

2010

SOLUȚIONAREA CRIZELOR ȘI ECHIPELE DE TRATAMENT LA DOMICILIU IN SĂNĂTATEA MINTALĂ

Ghid practic

...Criza este un concept pe larg aplicat în considerațiile despre oameni. Aceasta implică faptul că un sistem sub stres a atins limitele sale de flexibilitate, și în cazul în care stresul continuă, sistemul fie se va distruge sau va trebuie să se schimbe radical. De obicei, termenul este întrebuințat cu regularitate în contexte economice și politice, în cadrul cărora crizele sunt adesea percepute ca catalizatorii unor schimbări majore (de multe ori revoluționare). Criza este un concept dinamic și nu neapărat cu conotații negative. Referitor la viața emoțională a indivizilor, criza are conotație de răscruce de drumuri - o etapă în dezvoltarea personală, dramatică datorită intensității, și cu rezultate incerte...

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:

Lista abreviaturilor	3
1. Teoria intervenției în criză și istoria echipelor de soluționare a crizelor	4
1.1. Evenimentele din viață și crizele	4
1.2. Teoria intervenției în criză	4
1.3. Stări de tranziție	4
1.4. Reevaluarea teoriei crizelor	5
2. Tulburare de stres post-traumatică (TSPT)	5
2.1. Controverse și incertitudini în jurul TSPT	6
2.2. Relevanța TSPT pentru echipele moderne de soluționare a crizei	6
2.3. Soluționarea crizelor și echipele de tratament la domiciliu	7
2.4. Opinia utilizatorilor și a persoanelor, care îngrijesc de bolnavi	7
2.5. Compararea cu serviciile medicale de urgență	8
2.6. Aprovizionarea locală insuficientă	8
2.7. Reducerea numărului de paturi	8
2.8. Dovezi echivoce referitor la reducerea numărului de paturi	8
3. Cine sunt beneficiarii echipelor SC/TA	9
3.1. Ne”lărgirea rețelei”	9
3.2. Triaajul pacienților	9
3.3. Cât durează o criză?	10
4. Tratamentul la domiciliu în timpul recidivei psihotice	10
5. O alternativă spitalului	11
6. Structura echipei și personalul	12
6.1. Personalul	12
6.2. Liderul echipei	12
6.3. Asistente medicale din domeniul sănătății mintale	12
6.4. Contribuția unică a asistentelor medicale	12
6.5. Personalul medical	13
6.6. Disponibilitatea serviciilor la chemare	13
6.7. Asistenții social	13
6.8. Ergoterapeuții	13
6.9. Psihologii clinicieni	14
6.10. Sprijinul și ajutorul direct	14
7. Orarul de funcționare și schimburile de lucru	15
7.1. Revizuirea zilnică	15
7.2. Tabla albă	15
7.3. Predarea de gardă zilnică	16
7.4. Analiza aprofundată	17
7.5. Îndreptările și aprofundările	17
7.6. Echilibrarea activităților cheie și a accesului	17
8. Procesul de evaluare	17
9. Planul de implementare	18
10. Cine eliberează îndreptări?	18
10.1. Cine efectuează evaluările?	18
10.2. Administrarea numărului de cazuri tratate	19
10.3. Componenta sarcinii de cazuri tratate	19
11. Frecvența și distribuția contactelor	20

11.1. Frecvența	20
11.2. Contactul telefonic	20
11.3. Vizite în timpul nopții	20
11.4. Repartizarea /Sistematizarea apelurilor/chemărilor	21
11.5. Tratamente parțiale sau în comun “suplinire de funcții”	21
11.6. Repartizarea zonală	21
11.7. Menținerea legăturii cu bolnavii spitalizați	22
11.8. Ședințele de menținere a legăturii cu ECSM	22
11.9. Reîntoarcerile	22
11.10. Dezacordurile	23
12. Tutela și îngrijirea în cadrul spitalului	23
12.1. Beneficiile tutelei regulate	23
12.2. Rezistența la tutela regulată	23
12.3. Îngrijirea bolnavilor în cadrul spitalelor	24
12.4. Documentația	24
12.5. Liberarea medicamentelor în baza prescripției și administrarea medicamentelor	24
12.6. Trusa de prim ajutor	24
12.7. Folosirea secțiilor de spital, a spitalelor de zi și a centrelor de zi	25
12.8. Valoarea “aflării flexibile în oaspeție”	25
12.9. Abilitățile specialistului	25
13. Teoria sistemelor sociale	25
14. Concluzii	25
15. Neînțelegeri	26
16. Identificarea funcțiilor componente	26
Bibliografia	27

LISTA ABREVIATURILOR

AAP - Abordarea asistenței programice
TSPT - Tulburare de stres post-traumatică
SC/TA - echipele de Soluționare a Crizelor și Tratament Ambulatoriu
AP - asistența de program
ECSM - Echipa Comunitara de Sănătate Mintală
SA - Sensibilizare Asertivă
AMCP - Asistentele medicale comunitare specializate in psihiatrie
AAP - Abordarea asistenței programice
UPU - Unitatea de primire a urgențelor
SIP - Servicii de intervenție primară

1. Teoria intervenției în criză și istoria echipelor de soluționare a crizelor

Criza este un concept pe larg aplicat în considerațiile despre oameni. Aceasta implică faptul că un sistem sub stres a atins limitele sale de flexibilitate, și în cazul în care stresul continuă, sistemul fie se va distruge sau va trebuie să se schimbe radical. De obicei, termenul este întrebuințat cu regularitate în contexte economice și politice, în cadrul cărora crizele sunt adesea percepute ca catalizatorii unor schimbări majore (de multe ori revoluționare). Criza este un concept dinamic și nu neapărat cu conotații negative. Referitor la viața emoțională a indivizilor, criza are conotație de răscruce de drumuri - o etapă în dezvoltarea personală, dramatică datorită intensității, și cu rezultate incerte.

Există o accepțiune, conform căreia, după o criză lucrurile nu pot fi iarăși același. În cazul unei soluționări de succes, individul se poate schimba într-un mod semnificativ (“trist, dar mai înțelept”, “mai matur”). Crizele pot fi supraviețuite, deși cu prețul unor pierderi grele, în cazul în care revenim la funcționarea normală deseori nu mai suntem pe deplin aceleași persoane. În sfârșit, crizele pot fi atât de coplesitoare, că indivizii pur și simplu nu se recuperează.

1.1. Evenimentele din viață și crizele

Pe parcursul vieții noastre suntem supuși crizelor. Enorme transformări fizice și hormonale din perioada adolescenței și a sarcinei sau cele legate de invaliditate survenită mai târziu, sunt exemple de crize “de dezvoltare”. Eric Erikson (1959) a subliniat aceste provocări ale procesului de dezvoltare și a considerat stăpânirea lor cheia creșterii și bunăstării personale.

Crizele “accidentale” poate varia de la cele spectaculoase, de exemplu, inundațiile și cutremurele), la cele domestice (concedierea, mutarea). Adesea fiind menționate ca “evenimente de viață”, sunt cunoscute de mult timp datorită proprietăților de a afecta sănătatea mintală și de a provoca decăderi – sunt chiar clasate în funcție de “gradul de intensitate” (Holmes și Rahe 1967; Paykel 1997). S-a stabilit, că ele în mod regulat preced recidivele în principalele boli mentale (Bebbington și alții 1993; Kendler și alții 1995; Paykel 1978). Paradoxal, așa-numitele evenimente “pozitive”, cum ar fi promovarea sau căsătoria sunt, de asemenea, stresante. Evenimentele, care implică pierderi s-au dovedit a fi deosebit de eficiente în accelerarea depresiei.

1.2. Teoria intervenției în criză

În 1942, Coconut Grove (un club de noapte în orașul american Boston) a ars. Pierderile umane au constituit 491 de tineri. O serie de psihiatri au lucrat cu cei îndoliați și, în baza acestei experiențe, Lindemann (1944) a dezvoltat o teorie de intervenție în criză. Lindemann a fost uimit de faptul că de rapid a obținut acces emoțional la conflictele și necazurile din familiile victimelor, și modul relativ ușor de promovare a schimbărilor și soluționării lor. El a concluzionat că cea mai mare parte a muncii în cadrul terapiei psihoanalitice, aplicate pentru a ajunge la conflictele de bază a constat în depășirea mecanismelor psihologice fixe de apărare. La pacienții în stare de criză aceste mecanisme de apărare au fost încălcate și, astfel, terapeutul a fost capabil să lucreze direct cu problemele de bază.

1.3. Stări de tranziție

Lindemann credea că crizele apar atunci când obișnuitele mecanisme psihologice de apărare nu funcționează, chiar și fiind aplicate la maxim. Reacțiile noi trebuiau dezvoltate prompt, în caz contrar colapsul ar fi fost iminent. Lindemann, și, ulterior, Caplan (1961), s-au convins de faptul că crizele ofereau oportunități unice pentru creșterea psihologică și intervenții eficiente. “Teoria Crizelor” elaborată de ei presupunea o serie de “stări de tranziție”, printre care Lindemann a subliniat “repulsia” timpurie, iar Caplan – “homeostazele emoționale” și “riscul”. Influența de abordarea optimistă a crizelor de dezvoltare a lui Erikson, ei au promovat intervenția în criză, nu doar ca un tratament eficient al

problemelor de sănătate mintală, ci ca o forță puternică pentru creșterea personală și prevenția primară a tulburărilor psihice.

1.4. Reevaluarea teoriei crizelor

O mare parte din entuziasmul inițial asociat teoriei crizei a dispărut. Dovezile eficacității prevenției primare (prevenirea completă a dezvoltării tulburării) nu s-au materializat. Și mai dezamăgitor a fost faptul, că existau dovezi că intervenția în criză poate uneori afecta procesul de vindecare normală și înrăutăți situația (Bisson și alții 2000; Hobbs și alții 1996; Mayou ș. a. 2000; Wessely și alții 1998). Drept consecință, scrierile recente consacrate problemei crizei s-au concentrat predominant pe reducerea impactului crizei asupra individului, și nu asupra încercărilor de a promova dezvoltarea personală.

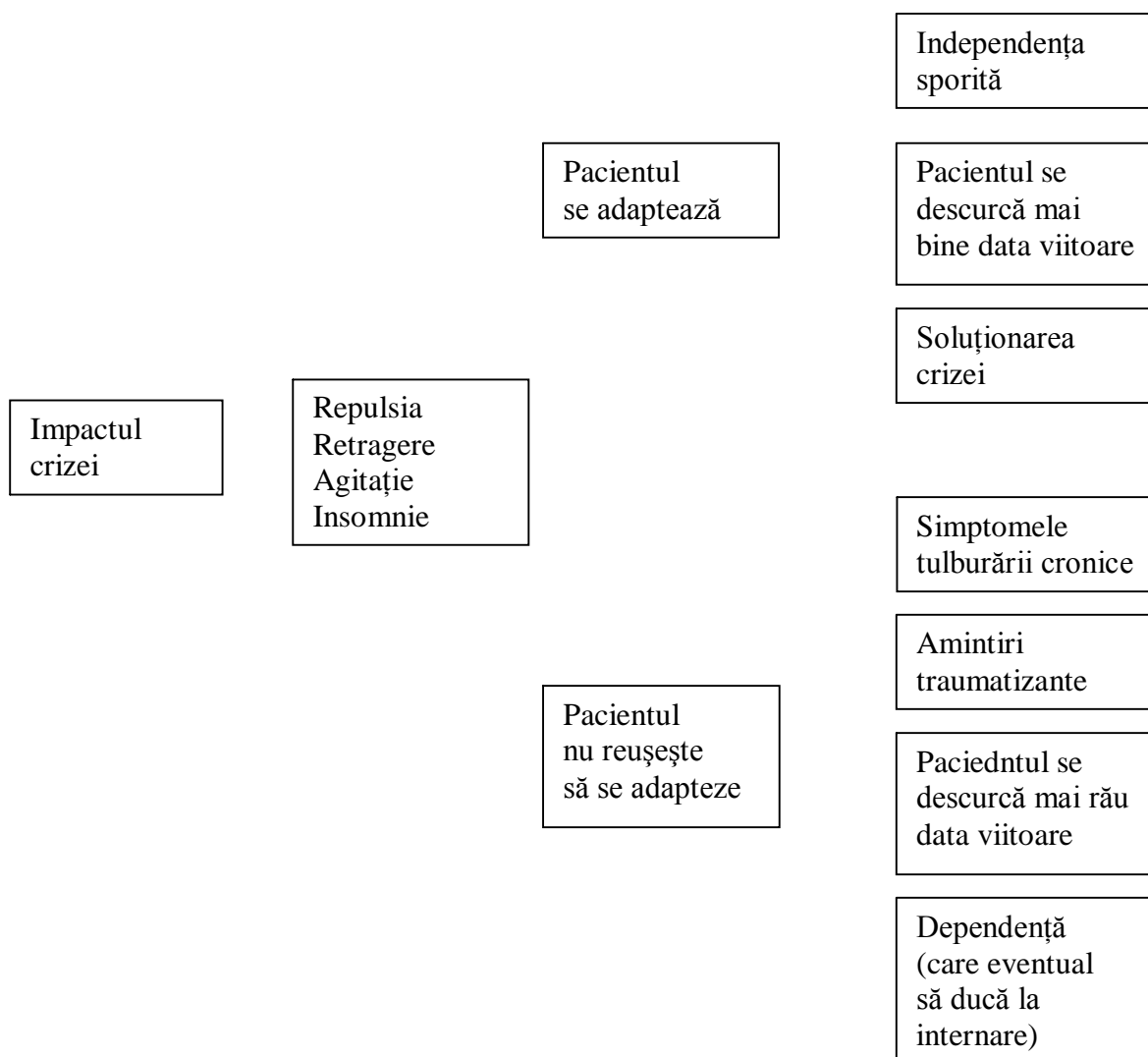


Fig. 1 Etapele teoretice ale crizei (Adaptat de la H. Katschnig și Cooper J. „Psihiatrie comunitară” (Katschnig și Cooper 1991))

