

2010

# TRATAMENTUL COMUNITAR AFIRMATIV

## Ghid practic

*„...Tratamentul Comunitar Afirmativ/Asertiv este o activitate de sănătate mintală comunitară desfășurată de o echipă multidisciplinară focalizată pe bolnavii cu afecțiuni mintale severe, cu probleme de funcționare și cu nevoi complexe. TAC nu este o singură formă de terapie, ci mai curând o combinație de servicii clinice, de suport social și de reabilitare, organizate și livrate în comunitate și legate între ele în așa fel încât să producă maximum de efect asupra sănătății și funcționării clienților...”*



Ghidul practic a fost elaborat în cadrul proiectului  
„Dezvoltarea sistemului serviciilor 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:

1. Definiții.....	4
2. Preambul.....	4
3. Scurtă istorie.....	5
4. Ce este tratamentul comunitar asertiv/afirmativ (TAC).....	7
5. Principiile Tratatului Comunitar Asertiv .....	8
6. Echipa de Tratat Comunitar Asertiv.....	10
7. Cine sunt pacienții înrolați in Tratatul Comunitar Asertiv.....	12
8. Servicii oferite de program.....	13
9. Managementul programului și procedurile de lucru.....	14
10. Componentele critice și fidelitatea programului TAC.....	16
11. Satisfacția clienților in programul TAC.....	17
12. Implementarea programului TAC.....	18
Bibliografie.....	19

## 1. Definiții

*Terapia mobilă, terapia comunitară afirmativă și echipele de asistență continuă sunt sinonime care se referă la un tip de asistență și tratament furnizat bolnavilor psihic cu tulburări severe și persistent. Aceasta implică mobilitate, încredere și continuitate. Sistemul mobil de îngrijire și cel de management de caz afirmativ (intensiv) folosesc metode similare și au scopuri asemănătoare, dar terapia comunitară afirmativă diferă prin faptul că psihiatrul e parte integrantă a echipei, fără a fi solicitat – ca în cazul managementului de caz intensiv – din exterior.*

Terapia Comunitară Afirmativă (TAC) răspunde la trei priorități ale serviciilor de sănătate mintală: a) menținerea pacientului într-un cadru cât mai puțin restrictiv; b) prevenirea respitalizării și c) continuitatea în asistență. Crearea terapiei mobile ca un concept ce pornește de la faptul că pacienții cu boli mintale persistente prezintă un risc mare de recădere și beneficiază arareori de servicii terapeutice pasive, statice și disjuncte. Echipele terapeutice mobile oferă asistență comunitară continuă, intensivă și flexibilă pacienților cu boli mintale severe, la domiciliu sau oriunde în comunitate, dacă e cazul. Asistența e furnizată de echipe de clinicieni inclusiv psihiatri care își asumă responsabilitatea de a adresa acum unei diversități de nevoi ale pacienților. Ca membri ai echipei mobile, psihiatrii vizează pacienții la domiciliu sau în diverse locuri din comunitate. Fără o implicare activă a psihiatrului, pacientul care refuză să se prezinte la un centru ambulatoriu de sănătate mintală, riscă să nu mai beneficieze de terapia psihiatrică, pierzându-se continuitatea asistenței. Astfel, prezența unui psihiatru în echipă este un element practic ce facilitează tratamentul și continuarea.

## 2. Preambul

Elementele esențiale ale programul de sănătate mintală răspândit, mai ales, pe continentul nord-american. În acest spațiu se consideră că nici o reformă de sănătate mintală nu poate fi efectivă dacă nu conține următoarele elemente: managementul de caz/terapia comunitară afirmativă (asertivă), intervenția în crize și serviciile de urgență, programul de locuințe pentru bolnavii psihic, îngrijirea spitalicească și ambulatorie, programul de educație și reintegrare profesională, sistemul de monitorizare și evaluare continuă, grupurile de inițiativă ale bolnavilor și asociațiile familiilor bolnavilor psihic.

### 3. Scurtă istorie

După inițierea dezinstituționalizării, în America anilor '60, s-a constatat că nevoile bolnavilor cu boli mintale cronice nu au fost luate în considerare în mod adecvat. Trimiși în comunitate, bolnavii se confruntau cu lipsa locuințelor, cu șomajul, suport comunitar inadecvat, stigmatizare, marginalizare socială, etc. Acești factori interferau în mod brutal cu capacitatea deja redusă a acestor bolnavi de a se adapta la viața comunităților.

Dezinstituționalizarea a fost promovată mai întâi în SUA, aceasta fiind grăbită de apariția noilor medicamente psihotrope și de constatarea că bolnavii ținuti mult timp în tratament rezidențial regresau și deveneau dependenți de îngrijiri speciale. Toate acestea au condus la apariția unei mișcări de dezinstituționalizare care a avut și momentele ei de exagerare, comunitățile și opinia publică nefiind destul de pregătite pentru a accepta această provocare. Îngrijirea ambulatorie, cu formele ei desuete apărea total depășită în ciuda deciziei din 1963 (Community Mental Health Centers Act) de a descentraliza sistemul de îngrijire psihiatrică și de a-l direcționa spre comunitate. Schimbarea finanțării instituțiilor a creat destulă tensiune ca ea să fie făcută pe gradientul celei mai ieftine alternative și astfel apar o varietate de instituții noi precum centrele comunitare de sănătate mintală, spitalele de zi și de noapte, centrele de reabilitare și modele diferite de abordare cum este managementul de caz, modelul de tratament afirmativ comunitar sau modelul intensiv de management de caz.

