

UNIVERSITATEA PEDAGOGICĂ DE STAT „ION CREANGĂ”
FACULTATEA: PSIHOLOGIE ȘI PSIHOPELAGOGIE
SPECIALĂ
CATEDRA : ASISTENȚĂ SOCIALĂ

DUMITRU CARATA

SERVICII DE ÎNGRIJIRE LA DOMICILIU

CHIȘINĂU 2018

Servicii de îngrijire la domiciliu (Suport de curs)

Autor:

Dumitru Carata, doctor în științe medicale, conferențiar universitar.

Catedra Asistență Socială, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”,
Chișinău, Moldova.

Recenzenți:

Aurelia Racu doctor habilitat, profesor C atedra psihopedagogie specială
UPS „Ion Creangă”;

Victoria Gonța doctor în psihologie conferențiar universitar, prorector
Universitatea Americană din Moldova.

Carata, Dumitru.

Servicii de îngrijire la domiciliu / Dumitru Carata ; Univ. Ped. de Stat "Ion Creangă", Fac.: Psihologie și Psihopedagogie Spec., Catedra : Asistență Soc. – Chișinău : S. n., 2018 (Tipogr. UPS "Ion Creangă"). – 61 p.

Bibliogr.: p. 61 (14 tit.). – 100 ex.

ISBN 978-9975-46-365-2.

364.44.046.24(075.8)

C 23

Cuprins:

I.	Servicii sociale în sistemul de Asistență Socială.....	4
II.	Definiția, legislația de bază și componentele principale ale îngrijirii la domiciliu.....	7
III.	Beneficiarii de îngrijire la domiciliu și drepturile beneficiarilor de servicii.....	17
IV.	Furnizorii serviciilor la domiciliu. Principiile și sarcinile care stau la baza furnizării serviciilor de îngrijire la domiciliu.....	20
V.	Serviciul social „Echipă mobilă”.....	22
VI.	Managementul resurselor umane.....	26
VII.	Echipa furnizoare de servicii de îngrijire la domiciliu.....	28
VIII.	Echipa operațională (echipa de profesioniști).....	33
IX.	Formarea echipei multidisciplinare și managementul îngrijirilor la domiciliu.....	38
X.	Evaluarea serviciilor de îngrijire la domiciliu.....	45
XI.	Planul al serviciilor de îngrijiri la domiciliu. Monitorizarea și bilanțul serviciilor de îngrijiri la domiciliu.....	49
XII.	Serviciile de îngrijire la domiciliu în sistemul medical și social în Moldova și alte țări.....	55
XIII.	Bibliografia.....	61

I. Servicii sociale în sistemul de Asistență Socială.

În a doua jumătate a secolului al XIX-lea toate țările din Europa au recunoscut necesitatea intervenției statului pentru a garanta bunăstarea populației. Astfel, au început să fie experimentate sisteme bazate pe cotizațiile lunare plătite de angajați și angajatori care au avut în vedere acordarea de servicii de asistență socială și prestații în bani, în funcție de nevoile beneficiarilor, adică ale persoanelor care se confruntă temporar cu situații critice.[1]

Dicționarul de Politici Sociale (Coord. L.Pop) definește *serviciile sociale* drept instrumente de realizare a unor obiective sociale, de natură redistributivă, care au drept obiectiv creșterea bunăstării sociale. [10]

În Dicționarul de Sociologie (Coord. C.Zamfir, L.Vlăscianu) serviciile sociale sunt definite ca totalitate a serviciilor oferite de către stat populației în mod gratuit sau la un tarif redus. Prin serviciile sociale se distribuie o parte considerabilă a fondurilor de consum social. În sens larg, serviciile sociale desemnează totalitatea serviciilor pe care o comunitate le asigură, total sau parțial, pentru toți membrii ei sau pentru segmente particulare care manifestă o nevoie sporită de astfel de servicii. Serviciile sociale se organizează la nivel comunitar în funcție de nevoile identificate, de numărul potențialilor beneficiari, de complexitatea situațiilor de dificultate și de gradul de risc social.[13]

Serviciile sociale constituie o parte componentă a sistemului de asistență socială. Acestea, prin esența lor, contribuie la menținerea relațiilor dintre persoanele în situații dificile (familiile acestora), comunitatea locală și instituțiile publice. Grupurile sociale care, de regulă, necesită servicii sociale sunt: persoanele cu dizabilități, persoanele în etate (prioritar cele solitare), familiile cu mulți copii, copii orfani, copii abandonați, persoanele dependente de droguri și alcool, etc.

Măsurile de asistență socială, prevăzute de legislație pentru persoanele vârstnice sunt complementare celor reglementate prin sistemul asigurărilor sociale. Persoanele vârstnice care beneficiază de asistență socială au dreptul și la alte forme de protecție socială.

Asistența socială pentru persoanele vârstnice se realizează prin servicii și prestații sociale. De acestea beneficiază persoana vârstnică ce se găsește în una din următoarele situații:

- Nu are familie sau nu se află în întreținerea unei sau a unor persoane obligate la aceasta;
- Nu are locuință și nici posibilitatea de a-și asigura condițiile de locuit pe baza resurselor proprii;
- Nu realizează venituri proprii sau acestea nu sunt suficiente pentru asigurarea îngrijirii necesare;
- Nu se poate gospodări singură sau necesită îngrijire specializată;
- Se află în imposibilitatea de a-și asigura nevoile socio-medicale, datorită bolii sau stării fizice ori psihice.

Serviciile sociale oferite persoanelor de vârstă a III-a au atât un caracter preventiv, cât și intervenționist, ele vizează indivizii de peste 65 ani cu serioase afecțiuni psiho-fizice sau de privați social datorită sărăciei, lipsei locuinței, izolării sociale. Aceste servicii sociale contribuie la menținerea interdependenței persoanei în vârstă, la obținerea și păstrarea unui nivel optim de viață care să-i permită implicarea în viața socială, adaptarea la schimbare, conservarea sentimentului de stimă față de sine, anularea anxietății.

Accentele în cadrul sistemului sunt puse pe dezvoltarea serviciilor sociale comunitare de prevenire a intrării în dificultate și pe servicii de intervenție în situații de risc. În dezvoltarea și diversificarea serviciilor sociale crește semnificativ rolul autorităților publice locale și societății civile. Diversității ipurilor de servicii sociale acordate în statele membre a Uniunii Europene îi corespunde o diversitate *surselor de finanțe* care, în principal, se poate grupa astfel:

1. Finanțare de către stat din taxe și impozite sau din alte cotizații ale asiguraților și angajaților, situație întâlnită în cele mai multe state;

2. Pentru prestații și servicii diferențiate acordate de autoritățile locale în funcție de cazurile particulare, de exemplu – pentru asigurarea minimumului de subzistență contributiv (ajutor social):

- În Belgia: 50% statul și 50% autoritățile locale;
- În Germania: 75% autoritățile locale și 25% landurile;
- În Spania: 100% din bugetul comunității autonome (regiuni);
- În Olanda: 90% statul și 10% autoritățile locale;
- În Filanda: 22% statul și 78% autoritățile locale.

În republica Moldova, sunt create și activează 69 *instituții destinate persoanelor în vârstă și persoanelor cu dizabilități* de serviciile cărora beneficiază 2371 persoane. Respectiv:

Aziluri pentru persoane în vârstă și cu dizabilități – 23 pentru 532 beneficiari;

Centre de *plasament* – 16 pentru 360 beneficiari;

Centre de *zi* – 26 pentru 1409 beneficiari;

Centre de *reabilitare* – 2 pentru 15 beneficiari;

Centre de *găzduire* – 2 pentru 55 beneficiari;

Crearea centrelor de zi, azilurilor pentru persoanele defavorizate în fiecare localitate a republicii contribuie la scăderea numărului de persoane în instituțiile sociale și menținerea acestora în comunitate, prin oferirea serviciilor de îngrijire și recuperare fizică și psihologică axate pe model familial.

Actualul sistem de servicii sociale include: ocrotirea instituțională, reabilitare și tratament balneo-sanatorial, consultarea și consilierea persoanelor, îngrijirea la domiciliu, oferirea prânzurilor calde, servicii sociale comunitare oferite în centre de reabilitare și reintegrare socială.

II. Serviciile de îngrijire la domiciliu în sistemul medical și social în Moldova și alte țări.

În baza documentelor Organizației Națiunilor Unite, Organizația Mondială a Sănătății, a datelor oferite de departamentele de statistică din diferite țări și de instituțiile de gerontologie și geriatrie, a anuarelor statistice, s-a efectuat analiza asistenței medico-sociale a bătrânilor în diferite țări și pronosticurile de finanțare a programelor sociale a acestor grupuri de populație.

În țările industriale dezvoltate, unde procesul de îmbătrânire demografică a populației s-a produs mai lent, numărul bătrânilor în societate este destul de impunător și speranța de viață este mai înaltă.

În aceste țări statul deține rolul principal în dirijarea activității verigilor infrastructurii de protecție și asistență a bătrânilor. Sectorul asistenței sociale și al ocrotirii sănătății constituie o unitate integrantă bine definită și organizată, caracterizată prin intercorelarea, interdirijarea și cooperarea funcțiilor.

Sunt adoptate și implementate zeci de documente statutare de bază ale politicii vizînd persoanele de vîrsta a III-a, obiectivul primordial al căreia constă în asigurarea integrării depline a vîrstnicilor în toate contextele și sferile vieții conform posibilităților, particularităților de vîrstă, poziției sociale și culturale. Sunt create fonduri speciale de rang național ce depun eforturi considerabile în soluționarea problemelor persoanelor vîrstnice.

Managementul serviciilor de asistență medico-socială pentru persoanele vîrstnice, la nivel național, în majoritatea țărilor este administrat de structuri cu destinație specială și responsabilitate în acest domeniu, create prin decrete legislative: în Spania de către Institutul Național al Serviciilor Sociale (creat în 1978), condus de consiliul general (39 de consilieri) în frunte cu Secretarul general pentru Securitate Socială; în Portugalia de către Secretariatul Național de Reabilitare; în Cipru de către Consiliul de Reabilitare și acordare a serviciilor pentru îngrijire și reabilitare. [7]

În Olanda activitatea ministerelor responsabile de elaborarea și promovarea politicii privind persoanele vârstnice este coordonată de Comitetul de Dirijare Interdepartamentală; Germania, conform constituției, este un stat social bazat pe principii democratice și politicile de susținere medico-socială a bătrânilor sunt construite ținând cont de drepturile vârstnicilor, stipulate în codul social; în Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord administrarea și dirijarea politicii de asistență medico-socială a vârstnicilor este realizată la nivel guvernamental — modelul britanic de susținere a vârstnicilor (în aspect financiar, social, medical etc.) a obținut o apreciere internațională; în Italia a fost realizată descentralizarea administrării serviciilor de asistență socială, susținută prin decret prezidențial, care prevăd responsabilitatea republicii de a asigura egalitatea, autonomia, integrarea socială (politică, economică) și protecția vârstnicilor; în Franța, Olanda și Belgia politicile de asistență medico-socială a vârstnicilor sunt trecute în subordonarea Comunităților.

În concluzie, principiile de bază ale politicii de asistență medico-socială a persoanelor vârstnice în țările economic dezvoltate ale Europei includ:

- Integrarea vârstnicilor în societate (promovarea participării la viața socială, politică, obștească, culturală, economică, științifică etc.) și lichidarea barierelor fizice și sociale în realizarea acestui scop.
- Promovarea măsurilor și resurselor pentru asigurarea unei senescențe decente.
- Promovarea și implementarea serviciilor pentru profilaxia îmbătrânirii precoce, asigurarea asistenței și reabilitării medicale; pentru studii și cercetări în domeniul geriatriei și gerontologiei, pentru optimizarea programelor educaționale și de instruire.
- Dezinstituționalizarea persoanelor vârstnice și integrarea lor în familii.
- Susținerea și amplificarea cooperării internaționale.

Pretutindeni în lume, beneficiază de ajutor persoanele și ceilalți membri din imediata apropiere a rețelei sociale. O recentă apreciere din Regatul Unit al Marii Britanii evidențiază că în afară părinților care au grijă de proprii copii, există 5,7

milioane de persoane implicate în ajutorul adulților: 1,7 dintre ei oferă servicii de sprijin cel puțin 20 de ore/săptămână, 24% lucrează în acest domeniu de cel puțin 10 ani, iar 18% îngrijesc mai mult de o persoană. Dintre toți cei care primesc îngrijiri, o minoritate, adică 41% au vizite periodice ale unui reprezentant al serviciilor de sănătate. Chiar și mai puțini sunt în contact cu serviciile sociale: 22% dintre ei primesc ajutor la domiciliu, 8% hrană și doar 7% se întâlnesc lunar cu un asistent social. [9]

În Marea Britanie, diferențierea între serviciile oferite de familie și cele furnizate de o organizație au început să se difere prin sarcina de a identifica nevoile personale și intime ale cuiva fără a intra în relații emoționale de dragoste sau îngrijire. Această trăsătură de bază a asistenței sociale nu reclamă faptul că îngrijirea familială ar fi fost suplinită de dragoste sau că cei care lucrează în domeniu nu se implică uneori emoțional. În opoziție cu preocuparea pentru propria persoană sau cu îngrijirea bazată pe rudenie și reciprocitate, sarcina îngrijirii este preluată de persoane angajate special pentru un astfel de serviciu.

