

Asistența persoanelor vârstnice în unitățile medico-sociale

ORGANIZAREA ȘI FUNCȚIONAREA UNITĂȚILOR MEDICO-SOCIALE

Cadrul general

Unitățile medico-sociale au fost înființate cu scopul de a elimina cazurile sociale care sufocau spitalele de boli cronice. Astfel prin reorganizarea unor unități medicale cu paturi s-a preconizat înființarea unor instituții rezidențiale care să adăpostească persoane ce prezintă o dublă situație de risc : din punct de vedere medical, dar și din punct de vedere social.

Legea nr. 270/2000 - legea spitalelor, a cuprins primele prevederi care au constituit premiza înființării acestor unități și a diferențiat cele două tipuri de instituții. Conținutul Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății a reluat și definit noțiunile după cum urmează : spitalul pentru bolnavi cu afecțiuni cronice este spitalul în care durata de spitalizare este prelungită datorită specificului patologiei - bolnavii cu probleme medico-sociale fiind preluați de către așezămintele de asistență socială prevăzute de lege, respectiv de unitățile de asistență medico-sociale, după evaluarea medicală.

Potrivit HG. nr. 412/2003, pentru aprobarea Normelor privind organizarea, funcționarea și finanțarea unităților de asistență medico-sociale, „unitățile de asistență medico – sociale sunt instituții publice specializate, cu personalitate juridică, în subordinea autorităților administrației publice locale, care acordă servicii de îngrijire, servicii medicale, precum și servicii sociale persoanelor cu nevoi medico – sociale”.

În Instrucțiunile nr. 1/507/2003 de aplicare a normelor privind organizarea, funcționarea și finanțarea unităților de asistență medico – sociale, aprobate prin HG nr. 412/2003, beneficiarii serviciilor acordate în unitățile de asistență medico – sociale sunt „persoanele cu afecțiuni cronice care necesită permanent sau temporar supraveghere, asistare, îngrijire, tratament și care, din cauza unor motive de natura economică, fizică, psihică sau socială, nu au posibilitatea să își asigure nevoile sociale, să își dezvolte propriile capacități și competențe pentru integrare socială”.

Internarea în aceste unități se face la recomandarea unităților sanitare sau la solicitarea persoanelor fizice ori juridice, în baza concluziilor rezultate din aplicarea grilei de evaluare medico – socială a persoanei vârstnice. Evaluarea medico – socială a persoanelor cu nevoi medico – sociale se face în unități sanitare cu paturi de către personalul medico – sanitar al acestor unități precum și de către serviciul de asistență socială din cadrul unităților administrativ – teritoriale în care își au domiciliul persoanele solicitante.

Instituțiile de asistență medico – sociale se înființează ca instituții rezidențiale sau de zi și asigură servicii medicale, servicii de îngrijire și servicii sociale.

PREZENTAREA CERCETĂRII PRIVIND ORGANIZAREA ȘI FUNCȚIONAREA UNITĂȚILOR DE ASISTENȚĂ MEDICO-SOCIALĂ

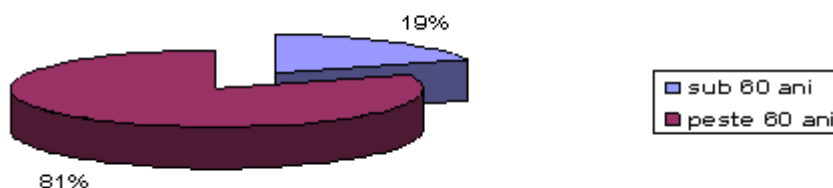
Analiza și interpretarea datelor

După cum se observă în unitățile de asistență medico-socială cuprinse în cercetare, se constată proporția covârșitoare a persoanelor cu vârsta peste 60 de ani. Din unitățile chestionate un număr de 27 ne-au furnizat date valide cu privire la numărul total și la numărul pe categorii de vârstă și sex a persoanelor asistate. A rezultat astfel un număr total de 969 asistați din care :

187 persoane cu vârsta sub 60 de ani, respectiv 138 bărbați și 49 femei;

782 persoane cu vârsta peste 60 de ani, din care 341 sunt de sex masculin și 441 sunt de sex feminin.

Persoanele asistate în unitățile medico-sociale ; pe categorii de vârstă



Cu toate că aceste centre nu sunt instituții de asistență socială destinate exclusiv persoanelor vârstnice, ci persoanelor adulte cu probleme sociale și deopotrivă medicale, vârstnicii predomină reprezentând 81% din totalul persoanelor asistate.

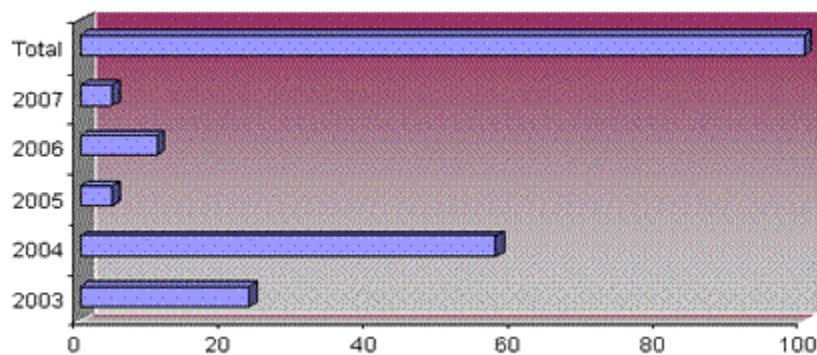
Se constată că în rândul persoanelor de vârstă a treia care se află asistate în aceste unități, predomină cele cu vârsta cuprinsă între 70 și 74 ani, ele reprezentând 23,5% din totalul persoanelor asistate în unitățile medico-sociale. Referitor la asistații cu vârsta sub 60 de ani predomină persoanele de sex masculin : 138 în raport cu doar 49 persoane de sex feminin, cunoscut fiind faptul ca persoanele de sex feminin se gospodăresc singure și fac astfel față mai ușor problemelor de natură socio-medicală, prelungind momentul în care vor recurge la asistența unei instituții de tip rezidențial. După vârsta de 60 de ani raportul dintre numărul total de femei și bărbați prezintă mici diferențe în favoarea persoanelor de sex feminin : 341 sunt bărbați și 441 sunt femei. Constatăm că numărul bărbaților este mai mic decât cel al femeilor și datorită faptului că durata medie de viață este mai mare la femei decât la bărbați astfel încât, numărul persoanelor rămase singure care nu se mai pot autogospodări și care au nevoie de îngrijire de specialitate este mai mare în cazul femeilor. În general există valori aproximativ egale între femei și bărbați , observându-se o ușoară creștere a numărului de persoane de sex feminin după vârsta de 70 de ani. Făcând o asociere între vârstă și sexul persoanelor intervievate se observă că, dacă până la vârsta de 70 ani numărul persoanelor de sex masculin asistate este mai mare, după vârsta de 70 ani crește semnificativ numărul persoanelor de sex feminin asistate, iar numărul bărbaților peste 80 ani

