

СОЦИАЛНИ УСЛУГИ ЗА СТАРИ ХОРА: КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ ЧРЕЗ ГРИЖА

Социалните услуги за стари хора са дейности, които подпомагат и разширяват възможностите им да водят самостоятелен начин на живот. Проектирани са да задоволяват предимно ежедневни потребности, потребности от сигурност, социални контакти и организиране на свободното време. Техни потребители са лица над 65-годишна възраст, които по причини от възрастов и здравословен характер не са в състояние сами да се самообслужват, да организират бита и социалния си живот, да поддържат хигиената в дома си.

В последното десетилетие тези услуги се изграждат и развиват интензивно въз основа на *концепцията за личностно-центрирана грижа*. Тази концепция поставя потребителя в центъра на процесите на проектиране и доставка на социалните услуги. Фокусът е върху нуждите и изискванията на възрастния човек и неговите близки като стремежът е да се осигури задоволяване на реалните му потребности. Основни в концепцията са принципите на партньорство, комплексно оценяване на потребности и рискове, и максимализиране на независимостта и избора. Използват се също и практики за засилване позициите на потребителя. Включването му в процеса на предоставяне на социалните услуги цели не само подобряване качеството и ефективността на услугите, но и – повишаване удовлетворението на потребителя от потребяваната услуга. Приема се, че активното му участие е средство за поддържане на неговата независимост – от една страна, а от друга – средство за постигане на по-висока степен на съответствие между потребностите на конкретния потребител и параметрите на предоставяната му услуга.

Съгласно концепцията за личностно-центрирана грижа социални услуги не предлагат просто грижа и известни удобства, а максимализират *качеството на живот* на възрастните потребители в степен, съответстваща на физическото и психическо им състояние.

1. Основни измерения на качеството на живот в третата възраст

Качеството на живот е понятие, което се отнася до степента на благополучие и лична удовлетвореност на хората. То се приема за „интегрален показател за състоянието, постиженията и успеха на индивида, неговото семейство, общността и обществото, както и на дейността на различни нива на управлението.“¹ Изследването му позволява да се анализират ефектите от прилаганите политически и управленски решения върху благосъстоянието на хората.

¹ **Тилкеджиев, Н.** Качество на живот и щастие: европейски ренесанс на една традиция. – В: *Отвъд дисциплинарите (само) ограничения*. Сб. С., 2006, с. 122–144.

Немалка част от съвременните изследвания на качеството на живот са насочени към мониторинг на състоянието и развитието на определени групи от населението (жени, деца, емигранти, етнически малцинства и др.). Специално място сред тях заемат изследванията на качеството на живот на старите хора. Засиленият изследователски интерес се дължи на демографските предизвикателства, свързани със застаряване на населението в глобален, европейски и национален мащаб.

В съвременното общество доминират нагласите за запазване и поддържане на добро качество на живот в старостта. Всяко поколение обаче има своя специфична представа за това. Тя е обусловена от опита, образованието, дохода, начина на живот и историческите обстоятелства, в които живее съответното поколение възрастни хора. Днес тези генерационни различия съчетани с увеличената продължителност на живота водят до утвърждаване на позитивна парадигма за старостта. Старостта се възприема като естествен етап от живота на човек. Етап, в който хората продължат да водят здравословен и активен живот, подкрепят просперитета на обществото като дават своя принос, изразен в *грижа* за партньора (съпруг/съпруга), внуци, приятели, роднини; *участие в заетост* като наети, самонаети и неплатени работници в домакинството; *плащане на данъци, потребление на стоки и услуги; предаване на мъдрост, опит, умения* на младите поколения.

Посрещането на тези очаквания, от политическа гледна точка, изисква подобряване на ефективността и ефикасността на политиките в областта на заетостта, здравеопазването и социалната защита. Стремехът при това е да се прибави качество в годините живот чрез създаване на условия и възможности за възрастните хора да поддържат своята мобилност и независимост, активно да участват в обществения живот, адекватно да се приспособяват към предизвикателствата на старостта.

С оглед оптимизиране на политиките са проведени редица изследвания с цел да се разкрият факторите, които влияят на благосъстоянието на хората в третата възраст. Систематизирането на досега правени проучвания² върху качеството на живот на възрастните хора позволява да бъде обобщено, че здравето е важен, но не единствен фактор, определящ качеството на живот в напреднала и старческа възраст. С напредване на възрастта значението му за възрастните хора нараства. То се приема от тях като „основа“ за останалите аспекти от живота им. Наличието

² Обобщенията са направени на осовата на следните проучени публикации: Bowling Ann, Ageing well: quality of life in old age. Maidenhead: Open University Press, 2005; Brow J, Ann Bowling, Terry Flynn, Models of quality of life: overview and systematic review of the literature. European forum on population ageing research, 2004, <http://www.shef.ac.uk/ageingresearch>; Netuveli G., David Blane, Quality of live in older ages. British medical bulletin, 2008, 85:113–126, pp. 115–116; Netuveli G., Richard Wiggins, Zoe Hildon, Scott Montgomery, David Blane, Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). Journal of Epidemiology and Community Health, 2006, 60, pp.357–363; Report of the Quality of Life workshop, European research area in ageing (ERA-AGE), 2005.

на доброто здраве предполага независимост, активност, социално участие. Особено високо здравето е оценявано от хора с хронични заболявания и функционални ограничения, както и тези с ниски доходи. Положителна релация към качеството на живот имат факторите: семейство, запазване на активността, социални контакти, материални условия на живот. Качеството на живот се влошава при изпадане в зависимост от други хора и наличие на функционални ограничения, намаляване на социалните контакти поради загуба на близки и приятели. Изследванията показват още, че за старите хора качеството на живот се свързва с възможността да останат в домовете си дори при тежки заболявания, както и да имат добри отношения със съседите и достъп до добри обществени услуги. За старите хора финансовата сигурност е изключително важна. Тя им дава спокойствие, независимост, възможност да запазят контрола над собствения си живот.

