

بنام خدا



Social care services for older people in Iran

دکتر حسین مطلبی - دانشیار بهداشت سالمندی

شهریور ۱۴۰۰

Facts!

- * سازمان جهانی بهداشت و رفاه اجتماعی
- * افزایش تعداد سالمندانی که به تنهایی زندگی می کنند؛
- * بیش از ۹۵ درصد اوقات سالمندان در خانه سپری می شود؛
- * بیماریهای مزمن چندگانه و استفاده از داروهای مختلف؛
- * تعداد تختهای اشغال نشده بیمارستانی؛
- * عدم استقبال سالمندان از برنامه ادغام یافته سالمندی!

Ageing in place *

Social Care Services

مراقبت های اجتماعی شامل مراقبت های شخصی مانند شستشو، لباس پوشیدن، کمک های عملی در تهیه غذا، نظافت منزل و ایجاد فرصت هایی برای معاشرت و فعالیت های اوقات فراغت است.

Adult social care at a glance

Social Care Services in Europe

مطالعات موردی

CASE 1

خانم رزا، ۸۳ ساله، دارای بیماریهای مزمن و مراحل پایان زندگی، با درآمد کم. به دنبال مشکلات قلبی به تازگی از بیمارستان مرخص شده است. اختلال در راه رفتن و نیازمند کمک ۲۴ ساعته برای توالی، خوردن و آشامیدن، تغییر پوزیشن و پانسمان زخم های فشاری، با شوهرش در یک خانه کوچک با حمامی در طبقه بالا زندگی میکند. پسر و دخترش ۳۰ دقیقه (با ماشین) از او فاصله دارند. شوهر وی به علت بیماری و ضعف عمومی نمی تواند در انجام کارها به همسرش کمک کند. خانم رزا دوست دارد بقیه عمر را در خانه و با همسرش سپری نماید.

❖ دانمارک:

ارزیابی قبل از ترخیص از بیمارستان و پیشنهاد سه گزینه جهت انتخاب:

- ۱- انتقال به سرای سالمندان با مراقبت پرستاری و اجتماعی رایگان و پرداخت هزینه برای اقامت و غذا
- ۲- در طی روز اقامت در خانه و شب با انتقال رایگان توسط مقامات محلی، انجام مراقبت های شخصی در آنجا، عصرانه و صبحانه با پرداخت هزینه
- ۳- دریافت خدمات ۲۴ ساعته در خانه همراه با ملاقات یک پرستار از انجمن پرستاران و مراجعه مکرر روزانه جهت کمک در خانه، بدون پرداخت هزینه و کمک به مراقبت شخصی و کارهای خانگی از جمله خرید هفتگی، نظافت و لباسشویی، دریافت وعده های غذایی آماده با هزینه، ارائه وسایل کمک توانپزشکی مانند توالت فرنگی، بالابر، تخت بیمارستان به صورت رایگان و زنگ هشدار

❖ **نروژ:**

تشویق به انتقال به سرای سالمندان با احترام به نظر وی در مورد ماندن در خانه؛ خدمات مراقبت در منزل استاندارد و تأمین نیازهای ۲۴ ساعته از طرف فرزند، دوست، همسایه یا امور خیریه و داوطلب و سازمان های مذهبی؛ در صورت عدم دسترسی به مراقبت های غیر رسمی سعی در متقاعد کردن خانم رزا و همسرش برای زندگی در سرای سالمندان؛ در صورت اصرار برای ماندن در خانه (حق وی) و نگهداری توسط همسر، پیش بینی و ارائه برنامه های رفاهی اجتماعی برای پیشگیری از فرسودگی و استرس همسر؛ ارائه کمک های فنی و حرفه ای مانند ویلچر، بالابر و توالت فرنگی توسط کاردرمانگر؛ مراجعه پرستار خانگی هر سه ساعت یک بار در شبانه روز برای بررسی و مراقبت های شخصی (حداکثر هفت ساعت) برای استحمام، تغذیه و تغییر پوزیشن؛ تمیز کردن خانه هر دو هفته یک بار انجام می شود و در صورت نیاز کمک به خرید و لباسشویی.

❖ انگلستان:

تامین نیازهای خانم رزا از طریق بسته خدماتی تهیه شده توسط اداره خدمات اجتماعی و خدمات بهداشت ملی به دنبال ارزیابی مشترک نیازهای وی:

ویزیت روزانه پرستار؛ مراقبت در منزل از طرف سرویس های اجتماعی برای انجام مراقبت های شخصی؛ تهیه وعده های غذایی کمک به خرید، لباسشویی و نظافت (احتمالاً سه ساعت در هفته)، ارائه وعده های غذایی آماده یا منجمد و زنگ هشدار و تلفن، نصب تجهیزات مناسب مانند بالابر؛ ارزیابی همسر و مراقبت های استراحتی سه ساعت در هفته؛ احتمال ارائه خدمات اجتماعی از یک آژانس خصوصی خدمات مراقبت در منزل (انعطاف پذیرتر و ارزان تر)؛ ممکن است هزینه مراقبت آنقدر زیاد باشد که منجر به تصمیم گیری جهت نگهداری خانم رزادر سرای سالمندان شود. هر گونه هزینه بالاتر از سقف مراقبت در منزل، باید توسط کاربر یا خانواده تأمین شود.