2. Tulburare de stres post-traumatică (TSPT)

Tulburare de stres post-traumatică (TSPT) este termenul aplicat în prezent pentru a defini o reacție emoțională persistentă la un stress sever (Asociația Americană de Psihiatrie 1994) (Organizația Mondială a Sănătății 1992). Deși majoritatea indivizilor trece peste experiențele îngrozitoare, există o parte, care continuă să fie supra-excitați și preocupați de aceste experiențe. Descrierile lor referitor la coșmarurile

persistente, amintirile obsedante vii despre eveniment, concentrarea slabă și afectivitatea sporită sunt deosebit de consistente. Diagnosticul se efectuează atunci, cind starea dureaza mai mult de o lună și caracteristicile de diagnosticare sunt:

A: Criteriile DSM-IV pentru TSPT (Asociația Americană de Psihiatrie 1994)

1. Un eveniment, sau citeva evenimente, trăite, observate sau confruntate, care au implicat moartea reală ori amenințarea cu moartea, vătămarea gravă sau o amenințare la integritatea fizică personală sau a celor din jur.
2. Reacția persoanei implicând frică intensă, sentimentul de neajutorare sau oroare.

B: Criteriile DSM-IV pentru TSPT (Asociația Americană de Psihiatrie 1994)

Evenimentul traumatizant este re trăit persistent conform unui scenariu din cele prezentate mai jos (sau a mai multor concomitent):

1. Amintiri dureroase recurente și obsedante legate de eveniment, incluzând imagini, gânduri sau percepții.
2. Vise dureroase, periodice legate de eveniment.
3. Individul acționează sau are senzația că evenimentul traumatizant se repetă.
4. Suferință psihologică intensă cauzată de expunerea la indici interni sau externi care simbolizează sau seamănă cu un aspect al evenimentului traumatizant.
5. Reactivitatea fiziologică la expunerea la indici interni sau externi.

C: Evitarea persistentă a stimulilor asociați cu trauma și amorțirea receptivității generale (absență anterior), în cazul prezenței a cel puțin trei situații dintre următoarele:

1. Eforturile de a evita gânduri, sentimente sau conversații asociate cu trauma.
2. Eforturile de a evita locurile sau oameni, care trezesc amintiri ale traumei.
3. Imposibilitatea de a-și aminti un aspect important al traumei.
4. Diminuarea evidentă a interesului sau participării la activități semnificative.
5. Sentimentul de detașare sau înstrăinare de alții.
6. O gama limitată de reacții afective.
7. Perspectiva redusă a viitorului.

D: Simptomele persistente de excitare sporită conform a cel puțin două dintre indicațiile de mai jos (sau mai multe) dintre următoarele:

1. Dificultatea de a adormi.
2. Iritabilitatea sau izbucnirile de furie.
3. Dificultățile de concentrare.
4. Hipervigilența.
5. Reacții de trăsărire exagerate.

Tratamentul TSPT fără complicații în stare acută inițial a fost limitat la consiliere, iar in cazurile mai severe, s-au dovedit a fi efectivă terapia cognitiv-comportamentală și psihoterapia psihodinamică (Van Etten și Taylor 1998). Tratamentele farmacologice (in general antidepresive și benzodiazepine cu durata scurtă de acțiune (Davidson, 1997)), de asemenea, și-au demonstrat efectivitatea la fel ca și cursurile scurte de “Mișcarea ochilor de desensibilizare și reprocesare” (EMDR) (Shapiro și Maxfield 2002).

2.1. Controverse și incertitudini in jurul TSPT

Această TSPT “simplă”, descrisă mai sus, reprezintă o tulburare ușor de recunoscut, care pe parcursul deceniilor a avut mai multe denumiri, de exemplu, șoc întârziat, tulburare acută cauzată de stres, istovire. Cu toate acestea, diagnosticul și conceptul au fost mutilate datorită utilizării concomitente cu noțiunea de dificultăți comportamentale pe termen lung, precum și cu dificultățile de personalitate, inițial descrise la veteranii din Vietnam. Summerfield a pus la îndoială însuși conceptul, insistind că acesta medicalizează reacțiile naturale la tragedii, cauzând abaterea atenției de la răspunsurile social eficiente (Summerfield 1999, 2001).

2.2. Relevanța TSPT pentru echipele moderne de soluționare a crizei

Necătfînd la faptul că în literatura de specialitate adesea se face referință la TSPT și analiza psihologică, serviciile de soluționare a crizei nu sunt esențiale pentru gândirea actuală cu privire la echipele de soluționare a crizei. Atît gestionarea TSPT, cît și analiza psihologică reprezintă, în general, domeniul de competență al specialiștilor. Majoritatea serviciilor de urgență (de exemplu, pompierii, poliția) își au propriile mecanisme de investigație. Medicina judiciară, axată pe victimologie include TSPT și tratamentul acesteia.

Probabil, cele două contribuții majore ale TSPT la dezvoltarea echipelor de soluționare a crizelor sunt recunoașterea supra-excitării și necesității de a lupta cu factorii de predispunere și cei de risc simultan cu situația actuală. Supra-excitarea este comună la etapa timpurie a oricărei schimbări rapide, de stres (experiența pacienților și a familiilor în domeniul recidivei psihotice). Timpul și liniștirea sunt componente esențiale în abordarea oricărui tratament. În mod similar, problemele de fond pot fi cruciale în ceea ce privește vulnerabilitatea unui individ în cazul unei situații de criză, careia în alte circumstanțe i-ar fi făcut față. Criza poate fi pur și simplu “picătura care a umplut paharul” și evaluările trebuie să evite causalitatea simlificată și îngustă.

Ronald a fost un electrician de 43 de ani, internat la o secție ortopedică după un accident de tren în care peste 30 de oameni au fost uciși chiar înainte de Crăciun. El avea fracturi multiple la picioare și, în plus, mai multe coaste rupte. Deși, în ansamblu, viața sa era în afara pericolului, el suferea de dureri considerabile. El era una din mai multe victime ale accidentului în secție și, pe parcursul săptămînilor de internare, devenea din ce în ce mai abătut. În cadrul unui interviu el a afișat toate caracteristicile de TSPT: amintiri terifiante despre aceea cum și-a revenit în vagon alături de o femeie tînără care a murit lent din cauza unei hemoragii înainte de salvarea lor. În mod repetat ea își striga cei doi copii. Incercînd să-l ajute să facă față suferinței enorme cu care se confrunta (și furiei și rușinei din cauza incapacității de a le controla), psihologul a decis să analizeze întreaga viață a lui Ronald, și nu doar să se concentreze asupra dezastrului. Problema fiului lui Ronald, care a fost adoptat la naștere mulți ani în urmă, apărarea permanent în sesiunile lor. În cele din urmă, după cum lucrurile păreau a se înrăutăți, mai degrabă decît a se îmbunătăți, ea l-a încurajat să vorbească mai mult despre acele evenimente anterioare (“astfel incit eu să pot obține o mai bună înțelegere a cine ești”).

Răspunsul său a fost dramatic. Și-a revărsat suferințele adunate de ani de zile, legate de acea adoptare, pe care el nu a vrut-o, și care a fost agravată de incapacitatea lor de a avea copii. Dorul femeii pe moarte după copiii săi a distrus mecanismele de apărare stabilite cu mult înainte. Ceea ce i-a blocat capacitatea de a trece peste groaznica lui experiență a fost sentimental vag (șocant și dezagreabil pentru el), că “cel puțin ea a avut copii”. Meditația și recunoașterea acestor gânduri i-au permis apoi să facă față TSPTsăle.

2.3. Soluționarea crizelor și echipele de tratament la domiciliu

Această reconsiderare a teoriei crizei a adus o concepție mult mai realistă despre beneficiile și limitele de intervenție de criză. Teoria nu a fost abandonată, mai mult ca atît am conștientizat rolul sprijinului în momentele de criză. Persoanele cu rețele de sprijin bine dezvoltate (mai ales fiind reprezentate de familiile suportive) fac față mult mai bine tuturor tipurilor de criză (chiar supraviețuirea în lagărele de concentrare a fost mult mai mare printre membrii familiilor sau membrii unui grup strîns și unit). Perioada de dezechilibru emoțional în situații de criză este una periculoasă și dureroasă. Serviciile moderne de intervenție în criză au scopul de a le scurta și stăpîni prin intermediul suportului și, dacă este indicat, cu ajutorul tratamentelor specifice.

Cu toate acestea, nici teoria clasică a crizelor, nici TSPT, nu reprezintă principalii factori pentru înființarea echipelor de Soluționare a Crizelor și Tratament Ambulatoriu (SC/TA). Importanța lor se stabilește conform opiniei a două forțe puternice.

2.4. Opinia utilizatorilor și a persoanelor, care îngrijesc de bolnavi

Organizațiile care reprezintă pacienții și familiile lor subliniază în repetate rânduri necesitatea de acces rapid la servicii în perioadele de suferință. “La cine putem apela, atunci când lucrurile se înrăutățesc?” sau “Cine va fi alături de noi la mijloc de noapte?” este strigătul comun. Eșecul mai multor servicii de a oferi acces la servicii într-un mod rapid și constant explică forța acestei cereri. Majoritatea serviciilor funcționează în baza listelor de așteptare pentru programări regulate și multe din ele nu oferă facilitatea de evaluare rapidă sau urgentă, în afara vizitei la Secția de Urgență sau a unei scurte vizite la domiciliu efectuate de către consultant.

2.5. Comparația cu serviciile medicale de urgență

Accentul pe reacția rapidă este întărit prin compararea cu serviciile de urgență în medicina generală - de exemplu, resuscitarea cardiacă asistată de paramedici în ambulanțe dotate special care sosesc în câteva minute. Ideea de “urgențe cu pericol pentru viață” poate fi cu ușurință transferată din domeniul cardiologiei în cel de psihologie, necătfind la faptul că nu există un echivalent de sănătate mintală a unui atac de cord. Această echivalență de servicii încapsulează dorința legitimă de a reduce discriminarea între sistemele de îngrijire a sănătății mentale și celei fizice.

2.6. Aprovizionarea locală insuficientă

Serviciile neuniforme și variabile legitimează cerințele de consum ale pacienților și familiilor lor față de serviciile de intervenție în criză. În cazul neglijării unei necesități urgente, aceasta va deveni în cele din urmă o situație de urgență. Acordarea asistenței medicale este din ce în ce mai mult și, probabil, pe bună dreptate, un merit al apărătorilor drepturilor consumatorilor. Necătfind la dovezile de utilizare redusă a serviciilor de intervenție în criză (în special pe timp de noapte), chiar și atunci când acestea sunt furnizate, experiența vie demonstrează că nici un ajutor real nu este oferit. Anumite forme de acces imediat trebuie să fie furnizate și această aprovizionare nu trebuie să fie limitată. Disponibilitatea unor servicii de intervenție în criză, de asemenea, acționează ca o reasigurare a faptului că nu sunt necesare. Cunoașterea faptului că ajutorul este la îndemână poate face anxietatea gestionabilă.

