



## Egyéni gondozási terv és életútinterjú készítés idősek otthonában

Előző írásomban már beszámoltam<sup>1</sup>, hogy a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület Közép – Magyarországi Régiója által működtetett Budapesti Szociális Szakmatámogatási Hálózat (BUSZSZH) szakellátást nyújtó időügyi munkacsoportja egy szakmai útmutatót készít az idősek otthonai és gondozóházai részére, az ellátottak intézményi beköltözési folyamatának kihívásaira.

Az az örömhírem, hogy az írás elkészült és ősz folyamamán az interneten és nyomtatott formában is elérhető lesz a szakemberek számára.

Az egyéni gondozási terv készítés az anyagunk egyik fontos része volt, hiszen a beköltözési krízis természetes folyamatának mielőbbi feldolgozásához kiemelten fontos – az intézményi életre történő felkészítés mellett – a beköltözést követő időszakban elkészülő **személyre szabott egyéni gondozási terv**. Ennek **célja, hogy az ellátottra egyénileg határozza meg a szükségletéhez igazodó gondozási feladatokat, mind a testi, mind a lelki jóllétének biztosítása céljából**. Nélkülözhetetlen, hogy az előgondozás során tapasztaltak, a gondozásiszükséglet-vizsgálat eredményei, a beköltözéskor megfigyelt testi-mentálhigiénés állapot tükröződjön az elkészített anyagban elsőként, majd az ellátott szükségleteinek alakulását követve módosuljon hosszabb távon. A dokumentumban meg kell határoznunk, hogy **hová szeretnénk eljutni, milyen célt tűzünk ki** a gondozási folyamatban, és azt **milyen módszerekkel** érjük el. A napi gondozás nem lehet rögtönzött vagy minden lakóra egyforma, a tudatos gondozási folyamat kialakításának része a jól elkészített, egyénre szabott gondozási terv. Sajnos találkozhatunk olyan intézménnyel, amely „egyen” dokumentumokkal rendelkezik és sablonos. Jelen cikkünkben, abban szeretnénk segítséget nyújtani, hogy mitől lesz jól használható, transzparens és dinamikus a gondozási terv.

A jogszabály az intézménybe költözéstől egy hónapon belüli időt jelöl meg a dokumentum elkészítésére<sup>2</sup>, de érdemes a **beköltözést követően mielőbb elkészíteni** azt, amikor kialakult a **megfelelő kapcsolat** a beköltöző lakó és a segítő szakember között. Tapasztalatunk alapján általában ez két-három hét.

A Szakmai rendelet iránymutatást ad az idősek otthonába költöző ellátott egyéni gondozási tervének főbb szempontjaira, de jogszabályi melléklet nem határozza meg a formai elemeket. Ezek a szempontok az ellátott személy fizikai, mentális állapotának helyzete, az állapotjavulás, illetve megőrzés érdekében szükséges, illetve javasolt feladatok, azok időbeli ütemezése, az ellátott részére történő segítségnyújtás egyéb elemei. Az egyéni gondozási tervnek, gondozási folyamatokat rögzítő dokumentumoknak **hűen kell tükrözniük az ellátott állapotának alakulását** a kezdetektől fogva egészen az intézményi élet végéig.

<sup>1</sup> <https://www.buszszh.hu/idosek-otthonaba-koltozes-kihivasairol-szolo-megoldaskozpontu-kiadvany-keszul/>

<sup>2</sup> 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről (a továbbiakban: Szakmai rendelet) 7.§ (2) bek.

Továbbá az ellátásban részesülő személlyel közvetlenül foglalkozó szakember folyamatosan figyelemmel kíséri és elősegíti az egyéni gondozási tervben meghatározottak érvényesülését.<sup>3</sup> A módszertani útmutatók, szakmai ajánlások, melyek az interneten vagy nyomtatott formában is elérhetőek, tartalmaznak az egyéni gondozási tervre vonatkozó mintákat, melyeket sok intézmény alkalmaz, de **minden intézményvezetőnek saját döntése, hogy a jogszabályi előírásokat figyelembe véve miképpen határozza meg az egyéni gondozási terv kivitelezését.**

Az egyéni gondozási tervet minden esetben **team munkában javasolt elkészíteni.** A team tagjai: az intézmény orvosa, vezetőápoló, gyógytornász, dietetikus, ápoló-gondozó és mentálhigiénés szakemberek. A mindennapi munkát megkönnyíti, ha a **fizikai/egészségi állapotra vonatkozó** egyéni gondozási tervet az orvos, vezetőápoló és a gondozási egységben dolgozó kijelölt gondozó/ápoló, dietetikus, gyógytornász, míg a **mentálhigiénés/foglalkoztatásra irányuló tervet** a szociális és terápiás munkatársak készítik el, természetesen figyelembe véve a fizikai és mentális állapotot együttesen.

