

2010

# ECHIPA COMUNITARĂ DE SĂNĂTATE MINTALĂ

Ghid practic

*“...Echipele nu reprezintă tratamente, ci vehicule pentru furnizarea tratamentelor. Dacă nu există membri competenți ai echipei care să livreze tratamente eficiente, atunci activitatea echipei este o pierdere de timp, necătînd la cît de sofisticate sunt procedeele sale...”*

*Jana Chihai  
Larisa Boderscova*



## CUPRINS:

1.	Activitatea multidisciplinară actuală în domeniul sănătății mintale	4
2.	Echipa Comunitară Multidisciplinară de Sănătate Mentală	4
3.	Interferența rolurilor și comunitățile terapeutice	4
4.	Competențele și temperamentul persoanei	5
5.	Formarea generală în domeniul sănătății mintale	5
6.	Funcționarea echipei	7
7.	Epuizarea emoțională	7
8.	Forțele motrice ale echipei	8
9.	Confruntarea cu forțele motrice ale echipei	10
10.	Formatul echipei	10
11.	Conducerea echipei	11
12.	Cine sunt membrii echipei?	11
13.	Procedurile și lucrul cu actele	12
14.	Formulare de îndreptare structurate	14
15.	Comunicarea	15
16.	Metodele de îngrijire	15
17.	Zilele echipei și politicile operaționale	17
18.	Concluzii	18
	Bibliografie	19

## 1. Activitatea multidisciplinară actuală în domeniul sănătății mintale

În pofida scepticismului față de elementele esențiale ale activității din domeniul sănătății mintale comunitare, lucrul echipelor multidisciplinare nu este pus la îndoială. Mișcarea de la îngrijirea acordată în cadrul instituțiilor spre cea comunitară s-a produs concomitent cu dezvoltarea echipelor de sănătate mintală comunitară și mișcarea terapeutică comunitară. Bolile mintale severe au generat o gamă largă de probleme psihologice, de comportament și sociale. Acordarea ajutorului unor astfel de persoane necesită adesea operarea cu mai multe, dacă nu cu toate aceste, domenii simultan. Încercarea de a face acest lucru fără înțelegere adecvată și coordonare între specialiștii relevanți este inefficientă, haotică și confuză pentru toate părțile implicate.

*Boala mintală generează necesitatea unor servicii cărora o singură disciplină sau o agenție nu le poate face față.*

(Campbell și alții 1998)

Bolile mintale se caracterizează prin schimbări rapide și frecvente. Necesitățile clinice și cele sociale rareori pot fi cu certitudine prezise și planificate pentru perioade extinse (ceea ce, de exemplu, este realizabil pentru unele persoane cu dizabilități de învățare). În plus, diferitele aspecte ale handicapului și funcționarea lor pot varia într-un mod destul de independent unul față de celălalt. Starea mintală a unui pacient se poate deteriora semnificativ, în timp ce activitatea lui socială rămâne relativ neperturbată (de exemplu, la un individ care suferă de paranoia iluziile devin mai intense, persoana devenind anxioasă și nefericită, dar capabilă să le păstreze pentru sine și să continue să lucreze într-un supermarket). Și invers, în pofida unei stări mintale stabile, activitatea socială se poate reduce (de exemplu, un tânăr cu schizofrenie rămâne bine întreținut pe clozapină, dar, din cauza unei despartiri de prietena lui și neglijarea ulterioară a igienei personale și a apartamentului în care locuiește, se confruntă cu o posibilă expulzare).

## 2. Echipa Comunitară Multidisciplinară de Sănătate Mintală

Echipa Comunitară de Sănătate Mintală (ECSM) este, prin definiție, o echipă multidisciplinară (din ce în ce mai des menționată ca “echipă multi-specializată”). În Marea Britanie medicii, asistenții medicali și cei sociali au început să colaboreze îndeaproape pentru a organiza îngrijirea pacienților în afara spitalului. Primele forme de activitate multidisciplinară s-au caracterizat prin divizare foarte clară a rolurilor cu sarcini și responsabilități complet separate.

Descrierile timpurii ale relației medic-asistent ne-ar părea stranii acum – un sistem de relații intens ierarhizat, cu medicul care adoptă toate deciziile și asistentul urmînd instrucțiunile și raportînd despre starea pacientului. Asistenții sociali au fost cel mai des implicați numai în cazul în care au existat probleme legate de locuințe sau de finanțare sau atunci cînd erau necesari pentru internări obligatorii.

ECSM, așa cum le percepem astăzi, au început să se dezvolte atunci, cînd personalul din diverse discipline, implicat în îngrijirea pacientului, a început să se întâlnească în mod regulat. Aceste ședințe curînd au evoluat dincolo de un simplu proces de repartizare a sarcinilor. Ei și-au asumat responsabilitatea pentru evaluarea în comun a progreselor pacientului și luarea deciziilor cu referire la planurile de tratament. Înțelegerea problemei pacientului, de asemenea, a devenit multilaterală, reflectînd multiplele componente ale îngrijirii.

## 3. Interferența rolurilor și comunitățile terapeutice

O caracteristică importantă a practicii din domeniul sănătății mintale, în paralel cu dezvoltarea rapidă a ECSM, o constituiau comunitățile terapeutice (Jones 1952). Recunoașterea factorilor sociali în recuperarea postdepresivă și importanța centrală a relațiilor terapeutice au modificat profund practica din domeniul sănătății mintale în anii 1950 și 1960. Această abordare a dus la recunoașterea faptului că abilitățile profesionale individuale și formarea specialiștilor nu sunt suficiente pentru managementului bolnavilor. Personalitatea lor, de asemenea, era un ingredient vital în acest proces, la fel ca și atitudinile mai generale și abordările comune pentru specialiștii din domeniul îngrijirii. Fiecare membru al echipei a conferit procesului aspecte absolut unice, precum și aspecte împărtășite de alți membri din cadrul echipei.

### Nivelurile impactului terapeutic

Formarea profesională și competențele (de exemplu medicina, psihologia, ergoterapia).

Formarea generală în domeniul sănătății mintale (de exemplu, psihoterapia suportivă, recunoașterea psihopatologiei).

Competențele și temperamentul persoanei (de exemplu, empatia, compasiunea, respectul față de diversitate).

## 4. Competențele și temperamentul persoanei

Acei dintre noi care aleg să lucreze în domeniul sănătății mintale nu reprezintă pur și simplu o secțiune transversală a societății. Suntem interesați de acest domeniu din diverse motive, atât intelectuale, cât și personale. Ca grup, noi suntem, de obicei, destul de identificabili. Suntem, probabil, mai interesați în sentimente, gânduri și motivație, decât în acțiuni (ne bucurăm de filme și piese de teatru ceva mai mult decât de fotbal). Specialiștii din domeniul sănătății mintale sunt, în general, “oamenii oamenilor”, atrași de interacțiunea cu ceilalți mai degrabă, decât de calculatoare sau repararea autoturismelor. Acestea sunt activitățile care se bazează pe capacitatea noastră de a înțelege și a ne bucura de relații. Acordăm prioritate empatiei și curiozității. Lucrul cu persoanele care suferă de boli mintale nu este un domeniu de activitate pentru conformiștii rigizi. Este necesar un respect autentic pentru diversitate și puncte de vedere diferite. Nici nu este un loc de muncă plin de satisfacții din punct de vedere moral - pacienții noștri fac, uneori, lucruri îngrozitoare, când sunt în stare de criză și este responsabilitatea noastră să vedem dincolo de aceasta.

Toate acestea înseamnă că vom tinde să fim bine echipați cu “*aptitudini personale*” necesare tuturor adulților pentru supraviețuire. **Empatia, compasiunea și capacitatea de a înțelege punctul de vedere al celuilalt** sunt esențiale pentru activitatea adulților. Subdezvoltarea sau absența lor este un handicap major - cel mai evident în exemplele extreme de psihopatie sau autism. Practica Comunității Terapeutice a subliniat cât de importante au fost aceste abilități personale pentru practica eficientă din domeniul sănătății mintale. Dacă personalul nu putea trata pacienții cu empatie și a le acorda sprijin, atunci ei pur și simplu nu se recuperau - în pofida furnizării “tratamentelor” corecte. La un nivel de bază, în cazul în care personalul nu posedă aceste abilități pacienții nu se puteau implica în tratament.