Rolul primordial în asigurarea medico-socială a bătrânilor revine statului: instituțiilor curativ-profilactice și științifice, spitalelor sociale, azilelor, hospisurilor. Instituțiile de plasament private activează eficace în acest domeniu și sunt accesibile și apreciate de către vârstnici.

În ultimele decenii, politica națională pentru asistența medico-socială a vârstnicilor în aceste țări are tendința de dezinstituționalizare a vârstnicilor și integrarea lor în familii. Serviciile de asistență medico-socială la domiciliu sunt bine definite, structurate și abilitate să împiedice izolarea vârstnicilor în instituții de plasament de către familii și societate, îngrijirea vârstnicilor solitari și integrați în familii în condiții de domiciliu.

Un rol principal în promovarea serviciilor pentru persoanele vârstnice îi revine parteneriatului Guvernului acestor țări cu diferite agenții, asociații ale vârstnicilor, organizații obștești și de caritate, organizații de voluntariat, rude.

Sistemul de pregătire a cadrelor include programe ample de studii pentru personalul medical cu studii medii și superioare și asistenții sociali, și programe de

instruire a voluntarilor, rudelor și vîrstnicilor în domeniul geriatriei și al gerontologiei.

În urma analizei efectuate remarcăm că în țările prezentate anterior predomină procesul de îmbătrînire demografică a populației, iar societatea este conștientă de valoarea și importanța persoanelor vîrstnice; statul avînd un rol primordial, promovează o politică națională complexă de asistență medico-socială, de integrare în societate, reabilitare și exercitare efectivă a drepturilor vîrstnicilor; comunitățile s-au restructurizat, recunoscînd valoarea persoanelor vîrstnice pentru continuitatea dezvoltării umane durabile și asigură măsurile de ameliorare continuă a asistenței, îngrijirii și integrării armonioase a vîrstnicilor în viața socială.

Pe parcursul studiului s-a constatat că în unele țări ale Europei sistemul de asistență medico-socială a persoanelor vîrstnice și cel educațional în domeniul geriatriei și gerontologiei se află la o etapă de reformare.

În țările Europei de Est ponderea vîrstnicilor în societate este destul de înaltă, dar speranța de viață este reprezentată prin valori mai scăzute decît în țările europene dezvoltate economic. [7]

Procesul de majorare a numărului vîrstnicilor a impus necesitatea promovării și restructurării politicii vizînd asistența și protecția bătrînilor. Tendințele administrative, politice și economice survenite în ultimele decenii au permis reformarea asistenței medico-sociale a bătrînilor la nivel național și implementarea proiectelor de legi vizînd protecția și susținerea bătrînilor. Serviciile de asistență medico-socială a bătrînilor sunt finanțate din bugetul statului, bugetul municipal, din fondurile particulare și internaționale.

Obiectivele politicii statale pentru asistența medico-socială a vîrstnicilor includ următoarele principii de bază:

- Promovarea reformării politicii naționale de asistență medico-socială a persoanelor vîrstnice.
- Sensibilizarea societății vizînd actualitatea reformelor de asistență medico-socială a vîrstnicilor.

- Completarea codului legislativ pentru implementarea politicii de asistență și protecție a vârstnicilor.
- Planificarea, promovarea și coordonarea activităților instituțiilor și a serviciilor de domeniu la nivel național.
- Studiarea persoanelor vârstnice ca grup social vulnerabil la nivel național și realizarea procesului integrării în societate și în familie a vârstnicilor.
- Optimizarea politicii de asistență medico-socială a bătrânilor prin acoperire internațională productivă.

Așadar, în aceste țări statul ocupă rolul principal în administrarea și dirijarea serviciilor de asistență și protecție a vârstnicilor. [8]

Efectuând analiza asistenței medico-sociale a vârstnicilor în țările instabile economic, am constatat că situația în acest domeniu este defavorabilă și că problemele economice, politice, administrative din societate se repercutează asupra situației persoanelor vârstnice.

În aceste țări se fac tentative de reformare atât la nivel *național* (la nivel de Ministere), cât și *teritorial*, a activității serviciilor de asistență medico-socială a bătrânilor.

Ponderea destul de înaltă a persoanelor vârstnice și speranța de viață redusă în aceste țări impune necesitatea perfecționării sistemelor de asistență medico-socială a vârstnicilor.

Din cauza instabilității economice persistente, societatea nu este interesată de bătrâni. Infrastructura instituțiilor de asistență medico-socială și de protecție a bătrânilor nu satisface pe deplin necesitățile acestora. Bătrânii nu au alte alternative decât *spitalul, azilul sau secția gerontopsihiatrică*. Rețeaua de deservire socială este insuficientă. Nu există rețele publice de îngrijire a persoanelor vârstnice. Persistă, într-un mod agravant, izolarea profesională, socială, politică, economică, culturală, de familie a vârstnicilor. Mai mult de jumătate din persoanele vârstnice nu-și satisfac necesitățile de bază pentru existență. Bătrânii nu sunt antrenați în nici un fel în procesul de abordare și rezolvare a problemelor și necesităților sale.

Pe parcursul mai multor ani sectorul nonguvernamental (ONG, organizații de caritate) participă la acordarea îngrijirii la domiciliu a persoanelor vârstnice solitare sau incapabile de autodeservire.

Programul de instruire a cadrelor în acest grup de țări este incomplet și nedefinit. Nu există specializare în geriatrie și gerontologie a personalului medical și asistenților sociali, precum și programe de organizare a treningurilor pentru activități interdisciplinare de echipă.

Făcînd o analiză internațională comparată a asistenței medico-sociale a vârstnicilor, s-a constatat că în majoritatea țărilor incluse în studiu problema vârstnicilor este actuală. Asistența medico-socială a vârstnicilor în țările industrial dezvoltate este ajustată necesităților vârstnicilor vizînd principiul de integrare socială a acestora; este bazată pe acte legislative și normative fixe și optime; este dirijată de stat și realizată în instituții de plasament și prin programe la domiciliu bine organizate.

În unele țări europene asistența medico-socială a vârstnicilor se află la etapa de reformare. Sunt bine definite și parțial. Analiza comparativă a asistenței medico-sociale a vârstnicilor în Europa implementate obiectivele politicii naționale și programele teritoriale vizînd susținerea și protecția bătrînilor.

Țările Europei de Est din cauza situației economice instabile, a reformelor administrative, politice și financiare, nu posedă o bază legislativă și o infrastructură bine definită în domeniul protecției vârstnicilor, aflîndu-se la o etapă inițială de optimizare a politicii asistenței medico-sociale a vârstnicilor.

În Suedia deservirea clienților la domiciliu a început să fie organizată în echipe de lucru din anul 1977. Aceasta s-a efectuat în următoarea ordine :

1. Comunele s-au divizat în teritorii geografice mai mici, pentru a micșora distanțele de parcurs în cadrul vizitelor la clienți. Anterior se perdea foarte mult timp pentru a parcurge distanța de la un client la altul.
2. Personalul a primit un spațiu în calitate de birou. Echipele variau după mărime. Cea mai mică era de 3-4 persoane, iar cea mai mare din 25. După cîțiva ani, grupurile mai mare s-au divizat în mai mici și în prezent nu sunt

grupuri mai mari de 10-12 persoane. Echipele excesiv de mari nu funcționează optimal și devin ineficiente.

3. Echipa de lucru singură poartă responsabilitate pentru planificarea muncii sale.
4. A fost introdusă schema orelor de lucru. Clienții au nevoie de ajutor în orice timp al zilei și în fiecare zi, pentru a putea să rămână să locuiască la domiciliul lor o vreme cât mai îndelungată.
5. S-a dezvoltat conlucrarea cu alții. Au loc întâlniri dintre echipa de lucru și asistența medicală de sector, care răspunde de îngrijirea medicală, pentru a discuta situația clienților comuni.
6. În echipa de lucru a demarat instruirea continuă. În prezent personalul are studii gimnaziale de o durată de 3 ani, însă permanent există posibilitatea de a mări calificare în diverse domenii.

Evaluarea necesităților în Suedia a funcționat încă pînă la apariția unei legi în acest sens. Fiecare client era vizitat și se discuta despre ce fel de asistență are nevoie clientul dat. Nu toți primeau același fel de asistență, ci în dependență de necesitățile sale. Lucrătorii sociali singuri verifică ce s-a făcut deja și ce urmează a se face. Ei înregistrează de obicei în jurnal ce s-a făcut și ce mai rămîne de făcut, pentru a facilita procesul de planificare, pentru a ține toate activitățile sub control și pentru a-i pune în același timp la curent cu membrii echipei. Nu toți lucrează concomitent. În zilele de odihnă lucrează un personal redus, și atunci de obicei se oferă ajutor doar pentru îngrijire. Nu se fac cumpărături sau curățenie.

Există multe similitudini în metodele de lucru moldovenești și suedeze, însă există și deosebiri:

1. Munca în sine. Clienții, atât suedezi, cât și suedezi au aceleași necesități;
2. Majoritatea lucrătorilor antrenați în deservirea la domiciliu sunt femei;
3. Este o muncă slab remunerată;
4. Este o muncă grea cu posibilități reduse de a obține unele avansări.[7]

Deservirea la domiciliu a persoanelor în etate are o semnificație mare în Suedia. Există două cauze importante ale acestui fapt: dreptul ființei umane la o

viață decentă, indiferent de necesitățile pe care le are, și o a doua cauză este că această modalitate de îngrijire este mai puțin costisitoare decât întreținerea vârstnicilor în instituții.

În munca de asistent social deseori se pune diferența dintre menținerea la domiciliul propriu al vârstnicului și schimbarea la azilul de bătrâni. Pentru societate aceasta presupune o mare diferență economică. 20% din toți pensionarii din Suedia beneficiază de deservire la domiciliu sau locuiesc în case speciale de deservire. 15% dintre aceștia sunt deserviți la domiciliu, iar 5% locuiesc în case de deservire. Aceste 20% cuprind o populație de circa 240700 persoane. Dintre acestea 178800 de persoane au o vârstă mai mare de 80 de ani. În total, aceste 15% care sunt deservite la domiciliu au primit 3818400 de ore de asistență. 70% din fondurile bugetului municipal sunt alocate pentru îngrijirea persoanelor în etate.[12]

În Suedia personalul de deservire la domiciliu are un singur șef, care vine odată pe săptămână sau o dată la două săptămâni. Datoria lui este de a răspunde de personal, ceea ce presupune discutarea cu fiecare subaltern, astfel aflând ce fel de plan de dezvoltare a competențelor necesare pentru lucrătorii în cauză. Lucrătorul social care lucrează cu persoane ce suferă de demență are nevoie de cunoștințe, astfel încât persoana afectată să poată locui la domiciliu un timp cât mai îndelungat primind asistența cuvenită.

Echipa de deservire la domiciliu trebuie să interacționeze și cu alți actori, aceasta fiind un aspect necesar pentru a îmbunătăți lucrul cu clienții. O dată pe lună o echipă formată din asistenta medicală de sector, fizioterapeutul de sector, terapeutul ocupațional, instructorul specializat în evaluarea necesităților și șeful deservirii la domiciliu vin la oficiul de deservire la domiciliu pentru a discuta situația clienților. Aceste întâlniri au drept scop asigurarea clienților cu asistența necesară. Discuțiile se mai pot referi și la modificările de origine legislativ, precum și la condițiile de muncă, precum și la modul de îmbunătățire a acestora. [2]

Asistența socială la domiciliu în *România*:

Din experiența țărilor din vestul Europei, putem vedea că serviciile de îngrijiri la domiciliu au luat o mare amploare în ultimii 15-20 ani, ca o alternativă la instituționalizare datorită mai ales costurilor mai reduse pe care acestea le implică. Aceste servicii se alocă după o evaluare atentă a nevoilor potențialilor beneficiari care sunt selectați pe baza unor criterii clare de eligibilitate. Categoria principală de beneficiari ai acestor servicii o reprezintă cei care, cu un ajutor redus, dar continuu, pot să rămână la domiciliu și astfel să degreveze spitalele (sau alte instituții) de cheltuieli foarte mari.

În România, serviciile sociale care se adresează populației în vârstă au constituit o problemă majoră, problemă care persistă și în prezent. Cea mai mare parte a serviciilor de îngrijire a persoanelor în vârstă este asigurată de rețeaua informală, funcție din ce în ce mai greu de îndeplinit în actualele condiții fără un sprijin exterior. [6]

Un alt aspect important este faptul că, pentru beneficiarii acestor servicii, nu se poate face o delimitare strictă între problematica socială și cea medicală, luptându-se în continuare pentru dispariția discrepantei care s-a creat între cele două sisteme, medical și social. În prezent, organizațiile furnizoare de servicii de îngrijiri la domiciliu lucrează în strânsă legătură cu medicul de familie al fiecăruia client, fără a intenționa să dublice serviciile prin prezența medicilor în echipa de îngrijiri.

