozás
- a hajszálerekben a véráramlás csökken: sebgyógyulás lelassul, fertőzés magas kockázata
- vérellátás csökken különös tekintettel az alsó végtagokra: megváltozott szöveti perfúzió magas kockázata
- erek törékenyekké válnak
- a bőr megváltozott nyomás- és hőérzékenysége: decubitusok és hő okozta sérülések magas kockázata
- csökken a melanintermelés, amely következménye a szürkésfehér haj
- haj elvékonyodik, szemérem- és hónaljiszőrzet nőknél csökken, de az arcon szőrnövekedés tapasztalható
- Az önbecsülés lehetséges csökkenése a fizikai megjelenés változása miatt.

### Váz- és izomrendszer

- az izomzat tömege és rugalmassága csökken, ezáltal csökken az erő- és a tűrőképesség, a reakcióidő hosszabbá válik, és koordinációs zavarok keletkezhetnek
- a csontok ásványianyag-tartalma csökken, ez a csontváz instabilitásához és a csigolyaközi porckorong zsugorodásához vezet, a gerinc rugalmassága csökken, és meghajlása is bekövetkezhet
- ízületeken degeneratív elváltozások alakulnak ki, amely fájdalom, merevség kialakulásához és mozgássor elvesztéséhez vezet /fizikai mobilitás károsodása, sérülés magas kockázata, trauma magas kockázata/
- fizikai gyakorlatok hiánya miatt kialakult székrekedés
- funkcionális incontinenca, oka: beteg nem képes eljutni időben a fürdőszobába
- Az inaktivitásból eredő problémák magas kockázata.
- Cardiovascularis rendszer:
  - csökken a szívteljesítmény, és a megterhelés utáni helyreállítás ideje hosszabb
  - a szívnek sokkal több időre van szüksége a fizikai aktivitás utáni normál szívfrekvencia helyreállításához
  - szívfrekvencia a kor előrehaladtával lassúbbá válik
  - a szervekbe áramló vér mennyisége csökken /agy és a szívkoszorúerek nagyobb mennyiségű vért kapnak a több szervnél
  - csökken az artériák rugalmassága, amely csökkent perifériás ellenállást eredményez, ebből következik, a systolés vérnyomás megemelkedése, és a diastolés vérnyomás is enyhé emelkedést mutat
  - vénák kitágulnak, és a feszíteni véredények jobban kiemelkednek

### Légzőrendszer

- légzőrendszerhez tartozó izmok merevebbé válnak, amelynek következtében
- a tüdő vitálkapacitása csökken, míg a reziduális kapacitása nő
- tüdőhólyagocskák elvékonyodnak, így a gázcsere kevésbé hatékonyá válik:
- fizikai megterhelés hatására szapora légzés alakulhat ki
- köhögés mechanizmusa kevésbé hatékony, légúti fertőzés magas kockázata

### Gastrointestinalis rendszer

- fogzománc elvékonyodik
- periodontális megbetegedések fokozódnak, kezelés nélkül a fogak kihullásához vezet
- ízlelőbimbók száma, és ezzel az étvágy is csökken
- nyáltermelés kevesebb, nehezebbé válik a rágás és a nyelés
- a gyomorürítés késleltetett, az étel hosszabb ideig marad a gyomorban, ez csökkenti a gyomor kapacitását, és túl hamar okoz telítettséget: szükségesnél kevesebb táplálék fogyasztása
- a garatreflex kevésbé hatékony, az aspiráció magas kockázata
- vastagbél perisztaltikus mozgása és idegi érzékelése csökken, ez hozzájárul a székrekedés kialakulásához
- 70 éves kor utána máj mérete csökken



- máj enzimtermelése csökken, hatással van a gyógyszer metabolizálásra és a detoxicatiós folyamatra
- epehólyag ürülése kevésbé hatékony, epe vastagabbá válik, koleszterin szint megnő, epekő előfordulásának gyakoribbá válása

### Vizeletrendszer

- csökken a nephronok száma, vesecsatorna kiválasztó és újra felszívó képessége is fokozatos gyengülést mutat.
- csökken a glomerularis szűrés
- a vérkarbamid nitrogén szintje 70 éves korra 20%-kal emelkedik
- csökken a szervezet nátrium-visszatartó képessége
- csökken a hólyag kapacitása, vizeletürítés gyakorisága nő
- lefekvéskor a vesefunkció nő, a vizeletürítés lefekvés után azonnal szükségessé válhat
- a hólyagizmai és a gátizmok gyengülésével az idős emberek képtelenek a hólyag teljes kiürítésére, ez pedig ürítés utáni vizeletmaradványt eredményez, húgyúti fertőzése magas kockázata
- prostata megnövekedhet
- vizeletcsöpögés gyakorisága

### Idegrendszer

- agyi keringés és az oxigén hasznosítása csökken: több időre lesz szükség a gyorsaságot koordinációt, egyensúlyérzést és finom kézmozdulatokat igénylő motoros és szenzoros feladatok teljesítéséhez, ha nem áll fenn patológiás eset, akkor elmondható, hogy az intelligencia, a tanulási képesség nem romlik
- rövid távú emlékezet valamennyire csökkenhet, de a hosszú távú memória változatlan marad
- éjszakai alvás csökken az egyre gyakoribb és hosszabb ébrenléti periódusok miatt
- alvászavar

### Érzékelés változásai

#### Látás

- a lencse kevésbé hajlékony, besárgul, ez zavart okoz a színlátásban, a zöldek és kékek összemosódnak, meleg színek sokkal jobban elkülönülnek, hályog keletkezésének valószínűsége megnő
- pupilla összeszűkül, kevesebb fényt engedve át
- csarnokvíz konzisztenciája megváltozik, homályos látást okozva
- a retina megváltozik, késleltetve érzékeli a fényváltozásokat, gyengébb a fényerősség tűrés
- szemcsarnok előkamrájában történt változások hatására növekedhet a csarnokvíz nyomása, amely glaucoma (zöld hályog) kialakulásához vezethet

#### Hallás

- fülkagyló rugalmatlanabb, szőrzet a fülben megvastagodik, sorvadás alakul ki, fülzsír mennyisége megnő
- neuronok száma csökken, és a vérellátás gyengébb, csigaszövege leépül, és a hallócsontocskák degenerálódnak
- kialakul az időskori halláscsökkenés /presbycusia , először a magas frekvenciájú hangok érzékelése szűnik meg
- A sérülés, trauma magas kockázata. Társadalmi elszigeteltség. Az önbecsülés zavara.

#### *Szaglás*

- ízlelőbimbók száma csökken, ízlelőérzékenységük gyengül
- szükségesnél kevesebb táplálék fogyasztása

#### *Orr*

- orrban lévő receptorok megváltozása a szaglóérzék csökkenéséhez vezet

#### *Mozgásérzékelés*

- csökkent helyzetérzés, egyensúly- és koordinációs problémát okoz, sérülés és trauma kockázata megnő

#### **Immunrendszer**

- növekedik az autoantitestek száma, amely növeli az autoimmun megbetegedések előfordulási arányát
- fertőzések magas kockázata

#### **Endokrin rendszer**

- pancreas béta-sejtei késleltetik az inzulintermelést, vércukorszint megemelkedését okozza
- a pajzsmirigy változásai csökkentik az alapanyagcsere-értékét

#### **Pszichoszociális változások**

- a szeretet lény elvesztése halál, áthelyezés, válás, elidegenedés következtében
- kapcsolatok elvesztése a veszteségek miatt
- veszteség miatti szerepvesztés
- érzékelés károsodása miatt kialakuló szocializációs nehézségek
- egészségi állapot, a kapcsolatok és az anyagi helyzet változásaihoz való alkalmazkodás szüksége: társadalmi elszigeteltség, megváltozott szerepvállalás, megváltozott családi folyamatok, megváltozott szexuális szokások, bánkódás

## **6. Gondozás**

Az állam gondozása lehet anyagi (pl. pénzbeli juttatások, nyugdíj), lehet testi, lelki és szociális állapotnak megfelelő gondozás.

