

2010

# MANAGEMENTUL DE CAZ ÎN SĂNĂTATEA MINTALĂ

Ghid practic

*Managementul de caz reprezintă un proces de coordonare a serviciilor furnizate unui client în sfera socială. În esență, reprezintă un set de etape logice și un proces de interacțiune în cadrul unei rețele de servicii care garantează că beneficiarii primesc serviciile de care au nevoie în mod efektiv, eficient, rentabil și care le conferă sprijinul necesar*

Jana Chihai  
Larisa Boderscova



Ghidul practic a fost elaborat în cadrul proiectului  
„Dezvoltarea sistemului de servicii comunitare de sănătate mintală în Moldova”  
finanțat de DDC a Elveției în Moldova de către experții:

1. Jana Chihai – psihiatru – psihoterapeut, psihoterapeut, directorul Centrului de Sănătate Mentală „Somato”, mun. Bălți, lector la facultatea de Psihologie, Pedagogie și Asistență Socială a US „A. Russo” din Bălți
2. Larisa Boderscova – Biroul de legătură în Republica Moldova al Organizației Mondiale a Sănătății, Coordonator Programe în domeniul Sănătății Familiei și Comunității, d.m.



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

**Swiss Agency for Development  
and Cooperation SDC**

## CUPRINS:

<b>I.</b>	Managementul de caz. Istorie și concept	<b>4</b>
<b>II.</b>	Definirea Managementul de caz	<b>5</b>
<b>III.</b>	Roluri și valori profesionale în Managementul de caz	<b>6</b>
<b>IV.</b>	Tipurile Managementului de caz	<b>7</b>
<b>V.</b>	Definirea Managementului de caz în Sănătatea Mintală	<b>8</b>
<b>VI.</b>	Componentele Managementului de caz în Sănătatea Mintală	<b>9</b>
<b>VII.</b>	Funcțiile Managementul de caz	<b>12</b>
<b>VIII.</b>	Etapele Managementului de caz	<b>13</b>
<b>IX.</b>	Planul de intervenție pentru persoanele cu dizabilități	<b>14</b>
<b>X.</b>	Monitorizarea planului individualizat de intervenție	<b>15</b>
<b>XI.</b>	Managerul de caz și atribuțiile lui	<b>16</b>
<b>XII.</b>	Rezumat	<b>18</b>
	<b>Anexa 1 - PLANUL INDIVIDUALIZAT DE ASISTENȚĂ</b>	<b>19</b>
	<b>Anexa 2 - REEVALUAREA PLANULUI INDIVIDUALIZAT DE ASISTENȚĂ</b>	<b>20</b>
	sau INCHIDEREA CAZULUI	
	Bibliografie	<b>21</b>

## I. Managementul de caz. Istorie și concept

Există o serie de probleme care trebuie rezolvate pentru a îmbunătăți calitatea serviciilor pentru bolnavii psihic severi (*Wasylenki și colab., 1992*), dar cea mai importantă este lipsa unor servicii comunitare de sprijin și absența mecanismului organizator al diferitelor componente terapeutice și al asistenței într-un sistem coerent și accesibil. La nivelul clientului, managementul de caz s-a dezvoltat ca un instrument principal, cu scopul de a asigura continuitatea asistenței.

Bachrach (1981) a definit continuitatea asistenței ca nevoia de a asigura clientului o mobilitate ordonată și neîntreruptă între elementele sistemului de servicii. Autoarea a identificat o serie de condiții importante care trebuie îndeplinite pentru a fi realizată continuitatea: asistența trebuie să fie disponibilă o perioadă lungă de timp; clientul trebuie tratat individual; asistența trebuie să fie cuprinzătoare și flexibilă; trebuie să existe stabilirea unei relații interpersonale; obstacolele în calea accesibilității trebuie înlăturate; trebuie să existe căi de comunicare între client și furnizorul de servicii, precum și între furnizorii de servicii implicați în asistența acestuia. Fiecare dintre aceste condiții este încorporată principiilor practice ale managementului de caz.

**Managementul de caz** își are originea în modelul de asistență socială a populațiilor sărace din instituții sociale (*Friday, 1986*). El a fost utilizat în orașe prin ani '60 ai secolului XX (*Levine, 1979*) și folosit și la alte categorii sociale specifice, inclusiv bătrânii și copiii. După ce managementul de caz a fost considerat de Institutul Național de Sănătate Mintală din SUA ca unul din cele zece componente esențiale ale sistemului de asistență comunitară (*Turner și TehHoor, 1978*), numeroși autori au început să descrie mai pe larg aplicarea managementului de caz în asistența de sănătate mintală (*Lamb, 1980; Intagliata, 1982; Schwartz și colab., 1982*).

Legislația și politica guvernamentală oficială mandatează, în prezent, oferta de management de caz pentru bolnavii psihic sever. În 1990, în SUA, a fost fondată Asociația Națională de Management de Caz, scopul căreia este definirea și promovarea a acestui serviciu. Managementul de caz este tot mai mult aplicat și la asistarea altor categorii: dependenți de alcool, victimele abuzurilor infantile, persoane fără adăpost și foștii deținuți.

Aspecte ale sănătății mintale cum ar fi asistența socială (*Johnson și Rubin, 1983; Kanter, 1987*) sau asistența medicală (*Krauss, 1989, Mound și colab., 1991*) au incorporat mai rapid managementul de caz în domeniul formativ și practic decât psihiatria. Este un fapt regretabil,

întrucât psihiatrii trebuie să cunoască, prin definiție, această abordare. Din moment ce aceștia lucrează direct cu indivizi cu boală psihică severă, în calitate de manageri de caz, propria lor viziune asupra reabilitării și recuperării se va îmbogăți. Va crește, de asemenea, abilitatea lor de a utiliza sistemul de servicii spre avantajul clienților lor. Chiar dacă se presupune că nu este eficient din punct de vedere al costurilor ca psihiatrii să-și asume un rol de asistență primară, este totuși foarte necesar ca aceștia să posede suficiente cunoștințe privind practica managementului de caz, fie prin colaborarea efectivă, fie prin implicarea în supravegherea și formarea altor membri ai echipei care își asumă acest rol. Datorită rolului central al acestei abordări (atât în spital, cât și în comunitate), psihiatrul trebuie să joace un rol major în administrarea, planificarea și evaluarea managementului de caz la nivelul programelor și al sistemelor disponibile.

## II. Definirea Managementul de caz

*Managementul de caz reprezintă un proces de coordonare a serviciilor furnizate unui client în sfera socială. În esență, reprezintă un set de etape logice și un proces de interacțiune în cadrul unei rețele de servicii care garantează că beneficiarii primesc serviciile de care au nevoie în mod efektiv, eficient, rentabil și care le conferă sprijinul necesar.*

**Ce este managementul de caz?** În contextul său istoric, managementul de caz a apărut din necesitatea de a oferi o coordonare de calitate a serviciilor, dar și de a furniza servicii sociale într-o manieră eficientă și rentabilă. Obiectivul principal este acela de a optimiza funcționarea clientului prin oferirea de servicii de calitate. Ca și celelalte metode din practica asistenței sociale, managementul de caz presupune:

- pregătire profesională,
- valori,
- cunoștințe,
- teorie și
- deprinderi, folosite pentru atingerea obiectivelor stabilite de comun acord cu clientul și, atunci când este cazul, cu familia acestuia.

În practică, managementul de caz reprezintă o metodă prin care o persoană-cheie (*managerul de caz*) lucrează cu clientul și cu familia acestuia, printr-o relație continuă în vederea dezvoltării și implementării unui **Plan individualizat de intervenție (PII)** adecvat, asigurării accesului la servicii, monitorizării furnizării serviciilor, promovării satisfacerii nevoilor clientului și evaluării rezultatelor furnizării serviciilor. Rolurile principale, asumate de managerul de caz, rezidă în coordonarea serviciilor prestate, consiliere și promovare a clientului.

### III. Roluri și valori profesionale în Managementul de caz

Pentru a face din managementul de caz o metodă eficientă, este nevoie de asumarea unui număr mult mai mare și divers de **roluri** de către managerul de caz. **Managementul de caz** este metoda principală de lucru a asistentului social comunitar, prin intermediul căreia asistentul social evaluează nevoile beneficiarului și ale familiei acestuia în colaborare cu ei, coordonează, monitorizează, evaluează și susține utilizatorul pentru a beneficia de diverse servicii medicale, sociale, educaționale, care să răspundă acestor nevoi.

Asistentul social comunitar este un actor important din comunitate, specialist în domeniul asistenței sociale, care ia legătura cu persoanele, familiile cu copii în dificultate, evaluează nevoile lor și asigură accesul lor la serviciile sociale existente la nivel de comunitate și / sau de raion. El sprijină familia în scopul asigurării integrității ei, precum și menținerii copiilor, vârstnicilor și persoanelor cu dizabilități în cadrul familiei și în comunitate. Este specialistul care poate să ofere ajutorul necesar la moment și apelează, în caz de necesitate, la alți specialiști și instituții care pot să ofere suport specializat pentru a depăși perioadele dificile.

Managerii de caz trebuie să demonstreze, prin intermediul tuturor sarcinilor și activităților de prevenire și/ sau protecție specială a persoanei, acceptarea **valorilor profesionale specifice**:

- Angajament continuu de urmărire a dezvoltării personale și profesionale;
- Axarea pe capacitate, dar nu pe dizabilitate;
- Înțelegerea propriilor valori și atitudini față de copii, familii, adulți, practici de educare a copiilor, diferențe etnice și culturale, alături de conștientizarea impactului sentimentelor personale asupra luării deciziilor profesionale;
- Încrederea în capacitatea oamenilor de a se schimba și în dorința majorității părinților de a fi părinți buni;
- Recunoașterea demnității persoanei, ca o persoană care are dreptul la îngrijire adecvată continuă în cadrul unei familii;
- Angajamentul față de familia persoanei, considerată primordială în îngrijire și educare;
- Angajamentul de a promova și susține drepturile persoanei. De exemplu, dreptul de a fi protejați împotriva oricărei forme de abuz, neglijare și exploatare, dreptul de a avea oportunități ce promovează dezvoltarea lor sănătoasă, îngrijirea lor permanentă și consistentă, dreptul de a participa la luarea deciziilor care îi privesc și dreptul de a le fi respectată intimitatea și confidențialitatea confesiunilor;
- Angajamentul de a promova și susține drepturile părinților. Bunăoară, dreptul de a fi informați corect asupra limitelor de confidențialitate în situațiile care presupun intervenția serviciilor de protecție a copilului, dreptul de a le fi respectată intimitatea, de a stabili, în cadrul limitelor impuse de societate, cum să-și crească copiii, cum să dispună de serviciile și resursele care îi sprijină în rolul lor părinți.

#### **IV. Tipurile Managementului de caz**

**1. Managementul de caz centrat pe resurse** pune accent în mod deosebit pe managementul resurselor, concentrându-se asupra eforturilor, costurilor și timpului necesar unei intervenții eficiente. Atunci când apelează la servicii sociale, clientul acordă o atenție deosebită lipsei de resurse și cererea sa de ajutor urmărește tocmai atragerea unor noi resurse necesare satisfacerii anumitor nevoi. Aceasta este o realitate identificată de client, este punctul de plecare pentru intervenția socială care, involuntar, condiționează asistentul social să se gândească la resurse. Pentru a răspunde solicitării prin care clientul dorește să obțină mai multe resurse, asistentul social construiește împreună cu clientul său un inventar al resurselor și apoi aceștia stabilesc un obiectiv în funcție de resursele existente, cele potențiale și cele necesare.

**2. Managementul de caz centrat pe rezultate** pornește de la analiza oportunităților și amenințărilor clientului. Intervențiile se orientează spre rezultatele așteptate în lucru cu clientul prin fixarea unor obiective măsurabile și obținerea acestora prin utilizarea resurselor disponibile. Acest tip de management de caz pornește de la ideea că orice client are resurse disponibile, dar care nu sunt utilizate de el pentru că nu este conștient de ele. Prin intervenția asistentului social, clientul este ajutat să distribuie resursele pe care le are și să le administreze în funcție de obiective stabilite împreună pentru schimbarea situației sale în sensul dorit.

**3. Managementul de caz centrat pe problemă** pornește de la punctele slabe, problemele cu care se confruntă clientul și obstacolele pe care acesta le întâmpină în rezolvarea lor. Chiar dacă se spune că există forme de intervenție orientate spre soluții, acestea sunt gândite tot în sfera de înțelegere a disfuncționalităților, fiind ca un răspuns la problemă. Se pornește de la analiza unei probleme, se urmărește diminuarea sau anularea cauzelor ce au generat-o sau reducerea efectelor pe care le are asupra clientului.

**4. Managementul de caz apreciativ** pornește de la ideea că fiecare client al serviciilor sociale are puncte tari și este capabil să exploateze oportunitățile pe care le are. Perspectiva apreciativă se axează mai ales pe reducerea vulnerabilității sociale prin schimbarea cadrelor de referință pe care le au clienții serviciilor sociale și schimbarea perspectivei de abordare a realității acestor clienți.

**DE REȚINUT.** Principiul fundamental al *Managementului de caz* constă în asigurarea legăturii dintre oameni și resursele sistemului de servicii sociale, făcând acest sistem accesibil și adaptat nevoilor existente.

## V. Definirea Managementului de caz în Sănătatea Mintală

Deși managementul de caz a fost pe larg implementat, nu există o definiție standardizată a acestuia. Unele programe de sănătate mintală definesc **managementul de caz ca pe o funcție de administrare, funcție care nu necesită un contact direct sau terapeutic cu clientul**. Cu toate acestea, există un consens general potrivit căruia, atât coordonarea cât și oferta directă de servicii necesită satisfacerea nevoilor bolnavilor psihic sever. Organizațiile de asistență integrată continuă să utilizeze termenul de management de caz descriind programe de control financiar și administrativ, ceea ce provoacă diferențe semnificative între intenții și practici. Totuși, este bine să reținem că **Managementul de caz pentru persoanele cu dizabilități psihice, care pune accent pe nevoile clientului și folosește o relație terapeutică explicită, este denumit *Management de caz clinic***.

Un anumit consens există și în ceea ce privește definirea clară a scopurilor și funcțiilor de bază ale Managementului de caz clinic. **Scopurile sale au fost descrise din perspectiva clientului de către Furlong-Norman (1991) ca „asistența unei persoane cu scopul de a trăi într-un mediu comunitar cât mai suportiv posibil și de a sprijini crearea suportului și mediului adecvate scopurilor și nevoilor personale, când aceste resurse nu există”**. Din perspectiva sistemelor, scopul Managementului de caz clinic este de a oferi servicii de care consumatorii au nevoie într-o manieră coordonată și eficientă, pentru a crește continuitatea, accesibilitatea și responsabilitatea .

La fel, există un consens evident potrivit căruia **funcțiile de bază** ale Managerului de caz constau în: **evaluare, planificare, legătură și monitorizare**. Mobilitatea, oferta directă și specifică, satisfacerea nevoilor speciale, precum și acțiunile de susținere sunt elemente adiționale frecvente în cadrul unor servicii mai cuprinzătoare. Esența Managementului de caz este de a oferi aceste funcții cu scopul de a împlini scopurile clientului. Funcțiile suportive principale au fost descrise de către Desisto, Ridgway și Erikson (1986). Tabloul cu „Funcțiile Managementului de caz” oferă o sinteză de activități furnizate de acele servicii etichetate ca integrative.

Au fost propuse patru modele pentru a distinge între varii tipuri de programe de Management de caz clinic (*Robinson și colab.,1989*). Ele diferă în funcție de mai multe dimensiuni. Diferența distinctă este accentul pus pe o anumită funcție. Administrarea lărgită insistă pe funcția de legătură, forța personală constă în abordarea de tip „mentor” și „sisteme de susținere a drepturilor”, „reabilitarea îmbunătățește abilitățile personale”, iar suportul deplin pune accentul pe reducerea și managementul simptomelor. Modelul „suport deplin” este cunoscut și sub denumirea de **terapie comunitară afirmativă** și este modelul cel mai răspândit și evaluat. În Ontario (Canada) modelul de reabilitare (*Anthony și colab.,1993*), folosind teoria și practica reabilitării psihiatrice, este cel predominant. Managerii de caz preiau lista de cazuri și pun accentul pe evaluarea funcțională, planurile de reabilitare și studierea abilităților.



## VI. Componentele Managementului de caz în Sănătatea Mintală

Pentru furnizorul de terapie mobilă, oferirea de servicii de Management de caz reprezintă un rol cheie. Ele constau în: evaluare, legătură, monitorizare, stabilire de relații, ajutor, mobilitate, internări, intervenție în criză, monitorizarea medicației, administrare, coordonare, planificare și susținere. Aceste funcții constituie un amalgam de modele clinice și administrative ale Managementului de caz. Managementul de caz mai implică și asistența pacientului în formarea abilităților de bază pentru viața cotidiană. Utilizarea de acronime poate fi utilă în oferirea unui format-standard de conceptualizare a nevoilor pacientului și de organizare a documentării contactelor cu pacientul și a intervențiilor. Acronimul **SHARES** e utilizat de programul **COSTAR** (*simptome, housing, activități zilnice, activități recreative, profesie și persoane semnificative*).

La categoria *simptom*, clinicienii evaluează starea mintală și somatică, dozele și/sau administrarea medicației pentru a facilita complianța pacientului și îl asistă pe acesta în obținerea de asistență medicală pentru probleme somatice. Acest tip de asistență în afecțiuni somatice este extrem de important pentru că se cunoaște că bolnavii psihic cronici au o rată mare de afecțiuni somatice cronice; aceștia își neglijează atât îngrijirea corporală, cât și prezentarea la contul pentru afecțiunile lor somatice; însoțindu-i pe pacienți la vizitele medicale, oferind informații importante personalului medical și asistând pacienții să respecte planurile terapeutice medicale, aceasta poate duce la micșorarea morbidității și mortalității a exponenților acestui grup vulnerabil.

În privința *housing-ului*, pacienții sunt asistați să mențină o bună rânduială la domiciliu. Bolnavii psihic cu tulburări severe și persistente prezintă un risc mare de a-și pierde locuința. COSTAR oferă acces telefonic non-stop pentru pacienți, familii și proprietari pentru a le rezolva problemele și pentru a evita crizele și spitalizarea. În plus, asistența este oferită pentru a dezvolta abilitățile pentru activitățile cotidiene ce presupun, în mare, igienă și îngrijirea personală, activități domestice, planificarea meniului, cumpărăturile, spălatul rufelor, îngrijirea copiilor și administrarea banilor și a bugetului.

*Activitățile recreative* constituie un element important al calității vieții. Întâlnirile cu scop social sunt convenite săptămânal în grupul ce oferă oportunități sociale și de distracție. Încurajarea reintegrării sociale joacă un rol deosebit de important în menținerea stabilității pacienților cu boli psihice severe și persistente.

Activitățile incluse la categoria *profesie* pot fi numeroase: terapia ocupațională pentru pacienți ambulatori, programe *provocaționale*, reabilitarea psihosocială și angajarea în campul muncii cu slujbă plătită sau pe bază de voluntariat. Pacienții trebuie încurajați să se implice în unele forme de activitate productivă structurată, în funcție de nivelul lor de funcționare și/sau de motivație.

De asemenea, este necesară acordarea ajutorului în aspect de psihoeducație și consiliere pentru familie și alte persoane apropiate pacientului. Un pacient nu poate fi izolat de problemele pe care le au persoanele cu care conviețuiește, astfel încât aceste probleme au un impact direct asupra asistenței. Este, deci, important ca echipa să-i ajute pe ceilalți să-și rezolve problemele și să caute căi de a împărți povara de a sta împreună cu o persoană cu o boală mintală severă. Familiile consideră extrem de salutar faptul că programele de terapie mobilă răspund prompt la crize, fiind disponibile nonstop prin apeluri telefonice.

#### *A. Câștigarea încrederii (intensivitatea)*

Pacienții cu boli psihice severe, în virtutea simptoamelor bolii lor, au perioade în care refuză orice formă de terapie psihiatrică și nu sunt capabili de a se îngriji în mod autonom. Din această cauză, abilitatea de a oferi încredere în cadrul intervențiilor este o parte integrantă a terapiei mobile. Dacă pacienții refuză serviciile clinice tip vizite la domiciliu, pot fi folosite strategiile intensive. Pacienții trebuie convinși printr-o ofertă mare de servicii pe care aceștia le pot favoriza. Răbdarea și perseverența sunt importante în cazul în care pacientul refuză asistența mobilă. Este important de a reveni și de a înfrânge pas cu pas rezistența pacientului. Totuși, să nu uităm, pacientul are dreptul de a refuza tratamentul.

#### *B. Siguranța*

Echipele ce lucrează în arii urbane se pot confrunța și avea contact cu astfel de fenomene sociale precum este sărăcia și infracționalitatea. De aceea, managerii și personalul trebuie să fie preocupați de adoptarea unor măsuri de siguranță. Vizitele la domiciliu pot fi periculoase, dar riscul scade dacă se iau măsuri de precauție. **Măsurile de siguranță eficace constau în:** îmbrăcăminte neutră, fără însemne medicale și halate medicale; fără bijuterii; transportarea de lucruri esențiale ca medicamente și lucruri personale în geți mici; este de preferat ca orele de vizită să fie cele matinale; se va anunța la telefon din timp pacientul, familia și vecinii. Personalul trebuie să fie vigilent și să sesizeze orice activitate suspectă sau să evite trecerea prin zone nesigure, periculoase. Vizita la domiciliu ce urmează primei vizite, ca și cele consecutive, cresc nivelul de siguranță dacă zona în care locuiește pacientul este sigură.

Dacă pacienții sunt ostili sau amenință în timpul vizitei la domiciliu, clinicienii nu trebuie să încerce să controleze situația sau să-l imobilizeze pe pacient. Practica dictează ca în aceste situații echipa să se retragă cât mai rapid. În unele cazuri este necesar de a apela la Poliție pentru a demara procedurile civile de tratament forțat astfel încât pacientul să poată fi evaluat fără probleme la cel mai apropiat serviciu de urgență. Urmând aceste reguli de bază, furnizorii de asistență mobilă pot evita incidentele.

### *C. Povara familiei*

A îngriji un bolnav mintal sever și cronic este înțeles, deseori, ca o povară de către familie. Pacienții care beneficiază de terapia comunitară mobilă, care trăiesc mult timp în comunitate, pot avea o potențială atitudine de perturbare a familiei. Reducerea poverii familiale a fost deseori considerată ca o consecință potențial favorabilă a terapiei mobile prin educația și suportul oferite familiilor lor și altor aparținători. Au fost dezvoltate scale de povară familială pe măsura creșterii poverii impuse familiilor pacienților aflați în asistența serviciilor comunitare.

### *D. Adaptarea socială*

Datele studiilor din SUA și Australia confirmă că pacienții aflați în programele de terapie comunitară afirmativă au prezentat un nivel mai mare de *funcționare socială*. Evaluarea comportamentului social și a calității rețelei sociale a pacienților din programul COSTAR a arătat că o perioadă mai lungă de contact cu programul a fost asociată cu mai puține probleme sociale de comportament și o cantitate și calitate crescută a rețelei sociale.

### *E. Satisfacția pacientului*

Pacienții din programele din Australia, Wisconsin (SUA) și Londra (Marea Britanie) au fost în mod semnificativ mai satisfăcuți de asistența acordată decât pacienții care au beneficiat de asistența convențională. În lucrările sale, Sten și Test au arătat prin măsurarea subiectivă a calității vieții că membrii din grupul experimental au trăit un sentiment de bine net superior celor din grupul de control.

### *F. Statutul ocupațional și funcțional*

Grupul Wisconsin a constatat că pacienții ce beneficiază de terapie comunitară mobilă au perioade de șomaj mai reduse și se angajează mai frecvent în locuri de muncă plătite decât cei din grupul de control. Rezultatele din Australia nu au arătat diferențe în privința activităților lucrative între cele două grupuri. Totuși, funcționalitatea generală la cei din grupul experimental a arătat o mai bună ameliorare.

## VII. Funcțiile Managementul de caz

***Obiectiv:*** asigurarea continuității asistenței în interiorul sistemului. Managementul de caz este un proces de identificare a cazului, de evaluare a nevoilor, de planificare, coordonare și furnizare directă a serviciilor, de monitorizare și evaluare continuă a nevoilor în cea mai eficientă și promptă modalitate. Managementul de caz constituie principalul ax suportiv în interiorul rețelei de asistență.

1. *Mobilitate și identificare de caz:*
  - a. contactarea persoanelor cu dizabilități psihiatrice și punerea lor în legătură cu sistemul de servicii;
  - b. informarea membrilor familiei și a altor furnizori de servicii asupra existenței Managementului de caz;
  - c. menținerea susținută a contactului pentru prevenirea abandonului serviciilor;
  - d. asigurarea unei continuități pe termen lung a relației suportive.
2. *Evaluare și planificare individualizată și comprehensivă:*
  - a. efectuarea unei evaluări complete și individualizate privind nevoile pentru fiecare persoană cu dizabilități psihiatrice, luându-se în considerare nevoile bazale și cele terapeutice, precum și tot suportul necesar pentru stabilirea obiectivelor globale de reabilitare;
  - b. în comun cu persoana cu dizabilități psihice va fi elaborat și dezvoltat un plan individualizat care vine în întâmpinarea nevoilor elementare și a celor terapeutice specifice, bazat pe furnizarea unor servicii reabilitative și suportive.
3. *Coordonarea serviciilor:*
  - a. punerea în legătură a clienților cu resurse, servicii și facilități suportive multiple;
  - b. susținerea drepturilor pacienților pentru a asigura accesul și pentru a modifica și adapta resursele existente la nevoile individuale ale acestora;
  - c. menținerea legăturii active și continue cu instituțiile din vecinătate, managerul de caz devenind un factor-cheie în coordonarea eforturilor interagenții.
4. *Furnizarea directă de servicii:*
  - a. atunci când există deficiențe în furnizarea de servicii și resurse, oferirea de asistență în probleme de trai cotidian, de educare a unor deprinderi de viață comunitară și de dezvoltare a unor sisteme suportive naturale.
5. *Monitorizare și evaluare:*
  - a. monitorizarea implementării planurilor individualizate;
  - b. evaluarea realizării obiectivelor și a satisfacției clienților;
  - c. revizuirea planurilor și programelor terapeutice, suportive și reabilitative cu scopul asigurării unor servicii adecvate, eficiente și oferite la timpul potrivit.
6. *În întâmpinarea nevoilor speciale:*
  - a. asigurarea accesului la servicii specializate pentru persoanele cu dizabilități psihiatrice cu probleme multiple, luate în îngrijire în mod tradițional de servicii distincte, spre exemplu cele de psihopediatrie, retard mintal, abuz de substanțe etc.

## VIII. Etapele Managementului de caz

Managementul de caz se desfășoară în următoarele etape:

- a. **Identificarea și înregistrarea cazului** (presupune un proces de depistare a persoanei / familiei aflate în dificultate);
- b. **Evaluarea inițială** (presupune o investigație sumară a situației beneficiarului pentru a decide dacă acesta se încadrează în criteriile de asistență socială);
- c. **Deschiderea cazului** (este ziua în care asistentul social, cu acordul supervisorului, decide deschiderea cazului în vederea colectării informației și întreprinderii acțiunilor pentru soluționarea acestuia);
- d. **Evaluarea complexă** (presupune o investigație și analiză amănunțită a tuturor elementelor care sunt implicate în cazul respectiv: beneficiarul și mediul său de viață, familia și sistemul de relații sociale, factorii care au generat situația de risc, resursele posibile pentru rezolvarea cazului, etc.);
- e. **Planul individualizat de asistență** (presupune o totalitate de măsuri, acțiuni întreprinse în scopul satisfacerii necesităților beneficiarului, cu participarea directă a acestuia);
- f. **Intervenția sau implementarea planului individualizat de asistență** (presupune acțiuni specifice de intervenție realizate de către asistentul social, care este și managerul de caz, precum și mobilizarea și implicarea tuturor resurselor umane, financiare, materiale, comunitare identificate de către acesta în vederea rezolvării cazului prin îndeplinirea obiectivelor planului individualizat de asistență);
- g. **Monitorizarea** (presupune urmărirea și evaluarea permanentă a situației beneficiarului pentru a se asigura starea de echilibru urmărită în soluționarea cazului; asistentul social nu intervine decât dacă se modifică datele situației beneficiarului sau intervin factori neprevăzuți care pot afecta echilibrul realizat);
- h. **Reevaluarea cazului și revederea planului individualizat de asistență** (prevede evaluarea periodică a progreselor beneficiarului, precum și îmbunătățirea planului individualizat de asistență);
- i. **Inchiderea cazului** (este ziua în care asistentul social decide, prin consultare cu supervisorul său, să încheie orice implicare în cazul dat; închiderea cazului se poate realiza conform planului individualizat de asistență – *atunci când au fost realizate obiectivele stabilite anterior* sau prin referire către serviciile sociale specializate – *atunci când situația de risc nu poate fi rezolvată de serviciile sociale primare*).

#### **IX. Planul de intervenție pentru persoanele cu dizabilități**

**Planul individualizat de intervenție** reprezintă una din principale atribuții ale Managerului de caz. Planul de intervenție personalizat cuprinde serviciile care trebuie acordate unei persoane cu handicap în vederea respectării drepturilor și libertăților fundamentale, asigurării unei vieți normale, cât mai apropiate cea a celorlalți membrii din comunitate. Realizarea acestor finalități generale presupune activități și servicii orientate spre reducerea dezavantajelor date de deficiență, atenuarea și compensarea consecințelor acesteia, vizând: îngrijiri corespunzătoare, cu satisfacția beneficiarului; reducerea dependenței; sprijinirea autonomiei și a unei vieți independente.

**Autonomie** presupune capacitatea/abilitatea de a-și satisface singur nevoile de bază, independența față de contextul și dirijarea permanentă de către precum și conștientizarea acestei capacități.

**Viața independentă** reprezintă modul de trai zilnic al persoanei care realizează ea însăși serviciile vieții de zi cu zi, inclusiv satisfacerea nevoii de relaționare cu ceilalți și a posibilității de a se descurca singură în plan financiar.

*În legislație este definită noțiunea de dependență. Prin dependență se înțelege situația unei persoane care, în rezultatul pierderii autonomiei din cauze fizice, psihice sau mintale, necesită ajutor semnificativ și/sau îngrijire pentru a realiza activitățile de bază ale vieții de zi cu zi.*

Câștigarea treptată a autonomiei și independenței unei persoane cu handicap presupune nu numai o anumită calitate a vieții și îngrijiri, ci, în primul rând, recuperare/reabilitare.

Conceptul de **recuperare/reabilitare** este definit drept proces destinat să dea posibilitatea persoanelor cu handicap să ajungă la și să-și păstreze nivele funcționale, fizice, senzoriale, intelectuale, psihiatrice și/sau sociale, optime, furnizându-le acestora mijloacele pentru a le schimba viața în direcția obținerii unui mai mare grad de independență. Procesul de recuperare include o paletă largă de măsuri și activități de la cele de bază și generale, la activități cu scop bine definit, de exemplu, reorientarea profesională.

## **X. Monitorizarea planului individualizat de intervenție**

Pentru ca serviciile să fie eficiente, profesioniștii se implică permanent într-un proces continuu de evaluare care se referă la problemele beneficiarului, informațiile colectate sau primite, deciziile luate și progresele înregistrate. Asistența beneficiarului este un proces ce presupune implicarea beneficiarilor în procesul de rezolvare a problemelor, coordonarea furnizării serviciilor și evaluarea deciziilor, pe măsură ce apar noi informații în legătură cu cazul respectiv. Monitorizarea **Planului individualizat de intervenție (PII)** cuprinde procesul de colectare a informațiilor în contextul furnizării serviciilor pentru evaluarea progreselor legate de obiectivele programului și contractul de rezidență încheiate de beneficiar cu instituția.

Monitorizarea **PII** este responsabilitatea Managerului de caz. Procesul de monitorizare constă în:

- Verificarea serviciilor în limita de timp stabilită în **PII**; se poate obține prin scurte informări verbale (chiar telefonice) sau în scris din partea profesioniștilor responsabili și/ sau a beneficiarului;
- Identificarea la timp a problemelor în legătură cu oferirea serviciilor sau cu participarea beneficiarului, pentru a putea opera schimbările necesare în **PII**;
- Identificarea progreselor înregistrate de beneficiar sau a lipsei acestora în îndeplinirea obiectivelor înscrise în **PII**;
- Monitorizarea poate avea ca finalitate revizuirea **PII** în funcție de evoluția cazului;
- Aprecierea/verificarea modului în care implementarea **PII** ajută beneficiarul în atingerea scopului propus; evaluarea se realizează cu participarea profesioniștilor și a beneficiarului;
- Transmiterea informațiilor colectate de către părțile implicate și interesate, respectiv beneficiari, profesioniști și furnizori de servicii;
- Dezbateră progreselor cu beneficiarul și compararea acestora cu așteptările consemnate în **PII**;
- Organizarea și coordonarea întâlnirilor de lucru ale echipei;
- Păstrarea documentației relevante în legătură cu toate activitățile monitorizate, inclusiv a rapoartelor scrise de profesioniștii responsabili sau implicați în implementarea **PII**.

**Iată câteva aspecte de reținut atunci când se monitorizează progresele în implementarea PII:**

- Managerul de caz trebuie să mențină legătura cu membrii echipei în mod permanent (nu numai cu ocazia întâlnirilor de lucru) pentru a se asigura că **PII** funcționează și că profesioniștii realizează activitățile stipulate în plan;
- Trebuie să se discute cu toți cei care dispun de informații importante pentru caz, având în acest sens acordul beneficiarului și cu respectarea confidențialității;
- Pentru a evita situațiile de criză este util să existe un contact permanent cu beneficiarul. În acest fel, pot fi identificate cu acuitate problemele clienților instituției;
- Dacă profesioniștii nu își realizează sarcinile sau nu respectă termenele stabilite, responsabilul de caz ar trebui să identifice barierele și să ajute la depășirea lor;
- În situațiile de regres sau eșec în ce privește implementarea **PII**, profesioniștii nu trebuie să se descurajeze, iar beneficiarul trebuie ajutat să vadă acest lucru ca pe o experiență valoroasă;
- Scopul este divizat în obiective mici, astfel încât să se obțină succese. Un scop inițial prea mare poate fi atât de copleșitor încât beneficiarul să renunțe. Fiecare obiectiv trebuie să fie realist, realizabil și măsurabil.

**XI. Managerul de caz și atribuțiile lui**

Pentru că există mari diferențe în prestarea serviciilor de Management de caz, nevoile de formare diferă considerabil de la program la program. Cunoștințele și abilitățile necesare managerilor de caz pentru a fi eficienți pot fi astfel prestabilite. Ele se referă la domenii cum ar fi mobilitatea asistenței și identificarea cazurilor, stabilirea de relații terapeutice, prevenția și intervenția în criză, managementul simptomelor și educația familiei.

Kanter (1989) a subliniat **cinci principii ale Managementului de caz clinic**:

1. *Continuitatea asistenței* este un răspuns la nevoia clientului pentru o relație continuă și personală cu un manager de caz, deseori pentru o perioadă mai lungă de timp;
2. Utilizarea *relației* generată de Managementul de caz. Sugerează că relațiile dintre managerul de caz, client și alte persoane ale rețelei sociale a clientului sunt determinanți importanți ai evoluției programului;
3. *Dozarea suportului și a structurii* îndeamnă managerii de caz să evite suportul excesiv sau inadecvat;
4. *Flexibilitatea* – sugerează că o serie dintre calitățile managerului de caz (cum ar fi fermitatea) trebuie folosite în mod adecvat la nevoile schimbătoare ale clientului;
5. *Facilitarea resurselor pacientului* – pune accentul pe nevoia de a întări clientul și de a-i compensa deficitul.

*Cu toate că propunerea lui Kanter este generoasă, trebuie arătat că acesta este mai mult prescriptivă decât descriptivă. Există puține rezultate empirice despre ce fac de fapt managerii de caz în cadrul programelor clinice și, fapt, extrem de dezamăgitoare, încercările de a corela acțiunile managerilor de caz cu particularitățile clienților au constatat o slabă corelație între nevoile clienților și tipul de activitate a managerilor de caz.*

Dacă managerii de caz încearcă să ajute clienții să facă față mediului, activitățile lor îmbracă, oarecum, atributele unei psihoterapii de suport. De exemplu, este esențial ca managerii de caz să știe să asculte. Anthony și colab. (1990) au identificat capacitatea de a fi prezent în discuție, observarea, ascultarea și capacitatea de a răspunde drept abilități esențiale pentru angajarea clientului. O comunicare bună și sistematică nu numai că promovează angajament și auto-explorare, dar îl implică pe manager într-o modalitate de relație cu clientul de tip prezență-observare-ascultare. Fără aceasta, încercările de a construi relații, de a înțelege și explica sunt frustrante. Pentru a înțelege pe deplin clientul și stările sale subiective este necesară o abordare cognitiv-observațională pentru ascultarea empatică. Empatia presupune ca managerul de caz să



se desprindă de sine și să încerce să aibă o trăire aproximativă cu cea a clientului. Ascultarea empatică este o modalitate de percepție subiectivă de plasare în interiorul trăirii clientului. Această perspectivă subiectivă se poate armoniza cu stările interioare ale clientului. Înțelegerea stărilor interne fluctuante poate fi de ajutor pentru a explica multe procese ce influențează evoluția și pronosticul unei boli psihice cronice.

Goering și Stylianos (1988) au examinat conceptul de alianță terapeutică ca mijloc de înțelegere a mecanismelor ce stau la baza reabilitării. Conform acestor autori, iscusința de a stabili o relație de lucru depinde de abilitatea și voința clientului de a veni în întâmpinarea unui mediu terapeutic anume. Astfel, „progresul” în reabilitare este considerat ca fiind rezultatul al unei imbinări între empatia, căldura și spontaneitatea terapeutului, alături de scopuri și sarcini suficient de bine specificate. Experiențele de succes privind scopurile specifice, împărtășite de managerul de caz și client, contribuie la fortificarea relației clinice care, respectiv, consolidează alianța terapeutică. Harris și Bergman (1987) explică eficiența reabilitării ca pe o funcție a proceselor interpersonale.

În final, managerul de caz trebuie să încerce să ofere clienților un grad de conștientizare (*insight*). Cu toate acestea, așa cum Lamb (1982) deja sugera, conștientizarea trebuie redefinită în lucrul cu oamenii sever bolnavi; el a propus că „*insight*”-ul trebuie înțeles ca fiind realizarea faptului că unele simptome precum halucinațiile sau delirul sunt comprehensibile. Prezența acestor simptome înseamnă că persoana este sub stres. Identificând stresorul, managerul și persoana trebuie să determine ce acțiuni sunt necesare a fi elaborate. Herz (1984) a arătat că persoanele suferind de schizofrenie pot fi învățate să-și recunoască trăirile subiective precoce ale recăderii, în acest fel putându-se interveni anticipat pentru restabilire.

## XII. Rezumat

**Managementul de caz clinic este văzut ca o modalitate terapeutică, în aceeași măsură în care este un instrument ce oferă coordonarea asistenței.** Aspecte ale managerului de caz sunt disponibile clienților pentru modelare și identificare în contextul unei relații de lucru apropiate. În cursul procesului ce implică imitația, identificarea și interanalizarea. Un client poate dobândi *insight*, creștere și dezvoltare. Managerul de caz contracarează aspectele negative ale trăirilor subiective ale clientului, oferind un model de funcționare sanogen cu care clientul se poate identifica.

Evaluarea modelului de Management de caz clinic (derulat cu succes) a arătat și existența unui anumit număr de probleme. **Prima** este dozarea suportului. S-a observat că managerii de caz furnizează, deseori, un suport consistent pentru clienții capabili să coopereze la identificarea scopurilor reabilitării și să lucreze la realizarea lor, indiferent de capacitatea lor de acțiune independent. Ei oferă mai puțin sprijin clienților ce nu sunt capabil să participe la procesul de reabilitare. Uneori, nu se poate aprecia exact dacă clienții au progresat până la nivelul la care au nevoie de mai puțin sprijin sau dacă aceștia nu sunt capabili să accepte intervențiile active.

**O a doua dificultate** implică o stare de tensiune între stilul de reabilitare (axată pe client), în care clientul are un rol preponderent în stabilirea priorităților și abordarea mai intensivă, în care managerul de caz hotărăște ce este mai bine pentru client. În timp ce Diviziunea de Asistență Continuă expune în programul său principiile reabilitării psihiatrice, managerii de caz sunt, uneori, derutați în privința limitei în care ei trebuie să asiste clienții serios bolnavi în desfășurarea procesului de reabilitare.

**O a treia problemă** are legătură cu relațiile dintre managerii de caz și psihiatri. Întrucât managerii de caz cunosc mai bine clientul, apar câteodată tensiuni în ce privește gradul de responsabilitate referitor la deciziile terapeutice, materializate în dezacorduri privind medicația, frecvența contactelor și nivelul de dizabilitate.

**În final**, problemele ce țin de personalitate au o oarecare importanță în programul având ca public țintă clienți cu boli severe. În mod constant, când managerii de caz realizează că sunt în impas în relația cu un client dificil, consultația relevă că dificultățile de transfer-contratransfer apar nu din cauza bolii psihice, ci, mai degrabă, dintr-o tulburare de personalitate severă ce reprezintă miezul problemei.

Harris (1988) a identificat **orientări suplimentare pentru Managementul de caz clinic**. Prima implică o mai mare atenție acordată comportamentului managerului de caz. Autoarea a identificat un număr de stiluri disfuncționale de comportamente ce pot influența eficiența acțiunilor managerului de caz, sugerând că trebuie acordată o mai mare atenție în formarea și supervizarea abilităților și abordărilor clinice ale acestora. Harris pune accent și pe necesitatea clarificării nevoilor clienților în funcție de unii parametri precum vârsta, evoluția bolii și creșterea intrapsihică. Ea mai arată importanța de a fi la curent cu modificările ce au loc în practicile Managementului de caz. Acestea constau în așa-numitul „Management de caz complex”, ce combină psihoterapia de grup cu managementul de caz ca un substitut potențial pentru o practică clinică tradițională. În final, Harris recomandă îndrumare pentru aplicarea modelor de Management de caz persoanelor cu tulburări de personalitate. Aceste îndrumare conțin: claritate în expectație, limite și consecințe; diluarea intensității relației clinice; evitarea unei dependențe excesive și a regresiei; monitorizarea reacțiilor de contratransfer.

## Anexa 1. PLANUL INDIVIDUALIZAT DE ASISTENȚĂ

### Anexa nr. 4

la Ghidul asistentului social  
„Managementul de caz”  
aprobată prin ordinul MPSFC  
nr.71 din 3 octombrie 2008

**Familia** \_\_\_\_\_

**Domiciliul** \_\_\_\_\_

**Tipul familiei** \_\_\_\_\_

**Numărul de copii** \_\_\_\_\_

#### Obiective

- 1.
- 2.
- 3.

#### Acțiuni / Durată / Persoana responsabilă

Nr.	Acțiuni	Durăță	Persoana responsabilă
1.			
2.			
3.			

**Data întocmirii** \_\_\_\_\_

**Asistent social**

**Beneficiar**

**Anexa 2. REEVALUAREA ȘI REVEDEREA PLANULUI INDIVIDUALIZAT DE ASISTENȚĂ sau ÎNCHIDEREA CAZULUI**

**Anexa nr. 5**  
la Ghidul asistentului social  
„Managementul de caz”  
aprobată prin ordinul MPSFC  
nr.71 din 3 octombrie 2008

Data \_\_\_\_\_

Locul intrevederii \_\_\_\_\_

Durata discuției \_\_\_\_\_

Persoanele participante \_\_\_\_\_

Scopul \_\_\_\_\_

**Conținutul**

--

**Observații**

--

**Concluziile intrevederii**

--

**Recomandări**

--

**Asistent social**

**Beneficiar**

## Bibliografie:

1. Ghidul asistentului social „Managementul de caz”, aprobat prin ord. 71 din 3 octombrie 2008 MPSFC.
2. Asistența socială: Studii și aplicații / C. Bocancea, M. Borș, I. Cîmpeanu,; coord. G. Neamțu, D. Stan.- Iași: Ed. Polirom, 2005.- 444
3. Chardon C., En psychiatrie, l'ergotherapie, espace de satisfaction des besoins fondamentaux, Journal d'ergotherapie, Tome 7, 1985.
4. A. Nacu, Larisa Spinei, Larisa Boderscova, Jana Chihai. Ghid pentru serviciile comunitare de sănătate mintală, 2007, pag. 123-155
5. Clark, P.N., The framework in Contemporary Occupational Therapy Practice, part 1, in “American Journal of Occupational Therapy”, nr. 33/1979, pag. 505-514
6. Graham Thornicroft, Michele Tansella. Modelul matriceal al Sănătății Mintale – Ed. Medicala Cambridge, prima publicare 1999, pag. 15-28,
7. Ghid de servicii, OMS 2003, Contextul Sănătății Mintale, pag. 16 - 18, 34 – 45.
8. Ghid de servicii, OMS 2003, ORGANIZAREA SERVICIILOR PENTRU SĂNĂTATEA MINTALĂ, pag. 15 - 19, 21 - 34.
9. Ghid de servicii, OMS 2003, ÎMBUNĂTĂȚIREA ACCESULUI ȘI UTILIZAREA MEDICAMENTELOR PSIHOTROPE, pag. 19 - 34.
10. Ghid de servicii, OMS 2003, FINANȚE PENTRU SĂNĂTATEA MINTALĂ, pag. 48 - 52.
11. Ghid de servicii, OMS 2003, PLANIFICARE ȘI BUGETARE PENTRU LIVRAREA SERVICIILOR PENTRU SĂNĂTATEA MINTALĂ pag. 21 - 28.
12. Ghid de servicii, OMS 2003, POLITICA PENTRU SĂNĂTATEA MINTALĂ, POLITICI ȘI PROGRAME, pag. 20 - 58.
13. Ghid de servicii, OMS 2003, ADVOCACY PENTRU SĂNĂTATEA MINTALĂ pag. 19 - 22.
14. Ghid de servicii, OMS 2003, CADRUL LEGAL PENTRU SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI DREPTURILE OMULUI, pag. 21 - 25.
15. Ghid de servicii, OMS 2003, ÎMBUNĂTĂȚIREA CALITATIVĂ PENTRU SERVICIILE DE SĂNĂTATE MINTALĂ, pag. 31 - 38.
16. Tansella, M. (1986), Community psychiatry without mental hospitals – The Italian experience: a review. Journal of the Royal Society of Medicine. 79, 664-669.
17. Thornicroft, G., Strathdee, G (1994). How many psychiatric beds. British Medical Journal, 309, 970-971.
18. Thornicroft, G., Tansella, M. (1996). Mental Health Outcome Measures. Heidelberg: Springer Verlag.
19. Case management in early psychosis: a handbook, 2001, Eppic – pag. 13-15, 31-39, 67-72.
20. Tratat de asistență socială. Vol. Coord. de George Neamțu, Polirom, Iași 2003, 1113 p.
21. Dăniil, Anotolie. Ghid de termeni și noțiuni / concepție, realizare Anotolie Dăniil, Sergiu Racu, Manole Neagu - Chișinău: Pontos, 2006.- 312 p.
22. Dezinstituționalizarea serviciilor de protecție a copilului în România. Ghid metodologic. – București, 2004.
23. Dicționar de politici sociale. / coord. Luana Miruna Pop - București: Expert, 2002.- 877
24. Test, M., Stein L.I. (2000), Practical guidelines for the community treatment of markedly impaired patients. Community Mental Health Journal, 36(1): 47-60
25. Test MA: The Journal, Volume 9, Issue 1, 1998, Sacramento, California.
26. Marx, A.J., Test, M.A., Stein, L.I., (1973), Extra-hospital management of severe mental illness, feasibility and effects of social functioning, Archives of General Psychiatry, 29, 505-511.
27. Weisbrod, B.A., Test, M.A., Stein, L.I., (1980), Alternative to mental hospital treatment II: economic benefit cost-analysis, Archives of General Psychiatry, 37, 400-405
28. Clark RE (1997): Financing assertive community treatment, Administration and Policy in Mental Health, 25, 209-220.
29. Allred CA, Burns BJ, Phillips SD (2005): The assertive community treatment team as a complex dynamic system of care, Administration and Policy in Mental Health, 32, 211-220
30. Gold PB, Meisler N, Santos AB et al. (2003): The program of Assertive Community Treatment: Implementation and dissemination of an effective-based model of community-based care for persons with severe and persistent mental illness, Cognitive and Behavioral Practice, 10:290-303
31. Kent A, Burns T (2005): Assertive community treatment in UK practice, Advances in Psychiatric Treatment, 11: 388-397
32. Burns T, Firn M (2002): Assertive Outreach in Mental Health. A Manual for Practitioners, Oxford: Oxford University Press.