Beneficiile existenței unei rețele de îngrijiri la domiciliu ar putea fi remarcată bine prin creșterea eficienței îngrijirilor spitalicești și reducerea costurilor în spitale. În România se remarcă fenomenul îmbătrânirii populației, în București, 18% din populație este în vârstă de peste 60 de ani, iar la nivelul întregii țări procentul este de 14%. Sistemul de sănătate actual este un sistem scump, pregătit să vindece și nu să îngrijească, și o alternativă cum sunt îngrijirile la domiciliu este binevenită.

O altă categorie de persoane frecvent întâlnite în spital o reprezintă cei care, după internarea în spital, rămân acolo o bună perioadă de timp pentru că la domiciliu nu dispun de servicii care să le asigure o continuitate a îngrijirilor și a

recuperării începută în spital. În acest context, spitalele vor putea acorda servicii exact persoanelor care au nevoie de asistență de acest tip și exact pe perioada necesară, pacienții urmînd să fie externați apoi și îngrijiți la domiciliu, reducîndu-se în acest fel considerabil costurile de întreținere.

Serviciile de îngrijire la domiciliu s-au dovedit a fi unele din cele mai utile, accesibile și eficiente servicii organizate la nivel comunitar pentru persoanele în vîrstă, ele fiind incluse printre posibilitățile de diversificare a serviciilor de asistență socială. [4]

III. Definiția, legislația de bază și componentele principale ale îngrijirii la domiciliu.

Îngrijirea la domiciliu poate fi definită ca fiind o gamă de servicii și facilități acordate prin măsuri de prevenire și îngrijire în comunitate a persoanelor dependente, pentru ca acestea să-și sporească gradul de independență, să trăiască, pe cât de independent posibil, în propriile case.

Îngrijirea la domiciliu reprezintă o alternativă pentru „*îngrijirea în instituții*”.

Componentele principale ale îngrijirii la domiciliu.

Serviciile de îngrijire la domiciliu adresate persoanelor în dificultate au două componente principale: **Serviciile sociale și Servicii socio-medicale.**

Serviciile sociale de îngrijire la domiciliu se prestează în baza Regulamentului cu privire la secțiile de ajutor social la domiciliu bătrânilor singuratici și cetățenilor inapți de muncă. Conform prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 688 din 10 iunie 2003 „Cu privire la structura și statele de personal ale primăriilor satelor (comunelor), orașelor (municipiilor)” și Hotărârii Guvernului nr. 689 din 10 iunie 2003 „Cu privire la organigrama și statele de personal ale aparatului președintelui raionului, direcțiilor, secțiilor, altor subdiviziuni din subordinea Consiliului raional”, funcția de șef al serviciului îngrijire socială la domiciliu se instituie o unitate pentru 30 lucrători sociali și unitatea de lucrător social se instituie în funcție de numărul beneficiarilor deserviți - 10-12 persoane îngrijite pentru o unitate de personal în localitățile urbane și 8-10 persoane îngrijite pentru o unitate de personal în localitățile rurale.

Dreptul la servicii de îngrijire la domiciliu se stabilește în temeiul cererii de luare în evidență, depusă de solicitant sau reprezentantul legal al acestuia, corespunderii criteriilor de eligibilitate și a rezultatelor evaluării necesităților. Serviciile de îngrijire la domiciliu se acordă pensionarilor solitari și cetățenilor inapți de muncă, care au nevoie de ajutor din partea unei terțe persoane.

Serviciile sociale oferite în cadrul serviciului de îngrijire la domiciliu sunt sub formă de:

- suport moral;
- sprijin pentru plata unor servicii comunale;
- îngrijirea locuinței și gospodăriei;
- acordarea ajutorului la procurarea produselor alimentare;
- ajutor pentru prepararea hranei;
- ajutor pentru realizarea igienei personale;
- organizarea procesului de adaptare a locuinței la nevoile persoanei dependente;
- prevenirea marginalizării sociale și antrenarea în activități sociale și culturale;
- consiliere juridică și administrativă.

Servicii socio-medicale reprezintă un complex de activități care se acordă în cadrul unui sistem social și medical integrat, avînd drept scop principal menținerea autonomiei persoanei, precum și prevenirea agravării situației de dependență. Serviciile de îngrijire socio-medicală sunt acordate persoanelor care din cauza afecțiunilor fizice, psihice, mintale sau senzoriale se găsesc în imposibilitate de a realiza activități curente de viață sau care se află în faza terminală a bolii incurabile și care necesită o gamă largă de servicii sociale, cum ar fi serviciile de îngrijire, asistență, tratament, recuperare funcțională, reabilitare și inserție socială.

Serviciile de îngrijire socio-medicală pot fi clasificate în următoarele categorii:

1. **Servicii de bază:** ajutor pentru igiena corporală, îmbrăcare, igiena eliminărilor, hrănirea și hidratarea, deplasare în interior, comunicare.
2. **Servicii de suport:** ajutor pentru prepararea hranei sau livrarea acesteia, efectuarea de cumpărături, activități de menaj, însoțirea în mijloacele de transport;
3. **Servicii de îngrijire medicală;**
4. **Servicii de recuperare și reabilitare în domeniul medical și social:** kinetoterapie, fizioterapie, terapie ocupațională, psihoterapie, psihopedagogie, logopedie;
5. **Servicii de reabilitare și adaptare a ambientului:** amenajări, reparații.

Îngrijirea la domiciliu contribuie la menținerea independenței persoanei în dificultate, la obținerea și păstrarea unui nivel optim de viață care să-i permită implicarea în viața socială, adaptarea la schimbare, conservarea sentimentului de stimă față de sine, anularea anxietății, a solitudinii.

Îngrijirile comunitare fac parte din viața noastră. Acestea sunt reprezentate de o rețea care cuprinde, pe de o parte, membri ai familiei, vecinii, prietenii (rețeaua neoficială sau informală de servicii de îngrijire la domiciliu), iar, pe de altă parte, membri ai unor organizații publice (medicale și sociale) care furnizează servicii pentru persoanele bolnave, dependente la domiciliul acestora.

În general, îngrijirile la domiciliu reprezintă o preferință pentru ceea ce este „viața acasă” ca o alternativă față de „îngrijirea în instituții”. Aceasta înseamnă să ajuți oamenii să fie integrați în comunitatea lor mai curând decât să-i izolezi într-un spital sau cămin pe termen lung.

Oamenii care au probleme deosebite (bătrâni, bolnavi imobilizați la pat sau persoane cu un anumit handicap care sunt dependente, persoane în convalescență după boli grave) sunt ajutați să rămână în casele lor, furnizându-li-se de către personal calificat servicii de îngrijire la domiciliu.

Organizarea serviciilor de îngrijire la domiciliu este diferită de la o țară la alta, dar, ceea ce este comun tuturor, este recunoașterea unor **nevoi universale** ale celor care utilizează aceste servicii. Aceste nevoi sunt:

- ***Nevoia de a fi informat privind disponibilitatea unui serviciu*** (de cine este furnizat; în ce constă; care sunt criteriile pe care trebuie să le îndeplinească persoana pentru a putea beneficia de acel serviciu; cum se face selecția persoanelor care beneficiază de acesta...);
- ***Nevoia de îngrijiri personale;***
- ***Nevoia de suport practic ce include diversele adaptări făcute în casă*** (ascensoare care funcționează, bare sau cadre de susținere);
- ***Nevoia de a avea suport emoțional și de a găsi un răspuns problemelor personale.***

IV. Beneficiarii de îngrijire la domiciliu și drepturile beneficiarilor de servicii.

Oamenii aceștia sunt persoane cărora li s-a întâmplat să aibă nevoi speciale, adică nu pot, într-un fel sau altul, să se descurce sau să se îngrijească singure.

Beneficiarii pot avea vârste diferite, de la copii la bătrâni; pot să aibă o boală, fie fizică, fie psihică, și, din această cauză, nu pot să se descurce cu viața de zi cu zi, fie pe o perioadă limitată de timp, fie toată viața.

În general, grupurile de beneficiari ai acestor servicii sunt următoarele:

- Bătrânii dependenți (care reprezintă de departe grupul cel mai numeros);
- Convalescenții după anumite boli: fracturi de col femural, paralizii, intervenții chirurgicale mari...;
- Persoane care prezintă boli terminale (cancer, ciroze...);
- Persoane cu handicap fizic.

Drepturile beneficiarilor de servicii

Persoanele dependente care beneficiază de serviciile de îngrijire la domiciliu trebuie să trăiască cu demnitate, înconjurați de respectul celor care îi susțin, fără a le fi diminuate în vreun fel drepturile ca cetățeni, pe cât de activi le permite să fie condiția lor fizică și psihică.

Indiferent de vârstă sau de handicapul cu care se confruntă, clienții au dreptul fundamental la autodeterminare și individualitate. Îngrijirile ce li se acordă vor permite beneficiarilor să își atingă capacitatea maximă – fizic, intelectual, spiritual, emoțional și social – chiar atunci când au o boală în evoluție, cum ar fi demența.

Pacientul are următoarele drepturi:

- ✓ Să-și cunoască drepturile, să aibă în scris lista serviciilor care sunt achitate sau nu de companiile de asigurare.
- ✓ La îngrijire personală adecvată și tratament; la respectul demnității și lipsei discriminării indiferent de rasă, culoarea pielii, sex, cultură, orientare sexuală, incapacitatea de muncă sau diagnostic.

- ✓ La satisfacerea necesităților sale.
- ✓ Să obțină informație despre starea sănătății sale și despre indicațiile medicului (aceasta se numește acord informațional și include dreptul la accesul lui la informația despre diverse mijloace și metode de tratament și îngrijire).
- ✓ Să cunoască costul îngrijirii.
- ✓ Să refuze îngrijirea și să primească informația despre ce s-ar putea întâmpla în cazul refuzului tratamentului. Să refuze tratamentul experimental.
- ✓ Să păstreze confidențialitatea înscrierilor despre starea clinică și să aibă acces la ea.
- ✓ Să-și aleagă medicul și asistenta medicală.
- ✓ Să cunoască starea sănătății sale, să primească informația curentă și completă despre diagnostic, tratament, alternative, risc și pronostic.
- ✓ Să posede informație despre serviciile oferite, să știe despre frecvența vizitelor și să participe la planificarea tratamentului și îngrijirii sale.
- ✓ Să se plîngă și să ceară înlocuirea serviciilor sau a colaboratorilor fără a fi supus amenințărilor sau discriminării.
- ✓ Să fie protejat de insulte.
- ✓ Să nu fie limitat în mișcări.
- ✓ Să obțină aviz în scris cu privire la anularea îngrijirii. Să conteste decizia.
- ✓ La viața personală și la păstrarea confidențialității.
- ✓ Să-și ducă evidența banilor.
- ✓ Să primească și să trimită corespondența sigilată.
- ✓ Să-și împărtășească religia.
- ✓ Să se folosească de îmbrăcămintea proprie și obiectele proprii.
- ✓ Să rămână de unul singur cu soțul (sau soția) sau cu partenerul.

Aceste principii și drepturi alcătuiesc valorile care stau la baza îngrijirilor la domiciliu.

V. Furnizorii serviciilor la domiciliu. Principiile și sarcinile care stau la baza furnizării serviciilor de îngrijire la domiciliu.

Serviciile de îngrijire la domiciliu sunt furnizate de două categorii de rețele:

1. **Rețeaua informală** constituită din rude, vecini, prieteni;
2. **Rețeaua formală** constituită din profesioniștii care pot aparține unor organizații de stat, neguvernamentale sau private care acordă:
 - Servicii medicale (medici generaliști, as. medicale, îngrijitori la domiciliu);
 - Servicii sociale (asistenți sociali, etc.).

1. Rețeaua informală

Cea mai mare parte a îngrijirilor comunitare, adică mai mult de 90 %, este furnizată de familie, prieteni și vecini. Acești furnizori de servicii, denumiți îngrijitori *informali*, sunt deosebiți de profesioniștii care lucrează în sectorul *formal*.

Îngrijitorii informali renunță la timpul lor, renunță la performanța meseriei lor, câte odată renunță la slujba lor sau, alteori, își iau o slujbă unde să aibă un program redus de lucru pentru a se dedica îngrijirii unei persoane din familie. Deseori, persoana dependentă are nevoi complexe și multiple. Câte odată, aceste nevoi nu pot fi satisfăcute de către rețeaua informală sau există cazuri care nu dispun în anturajul lor de nici un ajutor neoficial (rude, prieteni, vecini care să-i poată ajuta). De multe ori această rețea informală de ajutor nu poate să rezolve mai ales cazurile complexe, grave.