asistați în unitățile de asistență medico-socială scade la jumătate din numărul femeilor cu aceeași vârstă. De asemenea din datele demografice solicitate a rezultat că nu există diferențe majore între asistați din punct de vedere al mediului de proveniență, tendința fiind în favoarea persoanelor din mediul rural pentru că și localitățile în care sunt amplasate aceste unități se află în mediul rural sau în localități urbane mici.

În funcție de anul în care a fost finalizată construcția clădirii în care funcționează unitățile medico-sociale putem aprecia că 31,4% dintre acestea își au sediul în clădiri vechi, construite înainte de anul 1950 și numai 5,7% dintre acestea funcționează în clădiri construite între anii 2002 – 2006.

Deși în asemenea condiții clădirile necesitau reparații de reamenajare atât pentru reconstrucție, cât și pentru reabilitare și reamenajare, odată cu schimbarea destinației de funcționare, se constată un număr ridicat de nonrăspunsuri la această întrebare și considerăm că în cazul lor nu s-au efectuat reparațiile necesare. Anii în care s-au efectuat reparațiile preced sau chiar corespund cu anul punerii în funcțiune al instituției.

Dinamica înființării unităților medico-sociale raportat la anul punerii în funcțiune



În ceea ce privește anul în care au fost puse în funcțiune unitățile de asistență medico-socială se constată că cele mai multe unități au fost înființate în anul 2004, respectiv 57,4% și în proporții mai mici în anii: 2003 – 23,4%, în 2005 - 4,3%, în 2006 - 10,6% și în 2007(trimestrul I) numai 4,3%.

Proprietarii clădirilor în care funcționează instituțiile ce fac obiectul analizei sunt consiliile locale în 57,4% din cazuri și consiliile județene în 34% din cazuri, iar valoarea de mijloc fix a locațiilor este în medie evaluată la 1.141.980 lei/unitate.

Din cele 47 de unități chestionate cu privire la anul în care au încheiat contract cu casa județeană de sănătate, un număr de 8 unități nu au dat răspuns ceea ce conduce către concluzia că nu au relații contractuale cu case de sănătate la nivel județean, iar celelalte au încheiat contracte după cum urmează : în 2003 - 7 unități, respectiv 17% din total, în 2004 un număr de 27 unități reprezentând 65,9%, în 2005 - 2 unități – 2,4%, iar în 2006 – 6 unități – 14,6%.

Anii în care s-au efectuat reparații capitale sunt raportați astfel: un număr de 7 unități au fost reamenajate în anul 2003, 21 unități în anul 2004, 3 unități în anul 2005 și 5 unități în anul 2006. Cele 11 non-răspunsuri ar putea fi interpretate ca unități pentru care nu s-au efectuat încă lucrări de reparații și amenajări, deși este cunoscut faptul că unitățile medico-sociale s-au înființat prin hotărâre a consiliilor locale și județene pe măsură ce au fost alocate fonduri pentru reamenajări prin hotărâre de guvern.

În ceea ce privește capacitatea unităților de asistență medico-socială se constată următoarele :

există în total 500 de camere de locuit în cele 47 de unități chestionate și în medie 10 camere de locuit într-o instituție;

există un număr mediu de minim 3 paturi per cameră (variind între o cameră cu un singur pat și camere cu 6 paturi) și un număr mediu de maxim 5 paturi într-o cameră (variațiile fiind între camere cu 2 până la 14 paturi). Trebuie făcută mențiunea că în județul Dâmbovița există o unitate medico-socială cu 14 paturi într-o cameră, care ar trebui să se reorganizeze pentru a corespunde actualelor standarde pentru instituțiile de tip rezidențial.

totodată există un număr total de 192 wc-uri comune și 128 băi comune cu dușuri (valoarea medie a acestora fiind de 4,6 wc-uri comune și 3 băi comune per instituție) ceea ce demonstrează faptul că aproximativ jumătate din camerele de locuit nu beneficiază de grup sanitar propriu;

majoritatea camerelor din aceste instituții sunt suprapopulate iar numărul de cereri în așteptare este foarte mare – în instituțiile analizate sunt în total 259 de cereri în așteptare (media fiind de 11,26 cereri/instituție). Așadar, putem afirma că numărul persoanelor care solicită să fie asistate într-o unitate de tip rezidențial destinată persoanelor cu probleme medico-sociale este mare.

Majoritatea unităților medico-sociale păstrează aspectul fostelor unități sanitare cu paturi având atât camere cu un număr mare de paturi – saloane, cât și camere cu 2-3 paturi – rezerve. Numărul total de paturi este în medie de 36 per unitate medico-socială. O caracteristică a acestor unități este dată de capacitatea relativ redusă de a asista persoanele cu probleme medico-sociale, comparativ cu instituțiile tradiționale de tip rezidențial, respectiv căminele de bătrâni sau centrele de îngrijire și asistență. Aceasta poate fi privită însă și ca un aspect pozitiv din perspectiva calității îngrijirii, nevoile persoanei asistate individualizându-se, așa cum este și recomandat, la nivelul bunelor practici privind asistența socio-medicală. Totodată, numărul redus de locuri este o caracteristică specifică unităților de tip rezidențial care acordă asistență de scurtă durată așa cum au fost inițial concepute și unitățile medico-sociale. Totuși, comparând structura asistaților pe categorii de vârstă și problemele medicale pe care aceștia le prezintă putem concluziona că în marea lor majoritate asistații necesită o îngrijire de lungă durată.