## Gondozás

Bizonyos betegség miatt veszélyeztetett személyeket és csoportokat megfigyelés alatt tartanak azért, hogy a betegségeket megelőzzék, gyógyítsák, vagy legalább az állapot romlást megakadályozzák. A gondozásban mindig a megelőzés szempontjai érvényesülnek.

### Gondozás feladata

Az eredményre törekvő gondozás jellemzője az aktivitás: nem várja be, amíg a káros tényezők hatása kialakul, hanem azokat időben észlelve megfelelő intézkedéseket hoz.

A gondozás nemcsak az egészségeseket, hanem a betegeket is védi, az állapot romlás megakadályozása miatt.

Az öregség regresszív (lelassuló) folyamata az embereket testi, lelki, szociális vonatkozásban nem beteggé, hanem veszélyeztetetté teszi.

### A hatékony gondozás elemei

Aktív felkutatás: felkutatni a veszélynek kitett csoportokat. Regisztrálni őket. Szükségleteiket felmérjük. A szolgáltatásokat hozzárendeljük a szükségletekhez. Itt nem áll meg a munka, ezt folyamatosan ellenőrizni kell. A folyamatos ellenőrzés a hatékony gondozás feltétele.

## 7. A komplex gondozás

Szociális gondoskodás: komplex tevékenység, mely célja egy-egy korcsoport, népréteg vagy problémákkal küzdő csoport életminőségének javítása, fenntartása, jogi eszközök és etikai szabályok adta lehetőségek kihasználásával. A szociális gondozás komplexitása, a gondozás céljainak és feladatainak megvalósulása érdekében, a segítségre szoruló bevonásával végzett különböző tevékenységek összessége, a gondozás elemeinek együttes gyakorlati végrehajtása.

### Szociális gondozás elemei

#### Előgondozás

A gondozási igények felmérése

A gondozott megismerése

A beköltözés, beilleszkedés elősegítése

Szociális gondozás a szociális gondoskodás egyénhez kötött, gyakorlati megvalósítása, az eszközök és módszerek szintjén.

Célja és feladata: A gondozás a szükségletekhez igazodó, személyre szabott segítségnyújtás, melynek mértékét, terjedelmét, gyakoriságát és formáját a segítségre szoruló egyén testi, lelki és szociális állapota határozza meg.

Fizikai ellátás	A szűkebb és tágabb környezet
	Élelmezés
	Ruházat (textília)
Egészségügyi ellátás	Egészségügyi alapápolási feladatok ellátása
	Rendszeres orvosi felügyelet
	Szakorvos ellátás
	Gyógyszer-és gyógyászati segédeszköz ellátás
	Kórházi ellátás
Mentálhigiénés gondozás (pszichés gondozás)	Mentális irányítás
	Egyéni bánásmód
	Társas kapcsolatok fenntartása, kiépítése
	A környezet ártalmainak megelőzése
Foglalkoztatás	Fizikai foglalkoztatás
	Szellemi- kulturális foglalkoztatás
	Érdek-képviselési fórumok igénybevétele
	Személyiségi jogok védelme

**Az idős személyek gondozásába bevonható szolgáltatások és intézmények, szabályozások:**

Az ellátás megtervezése során figyelembe kell venni a törvényi szabályokat és lehetőséget, valamint az ellátásra szoruló szükségleteit, egyéni adottságait.

**Törvényi lehetőségek**

- 1) 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról

**Alapszolgáltatások**

Házi segítségnyújtás

Házi segítségnyújtás keretében a szolgáltatást igénybe vevő személy saját lakókörnyezetében kell biztosítani az önálló életvitel fenntartása érdekében szükséges ellátást.

A házi segítségnyújtás keretében biztosítani kell:

az alapvető gondozási, ápolási feladatok elvégzését,

az önálló életvitel fenntartásában, az ellátott és lakókörnyezete higiénias körülményeinek megtartásában való közreműködést,

a veszélyhelyzetek kialakulásának megelőzésében, illetve azok elhárításában való segítségnyújtást.

A házi segítségnyújtást a szakvéleményben meghatározott napi gondozási szükségletnek megfelelő időtartamban, de legfeljebb napi 4 órában kell nyújtani. Ha a gondozási szükséglet a napi 4 órát meghaladja, a szolgáltatást igénylőt az intézményvezető tájékoztatja a bentlakásos intézményi ellátás igénybevételének lehetőségéről.

#### Falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatás

A falugondnoki, illetve tanyagondnoki szolgáltatás célja az aprófalvak és a külterületi vagy egyéb belterületi, valamint a tanyasi lakott helyek intézményhiányából eredő hátrányainak enyhítése, az alapvető szükségletek kielégítését segítő szolgáltatásokhoz, közszolgáltatáshoz, valamint egyes alapszolgáltatásokhoz való hozzájutás biztosítása, továbbá az egyéni, közösségi szintű szükségletek teljesítésének segítése.

#### Étkeztetés

Az étkeztetés keretében azoknak a szociálisan rászorultaknak a legalább napi egyszeri meleg étkezéséről kell gondoskodni, akik azt önmaguk, illetve eltartottaik részére tartósan vagy átmeneti jelleggel nem képesek biztosítani, különösen

- a) koruk,
  - b) egészségi állapotuk,
  - c) fogyatékoságuk, pszichiátriai betegségük,
  - d) szenvedélybetegségük, vagy
  - e) hajléktalanságuk
- miatt.

### Családsegítés

A családsegítés a szociális vagy mentálhigiénés problémák, illetve egyéb krízishelyzet miatt segítségre szoruló személyek, családok számára az ilyen helyzethez vezető okok megelőzése, a krízishelyzet megszüntetése, valamint az életvezetési képesség megőrzése céljából nyújtott szolgáltatás.

A családsegítés keretében biztosítani kell

- a szociális, életvezetési és mentálhigiénés tanácsadást,
- az anyagi nehézségekkel küzdők számára a pénzügyi, természetbeni ellátásokhoz, továbbá a szociális szolgáltatásokhoz való hozzájutás megszervezését,
- a családgondozást, így a családban jelentkező működési zavarok, illetve konfliktusok megoldásának elősegítését,
- közösségfejlesztő, valamint egyéni és csoportos terápiás programok szervezését,
- a tartós munkanélküliek, a fiatal munkanélküliek, az adósságterhekkel és lakhatási problémákkal küzdők, a fogyatékosokkal élő, a krónikus betegek, a szenvedélybetegek, a pszichiátriai betegek, a kábítószer-problémával küzdők, illetve egyéb szociálisan rászorult személyek és családtagjaik részére tanácsadás nyújtását,
- a családokon belüli kapcsolaterősítést szolgáló közösségépítő, családterápiás, konfliktuskezelő mediációs programokat és szolgáltatásokat, valamint a nehéz élethelyzetben élő családokat segítő szolgáltatásokat.

### Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás

A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás a saját otthonukban élő, egészségi állapotuk és mivel önmaga ellátására képtelen, emiatt állandó jelleggel felügyeletre szorul, a házi segítségnyújtás, nem a szükségleteknek megfelelő ellátási forma. Szociális helyzetük miatt rászoruló, a segélyhívó készülék megfelelő használatára képes időszerű, vagy fogyatékos személyek, illetve pszichiátriai betegek részére az önálló életvitel fenntartása mellett felmerülő krízishelyzetek elhárítása céljából nyújtott ellátás.

### Közösségi ellátások

Közösségi ellátások a pszichiátriai, illetve a szenvedélybetegek részére nyújtott közösségi alapellátás, valamint a szenvedélybetegek részére nyújtott (3) bekezdés szerinti alacsonyküszöbű ellátást foglalja magába.