Изследванията очертават измеренията на добрия, пълноценен живот от гледна точка на възрастните хора. Това за тях е свързано с реализиране на възможностите им да водят спокоен, не изпълнен със стресове живот, да имат обичта и признанието на околните, да организират самостоятелно ежедневието си, да са ангажирани в полезни дейности, които носят удовлетворение и положителни емоции. *Ключови за качеството на живот в третата възраст са сферите:* семейство и социални контакти; емоционално благополучие³; активност и свободно време; доходи и условия на живот; здраве и функционално състояние.

Проведените сравнителни изследвания в страните-членки на ЕС установяват, че въпреки значителните различия в икономическите и социални условия на живот в отделните страни, различията между тях по отношение на ценности и приоритети, определящи качеството на живот не са големи. Най-силно влияние върху качеството на живот на възрастните европейци оказват факторите: здраве, финансова сигурност и социални контакти. Резултатите от изследванията подсказват още, че подобряването на качеството на живот в напреднала и старческа възраст е свързано с провеждане на политики, които водят до нарастване на увереността на старите хора във финансово им бъдеще, укрепване на доверието им към социалното обкръжение и редуциране на функционалните им ограничения.

2. Неформална и формална грижа: взаимодействие и координация

Възрастите хора, които поради заболяване, инвалидност или немощ не са в състояние сами да се справят с обективни трудности в ежедневието си се нуждаят от подкрепа. Тя се изразява в помощ при изпълнение на основни и допълнителни дейности. Невъзможността на старите хора да се грижат за себе си напълно или в определени аспекти налага намесата на трети лица. Полаганата от тези лица грижа, условно може да бъде класифицирана на неформална и формална.

³ Тук се има в предвид психологическите аспекти на качеството на живот свързани със състояния на стрес, тревога, удовлетвение от ежедневието, емоционални състояния.

Неформалната грижа се осъществява от семейството, близки, роднини, приятели. Това е ангажимент, който се изпълнява без заплащане в домашни условия⁴. Неформалната грижа включва изключително широк обхват от дейности: къпане, обличане, поддържане на личната хигиена, хранене, приемане на лекарства, управление на личните финансови средства, домакински дейности (пазаруване, готвене, пране, хигиена на жилището), поддържане на връзка със здравни и социални структури и т.н. Конкретните ѝ параметри по отношение на съдържание и интензитет се определят от степента на зависимост на стария човек⁵.

Значителна част от зависимите възрастни хора получават адекватна неформална подкрепа. Не са малко обаче и тези възрастни хора, които нямат близки или са в лоши взаимоотношения с тях, или имат потребности от специфични грижи, които не могат да бъдат посрещнати от семейството, роднините, приятелите, а изискват намесата на специалисти. Такива възрастни хора получават *формална грижа*. Тя е проектирана да минимизира, възстановява или компенсират дефицитите им. Предоставянето ѝ цели да се създадат възможности и условия на възрастните потребители да водят относително независим живот с подкрепа. Те са обслужвани от квалифициран и нает за целта персонал. Получават „пакет от грижи“, който е индивидуално определен след комплексно оценяване на потребностите им при зачитане достойнството и правото им на личен избор. Формалната грижа се реализира под формата на: *домашна грижа* (потребителят е посещаван в дома си); *дневна грижа* (потребителят посещава заведение за определена част от деня или за целия ден); *пансионатен тип или т.нар. институционална грижа* (потребителят напуска дома си, живее в заведение и получава грижа там). Предоставя се от държавата, общините, физически и юридически лица посредством социални услуги в специализирани институции и в общността.

Съществуват различни виждания за връзката между формалната и неформална грижа⁶. Теоретичните допускания са, че взаимодействието между тях се основава на:

⁴ В страните-членки на ЕС такава грижа полагат 9% от жените и 4% от мъжете. Средно на седмица те отделят съответно по 15 и 11 часа за обгрижване на близките си. Second European Quality of life survey – first findings.2009.

⁵ Зависимостта се дефинира като потребност от помощ в ежедневието за продължителен период от време. Колкото по-затруднени и зависими от чужда помощ са възрастните хора при осъществяване на обичайните си дейности толкова по-голяма е необходимостта от непосредствена грижа и контрол.

⁶ Виж. **Moscovice, I., Davidson, G., McCaffrey, D.** Substitution of formal and informal care for the community-based elderly. *Medical Care*, 1988, 26, 10, pp. 971–981; **Daley, A.** Femia, E., Zarit, S. and Ko., Life on the edge: patterns of formal and informal help to older adults in the United States and Sweden. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 2005, 16, 1, pp. 30–50; **Sundstrom, G., Malmberg, B. Johansson, L.** Balancing family and state care: neither, either or both? The case of Sweden. *Ageing and Society*, 2006, 26, 5, pp. 767–782; **Cantor, M. H.** Family and community: changing roles in the ageing society. *The gerontologist*, 1991, 31,3, pp. 337–346.

- *замяна* – формалната грижа отслабва неформалната грижа и я замества.
- *допълване* – формалната грижа допълва неформалната грижа постоянно или само в случай, когато потребностите на възрастния човек от грижи надхвърлят възможностите на семейството да ги задоволи.
- *компенсиране* – формалната грижа компенсира загубата или изчерпването на източниците на неформална грижа. „Компенсацията“ е в йерархична зависимост от родствената връзка⁷.