Dotările camerelor de locuit pentru asistați sunt limitate. De exemplu: la o cameră care are în medie 10 paturi revin 10 noptiere, 4 dulapuri, 3 mese, 7 scaune și 2 veioze. De asemenea la 10 paturi revin 2 televizoare. Se observă slaba dotare a camerelor de locuit, mobilierul nefiind individualizat cu excepția noptierelor, dulapurile utilizându-se în comun de către asistații unei încăperi. De asemenea, scaunele și veiozele sunt insuficiente, iar televizoarele sunt de obicei amplasate în spații pe care asistații le utilizează în comun, ceea ce dezavantajează persoanele care datorită stării de sănătate sunt imobilizate la pat. Ca

o concluzie se poate estima că nu s-au făcut investiții pentru reamenajarea spațiilor de locuit, unitățile medico-sociale continuând să utilizeze dotările moștenite de la fostele unități sanitare cu paturi.

Fiecare unitate de asistență medico-socială este dotată în afara camerelor de locuit pentru persoanele asistate și cu încăperi și dependințe care au în medie următoarele valori: 1 bucătărie cu instalație de preparare a hranei; 1 bucătărie de încălzire a hranei; 1 sală de mese; 1,6 camere pentru depozitarea alimentelor; 1 spălătorie; 0,4 cluburi și 3,5 birouri. Remarcăm faptul că deși în majoritatea cazurilor există o bucătărie pentru prepararea hranei în unele unități s-a optat pentru alternativa înlocuirii bucătăriei proprii cu serviciile unei firme specializate. Numai în 19 unități medico-sociale asistații beneficiază de un club în care se pot desfășura activități recreative și de socializare, ceea ce este în detrimentul activităților de natură socială, în majoritatea instituțiilor de acest tip predominând latura medicală a îngrijirii.

Pentru a ilustra modul în care sunt dotate unitățile de asistență medico-sociale s-a calculat și valoarea medie pe unitate la principalele tipuri de aparatură electrocasnică obținându-se: 4 frigider, 1,5 lăzi frigorifice, 1,5 televizoare alb-negru, 4,4 televizoare color, 3,6 aparate radio, 2,5 PC-uri, 2 imprimante, 1 copiator, 1,8 aparate de aer condiționat, 1 automobil, 1 sistem de încălzire propriu.

În ceea ce privește dotarea instituțiilor cu aparatură medicală se constata că :

nu au aparatura medicală uzuală obligatorie, cum ar fi: tensiometru (65%), stetoscop (23,3%), glucometru (48,8%), set de resuscitare (23,3%) și truse de mică chirurgie numai (9,3%);

de aparatura pentru investigații beneficiază în proporții reduse și anume: 41,9% au un electrocardiograf, oscilometru 16%, analizator triglicerice 7%, analizator biochimie 28%, aparat de radiologie 4,7% și numai 9,3% din unități sunt dotate cu un ecograf;

alte aparaturi care se regăsesc în proporții reduse în dotarea unităților medico-sociale sunt: pupinel în 23,3% din cazuri, sterilizator 16,3%, aparat de fizioterapie 14%, nebulizator 9,3%, stative perfuzii 4,7%.

Remarcăm faptul că deși proporția persoanelor vârstnice în rândul persoanelor asistate în cadrul unităților medico-sociale ce fac obiectul analizei este predominantă, dotările de care acestea dispun nu sunt adaptate profilului asistaților astfel încât nu pot răspunde nevoilor lor socio-medicale. Ne referim în special la faptul că nu au în dotare aparate de fizioterapie necesare în multe afecțiuni specifice vârstei a treia și mai puțin de jumătate din unitățile chestionate au în dotare electrocardiograf deși este binecunoscută incidența majoră a bolilor cardiovasculare în rândul acestei categorii de populație. De asemenea, remarcăm că unitățile nu au în structura lor un cabinet stomatologic, aceasta fiind o altă problemă de sănătate majoră cu implicații asupra bunei funcționări a organismului.

Deficiențele prezentate sunt cu atât mai importante și au implicații asupra calității asistenței acordate deoarece unitățile medico-sociale se confruntă cu pacienți care adesea nu beneficiază de asigurare medicală, una din dificultățile majore semnalate fiind transferul către alte unități sanitare de specialitate a acestora.

Principalele boli cu care sunt diagnosticate persoanele asistate în unitățile medico-sociale sunt: bolile cardiovasculare (516 cazuri), urmate de bolile aparatului respirator (243 cazuri), bolile digestive (202 cazuri), bolile sistemului osteoarticular (197 cazuri), bolile psihice (156 cazuri), bolile neurologice (141 cazuri), demențe (99 cazuri), boli ale aparatului urogenital (77 cazuri), accidente traumatisme (56 cazuri), tumore (46 cazuri).

În general, asistența medicală a persoanelor asistate din unitățile medico-sociale este asigurată de medicii și asistentele medicale, angajați ai acestor instituții. În foarte puține cazuri asistența medicală este asigurată de medicul de familie al pacientului. Se constată că în majoritatea cazurilor specialitatea medicilor angajați ca și aparatura medicală pe care o au în dotare reflectă profilul inițial al unității spitalicești care s-a reorganizat (exemplu: o unitate care anterior funcționa ca spital de pneumoftiziologie a raportat în componența colectivului medical medici specialiști din acest domeniu). Serviciile medicale și socio-medice sunt asigurate 24 din 24 de ore de către personalul unității medico-sociale, iar în cazurile care necesită intervenții de specialitate persoanele asistate sunt transferate către unitățile spitalicești. Totodată, a fost sesizat faptul că una dintre dificultățile majore întâmpinate în activitate este transferul către spitale al pacienților fără asigurare medicală și fără acte de identitate.

Specialitatea medicilor care asigură asistența medicală este o informație relevantă referitor la calitatea îngrijirii medicale și socio-medice. S-a constatat că în cele 47 de unități există:

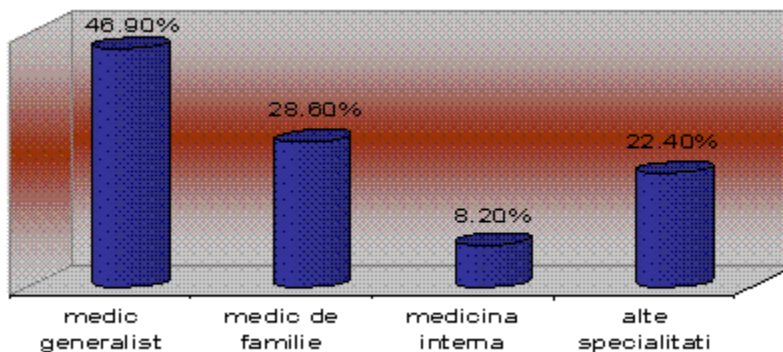
23 medici generalști, 46,9% din unități au angajat medici de medicină generală;

14 medici de familie, respectiv 28,6% din unități au în colectivul medical cadre cu specialitatea medicină de familie;

4 medici interniști, respectiv pentru 8,2% din unitățile cuprinse în eșantion;

11 medici cu alte specialități (pneumoftiziologie, psihiatrie, cardiologie et), respectiv în 22,4% din instituții.