2.7. Reducerea numărului de paturi

Echipele de Soluționare a Crizelor și Tratament Ambulatoriu (SC/TA) sunt, de asemenea, promovate cu scopul de a reduce dependența de îngrijire a bolnavilor în cadrul spitalelor. În ultimii 50 de ani în domeniul sănătății mintale s-a înregistrat o scădere constantă a îngrijirii bolnavilor în cadrul spitalelor, în special a serviciilor prestate pentru perioade îndelungate. Această tendință este binevenită – majoritatea pacienților și familiile lor exprimă o dorință clară de a rămâne în casele lor, în cazul furnizării unor servicii de ajutor adecvat. Perturbarea vieții de familie prin internare este o povară suplimentară pentru un individ care se confruntă deja cu o boală psihică. Pierderea sprijinului familiei poate fi simțită acut într-un astfel de moment vulnerabil. Precum pacienții beneficiază de rămânerea la domiciliu, la fel și serviciul este capabil să dedice mai multe din resursele sale limitate îngrijirii comunitare. Îngrijirea bolnavilor în cadrul spitalelor rămâne a fi prea costisitoare și absoarbe o parte disproporționată de cheltuieli din sfera îngrijirii sănătății mintale.

2.8. Dovezi echivoce referitor la reducerea numărului de paturi

Echipele SC/TA au pledat pentru capacitatea lor de a reduce numărul spitalizărilor (Smyth și Hoult 2000). Fără îndoială au existat mai multe exemple de rezonanță de reducere rapidă a numărului de paturi datorită introducerii echipelor de SC/TA (Hoult și alții 1984; Dean și alții 1993; Stefansson și Cullberg 1986). Cu toate acestea, există motive întemeiate pentru interpretarea prudentă a acestor rezultate (Burns, 2000a; Coid 1994). În unele situații, serviciile de soluționare a crizei au fost introduse într-un sistem “în decădere” ca parte a unei noi mături. Distingerea beneficiilor tratamentului la domiciliu de calitatea și angajamentul personalului nou (în special a medicilor și a asistentelor medicale bine motivați) poate fi dificilă (Coid 1994). Rămâne a fi neclar dacă reducerile dramatice a utilizării paturilor raportate în unele dintre aceste studii de rezonanță vor fi reproduse în cazul introducerii în cadrul serviciilor cu funcționare bună.

Timul va demonstra, dacă serviciile de soluționare a crizei regulate modifică sau nu în mod semnificativ ocuparea secțiilor de internare. Cu toate acestea, pentru fiecare pacient în parte, reducerea numărului de paturi nu joacă un rol important. Ceea ce contează pentru ei este, dacă pot primi ajutor rapid și eficient.

3. Cine sunt beneficiarii echipelor SC/TA?

Ghidul de Implementare a Politicilor (Departamentul de Sănătate 2001) este explicit în ceea ce privește populația-țintă pentru echipele SC/TA:

De obicei adulți (16-65 ani) cu boli psihice grave (schizofrenie, tulburări depresive maniacale, tulburări depresive severe) aflați în stare de criză psihiatrică acută, severitatea căreia, fără implicarea echipelor SC/TA, ar duce la internare.

Ghidul de Implementare este explicit nu doar în privința beneficiarilor serviciilor prestate de echipele SC/TA, dar și în ceea ce privește cine nu ar trebui să fie tratat de către acestea. De obicei, serviciul nu este aplicabil pentru persoanele cu:

- Ușoare tulburări de anxietate.
- Diagnostic primar de abuz de alcool sau alte substanțe.
- Leziuni craniene sau alte tulburări organice, inclusiv demență.
- Dificultăți de învățare.
- Diagnostic exclusiv de tulburări de personalitate.
- Istoria recentă de autoagresiune, dar fără boli psihotice sau depresive grave.
- Crize referitoare preponderent la probleme de relație.

Oricine, care lucrează în domeniul serviciilor de sănătate mintală în stare acută, va realiza că distingerea gradul de intensitate este o problemă de perfecțiune. În realitate, nu vei ști cât de gravă este tulburarea până când nu vezi pacientul. Multe dintre crize, care nu corespund acestor criterii foarte stricte (de exemplu pacienții cu auto-vătămare corporală sau cei cu stare de anxietate situațională) de multe ori constituie o ocazie de consiliere psihologică de scurtă durată, extrem de eficientă (care necesită, probabil, doar 2-3 ședințe), utilă atât pentru pacient, cât și pentru personal. Este imposibil (și de obicei inutil) de a le face îndreptare la alte servicii și inuman de a refuza una-două vizite ulterioare.

3.1. Ne “lărgirea rețelei”

Această definiție a populației - țintă dirijează fără echivoc activitatea echipelor. Ea confirmă faptul că nu este vorba despre *lărgirea rețelei*, ci despre oferirea serviciilor de soluționare a crizei aceluiași grup de pacienți care în caz contrar ar fi tratați în cadrul asistenței de program (AP) consolidată în ECSM (Echipele Comunitare de Sănătate Mintală) tradiționale (boli psihice severe sau persistente). În mod similar, expresia “... fără implicarea echipelor SC/TA, spitalizarea ar fi necesară” și indică nivelul de severitate a tulburării.

Echipele SC/TA moderne au învățat de la primele servicii de soluționare a crizelor (Cooper, 1979) că, fără direcționare explicită vor fi copleșiți de recomandări neadecvate - predominant probleme de relaționare și alcool. În cazul, când echipele SC/TA preiau îndreptările de la echipele secundare de îngrijire sănătății mintale, îndreptările inadecvate sunt inevitabile.

3.2. Triajul pacienților

Unele echipe SC/TA posedă și o funcție de “triaj” cu o linie telefonică cu acces liber pentru soluționarea crizelor, accesibilă în întreaga regiune. Având în vedere, că cele mai multe recomandări vor veni prin telefon, există o necesitate de structurare a informației sesizate. Acest lucru permite personalului mai puțin experimentat să deservească liniile fierbinți, dar prevede, de asemenea, informarea despre modul de utilizare a serviciilor locale de soluționare a crizei. Aceste informații constituie baza pentru revizuirea și perfecționarea serviciilor furnizate. Figura 2 este un exemplu a unei astfel de foi de contact inițial,

utilizată de către o linie fierbinte de soluționare a crizei. Serviciile de îngrijire trebuie să fie exercitate cu o astfel de colectare de date structurate, deoarece persoanelor care apelează la aceste servicii, în general, nu le place să fie “forțate” să ofere informații structurate atunci, când tot ce își doresc să facă este să spună povestea lor.

3.3. Cit durează o criză?

Cind serviciile de soluționare a crizei se transformă în îngrijirea regulată din cadrul bolii mintale grave? Cele mai multe boli mentale severe sunt tulburări recurent - remisive și tranziția de la recădere totală la stabilitate și recuperare este un proces treptat. Literatura tradițională, dedicată intervenției în criză, este supraaglomerată de speculații detaliate și interminabile cu privire la starea mecanismelor de apărare psihologică. În echipele moderne definiția este aparent mai concretă “... în caz contrar ar avea nevoie de altfel de spitalizare”. În realitate acest lucru este la fel de speculativ - nu există nici un punct de referință pentru cunoașterea momentului când un pacient necesită să fie spitalizat. Este întotdeauna o hotărâre clinică complexă, bazată pe risc, primejdie, și practica de tratamente.

4. Tratamentul la domiciliu în timpul recidivei psihotice

Sunita are 32 de ani și locuiește cu părinții și sora. Ea a renunțat la studii universitare, după o decădere psihotică 2 ani în urmă, dar activează în calitate de asistent de farmacie la magazinul familiei. ECSM a direcționat-o la echipa SC/TA, după ce ea a încetat să-și ia medicamentele timp de 10 săptămâni și a devenit agresivă, dezorganizată, și uitucă (lăsa aragazul și țigările aprinse). Dormea puțin și pierdea în greutate. Consultantul ei a îndreptat-o la echipa SC/TA, în caz contrar urma să o interneze la spital.

Pe parcursul primei săptămâni era agitată, anxioasă, extrem de necooperantă și era foarte dificil să stabilești un contact cu ea. Ea nu vorbea cu membrii echipei și își lua medicamentele după lungi convingeri. Ea beneficia de vizite zilnice, dar acestea s-au limitat la gestionarea medicamentelor (ea nu accepta alt sprijin sau discuții extinse), plus suportul din partea familiei sale.

A doua săptămână a fost marcată de o îmbunătățire ușoară. Deși era încă necooperantă, nu mai era la fel de necomunicabilă ca înainte, și își lua medicamentele cu mai puține convingeri. În cursul acestei săptămâni a fost o zi ciudată, fără vizite, deși familia a fost sunată pentru a confirma dacă ea și-a luat pastilele. Familia a raportat că ea nu cerea țigări și nu era ostilă. În timpul vizitelor care s-au făcut, s-a observat o înmuiere notabilă – s-au discutat grijile pe care le avea și ea chiar ne-a cerut să-i aducem câteva reviste data viitoare.

În timpul celei de-a treia săptămâni, Sunita a devenit comunicabilă, calmă și plăcută. Ea nu avea nevoie de convingeri pentru a-și lua medicamentele, luind-o ca o chestiune de curs. A crescut în greutate și dormea bine. A fost vizitată în fiecare zi și o dată a vizitat secția de ambulator. Familia ei se simțea încrezută să o lase singură pentru week-end – un lucru de neconceput cu doar câteva săptămâni înainte. În timpul ședințelor de planificare a externării a vorbit despre cursurile pe care ar vrea să le urmeze și a avut o atitudine binevoitoare față de transferul său înapoi la ECSM. În total, ea a fost sub supravegherea echipei SC/TA timp de 31 de zile.

Linia fierbinte Formularul contactului inițial	
Data / / Ora telefonării	Numele
Ora sfârșirii convorbirii	Adresa
Numărul de telefon al interlocutorului	Data nașterii
<i>Tipul apelului. Vă rugăm să subliniați varianta corespunzătoare</i>	
Liniște	Irelevantă
Intervenție	Profesional, referitor la _____
Abuziv	Doar informații
Persoana care a telefonat era: Vă rugăm să răspundeți la toate întrebările	
Intoxicat D/N	Abuziv D/N
	Un beneficiar regulat D/N
Scopul sunetului	
Există dovezi sau clientul a demonstrat careva din următoarele caracteristici	
Auto-vătămare? D/N Dacă da, în ce mod?	
Violență față de cei din jur? D/N Dacă da, față de cine?	
Istorie psihiatrică anterioară? D/N	
Intervenții psihiatrice curente? D/N	
Tratament current cu preparate medicamentoase? D/N	
Dacă da, sunt compatibile? D/N	
Există aspecte legate de protecția copiilor? D/N Dacă da, specificați	
Ce suport imediat poate fi oferit? (de exemplu, partenerul, familia, prietenii)	
Criza a afectat stilul de viață obișnuit? D/N Dacă da, în ce mod? (de exemplu, somnul, pofta de mâncare, anxietatea, depresia, motivația etc)	
Clientul cere îndreptare la:	
Echipa de soluționare a crizei D/N Dacă da, vă rugăm să completați formularul de îndreptare al echipei	
Psihiatrul de gardă din cadrul U.P.U. (Unității de primire a urgențelor) D/N	
Echipa de surori medicale D/N	
Serviciile medicale pentru situațiile de urgență _____ D/N	
Echipa de gardă din cadrul serviciilor medicale pentru situațiile de urgență/Asistent social aprobat D/N	
Clientul cere îndreptare la:	
Medicul generalist particular D/N	
Asistentele medicale comunitare specializate în psihiatrie D/N	
Consultant D/N	
Centru de zi D/N	
Managerul pe îngrijire D/N	
Clientul va face îndreptare la aceste servicii de sine stătător? D/N	
Clientul va avea nevoie de îndreptare făcută de aceste servicii? D/N	
Sumarul acțiunilor efectuate: (de inclus timpul și locul oricărei referiri ulterioare)	
Semnat	
Descifrarea semnăturii	
Ora/data	

Tabelul 1. Linia fierbinte de soluționare a crizei. Formularul contactului inițial

5. O alternativă spitalului?

Istoria psihiatriei ne demonstrează că subestimăm în mod invariabil procesul de recuperare naturală. Atribuim îmbunătățirea stării tratamentelor aplicate și menținem pacienții sub îngrijire pentru perioade mai lungi, decât ei au nevoie, cu excepția cazurilor când suntem forțați din exterior (inchiderea spitalelor de boli mintale sau reducerea numărului paturilor). Echipele SC/TA sunt doar ceva mai puțin vulnerabile

față de acest lucru decît restul dintre noi. Deși majoritatea consideră că implicarea în criză ar trebui să dureze 3-6 săptămîni, în realitate, majoritatea pacienților sunt internați pentru perioade mai îndelungate. În mediu, pacienții petrec pîna la aproximativ 3-6 luni în spitale, iar unii indivizi și mai mult.