În anii '70, Guvernul SUA sprijinea cu 30% cheltuielile pentru întreținerea centrelor comunitare de sănătate mintală, destul de puțin, dar oricum destul de atractiv pentru ca comunitățile să le înființeze. Ulterior, modelul TAC a fost conceput ca o abordare multidisciplinară, psihosocială, axată pe comunitate, a indivizilor cu tulburări mintale severe și persistente.

Dr. Mary Anne Test poveste cum s-a născut ideea TAC. Istoria începe în 1970, în „Cladirea B-2” a Spitalului de Stat din Madison, Wisconsin, unde exista o secție de psihiatrie și un departament de cercetare, având misiunea de a dezvolta modele noi de abordare a „eșecurilor terapeutice” la persoanele cu schizofrenie cronică, astfel ca aceste cazuri să rămână în comunitate. Prima constatare a fost demoralizator pentru personalul de îngrijire. S-a constatat că, la scurt timp după externare, mulți dintre pacienții cu schizofrenie reveneau în spital. Unul dintre profesioniști declara: „pacienții noștri se străduiesc foarte mult ca bolnavii să se facă bine, să fie gata să trăiască în comunități și noi suntem alături de strădaniile lor, dar, la puțin timp după ce părăsesc spitalul, ei revin în aceeași condiție foarte proastă de mai înainte și munca lor, și a noastră, pare să fi făcută în van”. O a doua constatare a fost că pacienții îngrijiți de o asistentă socială cu o altă

abordare nu se mai întorceau în spital. Ea își conducea pacienții la locuința lor, le făcea rost de haine și așternuturi, se îngrijea de hrana lor, le făcea rost de altă locuință dacă era cazul, de bilete pentru transportul în comun, le urmărea medicația și efectele secundare, se arăta disponibilă pentru ajutor zi și noapte, și furniza un continuu suport emoțional. Pacienții de pe lista acestei asistente sociale nu s-au mai întors în spital. Astfel, a devenit evident că locul în care pacienții au nevoie de ajutor nu este spitalul, ci comunitatea. Observațiile de pe teren au fost încorporate în datele de până atunci privind îngrijirea și nevoile persoanelor cu boli mintale severe. Din acel moment, personalul de toate disciplinele a fost trimis zi și noapte în comunitate să susțină bolnavii proaspăt externați și rata readmisiei a scăzut foarte mult. În 1972, secția B-2 a fost închisă, iar personalul mutat în comunitate, devenind prima echipă de TAC.

Ipoteza a fost că dacă se furnizează un suport intensiv de șapte zile pe săptămână, 24 ore pe zi pentru stabilizarea persoanelor care altfel ar trebui spitalizate se reușește ca acestea să rămână în comunitate, să funcționeze adecvat și să ducă o viață cât mai aproape de normal.

***Echipa de TAC a adoptat următoarele principii:***

1. tratamentul să fie astfel orientat pentru ca pacientul să dobândească deprinderi de a trăi independent în comunitate;
2. să fie evitată respitalizarea;
3. să se implice familia și alte persoane în vederea creșterii independenței bolnavilor;
4. să fie creată o relație de lucru cu o varietate de instituții comunitare pentru a facilita accesul individului la resursele comunității;
5. creșterea responsabilității individuale pentru inserția comunitară;
6. orientare asertivă cu scopul de a micșora probabilitatea non-complianței la tratament.

Acest program și-a asumat responsabilitatea să ajute pacienții recent externați din spitalul/secția de psihiatrie să-și îndeplinească nevoile curente de viață precum alimentația, îmbrăcămintea și locuința, să dezvolte abilitățile necesare pentru a răspunde la cerințele vieții în comunitate, să dezvolte relații cu cei din jur și să persevereze în includerea și participarea în comunitate.

Modelul presupune ca TAC să fie suficient de activ/asertiv în furnizarea acestui sprijin și să aducă mai aproape de pacient acele resurse comunitare de care pacientul are nevoie. Acest model s-a dovedit semnificativ mai ieftin decât cel bazat pe tratamentul rezidențial standard și pentru a fi efectiv, acest sprijin trebuie furnizat pe termen lung. Aceasta presupune o nouă abordare strategică a îngrijirii bolnavilor severi în vederea includerii lor în comunitate și pentru generarea de răspunsuri comunitare adecvate necesităților acestora.

## 4. Ce este tratamentul comunitar asertiv/afirmativ

Există o oarecare varietate în ceea ce privește felul, scopul și activitatea curentă în Tratamentul Comunitar Afirmativ (TAC) și de aceea nu este un consens privitor la definiția a TAC. Totuși, cea mai potrivită definiție ar putea fi: *Tratamentul Comunitar Afirmativ/Asertiv este o activitate de sănătate mintală comunitară desfășurată de o echipă multidisciplinară focalizată pe bolnavii cu afecțiuni mintale severe, cu probleme de funcționare și cu nevoi complexe.* TAC nu este o singură formă de terapie, ci mai curând o combinație de servicii clinice, de suport social și de reabilitare, organizate și livrate în comunitate și legate între ele în așa fel încât să producă maximum de efect asupra sănătății și funcționării clienților.