**Interferența rolurilor.** Probabil, comunitățile terapeutice au supraapreciat importanța acestor caracteristici umane ca o contrabalansă a preocupărilor dominante față de noile “tehnologii” de sănătate mintală din acel timp. Cu toate acestea, ele rămân a fi esențiale pentru lucrul bun și s-au manifestat, cel mai evident în conceptul de “*interferență a rolurilor*”. Interferența rolurilor subliniază faptul că orice membru al echipei poate furniza multe dintre ingredientele critice ale buneii îngrijiri. Dorința membrilor personalului cu înaltă calificare de a “se extinde” în vederea oferirii aspectelor de îngrijire, care sunt pur și simplu în afara descrierii postului lor este considerată ca fiind de preferat față de implicarea a prea multor persoane cu un singur pacient. Un exemplu evident este faptul că psihiatrul poate oferi sprijin și încurajare în aceeași măsură ca și o asistentă. În timp ce caracterul obștesc al competențelor personale a fost evidențiat, o echipa se poate baza, de asemenea, pe variația de temperament și stilurile individuale de personalitate a membrilor săi. Un miez de persoane flegmatice, “imperturbabile” din cadrul personalului este necesar în orice echipă. Pacienții au nevoie de personal care este în mod individual sigur și tolerant ca să se simtă “cuprinși” și siguri. Dar echipele pot include, de asemenea, personal care fac față crizei sau care pot comunica emoții de excitație și entuziasm, iar aceste caracteristici pot fi uneori la fel de valoroase. Lucrul general de multe ori poate însemna că alegerea lucrătorului-cheie care cel mai bine “se potrivește” cu un pacient individual poate fi determinată în mod egal de competențe profesionale corespunzătoare și de personalitatea individuală a personalului.

## 5. Formarea generală în domeniul sănătății mintale

Diferiți lucrători din domeniul sănătății mintale își croiesc drumul în acest domeniu de muncă pentru o serie de motive similare, deși există și o vastă suprapunere referitor la formarea lor profesională. Cele mai multe cursuri includ descrierea bolilor psihice majore: simptomele, decursul și tratamente lor. Majoritatea cursurilor, de asemenea, acordă atenție teoriilor psihologice ale funcționării umane și originilor disfuncțiilor, precum și factorilor sociali care exacerbează dezvoltarea lor. Unele cursuri, de asemenea,

includ studierea principiilor și practicilor psihoterapiei. În prezent, formarea în comun a diverselor grupuri profesionale este un eveniment rar, deși utilizarea modulelor comune este în curs de dezvoltare. În consecință, includerea în echipă a unui specialist, care să nu cunoască elementele de bază a psihoanalizei sau a faptului ce sunt medicamentele antipsihotice ar trebui să reprezinte cazuri rare. Este clar, că nivelul de cunoaștere în utilizarea acestor componente de tratament va varia enorm. Totuși, ar trebui să fie un limbaj și înțelegere comună față de anumite concepte.

**Formarea profesională și competențele.** Accentul pus pe interferența rolurilor poate fi uneori exagerat și duce la neglijarea importanței echipei care încorporează o gamă completă de abilități și competențe esențiale. *Echipele nu reprezintă tratamente, ci vehicule pentru furnizarea tratamentelor. Dacă nu există membri competenți ai echipei care să livreze tratamente eficiente, atunci activitatea echipei este o pierdere de timp, necâtînd la cît de sofisticate sunt procedeele sale.* Acest lucru poate părea prea evident pentru a justifica menționarea, dar unele echipe, fie îl pierd din vedere, fie nu îl realizează din cauza problemelor operaționale.

Conflictele referitoare la rolurile și responsabilitățile în cadrul unei echipe apar și persistă numai dacă există un anumit grad de suprapunere sau de ambiguitate. Capacitatea unică a personalului medical de a prescrie tratament nu generează tensiune zilnică. Numărul competențelor sau abilităților limitate strict la un singur grup profesional este redus. Cei mai mulți profesioniști care lucrează în ECSM au “inițiativă” identificată în promovarea unor proceduri, dar se pot suprapune cu alți specialiști cît privește altele sau nici o implicație. Tabelul 1 este o încercare de a trece în revistă distribuțiile și suprapunerile acestor competențe într-un serviciu de reabilitare din SUA.

**Tabelul 1. Competențele așteptate în domeniul reabilitării psihiatrice de la membrii echipei specialiști în diverse domenii** (Adaptat din Liberman și alții/. 2001).

Domeniile de competență	Psihiatru	Psiholog	Asistentul social	Asistentul medical	Ergoterapeu t	Terapeut în domeniul reabilitării	Manager de caz	Membri ai echipei de consum	Avocatul familiei	domeniul plasării în cîmpul	Antrenor de lucru
Diagnoza	4	3	1	1	0	1	1	0	1	1	0
Monitorizarea psihopatologiei	4	3	1	3	1	1	2	1	0	2	2
Intervenția în criză	4	4	2	4	0	0	4	2	1	2	0
Implicarea în tratament	2	2	2	2	1	1	4	4	2	4	4
Intervievare motivațională	1	3	2	0	2	1	1	3	0	4	2
Evaluare funcțională	1	4	2	0	4	2	1	1	0	3	2
Psihofarmacologia	4	2	0	2	0	0	1	2	1	2	1
Psihoeducația familiei	2	3	4	1	0	0	1	1	3	0	0
Psihoeducația pacientului	3	4	1	3	1	0	2	2	1	0	0
Formarea abilităților	1	4	1	1	2	0	2	1	0	2	3
Terapia cognitiv-comportamentală	2	4	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Plasarea în cîmpul muncii sprijinită	0	4	2	0	2	1	1	1	0	4	4
Tratatamentul comunitar asertiv	2	1	3	2	2	0	4	4	1	1	1
Echipa de conducere	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0
Dezvoltarea programului	2	2	2	1	1	0	0	0	0	1	0
Competența culturală	1	2	2	2	1	0	2	4	4	0	0

4 = Cele mai înalte așteptări 0 = Cele mai joase așteptări

Există o tensiune între tendința profesională și lucrul general care trebuie înlăturată în toate ECSM. Ar fi înșelător să sugerăm că există un răspuns prompt la această întrebare. Aceasta va depinde de gama de probleme abordate, componența echipei, complexitatea și durata tratamentelor și chiar de astfel de probleme de bază, cum ar fi densitatea populației. Rivalitățile nerecunoscute, axate pe statutul profesional sunt cauza cea mai des întîlnită a unui eșec local de soluționare. Concurența cu referire la statut nu este deloc jenantă – ea face parte din condiția umană. Ceea ce o poate face pernicioasă în domeniul sănătății mintale este că, tradițiile noastre democratice și incluzive ne pot face să pretindem că ea nu există. Ceea ce am învățat de la psihoterapie, este faptul că conflictele trebuie să fie recunoscute și studiate, dacă

urmează să fie soluționate. Poate fi suficient să ne înțelegem reciproc pozițiile cu privire la astfel de probleme ca echipa să funcționeze bine, chiar dacă nu există un acord deplin.

## 6. Funcționarea echipei

Esența unei echipe constă în aceea că un grup variat de indivizi se întâlnește regulat față-în-față. În cadrul ECSM această înseamnă cel puțin o dată pe săptămână. Configurarea acestor ședințe va depinde într-o măsură mare de natura echipei și de scopurile individuale ale ședințelor. Unele echipe vor avea câteva ședințe de diverse tipuri din diverse motive. Nu va varia doar formatul ședințelor, ci și compoziția lor. Cu toate acestea, vor exista întotdeauna “*întuniri ale echipei*” la care este prezentă toată echipa și care este de obicei înțeleasă de către cei prezenți ca “*ședința echipei*”. Fără astfel de ședințe echipele sunt, de obicei, sortite pieirii și este cert faptul că, dacă personalul superior absentează regulat de la astfel de întuniri, echipele rar prosperă (Lieberman și alții 2001).

Echipele sunt, de asemenea, importante pentru personal. Problema nu constă doar în a acoperi o gamă de abilități în vederea obținerii unui impact eficient asupra pacienților și familiilor, ci în a oferi un mediu de lucru care să producă satisfacție și să asigure performanța. Figura 1.1 este o încercare de a efectua o privire de ansamblu asupra acestor roluri diverse care pot fi îndeplinite de echipă în domeniul sănătății mintale. Sprijinul și dezvoltarea profesională sunt cerințele legitime în cadrul unui serviciu, de care nu trebuie să ne jenăm. Dacă structura serviciului nu oferă sprijin și oportunități educaționale și de promovare, atunci acesta nu va atrage sau menține personalul bun și în cele din urmă pacienții vor fi cei care vor avea de suferit.