O examinare destul de sumară a capacităților echipelor SC/TA, de asemenea, înlătură rapid ideea că acestea sunt limitate la pacienții care altfel ar fi în spital. Adevărul este, că sarcina lor principală, cea care oferă echipei caracter și identitate, este de a oferi sprijin intensiv și tratament la un număr mic de pacienți care altfel ar trebui să fie internați. Echipa, fără îndoială, va menține contactul cu ei pentru o perioadă mai îndelungată, decît ar dura spitalizarea. Există un număr de pacienți care, de fapt, ar putea fi gestionați la domiciliu de către ECSM sau echipa de SA (Sensibilizare Asertivă), dar au nevoi similare (de supraveghere, vizite de seară, etc) ca cei care ar avea nevoie de internare imediată. Echipetele SC/TA (la fel ca toate celelalte ECSM) par a utiliza posibilitatea, cererea cu scopul de a argumenta deciziile cu privire la beneficiarii serviciilor lor. Aceste procese sunt revizuite mai jos.

6. Structura echipei și personalul

6.1. Personalul

Ghidul OMS 2001 de implementare a politicilor recomandă ca echipa să fie alcătuită din aproximativ 14 angajați cu norma întregă. Se propune că o astfel de echipă ar oferi servicii pentru o populație de aproximativ 150.000 (deși în mod clar acest lucru va varia în funcție de circumstanțele locale) și cu un număr mediu de cazuri tratate de 20-30 de pacienți. Aceasta este o ECSM destul de mare. Cu toate acestea, ar avea dificultăți de funcționare, dacă ar fi mai mici, fiindcă ar trebuie să funcționeze peste program și 7 zile pe săptămîna. Componenta echipelor SC/TA pare extrem de consistentă.

6.2. Liderul Echipei

Echipele SC/TA atrag foarte multă atenție sensibilizării structurii asertive a echipei și proceselor aferente. Prin urmare, ele sunt conduse de un șef de echipa/manager care are de a face cu un număr redus de cazuri tratate și ale cui sarcini principale constau în conducerea echipei și asigurarea controlului asupra personalului. Managerul echipei poate fi specialist în oricare dintre disciplinele cheie. Ceea ce nu este surprinzător, avînd în vedere personalul echipelor SC/TA, care sunt adesea asistente medicale.

6.3. Asistente medicale din domeniul sănătății mintale

Asistente medicale din domeniul sănătății mintale sunt principalul grup profesional, care constituie, de obicei, mai mult de jumătate de echipă, avînd în vedere faptul că managementul medicamentelor și livrarea lor sunt funcțiile de bază. Asistentele, de asemenea, au un rol stabilit în furnizarea serviciilor de îngrijire personală directă și sunt considerate în mod regulat a fi persoanele cele mai tolerante și de susținere din personalul domeniului sănătății mintale. Ele vin de obicei din posturile AMCP (Asistentele medicale comunitare specializate în psihiatrie) din cadrul ECSM generale sau de la secțiile de bolnavi în stare acută. Există o opinie unanimă că asistentele de la staționar se transferă eficient la echipele SC/TA. „La urma urmei e doar ca o secție de spital, doar că plasată în casa pacientului.”

Echipele SC/TA într-adevăr trebuie să opereze cu o „abordare de echipă” cu sarcini partajate și, adesea, cu obligații repartizate. Acest lucru se potrivește bine cu experiența de lucru din cadrul secțiilor, la fel ca și concentrarea asupra sarcinii și focusarea de scurtă durată a echipelor.

6.4. Contribuția unică a asistentelor medicale

Deși tot personalul echipelor SC/TA are roluri extinse, unele intervenții legate de medicamente, de exemplu injectarea preparatelor de absorbție lentă și multe servicii de îngrijire directă cu caracter personal nu pot fi partajate cu alte discipline. În consecință, cele mai multe echipe consideră asistentele medicale un grup discret atunci cînd se fac listele de schimburi, pentru a se asigura că sunt întotdeauna într-un număr suficient. În mod similar, responsabilitățile de gardă presupun că cel puțin o persoană din personalul de gardă trebuie să fie o asistentă medicală. Problemele de gen și reprezentare etnică sunt cele

mai relevante pentru asistentele medicale dintr-o echipă SC/TA, atit pentru că ele reprezintă grupul cel mai numeros, dar și din cauza naturii intime a serviciilor de îngrijire personală pe care le livrează. De asemenea, ele sunt grupul profesional cu care pacienții cel mai frecvent identifică serviciul de îngrijire.

6.5. Personal medical

Majoritatea pacienților cărora li s-a făcut referire la echipa SC/TA sunt bolnavi în stare acută și mulți vor avea ulterior nevoie de internare conform Actului de Sănătate Mintală. Cei mai mulți vor necesita prescriere și monitorizare atentă a tratamentului. Accesul liber la serviciile medicale calificate este esențial. În practică, toate echipele SC/TA au un psihiatru cu norma întregă, plus un psihiatru consultant care activează în baza sesiunilor.

Modul de funcționare al psihiatrului constituie criteriul de diferențiere a echipelor SC/TA. Programul de lucru nu influențează asupra faptului că lucrul psihiatrului este considerat de toți esențial. Unele echipe se străduiesc să implice psihiatrul cit mai mult posibil în toate evaluările. Alții apelează la psihiatru doar atunci cind pacientul a fost preluat de echipă și există o necesitate clinică. Pot exista variații considerabile în practică locală referitor la volumul responsabilităților consultantului și a AAP (Abordarea asistenței programice).

Avind în vedere o astfel de variație largă, în practică, ar fi inutilă descrierea detaliată a rolurilor și responsabilităților medicului - timpul va demonstra care sunt cele mai bune modele de lucru. Activitățile de bază ale medicului în echipă sunt destul de consistente și destul de tradiționale. Medicii sunt responsabili de evaluarea, diagnosticul și monitorizarea stării mintale și prescrierea tratamentului. Ei sunt, în mod inevitabil, implicați în luarea deciziilor cu privire la internările posibile.

6.6. Disponibilitatea serviciilor la chemare

Ghidul de implementare a politicilor subliniază accesul de 24 de ore la psihiatrii primari capabili să facă vizite la domiciliu. În practică, aceasta nici nu are loc, nici nu este necesar. Majoritatea serviciilor apelează la psihiatrul de gardă de 24 de ore local care este, de obicei, disponibil pentru UPU (Unitatea de primire a urgențelor) și, eventual, pentru pacienții internați. Acest lucru este rațional și funcționează bine. Cu toate acestea, o mare parte din scrierile actuale dedicate acestui subiect sugerează că echipele SC/TA ar trebui să aibă medic de gardă de 24 de ore. În cadrul serviciului există un orar de funcționare partajată a medicilor în domeniul sensibilizării în domeniul asertivității, intervenției în criză, echipe de îngrijire continuă, ceea ce sporește șansele medicului de gardă de a cunoaște bine principiile de lucru a echipei și, eventual, a pacienților (Wood și Carr 1998).

6.7. Asistenții sociali

În general asistenții sociali sunt membrii de bază a echipei SC/TA. Sistemele lor și abordarea de familie a problemelor sunt foarte potrivite pentru a face față crizelor și a mobiliza resursele locale în vederea susținerii indivizilor în stare de recidivă. O înțelegere aprofundată a resurselor locale, familiaritatea cu personalul serviciilor sociale de urgență, plus accesul la finanțare de urgență și, dacă este necesar, cazarea sunt beneficiile specifice pe care le aduc echipei.

Unele echipe se bazează pe asistentul său social, în timp ce alții preferă să păstreze această funcție separată. Majoritatea pacienților care au nevoie de tratament obligatoriu vor fi acceptați de serviciile obișnuite existente. Unele echipe consideră drept o practică bună evitarea folosirii asistentului social propriu din cauza preocupărilor pentru independență. Alții consideră a fi mai sigur să se bazeze pe sistemul de gărzi, deoarece nu fiecare echipă poate întotdeauna garanta un asistent social disponibil.

6.8. Ergoterapeuții

Multe echipe includ ergoterapeuți. Ei iau parte la lucrul generic al echipei, dar, ceea ce nu este surprinzător, accentuează menținerea funcționării individuale, organizarea activităților și a orarului pentru

pacient și familia sa. Această abordare sofisticată de structurare a timpului este foarte apreciată de către pacienții în stare de criză și familiile lor.

Neajutorarea - este un sentiment comun în perioada de criză. Aceasta poate duce la abandonarea chiar și a celor funcții, pe care pacientul sau familia le-ar putea gestiona în continuare, și care, în caz că sunt menținute, ar putea reduce o parte din sentimentul de colaps și eșec. De exemplu, deși un pacient este prea bolnav pentru a lucra, fiind încurajat și sprijinit el ar putea în continuare aduce copiii de la școală, face cumpărături simple sau să se ocupe de spălatul rufelor. Ergoterapeuții accentuează și justifică importanța abilității de a lucra pentru stima de sine. Chiar și în cazul, cind alți membri ai echipei ar putea sugera ignorarea temporală a responsabilităților din cadrul familiei, deoarece pacientul este în stare gravă, angajamentul profesional al ergoterapeutului de a susține independența, poate contribui la contrabalansarea sănătoasă.

6.9. Psihologii clinicieni

Nici una dintre echipele vizitate nu a avut un psiholog clinician cu norma întreagă, cu toate că unele apelau la aceștia sub formă de sesiuni și majoritatea aveau acces la ei. Majoritatea echipelor SC/TA consideră că existența unui psiholog clinician în echipa ar fi “*un lucru bun*”. Cu toate acestea, spre deosebire de echipele de intervenție primară, nu există nici o claritate referitor la rolul lor specific în echipă. Intervențiile psihologice complexe sunt, probabil, prea voluminoase pentru echipele SC/TA. Probabil aceste intervenții ar trebui inițiate de serviciile regulate după încheierea crizei. Psihologii clinicieni și ergoterapeuți în toate ECSM îndeplinesc sarcina vitală de menținerea cadrului intelectual larg al echipei. Spre deosebire de medici, asistente medicale și asistenți sociali, ei beneficiază de faptul că nu au roluri reglementare în cadrul echipei. Presiunea de a adopta o abordare medicală limitată este probabil mai mare în echipele SC/TA decit în oricare dintre celelalte ECSM, deoarece acestea interacționează continuu cu pacienți în stare acută (“*ca o secție de spital în comunitate*”). Psihologii clinicieni și ergoterapeuții, în afară de preocupările lor specifice, mențin gindirea membrilor echipei deschisă, ceea ce nu este o contribuție mică.

Asistenții din domeniul sănătății mentale lucrează foarte bine în echipe SC/TA și sunt bine apreciați de către personalul profesionist. În aceste echipe, balanța sprijin / terapie înclină în mod semnificativ mai mult spre sprijin în comparație cu alte ECSM. Echipa SC/TA prevede servicii de monitorizare, asistență directă, și de încurajare în perioada de criză – la fel ca și personalul din secție sau o familie mare. Medicamentele necesită timp ca să acționeze, timp în care pacientul și familia sunt îndurerați, iar situația este schimbătoare. Tratamentul nu poate fi intensificat sau accelerat. Nu există nici un beneficiu al administrării medicamentelor de 4 ori pe zi, în comparație cu administrarea lor de 2 ori, ședințele de consiliere necesită timp pentru absorbție și consolidare. Pacienții și persoanele care au grijă de ei au nevoie de companie și de sprijin în timp ce tratamentele vor avea efect.

6.10. Sprijinul și ajutorul direct

Lucrătorii din domeniul sprijinului sănătății mintale demonstrează abilități de lucru în domeniul sprijinului și ajutorului direct mai bine decit profesioniștii. Ei nu sunt împiedicați de așteptările profesionale și sentimentul că nu fac ceea ce au fost instruiți sau că alții au nevoie mai multă de abilitățile lor. Abordarea lor inteligibilă și practică constituie un avantaj real. Asistind sau chiar efectuind treburile de zi cu zi ei îi pot scuti pe cei în stare de criză de o sarcină copleșitoare și le permit să-și folosească energia pentru recuperare. Evident, acest lucru trebuie să fie echilibrat cu autonomie, așa cum s-a discutat mai sus. Situațiile cînd o familie în stare de criză refuză ajutorul direct și sprijinul oferit sunt foarte rare. La fel ca și în cazul tuturor lucrătorilor din cadrul ECSM, lucrătorii din domeniul sprijinului sănătății mintale ar trebui să fie aleși, pe cit posibil, pentru a reflecta caracteristicile populației locale. Astfel de corespondență contribuie la angajament și încredere și oferă, de asemenea, introspecție în soluționarea idiosincronică a problemelor locale:

Un tânăr turc a ajuns la UPU într-o stare foarte dezorganizată, fiind innebunit de durere. El era convins că familia sa a vrut să-l omoare, deoarece au aflat că el era homosexual și au considerat că aceasta îi va dezonoara. Vorbea engleza la perfecție (s-a mutat aici cînd avea 11 ani) și era clar că el, de asemenea, se

confruntă cu halucinații somatice și demonstra tulburări de gândire. Familia sa a venit la UPU și a insistat ca el să nu fie internat la spital. Ei au fost, de asemenea, confuși și în îndurerați și convinși că problemele lui au fost cauzate de abuzul de droguri.