Систематизирането на проведени проучвания⁸ върху формалната и неформална грижа за възрастни хора позволява да бъде обобщено, че:

- Досега предположението за замяна не е подкрепено от емпирични данни.
- Два типа грижи съществуват *едновременно*. Необходимостта от тях нараства със задълбочаване на функционалните ограничения и възрастта. Осигуряването на необходимия обем от грижа налага съчетаване усилията и възможностите на различни формални и неформални източници на подкрепа. Координацията между тях се основава на разбирането, че грижите трябва да се предоставят по начин, който подкрепя свободата на личния избор и достойнството на възрастните хора.
- Предположението за компенсиране се потвърждава частично. Няма основания да се твърди, че синовете и дъщерите, които се грижат за своите родители търсят формална подкрепа по-често в сравнение с партньора (съпруг/съпруга). По-скоро може да се говори за полови различия в нивата на обгрижване. Предимно жените са тези, които полагат по-тежки и интензивни грижи. Това най-често са съпруги (те също както своите партньори са на възраст и не рядко с влошено здраве), дъщери или снахи (сред тях преобладават тези на възраст между 45 г. – 65 г.).

⁷Приема се, че неформалната грижа се осъществява по роднинска линия в йерархична последователност. Обикновено първо основната отговорност за грижите поема партньора (съпруг/съпруга). Когато той липсва или е в невъзможност да се справи, отговорността се прехвърля на порасналите деца (син/дъщеря). След това следват членовете на разширеното семейство, приятели и т.н. Колкото по-далечна е родствената връзка / или такава липсва / между зависимия възрастен човек и този, който носи отговорност да се грижи за него, толкова необходимата формална подкрепа е по-голяма.

⁸Обобщенията са направени на основата на следните проучени публикации: **Litwin, H., Attias-Donfut, Cl.** The inter-relationship between formal and informal care: a study in France and Israel. *Ageing and Society*, 2009, 29, pp. 71–91; **Huber, M., Maucher, M., Sak, B.** Study on social and health services of general interest in the European union, Final synthesis report. 2009; **Pommer, E., Woittiez, I., J. Stevens.** Comparing care. Den Haag, Social and Cultural Planning office of the Netherlands, 2007; **Huber, M.** Long-term care for older people: the future of social services of general interest in the European union. European center for social welfare policy and research, 2007; **Tesch-Romer, Cl.** Freedom of choice and dignity for the elderly. German Centre of Gerontology, Discussion paper, 2007; Report of the Quality of Life workshop, European research area in ageing (ERA-AGE), 2005; **Moore, St.** Social Welfare alive! Nelson Thornes, 2001.

- Параметрите на неформалната грижа се променят в зависимост от достъпността на формалната грижа⁹. Предлагањето на неформална грижа се насърчава с използване на различни политически мерки. Те включват въвеждане на данъчни облекчения; зачитане за трудов стаж на времето прекарано в грижи за член на семейството; развитие на социални услуги в помощ на хората, които се грижат за зависими роднини (консултиране, временна грижа т.нар. *respire care*¹⁰); формализиране на неформалната грижа¹¹; въвеждане на гъвкави форми на трудова заетост¹². С разширяване позициите на неформалната грижа държавата оптимизира ангажиментите си като трансформира подкрепата и прехвърля част от отговорностите върху семейството.

Съществува голямо разнообразие от програми и схеми за предоставяне на грижа за възрастни хора. В най-общ план могат да се очертаят *три* модела на грижа според разпределението на отговорността за възрастните хора между държавата и семейството, респ. на различно съотношение между формална и неформална грижа. Това са обществен, смесен и семеен модел. При модела на обществената отговорност формалната грижа доминира над неформалната. Държавата поема основна отговорност да посрещне потребностите от грижи. Социалната инфраструктура е изключително добре развита. Предоставянето на неформална грижа е ограничено. Това е моделът на Скандинавските страни. Смесеният модел е познат още като модел на специализация на задачите. При него семейството се ангажира с леки домашни задачи, а професионалистите поемат по-тежките и високоспециализирани задачи по обгрижването. Това е модел, при който формалната и неформална грижа са относително равностойно представени и взаимно се допълват. Към този модел се придържат страните от Континентална Европа. При семейния модел или т.нар. йерархически модел, семейството носи пълна отговорност за зависимия възрастен човек. Формалната грижа се намесва, когато то не е в състояние да продължи с грижите. Този модел е характерен за средиземноморските страни. (*графика 1.*¹³)

⁹ Достъпността се определя от съществуващите социални услуги по количество и вид, тяхната ориентация към потребностите на целевата група, териториалното им покритие и финансова достъпност.

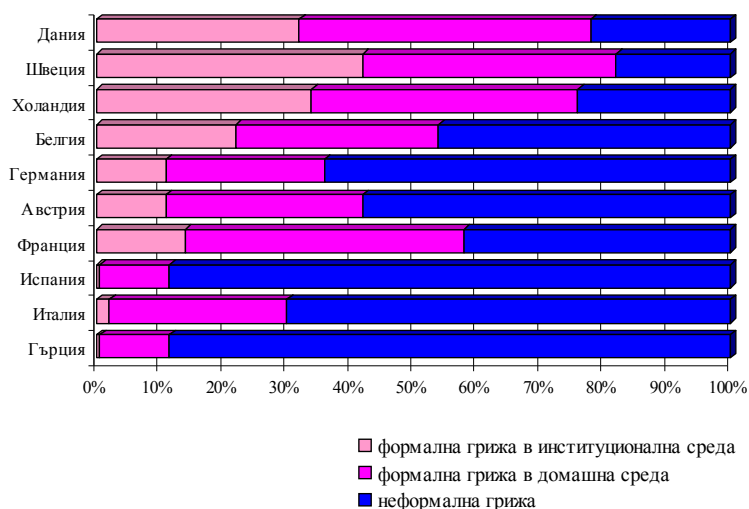
¹⁰ Това е форма на формална грижа, която се осъществява в специализирана институция, дневен център или в дома на потребителя. Тя има за цел да подпомогне хората, които се грижат за близки зависими лица да се откъснат за кратко от задълженията си като временно поверят близките си на грижите на специалисти.

