

Az ápolás helyzete. Nemzetközi kitekintés
A „Pflege in Bayern” cikksorozata

Anglia:

Az ápoláspolitikai: Miután az 1980-as években a lakosság elöregedése erőteljesen fokozódott, az egészségügyi minisztérium támogatásával ápolási otthonok és gondozási kínálatok robbanásszerű kiépítésére került sor, ami egyben az ápolószemélyzet iránti szükséglet növekedését eredményezte. A forrásokat a kormány bocsátotta rendelkezésre. 1993-ban nyilvánvalóvá vált, hogy ezáltal tarthatatlan pénzügyi helyzet állt elő. Ennek folyományaként elfogadták a *National Health Care and Community Care Act*-ot, amely a kommunális szociális hivatalokra hárította át a finanszírozásért való felelősséget és korlátozta az ápolási díj finanszírozására fordított költségvetést. A rendszer átalakítása során hatékonyan racionalizálták az ellátás finanszírozását és az ápolási ágyak számát. Az ápolási szolgáltatások nyújtása az ápolásra szorultság vizsgálatához kötődik.

Jelenleg 1,5 millió személy veszi igénybe a *National Health Service* (NHS) szociális gondozási szolgáltatásait, akik közül a legnépesebb csoport az államilag finanszírozott szociális gondozást igénylő 65 év fölöttieké.

A kormánypolitika törekvése a magas minőségű egészségügyi ellátás nyújtása az NHS keretében. A humán erőforrás tervezésének támogatása a helyi hatóságok (települési tanács, szociális szolgálat) feladata. Az NHS 2000-ben létszámbővítést hajtott végre és jelenleg Angliában az NHS személyzetének létszáma 272.000 fővel haladja meg az 1997. évit, ezen belül 80.000 ápolóval és 38.000 orvossal van több, mint 1997-ben volt.

Az ápolásra szorultság megállapítása: Az ápolószemélyzet iránti igényt az NHS bírálja el a *Community Care Act* alapján. Az időskorúak számára legalkalmasabb ápolási csomagok szükségességét a helyi szociális szolgálatok határozzák meg, amelyek pénzügyi vizsgálatot is végeznek. A települési tanács, ill. a szociális szolgálat kérelem alapján megállapítja az egyes időskorúak ápolásra szorultságát és azt egy háromfokozatú skálán (alacsony – mérsékelt – jelentős) kritikusan értékeli. Az ápolási szolgáltatásokra ennek megfelelően vagy otthon kerül sor a hozzátartozók vagy gondozók közreműködésével, vagy ápolási otthonban ápolás és gondozás nélkül, vagy ápolási otthonban ápolással és gondozással. A kormány politikai törekvése, hogy az emberek lehetőség szerint minél tovább megőrizték függetlenségüket és támogatást nyújt abban, hogy az ápolásra otthonukban kerüljön sor.

Időotthonok és ápolási otthonok: Az Egyesült Királyságban a 18-65 év közötti felnőttek és a 65 év fölötti időskorúak ápolása elkülönített ápolási otthonokban történik. Ezeknek az otthonoknak is két típusa van: ápolást nyújtó és ápolást nem nyújtó intézmények. Ott ahol ápolást is nyújtanak, szakképzett ápolók állnak rendelkezésre. Az Egyesült Királyságban a bentlakásos intézményekben az ápolást többnyire önkéntesek és privát szervezetek nyújtják. A helyi szociális szolgálatok által fenntartott otthonok száma viszonylag alacsony. Szélesen elterjedt tévhit, hogy a privát ápolási otthonokat csak a gazdagoknak tartják fenn. Vannak emberek, akiknek az ápolási szükségleteit teljes egészében a kormány finanszírozza és amennyiben úgy

akarják, ezt saját lakásukban vehetik igénybe. A privát háztartásban való gondozás költségei adott esetben olcsóbbak lehetnek, mint egy helyi hatóság ápolási otthonában. Számos ápolási otthonban ápolást és gondozást is nyújtanak, itt az ápolószemélyzet és az orvosi team az otthon alkalmazásában áll. Az ápolási otthonoknak egy sor országos minimális standardnak kell megfelelniük.

Az otthoni ápolás: Az állam az otthoni ápolást részesíti előnyben, amely természetbeni ellátásként vehető igénybe. Ez megvalósulhat a körzeti nővér rövid látogatásai formájában vagy az ebéd házhozszállításával. Az ápolás általában bizonyos feladatokra irányul: pl. testápolás, reggeli felkeléshez való segítség, fürdetés. Az otthoni ápolásban hagyományos a partner, hozzátartozók vagy barátok általi ellátás. A professzionális ellátásban a szociális szolgálatok, privát szolgáltatók, önkéntesek állnak rendelkezésre. Becslések szerint 1,5 millióra tehető azok száma, akik hetente 20 órát fordítanak térítésmentesen barátaik és rokonaik gondozására. Az Egyesült Királyságban ez a legelterjedtebb.

