



Manual

Flexible Assertive Community Treatment

Vision, model, practice and organization

by J.R. (Remmers) van Veldhuizen
and M.(Michiel) Bähler

2013 Groningen, The Netherlands; Manual Flexible ACT (2013)
Veldhuizen, J.R. van & Bahler, M.; www.factfacts.nl.

Manual

Flexible (Flexibil)

Assertive (Aserativ)

Community (Comunitar)

Treatment (Tratament)

Viziune, model, practică și organizare

Contacte / Adrese / Portaluri web

Toate persoanele și organizațiile enumerate mai jos vor fi bucuroase să ofere informații și să se implice într-un dialog internațional

J. R. (Remmers) van Veldhuizen, psihiatru, consultant superior; Președintele CCAF

Adresa electronică: remmersvv@hotmail.com

Portal web: <http://www.factfacts.nl> (include o pagină în limba engleză)

Adresa poștală: Praediniussingel 20/9, 9711 AG Groningen, Țările de Jos

=====

M. (Michiel) Bähler, psiholog, consultant

Adresa electronică: m.bahler@ggz-nhn.nl

Portal web și adresă: vezi GGZ NHN

=====

Centrul de Certificare pentru ACT și FACT

Contact: Dna J. (Janneke) Kramers, manager de birou

Adresa electronică: info@ccaf.nl

Portal web: www.ccaf.nl

Link spre pagina în limba engleză: <http://www.ccaf.nl/ccaf-english>

Adresa poștală: Postbus 247, 3500 AE Utrecht, Țările de Jos

=====

F-ACT Țările de Jos (Asociația olandeză F-ACT)

Aceasta este o asociație a practicienilor și managerilor care lucrează în cadrul echipelor FACT și ACT

Președinte: Prof. C. L. (Niels) Mulder, psihiatru, niels.cmulder@wxs

Secretar: Dna K. (Katinka) Kerssens,

k.kerssens@ggz-nhn.nl

Adresa electronică: info@f-actnederland.nl

Portal web: www.f-actnederland.nl

Pagina în limba engleză: <http://www.f-actnederland.nl/fact-english/>

Adresa poștală: Oude Hoeverweg 10, 1816 BT Alkmaar, Țările de Jos

Traducerea acestui manual a fost finanțată cu suportul organizațiilor enumerate mai jos. Acestea sunt de asemenea dispuse să ofere informații sau să organizeze vizite pe teren ale echipelor.

=====

Mondriaan (Trustul pentru Sănătate Mintală din Limburgul de Sud / Maastricht)

DI H.H.W. (Hans) de Veen MHA, psiholog, președintele Consiliului de administrație,

H.de.Veen@mondriaan.eu

Prof. P.A.E.G. (Philippe) Delespaul, psiholog clinician, consultant clinician superior,

Ph.delespaul@maastrichtuniversity.nl

Portal web: www.mondriaan.eu

Adresa poștală: Mondriaan, Postbus 4436 / 6401 CX Heerlen, Țările de Jos

=====

GGZ NHN Noord (Centrul de Sănătate Mintală din Noord-Holland Noord /Alkmaar)

DI R. (René) Keet, psihiatru, director, r.keet@ggz-nhn.nl

DI M. (Michiel) Bähler, psiholog, consultant , m.bahler@ggz-nhn.nl

Portal web: www.ggz-nhn.nl/fact/ (nu este disponibilă o pagină în limba engleză) și www.fact.nl

Adresă poștală: Bevelandseweg 3, 1703 AZ Heerhugowaard, Țările de Jos

=====

GGZ BREBURG (Centrul de Sănătate Mintală din Breda / Tilburg)

Dna A.C. van Reekum, MD, psihiatru, membru al Consiliului,

a.vanreekum@ggzbreburg.nl

DI A.F.M.M. van Mierlo, MD, psihiatru, director,

t.vanmierlo@ggzbreburg.nl

Adresă electronică: info@ggzbreburg.nl

Portal web: www.ggzbreburg.nl (nu este disponibilă o pagină în limba engleză)