❖ ایرلند

با توجه به کمبود پرستار بهداشت جامعه، ارائه خدمات در جامعه مقدور نخواهد بود. توصیه می شود مراقبت های بیمارستانی ادامه یابد (احتمال ترخیص بعید است)، یا فرد به بخش سالمندان در بیمارستان عمومی (رایگان)، یا به سرای سالمندان خصوصی (با هزینه و احتمال دریافت کمک) انتقال یابد.

انتظار می رود که پسر و دختر (توسط فرزندی که مجرد است به ویژه فرزند دختر) مسئولیت هر دو والدین خود را به عهده بگیرند. در صورت تعهد خانواده برای ماندن خانم رزا در خانه، ارائه خدمات مراقبتی (کمک به انجام امور خانه، تماس روزانه پرستار بهداشت جامعه، مواظبت و پرستاری شبانه) در برخی از مناطق ایرلند، بدون هزینه یا با حداقل هزینه؛ فراهم کردن وسایل کمک توانپزشکی، تهیه غذای آماده با هزینه بسیار کم

در صورت نبودن خدمات دولتی یا داوطلبانه، خدمات خصوصی توصیه می شود که ممکن است در مناطق روستایی نباشد؛ در صورت در دسترس بودن بیمارستان محلی، برخورداری از مراقبت های تسکینی چند ساعت در روز.

بحث در خصوص همسر خانم A پس از مرگ او با مشارکت اعضای خانواده، پزشک عمومی و پرستار بهداشت جامعه (امکان زندگی به همراه پسر یا دخترش؛ ادامه زندگی در خانه فعلی خود با دریافت کمک در انجام کارهای خانه؛ انتقال به یک مسکن پشتیبانی شده (**supported housing**) یا خانه رفاه (**welfare home**) برای سالمندان با استقلال نسبی یا نقل مکان به سرای سالمندان خصوصی در صورت امکان پرداخت هزینه

❖ ایتالیا

ارزیابی توسط اعضای تیم چند حرفه ای متشکل از متخصصان طب سالمندان، مددکاران اجتماعی و پرستاران:

به احتمال زیاد مراقبت در خانه توسط فرزندان؛ یک پرستار و یک مراقب خانگی

سازماندهی خدمات مراقبت توسط یک مددکار اجتماعی و گزارش دوره ای به تیم فوق

ویزیت توسط پرستار حداقل سه بار در هفته؛ کمک به مراقبت و نظافت

شخصی هر روز دو ساعت توسط مراقب خانگی غیرحرفه ای

صحبت با فرزندان توسط مددکار اجتماعی مسئول پرونده برای پرداخت کل

هزینه یا قسمتی از آن.

❖ یونان

مشارکت بالای اعضای خانواده در تنظیم جزئیات همه مراقبت های روزانه؛ استخدام یک خانم به طور خصوصی برای مراقبت در خانه؛ سازمان بیمه ممکن است هزینه مراقبت شبانه را پرداخت کند؛ داوطلبان مراقبت در منزل؛ در صورت انتقال به سرای سالمندان پرداخت هزینه توسط خانواده؛ در مناطق روستایی خدمات کمک رسانی کمتری در دسترس است و همسایه ها از اهمیت بیشتری برخوردارند.

- **آقای B:** ۸۵ ساله، ترخیص از بیمارستان پس از سکتة مغزی، بهبودی خوب همراه با ضعف یک طرفه بدن و اختلال تعادل و اعتماد به نفس، زندگی در خانه دو طبقه و تنها، نگران از انجام کارهای روزمره، دارای یک پسر مقیم کانادا

- **دانمارک:** ارزیابی قبل از ترخیص از بیمارستان جهت نیاز به استفاده از فیزیوتراپی
- توانبخشی در بیمارستان یا در یک مرکز روزانه با مدیریت و هزینه مقدمات محلی
- در حالت ایده آل، ادامه فیزیوتراپی در خانه (اما بعید)

- بازدید یک پرستار از انجمن پرستاری محلی در خانه برای ارزیابی نیاز او به کمک
- هفته ای یا دو هفته یک بار، یک یا دو ساعت ارائه خدمات منزل، خشک شویی و و تحویل روزانه خریدها (با هزینه فردی)، ارزیابی از نظر کمک های فنی و کمک به رفتن به بیرون از منزل، وعده های غذایی آماده (با هزینه)

- در صورت نیاز تهیه یک خانه مناسب تر، بدون پله و راه پله و با یک حمام بزرگ تر (اولویت تهیه خانه با افراد معلول جوان است)، تناسب اجاره با درآمد وی

• **نروژ:**

• ارجاع به یک مرکز توانبخشی برای ویزیت های روزانه

• ویزیت روزانه توسط پرستار مراقبت در خانه و بررسی نیازهای کمک در منزل (برنامه ریزی در بیمارستان قبل از ترخیص)

• در صورت نیاز، ارائه خدمات کمک در منزل: تمیزی خانه هر دو هفته یک بار، خشک شویی و خرید، احتمالاً به دلیل "درماندگی مردانه" نیاز به کمک مضاعف

• ارزیابی کمک های فنی توسط کاردرمانگر، در صورت نیاز نصب بالابر و زنگ هشدار

• فلسفه مهم خدمات مراقبت در منزل در نروژ، ارتقای استقلال و فعالیت و جلوگیری از انفعال است