A pszichiátriai, illetve a szenvedélybetegek részére a közösségi alapellátás keretében biztosítani kell :

- a lakókörnyezetben történő segítségnyújtást az önálló életvitel fenntartásában,
- a meglévő képességek megtartását, illetve fejlesztését,
- a háziorvossal és a kezelőorvossal való kapcsolattartás révén a szolgáltatást igénybe vevő állapotának folyamatos figyelemmel kísérését,
- a pszichoszociális rehabilitációt, a szociális és mentális gondozást,



- az orvosi vagy egyéb terápiás kezelésen, szolgáltatásban, szűrővizsgálaton való részvétel ösztönzését és figyelemmel kísérését,
- megkereső programok szervezését az ellátásra szoruló személyek elérése érdekében.

#### Utcai szociális munka

Az utcai szociális munka keretében biztosítani kell, az utcán tartózkodó hajléktalan személy helyzetének, életkörülményeinek figyelemmel kísérésének, szükség esetén ellátásának kezdeményezését, illetve az ellátás biztosításához kapcsolódó intézkedés megtételét.

#### Támogató szolgáltatás

A támogató szolgáltatás célja a fogyatékos személyek lakókörnyezetben történő ellátása, elsősorban a lakáson kívüli közszolgáltatások elérésének segítése, valamint életvitelük önállóságának megőrzése mellett a lakáson belüli speciális segítségnyújtás biztosítása révén.

#### Nappali ellátás

A nappali ellátás hajléktalan személyek és elsősorban a saját otthonukban élő, a) tizennyolcadik életévüket betöltött, egészségi állapotuk vagy idős koruk miatt szociális és mentális támogatásra szoruló, önmaguk ellátására részben képes személyek b) tizennyolcadik életévüket betöltött, fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelést nem igénylő pszichiátriai betegek, illetve szenvedélybetegek vehetik igénybe.

#### **Szakosított ellátási formák**

Ha az életkoruk, egészségi állapotuk, valamint szociális helyzetük miatt a rászorult személyekről az alapszolgáltatások keretében nem lehet gondoskodni, a rászorultakat állapotuknak és helyzetüknek megfelelő szakosított ellátási formában kell gondozni.

#### Ápolást, gondozást nyújtó intézmények

Az önmaguk ellátására nem, vagy csak folyamatos segítséggel képes személyek napi legalább háromszori étkeztetéséről, szükség szerint ruházattal, illetve textíliával való ellátásáról, mentális gondozásáról, a külön jogszabályban meghatározott egészségügyi ellátásáról, valamint lakhatásáról (a továbbiakban: teljes körű ellátás) az ápolást, gondozást nyújtó intézményben kell gondoskodni, feltéve, hogy ellátásuk más módon nem oldható meg.

Ápolást, gondozást nyújtó intézmény az idősek otthona, a pszichiátriai betegek otthona, a szenvedélybetegek otthona, a fogyatékos személyek otthona, valamint a hajléktalanok otthona.

Az idősek otthonában a 4 órát meghaladó gondozási szükséglettel rendelkező, de rendszeres fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelést nem igénylő, a rá irányadó öregségi nyugdíjkorhatárt betöltött személy látható el.

A pszichiátriai betegek otthonába az a krónikus pszichiátriai beteg vehető fel, aki az ellátás igénybevételének időpontjában nem veszélyeztető állapotú, akut gyógyintézeti kezelést nem igényel, és egészségi állapota, valamint szociális helyzete miatt önmaga ellátására segítséggel sem képes. Azon ellátást igénylő, akinek a kezelőorvos által meghatározott alapbetegsége

- időskori vagy egyéb szellemi leépülés,
- súlyos antiszociális, közösségi együttélésre képtelen személyiségzavar,
- szenvedélybetegség,

csak abban az esetben vehető fel a pszichiátriai betegek otthonába, ha az intézmény az alapbetegségével összefüggésben is szolgáltatást képes nyújtani számára.

A pszichiátriai betegek otthonába történő felvételhez a területileg illetékes pszichiátriai gondozó szakorvosának, illetve – amennyiben az ellátás igénylése időpontjában kórházi kezelésben részesül – a fekvőbeteg-gyógyintézet pszichiátriai osztálya vezetőjének – az intézménybe történő felvételt megelőző – három hónapnál nem régebbi szakvéleménye szükséges.

#### Rehabilitációs intézmények

A rehabilitációs intézmény a bentlakók önálló életvezetési képességének kialakítását, illetve helyreállítását szolgálja.

Rehabilitációs intézmény: a pszichiátriai betegek, rehabilitációs intézménye.

Pszichiátriai betegek, illetve szenvedélybetegek rehabilitációs intézményében azt a 18. életévét betöltött pszichiátriai beteget, illetve 16. életévét betöltött szenvedélybeteget kell ellátni, aki rendszeres vagy akut gyógyintézeti kezelésre nem szorul és utógondozására nincs más mód.

#### Átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények

Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények – a hajléktalanok éjjeli menedékhelye és átmeneti szállása kivételével – ideiglenes jelleggel legfeljebb egyévi időtartamra teljes körű ellátást biztosítanak.

Az átmeneti elhelyezés különös méltánylást érdemlő esetben az intézmény orvosa szakvéleményének figyelembe vételével egy alkalommal, egy évvel meghosszabbítható.

Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények típusai:

- pszichiátriai betegek átmeneti otthona;

A pszichiátriai betegek átmeneti otthonában az a pszichiátriai beteg helyezhető el, akinek ellátása átmenetileg más intézményben vagy a családjában nem oldható meg, viszont tartós bentlakásos intézményi elhelyezése vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelése nem indokolt.

#### Lakóotthonok

A lakóotthon olyan nyolc-tizenkettő, a külön jogszabályban meghatározott esetben tizennégy pszichiátriai beteget vagy fogyatékos személyt – ideértve az autista személyeket is, illetőleg szenvedélybeteget befogadó intézmény, amely az ellátást igénybevevő részére életkorának, egészségi állapotának és önellátása mértékének megfelelő ellátást biztosít.

A lakóotthonok típusai a következők:

- pszichiátriai betegek lakóotthona;
- pszichiátriai, illetve szenvedélybetegek lakóotthona esetében rehabilitációs célú lakóotthon.

### 8. Gondozási szükséglet vizsgálat szabályainak változásáról

A gondozási szükséglet vizsgálatokkal kapcsolatos változásokról szóló összefoglalója:

#### **Jogszabályok**

2010. évi LXXXIX. törvény egyes egészségügyi és szociális tárgyú törvények módosításáról  
Megjelent: Magyar Közlöny 2010/131. (VIII. 12.) <http://www.magyarokozlony.hu/pdf/7946>  
Hatályos: 2010. 08. 17.

229/2010. (VIII. 16.) Korm. rendelet egyes szociális tárgyú kormányrendeletek módosításáról  
Megjelent: Magyar Közlöny 2010/133. (VIII. 16.) <http://www.magyarokozlony.hu/pdf/7966>  
Hatályos: 2010. 08. 17.

8/2010. (IX. 3.) NEFMI rendelet az egyes szociális tárgyú miniszteri rendeletek módosításáról  
Megjelent: Magyar Közlöny 2010/140. (IX. 03.) <http://www.magyarokozlony.hu/pdf/7980>  
Hatályos: 2010. 09.03.

Az egyes egészségügyi és szociális tárgyú törvények módosításáról 2010. évi LXXXIX. törvény több ponton módosította a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvényt (továbbiakban: Szt.). A módosítások közül az egyik legfontosabb a gondozási szükségletvizsgálat szabályainak módosítása, annak intézményvezetői hatáskörbe való helyezése. Az Szt. módosítás az egyes egészségügyi és szociális tárgyú törvények módosításáról 2010. évi LXXXIX. törvény kihirdetését követő 5. napon, azaz 2010. augusztus 17-én lép hatályba.