Ideale ar fi posibilitățile:

- ✓ Ca rețeaua de profesioniști să poată prelua cazurile cele mai dificile;
- ✓ Ca serviciile formale furnizate cu profesioniști să se adreseze, în funcție de nevoi, atât persoanelor cu probleme, cât și îngrijitorilor neoficiali ai acestora (susținerea lor).

2. Rețeaua formală

1. Serviciile medicale sunt furnizate de medicii generaliști și asistentele medicale comunitare (asistente medicale de teren cu diverse specializări în: pediatrie, geriatrie, psihiatrie).
2. Serviciile sociale sunt furnizate în principal de asistenți sociali și de îngrijitori la domiciliu.

Efortul tuturor acestor categorii de profesioniști este integrat în **echipe multidisciplinare** este un grup de practicieni de profesii diferite, angajați de una sau mai multe organizații, care se întâlnesc periodic pentru a-și coordona activitatea privind furnizarea de servicii unuia sau mai multor clienți într-o zonă geografică delimitată. De exemplu, echipa formată din medic generalist, asistent social, asistent medical și îngrijitor la domiciliu este o echipă multidisciplinară.

Principii care stau la baza furnizării serviciilor de îngrijire la domiciliu.

Organizațiile care oferă servicii de îngrijire la domiciliu vor avea, ca principala preocupare, creșterea calității vieții clienților prin furnizarea de servicii de o înaltă calitate.

Bunăstarea beneficiarilor ar trebui să fie în centrul preocupărilor pentru orice standard de calitate care se stabilește. E bine ca standardele de îngrijire să recunoască și să respecte dreptul la intimitate și demnitate al indivizilor, diversitatea și individualitatea, să le reducă dependența prin oferirea posibilității de a face propriile alegeri, oferindu-le astfel control asupra propriilor vieți pe cât posibil.

Indivizii trebuie să primească îngrijirea exact la nivelul pe care situația lor o cere. Serviciile trebuie să satisfacă întregul lanț de nevoi fizice, clinice, personale, psihice, spirituale și sociale ale acestora.

Principiile îngrijirii:

1. **Securitatea:** protejarea pacientului, prevenindu-l de posibilele traumatisme.
2. **Confidențialitatea:** protejarea de străini amănunțele despre viața personală a pacientului; nu admiteți ca aceștia să vadă și să audă ce na-r dori el.
3. **Respectul** (susținerea sentimentului demnității): întotdeauna fiți respectuos cu pacientul.
4. **Comunicarea:** încercați să discutați cu pacientul, fiți receptivi la gândurile și sentimentele lui. Îngrijind de el, povestiți-i despre acțiunile și planurile dumneavoastră de îngrijire. Ascultați-l cu atenție. Raportați medicului despre problemele acestuia.
5. **Independență:** încurajați fiecare pacient să fie maximal independent.
6. **Prevenirea infecțiilor:** efectuați măsuri de combatere a microbilor patogeni.

Clienții își păstrează dreptul lor de cetățeni, indiferent de starea lor fizică și psihică în care se află. Aceste principii de îngrijire pot fi considerate și ca o serie de drepturi ale clientului. Îngrijirea acordată ar trebui să răspundă nevoilor sociale, personale sau medicale ale fiecărui individ. Ea va fi furnizată pe baza unei evaluări prealabile, evaluarea pe care o considerăm ca pe un drept al celor care solicită serviciile noastre.

Serviciile de îngrijire la domiciliu sunt accesibile oricărei persoane aflate în nevoie fără deosebire de rasă, starea de boală, stil de viață, religie sau sex. Fiecare client are dreptul să obțină informații complete despre serviciile pe care le acordăm (criteriile de eligibilitate, maniera de furnizare, etc.).

Îngrijirea și tratamentul trebuie furnizate numai în cazul în care vor avea efecte pozitive. Clieții vor avea parte de o îngrijire adecvată furnizată și supervizată de personal calificat.

Cursurile de pregătire continuă fac parte din politica de formare a personalului în organizație. Serviciile sunt furnizate cu respect într-o manieră plină de sensibilitate. Intimitatea beneficiarilor acestor servicii, în special în ce privește îngrijirea intimă, va fi respectată.

Îngrijirea nu e niciodată coercitivă și nu duce la abuzuri și rețineri. Nimic nu se face din ceea ce ar reduce stima de sine a clienților. Chiar în cazul celor mai vulnerabili, clienții sunt încurajați să facă propriile alegeri în legătură cu serviciile pe care le primesc.

De câte ori este posibil, serviciile vor fi furnizate de o manieră continuă. Când aceste servicii nu vor mai corespunde nevoilor clientului și e nevoie de alte forme de îngrijire (spital, azil), trecerea la o altă formă de îngrijire va fi făcută pe cât de ușor posibil.

Serviciile de îngrijire la domiciliu își propun următoarele sarcini:

- ❖ Să răspundă nevoilor clienților;
- ❖ Să fie ușor accesibile;
- ❖ Să fie furnizate de o manieră în care clientul să fie o parte activă în deciziile care se iau privind fiecare etapă a procesului de îngrijire;
- ❖ Să nu facă discriminări privind rasa, religia, sexul, vârsta persoanei care va primi aceste servicii;
- ❖ Să fie flexibile și să lucreze în colaborare cu alte organizații pentru a putea acoperi nevoile diverse ale oamenilor;
- ❖ Să își informeze beneficiarii despre drepturile pe care le au și despre gama de servicii disponibilă din care acestea pot să aleagă;
- ❖ Să recunoască drepturile celor ce furnizează servicii și ale îngrijitorilor informali;
- ❖ Să aibă proceduri clare de managementul al riscului;
- ❖ Să recunoască dreptul beneficiarilor de a face plângeri și de a-i informa asupra modalităților prin care pot să facă acest lucru.

VI. Serviciul social „Echipă mobilă”

Serviciul social „Echipă mobilă” se instituie prin decizia consiliului raional/municipal din unitățile administrativ-teritoriale de nivelul al doilea, inclusiv municipiul Chișinău, Unitatea teritorială autonomă Găgăuzia și mun. Bălți.

Serviciul își desfășoară activitatea pe lângă autoritatea administrației publice locale respective, în conformitate cu prezentul Regulament, Standardele minime de calitate ale Serviciului, dispozițiile autorității administrației publice locale care l-a instituit și prevederile legislației în vigoare.

În sensul prezentului Regulament, noțiunile utilizate mai jos semnifică următoarele:

Serviciul social „Echipă mobilă” - serviciu specializat, destinat persoanelor cu dizabilități, care oferă asistență socială și suport la domiciliul beneficiarilor, în baza nevoilor identificate ale acestora, precum și consiliere și suport persoanelor implicate în procesul de incluziune a acestora;

Beneficiari ai Serviciului - persoane cu dizabilități, selectate în conformitate cu criteriile de admitere a beneficiarilor la servicii prestate în cadrul Serviciului de către echipa multidisciplinară de specialiști, reglementate în anexa nr. 2 la prezentul Regulament, și persoane implicate în procesul de incluziune a acestora;

Prestator de serviciu - autoritatea administrației publice locale de nivelul al doilea, inclusiv municipiul Chișinău, Unitatea teritorială autonomă Găgăuzia și mun. Bălți, precum și prestatorii privați care au creat Serviciul;

Echipa multidisciplinară de specialiști — grupul de specialiști (asistent social comunitar, lucrător social, medic de familie, educator, pedagog, psiholog, psihiatru, logoped etc.) din mai multe domenii, care colaborează la soluționarea situațiilor de dificultate ale beneficiarului, conform prevederilor Managementului de caz;

Manager de caz - specialist al Serviciului, cu funcție de coordonator al acestuia;

Managementul de caz - instrucțiune metodică elaborată și aprobată de Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei, care descrie procedura managementului de caz în asistența socială;

Manualul operațional al Serviciului - ghid elaborat și aprobat de Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei, care conține proceduri, instrumente de lucru și modele de documente cu menirea de a acorda ajutor managerului de caz, specialiștilor în domeniu și prestatorului în prestarea eficientă a serviciilor;

Standarde minime de calitate pentru Serviciul social „Echipă mobilă” - norme obligatorii a căror aplicare garantează un minim de calitate a serviciilor în domeniu (în continuare - Standarde minime de calitate).

Perioada prestării de servicii beneficiarului în cadrul Serviciului (în continuare — prestarea serviciilor) se stabilește de echipa multidisciplinară de specialiști, în funcție de necesitățile de îngrijire și suport special ale beneficiarului, precum și de necesitățile de consiliere și instruire a persoanelor implicate în procesul de incluziune a acestuia. Termenul maxim de prestare a serviciilor către beneficiar constituie un an.

VII. Managementul resurselor umane.

Calitatea serviciilor oferite de organizație depinde în mare măsură de calitatea personalului angajat. O echipă bine formată în plan teoretic și practic, competența profesională, cu experiență și bine condusă este garanția oferirii unui serviciu de îngrijiri la domiciliu de bună calitate.

Persoanele care beneficiază de servicii de îngrijiri la domiciliu sunt persoane vulnerabile fizic și emoțional; în consecință, personalul care oferă serviciile va trebui să fie selectat cu grijă pentru a oferi serviciile cu calm, răbdare și profesionalism.

Selecția personalului.

Recrutarea personalului este foarte importantă în procesul furnizării de servicii. Personalul de la toate nivelele trebuie să demonstreze că are un nivel adecvat de cunoștințe, abilități și experiența pentru postul care îl deține sau pentru care candidează.

A) Criteriile de selecție și angajare

Candidații trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- ◆ Să aibă un nivel adecvat de calificare;
- ◆ Să posede abilități necesare postului solicitat;
- ◆ Experiența în domeniu sau activități asemănătoare;
- ◆ Să fie într-o stare bună de sănătate fizică și psihică;
- ◆ Lipsa cazierului juridic.

B) Etapele selecției și angajării personalului sunt următoarele:

1. Publicitatea făcută postului

Anunțul va fi făcut în presă cu 30 de zile înainte de concurs.

Anunțul trebuie să fie clar privind tipul de profesionist și munca pe care acesta trebuie să-o facă.

Vor fi puse la dispoziție informații detaliate persoanelor interesate: fișa de post care să cuprindă responsabilitățile, calificarea, abilitățile și experiența necesare pentru ocuparea postului respectiv.

2. Înscrierea la concurs

Candidatul va prezenta pentru înscrierea la concurs:

- cerere de înscriere;
- Un curriculum vitae;
- Referințe de la locul de muncă anterior.

Candidații vor fi informați cu privire la data susținerii și condițiile de desfășurare ale interviului.

3. Interviul (selecția inițială).

Selecția este făcută de o comisie formată din cel puțin trei persoane: directorul executiv, coordonatorul de proiect și un profesionist din cadrul echipei operaționale (care reprezintă profesia pentru care se face selecția).

Timpu acordat interviului, condițiile de interviu, întrebările vor fi aceleași pentru toți candidații acordând astfel șanse egale tuturor.

La interviu, candidații sunt informați despre:

- 1) Responsabilitățile și rolul lor, despre valorile care trebuie respectate în organizațiile care furnizează servicii de îngrijire la domiciliu;
- 2) Programul de muncă;
- 3) Programul de educație continuă;
- 4) Condițiile în care pot apărea penalizări ce pot merge de la muștrări, reduceri salariale până la concediere;
- 5) Condiții de plată în caz de boală, maternitate;
- 6) Salariul pe care îl vor primi după angajare;
- 7) Modalitățile de plată pentru orele suplimentare, sîmbăta, duminica și sărbătorile legale.

De asemenea sunt informați despre necesitatea păstrării confidențialității și limitele ei, ca și despre interdicția de a sugera beneficii materiale sau a primi daruri din partea clienților.

Condiții de muncă

Personalul se supune regulilor și dispozițiilor obișnuite ale Codului Muncii.

Durata zilei de muncă și orarul de lucru: durata zilei de muncă ține cont de

disponibilitatea angajatului/ colaboratorului, pe de-o parte, și de nevoile serviciului, pe de altă parte.

Norma de lucru este de 40 de ore pe săptămână pentru personalul angajat cu normă întreagă, de luni pînă vineri.

Serviciile de îngrijire la domiciliu necesită un program flexibil, în funcție de nevoile clienților și de planul de îngrijire elaborat pentru satisfacerea acestor nevoi. Orice modificare în program de lucru va fi anunțată cu 48 ore înainte de către coordonatorul de caz atît personalul echipei, cît și clientului.

În caz de boală sau alte probleme care împiedică respectarea programului de lucru, va fi anunțat coordonatorul de cazuri și responsabilul de echipă în timp util, pentru a putea programa un înlocuitor care să preia cazurile.

Concediile vor fi programate cu cel puțin 3 luni înainte astfel încît procesul de îngrijire să nu fie afectat.