## 7. Epuizarea emoțională

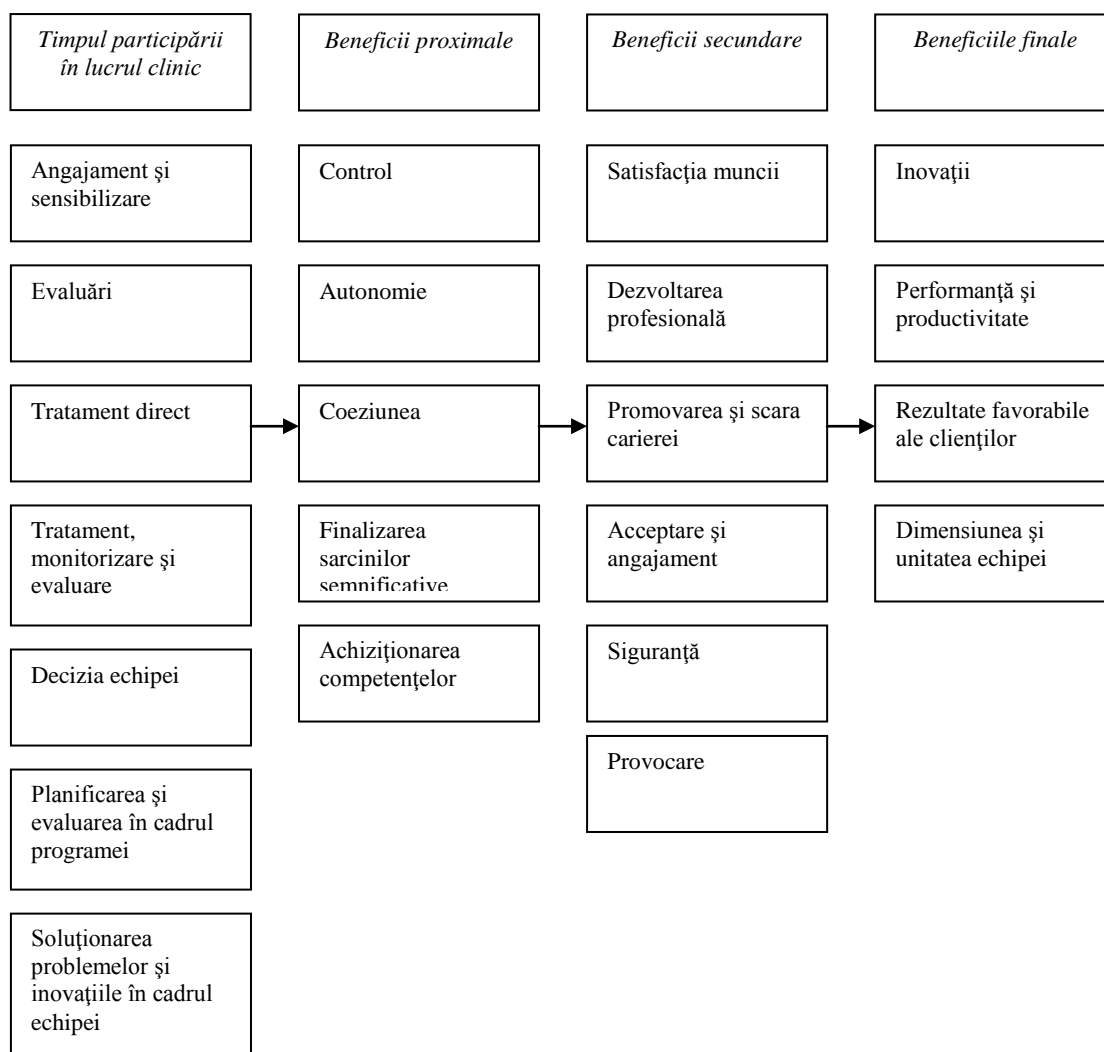
Epuizarea emoțională a devenit un subiect de importanță crescândă în serviciile de sănătate mintală. Exigențele emoționale ale muncii noastre, faptul că avem de a face zilnic cu suferința umană și nenorocirea, au fost agravate de o societate critică și exigentă care nu are încredere în bunăvoința noastră. Studiile de cercetare a sindromului de epuizare emoțională sunt adesea destul de confuze și contradictorii (Onyett și alții 1997), dar există un consens clar că satisfacția profesională și epuizarea emoțională variază enorm la același loc de muncă între diferite poziții. Faptul de a fi membru al unei echipe și, în special, a unei care este bine condusă și concentrată în mod clar, pare a fi o forță de protecție puternică împotriva epuizării emoționale premature. Cel puțin ne putem reaminti unii altora că facem lucru bun, chiar dacă pacientul și familia nu-l apreciază.

### Exemplu de caz 1

*Frank s-a adresat la echipa ECSM, în urma unei istorii furtunoase de 10 ani de internari obligatorii repetate datorate schizofreniei sale. El a trăit singur într-un apartament municipal, care a fost decorat într-un mod excentric și surprinzător când s-a simțit bine, dar care a devenit un pericol grav pentru sănătate din cauza alimentelor putrezite și incendiilor electrice, când s-a îmbolnăvit. Recidivele au fost severe, caracterizate de dezorganizare și neglijare totală, fiind în mod frecvent asociate cu exploatare și chiar asalt din partea comunității locale. El a fost un om foarte inteligent, cu un interes față de lectură și de filosofie și un interlocutor formidabil (de obicei, refuzând medicația).*

*Peste patru ani de contact de 3-4 ori pe săptămână, el a continuat cu medicație și a avut doar două scurte internări voluntare de câteva săptămâni fiecare. El a făcut legătura cu fiul său matur și se putea duce la bibliotecă. Totuși, el refuză categoric să facă altceva. A fost nevoit să recurgă iarăși la medicamente cu absorbție lentă și își vedea managerul de caz doar o dată pe săptămână sau chiar o dată la două săptămâni. El continuă să facă probleme managerului de caz în timpul fiecărei vizite. Nu este surprinzător faptul că managerul de caz a devenit demoralizat “Chiar nu fac nimic? Tot ce fac, este că îi administrez medicamentele cu absorbție lentă.”. Echipa este în stare să reflecteze cât de multe lucruri s-au îmbunătățit față de starea anterioară. S-a propus o discuție despre modul în care facem față pacienților stabili, dar “nerecunoscători” și unele planuri cu privire la transferul de responsabilitate a managerilor de caz la intervale de timp rezonabile.*





**Fig. 1.** Harta conceptuală a lucrului participativ al echipei și beneficiile acestuia (Adaptat de la Liberman și alții/. 2001)

## 8. Forțele motrice ale echipei

Pînă în prezent, au fost subliniate beneficiile muncii în echipă. Există, totuși, și anumite dezavantaje. Este incontestabil faptul că ciocnirile de personalitate și dezacordurile sunt familiare oricărei echipe. Există trei contribuitori principali la conflictele care apar în cadrul ECSM.

### **Cauzele conflictelor în ECSM**

Diferențele profesionale.

Diferențele de personalitate.

Proiecție și divizare.

**Diferențele profesionale.** Echipele sunt constituite, deoarece membrii diferă și pot aduce perspective și contribuții diferite. În ECSM aceste diferențe reflectă rolurile și responsabilitățile profesionale care se suprapun considerabil. Așa cum am menționat mai sus, repartizarea responsabilităților în cadrul echipei rareori este strict și clar delimitată. În cazul în care există această delimitare clară sunt puține oportunități de conflict sau “dinamică”. Datorită interferenței și suprapunerii rolurilor în cadrul ECSM există o necesitate constantă de claritate și discuții cu referire la faptul cine ce face și de ce o va face. Cea mai bună variantă este reprezentată de existența în echipă a unei politici operaționale clare, care abordează aspectele legate de responsabilitățile profesionale specifice. Acest lucru nu va rezolva întreaga problemă. O ECSM trebuie să fie flexibilă și să răspundă prompt necesităților variabile ale pacienților săi. Rolul evident în ziua de azi al unui membru al echipei poate să nu mai fie necesar mâine – aptitudinile altcuiva pot fi mai potrivite sau importanța relativă a diferitelor impacte se poate schimba din cauza unei urgențe accentuate. Nu există întotdeauna un răspuns corect pentru aceste situații, astfel aprecierea și respectul reciproc sunt de o mare importanță.

