



Foglalkoztatási és Szociális Hivatal

Szakmai ajánlás

**A
KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁS
SZENVEDÉLYBETEGEK RÉSZÉRE**

FSZH
Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet
Addiktológiai Szakértői Munkacsoport

Budapest, 2008.

TARTALOM:

A közösség fogalma

A közösségi ellátás kialakulása

Meghatározása

Alátámasztottsága, indokoltsága

Az ellátottak köre

A közösségi ellátás személeti kerete

Vezérelve

Célja, feladata

Szakmai tartalma, módszertani alapelemei, tevékenységformái

A közösségi gondozó és a közösségi koordinátor

A közösségi ellátáshoz kapcsolódó társszolgáltatások

A közösségi ellátás igénybevételének módja

A szolgálat és az igénybe vevők közötti kapcsolattartás

A közösségi ellátás körében ellátottak jogai és kötelezettségei

A közösségi ellátást végzők jogai és kötelezettségei

Dokumentáció, adminisztratív teendők

A közösségi ellátás etikai normái

Értékelési, minőségügyi megfontolások

A szolgáltatás várható hatása

KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁS A SZENVEDÉLYBETEGEK SZÁMÁRA

A közösség fogalma

A *közösség* elsődlegesen olyan emberi kapcsolatrendszert jelent, amelyben az emberek rendszeresen vagy gyakran érintkeznek egymással. Ismerősi viszonyban állnak, és földrajzi helyéhez, hagyományaihoz és értékeihez viszonyítva határozzák meg önmagukat. A közösség a személyiség elsődleges élettere. A közösség emberi kapcsolatai átfedésben vannak, gyakran összetett struktúrákat képeznek. Család, rokonság, szomszédság, munkahelyi viszonyok, helyi üzletek, piacok, vallási szervezetek, közigazgatási szervek, önkormányzatok, stb. alkotják a helyi közösséget.

Tágabb értelemben közösségnek fogható fel minden olyan kapcsolati háló, amelyben az egyén önálló szereppel vesz részt, amely számára fontos, és amely valamilyen érték- és érdekközösségen alapul. Gyakran a tág értelemben vett közösségek ma mintegy virtualizálódtak, tagjaik kommunikációs eszközök segítségével tartják a kapcsolatot egymással. A közösség kommunikációs rendszer, társas erőforrás, amelynek eszközeit és szolgáltatásait igénybe lehet venni, és amelyben az egyén mások számára is az erőforrások része. A közösség az egyén társadalmi integrálódásának eszköze, szociális védőháló, az önazonosság egyik pillére és önmegvalósítási terepe. Általában a szociális viselkedés színvonalának fenntartója.

A közösségi ellátás kialakulása

Történetileg mind a pszichiátriai (majd később az addiktológiai), mind pedig a szociális ellátás kórházi, hospitális, intézményes keretek között zajlott. Az 1960-as évektől kezdtek el a krónikus, nem fertőző megbetegedések ellátására kialakított gondozási modellt alkalmazni a pszichiátriai betegségekre is. Ekkor alakultak ki hazánkban a *pszichiátriai gondozók* (korábbi nevén az ún. *ideggondozó hálózat*). A drogproblémák növekedése egyre nagyobb társadalmi gondot jelentett, s így néhány évvel ezelőtt követelményként fogalmazódott meg az, hogy a társadalomnak biztosítania kell az intenzív, reintegráló közösségi ellátás feltételeit.

Meghatározása

A *közösségi ellátások* a pszichiátriai, illetve a szenvedélybetegek részére nyújtott alapszolgáltatások, valamint speciálisan a szenvedélybetegek részére nyújtott ún. *alacsonyküszöbű* szolgáltatások. Ezen alacsonyküszöbű szolgáltatásokat külön szakmai iránymutatások szabályozzák.

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 pszicho-szociális rehabilitációt, a szociális és a mentális gondozást, a szolgáltatások igénybevételére ösztönzést, valamint megkereső programok szervezését az ellátásra szorulóknak elérése érdekében. (Az alacsonyküszöbű szolgáltatás keretében – a szolgáltatások igénybevételére ösztönzésén és a megkereső programok szervezésén túl – lehetőség szerint biztosítani kell a

szenvedélybetegség által okozott egészségügyi és szociális károk mérsékléséhez szükséges *ártalomcsökkentő* szolgáltatásokat, valamint az életet veszélyeztető, nehezen kezelhető helyzetek esetére a *kríziskezelést*).

Alátámasztottsága, indokoltsága

Az intézményi ellátás hatékonysága csökken azáltal, hogy a kezelés alatt kiemeljük a klienst a szociális környezetéből, miközben a stressz keletkezésének helyszínén a hozzátartozók semmilyen segítséget, támogatást nem kapnak, a kliens pedig ritkán tanulja meg az intézményben az otthoni stressz kezelésében hatékony eszközöket. A hatékonyságot csak komplex, integrált módon, az ellátott családjának bevonásával lehet növelni.

A gondozás fogalmában benne van a felismerés, hogy az idült betegek egyensúlyban tartása, megfelelő kezelése népegészségügyi érdek. Nem lehet tehát megelégedni azzal, hogy az ellátás és a betegek találkozását csupán a betegek panaszai és tünetei szabályozzák, hanem a betegek motiválásával, lehetőleg a saját otthonukban, lakókörnyezetükben – szükségük és igényük szerint – fel kell kínálni számukra állapotuk ellenőrzését és javítását, az addikciók nélküli, teljesebb élethez jutás lehetőségét.

Az alapellátási feladatokkal tehát azt a szociális-rehabilitációs hálót lehet kiépíteni, amely az intézményesített formák mellett preventív, illetve rehabilitációs céllal nyújt szolgáltatást, s a kezelésben való együttműködést segíti elő az ellátott számára. Ezáltal megnő az esély – a lakóhely megtartása mellett – a szükséges ellátások igénybevételére, s csökken azon betegek aránya, akik az intézményes bentlakásos szolgáltatásokat veszik igénybe. A szociális igazgatásról és ellátásról szóló 1993. évi III. tv. szabályozza a közösségi ellátást az alapszolgáltatásokban.

Az ellátottak köre

- Elsősorban a saját otthonukban élő, nem akut veszélyeztető állapotú addiktív betegek, akiknek a betegsége ambuláns szakellátás mellett egyensúlyban tartható, és akik életvitelükben valamint szociális helyzetük javításában igényelnek segítséget;
- A tüneteket mutató, de addiktológiai kezelés alatt nem álló, illetve addiktív probléma kialakulása szempontjából veszélyeztetett személyek;
- Az alacsonyküszöbű intézmények célcsoportjai; a nehezen elérhető szenvedélybetegek, a magas kockázatú csoportok vagy más, egészségügyi és szociális ellátásokban nem részesülők.

A közösségi ellátás szemléleti kerete

A közösségi ellátás alapjaiban pozitív szemléletű, filozófiája szerint *a negatív folyamatok megállíthatók és megfordíthatók, a változásra és a felépülésre mindig van lehetőség*. A közösségi ellátás központi eleme, hogy nem csupán, és nem elsősorban az ellátásban résztvevő addiktológusok, pszichiáterek, más orvosok, pszichológusok, szociális munkások, szociális gondozók, stb., illetve a közösségben folyó gyógyszeres kezelés vagy csoportos fejlesztés erőire bízva a személyiség változását és a szerfüggőség leküzdését, hanem a közösség természetes kapcsolatformáit és kommunikációs folyamatait is felhasználja ehhez.

A közösségi ellátás segít fenntartani mindazokat a kapcsolatokat, amelyek – általában észrevétlenül – a közösség átlagos, normálisnak mondható tagjainak lelki egyensúlyát őrzi, mindezt igyekszik fejleszteni, a szerfüggő egyént megpróbálja mind több új emberi kapcsolatba és szociális csoportba bevonni. Ilyen módon a szenvedélybeteg általános közösségi integráltsága fokozódik, és ezzel személyisége is fejlettebb működési állapotokba kerül. Megnyílik számára a változás és magatartásmódosítás útja, a többnyire új, szociálisan konstruktív viselkedésformák átvételén, tanulásán át.

