



**CONSILIUL NAȚIONAL AL  
PERSOANELOR VÂRSTNICE**

**Serviciile sociale alternative  
și rolul lor în asigurarea  
rețelei de suport  
pentru persoanele vârstnice**

**2018**

## Cuprins

Capitolul 1	
<b>ETAPELE ȘI ORGANIZAREA PROCESULUI DE ASISTENȚĂ . . . .</b>	<b>3</b>
Capitolul 2	
<b>SERVICIILE FURNIZOARE DE INFORMAȚII . . . . .</b>	<b>11</b>
Capitolul 3	
<b>TEHNICI SPECIALE UTILIZATE ÎN GRUPURILE TERAPEUTICE PENTRU VÂRSTNICI . . . . .</b>	<b>17</b>
Capitolul 4	
<b>VÂRSTNICII ȘI SISTEMUL REZIDENȚIAL . . . . .</b>	<b>23</b>
Capitolul 5	
<b>VÂRSTNICII ȘI SERVICIILE COMUNITARE . . . . .</b>	<b>26</b>
Capitolul 6	
<b>REZULTATUL ANCHETEI DIRECTE EFECTUATĂ LA UNITĂȚILE CARE DESFĂȘOARĂ ACTIVITĂȚI DE SUPORT PENTRU PERSOANELE VÂRSTNICE . . . . .</b>	<b>30</b>
Capitolul 7	
<b>CONCLUZII ȘI PROPUNERI . . . . .</b>	<b>40</b>
<i>Bibliografie . . . . .</i>	<i>46</i>
<i>Anexa nr. 1 . . . . .</i>	<i>48</i>

## CAPITOLUL 1

### ETAPELE ȘI ORGANIZAREA PROCESULUI DE ASISTENȚĂ

Asistența socială ("Social Work") desemnează un ansamblu de instituții, programe, măsuri, activități profesionalizate, servicii de protejare a persoanelor, grupurilor, comunităților cu probleme speciale, aflate temporar în dificultate, care datorită unor motive de natura economică, socio-culturală, biologică sau psihologică nu au posibilitatea de a realiza prin mijloace proprii un mod normal, decent de viață. Ajutorul acordat în cadrul asistenței sociale are în vedere, de obicei, o perioadă limitată de timp până când persoanele în dificultate își găsesc resurse sociale, psihologice, economice, de a putea duce o viață normală, autosuficientă, independentă. Principiul solidarității sociale este cel care guvernează aceste acțiuni, fără ca accesul la ele să depindă de vreo contribuție personală anterioară.

Asistența socială abordează problemele la diferite niveluri:

1. individual - asistența economică, psihologică, morală;
2. interpersonal și de grup - terapii de familie, ale cuplului, ale grupurilor de oameni marginalizate;
3. al comunităților - rezolvarea conflictelor etnice, grupale, mobilizarea energiilor individuale și colective pentru refacerea resurselor necesare integrării lor normale.

Serviciile sociale sunt definite ca programe specializate, activități organizate, tehnici de intervenție socială, metode de identificare a necesităților și tipurilor specifice de disfuncționalități ce apar la nivel societal. Cu ajutorul acestora, cei în dificultate pot obține condiții minime, necesare unei vieți decente autosuficiente și pot să-și dezvolte propriile capacități și competențe pentru o integrare normală în comunitate. H. Goldstein apreciază că obiectivul central al oricărui serviciu social este cunoașterea, învățarea socială, proces care se realizează pe baza unei relații directe între "client" și asistentul social.

Din acest punct de vedere vom detalia anumite aspecte ce țin de etapele unui proces de asistență și modul lui de organizare astfel încât să răspundă nevoilor vizate ale clienților, inclusiv persoane vârstnice.

## **1. Misiune și accesibilitate**

Serviciile de asistență socială sunt furnizate, de regulă, într-un cadru instituțional (organizație), fie că este vorba de instituții publice sau de organizații neguvernamentale sau de sisteme combinate ale acestora.

Modul în care potențialii clienți au acces la servicii le influențează percepția asupra organizației (formarea primei impresii), ca și stabilirea relațiilor cu aceasta.

Accesul începe odată cu investigarea ofertei de servicii și se încheie cu deschiderea unui dosar de caz. În spațiul dintre aceste etape (inițială și finală) se situează interacțiunea dintre client și organizație, organizație și familie, organizație și alți ofertanți de servicii sociale, organizație și comunitate. Elementele care își pun amprenta asupra procesului de deservire a clienților țin deopotrivă de misiunea organizației, de cunoștințele și abilitățile profesionale ale asistentului social și a celorlalți profesioniști de a stabili relația de ajutor, de procesul de evaluare, de (după caz) intervenția în criză, de cunoașterea resurselor și adecvarea lor la nevoi.

Serviciile sociale ajută indivizii și familiile acestora să aducă o schimbare în viața lor, să depășească problemele cu care se confruntă. Natura problemelor clienților și schimbările pe care ei le caută, pot face dificilă sau chiar imposibilă solicitarea ajutorului, deoarece pentru mulți, dar în special pentru clienții vârstnici, a cere ajutor echivalează cu recunoașterea propriei incapacități și abdicarea de la o condiție umană demnă. Pentru alții însă, bariera o constituie lipsa de informare cu privire la misiunea diferitelor organizații. Aceste dificultăți pot fi surmontate prin inițierea, în cadrul comunității, a serviciilor furnizoare de informații. De aceea este important ca organizațiile specializate pentru anumite tipuri de servicii să-și definească cu claritate misiunea și să o facă publică pentru a preîntâmpina situații în care o organizație este solicitată, din inițiativa clienților, pentru o varietate de servicii,

(care nu constituie obiectul de activitate al acesteia) sau dimpotrivă nu este deloc solicitată.

## **2. Preluarea clientului**

Procesul inițierii unei relații de ajutor cu un potențial client într-un sistem de servicii presupune exercitarea la un foarte bun nivel al cunoștințelor și abilităților profesionale. Acest proces înseamnă că un asistent social va pune în legătură clientul cu serviciile furnizate de organizație. Activitățile asociate acestui proces sunt: primirea și evaluarea cererii de servicii, primirea formularelor, stabilirea eligibilității, deschiderea unui dosar cu informații despre client, certificarea și autorizarea clienților pentru obținerea serviciilor. În anumite situații acest proces poate să includă o scurtă evaluare a circumstanțelor în care survine solicitarea sau întocmirea unui referat pentru redirecționarea spre o altă organizație.

Momentul preluării clientului cere din partea asistentului social o disponibilitate specială și empatie, deoarece este vorba de un serviciu activ în care profesionistul trebuie să intre în contact cu fiecare persoană care intră și /sau trebuie să răspundă fiecărui apel telefonic.

## **3. Relația de ajutor**

Ajutorul poate fi definit ca acea relație în cadrul căreia o persoană sau un grup de persoane facilitează, altei persoane sau altui grup de persoane, schimbarea sau rezolvarea uneia sau mai multor probleme.

Într-o cultură ca cea modernă, de tip occidental, care se întemeiază pe respectul drepturilor individuale și pe asumarea personală a responsabilităților, oamenii au tendința de a considera că la originea problemelor lor se află cauze de factură personală, motiv pentru care se și culpabilizează, de cele mai multe ori, fără a lua în considerare și cauzele de ordin familial sau social și în consecință fără a implica familia în procesele de schimbare. Fiind conștienți de dificultățile de ordin psihologic ale recurgerii la ajutor, asistenții sociali trebuie să abordeze cu mult tact construirea relației cu clientul și totodată trebuie să recunoască și să facă explicite limitele profesionale ale implicării în schimbarea dorită.

O serie de aptitudini profesionale au capacitatea de a stimula stabilirea relației: ascultarea activă, centrată pe cel care vorbește, empatia, căldura și autenticitatea, favorizează exprimarea sentimentelor și dezvăluirea problemelor care l-au adus pe client la agenție. Asistentul transmite clientului sentimentul de securitate ascultându-i povestea fără a avea o atitudine critică, prin intervenții ce denotă o preocupare pozitivă și prin exprimarea disponibilității de a se angaja în asistarea sa. Autenticitatea se exprimă prin răspunsuri ce indică sinceritatea și respectul asistentului pentru preocupările clientului. Admiterea este procesul inițial în stabilirea unei relații de ajutor și schimbare. Asistentul social și potențialul client trebuie să facă față unor dificultăți subtile, cel mai adesea neexprimate, astfel încât, finalmente, să fie posibilă identificarea problemei, identificarea, de comun acord, a limitelor, puterilor, capacităților, și resurselor de care dispune agenția și asistentul social. *Astfel de precizări sunt necesare pentru ca vârstnicul să poată decide, în cunoștință de cauză, dacă vrea să participe sau dacă dorește o îndrumare spre alte servicii.*

Comunicarea directă, cuvântul rostit, constituie modalitatea prin care clientul și asistentul încep identificarea problemei și a oportunităților de schimbare, altfel spus, inițiază relația de ajutor. De aceea, interviul în asistența socială dobândește calitatea de metodă fundamentală de lucru, prin care profesionistul obține informații esențiale, lăsându-i în același timp clientului libertatea de exprimare a faptelor, evenimentelor și trăirilor asociate acestora. Pentru asistentul social, principala provocare în realizarea unui interviu este aceea de “a urmări și conduce” în același timp discuția pentru a obține informațiile necesare. De aceea demersurile pentru acceptarea ajutorului vor fi însoțite și de strategii de întărire a stimei de sine și a autonomiei. Pe lângă toate acestea, asistentul este dator ca în timpul interviului inițial, în vederea admiterii clientului în agenție, să identifice și să depășească barierele de comunicare, fie că este vorba de bariere verbale, nonverbale, sau țin de diferențele etnice și culturale. Trebuie spus că o mare parte a comunicării este nonverbală și un bun profesionist nu aude numai vorbele, ci observă și mesajele transmise de limbajul para verbal.

#### **4. Evaluarea inițială**

Scopul principal al procesului de admitere este stabilirea unei legături cât mai adecvate între așteptările posibilului client și cea mai apropiată sursă de ajutor.

În cazul persoanelor vârstnice este nevoie de angajarea asistentului social într-o relație de durată, care să debuteze prin strângerea de informații în vederea realizării unei evaluări complexe. În principiu, informațiile necesare unei bune evaluări se înscriu în următoarele categorii: informații de identificare ale clientului, informații esențiale despre problema în discuție, despre resursele, capacitățile și competențele clientului și ale familiei sale de a face față situației, un scurt istoric al cazului astfel încât să se poată identifica repere pentru acțiunile viitoare.

Sarcina asistentului social este de a obține serii de informații referitoare la resursele individuale și familiale, la ansamblul contextelor care pot contribui la definirea problemei, cât și informații care pot oferi o orientare asupra modului în care clientul își percepe propria problemă și ce schimbări anticipează. Important este ca asistentul social să nu ia în considerare numai ajutorul specific solicitat explicit de client, deoarece acesta exprimă de cele mai multe ori doar limitele actuale sau obișnuite în care clientul își vede rezolvarea problemei și poate să nu fie cea mai bună soluție.

Istoria cazului trebuie să fie cunoscută asistentului social pentru clarificarea problemei prezentate și pentru încadrarea acesteia într-un sistem de asistență. Istoria cazului presupune referiri la termeni temporali, descrierea antecedentelor și implicațiilor problemei care l-au determinat pe client să apeleze la agenție, precum și referiri la eforturile anterioare de a face față situației.

#### **5. Finalizarea evaluării**

După obținerea datelor de identificare și înțelegerea percepției clientului asupra schimbărilor dorite, în cele mai multe dintre cazuri, asistentul social întocmește o recomandare, în funcție de criteriile de eligibilitate ale organizației, evaluare ce va fi pusă la dispoziția angajaților, pentru a-i ajuta să răspundă adecvat problemei specifice.

Procedurile de evaluare, selecție și intervenție, depind de specificul problemei prezentate și de schimbările dorite de client și familie. În practica asistenței sociale au fost dezvoltate numeroase modele de instrumente de evaluare, unele specifice pentru cazul persoanelor vârstnice. De exemplu, pentru persoanele în vârstă și cu dizabilității, se utilizează fișe de evaluare structurate pe mai multe nivele, în funcție de îngrijirile necesare. Dacă clienții vârstnici nu prezintă riscuri speciale, vor răspunde unei noi serii de întrebări, urmând a se decide care dintre serviciile de îngrijire este mai adecvat.