Nu putem să nu observăm lipsa medicilor geriatri deși în aceste instituții sunt asistate și persoane vârstnice care au nevoie de îngrijire medicală de specialitate.



În general, în unitățile de asistență medico-socială care au făcut obiectul analizei este angajat personal medical suficient. Astfel, valoarea medie a numărului de medici din cele 47 de instituții supuse investigației noastre este de 1,13 medici/instituție, media asistenților medicali este de 7,57, iar a infirmierelor de 6,19. Pe lângă personalul medical în aceste instituții mai sunt angajați în număr redus asistenți sociali (media fiind de 0,91 asistenți sociali într-o instituție) și foarte puțini psihologi (media fiind doar de 0,17 psihologi într-o instituție).

Aproape toate unitățile medico-sociale sunt conduse de un director, cu o singură excepție (menționăm că unitatea respectivă nu funcționează încă) și au în componență, în medie: personal administrativ – 3 persoane, îngrijitori (2,51), șoferi (0,49), muncitori (3,31), contabil (1,02), alte categorii (3,68). Numărul total de angajați ai unei unități medico-sociale este în medie de 24,6 persoane.

Personalul din conducerea acestor instituții consideră că pentru buna funcționare și acoperirea nevoilor sociale, socio-medicale și medicale unitatea mai are nevoie de personal de specialitate după cum urmează: psiholog 46% din unitățile chestionate, asistent social – 48%, kinetoterapeut – 23%, infirmiere – 40%, medic – 15%, asistenți medicali – 18%, farmacist – 7,75 și personal administrativ – 33%.

În cadrul analizei efectuate la unitățile de asistență medico-sociale ne-am propus, de asemenea, să realizăm o evaluare a modului în care funcționează sistemul de acordare a asistenței medico-sociale.

În acest scop am avut în vedere cine recomandă internarea, cine realizează evaluarea, cine aprobă asistarea unei persoane cu nevoi medico-sociale și am constatat următoarele :

recomandarea pentru internarea într-o unitate medico-socială se face în 86,7% din cazuri de către medicul specialist din spital, așa cum prevede legislația în domeniu. Totuși în practică se regăsesc situații diverse, asistarea fiind recomandată de mai mulți factori concomitenți: medicul de familie (55,6%), serviciul social al autorităților publice locale (40%), medicul specialist din ambulatoriul de specialitate (8,9%) sau asistentul social care a manageriat cazul (6,7%);

cu rare excepții, cel care aprobă asistarea unei persoane în unitatea medico-socială este chiar directorul unității;

evaluarea persoanei asistate este efectuată de către direcția de asistență socială în proporție de 86,7%, de unitatea care a recomandat asistarea 35,6%, de specialiștii unității medico-sociale în 22,2% din cazuri și de medicul de familie într-o proporție de 15,6%. Așadar, serviciul public de asistență socială din cadrul primăriilor realizează cele mai multe anchete sociale completând fișele de evaluare socio-medicală ale persoanelor ce solicită să fie asistate într-una din unitățile de asistență medico-socială.

Pentru întocmirea dosarului unei persoane asistate este nevoie de o serie de documente care nu întotdeauna se regăsesc, acest fapt creând dificultăți în asigurarea unei asistențe adecvate persoanelor internate. Principalele acte necesare la întocmirea dosarului se regăsesc în proporții variabile în practica unităților medico-sociale :

bilet de trimitere – 76,7%;

act de identitate – 76,7%;
acte doveditoare de venit (cupon de pensie) – 74,4%
carnet de asigurat – 30,2%;
cerere de internare – 18,6%;
ancheta socială – 51,2%;
grila de evaluare – 69,8%;
declarația aparținătorilor legali – 27,9%.

Pentru o corectă interpretare a cifrelor de mai sus menționăm că o serie de acte pot exista sau nu la dosar în funcție de situația de dificultate în care se află persoana asistată (exemplu : nu deține acte de identitate la momentul internării urmând a fi obținute pe parcursul perioadei de asistență, nu are venituri și nu are calitatea de asigurat etc). Pe de altă parte există o serie de formalități care sunt în sarcina personalului de specialitate să le îndeplinească și pe care statistica ar trebui să le consemneze în proporție de 100% precum : biletul de trimitere, evaluarea pe baza grilei de evaluare și ancheta socială.

Conform legislației în vigoare unitățile medico-sociale adăpostesc persoane cu probleme medico-sociale pe o perioadă determinată de timp, până la remedierea problemelor individuale. Analiza pe baza chestionarului a condus la următoarele concluzii privind durata asistării unei persoane în unitățile medico-sociale: variază între mai puțin de 1 lună – 28%, între 1 – 3 luni 16%, între 4 – 6 luni 21% și pe perioadă nedeterminată 35%. Conchidem că valorile cele mai mari sunt reprezentate de extreme, astfel încât dacă se depășește perioada de o lună de asistență există tendința de a se prelungi cât mai mult eventual pe perioadă nedeterminată. Corelând cu faptul că majoritatea persoanelor asistate sunt vârstnici considerăm că tendința ca aceste unități să devină centre de permanență pentru îngrijire de lungă durată este evidentă.

Activitățile la care participă asistații în cadrul unității de asistență medico-socială sunt, în cea mai mare proporție, activități administrative – 32,3%, activități culturale și recreative, respectiv: vizionarea programelor tv – 48,4%, lectura – 35,5%, participarea la servicii religioase – 29%, jocuri de societate – 29%, grădinărit – 19,4%, plimbări – 16%, ergoterapie – 9,7%, lucru manual – 9,7%. Se constată că majoritatea activităților sunt statice deoarece în aceste unități frecvența persoanelor imobilizate la pat este mare motiv pentru care anumite activități nu se pot realiza decât în proporții reduse cu persoanele deplasabile.