Adresă poștală: Postbus 770, 5000 AT, TILBURG

=====

VNN (Îngrijiri în caz de adicții. Țările de Jos de Nord, Groningen)

DI R.B.M. (Rob) Jaspers, președinte al Consiliului, r.jaspers@vnn.nl

Dna E.M.G. (Ingrid) Willems, MD, psihiatru, director medical, i.willems@vnn.nl

Adresă electronică: info@vnn.nl

Website: www.vnn.nl (nu este disponibilă o pagină în limba engleză)

Adresă poștală: Postbus 8003, 9702 KA GRONINGEN

Cuvînt înainte

Tratamentul Comunitar Asertiv (ACT) a fost introdus în anii 1970 de către Stein, Test și Marx (Test și Stein, 1978) în Statele Unite ale Americii. Conform modelului ACT, o echipă multidisciplinară este formată din 10 îngrijitori ENÎ (echivalent normă întreagă) pentru aproximativ 100 clienți, care lucrează în comun asupra dosarelor, astfel încît toți membrii echipei cunosc toți clienții. Această abordare se axează pe outreach (externalizarea activităților, prestarea serviciilor în proximitatea clientului) și pe prestarea persistentă și foarte intensivă a îngrijirilor și tratamentului. ACT este indicat în cazul a 20% din persoanele cu boli mintale severe din comunitate, care se află în situație acută, în special pacienților ne-cooperanți în risc de spitalizare, persoanelor fără adăpost sau abandonate. ACT a fost implementat foarte frecvent. Au fost efectuate ample studii de impact și au fost elaborate scale de fidelitate. ACT este recunoscut la nivel internațional ca fiind o intervenție de medicină bazată pe dovezi (MBD).

Ce-ar putea adăuga modelul de Tratament Comunitar Asertiv Flexibil, elaborat în Țările de Jos, la un model atît de apreciat? De ce, prin acest manual, noi prezentăm publicului internațional versiunea olandeză a ACT? Motivul rezidă în faptul că FACT conține unele inovații benefice. Aceste inovații au devenit mai întîi vizibile la nivel de echipă, în activitatea zilnică a echipelor FACT. Totodată, modelul FACT creează de-asemena oportunități de inovare într-o sferă mai largă, și anume în organizarea serviciilor comunitare de sănătate mintală pentru persoanele cu boli mintale severe din comunitate.

În mediu, o echipă FACT formată din 11–12 membri ENÎ monitorizează 200 clienți. Grupul-țintă îl constituie toate persoanele cu boli mintale severe dintr-o anumită zonă de arondare: atît cele 20% de persoane pentru care sunt indicate îngrijirile ACT, precum și celelalte 80% ale grupului, care necesită tratament și suport mai puțin intensiv. Pentru a combina îngrijirile destinate acestor două grupuri, echipa FACT utilizează un sistem flexibil de comutare. Grupul care necesită îngrijiri mai intensive este supus discuțiilor zilnice și față de acest grup echipa aplică o abordare de examinare în comun a dosarelor (implicarea fiecărui membru în fiecare dosar). Numele clienților respectivi sunt înscrise în tabelul digital FACT. În ceea ce privește clienții care necesită îngrijiri mai puțin intensive, aceiași echipă le oferă management individual al cazurilor prin tratament și suport multidisciplinar. Cînd starea clienților devine mai stabilă, nu este nevoie de a-i transfera la o altă echipă (așa cum se face conform modelului ACT, prin ‘gradare’); ei rămîn sub îngrijirea aceleiași echipe FACT. Această flexibilitate în comutarea între cele două moduri de prestare a serviciilor de către aceiași echipă sporește continuitatea îngrijirilor și reduce excluziunea.