**A gondozási terv elkészítésébe be kell vonni az ellátást igénybevevő lakót, törvényes képviselőjét is.** Ez a lépés nem megspórolható, a gondozási tervet legitimé, személyessé teszi. Nagy kihívást jelent a szakemberek számára a demenciával élő emberek aktív bevonása az egyéni gondozási terv elkészítésébe és megvalósításába, főleg a demencia előrehaladottabb állapotában, amikor sok esetben térben-időben dezorientált az idős ember. Ezekben az esetekben **javasolt a közvetlen hozzátartozó bevonása** is az egyéni gondozási terv elkészítésébe, mely tényrt rögzítjük a gondozási anamnézisben és tervben egyaránt.

## Gondozási anamnézis

A személyre szabott egyéni gondozási terv alapja a **személyre szabott gondozási anamnézis**, melyre nincs jogszabályi előírás, de javasoljuk ennek alkalmazását. Az anamnézis felvételénél megismerjük a lakó aktuális fizikai, egészségügyi, mentális állapotát, mely megalapozza azt, hogy valóban az egyéni szükségleteknek megfelelő egyéni gondozási terv készüljön. A gondozási anamnézisben felmérjük a meglévő képességeket, feltárjuk a problémás területeket, az orvos utasításának megfelelően rögzítjük a meglévő krónikus és akut betegségeket.

A **fizikai ellátás** felmérésénél fontos területek a mozgáskészség, hallás, látás, tapintás, szaglás, fogazat, szájhigiénia, hogy mennyire önálló az öltözködés, a személyi higiénia területén kell-e segítség, továbbá az étkezés, folyadékbevitel önállósága, étkezésnél van-e diéta, milyen az alvási szokás. Van-e inkontinencia, ha igen, milyen fokú? Ez utóbbira a szakmai iránymutatásban külön kitérünk, hogy inkontinencia terméket egy kidolgozott protokoll szerint alkalmazunk, kizárólag akkor, ha valóban elkerülhetetlen. Tapasztalataink alapján, sok esetben a szorongó – kiemelten a demenciával élő – idős személy fiziológiás szükséglete megváltozik a beköltözés idején, nehezen tartja a vizeletét, ezért inkontinencia-termékeket alkalmaz a szociális intézmény annál a lakónál, akinek saját otthonában erre még nem volt szüksége. Ugyanakkor ebben az esetben nem feltétlenül

<sup>3</sup> Szakmai rendelet 9.§ (1) bek.



ez a megfelelő módszer, hanem meg kell vizsgálnunk, hogy az inkontinencia egy betegség következménye, vagy a szorongásos állapot egyik tünete.

Az **egészségügyi ellátás** felmérésénél szemrevételezzük a testalkatot, a bőr állapotát, megmérjük a testsúlyt, testmagasságot, rögzítjük az aktuális vitális paraméterek – vérnyomás, pulzus, hőmérséklet, légzés – értékeit. Számba vesszük a kórtörténetben a legfontosabb kórházi kezeléseket, műtéteket, dokumentáljuk az ismert krónikus és akut betegségeket. Milyen gyógyszereket szed a lakó, van-e allergiája, milyen védőoltásokat kapott, továbbá a dohányzás, alkoholfogyasztás és kávézási szokások is részei az állapotfelmérésnek.

Az idősellátás során kiemelt jelentőségű, hogy **demenciával él-e az idős ember**, ha igen, milyen fokú, és van-e alkalmazott gyógyszeres terápia, készült-e képalkotó vizsgálat?

**Mentális ellátás** felmérésénél rögzítjük, hogy milyen érzelmi állapotban van a beköltözött lakó. Családi állapota, kapcsolatrendszerének megismerése, mint férj, gyerekek, unokák, rokonok, barátok. A támogató háló megléte vagy hiánya fontos információt hordoz a szakember számára. Megvizsgáljuk, hogy a lakónak milyen közösségi kapcsolatai voltak az intézménybe költözést megelőzően. Milyen iskolai végzettsége van, melyek voltak fontosabb munkakörei, társadalmi szerepei az élete aktív időszakában. Milyen az intézménybe kerülés körülménye, a beköltözés önálló döntés volt-e, vagy családdal közösen meghozott döntés, vagy szakemberek javasolták az intézményi elhelyezést (orvos, szociális munkás, védőnő stb.), vagy esetleg egy kényszerállapot a leromlott egészségi állapot és a megnövekedett gondozási szükséglet miatt. Volt-e a közelmúltban gyászeseemény a személy életében? Meg kell vizsgálni az idős ember térbeni-időbeni, illetve személyekre vonatkozó tájékozódás és a kommunikációs képességét. Ismerni kell, hogy mi volt a legfontosabb hobbija, szabadidőtöltése. A vallásra vonatkozó információk is fontosak, hiszen, ha vallását gyakorló személyről van szó, akkor ez mentálhigiénés szempontból alapvető. Fel kell mérnünk az érdeklődési körét, hogy milyen zenét, filmeket szeret.