Principalele servicii de care beneficiază persoanele vârstnice asistate în unitățile de asistență medico-socială luate în analiză sunt:

servicii sociale cum ar fi: găzduire (100%) și hrană (100%), tuns și coafat (53,5%), club de zi (44%), bibliotecă (23,3%), participarea la acțiuni culturale(32,6%). Activitățile de reintegrare socială se regăsesc

în proporție de 72%, prevenirea marginalizării sociale - 79%, consiliere psihologică - 37% și consiliere administrativă - 51%. Există totuși puține instituții care acordă consiliere juridică asistaților (23,3%).

servicii socio-medicale cum ar fi: ajutor pentru menținerea și readaptarea capacităților fizice (72,7%), programe de ergoterapie (36,4%), sprijin pentru realizarea igienei corporale (97,7%), ajutor pentru îmbrăcare și dezbrăcare (98,40%), ajutor pentru deplasare (95,5%), monitorizarea parametrilor fiziologici (97,7%), toaleta persoanei asistate (95,5%), administrarea medicamentelor (97,7%), efectuarea de imunizări (79,5%), măsurarea glicemiei (81,8%), recoltarea de produse biologice (72,7%), clisma cu scop evacuator (84%), clisma cu scop terapeutic (38,6%), alimentație artificială (32,8%), spălătură vaginală (45%), masajul limfedenului (45%), mobilizare, masaj pentru prevenirea escarelor (84%), schimbarea poziției, tapotaj, fizioterapie respiratorie (93%), tratamente pentru evitarea complicațiilor la membrele inferioare (86,4%), îngrijirea plăgilor (97,7%), îngrijirea escarelor multiple (93%), îngrijirea tubului de dren (56,8%), îngrijirea canulei traheale (43%), îngrijirea ochilor, mucoasei nazale și traheale (75%), suprimarea fistulelor (77%), îngrijirea stomelor (50%), aplicare de pampers, ploscă, bazinet (90,9%), aplicarea de prișnițe și cataplasme (56,8%), calmarea și tratarea durerii (93%), kinetoterapie individuală (31,8%), examinare și evaluare psihologică (25%) ;

servicii medicale cum ar fi: servicii de îngrijire-înfirmierie în 100% din instituțiile cuprinse în eșantion, asigurarea medicamentelor prescrise de medic în 100% din cazuri și consultații și tratamente la cabinetul medical (95,5%). Numai 63,6% din instituții asigură dispozitive medicale asistaților, 27,3% consultații stomatologice și 25% programe de ergoterapie.

Menținerea legăturii persoanelor asistate cu propria rețea socială și cu familia este încurajată în majoritatea unităților medico-sociale, astfel încât frecvența vizitelor este zilnică în 66,7% din cazuri, săptămânală în 23% din cazuri și doar 10,3% din unități au precizat că vizitele se desfășoară lunar. Această cifră este influențată de mai mulți factori pentru că presupune atât disponibilitatea aparținătorilor de a-i vizita pe asistați după internarea în unitate, cât și activitățile desfășurate de personalul de specialitate. De cele mai multe ori vizitele se desfășoară la patul persoanei asistate (68,4%) fie pentru că persoana nu este deplasabilă din motive de sănătate, fie pentru că instituția nu a amenajat un spațiu dedicat primirii acestor vizite. Doar 26,3% din unități au declarat ca dețin o încăpere special amenajată pentru vizite.

În vederea prevenirii marginalizării sociale a persoanelor asistate directorii unităților medico-sociale au raportat desfășurarea de activități specifice pentru atingerea acestui obiectiv și anume : consilierea familiei (77,8%), încurajarea vizitelor (55,6%), organizarea și participarea la activități culturale (29,6%), păstrarea legăturii cu familia (22,2%), informarea și implicarea comunității (11,1%).

Costul mediu lunar de întreținere pentru o persoană asistată într-o unitate medico-socială este de 1540 lei, valorile pe baza căruia a fost estimat acest cost variind de la minim 105 lei la maxim 4934 lei.

Cuantumul contribuției lunare de întreținere diferă de la o instituție la alta, deoarece se stabilește la nivel local de către autoritățile publice care au înființat instituția. Așadar, făcând o medie a contribuțiilor lunare plătite în unitățile de asistență medico-socială chestionate (dintre care numai 18 au răspuns la această întrebare) a rezultat o valoare de 326 lei/asistat, cuantumul acestei contribuții variind între 33 și

1760 lei. Menționăm că în majoritatea cazurilor consiliile locale, respectiv județene au stabilit pentru persoanele vârstnice un procent din pensie, cel mai frecvent 60%, drept quantum variabil al contribuției în funcție de venitul persoanei asistate în unitatea medico-socială.

De precizat că valoarea costului efectiv de întreținere al unei persoane asistate este cu mult mai mare decât contribuția pe care o plătește fiecare asistat, iar în cazul persoanelor care nu au venituri, această contribuție este suportată de familie sau de la bugetul consiliilor locale/județene.

Pentru asigurarea funcționării unităților de asistență medico-socială se utilizează fonduri provenind din mai multe surse de finanțare: bugetul de stat, bugetul local, fonduri de la casa județeană de asigurări de sănătate, fonduri externe, donații și sponsorizări. Pentru lucrarea de față au fost solicitate date cu privire la fondurile alocate în anul 2005 și respectiv anul 2006 și a rezultat că la nivelul unităților medico-sociale chestionate :

fondurile provenind de la bugetul de stat pe 2005 însumează 1.965.226 lei, iar în anul 2006 - 1.474.652 lei, revenind în medie suma de 327.537 lei per unitate medico-socială în 2005 și 245.775 lei per unitate în 2006. Atât în anul 2005, cât și în anul 2006 doar 6 unități medico-sociale au declarat că au primit fonduri de la bugetul de stat;

fondurile provenind de la bugetul local pe anul 2005 însumează 9.134.914 lei, iar în anul 2006 - 6.791.919 lei, revenind în medie 285.466 lei per unitate în 2005 și respectiv 245.775 lei în 2006. În anul 2005 un număr de 32 de unități au raportat că au primit fonduri de la bugetul local, iar în anul 2006 un număr de 35 unități medico-sociale;

fondurile provenind de la asigurările de sănătate se ridică în anul 2005 la suma totală de 7.945.674 lei, respectiv 240.778 lei media per unitate, iar în anul 2006 la 4.232.140 lei în total și 132.254 lei media per unitate. În anul 2005 un număr de 33 de unități au raportat că au primit fonduri de la bugetul asigurărilor de sănătate, iar în anul 2006 un număr de 32 unități medico-sociale;

din donații și sponsorizări au rezultat fonduri în valoare totală de 66.800 lei în anul 2005 (aproximativ 6072 lei în medie pe unitate – au raportat 11 unități) și 35.881 lei în anul 2006 (aproximativ 2990 lei în medie pe unitate – au raportat 12 unități);

fondurile externe alocate unităților de asistență medico-sociale au fost : în anul 2005 suma de 29.179 lei (este cazul unei singure unități la nivelul întregii țări) și 17088 lei în anul 2006, pentru două asemenea unități (respectiv 1088 lei și 16000 lei);

alte surse de finanțare, în care se includ și contribuțiile asistaților au însumat 1.557.474 lei în anul 2005 (în medie 77.873 lei per unitate – valorile au fost raportate de către 20 de unități) și 892.001 lei în anul 2006 (în medie 42.476 lei pe unitate – valorile au fost raportate de către 21 de unități).