*Caracteristicile principale ale modelului sunt:*

- flexibilitatea,
- asertivitatea și
- comprehensivitatea.

Munca în echipă este pilonul esențial al programului. În contrast cu alte modele în care terapeutul are responsabilitate individuală asupra cazului, aici echipa interdisciplinară împărtășește aceeași clienți manifestând flexibilitate în evaluarea și satisfacerea nevoilor clienților. *Echipa este asertivă comunitar în sensul că locul în care livrează serviciile este domiciliul clientului și contextual în care viețuiește înlocuind astfel instituția de sănătate mintală din modelul tradițional.*

TAC este un sistem adaptat față de nevoile clientului și față de ambianța în care trăiește față de modelul „burocratic” al abordării terapeutice tradiționale. TAC presupune o auto-organizare dinamică și o reconstrucție perpetuă a sensului terapiei ca rezultat al muncii în echipă.

*TAC este un program focalizat pe client și orientat spre recuperare și a demonstrat în toate studiile că este un program deosebit de eficient care reduce spitalizarea, reduce dizabilitatea psiho-socială, crește stabilitatea rezidențială, îmbunătățește calitatea vieții, și conduce la reintegrare familială și socială.*

## 5. Principiile TAC

Este bine știut că decizia internării sau a menținerii în instituție a pacienților nu depinde numai de severitatea simptomelor prezentate, ci și de repertoriul abilităților de a rezolva problemele vieții cotidiene. În ciuda progreselor făcute de psihofarmacologie în stăpanirea simptomatologiei psihiatrice, problema deficitului de funcționare în viața domestică și socială a bolnavilor psihic severi rămâne neafectată de îngrijirile instituționale. Este vorba de deficitul de abilități de **coping** („*efortul cognitiv și comportamental de a reduce, stăpâni sau tolera solicitările interne sau externe care depășesc resursele personale*”) în domeniile activităților domestice, vocaționale, de timp liber, sociale și interpersonale. Inabilitatea de a rezolva aceste probleme duce la o enormă frustrare și stres ce culminează în readmisia în tratamentul instituțional. Este exact locul unde TAC se postează pentru a ajuta clienții să traverseze lungul și accidentatul teren de la episodul acut de boală la recăpătarea autonomiei funcționale și de rol.

*Elementele esențiale ale TAC sunt:*

- mutarea sediului tratamentului in vivo, în locul și mediul în care trăiește subiectul și
- învățarea de noi abilități de coping pentru a putea duce o viață adecvată nevoilor și cerințelor subiectului.

După Test și Stein (2000), TAC folosește **trei metode principale** pentru realizarea acestor deziderate:

- Abordare asertivă și directivă pentru a menține subiectul în contextul terapeutic. Aceasta înseamnă „aducerea tratamentului la pacient”, în loc să se aștepte ca pacientul să fie motivat să participe la programul de tratament din instituții medicale. Modelul presupune ca pacientul să fie încurajat și ajutat să participe la activitățile terapeutice față de care ar putea avea reticențe, începând de la luarea medicamentelor până la includerea în terapiile de grup.
- Folosirea tehnicilor de învățare socială. În încercarea de a ajuta pacienții să capete deprinderile necesare pentru a trăi în comunitate se folosesc tehnici de învățare socială, precum ședințe de antrenament social, vaucere comunitare, metode de premiere a comportamentelor adecvate, etc.
- Creșterea responsabilității pacientului. Ținta tratamentului este orientat mai mult asupra dezvoltării comportamentelor adaptive din repertoriul pacientului decât spre eliminarea comportamentelor deviate. Pacientul este încurajat să-și asume rezultatul comportamentelor proprii în vederea reorientării lor către normativitate socială și morală.



Datorită complexității și diversității variabilelor în joc, modelul TAC se bazează pe unele principii care-l fac să fie adaptabil și efectiv pentru toate cazurile gestionate.