¹¹ Въвеждане на програми от типа на добре позната у нас програма „Асистенти на хора с увреждания“, чрез които се дава възможност на безработни лица, които се грижат за тежко болен член на семейството да получават трудово възнаграждение за полаганите от тях грижи.

¹² Почасова заетост, работа на непълно работно време, работа на срочен договор

¹³ Източник: **Pommer, E., I. Woittiez, J. Stevens.** Comparing care. Den Haag, Social and Cultural Planning office of the Netherlands, 2007, pp. 15.

Графика 1. Баланс между формална и неформална грижа за възрастни хора (в %)



Тази типологизация не обяснява напълно съществуващите системи за подкрепа на възрастните хора. Проучванията на различията между страните-членки на ЕС подсказват, че моделът на грижа, характерен за конкретното национално общество зависи от избрания модел на социалнополитическа регулация, потребностите от грижи, обществените нагласи и очаквания, икономическото развитие и жизнен стандарт. Независимо от съществуващите различия обаче страните следват обща траектория на промени в сферата на социалните услуги за стари хора, насочени към постигане на широка достъпност, високо качество и финансова стабилност.

3. Качество на живот в институционална среда

Институционалната грижа се предоставя в домове пансионен тип¹⁴. Това са институции с обособена служебна организация и определен щат от служители. В тях се извършват дейности по материално обслужване и медицинско наблюдение. Възрастните потребители получават всекидневни грижи по хранене, обличане, лична хигиена и хигиена на обитаваните жилищни помещения, отопление, осветление, медицинско наблюдение и съдействие за достъп до здравни услуги. Задоволяват се също и техните рехабилитационни потребности; потребности в свобод-

¹⁴ Европейската практика в областта на специализираните институции за възрастни хора е разнообразна и включва домове за стари хора, микродомове за стари хора, защитени жилища и различни форми на групов живот в защитена среда, сестрински домове (това са домове за стари хора със засилен елемент на здравна грижа.).

ното време; потребности от контакти със семейството, приятелите, близки и други лица.

Ползването на институционална грижа е въпрос на личен избор. Обикновено възрастните хора предпочитат да постъпят в специализирана институция, защото *не могат да се справят сами* с различни аспекти от ежедневието или защото *не желаят да живеят сами*, ръководени от различни съображения – сигурност, удобство, социални контакти и т.н. Настаняването им в институция се извършва по социални и здравни индикации. Първите са свързани предимно с доходи и жилищни условия, а вторите – с функционално състояние и здравен статус. Проучването на установената практика в развитите европейски страни подсказва стремеж институционализацията на старите хора да се извършва с приоритет върху функционалните ограничения и здравето. Настаняването им в институция по социални индикации се ограничава с разширяване предлагането на социални услуги в общността и поддържане адекватността на минималните пенсионни плащания.¹⁵

В областта на социалното обслужване са познати различни подходи към институционалната грижа¹⁶. Първият подход е наречен *складиране*. При него възрастните хора са оставени на „съхранение“ в институцията като вещи в склад. Персоналът се грижи те да не напускат дома, да бъдат нахранени, изкъпани и облечени. Институционалната грижа задоволява основни ежедневни потребности. Потребителите водят сив и монотонен живот в очакване на смъртта. Вторият подход е определен като *градинарство*. При него възрастните хора са стимулирани да развият своя потенциал. Те са включвани в разнообразни дневни дейности като целта е да се поддържа жизнения им тонус и тяхната положителна самооценка. Институционалната грижа вече освен осигуряване на нормално съществуване включва и организиране на свободното време и социални контакти. *Нормализацията* е друг подход към институционалната грижа. При него възрастните хора не са изолирани от общността. Те запазват съществуващите си умения за привични дейности, поддържат връзка с близките и приятелите си, упражняват известен контрол над ежедневието си.

В последните години се налага нов подход към институционалната грижа, респ. формалната грижа, наречен условно *„качество на живот чрез грижа“*. При него се застъпва виждането, че възрастните потребители трябва да имат по-голям контрол над живота си в институцията. Те трябва да разполагат с реални възможности за избор по отношение на предлаганите им услуги, както и в рамките на конкретно избрана услуга. Също така трябва да имат свободата да вземат решения и да носят отговорността за тях. Приема се, че получаваната от тях грижа трябва да ги подпомага в усилията им да водят пълноценен живот. Това е грижа, която се осъществява по начин, който не ги възпрепятства в изпълнението на

¹⁵ **Huber, M.** Long-term care for older people: the future of social services of general interest in the European union. European center for social welfare policy and research, 2007.

¹⁶ **Moore, St.** Social Welfare alive! Nelson Thornes, 2001, pp. 248–266.

рутинните им задължения, улеснява ги в поддържането на социални контакти, съхранява усещането им за независимост и не ги обезличава като личности. Възрастните потребители получават грижа, която е съобразена с техните индивидуални потребности като търсеният резултат е позитивна промяна в здравето и функционалното състояние, активността, самочувствието и удовлетворението от живота, т.е. постигане на добро качество на живот.