El a fost dispus să se întoarcă acasă, unde a fost inițial vizitat de două ori pe zi și lua medicamente antipsihotice. Deși lucrurile s-au stabilit în primele zile, atât el cât și familia lui au început să devină din ce în ce mai agitată și au existat două izbucniri destul de îngrijorătoare. El a refuzat categoric să fie plasat în centrul de criză, deoarece el era acum convins că oamenii îl urau pentru faptul că era turc și că ar fi abuzat acolo. Echipa a fost preocupată de faptul că el reprezenta risc în creștere pentru tatăl său handicapat și că el ar fi putut să fie internat. Lucrătorul echipei de sprijin, turc de naționalitate, a petrecut multe ore cu familia, liniștind-o și încurajând-o pe mama și ocupându-l pe pacient. Când se discuta internarea el a menționat o văduvă turcoaică din cartierul următor care lua numai chiriași turci. Pacientului i-a plăcut casa și stăpîna, el s-a simțit în siguranță într-un mediu exclusiv turc și s-a stabilit acolo pentru o perioadă de peste o săptămînă în timp ce halucinațiile sale au început să dispară și el a putut reveni la familia sa. Multe echipe menționează coraportul numeric dintre numărul de lucrători din domeniul sănătății mintale și a utilizatorilor acestor servicii și acest lucru pare să funcționeze într-adevăr foarte bine în echipele SC/TA.

7. Orarul de funcționare și schimburile de lucru

Accesibilitatea rapidă este o trăsătură distinctivă a echipelor SC/TA. Astfel, acestea lucrează 7 zile pe săptămînă, prestand servicii 24 de ore din 24. Unele echipe își oferă serviciile 7 zile din săptămînă, avînd un sistem de schimburi partajat în mod egal pe tot parcursul săptămînii. În unele servicii care funcționează bine (unde ECSM oferă servicii de soluționare a crizei eficiente pentru pacienții lor doar în timpul “orelor de lucru”) echipele SC/TA își concentrează resursele seara și în zilele de odihnă. Medicii nu sunt partajați pe schimburi. Personalul medical lucrează doar în orele de lucru (deși indivizii sunt adesea foarte flexibili) și serviciile medicale pentru situațiile de urgență (necătînd la faptul, dacă funcționează în cadrul echipei sau, mai des, în cadrul serviciilor locale regulate) prevăd furnizarea serviciilor medicale pentru seri și zile de odihnă.

Echipa North Birmingham Ladywood: - 6 membri de echipă în tura de dimineată / I (09.00–17.00) - 2 membri de echipă în tura de zi / II (13.00–21.00). Echipa în tura de noapte – de gardă	Echipa South Islington: - 4 membri de echipă în tura de dimineată / I (08.30–16.30) - 4 membri de echipă în tura de zi / II (14.00–22.00). 2 lucratori din tura de noapte –de gardă
---	--

Turele: Orientarea echipelor SC/TA activează în baza unui sistem de ture. Aceasta înseamnă că echipa activează cel puțin 12 ore pe zi, de obicei, de la 8.00 pînă la 21.00. Organizarea turelor diferă de la echipă la echipă. Mai jos sunt prezentate 2 exemple:

7.1. Revizuirea zilnică

Ședințele zilnice de revizuire înainte de a începe ziua de lucru sunt un aspect esențial al echipelor SC/TA din cauza nivelului ridicat de lucru în echipă, precum și a necesității de a împărți sarcinile zilnic. Aceste ședințe sunt similare cu predarea turelor din cadrul SA, dar sunt mai detaliate cît privește alocarea de sarcini. Dimineata devreme sunt foarte frecvente apelurile telefonice, care sunt abordate la aceste ședințe. Medici cu experiență în U.P.U. de multe ori fac față crizelor, trimiterea pacientului la domiciliu noaptea presupune, că a doua zi va fi efectuată o vizită din partea echipei SC/TA. Ca să nu trezească lucrătorul de gardă, ei lăsa un mesaj pe posta vocală sau apelează cînd li se încheie garda.

7.2. Tabla albă

De obicei, numele tuturor pacienților sunt scrise pe o tablă albă și fiecare sarcină identificată sau vizită este scrisă împreună cu data și numele persoanei responsabile. Deoarece există, de obicei, numai 10-20 de pacienți care au nevoie de considerare detaliată, ședința durează aproximativ 30 de minute. Acestea pot

dura mai mult luni, cind toată lumea se încadrează în muncă. Nu fiecare pacient este menționat la fiecare ședință.

7.3. Predarea de gardă zilnică

Lucrul productiv în schimburi necesită predare de informații regulată și eficientă. Ședințele zilnice de predare a gărzilor sunt foarte similare cu ceea ce se întâmplă în secțiile de internare. Există diferențe referitor la modul de desfășurare, și în cele două echipe menționate anterior el este destul de diferit.

În echipa Ladywood toate turele de dimineață/I au scopul de a se întoarce la sediu pînă la ora 13 în vederea predării gărzii schimbului de zi/II. Toată lumea este prezentă și după adunare poate pleca și efectua încă cîteva vizite. În echipa South Islington, liderul echipei este responsabil pentru predarea gardei de zi/II. Ei au decis că readucerea întregii echipe la sediu la ora 14 este prea perturbatoare și astfel liderul echipei, care a participat la ședința de revizuire de dimineață, este capabil de a oferi echipelor din turele ulterioare instructaj scurt. Unele echipe tind spre ședințe foarte scurte de “predare a responsabilităților” la aproximativ 16.30. Aceasta este făcut pentru motive de securitate.

Tabelul 2. Planificarea zilnică a echipei de soluționare a crizei

Nume	Sector	Coordonatorul crizei	Vizite	Jurnal	Astăzi 12.12.02	Membru al personalului
JK	D	Jemma C	De două ori pe zi, în fiecare zi	AAP – 23.12, ora 14.00. Miercuri, 14.12.02 - revizuirea de către medic și coordonatorul îngrijirii.	VD (Vizită la domiciliu) – 9.00, cu medicamente. VD – 16.00, sprijin persoanelor care îngrijesc de pacient și convenirea asupra vizitei de miine	Debbie M + Nina L
FG	E	Tina J	În fiecare zi	Medicamente pînă la 19.12. De angajat un traducător pentru vizita din săptămîna următoare.	VD seara cu traducător li asistent social din “Copil și Familia”	Matt W + June S
LV	E	Ola A	De două ori pe zi, în fiecare zi	De o rugat pe Caroline G să telefoneze la serv. medical. Persoanele recent externate de la spital.	VD azi, după amiaza. Verificarea prezenței încălzirii? Ce este în frigider?	Jemma C
NA	D	Kofi A	În fiecare zi	De telefonat la poliție referitor la cazurile criminale de hîrțuire. 22.12	VD cit de tirziu posibil pentru servicii de sprijin. Evaluarea zgomotului în apartament. Comandarea scanării TC.	Matt W + June S
CD	D	Auxilia R	În fiecare zi	Discutarea evaluării riscului împreună cu consultantul. Reîntoarcerea rezultatelor analizei singelui 15.12.	VD după amiază cu coordonatorul îngrijirii pentru a pregăti spre externare la ECSM.	Nina L
SS	D	Carlton R	În fiecare zi	Vizită la Vickie K pe data de 15.12 cu scopul de a discuta îndreptarea la Grupul Irlandez de Sprijin.	Scopul vizitei: de a vedea familia și informarea în privința diagnozei și acordarea suportului.	Carlton R + Auxilia R
GK	E	Montse G	De două ori pe zi, în fiecare zi	Îndreptare la ECSM pentru supraveghere de lungă durată.	VD dimineața. Necesită ajutor pentru completarea formularului. VD după amiază. Putem merge la cumpărături cu GK (bani mărunți)	Auxilia R + Meghan G

7.4. Analiza aprofundată

Deși poate părea cu nu există nici o coerență referitor la faptul că echipele SC/TA preiau sau nu preiau responsabilitatea AAP totuși există încă o necesitate de a analiza pacienții în detaliu, dincolo de ședințele de dimineața regulate și cele de predare a gărzilor. Majoritatea echipelor dedică o sesiune pe o săptămână studierii reflexive a problemelor speciale. Aceasta este, de obicei, o ședință la care participă personalul responsabil pentru promovarea sesiunilor (de exemplu, psihologul clinician, psihiatrul consultant). Acordarea timpului pentru reflectare asupra unei presiuni actuale este deosebit de importantă pentru echipele SC/TA care altfel ar putea fi prinse într-un vârtej. Ca și în cazul altor ECSM, este timpul când evaluările de risc, evaluările structurate ale stării mintale sau evaluările privind nevoile pot fi discutate și prezentate. Chiar dacă echipa nu are responsabilitatea AAP, documentare atentă și cuprinzătoare este întotdeauna necesară și această ședință oferă posibilitatea de a o revizui și modifica.

7.5. Îndreptările și evaluările

Echipele SC/TA au un volum mare de îndreptări și un randament înalt. Evaluarea pacienților noi constituie o parte importantă a muncii lor și nu există speranță că toți pacienții evaluați vor primi servicii de îngrijire. Atât echipa Ladywood, cât și echipa South Islington eliberează în medie aproximativ 8-10 îndreptări recomandări pe săptămână, similar cu ECSM urbane (Burns și alții 1993a). Aproximativ 75% din îndreptări eliberate sunt pentru persoanele care nu suferă de o boală psihică (iarăși similar cu ECSM), deși cei cărora li se prestează servicii de îngrijire sunt mult mai probabil să sufere.

7.6. Echilibrarea activităților cheie și a accesului

Exista o listă lungă de excepții este clar că majoritatea echipelor operează cu o abordare destul de tolerantă a evaluării. Acest lucru nu este surprinzător, deoarece adesea este extrem de dificil de a stabili care este problema pînă cînd nu vezi pacientul - în special cînd pacientul se adresează pentru prima dată la serviciile și este stresat. Ladywood a chibzuit cu grijă asupra acestei probleme și a făcut o decizie politică de a nu filtra îndreptările – “o echipa care nu spune nu”. South Islington, pe de altă parte, deseori discuta îndreptările potențiale la telefon și într-un mod constant, deși incert, readresa o parte din ele. Diferențele de abordare vor reflecta volumul de îndreptări și nivelul de familiarizare cu sistemul local de îndreptare.

8. Procesul de evaluare

Echipele SC/TA acordă timp considerabil și meditează mult procesului de evaluare, deseori descompunîndu-l în cîteva etape:

1. Faza de pre-evaluare.
2. Faza de evaluare.
3. Faza de planificare.

Faza de pre-evaluare: Formularul de îndreptare este utilizat cu scopul de a colecta cit mai multe informații din surse disponibile, înainte de a efectua evaluarea. Aceasta este un proces activ, în care personalul își asumă responsabilitatea de a căuta informații - nu doar de a fi destinat pasiv (“fă trei apeluri telefonice înainte de a pleca”, “decide cine va merge și ce trebuie să fie luat”).

Faza de evaluare: Individul este încurajat să vorbească de taliat, “nu există nici o grabă”. Evident, acest lucru poate constitui o experiență intensivă și personalul trebuie să anticipe și să tolereze furia și nemulțumirea. Evaluarea vizează mai mult decît luarea unei decizii cu privire la problema și, de asemenea, are drept scop stabilirea unor relații pozitive cu pacientul.

Faza de planificare: Acest lucru subliniază implicarea rețelei sociale mai largi ori de cîte ori este posibil. Aceasta include asigurarea că toată lumea știe de disponibilitatea echipei și serviciile pe care le prestează. Sunt formulate și discutate opțiunile de gestionare la fel ca și consecințele acestor. Ascultarea activă și consolidarea relațiilor continuă pe parcursul acestei faze. Abordarea nevoilor de bază de supraviețuire.

9. Planul de implementare

Ca și în cazul evaluării, există o practică comună de a structura planul de implementare elaborat la această evaluare.