**După Gold și colab. (2003), aceste principii ar fi:**

- a. Activitate focusată pe client. Echipa TAC ia contact cu clientul în timpul episodului acut de tulburare mintală, când este incapabil de a accesa asistență medicală sau este refractar în a o obține. În acest moment, echipa TAC face toate eforturile de a stabili o alianță terapeutică cu clientul. Rezultatul depinde de modul cum echipierii furnizează speranța și încrederea, cum dezvoltă sensul siguranței și a autonomiei persoanei, al respectului deciziilor proprii pe drumul recuperării individuale și de restaurare a propriei identități. Fiecărui client i se întocmește propriul plan terapeutic, individualizat în funcție de variabilele personale.
- b. Disponibilitate. Programul este disponibil bolnavilor 7 zile pe săptămână, 24 din 24 de ore. El nu este limitat în timp, în sensul că un client înrolat rămâne în program atâta timp cât este nevoie.
- c. Accesibilitate. Programul este furnizat mai mult de 75% în afara instituției, respectiv, la nivelul domiciliului clientului și în locurile în care clientul are nevoie de sprijin.
- d. Comprehensivitate. Echipa are o alcătuire multidisciplinară integrând specialiști din toate domeniile în care un eventual client ar avea probleme. *De obicei, o echipă TAC cuprinde o soră medicală, un terapeut ocupațional, un asistent social pentru probleme locative, un terapeut pentru adicție (tendința creșterii progresive a dozelor), un asistent social pentru probleme juridice, un psiholog sau consilier, un asistent social cu probleme de muncă.*
- e. Continuitate. Echipa în întregul ei este responsabilă față de client, în felul acesta nevoile diverse ale clientului sunt „acoperite” prin multidisciplinăritatea echipei. Activitatea echipei se bazează pe un spirit colaborativ de percepere și rezolvare a nevoilor dinamice ale clientului.
- f. Alianța cu alte instituții/agenții comunitare. Cele mai frecvente legături pe care echipa TAC le are sunt cele cu medicii de familie, instituțiile de muncă și asistență socială, instituții ce furnizează spații locative. La acestea se adaugă legătura pe care echipa o face între client și medic sau psihiatru (din spital sau ambulator).
- g. Responsabilitate. Performanța echipei se bazează clar pe seturi de proceduri și pe coduri de bune practici care asigură o calitate înaltă a activității și o responsabilitate specifică față de scopurile și îndatoririle profesionale ce le cuprinde modelul de terapie asertivă comunitară.

## 6. Echipa de Tratament Comunitar Asertiv

Activitatea colaborativă de echipă rămâne trăsătura dominantă a TAC. Dincolo de multidisciplinaritatea echipei, membrii echipei TAC impart intregul lot de pacienți luați in grijă și, in acest fel, ei tind să funcționeze intr-un rol generic care transcede granițele tradiționale ale expertizei profesionale. Toți echipierii cunosc in amănunte bolnavii aflați in grijă și astfel nu există riscul ca un membru să fie supraimplicat intr-un caz anume. La fel, se diluează stresul și povara lucrului cu bolnavii psihic severi, iar beneficiarul are in față o echipă atat profesională, cat și umană, și se asigură continuitatea ingrijirii de tip 24 din 24 de ore/7 zile. Succesul echipei rezidă in modelul de relație dintre echipieri și in dinamica in care un echipier poate devine terapeutul principal, intr-un caz, și secundar – intr-altul.

*Echipa TAC este multidisciplinară, incluzand soră de psihiatrie, asistent social, terapeut ocupațional, psihoterapist/consilier, etc. O echipă este formată, în medie, de 8-10 persoane. Se recomandă ca numărul de pacienți luați in grijă sa fie între 7 și 10 pentru un echipier. Aceste cifre sunt flexibile și depind in mare măsură de teritoriu și de condițiile locale acolo unde se implementează programul TAC.*

*Echipierul vine in programul TAC cu deprinderile specifice profesiei, dar trebuie să dezvolte noi abilități, mai ales un nou stil de muncă bazat pe capacitatea de a împărți sarcinile, deciziile și responsabilitățile in comun cu ceilalți echipieri participand la crearea unui pol comun de activități împărtășite, precum monitorizarea medicației și aderența la medicație, evaluarea efectelor secundare, sprijinirea bolnavului in activitatea domestică, in păstrarea locuinței, și intervenția in criză. Echipierii vor activa in roluri diverse, in funcție de situația și nevoile pacientului. De exemplu, va asista bolnavul ce se afla in situații juridice, ii va facilita locuința, va furniza terapie individuală și intervenție in criza, va contribui la creșterea abilităților de ingrijire proprie, igienă, alimentație, îmbrăcăminte, va aduce mai aproape de subiect resursele comunității din care face parte, va face educație sanitară, il va ajuta să recapete deprinderi profesionale și să-și găsească un drum profesional, va detecta și monitoriza uzul de alcool și alte substanțe, va face terapie familială și va milita pentru creșterea aderenței la formele de terapie medicală in care este inclus. Deși cerințele activității echipei presupune o activitate care depășește granițele unui profesionalism strict, echipierul își păstrează expertiza profesională și ocupă rolul principal intr-un caz care este potrivit cu pregătirea sa, iar ceilalți echipieri se aranjează automat in spatele lui.*

Conform ghidului de bune practici din British Columbia, Canada (2002), personalul TAC are următoarele atribuții:

- managementul cazului,
- vizite la domiciliul clientului,
- evaluarea lui psihosocială,
- accesul și coordonarea resurselor,
- brokeraj,
- mediere și advocacy în căutarea suportului pentru client,
- învățarea deprinderilor sociale și domestice,
- managementul situațiilor de criză și furnizarea intervențiilor în criză,
- administrarea și monitorizarea medicației,
- evaluarea simptomelor,
- furnizarea de suport vocațional și reabilitare vocațională,
- furnizarea de informații,
- consultanță pentru client și familia lui.