A gondozási szükséglet vizsgálattal összefüggésben az alábbi kormányrendeletek is módosultak 229/2010. (VIII. 16.) Korm. rendelet által:

- A szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatók, intézmények ágazati azonosítójáról és országos nyilvántartásáról szóló 226/2006. (XI. 20.) Korm. rendelet
- Az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézetről, valamint eljárásának részletes szabályairól szóló 213/2007. (VIII. 7.) Korm. rendelet
- A személyes gondoskodás igénybevételével kapcsolatos eljárásokban közreműködő szakértőkre, szakértői szervekre vonatkozó részletes szabályokról szóló 340/2007. (XII. 15.) Korm. rendelet

A kormányrendeletek módosítása – az Szt. módosítással egy időben – 2010. augusztus 17-én lép hatályba.

A gondozási szükséglet vizsgálattal összefüggésben az alábbi miniszteri rendeletek is módosultak 8/2010. (IX. 3.) NEFMI rendelet által:

az egyes szociális tárgyú miniszteri rendeletek módosításáról

- A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről szóló 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet
- A gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet

A miniszteri rendeletek módosítása a kihirdetésükkel egy időben 2010. szeptember 03-án lép hatályba.

#### **A házi segítségnyújtás szolgáltatást érintő változások**

Az Szt. 63. § (4) bekezdése módosult. A házi segítségnyújtás esetében a gondozási szükségletet az intézményvezető, ennek hiányában a jegyző által felkért szakértő végzi el a szolgáltatás iránti kérelem alapján.

Ha a helyi önkormányzat vagy a társulás a házi segítségnyújtást szakfeladatként nyújtja, a szolgáltatást igénylő személy lakóhelye, tartózkodási helye szerint illetékes települési önkormányzat jegyzője (a továbbiakban: jegyző) a személyes gondoskodásban közreműködő szakképzett szociális gondozót vagy vezető gondozót kér fel szakértőnek.(340/2007. (XII. 15.) Korm. rendelet módosított 2. § (1) bekezdése)

Ha nincs olyan szolgáltató, intézmény, amely a településen házi segítségnyújtást biztosít, a szolgáltatást igénylő személy (törvényes képviselője) a jegyzőnél kérheti a gondozási szükséglet megállapítását. A jegyző – a kérelem beérkezését követő tizenöt napon belül – a szakképzett szociális gondozókra vagy vezető gondozókra jogszabályban (a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet 3. számú melléklete 2. pontjában meghatározott képesítés) meghatározott képzettséggel rendelkező személyt kér fel szakértőnek, aki a vizsgálatot a felkérést követő harminc napon belül végzi el. (340/2007. (XII. 15.) Korm. rendelet módosított 2. § (2) bekezdése)

Amennyiben az intézményvezető végzi a gondozási szükséglet vizsgálatot, akkor az egyszerűsített előgondozás során kell a gondozási szükséglet vizsgálatot elvégezni.

Módosultak a 8/2010. (IX. 3.) NEFMI rendelet által a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről szóló 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet egyszerűsített előgondozásra vonatkozó szabályai a házi segítségnyújtás esetében. Házi segítségnyújtás esetében az egyszerűsített előgondozás a szolgáltatást igénylőnek a szolgáltatással kapcsolatos tájékoztatásából áll. Az egyszerűsített előgondozás során kell elvégezni a gondozási szükséglet vizsgálatát. Az egyszerűsített előgondozást érintő változások 2010. szeptember 3-ától hatályosak. (9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet 4. § módosított (5) bekezdése)

A jogorvoslatról részletesen a 340/2007. (XII. 15.) Korm. rendelet rendelkezik. A jogorvoslat esetei az alábbiak attól függően, hogy ki végezte a gondozási szükséglet vizsgálatát:

1. Intézményvezető által végzett gondozási szükséglet vizsgálat  
Ha a szolgáltató, vagy intézmény vezetője végzi a gondozási szükséglet vizsgálatát és a szolgáltatást igénylő személy (törvényes képviselője) a gondozási szükséglet vizsgálatának eredményét vitatja, a gondozási szükséglet felülvizsgálatát az ellátási kérelemről szóló döntésnek az Szt. 94/A. § (3) bekezdése vagy az Szt. 94/D. § (2) bekezdése szerinti felülvizsgálata során, egyéb esetben a szociális szolgáltatás iránti kérelemről szóló döntés meghozatalát megelőzően a fenntartónál kérheti. A fenntartó a felülvizsgálatba köteles bevonni olyan személyt, aki rendelkezik a szakképzett szociális gondozókra vagy vezető gondozókra jogszabályban meghatározott képzettséggel, és a gondozási szükséglet vizsgálatában nem vett részt. (340/2007. (XII. 15.) Korm. rendelet módosított 2. § (3) bekezdése)

2. Jegyző által kijelölt szakértő által végzett gondozási szükséglet vizsgálat  
Ha a jegyző által kijelölt szakértő végzi a gondozási szükséglet vizsgálatot és a szolgáltatást igénylő személy (törvényes képviselője) a gondozási szükséglet vizsgálatának eredményét vitatja, a gondozási szükséglet felülvizsgálatát – a gondozási szükségletről kiállított igazolás kézhezvételét követő nyolc napon belül – a jegyzőnél kezdeményezheti. A jegyző – a kérelem beérkezését követő öt napon belül – a szakképzett szociális gondozókra vagy vezető gondozókra jogszabályban meghatározott képzettséggel rendelkező másik szakértőt kér fel, aki öt napon belül elvégzi a gondozási szükséglet felülvizsgálatát. (340/2007. (XII. 15.) Korm. rendelet módosított 2. § (4) bekezdése)

Hatályát veszti az Szt. 63. § (8) bekezdése által az a rendelkezés, amely szerint, ha a szolgáltatást igénylő személy egészségi állapota vagy személyes körülményei a szolgáltatás átmeneti jellegű vagy halaszthatatlan biztosítását teszik szükségessé, a házi segítségnyújtás az intézményvezető döntése alapján legfeljebb három hónapos időtartamra a gondozási szükséglet vizsgálata nélkül is nyújtható.

Pontosításra került a házi segítségnyújtás biztosítására vonatkozó szabály az Szt. 63. § (7) bekezdésében: új elem, hogy szabályozásra kerül a 4 órán túli gondozási szükséglettel rendelkezők esetében a szolgáltatásnyújtás maximális időtartama.

A házi segítségnyújtást a megállapított napi gondozási szükségletnek megfelelő időtartamban, de legfeljebb napi 4 órában kell nyújtani. Ha a gondozási szükséglet a napi 4 órát meghaladja, a szolgáltatást igénylőt az intézményvezető, ennek hiányában a jegyző által felkért szakértő tájékoztatja a bentlakásos intézményi ellátás igénybevételének lehetőségéről, ebben az esetben a szolgáltatást igénylő az intézményi elhelyezés időpontjáig napi 4 órában történő házi segítségnyújtásra jogosult.

Módosultak a 8/2010. (IX. 3.) NEFMI rendelet által a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről szóló 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet alapszolgáltatások igénybevételére vonatkozó szabályai a házi segítségnyújtás vonatkozásában.

A házi segítségnyújtást igénylőnek a kérelemben (az 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet 1. számú melléklet 3.2. pontjában) feltüntetett, a szolgáltatás gyakoriságára vonatkozó igényét az Szt. 63. § (7) bekezdésének keretei között kell figyelembe venni (Azaz, a házi segítségnyújtást a megállapított napi gondozási szükségletnek megfelelő időtartamban, de legfeljebb napi 4 órában kell nyújtani.