## **6. Intervenția în criză**

Stările de urgență și criză survin atunci când sănătatea și /sau siguranța clienților individuali sau a familiei se află în situații de risc și se impune o intervenție imediată. Stările de urgență sunt consecința dezastrelor naturale sau a accidentelor, atunci când sănătatea sau viața însăși sunt puse în pericol. În astfel de situații, intervenția constă în asigurarea asistenței materiale necesare, fie ea financiară, medicală sau de altă natură.

Stările de urgență pot determina uneori instalarea situației de criză, ceea ce înseamnă că o persoană și /sau familia, nu mai pot face față situației, deoarece conștientizează faptul că resursele, îndemânările și mecanismele obișnuite de rezolvare a problemelor nu mai sunt adecvate, simțindu-se de aceea depășiți, inclusiv emoțional. Asistentul social trebuie să intervină, în astfel de situații, prin consiliere de scurtă durată pentru a ajuta procesul de stabilizare.

Deși stările de urgență și criză sunt de multe ori asociate, nu întotdeauna urgențele determină crize, după cum nici situația inversă nu este obligatorie. Este de aceea necesară, din partea profesionistului, o promptă și corectă evaluare a situației pentru a preveni răspunsurile și tratamentele inadecvate.

O mențiune necesară este și aceea că, mai ales în cazul urgențelor, situația trebuie remediată cât mai repede posibil, dar intervenția nu trebuie să se încheie de îndată ce amenințarea la adresa bunăstării clienților a fost redusă, ci va continua pentru rezolvarea problemelor nou apărute, pentru găsirea soluțiilor de durată.

## **7. Evaluarea funcțională**



Elementele esențiale ale evaluării funcționale comprehensive, se structurează pe următoarele dimensiuni: mediul înconjurător, mediul social, mediul economic, dimensiunea fizică, mentală, activități de zi cu zi (AZZ) și activități instrumentale de zi cu zi (AIZZ).

Evaluarea comprehensivă a statutului funcțional al clienților și a contextului familial este indispensabilă în procesul luării deciziilor privind natura serviciilor și a intervențiilor specializate, deoarece examinează interacțiunea dintre abilitățile, motivațiile și contextele clienților. Factorii esențiali ai evaluării funcționale sunt: abilitățile clientului aflate în stare de funcționare; percepția clientului vis à vis de situația sa problematică, precum și motivația sa pentru schimbare; contextul clientului: cadrul fizic, rețeaua socială a familiei, prietenilor și comunității, ca factor important pentru înțelegerea și schimbarea propriilor probleme. Diagnosticile medicale sau psihiatrice pot influența statutul funcțional al vârstnicului, dar nu au și valoare predictivă asupra acestuia. De exemplu, clienții cu diabet sau boli de inimă pot, și de cele mai multe ori reușesc, să rămână în comunitate, să îndeplinească funcții sociale, datorită unor abilități specifice pe care le posedă și care nu sunt afectate de maladiile de care suferă. Chiar și vârstnicii cu tulburări mentale severe pot avea conservate abilități care să le permită rămânerea în familie și comunitate. Deși clienții care solicită diverse servicii au probleme de sănătate cronice, fizice sau mentale, nu acestea constituie cauza care îi aduce la serviciile sociale, ci dificultățile de funcționare. Uneori, sprijinul de care au nevoie se referă la mai multă sau mai bună asistență medicală sau psihiatrică, iar asistentul social poate fi în măsură să-i ajute să-l obțină. Dorim să spunem prin aceasta că expertiza asistentului social înseamnă a-i ajuta pe clienți să-și elimine sau să-și reducă problemele în funcționarea zilnică, și nu eliminarea asistenței medicale. Ameliorarea problemelor funcționale se întemeiază pe valorificarea potențialului individual și familial ca și pe intervențiile sociale adecvate. Evaluarea funcțională vizează creșterea bunăstării clientului, indiferent dacă situația lui rezultă din problemele de sănătate fizică sau mentală, fie din factorii sociali, economici sau de mediu. În perspectiva evaluării funcționale, deciziile asupra intervențiilor și monitorizarea serviciilor furnizate trebuie să se axeze pe schimbare și îmbunătățirea statutului funcțional al clientului și nu pe ignorarea diagnosticelor

medicale sau psihiatrice. Evaluarea funcțională este în măsură să reunească, într-un tablou sintetic abilitățile clientului, motivațiile sale, contextul familial și al mediului social, precum și influențele acestora, pentru luarea celor mai potrivite decizii de intervenție educațională, socială, medicală, economică și de mediu. Evaluarea este în același timp și o detaliată analiză a statutului funcțional al clientului, care conduce la concluzii despre afecțiunile ce trebuie remediate și la strategii posibile de intervenție.

## **8. Serviciile**

Pentru a satisface adecvat nevoile clienților vârstnici, evaluatorul trebuie să identifice serviciile pe care ei deja le primesc și să distingă între acelea furnizate formal de unități publice sau private și acelea furnizate informal de familie și prieteni. În ambele cazuri, dar în mod particular în cazul celor informale, asistentul social trebuie să examineze cât de stabilă este asistența acordată. Cunoașterea suportului primit de client și a nevoilor neidentificate până atunci, ajută asistentul social să asiste mai bine clientul prin construirea unui plan bine definit și integrat. Cunoașterea tuturor serviciilor implicate ajută la evitarea dublării serviciilor și permite utilizarea optimă a resurselor.

## **CAPITOLUL 2**

### **SERVICIILE FURNIZOARE DE INFORMAȚII**

**Practicienii care lucrează în domeniul asistării vârstnicilor au ocazia să constate că aceștia nu își cunosc drepturile și, în consecință, nu beneficiază întotdeauna de serviciile care le sunt destinate:** doar o mică parte dintre potențialii beneficiari se bucură cu adevărat de astfel de servicii, motivele principale fiind acelea că, fie nu știu de existența lor, fie au nevoie de ajutor pentru a le deveni accesibile. De aceea, orice ofertă de asistare a vârstnicilor ar trebui precedată de inițierea unor servicii speciale pentru informarea potențialilor beneficiari. Ofertanții de servicii sociale presupun, în general, că potențialii clienți îi vor căuta din proprie inițiativă. În realitate însă, oamenii nu știu de existența diferitelor programe sau servicii și nici cum și unde să apeleze în caz de nevoie. Pe de altă parte, vârstnicii, în spiritul conservării autonomiei și independenței personale, consideră că este nedemn să apeleze la serviciile sociale. Cel mai adesea, atunci când se inițiază servicii sociale pentru vârstnici, organizațiile sunt înclinate să folosească mass-media pentru a le face cunoscute, neluând în considerare faptul că mass-media se dovedește a fi un mijloc ineficient de abordare a bătrânilor în raport cu mediul lor de rezidență sau de nivelul de școlarizare.

Așadar, dacă se urmărește ca un program să fie eficient, se impun demersuri speciale pentru a informa vârstnicii cu privire la existența serviciilor, ca și pentru a le oferi ajutorul de care au nevoie pentru a accede la ele.

Scopul principal al unui serviciu destinat să furnizeze informații este acela de a identifica potențialii beneficiari și de a le face cunoscută existența serviciilor la care pot apela. Totuși, scopurile specifice unui astfel de program pot fi destul de diverse. După caz, serviciul poate fi orientat spre furnizarea informațiilor despre programe speciale, (cum ar fi, de exemplu, programele de educație pentru sănătate), sau spre oferirea de informații cu caracter mai general (rețeaua serviciilor publice și a celor private existente în comunitate).

Unele dintre programele de informare se pot adresa întregii populații vârstnice a comunității, în timp ce altele vizează un subgrup al acesteia (cei aflați la limita de subzistență, diferitele grupuri etnice, cei care trăiesc singuri sau în zone izolate, greu accesibile sau persoanele cu diferite deficiențe și incapacități). Cunoscând faptul că un număr mare de vârstnici, odată cu retragerea din viața activă își pierd sau diminuează legăturile cu rudele, prietenii și vecinii, scopul unui serviciu de informare poate fi și acela de a încerca să-i motiveze pentru reluarea legăturilor sociale, pentru o viață activă.

Atunci când informațiile sunt oferite în cadrul unui program special destinat vârstnicilor, sunt necesare demersuri speciale pentru a căuta și descoperi potențialii beneficiari. Oferirea informațiilor se realizează prin abordarea directă, individuală. Indiferent de scopurile unui program de informare a vârstnicilor, acesta presupune parcurgerea unor etape obligatorii: identificarea și localizarea populației vizate (cine vor fi beneficiarii serviciilor), contactarea și informarea (ce servicii sunt disponibile), asigurarea că persoanele contactate au acces la servicii, menținerea contactului cu persoanele care doresc să primească serviciile propuse.

Totodată, serviciile furnizoare de informații dețin o particularitate ce le conferă unicitate: ele propun un serviciu nesolicitat. O funcție majoră a serviciilor de acest gen, este aceea de a defini populația vizată (de exemplu, vor fi abordate toate persoanele cu vârsta cuprinsă între 60 - 65 de ani, sau numai categoria vârstnicilor care trăiesc singuri). După delimitarea populației vizate se impune un plan sistematic pentru contactarea indivizilor din comunitate. Se poate începe prin încercarea de a obține numele și adresele persoanelor în vârstă de la instituțiile publice sau de la organizațiile neguvernamentale deja existente în comunitate (Direcția de Asistență Socială, rețeaua de cabinete ale medicilor de familie, spitale sau alte instituții medicale, primărie, Crucea Roșie, centrele de zi pentru vârstnici etc.). Informațiile astfel obținute vor avea un caracter limitat: nu toate persoanele vârstnice figurează pe listele diferitelor instituții și, în plus, principiul confidențialității poate împiedica instituția contactată să dezvăluie numele beneficiarilor lor. O sursă importantă de identificare și localizare a persoanelor în vârstă o reprezintă sistemele de comunicare informale, mai ales în orașele mici sau în zonele rurale, unde este

foarte probabil ca oamenii să se cunoască prin intermediul contactelor directe pe care le au: frecventează aceeași biserică, își fac cumpărăturile din același magazin, etc. În zonele urbane există multe persoane care nu aparțin sistemului de servicii sociale, dar care, în virtutea poziției lor în comunitate, sau în virtutea meseriei practicate, au contacte frecvente cu vârstnicii. Astfel de persoane, cum ar fi vânzătorii, poștașii, preoții, medicii de familie, bibliotecarii, diferiți alți furnizori de bunuri sau servicii, pot da informații despre vârstnicii care trăiesc singuri sau izolați și deci ar avea nevoie de servicii sociale. Foarte frecvent, astfel de furnizori reprezintă singurul contact pe care vârstnicii îl au cu lumea exterioară. Rețelele informale constituie adevărate resurse și ele trebuie explorate în eforturile de a identifica și localiza vârstnici. În alte situații, singurul mijloc de a localiza populația vizată rămâne cutreierarea comunității din ușă în ușă. Metoda consumă mult timp, necesită o planificare foarte atentă și nu este productivă dacă se caută la întâmplare în întreaga comunitate. În general, este mai eficace să se cerceteze acele părți ale comunității unde este mai probabil să locuiască vârstnici: centrul sau cartierele mai vechi ale orașului, iar în cazul satelor, casele izolate.

După identificarea și localizarea populației vizate, următorul pas este contactarea potențialilor beneficiari. Scopul acestei etape este de a oferi informații despre serviciul /serviciile existente. Uneori informația este generală – despre toate serviciile din comunitate; alteori se referă la programe. Chiar dacă asistentul social contactează vârstnicii pentru a le oferi informații, ocazia poate fi folosită și pentru obținerea informațiilor sau chiar pentru demararea procesului de ajutor. Realizarea acestei etape presupune: identificarea serviciilor sociale comunitare destinate persoanelor vârstnice (ceea ce înseamnă parcurgerea unui proces de documentare) și finalizarea lui prin obținerea de informații precise despre servicii (cine le oferă, cine le poate primi și pașii pe care trebuie să-i urmeze cineva pentru a le obține).

Obținerea de informații pertinente de la persoanele vârstnice, informații care vor constitui punctul de pornire pentru formularea problemelor, identificarea nevoilor imediate și inițierea acțiunilor de ajutor.

Unele probleme pot fi rezolvate relativ ușor, altele necesită demersuri mai complexe. O strategie bună este aceea de a începe intervenția în cazul

problemelor pentru care există soluții imediate. Pentru problemele care necesită un timp mai îndelungat de rezolvare pot fi stabilite limitele temporale clare.