Az addiktológiai közösségi ellátásban tehát a gondoskodással és a terápiával legalább egyenrangú a közösségi reintegrálás, amelytől reszocializáció és reaktivitás várható. Ezáltal elérhető közelségbe kerül, hogy a szolgáltatást igénybe vevő – a szer okozta kielégülések és belső kompenzációk helyett – a társas kapcsolatokban, és szereprendszerekben találja meg önmegvalósítási területeit és örömeit, miközben egyensúlyi állapotainak megőrzésében a természetes közösségi segítségformákra támaszkodik.

A közösségi ellátás fontos jellegzetessége továbbá a gyógyításon túl is felelősséget vállaló *rehabilitációs szemlélet*; amely aktív és alkotó társadalmi részvételre irányuló olyan egészségügyi, pedagógiai és pszicho-szociális rehabilitáció, melyben a pszicho-szociális rehabilitáció nyújtja a teljes életvitel megvalósításához szükséges (rendszer-szemléleti és fejlődéselvű, folyamatjellegű) szemléletet. A rehabilitációs szemlélet az addikciónak csak olyan medikalizációját fogadja el, amely nem szűkíti, hanem bővíti az egészségtartományt, viszont szűkíti a betegségtartományt. Az addiktológiai rehabilitáció – multiprofesszionális team-munkát feltételező – pszicho-szociális megközelítése egyesíti a *stratégia-orientált* (társadalmi akciók kezdeményezése, erőforrások mozgósítása) és az *identitás-orientált* (a társas gyakorlat és társadalmi mozgalom szubjektív vetületének, pl. csoport-szolidaritás, autonómia és elismertség iránti igény megértése) nézőpontot.

Vezérelve

A közösségi ellátásban *érték és cél* minden *természetes emberi kapcsolat* a maga kommunikációs és szereprelációs folyamataival, kölcsönhatásaival. Ezek megkönnyítik a függő személyiségnek a benne lévő emocionális komplexusok, szociálisan hátrányos motivációs állapotok és én-működési gátlások feldolgozását és általában előrelendíthetik a megakadt én- és identitásfejlődését. A gondozás kulcseleme a *család-gondozás*, illetve a *természetes segítők bevonása*, megnyerése, azzal a céllal, hogy az élettér, amelyben a kliens mozog, betegsége következményeként ne, illetve minél kevésbé szűküljön be. Az alapellátás során megszervezendő szolgáltatásnak éppen ezért, illetve ebből kiindulva *komplexnek, integrálnak* kell lennie.

Elengedhetetlenül fontos az *együttműködés* a kliens ellátásában résztvevő csoportokkal, így például a kríziskezelés és a pszichoedukáció során az addiktológiai gondozóval, a háziorvossal, máskor a kábítószer egyeztető fórumokkal (KEF), illetve egyéb szolgáltatást nyújtó, a szociális környezethez tartozó személyekkel, például: munkaügyi központ munkatársaival, lakóközösség tagjaival, stb.). A közösségi rehabilitáció a kirekesztettséget, izolációt igyekszik elkerülni. A szolgáltatás a lehető legnagyobb súllyal támaszkodik a közösségi erőforrásokra, és a természetes segítőkre. A professzionális segítők nagyban támaszkodhatnak az önkéntes segítők tevékenységére. A közösségi szolgáltatást nyújtó szakemberek az önszolgáltató csoportok tagjaival, önkéntes segítőkkel közösen, egymásnak segítséget nyújtva végzik munkájukat.

Célja, feladata

A közösségi szenvedélybeteg-ellátás célja, hogy az általa gondozott szenvedélybetegek integrált és teljes jogú tagjai maradjanak a társadalomnak, illetve reintegrálódjanak a közösségbe. Ennek érdekében a gondozás a pszicho-szociális rehabilitáció és a tanácsadás minden formáját a szenvedélybeteg otthonában illetve lakókörnyezetében, tartózkodási helyén biztosítja. Segítséget nyújt a szenvedélybetegek számára egészségi és pszichés állapotuk javításában; meglévő képességeik és készségeik megtartásában, illetve fejlesztésében; a mindennapi életükben adódó konfliktusok feloldásában és problémáik megoldásában; a szociális és mentális gondozásukban, és az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutásukban. A közösségi ellátás akkor hatékony, ha átfogó, tehát nem csak szigetszerűen épül ki, és integrált. Ez azt jelenti, hogy megfelelő szabályozással ösztönözni kell a különböző szolgálatok - az egészségügyi és szociális szolgáltatások - szoros együttműködését az ellátottak céljainak megvalósulása érdekében.

Fontos továbbá, hogy az ellátás képes legyen rugalmasan alkalmazkodni az adott közösség változó igényeihez. A hatékony közösségi ellátás figyelmet fordít a szolgáltatást igénybe vevő, a közösség és a természetes segítők megfelelő oktatására és támogatására annak érdekében, hogy a közösségi ellátásban rájuk eső feladatokat kompetensen oldják meg, és a beteg a terhei lehetőleg ne növekedjenek. A közösségi ellátás célja továbbá a tartós intézeti tartózkodás megelőzésével a szenvedélybeteg stigmatizációjának elkerülése, a közösségi integráció fenntartása. Az ellátott gondozásában illetve rehabilitációjában, a természetes segítők aktív közreműködésére építve, az egyéni megoldásokat preferálja az intézményes lehetőségekkel szemben. A közösségi ellátás ily módon a leghatékonyabb pszicho-szociális rehabilitációt képes megvalósítani. Ennek érdekében szükséges:

- A jelenleginél hatékonyabb módokat, lehetőségeket, találni a szenvedélybetegek rehabilitálására, s növelni a helyi közösség életében való részvételüket
- A munkavállalással kapcsolatos készségek fejlesztésével, a motiváció fokozásával és a környezeti feltételek javításával az újra dolgozás lehetőségének keresése
- Csökkenteni eme igen erős társadalmi intoleranciával kezelt csoport sérülékenységet, különösen a társadalmi igazságtalanság, a diszkrimináció, kirekesztés és a szegénység tekintetében
- Növelni az anyagi, egészségügyi, szociális és pszicho-szociális javakhoz való hozzáférés lehetőségét
- Az alakuló hazai és az európai addikció-, illetve drogpolitika, továbbá a szociálpolitika perspektíváinak figyelembevétele (részvétel, aktivitás, emberi méltóság, élethosszig tartó tanulás, a szolgáltatásokhoz való hozzáférés, nemi egyenlőség, antidiszkrimináció, szegénység elleni küzdelem, szubszidiaritás, szolidaritás, univerzalizmus stb.)

Szakmai tartalma, módszertani alapelemei, tevékenységi formái:

A közösségi ellátás az egészségügyi és szociális ellátórendszer együttműködésében történik. Az ellátás szociális szolgáltatási formája csak az egészségügyi ellátórendszerrel együtt tud szolgáltatást nyújtani, betartva a kompetencia határokat és a partneri jellegű, egymás mellé rendelt, komplementer szerepeket. A kompetencia határok az ellátás szakmai oldaláról

közelíthetők meg, s a multidiszciplináris team – melynek többek között mindkét ellátórendszer tagja – alkalmas arra, hogy a határokat a szolgáltatók kijelöljék. A szolgáltatást igénylő egyszerre veheti igénybe problémájának megoldása érdekében mind a szociális ellátást, mind az egészségügyi ellátást.

A multidiszciplináris team a motor és a szolgáltatók összetartója.

1. Szűrés és korai felismerés:

(Ez a tevékenység az egészségügyi szolgáltatóval együttműködve nyújtandó)

- Állapotfelmérés, becslőskálák, kérdőívek, tesztek
- Strukturált interjú

A folyamatosan végzett *szűrés*, az *állapotfelmérés* és a *korai felismerés* alapvető jelentőségű a szenvedélybetegekre irányuló közösségi szolgáltatásban, mert általuk olyan információkhoz juthatunk, amelyek segíthetnek a terápiás célok, stratégiák kialakításában, tervezésében, kivitelezésében és aktualizálásában. Kérdőívekkel, tesztekkel, becslőskálákkal, standardizált interjúkkal – például a szerhasználat (szerfüggőség, viselkedéses addikciók) valamennyi aspektusára kiterjedő ún. *strukturált interjúval* – átfogó képet alkothatunk a közösségi szolgáltatást igénybe vevő helyzetéről, állapotáról, a számára legmegfelelőbb segítségnyújtási módokról, lehetőségekről, intervenciókról.