*O mamă tânără foarte haotică a fost îngrijită de către echipă timp de peste doi ani. Schimbările ei severe de stare de spirit erau stăpânite, în cazul în care nu erau controlate. I se administra o doză mică de medicamente cu absorbție lentă de către ACP (asistenta comunitară specializată în psihiatrie), care a sprijinit-o și a încurajat-o să continue tratamentul și să reziste în fața supradozajului sau abandonării medicației. Drept consecință a stabilității ei îmbunătățite ea a fost încurajată de către ACP și întreaga echipă să apeleze la ajutor psihoterapeutic referitor la abuzul anterior, care încă o bîntuia. Ea a avut ședințe psihoterapeutice săptămânale cu psihologul din cadrul echipei timp de 3-4 luni.*

*Inițial lucrurile mergeau bine și toată lumea era mulțumită de progresul ei. Cu toate acestea, în ultimele câteva săptămîni ea a devenit ne bună de durere și a luat două supradoze destul de riscante. Psihologul a crezut că tratamentul evoluează și că crizele actuale reprezentau o fază esențială, deși temporară și că tratamentul trebuie să fie continuat fără întrerupere. ACP, de asemenea, considera că tratamentul era corect pentru pacientă, dar că riscurile erau prea mari. În cazul dat, doi colegi cu experiență au ajuns la concluzii diferite cu privire la managementul pacientului, concluzii bazate pe formare și experiență diferite. Ambele poziții reflectă opinii clinice complexe și nici una nu poate fi „dovedită ca cea dreaptă”. Echipa va trebui să recunoască o diferență legitimă de opinii profesionale. Echipa trebuie să ia o decizie pragmatică echilibrată îndreptată spre beneficiul pacientului și nu va permite criticarea sau umilirea vreunei viziuni profesionale.*

**Diferențele de personalitate.** Sănătatea mintală este un domeniu de activitate stresant și nu putem fi sfinți tot timpul. Anumite personalități consolidează echipa - utilizarea personalității cuiva este un aspect recunoscut al practicii. Ergoterapia a acordat o atenție deosebită acestui lucru și „utilizarea propriei personalități” în tratament este un punct forte în formarea lor (Willson 1987). Confruntîndu-se cu o abordare complexă a problemei unui pacient o parte din personal va fi tolerantă, alții nerăbdători, favorizînd confruntarea. Evident, alegerea termenilor „tolerant” și „nerăbdător” pare moralistă și aceeași dilemă ar putea fi prezentată folosind termeni precum „timid” și „încrăzător” etc. Nu este rațional de a încerca și eradica această dimensiune în procesul de luare a deciziilor. Problema trebuie să fie recunoscută și abordată în cazul în care denaturează rezultatele deciziei luate.

**Personalitățile dominante.** Personalitățile puternice pot îmbogăți o echipă, dar ele pot constitui, de asemenea, probleme serioase. În cazul în care membrii echipei acționează în mod constant într-o manieră care într-adevar nu aduce beneficii pacientului (de exemplu, prea brutal sau chiar prea înțelegător și afectiv), atunci acest lucru trebuie să fie luat sub supraveghere. Oamenii nu își pot schimba cu ușurință personalitatea. Cu toate acestea, conștientizarea tendințelor lor naturale îi poate ajuta să le compenseze și, într-adevăr, să le exploateze cu mai mult succes.

O problemă mai gravă apare atunci, cînd personalitatea unui membru al echipei afectează alte categorii de personal și poate interfera cu funcționarea neîntreruptă a echipei. Problema cea mai răspîndită o reprezintă un individ dominant, cu opinii puternice, care inhibă discuțiile și luarea în considerare a problemelor. Personalul pedant sau concentrat intens, de asemenea, poate perturba grav funcționarea eficientă a echipei. Dacă sunt preocupați de aspectele tratamentului despre care sunt foarte bine informați și pentru care pledează insistent, dar rămîn ignoranți față de gama de opinii sau abordări alternative, atunci contribuțiile lor pot fi foarte restrictive. Astfel de persoane pot genera sentimente de indignare (și chiar invidie). Ei nu sunt „jucători reali ai echipei” și pot fi cu ușurință izolați și deveni țapi ispășitori. Rezolvarea acestor tipuri de probleme adesea necesită recunoașterea lor de către echipă și discutarea problemei, pe lîngă supraveghere la nivel individual.

**Proiecție și divizare.** Toate echipele se confruntă cu rivalitățile profesionale și dificultățile de personalitate - nu este doar o problemă limitată la ECSM. Cu toate acestea, serviciile din domeniul sănătății mintale au o dimensiune suplimentară a acestor probleme în echipa de lucru, care vine de la pacienții lor. Proiecția și divizarea sunt două procese descrise de psihanalizști drept cele care afectează funcționarea echipelor de sănătate mintală cel mai mult (Jones, 1952; Main 1946; Sandler și alții 1992). În esență, aceste procese nu sunt conștientizate de pacienți, dar ele afectează modul în care pacienții se bazează emoțional pe personalul care îi îngrijește. Ele reflectă problemele pe care le-au avut în relațiile anterioare și care încă îi frămîntă. Drept rezultat, ei implică personalul din jurul lor în reluarea acestor conflicte de mai devreme într-un mod repetitiv și patologic. Dacă personalul nu este conștient de ceea ce se petrece, atunci poate fi cu ușurință atras în acest proces.

**Proiecția.** Un exemplu simplu este cel al unui pacient care a fost neglijat cînd a fost copil. Acești pacienți au crescut nesiguri referitor la faptul dacă cineva le poate place cu adevărat sau respecta. Prin urmare, ei au nevoie cu disperare să creadă că noul lor asistent nu este ca oricine altcineva cu care s-au întîlnit în trecut. Pacienții sunt convinși că orice persoană normală curînd se va plictisi de ei și îi va respinge - doar un individ “perfect” i-ar putea cunoaște așa cum sunt ei în realitate și să nu îi abandoneze. Ei pot face aceasta proiectînd asupra asistentului nou calitățile persoanei perfecte “idealizîndu-le”. Acest proces poate fi foarte puternic și într-un mod subtil asistentul începe să creadă că este “absolut potrivit” pentru



acest pacient, devinând supra-implicat și pierzând perspectiva. Există multe exemple de pacienți care proiectează calități pe personal, care începe să acționeze conform acestor calități și care nu întotdeauna sunt plăcute.

**Divizarea.** Proiecția este chiar mai dăunătoare pentru echipe, pentru că foarte des duce la divizare. Este deosebit de frecventă la pacienții care au crescut fără experiența unui compromis de succes și respect reciproc în cadrul familiei. Ei au putut supraviețui în situații de furie și conflict de culpabilitate prin formarea în litigiu a unei alianțe puternice cu un părinte împotriva celuilalt. Acest conflict intern este proiectat asupra diferiților membri ai echipei. În divizările de succes doctorii și asistenții încep să fie iritați unii de alții, văzându-se prin ochii pacienților. Rezultatul este reprezentat de tensiunea în echipă și toată lumea lucrând unul împotriva altuia. Divizarea, adesea, nu este atât de explicită - comportamentul este o forță mult mai puternică, decât cuvintele. Acest comportament poate fi dramatic (de exemplu, o echipă poate fi aruncată în discordie de către pacienții care, în mod repetat, încheie tratamentul și iau supradoze) sau insidios (de exemplu, un răspuns echilibrat, îmbucurător la impactul unei părți ai personalului și o rezistență încăpăținată față de alții). Caracteristica remarcabilă a divizării este că vom începe să simțim și să credem cu adevărat în atributele aplicate, atât bune, cât și rele, proiectate asupra noastră. Aceste forțe sunt foarte puternice și, în trecut, personalul din domeniul sănătății mentale a fost instruit la cursuri extinse de formare psihodinamică în vederea înțelegerii și identificării lor. Comunitățile terapeutice au consacrat o parte semnificativă a săptămânii de lucru grupurilor de personal pentru a menține un control asupra acestor forțe motrice și a se asigura că tot personalul se mișcă în aceeași direcție. Gândirea psihodinamică a ieșit din modă și în prezent, personalul beneficiază de formare redusă, de timp sau de sprijin dedicat acestui domeniu.

## 9. Confruntarea cu forțele motrice ale echipei

Echipele se ocupa de aceste probleme ale forțelor motrice într-un număr de moduri. Anterior a fost popular de a avea o oră pe săptămână sau odată la două săptămâni, când echipa discuta propria funcționare, cu sau fără un facilitator. Discuție se putea dezvolta din problemele actuale ale pacientului sau doar aborda tensiunile existente în echipă. Acest lucru poate fi foarte util, dar trebuie să fie condus cu grijă – multe lucruri vor depinde de facilitator, dacă se va apela la acesta. Multe echipe au ajuns la concluzia că folosirea unui facilitator pare a fi prea artificială, mai ales atunci, când discuția este înclinată spre interdependență dintre o problemă de gestionare curentă și reacția echipei. Un facilitator care cu adevărat nu înțelege problemele clinice, poate reprezenta o distragere gravă a atenției.