Prima întâlnire cu persoana vârstnică este decisivă și necesită mobilizarea abilităților speciale de comunicare, deoarece este primul pas în încercarea de a schimba stilul de viață al unei persoane: de la neparticiparea la viața și serviciile sociale la o implicare cu scopul de a fi ajutat. Profesionalismul asistentului social presupune, în astfel de situații, mult tact, pentru că vârstnicii sunt îndeobște reticenți (să primească străini în casă, să le ofere informații, etc.). Reticența sau chiar rezistența sunt justificate: vârstnicii se tem pentru securitatea lor, dar temerile și rezistențele se explică și prin stări depresive și /sau anxioase, pe care mulți vârstnici le traversează. Menționăm, în continuare, câteva aspecte extrem de importante, care trebuie avute în vedere la prima întâlnire cu clientul vârstnic.

Vizita va fi precedată de un anunț, de preferință prin intermediul unei persoane pe care vârstnicul o cunoaște și față de care manifestă încredere. Dacă acest lucru nu este posibil, asistentul social va anunța telefonic vizita proiectată sau va recurge la o scrisoare. În momentul vizitei va deține un document prin care să poată fi identificat ca reprezentant al unui program /serviciu comunitar.

Oferirea informațiilor nu se va face în grabă. Prima vizită va dura mai mult de 30 minute. În plus, vârstnicul va fi încurajat să se simtă confortabil și relaxat pe parcursul întrevederii. Conversația va debuta în jurul unor teme de interes personal pentru vârstnic (un tablou, o fotografie, florile din apartament sau grădină), pentru a-l face să simtă că interesul arătat este, nu unul formal ci, autentic, personalizat. Nu trebuie uitat nici faptul că discuția actuală poate fi prima pe care vârstnicul o are după mai multe săptămâni sau chiar luni de zile. Manifestarea înțelegerii și a toleranței vor stimula în acest caz conversația, chiar dacă ea tinde să fie monopolizată de vârstnic. Este important să fie acordat timpul necesar pentru satisfacerea nevoii de comunicare, dacă aceasta a fost mult timp refulată. Pe de altă parte, comunicarea nu trebuie forțată. Dacă persoana preferă să nu vorbească, cel mai bine este ca vizita să fie replanificată.

Este important ca discuția inițială să se finalizeze prin proiectarea unei acțiuni. O nevoie, identificată la prima întâlnire și rezolvată în cel mai scurt timp posibil, va elimina multe suspiciuni și rezistența. Cineva care ajută acționând, are șanse mari de fi acceptat. Scopul major al unui serviciu de informare a publicului vizat rămâne, evident, acela de a furniza date despre serviciile existente în comunitate. Dar, în timpul procesului de informare a potențialului client se pot obține și informații relevante despre probleme presante ale acestuia. Următorul pas care se impune va fi identificarea unei organizații sau a unui program din comunitate care ar putea fi de ajutor în problema respectivă și descrierea serviciilor furnizate. Informațiile oferite trebuie să fie autentice, de actualitate, pentru a nu dezinforma potențialul client.

Există și posibilitatea ca, deși unele persoane în vârstă ar avea nevoie de serviciile existente, să prefere să nu le utilizeze. Trebuie examinate motivele unei astfel de opțiuni deoarece sursa ar putea fi teama sau neînțelegerea. Dacă după clarificarea temerilor și eliminarea neînțelegerilor persoana continuă să refuze, opțiunea trebuie respectată. Persoanei vârstnice i se vor oferi informații (o carte de vizită sau un număr de telefon) privind locul unde poate găsi serviciul respectiv în cazul în care își va schimba atitudinea.

După ce a fost informată persoana vârstnică cu privire la serviciile disponibile și ea și-a exprimat acordul de a beneficia de acestea, pasul următor este de a ne sigura că serviciile sunt obținute efectiv. Asistentul social poate prezenta cazul reprezentantului unei organizații și poate stabili o întâlnire, facilitând accesul beneficiarului la serviciul solicitat, asigurând transportul și chiar însoțind persoana la agenție.

Uneori, persoanele vârstnice care nu au apelat niciodată la un serviciu social s-ar simți mai confortabil dacă ar fi însoțite de cineva cu care să discute despre eventualele temeri sau dificultăți în legătură cu utilizarea serviciului respectiv, ca și despre posibilitățile de preîntâmpinare a acestora.

Scopul ultim al unui serviciu social de informare este acela de a avea certitudinea că vârstnicul a primit serviciul solicitat și că nimic nu împiedică primirea serviciului respectiv. Acest lucru se poate realiza prin contactarea telefonică a persoanei sau a agenției pentru a avea siguranța că programarea a fost respectată, sau prin vizitarea vârstnicului pentru a vedea cum se simte.

Activitatea serviciilor furnizoare de informații nu se rezumă la procesele de documentare, în cele două sensuri menționate deja: deținerea de informații despre serviciile existente în comunitate și obținerea de informații despre nevoile vârstnicilor. Spunem aceasta deoarece nu dorim ca activitatea acestor servicii să fie confundată cu aceea a centrelor de documentare. “Furnizarea de informații” este completată, în cazul acestor servicii și de medierea legăturii dintre serviciile sociale și potențialul client, precum și de supravegherea (urmărirea) procesului de ajutor.



## **TEHNICI SPECIALE UTILIZATE ÎN GRUPURILE TERAPEUTICE PENTRU VÂRSTNICI**

Prezentăm, în continuare, o serie de tehnici terapeutice pe care profesioniștii care lucrează cu beneficiari de vârstă a treia le pot utiliza pentru a stabili relația de sprijin, pentru reconsiderarea statutului social și pentru conservarea funcțiilor sociale ale individului.

### **1. Remotivarea**

Remotivarea constă în stimularea vârstnicilor să relaționeze unii cu alții, să se gândească la, și să discute despre, situațiile existenței cotidiene. Această tehnică poate fi utilizată în cazul vârstnicilor care locuiesc într-o instituție și părăsesc spațiul acesteia foarte rar sau aproape niciodată, rămânând, de regulă, prizonierii clădirii și ai rutinei zilnice, noutățile cu privire la evenimentele curente devenind inaccesibile sau dificil de asimilat din cauza deficiențelor senzoriale. Remotivarea este, în mod special, potrivită pentru persoanele introvertite, care sunt apte să urmărească și care pot lua parte la o conversație, dar care au nevoie de o socializare structurată, ce poate fi oferită printr-un grup terapeutic de remotivare. În general, pentru un grup de remotivare, numărul ideal de participanți este de șase până la zece persoane, care să se întâlnească săptămânal sau de două ori pe săptămână în ședințe de câte o oră. Liderul grupului de remotivare acționează, într-o oarecare măsură ca un educator (în sens larg), asumându-și responsabilitatea pentru toate materialele necesare desfășurării activităților din program. Liderul asigură structura fiecărei întâlniri a grupului de remotivare prin: crearea unui climat de acceptare (primirea caldă a membrilor și încurajarea participării la grup), centrarea pe o anumită temă ce ține de realitatea cotidiană, prin folosirea unor materiale adecvate (audio sau video, poezii, etc.), întărirea răspunsurilor adecvate ale membrilor și încurajarea lor să vorbească despre realitățile cu care se confruntă

sau față de care manifestă interes, demonstrarea aprecierii față de activitățile curente ale membrilor, stimularea amintirilor, împărtășirea experiențelor și încurajarea schimbului de idei cu privire la activitățile ce pot fi desfășurate legat de tema respectivă, și crearea unui climat de apreciere prin recunoașterea contribuției membrilor și prin invitarea lor de a contribui și pe viitor la planificarea și desfășurarea ședințelor de grup. În cadrul structurii relativ rigide a fiecărei întâlniri, liderii vor trebui să dea dovadă de multă creativitate, prin utilizarea unei varietăți de teme și materiale. Profesioniștii care conduc grupuri de remotivare trebuie să stimuleze interacțiunea dintre membri și să urmărească dezvoltarea unui nivel ridicat al coeziunii de grup. Stimularea interacțiunii dintre membri încurajează dezvoltarea unui sistem de suport informal printre membri, sistem pe care se pot baza și în afara întâlnirilor de grup atunci când se pregătesc să părăsească instituția și după ce sunt externați.

## **2. Orientarea în realitate**

Orientarea în realitate este o tehnică frecvent folosită în terapia vârstnicilor care suferă de confuzie și au, printre altele, dificultăți de orientare în timp și spațiu. Scopul acestei tehnici este de a reduce confuzia și de a ajuta vârstnicul să rămână, pe cât posibil, orientat, prin oferirea de informații esențiale cu privire la mediul lor. Cercetările asupra efectelor terapiei de orientare în realitate au oferit răspunsuri echivoce și deși unele studii au arătat că această tehnică poate să fie eficientă, majoritatea datelor se bazează pe studii prea puțin structurate. Unele cercetări și date clinice, sugerează că orientarea în realitate (ca modalitate terapeutică), funcționează cel mai bine pentru persoanele cu confuzii moderate din centrele de zi pentru vârstnici, sau pentru cele instituționalizate.

Aspectul negativ, al acestei tehnici, este acela că, dacă este urmată strict, crește nivelul agitației la vârstnicii cu demențe severe. Programele de orientare în realitate sunt utile și pentru vârstnicii cu demențe, mai puțin grave, din instituțiile rezidențiale.

Pentru implementarea unui grup de orientare în realitate, trebuie să se țină cont în primul rând de compoziția grupului: să ne asigurăm că toți membrii

au nivele similare de disfuncționalitate. Aceasta va preîntâmpina instalarea plictiselii la persoanele care funcționează la un nivel mai bun și supralicitarea celor care funcționează mai lent. De asemenea, numărul membrilor trebuie să fie

limitat, cinci sau șase persoane și este aproape obligatorie și prezența unui co-lider: vârstnicii confuzi au nevoie de un surplus de atenție. Liderii acestor grupuri nu trebuie să neglijeze relațiile dintre ei înșiși și membrii grupului: interesul față de vârstnic trebuie să fie unul autentic. Vârstnicii confuzi nu trebuie tratați ca niște copii sau ca persoane incapabile să interacționeze cu ceilalți. Liderii trebuie să manifeste atitudini pozitive, să laude realizările membrilor grupului atunci când reușesc să-și amintească anumite informații și prin centrarea mai degrabă pe abilitățile și nu pe dizabilitățile lor. Nu se recomandă începerea lucrului cu astfel de persoane pornind de la presupuziția că nu vor înțelege ceea ce li se spune. Chiar și cel mai dezorientat membru al grupului trebuie tratat cu respect și demnitate.

Efectele demenței fac dificilă menținerea implicării membrilor în procesul și în conținutul grupului, de aceea este utilă prezența unui co-lider care să stea printre membrii grupului, ajutându-i să se reorienteze atunci când au dificultăți.

### **3. Terapia de validare** (descrisă de Feil)

Experiența clinică a demonstrat că vârstnicii cu ușoare probleme de dezorientare răspund foarte bine procedurilor de orientare în realitate și remotivării, în schimb cei cu dezorientare moderată și severă, nu. După încercarea unei largi varietăți de metode și proceduri de a lucra cu această categorie de vârstnici, cercetători și practicieni deopotrivă recomandă: să fie evaluat corect gradul de severitate al dezorientării, pentru fiecare membru în parte, pentru a putea alege terapia adecvată; să fie explorat trecutul clientului și stabilită o relație de încredere cu el. Selectând 5-10 vârstnici care sunt foarte confuzi și alegând un rol pentru fiecare membru din grup, toate activitățile vor fi conduse într-un cerc mic fără o masă în mijloc. Structura întâlnirilor să urmeze o agendă similară în fiecare săptămână și să se dezvolte o cultură a grupului caldă, suportivă, securizantă pentru a facilita interacțiunile dintre membri prin punerea în legătură a celor spuse de ei. O altă recomandare este de a facilita

comunicarea nonverbală folosind atingerea, contactul vizual, muzica și prin implicarea familiei prin contacte regulate și prin intermediul unor ocazii speciale cum ar fi zilele de naștere sau vacanțele. Un principiu fundamental în terapia vârstnicilor cu demențe este acela că, indiferent cât de irațional sau bizar ar părea comportamentul lor, acesta are întotdeauna un motiv. Agenda pentru un grup tipic de validare include scurte perioade de activitate cum ar fi: o primire călduroasă, muzică, discuții despre sentimente și gânduri, stimulate prin întrebări simple; o activitate sau un exercițiu care necesită mișcare; consumul de răcoritoare și /sau prăjituri la terminarea întâlnirii. Participanții primesc roluri simple cum ar fi acela de a întâmpina sau conduce pe cineva, de a servi prăjituri, etc.