1. Implementarea imediată.
2. Implementarea pe termen mediu.
3. Etapa finală a implementării.

Implementarea imediată: Această etapă se concentrează pe explicarea planului de tratament, astfel încât toată lumea să înțeleagă ce trebuie făcut. Nevoile de bază, cum ar fi alimentarea, finanțele, și cazarea vor domina în această fază. Problemele imediate sunt abordate astfel încât pacientul și cei direct implicați, să poată fi destul de calmi și să poată petrece noaptea decent. Data și timpul următoarei vizite sunt stabilite - nu este suficient să spui "cineva va intra pe aici mâine".

Implementarea pe termen mediu: Implementarea pe termen mediu include vizite frecvente (de mai multe ori pe săptămână sau chiar zilnic și mai mult) la etapa când este introdus tratamentul și starea mintală este monitorizată cu atenție. Soluționarea problemelor practice reprezintă axa prioritară pe ordinea de zi și familia și prietenii pot avea nevoie de atenție extinsă și reasigurare. Acesta este un moment, în care nevoile identificate la prima evaluare, sunt reexaminat și actualizate și efectele tratamentului deja remarcate.

10. Cine eliberează îndreptări?

Între o treime și o jumătate de îndreptări provin din ECSM, restul de la UPU și SIP (Servicii de intervenție primară). Îndreptările de la SA (Sensibilizare în domeniul asertivității) și echipele de SIP (Servicii de intervenție primară) diferă foarte mult, în funcție de structura serviciilor locale și, de asemenea, de disponibilitatea paturilor proprii. SA și echipele de SIP pot elibera îndreptări specifice pentru "tratament parțial sau în comun". Cele mai multe îndreptări sunt făcute prin intermediul telefonului. Figura 3 este un exemplu de formular de îndreptare a unei echipe de intervenție în criză.

Aproximativ 50% din îndreptări sunt noi pentru echipă - alte 50% sunt reprezentate de pacienți în stare de recidivă. De aceea nu este surprinzător faptul că îndreptările sunt mai frecvente la ECSM, care evaluează rapid, clar și precis ce servicii poate oferi echipa SC/TA. Îndreptările inadecvate provin cel mai des de la UPU și de la medicii generalști. Este important ca echipele să fie realiste referitor la acest lucru și serviciile lor să nu devină prea costisitoare.

10.1. Cine efectuează evaluările?

Majoritatea echipelor tind să efectueze o evaluare în comun a fiecărui pacient necunoscut pentru ei. Doi membri ai personalului conduc evaluarea și prezintă raportul. În Ladywood psihiatrul este întotdeauna implicat în evaluare în timpul orelor de serviciu în timp ce în South Islington această practică nu este uzuală. În South Islington psihiatrul este chemat după prima evaluare, dacă se consideră că prescrierea unui tratament va fi necesară sau în cazuri complexe. De asemenea, este evident că psihiatrul este implicat în cazurile de evaluare, care presupun luarea unei decizii cu privire la aplicarea Actului de Sănătate Mintală.

Aceste două echipe de profil, menționate anterior, și-au dezvoltat propriile sisteme și nu există nici o informație referitor la reprezentativitatea acestor metode sau la meritele lor relative. Majoritatea pacienților au fost evaluați de către psihiatru înainte de a obține îndreptarea, astfel accentul crescând pe implicarea medicală în evaluările pacienților noi efectuate de ECSM (Departamentul de Sănătate 2002) poate fi mai puțin relevant.

Din 50% din îndreptări deja cunoscute de echipă, ar putea fi acceptabil ca evaluarea să fie efectuată de către un membru al echipei regulate în timpul orelor de lucru. Dacă există preocupări legate de siguranță, doi membri efectuează evaluarea. În caz de nesiguranță acest lucru trebuie să fie convenit cu managerul

echipei. Datorită înaltei frecvențe a contactelor este posibil ca evaluările să fie prelungite, implicând două sau trei vizite.

Tabelul 3. Formular de îndreptare. Eschiza de soluționare a crizei.

Echipe de Soluționare a Crizei Formular de îndreptare	
Data & Ora:	Membru al echipei:
.....	
Titlu:	Nume: Prenume:
Adresa:	Codul poștal: Sectorul D/E
	DN: Gen: M/F
Telefon: Domiciliu	
Serviciu	
Necăsătorit/ă	Căsătorit/ă / Concubin/ă
Văduv/ă	Divorțat/ă / Locuiește separat
Limba	Originea etnică:
	Necesitatea traducătorului Da/Nu
Rudele apropiate:	Relații:
Adr:	
Tel:	
Medic generalist:	Adresa:
Tel:	Cod:
Tutorele:	
Tel:	
Indreptat de:	AAP: Da/Nu
	Agent plătit: Da/Nu
	№ de internări: 1 _ 2 _ 3 _ 4 _
	(In ultimele 12 luni)
Tel:	
Cauza îndreptării	Continuă pe verso în caz de necesitate
Așteptările referentului față de echipă: <i>(pot alte servicii oferi soluționare mai adecvată?)</i>	
Istorie psihiatrică?	Absentă _ În trecut _ Curentă _
Diagnoza curentă:	
Contactul anterior cu echipa:	Da _ Nu _
Tratamentul curent:	
Utilizarea cu scop recreațional a medicamentelor?	
Alte servicii implicate:	
A acțiune: (incl. data și ora)	Neadekvat pentru echipă (bifați) _
Primul contact personal	Data: Ora:
Evaluarea s-a efectuat:	Acasă _ În oficiu _ UPU _ Salon _ Poliția _ ECSM _ Altele _

10.2. Administrarea numărului de cazuri tratate

Ghidul de implementare a politicilor recomandă ca echipa SC/TA să fie structurată ca o echipă SA în vederea asigurării cu cadre și număr de pacienți mic per specialist. În practică, majoritatea echipelor SC/TA reflectă stilul de administrare a numărului de cazuri tratate a echipelor SIP cu sistem de repartizare zonală. Pacientului i se atribuie un lucrător, dar echilibrul între coordonarea și prestarea serviciilor de îngrijire diferă considerabil față de cel în SA sau SIP. În echipa SC/TA accentul este într-adevăr pus pe coordonare, deoarece pacienții sunt vizitați de către câțiva membri ai echipei – uneori în aceeași zi. Continuitatea prestării serviciilor de asistență la acest nivel de intensitate este pur și simplu imposibilă la nivel individual.

10.3. Componența sarcinii de cazuri tratate

S-a dovedit a fi dificil de a avea o imagine clară asupra compoziției sarcinii de cazuri tratate a echipelor SC/TA. Personalul memorizează pacienții dificili, cum ar fi cei cu manie severă sau pacienți psihotici în

stare de excitare acută. Analizele efectuate de ECSM de obicei demonstrează o proporție mai mică de acești pacienți decât se credea. Numărul cazurilor tratate de o echipă cu autoritate conține:

- Psihoză 35%
- Tulburări afective (bipolară, depresie și probleme de relație) 30%
- Tulburare de personalitate/crize situaționale 20%
- Abuzul de alcool și de droguri 15%

Aceste cifre sunt revelatoare și sincere și reprezintă realitatea mai degrabă decât retorica echipelor SC/TA. Aproximativ jumătate din beneficiari suferă de tulburare psihotică și, probabil, nu mai mult de jumătate vor corespunde cerințelor. Acest amestec de pacienți permite exercitarea unei practici coerente și semnificative și există puține motive să credem, că acești pacienți nu sunt handicapați semnificativ de bolile lor și au nevoie de terapie intensivă.

11. Frecvența și distribuția contactelor

11.1. Frecvența

Grupul țintă de bază de pacienți - cei care altfel ar fi în spital – sunt vizitați zilnic și adesea, de mai multe ori pe zi în primele câteva zile de îngrijire. Puțini pacienți continuă să primească vizite frecvente, zilnice timp de mai mult de o săptămână - există, probabil, nu mai mult de 3-5 pacienți care primesc vizite multiple în orice moment. Vizitele pot să fie foarte extinse și, adesea, personalul rămâne cu pacienții pentru mai multe ore la începutul prestării serviciilor. În circumstanțe excepționale și rare, pacienții au primit până la 4 vizite pe zi.

TP este o femeie de 27 de ani, cu un fiu de 3 luni. Ea a avut depresie post-natală și a fost anterior tratată la spital. A avut, de asemenea, probleme în curs de desfășurare cu partenerul ei. Când a fost externată de la spital, ea nu și-a luat medicamentele și, în curând, starea ei s-a înrăutățit. Partenerul ei a vrut să-i ia copilul, spunând că ea nu era în stare să-l îngrijească. Asistentul social de la serviciile medicale pentru situațiile de urgență a examinat-o cu scopul de a o reinterna. TP nu dorea să se întoarcă la spital, crezând că partenerul ei i-ar lua copilul pentru totdeauna. Asistentul social trebuia fie să o interneze, ca să aranjeze prestarea serviciilor de sprijin suplimentar pentru ea și copilul prin intermediul echipei SC/TA. El a ales varianta din urmă.

Echipa de Tratament Ambulatoriu a vizitat-o pe TP de două ori pe zi cu scopul de a monitoriza sănătatea sa mintală, asigura administrarea medicamentelor, și a oferi sprijin. Ei au descoperit, că problemele de relație, se datorau parțial convingerilor și stigmatului despre sănătatea mintală în cultura partenerului ei. Așa a fost el educat referitor la boala mintală. El a fost convins să-i acorde TP mai mult sprijin fizic cât privește treburile casnice, pe care el chiar le-a făcut. Interventia s-a dovedit a fi surprinzător de eficientă. O îmbunătățire remarcabilă s-a înregistrat peste o săptămână după reluarea tratamentului medicamentos. Numărul vizitelor s-a redus la o vizită pe zi spre sfârșitul săptămânii a doua. Coordonatorul de îngrijire al TP de asemenea a organizat pentru ea servicii de ajutor în treburile casnice.

11.2. Contactul telefonic

Majoritatea echipelor au un nivel ridicat de contact telefonic cu pacienții. Un apel noaptea târziu, efectuat pentru a se asigura că pacientul este stabil, poate fi liniștitor pentru toate părțile implicate. Prizele, pentru luarea medicamentelor, pot fi efectuate prin intermediul telefonului în cazul când pacienții nu mai au nevoie de monitorizare intensivă. Utilizarea de mesaje textuale este în creștere. Aceasta este o formă de comunicare salută de către pacienții mai tineri și are avantajul de a fi mai puțin publică și intruzivă decât un apel vocal.

11.3. Vizite în timpul nopții

Vizitele programate după orele 21.00 au fost rare în cadrul echipelor. În total, aproximativ 70-75% din toate contactele au fost efectuate în timpul "orelor de lucru normale". După orele 21.00 contactele au fost

în general limitate la evaluări. Majoritatea echipelor anticipau, că vor avea de rămas peste noapte cu pacienții sau să-i viziteze adesea la domiciliu, noaptea, dar acest lucru nu a s-a adevărit. În general, o persoană din cele două de gardă era destul de activă pînă la miezul nopții - de obicei, la telefon sau în UPU. Chemările mai tardive erau rare. Echipa din South Islington a înregistrat 15 “chemări” după miezul nopții, pe o perioadă de șase luni - aproximativ o dată la două săptămîni. Echipa din Ladywood a efectuat aproximativ 10% din vizitele lor între 23.00-2:00 și practic nici una după aceea. Pe de altă parte, nu există nici o tură de noapte fără lucru. În Ladywood asistentele medicale de gardă efectuau evaluări, în medie, în fiecare a doua noapte. Cu toate acestea, într-o verificare recentă, efectuată timp de patru săptămîni, au existat doar trei nopți, în care nu a fost primit nici un apel.

Vizitele în timpul nopții constituie aproape în întregime examinări și întotdeauna sunt efectuate în locuri de siguranță, precum UPU sau, ocazional, în secțiile de poliție. ***Echipele nu vizitează pacienții la domiciliu pe timp de noapte***, în pofida credinței că acesta este scopul lor. De obicei, personalul de gardă participă la vizitele de noapte în cazurile, cînd psihiatrul din UPU consideră că internarea este indicată. În Ladywood echipa SC/TA apelează la medic generalist pentru examinare, dar aceasta nu este valabil pentru South Islington. Echipa din South Islington a estimat că aproximativ jumătate din persoanele evaluate noaptea au fost internate, dar acest lucru a fost mai mic în Ladywood. În cealaltă jumătate echipa SC/TA a identificat alternative - deseori transportînd pacientul acasă după ce I s-au administrat medicamente adecvate și planificînd supravegherea ulterioară.