• پیشنهاد آپارتمان راحت تر (با اولویت بندی)

• پس از شش ماه بازبینی مجدد پرونده

• انگلستان:

- ارزیابی توسط مددکار بیمارستان
- ارزیابی توسط کاردرمانگر برای بررسی نیاز به سازگاری با پله ها و آشپزخانه
- با توجه به شرایط بیمار، حداکثر به مدت شش هفته فیزیوتراپی در خانه یا مراجعه به بیمارستان هفته ای یک بار برای توانبخشی
- هفته ای یک تا دو ساعت و نیم مراقبت در منزل را برای کمک به خرید و لباسشویی
- وعده های غذایی منجمد کل روزهای هفته یا آماده دو روز در هفته
- نصب زنگ هشدار
- کمک به کارهای خانه احتمالاً باید بصورت خصوصی صورت گیرد
- بررسی خدمات پس از یک تا چهار هفته برای نیاز به ادامه مراقبت
- یک وظیفه اصلی ایجاد اعتماد به نفس و توانایی کنار آمدن با شرایط است
- ممکن است فرد از طرف بیمارستان برای ترخیص تحت فشار قرار گیرد، زیرا معالجه وی به پایان رسیده است، حتی اگر همه خدمات در خانه برقرار نباشد.

ایرلند:

- انتقال از یک بیمارستان تخصصی به یک بیمارستان عمومی جهت ارزیابی دقیق تر از توانایی عملکردی وی و تقویت اعتماد به نفس
- آشنایی با پرستار بهداشت جامعه از زمان بستری تا انتقال به خانه، ارجاع به مددکار اجتماعی برای بهبود اعتماد به نفس و کاهش اضطراب (همینطور پرسنل پرستاری، کادر درمانگر بیمارستان یا فیزیوتراپیست)
- ویزیت در خانه توسط پرستار بهداشت جامعه، چهار تا ده ساعت در هفته کمک به خرید، آشپزی، لباسشویی و کارهای خانه و یا دریافت غذا
- دوره های کوتاه مدت مراقبت در بیمارستان به صورت متناوب (مراقبت از تنفس، توانبخشی، کمک به بهبود اعتماد به نفس)، ادامه کمک در منزل و کنترل سلامت عمومی توسط پزشک عمومی و پرستار بهداشت جامعه، انتقال با آمبولانس برای فیزیوتراپی به نزدیکترین بیمارستان
- در صورت دسترسی به واحد مراقبت در منطقه (**District Care Units ; DCUs**) دریافت خدمات توانبخشی مسکونی در تکمیل خدمات روزانه بیمارستان و با هدف بازیابی استقلال
- در صورت درآمد کم باشد، درخواست از مقامات محلی برای کمک مالی تعدیل منزل و ورود به لیست انتظار و احتمالاً انتقال به مسکن های پناهنده (**sheltered housing**)

- **ایتالیا:**

- بررسی توسط واحد ارزیابی سالمندی منطقه (district Geriatric Evaluation Unit)

- توصیه به نقل مکان به مدت سه ماه به یک مرکز روزانه با ارائه غذا و کاردرمانگر

- پس از این مدت بررسی مجدد پرونده وی

- احتمال ارائه مسکن پناهنده (نادر)

• یونان:

- تنها زندگی کردن غیر عادی است و احتمالاً با یک زن جوانتر ازدواج کند.
- عوامل تاثیر گذار بر اتفاقات در زندگی وی: شخصیت، تماس با سایر اقوام ، دوستان و همسایگان ، پوشش بیمه اجتماعی ، خدمات موجود در منطقه و درآمد و مقدار پس انداز
- تماس خدمات اجتماعی بین المللی یونان با یکی از اقوام خارج از کشور دختر یا پسر و بازگشت برای مراقبت از او و یا هماهنگی با بستگان ، دوستان یا حتی همسایگان دور، زندگی با اقوام در شهر دیگر تا زمان مناسب شدن خانه
- در صورت وجود مرکز مراقبت باز برای سالمندان (**Open Care Centre for the Elderly**) دریافت کمک از طریق مددکار اجتماعی از آن مرکز، و امکان زندگی در خانه، فیزیوتراپی و مراقبت های پزشکی، کمک برای خدمات فنی از طرف مقامات محلی
- گزینه های احتمالی دیگر: نصب هشدار ایمنی، یک پرستار در طول شب(با هزینه یا مدت کوتاهی پرداخت توسط بیمه)، یک مراقب در خانه و زندگی با فرد، اقامت کوتاه مدت در یک مرکز توان بخشی اقامت در یک خانه مسکونی (**residential home**)

- **خانم C:** ۷۳ ساله آلمانی، دچار کانفیوز خفیف، زندگی به تنهایی، احتمال غفلت هنگام رانندگی و خرید، تغذیه ضعیف و شواهدی بر عدم رعایت بهداشت، مقصد در خرید غذا با وجود پس انداز قابل توجه در خانه و آلمان، با حریم خصوصی برای خود، مشکوک به کارکنان متخصص، دارای یک برادرزاده در آلمان