Az ápolást végző hozzátartozók támogatása: Az ápolási díj azon személyek részére nyújtott térítés, akiknek hetente legalább 35 órát kell fordítaniuk súlyosan fogyatékos hozzátartozójuk gondozására és ezért nem dolgozhatnak teljes munkaidőben. A pénzügyi támogatás adóköteles, de nem függ a nemzeti biztosítási járulékoktól. Az ápolást nyújtó személynek a közepesen vagy súlyosan fogyatékos személy ellátásáért járó ápolási díjban (*Attendance Allowance*) vagy eltartási segélyben kell részesülnie.

Az ápolószemélyzet képzése: Nagy-Britanniában az „idősápoló” megnevezés nem létezik, itt „*registered nurse*”-nek nevezik. Betegápoló képzés sincs, a képzés formája: „*Bachelor of Science in Nursing*”. A német ápolóknak a munkavállaláshoz regisztráltatniuk kell magukat az NMC-nél (*Nursing and Midwifery Council*), amit három hónapos várakozási idő követ, ezután dolgozhatnak „*health care assistant*” vagy „*carer*” minőségben, de további tanfolyamokat is el kell végezniük (pl. *Manual Handling*).

Egyiptom

Az időskor, elsősorban az elaggott emberek ápolása Egyiptomban tulajdonképpen nem téma. Az ápolást a család „természetes” feladatának tekintik, az állam pedig messzemenően kivonja magát a felelősségvállalásból. Problematikusnak számít a vidéken élők helyzete, mivel a középkorúak tömegesen elvándorolnak az agglomerációkba, ráadásul az időskorúak igen szerény pénzügyi lehetőségekkel rendelkeznek.

Az időskorúak gondozásának piaca a szociális szolgáltatások kiszervezésének („*outsourcing*”) amerikai modelljét követi. Állami vagy félig állami intézmények alapvetően nem jelennek meg az intézményesített ápolási szolgáltatások szereplőiként, inkább határozott időre szóló projekteket finanszíroznak, amelyek közbeszerzési kiírások eredményeként részesülnek támogatásban.

Ennek ellenére lehetőség van bizonyos ápolási szolgáltatási kínálatok állami támogatására. Ez azokra az ápolási otthonokra is kiterjed, amelyeket privát muzulmán felekezeti fenntartók üzemeltetnek. Az állami támogatás azonban legfeljebb az alapfinanszírozáson kívüli kiegészítő szolgáltatásokra elegendő.

Az elmúlt évtizedben a támogatások súlypontja mindenekelőtt a fizikai aktiválásra vonatkozó programokra irányult. E programok keretében az egyiptomi nagyvárosokban (elsősorban Kairóban és Alexandriában) mintegy 150 sportklubot létesítettek időskorúak részére.

A kisebb vagy közepes méretű bentlakásos idősotthonok fenntartása, valamint az ápolóképzés ugyancsak a már említett kiszervezés keretében valósul meg. Az egyiptomi állam ebben a tekintetben nem vállal semmiféle tartalmi, regulatív felelősséget, mindössze a pályázatást követően rendelkezésre bocsátja a képzésre fordítandó támogatási pénzeket. Az állami támogatás haszonélvezői többnyire külföldi szolgáltatók (elsősorban non-profit szervezetek vagy NGO-k, pl. a *Care International*). Ez az egyik oka annak, hogy az ápolási piacot és az idősek gondozását Egyiptomban nagymértékben külföldi szakemberek látják el.

További információk: www.cwiegypt.org

Ausztria

Ausztriában a 75 éves és annál idősebb személyek száma 634.000. Arányuk 2030-ig 50%-kal fog növekedni, 2040-ig pedig számuk eléri az 1,26 milliót. A 80 és 85 éveseknél és annál idősebeknél ez a folyamat még dinamikusabb: a 80 év fölöttiek száma jelenleg 354.000, a 85 év fölöttieké 134.000; 2080-ig a 80 év fölöttiek száma eléri az egymilliót, a 85 év fölöttieké a félmilliót. Jelenleg Ausztriában a 95 éves és annál idősebb személyek száma 10.000, számuk azonban 2040-ig háromszorosára, 2050-ig pedig négyszeresére emelkedik.

Az időskorúak számára a legjobb megoldás, ha saját otthonukban tölthetik öreg napjaikat. Ausztriában összesen 299.100 háztartásban élnek 79 év fölötti személyek (összesen 3,5 millió háztartásból). Az időskorúaknak mindössze 7%-a él idősotthonban.

Ausztriában az idősotthonokat és az ápolási otthonokat többnyire közhasznú társaságok vagy privát fenntartók üzemeltetik. A klasszikus ápolási otthonok mellett a lakhatás új formái is megjelentek: pl. lakóközösségek és az ún. lakásgondozói szolgáltatás („betreutes Wohnen”). Ez utóbbi azt jelenti, hogy a lakást az időskorúak szükségleteinek megfelelően alakítják át, különböző szolgáltatások és ápolás áll rendelkezésre az önálló életvitel meghosszabbítása érdekében.

Bizonyos becslések szerint Ausztriában az időskorúaknak mintegy az egyharmada demenciás, ami jelentősen korlátozza őket a mindennapi életben. Az előrejelzések szerint 2050-ig a demenciások száma eléri a 240.000-et. A demenciások számára nyújtott szolgáltatások: ambuláns, részben bentlakásos és bentlakásos ellátás (memória-ambulanciák, geronto-pszichiátriai nappali kórházak, memória-klinikák).