Munca suplimentară, în timpul nopții, sîmbăta și duminica și în zile de sărbătoare: dacă nevoile clientului reclamă, pentru o perioadă scurtă de timp (1 săptămână maxim), o îngrijire continuă, acestea vor fi acordate peste orele de program, pe timpul nopții, sîmbăta, duminica, în timpul sărbătorilor legale.

Personalul nu-și poate modifica orarul de lucru, durata și natura serviciului oferit decît cu o aprobare anterioară a coordonatorului de echipă și nu-și va lua nici un angajament direct în fața beneficiarilor.

Salarizare : personalul beneficiază de salariul prevăzut în contractul de muncă. Plata în cazurile orelor suplimentare și de sărbătoare se va face diferențiat, în funcție de numărul de ore lucrate. Orele suplimentare vor fi compensate cu timpul liber corespunzător sau cu plata în condițiile Codului Muncii. Pe perioada participării la cursurile de educație continuă, personalul va fi plătit integral.

Încetarea raporturilor de muncă: în cazul în care una din părți dorește să înceteze raporturile de muncă, aceasta se va face în conformitate cu normele prevăzute în Codul Muncii, cu un preaviz de 15 zile lucrătoare. În perioada preavizului, persoana va fi obligată să-și desfășoare activitatea ca și mai înainte.

Obligațiile personalului

Obligațiile generale:

- Fiecare persoană își îndeplinește activitatea ce i-a fost încredințată cu atenție, reprezentând fidel interesele legitime ale organizației. Prin atitudinea sa în timpul serviciului, ca și în relațiile cu publicul, aceasta trebuie să se arate demn de încrederea și considerația pe care situația sa o cere.
- Fiecare angajat/colaborator va da dovadă de solidaritate în muncă pentru a-i înlocui pe colegii absenți, în perioada concediilor.
- Fiecare persoana va păstra secretul profesional privind activitatea sa și a observațiilor pe care le-ar putea face , în special în ce privește beneficiarii.
- Fiecare e responsabil de prejudiciile cauzate de nerespectarea acestei cerințe de discreție.
- În caz de absența datorită unei boli sau unui accident, va fi anunțat coordonatorul de echipă.
- Personalul va avea grijă de materialele, echipamentele și obiectele care i-au fost încredințate și răspunde de pierderea sau deteriorarea lor datorită neglijenței sale.
- Personalului îi este interzis să solicite sau să determine promisiuni privind bunuri sau alte avantaje care ar putea compromite independența necesară exercitării activității sale.
- Toți angajații /colaboratorii vor lucra de o manieră în care să respecte drepturile clienților (demnitatea, intimitatea, confidențialitate, alegerea personală).
- Confidențialitatea nu va fi păstrată în cazul în care există un risc pentru client sau pentru cei din jur, ori se pot aduce îmbunătățiri planului individual de îngrijire.
- Orice conflict cu clientul, orice plîngere a clientului/familiei vor fi aduse la cunoștința direct coordonatorului de echipă, în cel mai scurt timp. În acest caz, managerul va cerceta situația ascultînd ambele părți implicate și, împreună cu conducerea organizației, va lua măsurile care se impun.

Preluarea cazurilor și acordarea serviciilor

Solicitările de servicii din partea potențialilor clienți vor fi preluate de către secretarul recepționist (dacă cererea este telefonică) sau de către coordonatorul de îngrijiri.

Evaluarea cazurilor este responsabilitatea asistentului social, a asistenței medicale și a coordonatorului de îngrijiri.

Această echipă, la care se adaugă coordonatorul de proiect, este responsabilă de selectarea cazurilor eligibile și predarea acestora echipei de profesioniști (de îngrijire).

După o informare prealabilă, predarea cazurilor noi îngrijitorilor la domiciliu va fi făcută de un profesionist cunoscut de client la domiciliul acestuia (asistenta medicală, asistent social, coordonator da cazuri).

Îngrijitorii la domiciliu vor acorda clienților serviciile înscrise în planul de îngrijire. Serviciile cerute în plus de către clienți vor fi evaluate și discutate pentru fiecare caz în parte.

Orice cerere din partea clienților pentru servicii suplimentare va fi transmisă coordonatorului de echipă sau coordonatorului de caz și se va lua o hotărâre de modificare a planului de îngrijire, dacă este necesar.

Îndrumare / coordonare

Îngrijitori la domiciliu vor fi coordonați de coordonatorul de îngrijiri și îndrumați profesional de asistentele medicale.

Coordonatorul de caz este persoana care menține legătura între diferiți profesioniști din organizație care furnizează servicii aceluiași client.

Coordonatorul îngrijirilor este persoana din echipă abilitată să integreze serviciile oferite de către organizație cu alte servicii (furnizate de alte organizații, familie, instituții, etc.).

Responsabilul de echipă (coordonatorul de proiect) are sarcina de a controla, evalua și îndruma munca tuturor membrilor echipei: asistente medicale, asistenți sociali, etc.

VIII. Echipa furnizoare de servicii de îngrijire la domiciliu.

În cadrul acestor organizații, există 3 grupe de personal: A, B, C, descrise în continuare.

A. Echipa de conducere include:

1. Directorul organizației
2. Managerii de proiecte
3. Coordonatorul de îngrijiri

B. Echipa de administrație și secretariat:

1. Economistul
2. Secretarul – recepționist

C. Echipa operațională (profesioniștii) este formată din:

1. Medicul generalist / de familie
2. Asistenta medicală
3. Kinetoterapeutul
4. Asistentul social
5. Îngrijitorul la domiciliu
6. Alți specialiști

A. Echipa de conducere

1. Directorul organizației.

Responsabilități generale:

- Își asumă conducerea organizației și responsabilitatea generală pentru îndeplinirea obiectivelor programului/programele de îngrijire la domiciliu;
- Formulează și reformulează politica operațională a echipei;
- Monitorizează aderența membrilor la politica promovată de organizație;
- Asigură respectarea aplicării convențiilor semnate în cadrul organizației și cu alte organizații;
- Elaborează proceduri care permit organizarea și repartizarea optimă a resurselor umane și financiare disponibile și asigură controlul acestora;

- Definiște prioritățile de lucru și de dezvoltate ale organizației care să corespundă nevoilor de servicii comunitare a populației;
- Reprezintă organizația în limitele competențelor sale.

Responsabilități specifice care privesc:

- Implementarea și dezvoltarea programului de îngrijire la domiciliu și al celor de prevenție;
- Continuitatea și calitatea serviciilor prin cooperare cu alți profesioniști din rețeaua medico – socială;
- Calitatea serviciilor prin încadrarea unui personal competent care lucrează în echipă interdisciplinară;
- Cooperarea cu alți profesioniști din rețeaua medico – socială;
- Angajarea personalului;
- Medierea conflictelor;
- Elaborarea procedurilor relative de prevedere a bugetului;
- Controlul periodic al situației financiare;
- Informarea permanentă a Comitetului de Conducere al organizației asupra problemelor importante privind gestiunea și dezvoltarea activităților;
- Colaborarea cu alți parteneri.

2. Managerii de proiect (coordonatorul, responsabilul de echipă).

Responsabilități generale:

- Colaborează direct cu directorul și, prin delegarea făcută de acesta, își asumă responsabilități particulare;
- Furnizează directorului toate informațiile necesare elaborării rapoartelor de activitate;
- Asigură evaluarea performanței și eficacității funcționării echipei;
- Respectă obiectivele programului și principiile de furnizare a serviciilor;
- Urmărește adecvarea răspunsului echipei la nevoile medico – sociale ale clienților;
- Asigură calitatea prestațiilor.

Responsabilități specifice:

În funcție de resursele disponibile, asigură:

- Controlul și conduita personalului pe baza statutului personalului și directivelor conducerii;
- Organizarea și moderarea întâlnirilor regulate ale membrilor echipei;
- Coordonarea și colaborarea specialiștilor care intervin în situații deosebite;
- Evaluarea situațiilor particulare de câte ori consideră necesar;
- Identificare nevoilor organizației, studierea unor soluții posibile și propunerea lor;
- Gestiunea bugetului încredințat de director (salarizarea, materiale,...);
- Deleagă evaluarea unei situații profesionistului cel mai adecvat și controlul furnizării de servicii;
- Garantează utilizarea rațională și eficace a resurselor echipei;
- Evaluează situațiile noi apărute și elaborază un plan de intervenție în conformitate cu obiectivele programului de îngrijire la domiciliu;
- Coordonează serviciile oferite de diferiți membri ai echipei și favorizează comunicarea necesară unei bune colaborări;
- Colaborează cu specialiști din afara echipei și planificarea unor întâlniri, dacă e necesar;
- Participă la angajarea și calificarea personalului;
- Participă la elaborarea și susținerea cursurilor de formare și educație continuă a personalului;
- Stimulează, în măsura posibilităților și a timpului disponibil, realizarea proiectelor echipei privind ameliorarea calității serviciilor oferite populației.

3. Coordonatorul de îngrijiri.

Responsabilități generale:

Coordonatorul de îngrijire are sarcini legate de accesarea, coordonarea tuturor serviciilor de care are nevoie clientul pentru evaluarea, tratament și îngrijire (servicii acordate de propria organizație, dar și altele).

Lucrează atât *direct* cu clienții și rețeaua informală, care îl susține pe acesta, cât și *indirect* prin mobilizarea și coordonarea serviciilor.

Responsabilități specifice:

- Ține evidență cazurilor, informează echipele de evaluatori/managerii de proiecte și se asigură că evaluarea va fi făcută în 48 de ore de la solicitare;
- Ia în evidență cazurile de externat din spitale și va anunța coordonatorii de proiecte și asistenții sociali;
- Ține la zi dosarele clienților pe fișe și dischete;
- Participă, împreună cu evaluatorii de caz și coordonatorul de proiect, la formularea planului de îngrijire, asigurându-se ca preferințele și dorințele clientului sunt respectate;
- Mobilizează rețeaua de suport informal a clientului;
- Contactează alte organizații care pot furniza alte servicii clientului;
- Organizează împreună cu coordonatorii de proiecte programul îngrijitorilor, al asistentelor medicale și al asistenților sociali;
- Se asigură că informația privind planul de îngrijire și datele de reevaluare ale cazurilor au fost înțelese de toate părțile implicate: membrii echipei, client...;
- Negociază serviciile cu clienții și familia acestuia, formulând soluții alternative care să corespundă dorințelor clientului;
- Rezolvă conflictele apărute între client, familie și/sau servicii;
- Participă la monitorizarea și reevaluarea cazurilor, identificând schimbări care se recomandă în maniera de furnizare a serviciilor;
- Participă împreună cu coordonatorii de proiecte la interviul, selecția, angajarea și educația continuă a îngrijitorilor la domiciliu.

B. Echipa de administrație și secretariat.

Secretarul – recepționist

Responsabilități generale:

- Asigură recepția informațiilor și secretariatul organizației;
- Comunică toate informațiile utile profesioniștilor;
- Participă la întâlnirile de echipă.

Responsabilități specifice:

- Informează clienții despre serviciile prestate de către organizație;
- Transmite noile solicitări de servicii responsabililor de echipă și coordonatorilor de cazuri și ia în evidență clienții (redactează fișa de evaluare inițială);
- Asigură ținerea la zi a dosarelor și fișierelor și a datelor statistice privind sarcinile administrative (corespondență, rapoarte);
- Ține planificarea activității echipei;
- Asigură permanența telefonică cu cazurile;
- La indicațiile responsabilului de echipă, poate îndeplini sarcini particulare (plătirea facturilor,...).

IX. C. Echipa operațională (echipa de profesioniști).

Este echipa care este în relație directă cu beneficiarii și este formată din următoarele categorii profesionale: **asistente medicale de teren specializate în nursing comunitar, îngrijitori la domiciliu, asistenți sociali și medici generaliști.**

Aceasta este echipa de bază la care pot fi incluși, în funcție de nevoile clienților, și alți profesioniști: kinetoterapeut, masor, psiholog, logoped.

Modelul agreat și dezvoltat de mai multe organizații neguvernamentale este modelul care utilizează primele patru categorii de profesioniști în care rolul cheie în procesul de îngrijire este deținut de îngrijitorii la domiciliu.

O „celulă” a echipei este formată dintr-un grup de 6-8 îngrijitoare, o nursă comunitară, un asistent social și un medic generalist.

Îngrijitorul la domiciliu oferă servicii de îngrijiri de tip infirmier.

Nursa comunitară oferă servicii de îngrijire și de coordonare a procesului pentru îngrijitorii la domiciliu.

Asistentul social este implicat în evaluarea socială a cazurilor, elaborarea planurilor de îngrijire, suport și consilierea clienților.

Medicul generalist (medicul de familie) este medicul în raza căruia (sau pe lista căruia) este beneficiarul serviciilor noastre; echipa nu are un alt medic care să dublice serviciile.

Asistenta medicală coordonatoare.

Se ocupă de coordonarea activității asistentelor medicale și a îngrijitorilor la domiciliu din organizație.