Fontos rögzíteni, hogy szükség van-e az érdekvédelem területén segítségnyújtásra. Az idős ember döntései meghozatalában segítséget igényel vagy önálló. Fizikailag van szükség akadálymentesítésre (pl. gyengénlátó) vagy kommunikációjában van szükség segítségre pl. afázia. Külön kell rögzíteni azt is, ha szakértőket szeretne bevonni pl. végrendelet megírásában igényel-e ügyvédi segítséget, vagy értelmezésben is támogatást igényel pl. támogatott döntéshozatalra van szüksége stb.

## Egyéni gondozási terv

A gondozási anamnézisben rögzített információk alapján elkészül az **egyéni gondozási terv** team munkában.

Az **első részben a fizikai, egészségügyi gondozási feladatokat**, problémákat definiáljuk, mely a jelen állapotot tükrözi. Ezt követően meghatározzuk a **gondozási célt** (pl. állapot javítás/rehabilitáció, szinten tartás stb.). **A gondozási célnél fontos, hogy reális, érthető legyen mindenki számára, és konkrét.** Az anamnézis felvételénél már egyértelmű, hogy végleges vagy visszafordítható fizikai állapota van a lakónak. Pl. combnyaktörés után a járás rehabilitálása, de évek óta ágyban fekvő, bénult lakónál az ágyban történő rendszeres mozgatás, egészségi állapotához igazodó



helyzetváltoztatás pl. felültetés lehet a cél. Minden esetben **fontos**, hogy az **állapotromlást elkerüljük**.

Következő feladat, hogy ezt a célt milyen **módszerekkel, eszközökkel** tervezzük elérni (pl. rendszeres mozgásra motiválás, gyógytorna, rendszeres paraméterek, mint vérnyomás, pulzus, vércukorszint ellenőrzése, dekubitus matrac, párna, megfelelő egyénre szabott inkontinencia-termék alkalmazása stb.). Az alkalmazott módszerek az önellátó képességtől függenek.

Egy átlagos állapotú lakó fizikai segítségnyújtási módszerei sokkal egyszerűbbek, pl. a szoba rendszeres takarítása, mint a középsúlyos vagy súlyos demenciával élő lakónál, aki az öltözködésben, tisztálkodásban, étkezésben, folyadékpótlásban stb. is segítségnyújtásra szorul.

Ezt követően az **időbeli ütemezést** határozzuk meg azaz, hogy milyen gyakran végezzük a gondozási feladatokat, pl. folyamatosan, naponta, hetente, havonta stb. Helytelen az a gyakorlat, hogy a teljesítés idejéhez az „egy évet” írja az intézmény, tévesen értelmezve a szakmai jogszabályt, hogy évente – jelentős állapotváltozás esetén annak bekövetkeztekor – felül kell vizsgálni az egyéni gondozási tervet.

A **második részben javasolt a mentálhigiénés gondozási feladatok meghatározása**, úgymint az idős ember mentális állapota, hogy milyen terápiás foglalkozások szükségesek, milyen készségfejlesztést alkalmazunk, hogyan történjen a szabadidő eltöltése az egyéni szükséglet szerint, milyen társas kapcsolatai vannak a jelenben a lakónak, milyen érdekvédelemre van szüksége, melyet felmértünk a gondozási anamnézis felvételénél.

A demenciával élő lakónál speciális egyéni gondozási terv készüljön, kiemelten a mentális gondozás területén. Nincs rá jogszabályi kötelezettség, de **javasolt a demenciával élőknel fél évente értékelni az egyéni gondozási tervet** és újra felmérni a lakó állapotát és meghatározni az esetleges új feladatokat, kiemelten igaz ez a beköltözést követő időszakra.

A mentális gondozásnál alapvető különbség van az átlagos és demenciával élő lakók számára alkalmazott módszerek között. Az utóbbi lakók figyelme 20-30 percnél tovább nem igazán köthető le folyamatosan. Számukra fontos a speciális módszerek alkalmazása, mint zene-állat-szín-és illatterápia stb. Az átlagos lakónál minél tovább meg kell őrizni az aktivitást, így az irodalmi-történelmi előadások, kulturális események, közösségi programok, mint módszerek fontosak a terv meghatározásánál.