Систематизирането на проведени досега изследвания¹⁷ върху качеството на живот в институционална среда позволява да бъде обобщено, че:

- Няма съществени различия между възрастните хора, настанени в институция и тези, които живеят в общността по отношение на приоритетите, определящи качеството на живот. Възрастните потребители искат да водят спокоен живот в добро здраве, да имат достъп до разнообразни дейности, които да осмислят ежедневието им, да се ползват с подкрепата на семейството и приятелите си. Те обаче оценяват много по-високо, в сравнение с останалите стари хора, такива индикатори на качеството на живот като контрол върху ежедневните дейности, достъп до грижа и качество на средата. Субективното им благосъстояние се определя в най-висока степен от *свободата на избор и контрол*, с които разполагат в институцията, *върху рутината на ежедневието, получаваната грижа и обитаваната жилищна среда*.

- От гледна точка на възрастните потребители качеството на живот в институционална среда е свързано с реализиране възможностите им:

- да получават грижи, които съответстват на потребностите им;
- да бъдат уважавани и ценени от персонала и да получават признание за опита и уменията си;
- да поддържат връзка със семейството си и да запазят контактите си с близки и приятели;
- да имат свободата сами да организират свободното си време, например да отидат на пазар, да посетя децата си, да се разходят и т.н.;
- да имат избор при извършване на рутинни дейности от ежедневието;
- да подредят стаята си в Дома по свои вкус, да внесат в нея свои вещи, ако желаят и да се ползват ефективно от правото си на уединение.

- Възрастните хора, които активно участват при вземане на решението за настаняване в специализирана институция се адаптират по лесно към институционалната среда. Те участват с желание в различни дейности и поемат инициатива за установяване на контакти.

Погледът към изследователския опит върху качеството на живот в институционална среда позволява да се направят констатации със значение за нашата практика:

¹⁷ Обобщенията са направени на основата на следните проучени публикации: Report of the Quality of Life workshop, European research area in ageing (ERA-AGE), 2005; Resident perspectives of the determinants of quality of life in residential care in Ireland. Journal of Advanced Nursing, 1029–1038, 2009.

1. Субективното благосъстояние на потребителите на институционална грижа зависи от характеристиките на обитаваната жилищна и околна среда; броя и квалификацията на персонала; количеството и типа на грижата, предоставяна в институцията; а също и от адаптацията на потребителите към институционалната среда и от тяхното удовлетворение от получаваната грижа. Въздействие оказват и различни травматични събития и тежки заболявания в живота на конкретния потребител, които водят до влошаване на неговото общо физическо и психическо състояние.

2. Осигуряването на добро качество на живот на старите хора в институционална среда се осъществява чрез *предоставяне на подходяща подкрепа и грижа* за преодоляване ограниченията, свързани с възрастта и здравето, както и чрез *подобряване на обкръжаващата среда* – жилищни условия, храна, хигиена, достъп до различни дейности, които носят удовлетворение и осмислят ежедневието им, отношения с персонала и атмосфера в Дома, достъп до информация и поддържане на контакти с близки и приятели.

3. Качеството на институционалната грижа се обвързва със създаването на условия и възможности за:

- избор и независимост на потребителя;
- овластяване на потребителя и включването му в планирането на грижите;
- комплексно оценяване потребностите на потребителя;
- прилагане на механизми за информиране на потребителя и получаване на обратна връзка за предоставяните му от доставчика услуги;
- въвеждане на стандарти за качество на грижата, разработени с участието на всички заинтересовани страни.

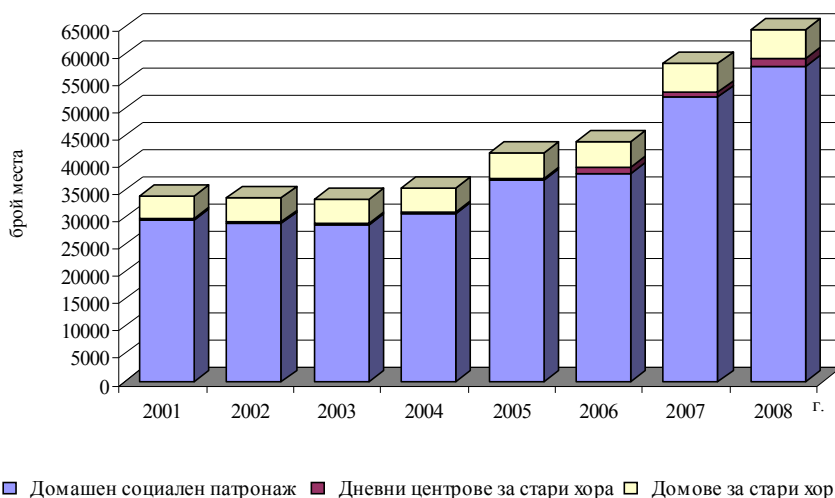
4. Поглед към социалните услуги за стари хора в България през призмата на европейския опит

Социалните услуги за възрастни хора (над 65 г.) у нас са насочени предимно към тези стари хора, които имат дефицити и не са в състояние, сами или с помощта на своите близки, да ги компенсират. Дефицитите са свързани с доходи, здраве, самообслужване и организиране на ежедневието. Затрудненията им обикновено се задълбочават от различни житейски обстоятелства, често включващи загуба и промяна. Старите хора се сблъскват с тях, когато техните собствени ресурси са на изчерпване. Доставката на социалните услуги цели подобряване качеството на живот на възрастните потребители. Основните принципи заложи при дизайна и предоставянето им са:

- недопускане на дискриминация по възраст
- осигуряване на центрирана към личността грижа
- интеграция, координация и съгласуваност между различните ведомства и организации, имащи отношение към определени аспекти на социалните услуги, като се обръща специално внимание на взаимодействието между социалните и здравни грижи.
- промотиране на здравословен и активен начин на живот

Номенклатурата от социални услуги за стари хора включва услуги, които се предоставят в дома на потребителя, в среда близка до домашната и в институционална среда. Това са социален асистент, домашен помощник, домашен социален патронаж, клуб на пенсионера, дневен център за стари хора, дом за стари хора. С най-голяма популярност сред старите хора се ползват Домашен социален патронаж и Дом за стари хора. По данни на Националната статистика за 2008 г. 43 % от потребителите на социални услуги в общността са лица, ползвали Домашен социален патронаж, а от действащите специализирани институции най-голям е броят (100) и капацитета (6072 места) на Домовете за стари хора¹⁸. (графика 2.)