Responsabilități:

- Lucrează sub îndrumarea medicului, cu care ține legătura permanent, informându-l despre starea beneficiarului la întâlnirile săptămânale sau ori de câte ori este cazul;
- La cerere, face evaluarea nevoilor clientului, identificând resursele de mediu și propune un plan de îngrijire medicală în ce privește câmpul său de competență;

- Participă împreună cu ceilalți membri ai echipei la elaborarea planului de îngrijire globală a clienților, la evaluarea periodică a cazurilor, la luarea deciziilor privind luarea în evidență a unor cazuri noi;
- Predă cazul asistentelor medicale și îngrijitorului la domiciliul clientului;
- Supraveghează evoluția situațiilor (crize, agravare) și raportează celui responsabil;
- Se ocupă de evaluarea, îndrumarea și controlul activității asistentelor medicale și a îngrijitorilor la domiciliu prin vizite periodice la domiciliu clientului și răspunde de continuitatea îngrijirilor acordate beneficiarilor;
- Oferă consiliere și suport clientului și colaborează cu cei din anturajul lui;
- Mediază conflicte între membrii echipei pe care îi coordonează și între aceștia și client;
- Colaborează cu ceilalți membri ai echipei, îi sensibilizează și le furnizează toate informațiile necesare;
- Participă, la angajarea unor noi asistente medicale și îngrijitoare, la cursurile de formare a acestora.

Asistenta medicală.

Responsabilități generale:

- Evaluează nevoile medicale ale clientului;
- Participă la elaborarea planului de îngrijire, stabilind obiectivele specifice relevante pentru câmpul său de intervenție;
- Evaluează atingerea obiectivelor stabilite;
- Colaborează cu clientul și cu anturajul acestuia oferindu-le consiliere și susținere;
- Supraveghează evoluția situației fiecărui client și raportează responsabilului de proiect;
- Sugerează și organizează la nevoie internarea în instituții atunci când nevoile de îngrijire sunt mai bine acoperite în acest fel;
- Deleagă serviciile către îngrijitorul la domiciliu și controlează buna execuție a acestora;

- Își asumă rolul de responsabil într-o anumită situație (poate fi responsabil de caz);
- Colaborează cu ceilalți profesioniști din echipă;
- Transmite informațiile utile celorlalți profesioniști când situația stării de sănătate a clientului s-a schimbat;
- Ține la zi dosarele clienților pe fișe și dischete;
- Face periodic evaluarea situației clienților, împreună cu ceilalți membri ai echipei;
- Participă, la cerere, la formarea și calificarea personalului auxiliar, a stagiarilor și a voluntarilor.

Responsabilități specifice:

- Determină nevoile specifice ale clienților privind serviciile de îngrijire;
- Organizează și asigură serviciile de îngrijire (administrarea tratamentului prescris de medic, recoltarea și transportul probelor biologice/patologice pentru analize de laborator, pansamente, îngrijirea escarelor, urmărirea funcțiilor vitale, etc.) în conformitate cu planul stabilit, ținând cont de resursele și prioritățile clientului și ale medicului;
- Efectuează îngrijiri igienice și prestează activități care duc la creșterea confortului clientului aflat în situații deosebite (criză,...);
- Aplică, la indicația medicului, îngrijiri terapeutice și participă la supravegherea tratamentului;
- Colaborează cu medicul și îi transmite informațiile necesare pentru urmărirea stării de sănătate a clientului;
- Propune măsuri de educare pentru sănătatea clientului și a anturajului său;
- Participă la selecția noului personal cu calificare asemănătoare.

Kinetoterapeutul.

Responsabilități specifice:

- Identifică nevoile clientului în materie de readaptare și reeducare funcțională;
- Analizează nevoile de mijloace auxiliare ale clienților aflați în situații deosebite; ia în evidență clienții care necesită tratament de recuperare;
- Propune tratamente specifice adecvate, oferă consiliere și suport familiei care au ca scop creșterea participării ei la îngrijirea clientului;
- Elaborează programe individuale de recuperare, în funcție de afecțiunea de care suferă clientul, sediul ei, gravitate, existența unor afecțiuni asociate;
- Execută practic manevrele și exercițiile necesare recuperării, conform planurilor de îngrijire individuale ale clienților;
- Caută mijloacele auxiliare cele mai complexe, care să corespundă nevoilor clientului, i le prezintă acestuia și îl instruește cu privire la folosirea a lor;
- Poate delega execuția unor exerciții simple de recuperare îngrijitorilor la domiciliu sau asistentelor medicale după ce, în prealabil, s-a ocupat de instruirea acestora în vederea executării lor corecte;
- Colaborează cu ceilalți membri ai echipei și transmite informațiile utile pentru fișierul informatizat privind resursele folosite de el.

Asistentul social

Asistentul social este persoana aptă să acorde asistență de tip social persoanelor aflate în dificultate pe o perioadă limitată de timp.

Responsabilități generale:

- Determină nevoile clientului și obiectivele specifice relevante pentru câmpul său de intervenție;
- Aplică regulile deontologice prevăzute de profesie, respectă normele și valorile clientului;
- Participă la elaborarea planului de îngrijire;
- Implică pe client și anturajul acestuia în rezolvarea problemelor identificate, colaborând cu toți cei implicați într-o anumită situație;

- Evaluează realizarea obiectivelor;
- Își asumă responsabilitatea unei anumite situații;
- Sensibilizează pe toți cei care intervin în îngrijire în legătură cu consecințe sociale ale bolii, ale unui handicap sau ale bătrâneții.

Responsabilități specifice:

- Face evaluarea nevoilor din punct de vedere social ale clientului și ale anturajului său (probleme legate de relații familiale defectuoase, stare socială, economică-financiară, etc.), identificând nevoile de reinsertie și prevenție pe plan social, profesional și familial;
- Informează clientul despre alternative de îngrijire corespunzătoare nevoilor, sugerând recurgerea la servicii instituționalizate;
- Elaborează un plan social de intervenție în funcție de nevoile specifice ale clientului;
- Asigură prestațiile în conformitate cu planul de îngrijire, ținând cont de resursele clientului și cele de mediu;
- Oferă informații, ajutor și consiliere clientului în probleme sociale;
- Oferă consiliere și suport persoanelor aflate în anturajul clientului și colaborează cu ele, având rol de mediator între client și familie, indivizi și alte grupuri;
- Asigură legătura cu alte servicii, instituții, apărând drepturile, interesele sociale ale clientului și reprezentarea clientului în diverse situații de ordin social;
- Încurajează și susține voluntariatul în acțiunea medico-socială.

Îngrijitorul la domiciliu.

Asigură îngrijirile de tip infirmier (de bază) și îndeplinește sarcini specifice delegate de către asistenta medicală, fizioterapeutică.

Asigură acele sarcini menajere stric legate de o bună desfășurare a activităților de îngrijire, de confortul îngrijitorului și a celui îngrijit.

Responsabilități specifice:

- Asigură îngrijiri personale de bază: toaleta completă/parțială, toaleta intimă, îngrijirea pielii, toaleta bucală, îngrijirea mâinilor și a picioarelor, îngrijirea părului (pieptănat, spălat), baie/duș;
- Ajută clientul imobilizat parțial sau total să-și satisfacă nevoile fiziologice (il ajută să meargă la WC sau îi pune plosca/urinarul pe care le spală după utilizare);
- Ajută clientul la schimbarea lenjeriei de corp (îmbrăcare / dezbrăcare) și a lenjeriei de pat (cu patul sau neocupat de către client);
- Asistă și ajută la hrănirea clientului imobilizat; eventual, face unele cumpărături strict legate de nutriția acestuia;
- Asigură mobilizarea clientului (întoarcere în diverse poziții în pat, transferul din pat în fotoliu sau cărucior cu rotile) și îl ajută să-și păstreze mobilitatea, pe cât posibil, antrenându-l în activitățile de îngrijire și de prevenire a escarelor;
- Contribuie la educarea familiei și a celorlalți din anturajul clientului cu privire la îngrijirea bolnavului imobilizat la pat (efectuarea toaletei, mobilizare, hrănire, etc.);
- Supraveghează administrarea medicamentelor recomandate de către medic, cu excepția tratamentelor parenterale și efectuează alte îngrijiri simple delegate de către asistența medicală;
- Transmite asistentei medicale/medicului observații privind starea generală a clientului (starea emoțională, comportament, starea fizică-puls, temperatură, respirație, dureri, poftă de mâncare etc.);
- Face propuneri care se referă la reducerea riscurilor sesizate în mediul ambiant al clientului și să le reducă sau elimine în măsura posibilităților;
- Este o sursă de suport emoțional pentru client și anturajul acestuia;
- Respectă confidențialitatea clienților pe care îi îngrijește față de persoanele care nu sunt implicate în îngrijirea lor;

- Participă la cursurile de educație continuă de câte ori este nevoie.

Lista serviciilor de tip infirmier.

Persoanele desemnate să realizeze îngrijirile de bază vor efectua următoarele activități:

- ✓ Ajută clientul la dezbrăcare / îmbrăcare;
- ✓ Ajută clientul să se așeze, să se mobilizeze, să se ridice din pat sau să se culce;
- ✓ Ajută clientul să bea și să mănânce;
- ✓ Participă la activități de îngrijire corporală (toaletă, duș, baie, toaletă intimă, toaletă bucală, îngrijirea ughilor și a părului);
- ✓ Ia măsuri de prevenire a escarelor și supraveghează starea de sănătate a pielii;
- ✓ Supraveghează starea generală de sănătate a clientului, urmărind evoluția funcțiilor vitale (temperatură, puls, respirație, tensiune arterială);
- ✓ Aplică unguente și administrează picături;
- ✓ Efectuează mici pansamente care nu necesită cunoștințe despre sterilizare;
- ✓ Pregătește medicamentele și le administrează conform instrucțiunilor asistentei medicale;
- ✓ Schimbă punga de urină, dacă clientul are sondă;
- ✓ Pune plosca/urinarul și le curăță după utilizare;
- ✓ Schimbă lenjeria de pat cu clientul în pat sau fără;
- ✓ Curăță resturile de materiale folosite și aruncă deșeurile;
- ✓ Propune măsuri vizînd prevenirea accidentelor domestice;
- ✓ Efectuează munca menajeră legată direct de mediul clientului.

X. Formarea echipei multidisciplinare și managementul îngrijirilor la domiciliu.

Reorientarea activităților medicale și sociale și furnizarea integrată a serviciilor la domiciliul beneficiarilor a apărut ca o necesitate menită să servească preocuparea pentru creșterea calității serviciilor acordate populației.

Mobilizarea adecvată a tuturor resurselor din comunitate ar crește considerabil calitatea vieții clienților, mulți dintre ei putând să rămână la domiciliu, în ciuda dependenței sau a bolii de care suferă.

Acest lucru înseamnă colaborarea și coordonarea intervențiilor cu alți parteneri din rețeaua de îngrijiri (medici generalişti din policlinici și dispensare, spitale, departamentul de asistență socială din primării, etc.), toate acestea fiind o condiție indispensabilă pentru a răspunde exigențelor calității serviciilor și constrângerilor economice la care suntem supuși.

Pe plan organizatoric, acestea se concretizează prin constituirea echipelor de lucru multidisciplinare sau, mai curînd, interdisciplinare care să cuprindă medici, asistente medicale, asistenți sociali, îngrijitori la domiciliu, kinetoterapeuți, etc..

Formarea personalului cuprinde două mari componente:

1. componentă de formare de bază realizată prin cursul intitulat „Îngrijirea la domiciliu a persoanelor dependente”;
2. componentă de educație continuă realizată prin cursuri care se adresează fie întregii echipe (ex., comunicare în echipă), fie grupelor de profesioniști pe anumite probleme și teme de interes (ex. tratarea escarelor, mobilizarea pasivă și activă a persoanelor imobilizate la pat).

Procesul de furnizare a serviciilor de îngrijire la domiciliu.

Managementul îngrijirilor este procesul prin care serviciile de îngrijire sunt organizate și furnizate după nevoile fiecărui individ.

Oferirea de servicii adaptate după nevoile fiecărei persoane este unul din beneficiile importante ale procesului de îngrijire.

Organizarea procesului de îngrijire se face numai după o prealabilă evaluare a nevoilor. Evaluarea, fie doar simplă, fie complexă, este un proces la care au dreptul toți cei ce solicită servicii sau potențialii beneficiari.

Modelele de lucru pentru fiecare grup specific de beneficiari, au fost dezvoltate în această perioadă de organizațiile neguvernamentale: servicii la domiciliu pentru bătrâni, persoane cu probleme de sănătate mintală, copii cu handicap fizic...

Vom dezvolta în continuare un model de organizare a serviciilor de îngrijire la domiciliu pentru persoanele dependente.

Etapele managementului îngrijirilor.