2. Speciális technikák, intervenciók:

- megkereső tevékenység (outreach)
- a felépülésre való készség mérése, fokozása (felépülési modell)
- változásra ösztönzés (motivációs interjú)
- addiktológiai konzultáció (counseling)
- rövid intervenció
- esetmenedzselés

A *megkeresés* (outreach) olyan tevékenység, melyben a segítő feltérképezi, megkeresi, megközelíti a változást nem igénylő, kevésbé motivált, ún. „rejtőzködő” szenvedélybetegeket, addiktív problémával küzdőket, azzal a céllal, hogy bevonja őket a közösségi szolgáltatásba. A közösségi ellátásban nem mondhatunk le a szenvedélybeteg segítségről, csak azért, mert a segítségre szoruló nem motivált, nem akar változni. A *felépülésre, változásra való készséggel*, motivációval vagy rendelkezik a kliensünk vagy nem, kialakulhat benne, de el is múlhat, iránya és intenzitása változó, a közösségi gondozó feladata, hogy a klienst lépről lépésre motiválja a változásra. A *motivációs interjú* egyben motiváló technika, módszer, például a szenvedélybetegségből való felépülésben, de minden nemkívánatos viselkedés megváltoztatásában is. A *felépülési modell* azt vizsgálja, hogy pszichoaktívanyag-használó (vagy valamilyen viselkedéses addikcióban szenvedő) egyén mennyire kész megváltoztatni használói viselkedését. A változás folyamatában különböző stádiumok különíthetők el, amelyekben az egyénnek különböző célokat kell elérnie. A stádiumok hossza egyénenként és az egyén motivációs állapotától függően nagyon különböző lehet, egy-egy stádiumban akár éveket is el lehet tölteni.”Az *addiktológiai konzultáció* a szenvedélybetegek nem orvosi kezelését célzó segítése, melyben – szimmetrikus viszonyok között – az oda-vissza irányuló kommunikáció résztvevői a kliens (aki segítséget keres) és a konzultáns (aki segítséget nyújt). A konzultáció folyamán a kliens megtanulhatja, hogy hogyan hozzon döntéseket, hogyan formálja viselkedését, érzéseit, gondolkodását. Különbséget kell tennünk a *konzultációs*

készségek használata és a *konzultáció* között. A konzultációs készségeket különböző segítő foglalkozásúak is használják anélkül, hogy konzultációról lenne szó. Az úgynevezett *rövid intervenció* 1-3 ülésben végzett beavatkozás, sok esetben hatásosabb más terápiáknál. A szociális ellátásban az ad különleges jelentőséget ennek a speciális módszernek, hogy a még nem függő, de alkoholproblémával küzdő alkoholfogyasztóknál lehet alkalmazni. A közösségi gondozásban a különféle tevékenységek összehangolását, a szolgáltatások koordinálását az *esetmenedzselés* biztosítja

3. Problémaelemzés, problémamegoldás:

- a személyes célok meghatározásának segítése
- problémamegoldó beszélgetések

A közösségi gondozó a szolgáltatást igénybe vevő igényei alapján segíti őt a helyzete megfogalmazásában, a probléma meghatározásában, a megoldásra váró nehézségei kiemelésében. A tisztázás folyamán az a célunk, hogy megismerjük a kliens azon törekvéseit, amelyeket problémái megoldása révén el szeretne érni, s hogy feltárjuk mindazon erőforrásokat, amelyek segítségével lehetnek problémái megoldásában. A kommunikációs készségek elsajátítása nem csupán cél, hanem eszköz is a kliens nehézségeinek megfogalmazására, ezzel együtt a kommunikáció, a beszélgetés meghatározó lehet a beavatkozás eredményességében.

4. Készségfejlesztés

- életvitellel kapcsolatos tréningek szervezése vagy közvetítése,
- az önellátásra való képesség javítása és fenntartása;
- kommunikációs készség fejlesztése
- asszertivitást fejlesztő tréningek szervezése vagy közvetítése
- a visszaesés megelőzése, a visszautasítás készségeinek kialakítása, fejlesztése
- stresszkezelés

Ismert tény, hogy a szenvedélybetegségek kialakulásában és fennmaradásában – egyebek mellett – fontos szerepe van a sérülékenységnak és a gyöngye stresszkezelő képességnek. A stresszkezelés a család lehetőleg valamennyi tagjának bevonásával, problémamegoldó készségek, és hatékony kommunikációs technikák elsajátításával történhet. A készségfejlesztés során a kliens céljai eléréséhez szükséges készségeket tartjuk szem előtt, például a döntéshozás és az absztinencia eléréséhez, megtartásához szükséges nemet mondani tudás (visszautasítás) képessége, a szociális, illetve a mindennapi élettel összefüggő, ún. életviteli készségek, továbbá a problémamegoldó készségek, az önérvényesítő készségek, a kommunikációs készségek és a kognitív újrastrukturálás készségeinek kialakítása, illetve fejlesztése, stb.

5. Pszichoedukáció:

(A tevékenység alapfeltétele az egészségügyi szolgáltatóval való együttműködés)

- Tájékoztatás a betegségről, annak lehetséges következményeiről, a gyógyító, segítő folyamatról, teendőkről, a felépülés várható hatásairól.

A *pszichoedukáció* információátadást jelent, amelynek során megismertetjük a klienst (és/vagy családtagjait) a függőség lényegéről, ismérveiről, tájékoztatjuk a betegség okairól,

lefolyásáról, szövődményeiről, következményeiről, a felépülés esélyeiről, a mértéktelen szerfogyasztásból, kóros viselkedésből származó károsodásról, képességcsökkenésről. A különböző tanulási technikák, módszerek, megközelítések segítségével a kliens ismeretei bővülnek, betegségbelátása, betegségtudata nő, amelynek következtében mértéktelen szerfogyasztására, önsors-rontó viselkedése megváltoztatására vonatkozóan könnyebben hoz helyes döntést, illetve a családtagok pszichoedukációja eredménye lehet a szenvedélyproblémás családtag jobb megértése, hatékonyabb támogatása.

6. Pszicho-szociális rehabilitáció:

- a munkához való hozzájutás segítése,
- a szabadidő szervezett eltöltésének segítése,
- szabadidős, önszerző csoportok, támogató hálózatok szerveződésének segítése,
- tanácsadás, információnyújtás az egészségügyi, szociális, gyermekvédelmi ellátások és szolgáltatások, valamint a foglalkoztatási, oktatási, lakhatási lehetőségek igénybeviteléről.

A közösségi ellátás közösségi alapú, tehát a szenvedélybeteg-ellátás és a *pszicho-szociális rehabilitáció* minden lehetséges formáját biztosítja a kliens otthonában, illetve annak közelében. Ebben az ellátási típusban a különböző szociális segítségnyújtáson túl (étkeztetés, segéllyel kapcsolatos ügyintézés) a következő törekvések jelennek meg: életviteli készségek fejlesztése, a szabadidő hasznos eltöltésének strukturálása, az igénybe vevő egészségügyi ellátással való kapcsolatának követése, kapcsolattartás, a *reintegráció*, a környezetben való megtartás, a betegségállapot és az együttműködés nyomon követése, a visszaesések megelőzése, megkereső munka, ártalomcsökkentés.

A közösségi ellátás fontos jellemzője, hogy a nagymértékben támaszkodik a természetes *közösségi erőforrásokra* – különféle szolgáltatásokra, a hozzátartozókra és az önszerző szerveződésekre – őket is oktatta és támogatva, velük szorosan együttműködve. A közösségi szolgáltatást egyéni gondozási terv alapján – az igénybe vevő aktív és felelős részvételére építve, egyéni szükségleteire alapozva – multidiszciplináris team végzi, amelynek egyenrangú szereplői a szenvedélybeteg, és az ő természetes (laikus) segítői.