Графика 2. Капацитет на социалните услуги за стари хора в България за периода 2001 – 2008 година



Развитието на социални услуги в домашна среда и в общността е политически приоритет за България. В последните години обаче се наблюдава разширено търсене на институционална грижа за стари хора. Причините за това могат да се търсят в съществуващите традиции в предоставянето на такъв тип грижа у нас, както и в демографските тенденции (увеличаване на дела на самотно живеещите възрастни хора), и социално икономически условия (ниски пенсии, не достатъчни, за да осигурят нормален жизнен стандарт, не развити в достатъчна степен социални услуги в общността за възрастни хора). Институционализацията на старите хора се извършва с приоритет върху социалните индикации. Настаняването им в Дом за стари хора по здравни индикации се ограничава, тъй като съществуващите специализирани институции не разполагат с капацитет да поемат такива потре-

¹⁸ Социални услуги, предоставяни в общността и в специализирани институции през 2008 г. www.nsi.bg

бители¹⁹. Очертава се празнина в услугите за стари хора, свързана с предлагане на специализирани услуги със засилен елемент на здравна грижа в тях. Предоставянето на такава интегрирана грижа за сега е предизвикателство пред социалните и здрави структури в страната. Сериозни дефицити се откриват също и при услугите в подкрепа на неформалните обслужващи лица – консултиране, временна грижа (respite care). Такива услуги липсват не само у нас, но и в останалите нови страни-членки на ЕС, както и в страните от Южна Европа.

Социалните услуги за стари хора се извършват от държавата, общините, както и от вписаните в регистъра на Агенцията за социално подпомагане български физически лица, регистрирани по Търговския закон и юридически лица, физически и юридически лица от други страни-членки на ЕС. Общините инициират развитието на конкретни видове услуги, съобразно местните потребности на населението. В момента 2/3 от услугите за стари хора се предоставят като делегирана от държавата дейност. Организациите-доставчици от неправителствения и частен сектори предоставят социални услуги както самостоятелно, така и съвместно с общините при сключен договор за съвместна дейност. Кметът на съответната община може да им възлага също и управлението на конкретна услуга след проведен конкурс. Социалните услуги се финансират от републиканския бюджет, общинските бюджети и национални програми, донори, по които са държавата и европейската комисия.

Социалните услуги за стари хора трябва да отговарят на определени критерии и стандарти. Спазването им е задължително за всички доставчици. Контролът по изпълнението им се осъществява от Инспекторат към изпълнителния директор на Агенцията по социално подпомагане. Стандартите имат рамков характер и дефинират прагове по отношение на ангажиментите на доставчиците. С оглед стимулиране на социалното предприемачество заложените в тях изисквания не са особено високи. Доставчиците са задължени да осигуряват на възрастните потребители:

- нормални материални условия на живот – хигиенизирани, осветени и отоплени помещения, здравословна и питателна храна,
- медицинско наблюдение и съдействие за получаване на медицинска помощ при необходимост;
- разнообразни дневни дейности;
- свобода на избор при организиране на свободното време и лични контакти.

Създадени са законодателни предпоставки за засилване позициите на потребителя в процеса на предоставяне на социалните услуги. Въведени са нормативни регулации, които задължават доставчиците на социалните услуги:

- да осигуряват информация на потребителите за услугите, които предоставят;

¹⁹ Така например не всички Домове за стари хора разполагат със сектор за лежачо болни.

- да предоставят услугите въз основа на договор, в който ясно и точно да са разписани отговорностите на всяка една от страните;
- да осигуряват възможност за контрол на потребителя върху потребяваната услуга чрез създаване на съвети/комисии, в които участват представители на потребителите и техните семейства, доставчика и персонала;
- да предоставят на потребителя процедури за оплаквания и жалби.

Активното участие на потребителя в процеса на конкретния избор на услуга, нейното планиране, предоставяне, контрол и в оценката на неговите реални потребности за сега у нас е по-скоро намерение, отколкото реален факт.

Насоките за развитие на социалните услуги за стари хора в България са свързани с²⁰:

- разширяване на достъпа до услуги в общността и в домашна среда.
- повишаване на качеството на услугите за дългосрочна грижа и поддържане на тяхната финансовата достъпност;
- повишаване на квалификацията и мотивацията на персонала;
- създаване на работещ механизъм за финансиране на дългосрочната грижа;
- по-добро взаимодействие и координация между здравните и социалните услуги;
- укрепване на ролята на общините и неправителствените организации за предоставяне на разнообразни и гъвкави услуги, адекватни на местните потребности.

5. Специфика в работата на социалния работник при обслужване на стари хора

На общо европейско ниво е прието адекватността и ефективността на социалните услуги да се оценява от позициите на спазването на човешките права. Качеството на грижата се дефинира и оценява не само с промените в здравословното състояние на възрастния човек, а в по-широки рамки, като се включат такива аспекти като свобода на избор и запазване на личното достойнство. Тези аспекти кореспондират в значителна степен с начина, по който социалните работници и други специалисти работят със старите хора. Възрастните потребители очакват от обслужващия ги персонал конкретна практическа помощ и в същото време незабавна проява на отношение на уважение, внимание и отговорност. Това обуславя известна специфика в работата на социалния работник, която макар и пределно общо може да бъде обобщена в следните особености:

1. Възрастните хора не са хомогенна група. При работа с тях следва да се отчита индивидуалния им жизнен път, различията в потребностите и очакванията им. Социалният работник не бива да допуска *стереотипно възприемане на старите хора*, дължащо се на нагласите за старостта като болест, проблем или зависимост.