- **دانمارک:** معاینه پزشک یا پرستار روانشناس برای بررسی مشکل جسمی یا ذهنی، در صورت مشکل ذهنی بررسی نیاز به دادگاه یا خیر، اطلاع به برادرزاده برای راضی کردن به پذیرش کمک، در صورت موافقت وی تماس پرستار روانشناس با خدمات محلی مراقبت در منزل برای بررسی شرایط وی در خانه
- تشویق به پذیرش وعده های غذایی روزانه (کسر هزینه از حقوق بازنشستگی)
- تشویق به شرکت در یک مرکز روزانه هفته ای یک یا دو بار
- تشویق به دریافت کمک در منزل (تغذیه، بهداشت شخصی و شستشوی لباس، خرید)
- برخی از مقامات محلی تمایل زیادی به ارائه کمک خانگی برای این پرونده ندارند.
- در صورت امتناع از کمک، پرستار روانشناس در تماس مستقیم خواهد بود و در صورت وخیم تر شدن وضعیت وی، بررسی در دادگاه
- در صورت صلاحدید پزشک گرفتن گواهینامه رانندگی

• **نروژ:**

- در صورت تماس همسایه ، خویشاوند یا پزشک مربوطه با خدمات مراقبت در منزل، تماس تلفنی غیر رسمی توسط مدیریت مراقبت در منزل
- سعی در ایجاد اعتماد در وی و تمرکز اولیه وی بر روی کارهای خانه، نظافت و خرید به طور رایگان
- سعی در مطابقت با کارگر مناسب در خانه
- ارائه وعده غذایی آماده سه روز در هفته (در صورت امکان رایگان)
- سعی در متقاعد کردن وی در پذیرش اختلال هوشیاری و نیاز به کمک
- حیاتی بودن تشخیص دمانس توسط متخصص
- نصب سوئیچ امنیتی بر روی اجاق گاز توسط کاردرمانگر

• انگلستان:

- ارجاع به بخش خدمات اجتماعی توسط پرستار روانشناس، ارجاع به یک تیم متخصص بهداشت روان در سالمندان و ارزیابی توسط مددکار اجتماعی، اهمیت نظارت و کنترل
- خدمات اجتماعی این امر را کاملاً مسئولیت خدمات بهداشتی می داند و محدودیت مشارکت ممکن است ایجاد شود، ولی مددکار اجتماعی (به عنوان مدیر مراقبت) خدمات مراقبت در منزل به مدت نیم تا یک ساعت در روز ارائه می دهد مانند: مراقبت و تهیه غذا، ارائه غذای آماده، خرید، نصب زنگ خطر
- در صورت وجود خدمات داوطلبانه : فرصت مکالمه به زبان آلمانی ، موسیقی درمانی و ایجاد ایمنی در خانه (مانند دزدگیر دود)
- برخی از بخشهای خدمات اجتماعی ممکن است وی را برای نظارت به NHS ارجاع دهند و هیچ خدماتی را به او اختصاص ندهند.
- با توجه به دارایی هایش، باید هزینه خدمات اجتماعی ارائه شده را پرداخت کند(بسته به مقامات محلی منطقه ای در محل زندگی وی متفاوت است)

• ایرلند:

- ارزیابی توسط پزشک یا روانپزشک و کنترل توسط پرستار روانشناس، ادامه به روند زندگی معمولی مگر در صورت وقوع بحران (تصادف، بستری شدن)
- بحث و گفتگو بین همسایگان و پرستار روانشناس، پزشک عمومی و احتمالاً روانپزشک و انجام اقدام در مواقع ضروری، تحت حمایت پرستار بهداشت جامعه و همسایگان و متقاعد کردن به پذیرش کمک (از طرف داوطلبین یا کلیسا یا پرستار بهداشت جامعه مانند تهیه غذا)
- در صورت نگرانی جدی و ادامه رد کمک، برقراری کنفرانس موردی توسط نمایندگان خدمات روانپزشکی، خدمات مراقبت و پزشک عمومی جهت کمک در منزل، ویزیت های روزانه، در بیمارستان یا مراکز روزانه، تهیه غذا، مشاوره مالی، تماس با برادرزاده برای کمک و صحبت با او، خدمات کاردرمانگر برای ایجاد امنیت در خانه
- در صورت نیاز، احتمال بستری در بیمارستان، و در صورت نیاز کمک از دادگاه، برای کنترل دارایی وی، مجاب کردن به قبول کمک در منزل، در صورت در دسترس بودن ارجاع به مراکز روزانه ویژه آلزایمر، احتمال مراقبت در خانه پرستاری، خانه های خصوصی برای آلزایمر، در صورت لزوم مراقبت در بیمارستان عمومی یا خصوصی روانپزشکی

• ایتالیا:

- احتمال دریافت خدمات بعید است
- احتمال ویزیت توسط شخصی از کلیسا به صورت داوطلب یا دوست.
- اقدامات، فقط در شرایط حاد انجام می شوند، زمانی که ارزیابی مددکار اجتماعی این باشد که خانم C در خطر است یا برای دیگران خطری دارد.
- شامل تعیین سرپرست برای تعیین نیازها و مدیریت مالی، مراقبت در خانه خود یا خانه پرستاری، استخدام کارگر در منزل برای مراقبت باشد و کمک از خدمات اجتماعی اداره محلی در این موارد

• یونان:

- هیچ خدمات روانپزشکی در جامعه وجود ندارد.
- مداخله فقط در صورت وجود یک بحران بزرگ صورت می پذیرد که احتمالاً اثبات کننده خطر برای خود شخص یا دیگران باشد.
- خدمات اجتماعی بین المللی ممکن است با برادرزاده اش تماس بگیرد.
- در صورت متقاعد کردن وی مراقبت در خانه یا منتقل به خانه مراقبت از سالمندان
- در صورت توجه مددکار امور اجتماعی استان، یا توجه کلیسایی که متعلق به آن است یا جامعه آلمانی های مقیم یونان، ممکن است تحت نظر داوطلبان یا متخصصین قرار گیرد

- **خانم D:** ۷۵ ساله با آرتروز شدید، وی پس از حمله قلبی و به دنبال مرگ ناگهانی همسر از بیمارستان مرخص شده است. با کمک عصا راه می رود، مشکل در انجام کارهای خانه، احساس ضعف جسمی، اعتماد به نفس پایین، زندگی در خانه خود با درآمد کم، همراه با پسرش (راننده است و اکثرا دور از خانه)، خواهرش در نزدیکی او زندگی می کند و همسایگان روزانه به ملاقاتش می روند.

- **دانمارک:** کمک به وی در خانه خود مگر به علت مشکل خاصی انتقال به خانه مناسب تر، تماس با خدمات مراقبت قبل از ترخیص از بیمارستان (توسط پزشک، مسئول پرونده یا خودش)

- ارزیابی توسط پرستار از جهت کمک در خانه و کمک های فنی و در صورت نیاز برنامه ریزی مراقبت در منزل، در صورت نیاز ویزیت کاردرمانگر

- کمک به کارهای خانه هر دو هفته یک بار (به استثنای اتاق های پسرش) و یک بار در هفته حمام ویزیت توسط پرستار، هفته ای یک بار

- در صورت توافق وی و خواهرش، کمک در انجام کارهای خانه توسط او، انتظار از پسرش برای کمک
- ارائه واکر برای کمک به راه رفتن، دستگاه هشدار دهنده خطر (عدم توجه به بازگرداندن اعتماد به نفس او در بیرون رفتن)
- احتمالا کمک خواهر وی و همسایگان برای پیاده روی و خرید بیشتر از کمک در کارهای خانه خواهد بود.

• نروژ:

• در بیمارستان دادن اطلاعات کلی در مورد خدمات مراقبت در منزل از سوی مقامات محلی، توسط یک مددکار اجتماعی یا پرستار، پسر، خواهر و همسایگان او برای کمک در نظر گرفته می شوند

• کمک به تمیز کردن خانه هر دو هفته یک بار، در نظر گرفتن خشکشویی خرید و کمک به حمام توسط پسرش، مگر در صورت نیاز ارائه کمک، ارائه هزینه توسط پسرش

• دقت می شود که خدمات مراقبت در منزل جایگزین مراقبت های خانوادگی نشوند و توانایی خانم D را برای مراقبت از خود از بین نبرند.

• پیشنهاد نصب زنگ هشدار که در نروژ به سرویس آتش نشانی متصل است و هزینه آن ماهانه بیشتر از ۱۶/۵۰ یورو است.

• مشاوره برای تسکین غم و اندوه، یک بار در هفته به مدت چهار تا شش هفته

• کمک پرستار در استفاده از دارو، فیزیوتراپی جهت کمک به بیرون رفتن از خانه

• در صورت احساس تنهایی تشویق به شرکت در یک مرکز خدمات سالمندان شرکت کند.

• گاهی فراهم کردن شرایط و طرحی برای کاهش کرایه تاکسی

• انگلستان:

- نتیجه ارزیابی خدمات اجتماعی احتمالاً این است که وی از طرف پسر ، خواهر و همسایگان خود حمایت می شود.(تمایل به مراقبت هم در نظر گرفته می شود)
- ارائه حمایت های کم مثل نصب زنگ خطر و در صورت نیاز دادن تلفن
- ارائه کمک روزانه توسط برخی خدمات اجتماعی مانند نیم تا یک ساعت مراقبت در منزل را برای کمک به مراقبت شخصی (از جمله استحمام) و هفته ای یک ساعت برای خرید همراه با یک ساعت برای کارهای خانه
- انتظار از وی برای مدیریت کارهای خانه و یا پرداخت هزینه در قبال ارائه آن
- یک یا دو روز در هفته رفتن به یک مرکز روزانه برای برطرف کردن
- ارائه وعده های غذایی منجمد یا آماده
- بررسی نیازهای فنی توسط کاردرمانگر
- مشاوره در ارتباط با غم و اندوه (بسیار بعید مگرتوسط یک سازمان داوطلبانه)
- با توجه به درآمد کم، خدمات ارائه شده توسط خدمات اجتماعی رایگان است یا با هزینه هفتگی ناچیز(گاهها پرداخت کمک هزینه)
- بررسی خدمات احتمالاً پس از یک تا چهار هفته

• ایرلند:

- بررسی شرایط خانه توسط مددکار اجتماعی از طرف بیمارستان
- مسئولیت مراقبت از وی خانواده و دوستان با نظارت پزشک و پرستار بهداشت جامعه است
- با توجه به ضعف جسمی و اکثراً زندگی به تنهایی، ضروری تلقی شدن کمک در خانه یا خدمات مراقب و تماس مددکار اجتماعی بیمارستان یا پرستار بهداشت جامعه یا خانواده با خدمات کمک در منزل
- برای مدت کوتاهی دسترس قرار دادن یک متصدی مراقبت های بهداشتی
- ارجاع به یک بیمارستان روزانه یا یک مرکز روزانه گاهی با امکانات حمل و نقل روزانه، گاهی مرکز مراقبت روزانه خصوصی
- ارائه وعده های غذایی دو تا پنج روز در هفته
- پرستار بهداشت عمومی ممکن است برای ارزیابی نیازهای سازگاری و کمکهای فنی به متخصص کاردرمانی مراجعه کند.
- خانم D توسط شبکه اجتماعی خود به خوبی پشتیبانی می شود ، اگرچه عدم حضور پسرش به این معنی است که او مستحق کمک اضافی است. انتظار می رود مراقبتهای خانوادگی وی ادامه یابد ، از جمله کمک پسر در استحمام.
- حمایت عاطفی برای کمک به مقابله با غم و اندوه، توسط بخش داوطلبانه یا خصوصی و توسط خانواده یا دوستان

• ایتالیا:

- بررسی پرونده در بیمارستان و احتمالاً تصمیم به اینکه اگر فرد از طبقه بالا یا متوسط باشد ، نیازی به کمک ندارد، اگر وی فقیرتر باشد ، ارجاع به مقامات محلی و ملاقات یک مددکار اجتماعی
- بررسی مددکار اجتماعی در خصوص ارائه کمک از پسرش، خواهرش و مشکلات خانوادگی
- مسئولیت درخواست خدمات بر عهده خود فرد است(سالمند) و یا خانواده
- ارزیابی مددکار اجتماعی برای بررسی اینکه آیا وی نیاز به خدمات اجتماعی دارد یا بهداشتی، ارزیابی توانایی مالی و در صورت وضعیت اقتصادی ضعیف ارائه کمک هزینه اندک
- ممکن است که به فرد خدمات بهداشتی مانند توانبخشی رایگان ارائه شود
- برگزاری جلسه تیمی چند حرفه ای توسط مددکار اجتماعی برای توصیه دریافت مراقبت های بهداشتی
- خواهرش ممکن است کمک هزینه مراقبت دریافت کند ، اما این مبلغ بسیار کم است.

• یونان:

- نقش خواهرش در کمک برجسته می باشد
- ممکن است یک فرد یونانی یا خارجی برای زندگی با وی یا ملاقات روزانه استخدام شود برای کمک به مراقبت های شخصی و انجام کارهای خانه (یونانی زبان ها هزینه بیشتری دارند)
- در صورت ناتوانی بیش از ۶۷٪ دریافت مزایای نقدی، از دولت یا سازمان بیمه
- در صورت زندگی در آتن امکان دسترسی به مراقبت در منزل توسط صلیب سرخ یا پرستاری در منزل و نصب هشدار ایمنی
- مراقبت و برنامه ریزی پس از ترخیص از بیمارستان در صورت دسترسی به KAPI (طرح مراقبت در منزل و ..)
- کمیته کمک متقابل اعضا، ممکن است در خرید، لباسشویی و حمام کمک کند.

خلاصه

- خانم A بالاترین سطح نیاز را در بین چهار مورد دارد ✓
- ✓ یک بسته فشرده مراقبت های پرستاری و اجتماعی در دانمارک ، نروژ و انگلیس دریافت می کند.
- ✓ علیرغم اینکه می خواهد در خانه بماند ، و به دلیل نگرانی از کیفیت مراقبت و هزینه های بسته محلی از جانب مقامات محلی ، وی مجبور به پذیرش و بودن در یک خانه پرستاری در نروژ می شود.
- ✓ عامل دوم (هزینه) همچنین می تواند نفوذ بیشتری در دانمارک و انگلستان داشته باشد
- ✓ در انگلستان احتمالاً اگر خانواده خانم A بر این امر اصرار داشته باشد ، هزینه اضافی یک بسته مسکونی در مقایسه با مراقبت در خانه پرستاری، باید تأمین شود.
- ✓ در اکثریت سیستم پزشکی ایرلند ، خانم A بعید است از بیمارستان مرخص شود و احتمالاً از آرزوی پایان زندگی خود در خانه محروم خواهد شد.
- ✓ در ایتالیا ، به دلیل کمبود گزینه های جایگزین ، احتمالاً او به خانه خواهد رفت. او از خدمات، پشتیبانی های منطقی دریافت خواهد کرد ، که ممکن است خانواده اش مجبور به پرداخت آن باشند.
- ✓ در یونان چندین گزینه برای خانم A وجود خواهد داشت، از جمله یک سرپرست که با او زندگی کند ، اما هزینه تمام این گزینه ها بسیار بالا خواهد بود ، و خانواده وی مسئولیت سازماندهی مراقبت ها را بر عهده دارند.

خلاصه

- ✓ در هر شش کشور ، برخی از سطوح خدمات توانبخشی در دسترس آقای B است
- ✓ در دانمارک ، نروژ ، انگلیس و ایرلند می تواند مراقبت در منزل را برای کارهای داخلی ، زنگ خطر و کمک های فنی برای کمک به تحرک داشته باشد.
- ✓ به علت "درماندگی مردانه" به ویژه در ایرلند احتمالاً او در کارهای داخلی کمک زیادی دریافت خواهد کرد.
- ✓ علیرغم وجود کمبودها ، اما انتقال به مسکن مناسب با شرایط مناسب در همه کشورها به جز یونان امکان پذیر است.
- ✓ در یونان ، وابسته به خانواده یا KAPI وابسته می باشد. ازدواج مجدد یا استخدام شخصی برای زندگی با او نیز به عنوان راه حل های احتمالی مراقبت در نظر گرفته می شود.

خلاصه

- ✓ خانم C، با زوال عقل احتمالی، جهت برآورد انواع مختلف نیازهای خود در شش کشور با مشکلات مختلفی روبرو می شود.
- ✓ در ایتالیا، یونان و ایرلند، وی احتمالاً خدمات رسمی دریافت نمی کند مگر اینکه حالت بحرانی پیش بیاید.
- ✓ وی در دانمارک، نروژ، انگلستان و ایرلند توسط یک متخصص ارزیابی می شود.
- ✓ در دانمارک، نروژ و احتمالاً انگلستان، مقدار ناچیزی از خدمات مراقبت دنبال می شود.

خلاصه

- ✓ نیازهای خانم D بسیار ناچیز است ، و او همچنین از پسر و خواهرش کمک می گیرد
- ✓ در دانمارک و نروژ او برخی از مراقبت های خانگی و کمک های فنی را دریافت می کند.
- ✓ در نروژ احتمالاً به او مشاوره در جهت غم و اندوهش پیشنهاد می شود.
- ✓ در انگلستان پاسخ به نیازهای خانم D بسیار متغیر است ، گاهی ممکن است فقط زنگ خطر را ارائه داده شود.
- ✓ او احتمالاً در ایرلند برای کارهای داخلی، مراقبت در منزل را دریافت می کند.
- ✓ در ایتالیا بعید است بعد از ترخیص خدمات رسمی دریافت کند و به خانواده خود تکیه کند.
- ✓ در یونان ، مسئولیت اصلی نیز با خانواده او خواهد بود ، که ممکن است کسی را برای کمک به او استخدام کنند ، یا اینکه ممکن است به KAPI دسترسی داشته باشند.

بحث و نتیجه گیری

- نیازهای هر چهار مورد، در دانمارک ، نروژ(توسط پرستار بهداشت عمومی) و انگلستان (مددکار اجتماعی) به صورت رسمی ارزیابی می شود(ارزیابی جامع و گاهها بیشتر توسط کاردرمانگر،متصدی مسکن،و سایر مسئولان خدمات) و نیازهای مراقبان غیر رسمی نیز در نظر گرفته می شود
- این سه کشور با سیستم مدیریت مراقبت و تحت هماهنگی یک فرد حرفه ای کار می کنند.
- تخصیص خدمات رسمی با معیارهای صلاحیت، ارائه می شود، هزینه با منابع مطابقت داده می شود و تلاش می شود تا به درجه ای از عدالت بین موارد برسد.
- **سطح ارائه خدمات مراقبت های اجتماعی در دانمارک بالاتر از نروژ و در نروژ بالاتر از انگلستان است.**(تنوع فردی و نیازهای فرد، سطح منابع در دسترس و قضاوت افراد در ارزیابی در ارائه خدمات تاثیرگذار هستند)

بحث و نتیجه گیری

- در یونان ، ایتالیا و ایرلند عدم وجود ارزیابی جامع و اقدامات مدیریتی جهت مراقبت نشان دهنده عدم توسعه خدمات مراقبت رسمی برای سالمندان است (نظارت توسط بخش دولتی وجود دارد)
- در یونان ، پزشک محلی یا یک مددکار اجتماعی نقش مشاوره و سازماندهی مراقبت دارد، در ایرلند، پرستار بهداشت جامعه، مددکاران اجتماعی بیمارستان یا پزشک عمومی.
- مداخله معمولاً در مواردی اتفاق می افتد که خانواده نتواند نیازها را برآورده کند و به یک نقطه بحرانی برسد، مدیریت پرونده وجود ندارد، مگر گهگاهی و در کوتاه مدت برای سالمندانی که نیاز به توانبخشی دارند
- خدمات مراقبت اجتماعی رسمی ایرلند تحت سلطه مدل پزشکی محافظت کننده در مواجهه با خطر می باشد و مراقبت در منزل مورد تاکید قرار نمی گیرد.

بحث و نتیجه گیری

- در ایتالیا ، خدمات مراقبت های اجتماعی اختیاری است و تلاشی برای پوشش همگانی یا حداقل استانداردها ندارد و برای سالمندان با درآمد متوسط به پایین اجرا می شود.
- ارزیابی مددکار اجتماعی در سمت و سوی یافتن حمایت سالمند از طرف خانواده است (مراقبتی و مالی)
- مراقبت های مسکونی (Residential care) و مسکن حمایت شده (supported housing) کمیاب است و به دنبال سیاست تعطیلی بیمارستان های روانپزشکی ایتالیا ، یک مشکل جدی برای کنار آمدن خانواده ها با سالمندان مبتلا به دمانس وجود دارد.
- واحدهای ارزیابی سالمندی (UVGs) Geriatric Evaluation Units) مدل جدیدی هستند که عمدتاً در مناطق شمالی و مرکزی ایتالیا ایجاد می شوند ، و ارزیابی مشترک نیازهای بهداشتی و مراقبت های اجتماعی را با بررسی های منظم ارائه می دهند.
- در ایتالیا ، ایرلند و یونان، معیارهای صلاحیت رسمی برای ارائه خدمات مراقبت اجتماعی وجود ندارد. (بر اساس سنت های عمومی و درک افراد است)
- اگر سالمند، یا خانواده او از پرداخت هزینه خدمات خودداری کند ، اگر پزشک یا پرستار بهداشت جامعه تشخیص دهد که نیاز به خدمات دارد ، خدمات ارائه خواهند شد.