Un asemenea sistem oferă mai bune oportunități de recuperare, suport pentru recuperare și reabilitare. Atunci, cînd un client care beneficiază de îngrijiri conform managementului individual al cazului este în risc de psihoză recurentă sau spitalizare, aceiași echipă trece imediat la îngrijiri intensive de tip ACT. O asemenea combinație a flexibilității și continuității corelează bine cu mersul natural al episoadelor recurente și a al recidivelor bolilor mintale severe.

Începerea activității echipelor FACT a dus de-asemena la reconceptualizarea sistemului de îngrijiri de sănătate mintală în ansamblu. Elaborînd modelul FACT, am

urmărit scopul de a îmbina

- * îngrijirile orientate spre recuperare
- * medicina bazată pe dovezi și experiențele de succes
- * îngrijirile comunitare și spitalicești integrate.

În cadrul FACT, modelul Punctelor forte (Rapp et al., 1998), intervențiile asupra familiei, Tratatamentul Integrat al Diagnosticului Dublu (IDDT) și suportul individual pentru angajare (SIA) sunt incorporate în cadrul unui sistem care tratează clienții în baza protocolului clinic pentru schizofrenie.

Echipele FACT sunt constituite în baza districtelor: o echipă FACT oferă îngrijiri tuturor persoanelor cu boli mintale severe dintr-o anumită zonă sau district cu o populație de aproximativ 40 000 – 50 000 locuitori. Acest lucru facilitează colaborarea cu alte servicii sociale și cu medicii de familie. Echipele lucrează în conformitate cu modelul tipic olandez de ‘îngrijiri transmurale’¹¹. Echipa FACT nu este doar un „portar” al spitalizării, dar de asemenea menține contacte cu clienții pe parcursul aflării sale în spital și asigură coordonarea generală a tratamentului clientului.

Pînă acum, serviciile olandeze de sănătate mintală erau relativ bine finanțate, fiind asigurată disponibilitatea acestora. Anume într-un asemenea mediu favorabil a fost elaborat modelul FACT, care în prezent este un model definitivat. Deși îngrijirile FACT sunt relativ scumpe, acestea generează de asemenea unele beneficii de ordin psihiatric, social și economic. Clienții, familia și partenerii au opinii pozitive referitoare la FACT. În rezultatul aplicării modelului FACT, sunt rezolvate problemele ce țin de abandon și comportament problematic, mai multe persoane cu boli mintale severe au șansa de a obține un loc plătit de muncă, iar numărul paturilor spitalicești poate fi redus. Persoanele cu boli mintale severe pot funcționa în cadrul comunității, în afara instituțiilor psihiatrice, cu condiția că beneficiază de suficient suport și tratament.

Modelul FACT a fost elaborat în Țările de Jos de către J.R. van Veldhuizen (psihiatru) și M. Bähler (psiholog). Primele echipe FACT au fost create în anul 2003 la Alkmaar, GGZ Noord-Holland Noord (Serviciul de Sănătate Mintală din Noord-Holland Noord). Modelul FACT a fost ulterior dezvoltat în baza experiențelor din viața reală. Acum, în anul 2013, în Țările de Jos există în jur de 200 echipe, iar în unele regiuni modelul FACT este implementat completamente. Se prevede să se ajungă pînă la 400–500 echipe FACT².

În anul 2007, a fost elaborată o scală de fidelitate (Bähler et al.), iar în 2008 a fost publicat manualul olandez FACT (editat de Van Veldhuizen, Bähler, Polhuis și Van Os). Centrul de Certificare a echipelor ACT & FACT (www.ccfa.nl) a certificat deja 100 echipe. Către sfîrșitul anului 2013, urmează a fi certificate 150 echipe. Asemenea echipe încep a apare și în Belgia. În Hong Kong, Norvegia, Suedia și Marea Britanie, practicienii și organizatorii din serviciile de sănătate mintală sunt în căutarea posibilităților de integrare a principiilor FACT în sistemele lor.