A súlyos beteg, végső stádiumban levők számára kiterjedt és differenciált hospice- és palliatív ellátás áll rendelkezésre. Ezen belül alapszolgáltatások, támogató és gondozó szolgáltatások vehetők igénybe. Mindezek egyaránt elérhetők az akut és a tartós ápolás, valamint az otthoni ellátás formájában. Az intézményi keretek: mobil palliatív csapatok, palliatív konziliárius szolgálatok, nappali hospice, bentlakásos hospice és palliatív osztályok.

Az ápolási otthonok létesítésének és üzemeltetésének finanszírozása a szövetségi tartományok illetékességi körébe tartozik, amit ezek a tartományi szociális segélyezésről szóló törvényekben szabályoznak. Az ápolást többnyire az életszükségletek biztosításához nyújtott segítség részeként nyújtják és ennek keretében a szolgáltatásokat mobil szolgálatok és részben bentlakásos, ill. bentlakásos szolgálatok bocsátják rendelkezésre.

Ápolásra szorultság esetén a hét ápolási fokozatnak megfelelően ápolási díj („*Pflegegeld*”) kifizetésére kerül sor, amelynek összege: 1. fokozatban havi 154,20 EUR; 7. fokozatban 1.655,80 EUR.

A tartományi hatóságok felügyeleti kompetenciájuk keretében biztosítják a tartományban előírt strukturális minőségügyi kritériumok betartását. Ennek fokozása érdekében számos minőségfejlesztési projekt van folyamatban. Az ápolószemélyzet iránti szükségletet a tartományok az ápolási otthonokról szóló saját törvényeikben vagy rendeletekben szabályozzák. Ausztriában jelenleg nem létezik a személyzet felmérésre vonatkozó egységes rendszer. Mivel a tartományok a személyzettel való ellátottság kulcsszámait rendszerint minimális szinten határozzák meg, a személyzet iránti tényleges igény ennél magasabb lehet.

Az ápolók fizetésére vonatkozóan nem létezik egységes jogszabály. A fizetési rendszerek szövetségi tartományok és fenntartók szerint különbözők. Ausztriában széleskörűen elterjedt a BAGS kollektív szerződése (*BAGS: Bundesvereinigung von Arbeitgebern für Gesundheits- und Sozialberufe* – Egészségügyi és szociális dolgozók munkaadóinak szövetségi egyesülése). Az egészségügy és az ápolás területén a hivatás gyakorlásához szükséges szakképzettséget az egészségügyi és betegápolási törvény, valamint a szociális gondozói foglalkozásokról szóló törvény szabályozza.

[*Lásd még: Jelentés az ápolás helyzetéről Ausztriában 2006-ban, 2007. 10. sz.; Az ápolás finanszírozásának átalakítása Ausztriában, 2007. 13. sz.; Az ápolási költségek Ausztriában, 2007. 27. sz.;*]

Törökország

Törökország lakossága viszonylag fiatal. A lakosság lélekszáma 71 millió. Az átlagéletkor 28,6 év. Az életkori struktúra: 24,90% 14 éven aluli, 68,10% 15-64 év közötti, 6,90% 65 év fölötti.

Az állami szociális szolgáltatások mértéke viszonylag alacsony. Szociális segélyezési és ápolásbiztosítási rendszer nem létezik. Az állam minden polgára számára biztosítja az egészségügyi alapszolgáltatásokat. Az idősek és ápolásra szorulóknak ellátásról főleg a hozzátartozók és a rokonok gondoskodnak. Törökországban jelenleg összesen 200 idősotthon működik, ebből 60 privát, 32 alapítványi, 108 állami fenntartású. Ezek mindannyian nagyvárosokban működnek, a vidéki lakosság teljesen ellátatlan.

A német viszonyokhoz képest az állami és az alapítványi intézmények felszereltsége valóságosan spártainak nevezhető, ezeket ugyanis igen alacsony költségekkel működtetik. A privát otthonban való ápolást csak azok engedhetik meg maguknak, akik hazatelepültek Németországból, vagy rokonaik Németországban élnek. A havi

költségek összege 400-1.000 EUR között van. Ezekben az otthonokban az állam csak az orvoslátogatások költségeit viseli. Az ápolási otthonokban nem vezetnek a kórházakhoz hasonló dokumentációs rendszert.

Az ápolóképzés szakközépiskolákban történik, időtartama négy év. Időszápolói szakképzés nem létezik, a képzési jegyzékben nincs ilyen megnevezés. 2011. óta a betegápolói alapképzés elvégzését követően egy további kétéves továbbképzés keretében lehetőség van az időszápolási ismeretek megszerzésére.

Az ápolók havi fizetése az állami intézményekben 362,64 és 569,86 EUR között mozog. A privát otthonokban a fizetés magasabb, de ez nem képezi eleve alku tárgyát. Törökországban 1999-ben lépett hatályba a szociális biztonság reformjáról szóló törvény. Néhány éve Ankarában egy idősügyi tanácsadási központot is megnyitottak, ahol az időskorúak szociális, pszichológiai és ápolási támogatásban részesülhetnek. Az ápolásra szoruló időskorúak részére semmiféle ambuláns ellátási rendszer nem működik.