Ha a gondozási szükséglet a napi 4 órát meghaladja, a szolgáltatást igénylőt az intézményvezető, ennek hiányában a jegyző által felkért szakértő tájékoztatja a bentlakásos intézményi ellátás igénybevételének lehetőségéről, ebben az esetben a szolgáltatást igénylő az intézményi elhelyezés időpontjáig napi 4 órában történő házi segítségnyújtásra jogosult.). Ha a szolgáltatást igénybe vevő nem igényli a gondozási szükséglet vizsgálatáról kiállított igazolás szerinti napi óraszámnak megfelelő időtartamú házi segítségnyújtást, a szolgáltatást az általa igényelt időtartamban kell nyújtani.

Új szabály, hogy a szolgáltatást igénybe vevő személy a gondozási szükséglet vizsgálatáról kiállított igazolás szerinti, vagy az általa igényelt, annál alacsonyabb napi óraszámnak megfelelő időtartamú házi segítségnyújtást hetente – a hét egy vagy több napjára – összevontan is igénybe veheti. Az igénybevételt érintő változások 2010. szeptember 3-ától hatályosak. (9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet módosított 19. §)

### **Idősek otthonait érintő változások**



Az idősek otthona esetében módosult az Szt. 68/A. §-a, szintén intézményvezetői hatáskörbe kerül át a gondozási szükséglet vizsgálat. Az időotthoni ellátás iránti kérelem alapján az intézményvezető végzi el az ellátást igénylő gondozási szükségletének vizsgálatát. Beutaló határozat esetében a vizsgálatot a beutaló szerv kezdeményezi a határozat hozatalát megelőzően az intézményvezetőnél. Az intézményvezető a gondozási szükséglet jogszabályban meghatározottak szerint megvizsgálja és megállapítja a napi gondozási szükséglet mértékét, továbbá a jogszabály szerinti körülmények fennállását. Módosultak a 8/2010. (IX. 3.) NEFMI rendelet által a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről szóló 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet előgondozásra vonatkozó szabályai az időotthoni ellátás esetében gondozási szükséglet vizsgálatával összefüggésben.

Előgondozást kell végezni bentlakásos intézményi elhelyezés előtt, az éjjeli menedékhely és a hajléktalan személyek átmeneti szállása kivételével. Időotthoni ellátás esetében a) az előgondozás I. szakasza az 9/1999 (IX.24.) SzCsM rendelet 5. § (2) bekezdése szerinti, az ellátott, illetve törvényes képviselője részére szóló tájékoztatásból áll, b) az előgondozás I. szakaszában kell elvégezni a gondozási szükséglet vizsgálatát, kivéve a 9/1999 (IX.24.) SzCsM rendelet 7. § (2) bekezdés szerinti beutaló határozattal történő felvétel esetét, c) az előgondozás II. szakaszát a gondozási szükséglet megállapítását követően kell elvégezni.

Az előgondozást érintő változások 2010. szeptember 3-ától hatályosak. (9/1999 (IX.24.) SzCsM rendelet 4. § módosított (2) bekezdése)

Időotthoni ellátás napi 4 órát meghaladó vagy a jogszabályban meghatározott egyéb körülményeken alapuló gondozási szükséglet megállapítása esetén nyújtható.

A jogorvoslatról részletesen a 340/2007. (XII. 15.) Korm. rendelet rendelkezik. Ha a szolgáltató, vagy intézmény vezetője végzi a gondozási szükséglet vizsgálatát és a szolgáltatást igénylő személy (törvényes képviselője) a gondozási szükséglet vizsgálatának eredményét vitatja, a gondozási szükséglet felülvizsgálatát az ellátási kérelemről szóló döntésnek az Szt. 94/A. § (3) bekezdése vagy az Szt. 94/D. § (2) bekezdése szerinti felülvizsgálata során, egyéb esetben a szociális szolgáltatás iránti kérelemről szóló döntés meghozatalát megelőzően a fenntartónál kérheti. A fenntartó a felülvizsgálatba köteles bevonni olyan személyt, aki rendelkezik a szakképzett szociális gondozókra vagy vezető gondozókra jogszabályban meghatározott képzettséggel, és a gondozási szükséglet vizsgálatában nem vett részt. (340/2007. (XII. 15.) Korm. rendelet módosított 2. § (3) bekezdése)

Ha az időotthoni ellátást igénylő személy gondozási szükséglete fennáll, de nem haladja meg a napi 4 órát, és az időotthoni elhelyezést a jogszabályban meghatározott egyéb körülmények sem indokolják, az intézményvezető tájékoztatást ad a házi segítségnyújtás igénybevételének lehetőségéről.

Hatályát veszti az Szt. 68/B.§-a, amely a szolgáltatás halaszthatatlan, gondozási szükséglet vizsgálat nélküli biztosításáról és annak részletszabályairól rendelkezett.

Változik az idősek otthona szolgáltatás esetében a jelentési kötelezettség tartalma. A 226/2006. (XI. 20.) Korm. rendelet 5. számú mellékletének 2.1.1.4. pontjában a „szakvéleménnyel” szövegrész helyébe a „szakvéleménnyel vagy gondozási szükségletéről kiállított igazolással” szöveg lép, annak megfelelően, hogy az intézményvezető nem szakvéleményt, hanem igazolást állít ki.

Módosult a 8/2010. (IX. 3.) NEFMI rendelet által a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről szóló 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet 1. számú mellékletében lévő kérelem nyomtatvány a gondozási szükséglet szabályainak és az egyszerűsített foglalkoztatás szabályainak változásával összhangban. A kérelem „A” részének 2.4. pontja helyébe bekerülnek idősek otthona esetében az Szt. 68/A. § (3) bekezdése szerinti gondozási szükségletet meghatározó egyéb körülmények, amelyeket a 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 4. § (1) bekezdése szabályoz részletesen.

A kérelem „A” része kiegészült egy 3.8. ponttal, amely a gondozási szükségletet vizsgálat során a gondozási szükséglet megítélését szolgáló, valamint az egyéb körülmények fennállásának igazolásához szükséges, bemutatandó dokumentumok körét határozza meg. A kérelmet érintő változások 2010. szeptember 3-ától hatályosak. (9/1999 (IX.24.) SzCsM rendelet módosított 1. számú melléklete)

#### **Eljárási rendelkezések közös szabályai**

Az egyes egészségügyi és szociális tárgyú törvények módosításáról szóló 2010. évi LXXXIX. törvény hatálybalépésének napját (azaz 2010. augusztus 17-ét) megelőző napon folyamatban lévő, gondozási szükséglet megállapítására irányuló eljárásokat, valamint azok felülvizsgálatát az akkor hatályos szabályok alapján kell lefolytatni. A rendelet hatályba lépését megelőzően az ORSZI által kiadott szakvélemények továbbra is felhasználhatók a gondozási szükséglet újabb vizsgálata nélkül. (213/2007. (VIII. 7.) Korm. rendelet 16. § (5) bekezdés)

Az igazolás kiállításától számított egy évig a gondozási szükséglet vizsgálatát csak akkor kell elvégezni, ha a benyújtott iratokból megállapítható, hogy a szolgáltatást igénylő személy gondozási szükségletében vagy a gondozási szükségletet megalapozó egyéb körülményeiben lényeges változás következett be. (340/2007. (XII. 15.) Korm. rendelet módosított 2. §-ának (5) bekezdése)

A gondozási szükséglet vizsgálatáért, felülvizsgálatáért a szolgáltatást igénylő személytől és törvényes képviselőjétől térítés nem kérhető. (340/2007. (XII. 15.) Korm. rendelet módosított 2. §-ának (6) bekezdése)

Az egyes egészségügyi és szociális tárgyú törvények módosításáról szóló 2010. évi LXXXIX. törvény hatálybalépésének napját (azaz 2010. augusztus 17-ét) megelőző napon folyamatban lévő, gondozási szükséglet megállapítására irányuló eljárásokat, valamint azok felülvizsgálatát az akkor hatályos szabályok alapján kell lefolytatni. Az 2010. augusztus 17-ét megelőzően kiadott szakvélemények továbbra is felhasználhatók a gondozási szükséglet újabb vizsgálata nélkül. (340/2007. (XII. 15.) Korm. rendelet módosított 11. § (2) bekezdése)

Módosult a 8/2010. (IX. 3.) NEFMI rendelet által a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet. A rendelet módosítása 2010. szeptember 03-ától hatályos.