În afară de o publicație în limba engleză (Van Veldhuizen, 2007), nu există vreo publicație într-o altă limbă, decît olandeza care ar descrie acest model. Prezentul manual face o prezentare concisă a viziunii FACT, a modelului în sine și a modalității de aplicare a acestuia în prestarea zilnică a îngrijirilor, precum și a organizării modelului. Factorii de decizie și experții care doresc să înceapă utilizarea modelului FACT vor găsi aici toată informația de care au nevoie. Este o carte practică, care conține un volum redus de date referitoare la cercetări și referințe. Mai jos, vom examina modelele-cheie descrise în manualul olandez FACT și vom aborda de asemenea noile evoluții.

¹ Îngrijirile ‘transmurale’ constituie un concept olandez care va fi explicat în detalii în capitolele următoare. Esența conceptului constă în faptul că internarea sau spitalizarea parțială este întotdeauna considerată drept o ‘pauză’ în contextul mai larg al îngrijirilor de ambulatoriu oferite de către o echipă FACT.

² Consiliul pentru Sănătate și Îngrijiri Publice (un organ consultativ pe lîngă ministrul sănătății).

Acest manual este destinat practicienilor internaționali din domeniul sănătății mintale. În manual sunt explicate unele situații specifice din Țările de Jos, însă acestea nu constituie partea sa principală. Se fac și comparații cu alte țări. Sperăm că acest lucru va face abordarea FACT accesibilă pentru colegii noștri internaționali.

Dorim să aducem mulțumiri pentru Margaret Kofod pentru efectuarea traducerii.

Datorită contribuțiilor financiare din partea a patru organizații de servicii de sănătate mintală din Țările de Jos, acest manual poate fi descărcat gratuit de pe câteva portaluri. Dorim să mulțumim acestor patru organizații:

- * GGZ Noord-Holland-Noord
- * GGZ Breburg
- * GGZ Mondriaan
- * VNN (Servicii de adicție din Noord Holland)

Aceste patru organizații sunt de asemenea dispuse să ofere informații în cadrul contactelor internaționale. Numele și adresele electronice ale persoanelor de contact sunt prezentate la începutul acestui manual.

Același lucru se referă și la Centrul de certificare pentru ACT și FACT (www.ccaf.nl) și la asociația practicienilor care lucrează în domeniul ACT și FACT din Țările de Jos: F-ACT-Țările de Jos.

Acest manual a fost prezentat la a doua conferință internațională a Fundației Europene pentru Servicii Asertive de Outreach (EAOF - European Assertive Outreach Foundation) desfășurată la Aviles (Spania) în luna iunie 2013. (www.eaof.org)

Autorii speră că manualul va fi util multor persoane și sunt deschiși pentru feedback. Sperăm să aveți o lectură plăcută și să vă inspirați din acest manual întru îmbunătățirea continuă a îngrijirilor destinate persoanelor cu boli mintale severe, indiferent în ce loc al lumii s-ar afla.

J.R. van Veldhuizen, psihiatru

CUPRINS

Cuvînt înainte

Prolog A: FACT pe scurt

Prolog B: O poveste personală

Prolog C: Întreunirea de dimineață a echipei FACT

Capitolul 1. Explorare inițială: pacienții cu boli mintale severe, necesitățile lor, tratamentul destinat acestora

1. 1. Căror grupuri de pacienți le acordă îngrijiri ACT și FACT?
- 1.2. Care este impactul problemelor pacienților cu boli mintale severe pentru necesitățile lor de îngrijiri?
- 1.3. Ce implică îngrijirile comunitare pentru persoanele cu boli mintale severe?
- 1.4. Cei șapte C: cerințe pentru îngrijirea persoanelor cu boli mintale severe în afara unităților psihiatrice
- 1.5. Cerințe față de echipele ce prestează cei șapte C
- 1.6. Punctele forte ale outreach-ului