#### **4. Rezolvarea problemelor**

Tehnica rezolvării problemelor este o procedură structurată, concepută pentru a ajuta membrii grupurilor să-și rezolve situațiile problematice ale vieții și să facă față mai bine situațiilor stresante. Pentru rezolvarea problemelor este recomandată o procedură în 10 pași: 1) realizarea unei stări de calm a minții, 2) definirea problemei cât mai concret posibil, 3) evaluarea, 4) propunerea mai multor planuri de acțiune, 5) notarea aspectelor pozitive și negative corespunzătoare fiecărui plan, 6) identificarea planului care are cea mai mare șansă de reușită, 7) identificarea obstacolelor care ar putea apărea în realizarea planului, 8) implementarea planului, 9) evaluarea rezultatelor și 10) reevaluarea periodică și ajustarea planului acțiunii dacă este necesar. Tehnicile de rezolvare a problemelor pot fi folosite eficient cu vârstnicii în multe tipuri de grupuri terapeutice.

#### **5. Tehnici de relaxare**

Procedurile de relaxare cum ar fi respirația adâncă, relaxarea musculară progresivă și reprezentarea cognitivă, pot fi utilizate în mod eficient în grupurile de vârstnici. Întâlnirile de grup oferă membrilor ocazia de a exersa proceduri de relaxare înainte de a le putea folosi în afara grupului. Liderul de grup trebuie să știe ce tehnici de relaxare trebuie să folosească pentru fiecare membru în parte și care ar putea fi obstacolele și /sau riscurile în utilizarea unei anumite tehnici

în afara grupului. Experiența clinică arată că vârstnicii preferă ca metodă de relaxare respirația profundă, poate și datorită faptului că este o procedură ușor de aplicat. Pentru a realiza corect această tehnică, membrii trebuie instruiți să: închidă ochii, să se așeze în cea mai confortabilă poziție, să inspire și să expire adânc și încet de trei ori și să se concentreze asupra respirației și nu asupra gândurilor. Alți vârstnici găsesc ca fiind foarte utilă tehnica relaxării musculare progresive. Această tehnică presupune contractarea și relaxarea unor grupe de mușchi concomitent cu conștientizarea stărilor de tensiune și relaxare pe care aceasta le produce. În afară de faptul că această tehnică reduce stresul și anxietatea, unii vârstnici o folosesc înainte de culcare, în situații de insomnie. Reprezentarea cognitivă poate adânci sentimentele de calm și relaxare pe care membrii le experimentează după relaxarea musculară progresivă și de aceea, poate fi utilizată cu succes.

## **6. Terapia cognitivă (descrisă de Yost Toseland)**

Tehnicile terapiei cognitive de grup pentru vârstnici propun un model de tratament cu patru faze: pregătirea, colaborarea și identificarea, schimbarea cognitivă, consolidarea și terminarea. În faza de pregătire are loc evaluarea, pentru a fi siguri că persoana este potrivită pentru grup. În faza de colaborare și identificare, este important să stabilim un parteneriat cu fiecare membru al grupului, o atmosferă de acceptare a grupului ca întreg. Membrilor le pot fi prezentate principiile de bază ale terapiei cognitive. Pentru a realiza acest lucru, liderul va juca rolul de educator, învățând membrii să identifice și să descrie: situația, gândurile raționale și iraționale referitor la situație și sentimente, stări și comportamente asociate acestor gânduri. În faza schimbării cognitive, membrii primesc teme simple pentru intervalul dintre întâlnirile de grup. La început, acestea au ca scop identificarea evenimentelor problematice, a gândurilor și sentimentelor asociate lor. Apoi, liderul ajută fiecare membru să planifice o serie de sarcini cu grade de dificultate diferențiate și adaptate capacităților lor. Membrii realizează aceste sarcini între întâlniri și prezintă experiențele în grup. În faza consolidării și în cea finală, membrilor li se cere să realizeze sarcini complexe, să lucreze la eliminarea oricărei distorsiuni cognitive care ar putea

împiedica funcționarea lor, să anticipeze obstacolele care ar putea apărea în viitor și să-și consolideze rețeaua de suport în afara grupului.

## **7. Jocul de rol, psihodrama și sociodrama**

Procedurile de punere în scenă a evenimentelor vieții pot fi utilizate eficient cu vârstnicii în grupurile terapeutice. Jocul de rol oferă vârstnicilor ocazia de a exersa deprinderi interpersonale și de a primi feed-back de la colegii lor. De asemenea, oferă posibilitatea de a explora modalități alternative de răspuns, de a descoperi o abordare mai eficientă și de a o pune în practică în cadrul mediului suportiv din grup, înainte de a o încerca în situații exterioare grupului. Sociodrama și psihodrama folosesc jocul de rol ca mijloc de dramatizare a problemelor. Cerând membrilor să joace o situație sugerată de lider sau de membrii grupului, sociodrama oferă vârstnicilor posibilitatea de a explora teme de interes comun, fără a se concentra pe experiențele de viață ale unui anumit membru. Prin contrast, psihodrama permite membrilor să pună în scenă evenimente care li s-au întâmplat și de aceea nivelul implicării afective a membrilor grupului este cu mult mai ridicat decât cel atins prin descrierea orală a unui eveniment. Atât sociodrama, cât și psihodrama, constituie modalități ce permit membrilor să exploreze în profunzime propriile sentimente față de anumite evenimente.

Vârstnicii pot să manifeste rezistență față de angajarea în jocul dramatic, unele impedimente legate de jocul de rol ținând de mobilitatea limitată, de nivelul scăzut al energiei și de lipsa motivației. Pentru a contracara această rezistență, este util să întrebăm dacă vreunul dintre membrii grupului a mai avut vreodată o experiență asemănătoare, pentru că, în general, cei care au mai jucat vreodată un rol sunt mândri să împărtășească această experiență. De regulă, ei se oferă voluntar pentru jocurile de rol, servind astfel ca model celorlalți membri.

## **VÂRSTNICII ȘI SISTEMUL REZIDENȚIAL**

Populația în instituțiile de ocrotire este relativ omogenă pe grupe de vârstă. În lucrarea “Diagnoza calității vieții vârstnicilor din România” de Hildegard Puwak se menționează că în căminele pentru vârstnici, predomină persoanele de sex feminin (70%); de asemenea, din distribuția pe vârste, rezultă că 80% dintre persoanele instituționalizate depășesc 70 de ani și aproape 60% se situează peste 75 de ani. Nivelul de instrucție al vârstnicilor din aceste instituții este de peste 50% sub nivelul mediu, între aceasta și statutul social al pensionarului existând o relație directă.

Deși după 1990 s-au produs schimbări importante privind instituțiile pentru vârstnici (calitatea și diversificarea serviciilor sociale și medicale, creșterea calității locuirii), totuși bătrânii din multe instituții au relatat faptul că sunt deprimați, nefericiți, inadaptați. Studiile au demonstrat că vârstnicii instituționalizați au mai puțină vitalitate, mai puțină activitate și mor mai repede decât persoanele de aceeași vârstă care continuă să locuiască în mediul familial.

Procedeul de accesare în aceste instituții se face prin adresarea vârstnicului sau aparținătorilor către serviciul de asistență socială, ceea ce demonstrează o redusă implicare a serviciului de asistență socială în acțiunea de cunoaștere a stării și condițiilor persoanelor vârstnice care se află în risc major. În realitate, vârstnicii cu nevoi speciale sunt mult mai mulți, dar lipsa rețelei de ocrotire privind persoana vârstnică, precum și marginalizarea problemelor vârstnicilor, au dus la slaba monitorizare și la lipsa soluțiilor multor probleme ale acestor categorii de persoane. În general, procedeul de administrare aduce daune individului, care este adesea privit ca un “obiect”, este privat de anumite aspecte ce țin de intimitate, spațiu privat, de multe ori este o victimă a agresiunii verbale și uneori și fizice a personalului. O atitudine ce accentuează scăderea stimei de sine este “stigmatizarea” (personalul sau

ceilalți rezidenți pot denigra un anumit pacient, iar dependența sa devine o povară).

În opoziție, poate apărea tendința de a “spitaliza” exagerat spațiile, toaletele, regimuri stricte față de riscul de contaminare a alimentelor și lenjeriei. Un aspect deloc de neglijat este violarea intimității din cauza faptului că dormitoarele au 7-10 locuri, iar dulapurile sunt comune etc.

Aceste neajunsuri, ce nu se pot generaliza pentru toate instituțiile, își au originea în încercarea acestora de a satisface nevoile de baza ale vârstnicului în limita bugetului, a spațiilor neadecvate unor astfel de așezăminte, încât deși au fost legiferate standarde în acest sens, ele nu pot fi aplicate. Exista încă structuri rigide și persoane în poziții de decizie care nu doresc schimbarea; personalul este foarte puțin și adesea necalificat; sunt foarte puține cursuri care au ridicat nivelul de pregătire a personalului; personalul nu este selectat.

Considerăm important ca în spiritul respectării deontologiei medicale, să crească nivelul de comunicare dintre medic și pacient, dar și rezolvarea retribuirii adecvate pentru condițiile de lucru și responsabilitatea pe care și-o asumă.

Într-un studiu dedicat acestor instituții (Shuthlesworth, 1982), a reieșit că în marea majoritate, atitudinea administratorilor instituțiilor de ocrotire și a rudelor vârstnicilor instituționalizați coincide, în ceea ce privește responsabilitatea pentru calitatea serviciilor oferite. În primul rând au căzut de acord că majoritatea sarcinilor revin instituției, referindu-se la serviciile de îngrijire, incluzând: chestiuni tehnice, asistența medicală, securitate, îngrijirea camerei și alimentația. În al doilea rând au existat diferențe de opinie atunci când familiile au fost doritoare să-și asume anumite responsabilități. În majoritatea lor, aceste contraste au fost legate de chestiuni mai puțin tehnice, cum ar fi: mobilarea camerei, activități de timp liber și pregătirea unor mâncăruri speciale.

Acest studiu sugerează că implicarea familiei în îngrijirea vârstnicilor nu ține de dorința familiilor de a-și asuma responsabilități legale de îngrijire, ci ține de recunoașterea insuficientă a importanței implicării familiilor de către administratorii de instituție, că rezultatul administrării poate eșua în relația cu familia, respectiv în procesul de comunicare cu aceasta. De aceea, managerii



acestor instituții ar trebui să faciliteze implicarea activă a familiei în ocrotirea vârstnicului.

O persoană vârstnică ce se pregătește să intre într-o instituție trebuie să parcurgă mai multe etape:

- să ia o decizie;
- să dea o declarație;
- să aștepte răspunsul;
- să aștepte momentul internării.

Aceste situații sunt suficient de stresante. Efectele acestui stres la persoana vârstnică, înaintea admiterii în instituție, sunt asemănătoare cu efectele directe ale instituționalizării.

Autori precum Tohin și Lieberman au evidențiat diferențe foarte mari între vârstnicii care urmează să fie admiși într-o instituție și vârstnicii care trăiesc în comunitate, în privința funcționării cognitive, răspunsurilor afective, stări emoționale, imaginea de sine. Rezultatele au arătat o lejeră dezorganizare la nivel cognitiv, limitarea răspunsurilor afective, scăderea sentimentului de "stimă de sine" și depresie. Aceste rezultate arată că există un proces psihosocial anticipatoriu în care forțele sunt puse în mișcare așa încât individul ajunge să aproximeze instituționalizarea în minte, înainte de a intra definitiv într-un mediu instituționalizat.

Relația între schimbarea mediului, mortalitate și morbiditate a fost investigată în cadrul unor studii efectuate în spitalele de neuropsihiatrie și căminele pentru bătrâni. Mutarea unui vârstnic dintr-un loc familiar într-o instituție, chiar în apropierea casei lui, a fost cauza unei dezorganizări la nivel psihologic și cauza unei stres covârșitor.

De aceea este de preferat îngrijirea la domiciliu a vârstnicului ca o metodă cu avantaje pe toate planurile (pentru beneficiar dar și pentru sistemul de îngrijire).

### VÂRSTNICII ȘI SERVICIILE ÎN COMUNITATE

Servicii în comunitate pentru vârstnici reprezintă un sistem dorit ideal, care cuprinde o gamă largă de componente: servicii multidisciplinare, clinice, de reabilitare, preventive și suportive. Pe de altă parte, managementul implică căutarea “agresivă” de noi cazuri, precum și coordonarea îngrijirii fizice, mentale și a serviciilor sociale.