A miniszteri rendeletben az Szt. módosításának és az ORSZI-tól való hatáskör elvonásnak megfelelően a rendeletben módosításra kerülnek a gondozási szükséglet vizsgálat elvégzésének szabályai.

Az igénylőnek vagy törvényes képviselőjének a gondozási szükséglet vizsgálatához be kell mutatnia a gondozási szükséglet megítélését szolgáló, rendelkezésre álló leletek és szakvélemények másolatát vagy a 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 4. § szerinti, gondozási szükséglet egyéb körülmények alapján való fennállását bizonyító igazolásokat. (36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet módosított 3. § (1) bekezdés)

Az igazolások beszerzésében a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről szóló miniszteri rendelet szerinti előgondozást végző személy segítséget nyújt az ellátást igénylőnek. (36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 4. § módosított (3) bekezdés)

A gondozási szükséglet vizsgálata a 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 3. számú melléklete szerinti értékelő adatlapon történik. A vizsgálat eredményéről a 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 4. számú melléklete szerinti igazolást kell kiállítani. Az értékelő adatlap másolatát és az igazolás egy példányát a vizsgálat elvégzését követően át kell adni az igénylőnek és törvényes képviselőjének. (36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet módosított 3. § (2) bekezdés)

A gondozási szükséglet vizsgálatról nem szakvélemény, hanem igazolás kerül kiállításra összhangban a vizsgálat intézményvezetői hatáskörbe történő helyezésével. Az igazolás szöveg átvezetésre kerül a 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 4. § (4) bekezdésében, 5. §-ában.

Az módosított Szt. 63. §-ára való hivatkozás átvezetésre került a 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 1. § B) pontjában.

Hatályát veszti a 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 6. § (3)-(4) bekezdése, amely a korábbi szabályok szerinti hatályba léptető és átmeneti rendelkezéseket tartalmazta, valamint a 2. számú melléklete, amely az ORSZI, illetve a jegyző bizottság fele benyújtandó gondozási szükséglet vizsgálat iránti kérelem formai és tartalmi követelményeit tartalmazta.

Módosult a 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 4. számú melléklete, amely a gondozási szükséglet vizsgálatról szakvélemény mintája helyett a továbbiakban az igazolás megállapításának és felülvizsgálatának mintájaként funkcionál. Házi segítségnyújtás esetében az intézményvezető, illetve a jegyző által felkért szakértő, idősek otthona esetében az intézményvezető állítja ki az igazolást.

A gondozási szükséglet vizsgálat szempontjairól rendelkező (pontosítást tartalmazó) 3. számú melléklet nem változott jelen módosítási csomagban.

### **Jogszabályok a 2010. augusztus 17-i időállapotban:**

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról

213/2007. (VIII. 7.) Korm. rendelet az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézetéről, valamint eljárásának részletes szabályairól

340/2007. (XII. 15.) Korm. rendelet a személyes gondoskodás igénybevételével kapcsolatos eljárásokban közreműködő szakértőkre, szakértői szervekre vonatkozó részletes szabályokról

### **Jogszabályok a 2010. szeptember 03-i időállapotban:**

8/2010. (IX.3.) NEFMI rendelet egyes szociális tárgyú miniszteri rendeletek módosításáról

9/1999. (XI.24.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről

36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól

### **Nyomtatványok:**

2010. szeptember 03-án módított KÉRELEM nyomtatvány

Igazolás gondozási szükséglet vizsgálatról

## **9. A rehabilitáció fogalma, fajtái**

Rehabilitáción azt a szervezett tevékenységet értjük, amelyet a társadalom biztosít a huzamosan vagy véglegesen fogyatékos vagy rokkant embereknek, hogy megmaradt képességeikkel ismét elfoglalhassák helyüket a közösségben.

A rehabilitáció orvosi, nevelési, foglalkoztatási és szociális intézkedések tervszerű, együttes és összehangolt, az egyénre szabott alkalmazása, amelyben a rehabilitálandó ember tevőleges részvétele nélkülözhetetlen.

Orvosi rehabilitáción értjük azt a tevékenységet, amelyet az orvostudomány saját eszközeivel (diagnosztika, terápia, prevenció, gondozás) nyújt a fogyatékos és rokkant embereknek, hogy meglévő képességeik kifejlesztésével önállóságukat részben vagy egészében visszanyerjék és képessé váljanak a családba, munkahelyre, társadalomba való beilleszkedésre. Lényege tehát a meglévő funkciók és a teljesítőképeség pontos megítélése, kompenzatorikus fejlesztése és tréningje.

A szociális modell tehát hangsúlyozza, hogy nem a fogyatékoság vagy rokkantság az, ami megakadályozza az embereket, hogy elérjék a kívánt vagy megcélzott életvitelt és életminőséget, hanem a beszűkítő környezeti tényezők és az akadályozó korlátok.

Vagyis a mindenkori társadalom szerkezetéből eredeztethető diszkrimináció, ami kirekesztéshez vezet.

A szociális modell tehát egyre szélesedő tevékenységet jelöl ki a rehabilitáció számára, aminek célja a sérült, akadályozott, fogyatékos ember aktív és alkotó részvétele a társadalom életében a lehető legnagyobb önállóság és függetlenség elérése vagy megtartása mellett, s ezzel párhuzamosan a társadalom felkészítése az akadályozott emberek befogadására.

A rehabilitáció komplexitása, folyamat jellege

A rehabilitáció: „az egészségügyi, mentálhigiénés, oktatási, képzési, átképzési, foglalkoztatási, szociális rendszerekben megvalósuló folyamat, amelynek célja a fogyatékos személy képességeinek fejlesztése, a társadalmi életben való részvételének szinten tartása, valamint önálló életvitelének elősegítése.

Komplex szemléletet jelent, ami csak a különböző szakterületek és szakemberek együttműködésének megvalósítása esetén nyer gyakorlati értelmet, hozza létre azt a komplex gyakorlatot, ahol minden tevékenység a rehabilitációs célra, vagyis a sérült, akadályozott, fogyatékos ember megsegítésére és a társadalomra irányul a minél teljesebb beilleszkedés érdekében. Nem egyirányú folyamatról van szó, hanem az egyes területek mind-mind egy közös cél érdekében munkálkodnak: a társadalmi integráció felé, és a tevékenységek egyaránt irányulnak a sérült, akadályozott emberre és az őt befogadó társadalomra. Ez a körkörös-kölcsönösen ható folyamat alkot egy közös rehabilitációs programot.