²⁰ Национална стратегия за здравна и дългосрочна грижа. Национален доклад на Р.България по стратегиите за социална закрила и социално включване, 2008–2010, МТСП, с. 78–85.

Той трябва да признава и подкрепя силните им страни, да осигурява закрила от прояви на насилие и дискриминация. В практиката си следва да отстоява антиейджистка позиция и да стимулира поемането на отговорност от възрастните хора, да насърчава усилията им да водят независим живот.

2. При работа с възрастни хора се наблюдава остра необходимост от *поддръжане на ясен фокус при работа*. Във всеки един момент социалния работник трябва да е наясно какво прави и защо, и в същото време да предава този фокус на своя клиент по подходящ и разбираем за възрастния човек начин²¹.

3. Социалните работници извършват дейности по оценяване на зависимостта²², осигуряване на достъп до подходящи ресурси и социални услуги, управление на процеса на предоставянето им, мониторинг и контрол, посредничество и консултиране. Оценяването на зависимостта включва изготвяне на оценка за потребностите и рисковете пред клиента²³. Оценяването е институционално ориентирано. Отчитат се тези аспекти от живота на възрастния човек, които кореспондират пряко с дейността на съответната институция²⁴. Въз основа на резултатите от оценяването се осигурява достъп на възрастните хора до социални услуги и/или социални помощи. Мониторингът е необходим когато съществуват съмнения за риск²⁵, а когато тези страхове са оправдани, социалните работници могат и да упражнят контрол над клиентите си. Посредничеството помага на възрастния човек и неговите близки да влязат във връзка с различни държавни и общински структури и организации, и да получат, това от което се нуждаят. Консултирането се отнася до разговорите между социалния работник и клиента, при които целта е да се подпомогне промяната или адаптацията на възрастния човек към някои аспекти на живота или взаимоотношения му. Намесата на социалните работници цели подпомаганите възрастни лица:

²¹ Adams, R., Dominelli, L., Payne, M. Social Work: themes, issues and critical debates. Palgrave, London, 2002, pp. 294–296.

²² Зависимостта се дефинира като потребността от помощ в основни и допълнителни дейности в ежедневието за продължителен период от време.

²³ Извършват се дейности по ориентиране в проблемите на клиента, формира не на впечатление за него и ситуацията му, събиране на допълнителна информация, обмисляне на същността на проблема и решаване какво действие да се предприеме от социалния работник или от съответната социалната институция, обсъждане на всичко това с клиента, постигане на договореност с него.

²⁴ Така например при оценяване с оглед достъп до социални помощи, целта е да се установи дали възрастния човек разполага с достатъчно средства за задоволяване на основните си жизнени потребности, а при оценяване за предоставяне на социални услуги, целта е да се определи доколко лицето се самообслужва и организира ежедневието си, т.е. какви са дефицитите му с отношение към услугата.

²⁵ Притесненията на социалния работник са свързани с потенциалните опасности пред възрастния човек, касаещи здравето и безопасността му. Целта е те да бъдат сведени до минимум и да се осигури закрила от насилие, negliжиране, изоставяне, самоувреждане, злоупотреба с имущество и финансови средства.

- да поддържат обичайното за тях качество на живот, т.е. да имат контрол над ежедневието си, да изпълняват рутинните си задължения, да поддържат социални контакти, да бъдат независими и в безопасност.
- да постигат позитивна промяна в ежедневието, изразена в подобряване на физическа активност, самочувствие, самооценка, умения.
- да въздействат върху процеса на предоставяне на социалните услуги, т.е. да упражняват правата си на потребители.

Непосредственото обслужване на старите хора като персонални грижи, ежедневни битови дейности, социални контакти се извършва от персонал с по-ниска квалификация.

5. При работа с възрастни хора социалния работник изпълнява професионалните роли²⁶:

- *Оценител на потребности и рискове.* Социалните работници определят достъпа до социална помощ и услуги според установени критерии. От тях се изисква компетентност както по отношение на информацията, която събират, така и по отношение на контакта, който установяват. При изграждане и поддържане на работни отношения с възрастни хора, изключително полезни са три умения на социалния работник. Това са уменията за емпатия, слушане и установяване на доверие^{27,28}. Социалните работници се сблъскват също и с прояви на насилие, занемаряване, злоупотреби, самонараняване поради немощ. Необходимо е да разпознават риска за себе си, за клиента и за другите и да са в състояние да го избягват или минимизират. Това включва определяне, оценяване и анализиране на риска; балансиране на правата и отговорности по отношение на риска; предприемане на конкретни действия, мониторинг на риска, спазване на процедурите за безопасност.

- *Съветник.* Социалните работници подкрепят клиентите си в усилията им да постигнат промяна като укрепват увереността и стимулират индивидуалната им отговорност за преодоляване на затрудненията. Работата им с възрастни хора

²⁶ Роля – нормативно предписана, стандартизирана форма на поведение, реализирано от индивида в резултат на заемането от него на определена позиция. **Джонев, С.** Социална психология. Т. 2. С., София-Р, 1996, с. 131. Професионалните роли се отнасят до функцията на социалния работник спрямо клиента. Те определят отношението му към него. Ролите са полуавтономни, тъй като социалният работник никога не изпълнява изцяло и само една професионална роля.