Capitolul 2: Interludiu: un sumar al FACT exprimat prin puncte de reper

- 2.1. Punctele de reper ale FACT
- 2.2. Componenta unei echipe FACT

Capitolul 3: Procedura de lucru FACT

- 3.1. Cîți clienți, atîtea necesități
- 3.2. Procedura tabelului FACT: un element crucial al FACT
- 3.3 Criterii de includere a persoanelor în tabelul FACT
- 3.4. Integrarea tratamentului, îngrijirilor, reabilitării și recuperării în cadrul FACT
- 3.5. Planul de tratament și ciclul planului de tratament

Capitolul 4: Modelul clepsidrei

4.1. Diversele roluri ale lucrătorilor din domeniul îngrijirilor

4.2. Modelul clepsidrei

4.3. Lucrul cu modelul clepsidrei

4.4. Coloana din dreapta în modelul clepsidrei

Capitolul 5: FACT în practică

5.1. Puncte forte, recuperare și reabilitare

5.2. Lucru în vederea incluziunii: susținere pentru crearea sistemelor de suport comunitar

5.3. Intervenții conforme cu ghidurile clinice

5.4. Tratatamentul integrat al clienților cu diagnostic dublu

5.5. Angajare în câmpul muncii: plasament individual și suport

5.6. Sănătatea fizică

5.7. Presiune și constrângere

5.8. Finalizarea îngrijirilor FACT

Capitolul 6: Disciplinele din cadrul FACT

6.1. Lucrătorul pentru suport de la egal-la-egal

6.2. Nursele

6.3. Psihiatrul

6.4. Psihologul

6.5. Specialistul pentru reabilitare prin angajare în câmpul muncii

Capitolul 7: Implementarea FACT

7.1 Lucru orientat spre regiuni: reguli generale privind dimensiunile regiunii

7.2 Servicii integrate de sănătate mintală

7.3 Începutul activității și formarea viziunii

7.4 Formarea și instruirea echipelor FACT

7.5 Birourile FACT

7.6 Ce s-a întâmplat cu ACT în Țările de Jos

Capitolul 8: ACT și FACT, fidelitate față de model, scala FACTs și certificarea

8.1 Diferențele dintre ACT și FACT

8.2. ACT versus FACT

8.3 Fidelitate față de model: FACTs

8.4 Certificare

APENDICE: Versiunea FACT 2010

Prolog A: FACT pe scurt

Echipele FACT oferă îngrijiri pe termen lung persoanelor cu boli mintale severe care nu sunt internate în spitalele de psihiatrie. Plus la problemele psihiatrice, aceste persoane se confruntă cu multe limitări în funcționalitățile lor sociale, de exemplu, în ceea ce privește locuința, auto-îngrijirea, angajarea în câmpul muncii și finanțele. Pentru ele, este dificil de a participa în societate, de a ‘aparține’. Sistemele lor de suport și contactele le sunt deseori limitate. Familia este foarte importantă, însă uneori familia este ținută la distanță.

FACT este un amplu model biopsihosocial, care oferă (a) managementul bolii și al simptomelor (tratament), (b) ghidare și asistență practică în viața cotidiană, (c) reabilitare și (d) suport pentru recuperare. O singură echipă integrată oferă toate aceste servicii.

FACT are scopul de a asigura continuitatea îngrijirilor, de a preveni internarea în spitalele de psihiatrie și de a stimula incluziunea, astfel încât clienții să poată participa în societate.

O echipă FACT oferă îngrijiri la 200–220 clienți dintr-un anumit district sau regiune cu o populație de 40 000 – 50 000 locuitori. Din acest motiv, noi vorbim despre echipe de ‘district’ sau de ‘cartier’. Echipa încearcă să stabilească contacte apropiate cu familia, precum și cu alte servicii din district. Echipa este multidisciplinară, membrii săi reprezentând o gamă largă de discipline (inclusiv un psihiatru, nurse, o nursă psihiatrică comunitară, un psiholog, un specialist pentru angajare în câmpul muncii, un specialist în adicții și un lucrător pentru suport de la egal-la-egal); aproximativ 10-11 ENÎ.