**Distingerea relațiilor profesionale de cele terapeutice.** Există reguli de bază care trebuie să fie respectate. Greșeală cea mai des întâlnită constă în utilizarea aceleiași abordări, care este folosită în terapia pacienților. Acest lucru nu este adecvat - colegii sunt colegi, ei nu sunt pacienți. Ei au nevoie să se simtă în siguranță și să dețină controlul asupra informațiilor pe care le divulgă (de exemplu, dacă o problemă personală afectează modul în care aceștia își îndeplinesc sarcinile de lucru). Adesea, informația, care nu este oportun să fie cunoscută de echipă, va fi cunoscută doar de liderul echipei, iar liderul va avea de intervenit pentru a menține limitele. Acest lucru poate fi chiar mai important în cazul în care personalul tînăr riscă să se expună într-un mod, care ulterior va fi regretat. Deși sesiunile formale consacrate forțelor motrice ale echipei sunt acum rare, multe echipe se asigură de a avea o cultură în care reacția emoțională să fie analizată ca parte a muncii lor de rutină. Adesea, acest lucru se va face pe parcursul examinării pacienților dificili. Mult depinde de abilitatea liderului echipei de a asigura o cultură deschisă și sigură în cadrul echipei - personalul nu trebuie să fie sancționat pentru exprimarea anxietății și nesiguranței. În mod similar echipele trebuie să învețe să rețină dezacordul, fără de a recurge la intimidare sau insulte. Vocile personalului liniștit sau timid au dreptul egal la existență în echipă.

Forțele motrice pot fi abordate în cadrul ședințelor promovate în zilele de ieșire în afara oficiului. Dacă pe parcursul ședințelor promovate în zilele de ieșire în afara oficiului, nu este timp prevăzut, atunci abordarea trebuie să fie destul de formală, cum ar fi într-o analiză SWOT (Puncte forte, Slăbiciuni, Oportunități, Amenințări). Numai atunci, când echipele sunt în siguranță referitor la divulgarea informației și capabile să se ocupe de aceasta în mod regulat, abordare foarte personală devine profitabilă. În cazul, în care se rezervează pentru ziua echipei, apoi, prin definiție, acest lucru nu este rațional.

## 10. Formatul echipei

Eficacitatea unei echipe este limitată de capacitatea membrilor de a se cunoaște bine și de a se întâlni față-în-față în mod regulat. Avînd în vedere că echipele devin tot mai mari, adăugînd tot mai multe și mai multe competențe, pierderile în ceea ce privește familiaritatea și dificultățile de a se întâlni pot să depășească avantajele. Limita superioară exactă a dimensiunii echipei depinde de mai mulți factori. Echipele specializate în prestarea unor servicii mai puțin acute pot funcționa cu un număr mai mare de personal, fiindcă procesele de luare a deciziei nu sunt în așa măsură constrînse de factorul temporal. În cazul cînd proporția personalului angajat cu norma redusă într-o echipă se mărește, dimensiunea globală optimă se reduce din cauza problemelor legate de transferul informațiilor. Echipe de circa 10-12 persoane par a fi optime pentru furnizarea unei game suficiente de competențe, dar și pentru a asigura

familiaritatea. Există doar atât de multe combinații care pot păstrate de fiecare din noi în cap. ECSM din prezent sunt adesea constituite de pînă la 14-16 de persoane și recomandările pentru echipele de Tratament la Domiciliu / Soluționare a Crizelor și Serviciile de Intervenție Primară, cuprind un număr de angajați mult mai mare (20 și mai mult). Aceste echipe mai mari activează în baza sistemului de schimburi, unde schimbul funcționează în esență ca o sub-echipă. Echipe cu mai puțin de aproximativ 6 angajați cu normă întreagă au o istorie de desființare. Trebuie anticipat faptul, că cu concediul anual, diversele obligații de instruire și îmbolnăvirile, angajatul mediu este prezent la serviciu doar 3 săptămîni din 4. În plus, majoritatea personalului preferă să nu fie singurul reprezentant al disciplinei în echipă. Așa cum s-a discutat anterior, echipa are nevoie să ofere suport personalului în domeniul dezvoltării profesionale și, în linii generale, acest lucru necesită o masă critică.

## 11. Conducerea echipei

Diferite tipuri de echipe necesită diferite tipuri de conducere și acest lucru este abordat în capitolele ulterioare. Conducerea puternică este de obicei identificată ca fiind o calitate a unei echipe de succes, deși de multe ori fără de a fi descrisă sau definită exact. Cu certitudine este un concept complex, variind de la un rol destul de nebulos constînd în inspirarea și infuzarea unei echipe cu un sentiment de direcție, pînă la un rol mai concret de conducere a unor membri individuali ai echipei în sfera unor detalii destul de explicite.

**Conducerea și managementul.** Rolurile de conducere și gestiune pot fi investite în aceeași persoană sau păstrate separat. Rolul de gestiune presupune un control mai strîns, zilnic al echipei. De obicei, aceasta va implica o serie de sarcini, inclusiv planificarea gărzilor și concediilor anuale, activitatea de monitorizare a raporturilor de activitate și a concediilor de boală, îndemnînd personalul echipei spre dezvoltare profesională continuă, audit și evaluare. Acestea sunt sarcinile esențiale pentru a menține eficiența echipei și competențele și performanțele membrilor ei individuali. Nu este surprinzător faptul că de multe ori managerii echipei obțin rolul de conducător. În cazul în care cele două roluri sunt separate este vital ca relația dintre ele să fie apropiată, fiind bine definită și înțeleasă de către toată echipa. Nici o relație nu este mai predispusă spre “divizare”, descrisă mai sus, decît cea dintre conducătorul și managerul echipei. Conducătorii echipei pot, involuntar, permite administratorului să poarte responsabilitatea pentru toate deciziile zilnice dificile, stînd permanent la distanță și devenind “băieți buni”. Acest lucru nu este rațional. Identificarea ambelor roluri cu deciziile care trebuie să fie luate trebuie să fie făcută cu grijă, chiar dacă funcția lor executivă poate diferi în proces.

**Managementul și supravegherea.** În cazul cînd managerii echipei poartă, de asemenea, o responsabilitate semnificativă pentru supravegherea profesională, acest lucru poate fi foarte eficace, dar este, de asemenea, complicat de echilibrat. Organizarea pentru personal a unui sprijin independent față de raportarea managerială directă reprezintă o soluție. Un asistent practicînd din echipă conduce grupul de sprijin pentru personal / de dezvoltare a personalului în cadrul echipei. În cadrul acestei întîlniri îndoilele profesionale și personale și dificultățile din cadrul echipei pot fi exprimate și prelucrate. Persoanele individuale pot solicita din afara echipei o supraveghere mai specializată și consiliere profesională în cadrul disciplinei lor.

## 12. Cine sunt membrii echipei?

Conducerea, managementul, asistența și supravegherea sunt patru componente vitale ale unei echipe de succes. Precum va fi evident din această scurtă introducere, există mai multe moduri de a le distribui și a le configura într-o echipă. Dispunerea și combinația lor va depinde în primul rînd de caracteristicile echipei, obligațiile și sarcinile sale. Individizii, de asemenea, vor influența aceasta foarte puternic. Punctele forte și abilitățile individuale nu pot, și nu ar trebui, să fie ignorate.

**Diversitatea.** Echilibrarea diversității cu competențe și atribute partajate este o problemă nesfîrșită în echipele de sănătate mintală. Echipele trebuie să împartă înțelegerea problemelor pacienților lor și viziunea de bază asupra celei mai bune metode pentru a ajuta pacienților în cazul în care vor să coopereze într-un mod semnificativ. În cazul dat diversitatea în rîndurile membrilor echipei reprezintă un punct forte. Diversitatea este atât profesională, cît și personal. Diversitatea profesională trebuie să acopere tratamentele și competențele necesare. În plus, o serie de temperamente susțin relații terapeutice cu personalități variate și nevoile pacienților individuali.

**Varietatea etnică.** Este de dorit ca echipa să reflecte comunitatea pe care o deservește. Acest lucru este deosebit de important în zonele cu minorități etnice considerabile ca număr. Potrivirea etnică a fost propusă de unii lucrători, dar în prezent este rar văzută ca un obiectiv important - chiar dacă ar fi fost convenabil. Ceea ce contează este că echipa în sine este suficient de similară celor pe care îi deservește.

Astfel pacienții pot avea încredere că personalul are o înțelegere reală a experiențelor lor de viață. Această diversitate este bună pentru pacienți, dar și, de asemenea, pentru membrii echipei care beneficiază de faptul că evaluările lor se îmbogățesc datorită multiplelor viziuni asupra lucrurilor. O abordare amplă și tolerantă, care recunoaște și respectă pacienții de cultură variată, poate promova o înțelegere mai exactă a problemelor lor. Acesta va îmbogăți în mod invariabil procesul de luare a deciziilor cu privire la prioritizarea diferitelor intervenții. Domeniul sănătății mintale comunitare din ce în ce mai des se confruntă cu provocări complexe de ordin etic, de multe ori echilibrând necesitățile de îngrijire cu autonomia și independența individuală. Aceste decizii etice nu pot fi separate de cultura pacientului și a familiei sale. Într-adevăr, personalul care aparține unei minorități etnice adesea se plînge de așteptările nerealistice cu care poate fi investit. Aceasta înseamnă că echipa niciodată nu pierde din vedere relativismul cultural al atîtor de multe dintre deciziile noastre, nu doar a celor care implică minoritățile etnice.

