

„A betű öl, a lélek, ami éltet”

Magyarországon a demensekkel végzett szociális, ápolási-gondozási munka nem nevezhető korszerűnek. Ennek oka a jogszabályi környezet rugalmatlansága, a képzés hiányosságai, de talán a legfontosabb az a gondozási kultúra vagy szemlélet, amely a betegségre, és nem a gondozott személyre koncentrál. Az alábbi, Kovacsics Zsuzsával, a Római Katolikus Szeretetszolgálat munkatársával készített interjúban egy olyan módszerről, ellátási kultúráról lesz szó, mely intézményes környezetben (vagy azon kívül is) forradalmasíthatná a demensekkel való foglalkozást.

Kapocs: Hogyan került kapcsolatba a demensek ellátásával?

K. Zs.: Annak, hogy én a segítő foglalkozás felé fordultam, személyes indíttatása volt. Korábban műszaki pályán dolgoztam, rendszerszervező voltam, tehát egészen más területről jöttem. Elmúltam már 30 éves, amikor tagja lettem egy szerzetesrendnek. Később lehetőségem nyílt arra, hogy az USA-ban tanuljak szociális munkát, négy és fél évet kint voltam New York államban. Engem a tanulmányaim során elsősorban a törekény idősokkal való foglalkozás vonzott: a kutatásaimat, a gyakorlatokat ezen a területen végeztem. Mikor hazajöttem, átkerültem a Római Katolikus Szeretetszolgálathoz. Az itteni kollégákkal és a főnökömmel együtt arra jutottunk, hogy az idősellátáson belül is azoknak van legnagyobb szükségük a segítségre, akik szellemi leépülésben szenvednek. Egyre többen voltak demensek az otthonainkban is, ekkor már hozzám tartozott a dabasi Zárdakert otthon, ahol több mint 20 éve külön demens-részelet alakítottak ki.

Kapocs: Milyen új módszerekkel találkozott munkája, kutatásai során?

K. ZS.: A demensekkel kapcsolatos kutatásaim során találkoztam a Best friend approach, „Legjobb barát” modellel, amely Virginia Bell nevéhez kötődik. Ez egy erősen humanista szemléletű megközelítés, vagyis nemcsak egy modell, hanem értékrend, kultúra is. Bellel felvettük személyesen is a kapcsolatot, így a meghívásunkra járt nálunk. Aztán a további kutatásaim során találkoztam a Naomi Feil-féle validációs technikával, ami szintén csak nevében technika. Ez arról szól, hogy hogyan kommunikálok, hogyan veszem fel a kapcsolatot azzal, aki nem tud beszélni, nincs tudatában annak, hogy hol van, ki ő. Ez a technika, amelyet a gondozók-ápolók alkalmaznak, abban segít, hogy a demenciában szenvedő újra értéknek érezhesse magát. Összességében azt találtam, hogy két dolog lényeges: egyrészt mit tehet a segítő, másrészt mit tehet a környezet, hogyan tudjuk a megfelelő kommunikációval és tárgyi környezettel csökkenteni a zavaró viselkedést.

Kapocs: Az ön véleménye szerint mi a demensek ellátásának a célja?

K. ZS.: Sokszor szerveznek konferenciákat arról, hogy milyen foglalkozásokkal lehet szinten tartat-

ni a demensek képességeit. Véleményem szerint nem lehet. A képességek óhatatlanul csökkennek, hullámzóak, sok mindentől függenek. Minél súlyosabb a demenciája egy személynek, annál kevésbé lehet szinten tartani. Nem ez az út. A kérdést úgy kell feltenni: mitől függ a demensek jólléte? Valamelyik Alzheimer-konferencián prezentáltak egy erre irányuló kutatást. Ennek a kutatásnak az lett az eredménye, hogy a demensek jólléte nem a képességeiktől függ, hanem attól, hogy hogyan állnak hozzájuk, milyen környezetben élnek, megkapják-e az alapvető fizikai segítséget, amire szükségük van, és hogy kapcsolatban tudnak-e lenni másokkal. Tehát személyektől és a környezettől függ. Ez pedig nagyon egybecseng azzal, amit Virginia Bell úgy fogalmaz, hogy jelen kell lenni a másik számára. Olyan kapcsolatot kell kialakítani, amiben a demenciában szenvedő azt érzi, hogy te vagy a legjobb barátja. Konkrét tapasztalatom ezzel kapcsolatban egy gondozóknak szóló tréning, ahol a résztvevőket megkértük, gondoljanak a legjobb barátjukra, és gyűjtsük össze együtt a tulajdonságokat. Ilyenek voltak például, hogy őszinte, számíthatok rá, tudunk együtt nevetni. Utána feltettük azt a kérdést: ha a demens szempontjából nézed, akkor milyen tulajdonságokat tudsz te gyakorolni, mint szakember? Kiderült, hogy a tulajdonságok 90%-a azonos. Ebből lehet arra következtetni, hogy szakemberként is gyakorolhatod ezt.