²⁷ Доверието е усещането на стария човек, че може да сподели със социалния работник. Това усещане се постига когато социалният работник следва линия на поведение, ориентирана към спазване на следните правила: 1) той е абсолютно ясен по отношение на конфиденциалността – каква информация събира, защо, каква чест от нея подлежи на огласяване, в кои случаи; 2) не позволява очакванията да нарастват, когато не е уверен, че може да ги посрещне; 3) не поема обещания, които не може да изпълни; 4) изпълнява това, което е обещавал да направи.

²⁸ **Sutton, C.** Social Work, Community Work and Psychology. BPS Books, 1996, pp. 70–72.

нерядко е свързана със ситуации, когато клиентите им трябва да вземат решения като това да постъпят в Дом за стари хора или да се доверят на социален асистент. Обикновено това са ситуации натоварени с гняв, обида или самосъжаление от страна на стария човек, и вина от страна на неговите близки. Вземането на подобни решения е провокирано предимно от влошаване на здравословното състояние, влошаване на отношенията с близките, загуба на партньора или друг много близък човек (син, дъщеря) в резултат, на което възрастният човек остава без близки, които да го подкрепят. Социалните работници се намесват, за да подобрят качеството на живот на възрастния човек и възстановят самооценката, самочувствието и желанието му за живот.

- *Организатор на подкрепа.* Социалните работници реализират дейности с пряко и/или косвено въздействие по отношение на конкретен клиент. Те са ангажирани в предоставянето на помощи и услуги. Разработват индивидуални планове, реализират ги и преценяват резултатите на основата на работни отношения с клиента и работа в екип. Планират, организират и контролират собствената си работа и тази на другите с цел постигане на поставените цели.

- *Застъпник на интересите.* Социалните работници осигуряват закрила и спазване правата на възрастните хора. Те се ангажират с хора и организации от името на и в полза на клиента, така че да съдействат за подобряване на качеството на живот като допринасят за подобряване на обхвата и качеството на социалните услуги. Социалните работници съдействат на клиентите си да изразяват потребностите и мнението си, да се организират и поставят исканията си.

- *Агент на контрол.* Социалните работници балансират нуждите, правата и отговорностите на възрастните хора с тези на обществото. Те се намесват в ситуации, когато клиентите им имат поведение неприемливо за общността или начинът им на живот е предизвикателство за останалите и им създава неудобства.

В настоящия момент при работа с възрастни хора българския социален работник изпълнява предимно професионалните роли: *оценител на потребности и рискове, организатор на подкрепа.* Приоритетни за него са трудовите дейности по събиране и предоставяне на информация от и на възрастния потребител; получаване на допълнителна информация за него от други специалисти и институции; улесняване на адаптацията на потребителя към социалното заведение и подпомагане на общуването му с персонала и другите потребители. От социалния работник се изисква също да организира и контролира доставката на услугата, да планира и организира разнообразни дневни дейности, да разработва и актуализира индивидуалните планове за грижи като при тяхното изпълнение той се сблъсква и успява да разпознае и да се справи с етичните дилеми и конфликти, въздействащи върху работата му. Всички посочени дейности социалния работник извършва с отговорност при спазване държавната и институционална политика и процедури като непрекъснато поддържа и повишава професионалната си информираност и квалификация и работи с колегите си в екип.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бяла книга: ефективна подкрепа чрез социални услуги за уязвими групи в България: основни принципи. С., 2009.
2. **Дейвис, М.** Антология на социалната работа. С., Унив. изд. „Св. Климент Охридски“, 2008.
3. Доклад на независима експертна група по въпроса за прехода от институционална грижа към грижи в общността. Европейска комисия, 2009.
4. Дългосрочни грижи в Европейския съюз. Европейска комисия, Люксембург: Служба за официални публикации на Европейските общности, 2008.
5. Закон за социално подпомагане
6. Методика за определяне на числеността на персонала в специализираните институции и социалните услуги в общността.
7. Методика за предоставяне на социалната услуга в общността „Домашен помощник“.
8. Методика на социалните услуги за възрастни хора
9. Методически насоки за работа на специализираните институции за социални услуги и социални услуги в общността по изпълнение на стандартите и критериите за здравни грижи.
10. Методически насоки за работа на специализираните институции за социални услуги и социални услуги в общността по изпълнение на стандартите и критериите за хранене.
11. Национална стратегия за здравна и дългосрочна грижа. Национален доклад на Р.България по стратегиите за социална закрила и социално включване, 2008-2010, МТСП, с. 78–85.
12. Правилник за прилагане на закона за социално подпомагане
13. **Тилкеджиев, Н.** Качество на живот и щастие: европейски ренесанс на една традиция. – В: Отвъд дисциплинарните (само) ограничения. Сб. С., 2006, с. 122–144.
14. Указание за организиране на работа по предоставяне на социалната услуга в общността „Дневен център за стари хора“.
15. Bowling Ann, Ageing well: quality of life in old age. Maidenhead: Open University Press, 2005.
16. **Brow, J.** Ann Bowling, Terry Flynn, Models of quality of life: overview and systematic review of the literature. European forum on population ageing research, 2004.
17. **Huber, M.** Long-term care for older people: the future of social services of general interest in the European union. European center for social welfare policy and research, 2007.
18. **Huber, M., Maucher, M., Sak, B.** Study on social and health services of general interest in the European union, Final synthesis report, 2009.
19. **Litwin, H., Attias-Donfut, Cl.** The inter-relationship between formal and informal care: a study in France and Israel. Ageing and Society, 2009, 29, pp. 71–91.
20. **Moore, St.** Social Welfare alive! Nelson Thornes, 2001.
21. **Pommer, E., Woittiez, I., J. Stevens.** Comparing care. Den Haag, Social and Cultural Planning office of the Netherlands, 2007.
22. **Tesch-Romer, Cl.** Freedom of choice and dignity for the elderly. German Centre of Gerontology, Discussion paper, 2007.