11.4. Repartizarea /Sistematizarea apelurilor/chemărilor

Disponibilitatea timp de 24 de ore din 24 în majoritatea echipelor este asigurată de către personalul de gardă de la domiciliu. Unele servicii utilizează telefoane mobile; unele au două persoane de gardă, care se schimbă, altele, pur și simplu, două persoane de gardă care lucrează concomitent. Medicii sunt accesibili în baza variabilelor orare de funcționare. Gestionarea atentă a orarului de gărzi este o afacere complicată. Dacă nu există nimic de-a face personalul se plictisește și devine nemulțumit, în cazul în care există prea mult de lucru, serviciile prestate de personal consumă multă energie și ar putea surpa acest serviciu. În cele două echipe prezentate, personalul a fost, în general, foarte mulțumit de repartizarea gărzilor și li se plăteau aproximativ 20 de ore suplimentare pe lună per persoană. Perioada dintre 21.00 și 24.00 a fost adesea folosită pentru efectuarea lucrului cu hirtile paralel cu primirea apelurilor în oficiu înainte de plecare.

11.5. Tratament parțial sau în comun “suplinire de funcții”

În cazul în care SA sau echipele ECSM sunt bine conduse, deseori ele pot furniza de sine stătător servicii acceptabile de tratament la domiciliu. Desigur, toate echipele SA ar trebui să poată vizita pacienții o dată sau de două ori pe zi pentru perioade lungi de timp și sunt multe ECSM care se mîndresc cu capacitatea de a sprijini pacientul ocazional prin intermediul vizitelor zilnice pentru perioade de scurtă durată. ECSM pot apela la echipele SC/TA pentru a-și spori eficiența, de exemplu, prin efectuare de vizite în timpul zilelor de odihnă. Această suplinire de funcții este menționată în North Birmingham ca “lucru suplimentar”, incorporînd funcțiile ECSM. În această situație, echipa SC/TA nu preia pacientul, dar are rolul de a sprijini pacienții.

Echipa SA sau echipele ECSM pot apela la echipa SC/TA pentru a efectua vizite serale, timp de cîteva zile, pentru a supraveghea administrarea medicamentelor sau a se asigura că pacientul se liniștește. În general, aceasta se consideră a fi o utilizare excelentă a competențelor și resurselor echipei SC/TA. Este folositor pentru personal și deosebit de util în promovarea bunelor relații cu alte echipe. Acești pacienți sunt înregistrați pe tablă albă și discutați în timpul predării gărzilor, dar, de obicei, notele rămîn la ECSM sau echipa SA. Prioritizarea acestei funcții de sprijin, mai curînd decît a rolului de tutelă sau de independență, ca scopului principal al echipei SC/TA, se studiază în mai multe servicii.

11.6. Repartizarea zonală

Majoritatea echipelor deserveșc un număr de pacienți mai mare decît cele 20-30 de îndreptări recomandate. Cifra obișnuită ajunge la 35-40 de pacienți și, uneori, și acest lucru este depășit. Aceste

cazuri de repartizare a pacienților reflectă mai curînd dificultăți de predare a gărzilor, decît alegerea, de multe ori cu cîțiva pacienți contactați rar, fiind în așteptare de transfer. Acest lucru este gestionat de repartizare zonală. Pragurile de repartizare zonală în echipele SC/TA reflectă frecvența diferită a contacturilor în comparație cu echipele SIP:

- **Roșu** – *Contact zilnic și mai des.*
- **Galben** – *Contact efectuat de 2-3 ori pe săptămîină.*
- **Verde** – *Contact efectuat săptămînal și mai rar.*

Pacienții **Roșii** și **Galbeni** sunt menționați la fiecare predare de garda, iar pacienții **Verzi** sunt discutați intermitent - de obicei la revizuirii săptămînale detaliate.

Menținerea legăturii și predarea de gărzi

Din cele scrise despre misiunea diferitor echipe SC/TA este clar că nu există un model uniform al modului lor de referire la serviciile din jurul lor. Unele echipe își asumă întreaga responsabilitate pentru toate aspectele legate de îngrijirea pacienților lor și gestionează paturile proprii. Pentru astfel de echipe menținerea de legătură este destul de simplă și constă în principal din organizarea de ședințe de predare în comun pentru pacienții individuali, atunci cînd aceștia sunt transferați la ECSM sau echipele SA.

În cazul cînd responsabilitatea de consultare nu se transferă în totalitate, menținerea legăturii trebuie convenită și menținută prin aranjamente reciproc acceptabile. După cum s-a subliniat, este mai important ca menținerea legăturii și modalitățile de transfer să fie stabilite de comun acord, într-un mod clar, cu descrierea detaliată a obligațiilor. Aproape toate aranjamentele vor lucra, cu condiția că toate părțile sunt de acord cu ele și se angajează să le îndeplinească.

11.7. Menținerea legăturii cu bolnavii spitalizați

Membrii echipei pot vizita pacienții internați, aflați sub tutela ECSM, astfel încît ei pot contribui la planificarea externărilor timpurii. Cazurile, cînd pacientul este internat din cadrul echipei SC/TA și reîntors, după externare, pentru o perioadă în echipă în vederea stabilizării înainte de transferul final la ECSM, sunt rare. Menținerea legăturii cu persoanele spitalizate va varia în funcție de numărul echipelor cu care colaborează echipa SC/TA. Vizitele pot fi personalizate în cazul în care echipa are de a face doar cu o ECSM. Pe de altă parte, în cazul în care ele colaborează regulat cu multe echipe, atunci fiecare ECSM sau salon sunt deservite de un lucrător desemnat. După efectuarea evaluării clinice echipa SC/TA nu trebuie neapărat să se implice în tratamentul pacienților internați, și, de obicei, va fi implicată într-un număr de cazuri redus, atunci, cînd se antcipă o internare de scurtă durată și va fi nevoie de implicarea echipei SC/TA în procesul de externare.

11.8. Ședințele de menținere a legăturii cu ECSM

În cazul, cînd responsabilitățile continuă să fie divizate între echipa SC/TA și echipa - referent, este esențială, crearea unui sistem de legătură robust și practice e necesar. Cea mai răspîndită modalitate este cînd un lucrător, responsabil pentru menținerea legăturii, din cadrul echipei SC/TA participă la ședințele de echipă în fiecare săptămîină. De obicei, ECSM se va asigura că pacienții relevanți vor fi discutați la începutul ședinței, astfel încît timpul de lucru al lucrătorului, responsabil pentru menținerea legăturii, să fie folosit eficient. La fel ca și coordonarea îngrijirii, acestor ședințe sunt de neprețuit pentru a diminua intensitatea între echipe și a netezi orice tensiuni care ar putea apărea. Neînțelegerile și dezacordurile cu privire la rolurile relative în domeniul îngrijirii pacienților dificili sunt inevitabile, chiar și în cazul unor servicii conduse bine. Timpul, petrecut pentru menținerea legăturii și promovarea relațiilor de muncă, este petrecut cu folos.

11.9. Reîntoarcerile

Odata ce criza a trecut, iar pacientul nu mai este în pericol iminent de internare, el este transferat înapoi la echipa - referent sau obține îndreptare la un serviciu adecvat. Pentru unii pacienți soluționarea crizei ar putea însemna transferul la medicul generalist sau ei chiar ar putea refuza contactele ulterioare. De obicei, cu astfel de pacienți echipa SC/TA poate lucra puțin mai mult pentru a se asigura că toate problemele nesoluționate sunt rezolvate.

În cazul în care pacienții au venit de la una din echipele secundare de îngrijire și sunt familiari unui serviciu, echipa SC/TA îi transferă înapoi atunci când contactul se reduce la întâlniri odată în săptămână sau odată la două săptămâni. Reîntoarcerea la serviciile SA și cele SIP poate avea loc în cazul contactelor frecvente, astfel se așteaptă că aceste echipe vor fi capabile să susțină tratamentul început. Predarea se efectuează, de obicei, în cadrul lucrului în comun a celor două echipe.

11.10. Dezacordurile

Dezacordurile referitor la gradul de pregătire a pacientului pentru transfer sunt inevitabile. De multe ori echipa - receptor va crede că pacientul nu este încă suficient de bine. Uneori acest lucru este într-adevăr un moment de "amânare" slab deghizat pentru echipa regulată. Este important pentru echipele SC/TA să recunoască că acest fapt este inevitabil și, într-un mod oarecare, sănătos. Medicii generalişti au recunoscut de mult timp că o îndreptare temporară la serviciile secundare le poate da o pauză și le permite să evite extenuarea profesională cauzată de pacienți dificili și intratabili.

Cu toate acestea, situațiile apar atunci când echipa corespunzătoare pur și simplu refuză să ia pacientului și managerul echipei SC/TA și consultantul trebuie să aplice presiune reală. În caz contrar echipa se poate "nămolii" și exercitarea responsabilității sale devine imposibilă, iar pacienții pot deveni captivi într-o echipă care nu este potrivită pentru nevoile lor pe termen lung.

Timpul și energia cheltuite în contrările în jurul transferurilor este o stoarcere semnificativă de resurse a echipei SC/TA. Se pare, că nu există nici o soluție ușoară - elaborarea unor ghiduri nu prea ajută, deoarece problemele sunt într-un mod invariabil judecări subiective despre severitate. Fiecare limitare în domeniul îngrijirii sănătății mintale introduce "cheltuieli de tranzacție", care sunt prețul, care trebuie plătit pentru specializarea crescândă. Nu este trivial și trebuie să fie parte a procesului de luare a deciziilor cu privire la structurile echipei locale.

12. Tutela și îngrijirea în cadrul spitalului

12.1. Beneficiile tutelei regulate

Ghidul de implementare a politicilor subliniază funcția de tutelă a echipelor SC/TA, propunind ca toate îndreptările să treacă prin ea, necatînd la faptul că sunt eliberate de ECSM, SIP sau echipele SA. Acest lucru este văzut ca un element esențial în cazul reducerii numărului de paturi, dar și, de asemenea, în cazul în care alte echipe urmează să-și asume funcțiile echipei SC/TA. Dacă toate îndreptările nu vor fi evaluate de echipa SC/TA, atunci alte echipe vor continua să ia decizii proprii în legătură cu internările. Ele nu vor învăța cum echipa SC/TA poate oferi alternative și, prin urmare, modifica pragul spitalizărilor. Acesta este un caz convingător.

12.2. Rezistența la tutela regulată

Acestea sunt echipe noi și pînă cînd membrii altor servicii vor afla despre serviciile prestate de ele, aceștia pot fi reticenți în ceea ce privește îndreptarea pacienților spre aceste echipe. Echipele noi duc, în mod inevitabil, la apariția unor nemulțumiri și este probabil ca echipele deja stabilite pot fi sceptice:

O cunosc de mulți ani. Are nevoie de spitalizare cînd ajunge în astfel de stare, iar dacă nu este internată, lucrurile se înrăutățesc. Am relații bune cu ea și familia ei. Ce crede această echipă de soluționare a crizei că poate face ceva ce eu nu pot?

Deși logica tutelei este clară și cu certitudine are sens ca mijloc de educație reciprocă, deseori i se opune rezistență. Nici una din echipele actuale nu a simțit că a lucrat întotdeauna. În special, au găsit că este dificil să convingă psihiatrii consultanți care au internat pacienții echipele lor proprii. Nu toate echipele vor fi de acord cu acest rol de tutelă și poziția lor este ușor de înțeles.

Există dovezi din practica clinică că managementul paturilor este în general mai bun, când continuitatea de responsabilitate este neîntreruptă. Nu există “stimulentele perverse”, legate de procesul de spitalizare, în ceea ce privește soluționarea unei probleme dificile. Studiile ratei sinuciderilor în rândurile pacienților externai indică că transferul de responsabilitate între echipe sporește riscul (Appleby și alții 1999). În sfârșit imperativul de a reduce îngrijire bolnavului în cadrul spitalului poate fi mai puțin presantă pentru serviciile care funcționează și își administrează numărul paturilor bine. Pentru ei, raționalitatea serviciilor de tutelă este mai puțin convingătoare și, în consecință, dezavantajele negative ale discontinuității de îngrijire și a timpului necesar pentru a efectua transferurile mai puțin acceptabile.

12.3. Ingrijirea bolnavilor in cadrul spitalelor

Echipele SC/TA nu își asumă responsabilitatea pentru pacienți internați, în stare acută, deși unele au o serie de alternative de servicii de asistență. Acestea pot fi paturi într-un centru de criză sau într-un centru de plasament temporar, ca și în SIP. O echipă avea un pat special oferit pe termen scurt într-o secție de reabilitare. Majoritatea echipelor colaborează cu unitățile de tipul C&MD (cazare și micul dejun) în vederea prestării serviciilor urgente de asistență pe termen scurt. Dacă echipa SC/TA transferă responsabilitatea echipei regulate, când pacientul este spitalizat, ele, de obicei, mențin contactul, dacă internarea urmează să fie de scurtă durată și implicați în reintegrare.