Echipa multidisciplinară poate face comutarea înainte și înapoi între cele două moduri de prestare a îngrijirilor:

1. Managementul individual al cazului de către un membru al echipei
2. Îngrijiri intensive de echipă (ACT), care implică contacte dintre clienții și câțiva membri ai echipei; acești clienți sunt înscriși în tabelul FACT și echipa discută în fiecare zi despre ei pentru a decide ce formă de îngrijire urmează a le fi oferită și de către care membri ai echipei.

Atât în situația 1), cât și 2), îngrijirile sunt oferite la locul de reședință al clientului. În rezultat, îngrijirile sunt mai personale și necesitățile de îngrijire ale clientului devin mai specifice. De exemplu, sunt utilizate mai bine sursele de suport din familie și posibilitățile din cartier. Pentru majoritatea clienților, este suficientă monitorizarea individuală (1). Însă dacă re apare o psihoză (sau riscă să re apară), dacă este iminentă spitalizarea sau dacă o persoană necesită îngrijiri suplimentare dintr-un oarecare alt motiv, atunci îngrijirile sunt intensificate (2). Acest lucru poate fi efectuat pe termen lung, dar și pe termen scurt. După depășirea crizei, echipa revine la îngrijirile individuale (1). Această comutare flexibilă pare a fi reacția necesară în derularea naturală a bolii mintale severe, cu remisiunile și recidivele acesteia.

1. Clienții care beneficiază de suport individual nu sunt înscriși în tabelul FACT. Însă ei dispun întotdeauna de serviciile unui manager de caz și ale unui psihiatru. În anumite componente ale tratamentului și suportului, pot fi implicați alți membri ai echipei (de exemplu, un specialist în adicții sau un psihiatru pentru TCC).

2. Numele clienților care beneficiază de îngrijiri intensive din partea echipei sunt incluse în tabelul FACT, care este o foaie de calcul Excel proiectată pe perete. În fiecare dimineață, echipa se întrunește pentru a discuta tabelul FACT și a decide care dintre membrii echipei va vizita și supraveghea clienții.

Cel puțin o dată pe an, echipa multidisciplinară discută cu fiecare client planul său de tratament (inclusiv planul de criză și cel de reabilitare), utilizând informații actualizate care provin din HoNOS și MANSA sau din instrumente similare. Echipele FACT lucrează pe durata orelor de birou. Unele echipe vizitează clienții la domiciliu și în zilele de week-end. Fiecare regiune din Țările de Jos dispune de un serviciu de urgențe psihiatrice ușor accesibil, disponibil 24/7. Echipele FACT lucrează în strânsă legătură cu spitalele regionale.

Prolog B: O poveste personală

Am 40 de ani, locuiesc singur și sufăr de psihoză de la vârsta de 20 de ani. Prima dată a fost teribil. Nu înțelegeam ce se întâmplă. M-am înstrăinat de familia mea.

În cele din urmă, am fost internat cu forța într-un spital, conform deciziei judecătorești. Ulterior, am mai fost internat de câteva ori. Pentru mine era foarte dificil să mă aflu în secție împreună cu alte persoane care la fel aveau o mulțime de probleme. Vezi diferite lucruri, inclusiv sinucideri.