بحث و نتیجه گیری

- در یونان ، ایتالیا و ایرلند ، تعهداتی قوی و احساس وظیفه در قبال خانواده هنوز حاکم است. اکثراً سالمندان صاحب اموال هستند و اعضای جوانتر خانواده ممکن است به حقوق بازنشستگی آنها وابسته باشند. به طور مثال در ارتباط با خانم C، خانواده ها در هر سه کشور احتمالاً مسئولیت فردی را که در شرایط او قرار دارد ، به عهده می گیرند.
- اعضای خانواده نقش اصلی را در تأمین هزینه های مراقبت های اجتماعی دارند که با خدمات رسمی در صورت در دسترس بودن، تکمیل می شود، ولی میزان آن کم و بسیار متفاوت است.
- در ایرلند ، فقدان خدمات مراقبت های اجتماعی با بودجه عمومی به این معنی است که تمرکز سیاست مراقبت برای سالمندان، بیشتر روی آسیب شناسی است. در صورت عدم توانایی پرداخت هزینه، سالمند می تواند خود را تحت حمایت پزشکان و پرستاران در یک سیستم پزشکی قرار دهد که سالمندی را به عنوان یک بیماری در نظر می گیرند. خدمات پزشکی غالب و خدمات توانبخشی بسیار کم است.
- مرکزیت خانواده در همه این موارد در همه کشورها موردی مشهود است. خدمات مراقبت های اجتماعی با بودجه عمومی بیشتر نقش تکمیلی دارد، و در هیچ کشوری به میزان خدمات بهداشتی - درمانی، یارانه ای دریافت نمی شوند.

بحث و نتیجه گیری

- در نروژ و دانمارک، خدمات گسترده عمومی، بخش خصوصی را به حاشیه رانده و هزینه خدمات مراقبت را به میزان کمی کاهش داده است
- در یونان بار مالی زیاد خانواده برای رفع نیازهای سالمند، با پوشش بیمه ای و در دسترس بودن مهاجران برای استخدام به عنوان مراقب، این مشکلات تا حدودی برطرف می شود.
- در ایرلند و ایتالیا، ارائه مراقبت های اجتماعی معمولاً به این مساله بستگی دارد که سالمند به مراقبت های بهداشتی نیز احتیاج داشته باشد (ایده مالیات برای تامین مراقبت اجتماعی برجسته نیست)
- در انگلستان، سازمان مراقبت های اجتماعی، متمایز از مراقبت های بهداشتی و متمرکز بر کیفیت زندگی می باشد، به طور فزاینده ای اولویت این است که مراقبت های اجتماعی به عنوان بازوی پیشگیرانه "در تلاش برای کاهش هزینه ها" است.
- در نروژ و دانمارک هیچ شکاف نهادی بین مراقبت های اجتماعی و بهداشتی وجود ندارد و مدل اجتماعی بهداشت، بدان معنی است که پذیرفته شده است که مراقبت های اجتماعی باید به اندازه مراقبت های بهداشتی در دسترس همگانی باشد.
- در یونان، KAPI مشابه نروژ و دانمارک با همان تعهد کار می کنند، اما بودجه در بخش دولتی کم است میزان مراقبت رسمی بستگی زیادی به بخش های داوطلب دارد. **مسئله اصلی سالمندان تنها هستند.**

بحث و نتیجه گیری

- در ایتالیا مراقبت های اجتماعی برای تأمین بودجه با سایر خدمات رقابت می کند و بسیاری از مقامات محلی در چند وقت اخیر بودجه خدمات اجتماعی را کاهش زیادی داده اند. مکان های مناسب در موسسات بسیار کم است، نفوذ کلیسا با ارائه کمک های موقتی همراه است و پس از آن افراد باید بتوانند خودشان شرایط را مدیریت کنند.
- در دانمارک نیازهای سطح پایین به احتمال زیاد برآورده نمی شوند (مثل برگرداندن اعتماد به نفس به خانم D)، اما سیستم مراقبتی دانمارک با سلب مسئولیت از خانواده در انجام امور منزل، این امکان را برای مراقبان خانواده فراهم می کند که وقت کافی برای رسیدگی به این نوع نیاز یعنی حمایت عاطفی و اجتماعی را داشته باشند. دانمارک به علت داشتن یک سیستم رسمی جهت بازدید از خانه توسط پرستار یا مددکار اجتماعی به همه افراد ۷۵ سال یا بالاتر، حداقل دو بار در سال، برای تشخیص نیازهای برآورده نشده برای مراقبت های اجتماعی و بهداشتی، و همچنین مسکن، منحصر به فرد است یونان نیز در قالب KAPI رویکرد مشابهی دارد.