### 13. Procedurile și lucrul cu actele

Echilibrarea reușită a unui sistem de înregistrare robust și fiabil, fără de a suprasolicita serviciul cu birocrația este o adevărată provocare în lumea modernă a sănătății mintale. În prezent, există o presiune de sus, aparent inexorabilă, de a surprinde toate aspectele legate de activitatea noastră în forme predefinite. Déjà de mult timp existat o preocupare referitor la eșecul personalului serviciului de a constata sau trece peste informația esențială, care ar putea influența deciziile ulterioare. În prezent este necesar un nivel de coerență cît privește înregistrarea serviciilor de îngrijire și a deciziilor clinice, care să meargă dincolo de practicile tradiționale simpliste de “*păstrare bună a observațiilor*”.

**Abordarea asistenței programice.** În Marea Britanie a fost o serie de tragedii care au accelerat Asistența de Abordare Programică (AAP). În multe alte țări înregistrarea îngrijirii a fost întotdeauna considerabil mai bună, nu în ultimul rînd datorită faptului că este baza pentru facturare. Deși în Marea Britanie a existat o rezistență considerabilă față de introducerea AAP, majoritatea profesioniștilor au început să o aprecieze drept minimul esențial de înregistrări. AAP prevede că fiecare pacient în cadrul serviciilor secundare, care are nevoie de îngrijiri complexe sau neîntrerupte ar trebui să aibă un “manager de caz” identificat și un plan oficial de îngrijire în însemnările din fișa personală a bolnavului. Managerul de caz este responsabil pentru întocmirea și revizuirea planului de îngrijire. Planul de îngrijire trebuie, cel puțin, să includă nevoile identificate ale pacientului și intervențiile propuse pentru a le satisface. Acesta trebuie să indice cine este responsabil pentru îndeplinirea acestor nevoi .

**Nivelurile standard și perfecționat.** Cele menționate mai sus sunt elementele absolute de bază pentru așa-numitele “AAP îmbunătățite” - un aspect enervant al acestei forme de birocrație centrală este că termenii continuă să se schimbe. Au apărut o serie de directive cu privire la AAP. Practic, toate aceste (de exemplu, pacientul, și, dacă este posibil, îngrijitorul, sunt pe deplin implicați și primesc copii ale planului, atenția specială adresată unor astfel de aspecte cum ar fi diagnosticul dublu și factorii culturali beneficiază de o atenție adecvată) sunt foarte raționale. Problema constă în instituționalizarea lor și proiectarea formelor care să le includă pe toate, chiar și atunci cînd acestea sunt în mod evident irelevante pentru pacienți specifici. Ca rezultat, AAP tind să funcționeze bine în cazul în care a existat o implicare clinică locală semnificativă în proiectarea formularelor. Lucrul cu actele are scopul de a sprijini practica clinică bună, nu a o împiedica și o poziție puternică trebuie adoptată în vederea păstrării documentelor AAP în stare utilizabilă. Formularul indicat în Fig. 1.3 este cel utilizat în cadrul Direcției pentru adulți din Trustul Sănătății Mintale South West London și St George.

**Planificarea evenimentelor neprevăzute și evaluarea riscurilor.** Formularul AAP din Fig. 2 indică în mod clar că evaluarea riscurilor trebuie efectuată în cazul fiecărui pacient. Pentru majoritatea pacienților aceasta înseamnă doar o verificare scurtă a istoriei sau a dovezilor actuale de risc în oricare dintre următoarele domenii:

- ◆ Autovătămarea (de exemplu, supradozare, comportament neglijent într-o stare dezinhibată).
- ◆ Agresiune sau violență (de exemplu, amenințări, ostilitate sau chiar agresiune).
- ◆ Auto-neglijare severă (de exemplu, refuzul mîncării, lăsarea aragazului aprins).
- ◆ Exploatare (de exemplu, fiind amenințat de dealerii locali de droguri).
- ◆ Risc pentru copii (rar, dar important).

Pentru majoritatea pacienților nu va fi nici o istorie semnificativă sau risc actual. Pentru aceste nevoi nu sunt multe de făcut, decît a confirma prin bifare în Planul de Îngrijire că evaluarea a fost efectuată și că planul recidivei și a riscului nu este necesar. Dacă, totuși, există dovezi de risc, apoi un plan de recidivă (Fig. 3) și istoria riscului (Fig. 4) ar trebui să fie completat și distribuit agențiilor relevante (adică MG, U.P.U., serviciilor sociale). Aceste formulare de revizuire necesită să fie adaptate local și, probabil,

revizuite în mod regulat pentru se asigura că ele reflectă practica actuală. Va fi nevoie de vigilență la fiecare revizuire pentru a rezista expansiunea lor.

REVIZUIREA PERFECTIONATĂ A AAP		
<b>Numele pacientului:</b> <b>Adresa:</b> <b>Telefon:</b> <b>Data nașterii:</b> <b>Medic generalist:</b> <b>Telefon:</b>	<b>ECSM:</b> <b>Telefon:</b> <b>Pacient nou: DA / NU</b> <b>Dacă Nu, data revizuirii:</b> <b>Diagnoza:</b> 1.....F___. 2.....F___.	
<b>Trebuie să luați în considerare următoarele:</b> 1) Sănătatea mintală, inclusiv indicatorii de recidivă; 2) Sănătatea fizică; 3) Medicația; 4) Activitatea din timpul zilei; 5) Îngrijirea personală / abilități de viață; 6) Cariera, familia, copiii și rețelele sociale; 7) Factori culturali; 8) Probleme de cazare / bani / legale; și a) asigurați-vă că <b>evaluarea riscurilor</b> este efectuată; b) include: <b>i) planul de criză; ii) plan de urgență;</b> de exemplu, ce trebuie făcut, dacă o parte a planului de îngrijire nu poate fi furnizată (de exemplu, coordonatorul este plecat sau este bolnav)		
<b>Necesitățile sau problemele evaluate</b>	<b>Intervenție</b>	<b>Resp. de</b>
Specialistul implicat în acordare îngrijirii: Doctor Psiholog ACP Ergoterapeut AS AV Reprezentant AS Altele	Prezent la ședința de planificare: Doctor Psiholog ACP Ergoterapeut AS AV Reprezentant AS Altele	
<b>Planul discutat cu DA/NU Copia prezentată pacientului? DA/NU Copia transmisă MG? DA/NU</b> <b>Coordonatorul îngrijirii (tipărit)</b> <b>Telefon:</b> <b>Coordonatorul îngrijirii (semnătura).....</b> <b>Data următoarei revizuirii:.....</b> <b>Funția:</b> <b>Semnătura pacientului:.....</b>		
Managementul îngrijirii? <b>DA/NU</b>	Istoria riscurilor completată? <b>DA/NU</b>	
Externare supravegheată? <b>DA/NU</b>	Planul recidivelor și riscurilor necesar? <b>DA/NU</b>	

**Fig. 2. Planul perfecționat de acordare a îngrijirii (Trustul Sănătății Mentale South West London și St. George)**

**Evaluările.** Au fost mai multe încercări de a elabora formulare de evaluare pentru diferite echipe. Un imbold pentru aceasta provine dintr-o dorință de a formaliza cerințele față de asistența primară/secundară – pentru a stabili criterii și principii pentru îndreptare. Un alt factor provine din experiența serviciilor sociale impusă să recurgă la personalul subordonat și lipsit de experiență să realizeze volume mari de evaluări scurte în contextul unei raportări stricte. Existența unui șablon pentru interviu oferă un sentiment de certitudine că toate chestiunile importante vor fi acoperite. De asemenea, poate însemna că experiența cu privire la criteriile relevante pentru transfer între diferite servicii se va consolida pe parcursul timpului.

#### 14. Formulare de îndreptare structurate

Abordarea avansată prezentată în această carte se bazează pe o recunoaștere a varietății nesfârșite de prezentări a problemelor de sănătate mintală și valoarea evaluării acestora de către personal bine pregătit. În ambele ECSM generice și echipele de Soluționare a Crizei/Tratament la Domiciliu, se obișnuiește ca evaluările medicale să fie întreprinse de specialiști medici sau cei cu experiență vastă. În echipele de soluționare a crizei colectarea structurată a datelor poate servi aceluiași scopuri ca și cele prezentate pentru serviciile sociale.