Kapocs: Mi a DCM-módszer lényege?

K. ZS.: Tom Kitwood munkáinak a megismerése kapcsán jutottam el ehhez a módszerhez vagy modellhez, amit Dementia Care Mappingnek (demensellátás feltérképezése) neveznek. Egyre több otthonban van már minőségbiztosítás, ennek keretében mérik a lakók elégedettségét. Demenseknél viszont ezek a mérőeszközök nem használhatók. Az sem elég biztos mérce, ha a hozzátartozót kérdezik, hiszen neki mások a szempontjai. Kitwood a bradfordi egyetemen alakított egy munkacsoportot, amely arra kereste a választ, hogyan lehetne mérni a demenciában szenvedők jóllétét. Mi határozza meg a jóllétet? Ezt egy kis virággal szokták szemléltetni, ahol az egyes szirmok mutatják a szempontokat. Ilyen a fontosság, a folytonosság, a biztonság, a valahová tartozás, az eredmény, a virág középpontjában pedig a szeretet. A segítő ezeket a hozzáállásával vagy támogatja, vagy rombolja.

Kitwoodék megfigyeléseinek az volt az eredménye, hogy a segítők nagyon sokszor nincsenek is tudatában annak, hogy amikor kapcsolatba lépnek a segítettrel, akkor romboló a hozzáállásuk. Megalapították továbbá, hogy amikor azt mondjuk, ok nélkül agresszív egy beteg, akkor az agressziót igen gyakran mi magunk váltjuk ki, vagy valami olyan dolog, amire nem figyeltünk oda, amit nem vetünk észre. A javaslatuk az, hogy végezzünk megfigyeléseket. A módszer lényege, hogy megfigyeljük a lakókat, és ötpercenként előre meghatározott kategóriák segítségével leködoljuk a viselkedést és a modalitást, vagyis azt, hogy mit csinál a beteg, és hogy abban vajon hogyan érzi magát. Optimális esetben két megfigyelőnek kellene működnie, és csak azokat a kódokat lehetne elfogadni, amelyeket mindketten bejelöltek. Én azonban részt vettem egy ilyen bradfordi tanfolyamon, ami után levelezéseken keresztül engedték, hogy egyedül is végezzem a megfigyeléseket. Különböző otthonokban próbáltuk ki a módszert: a dabasi otthonban, Jászberényben, Verőcén, Fehérváron, Tiszaalpáron.

Kapocs: Mi az oka annak, hogy a DCM-es megfigyeléseket egyedül végezte?

K. ZS.: Ez a módszer nagyon szigorú szabályok szerint működik. Én csak arra kaptam jogosítványt, hogy alkalmazhatom. De ha egyszer ebbe az irányba indulna el a hazai demensellátás, akkor nagyon szívesen részt vennék a módszer magyarországi adaptációjában. Az NCSSZI jó terep lenne erre, mert még feladata is az új módszerek kidolgozása, terjesztése.

Kapocs: Mik a módszer hátrányai?

K. ZS.: Nagyon nagy a humánenergia-igénye. Sok órán keresztül kell hat kiválasztott embert megfigyelni, de van ott további legalább 15 ember, akinél fontos lenne a megfigyelés. Azóta egyébként olvastam, hogy leegyszerűsítették, célirányosabbá tették a módszert.

Kapocs: Milyen tapasztalatokat gyűjtött a megfigyelések során?