**Psihiatrul** nu participă în munca de teren a echipei. Psihiatrul are însă un rol important el fiind chemat periodic în calitate de consultant ce revizuieste tratamentul medicamentos al pacienților sau furnizează opinii pentru diferite programe terapeutice sau sociale adecvate pentru fiecare caz în parte. El este în felul acesta un consultant permanent al echipei TAC. De fapt, echipierii TAC iau legătura periodic cu acel psihiatru care conduce tratamentul bolnavului respectiv. În felul acesta se menține continuitatea îngrijirilor pe traiectul spitalizare-ambulator-spitalizare pentru fiecare bolnav în parte, iar programul de tratament trece dintr-o mână în alta urmând ca el să fie realizat de alți actori terapeutici.

## 7. Cine sunt pacienții inrolați în TAC

TAC este costisitor și trebuie rezervat pentru subiecții care nu pot beneficia de tratament obișnuit. Tipic, acești pacienți sunt psihotici a căror stare psihică fluctuează des și care au o proastă funcționare socială și o proastă aderență la tratament. Criteriile de acceptare la TAC trebuie să fie clare și transparente. Durata menținerii unui subiect în program nu trebuie să fie prea mare. Transferarea bolnavului la serviciile standard de îngrijire se poate face după o perioadă de testare a stabilității stării psihice și a funcționării sociale. Dacă după o perioadă de tranziție acest transfer eșuează, pacientul poate fi referit din nou la programul TAC. Trebuie să se accepte că există și cazuri în care programul TAC eșuează, precum în cazurile cronic progrediente de psihoză cu fenomene negative.

Criteriile care stau la baza referirii pacienților la programul TAC sunt bazate pe evaluarea severității bolii mintale, stabilitatea evolutivă, gradul de dizabilitate pe care a produs-o boala și prezența factorilor de risc pentru bolnav și pentru cei din jur (Marshal și Lockwood, 1998).

### **Criterii de includere în program:**

1. Clienți cu boli mintale severe care afectează funcționarea subiecților în comunitate, precum schizofrenia, tulburarea bipolară sau alte psihoze;
2. Clienți cu probleme serioase de funcționare, precum dificultăți evidente în viața de zi cu zi (procurarea și prepararea hranei, întreținerea vestimentației, probleme de gestionare a finanțelor proprii, nerecunoașterea și asumarea de riscuri, probleme medicale, probleme legale, etc.);
3. Clienți cu probleme serioase în procurarea, întreținerea și menținerea unei locuințe;
4. Clienți care au nevoie sau utilizează frecvent serviciile de sănătate mintală precum spitalizări repetate la intervale scurte, simptome severe, evoluție cronică, coexistența uzului de alcool și/sau substanțe, istorie recentă de activități cu încadrare penală, comportament violent;
5. Clienți cu tentative repetate de suicid în cadrul unei tulburări psihotice sau comportament riscant pentru sine și alții;
6. Clienți fără suport, incapabili de a dezvolta relații interumane suportive, incapabili de a menține relații de suport.

**Criterii de externare din program:** Externarea din program se face atunci când clientul și echipa TAC ajung la concluzia că nu mai este nevoie de continuarea programului. Aceasta se întâmplă, de regulă, în următoarele eventualități:

1. Clientul demonstrează abilitatea de a funcționa corect în toate ariile majore ale vieții (socială, auto-îngrijire, muncă, etc.);
2. Clientul și-a atins scopurile pentru care a acceptat să facă parte din program;
3. Clientul s-a mutat în afara teritoriului acoperit de programul TAC;
4. Clientul refuză categoric de a mai continua acest program în ciuda eforturilor echipei.

## 8. Servicii oferite de program

Unii autori consideră că programul TAC este prea coercitiv (care are puterea, dreptul de a constrânge), clientul fiind sub un control permanent și mult mai bine ar fi ca îngrijirea lui în comunitate să fie lăsată pe seama profesioniștilor din sectorul primar. S-a demonstrat pe baza unor meta-analize că TAC conduce la cel mai bun rezultat dacă se ia în calcul rata respitalizarilor, aderența la tratament, severitatea simptomelor, calitatea vieții și participarea în comunitate.

*Dacă se trece în revistă paleta de servicii oferite de diferite programe, se poate vedea că nici un serviciu ambulator, bazat pe un sediu permanent nu poate inventaria atâtea obiective în orizontul lui profesional ca și programul TAC. Phillips și colab (2001) menționează următoarele servicii oferite de programul TAC:*