Az ágyban fekvő lakónál a rendszeres ágytorna, az egyéni mentálhigiénés ellátás kulcsfontosságú a szeparáció megelőzése érdekében. Az aktivitást biztosító fizikai tevékenységeket személyre szólóan kell megfogalmazni a gondozási tervben, ezen belül a napi levegőzés biztosítása – fekvőbetegek esetében is – jogszabályi kötelezettsége az intézménynek.

## Gondozási lap

A lakóval történő gondozási és mentálhigiénés feladatokat javasoljuk az egyéni gondozási terv mellékleteként alkalmazott **gondozási lapon** rögzíteni, havonta legalább egy alkalommal néhány

mondatban, ahol nincs erre speciális szoftver. Külön a fizikai/egészségügyi folyamatot (ápolók/gondozók) és a mentálhigiénés folyamatokat (szociális/terápiás munkatársak).

Az intézmény orvosa a dekurus lapon vagy az orvosi szoftverben rögzíti a diagnózist, alkalmazott terápiát, ez utóbbit követhetjük nyomon az egyéni gyógyszerfelhasználási nyilvántartó lapon is. Az eseményeket az átadófüzetben rögzíti a műszakvezető, a beosztott ápoló/gondozó, de a lakóra vonatkozó folyamatos információt, pl. hogy milyen gyakran látogatják, hogyan illeszkedett be az intézményi életbe, hogyan alakul a beköltözést követően a fizikai/egészségi/mentális állapota stb. ezen dokumentum alkalmazásával teljes körűen átlátják az intézmény vezetői és kompetens szakemberei. A gondozási lapot rendszeresen javasolt ellenőrizni a vezetőápolónak, mentálhigiénés csoportvezetőnek. Ez a dokumentum hasznos az intézmény számára egy esetleges lakó/hozzátartozói panaszvizsgálásánál, mert átláthatóvá teszi az ellátott állapotának fizikai/egészségügyi/mentális alakulását.

## Életútinterjú

Az életút egy ember sorsa, egy teljes élet során történt fontos események sorozata a születéstől az időskorig. Az életút metaforikusan jelképezi az emberi életet, annak minden változását, az örömet és a bánatot, a siker és a kudarc pillanatait.

Az életútinterjú készítésénél az élettörténet részletes megismerése a **célunk**, hogy információkat gyűjtsünk az ellátottról, megismerjük az élete korábbi eseményeit, fiatalkorát, szokásait, érdeklődési körét, családi kapcsolatait, ezzel is segítve a személyközpontú gondozás megtervezését. A gondozás során ne csak az alapszükségletekre koncentráljunk, hanem holisztikus egészben gondolkozzunk, ismerjük meg az ellátott pszichoszociális igényeit is.

### Hogyan is kezdjük hozzá az életútinterjúnak?

Az interjú elkészítése akkor lesz sikeres, ha először adunk időt arra az újonnan beköltöző idősebb embernek, hogy megismerhesse az intézményt, az új környezetét, az otthon napirendjét, a lakótársait, a személyzetet, és elsősorban adjunk időt arra, hogy a kölcsönös bizalom kialakulhasson.

A **kapcsolatfelvételkor** tájékoztassuk a lakót, hogy hosszabb időt, akár több órát szándékozunk vele együtt tölteni, szeretnénk az élettörténetét megismerni. Fontos, hogy az elbeszélőnk mindvégig szabad akaratából mondhasa, formálhasa mondandóját, s már az első pillanatban világos legyen számára, mire kértük.

Olyan **helyszínt** válasszunk, ahol nyugodt körülmények között tudunk négy szemközt beszélgetni az ellátottal. Ne zavarja meg az interjút a telefon csörgése, ki- és bejáráskor, mások jelenléte, televízió, rádió hangja. Alkalmazkodjunk az ellátott napirendjéhez. Jelezzük előre, hogy jegyzetelni fogunk. Teremtsünk olyan atmoszférát, mely az elbeszélő esetleges szemérmét, zavarát, szorongását feloldja, és szívesen kezd el magáról mesélni.



Az **életútinterjú** kezdődhet úgy, hogy **megkérjük az idős embert, „mesélje el az élettörténetét”**, és remélhetőleg az elbeszélésből megismerhetjük az elbeszélő életének regényét, apró örömeit, megélt szomorúságát, vidám pillanatait, élete reménykeltő eseményeit.