În prezent sunt relevate pentru managementul vârstnicului următoarele puncte de interes:

1. creșterea importanței îngrijirii instituționale (asistate);
2. accentuarea rolului asistenței medicale primare;
3. aprecierea comprehensivă, globală a problemelor vârstnicului;
4. definirea unor rezultate spre care trebuie să tindă această îngrijire;
5. clarificarea rolului familiei și al instituționalizării.

#### 1. Îngrijirea asistată

În statele dezvoltate, prin conceptul de îngrijire asistată se înțelege “dispensarizarea” vârstnicului într-un sistem medical de stat sau privat. Aceasta trebuie să fie periodică și capabilă să suporte orice modificare nou apărută. Îngrijirea asistată include și organizațiile non-guvernamentale abilitate în promovarea sănătății. Acestea utilizează mai multe pârgii pentru a reduce costurile pe care le presupune un sistem de îngrijire pentru bătrâni: monitorizarea medicală, stabilirea unor conduite de viață, asistența socială pentru cazurile ce nu reprezintă o urgență. Ele pot conține: centre de consiliere, centre de dezintoxicare, servicii de intervenție în criză. Aceste organizații trebuie să-și asume întreaga responsabilitate pentru serviciile lor. Se creează astfel un sistem paralel de sănătate pentru vârstnici, care se intersectează cu asistența specializată doar în condiții de urgență.

## **2. Asistența primară**

Este o subspecialitate concepută în majoritatea țărilor vestice pentru mai mult de jumătate din numărul total din medicii rezidenți. Medicul de familie are responsabilitatea diagnosticului, tratamentului și managementul pe termen lung al bătrânului cu boli fizice și mentale și numai în condiții de complicații sau răspuns terapeutic inefficient, pacientul va fi îndrumat către specialist. Comparativ cu adulții, vârstnicii sunt îngrijiți mai degrabă de către medicul de familie. Rezultatele studiilor arată ca din numărul total de persoane peste 65 de ani, o treime este tratată de medicul de familie și o treime de medicul specialist, iar ultima treime nu primește asistența medicală. În acest context, medicul de familie trebuie să respecte indicațiile medicului specialist.

## **3. Calitatea serviciilor**

Evaluarea unei instituții, a calității serviciilor oferite, este un proces complex. Acolo unde există condiții necorespunzătoare și personal necalificat, unde vârstnicii sunt nemulțumiți și nu supraviețuiesc o perioadă lungă de timp, este o instituție necorespunzătoare.

Calitatea ar putea fi măsurată în termeni de satisfacție a beneficiarilor sau în funcție de personalul profesionist. Pentru a crește gradul de satisfacție nu este suficient ca resursele, și așa limitate, să fie cheltuite pe îmbunătățirea designului, grădina din fața clădirii, servicii de securitate, pe alimente sau în programe de implicare a voluntarilor.

Următoarele caracteristici ale calității unei instituții au fost relevate ca fiind importante:

- numărul persoanelor care locuiesc;
- numărul persoanelor care folosesc același grup sanitar;
- numărul de îngrijitori /persoană și timp cât se ocupă de fiecare în parte.

Este important să ținem seama și de modelul comportamental al persoanelor în relația cu vârstnicii și de mărimea instituției deoarece cu cât o instituție este mai mare, comunicarea este mai dificilă.

## **4. Serviciile de lungă durată**

Acestea se adresează vârstnicilor care și-au pierdut autonomia și a căror stare de sănătate necesită o supraveghere medicală permanentă și

tratamente de întreținere. Găzduirea revine în sarcina celui interesat, a descendenților direcți și /sau a ajutorului instituțional.

## 5. Evaluarea globală a persoanelor vârstnice

Evaluarea trebuie să fie globală. Pentru o problemă medicală identică, diversitatea situațiilor sociale sau de mediu explică faptul că într-un caz se preconizează menținerea la domiciliu și în altul se consiliază pentru instituționalizare. Un bătrân atins de gonartroza invalidantă ar putea în mod sigur să fie menținut la domiciliu dacă locuiește într-un imobil dotat cu ascensor sau locuiește la parter, mai ales, dacă beneficiază de ajutor la domiciliu în special pentru a-și face plimbările. Însă dacă același vârstnic locuiește la etajul IV fără ascensor și dacă în comunitate este imposibil să funcționeze ajutorul la domiciliu, situația este total diferită.

O persoană vârstnică atinsă de un proces demențial evoluat poate rămâne mult timp la domiciliu dacă aparținătorii reușesc să se rotească în permanență, fără ca aceasta să fie pentru fiecare o sarcină prea grea. Dimpotrivă, aceeași persoană singură și izolată va trebui rapid instituționalizată.

Anumite indicii defavorabile trebuie să alerteze medicul generalist/de familie și să-l determine să efectueze sau să dispună o evaluare a persoanei vârstnice în ceea ce privește gradul său de dependență. Este vorba de indicii la nivelul:

- *aspectului personal* – neglijent /neglijentă vestimentar și pierderea interesului pentru aspectul său: miros de urină; hematoame și /sau arsuri; scăderea în greutate;
- *comportamentului* - dificultăți de aprovizionare; stocarea nejustificată de anumite produse; uitări importante și frecvente cu elemente de pericolozitate; izolare și pierdere a interesului, agresivitate.
- *locuinței* - locuința neîntreținută; întreruperea plății facturilor.

Există grile cu o folosire (aplicare) ușoară, care permit o evaluare a nivelului general de autonomie a persoanei vârstnice. De exemplu, în alte țări se folosesc scala IADL (Instrumental Activities of Daily Living) a lui Lawton, care evaluează activitățile instrumentale ale vieții cotidiene a subiecților cu o autonomie puțin alterată sau grila AGGIR. În România a fost aprobată prin H.G. nr. 886/2002 grila națională de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice.

Evaluarea globală este un ajutor prețios în luarea deciziilor, dar în vederea unui plasament sunt necesare date mult mai complexe decât simpla evaluare. Trebuie să ne ferim să reducem vârstnicul la o sumă de deficiențe. Asistentul social și medicul au un rol de anticipare, pregătind bolnavul și anturajul său în vederea plasamentului și luând contact cu structura cea mai bine adaptată pentru a primi persoana vârstnică devenită dependentă. Întotdeauna trebuie insistat asupra beneficiului menținerii la domiciliu, de fiecare dată când aceasta este posibilă, pentru evitarea rupturii sociale, familiale și identitare.

## CAPITOLUL 6

### **REZULTATUL ANCHETEI DIRECTE EFECTUATĂ LA UNITĂȚI CARE DESFĂȘOARĂ ACTIVITĂȚI DE SUPORT PENTRU PERSOANELE VÂRSTNICE**

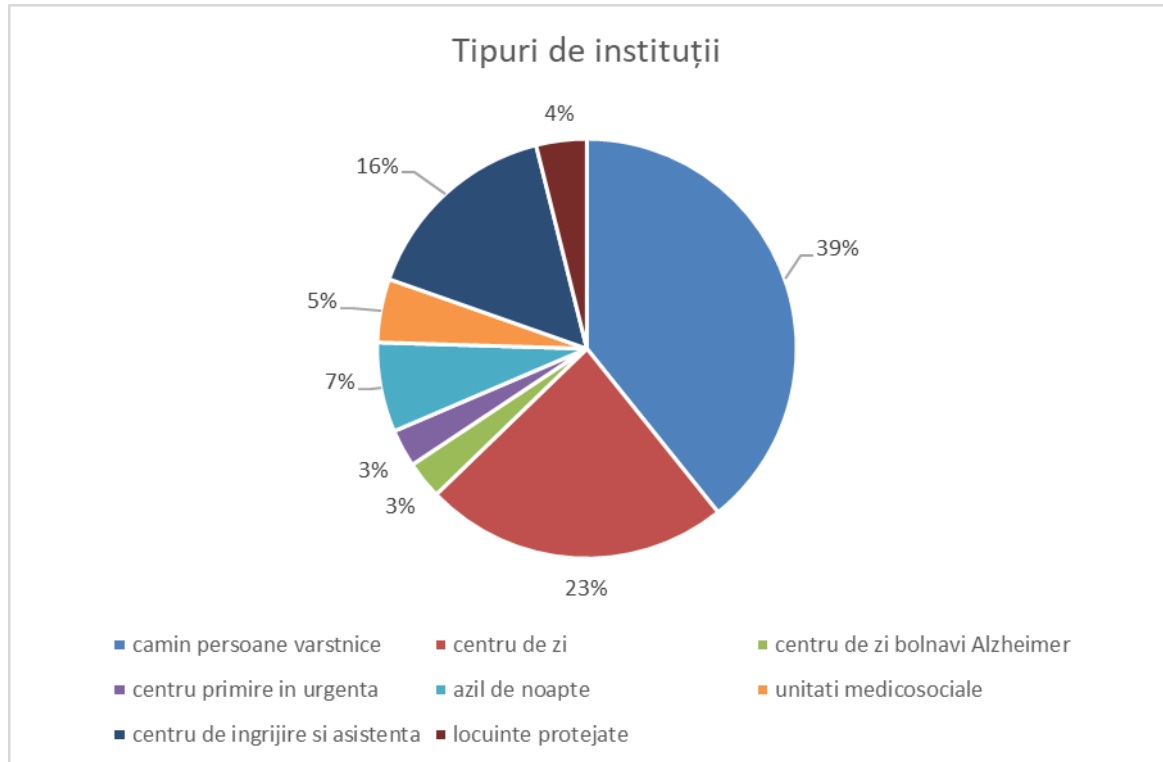
#### **1. Aspecte de ordin metodologic**

Tehnica de cercetare folosită în realizarea studiului a fost ancheta directă, față în față, realizată prin chestionarea, de către reprezentanții consiliilor județene ale persoanelor vârstnice, a personalului din conducerea unor instituții de asistență socială publice (direcțiile de asistență socială la nivel județean sau de localități și alte instituții cu personalitate juridică în domeniu) și private (organizații neguvernamentale) care desfășoară activități de asistență socială în sistem rezidențial sau în cadrul centrelor de zi ale persoanelor vârstnice.

*Ca instrument pentru obținerea informațiilor* a fost utilizat un tabel (Anexa nr. 1) prin care se solicită completarea datelor referitoare la tipul instituției, sectorul în care își desfășoară activitatea (public, neguvernamental), structura personalului care asigură îngrijirea, capacitate unității, numărul de beneficiari, numărul de cereri în așteptare, principalele greutăți cu care se confruntă furnizorii și propunerile acestora pentru îmbunătățirea activității de îngrijire a persoanelor vârstnice.

#### **2. Analiza și interpretarea rezultatelor**

Au răspuns solicitării noastre un număr de 25 de județe, fiindu-ne raportate un număr de 103 de unități de asistență socială din care: 40 cămine pentru persoane vârstnice, 24 centre de zi, 3 centre de zi pentru bolnavii de afecțiunea Alzheimer, 3 centre de primire în urgență, 7 aziluri de noapte, 5 unități medico-sociale, 16 centre de îngrijire și asistență, 4 locuințe protejate, prezentată procentual în graficul următor.