Cele **7 etape** ale întregului proces de management al îngrijirilor sunt:

1. Informarea populației (a beneficiarilor) despre gama de servicii oferite, în cât timp se poate primi serviciul și care este procedeu prin care se poate obține.
2. Determinarea nivelului de evaluare inițială: procedeu prin care se face o evaluare inițială a nevoilor și, astfel, să putem aprecia care ar trebui să fie nivelul de evaluare pentru a se potrivi cu nevoile fiecărui client.
3. Evaluarea nevoilor: a înțelege nevoile fiecărui individ care solicită servicii și oferă, în funcție de priorități, și de resursele pe care le are organizația.
4. Planul de îngrijire: pe baza nevoilor identificate, elaborarea planului de îngrijire individual.
5. Implementarea planului de îngrijire. Asigurarea cu resurse pe toată durata stabilită până la atingerea obiectivelor din planul de îngrijire.
6. Monitorizarea serviciilor. Control și asigurarea cu resurse astfel ca serviciile să fie furnizate.
7. Examenul de bilanț. Reanalizarea periodică a nevoilor și, astfel, reajustarea planului de îngrijire.

Informarea populației

Dacă un serviciu nu există, nu înseamnă că nevoia pentru acest serviciu nu există.

Primul pas în managementul serviciilor de îngrijire este acela de a informa populația despre gama de servicii oferite care pot să răspundă anumitor nevoi.

Cu alte cuvinte, o organizație care oferă servicii trebuie să-și informeze potențialii beneficiari despre:

- Ce tipuri de servicii sunt furnizate;
- În cât timp pot fi aceste oferite;
- Care sunt criteriile prin care clienții pot fi eligibile pentru un serviciu sau nu;
- Dacă sunt eligibile, care sunt informațiile detaliate despre celelalte etape ale îngrijirilor (evaluarea complexă, plan de îngrijire...);
- Dacă serviciile sunt plătite sau nu;
- Care sunt procedurile de plîngeri și sesizări, în cazul în care, din punctul de vedere al beneficiarului sau furnizorului de servicii complementare ale unei alte organizații;
- Contractul în care se vor specifica drepturile și responsabilitățile fiecărei părți.

Informare se face nu numai pentru ca beneficiarii să poată face o alegere între un serviciu sau altul, ci mai ales, pentru a putea da un cuvînt de spus celui care îl primește și, în acest fel, beneficiarul (clientul) să fie tratat ca un adevărat partener de-a lungul întregului proces.

Informarea se va face de o manieră în care aceleași informații vor fi date în toate locurile sau prin mass-media.

Un limbaj adecvat atât pentru populație, cât și pentru partenerii noștri este, de cele mai multe ori, cheia succesului la debutul furnizării acestor servicii.

Un alt aspect important este cel al balanței între ceea ce organizația spune că oferă și ceea ce poate să ofere cu adevărat.

Uneori, din rațiuni politice, sau din proasta organizare, etapa de informare este fie „sărită”, fie explicită incomplet și atunci ne putem confrunta, de exemplu,

cu situația în care să avem o avalanșă de cereri (cele neeligibile predominând) pe care organizația trebuie să rezolve în timp scurt și cărora personalul nu-i poate face față.

Rezultatul cel mai neplăcut al unor astfel de situații este crearea în rândul opiniei publice a unui sentiment negativ, de respingere privind acest tip de servicii și, ca urmare, poate scădea probabilitatea de a fi desemnate și finanțate ca și servicii publice. Informațiile vor include și criteriile de eligibilitate a cazurilor, ca și criteriile de prioritate.

Respectând aceste standarde, managerii acestor servicii pot avea instrumentul de a stabili clar cum vor fi alocate resursele.

Criterii de eligibilitate a beneficiarilor.

1. Persoanele vârstnice, singure, lipsite de suport informal (familie, prieteni, vecini) care necesită ajutor din partea comunității;
- 2.a Persoanele care necesită *îngrijiri temporare* după spitalizare în vederea recuperării, spre exemplu:
 - Persoane care au suferit operații și se externează din spital și nu au ajutor pentru îngrijire acasă;
 - Convalescenți după AVC (accident vascular cerebral).
- 2.b Bolnavi în stare terminală.
3. Persoanele care necesită îngrijiri de durată, cum ar fi:

Bolnavi cronici care, din cauza bolii, sunt împiedicați să-și desfășoare activitățile cotidiene (hrana, toaleta personală, etc.), fiind imobilizați la pat și necesită ajutor.

Care sunt prioritățile pentru care o persoană poate primi serviciile mai rapid?

Există trei categorii de priorități:

1. Cei care sunt la risc și au nevoie urgentă de îngrijiri personale (de ex., bătrâni care sunt operați pentru fracturi de col femural și sunt externați din spital direct acasă);
2. Cei care au o boală cronică și au nevoie de îngrijiri personale (de ex., bătrâni după accidente vasculare cerebrale (AVC));

3. Cei care sunt singuri și, pe lângă o boală cronică, dezvoltă și o boală mentală, iar riscul lor este crescut.

XI. Evaluarea serviciilor de îngrijire la domiciliu.

Evaluarea, care este primul serviciu acordat, va fi făcută în termen de maxim 48 de ore de la solicitare. Plafonul maxim de timp de îngrijire acordat unui client pe zi se va stabili conform planului de îngrijire individual, ținând cont de următorii parametri:

- Curba nevoilor;
- Tipul serviciilor;
- Relația cost - eficiență;
- Randamentul în muncă al îngrijitorului;
- Necesitatea de a acoperi prin servicii un număr optim de cazuri.

Evaluarea inițială.

Clienții (sau potențiali clienți) pot fi trimiși și pot beneficia de programul nostru din mai multe surse: dispensare, spitale, policlinici, biserică, servicii sociale din primărie, etc..

Pentru a putea face o evaluare corectă a nivelului de complexitate a evaluării, primul contact între organizația dumneavoastră și cel care va primi serviciul este crucial, mai ales în această perioadă, când serviciul nu este răspândit.

Organizația trebuie să aibă o persoană care să știe să dea toate informațiile necesare și care, în același timp, să știe să întrebe și să descopere adevăratele nevoi ale clienților.

În stadiul actual, organizațiile furnizează o gamă restrânsă de servicii la domiciliu: îngrijiri de tip infermier, tratamente medicale la domiciliu, consultații, evaluări ale nevoilor...

E nevoie să explicăm celor care ne solicită că noi furnizăm, cel puțin în stadiul actual, doar **anumite servicii** la domiciliu.

Serviciile la domiciliu sunt destul de puțin cunoscute. Când li se face publicitate la radio sau ziare, oamenii aud frânturi de informații și le este destul de greu uneori să priceapă despre ce e vorba.

Populația și, uneori, profesioniștii privesc aceste proiecte și serviciile pe care el le oferă mai mult ca pe acte de caritate decât ca pe servicii profesionale.

După ce ne-am asigurat că cel care solicită ajutorul nostru a înțeles ce facem (ce servicii furnizăm) trebuie să avem **o fișă de luare în evidență**, pe care să o completăm rapid.

Fișa trebuie să fie simplă, ușor de completat, dar să conțină datele esențiale pentru a putea să discutăm ulterior datele luate cu echipa și, în cazul în care considerăm că este eligibil, una sau mai multe persoane din echipă vor merge să facă o evaluare a nevoilor cazului.

De multe ori, se întâmplă ca cel din organizație, care furnizează informațiile, să fie aglomerat și timpul alocat pentru fiecare client să fie scăzut sau chiar fișa de evaluare inițială să nu poată cuprinde „totul”, de aceea, ar trebui ca cel care face această evaluare, să orienteze rapid și să pună o serie de întrebări care să descopere adevăratele nevoi. Aceste întrebări sunt, de obicei, foarte delicate și trebuie puse numai cu aprobarea celui intervievat.

Persoana din organizație desemnată să facă această evaluare va fi o persoană antrenată care să stimuleze conversația și care să încerce să descopere alte nevoi semnificative, uneori evitate de cel care face cererea, dar care nu sunt uneori adevăratele nevoi. Graba și superficialitatea sunt adesea cauzele erorilor de „diagnostic” în evaluarea inițială sau în cea complexă.

Când am făcut identificarea inițială a nevoii completând ancheta socială (*fișa de luare în evidență*), este important, ca manageri, să alocăm un nivel adecvat al modului în care se va face ulterior evaluarea pe „teren”. Aceasta este o etapă importantă prin care practic are loc o primă evaluare a nevoilor viitorilor clienți. Pentru unii este nevoie ulterior de o evaluare simplă, pentru alții, care au nevoi complexe, este nevoie de o evaluare complexă.

De obicei, responsabilitatea pentru această activitate este împărțită între secretarul - recepționist (cel care primește mesajul) și manager, care hotărăște nivelul de evaluare.

Ancheta socială (fișa de luare în evidență) poate fi pusă, de asemenea, la dispoziția cadrelor medicale din spitale, dispensare; va fi completată de către acestea și trimisă organizației furnizoare de servicii de îngrijire la domiciliu.

Un aspect important al acestei etape este acela de a clarifica toate nelămuririle pentru cel care este în nevoie și, în special, de a stabili dacă este o urgență sau nu.

Cu toate acestea, managerul trebuie să aibă în vedere o marjă de flexibilitate pentru a putea acorda, atunci când ar fi nevoie, evaluări amănunțite și comprehensive.

Evaluarea nevoilor.

Este procesul prin care înțelegem nevoile fiecărui individ și, în funcție de acestea și de priorități, oferim serviciile conform unui plan de îngrijire.

Evaluarea o considerăm un drept al celor ce solicită servicii. Cu alte cuvinte, o persoană are dreptul să fie evaluată chiar dacă va primi sau nu va primi ulterior un serviciu de îngrijire.

Procesul de evaluare a nevoilor trebuie să fie un proces simplu și rapid. Aceasta înseamnă că noi trebuie să înțelegem ce nevoi sunt pentru a putea furniza servicii adecvate și astfel să justificăm investiția (cheltuiala) pe care am făcut-o. Uneori, nevoia este simplă altele sunt nevoi complexe, care necesită colaborare cu alte organizații (alte ONG – uri, spital...).

Procesul de evaluare a nevoilor e bine să aibă loc la domiciliul clienților pentru a avea o imagine completă asupra mediului în care trăiesc acestea și a descoperi alte nevoi.

Locul în care se va desfășura evaluarea poate influența uneori decisiv acordarea ulterioară de servicii la domiciliu. Dacă evaluarea se face acasă, putem să aflăm mai multe date despre viitorul nostru client. Uneori, suntem însă nevoiți să facem această evaluare într-un salon de spital, unde toată lumea este curioasă să afle ce întrebări punem.

Dacă ați făcut evaluarea și observați că ar mai fi multe de discutat, puteți să reveniți pentru o nouă evaluare, încercând, pe cât posibil, să găsiți un loc intim în care clientul să se destăinuie.

Evaluarea este un proces cheie de care depinde oferirea serviciilor pe viitor; o evaluare corectă va avea ca rezultat un plan de îngrijire corespunzător.

Fișa de evaluare a nevoilor trebuie să conțină următoarele tipuri de date:

- Date biografice;
- Date despre locuință;
- Date despre starea economico-financiară;
- Date medicale (boli, medicație, stare psihică, mai ales cea emoțională, dietă, mobilitate, igienă);
- Date sociale (relațiile cu familia, relațiile cu prieteni/vecini, cine îl mai ajută, etc.);
- Activități zilnice de rutină (conform unei grile, se evaluează ce poate să facă și ce nu);
- Religie;
- Evaluarea riscurilor.

Toate datele trebuie scrise și semnate de către cel care a făcut evaluarea.

La sfârșitul evaluării, clientul ***trebuie să știe:***

- Care din membrii organizației hotărăște dacă el este sau nu eligibil;
- Pentru ce tipuri de nevoi putem noi să furnizăm servicii;
- Dacă noi nu furnizăm anumite servicii cine le furnizează, unde și cum poate fi contactat;
- Când poate să ceară o nouă evaluare;
- Care este procedura de reclamație / contestație și cui i se adresează în cazul în care este nemulțumit de procesul de evaluare sau, mai târziu, de serviciile de care beneficiază.

În concluzie:

- ✓ Evaluarea trebuie să fie un proces simplu și rapid;
- ✓ Evaluarea este un proces individualizat;

- ✓ Dacă nevoile sunt complexe și nu le puteți acoperi, faceți aranjamentele necesare cu alte organizații;
- ✓ Nu promiteți că faceți mai mult și mai repede decât puteți într-adevăr să faceți;
- ✓ Încercați să înțelegeți, pe cât posibil, din prima evaluare, care sunt adevăratele nevoi și cum aceste nevoi se întrepătrund;
- ✓ Pentru nevoia pe care o descoperiți în timpul evaluării ca fiind cea mai importantă (care poate fi diferită de cea pentru care sunteți solicitați) alocați resursele: uneori, acesta este un subiect de negociere cu clientul dvs.;
- ✓ Alegeți locul potrivit pentru evaluare;
- ✓ Clarificați împreună cu clientul serviciile care vor fi furnizate (cînd încep, cine le oferă, cîte ore...) de către organizația dvs. și care vor fi oferite de alte organizații;
- ✓ Încercați să aveți o echipă antrenată de evaluatori care să fie aptă să facă evaluările complexe (persoane care știu să evalueze medico-social);
- ✓ Dacă observați diferențe mari în modul de a evalua al membrilor echipei, un nou curs de instruire pentru evaluatori poate fi luat în considerare;
- ✓ Nu uitați că evaluarea este deja primul serviciu pe care îl oferiți, iar acesta, ca și celelalte, va fi oferit de o manieră în care să le respecte principiile îngrijirilor și drepturile fiecărui client.