**Evaluarea riscului poate conține informații confidențiale și / sau afective furnizate de persoane terțe. Astfel de informații nu trebuie să fie comunicate pacientului fără consultație anterioară cu sursa de informație.**

CONFIDENȚIAL: PLANUL DE MANAGEMENT AL RISCULUI ȘI A RECIDIVEI			
<b>Nume:</b>			
<b>Categoriile identificate ale riscului:</b>			
Agresiune sau violență	DA / NU	Auto-neglijare severă	DA / NU
Exploatare (de sine sau a altor persoane)	DA / NU	Risc pentru copii sau adulți tineri	
Suicid sau autovătămare	DA / NU		DA / NU
		Altele (specificați).....	
<b>Factorii actuali care sugerează un risc aparent semnificativ:</b>			
(De exemplu: abuzul de alcool și substanțe; amenințări specifice; ideile de suicid; fantezii violente; furie; suspiciune; mania persecuției; sentimente sau idei paranoiciale legate de anumite persoane)			
<b>Declarată explicită privind riscul (rile) anticipat(e):</b>			
(Cine este supus riscului; cât de imediat este riscul; cât de sever; cât de stabil)			
<b>Planul de acțiune:</b>			
(inclusiv numele persoanelor responsabile pentru fiecare acțiune și pașii de întreprins în cazul nereușitei planului)			
<b>Data completării:</b>	xx/xx/xx	<b>Data revizuirii:</b>	xx/xx/xx

**Fig. 3. Planul recidivei**

Astfel de formulare sunt de ajutor în colectarea datelor statistice pentru raportare despre activitatea echipei și pentru dezvoltarea unei înțelegeri mai precise a practicii în cadrul echipei. Pentru echipele cu rată înaltă de trimiteri și evaluări nu este clar dacă efortul depus la completarea unor astfel de formulare este productiv sau nu.

ACTELE DE EVALUARE A RISCULUI	
<b>Numele clientului:</b>	
<b>ISTORIA RISCULUI</b>	
Prezentați detaliile oricărui comportament de risc manifestat de pacient (concrete sau sau amenințat). Fiecare înscris trebuie să fie semnată și datată. <b>(De exemplu, violența anterioară; utilizarea armelor; impulsivitate; autovătămare; nerespectarea; abandonarea serviciilor; convingerile; actele răufăcătoare potențial serioase)</b>	

**Fig. 4. Istoria riscului**



## 15. Comunicarea

Extrasele structurate din fișa clinică și scrisorile către medicii generaliști sunt populare printre mai multe servicii, astfel încât nu există nici o întârziere în comunicare. Deși acest supliment nu poate substitui scrisorile specifice care trebuie să însoțească schimbările în tratament sau transferurile. De obicei, acestea conțin doar detalii ale medicației actuale și data următorului control. Avantajul lor constă în concizia și simplitatea lor. Nimic nu se va câștiga, dacă vor deveni mai complexe. Materialele excesive nu sunt doar o pierdere de timp, dar riscă să obscurizeze comunicările importante. Suntem cu toții conștienți de faptul că acordăm atenție diferită circularilor, spre deosebire de scrisorile personale care vin în cutiile noastre poștale.

În ultimele două decenii profesioniștii din domeniul sănătății mintale au căpătat încredere în acordarea pacienților accesului la însemnările lor (Kosky și Burns, 1995). Nu doar am constatat că, în general, aceasta nu face rău, dar este un pas pozitiv spre un parteneriat de la egal la egal cu pacienții, exercitând o mai mare responsabilitate pentru tratarea acestora. Protecția informației terților părți necesită o atenție corespunzătoare. Actuala politică de a trimite pacienților copiile scrisorilor medicilor generaliști poate fi bună, atâta timp, cât este utilizat sensul raționalității. Unii pacienți sunt foarte sensibili cu referire la faptul că familia lor știe despre contactele cu noi și nu dorește să discute despre aceasta acasă. Alții nu pot citi și apelează în mod regulat la vecini pentru a le citi scrisorile. Astfel de circumstanțe excepționale cer reflectare, dar în caz contrar, păstrarea pacientului în ciclul de comunicare este foarte pozitiv.

## 16. Metodele de îngrijire

Metodele de îngrijire atrag un interes sporit în medicină, deși încă nu există exemple acceptate pe scară largă în domeniul sănătății mintale. Metodele de îngrijire sunt un mijloc de a combina în mod formal procedurile clinice de rutină cu recomandările bazate pe dovezi pentru a obține cele mai bune practici. În general acestea sunt numite în continuare “Metode integrate de îngrijire” (MIÎ), definite astfel:

***Metodele integrate de îngrijire sunt planuri structurate multidisciplinare de îngrijire care detaliază pașii esențiali în îngrijirea pacienților cu o problemă clinică specifică.***

(Campbell și alții 1998)

Formatul cel mai utilizabil pentru domeniul sănătății mintale este cel al listei de verificare a componentelor bazate pe dovezi a pachetului de îngrijire. Aceasta ar fi completată pe parcursul punctelor de tranziție majoră în îngrijirea pacientului cum ar fi îndreptările, internările sau externările și, eventual, în cele din urmă în cadrul revizuirilor de rutină ale AAP.

### Trăsăturile metodelor de îngrijire

Structurate. Multidisciplinare. Înregistrează cauzele de abatere de la recomandări.
---

**Fig. 5. prezintă o parte din metode de îngrijire privind externarea pacienților după cateterism cardiac.**

Cum se poate observa, procesul este divizat în intervenții discrete, foarte clar definite, fiind foarte structurat. O parte este de completat de către asistenții medicali și alta pentru personalul medical - aceasta este trăsătura multidisciplinară. În domeniul sănătății mintale ar putea fi cu ușurință incluse alte discipline esențiale, cum ar fi munca socială, psihologia sau ergoterapia - în special atunci, când impactul lor este suficient de discret și bine definit. În concluzie acesta înregistrează variația, acțiunile alternative, precum și motivele lor (Tabelul 2). Precum și un instrument de asigurare a calității, metodele de îngrijire sunt un instrument de învățare. Acestea încurajează cunoașterea bazei de dovezi, dar respectă, de asemenea, necesitatea deciziilor clinice și solicită ca acestea să fie înregistrate.



Problema cea mai evidentă în domeniul sănătății mintale este absența unor îndrumare acceptate pentru tulburări specifice. Există unii algoritmi farmacoterapeutici locali și naționali (cum ar fi îndrumarul Institutul Național pentru Excelență Clinică (INEC) în schizofrenie), dar acestea nu sunt suficient de detaliate pentru a forma baza unei metode de îngrijire.

**Tabelul 2. Metodele integrate de îngrijire: argumentele pro și contra**

**Susținătorii MIÎ spun că acestea:**

- Facilitează introducerea evidenței bazate pe dovezi în protocoalele locale.
- Contribuie la colectarea mai completă și mai accesibilă a datelor pentru audit.
- Încurajează comunicarea multidisciplinară și planificarea îngrijirii.
- Promovează îngrijirea axată mai mult pe pacient, lăsînd pacientul să vadă ce este planificat.
- Oferă personalului posibilitatea de a învăța rapid intervențiile - cheie pentru condiții specifice.

**Oponenții MIÎ spun că acestea:**

- Consumă timp, care ar putea fi folosit în alte activități clinice.
- Descurajează judecata clinică adecvată, fiind aplicate în cazuri individuale.
- Sunt dificil de a fi dezvoltate în cazul în care există patologii multiple sau în cazul în care managementul clinic este foarte variabil.
- Inhibă inovațiile și progresul.
- Necesită conducere, energie și timp pentru a fi aplicate cu succes.

**Table 3. Componentele metodelor de îngrijire în cazul schizofreniei**

**Standardele:**

- Istoria.
- Evaluarea abuzului de substanțe.
- Medicația.
- Funcționarea socială.
- Examinarea stării mentale.
- Implicarea familiei și îngrijitorilor.
- Tratamentele psihologice.
- Prevenirea recidivei.
- Evaluarea riscurilor.
- Educația pacientului privind boala și tratamentul.
- Depresia.

### **17. Zilele echipei și politicile operaționale**

Zilele regulate ale echipei, promovate cu scopul de a revizui practica și de a actualiza politica operațională, sunt esențiale. Aceasta este, de asemenea, timpul pentru a revizui ciclurile auditului care a avut loc în anul precedent și pentru a ține seama de tratamente noi și schimbări de politică (atît la nivel local, cît și național). Este util de a le lua în considerare ca parte a administrării clinice. Scopul politicii operaționale este în exclusivitate de a oferi claritate membrilor echipei referitor la ceea ce se așteaptă, dar servește, de asemenea, funcțiilor vitale de precizare a obiectivelor echipei și de conferire a unui cadru, în raport cu care o practică curentă poate fi judecată. Zilele echipei oferă timp pentru a reflecta asupra oricăror discrepanțe între realitate și retorică și, de asemenea, o oportunitate de a gîndi dincolo de cifre.