#### **A rehabilitációs szolgáltatások főbb elvei, célkitűzései**

- jelenlét: az akadályozott embereknek is ott kell élniük, dolgozniuk és szabadidejüket eltölteniük, ahol a társadalom többi tagja él, dolgozik, szórakozik, életkori sajátosságaiknak megfelelően részt kell venniük a társadalom mindennapi életében, s ehhez a szolgáltatásokat a lakóhelyhez minél közelebb kell biztosítani;
- választás és autonómia: a szolgáltatásoknak ki kell alakítani a választás lehetőségét, támogatni kell az akadályozott ember képességeit és tudatos döntéseit; ehhez természetesen minden információt biztosítani kell a sérült ember és hozzátartozói számára, hogy azok birtokában hozhassák meg a nekik leginkább megfelelő rövidebb vagy hosszabb távú döntéseket;
- kompetencia: a szolgáltatásoknak folyamatosan segíteni kell az emberek új képességeinek kialakulását, és ennek fényében újabb és újabb felelőségek felvállalását; csak a megfelelő kompetenciák kialakításával jöhet létre a szükséges autonómia, ami egyben a felelősségvállalásnak is előfeltétele;
- társadalmi státus: a fogyatékossgal élő embereket gyakran megbélyegzik, a szolgáltatásoknak azon kell fáradozniuk, hogy erősítsék pozitív megítélésüket a társadalomban;
- participáció (részvétel):

### A rehabilitáció célja

1. Önálló életvitel kialakítása
2. Társadalmi integráció
3. A társadalom hasznos tagjává válás
4. Esélyegyenlőség-társadalmi befogadás megteremtése

### A rehabilitáció szinterei

- Rehabilitáció kórházi és otthoni környezetben:
- Egészségügyi rehabilitáció
- Szociális rehabilitáció
- Képzési rehabilitáció
- Foglalkozási rehabilitáció

### Egészségügyi rehabilitáció

Az a tevékenység, amelyet az orvostudomány saját eszközeivel nyújt a fogyatékos és rokkant embereknek, hogy meglévő képességeik kifejlesztésével önállóságukat részben vagy egészében visszanyerjék, és képessé váljanak a családba, munkahelyre, társadalomba való beilleszkedésre.

Lényege: a meglévő funkciók és teljesítőképesség pontos megítélése, kompenzatorikus fejlesztése és tréningje.

Rehabilitációs team minimális személyi összetétele:

- rehabilitációs szakorvos
- pszichológus
- gyógytornász
- foglalkoztató terápiás szakember
- szakápoló
- szociális munkás

Az egészségügyi rehabilitáció történhet egészségügyi rehabilitációs otthonban, háziorvosi szolgálat bevonásával, valamint otthonápolási szolgálat igénybevételével.

### Szociális rehabilitáció

- A kórházi szociális munkás és a települési szociális és egészségügyi ellátórendszer között kapcsolatfelvétel még a hazabocsátás előtt.
- Lakókörnyezet átalakítása: akadálymentesítés, gk. átalakítás – MEOSZ
- Pénzbeli- és természetbeni ellátások igénylése: FOT, rokkant nyugdíj, ápolási díj-hozzá tartozó részére, közgyógy-igazolvány igénylés, közlekedési támogatás, energiafelhasználási támogatás,...



- Lakóhelyen működő szociális alapszolgáltatást biztosító intézmények bekapcsolódása a team munkába, mint az utógondozást végző – helyi ismeretekkel, kompetenciával rendelkező szakemberek, intézmények, szolgáltatások:
  - Étkeztetés,
  - Családsegítés,
  - Támogató szolgálat,
  - Falu- tanyagondnoki szolgálat
  - Házi segítségnyújtás,
  - Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás,
  - Nappali ellátást végző intézmények
  - Ha a fogyatékkal élő személy ellátása a szociális alapszolgáltatások igénybevétele mellett nem biztosítható, szükségletehiánya nem oldódik meg, a szociális szakosított ellátásokat biztosító intézmények szolgáltatásait veheti igénybe:
    - Ápolást-gondozást nyújtó intézmények- fogyatékkal élők otthona
    - Átmeneti gondozást biztosító intézmények- fogyatékkal élő személyek gondozóháza (1 év)
    - Rehabilitációs intézmények- fogyatékkal élő személyek rehabilitációs intézménye
    - Lakóotthonok- fogyatékkal élő személyek lakóotthona

Az alábbi két rehabilitációs elemnek, a geriátriai gondozás során nem feltétlenül van lényegi értelme, de előfordulhat. A gondozás témakörén belül így említést érdemel.

### **Képzési rehabilitáció**

Az elvesztett képességek mellett megmaradt képességek, készségek fejlesztése

- Oktatás: – képzések, átképzések
- Szakképzések–felnőttképzési programok
- Távoktatás
- Szociális felzárkóztató programok,
- Társadalmi befogadást elősegítő programok.

### **Foglalkozási rehabilitáció**

2008. január 1-jét követően:

Az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet az új minősítési rend szerint végzi el az egészségkárosodás, illetve a szakmai munkaképesség-csökkenés mértékének vizsgálatát. Így az átmeneti járadékra, illetve a rendszeres szociális járadékra való jogosultság legalább 50%-ot elérő munkaképesség-csökkenés helyett 40%-ot elérő egészségkárosodás, esetén áll fenn.

A járadék folyósítása melletti keresőtevékenységből származó kereset, jövedelem hat havi átlaga nem haladhatja meg a mindenkori kötelező legkisebb munkabér összegének 80%-át.

Szociális intézményen belüli foglalkoztatás – munka-rehabilitáció (dotáció nincs!)

Azoknak az egészségkárosodást vizsgáló szakértői bizottság által rehabilitálhatónak minősített rendszeres szociális járadékban részesülőknek, akik tíz éven belül még nem érik el a nyugdíjkorhatárt és nem foglalkoztatottak, az újbóli elhelyezkedés esélyének növelése céljából a jogszabály a munkaügyi központtal való együttműködési kötelezettséget ír elő.

### **Egészségügyi gondozás:**

A geriátriai gondozás terén nem csak a szociális gondoskodást kell megemlíteni, az idős emberek egészségi és fizikai állapotában megfigyelhető a munltimorbiditás fogalma (több megbetegedés jelenléte).

A kor előrehaladtával egyre több betegség jelentkezik, melyek egészségügyi ellátást és kezelést igényelnek, utógondozás terén pedig a különböző gondozói ellátások szerepe jelentős.

Diabetes gondozói ellátás: Diabetes mellitusban szenvedő betegek folyamatos ellenőrzése, gondozása,

Coronária gondozó: Szív-és érrendszeri megbetegedésben szenvedők folyamatos monitorozása, gondozása,

Vese gondozó: A kiválasztó rendszer megbetegedéseiben szenvedő betegek ellátása és gondozása

A gondozás során is beszélnünk kell a prevencióról, hiszen a megelőzés elvét minden szinten alkalmazzunk kell.

### **Prevenció – Megelőzés**

1. Primer – elsődleges: egy betegség, deviáns magatartás, társadalmi jelenség kialakulásának megakadályozása, a károsodást és a betegséget előzzük meg. Eszközei: – genetikai tanácsadás, – védőoltás, – baleset megelőzés, – munkavédelmi intézkedések, – egészséges életmódra nevelés, – környezet, –eü-i rendszabályok
2. Secunder – másodlagos: ezzel előzzük meg, hogy a károsodásból ne alakuljon ki fogyatékoság, ill. ne alakuljanak ki másodlagos károk. Magába foglalja: – a korai kezelésbe vételt, – nevelési – foglalkozási tanácsadás, rizikótényezők kikapcsolását, – kockázatmentes munkakörülmények kialakítását.
3. Tercier – harmadlagos: súlyosbodás elkerülése, progresszió leállítás. A rokkantság megelőzése (pl:- gyógytorna, – foglalkoztató terápia, – beszédterápia, segédeszköz ellátás) Terápiás és nem eü-i tevékenység: – gyógypedagógiai nevelés, – szakmai képzés és átképzés

### **Prevenció**

Aktív folyamat, amely lehetővé teszi, hogy az egyének és csoportok olyan módon szembesüljenek az egészség szempontjából kockázatos helyzetekkel és tényezőkkel, hogy az egészséges magatartás és életstílus érvényesüljön.

- Általános prevenció: a teljes populációra, vagy a populáció egy csoportjára irányul . ( pl: gyerekeket nevelő családokra)
- Szelektív prevenció: az átlagnál nagyobb kockázatú csoportok.
- Indikált prevenció: olyan személyekre irányul, akiknél halmozódnak a kockázati tényezők.
- Másodlagos prevenció: a korai kezelésbe vételre törekszik; kérésletcsökkentésre irányul.
- Harmadlagos prevenció: a rehabilitáció javítására irányul; ártalomcsökkentés, speciális rehabilitációt foglalja magába.