- ✓ Reabilitarea deprinderilor curente de viață domestică: procurarea alimentelor și preparatul mâncării, procurarea și îngrijirea vestimentației, utilizarea mijloacelor de transport, folosirea relațiilor interpersonale de suport;
- ✓ Obținerea și întreținerea unei locuințe: găsirea unei locuințe convenabile, găsirea mobilierului și a altor obiecte necesare traiului, sprijin în relațiile cu proprietarul și achitarea dărilor către proprietar și către furnizorii de utilități, menținerea curățeniei, întreținerea și reparațiile curente în locuință, dezvoltarea relațiilor cu vecinii și proprietarul;
- ✓ Implicarea familiei: furnizarea de consiliere și psihoeducație membrilor de familie, managementul crizelor, coordonarea cu serviciile oferite de asociațiile familiilor bolnavilor psihic;
- ✓ Promovarea sănătății: furnizarea de educație sanitară, măsuri profilactice, examinări medicale periodice, respectarea programului vizitelor medicale, legătura cu serviciile medicale implicate în îngrijirea medicală specifică subiectului, legătura cu alți furnizori de servicii de sănătate;
- ✓ Suport în acceptarea și luarea medicației prescrise: cumpărarea medicamentelor de la farmacie, furnizarea de informații privind medicația prescrisă, monitorizarea acceptării și luării medicației și a efectelor secundare, administrarea medicației injectabile, creșterea motivației pentru programul de terapie medicamentoasă;
- ✓ Managementul financiar: construirea cu subiectul a unui buget și plan financiar, suport în rezolvarea dificultăților financiare, eșalonarea plăților și datoriilor, suport în dobândirea independenței financiare a subiectului;
- ✓ Reabilitare vocațională: identificarea oportunităților de activități voluntare sau de remunerate, asigurarea legăturii cu agenții de reciclare a forței de muncă sau de educație vocațională, creșterea motivației pentru găsirea și menținerea unui loc de muncă;
- ✓ Consiliere: furnizarea de sprijin general și consiliere orientate pe probleme și pe identificarea soluțiilor, promovarea deprinderilor de comunicare cu alții, promovarea incluziunii familiale și comunitare, suport în stabilirea scopurilor și obiectivelor proprii clientului, furnizează feedback-ul necesar clientului pentru a atinge scopurile propuse și evidențiază și premiază realizările acestuia;
- ✓ Furnizarea de asistență juridică, legătura cu instituțiile comunitare precum poliția, procuratura, justiția, problemele notariale, relațiile cu avocații;
- ✓ Relațiile cu agențiile și instituțiile comunitare precum agenții pentru plasarea în câmpul muncii, îngrijirea sănătății, locuri pentru furnizarea alimentelor sau hranei gata preparate cu cost redus, cantine sociale, locuri de petrecere a timpului liber, grupuri de suport, biserică, sprijin spiritual.

*In realizarea acestui program, echipierul TAC activează în patru ipostaze profesionale:*

- ✓ terapeut individual,
- ✓ activitate de brokeraj pentru serviciile de îngrijire a sănătății,
- ✓ activitate de avocat al subiectului pe lângă diferite agenții și instanțe;
- ✓ consilier.

## 9. Managementul programului și procedurile de lucru

În general, pacienții sunt referiți programului TAC de secțiile de psihiatrie care decelează subiecți care prezintă diagnosticul adecvat, internări frecvente, tulburări de funcționare și alte caracteristici care să corespundă criteriilor de admitere în program, și alte programe de sănătate mintală, precum cele de tratament ambulatoriu, asistență comunitară, etc.

Programul TAC poate absorbi un număr limitat de clienți, în funcție de mărimea echipei, considerându-se optimă proporția de opt pacienți la un membru TAC. Respectiv, dacă echipa cuprinde șapte echipieri, mărimea adecvată a lotului va fi de 56 de pacienți.

La înrolarea unui nou pacient, șeful echipei organizează evaluarea acestuia prin studierea documentelor însoțitoare și prin reevaluarea istoriei psihiatrie, a diagnosticului și a stării actuale, evaluarea condiției fiziologice, a consumului de alcool și droguri, a problemelor de funcționare independentă în viața de toate zilele, a relațiilor cu familia de origine sau nou constituită, a problemelor locative, financiare și juridice. Scopul principal al evaluării este de a dezvolta un plan individualizat de tratament pentru fiecare bolnav înrolat.

Planul de tratament se construiește de către șeful echipei și de membrii desemnați ai acesteia împreună cu bolnavul și cu familia lui și/sau curator/tutore atunci când este cazul. Planul trebuie să identifice problemele subiectului, un set specific de măsuri pentru fiecare problemă în parte și să stabilească o abordare sau o intervenție individualizată pentru fiecare nevoie în parte, astfel ca subiectul să-și îmbunătățească capacitatea sa de funcționare independentă și să atingă nivelul optim de recuperare și de calitate a vieții.

### *Ariile principale ale acestui program individualizat sunt:*

- monitorizarea simptomelor și reducerea lor;
- satisfacerea nevoilor locative;
- sprijinirea și dezvoltarea abilităților necesare vieții cotidiene;
- îmbunătățirea relațiilor familiale și sociale;
- sprijin în alte arii de funcționare precum managementul finanțelor și bunurilor proprii, relațiile cu instituțiile comunitare, etc.

Planul identifică problemele subiectului dar și resursele lui cum ar fi abilități/inabilități pentru fiecare arie in parte. Planul de tratament trebuie să fie clar, să specifice nevoile și intervențiile necesare in termeni măsurabili, astfel incat eficacitatea și outcome-ul să poată fi evaluate periodic. El trebuie să cuprindă și agențiile comunitare implicate in acest program.

Toată activitatea echipei pentru fiecare caz in parte, de la evaluarea inițială, la programul de tratament individualizat, modificările ulterioare, progresele pacientului, procedurile incorporate, evaluarea periodică a outcome-ului, externarea din program, etc. se ține in documente și formulare care constituie dosarul cazului. Accesul la aceste documente este permis tuturor echipierilor și se supune considerentelor de confidențialitate și etică profesională.