Se remarcă fără excepție o scădere a finanțării totale în anul 2006 în raport cu anul 2005 ceea ce nu poate avea decât un efect negativ asupra activității desfășurate de unitățile medico-sociale.

Cea mai importantă parte a acestei cercetări a fost alocată problemelor, greutăților și impedimentelor cu care se confruntă personalul din conducerea instituțiilor de asistență socială în desfășurarea activității și propunerile pe care aceștia le au formulat în vederea îmbunătățirii activității acestor instituții.

Astfel, principalele probleme semnalate de aceștia sunt:

lipsa fondurilor - 34% din cei chestionați afirmând că aceasta este problema cea mai importantă cu care se confruntă;

pentru 51% dintre intervievați lipsa personalului specializat este un impediment în desfășurarea activității;

slaba dotare cu aparatură medicală a instituției afectează activitatea curentă în cazul a 26,8% dintre instituții;

22% dintre cadrele de conducere au precizat că nu sunt mulțumiți datorită faptului că legislația de funcționare a unităților de asistență medico-socială nu este clară, că prevederile legale nu se aplică sau sunt greu de aplicat datorită confuziilor create între partenerii sociali implicați ;

o problemă ce-i afectează pe 24,4% din directorii unităților de asistență medico-socială este generată de lipsa suportului din partea familiilor celor asistați care îngreunează procesul de asistență blocând locurile în unitate prin cazurile sociale care nu pot fi dezinstituționalizate;

alte probleme semnalate se referă la spațiul insuficient (9,8%), sistem de încălzire deficitar (9,8%) în cazul în care unitatea nu are încălzire centrală și nu poate asigura confortul termic pe timp de iarnă pentru asistați;

o ultimă problemă semnalată de 2,4% dintre cei chestionați este cea a cazurilor sociale care nu au asigurare medicală și nu pot fi transferați către unități medicale specializate pentru tratarea anumitor afecțiuni ce nu pot fi soluționate la nivelul unității medico-sociale.

Principalele propuneri, formulate de persoanele din conducerea unităților medico-sociale intervievate, au fost:

flexibilitate în acordarea fondurilor – 25%;

reparații și amenajări – 46,2%;

subordonare administrativă locală și financiară județeană – 7,7%;

dotarea instituției cu aparatură medicală, electrocasnică și mobilier - 20,5%;

angajarea de personal specializat în unitățile de asistență medico-socială – 28,2%;

completarea cadrului legislativ existent – 17,9%;

elaborarea și aplicarea normativelor de personal și cazarmament – 10,3%;

organizarea de activități de ergoterapie – 5,1%.

Așadar, lipsa fondurilor care atrage și slaba dotare a instituției, precum și lipsa personalului specializat sunt principalele probleme cu care se confruntă personalul din conducerea unităților de asistență medico-socială supuse investigației. La acestea se adaugă capacitatea redusă a instituției, precum și colaborarea greoaie între autoritățile publice locale care îngreunează procesul de gestionare a fondurilor și duce la imposibilitatea realizării unor achiziții de medicamente, aparatură medicală, electrocasnică sau de mobilier; precum și la restricționarea alegerii persoanelor ce urmează a fi asistate în aceste instituții.

Aceste probleme ar putea fi rezolvate, în opinia persoanelor din conducerea acestor instituții, prin suplimentarea fondurilor care ar asigura dotarea corespunzătoare a instituțiilor de asistență medico-sociale și la extinderea capacității acestora prin mărirea numărului de camere și a numărului de paturi. Transformarea unor unități asistență medico-socială în cămine pentru persoane vârstnice ar fi o urmare firească a faptului că practica a demonstrat încă odată că cererea majoră de asistență de tip rezidențial se cantonează la nivelul acestei categorii de populație. Această reglementare ar rezolva într-o oarecare măsură problema legată de numărul insuficient de locuri în căminele de bătrâni existente și separarea vârstnicilor de alte categorii de persoane adulte cu nevoi specifice (persoane bolnave psihic, persoane fără adăpost etc).

CONCLUZII

Inițial au fost propuse un număr de 106 unități sanitare cu paturi în vederea reorganizării ca unități de asistență medico-socială. Până în prezent dintre acestea numai un număr de 69 de unități au beneficiat de fonduri de la bugetul de stat în vederea efectuării lucrărilor de reamenajare. Menționăm că dintre acestea nu toate au finalizat lucrările și nu au fost puse în funcțiune.

Din evaluarea inițială în județele Bacău și Caraș Severin nu au fost identificate clădiri cu potențial de a fi transformate în unități medico-sociale. Situația actuală ne arată că până în prezent nu au fost înființate unități medico-sociale într-un număr de 10 județe ale țării, după cum urmează : Bacău, Caraș Severin, Cluj, Constanța, Covasna, Gorj, Harghita, Iași, Ilfov, Mehedinți, Neamț, Prahova, Sălaj, Teleorman și Timiș.

Cauzele care au generat întârzieri în punerea în funcțiune a unităților medico-sociale sunt evaluate de către Ministerul Muncii, Solidarității, Sociale și Familiei după cum urmează :

greșeli sau omisiuni de proiectare, constatate pe parcursul executării lucrărilor deoarece proiectul inițial, care a stat la baza propunerilor de finanțare, a fost incomplet sau a prevăzut sume subevaluate, iar pe parcursul executării lucrărilor s-au identificat ca strict necesare lucrări suplimentare care să poată oferi condiții de găzduire și acordare de servicii sociale persoanelor asistate;

lipsa resurselor financiare la beneficiari pentru cofinanțarea lucrărilor, respectiv consiliile locale sau județene, care nu au dispus de resurse materiale pentru asigurarea cofinanțării lucrărilor suplimentare sau a dotărilor pentru punerea în funcțiune a unităților medico-sociale;

lipsa resurselor necesare pentru finanțarea de către consiliile locale a cheltuielilor de funcționare, deși în susținerea cererii aceștia s-au angajat că asigură fondurile;

lipsa personalului specializat în documentații și elaborare de proiecte de construcții;

constructorii nu au respectat termenele din graficele de lucrări.