12.4. Documentația

Anumite forme de formulare scurte de îndreptare sunt deosebit de utile pentru echipele SC/TA. Acest formular este completat de către membrul echipei care preia apelul. Formularul oferă echipei o imagine de ansamblu asupra activității lucrătorului și, de asemenea, este un ghid imediat disponibil pentru lucrători în domeniul problemei la etapa timpurie, înainte de întocmirea unei istorii mai detaliate. Documentația este asemănătoare cu cea a echipelor SA, cu o necesitate clară de a înregistra evaluarea riscurilor și de a întocmi o formă oarecare de plan de îngrijire. Planurile acțiunilor în cazul evenimentelor neprevăzute nu sunt în general răspândite în rândurile echipelor SC/TA, deoarece acestea mențin un contact strins cu pacienții lor.

12.5. Eliberarea medicamentelor în baza prescripției și administrarea medicamentelor

Echipele SC/TA dețin, de obicei, mai mult control direct asupra medicamentelor față de alte ECSM. Abordarea reflectă realitatea din cadrul secțiilor de spital. Pacienții au fișă a preparatelor medicale la fel ca pacienții internați, astfel încât modificările pot fi făcute frecvent și clar. Medicamente sunt prescrise de către echipa și adesea echipa eliberează medicamentele prescrise. Acest lucru funcționează cel mai bine dacă echipa este aprovizionată cu o varietate de medicamente și poate stringe seturi zilnice sau săptămânale de medicamente, care sunt livrate direct la pacient. Este comună utilizarea cutiilor porționate, completate de asistentele medicale. Luarea medicamentelor va fi deseori supravegheată direct de către membrii echipei.

12.6. Trusa de prim ajutor

Ca parte a acestei abordări active a administrării medicamentelor majoritatea echipelor au trusă de prim ajutor pe care o iau la fiecare examinare nouă. Aceasta va conține o selecție de medicamente generale (antipsihotice, benzodiazepine, antidepresive și anticonvulsivante) care pot fi utilizate la fața locului, atunci când sunt prescrise de către medic (fie medicul echipei, psihiatrul din cadrul UPU sau psihiatrul de gardă). În setul de sticlute și cutii goale pot fi introduse într-un mod individual dozele pentru câteva zile și lăsate pacientului și familiei. Existența unei astfel de truse este un mare succes. Capacitatea de a prescrie medicamentele pe loc (probabil o pastilă de somnifer și un antipsihotic), apoi a aștepta o oră sau mai mult până când pacientul nu se liniștește, înseamnă că apoi poate fi transportat acasă în siguranță, iar echipa poate fi liniștită până dimineața următoare când îl poate vizita.

Conținutul unei truse de prim ajutor

- O serie de medicamente necesare frecvent – administrate pe cale orală și intramuscular.

- Copiile pliantelor de informare, atat despre serviciu, problemele comune și medicamentele, sunt foarte utile pentru a le lăsa pacienților și rudelor.
- Lista de numere telefonice de bază, inclusiv detaliile de contact a centrelor de plasament temporar și scurte note despre unitățile de tipul C&MD (cazare și micul dejun) folosite de echipă.
- Ultima în listă, dar nu și în ceea ce privește valoarea, o lanternă și o alarmă de panică pentru siguranță.

12.7. Folosirea secțiilor de spital, a spitalelor de zi și a centrelor de zi

Desi echipa are scopul de a trata pacienții în propriile lor case și în mediul lor, uneori poate fi esențial de a obține perioade de răgaz pentru membrii familiei. Un membru al echipei care rămîne cu pacientul, permite membrului familiei să părăsească casa pentru un timp. Cu toate acestea, membrii familiei pot avea nevoie de timp chiar în propria lor casă pentru a face față lucrurilor sau pentru a se odihni fără pacient prin preajmă.

12.8. Valoarea “aflării flexibile în ospetie”

În astfel de circumstanțe o relație flexibilă cu o secție de spital sau o instituție de zi, care este dispusă să cazeze pacientul pentru citeva zile funcționează bine. Acest lucru este deosebit de important pentru pacienții hipomaniaci, cei excitați și anxioși. Pentru a combate aceasta sunt necesare relațiile de “aflare flexibilă în ospetie”, ele fiind destul de diferite de utilizarea regulată a spitalelor zi sau a centrelor de zi. De obicei, membrii echipei sunt responsabili pentru aducerea pacientului la secție și ulterior tot ei îl iau de acolo. Vizitele, în timp ce ei sunt acolo prezinta, de asemenea, dorința și cresc probabilitatea că secția de spital sau spitalul de zi vor coopera.

12.9. Abilitățile specialistului

Echipele SC/TA atrag specialiști cărora le plac “emoțiile” unei abordări active, centrată pe sarcină. Pentru a avea succes ei trebuie să fie toleranți, bine pregătiți, interlocutori buni și să aibă gîndire limpede. Este dificil de a identifica anumite tehnici sau abilități, unice pentru această abordare, care pare a fi un amestec de practici de ECSM și a celor de internare. Este nevoie de mai multă atenție, față de alte echipe, atrasă menținerii legăturilor interne și a clarității referitor la sarcinile fiecărui. Grijă de a evita suprapunerea accidentală de doze de medicamente și de a fi atent în timpul verificării securității pe parcursul vizitelor necesită o gîndire clară, abordarea alertă.

13. Teoria sistemelor sociale

Echipele South Islington a devenit recent influențată de activitatea lui Paul Pollack și încearcă să exploateze situația de criză prin includerea de dorit a tuturor membrilor de familie și a vecinilor, în ședințe de evaluare și de soluționare a problemelor. Ei consideră a fi valoroasă lărgirea perspectivelor membrilor echipei asupra crizei și aceasta le-a dat soluții noi și neașteptate în mai multe rînduri. La fel ca și echipele SA, echipele SC/TA au fost nevoite să se confrunte cu problemele de confidențialitate, dar, în general, ele operează cu presupunerea că criza este, de obicei cunoscută vecinilor și familiei. Pacienții sunt întrebați dacă sunt de acord cu aceste grupări mai mari. Cu toate acestea, o cultură a recunoașterii impactul mai larg al crizei este clară pentru toate părțile implicate și, într-o anumită măsură, cere răspunsul “da”.

14. Concluzii

Echipele SC/TA sunt probabil cele mai variate echipe din cele moderne datorită modului în care acestea colaborează cu alte servicii din jur. Cu toate acestea, practica lor este impresionant de consistentă. Ele tind de a combina cele mai bune practici dintr-o ECSM generică și o secție de internare bună, contribuția lor unică nu constă atît în intervenții specifice, cît în stilul lor de operare. Puterea lor constă în disponibilitate rapidă și acces larg - mult mai larg decît prevede ghidul de implementare a politicilor.

15. Neînțelegeri

Probabil, echipele SC/TA sunt cele mai puțin înțelese din toate echipele moderne. Această situație apare datorită a două credințe repetate persistent și înșelătoare. Prima este că ele, beneficiarii lor sunt doar pacienții, care altfel ar fi în spital. A doua credință este, că examinarea pacienților noi se realizează în casele lor pe timp de noapte. Ambele propoziții sunt departe de adevăr și sunt responsabile pentru o mare parte din probleme și rezistența opusă dezvoltării lor. Serviciile care funcționează bine pot vedea avantaje globale a operării serviciilor de sprijin de către echipa SC/TA. Cu toate acestea, le pot opune rezistență din cauza lipsei de practicism și a risipei, pe care le reflectă cele două concepții eronate menționate anterior. În cazul în care managementul local al numărului de paturi este bun, reducerea numărului internărilor va fi privită cu scepticism și se vor solicita dovezi convingătoare. Preocuparea pentru calitate sau tutelă și reducerea de internări, și siguranța și necesitatea vizitelor la domiciliu pe timp de noapte deseori ascund vederii avantajele reale ale acestor servicii.

16. Identificarea funcțiilor componente

Ca și în cazul echipelor SA, sarcină constă în a privi dincolo de retorică și a decide ce funcții o astfel de echipă poate îndeplini, pe care serviciile actuale nu le pot oferi. O examinare mai largă, mai puțin grăbită a potențialului de internare cu un accent clar pus pe rețea socială iese în evidență. Alături de aceasta este abilitatea de a consolida sprijinul oferit (în special pe timp de seara și în zilele de odihnă) la pacienții aflați la un pas de admitere.

Știm că pacienții preferă să primească servicii de îngrijire la domiciliu, dacă aceasta poate fi aranjată, și echipele SC/TA au dezvoltat moduri impresionante de a asigura sprijinul necesar. O reducere a utilizării Actului de Sănătate Mintală este un avantaj important al acestei alternative. Capacitatea de a duce pacientul acasă și a-l vizita în mod regulat și cu promptitudine, contribuie la evitarea internării obligatorii în cazul în care pacientul poate accepta tratamentul. În lipsa unei astfel de facilități acest lucru ar fi pur și simplu nesigur. Clarificarea procedurilor în baza problemelor de structură reprezintă calea de urmat. După ce vom ști mai bine ce ingrediente sunt eficiente în munca de soluționare a crizei și tratament la domiciliu, putem examina diverse modele de furnizare și afla ce și în ce circumstanțe funcționează mai bine.

Bibliografia:

1. Allness D, Knoedler West (2003): National Alliance on Mental Health , National Program Standard for ACT Team, www.nami.org/.../ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=36389
2. 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
3. Baronet AM, Gerber GJ (1998): Psychiatric rehabilitation: Efficacy of four models, *Clinical Psychology Review*, 18:189-228
4. Bond GR, Drake RE, Latimer E, Mueser KT (2001): Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on clients. *Disease Management and Health Outcomes*, 9, 141–159.
5. Burns T, Firth M (2002): *Assertive Outreach in Mental Health. A Manual for Practitioners*, Oxford: Oxford University Press
6. Calsyn RJ, Morse GA, Klinkenberg W, Yonker RD, Trusty, ML (2002):
7. Clark RE (1997): Financing assertive community treatment, *Administration and Policy in Mental Health*, 25, 209-220.
8. 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
9. Jones, A (2002): Assertive community treatment: development of the team, selection of clients, and impact on length of hospital stay, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2002,9:261-270
10. Kent A, Burns T (2005): Assertive community treatment in UK practice, *Advances in Psychiatric Treatment*, 11: 388-397
11. Marshall M, Lockwood A (1998): *Assertive Community Treatment for Mental Disorder*, Oxford: The Cochrane Library
12. 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.
13. McGrew, JH, Bond, GR (1995) Critical Ingredients of Assertive Community Treatment: Judgements of the Experts, *The Journal of Mental Health Administration*, 22 (2), 113-125.
14. Ministry of Health, British Columbia (2002): *Assertive Community Treatment, Best Practices*, B.C.'s Mental Health Reform, www.healthservices.gov.bc.ca/mhd/
15. Phillips SD, Burns BJ, Edgar ER et al (2001): Moving assertive community treatment into standard practice, *Psychiatric Services*, 52:771-779
16. Prince PN, Garber GJ (2005): Subjective well-being and community integration among clients of assertive community treatment, *Quality of Life Research*, 14:161-169
17. Seminarul de instruire a personalului Serviciului Echipa Mobilă, Proiectul „Comunitatea Incluzivă-Moldova” finanțat de către Keystone Human Services International, 23-26 martie 2010.
18. Smith M, Coleman R, Allot P, Koberstein J (1999): Assertive outreach: a step backward, *Nursing Times*, 95:46-47
19. Teague, G, Bond GR, Drake RE. (1998) Program fidelity in assertive community treatment: Development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry* 68: 216-32.
20. Test, M., Stein L.I. (2000), Practical guidelines for the community treatment of markedly impaired patients. *Community Mental Health Journal*, 36(1): 47-60
21. Test MA: *The Journal*, Volume 9, Issue 1, 1998, Sacramento, California.
22. United States Department of Health and Human Services – Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2003): *Assertive Community Treatment, Monitoring Client Outcome*, <http://mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/communitysupport/toolkits/community/>
23. United States Department of Health and Human Services – Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2003): *Assertive Community Treatment, Implementation Resource Kit*, <http://mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/communitysupport/toolkits/community/>
24. 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
25. Winter JP, Calsyn RJ (2000): The Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS): A Generalizability Study, *Evaluation Review*, 24: 319-338.