Programul zilnic de lucru al echipei este de 12 ore, șapte zile pe săptămână, iar componenții echipei sunt repartizați in așa fel incat să acopere toate zilele săptămânii. In fiecare zi a săptămânii un alt echipier asigură coordonarea programului, acesta rămânand la sediu pentru a stabili programul zilei, monitorizarea progresului activității, preluarea cererilor sau plangerilor clienților, soluționarea situațiilor de criză, legătura cu alte organizații sau agenții, inregistrarea activităților in registrul zilnic al echipei. Fiecare zi de activitate incepe la ora 9-00 și se sfârșește la 21-00.

Ziua debutează cu o intalnire a echipierilor pe tură sub comanda șefului de tură din acea zi. In această ședință, fiecare echipier împărtășește informațiile din ziua de lucru precedentă și șeful de tură prezintă programul pe ziua respectivă și discută sarcinile fiecărui echipier. Ultimele două ore din program sunt destinate inregistrării datelor de pe teren in format electronic sau in scris. Peste noapte, solicitările clienților TAC sunt preluate de lucrătorii din programul de intervenție in criză care sunt apoi prezentate șefului de tură de a doua zi. Șeful programului TAC asigură finanțarea programului, articularea lui cu alte programe de sănătate mintală, supervizarea profesionalismului echipierilor și educația continuă, evaluarea fidelității programului și managementul problemelor organizatorice și logistice.



## 10. Componentele critice și fidelitatea programului TAC

Programul TAC este astfel construit încât să furnizeze cele mai bune servicii posibile clienților înrolați în contextul resurselor disponibile. În acest sens, programul derulat pe teren este mereu evaluat în funcție de „fidelitatea” față de modelul teoretic. Prin termenul de „fidelitate” se înțelege aderența, gradul de implementare, gradul de încredere sau de conformitate a programului.

Mc Grew și Bond (1995) definesc fidelitatea ca și conformitate față de elementele prescrise și absența elementelor nonprescrise. Elementele care conturează cel mai bine gradul de fidelitate a programului derulat sunt, de fapt, componentele cele mai „critice” ale programului.

Fidelitatea programului poate fi cel mai bine evaluat pe scala Darmouth Assertive Fidelity Scale – DACTS (Teague și colab., 1998). Acest instrument cuprinde elementele esențiale pentru incorporarea în programul TAC. Abaterile de la norma prescrisă măsoară gradul de fidelitate.

### *Phillips și colab. (2001)16 și Winter și Clasyn (2000) - Descrierea criteriilor de fidelitate:*

- ✚ Număr mic de clienți la un echipier, zece sau mai puțin;
- ✚ Fiecare client înrolat este abordat de toată echipa și nu de un singur membru al TAC;
- ✚ Echipierii cunosc și lucrează cu fiecare client și într-o săptămână, cel puțin, 90% din clienți au avut contact cu mai mult de un membru TAC;
- ✚ În ședința zilnică se trec în revistă și se evaluează toate serviciile oferite fiecărui client;
- ✚ Liderul echipei furnizează direct servicii clienților, cel puțin, 50% din timp;
- ✚ Programul trebuie să asigure continuitatea echipierilor în timp; nu este acceptabilă o fluctuație mai mare de 20% din numărul echipierilor în doi ani;
- ✚ Echipa trebuie să opereze cu numărul prescris, maxim, de echipieri în majoritatea covârșitoare a timpului, concediile sau absențele trebuie tratate astfel încât programul să nu aibă de suferit;
- ✚ Se normează un psihiatru cu norma întreagă la 100 clienți;
- ✚ Cel puțin două surori la 100 de clienți;
- ✚ Doi specialiști în adicție la un număr de 100 clienți înrolați;
- ✚ Un specialist în reabilitare vocațională la 100 clienți înrolați;
- ✚ Programul trebuie să cuprindă o diversitate de specialiști care să acopere celelalte necesități: specialist terapie ocupațională, asistent social pe probleme locative, asistență juridică, specialist în alimentație; echipa trebuie să fie formată din, cel puțin, zece echipieri cu norma Întreagă;
- ✚ Existența de criterii exacte de includere în program a clienților care sunt trimiși sau sunt pe lista de așteptare. Aceste criterii trebuie să fie clar măsurabile: o rată mică de includere în program a clienților asigură o mai mare stabilitate de servicii oferite de program;
- ✚ Criterii exacte pentru externarea/excluderea din program, măsurabile și transparente; nu există un timp-limită pentru menținerea în program;



- ✚ In plus, față de supravegherea clinică a fiecărui caz in parte, programul asigură consiliere, suport locativ, tratament pentru probleme de uz de alcool și droguri, asistență juridică, asistență in găsirea unui loc de muncă; furnizează intervenție in criză 24 ore (poate utiliza resursele programului de intervenție in criză);
- ✚ Implicare directă in internarea și externarea clientului din spital;
- ✚ Intensitate adecvată in oferirea serviciilor respective in cantitatea de timp pe serviciu oferit (cel puțin două ore pe săptămână/client) sau frecvența contactelor (cel puțin patru contacte pe săptămână/client);
- ✚ Desfășoară activități la domiciliul clientului mai curand decat in alte locuri, monitorizand dezvoltarea abilităților clientului de a activa independent și de a-și ingrijii singur sănătatea;
- ✚ Desfășurarea de activități in absența clientului, precum cu familia lui, grupuri de sprijin, agenții și instituții, reprezentanți ai comunității, biserica, etc.