Un șablon de promovare a auditului poate deriva din politica operațională, care asigură că obiectivele echipei vor fi menținute și monitorizate cu regularitate. Figura 6 este un exemplu de un astfel de șablon, fiind utilizată în cadrul serviciului de intervenție primară IRIS în North Birmingham.

### **1. Diagnosticarea și accesul timpuriu**

- Program de instruire pentru medicii generaliști și alte agenții-cheie specializați în diagnosticarea timpurie.
- Îndreptarul scris furnizat medicilor generaliști conținând descrierea modului de acces la servicii.
- Contact regulat în cazul stigmatizării reduse în vederea stabilirii îndreptărilor ulterioare.
- Strategii alternative adoptate înainte de internarea obligatorie.

### **2. Implicarea timpurie și neîntreruptă**

- Alocarea lucrătorului – cheie comunitar în termen de 24 de ore de la îndreptare.
- Un mediu de casă sau îndepărtat de stigmatizare în contact cu clientul.
- Implicarea neîntreruptă și cea planificată pe parcurs de trei ani, înainte de luarea în considerare a opțiunilor.
- Lipsa clientilor „pierduți până la următorul control”, cu excepția cazurilor planificate.
- Imposibilitatea de a angaja în tratament nu duce la închiderea cazului.

### **3. Evaluarea comună a necesităților**

- Contribuția multidisciplinară la evaluare.
- Contribuția clienților la evaluare.
- Determinarea necesităților, inclusiv a simptomelor, nevoilor psihologice și sociale.
- Planul de îngrijire actualizat la fiecare șase luni.

### **4. Tratament**

- Utilizarea de doze mici sau neuroleptice atipice, ca o opțiune pentru perioada inițială.
- „Îndreptarea” clienților cu psihoză timpurie către secția de internare.
- Utilizarea terapiei cognitiv-comportamentale în tratarea simptomelor psihotice.

### **5. Abordarea de tip familial**

- Îngrijitori implicați în procesul de evaluare.
- Acordarea de psiho-educație pentru familie / prieteni.
- Contactul cu familia, promovat cel puțin o dată în lună.

### **6. Prevenirea recidivei**

- Elaborarea planului a semnelor de avertizare timpurii și atașarea lui la dosar.
- Planul de prevenire a recidivei convenit cu clientul.
- Implicarea familiei.

### **7. Educația și recuperarea personală**

- Psiho-educația oferită clientului.

- Evaluarea vocațională timpurie și planul de formare profesională.
  - Disponibilitatea infrastructurii de recuperare profesională (legată cu Colegiile de Formare continuă etc).
  - Disponibilitatea grupurilor de recuperare, unde pot fi incluși clienții recupeați.
- 8. Elementele de bază**
- Planul de îngrijire ia în considerare: condițiile de trai, de agrement și venitul.
- 9. Comorbiditatea**
- Evaluarea abuzului de substanțe.
  - Evaluarea continuă a depresiei, disperării și gândirii suicidare.
  - Evaluarea reacției tulburării de stres post-traumatic la psihoză peste șase luni.
  - Utilizarea terapiei cognitiv – comportamentale și a grupurilor de recuperare pentru promovarea adaptării la psihoza.
- 10. Campania de combaterea a stigmatizării**
- Prezența unor strategii locale.
  - Implementarea prin intermediul asistenței medicale primare, mass-media locale, școlilor și universităților.

*(Adaptat de la Echipa de Intervenție Primară IRIS, Trustul Sănătății Mentale North Birmingham)*

**Fig. 6. Rezumatul auditului echipei IRIS**

## Concluzii

Lucrul în echipă nu a evoluat în domeniul sănătății mintale din întâmplare. Este cerut de natura problemelor pacienților noștri, precum și de complexitatea și amploarea intervențiilor necesare pentru a le ajuta. Bolile mintale sunt tulburări de paradigmă multifactorială. Ele sunt influențate de presiuni biologice, psihologice și cele sociale mai largi. Evaluarea și gestionarea lor necesită înțelegere și atenție la toate cele trei sfere. Puțini dintre noi pot stăpîni toate acestea. Trebuie să lucrăm împreună și trebuie să avem perspective diferite, dacă dorim să producem beneficii suplimentare. Aceste diferențe profesionale oferă profunzime activității noastre, dar pot fi o sursă de dezacord și chiar discordie. În ECSM atenția față de funcționarea echipei este o necesitate, nu un lux.

Există teme comune care apar ori de câte ori este discutată funcționarea echipei - dimensiunea echipei, lucrul general față de cel specializat, conducerea, timpul dedicat ședințelor etc. Aceste teme sunt inevitabile, deoarece ele reflectă echilibrul care trebuie găsit între cele două capete ale unui spectru, fiecare dintre care poate fi ușor justificată în sine. Activitatea generică duce la funcționare bună, coeziune sporită și claritate a obiectivelor. Pe de altă parte, lucrul specializat conduce la niveluri înalte de calificare, statut profesional și varietate terapeutică. Ambele abordări sunt bune, dar nu pot fi aplicate cu succes în mod egal în aceeași echipă. Același lucru este valabil pentru fiecare dintre aceste teme comune. În timp ce temele sunt comune pentru toate echipele, soluțiile nu sunt. Necesitățile clinice diferite deservite de către echipe individuale vor deplasa echilibrul și acest lucru este abordat în mod individual în fiecare din condițiile clinice.

Vorbind despre aceste probleme în cadrul echipei, dezbătîndu-le și discutîndu-le, este unul dintre lucruri care fac munca creativă și incitantă. Vor exista diferențe de opinie serioase și acestea pot fi adresate cu bunăvoință. Evitarea conflictelor cu orice preț este rareori de succes. Eforturile necesare pentru recunoașterea problemelor, soluționarea diferențelor de opinie și elaborarea unei politici operaționale care să funcționeze, sunt investiții foarte bune. În ECSM întregul este în realitate mai mare decît suma părților.

## Bibliografie:

1. Chardon C., En psychiatrie, l'ergothérapie, espace de satisfaction des besoins fondamentaux, Journal d'ergothérapie, Tome 7, 1985.
2. A. Nacu, Larisa Spinei, Larisa Boderscova, Jana Chihai. Ghid pentru serviciile comunitare de sănătate mintală, 2007, pag. 123-155
3. Clark, P.N., The framework in Contemporary Occupational Therapy Practice, part 1, in "American Journal of Occupational Therapy", nr. 33/1979, pag. 505-514
4. Graham Thornicroft, Michele Tansella. Modelul matriceal al Sănătății Mintale – Ed. Medicala Cambridge, prima publicare 1999, pag. 15-28,
5. Ghid de servicii, OMS 2003, ORGANIZAREA SERVICIILOR PENTRU SĂNĂTATEA MINTALĂ, pag. 15 - 19, 21 - 34.
6. Ghid de servicii, OMS 2003, FINANȚE PENTRU SĂNĂTATEA MINTALĂ, pag. 48 - 52.
7. Ghid de servicii, OMS 2003, POLITICA PENTRU SĂNĂTATEA MINTALĂ, POLITICI ȘI PROGRAME, pag. 20 - 58.
8. Ghid de servicii, OMS 2003, ADVOCACY PENTRU SĂNĂTATEA MINTALĂ pag. 19 - 22.
9. Ghid de servicii, OMS 2003, ÎMBUNĂTĂȚIREA CALITATIVĂ PENTRU SERVICIILE DE SĂNĂTATE MINTALĂ, pag. 31 - 38.
10. Tansella, M. (1986), Community psychiatry without mental hospitals – The Italian experience: a review. Journal of the Royal Society of Medicine. 79, 664-669.
11. Thornicroft, G., Strathdee, G (1994). How many psychiatric beds. British Medical Journal, 309, 970-971.
12. Thornicroft, G., Tansella, M. (1996). Mental Health Outcome Measures. Heidelberg: Springer Verlag.
13. Case management in early psychosis: a handbook, 2001, Eppic – pag. 13-15, 31-39, 67-72.
14. Test, M., Stein L.I. (2000), Practical guidelines for the community treatment of markedly impaired patients. Community Mental Health Journal, 36(1): 47-60
15. Test MA: The Journal, Volume 9, Issue 1, 1998, Sacramento, California.
16. 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.
17. 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
18. 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
19. Kent A, Burns T (2005): Assertive community treatment in UK practice, Advances in Psychiatric Treatment, 11: 388-397

20. Burns T, Firn M (2002): Assertive Outreach in Mental Health. A Manual for Practitioners, Oxford: Oxford University Press.