Svájc

Svájcban a lakosságnak a 20. század kezdete óta megfigyelhető előregedése az 1960-as évek óta még jobban felgyorsult. Ez a születések számának tartós csökkenésével, az időskort elérő népes kontingensekkel (baby-boom-generáció) és a magasabb várható életkorral függ össze. Férfiaknál ez 79,7 év, nőknél 84,4 év. Svájc lakosságának lélekszáma jelenleg 7.701.900, ebből a 65 év fölöttiek aránya 12,1%, a 80 év fölöttieké 4,7%, miközben a 20 év alattiaké 21%, a keresőképesség életkorában (20-64 év) levőké 62,2%.

Miután az időskorúak közül egyre többen örülnek jó egészségnek és képesek az önálló életvitelre, legszívesebben saját otthonukban élik napjaikat. A hagyományos idősotthonok és ápolási otthonok mellett egyre több a lakóközösség, a szolgáltatásokkal támogatott lakás, a privát idősrezidencia. Hagyományos otthonokban csak a rendkívül elaggott és súlyosan ápolásra szorulóknak élnek. Az időskorúaknak lehető minél tovább saját otthonukban tartására kiépült a Spitex rendszere: a kórházon kívüli szolgáltatások szervezete, amely az otthoni ápolás és gondozás mellett biztosítja a háztartás vezetését, ambuláns és rövid idejű ellátásokat nyújt, nappali klinikákat üzemeltet, ún. nyaralóágyakat biztosít, az ápolást végző hozzátartozók tehermentesítése céljából megoldja az áthidaló ápolást. [N. B. *Spitex: A Svájci Spitex Szövetség 1996-ban jött létre több házi ápolást végző szervezet egyesüléséből. Tagjai között egyformán vannak közhasznú és profitorientált szolgálatok. Tevékenysége elsősorban az ápolásra szoruló és beteg emberek otthoni ápolására, gondozására, kíséretére irányul.* <http://www.spitex.ch> – a ford. megj.]

Az ápolási otthonok állami, közhasznú, társasági vagy privát fenntartásban működnek. Az otthonok 33%-át alapítványok, 24%-át települési önkormányzatok működtetik. 19% egyesületként, 9% részvénytársaságként, 6% települési szövetségként, ill. célszervezetként működik.

A demenciások száma jelenleg 110.000, akiknek 60%-a otthonában él. Az újonnan megbetegedők száma 23.000. Az ápolási otthonokban ebből a célból speciális lakócsoportokat hoztak létre („lakóközösség és ápolási oázis” modellje = 7-8 ágyas

szobák), de léteznek speciálisan demenciások részére fenntartott ápolási otthonok is. A demenciások ellátására az egészségügyi összköltségek 6%-át fordítják.

A szövetség és a kantonok 2009-ben elfogadták „a palliatív ellátás 2010-2012. évi nemzeti stratégiáját”. Ennek célja a palliatív ellátási struktúráknak a kantonokban való biztosítása, a súlyos beteg és haldokló emberek megfelelő ellátása.

Az ápolás finanszírozása a kantonokban 2011. január 1-től megváltozott. Miközben az ellátást és a szállást továbbra is az otthon lakói viselik, az ápolás finanszírozása három fél között oszlik meg: a betegpénztárak (ápolási fokozatonként való rögzített járulék), az ápolási otthon lakói (a legmagasabb betegpénztári járulék max. 20%-a) és az állam (fennmaradó rész finanszírozása) között. Az otthon lakói által az ellátás és a szállás költségein kívül a tiszta ápolási költségekért fizetett önrész összege évi 5.987 EUR.

Az ápolási otthonokban foglalkoztatottak száma kereken 100.000. Az előrejelzések szerint 2020-ig további 15.000, 2030-ig pedig további 80.000 ápolóra lesz szükség, ennek 90%-a az otthonok és a Spitex keretében. Az idősápoló megnevezés nem szerepel a képzési jegyzékben. Az ápolók képzésének időtartama három év és szakköziskolán történik. A svájci munkavállaláshoz a német ápolói végzettséget el kell ismertetni a Svájci Vöröskeresztnél.

Az állami otthonokban az ápolók fizetése a közszéfer fizetéseivel igazodik, a kantonok között azonban jelentős különbségek vannak. Egyébiránt a bér alku tárgyát képezi. Németországhoz viszonyítva az ápolók fizetése jóval magasabb, de figyelembe kell venni a magasabb létfenntartási és biztosítási költségeket és a hosszabb munkaidőt is.