A közösségi gondozó és a közösségi koordinátor:

A közösségi ellátás magában foglalja a hozzátartozók bevonásával végzett *gondozást*, akár a 24 órás elérhetőséget. A szolgáltatás személyi feltételei: a *közösségi gondozó*, aki segít a kliens életvezetésében, mentális gondozásában, szorosan együttműködik a háziorvossal és más szolgáltatókkal. A közösségi ellátásban megjelenik a *közösségi koordinátori* feladatkör, amelyhez főleg az esetmunka, a team-munka szervezése, az intézményközi teamek együttműködésének serkentése tartozik, aki a kliens ellátásában résztvevő szolgálatok között kooperál, esetmenedzseri feladatokat lát el, információt cserél, illetve segíti a gondozó feladatellátását, hangsúlyosan a *problémamegoldás*, a *kríziskezelés* során. (A magyarországi ellátórendszer sajátossága az, hogy mind az egészségügyi ellátásban, mind a szociális alapszolgáltatásban végeznek gondozói munkát, tehát e tevékenység kétféle finanszírozásban, kétféle ellátórendszerben működik. Még nem alakultak ki a szoros együttműködést garantáló intézményes formák, így a hatékony együttműködés kialakítása minden szolgáltató számára nagy kihívás). Az addiktológiai közösségi gondozás tehát egyrészt magával a *közösséggel*, másrészt a kliens individuális érzelmi, spirituális, kapcsolati problémáival a *közösségben* folytatott tevékenység, melynek feladata a sérült képességek helyreállítása, a személyes és a társas erőforrások, tartalékok mozgósítása, valamint az egyéni és szociális diszfunkciók

kialakulásának megelőzése. A közösségi szolgáltatást nyújtóktól mindez speciális ismereteket, készségeket kíván.

A közösségi gondozásban a különféle tevékenységek összehangolását, a szolgáltatások koordinálását az *esetmenedzselés* biztosítja. Míg a régi esetkezelés elsősorban az intrapszichés folyamatok befolyásolására összpontosított, addig az esetmenedzselés egyén és környezetének kölcsönhatására koncentrál. Az esetmenedzseri tevékenység a kliens és a szakember közt bizalmi és hatalommal felruházó (empowering) kapcsolatot feltételező professzionális gyakorlat, tudományos tevékenység és művészet egyaránt.

Az esetmenedzsment lehetséges céljai: az *individualizált* gondozás; az *intézmények közti együttműködés* révén a források elérésének átfogó, koordinált és folyamatos biztosítása; a gondozás *flexibilitása*, az elérhetőséget akadályozó adminisztratív akadályok megszüntetése; az átláthatóság és *outreach* (megkeresés) biztosításával a gondozás hatékonyságának növelése. Az outreach kétoldalú folyamat, nemcsak a gondozó megkereső aktivitására utal, hanem a kliens segítségkérő készségének javulását is magában foglalja. Az esetmenedzselés egyik fontos feladata annak megakadályozása, hogy a kliens körül problémafenntartó rendszer alakuljon ki. További feladat a kliensek és a források azonosítása, a kapcsolatépítés, az állapotfelmérés, a célok meghatározása, az intervenció tervezése, a kliens és a források, szolgáltatások összekötése, a kliens érdekeinek képviselése, a monitorozás és az eredmények értékelése.

Esetmenedzselő munkája során a közösségi gondozó különféle szakmai szerepeket vesz fel, melyek a következők: képző (tanító), szervező-fejlesztő (ügynök), terapeuta (klinikus), mediátor és pártfogó (képviselő). A szerepzavar elkerülése érdekében mindig tudnia kell, hogy éppen melyik szerepét teljesíti. A hatékony gyakorlati munka érdekében a közösségi gondozónak képesnek kell lennie arra, hogy megtalálja és pozicionálja a kliensek és a szolgáltatók közös szempontjait, kifejezésre juttassa a marginalizált hangokat, járuljon hozzá a bürokrácia csökkentéséhez, segítse a hasonló problémákkal küzdők szövetségének kialakulását és közösség tagjainak reflektív, kritikus, közös problémalátás irányába mutató gondolkodását. Az addiktológiai esetmenedzselés a következő sajátos képességeket foglalja magában:

- a gondozó képes disztigválni a teendők közt, és semmi olyat nem tesz, amit a kliens maga is képes megtenni,
- a gondozó képes hagyni azt, hogy – amennyiben ez segíti a kliens változását, tanulási folyamatait – a kliens viselje viselkedésének következményeit,
- a gondozónak képesnek kell lennie a szakmai határok keretei között működve, *elég jó segítőként*, egyaránt elkerülni a túlzott bevonódást és a túlzott távolságtartást.

A közösségi gondozó akkor képes a kliens számára korrektív emocionális élmény nyújtását biztosító szakmai viszonyulásra, ha nem kodependens, illetve „*helper*” módon épít ki kapcsolatot és szövetséget a klienssel. A közösségi gondozás művészete az *empowerment*, melynek során a szakember beszédes és gondoskodó figyelemmel hagyja, hogy a kliens maga tanulja meg megoldani a problémáit. A gondozó szaktudásával és a gondozási megállapodás betartásával tartozik a kliensnek, ez az, amiért felelősséget vállal.

A közösségi ellátáshoz kapcsolódó szolgáltatások

Nappali intézmények:

Szociális intézmények, melyek krónikus szenvedélybetegek számára más-más kialakításúak. Nappali gondozást végeznek, elősegítik a betegek önszerveződését és önszorgó aktivitását, szabadidő-tevékenységét, készségfejlesztését, munka-rehabilitációját, önálló

életvitelét. A szenvedélybetegek klubjai nyitottak a közösség más tagjai számára, s így fokozzák az intézmény és kliensei közösségi elfogadottságát és integrált voltát. A nappali klubok vezetésében általában a felhasználók (tehát a betegek) is helyt kapnak. (Az ilyen intézmények a törvény szerint hazánkban is kötelezően kialakítandók a 3 ezer lakos feletti körzetekben és településeken. Mégis alig-alig találkozunk országszerte nappali klubokkal, amelynek az önkormányzatok gyakran hiányzó hajlandósága és a közösségi ill. az öntevékenységet integráló vezetői munkára jól felkészült szakemberek hiánya a legfőbb oka.

Védett lakhatási lehetőségek:

Olyan kis csoportos vagy családi, egyéni lakhatási formák, ahol átmeneti, illetve folyamatos támogatásra szoruló betegek a szükségleteiknek megfelelő szintű támogatáshoz juthatnak hozzá. Ilyen otthonok nem fogadnak 8-10 betegnél többet, és a környezettükkel harmonizálnak. Működésüket a szociális törvény is lehetővé teszi, Magyarországon (jelenleg) mintegy 10-15 lakóotthon működik. A védett lakhatás egyéb formája is kibontakozni látszik. Ide tartoznak a szociális ellátás területén működő rehabilitációs intézmények külső férőhelyei, külső gondozói hálózata. A rehabilitációs intézmények a férőhelyek 15%-a erejéig megvalósíthatnak külső férőhelyet (védett bérlemény, védett lakhatási forma), melyre azonos normatív állami támogatás jár, mint az eredeti férőhelyek vonatkozásában. A gyakorlatban csak a hajléktalan-ellátó intézmények között találunk erre gyakorlatot, illetve egy – két civil szolgáltatónál. A külső férőhelyek a sikeres rehabilitáció programjában a re-integrációs tervet tudják megvalósítani.

Addiktológiai, pszichiátriai gondozó hálózat:

A pszichiátriai gondozás az a tevékenység, amelynek során a pszichiáter szakorvos által vezetett munkacsoport meghatározott területen élő, hosszan tartó pszichiátriai betegségekben szenvedők folyamatos észlelését és gyógyítását végzi, a rehabilitációját segíti a betegség teljes folyamatában. A gondozási feladatot team munkában kell végezni a pszichiátria szakterületének különböző szintjein, az ellátandó feladat függvényében. A gondozást végző munkacsoport tagjai szakorvosok, klinikai szakpszichológusok, szociális munkások, szakképzett gondozónők, rezidensek és további munkatársak a szakmai minimum-feltételeknek megfelelően. Feladatok: diagnosztizálás, részletes pszichiátriai vizsgálat, pszicho-szociális állapot-felvétel, melybe beletartoznak a betegség lefolyását enyhítő és súlyosbító tényezőknek (szociális helyzet, jövedelmi viszonyok, családi állapot, szakképzettség, családi életciklus, munkahely megléte vagy hiánya, elhelyezkedés esélyei, nyugdíjaztatás) a stresszoroknak a felmérése, a beteg fő problémáinak és céljainak meghatározása, aktuális életvezetési nehézségeinek felderítése;

- Kapcsolatfelvétel a beteg főbb szociális partnereivel, elsősorban családjával, lehetőség szerint a beteg előzetes hozzájárulásával
- A beteg egyéni szükségleteit figyelembe vevő hosszú távú, összetett terápiás terv kidolgozása, illetve a terápia megkezdése a beteg beleegyezése és felelős részvétele alapján.
- A gondozási tevékenység hatékonyságának növelése érdekében a gondozó szoros együttműködése szükséges a beteg ellátásának minden fontos résztvevőjével, így pl. a kórházi osztály, a háziorvosi szolgálat, szakrendelések, családgondozó, gyermekjóléti

szolgálatok, szociális otthonok és egyéb szociális szolgáltatások, polgármesteri hivatal, különféle hatóságok, civil szervezetek stb. munkatársaival.

- A beteg és szociális partnerei (hozzátartozók vagy mások) teljes jogú, felelős bevonása a gondozásba.

24 órás mobilis krízisszolgálat és krízisfeketető:

Hazánkban jelenleg nem működik ilyen szolgáltatási forma, ha működne, a közösségi ellátást teljesebbé tehetné. Nemcsak szenvedélybetegség, de a közösségben jelentkező bármely krízis esetén igénybe vehető. A krízisfeketetőkben elérhető az orvosi segítség is, de a hangsúly elsősorban a személyes gondoskodáson és szociális esetkezelésen van. Hozzájárul a krízisek súlyos következményeinek és azok medikalizálódásának megelőzéséhez, valamint a szakszerű, területen végzett akut pszichiátriai ellátás és intézkedés elterjedéséhez.

Akut és krónikus nappali kórházak:

Az akut nappali kórházak az akut kórházi kezelés felváltására illetve annak lerövidítésére szolgálnak. A krónikus nappali kórházak a tartósan szakellátást igénylő betegek hosszabb távú kezelését látják el.

Háziorvosi és szakorvosi konzultációs szolgálat:

A háziorvos és más szakorvos konzultációt, szupervíziót kérhet a pszichiátertől, illetve a kompetenciáját meghaladó esetekben a beteget az addiktológushoz irányíthatja. Ebben a rendszerben reálisan elvárható, hogy a háziorvos az addiktív zavarok akár 80%-át is adekvátnan kezelje, illetve hatékonyan és integráltan működjön közre a pszichiáter szakorvosok által kezelt betegek gondozásában.

Akut kórházi ellátás:

A szenvedélybetegségek kezelése klasszikus módon addiktológiai, pszichiátriai osztályon történik, intézményes keretek között. Az akut kórházi ellátásra a magas színvonalú közösségi ellátás mellett is szükség van, de kisebb mértékben, mint a jelen ellátórendszerben. A kórház ebben a rendszerben szorosan együttműködik a közösségben dolgozó szakemberekkel, valamint a hozzátartozókkal, és az akut felvétel első napján együttesen megkezdik az elbocsátás előkészítését.

A közösségi ellátás igénybevételének módja

A szolgáltatás önkéntesen, térítésmentesen vehető igénybe. A szolgálatnál személyesen, telefonon vagy levélben történő igénybejelentést követően (amennyiben szükséges azonnal) a szolgálat munkatársa előzetes egyeztetés után személyesen keresi fel az ellátásra váró klienst.

A működési engedélyben meghatározott létszámot meghaladó igény esetén az igénybejelentőt 8 napon belül írásban kell értesíteni. Szabad kapacitás esetén az igénybejelentő ellátásáról, a szolgálat, a jelzés sorrendjében gondoskodik. Az ellátás igénybevételéről a szolgáltatást nyújtó, illetve az ellátást igénybe vevő, valamint az ellátást igénybe vevő törvényes képviselője megállapodást köt. A jelenleg hatályos Szt. 94/B.§-ának (1) bekezdése, illetve 94/D §-ának (1) bekezdése szerinti megállapodások tervezetét a szolgáltatást nyújtó szakmai

programjához mellékletként szükséges csatolni. A szakmai programnak – egyebek mellett – tartalmaznia kell az egészségügyi szolgáltatókkal való együttműködés módját is.

A szolgálat és az igénybe vevők közötti kapcsolattartás módja

A szolgáltatás során a szolgálat munkatársai otthonukban személyesen keresik fel az ellátottakat, lehetőség szerint telefonon is tartják a kapcsolatot. A szolgálat az ellátottak számára személyesen, telefonon és levélben is elérhető. Az elérhetőségről a szolgálat kezdetén minden ellátott számára tájékoztatást kell adni.

A közösségi ellátás körében ellátottak jogai és kötelezettségei

- Az ellátott jogosult a számára egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatásra: joga van tájékoztatást kérni és kapni a szolgálat által nyújtott szolgáltatások jellemzőiről, azok elérhetőségéről és az igénybevétel rendjéről, valamint az ellátottakat megillető jogokról és azok érvényesítéséről, továbbá jogosult megismerni a róla készült dokumentációban szereplő adatokat.
- Az ellátottnak joga van arra, hogy az ellátásában résztvevő személyek az ellátása során tudomásukra jutott egészségügyi és személyes adatait csak az arra jogosulttal közöljék, és azokat bizalmasan kezeljék.
- Joga van arról nyilatkozni, hogy kiket zár ki adatai részleges vagy teljes megismeréséből. (A titoktartási kötelezettség nem vonatkozik arra az esetre, ha ez alól az ellátott felmentést adott vagy valamely jogszabály az adat szolgáltatásának kötelezettségét írja elő).
- Az ellátott alapvető joga emberi méltóságának tiszteletben tartása.
- Az ellátott jogosult az ellátással kapcsolatban a szolgáltatónál, az ellátottjogi képviselőnél, illetve a szolgálat székhelye szerint illetékes városi jegyzőnél panaszt tenni.
- Az ellátott a szolgáltatás igénybevételekor köteles tiszteletben tartani a vonatkozó jogszabályokat és a szolgáltató működési rendjét.
- Az ellátott – amennyiben ezt egészségi, pszichés állapota lehetővé teszi – köteles az ellátásában közreműködőkkel képességei és ismeretei szerint együttműködni, tájékoztatni őket mindarról, amely a megfelelő gondozási terv elkészítéséhez és a beavatkozások elvégzéséhez szükséges.

A közösségi ellátást végzők jogai és kötelezettségei

a) A szakmailag elfogadott pszicho-szociális intervenciók módszerek közül - a hatályos jogszabályi kereteknek megfelelően - szabadon választhatja meg az adott esetben alkalmazandó beavatkozási formát.

b) Megtagadhatja az ellátást,

- ha az igénylő problémája nem a szolgálat kompetenciájába tartozik vagy az általa kért szolgáltatás jogszabályba, illetve szakmai szabályba ütközik,
- az ellátotthoz fűződő személyes kapcsolata miatt,
- ha saját egészségügyi állapota vagy egyéb gátló körülmény következtében fizikailag alkalmatlan az ellátásra,
- ha az ellátott súlyosan megsérti az együttműködési kötelezettséget,
- ha a gondozott ellátása veszélyezteti saját életét és testi épségét.

c) A szolgálat munkatársa a gondozott ellátását csak akkor tagadhatja meg, ha

- ez az ellátott egészségi, pszichés állapotát károsan nem befolyásolja, és
- a gondozott ellátásáról más szakember bevonásával, esetátadás keretében gondoskodik.

d) A közösségi ellátást végző köteles

- tevékenységét a hatályos jogszabályok és szakmai szabályok szerint végezni,
- az ellátott személyiségét, méltóságát, jogait és önrendelkezését tiszteletben tartani,
- egyéni igényeit és szükségleteit, aktuális állapotát, életkorát, képességeit és készségeit figyelembe venni.

e) A közösségi ellátást végző jogosult a szakmai ismereteinek – a szakma mindenkori fejlődésével összhangban történő – folyamatos továbbfejlesztésére.

Dokumentáció, adminisztratív teendők

A közösségi ellátásban részesülővel gondozási terv készítése szükséges. Ez alól kivétel az alacsonyküszöbű ellátás, melynek irányelve nem e dokumentum része.

A gondozási terv rehabilitációs szemléletű, a személyes célokból indul ki.

1. Forgalmi napló

A forgalmi naplóban szerepel a szolgáltatást nyújtók – kliensek ellátásával kapcsolatos – minden tevékenysége, a telefonos kapcsolatfelvételtől a szupervíziós esetmegbeszélésen, esetkonferencián keresztül az egyéni és családi, közösségi ellátásig. A forgalmi naplóban szerepeljenek a telefonos kapcsolatfelvételek, az önszolgáltató csoportok adatai, és a közösségi ellátást igénybe vevők számára nyújtott szolgáltatások is.

2. Felvételi lap

A felvételi lapon a kliensre vonatkozó alap- és kiegészítő adatokra, valamint a szolgáltatáshoz szükséges egyéb információkra kérdezzük rá

Alapadatok:

- név:
- születési idő:
- lakhely: elegendő a város, Budapest esetében a kerület
- telefonszám: fontos elérhetőség esetében

Kiegészítő adatok (ha a lehetséges további ellátásokhoz szükségesek):

- TAJ szám
- Személyi azonosító szám
- Anyja neve

Egyéb információk:

- családi állapota
- gyermekei száma
- a vele együtt élő gyermekek száma, kora
- egészségügyi problémái
- rendszeresen szedett gyógyszerek
- milyen ok miatt kereste meg intézményünket, miben kér segítséget tőlünk
- kért-e már máshol segítséget
- ki ajánlotta intézményünket, szolgáltatásunkat
- egyéb

Dátum, és a szolgáltatást igénybevevő aláírása

Az intézményt személyesen megkeresőkkel célszerű minden esetben kitölteni a felvételi lapot, lehetőleg saját kezűleg és értelemszerűen (a további lehetséges szolgáltatások figyelembevételével). A jelenlegi jogszabályok szerint a szolgáltatások anonim módon történő igénybevétele csupán az alacsonyküszöbű szolgáltatások keretében megengedett, a közösségi szolgáltatásoknál erre egyelőre nincs lehetőség kivéve, ha a szolgáltatás helyszíne, nagysága, jellege, valamint a kliens kezdeti bizalmatlansága nem ad lehetőséget a felvételi lap kitöltésére.

3. Megállapodás – a fentiek figyelembevételével – a szolgáltatást igénybe vevő és a szolgáltató együttműködéséről, amely létrejött egyrészről *X szervezet*, mint szociális szolgáltató, másrészről

Név:
Anyja neve:
Születési hely és idő:
Lakcím:
Telefonszám:

mint ellátást igénybe vevő között, illetve (ha szükséges) a szolgáltatást igénybe vevő törvényes képviselője

Név:
Lakcím:
Telefonszám:

között, a mai napon az alábbi tartalommal:

- a) Az ellátás kezdetének időpontja:
- b) Az ellátás időtartama:
- c) Az intézmény a közösségi ellátást a fent megjelölt időponttól kezdődően határozatlan időre nyújtja
- d) A közösségi ellátás szolgáltatásai (a megfelelő aláhúzendő):
 - Problemaelemzés, problémamegoldás: a személyes célok meghatározásának segítése, a változtatásra motiváló tényezők feltárása, problémamegoldó beszélgetések
 - Készségfejlesztés: életvitellel kapcsolatos tréningek szervezése vagy közvetítése, az önellátásra való képesség javítása és fenntartása
 - Pszichoedukáció; tájékoztatás a betegséggel kapcsolatos tudnivalókról, az ahhoz való alkalmazkodás és kezelés teendőiről
 - Pszicho-szociális rehabilitáció: a munkához való hozzájutás segítése, a szabadidő szervezett eltöltésének segítése, szabadidős, önsegítő csoportok, támogató hálózatok szerveződésének segítése
 - Tanácsadás, információnyújtás az egészségügyi, szociális, gyermekvédelmi ellátások és szolgáltatások, valamint a foglalkoztatási, oktatási, lakhatási lehetőségek igénybevételéről
 - Pszicho-szociális tanácsadás
 - Ártalomcsökkentés

A fenti szolgáltatásokat az ellátott otthonában illetve lakókörnyezetében –, egyéni szükségletre épülő, személyre szabott gondozási terv alapján – a közösségi szolgáltatást nyújtók személyesen biztosítják az ellátott számára, illetve közvetítéssel, szervezéssel, tanácsadással segítik az ellátott szolgáltatásokhoz való jutást.

e) A közösségi ellátás igénybevételének módja: az ellátás térítésmentesen, önkéntesen, anonim módon vehető igénybe. A szolgáltatást igénybe vevő, illetve törvényes képviselője a megállapodás megkötésekor tudomásul veszi a tájékoztatást;

- a szolgálat által biztosított ellátás tartalmáról és feltételeiről,
- a szolgálat és az igénybe vevő közötti kapcsolattartás módjáról,
- a szolgálat által vezetett nyilvántartásokról,
- a panaszjog gyakorlásáról.

f) Az ellátás megszűnik:

- a szolgáltató jogutód nélküli megszűnésével,
- az ellátást igénybe vevőnek, illetve törvényes képviselőjének az ellátás megszüntetésére vonatkozó bejelentése alapján,
- abban az esetben, ha az ellátott az együttműködési kötelezettségét súlyosan megsérti,
- az ellátást igénybe vevő halálával.

(Jelen megállapodás módosítására az ellátást igénybe vevő és törvényes képviselője valamint a szolgálatvezető közös megegyezése alapján kerülhet sor). A megállapodást aláíró felek kijelentik, hogy vitás kérdéseiket elsődlegesen tárgyalás útján kívánják rendezni. Jelen megállapodásban nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyv, továbbá a közösségi ellátásra vonatkozó mindenkorai jogszabályok az irányadóak.

Keltezés:

.....
ellátást igénybe vevő
.....
ellátást nyújtó

.....
törvényes képviselő
.....
intézményvezető

4. Kapcsolattartó lap

A kapcsolattartó lapon röviden rögzítésre kerül az ellátást igénybe vevő esetvezetésének összes momentuma, melyet minden alkalommal a következőképpen szükséges rögzíteni:

- Dátum:
- A kapcsolat jellege (a szolgáltatás típusa):
- A gondozási esemény rövid leírása:
- A közösségi szolgáltatást nyújtó aláírása:

5. „Képalkotó lap”

A hatékony gondozáshoz mindenkor aktuális információ szükséges, ezért célszerű a „Képalkotó lap” félévenkénti kitöltése, aktualizálása. Ez a dokumentum az ellátott bio-pszicho-szociális állapotának felmérésére irányul, amely a közösségi szolgáltatás kezdetén, az ún. első interjú alapján kerül kitöltésre, az alábbi szempontok alapján:

- Testi állapota (megjelenése, gesztusai, egészségi állapota):
- Lélekiállapota (attitűdje, önismerete, önértékelése):
- Szociális állapota (családon belüli kapcsolatai, családon kívüli kapcsolatai, lakhatási körülményei, egzisztenciális helyzete):
- Tanulmányai (iskolái):

7. Egyéb megfontolások

A közösségi szolgáltatásoknál ajánlatos fontolóra venni az alábbiakat:

- nélkülözhetetlen a közösségi ellátást nyújtók, valamint az egészségügyi és egyéb társintézményekkel való szoros együttműködés.
- a szolgáltatást igénybe vevőknél gyakran megfigyelhető az ún. szerváltás (drog/alkohol, vagy gyógyszer, illetve polytoxikománia).
- a közösségi ellátásban rendkívül jelentős a hozzátartozók szerepe, részükre is biztosítani kell az ellátást.
- az önszervezők közreműködése, csoportjaik működése nélkülözhetetlen a hatékony közösségi ellátás szempontjából (a csoportba járók regisztrálása problémás lehet, ezért egyes esetekben a létszám csak számszerűen adható meg – pl.: névtelen csoportok).
- kiemelten fontos a szolgáltatás térítésmentes (ingyenes) jellege, több szempontból indokolt lehet az anonimitás biztosítása is.

A közösségi szenvedélybeteg ellátás szakmai kötelező dokumentációi

- Kérelem, kérelemről értesítő, nyilvántartás
- Írásos tájékoztatók, szórólapok, a helyi médiában megjelenő tájékoztató anyagok
- Megállapodás a klienssel
- Gondozási terv (része az 1. sz. melléklet)
- 1. sz. melléklet: állapot és életvitel felmérő lapok („képalkotó lap”)
- Kapcsolattartó lap
- Havi gondozási és eseménynapló
- szervezeti szintű együttműködési megállapodások *(kiemelten az illetékes addiktológiai gondozóval, szociális-, munkaügyi szolgáltatókkal),*
- elszámolási adatlap
-

Ajánlott dokumentáció

- készségfelmérő lapok (korai figyelmeztető tünetek, egyéb állapotfelmérő lapok, tesztek)
- forgalmi napló

A közösségi ellátás etikai normái

A közösségi gondozó – amíg a szakterület nem dolgozza ki a maga specifikus etikai kódjait – a segítő szakmákban általánosan elfogadott etikai normákat követi.

Partneri viszonyra törekedve tiszteletben tartja a kliens individualitását, jogait, választási lehetőségét, magánéletét, méltóságát;

A gondozás során egyenlő feltételeket biztosít valamennyi kliense számára; támogatja és megbecsüli a kulturális különbséget;

Érti a titoktartás, a bizalmas információkezelés követelményét és tisztában van a titoktartás korlátaival;

Igyekszik megismerni kliensei múltját, preferenciáit, szükségleteit és kívánságait; szakmai tevékenységének középpontjában kliensei állnak;

Segíti klienseit abban, hogy kézben tartsák életüket, s megalapozott döntéseket hozzanak az általuk igénybe vett szolgáltatásról;

El kell fogadnia, hogy klienseinek joga van kockázatot vállalni; tudnia kell, hogy a kockázatokról miképpen tájékoztassa az érdekelt személyeket;

A közösségi gondozó megbízható, olyan szakember, akire támaszkodni lehet;

Ismerje a verbális és nem verbális kommunikáció alapvető formáit, és a kommunikációt akadályozó körülményeket;

Legyen tisztában a bántalmazásra vonatkozó jogszabályokkal, s az azok betartásával kapcsolatos feladataival;

Szakmai személyiségének karbantartása érdekében vegyen igénybe szupervíziót; következetesen kövesse saját szakmai fejlődését.

Értékelési, minőségügyi megfontolások

A szociális szolgáltatások fejlesztésében, korszerűsítésében kiemelt terület napjainkban a minőségfejlesztés, minőségirányítás, egyre nagyobb az igény minőségfejlesztési rendszerek kialakítása és beépítése iránt a szolgáltatást nyújtó szervezetek tevékenységébe, nagy hangsúlyt kap a minőségpolitika fejlesztése, és egyre gyakoribbak az ezekre irányuló programok, képzések. Új szolgáltatások bevezetések különösen fontos, hogy már a szolgáltatás tervezésekor, bevezetések megfogalmazódjanak a minőségfejlesztési irányok, és ezek elemei, a minőségi munkavégzés értékelési, ellenőrzési szempontjai, a minőségmérés technikai és ezek gyakorlati alkalmazása.

A szociális ágazaton belül, az ellátó rendszer intézményeinek és szolgáltatásainak működését jogszabályok határozzák meg, ennek alapján a különböző intézmények fenntartói saját hatáskörükben, rendeletben kötelesek szabályozni intézményeik, szolgáltatásaik működését. A minőségfejlesztés lényeges eleme az előírásoknak való megfelelés, melyet az ellenőrzések rendszere hivatott vizsgálni. Az egyik nagy csoport a működést engedélyező

hatóság által történő ellenőrzések rendszere, a másik csoport az ún. fenntartói ellenőrzések rendszere, amely a szakmai követelményeknek és törvényi előírásoknak való megfelelés, a jogszerű működés ellenőrzésére irányul. A jogszabályok tehát, amikor meghatározzák a különféle ellátások szakmai tartalmát, standardjait, akkor egyfajta normarendszerként – az elméleti háttérrel és a gyakorlati alkalmazásokkal, ismeretekkel karöltve – megteremtik a minőségpolitika, a minőségirányítás kereteit is.

Az eddigiekből is kitűnik, hogy a minőségfejlesztés lényegét a minőségi irányítás szervezeti kereteinek kialakítása, a minőségi munkavégzés ellenőrzése és szinten tartása alkotják, kiemelt figyelmet fordítva a jogszabályokra, a szociális szolgáltatások szakmai, szervezeti sajátosságaira, és a szolgáltatást igénybe vevőkre. A hatékony munkavégzés kulcsa tehát a kellően átgondolt, eredményes minőségpolitika, a jól megalapozott finanszírozási háttér, a minőségirányítással kapcsolatos képzések, a szakmai „minimumfeltétel” meghatározása, a kapcsolódó módszertani ajánlások elkészítése (jól használható egységes dokumentációs és eljárási renddel; gondozási tervek, igénybevételi rend, stb.) az ellátottak jogainak és a szakmai munka felülvizsgálati rendszerének kialakítása. Mindezek mellett elengedhetetlen a szolgáltatást nyújtó személyek szakmai fejlesztése, és a szolgáltatást igénybevevők visszajelzésein alapuló felmérés, értékelés, mert ezek segítségével megfogalmazódhatnak a minőség szempontjából fontos elvárások, továbbá lehetőség adódhat az ellátottak igényeire épülő, mérhető, és folyamatosan javuló szolgáltatások nyújtására.

A szenvedélybetegek közösségi ellátásának lehetséges minőségpolitikai céljai, alapelvei:

1. A szolgáltatásért felelős vezetők, közreműködők és a szolgáltatást nyújtók alapvető feladata a minőségfejlesztés, és az abban való részvétel. Szolgáltatásukkal szemben magas minőségi követelményeket támasztanak.
2. Elsődleges az alapelveknek, jogszabályoknak, standardoknak, egyéb szabályzatoknak való megfelelés, a minőségi szolgáltatás folyamatos értékelése, ellenőrzése, elemzése, fejlesztése, valamint a követhető, ellenőrizhető dokumentált folyamatok, eljárások kialakítása
3. A szolgáltatás középpontjában a segítségre szoruló addiktív problémával küzdő/szenvedélybeteg, illetve a hozzátartozó áll. A minőségi szolgáltatás a teljes körű megelégedésükre irányul.
4. A célok meghatározásához alapfeladat a közösségi szolgáltatást igénybe vevők elvárásainak, igényeinek felmérése, megismerése és a gondozási tervbe történő beépítése.
5. A minőségi munkavégzéshez szükséges a személyi és tárgyi feltételek folyamatos biztosítása, valamint a jó légkörű, biztonságos munkavégzés feltételeinek megteremtése, amelyben a munkatársak fejleszthetik tudásukat, képességeiket, hasznosíthatják tapasztalataikat
6. A munkatársak és a multidiszciplináris team tagjai számára szakmai továbbképzések szükséges biztosítani, ezzel is fejlesztve a minőségközpontú gondolkodásukat, amelyben természetes a hatékonyság, a megújulás és a minőségfejlesztés iránti igény és elkötelezettség

7. A közösségi ellátás minőségfejlesztésében kiemelt feladat az emberi kapcsolatok és együttműködések erősítése, az etikai normák figyelembe vételével egymás jogainak és emberi méltóságának tiszteletben tartása, a betegjogok/ellátotti jogok érvényesülése
8. A szükséglet-orientált és fejlődésközpontú szolgáltatás nem nélkülözheti a kompetenciák kiszélesítését, a szerepkörök tágítását. Fokozottan épít az igénybe vevő önkéntességére, személyes felelősségére és önállóságára, aktivitására, a választás és önrendelkezés lehetőségére, valamint autonómiájának, képességeinek, készségeinek visszaállítására, megőrzésére és fejlesztésére
9. A szenvedélybetegek közösségi ellátása a szociális alapszolgáltatások egyike, ennek megfelelően mindenkinek joga van – vallási, felekezeti, etnikai, nemi, fizikai, mentális és egzisztenciális helyzetétől, állapotától függetlenül – a szolgáltatás önkéntes, térítésmentes, diszkrimináció nélküli igénybevételére.
10. A közösségi koordinátor és a közösségi gondozó – a szolgáltatást igénybe vevő közösségi erőforrásait mozgósítva, helyi szintű támogatóival karöltve – többnyire a kliens otthonában, lakókörnyezetében nyújtja a közösségi alapokon nyugvó szolgáltatást. Ez, a szenvedélybeteg ember személyes szféráját jelentősen érintő tény, továbbá a társadalom tagjai részéről – a szenvedélybetegségekkel, szenvedélybetegekkel kapcsolatban – gyakran tapasztalható negatív szemlélet és attitűd rendkívül nagy körültekintést, tapintatot és hozzáértést kíván a közösségi ellátást nyújtóktól. Az ezekből adódó feszültségek (kirekesztettség, stigmatizáció, marginalizálódás, esélyegyenlőtlenség) csökkentése, és a kliens – addikciók nélküli, teljesebb élet elérését célzó – támogatása csakis egészséges motivációjú, a szociális segítségben elkötelezett, jó személyiségű, speciálisan képzett un, *elég jó segítők* közreműködésével lehetséges.
11. a minőségi munkavégzés elengedhetetlen része az eredmény mérése, indikátorok megfogalmazása a szolgáltatás egész tartalmára, melyet a multidiszciplináris teamben megjelenő szolgáltatók egészére kell tekinteni. A minőségi munkavégzés elengedhetetlen része az eredmény mérése, amelyhez előbb meg kell határozni, hogy mi tekinthető a szolgáltatás eredményének. Szükséges megfogalmazni továbbá a multidiszciplináris team által nyújtott szolgáltatások indikátorait (indikátorrendszerét).

A szenvedélybetegségek kialakulását megakadályozó vagy azokat enyhítő programok, szolgáltatások fontos eleme az *értékelés*. A szenvedélybetegek közösségi ellátásában is fontos kérdés, hogy a szolgáltatás, a program, mit, milyen módon és milyen hatékonysággal valósít meg. Az *egészségfejlesztés* hatékony, komplex és átfogó módon a különböző káros és kóros, problémás, helytelen, az egyén számára kedvezőtlen viselkedések, és állapotok megelőzését szolgálja. A közösségi ellátásban is jól hasznosítható az egészségfejlesztés pozitív megközelítése, mely szerint nem azon van a hangsúly, hogy mit nem szabad tenni a nem kívánt állapot megelőzésére, hanem az egészség fejlesztésén keresztül a cél, az, hogy a szenvedélyproblémás emberek megtanulják, mit tegyenek a jobb életminőség eléréseért, az egészségesebb, addikciók nélküli teljesebb életért. A minőségi szolgáltatáshoz vezető úton a szolgáltatást nyújtók alapvető feladata a felkészülés. A közösségi gondozó és a koordinátor szakmai tudása, személyi alkalmassága, rátermettsége kulcsfontosságú e kérdéskörben, ezért – személyes „odafordulásuk” mellett – elengedhetetlenül fontos a speciális képzésük, amely az új szolgáltatás megértését, a jó szintű közösségi ellátást teszi lehetővé a szolgáltatást nyújtók és igénybe vevők számára egyaránt.

Az értékelés lehetséges szempontjai (Rác, 2001):

Helyénvalóság (a szolgáltatás jelentősége, elfogadható-e az érintettek számára?)

Hatékonyág (eléri-e a szolgáltatás a kitűzött célokat?)

Szociális pártatlanság (valamennyi célszemély egészségének fejlesztését, javítását szolgálja program?)

Méltányosság és hozzáférhetőség (egyenlő jogok és szükségletek alapján hozzáférhető-e a szolgáltatás?)

Méltóság és választási lehetőség (a szolgáltatás biztosítja-e a jogot, hogy saját döntésük szerint éljék az életüket?)

Környezet (biztosítja-e a szolgáltatás, hogy a résztvevők egészségére, biztonságára és környezetére nézve jól érezzék magukat?)

A résztvevők elégedettsége (elismeri-e a szolgáltatás, hogy a résztvevők nézetei mindenek felett valók?)

Résztvétel (bevonja-e a támogató erőforrásokat, és az együttműködő partnereket a munkába?)

Célszerűség (megéri-e a program az anyagi ráfordításokat, megvalósul-e a lehetőségre álló erőforrások lehető legjobb kihasználása?)

A közösségi ellátást nyújtók (fenntartók, működtetők, együttműködő partnerek) alapvető célja, hogy szolgáltatásaival elégedett legyen a szolgáltatást igénybe vevő szenvedélybeteg, az ő hozzátartozói és támogató környezete. Másként fogalmazva és leegyszerűsítve ez azt is jelenti, hogy a helyi szinten megfogalmazódó és megvalósulandó minőség lényege a célnak való megfelelés, legfőbb mutatója pedig a szolgáltatást igénybe vevő – és az ő hozzátartozói, támogató környezete – elégedettsége (a célok meghatározásához szükséges felmérni és beépíteni a szolgáltatást igénybe vevők elvárásait, igényeit). Összességében a minőségbiztosítás csakis a komplex, tudatosan átgondolt, megtervezett, jól felépített, követhető, garanciákat tartalmazó, együttműködésen alapuló, folyamatos minőségfejlesztés rendszerében valósulhat meg.

A szolgáltatás várható hatása

A közösségi ellátás azokat a pszicho-szociális gondozási módszereket alkalmazza, amelyek a család, illetve a kliens más, természetes segítőinek (pl. barátok, szomszédok, munkatársak, lakótársak, stb.) segítő erejére építenek, úgy, hogy közben segítenek a családi terhek csökkentésében, s a legeredményesebb szolgáltatást nyújtják az ellátott számára. A jól működő közösségi szolgáltatás hatására a betegség során a relapszusok (visszaesések) száma csökkenthető, és a betegség lefolyása kevesebb problémát jelenthet az ellátott, illetve szociális környezete számára. A team a beteg és hozzátartozói pszichoedukációja és készségfejlesztése, valamint stresszkezelésének javítása révén segíti kompetens működésüket a betegségből adódó nehézségek leküzdésében, és céljaik elérésében.

A közösségi szenvedélybeteg-ellátás során várható, hogy a szolgáltatást igénybe vevő szenvedélybetegek visszailleszkednek a közösségbe, a társadalomnak integrált és teljes jogú tagjai maradnak. A szociális és mentális gondozás során, és az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutás biztosításával egészségi, és pszichés állapotuk javul; meglévő képességeik és készségeik kibontakoznak, a mindennapi életükben adódó konfliktusok feloldásához és problémáik megoldásához készségekre, jártasságra tesznek szert, megszűnhet a szenvedélybetegségükkel együtt járó stigmatizáció, mindezek által reális esély mutatkozhat a munka világába való visszailleszkedésükre is. A szolgáltatás olyan hosszú távú, egyéni szükségletekre alapozott gondozást kínál, amely – az ellátottak autonómiájának visszaállításával – nagymértékben épít aktív és felelős részvételükre.

Írták:

Dr. Buda Béla
Csákiné Király Livia
Gordos Erika
Dr. Kelemen Gábor
Márton Andrea

Szerkesztette:
Csákiné Király Livia

Lektorálta:
Bódy Éva