Segítsük a beszélgetést pozitív testbeszéddel, buzdító tekintettel, értő figyelemmel, azaz az elbeszélés együttérző, ám néma követésével. Ne féljünk a csendtől, mert a hallgatás az interjú motorja. Ugyanakkor fel kell készülni egy esetleges továbbsegítő kérdésre. Az élettörténet mesélése komoly identitás- és emlékezeti munka, melyben a megtorpanások, a szünetek természetesen, s arra szolgálnak, hogy a mesélő a felidézésre váró élményeihez, emlékeihez való viszonyát kialakítsa. Az interjú általában magától lezárul, többnyire olyan mondatokkal, „hát ennyi, ez volt az élettörténetem, kérdezzen”. **Az interjú második felében értelmezzük az elbeszélő által mondottakat, és tegyük fel azokat a kérdéseinket, melyekről bővebben szeretnénk hallani, így bizonyos életeseeményekről, életszakaszokról részletesebb információkhoz juthatunk.** Kérdéseink irányuljanak arra, hogy az ellátott személyközpontú gondozása során a gondozási tervünkbe jól beépíthető legyen a kapott információ.

A demenciával élők esetében a demencia súlyosságától függően számítanunk kell arra, hogy a bizalmatlansági tényezők és a kölcsönös megértés akadályokba ütközhet, ezért sokszor szükség lehet arra, hogy megszakítsuk az életútinterjút és alkalmas időben, később térjünk vissza rá. A rövidtávú memória zavara, a motoros beszédzavarok és a kognitív funkciók hanyatlása nagy tapintatot, értő figyelmet igényel. Fontos az őszinte kommunikáció, a segítőkészség kifejezése, a felmerülő problémákra történő azonnali reagálás. Az esetek többségében szükséges a hozzátartozói kontroll, hiszen az ellátott mentális zavara miatt olyan információk is felszínre kerülhetnek melyek a valóságtól eltérnek. Középsúlyos és súlyos demenciával élők esetében az életútinterjú elkészítése – a fent említett okok miatt – jelentős akadályokba ütközhet, ezért, ha lehetőségünk van rá, kérjük meg a hozzátartozókat, hogy ismertessék velünk az ellátott élettörténetét. A későbbi gondozás folyamán kiemelten fontosak lesznek az idős ember azon emlékei, melyek a személyisége részét alkotják, és melyeket jó felidézni, mert jó érzés rájuk emlékezni.

## Egyéni gondozási terv értékelése

Az egyéni gondozási tervet kidolgozó munkacsoport évente – jelentős állapotváltozás esetén annak bekövetkeztekor – átfogóan értékeli az elért eredményeket és ennek figyelembevételével módosítja az egyéni gondozási tervet<sup>4</sup>. Az értékelést szükséges írásban rögzíteni.

Korábban már utaltam arra, hogy középsúlyos vagy súlyos demenciával élő lakónál javasolt fél évente értékelni az elért eredményt, amennyiben az intézményvezetője ezt szakmailag indokoltan tartja. Az ellenőrzést a vezetőápoló, kijelölt ápoló/gondozó, szociális/terápiás munkatársak végzik és az elért célokat, esetleges állapotromlást vissza kell jelezni a gondozást végző szakemberek felé.

A jogviszony megszűnésénél zárjuk le az egyéni gondozási tervet, bármi is legyen a jogviszony megszűnésének oka, módja, mely leggyakrabban az elhalálozás, a lakó másik intézménybe vagy saját

<sup>4</sup> Szakmai rendelet 9.§ (2) bek.

otthonába visszaköltözése, esetlegesen az intézmény részéről történő jogviszony megszüntetés térítésszám-hátralék vagy a házirend súlyos megsértése miatt.

Az egyéni gondozási terv dokumentációjához az ősszel megjelenő **„Beköltözési krízis szakmai útmutató az idősök otthonába történő beköltözés kihívásainak kezeléséhez”** című anyagunk mellékletében javasoltunk formanyomtatványokat is, melyek nem jogszabályi mellékletek, hanem a gyakorlati tapasztalatunk alapján kialakított dokumentumok. Ezeket a szakemberek tovább módosíthatják saját intézményük ellátotti célcsoportjára, ahogyan az intézményvezetője indokoltnak tartja.

**Szeretettel várjuk** minden fővárosi idősök otthona és gondozóháza szakemberét az ősszel induló **szakmai napjainkra**, ahol ismét fontos témákról hallhatunk és oszthatjuk meg egymással tapasztalatainkat.

Balog Józsefné

BUSZSZH

idősotthonok munkacsoport vezetője