[Lásd még: Új törvény az ápolás finanszírozásáról Svájcban, 2005. 49. sz.; Az ápolás finanszírozása Svájcban, 2008. 8. sz.; A hosszú idejű ápolás jövője Svájcban, 2006. 24. sz.; Az ápolásfinanszírozás átalakítása Svájcban, 2007. 36. sz.; Az ápolás finanszírozása Svájcban. Az ápolás költségeinek felmérése, 2008. 8. sz.; Az egészségügyi személyzettel való ellátottság prognózisa Svájcban 2020-ig, 2009. 31. sz.; Az ápolás finanszírozása Svájcban, 2010. 28. sz.; A hozzátartozók által nyújtott ápolási szolgáltatásoknak a betegbiztosítás általi térítése Svájcban, 2011. 10. sz.; Az ápolási intézmények regionális tervezésének statisztikai alapjai Svájcban, 2011. 10. sz.; A nemek közötti munkamegosztás tapasztalatai Európában az ápolás területén – Svájc, 2011. 33. sz.]

Hollandia

A lakosságcsökkenés Hollandiában is elérte azt a szintet, amikor a születések száma nem haladja meg a halálozást. A férfiak átlagos várható életkora 77 év, a nőké 81 év. Az 55 év fölöttiek száma 3,7 millió, amely 2030-ig 6,2 millióra fog emelkedni. Az 1960-as években uralkodó közfelfogás szerint az számított jó megoldásnak, ha a 65 év fölöttieket mielőbb elhelyezték egy ápolási otthonban. Az ápolószemélyzetre keveset kellett költeni és nagy jelentőséget tulajdonítottak a prevenciónak. Időközben a szemlélet megváltozott és egyre több idősebb személyt ápolnak otthonában. A szolgáltatásokat többnyire privát non-profit-szervezetek bocsátják rendelkezésre. Ennek ellenére az intézményi ápolásról nem mondtak le teljesen, mert az otthoni

ápolást nem mindenki fogadja el. Az ápolási otthonok 95%-a privát, 5%-a önkormányzati fenntartásban működik. A holland egészségügyi minisztérium akcióttervet dolgozott ki az időskorúak otthoni, önálló életvitelének támogatására. A települési önkormányzatok, építőipari vállalkozások és az egészségügyi szolgáltatók támogatásával létrehozták az ápolásra szoruló időskorúak és a fogyatékkal élők szükségleteihez igazított infrastruktúrát: akadálymentesített lakások, lakásgondozási szolgáltatás, *Residential Care* (települési gondozási központ) és *Residential Care-övezetek* (megfelelő infrastruktúrával ellátott falu vagy negyed, ahol az ápolás és a gondozás különböző lehetőségei állnak rendelkezésre). A körzeti nővérek kiemelt szerepet töltenek be.

Az ápolásra szorulóknak orvosi rendelésre egy ún. „személyes költségvetésben” részesülnek, amelyet készpénzben kapnak és ápolásukra fordíthatnak. Az otthoni ápolási ügyosztály szigorú takarékoskosságot ír elő, még azt is előírják, hogy az otthoni ápolást végző munkatársaik hány percig tartózkodhatnak az „ügyfeleknél” és ott milyen tevékenységeket kell elvégezniük. A változásokat, még sürgős esetben is, a „*Zorgkantoor*”-nál kell kérelmezni.

Az ápolási otthonok általában 100-400 ágygal működnek; időskori és krónikus betegségekben szenvedők valamint lábadozók ápolására specializálódtak. Gazdaságossági indokokból az ágykihasználtságot 95%-os szinten tartják. A demenciások száma Hollandiában kb. 230.000, ezek 30%-a 80 év fölötti. A hagyományos ápolási otthonok alternatívájaként bevezették a „*kleinschalig wonen*” modelljét. Az ilyen intézmények sorházakban, nagy családi házakban és ápolási otthonokban működnek. A betegeket kisebb lakócsoportokba osztják, amelynél nem a demencia tényéből, hanem a betegek lehetőségeiből indulnak ki.

Hollandiában jelenleg több mint 250 hospice működik, amelyekben összesen 8.000 hely áll rendelkezésre. Az önálló hospice-ok többnyire alapítványi formában működnek és 3-10 ágyas saját épülettel rendelkeznek. A szakképzett tevékenységet betegápolók végzik, de a hospice-okban jellemzően magas az önkéntesek száma. Az orvosi ellátást elsősorban a házi orvos végzi. A munkában palliatív tanácsadók is részt vesznek. A finanszírozás részben az egészségügyi minisztériumtól kapott támogatásokból, részben saját forrásokból, hozzájárulásokból, adományokból történik. A minőség igen magas színvonalú. A maximális tartózkodási idő három hónap.

A végstádiumban levők ellátásának sajátos formája a „*Terminale Thuiszorg*”, ami a haldokló saját otthonában való éjszakai ellátását jelenti. Ebben jelentős szerepet játszanak az önkéntesek. Az önkéntesek szervezeteinek („*Vrijwilligersorganisaties*”) hálózatba szerveződése 1984-ben kezdődött és a „végstádiumban levőket gondozó önkéntesek platformja” jelenleg 180 tagszervezettel rendelkezik.

Hollandiában minden ápolási szolgáltatás vonatkozásában problémát jelentenek a várólisták. Ezek elsősorban a pénzsűkének és az ápolóhiánynak tulajdoníthatók. A személyzeti ellátottságra vonatkozóan nincs előzetesen meghatározott kulcs. Az intézmények a rendelkezésükre bocsátott rögzített költségvetésből gazdálkodhatnak, amelyből kifizethetik a személyzetet. Az egyes fenntartók különböző személyzeti ellátottsággal való kulcsot alkalmaznak.