K. ZS.: Egyrészt azt tapasztaltam, hogy a dolgozók tudatosabbak lettek a munkavégzés során. Amikor a megfigyeléseimet visszajeleztam, többször kiderült,

hogy ők nem is gondoltak arra, hogy amit csinálnak, az az adott lakónak nem jó. Volt olyan tapasztalatom is, hogy amikor egy lakó az étkezés után nekiállt rendezni az asztalokat és teljes erővel húzni kezdte őket a folyosón – én nem avatkozhattam közbe –, a megérkező nővér jól leszidta. A nővér szempontjából ez teljesen negatív viselkedés volt. Amikor visszajelezttem, hogy a néni jól érezte magát, amikor ezt csinálta, mert el volt foglalva, akkor ez meglepő volt a számára. Azt kell megerősíteni, hogy a demens lakóknak tevékenységekre van szükségük. Az otthonokban van egy szigorú napirend, és a dolgozók úgy gondolják, hogy akkor teljesítik jól a feladatukat, ha ezt szigorúan betartják. A DCM-módszer segít abban, hogy az ellátás hangsúlya a napirendről átkerüljön az ellátottakra, az ő jóllétükre.

Amikor a mérések után visszajelek, gyakran kapom reakcióként, hogy „de hát én nem tehetek semmit”, „nem rajtam múlik”. Sokszor tényleg nem, de az a pici, amit én ott, akkor megtehetek, az azért rajtam múlik. Fel szoktam tenni a kérdést, hogy megvalósítható-e ez a szemlélet a gyakorlatban. Erre az szokott lenni a válasz, hogy „nincsen rá időnk”. Beszélgetések során aztán mégis előjön, hogy „azt az időt, amink van”, csak lehet erre hasznosítani. Mert segíti a demenciával küzdő személyt, de jó a gondozónak is – szívesebben, nagyobb kedvvel dolgozik.

Fontos, hogy a dolgozók egymást is erősítik ebben a szemléletben. Egy ideális munkaközösségben együttműködés van, nem verseny. Én csak annyiban tudok jó gondozó lenni, amennyiben a többiekkel is együtt tudok működni. Fel szoktam hívni a figyelmet a gondozók egymással való kommunikációjára. Arra, hogy észre sem vesszük, amikor például két gondozó átkiabál egymásnak a betegek feje fölött. Akik ott ülnek, vajon hogyan érzik közben magukat? A beteg csak a feszültséget érzékeli egy ilyen helyzetben. Nem lehet azt mondani, hogy mert kevesen vagyunk, azért kell egymással kiabálnunk. Ilyenkor elmondom, hogy ha bármi konfliktus adódik, a nővérszobában beszéljék meg, ne a lakók előtt. Ha pedig egy lakóról beszélnek az ő jelenlétében, akkor vonják be, mert ő nem tárgy, hanem személy, aki rész vesz ebben. Azt is el szoktam mondani, hogy a mindennapi élet pont nem erről szól. Mert bennünket is letaposnak az utcán, elnyomnak, nem vesznek ember-számba, és akkor jó érzés bemenni a munkahelyre és azt mondani: na, ezt itt nem tesszük. Másként viszonyulunk egymáshoz és a lakókhoz is.

Persze nem mindenki képes erre. Van, akinek a mentalitása nem illeszkedik ehhez a szemlélethez, őt nem is kell erőltetni, hogy demensekkel foglalkozzon. A DCM arra jó, hogy felhívja a figyelmet arra: nem a feladat az első, hanem a személy. Ez megerősítheti a dolgozókat a maguk hozzáállásában. Viszont a másik tapasztalatom az, hogy ha az intézményvezető nem osztja ezt a szemléletet, akkor ez a kultúra nem tud kialakulni az intézményben.

Kapocs: A visszajelzések után van-e mód a hibák orvoslására?

K. ZS.: Igen. A módszer továbbfejlesztett változatában azt is kielemezzük, amikor a dolgozó jó hatású, és amikor rossz hatású kapcsolatot teremtett. Előfordul, hogy a lakók egymás közti kapcsolatának van jó vagy rossz hatása. Igazából több jó szándékú megnyilvánulást láttam a dolgozóktól, mint a lakók egymás közti viszonyában. Ebből a megfigyelésből például kiderül, hogy kik azok, akik esetében nem szerencsés, ha együtt vannak. Amennyiben konfliktusok támadnak, egy-egy ilyen méréssel következtetni lehet arra, hogy hol kellene beavatkozni. Ez arra is jó, hogy ne a dolgozó hibáztassa magát, vagy a dolgozók egymást. Az intézményvezetésben is nagyon jól lehet alkalmazni a metódust. Amikor kint jártam Bradforban a tréningen, többekkel találkoztam, akiket az intézményük küldött. Kiderült, hogy más országban is nagy probléma, hogy sok mindent titokban lehet tartani. Fennáll a veszély, hogy a lakókat elhanyagolják és bántalmazzák. Egy-egy ilyen mérésnél ezt ki lehet szűrni. Fontos, hogy a DCM eredményei bizalmasak, nem lehet őket publikálni, nem marketing célokat szolgálnak. A jelenlegi jogszabályi környezet nem nyújt garanciát arra, hogy egy intézményben kialakuljon a személyközpontú gondozás. A DCM igen. Egy mérés után is meg lehet mondani, hogy komolyan veszik-e az intézményben lakókat.