Neconcordanța dintre evaluările inițiale și solicitările ulterioare de finanțare al căror nivel total depășește posibilitățile actuale de finanțare ale Ministerului Muncii, Solidarității, Sociale și Familiei a condus la stagnarea lucrărilor și în timp la degradarea construcțiilor și la neatingerea scopului pentru care au fost alocate fondurile respective.

Numărul unităților funcționale nu acoperă nevoile reale de asistență medico-socială a persoanelor vârstnice, fiind necesară continuarea procesului de reamenajare și punere în funcțiune a locațiilor spitalicești dezafectate și identificate în anul 2003.

X

X X

Din analiza efectuată a rezultat că aceste instituții sunt tributare condiției lor anterioare de unități medicale, latura socială și socio-medicală fiind mai slab dezvoltată, excluzând serviciile de îngrijire.

Majoritatea nu au condiții pentru asigurarea serviciilor sociale de prevenire a marginalizării sociale și reinsertie socială a asistaților pentru că nu au personal de specialitate în acest domeniu de activitate (asistent social, psiholog, ergoterapeut, kinetoterapeut etc) și pentru că nu sunt amenajate corespunzător : nu există o cameră destinată vizitelor pentru persoanele asistate care sunt deplasabile, nu există cluburi în care să se organizeze activități recreative sau culturale, nu există o relație constantă cu comunitatea și cu aparținătorii persoanelor asistate.

De asemenea, în componența colectivului de angajați ai unităților medico-sociale nu sunt incluși medici cu specialitatea geriatrie și din acest motiv în aceste unități nu se pot efectua terapii specifice persoanelor vârstnice și nici terapii recuperatorii pentru bolile cronice.

Toate aceste disfuncționalități conduc la prelungirea perioadei de staționare a asistaților blocând accesul celor care ar putea beneficia de serviciile medico-sociale. Consecința este eficiența scăzută a unităților medico-sociale în raport cu scopul pentru care s-au constituit : găzduirea pe o perioadă determinată a persoanelor cu probleme sociale și medicale.

Înființarea unităților medico-sociale a fost gândită pentru decongestionarea unităților mari spitalicești și asigurarea continuității asistenței medicale în cazul bolilor cronice. Totodată, numărul preponderent al persoanelor vârstnice (peste 60 de ani) sugerează că unitățile medico-sociale sunt pe cale să se transforme în cămine pentru persoane vârstnice, cunoscut fiind faptul că sistemul instituțional este deficitar în acest domeniu.

Din analiza răspunsurilor primite se desprind următoarele probleme semnalate de conducătorii unităților medico-sociale:

Rețeaua geriatrică insuficient dezvoltată la nivel national se reflectă și are consecințe și asupra funcționării unităților medico-sociale. Platforma gerontologică preconizată a se implementa nu se regăsește în practica acestor unități. Lipsa medicilor geriatri, atât din echipa care realizează evaluarea, cât și din cea care asigură asistența persoanelor vârstnice asistate în unitățile medico-sociale are un efect negativ asupra implementării unui plan individual de intervenție. În compensare ar putea fi implicați medicii de familie care cunosc polipatologia pacienților de vârstă a treia pe care îi au sub observație și care pot colabora cu instituția în care pacienții au fost internați pentru activitățile de îngrijire medicală.

Echipa multidisciplinară nu funcționează deoarece predomină personalul medical, iar personalul în domeniul social (în mod deosebit asistent social, psiholog, ergoterapeut, kinetoterapeut) lipsește în cele mai multe din cazuri.

Serviciile sociale, socio-medicale și medicale oferite în prezent persoanelor vârstnice cuprind un pachet de bază care ar putea fi extins în funcție de nevoile individuale identificate în rândul populației vârstnice.

Repartizarea teritorială a unităților medico-sociale la nivel national este inegală oferta de servicii fiind mult mai redusă pentru anumite zone ale țării și la nivelul județelor (există județe în care s-au înființat până la 7 unități și județe în care nu există nicio astfel de unitate). Această discrepantă trebuie avută în vedere la elaborarea strategiilor de politică socială, la evaluarea clădirilor și distribuirea fondurilor de la bugetul de stat și local.

Insuficiența fondurilor alocate pentru întreținerea locațiilor și asigurarea funcționării acestora este una dintre problemele prezentate de majoritatea unităților medico-sociale și în mod deosebit de cele care se află în subordinea consiliilor locale, majoritare de asemenea. Această constatare se justifică deoarece unitățile medico-sociale sunt înființate în localități rurale sau localități urbane mici ale căror bugete locale sărace nu pot susține finanțarea cheltuielilor pentru funcționarea lor.

Colaborarea dificilă cu sistemul sanitar și constatarea că nu toate unitățile medico-sociale funcționează în baza unui contract cu casele județene de asigurări de sănătate se reflectă în capacitatea limitată a acestora de a asigura și susține financiar asistența medicală a persoanelor asistate.

Colaborarea dificilă cu persoanele asistate și cu aparținătorii lor îngreunează procesul de dezinstituționalizare și reintegrare socială a acestora.

Legislația actuală nu acoperă întreaga problematică a unităților medico-sociale și nu se adresează specificului vârstei a treia care prezintă pondere în rândul persoanelor asistate.

Legislația în domeniul sanitar nu încurajează furnizorii de servicii medicale pentru a încheia contracte cu casele județene de asigurări de sănătate, iar sumele decontate de către acestea sunt considerate insuficiente pentru acoperirea costurilor.