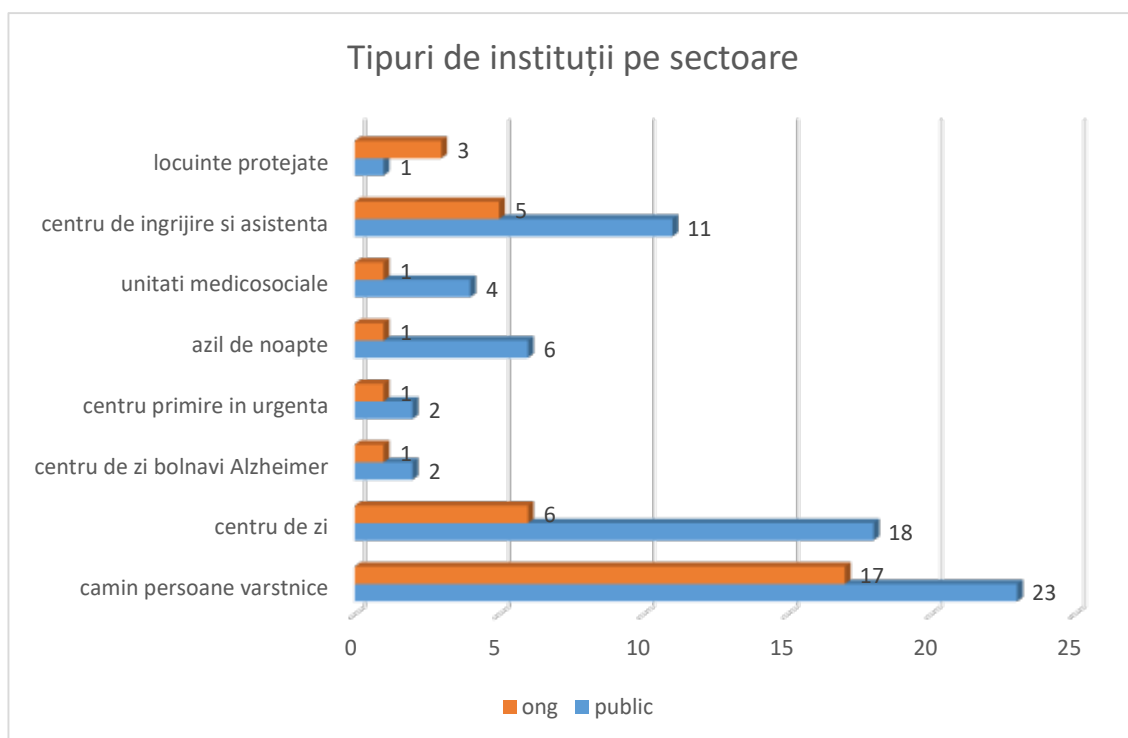


Dintre acestea, 68 unități (66%) aparțin sectorului public și 35(34%) celui neguvernamental.



Comparând proporția dintre tipurile de unități și modul lor de organizare, respectiv în cadrul sectorului public sau ca inițiativă neguvernamentală, reiese

că unitățile de tip rezidențial (cămine pentru persoane vârstnice, centre de îngrijire și asistență, aziluri de noapte) care presupun costuri considerabile sunt preponderent organizate de către sectorul public, dar inițiativa privată este și ea prezentă pentru a compensa și a susține lacunele în oferirea de servicii persoanelor vârstnice.

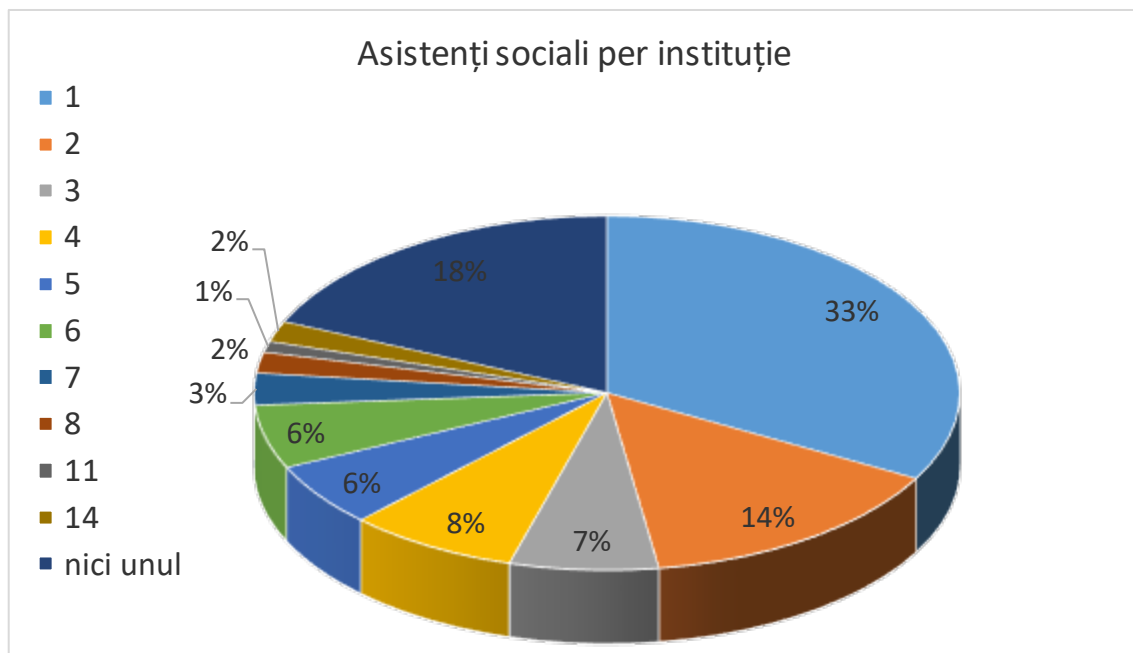


Pentru ca persoanele vârstnice să intre într-un program de asistență, este necesar ca instituțiile specializate să dețină pe lângă dotarea logistică necesară funcționării și o echipă de specialiști care să organizeze activități în beneficiul persoanelor vârstnice în condiții de profesionalism.

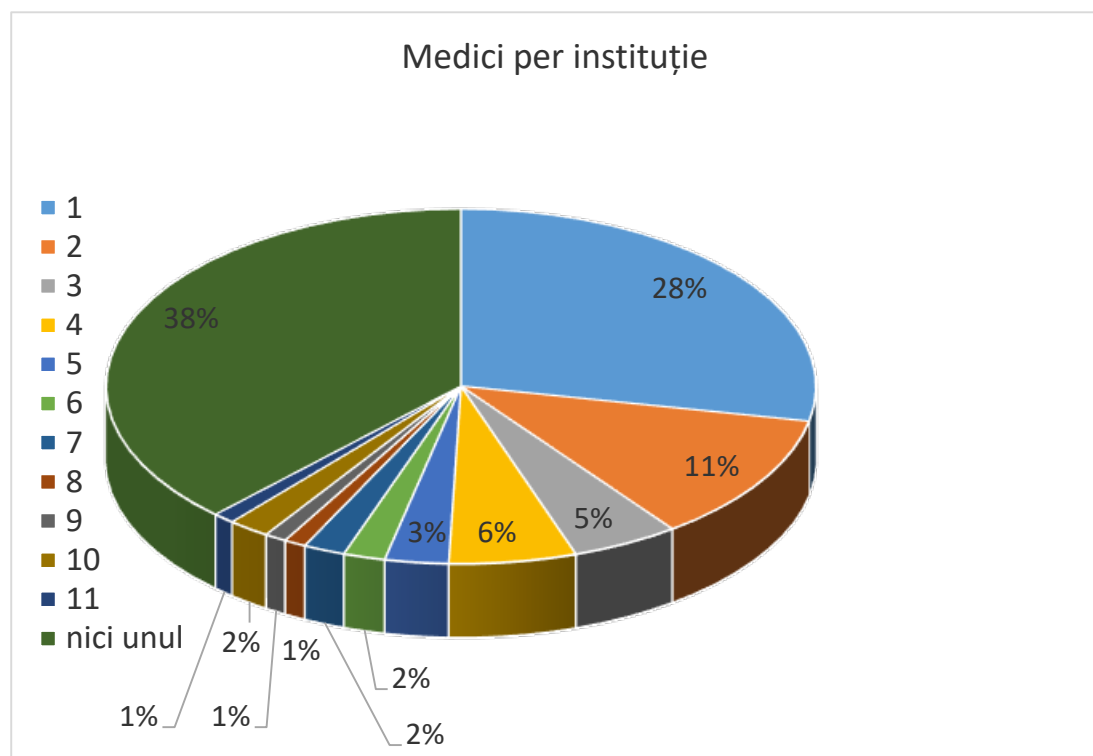
Nucleul de bază îl constituie asistentul social, medicul, psihologul, kinetoterapeutul și /sau ergoterapeutul.

În ceea ce privește asistența socială, am constatat că 19 dintre unități nu au un asistent social angajat, ceea ce poate fi o piedică în selectarea sau implementarea planului individualizat al beneficiarilor pe criterii obiective, în lipsa anchetei sociale și a dosarului social, de asemenea legătura cu familia, aparținătorii nu pot fi menținute, acestea fiind doar o parte din rolul asistentului social în procesul de intervenție.



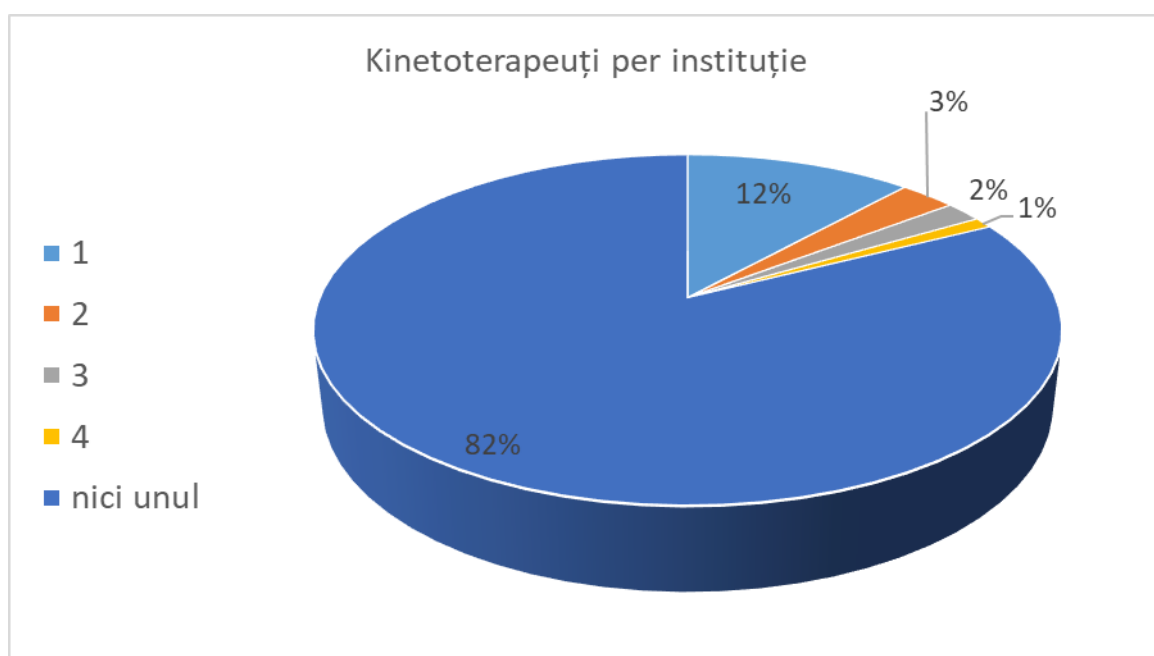


Un alt aspect important pe care l-a vizat această anchetă se referă la modul de asigurare al asistenței medicale, având în vedere că persoanele vârstnice asistate necesită îngrijire de specialitate, componenta medicală fiind determinantă în raport cu problematica specifică vârstei a treia.



Am constatat că 38% dintre unități nu dispun de un cadru medical cu studii superioare. 28 % dintre instituții au un medic, 11 % dintre ele au doi medici angajați, celelalte valori reprezentând cazuri de unități care prin specificul activității își desfășoară programele prin aportul unui număr mai mare de medici specialiști (centre de îngrijire și asistență, centre de recuperare și reabilitate) având și un număr foarte mare de beneficiari.