Serviciile comunitare se vor dezvolta în cadrul unei rețele de servicii oferite de autoritățile locale în strîns parteneriat cu organizațiile neguvernamentale, serviciile de asistență primară ale medicilor generalişti și ale serviciilor de externare ale spitalelor.

Evaluarea este utilă pentru crearea în timp a unei baze de date la nivelul autorităților locale, baza de date care să cuprindă:

- ◆ Tipurile de servicii pe care le solicită populația;

- ◆ Ce servicii sunt acum disponibile (servicii oferite de organizații guvernamentale și neguvernamentale);
- ◆ Ce resurse (bani, personal, echipament, sistem informațional) este nevoie pentru a veni planificat în întâmpinarea acestor nevoi.

*Reforma la nivelul autorităților locale, sistemelor de sănătate și sociale este pe cale să fie implementată; crearea acestor baze de date, unice la nivelul autorităților locale, în care să existe atât nevoile populației cât și serviciile de care este nevoie să întâmpinăm aceste nevoi, va putea permite autorităților locale crearea unui **plan al serviciilor comunitare** și, astfel, alocarea planificată a resurselor de care este nevoie.*

XII. Planul al serviciilor de îngrijiri la domiciliu. Monitorizarea și bilanțul serviciilor de îngrijiri la domiciliu.

A face un plan de îngrijiri înseamnă a identifica cele mai bune căi pentru a atinge obiectivele stabilite în urma evaluării nevoilor și prezentarea lor sub forma unui plan individual de îngrijire.

Acest plan variază în funcție de complexitatea nevoilor fiecărei persoane.

După ce am identificat nevoile, planul de îngrijiri înseamnă să definești exact ce servicii sunt necesare pentru a rezolva aceste nevoi.

Tipuri de servicii furnizate în îngrijirile la domiciliu

a) Îngrijiri de bază:

- ❖ Ajutor la efectuarea toaletei, îmbrăcare/dezbrăcare;
- ❖ Prevenirea și îngrijirea escarelor;
- ❖ Ajutor la prepararea hranei și alimentație;
- ❖ Mobilizarea activă și pasivă;
- ❖ Menținerea mediului ambiant în limite accesibile (căldura, aerisirea,);
- ❖ Menținerea tonusului psihic.

b) Îngrijiri complementare:

- ❖ Servicii menajere strict legate de procesul de îngrijire;
- ❖ Gimnastica recuperatoare;
- ❖ Educația pentru sănătate;
- ❖ Consultații medicale și administrarea tratamentului prescris de medic;
- ❖ Recoltări de probe biologice și patologice pentru efectuarea probelor de laborator; sondaje vezicale pentru cei cu incontinență urinară;
- ❖ Informare, consiliere, apărarea drepturilor și reprezentarea intereselor clientului.

Scopul planului de îngrijire este de a promova independența clienților noștri.

Este util pentru practicieni să aibă în vedere când întocmesc planul de îngrijiri următoarele activități:

- Să stabilească prioritățile;
- Să definească serviciile ce vor fi furnizate;
- Să discute opțiunile și să le aleagă pe cele mai bune;
- Să stabilească cât costă aceste servicii;
- Să stabilească o coordonare a planului;
- Să fixeze data primei reevaluări;
- Să aibă în vedere nevoile care nu pot fi rezolvate de organizație;
- Să scrie planul de îngrijire.

Cînd am optat pentru un serviciu, acest trebuie discutat cu clientul și, eventual, persoana care îl mai îngrijește (soția, vecin).

Managerul este, de obicei, persoana care face prima evaluare și formulează planul de îngrijiri. După 6-8 săptămîni, are loc reevaluarea planului (bilanțul activității de pînă atunci) și, dacă nevoile s-au schimbat, se face un nou plan de îngrijiri.

Ce surse de informare are managerul?

- ⇒ Din supravegherea îngrijitorilor;
- ⇒ Din vizita făcută de el însuși la fața locului;
- ⇒ Din părerile oamenilor (client, familie, vecini,...).

Ce trebuie să conțină planul de îngrijiri?

- ⇒ Obiectivele planului;
- ⇒ Problemele specifice ale îngrijitorilor și ale clienților;
- ⇒ Cine din echipă furnizează serviciul;
- ⇒ Nevoi care nu pot fi rezolvate de serviciu nostru;
- ⇒ Costurile îngrijirilor;
- ⇒ Numele persoanei responsabile de implementarea și reevaluarea planului;
- ⇒ Data cînd se face prima reevaluare a planului (bilanțul).

Ce probleme practice se pun?

Este știut faptul că, în lucru cu bătrîni, un mic serviciu poate însemna foarte mult (poate fi chiar vital) pentru cel care îl primește.

Managerul este pus de multe ori în situația:

- Să ofere puține ore de servicii pentru mai multe persoane sau toate orele pentru una singură?!
- Să ofere toate orele unui îngrijitor la domiciliu sau să sfătuiască familia să-l îngrijească într-o instituție?!
- Să accepte cazuri mai puțin selectate, dar care au încredere în el?!
- Să accepte să lucreze pentru clienți mai degrabă decât cu client?!
- Când ar fi necesar să oferim „toate” orele unui client?!
- Este serviciul furnizat un serviciu „cost eficient” ?!
- Este strategia de planificare reactivă sau proactivă?!
- Colaborează suficient cu celelalte organizații în așa fel încât să ofere clienților săi cele mai bune și ieftine servicii, în timpul cel mai scurt?!

Implementarea planului de îngrijiri.

Este procesul prin care planul de îngrijiri este pus în practică de către unul sau mai mulți profesioniști și sunt furnizate efectiv serviciile de îngrijire.

Un fapt deosebit este că cel care oferă îngrijirile și cel care le primește, deci împreună, să participe la implementarea planului de îngrijire.

Ritmul în care se face implementarea planului de îngrijire este un subiect delicat și va fi negociat cu clientul și cei din familie care îl ajută; uneori, cel mai frecvent la început, este dificil de lucrat și clientul are nevoie de o perioadă de adaptare. Câteodată însă, mai ales când sunt probleme medicale deosebite, situația reclamă o prezență imediată și constantă de la început a echipei furnizoare de servicii de îngrijire.

Serviciile oferite după evaluarea nevoilor și definirea unui plan de îngrijire vor fi alocate de o manieră prin care să ofere un suport minim necesar pentru a asigura oamenilor o maximă independență.

Scopul serviciilor oferite este de a asigura independența celor care le primesc și nu de a crea o dependență față de serviciul furnizat.

Un rol important în cadrul echipei furnizoare de îngrijiri la domiciliu revine asistentelor medicale și îngrijitorilor la domiciliu (există modele dezvoltate care se folosesc preponderent una sau alta din aceste categorii).

Managerul responsabil, după efectuarea evaluării și a planului de îngrijire pentru furnizarea acestor servicii de către echipa multidisciplinară, va avea în vedere câteva puncte:

- ⇒ Planurile de îngrijire sunt individuale și va trebui să aibă în considerație dacă cel care este trimis s-o facă are experiență și cunoștințele necesare;
- ⇒ Dacă cel care e trimis face treabă fără să fie supravegheat la aceleași standarde ca atunci când poate fi supravegheat;
- ⇒ Dacă timpul pentru cel care furnizează serviciile este suficient pentru a se deplasa de la un caz la alt caz.

Managerul va explica celui care merge pe teren care este serviciul pe care îl va furniza, iar aceste servicii vor fi scrise detaliat și semnate de către: manager, cel ce furnizează serviciul și client.

Serviciile vor fi oferite de o manieră prin care să se respecte valorile îngrijirilor la domiciliu (respectarea confidențialității informațiilor obținute în relația cu client, de exemplu.).

Monitorizarea.

Este o formă de supraveghere *proactivă* a implementării și constă în asigurarea implementării obiectivelor propuse și adaptarea planului de îngrijiri nevoilor mereu în schimbare ale clienților.

Monitorizarea se face practic prin:

- ◆ Vizite la domiciliu;
- ◆ Telefoane / scrisori;
- ◆ Consultații între agenții / organizații.

Pe cât de posibil, cel care este responsabil de evaluare, de planul de îngrijiri și implementare ar trebui să fie și cel care răspunde de monitorizare.

Monitorizarea va urmări dacă:

1. Obiectivele propuse în planul de îngrijiri sunt îndeplinite de o manieră cost eficientă;
2. Există o coordonare între îngrijitorii formali și informal pentru a asigura o continuitate în îngrijiri;
3. Avem asigurată calitatea îngrijirilor noastre (asigurarea calității este un proces continuu);
4. Înregistrăm fiecare modificare, chiar minoră, în starea clienților noștri sau a celor care pot contribui la planul de îngrijiri și să ținem cont de ea la bilanț.

Bilanțul.

Frecvența cu care se face bilanțul depinde de complexitatea nevoilor și de nivelul intervențiilor. De obicei, se face cu atât mai frecvent cu cât dinamica nevoilor este mai mare.

Ca și evaluarea, bilanțul se bazează pe analiza nevoilor, iar aceasta va fi făcută nu pe serviciile oferite, ci pe nevoile, preferințele și eficacitatea serviciilor de a rezolva aceste nevoi.

Cei care au fost implicați inițial în definirea planului de îngrijiri inițial vor fi invitați să participe la această etapă.

Ce se analizează la un bilanț?

- ✓ Dacă obiectivele de îndeplinit inițial au fost realizate și dacă mai sunt relevante în continuare;
- ✓ Punctul de plecare pentru o evaluare de etapă este percepția atât a furnizorului, cât și a beneficiarului despre servicii, despre progresele făcute privind starea clientului din momentul furnizării serviciilor de îngrijire la domiciliu;
- ✓ Dacă am avut succes sau nu și de ce; analiza rezultatelor, mai ales a celor în care nu am avut succes și din care putem învăța pentru îmbunătățirea calității serviciilor noastre;
- ✓ Dacă persoana îngrijită devine independentă și va trebui să reducem programul, să explicăm clientului de ce; nevoile sunt în continuă schimbare, iar noi, în

această etapă, va trebui să ne concentrăm pe nevoile actuale și nu pe cele inițiale și, drept urmare, va trebui să adaptăm și serviciul la nevoile ale clienților noștri, dezvoltând un nou plan de îngrijire;

- ✓ Analiza costului și calității serviciilor; alocarea de noi resurse va fi făcută de o manieră prin care să se asigure cost-eficiența serviciilor noastre;
- ✓ Data următoarei vizite pentru o nouă evaluare de etape.

Bibliografia

1. Asistența socială în contextul transformărilor în Republica Moldova, Chișinău, 2008, 111 p.
2. „*Ghid de asistență socială*”; Chișinău, 2005
3. Carata D. „*Servicii de îngrijire la domiciliu*” în publicația didactică „Asistența Socială – un răspuns la problematica grupurilor de risc”, Tipografia UPS „I.Creangă”, Chișinău, 2013
4. Constantin P, Vladus V. „*Servicii de îngrijire la domiciliu*”; Ghid de practică; Ed. Leal, 1998
5. „*Hospice – îngrijiri paliative*” , Ed. Pontos, Chișinău, 2004
6. Mănoiu F., Epureanu V., „*Asistența socială în România*” Ed. All București, pag. 87
7. Mereuță I., „*Sistemele sănătății în Țările Uniunii Europene*”, Chișinău, 1996.
8. Mereuță I., Bujor V., Munteanu L., Saulea A., „*Demnitatea oamenilor bătrâni și asistența lor medico-socială*”, Asociația pentru Demnitatea Umană din RM, Chișinău, 2004
9. Miftode V., Cojocaru M., Cojocaru Ș. „*Populații vulnerabile și fenomene de auto-marginalizare. Strategii de intervenție și efecte perverse*”; Ed. Lumen, Iași, 2002, pag. 60
10. Pop L.(coord), „*Dicționarul de Politici Sociale*”, București, Editura Expert, 2002, 877 p.
11. „*Principii îngrijirii la domiciliu*”, Tipografia Centrală, Chișinău, 2002.
12. Trebici „*Populația terrei, demografie mondială*”; VI, Ed. Științifică București, 1991
13. Zamfir C., Vlăscianu L., „*Dicționarul de Sociologie*”, București, Editura Babei, 1998, 376 p.
14. Барден И., Фогель А., Водрашке Г. „*Домашний уход за больными . Большая книга советов*”, Издательство «СТРИМ», Львов 2001.