PROPUNERI

Propunerile pentru îmbunătățirea activității așa cum rezultă din practica unităților medico-sociale, pe domenii, sunt următoarele:

În plan financiar:

Susținerea costurilor pentru unitățile medico-sociale prin subvenții de la bugetul de stat deoarece descentralizarea a avut efecte negative asupra asistenței medico-sociale mai ales în mediul rural și în zonele defavorizate ale țării unde bugetul local este redus;

Identificarea de noi surse de finanțare;

Atragerea de fonduri din sectorul privat prin încheierea de parteneriate pentru realizarea unor servicii asistaților;

Încurajarea sponsorizărilor oferite de persoane juridice ori fizice pentru sprijinirea activităților de îngrijire la domiciliu a persoanelor vârstnice prin modificarea Legii nr. 32/1994 privind sponsorizarea;

Resurse umane:

Implicarea medicilor geriatrii în identificarea și tratarea stării de sănătate a persoanelor vârstnice care necesită asistare în unitățile medico-sociale;

Organizarea unei rețele comunitare de medici geriatri prin dubla specializare a medicilor de medicină internă sau a medicilor de familie, deoarece această specialitate este necesară în componența echipei multidisciplinare din cadrul unităților medico-sociale;

Încadrarea de specialiști în domeniul social, respectiv : psiholog, asistent social, ergoterapeut, pentru activitățile de reintegrare și prevenirea marginalizării sociale;

Organizarea de schimburi de experiență între unitățile medico-sociale și formare continuă a personalului acestor unități;

Definirea profesiilor sociale în domeniul îngrijirii medico-sociale a persoanelor vârstnice prin implicarea mai multor autorități respectiv: Ministerul Muncii, Solidarității Sociale și Familiei, Ministerul Sănătății Publice și Ministerul Educației și Cercetării;

Servicii și infrastructură:

Extinderea unităților medico-sociale la nivelul întregii țări;

Reabilitarea unităților care nu au beneficiat de lucrări de reparații sau care funcționează în clădiri vechi;

Reamenajarea spațiului de locuit pentru persoanele asistate și asigurarea de mobilier și cazarmament individualizat pentru creșterea confortului fizic și psihic al persoanei asistate în mediul instituțional;

Dotarea camerelor de locuit cu televizoare și alte aparaturi destinate persoanelor nedeplasabile în vederea organizării de activități adaptate nevoilor acestei categorii de asistați

Înființarea de cluburi pentru persoanele asistate în cadrul unităților medico-sociale;

Organizarea de spații special amenajate pentru primirea de vizite din parte rudelor și prietenilor persoanelor asistate;

Stabilirea unui grafic și monitorizarea procesului de reamenajare și punere în funcțiune a locațiilor destinate unităților medico-sociale în toate județele și municipiul București;

Reconsiderarea criteriilor de selecție și eligibilitate a proiectelor de finanțare a unităților medico-sociale prin implicarea specialiștilor Ministerului Finanțelor Publice, ai Ministerului Muncii Solidarității Sociale și Familiei și ai Ministerului Sănătății Publice;

Acordarea de noi spații de către autoritățile publice locale prin redirecționarea scopului unor clădiri nefuncționale sau dezafectate (exemplu: preluarea unor clădiri aflate în proprietatea armatei – foste cazărmi) în vederea extinderii rețelei de unități medico-sociale;

Îmbunătățirea și extinderea tipurilor de servicii ce le sunt asigurate vârstnicilor asistați în unitățile medico-sociale, respectiv programe de terapie ocupațională, recuperare, activități cultural - artistice etc;

Dotarea unităților medico-sociale cu echipamente și aparatură medicală de bază care să acopere o cazuistică mai largă în coafomitate cu principalele afecțiuni cu care sunt diagnosticate persoanele vârstnice asistate;

Îmbunătățirea colaborării cu casele de sănătate și celelalte institutii medicale (spitale, centre de diagnostic etc);

Monitorizarea centralizată a numărului de cazuri sociale (persoane vârstnice), pentru o evaluare a cererii și ofertei de servicii, utilă în elaborarea unei strategii naționale de dezvoltare a rețelei de servicii sociale în funcție de nevoile identificate;

Dezvoltarea unui sistem complex de servicii socio-medicale pentru vârstnici;

Reglementarea unei autorități care să fie monitorizeze sistemul de îngrijire socio-medicală în regim rezidențial, de zi sau la domiciliu la nivel național;

Implementarea unui sistem de îngrijiri de lungă durată ca o componentă importantă pentru dezvoltarea pilonului III al strategiei în domeniul persoanelor vârstnice, care se poate realiza prin redirecționarea scopului unităților medico-sociale care găzduiesc cu preponderență persoane vârstnice.

Implicarea comunității în acțiunile sociale:

Intensificarea propagandei de sensibilizare a opiniei publice vis-a-vis de problematica vârstei a treia;

Atragerea comunității pentru sprijinirea integrării sociale a rezidenților, inclusiv persoane vârstnice, din aceste instituții prin organizarea în comun a activităților culturale și de socializare;

Diversificarea formelor de informare a comunității cu privire la nevoile specifice persoanelor cu probleme de natură socio-medicală, inclusiv persoane vârstnice;

Implicarea mai intensă a factorilor sociali pe plan local pentru apărarea drepturilor persoanelor vârstnice;

Promovarea voluntariatului și a culturii filantropice în acțiunile de sprijin adresate persoanelor vârstnice aflate în dificultate.

În plan legislativ:

Elaborarea unor ordine comune ale Ministerului Sănătății Publice și Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei care să reglementeze acordarea asistenței medicale și socio-medicale în unitățile medico-sociale, cu precizarea responsabilităților și a modului de cooperare între cele două domenii.

Elaborarea și implementarea unei metodologii de lucru pentru derularea programelor de servicii sociale în regim de urgență - intervenție în caz de criză - la nivelul unităților medico-sociale;

Elaborarea de standarde minimale de calitate a serviciilor medico-sociale asigurate în cadrul unităților medico-sociale și urmărirea permanentă a respectării lor de către Inspekția Socială;

Elaborarea de normative de personal și cazarmament pentru unitățile de asistență medico-sociale;

Corelarea actelor normative în domeniul social cu cele din domeniul medical pentru o coordonare și finanțare comună a acțiunilor desfășurate în acest domeniu.

În vederea materializării în condiții de eficiență maximă a acestor propuneri, considerăm necesar să se înființeze o autoritate națională care să fie abilitată cu coordonarea acțiunilor și cu monitorizarea sistemului de îngrijire socio-medicală în regim rezidențial, de zi și la domiciliu a persoanelor vârstnice.

Mai mult aceste propuneri trebuie să se regăsească în proiectul Legii privind protecția drepturilor persoanelor vârstnice, act normative a cărui inițiere intră în atribuțiile Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei.