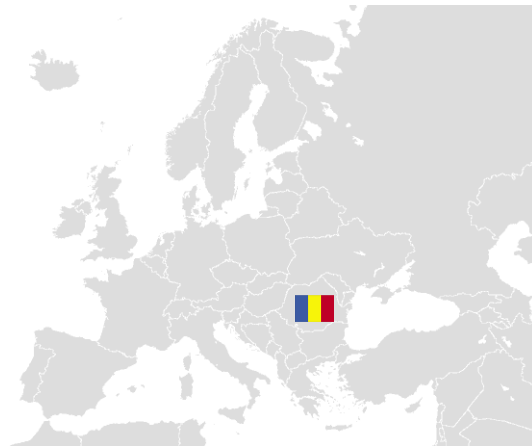


Îngrijirea Medicală în Spitale și la Domiciliu

Situația din România



Îngrijirea Medicală în Spitale și la Domiciliu Situția din România

Adina pescarovici

Cecma

Bucharest, Romania

office@cecma.ro

Abstract

Sistemul Național de Sănătate din România se află într-un proces de transformare, datorat faptului că acesta nu mai corespunde nevoilor populației, marea majoritate a acestora considerându-l ineficient și prost administrat conform Studiului realizat de grupul internațional IRIS Network. Astfel, în 2012 se lucrează la o nouă lege a sistemului de sănătate, care să corespundă nevoilor populației. Serviciile de îngrijire la domiciliu au apărut în România după 1990, dar numai la inițiativa ONG-urilor, pe baza finanțărilor externe. Statul s-a implicat mult mai târziu în această problemă, în anul 2000 apărând Legea 17 privind asistența persoanelor vârstnice. Beneficiarii direcți ai serviciilor de îngrijire la domiciliu sunt: persoane cu boli acute /cronice, persoane cu un anumit grad de dependență și abilitate limitată de deplasare la o unitate medicală. Furnizorii de servicii de îngrijire la domiciliu pot fi persoane independente sau organizații/companii autorizate de Ministerul Sănătății în acest sens. Acordarea de îngrijire la domiciliu bolnavului se realizează în conformitate cu pregătirea profesională a acestor furnizori. Îngrijire la domiciliu în România pot primi: pacienți cu afecțiuni oncologice, persoane paralizate sau imobilizate la pat, bătrâni cu afecțiuni cronice și cei care au nevoie de astfel de servicii după o intervenție chirurgicală, persoane cu dizabilități, boli cronice, copii cu nevoi speciale, victimele violenței domestice au dreptul la îngrijire la domiciliu prin sistemul național de asigurări sociale. Un mare aport la dezvoltarea îngrijirii la domiciliu l-au avut fundațiile private, care sunt doar parțial finanțate de stat, restul finanțării fiind obținute din fonduri private.

1. Introducere

1.1 Situația Națională

Putem afirma că sistemul de asigurare a sănătății în România a fost până în 1989 și câțiva ani după aceea, un sistem caracterizat prin centralism și limitarea libertății de opțiune. Legat de acest aspect, scopurile reformei din 1998 au vizat:

- creșterea eficienței în folosirea resurselor;
- îmbunătățirea relației medic-pacient;
- îmbunătățirea stării de sănătate a populației;
- creșterea nivelului de satisfacție a pacienților și a furnizorilor de servicii medicale.

Principiile sistemului de asigurări sociale de sănătate din România implică:

- alegerea liberă a Casei de Asigurări de Sănătate: asiguratul nu este legat de comuna, orașul sau județul în care locuiește, banii și informațiile îl vor urma indiferent de alegerea pe care o face;
- solidaritatea și subsidiaritatea în colectarea și utilizarea fondurilor;
- participarea persoanelor asigurate, a statului și a angajatorilor la managementul fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;
- concurența rezultată din libertatea alegerii, medicii care dau dovadă de profesionalism fiind avantajați, solicitați de asigurat;
- acordarea unui pachet de servicii medicale de bază, în mod echitabil și nediscriminatoriu, oricărui asigurat;
- confidențialitatea actului medical.

Funcțiile sistemului asigurărilor sociale de sănătate reunesc: colectarea fondurilor, administrarea și utilizarea acestora. Contribuția fiecărei persoane active – direct și prin intermediul angajatorului - la formarea fondului de asigurări sociale de sănătate este obligatorie. *Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate* se constituie din: contribuțiile angajaților (5.5%) și angajatorii (5.2%), subvenții de la bugetul de stat și bugetele locale, alte venituri. Destinațiile fondului sunt: cheltuieli de administrare, funcționare și de capital (max 3%), fond de rezervă (cotă 1%), plata medicamentelor și a serviciilor medicale (restul până la 100%). Evoluția oscilantă a veniturilor și cheltuielilor la fond indică faptul că autoritățile române nu au avut o strategie coerentă pe domeniul sănătății. Principala destinație de la fond o reprezintă plata medicamentelor și a serviciilor medicale, pentru care Casele Județene de Asigurări de Sănătate încheie contracte de prestări servicii medicale cu furnizorii acreditați de Colegiul Medicilor din România. Sistemul de sănătate românesc răspunde în continuare ineficient problemelor majore de sănătate ale românilor, modelul actual punând accentul pe asistență curativă și preponderent pe cea spitalicească, în defavoarea celei ambulatorii și de asistență primară. Câteva considerații critice privind reforma sistemului de asigurare a sănătății în România vizează:

- subfinanțarea sistemului sanitar;
- utilizare arbitrară a resurselor;
- lipsa de integrare a serviciilor de sănătate;
- managementul deficitar al informațiilor din sănătate;
- lipsa unui sistem viabil de asigurare a calității serviciilor de sănătate.

Direcțiile de reformă propuse și soluțiile care ar putea rezolva aspectele problematice, trebuie să aibă mereu în vedere *obiectivul principal* al sistemului sanitar, adică *îmbunătățirea stării de sănătate a populației din România și accesul echitabil la servicii de sănătate* care ar trebui să fie: *sigure, eficiente, prompte și eficiente*. În prezent se lucrează la o nouă lege privind organizarea și funcționarea sistemului de sănătate din România, lege care ridică numeroase dezbateri. ORDIN Nr. 318 din 7 aprilie 2003 - pentru aprobarea Normelor privind organizarea și funcționarea îngrijirilor la domiciliu, precum și

autorizarea persoanelor juridice și fizice care acordă aceste servicii. Prin îngrijire la domiciliu se înțelege orice activitate de îngrijire medicală prestată de personal specializat, la domiciliul pacientului, care contribuie la îmbunătățirea stării de bine a acestuia din punct de vedere fizic și psihic. Îngrijirea la domiciliu se efectuează numai la indicația medicilor. Modalitatea de plată a furnizorilor de îngrijiri la domiciliu se stabilește prin contract între părți, pe baza tarifelor stabilite și negociate. Beneficiarii îngrijirilor medicale la domiciliu sunt persoane cu afecțiuni acute și/sau cronice, care prezintă un anumit nivel de dependență și o capacitate limitată de a se deplasa la o unitate sanitară în vederea asigurării îngrijirilor ambulatorii recomandate de medici.

Pot fi furnizori de îngrijiri la domiciliu persoane juridice sau fizice autorizate de Ministerul Sănătății și Familiei pentru a presta aceste servicii. Asigurarea asistenței medicale și a îngrijirii la domiciliul bolnavului este efectuată în conformitate cu nivelul de pregătire profesională a furnizorilor acestor servicii. Furnizorii de îngrijiri la domiciliu sunt obligați să comunice medicului care a recomandat aceste servicii situația evoluției stării de sănătate a pacientului îngrijit. LISTA îngrijirilor la domiciliu care pot fi asigurate de persoane juridice și fizice autorizate de Ministerul Sănătății și Familiei:

1. Evaluarea inițială: preluarea pacientului în maximum 48 ore de la solicitare, stabilirea planului detaliat de îngrijiri la domiciliu, împreună cu medicul care le-a recomandat, consilierea și instruirea pacientului și a familiei
2. Evaluarea de etapă, la 3 luni pentru cazurile acute, la 6 luni pentru cazurile cronice și ori de câte ori este necesar dacă planul de îngrijiri la domiciliu cuprinde precizări în acest sens
3. Monitorizarea parametrilor fiziologici: temperatură, respirație, puls, tensiune arterială, diureză, scaun
4. Toaleta pacientului cu probleme medicale și/sau imobilizat:
5. Manevre terapeutice:
6. Tehnici de îngrijire chirurgicală:
7. Monitorizarea dializei peritoneale
8. Îngrijiri paliative furnizate numai de medici de specialitate și/sau cu competență/supraspecializare în îngrijiri paliative:
9. Kinetoterapia individuală
10. Logopedia individuală
11. Examinare și evaluare psihologică

Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se stabilește de medicul care a făcut recomandarea, cu obligativitatea precizării ritmicității/periodicității serviciilor, dar nu mai mult de 90 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni în una sau mai multe etape (episoade de îngrijire).

1.2 Principalele Tendințe Naționale

Serviciile de îngrijire la domiciliu au apărut în România după 1990, dar numai la inițiativa ONG-urilor, pe baza finanțărilor externe. Statul s-a implicat mult mai târziu în această problemă, în anul 2000 apărând Legea 17 privind asistența persoanelor vârstnice. Legislația spunea însă că serviciile publice de îngrijire la domiciliu pot fi organizate numai de autoritățile locale, dacă au bani pentru așa ceva. Se apreciază că un milion de oameni în vârstă din România au nevoie de îngrijiri la domiciliu, din cauză că nu se mai pot descurca singuri, răpuși de bătrânețe și de boli. Este o estimare bazată pe declarațiile medicilor geriatri din toată țara și pe datele culese de la diverse organizații neguvernamentale care oferă servicii sociale. Sunt informații prezentate în 2010 într-un studiu național intitulat "Politici și strategii pentru persoanele vârstnice din România, nevoi și soluții", demarat de Fundația de Sprijin Comunitar din Bacău. "Există multe sate, în toată România, în care un sfert din populația de vârstă a treia are nevoie de îngrijire la domiciliu", completează Elena Ungureanu, care s-a implicat în elaborarea acestui studiu. Reținem totodată că 70% din bătrânii cu venituri mici din România se găsesc în mediul rural. Dartocmai aici, atrage atenția studiul, lipsesc aproape cu desăvârșire serviciile medicale și cele de asistență socială. Conform Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale doar 816 de persoane vârstnice sunt îngrijite la domiciliu de către serviciile specializate ale primăriilor. În condițiile în care în România, conform rapoartelor oficiale din ultimii ani, sunt aproape 600.000 de oameni de peste 80 de ani. Persoanele trecute de 75 de ani sunt în număr de 1,3 milioane. Iar cei peste 65 de ani - 3,2 milioane. Față de ceea ce fac acum autoritățile locale, ONG-urile au în grijă la domiciliu, în toată țara, 8.078 de vârstnici. Ministerul Muncii poate să acorde, conform Legii 34 din 1998, subvenții organizațiilor neguvernamentale

care prestează asistență socială de orice fel, nu neaparat îngrijire la domiciliu. Ministerul de resort va aloca 31 de milioane de lei în anul 2012 pentru susținerea ONG-urilor. Conform studiului Fundației de Sprijin Comunitar din Bacău, organizațiile de profil din România au fost subvenționate până acum, pentru îngrijirea la domiciliu, numai în proporție de cel mult 40%, restul fondurilor fiind obținute din sponsorizări și finanțări externe. Serviciile sociale sunt o formă de suport activ pentru familiile și comunitățile în nevoie. Grupurile țintă ale serviciilor sociale sunt: copiii și familia, vârstnicii, persoanele cu dizabilități, persoanele fără adăpost, persoanele abuzate, persoanele dependente de alcool și alte substanțe toxice, persoanele care suferă de boli cronice sau boli incurabile, copii cu nevoi speciale, victimele violenței. Serviciile sociale pot fi servicii sociale cu caracter primar și servicii sociale specializate, ambele categorii având un caracter proactiv. Serviciile de îngrijire social medicală sunt servicii sociale specializate și se adresează persoanelor vârstnice, persoanelor cu handicap, bolnavilor cronici, persoanelor care suferă de boli incurabile, copiilor cu nevoi speciale, persoanelor victime ale violenței în familie. Serviciile de îngrijire social-medicală sunt:

- a) servicii sociale,
- b) servicii medicale și
- c) servicii conexe acestora.

Beneficiarii direcți ai serviciilor de îngrijire la domiciliu sunt: persoane cu boli acute /cronice, persoane cu un anumit grad de dependență și abilitate limitată de deplasare la o unitate medicală. Furnizorii de servicii de îngrijire la domiciliu pot fi persoane independente sau organizații/companii autorizate de Ministerul Sănătății în acest sens. Acordarea de îngrijire la domiciliu bolnavului se realizează în conformitate cu pregătirea profesională a acestor furnizori. Îngrijire la domiciliu în România pot primi: pacienți cu afecțiuni oncologice, persoane paralizate sau imobilizate la pat, bătrâni cu afecțiuni cronice și cei care au nevoie de astfel de servicii după o intervenție chirurgicală, persoane cu dizabilități, boli cronice, copii cu nevoi speciale, victimele violenței domestice au dreptul la îngrijire la domiciliu prin sistemul național de asigurări sociale.

Tipuri De Servicii de Îngrijire la Domiciliu:

- Îngrijire acută – pentru boli acute și recuperare după intervenții chirurgicale
- Îngrijire cronică – pentru boli fizice cronice și dizabilități funcționale
- Servicii ambulatorii – fizioterapie, terapie ocupațională, consiliere
- Îngrijire paliativă – pentru boli terminale și muribunzi
- Servicii medicale specializate – chimioterapie, terapie antibiotică intravenoasă
- Îngrijire tehnologizată – oxigenoterapie la domiciliu, dializă, terapie respiratorie

1.3 Îngrijirile la Domiciliu ca o Alternativă la Spitalizare, Respitalizare Și Spitalizare Prelungită

Avantaje:

- Este mult mai ieftin să îngrijești acasă decât în spital. Se reduc cheltuielile hoteliere, medicamente, materiale sanitare, hrană, de întreținere și administrative;
- Reducerea riscului apariției infecțiilor intraspitalicești;
- Beneficiul fizic și psihic al pacientului de a fi îngrijit în mediul său, alături de familie;
- Medicul de familie și specialistul, pot să urmărească prin intermediul furnizorilor autorizați, care este evoluția pacientului și poate interveni, dacă este cazul;
- Se creează sentimentul de securitate al pacienților care pleacă acasă fie după externare, fie de la cabinetul medicului de familie, fie din ambulatoriul de specialitate;

Dezavantaje:



- Situațiile înregistrate la domiciliu depășesc uneori posibilitatea de intervenție a echipelor medicale necesitând cadrul instituțional

1.4 Concluzii:

Pentru că viața de pacient se petrece, în majoritate, acasă, trebuie dezvoltate ÎNGRIJIRILE MEDICALE LA DOMICILIU într-o manieră coerentă și structurală, la nivel național, după un program bine stabilit și bine evaluat. Toti actorii din sistem au nevoie de îngrijiri la domiciliu:

- spitalul – sunt internări doar pentru analize, tratamente parenterale, pansamente, care pot fi efectuate la domiciliu;
- ambulatoriul de specialitate – după stabilirea diagnosticului și al tratamentului, acesta poate fi continuat la domiciliu;
- medicul de familie, nu poate urmări și trata la domiciliu toți pacienții cronici imobilizați și nici efectuarea tratamentului prescris la cei consultați la cabinet;
- CNAS – pentru economia care o aduce acest sistem la bugetul statului;
- Pacientul, care beneficiază de îngrijire pe perna lui, la standarde de calitate și competențe multiple, de o echipă profesionistă și responsabilă.

2. Instituții Naționale Responsabile de Îngrijirea la Domiciliu

Sistemul de asistență socială cuprinde ministere, direcții și alte structuri guvernamentale. Cel mai important minister este Ministerul Muncii, Solidarității Sociale și Familiei care coordonează întregul sistem național de asistență socială, având atribuții majore precum:

- elaborarea politicilor de asistență socială
- stabilirea strategiilor de dezvoltare a asistenței sociale
- promovarea drepturilor persoanelor aflate în nevoie
- colaborarea cu principalii reprezentanți a societății civile
- finanțează programele naționale de asistență socială
- elaborează programe de formare și perfecționare a personalului din domeniul asistenței sociale.

Serviciul public de asistență socială organizat la nivel județean are drept scop aplicarea politicilor și strategiilor de asistență socială și îndeplinește, în principal, funcțiile de: strategie, coordonare, administrare, colaborare și reprezentare. Funcțiile serviciului social sunt:

- suport profesional prin consiliere, terapie
- focalizarea și eficientizarea suportului social
- facilitarea absorbției suportului social
- apărarea intereselor și drepturilor persoanelor aflate în dificultate.

În cadrul asistenței sociale, se ține cont de toate dimensiunile care definesc omul: dimensiunea psihologică, socială, spirituală și economică, pentru ca să fie realizată integrarea individului în complexul de relații sociale. Pot fi furnizori de îngrijiri la domiciliu persoane juridice sau fizice autorizate de Ministerul Sănătății și Familiei pentru a presta aceste servicii. Ministerul Sănătății și Familiei autorizează furnizorii de îngrijiri la domiciliu care se încadrează în următoarele criterii:

- a) concordanța dintre obiectivele ce urmează a fi realizate de furnizorii de îngrijiri la domiciliu și necesitățile și prioritățile comunității;
- b) existența în statutul legal de înființare a mențiunilor exprese privind furnizarea de îngrijiri la domiciliu ca obiect de activitate;
- c) existența unei echipe capabile să susțină activitățile cuprinse în pachetul de servicii, formată din persoane care dețin diploma (certificat de absolvire) și autorizație de liberă practică, obținute în condițiile legii;
- d) existența fișei postului pentru fiecare persoană angajată, cu precizarea nivelului de pregătire, a competențelor și a atribuțiilor;
- e) existența unui sediu autorizat de direcția de sănătate publică teritorială;
- f) existența spațiilor pentru păstrarea și accesarea documentelor medicale (baza de date, fișe medicale, arhivă);
- g) dotare care să permită realizarea obiectivelor propuse - mobilier corespunzător funcționării ca dispecerat, mijloace de comunicare, echipamente, truse medicale, produse farmaceutice și altele asemenea.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate emite standardele pentru acreditarea furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu, care sunt aplicate cu ajutorul Direcțiilor de specialitate ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, caselor de asigurări de sănătate, Subcomisiei naționale de acreditare a furnizorilor de îngrijiri la domiciliu, furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu.

3. Politici Naționale Implementate Pentru a Promova și Îmbunătăți Serviciile de Îngrijire la Domiciliu

În România, anul 2001 a constituit pasul decisiv în crearea coerenței legislative și instituționale, fiind adoptată Legea nr.705/2001 privind sistemul național de asistență socială, act normativ care deschide calea reformei și dezvoltării sistemului național de asistență socială. În 2006, noua Lege cadru nr. 47 /2006 pentru sistemul național de asistență socială, promovează anumite acțiuni pentru a întări coeziunea socială, prin promovarea solidarității în cadrul comunităților, față de cele mai vulnerabile categorii de persoane. Instituțiile desemnate promovează drepturile familiei, copilului, persoanelor în vârstă, persoanelor cu handicap și ale altor persoane care au nevoie de ajutor din punct de vedere financiar și tehnic, deoarece programele de asistență socială vizează aceste categorii de persoane. Sistemul național de asistență socială în România este necesar să fie consolidat pe obiective care să-i asigure funcționarea coerentă și eficientă, cum sunt: prevenirea și combaterea tendințelor de discriminare și marginalizare socială a unor categorii de populație și persoane sau intensificarea și dezvoltarea parteneriatului social, ca mijloc de control și eficientizare a măsurilor de sprijin a persoanelor și familiilor aflate în dificultate. Materializarea acestor obiective se asigură prin cele două tipuri ale asistenței sociale, respectiv asistență socială previzională și asistență socială curentă. Asistența socială previzională, care revine direcțiilor de specialitate din Ministerul Muncii și Solidarității Sociale, are în vedere următoarele acțiuni principale: asigurarea cadrului juridic, instituțional și administrativ pentru realizarea politicii în domeniu, stabilirea mecanismelor de intervenție pentru acordarea de sprijin categoriilor sociale defavorizate – familii aflate în dificultate, minori, vârstnici, persoane cu handicap și bolnavi cronici; etc. Asistența socială curentă, care se realizează de către compartimentele de specialitate din cadrul direcțiilor de muncă și solidaritate socială, în colaborare cu primăriile are în vedere: identificarea familiilor, a unor membri ai acestora și a persoanelor singure aflate în situație de risc social; acordarea de ajutoare materiale în bani sau în natură, potrivit reglementărilor în vigoare, pe baza de cerere, persoanelor care sunt îndreptățite; asistarea în cămine a bolnavilor cronici, a persoanelor cu handicap și a persoanelor vârstnice fără sprijin material.

Acte legislative importante:

- LEGEA Nr.17 din 6 martie 2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, care stipulează că persoanele vârstnice au dreptul la asistență socială, potrivit dispozițiilor prezentei legi, în raport cu situația sociomedicală și cu resursele economice de care dispun.
- ORDIN Nr. 318 din 7 aprilie 2003 pentru aprobarea Normelor privind organizarea și funcționarea îngrijirilor la domiciliu, precum și autorizarea persoanelor juridice și fizice care acordă aceste servicii.
- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, prezintă serviciile oferite asiguraților de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, prin casele teritoriale.
- Legea Nr. 95 din 14 aprilie 2006-extras-privind reforma în domeniul sănătății-actualizată- Emitent: Parlamentul României Publicată în: Monitorul Oficial Nr. 372 din 28 aprilie 2006

Text actualizat în baza actelor normative modificatoare, publicate în Monitorul Oficial al României, Partea I, până la 21 noiembrie 2006:

- Rectificarea publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 391 din 5 mai 2006;
- OUG nr. 35/2006, cu modificările ulterioare;
- OUG nr. 72/2006, cu modificările ulterioare;
- Rectificarea publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 823 din 6 octombrie 2006;
- OUG nr. 88/2006; OUG nr. 104/2006; Legea nr. 34/2007; OUG nr. 20/2007; Legea nr. 264/2007.

4. Strategii Și Inițiative Dezvoltate la Nivel Național Și Local Pentru a Promova Și Îmbunătăți Serviciile de Îngrijire la Domiciliu

4.1 Programul național „Servicii de Îngrijire la Domiciliu”

Scopul programului

Scopul proiectului este îmbunătățirea condiției de viață a persoanelor dependente, imobilizate la pat și/sau domiciliu, care nu își pot satisface nevoile de bază și necesită îngrijire.

Obiective

- Asigurarea accesului cetățenilor la serviciile de îngrijire social-medicală, care reprezintă un complex de activități ce se acordă în cadrul unui sistem social și medical integrat și au drept scop principal menținerea autonomiei persoanei, precum și prevenirea agravării situației de dependență.
- Asigurarea accesului membrilor de familie a asistaților la informații și suport în participarea activă la procesul de asistență.
- Antrenarea responsabilității și participării comunităților locale în procesul de asistență. Integrarea modelului de servicii implementat în sistemul public de asistență socială și medicală din România.
- Fundamentarea unei culturi empatice, centrate pe om în sensul cel mai nobil al cuvântului în cadrul serviciilor de îngrijire acordate.
- Consolidarea unei culturi empatice, de grijă față de aproape, în societatea noastră.

Servicii oferite

- Servicii de bază: ajutor pentru igienă corporală, îmbrăcare și dezbrăcare, igiena eliminărilor, hrănire și hidratare, transfer și mobilizare, deplasare în interior, comunicare;
- Servicii de suport: ajutor pentru prepararea hranei sau livrarea acesteia, efectuarea de cumpărături, activități de menaj, însoțirea în mijloacele de transport, facilitarea deplasării în exterior, companie, activități de administrare și gestionare, activități de petrecere a timpului liber;
- Servicii de îngrijiri medicale: monitorizarea parametrilor fiziologici, manevre terapeutice de tipul injecțiilor, pansamentelor, cateterisme, tratamentul stomelor și fistulelor, prevenirea și tratamentul escarelor de decubit, prevenirea complicațiilor venoase, pulmonare și osteo-musculo-articulare aferente imobilizării etc;
- Servicii de recuperare și reabilitare, conexe domeniului medical și social: kinetoterapie, fizioterapie, terapie ocupațională, psihoterapie, psihopedagogie, logopedie, podologie și altele asemenea;
- Servicii de reabilitare și adaptare a ambiantului: mici amenajări, reparații și altele asemenea.
- Administrarea, coordonarea și controlul serviciilor acordate în vederea asigurării calității acestora.
- Acțiuni vizând extinderea și îmbunătățirea serviciilor în beneficiul asistaților.

Toate aceste servicii sunt oferite de echipe multidisciplinare, care au ca scop acoperirea unei game cât mai variate a nevoilor beneficiarilor. Echipele sunt formate din: medici, asistente medicale, îngrijitoare bătrâni și bolnavi la domiciliu, asistenți sociali și voluntari. Programul Național de îngrijire la domiciliu face parte din rețeaua de îngrijire la domiciliu Caritas care are membrii în toate țările Europene.

Programul Național de îngrijire la domiciliu este membru fondator în Federația Furnizorilor de Îngrijire la Domiciliu din România (FFIDR).

4.2 Hospice Perspective Medicale Oferă Servicii de îngrijiri Paliative în Cluj-Napoca, România.

Acestea cuprind asistență medicală, sprijin psiho-social și spiritual. Hospice Perspective Medicale, membră a Asociației Naționale de Îngrijiri Paliative este o organizație non-guvernamentală (ONG) non-profit care oferă asistență medicală și socială persoanelor cu afecțiuni care pun în pericol viața (conform definiției OMS a îngrijirilor paliative). Totodata oferă sprijin emoțional și spiritual pacienților și

aparținătorilor lor. Majoritatea pacienților sunt diagnosticați cu cancer în fază avansată. Pentru a putea fi luat în îngrijire de către Hospice Perspective Medicale pacientul trebuie să fie diagnosticat cu o boală incurabilă cu un prognostic de viață limitat, și trebuie să accepte ideea unui tratament orientat spre creșterea calității vieții și nu spre vindecarea bolii. Echipa medicală a centrului menține sub control, pe baza unui plan complex de îngrijire, durerea și simptomele cauzate de boală. Serviciile medicale sunt oferite la domiciliul pacienților. Problemele emoționale se întrepătrund cu problemele familiale cauzate de boală, iar membrii echipei și voluntarii instruiți oferă consiliere specifică nevoilor fiecărui pacient. Acest centru a organizat grupuri de sprijin pentru pacienți și oferă acestora posibilitatea de a-și exprima sentimentele, temerile sau îngrijorările, în acest mod sprijinindu-se reciproc. Centrul pune la dispoziția pacienților și terapii complementare, prin care le este distrasă atenția întreprinzând orice activitate care le produce bucurie. De asemenea, echipa organizează picnicuri și excursii la munte atât pentru pacienți cât și pentru familiile acestora. Hospice Perspective Medicale organizează atât cursuri de îngrijire paliativă care vin în întâmpinarea nevoii de cunoștințe de îngrijiri paliative și intră în programul de educație medicală continuă a cadrelor medicale, cursuri pentru medici, cursuri pentru asistenți medicali, cât și conferințe și simpozioane pe diverse teme în îngrijirea paliativă.

4.3 Fundația Creștină Diakonia

Serviciile de îngrijire la domiciliu din cadrul Fundației Creștine Diakonia au început să fie acordate în Cluj în 1992, urmând ca în Februarie 2006 să fie acreditate de către Ministerul Sănătății. Serviciul de Îngrijire la Domiciliu al fundației, este în relații contractuale din Mai 2006 cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contractul fiind reînnoit anual. Conform acestuia, bolnavii beneficiază de gratuitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu (90 de zile anual), la recomandarea medicului specialist sau al medicului de familie. Cheltuielile aferente sunt suportate de Casa de Asigurări de Sănătate. Începând din anul 2007, grație sprijinului acordat de asociația scoțiană SOMETHING FOR ROMANIA, Fundația Creștină Diakonia asigură servicii de îngrijire paliativă la domiciliu gratuite pacienților cu boli incurabile, în stare avansată, fiind „excluse”, conform viziunii medicale curative/clasice din sistemul de sănătate. Casa de Asigurări de Sănătate nu recunoaște deocamdată serviciul de îngrijire paliativă ca fiind un serviciu finanțabil, și suportă prin urmare doar o mică parte a inițiativei. Serviciului de îngrijire la domiciliu și asistență paliativă sunt oferite de o echipă multidisciplinară formată din 2 medici, 5 asistente medicale, 1 asistent social și 1 îngrijitoare. Conștiința lor profesională este întărită de angajamentul și seriozitatea lor. Echipa este membră a Asociației Naționale de Îngrijiri Paliative.

4.4 Fundația Crucea Alb Galbenă România

Cu sprijinul Consiliului General al Municipiului București, prin proiectul „**Centrul Pilot de coordonare a serviciilor de îngrijiri la domiciliu**”, este alături de cetățenii capitalei care au nevoie de îngrijiri medicale și sociale la domiciliu. Astfel, pacienții din cadrul proiectului și nu numai, au fost ajutați, ca pe lângă serviciile oferite, să primească suport din partea echipei, sub formă de pachete cu alimente și medicamente, cumpărături, însoțire la cabinete medicale, etc. Au început în urmă cu 15 ani, alături de un grup de la Crucea Alb Galbenă Belgia, care au lucrat alături de ei timp de 6 ani. Așa s-a creat un colectiv de profesioniști care au pus bazele Îngrijirii la domiciliu la Crucea Alb Galbenă, dar și în sistemul de sănătate românesc. Au o echipă de 31 de angajați, 22 autoturisme, 11 proiecte de finanțare și 700 pacienți îngrijiți pe lună. Primesc des recunoașterea celor îngrijiți și partenerilor din proiecte. Au capacitatea să răspundă cererilor tuturor persoanelor care au nevoie de îngrijiri la domiciliu.

4.5 Hospice Emanuel

„Hospice Emanuel” este un centru de îngrijire paliativă din Municipiul Oradea pentru pacienți, adulți și copii, aflați în stadiul terminal al unei boli incurabile. Hospice oferă pacienților un mediu familiar, luminos, în care atât ca ambient cât și ca relație cu personalul de îngrijire, aceștia se simt “acasă” fiind tratați cu respect și demnitate până în ultima clipă a vieții. Fundația „Hospice Emanuel” Oradea este o organizație caritabilă, neguvernamentală, care are ca activitate principală îngrijirea paliativă a pacienților, adulți și copii, diagnosticați cu o boală incurabilă avansată, din municipiul Oradea și localitățile învecinate. Misiunea este de a asigura o calitate optimă de viață acestor pacienți, precum și familiilor lor. Serviciile hospice sunt gratuite și sunt oferite în mod nediscriminatoriu pacienților eligibili, adulți sau copii, indiferent de apartenența etnică, culturală sau religioasă. Echipa hospice alcătuită din

medici, asistente medicale, asistente sociale (cu pregătire de specialitate în domeniul îngrijirii paliative) și voluntari, asigură la domiciliul pacienților:

- servicii medicale și de nursing
- servicii sociale
- servicii de suport psiho-emoțional și asistență spirituală
- servicii de sprijin pentru familie în perioada de doliu
- servicii de voluntariat.

Beneficiarii "Hospice Emanuel" sunt:

- adulți diagnosticați cu boli oncologice în stadii avansate și terminale, domiciliați în municipiul Oradea sau localități situate până la 15 km distanță
- copii cu afecțiuni oncologice, malformații congenitale, SIDA și alte patologii cu prognostic limitat, cu domiciliul în Oradea sau localități din județul Bihor, situate până la 50 km distanță.

Obiectivele "Hospice Emanuel":

- Asigurarea de servicii de îngrijire paliativă pacienților eligibili.
- Promovarea conceptului hospice și de îngrijire paliativă
- Avocarea pentru drepturile pacientului cu boala incurabilă avansată la controlul durerii și la o îngrijire adecvată, care să răspundă nevoilor complexe ale acestuia.

Fundația și-a propus să construiască un ansamblu de clădiri în care să funcționeze: un ambulator de specialitate; un centru de îngrijire paliativă la domiciliu pentru adulți și copii; centre de zi pentru adulți și copii; o unitate cu 15 paturi de paliative pentru adulți și 5 paturi destinate copiilor cu boli incurabile avansate; un centru de educație în domeniul îngrijirilor paliative.

5 Descrierea cursurilor de formare profesională în domeniul îngrijirii la domiciliu

Perfecționarea competențelor profesioniștilor din domeniul îngrijirii la domiciliu la nivel european

Cursul include cincizeci de module împărțite în patru zone principale după cum urmează:

A. Aspecte medicale

A1 Susținerea persoanelor pentru a participa la activități recreative

- Mediul de îngrijire
- Evaluarea nevoilor și dorințelor unei persoane
- Promovarea activității

A2 Susținerea persoanelor în viața de zi cu zi

- Îndeplinirea nevoilor domestice și personale
- Alimente și băuturi pentru persoane
- Igiena personală

B. Aspecte de ordin psihologic

B3 Comunicarea cu persoanele în vârstă

- Maturitatea târzie
- Factorii care afectează comunicarea cu persoanele în vârstă
- Abilități de comunicare – moduri de îmbunătățire

B4 Comunicarea cu pacienții pe moarte și familiile lor

- Comunicarea cu pacienții în stare terminală și pe moarte
- Comunicarea cu familiile pacienților pe moarte
- Cum să vorbim despre o boală terminală

B5 Comunicarea cu pacienții cu deficiențe de auz

- Ce este?
- Pierderea auzului
- Cum să comunicăm cu succes cu cei cu deficiențe de auz?

B6 Comunicarea cu pacienții cu deficiențe de vedere

- Vederea, deficiențe de vedere, orbire
- Cum percep nevăzătorii și persoanele cu deficiențe de vedere lumea
- Principiile de comunicare cu nevăzătorii și cu cei cu deficiențe de vedere

B7 Relația cu familia pacientului

- Ascultare și comunicare
- Întărirea familiei (și profesionalism)

B8 Stabilirea unei relații de ajutor

- Mediere și mediatori
- Relația de ajutor

C Legislația națională / UE în domeniul sănătății

C9 Introducere în legislația UE privind lucrătorii în domeniul asistenței medicale la domiciliu

- Tratatul Uniunii Europene
- Drepturile fundamentale
- Strategia europeană în domeniul sănătății

- C10 Legislația din Marea Britanie privind lucrătorii în domeniul asistenței medicale la domiciliu
- Standarde legale privind activitatea de îngrijire
 - Nivelul minim al standardelor de servicii
 - Depășirea standardelor

- C11 Legislația din Slovenia privind lucrătorii în domeniul asistenței medicale la domiciliu
- Mediul juridic general
 - Legislația în sectorul de îngrijire medicală

D Aspecte sociale / etice

- D12 Profesia de asistent medical: codul profesional și aspecte etice

- Asistentul medical și pacientul
- Asistentul medical și aspectele etice ale muncii sale
- Asistentul medical și deciziile etice

- D13 Diferențe culturale în abordarea față de pacienți

- Cultură și culturi
- Teoria universalității și diversității domeniului de asistență medicală
- Rituri de trecere

- D14 Codul profesional și aspectele etice ale lucrătorilor din domeniul asistenței sociale

- Codul de bune practici
- Standardele de îngrijire
- Politici și proceduri

- D15 Auto-instruirea și învățarea continuă

- Drumul spre practica reflexivă

Competențe cheie pe care îngrijitorii la domiciliu trebuie să le aibă pentru a oferi servicii de calitate

Titlul calificării profesionale: Asistent medical comunitar

Nivel: CNC3/ EQF 4.

Asistentul medical comunitar contribuie la starea de sănătate generală a individului, familiei și comunității prin acordarea îngrijirilor care vizează promovarea sănătății, prevenirea îmbolnăvirilor, îngrijirea celor bolnavi la domiciliu, în condițiile utilizării unei intervenții care adeseori reclamă o tehnologie avansată și o foarte bună pregătire practică. Profesionistul trebuie să fie capabil ca, pe lângă îngrijirile enumerate succint mai sus, să fie capabil să:

- implice indivizii, familiile și comunitățile în îngrijirea proprie și să se formeze la aceștia responsabilitate privind sănătatea;
- reprezinte la diferite niveluri unde se iau deciziile privind sănătatea, persoanele îngrijite, nevoile acestora și să intervină pentru a fi recunoscute drepturile lor;
- colaboreze în calitate de membru în cadrul echipei multidisciplinare, dar și cu alte organizații
- guvernamentale și nonguvernamentale pentru sănătatea celor îngrijiți;
- asigure calitatea îngrijirilor acordate prin respectarea standardelor de educație și practică clinică și calitatea vieții indivizilor, familiilor și comunităților de care răspund.

Responsabilitățile majore ale asistentului medical comunitar sunt:

- acordarea îngrijirilor de promovare, prevenire, curative, de recuperare sau de sprijin a indivizilor, familiilor și grupurilor;

- transmiterea cunoștințelor și formarea abilităților în domeniul sănătății în rândul pacienților, altor beneficiari, personalului din sistemul de sănătate și a celor aflați în procesul de formare;
- participarea în calitate de membru în cadrul echipei de îngrijire, ceea ce presupune solide cunoștințe în domeniul comunicării, realizării relațiilor interpersonale bazate pe respect reciproc și înțelegere a rolului propriu și a celorlalți profesioniști, implicare activă și responsabilă în luarea deciziilor, informarea autorităților, mass mediei, etc.;
- îmbunătățirea practicii clinice printr-o gândire critică, aprecierea și utilizarea cercetărilor existente în domeniu pe plan național și internațional.

enumirea competenței cheie	Nivel
C1. Comunicare în limba oficială	CNC3/ EQF 4
C2. Comunicare în limbi străine	CNC3/ EQF 4
C3. Competențe de bază în matematică, știință și tehnologie	CNC3/ EQF 4
C4. Competențe informatice	CNC3/ EQF 4
C5. Competența de a învăța	CNC3/ EQF 4
C6. Competențe sociale și civice	CNC3/ EQF 4
C7. Competențe antreprenoriale	CNC3/ EQF 4
C8. Competența de exprimare culturală	CNC3/ EQF 4
G1. Acordarea primului ajutor în caz de urgență	CNC3/ EQF 4
G2. Planificarea propriei activități	CNC3/ EQF 4
G3. Comunicarea interactivă cu toți actorii de la nivelul comunității	CNC3/ EQF 4
S1. Identificarea nevoilor de îngrijiri de sănătate la nivelul comunității	CNC3/ EQF 4
S2. Supravegherea gravidei	CNC3/ EQF 4
S3. Supravegherea nou-născutului și a lăuzei	CNC3/ EQF 4
S4. Promovarea sănătății la nivelul comunității	CNC3/ EQF 4
S5. Întocmirea dosarului de evidență a beneficiarului	CNC3/ EQF 4
S6. Prevenirea și depistarea îmbolnăvirilor	CNC3/ EQF 4
S7. Monitorizarea auto-îngrijirii	CNC3/ EQF 4
S8. Administrarea unor tratamente medicale la domiciliul persoanelor asistate	CNC3/ EQF 4

6 Identificarea de bune practici

6.1 COACH BOT - “Curs modular la distanta asistat de profesor virtual”

Descrierea Indicatorilor

Utilizarea mijloacelor medicinei narative	Mijloacele medicinei narative sunt filmele, cărțile și experiențele teatrelor utilizate cu scopul de a ajuta pacienții să își relateze poveștile
Utilizarea mijloacelor pedagogiei parentale	Mijloacele pedagogiei parentale o reprezintă utilizarea descrierilor narative parentale, prezența unui contract educațional dintre profesioniștii din domeniul sănătății și părinți, implicarea asociațiilor părinților în acțiunile de instruire ale profesioniștilor în domeniul sănătății
Utilizarea metodelor Internaționale de Clasificare ale Funcționării, Dizabilității și Sănătății (OMS 2011)	Mijloacele ICF sunt: Verificarea listei ICF, setul nucleu ICF, WHODAS OMS, Manualul ICF, evaluarea influențată de ICF
Utilizarea strategiilor de colectare a descrierilor narative	Strategiile de colectare a descrierilor narative sunt auditerile civice, ședințele deschise, întâlnirile cetățenilor și grupul de focalizare de cetățeni și pacienți cu privire la evaluarea și planificarea serviciilor de sănătate.
Utilizarea descrierilor narative ale cetățenilor în vederea îmbunătățirii serviciilor de sănătate	Exemplu de descrieri narative ale cetățeanului sunt: reclamații, feedback-uri cu privire la serviciile de sănătate, scrisori de apreciere
Utilizarea metodologiilor în vederea implicării cetățenilor în domeniul instruirii și educației sistemului de sănătate	Exemple de metodologii pentru a implica cetățenii în cadrul sistemului de sănătate și formare sunt: implicarea cetățenilor ca lideri de opinie. Implicarea părinților și a rudelor în calitate de martori privilegiați, etc.

Descrierea Bunei Practici:

Proiectul COACH BOT are ca scop crearea și testarea unei metodologii de e-learning inovatoare în vederea educării adulte care combină Tehnologia Agentului Conversațional (chatbot or chatterbot) împreună cu o metodă de învățare modulară creată ad hoc. În consecință, metodologia proiectului combină metoda de e-learning modulară creată în mod corespunzător conform nevoilor lucrătorilor adulți împreună cu interfață individ-calculator (chatbot) pentru a îmbunătăți eficacitatea e-learning-ului. A fost dezvoltat un mediu e-learning de colaborare care permite utilizatorilor comunicarea și interacționarea cu un chatbot, denumit “Antrenor Virtual” printr-o interfață umană. Cursurile electronice pilot au fost create și livrate adresându-se profesioniștilor de îngrijire la domiciliu, cum ar fi personalul medical, asistentele, îngrijitorii și medicii, care constituie grupul țintă direct al proiectului. Inovația principală a proiectului COACH BOT o reprezintă “Antrenorul Virtual”. Susține participanții “individuali” pe parcursul cursului electronic modular asigurându-le diverse tipuri de servicii. “Antrenorul Virtual” acționează asemenea profesorului personal, un antrenor și coleg asistent care asigură cursanților:

- orientarea și crearea unei metode de formare personalizate
- informație aprofundată
- evaluarea și sugerarea conținuturilor lecțiilor
- ajutorul și suportul tehnic
- studiile de caz și interpretarea de roluri

Metodologia COACH BOT include de asemenea un curriculum al cursului electronic dezvoltat ad-hoc conform unei abordări personalizate. Această abordare permite cursanților să beneficieze de o metodă de formare bazată pe nevoile specifice ale curanților. Având în vedere că fiecare curant își are propriile nevoi de muncă specifice, cunoștințe și cerințe de calificare, cursanții au posibilitatea de a-și crea propriul program de instruire. De exemplu, un cursant poate alege să se focalizeze pe anumite subiecte în timp ce evită alte sau abia studiază numai informațiile de bază. "Instructorul Virtual" interviează și discută cu cursanții pentru a crea un profil al studentului care poate să îi ajute la selectarea modulelor de curs utile care vor constitui propriile metode de formare personale. Acest proiect se bazează pe tehnologia agentului de conversație. Motorul agentului conversațional va fi creat prin tehnologia sursei deschise AIML (Artificial Intelligence Mark-up Language), standardul XML utilizat pentru crearea de chatbots. Cu scopul de interfața chatbot a sistemului de învățare și indivizii, un interpret AIML cu sursă deschisă va fi utilizat și modificat pentru a gestiona diversele date și algoritmi.

Rezultate:

Cursul electronic "Consolidarea competențelor profesioniștilor pentru îngrijirea la domiciliu" a avut la bază metodologia e-learning care permite fiecărui cursant să construiască o metodă de învățare personalizată. Metoda de învățare personalizată a fiecărui student constă în anumite subiecte selectate din lista de module din curriculum cursului, în baza nevoilor specifice fiecărui student. Curriculum de curs complet include 15 module divizate în 4 arii principale după cum urmează:

- Aspecte medicale : Modulul A1 Susținerea Indivizilor pentru a accesa și participa la activitățile recreative ; Modulul A2 Susținerea indivizilor din viața de zi cu zi.
- Aspectele psihologice : Modulul B3 Comunicarea cu persoanele în vârstă ; Modulul B4 Comunicarea cu pacienții aflați pe patul de moarte și cu familiile acestora ; Modulul B5 Comunicarea cu pacienții care prezintă dizabilități de auz ; Modulul B6 Comunicarea cu pacienții cu probleme de vedere ; Modulul B7 Relația cu familia pacientului ; Modulul B8 Stabilire unei relații de ajutor.
- Legile sănătății naționale / UE : Modulul C9 Introducere în legislația UE a statului îngrijitorului la domiciliu; Modulul C10 Introducere în legislația Marii Britanii a statului îngrijitorului la domiciliu, Modulul C10 Introducere în legislația SI a statului îngrijitorului la domiciliu.
- Aspectele etice / sociale : Modulul D12 Asistența : aspectele etice și codul profesional ; Modulul D13 Diferențele culturale din relațiile de ajutor ; D14 Codul profesional al îngrijitorilor sociali ; D15 Auto instruirea și continuarea procesului de învățare.

Mai multe informații la www.coachbot.eu

6.2 GATA4ProVIP – Ghidare în vederea consilierii și formării pentru părinții și rudele persoanelor cu deficiențe de vedere

Descrierea Indicatorilor

Utilizarea mijloacelor medicinei narative	Mijloacele medicinei narative sunt filmele, cărțile și experiențele teatrelor utilizate cu scopul de a ajuta pacienții să își relateze poveștile
Utilizarea mijloacelor pedagogiei parentale	Mijloacele pedagogiei parentale o reprezintă utilizarea descrierilor narative parentale, prezența unui contract educațional dintre profesioniștii din domeniul sănătății și părinți, implicarea asociațiilor părinților în acțiunile de instruire ale profesioniștilor în domeniul sănătății
Utilizarea metodelor Internaționale de Clasificare ale Funcționării, Dizabilități și Sănătății (OMS 2011)	Mijloacele ICF sunt: Verificarea listei ICF, setul nucleu ICF, WHODAS OMS, Manualul ICF, evaluarea influențată de ICF
Utilizarea strategiilor de colectare a descrierilor narative	Strategiile de colectare a descrierilor narative sunt audipurile civice, ședințele deschise, întâlnirile cetățenilor și grupul de

	focalizare de cetățeni și pacienți cu privire la evaluarea și planificarea serviciilor de sănătate.
Utilizarea descrierilor narative ale cetățenilor în vederea îmbunătățirii serviciilor de sănătate	Exemplu de descrieri narative ale cetățeanului sunt: reclamații, feedback-uri cu privire la serviciile de sănătate, scrisori de apreciere
Utilizarea metodologiilor în vederea implicării cetățenilor în domeniul instruirii și educației sistemului de sănătate	Exemple de metodologii pentru a implica cetățenii în cadrul sistemului de sănătate și formare sunt: implicarea cetățenilor ca lideri de opinie. Implicarea părinților și a rudelor în calitate de martori privilegiați, etc.

Descrierea Bunei Practici:

Pentru a reduce impactul de a deveni îngrijitorul unei persoane care tocmai și-a pierdut vederea. Prin această structură, proiectul a avut ca scop oferirea noilor îngrijitori tot ajutorul și ghidarea necesare pentru a ști cum să se adapteze problemelor imediate și cum să planifice în avans pentru a oferi cel mai bun sprijin posibil și oportunități ale modului de viață partenerilor sau rudelor acestora. Proiectul a încercat să adreseze toate aspectele practice pe care grupul țintă trebuie să le cunoască atât pentru nevoile practice pe termen scurt sau lung, precum și reducerea impactului aspectelor psihologice atât printr-un curs rezidențial care oferă contact cu experții în vederea reabilitării precum și un forum grup în vederea auto susținerii pe termen lung.

Rezultate:

1 Un curs de 3 zile pentru a explica condițiile fizice ale ochilor, modul de comportament al unui ghid pentru nevăzători, etapele necesare care trebuie luate acasă, modul de percepere a impactul psihologic al evenimentului, suportul disponibil.

Cursurile sunt derulate asemănător unităților rezidențiale de mici dimensiuni de partenerii de proiecte, structura și conținutul fiind imediat transferabile unor alte state UE.

Cursurile :

Manualul de formare 1 – Aspectele Fizice ale Insuficienței Vizuale

Manualul de formare 2 – Aspectele psihologice pentru îngrijitorii persoanelor cu insuficiențe vizuale

Manualul de formare 3 – Consiliere. Orientare și Formare

Manualul de formare 4 – Tehnologie de Asistență

Manualul de formare 5 – Deprinderi de Viață și Motivare

2. Un website care va detalia pe viitor cele anterior menționate în vederea referinței pe termen lung și oferirea de link-uri pentru sursele de informare, ajutor și orientare suplimentare .

Mai multe informații la <http://www.gat4provip.eu>

6.3 Proiectul serviciilor de îngrijire la domiciliu de Fundația Crucea Albă – Galbenă

Descrierea Indicatorilor

Utilizarea mijloacelor medicinii narative	Mijloacele medicinii narative sunt filmele, cărțile și experiențele teatrelor utilizate cu scopul de a ajuta pacienții să își relateze poveștile
Utilizarea mijloacelor pedagogiei parentale	Mijloacele pedagogiei parentale o reprezintă utilizarea descrierilor narative parentale, prezența unui contract educațional dintre profesioniștii din domeniul sănătății și părinți, implicarea asociațiilor părinților în acțiunile de instruire ale profesioniștilor în domeniul sănătății
Utilizarea metodelor Internaționale de Clasificare ale Funcționării, Dizabilități și Sănătății (OMS 2011)	Mijloacele ICF sunt: Verificarea listei ICF, setul nucleu ICF, WHODAS OMS, Manualul ICF, evaluarea influențată de

	ICF
Utilizarea strategiilor de colectare a descrierilor narative	Strategiile de colectare a descrierilor narative sunt auditerile civice, ședințele deschise, întâlnirile cetățenilor și grupul de focalizare de cetățeni și pacienți cu privire la evaluarea și planificarea serviciilor de sănătate.
Utilizarea descrierilor narative ale cetățenilor în vederea îmbunătățirii serviciilor de sănătate	Exemplu de descrieri narative ale cetățeanului sunt: reclamații, feedback-uri cu privire la serviciile de sănătate, scrisori de apreciere
Utilizarea metodologiilor în vederea implicării cetățenilor în domeniul instruirii și educației sistemului de sănătate	Exemple de metodologii pentru a implica cetățenii în cadrul sistemului de sănătate și formare sunt: implicarea cetățenilor ca lideri de opinie. Implicarea părinților și a rudelor în calitate de martori privilegiați, etc.

Descrierea Bunei Practici:

Serviciile de îngrijire la domiciliu au început în colaborare cu United Wasz Romania în anul 2005 cu un total de 50 beneficiari și a continuat în fiecare an până în prezent datorită rezultatelor favorabile înregistrate. Proiectul câștigat în 2007 premiat pentru cel mai bun program al anului 2006 / 2007 în cadrul Civil Society Gala. Proiectul are ca scop asigurarea unor servicii de sănătate complete pentru a se adresa persoanelor cu nevoi speciale, în special celor în vârstă, rezidenților dependenți și foarte dependenți din București. Grupurile țintă constau în 6 de persoane / lună, cu un nivel avansat de susținere a nevoii (incapabili de a se deplasa și / sau de a-și satisface propriile nevoi). Majoritatea acestora sunt persoane în vârstă (54 persoane), altele nu pot fi internate în spital, sau nu pot fi spitalizate pentru o perioadă lungă. Aici întâlnim pacienți aflați în faza finală a bolii cu cancer și patologii care necesită îngrijire paliativă.

Rezultate:

- Peste 90% din pacienții diabetici învață cum să se protejeze și cum să își gestioneze medicația hipoglicemică și modul în care trebuie să își regleze în mod responsabil dieta
- Dobândirea cunoștințelor și a abilităților pentru auto-îngrijire pentru pacienții care au familie
- Reducerea cu 100% a stresului în familie cauzat de îngrijirea pacientului aflat în faza terminală, prezența echipei în momentele critice
- Independența pentru monitorizarea parametrilor fiziologici și a glucozei din sânge la pacienții cu hipertensiune și / sau diabetici
- 20% din beneficiari primesc medicație
- Capacitatea de refacere într-o manieră activă și educarea familiei în vederea alimentării artificiale.
- Alte rezultate:
- Creșterea simțului de securitate;
- Calitatea vieții;
- Reducerea spitalizărilor ;
- Manifestarea independenței în mediul beneficiar

6.4 Îngrijirea celor în vârstă

Descrierea Indicatorilor

Utilizarea mijloacelor medicinei narative	Mijloacele medicinei narative sunt filmele, cărțile și experiențele teatrelor utilizate cu scopul de a ajuta pacienții să își relateze poveștile
Utilizarea mijloacelor pedagogiei	Mijloacele pedagogiei parentale o reprezintă utilizarea

parentale	descrierilor narative parentale, prezența unui contract educațional dintre profesioniștii din domeniul sănătății și părinți, implicarea asociațiilor părinților în acțiunile de instruire ale profesioniștilor în domeniul sănătății
Utilizarea metodelor Internaționale de Clasificare ale Funcționării, Dizabilități și Sănătății (OMS 2011)	Mijloacele ICF sunt: Verificarea listei ICF, setul nucleu ICF, WHODAS OMS, Manualul ICF, evaluarea influențată de ICF
Utilizarea strategiilor de colectare a descrierilor narative	Strategiile de colectare a descrierilor narative sunt auditerile civice, ședințele deschise, întâlnirile cetățenilor și grupul de focalizare de cetățeni și pacienți cu privire la evaluarea și planificarea serviciilor de sănătate.
Utilizarea descrierilor narative ale cetățenilor în vederea îmbunătățirii serviciilor de sănătate	Exemplu de descrieri narative ale cetățeanului sunt: reclamații, feedback-uri cu privire la serviciile de sănătate, scrisori de apreciere
Utilizarea metodologiilor în vederea implicării cetățenilor în domeniul instruirii și educației sistemului de sănătate	Exemple de metodologii pentru a implica cetățenii în cadrul sistemului de sănătate și formare sunt: implicarea cetățenilor ca lideri de opinie. Implicarea părinților și a rudelor în calitate de martori privilegiați, etc.

Descrierea Bunei Practici:

Proiectul a propus prevederea îngrijirii sociale și paliative a bătrânilor la domiciliu, contribuind la:

- Dezvoltarea serviciilor de îngrijire paliative și a celor socio-medicale ajustate pentru pacienții în vârstă și bazate pe principiul egalității;
- Pentru a facilita accesul grupurilor vulnerabile ale celor în vârstă la serviciile de îngrijire socială;
- Dezvoltarea parteneriatului între instituțiile care pot oferi sprijin, inovare și flexibilitate ale serviciilor specializate și ale celor de îngrijire socială paliativă.

Beneficiarii sunt:

- bătrânii imobilizați și lipsiți de îngrijire
- bătrânii care se află în faza terminală a bolii;
- pacienții în vârstă care se află în zonele fără acces la serviciile sociale și de îngrijire medicală pentru care privarea duce la înrăutățirea sănătății.

Mai multe informații la <http://www.ingrijirevarstnici.ro>

Rezultate:

Standarde de sănătate pentru casă și servicii:

Îngrijire socio-medicală la domiciliu

Îngrijire paliativă la domiciliu

6.5 Standarde de calitate pentru servicii de îngrijire paliative

Descrierea Indicatorilor

Utilizarea mijloacelor medicinii narative	Mijloacele medicinii narative sunt filmele, cărțile și experiențele teatrelor utilizate cu scopul de a ajuta pacienții să își relateze poveștile
Utilizarea mijloacelor pedagogiei parentale	Mijloacele pedagogiei parentale o reprezintă utilizarea descrierilor narative parentale, prezența unui contract educațional dintre profesioniștii din domeniul sănătății și părinți, implicarea asociațiilor părinților în acțiunile de instruire ale profesioniștilor în domeniul sănătății
Utilizarea metodelor Internaționale	Mijloacele ICF sunt: Verificarea listei ICF, setul nucleu ICF,

de Clasificare ale Funcționării, Dizabilități și Sănătății (OMS 2011)	WHODAS OMS, Manualul ICF, evaluarea influențată de ICF
Utilizarea strategiilor de colectare a descrierilor narative	Strategiile de colectare a descrierilor narative sunt auditerile civice, ședințele deschise, întâlnirile cetățenilor și grupul de focalizare de cetățeni și pacienți cu privire la evaluarea și planificarea serviciilor de sănătate.
Utilizarea descrierilor narative ale cetățenilor în vederea îmbunătățirii serviciilor de sănătate	Exemplu de descrieri narative ale cetățeanului sunt: reclamații, feedback-uri cu privire la serviciile de sănătate, scrisori de apreciere
Utilizarea metodologiilor în vederea implicării cetățenilor în domeniul instruirii și educației sistemului de sănătate	Exemple de metodologii pentru a implica cetățenii în cadrul sistemului de sănătate și formare sunt: implicarea cetățenilor ca lideri de opinie. Implicarea părinților și a rudelor în calitate de martori privilegiați, etc.

Descrierea Bunei Practici:

Acesta este un document în care sunt prezentate standardele pentru serviciile de îngrijire paliativă din România. Proiectul a redactat standardele de calitate minime care au luat naștere din dorința de a îmbunătăți îngrijirea medicală asigurată grupurilor de pacienți foarte vulnerabili și insuficient asistați, ex. cei care suferă de boli incurabile. Standardele rezultate într-un set de criterii pentru a fi îndeplinite de către un potențial serviciu de îngrijire paliativ care urmează să fie înființat și poate fi de asemenea utilizat de autoritățile de sănătate și donatori ca obiect practic în vederea evaluării serviciilor de îngrijire paliativă din România. Având la bază standardele de calitate minime din cadrul îngrijirii paliative, au fost calculate costurile îngrijirii paliative în România (Februarie 2010). De asemenea, au existat propuneri pentru norme pentru personalul care lucrează în cadrul serviciilor de îngrijire paliativă; pentru asigurătorii de îngrijire paliativă autorizați și formarea asistentelor în îngrijirea paliativă. Mai multe informații la <http://www.studiipaliative.ro/STANDARDE%20INTERIOR.pdf>

Rezultate:

14 principii cu un total de mai mult de 30 standarde de calitate.

7 Concluzii

Sistemul de îngrijire la domiciliu este abia la început în România și mai sunt foarte multe de făcut pentru a funcționa corespunzător. Astfel s-ar reduce foarte mult cheltuielile din spitale, supravegherea putându-se să se facă acasă, de către personal calificat și la recomandarea medicului specialist. Totodată există o mare birocrație, pentru asigurații care au nevoie de astfel de servicii, mulți oameni nefiind informați despre îngrijirea la domiciliu, iar din acest motiv bolnavul fiind îngrijit de familie. Totodată ar fi util ca medicii de familie, cei de specialitate și Ministerul Sănătății să se implice mai mult în informarea asiguraților despre beneficiile acestor servicii.

8 Bibliografie și referințe

1. Bistriceanu, Gh. (2002), *Sistemul asigurărilor în România*, Editura Economică, București
2. Blaga E. (2004), „Politici de sănătate în cadrul Uniunii Europene”, Master "Managementul Sistemului de sănătate", Universitatea București
3. Ciumaș C., Văidean V.L. (2008), *The health sector in Eastern Europe and proposals for reform*, Analele Universității din Oradea, Tom XVII 2008, Volumul 3, Oradea, România
4. Maier D, Văidean V.L., Maier J. (2008), *Reforma sistemelor de sănătate*, Studia Universitatis "Vasile Goldiș" Arad, Seria Științe Economice 18/2008, Partea a II-a
5. Major, D. (2009), *Asigurările sociale în România*, Editura Casa Cărții de Știință, Cluj-Napoca, 2009
6. Văidean V.L. (2007), *The public private partnership for health insurance*, The Proceedings Of The International Conference Competitiveness And European Integration, Finance Section, Editura Alma Mater, Cluj-Napoca
7. Văidean V.L., Mașca S., Cumpănașu E. (2010), *Studiu privind metodele clasice de finanțare a serviciilor de sănătate*, Revista de Studii și Cercetări Economice Virgil Madgearu, Anul III, Nr.1, Cluj-Napoca
8. Văidean Viorela-Ligia, coordnator prof. univ. dr. Nistor Ioan (2010), *Asigurările sociale de sănătate în România – realități și perspective*, Cluj-Napoca