ABORDAREA INTEGRATĂ A PACIENTULUI ÎN CADRUL PROCESULUI DE NURSING COMUNITAR MANAGEMENTUL DE CAZ

MINERVA GHINESCU[1]

Universitatea "Titu Maiorescu" Bucureşti

Cuvinte cheie: *plan de intervenţie comunitară, asistenţă medico-socială comunitară, diagnoză medico-socială, abordarea integrată a pacientului la nivel comunitar*

Rezumat: *Managementul de caz este o metodă de coordonare integrată a serviciilor medico-sociale comunitare incluzând servicii medicale, sociale, îngrijiri la domiciliu şi constă în identificarea tuturor problemelor de dependenţă ale beneficiarului la nivel comunitar, prioritizarea acestora, planificarea intervenţiilor specifice, coordonarea şi monitorizarea implementării intervenţiilor centrate pe beneficiar, în funcţie de resursele disponibile şi evaluarea rezultatelor obţinute. Scopul acestor etape constă în satisfacerea tuturor nevoilor medico-sociale în mediul de viaţă cu reintegrarea socio-profesională.*

Keywords: *community intervention plan, community medical/social assistance, medical/social diagnosis, integrated approach to patient care on a community level*

Abstract: *Case management is an integrated coordination method for social and medical community services including medical/social services and home based care. It implies identifying all of the beneficiaries' needs at a community level, prioritizing them, planning specific interventions, coordinating and monitoring the implementation of the interventions depending on available resources, and evaluating the results. The purpose of these stages is the satisfaction of all medical and the social needs and social and professional reintegration.*

.

Principiul fundamental al procesului de nursing comunitar este reprezentat de faptul că beneficiarul (individul, familia, comunitatea) se află în centrul procesului, alocarea resurselor materiale şi umane în condiţii de eficienţă duce la rezultatele aşteptate în cadrul procesului de planificare.

Eficienţa managementului de caz (10) este analizată în raport cu:

- Alocarea resurselor umane şi materiale în funcţie de cerinţele fiecărui beneficiar
- Gradul de coordonare al serviciilor comunitare integrate (medico - sociale şi îngrijiri la domiciliu) astfel încât să fie acoperite toate nevoile identificate ale pacientului/beneficiarului
- Creşterea eficienţei raportului cost scăzut pentru serviciu comunitar / rezultate preconizate pentru beneficiar.

Managementul de caz la nivel comunitar ca metodă de lucru este definit ca o evaluare a nevoilor individului, a familiei, a comunităţii, a mediului social în care trăieşte şi îşi desfăşoară activitatea, în paralel cu reţeaua de servicii medico-sociale disponibile la nivelul comunităţii (medic de familie, asistent medical comunitar, asistent social, îngrijitor la domiciliu, mediator rom), în urma căreia se construieşte o strategie individuală de intervenţie axată pe nevoile prioritare ale beneficiarului şi a resurselor disponibile. Acest concept de lucru în echipa de intervenţie comunitară se caracterizează prin faptul că furnizorul de servicii specifice nu se mai focalizează pe selectarea beneficiarilor eligibili pentru un serviciu sau intervenţie, ci se focalizează pe identificarea problemelor complexe şi multiple ale persoanei beneficiare (sănătos sau bolnav) şi a resurselor (servicii şi resurse materiale) din reţeaua comunitară care vor fi capabile să rezolve eficient aceste probleme.

În practica nursingului comunitar, managementul de caz presupune acordarea şi coordonarea intervenţiilor necesare beneficiarului de către managerul de caz sau responsabilul de caz, care în acest context poate fi medicul de familie, asistentul medical comunitar, asistentul social sau mediatorul sanitar rom, în funcţie de problemă, nevoia identificată şi în raport de competenţele profesionale solicitate.

Managerul de caz (10) este profesionistul de la nivel comunitar care asigură coordonarea activităţilor de asistenţă medicală, socială sau medico-socială desfăşurate prin activităţile specifice derulate de echipa multidisciplinară (echipa de asistenţă comunitară); acesta stabileşte împreună cu furnizorii de servicii la nivel comunitar (asistenta medicală primară, asistenta socială, îngrijitori la domiciliu), criteriile de eligibilitate ale accesului beneficiarului la anumite servicii, facilitează interacţiunea între membrii echipei comunitare din domenii diferite implicate în procesul de îngrijire.

Fiecare caz complex, prin problemele medico-sociale identificate poate beneficia de un responsabil de caz căruia managerul de caz îi poate delega anumite competenţe pentru coordonarea activităţilor specifice şi implementarea intervenţiilor medico-sociale specializate – planul de intervenţie medicală individualizat, planul de asistenţă socio-profesională, planul de prevenţie primară, secundară sau terţiară, planul de siguranţă şi de evaluarea riscurilor, etc.

Management de caz:

- Coordonează activităţile de asistenţă comunitară, asigurând respectarea etapelor managementului de caz
- Elaborează planul individualizat de intervenţie
- Stabileşte componenta echipei multidisciplinare comunitare
- Asigură comunicarea cu toţi furnizorii de servicii medico-

[1]Autor Corespondent: Minerva Ghinescu, Universitatea "Titu Maiorescu" Bucuresti Facultatea de Medicină şi Medicină Dentară, Strada Gheorghe Petraşcu, nr. 67A, sector 3, Bucureşti, cod 031593, România, e-mail: ghinescu_minerva@yahoo.com, tel +40-0723 235802

ACTA MEDICA TRANSILVANICA Martie 2010; 2(1):7-9

sociale identificaţi
- Coordonează responsabilul de caz, facilitează comunicarea acestuia cu alţi furnizori implicaţi în gestionarea intervenţiilor
- Elaborează planul de evaluare a riscurilor şi de prevenire a complicaţiilor
- Comunică decizia de rezolvare a problemelor în urma evaluării intervenţiilor.

Responsabilul de caz:
- Asigură implementarea planului individualizat de intervenţie
- Asigură furnizarea serviciilor medico-sociale necesare gestionarii problemelor şi nevoilor beneficiarului
- Asigură comunicarea tuturor deciziilor şi serviciilor medico-sociale ce vizează beneficiarul
- Asigură explicarea pe înţelesul beneficiarului a tot ce se realizează pentru rezolvarea problemelor acestuia
- Asigură comunicarea între toţi furnizorii de servicii implicaţi în rezolvarea cazului (asigura medierea intrafamiliala şi colaborarea cu echipa de sănătate comunitară şi monitorizează implementarea serviciilor si intervenţiilor medico-sociale).

Etapele managementului de caz:
- Evaluarea iniţială – culegerea datelor şi prioritizarea problemelor
- Diagnoza medico-socială în funcţie de problemele şi nevoile identificate
- Elaborarea planului de intervenţie
- Aplicarea şi implementarea intervenţiilor specifice medicale, sociale şi îngrijire la domiciliu din planul individualizat
- Evaluarea rezultatelor intervenţiilor inclusiv evaluarea opiniei beneficiarului.

În asistenţa medicală comunitară rezolvarea unui caz complex medico-social presupune aplicarea unui algoritm, presupune parcurgerea unor etape menite să soluţioneze sau să amelioreze nevoile identificate conform următoarei scheme propuse:

a. EVALUAREA INIŢIALĂ – CULEGEREA DATELOR

Orice semnalare sau identificare a unei situaţii medicale sau sociale în cazul unui beneficiar (pacient) dintr-o comunitate, presupune o evaluare iniţială a existenţei problemelor medico-sociale sau nevoilor nesatisfăcute. Pentru a oferi în cadrul serviciilor comunitare integrate ajutor în funcţie de furnizorii de servicii medico-sociale şi îngrijire la domiciliu este nevoie de o evaluare iniţială în cadrul echipei de intervenţie comunitară prin culegerea tuturor datelor necesare şi identificarea tuturor problemelor care necesită intervenţie pentru rezolvarea lor.

Această evaluare complexă are în vedere cunoaşterea tuturor problemelor şi resurselor persoanei beneficiare pentru elaborarea planului de intervenţie. Pentru o evaluare corectă, membrii echipei multidisciplinare trebuie să înţeleagă modul în care elementele contextului social, familial şi individual afectează starea de sănătate şi situaţia socială a pacientului.

În cadrul acestei etape este necesară prioritizarea problemelor persoanei beneficiare în funcţie de gravitate, dar şi în funcţie de resursele disponibile. În acest sens membrii echipei multidisciplinare au următoarele metode de culegere a datelor:
- **Interviul/Anamneza:** surse directe (pacient) sau indirecte (familie, documente medicale)
- **Examenul clinic, examinări paraclinice şi examene de laborator:** examen fizic şi rezultate ale examenelor paraclinice şi de laborator
- **Examene complementare/ evaluarea mediului de viaţă:** ancheta socială, evaluare epidemiologică, evaluarea riscului, evaluarea mediului familial.

Este important pentru membrii echipei multidisciplinare mai ales pentru responsabilul de caz să-şi apropie pacientul şi familia prin:

Examinarea beneficiarului planului de îngrijire / intervenţie:
- Aspecte de natură emoţională
- Aspecte de natură intelectuală (gradul de cunoaştere a bolii, a complicaţiilor acesteia sau a legislaţiei de care beneficiază)
- Aspecte economice ale beneficiarului.

Examinarea cadrului familial:
- Relaţiile dintre membrii familiei
- Compoziţia familiei
- Situaţii medico-sociale de care au mai beneficiat membrii familiei
- Modul în care s-au urmat recomandările medicale sau ajutoare sociale.

Relaţiile pacientului/beneficiarului în comunitatea din care provine:
- Apartenenţa la anumite grupuri sociale
- Responsabilităţi asumate în comunitate.

b. DIAGNOZĂ MEDICO-SOCIALĂ ŞI STABILIREA OBIECTIVELOR DE INTERVENŢIE

După evaluarea iniţială (este necesar un interval cât mai scurt de timp între semnalarea unei situaţii medico-sociale în comunitate şi analiza cazului în funcţie de urgenţa şi gravitatea cazului), în cadrul echipei multifuncţionale se desemnează un manager de caz din rândul membrilor echipei. În funcţie de problemele medicale sau sociale şi de competenţele membrilor echipei, se poate alege ca manager de caz medicul de familie, asistentul social, asistentul medical comunitar etc.

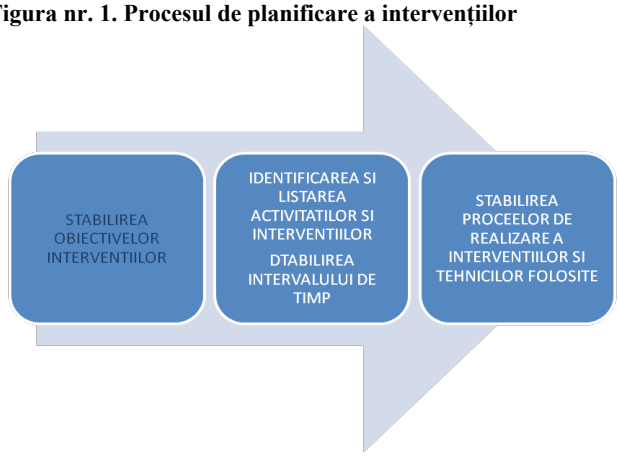
Planul individualizat de intervenţie se va baza în primul rând pe stabilirea obiectivelor de intervenţie, adică a schimbărilor necesare dorite pentru îmbunătăţirea stării de sănătate a pacientului sau rezolvarea unor probleme de natură socială.

c. PLANIFICAREA INTERVENŢIILOR

Este necesară o planificare participativă a pacientului / beneficiarului pentru eficientizarea intervenţiilor.

La baza planului de intervenţie individualizat stau următorii factori:

Figura nr. 1. Procesul de planificare a intervenţiilor



d. IMPLEMENTAREA PLANULUI DE INTERVENŢIE COMUNITARĂ

Intervenţia este partea cea mai vizibilă a planului de

asistenţă medico-socială comunitară. Un plan de intervenţie nu are nici o valoare dacă nu există o înţelegere clară a modului cum va fi implementat.

Pe parcursul implementării, realizării activităţilor planificate, membrii echipei multidisciplinare şi mai ales managerul de caz sau responsabilul de caz trebuie să monitorizeze modul de implementare. În funcţie de rezultatele intervenţiilor asupra problemelor de sănătate şi problemelor sociale ale pacientului / beneficiarului se va decide continuarea sau modificarea acţiunilor prevăzute în planul de intervenţie comunitară.

Monitorizarea implică verificarea modului în care sunt alocate resursele şi efectele acestora asupra pacientului sau beneficiarului.

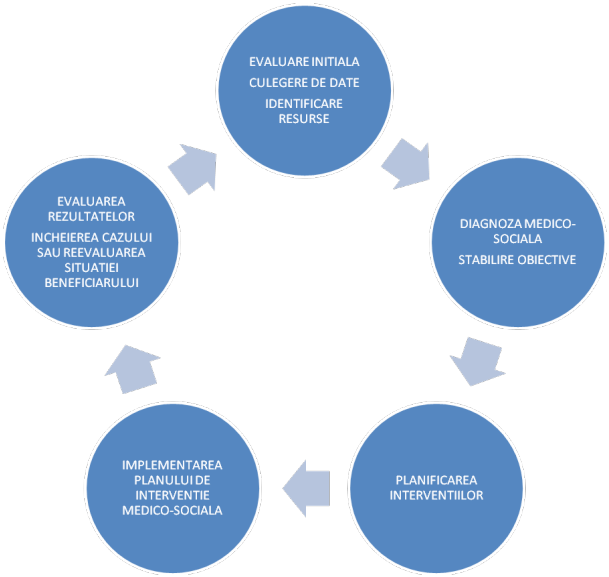
Monitorizarea are ca scop cunoaşterea pe de o parte dacă intervenţiile medicale şi serviciile sociale sunt în concordanţă cu nevoile pacientului, iar pe de altă parte să poată fi realizate modificările în funcţie de rezultatele aşteptate şi evoluţia pacientului respectiv.

e. EVALUAREA REZULTATELOR

Intervenţiile personalizate în cazul asistenţei complexe comunitare trebuie să-şi dovedească eficienţa prin atingerea rezultatelor (obiectivelor) aşteptate. De asemenea, în acordarea asistenţei medico-sociale comunitare, membrii echipei multidisciplinare şi mai ales managerul de caz trebuie să se preocupe de performanţa metodelor folosite în rezolvarea cazului şi cunoaşterea schimbărilor necesare pentru îmbunătăţirea calităţii serviciilor medico-sociale.

Gradul de satisfacţie al pacientului / beneficiarului va fi stabilit prin evaluarea opiniei pacientului cu privire la rezultatele intervenţiilor dar şi asupra serviciilor de care a beneficiat (feed back).

Figura nr. 2. Procesul integrat de intervenţie comunitară



BIBLIOGRAFIE

1. Cojocaru Ştefan: Metode aplicative în asistenţa socială, Editura Polirom 2005
2. De Peretti, Andre; Legrand, Jean- Andre; Boniface Jean: Tehnici de comunicare, Polirom 2001
3. De Lassus, Rene: Analiza tranzacţională, Ed. Teora 1999
4. Irimescu Gabriela, Asistenţa socială a familiei şi copilului, curs IDD Editura universităţii "Al. Ioan Cuza" Iaşi 2003
5. John Snow Inc., IHSM: Practice Management in Primary Health Care, 2002
6. Neamţu, George; STAN Dumitru, Asistenţa Socială - studii şi aplicaţii, Editura Polirom 2005
7. Olăroiu Marinela; Mănoiu Vasile Îngrijiri paleative la domiciliu Editura Viaţa Medicală Românească 2004
8. Reinke, W. Health planning for effective Management New York: Oxford University Press 1988
9. Szekely Csaba, Nursing comunitar - curs Universitatea de Vest "Vasile Goldiş "Arad
10. Zamfir Cătălin, coord. 1999 Politicile sociale în România 1990-1998, Bucureşti, Editura Expert
11. http://en. Wikipedia.org/wiki/Strategic planning.