## TANULÁSIRÁNYÍTÓ

### 1.Feladat

Tájékozódjon a lakóhelyén, vagy a közelében igénybe vehető Szociális gondozási forma lehetőségéről az idős emberek esetében. Térképezze fel lakóhelyének Szociális ellátó rendszerét!

---

---

---

### 2.Feladat

Feladata a jegyzet elején az esetfelvetésben ismertetett idős néni egészségi és fizikai állapotának , valamint a szociális helyzetének megfelelő gondozási forma kiválasztásának segítése, a pontos lakóhely és az ottani Szociális ellátó rendszer ismeretében.

---

---

---

### 3.Feladat

Az interneten és a jogszabálykereső segítségével keresse meg a 1993. évi III. törvényt a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról. Tanulmányozza át a jogszabályt és ismertesse a szociális alapellátási formákat!

---

---

---

## MEGOLDÁSOK

### 1.Feladat

A kérdésre adott helyes választ, minden esetben, az egyén lakóhelyének ismerete határozza meg.

### 2.Feladat

S. Jánosné Marika néni egészségi állapotát és önellátási képességét tekintve igénybe vehető szociális ellátási forma:

Idősek nappali ellátása, vagy

Házi segítségnyújtás,

Étkeztetés

Állapotrosszabbodás esetén bentlakásos intézményi elhelyezés kezdeményezése.

Tekintettel a település jellegére (800 fős kistelepülés), a körültekintő feltárás érdekében pontosan kell ismerni a település nyújtotta szolgáltatási formákat.

3.Feladat

Falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatás

Étkeztetés

Házi segítségnyújtás

Családsegítés

Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás

Közösségi ellátások

Támogató szolgáltatás

Utcai szociális munka

Nappali ellátás

## ÖNELLENŐRZŐ FELADATOK

### 1.Feladat

A jegyzet áttanulmányozása során határozza meg a szükséglet fogalmát!

---

---

---

### 2.Feladat

Ismertesse a gondozás fogalmát!

---

---

---

### 3.Feladat

Ismertesse a komplex gondozás fogalmát!

---

---

---

---

---

---

### 4.Feladat

Mit biztosít az idős ember számára a házi segítségnyújtás?

---

---

---

---

---

---

---

---

**5. Feladat**

Mely személyek vehetik igénybe a nappali ellátást?

---

---

---

---

**6.Feladat**

Mi a rehabilitáció célja?

---

---

---

---

---

---

---

---

**7.Feladat**

A gondozási szükséglet vizsgálat szerint ki helyezhető el idősek otthonában, a jelenleg hatályos jogszabály értelmében, kinek hatáskörében van ez a feladat?



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

MUNKANYAG

## MEGOLDÁSOK

### 1.Feladat

A szükséglet olyan hiány , amely tartós fennállás esetén az egészséget, vagy az életet fenyegeti. A biológiai szükséglet nyomán keletkező jellegzetes belső állapot olyan cselekvésre készíteti az emberi szervezetet, amelynek következtében a hiány megszűnik, az egyensúly helyreáll.. Ezt a belső egyensúlyi állapotot homeosztázisnak nevezzük.

### 2.Feladat

Bizonyos betegség miatt veszélyeztetett személyeket és csoportokat megfigyelés alatt tartanak azért, hogy a betegségeket megelőzzék, gyógyítsák, vagy legalább az állapot romlást megakadályozzák. A gondozásban mindig a megelőzés szempontjai érvényesülnek.

### 3.Feladat

Szociális gondoskodás: komplex tevékenység, mely célja egy-egy korcsoport, népréteg vagy problémákkal küzdő csoport életminőségének javítása, fenntartása, jogi eszközök és etikai szabályok adta lehetőségek kihasználásával. A szociális gondozás komplexitása, a gondozás céljainak és feladatainak megvalósulása érdekében, a segítségre szoruló bevonásával végzett különböző tevékenységek összessége, a gondozás elemeinek együttes gyakorlati végrehajtása.

### 4.Feladat

A házi segítségnyújtás keretében biztosítani kell:

az alapvető gondozási, ápolási feladatok elvégzését,

az önálló életvitel fenntartásában, az ellátott és lakókörnyezete higiénias körülményeinek megtartásában való közreműködést,

a veszélyhelyzetek kialakulásának megelőzésében, illetve azok elhárításában való segítségnyújtást.

### 5.Feladat

a) tizennyolcadik életévüket betöltött, egészségi állapotuk vagy idős koruk miatt szociális és mentális támogatásra szoruló, önmaguk ellátására részben képes személyek,

b) tizennyolcadik életévüket betöltött, fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelést nem igénylő pszichiátriai betegek, illetve szenvedélybetegek vehetik igénybe.

### 6.Feladat

A rehabilitáció célja:

Önálló életvitel kialakítása

Társadalmi integráció

A társadalom hasznos tagjává válás

Esélyegyenlőség-társadalmi befogadás megteremtése

### 7.feladat

Az idősek otthonában a 4 órát meghaladó gondozási szükséglettel rendelkező, de rendszeres fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelést nem igénylő, a rá irányadó öregségi nyugdíjkorhatárt betöltött személy látható el. Az intézményvezető hatásköre a gondozási szükséglet vizsgálata és az ápolási szükséglet megállapítása.

## IRODALOMJEGYZÉK

### FELHASZNÁLT IRODALOM

- Matos Lajos : Időskorú betegek kezelése, Springer könyvkiadó (1997)
- Dr Szabó Rezső : Geriátria, idősgyógyászat, Medicina könyvkiadó ( 1990)
- Dr Szabó Rezső Geriátria, idősgyógyászat Medicina könyvkiadó (2000):
- Imre Sándor : A klinikai gerontológia alapjai, Medicina könyvkiadó (2007)
- Elizabeth D. Metzgar, Patricia M. Polfus): Az egészségi állapot felmérése, Medicina könyvkiadó, (1999)
- Mary Ann Christ, Faith J. Hohloch: Az idős betegek ápolása, Medicina könyvkiadó, (1999)
- 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról.
- 1997. évi CLIV. Tv. az egészségügyről
- 1/2000.(I.7) SzCsM rendelet
- <http://www.szocialis-gondozo.lapunk.hu>
- <http://www.magyarorszag.hu>
- [http://www.cssk.hu/modszertani\\_informaciok](http://www.cssk.hu/modszertani_informaciok)
- 213/2007. (VIII. 7.) Korm. rendelet az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézetéről, valamint eljárásának részletes szabályairól
- 340/2007. (XII. 15.) Korm. rendelet a személyes gondoskodás igénybevételével kapcsolatos eljárásokban közreműködő szakértőkre, szakértői szervekre vonatkozó részletes szabályokról
- 8/2010. (IX.3.) NEFMI rendelet egyes szociális tárgyú miniszteri rendeletek módosításáról
- 9/1999. (XI.24.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről
- 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól

A(z) 1865-06 modul 019-es szakmai tankönyvi tartalomeleme felhasználható az alábbi szakképesítésekhez:

A szakképesítés OKJ azonosító száma:	A szakképesítés megnevezése
33 762 01 0000 00 00	Szociális gondozó
33 762 01 0010 33 01	Fogyatékosok gondozója
33 762 01 0010 33 02	Szociális gondozó és ápoló

A szakmai tankönyvi tartalomelem feldolgozásához ajánlott óraszám:

16 óra

MUNKANYAG

MUNKANYAG

A kiadvány az Új Magyarország Fejlesztési Terv  
TÁMOP 2.2.1 08/1-2008-0002 „A képzés minőségének és tartalmának  
fejlesztése” keretében készült.

A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap  
társfinanszírozásával valósul meg.

Kiadja a Nemzeti Szakképzési és Felnőttképzési Intézet  
1085 Budapest, Baross u. 52.

Telefon: (1) 210-1065, Fax: (1) 210-1063

Felelős kiadó:  
Nagy László főigazgató