Această scală cuprinde cerințele ideale ale TAC, toate cerințele „prescrise” și permite verificarea autenticității lui atunci cand se urmărește implementarea programului intr-un teritoriu anume.

## 11. Satisfacția clienților in programul TAC

De la apariția lui și pană la forma de astăzi, programul TAC urmărește reabilitarea persoanelor cu dizabilități provocate de bolile mintale severe, iar principiul esențial al reabilitării a fost de a restabili un nou sens al integrității personale și de a implini aspirația acestora pentru o viață activă și cu sens in cadrul comunității in care individul conviețuiește.

***Pentru acești oameni, un deznodământ pozitiv al oricărui program de reabilitare ar trebui să cuprindă următoarele cinci obiective dezirabile:***

- ❖ să trăiască independent intr-un loc numit cămin;
- ❖ să dobandească educație pentru un drum profesional sau pentru dezvoltare personală;
- ❖ să aibă un loc de muncă pentru a avea un venit, pentru a-și aduce o contribuție și pentru a dobandi recunoaștere;
- ❖ sa aibă relații firești cu alți oameni;
- ❖ să evite experiențe traumatizante ca spitalizarea, incarcarea sau abuzul de alcool sau stupefiante.

## 12. Implementarea programului TAC

Implementarea programului TAC solicită o mare deschidere spre schimbare în domeniul sănătății mintale într-un anumit teritoriu, dezvoltarea serviciilor pe baza practicilor bazate pe dovezi. Implementarea programului trebuie să cuprindă inițial toate segmente sistemului de sănătate interesate din teritoriul respectiv.

*Aceste segmente sau eșaloane implicate în program ar fi următoarele:*

- consumatorii de servicii de sănătate mintală,
- familiile lor și alte grupuri suportive,
- profesioniști de diferite formații,
- liderii programelor de sănătate mintală,
- autoritățile medicale locale.

Implementarea programului începe cu analiza necesității programului în funcție de numărul estimat de bolnavii psihic severi cu evoluție cronică, analiza comparativă a cheltuielilor pentru aceștia pe diferite linii de finanțare (spital, ambulatoriu, asistență socială, locuințe subvenționate, program de adicție, asistența juridică, etc.), luarea deciziei de implementare, redirecționarea surselor de finanțare în contextul apariției unui alt program în constelația de programe deja implementate, construirea de protocoale de funcționare, implementarea elementelor exacte, aplicarea scalei de fidelitate, implementarea codurilor de bună practică și de etică profesională, recrutarea personalului, specializarea personalului, supervizarea continuă a activității și conduitei personalului, protocoale de colaborare și alianțe între diferitele programe, modurile de audit ale programului.

## Bibliografie:

1. Test, M., Stein L.I. (2000), Practical guidelines for the community treatment of markedly impaired patients. *Community Mental Health Journal*, 36(1): 47-60
2. Test MA: *The Journal*, Volume 9, Issue 1, 1998, Sacramento, California.
3. 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.
4. 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
5. Clark RE (1997): Financing assertive community treatment, *Administration and Policy in Mental Health*, 25, 209-220.
6. 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
7. 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
8. Kent A, Burns T (2005): Assertive community treatment in UK practice, *Advances in Psychiatric Treatment*, 11: 388-397
9. Burns T, Firn M (2002): *Assertive Outreach in Mental Health. A Manual for Practitioners*, Oxford: Oxford University Press
10. Ministry of Health, British Columbia (2002): *Assertive Community Treatment, Best Practices*, B.C.'s Mental Health Reform, [www.healthservices.gov.bc.ca/mhd](http://www.healthservices.gov.bc.ca/mhd):
11. 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
12. Marshall M, Lockwood A (1998): *Assertive Community Treatment for Mental Disorder*, Oxford: The Cochrane Library
13. Allness D, Knoedler West (2003): National Alliance on Mental Health , National Program Standard for ACT Team, [www.nami.org/.../ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=36389](http://www.nami.org/.../ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=36389)
14. Smith M, Coleman R, Allot P, Koberstein J (1999): Assertive outreach: a step backward, *Nursing Times*, 95:46-47
15. Baronet AM, Gerber GJ (1998): Psychiatric rehabilitation: Efficacy of four models, *Clinical Psychology Review*, 18:189-228
16. Phillips SD, Burns BJ, Edgar ER et al (2001): Moving assertive community treatment into standard practice, *Psychiatric Services*, 52:771-779
17. 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.
18. 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.
19. Winter JP, Clasyn RJ (2000): The Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS): A Generalizability Study, *Evaluation Review*, 24: 319-338.
20. 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/>
21. 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.
22. Prince PN, Garber GJ (2005): Subjective well-being and community integration among clients of assertive community treatment, *Quality of Life Research*, 14:161-169
23. Calsyn RJ, Morse GA, Klinkenberg W, Yonker RD, Trusty, ML (2002):
24. 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/>