Kapocs: A dolgozók kapnak valamilyen képzést erre?

K. ZS.: Akik nálunk demensekkel dolgoznak, azok igen. Az 1/2000-es SZCSM rendelet [a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük fel-

tételeiről] meghatározza, hogy ki a szakképzett, és ennek alapján a salgótarjáni képzési központ eldönti, hogy egy adott dolgozónak lehet-e adni nyilvántartási számot, vagy nem. Aki 8 általános után pár hónapos szociális gondozó-ápoló OKJ-s képzésen részt vett, az szakképzettnek számít. De az a tapasztalat, hogy nem tud semmit. Viszont ennél a fajta demensgondozásnál nem is kell tudni semmit, hanem a szemléletet kellene elsajátítani. Ezért mi a belépő dolgozóknak három hónap után szervezünk orientációs képzést, tréninget, mert az a célunk, hogy minden dolgozó ismerje és gyakorolja ezt a szemléletet. A képzéseink akkreditált képzések, meghirdettük kifelé is.

Kapocs: Milyen jogszabályi és strukturális akadályai vannak ma Magyarországon annak, hogy a DCM szélesebb körben is elterjedjen?

K. ZS.: Ma a jogszabály túlzottan aprólékos és az inputot szabályozza, tehát a tárgyi-személyi feltételeket. De azt nem szabályozza semmi, hogy milyen a szemlélet, hogyan bánnak a lakókkal. Én azt tartanám jónak, ha a jogszabály csak keretet szabna, és lenne olyan intézmény, szervezet, amely protokollokat, irányelveket fogalmazna meg. Ez a szerv minősítené is az intézményeket, az alapján, hogy megfelelnek-e pl. a DCM-nek, vagy sem. Nem a jogszabály és ennek az állandó ellenőrzése lenne a garancia a megfelelő működésre, hanem ennek a szakmai szervezetnek a minősítő eljárása. Eleve ezek a jogszabályok nem jók, és akkor jön a hivatal, és szó szerint a jogszabályt kéri számon. Néha ezt elmondom szakmai fórumokon, de annyira idegennek hangzik. Maguk a döntéshozók sincsenek tisztában azzal, hogy melyek a jó, a korszerű módszerek, és ez sajnos a pályázati értékelésekben

is visszaköszön. Mi a Szeretetszolgálatnál bozótharcosok vagyunk.

Kapocs: Fontos a vallásosság a DCM-szemléletnek az elsajátításához?

K. ZS.: Nem. Én azt gondolom, hogy minden emberben mélyen benne van, hogy szeretné, ha szeretnék. Ez a fajta hozzáállás a tiszteleten alapul. Tisztellek téged, mert vagy. És nem kell ezért semmi különöset tenned. Ha ez bennem van, akkor bármi történik, megvéd engem attól, hogy olyat tegyek, ami téged megbánt. Viszont nekem fontos, hogy ez a hitemből fakad. Az alap mindegy, a végeredmény ugyanaz.

Az interjút készítette: Gy. A.

Ajánlott irodalom

Bell, V. – Troxel, D. (2003): *The best friend approach to Alzheimer's care*. Baltimore, Health Profession Press.

Cars, J. – Zander, B. (2009): *Szellemileg leépült idősök gondozása*. Budapest, Animus.

Feil, N. (1992): *VIF Validation: The Feil method* (Red. Ed.) Feil Productions, Cleveland, OH.

Jónyer Lné – Kovacsics Zs. – Kovács K. – Szabó L. (2010): Munkaanyag ellátási szttenderdek kidolgozásához demens részlegek számára. Kézirat. Budapest, SZMI.

Kitwood, T. (1997): *Dementia reconsidered: the person comes first*. Norfolk, Open University Press.

Szabó L. (2011): *Időskori demenciák családi, társadalmi és pszichológiai vonatkozásai*. Budapest, Akadémia kiadó.