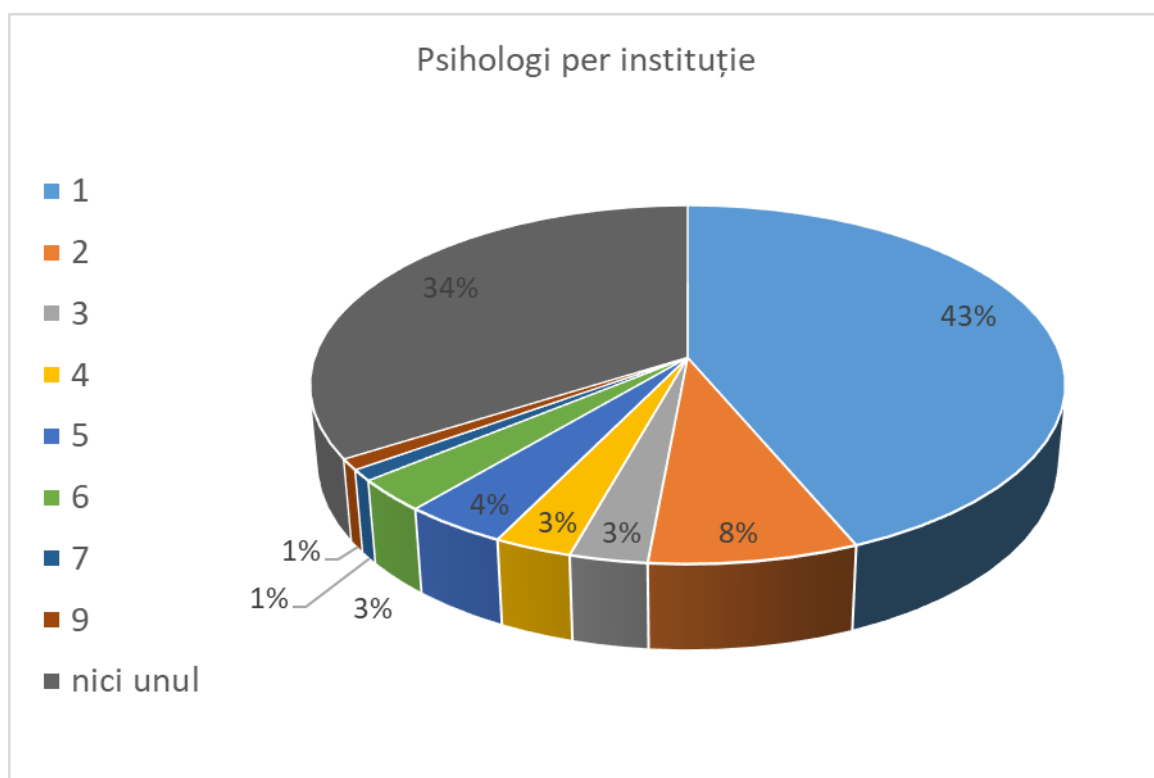
Kinetoterapeuții sunt specialiștii care lipsesc din majoritatea centrelor cuprinse în această raport, doar 12% dintre ele au un kinetoterapeut în echipă, excepție a făcut un centru de mai mare anvergură care are 4 asemenea specialiști încadrați la un număr ridicat de pacienți.



O situație îngrijorătoare am constatat și în cazul psihologilor: 34% dintre unități nebeneficiind de aportul unui psiholog, 43% având un astfel de specialist, 8% - 2 psihologi. Considerăm că medicul, împreună cu psihologul ar trebui să facă echipă pentru a asigura suportul fizic și emoțional de care au nevoie persoanele aflate în etapele de regresie.

Unitățile de asistență socială ne-au raportat o capacitate medie de 147 de persoane și 141 de beneficiari în medie /unitate, în timp ce un număr mediu de 25 de persoane au depus cereri care așteaptă să fie soluționate. Menționăm că între unitățile cuprinse în studiu există diferențe foarte mari, capacitatea pe

unitate fiind de maxim 750 persoane, într-unul dintre centrele rezidențiale, în contrast cu anumite unități de mici dimensiuni prin natura /tipul de activități desfășurate. Diferențele /discordanța existente între numărul de beneficiari și capacitate se pot justifica prin faptul că în cazul centrelor rezidențiale, acestea sunt neîncăpătoare pentru numărul mare de cereri, uneori funcționând peste capacitate și având multe cereri în așteptare, iar altele, cele alternative nu sunt încă suficient dezvoltate pentru a veni în sprijinul vârstnicilor și nu funcționează la capacitate din cauza lipsei fondurilor și a logisticii necesare.



Greutățile cu care se confruntă instituțiile de asistență socială, deopotrivă cele publice și cele din sectorul neguvernamental, le prezentăm în continuare pe categorii:

*Cămine persoane vârstnice:*

- Personal de specialitate insuficient;
- fonduri insuficiente: fluctuație în finanțare, dificultăți în obținerea finanțării pe baza proiectelor europene;
- dotare insuficientă;
- spațiu insuficient;

- infrastructură neconformă cu standardele de calitate;
- clădirile sunt deteriorate;
- clădirile se află în curs de reabilitare, iar beneficiarii trebuie găzduiți simultan;
- imposibilitatea de a oferi un pachet de servicii sociale persoanelor vârstnice dependente și semidependente;
- familiile vârstnicilor asistați nu cooperează cu instituția;
- cererea este mult mai mare decât oferta;
- nivelul scăzut al alocației de hrană;
- greutate în asigurarea transportului pentru salariați în cazul unităților situate în afara orașului;
- legislație greoaie pentru acreditare;

*Centre de zi:*

- lipsa fondurilor;
- calculatoare insuficiente;
- număr mare de cereri în așteptare;
- spațiu insuficient;
- personal de specialitate insuficient;

*Centre de zi pentru bolnavi Alzheimer:*

- lipsa fondurilor;
- finanțare exclusivă din bugetul local,
- lipsa personal medical;
- număr mare de solicitări și număr insuficient de locuri;

*Centre de primire în regim de urgență:*

- fonduri insuficiente;
- capacitate redusă în raport cu nevoile comunității;
- insuficient personal pentru supraveghere și îngrijire;
- dificultăți legate de specificul activității: persoanele aduse nu au documente de identitate, nu au venituri, locuință etc.;

*Azil de noapte:*

- acomodare dificilă;
- beneficiarii nu respectă normele interne;

- persoanele aduse nu au documente de identitate;
- lipsă personal calificat;

*Unități medico-sociale:*

- asigurarea bugetului și respectarea standardelor de cost;
- finanțare insuficientă pentru asigurarea medicamentelor, consumabilelor, hranei, cât și a salariilor;
- lipsa personalului;
- dotări insuficiente;

*Centre de îngrijire și asistență:*

- buget redus;
- multiple stări de invaliditate severă care determină stări de dependență greu de tratat;
- personal de specialitate insuficient;
- dotări insuficiente;
- infrastructură neconformă cu standardele;
- marginalizarea vârstnicilor dependenți;
- număr de îngrijitori insuficienți;
- spații insuficiente;

*Locuințe protejate:*

- dificultăți de finanțare.

Totodată am solicitat formularea de propuneri pentru îmbunătățirea activității, așa cum se desprind din practica instituțiilor de asistență socială care desfășoară programe în beneficiul persoanelor vârstnice și am primit următorul feed-back:

*Cămine persoane vârstnice:*

- adaptarea legislației;
- ajutor din partea autorităților locale;
- mărirea subvenției de stat;
- sporuri salariale pentru angajați;
- formare profesională;
- sprijin financiar;

- facilități pentru constituirea gratuită a dosarelor pentru accesarea de fonduri europene;
- mărirea structurii de personal și atragerea de voluntari;
- dezvoltarea serviciilor de îngrijire la domiciliu ca alternativă la cele rezidențiale;
- extinderea spațiului în vederea creșterii capacității centrului;
- înființarea de servicii de prevenire a marginalizării sociale;
- schimburi de experiență cu unități similare;
- achiziționarea de mijloace fixe: paturi electrice pentru bătrâni, uscătoare și mașini de spălat industriale;
- atragerea de sponsori;
- diversificarea activităților;
- înființarea unui cabinet stomatologic;
- completarea cu personal de specialitate;
- încheierea unor contracte cu familia;
- mărirea alocației de hrană;
- achiziționarea de aparate de climatizare a aerului;
- asigurarea transportului pentru angajați, dar și pentru beneficiari;
- înființarea de noi cămine;

*Centre de zi:*

- accesare de fonduri europene pentru înființarea mai multor centre de zi;
- achiziționarea de calculatoare, aparate de climatizare, alte dotări necesare funcționării;
- asigurarea de resurse financiare pentru funcționarea la nivelul standardelor în vigoare;

*Centre de zi pentru bolnavi Alzheimer:*

- suplimentarea numărului de personal;
- extinderea serviciilor;

*Centre de primire în regim de urgență:*

- asigurarea de fonduri suficiente pentru funcționare (plata utilității, dotarea unității, salarii);
- sprijin din partea autorităților pentru soluționarea cazurilor sociale;

*Azil de noapte:*

- extinderea spațiului de funcționare;
- reparații, întreținerea și dotarea clădirilor;

*Unități medico-sociale:*

- extinderea numărului de paturi;
- asigurarea de fonduri pentru plata medicamentelor;
- finanțare mai bună;

*Centre de îngrijire și asistență:*

- accesare de fonduri europene;
- alocarea de fonduri pentru amenajarea spațiilor și dotarea lor corespunzătoare;
- completarea grilei de personal cu de specialitate medical și psiholog;
- încadrarea cu personal suficient în raport cu numărul de beneficiari;
- finalizarea construcțiilor contractate;
- reabilitarea clădirilor vechi și care nu mai corespund actualelor standarde;

*Locuințe protejate:*

- cadru juridic pentru consiliile locale privind plata obligațiilor financiare.

## CAPITOLUL 7

### CONCLUZII ȘI PROPUNERI

Asistența socială gerontologică ar trebui să se dezvolte astfel încât să răspundă trebuințelor specifice persoanelor vârstnice, ceea ce ar presupune pregătirea de profesioniști în acest domeniu al asistenței sociale, persoane specializate în activitatea cu această categorie de beneficiari.

Prin intermediul suportului formal oferit de servicii sociale din comunicare, în care asistentul social care lucrează cu persoanele vârstnice are un rol esențial, la care dacă se adaugă și suportul informal oferit de familie, prieteni, vecini, este mult mai ușor ca trebuințele vârstnicilor să poată fi satisfăcute și implicit, calitatea vieții lor să poată fi îmbunătățită. Toate acestea pot fi realizate, dacă se pune accent pe dezvoltarea de servicii, care să vizeze:

- facilitarea accesului la informații și instituții specializate în activitatea cu persoane vârstnice;
- creșterea ofertei de servicii alternative instituționalizării (îngrijire la domiciliu, centre de zi, cluburi pentru vârstnici);
- servicii de sprijin, consiliere, vizite, convorbiri;
- dezvoltarea mobilității;
- instruire continuă a persoanelor vârstnice;
- asigurarea alimentației la domiciliu sau la cantina socială;
- inițierea de activități intergeneraționale, între vârstnici și copii, adolescenți, tineri, adulți;
- sensibilizarea autorităților, naționale, locale, precum și a membrilor comunității cu privire la problematica vârstnicilor.

Pentru ca aceste servicii să fie eficiente, ele trebuie să se desfășoare în comunitate pentru a fi ușor accesibile de către beneficiari. În măsura posibilităților, este preferabil ca instituția de primire a solicitărilor să fie aproape de domiciliul vârstnicului. Toți medicii de familie ar trebui să aibă o evidență cu adresele instituțiilor geriatrice în funcție de posibilitățile locale (locuințele cămin,



cămine pentru persoane vârstnice, centre de zi, servicii de lungă durată /cămine spital etc.).

Drepturile vârstnicului în societate trebuie apărate și totuși adesea, după o viață socială activă și de multe ori aparent împlinită, asistăm la marginalizarea acestei categorii. Întâlnim prea mulți vârstnici în spitale, aziluri sau pe străzi și prea puțini înconjurați de familie.

Sistemul de asistență din țara noastră se bazează mult prea mult pe instituțiile de tip rezidențial și prea puțin pe serviciile alternative care pot degreva aceste unități și pot asigura intervenția în caz de criză sau suport temporar familiilor care au vârstnici în îngrijire. Rămânerea în mediul familial este benefic pentru sănătatea mentală a acestora, crește calitatea și durata vieții vârstnicilor.

Rețeaua de îngrijiri la domiciliu este insuficient și inegal dezvoltată la nivel național, iar serviciile de suport de tip centre de zi, centre de primire în urgență, aziluri de noapte, cluburi, funcționează de asemenea la o capacitate prea mică pentru a acoperi probleme sociale ale persoanelor vârstnice.

O problemă gravă o reprezintă și lipsa unor programe pentru vârstnicii care suferă de boala Alzheimer sau alte tipuri de afecțiuni psihice sau neuronale.

Centre specializate care să ofere terapii și tratamente specifice, cât și centre de tip respiro care să ajute familiile, aparținătorii acestor vârstnici sunt o necesitate în societatea modernă pe care vrem să o construim.

*Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice propune ca măsurile în domeniul asistării și îngrijirii persoanelor vârstnice să aibă la bază o serie de coordonate care să implice toți actorii cu responsabilități în acest domeniu după cum urmează:*

- *Dezvoltarea cadrului administrativ și instituțional pe baza unor informații certe care să reflecte nevoile persoanelor vârstnice și care să fie obținute prin:*

- crearea unei baze de date la nivel național și comunitar privind persoanele vârstnice și gradul lor de dependență;

- dezvoltarea de studii și cercetări privind persoanele vârstnice (izolare socială, situație socială, îmbătrânirea, etc.);

- mediatizarea și diseminarea rezultatelor studiilor și cercetărilor la nivel comunitar;

- *Îmbunătățirea cadrului legislativ și implementarea acestuia prin:*

- realizarea și îmbunătățirea documentațiilor conform legislației în vigoare;
- însușirea și aplicarea cadrului legislativ actual, modificat și /sau completat în vederea abordării integrate a stării sociale a persoanelor vârstnice;
- aplicarea corespunzătoare a reglementărilor sistemului de evaluare a nevoilor și a gradului de dependență;
- aplicarea standardelor de calitate privind serviciile sociale acordate persoanelor vârstnice și verificarea respectării lor;
- elaborarea regulamentelor, codului etic, cartei drepturilor vârstnicilor, etc.;

- *Dezvoltarea resurselor umane din domeniul asistenței sociale pentru persoanele vârstnice prin:*

- evaluarea resurselor umane existente și a nevoilor de formare a personalului;
- asigurarea de programe de pregătire inițială și continuă și elaborarea curriculei de formare în funcție de abilitățile ce trebuie dezvoltate;
- formarea continuă a îngrijitorilor și obținerea de certificate care să ateste competențele, inclusiv pentru îngrijirea specializată a vârstnicilor diagnosticați cu boala Alzheimer;
- implicarea asistenților medicali comunitari, conform legislației și statutului, în programele destinate persoanelor vârstnice;

- *Combaterea riscului de excluziune socială a persoanelor vârstnice și creșterea calității vieții acestora prin:*

- facilitarea accesului persoanelor vârstnice la servicii sociale și medicale;
- dezvoltarea serviciilor de îngrijire la domiciliu prin creșterea numărului de îngrijitoare care să deservească persoanele îngrijite la domiciliu;
- dezvoltarea programului de recuperare și terapie pentru persoanele vârstnice prin implicarea echipei multidisciplinare (psiholog, asistent social, kinezoterapeut, medic sau personal mediu sanitar, etc.);
- facilitarea accesului persoanelor vârstnice la ajutoare financiare, materiale și medicale acordate pentru situații punctuale conform legislației (căldură, gaz, etc.) și prin implicarea ONG care pot răspunde anumitor nevoi specifice;

- întărirea colaborării asistentului social cu medicul de familie al vârstnicului aflat în evidență, atunci când starea lui de sănătate este precară;
- înființarea și dezvoltarea unor noi centre de zi destinate persoanelor vârstnice;
- implementarea unui sistem de telealarmare pentru urmărirea persoanelor vârstnice la domiciliu;

- *Promovarea participării persoanelor vârstnice la viața socială și cultivarea relațiilor interumane prin:*

- organizarea de seminarii la nivel de centre de zi pentru persoane vârstnice pe teme privind consecințele îmbătrânirii, impactul pensionării și a efectelor ce decurg din aceasta;
- acordarea de suport pentru îmbunătățirea socio-economică a persoanelor vârstnice în conformitate cu legislația în vigoare;
- dezvoltarea de programe educațional-ocupazionale în centrele de zi pentru persoane vârstnice în vederea combaterii izolării și încurajarea integrării sociale a acestora;
- susținerea și consilierea vârstnicilor pentru implicarea în consiliile consultative de cartier, în vederea participării active la soluționarea problemelor comunității;
- crearea unui program de sărbătorire a celor mai longevivi cetățeni și a cuplurilor (peste 90 de ani sau peste 50 de ani de căsătorie);
- organizarea de grupuri de informare pe diverse tematici în vederea reducerii riscului de abuz, neglijare și consecințele acestuia;
- crearea de materiale informative (pliante, etc.)
- susținerea unor programe pentru dezvoltarea relațiilor interumane între copiii instituționalizați, elevii școlilor de cartier, etc. și persoanele vârstnice;
- implicarea studenților în activitățile centrelor de zi pentru persoane vârstnice și în serviciile de îngrijire la domiciliu;

- *Dezvoltarea și extinderea la nivel național a serviciilor sociale în sprijinul persoanelor vârstnice bolnave de Alzheimer și a aparținătorilor prin:*

- crearea unei proceduri de lucru pentru echipa multidisciplinară care cuprinde: asistent social, referent, asistent medical, medic psihiatru, medic neurolog și kinetoterapeut;

- dezvoltarea unor programe de consiliere și suport psihologic în vederea acceptării bolii și a implicației acesteia în familie și comunitate;
- înființarea de centre de zi specializate care să ofere terapii centrate pe acest tip de afecțiune și totodată înființarea de centre de tip respiro pentru degrevarea familiilor de sarcina îngrijirii vârstnicului bolnav de Alzheimer pentru o perioadă determinată în timp.

Alte propuneri vizează aspecte generale legate de modul de organizare al serviciilor sociale comunitare a căror coerență și stabilitate în asigurarea de activități specifice în beneficiul persoanelor vârstnice este un obiectiv încă neatins și care necesită efectuarea unor demersuri precum:

- Realizarea unei baze informatizate de date cu furnizorii de servicii sociale acreditați, incluzând prestațiile și serviciile acordate, programele pe care le desfășoară și criteriile de admitere în cadrul acestora;
- Identificarea și utilizarea unor indicatori de evaluare a nevoilor comunității prin realizarea de studii, cercetări, întâlniri tematice, dezbateri;
- Consultarea cu partenerii, reprezentanți ai beneficiarilor și alți factori interesați din comunitate în stabilirea strategiilor de dezvoltare a serviciilor sociale și a unor obiective comune în acest sens;
- Folosirea experienței acumulate și consultarea cu personalul implicat în furnizarea de servicii sociale, în stabilirea unor obiective concrete cuprinse în planul strategic;
- Referirea cazurilor spre organizații sau instituții, furnizoare de servicii sociale sau de altă natură, pentru a asigura continuitatea intervenției;
- Dezvoltarea, diversificarea serviciilor de natură socială, în funcție de nevoile identificate și contractarea de servicii sociale în funcție de nevoile identificate.

Pentru îmbunătățirea calității serviciilor sociale considerăm necesară evaluarea continuă a personalului și a nevoilor de formare profesională a acestora, organizarea unor cursuri (postliceale și postuniversitare) care să corespundă nevoilor stabilite în planul de formare și perfecționare, cunoscut fiind faptul că nu există specialiști suficienți în domeniul geriatric nici pe plan

medical și cu atât mai puțin pe plan social. De asemenea, metodologiile de lucru folosite trebuie permanent adaptate nevoilor beneficiarilor, iar monitorizarea și evaluarea continuă a calității serviciilor furnizate să fie riguros stabilită pe baza unor indicatori și să aibă drept scop și finalitate corectarea neajunsurilor constatate.

Feedback-ul primit de la personal, beneficiari, parteneri, comunitate ar trebui să devină o valoare a sistemului și un mecanism prin care serviciile sociale și socio-medicale să devină mai flexibile, adaptate nevoilor beneficiarilor și corelate cu prioritățile identificate. În acest scop trebuie promovată crearea unor grupuri de suport pentru beneficiari, în funcție de problemele cu care se confruntă și încurajarea lor în desemnarea unor reprezentanți care să le promoveze interesele.

Pentru a crește accesibilitatea potențialilor beneficiari la servicii și pentru respectarea drepturilor sociale ale acestora, este necesară promovarea activității instituției în comunitate prin intermediul unei politici eficiente de marketing și comunicare, realizarea unor campanii de informare în comunitate despre realizarea și distribuirea de materiale informative pe teme de asistență socială, implicarea factorilor de decizie (consilieri locali, reprezentanți în Parlament) în problematica socială, responsabilizarea comunității cu privire la problematica socială și conceperea unor programe în acest sens.

Pentru promovarea bunelor practici în domeniul asistenței sociale a persoanelor vârstnice și contribuția la perfecționarea acestui domeniu este necesară formarea unei comunități a specialiștilor în domeniu prin intermediul căreia să se pună la dispoziția celor interesați informații din domeniul asistenței sociale (legi, instituții, organizații, programe, proiecte, împărtășirea de modele de bună practică) și să se creeze o platformă /un forum de discuții prin intermediul căreia să se înainteze propuneri privind îmbunătățirea cadrului legislativ, pe baza experienței proprii și a consultării, să se împărtășească modele inovatoare sau de bună practică cu alți furnizori de servicii sociale și să fie elaborate metodologii de lucru flexibile și adaptate serviciilor sociale furnizate.

## Bibliografie

- Bogdan, Constantin (1990), *Societatea și problemele îmbătrânirii populației*, Editura Junimea, Iași
- Bogdan, Constantin (1992), *Elemente de geriatrie practică*, Editura medicală, București
- Bogdan, Constantin (1997), *Geriatric*, Editura medicală, București
- Crăciun, Abraham P., (2000), *Legislația în asistența socială*, Editura Național București
- Delperee, Nicole, (1995), *Protecția drepturilor și libertăților persoanelor vârstnice*, Institutul Român pentru Drepturile Omului, București
- Demetrescu, Radu, (1994), *Drepturile omului la vârsta a treia*, Institutul român pentru drepturile omului, București
- Goldiș, Vasile, (1994), *Asistența instituțională a bătrânilor în România*, Editura ALL, București
- Prelici V., Barbat C.- *Asistența socială în perspectiva integrării Europene: Identitate și procesualitate*, Editura Universitatea de Vest, 2007, Timișoara
- Bucur V.- *Probleme actuale ale vârstei a treia*, Editura Eurostampa, 2001 Timișoara
- Goian C.- *Deprinderi în asistența socială*, Institutul European, 2004, Iași
- Stanciu C.- *Noțiuni introductive în asistența socială gerontologică*, Editura Solness, 2008, Timișoara
- Bălăceanu-Stolnici C.- *Geriatric practică*, Editura Medicală Amaltea, 1998, București
- Zamfir E. și Zamfir C.- *Politici sociale: România în context European*, Editura Alternative, 1995, București
- Neamțu G.(coordonator)- *Tratat de asistență socială*, Editura Polirom, 2003
- Harbert, Anita S., Habert, Ginsberg, Leon H., (1990), *Human services for older adults: concepts and skills*, University of South Carolina Press
- Hooyman R., Nancy, Kiyar H., Asuman (1993) *Social Gerontology*, University of Chicago Press
- Ivry, J., (1992), *Teaching Geriatric Assessment*, Mellor, M.J., Solomon, R., Geriatric Social Work Education, Haworth New-York

Kubler-Ross, Elisabeth (1992), *On Death and Dying*, Ed. Tavistock-Routledge London & New York

Nelson, Gary M., Eller, Ann C., Streets, Dennis W., Morse, Margaret L., (1995), *Adult Services-social work practice and administration*, NASW Press Pinkston

E, Isie M., Linsk, Nathan L., (1984), *Care of the Elderly*, Pergamon Press

Smith, Carole, R., (1993), *Social Work with Dying and Bereaved*, Ed. Mc Millan

Toseland, Ronald W., (1995), *Group work with the elderly*, Springer Publishing Co. Inc., New-York

White, M., (1987), *Case Management*, în G. Maddox, *Enciclopedia of Aging*, Springer, New-York

Zastrow, C., (1989), *Social work with groups*, Nelson Hall Publishers, Chicago

## ANEXA NR. 1

### Centre pentru persoanele vârstnice (minim 50% dintre beneficiari sunt vârstnici) – sectorul public\*

Tip centru	Nr. angajați						Capacitate (nr. locuri)	Număr beneficiari	Număr cereri în așteptare	Greutăți întâmpinate	Propuneri
	Medic	Psiholog	Asistent social	Asistent medical	Alte categorii (precizați)	Personal administrativ					
Cămin pentru persoane vârstnice											
Centru de zi											
Centru de zi pentru bolnavi Alzheimer											
Centru de primire în regim de urgență											
Azil de noapte											
Alt tip de centru (precizați)											

\* În cazul în care spațiul din tabel este insuficient, avem rugămintea de a completa pe fișe separate respectând structura prezentată.



**Centre pentru persoanele vârstnice (minim 50% dintre beneficiari sunt vârstnici) – sectorul neguvernamental\***

Tip centru	Nr. angajați						Capacitate (nr. locuri)	Număr beneficiari	Număr cereri în așteptare	Greutăți întâmpinate	Propuneri
	Medic	Psiholog	Asistent social	Asistent medical	Alte categorii (precizați)	Personal administrativ					
Cămin pentru persoane vârstnice											
Centru de zi											
Centru de zi pentru bolnavi Alzheimer											
Centru de primire în regim de urgență											
Azil de noapte											
Alt tip de centru (precizați)											

\* În cazul în care spațiul din tabel este insuficient, avem rugămintea de a completa pe fișe separate respectând structura prezentată.