A szakképzett munkaerő arányát nem szabályozzák, de egy minimális számú ápolónak rendelkezésre kell állnia. Ez ugyancsak az ápolóhiány következménye. Az „idősápoló” megnevezés nem létezik. Az idősápolói német szakképzettséget Hollandiában a nővéri

kamara ismeri el. A RIBZ-nél való regisztrációt követően az érintettek elnyerik a holland megnevezésnek megfelelő „*Verpfleegundige*”-ként való működési engedélyt. A holland egészségügyi rendszer a legköltségesebbek közé tartozik Európában. A magas standard és a túlkapacitás elérte határait és a kormány most a kórházi ágyak számának csökkentésére törekszik. E politika eredményeként eltolódás következett be a kórházaktól az ápolási otthonok, ill. az otthoni ápolás irányában.

A betegségek költségeit 2006. január 1. óta egy alpbiztosítás keretében fedezik. Ezzel szemben az öregség és a tartós betegség, ápolás vagy fogyatékoság kiadásait az AWZB (*Allgemene Wet bijzondere Ziektelasten*) keretében adókból finanszírozzák. Az adóbevételek 14%-át minden évben az AWZB céljaira fordítják és a tendencia növekvő. Az ápolásra szorulóknak választhatnak a „személyes költségvetés” és a „természetbeni ellátás” között. Kivételt képez az ápolási otthonban és a „*kleinschalig wonen*” keretében való ellátás. Az AWZB keretében az ápolási díj napi 137 EUR, amely nemcsak ápolási, hanem orvosi és terápiás ellátásra is kiterjed. A lakóknak jövedelmüktől függetlenül havonta minimum 134,40 EUR és maximum 1.751,40 EUR hozzájárulást kell fizetniük és ki kell még fizetniük a szoba bérleti díját és a kosztot is.

[Lásd még: Susanne Tiemann: *A holland egészségügyi rendszer*, 2006. 48. sz.; Susanne Kümpers: *A demenciások integrált ellátása Angliában és Hollandiában*, 2008. 1. sz.; *Az egészséggel összefüggő szociális ellátások decentralizációja Hollandiában*, 2008. 38. sz.; *Az ápolás finanszírozása Hollandiában*, 2010. 29. sz.; *A nemek közötti munkamegosztás tapasztalatai Európában az ápolás területén – Hollandia*, 2011. 32. sz.]

Spanyolország

Spanyolországot az elöregedés folyamata 2020 után különösen súlyosan fogja sújtani. A születési ráta az egész világon itt a legalacsonyabb. 2020-ban már minden negyedik spanyol 65 év fölötti lesz, jelenleg ez a korcsoport a lakosság 16%-át képezi.

Az időskorúak többsége a család körében marad, a súlyosan ápolásra szorulóknak, valamint azok számára, akiket családjuk nem tud folyamatosan gondozni, az állam ápolási otthonokat működtet. Az otthonokban az orvosi ellátást az egészségügyi központ által kirendelt orvos látja el, aki gyakorlatilag praxist vezet az otthonban, vagy pedig egy látogató orvos rendszeresen rendelést tart.

Az ápolási otthonokban a minőség elég gyengécske. A minőségi követelmények betartását a szociális minisztérium illetékes alosztálya felügyeli. A spanyol ápolási otthonokban jelenleg 130.000 ágy áll rendelkezésre, egy lakosra 3,5 hely jut. A Kanári-szigeteken, a Baleári-szigeteken és Valenciában, ahol a legtöbb német nyugdíjas él, még ezt az arányt sem éri el.

Még rosszabb a helyzet az ambuláns szolgáltatók tekintetében. A spanyol társadalombiztosítás nem finanszírozza az ambuláns ápolási szolgáltatásokat. Ezeknek a szolgáltatásoknak a kifizetése privát forrásokból vagy a hozzátartozók által történik.

A társadalombiztosítás finanszírozása adóforrásokból történik. A munkavállalók által befizetendő járulék a jövedelem 38%-a, amiből 23%-ot a munkaadó fizet. Az önálló vállalkozóktól 245 EUR átalányt hajtanak be. Ápolásra szorultság esetén, amennyiben

ápolási otthonban való elhelyezésre van szükség, a társadalombiztosító megvizsgálja az ápolásra szorultság mértékét és várólistára teszi az érintettet. Az ápolási díj ellenében az ápolási szolgáltatások „megvásárolhatók.”

Becslések szerint a demenciások száma Spanyolországban eléri a 400.000-et. Ápolásuk többnyire családi körben történik. Néhány éve a demenciások hozzátartozói egyesülésekké kezdtek tömörülni, hogy szakemberek segítségével biztosíthassák a megfelelő gondozást. Nappali központok, kisebb lakócsoporthoz jöttek létre, kiépítették az ambuláns segítségnyújtás bizonyos formáit.

[Lásd még: *A hosszú idejű ápolás reformja Spanyolországban, 2007. 33. sz.*; *Az ápolásról szóló törvény Spanyolországban, 2008. 34. sz.*; *A nemek közötti munkamegosztás tapasztalatai Európában az ápolás területén – Spanyolország, 2011. 33. sz.*]

Lengyelország

Lengyelország lakosainak száma 38,5 millió, akik közül 6,5 millió 65 év fölötti (16,6%). 100 keresőtevékenységet végző személyre 24 időskorú jut és ez a szám 2040-ben eléri a 46-ot. Minden ötödik háztartást időskorú (60 év fölötti) személy vezet, akiknek 70-80%-a önálló életvitelt folytat, 6%-a pedig nem képes elhagyni otthonát. Mindössze 0,6% él ápolási otthonban.

Az időskorú, beteg és fogyatékkal élők rendelkezésére álló lehetőségek: otthoni ápolás, intézményben való elhelyezés, nappali gondozás, palliatív gondozás. Az országban 190 gondozó- és gyógyítóintézmény, 105 ápoló- és gondozóintézmény és 47 hospice működik. A gondozóotthonokban 96.100 hely áll rendelkezésre, ezek közül 16.200 időotthonokban. Az ápolóotthonokban való elhelyezéshez a várakozási idő két-három év.

Mivel a nyugdíjak (a minimálnyugdíj 126,58 EUR, az átlagnyugdíj 265,62 EUR) nem elegendők az ápolási költségek fedezésére, ennek biztosításához szociális segélyre van szükség. Ápolásbiztosítási rendszer nem létezik, a családoknak maguknak kell boldogulniuk. A szociális segélyek tekintetében a települési segélyhivatalok illetékesek, de ezek szorosan együttműködnek a civil szervezetekkel és az egyházakkal.

Az otthoni ápolást a települési szociális központ dolgozói vagy szakképzett szabadfoglalkozásúak végzik. Az országos egészségügyi alap (*NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia*) által finanszírozott ambuláns ápolási központok száma azonban igen alacsony.

A hospice és a palliatív medicina már hagyományokkal rendelkezik. A Lengyel Palliatív Medicina Társaság 1989-ben alakult. A palliatív medicina önálló szakterületnek számít. A palliatív ellátást 2003. óta törvény szabályozza, az országos egészségügyi alap a nem kormányzati intézmények költségeit is fedezi. Lengyelországban 47 hospice működik.

A demenciások 90%-a otthonában részesül ambuláns ellátásban, amelyben geriáterek, neurológusok és pszichiáterek működnek közre egy általános orvos állandó

felügyeletével. A demenciásoknak mindössze 10%-a tölti utolsó napjait gondozóintézményben.

Az ápolóképzés területén 2001 márciusában három új képzési formát vezettek be:

- Időotthoni ápoló – kétéves képzés,
- Ambuláns ápoló – egyéves képzés;
- Fogyatékkal élőkkel dolgozó asszisztens – egyéves képzés.

A szakápolói képzés a szakmai ismeretek mellett kommunikációra és rehabilitációra is kiterjed. A képzés tekintetében az EU normáit követik, a betegápolók képzése egyetemi szintű (licenciátus), az idősápolást ráépítő képzések keretében sajátítják el.

Az ápolók fizetése havi 1.000-1.200 zloty (250-300 EUR). Nem csoda, hogy a lengyel ápolók is Németország felé veszik az irányt.

Luxemburg

A demográfiai helyzet: Luxemburg lakóinak száma 2007-ben 480.222 volt, ennek 43%-a bevándorló. A 2007. évi adatokat 2010-re kivetítve a 65 év fölöttiek száma 70.280, a 80 év fölöttieké 16.600 (az összlakosság 3,3%-a). Az előrejelzések szerint 2050-ben a 65 év fölöttiek száma eléri a 199.400-at, ami 2007-hez viszonyítva 198,5%-os növekedést jelent.

Az ápolásra szoruló ellátásának formái: Luxemburgban nem tesznek megkülönböztetést időotthonok és ápolási otthonok között. Az ún. CIPA-központok (*Centre intégré pour personnes âgées*), amelyeken időotthont is értenek, az ápolásra nem szoruló időskorúakat is befogadják. Ezekben az ápolásbiztosítás szerinti szolgáltatásokat nyújtják. Luxemburgban egyre több intézmény létesül, amelyek már az ápolásra szoruló időskorúak ellátását célozzák. 2009-ben összesen 5.276 tartós ápolási hely állt rendelkezésre, ebből 3.471 a CIPA struktúrák keretében, 1.429 ápolási otthonokban és 376 a lakásgondozási szolgáltatás („*betreutes Wohnen*”) struktúráiban. A gondozott otthonban a hét legalább öt napján a nap nyolc órájában gondozó vagy kisegítő személyzet áll rendelkezésre. További otthonok létesítésével a tartós ápolási ágyak száma 2012-ben előreláthatóan eléri az 5.500-at.

Az otthonokban élő időskorúak számára ambuláns ápolási szolgáltatók állnak rendelkezésre. A legnagyobb ambuláns szolgáltató a „*Stiftung Hellef Doheem*”, amely 1.600 munkatárssal, 26 ápolási központtal és 12 gerontopszichiátriai nappali gondozóval rendelkezik.

Az ápolás finanszírozása a kötelező ápolásbiztosítás keretében történik. Az ápolásbiztosítási járulék a munkavállalásból, ingatlan bérbeadásából és nyugdíjból származó összjövedelem 1,4%-a. Ehhez az állam évente 140 millió EUR finanszírozással járul hozzá (2010).

Amennyiben az ápolásra szorultság meghaladja a heti 3,5 órát, az ápolásbiztosítás biztosítottanként maximum heti 35 óra erejéig átvállalja az ápolási szolgáltatások kifizetését, amely pénzbeli ellátás (az illető ápolását ellátó hozzátartozó hozzátartozójának, partnerének vagy ismerősének kifizetése), vagy természetbeni ellátás (egy külsős ápolási szolgálat kifizetése vagy részben bentlakásos vagy bentlakásos ellátás) formájában történhet. Ezenkívül az ápolásbiztosítás különböző segédeszközöket (pl. mankók, járókeretek, kerekesszékek) bocsát rendelkezésre.

A demenciások ellátása: Az állami otthonfelügyelet minden fenntartótól megköveteli, hogy kínálatában szerepeljen a demenciások ellátása. Az ambuláns ellátás területén az a törekvés, hogy a demenciás személy minél tovább megszokott környezetében maradjon. Az ápolási szolgálatok naponta 6-7 látogatást tesznek. A hozzátartozók tehermentesítése céljából heti 12 órás egyedi gondozásra is lehetőség van.

A specializált, gerontopszichiátriai nappali gondozókban a betegek a hét hat napján részesülhetnek gondozásban. Reggel behozzák és este hazaviszik őket. A bentlakásos intézmények ún. nyaralóágyakat bocsátanak rendelkezésre, ahol a betegek az év folyamán több alkalommal is mintegy három hetet tölthetnek, ugyancsak az ápolást végző hozzátartozók tehermentesítése céljából.

Palliatív ellátás és halálba kísérés: Luxemburgban az 1990-es évek közepén nyitották meg az első palliatív ellátási kórházi osztályt. 2009-ben sor került a palliatív ellátásról szóló törvény elfogadására is, amely szerint a gyógyíthatatlan betegeknek és a haldoklóknak joguk van a palliatív gyógyításhoz. Az első 15 ágyas hospice 2010-ben nyílt meg. Minden kórház rendelkezik vagy palliatív osztállyal vagy mobil palliatív ápolási teammel. Az ápolási otthonokban az ápolószemélyzet 40%-ának rendelkeznie kell palliatív ápolói képzettséggel.

Az ápolók fizetése és képzése: A betegápolók kezdőfizetése bruttó 3.250 EUR, a segédápolóké bruttó 2.550 EUR. A családsegítők (ASF – *aide socio familiale*) kezdőfizetése bruttó 2.116 EUR, a szakképzetlen ápolóké bruttó 1.880 EUR.

A családsegítő képzésre munkavégzés mellett kétéves képzés keretében, heti négy tanórán keresztül kerül sor. Ezt a képzési formát 1999-ben az ápolásbiztosítás hatályba lépésével egyidejűleg vezették be. A képzésre való jelentkezéshez előzetes ápolói gyakorlatra van szükség.

Luxemburgban nem létezik speciális idősápoló képzés. Az időskorúak ápolását elsősorban betegápolók, segédápolók, nevelők és háztartási segítők látják el. A luxemburgi főiskolai minisztérium jelenleg azon dolgozik, hogy kidolgozza a betegápolóknak a geriátria és a pszichogeriátria területén való képzési rendszerét, amelynek bevezetését 2013-ban tervezik.

A hároméves betegápolói képzés mellett létezik egy hároméves segédápoló képzés. A segédápolókkal (*aide soignante*) szemben magasabb követelményeket támasztanak, mint Németországban. A németországi betegápolói végzettséget Luxemburgban *aide soignante*-ként ismerik el.

Az ápolásra szorulóknak optimális ellátásának időkerete: Az ápolásbiztosítás egyértelműen meghatározza az egyes ápolási szolgáltatások minimális időigényét. A szolgáltatások az egy vagy több tevékenységi területre vonatkozóan meghatározott ápolásra szorultságon alapulnak: tisztálkodás – táplálkozás – mobilitás. Ezenkívül a fizetett ápolás egyharmada támogató intézkedésekből áll, pl. szociális aktivitások, ergoterápiás kezelések, pszichoszociális támogatás és tanácsadás. A családgügyi minisztérium és az ápolási pénztár az optimális ellátás teljesítése érdekében pontosan ellenőrzi a feltételek betartását.

Az intézményekben a meghatározott ápolási perceknek megfelelően biztosítják a megfelelő személyzetet. Az ápolási órák magas száma mellett egy ápolóra 1,6 lakos jut. Betegségek és szabadságolások miatt azonban ez a keretszám már kevés lehet.

[Lásd még : *Az ápolás Luxemburgban, 2006. 14. sz.*] (KB)