Peste ani, mi s-a vorbit despre boala mea și despre modul în care îi pot face față. Aceasta m-a ajutat să accept că am nevoie de medicamente, deși chiar nu-mi plăceau. În primii 10-15 ani ai bolii aveam foarte puține perspective. Totul se rotea în jurul bolii. Am abandonat studiile, la început am locuit într-o locuință comună, însă aveam recidive frecvente și am fost internat din nou. În afara spitalului, suportul acordat nu era foarte intensiv. Mergeam la ambulatoriu o dată la 4-6 săptămâni pentru a vorbi cu medicul meu despre medicamente. Plus la aceasta, mai aveam o nursă în calitate de consilier. De obicei, mergeam s-o vizitez în cabinetul medical, dar dacă mă tulburam din nou, ea venea să mă viziteze, deseori pentru a organiza internarea mea.

În ultimii opt ani, suportul de care beneficiaz s-a schimbat. Acum sunt îngrijit de către o echipă FACT. Ei fac mai multe vizite la domiciliu și doresc să-ți vorbească în mediul tău personal. Acum, ei mă ajută să mă descurc la mine acasă, să fac cu adevărat ceva. Am un plan de tratament care include întâlniri cu lucrătorul pentru suport de la egal-la-egal și cu specialistul pentru angajare individuală în câmpul muncii și suport (IPS)³. Lucrătorul pentru suport de la egal-la-egal este el însuși un pacient, dar și membru al echipei. Cu el totul este întrucâtva mai familiar. M-au ajutat mult discuțiile cu el despre internarea în spital. Apoi, psihologul echipei mi-a oferit terapie EMDR și imaginile acelea nu mă mai deranjau prin apropiere atât de mult. Lucrătorul pentru suport de la egal-la-egal a creat un grup de recuperare – un grup mic de clienți, unde noi putem vorbi despre lucrurile pe care le putem face pentru a-i da un rost vieții noastre.

Lucrătorul pentru angajare individuală în câmpul muncii și suport m-a ajutat să-mi găsesc un loc de muncă într-o companie obișnuită - 3 ore pe zi, 4 zile pe săptămână.

La început a fost greu, dar el chiar m-a învățat cum să fac lucrul și acum îl pot face. Nu mi se plătește prea mult, însă e mult mai bine, decât la activitățile pe care le făceam în centrul de zi. Mă mai duc uneori pe acolo, dar mai mult pentru companie sau pentru a lua masa.

³ IPS înseamnă Angajare individuală în câmpul muncii și suport, o metodă de asistență activă pentru persoanele vulnerabile în vederea găsirii și menținerii unui loc plătit de muncă.

Nursa încă mai este managerul meu de caz. Împreună cu ea și psihiatrul, am stabilit planul de tratament. De-asemenea, ea contactează cu familia mea și cu vecinii. Este comod, deoarece dacă sunt din nou în pericol de a mă tulbura, am niște obiceiuri ce pot fi remarcate. Țin perdelele trase toată ziua și nu mă mai salut cu nimeni. Dacă vecinii văd aceasta, ei telefonează echipei și cineva vine. Anul trecut, din cauza diferitor circumstanțe (sora mea era bolnavă și eu am fost jefuit), mă tulburasem din nou destul de tare. De-asemenea, reîncepusem a consuma droguri. Atunci, cei de la echipa FACT veneau în fiecare zi să-mi aducă medicamente, să-mi vorbească despre sora mea și au raportat furtul la poliție. Mi-au vorbit și despre lucrul meu, unde nu mă mai duceam deja de două săptămîni. A venit și psihiatrul să mă vadă acasă. De-asemenea, s-a întîlnit cu mama mea.

Este cu adevărat totalmente diferit atunci, cînd în jurul tău este o întreagă echipă de oameni. Dacă ai nevoie de mai multe îngrijiri, este de parcă ai fi în spital acasă. Dar ești în propriul tău mediu și îi cunoști pe toți oamenii din jur. Am ieșit foarte repede din perioada rea. Acum mă întîlnesc doar cu managerul de caz și cu grupul de recuperare. În curînd, vom avea un proiect de lucru comunitar în cartier. În general, sunt destul de mulțumit acum.

Prolog C: Întrunirea de dimineață a echipei FACT

În fiecare zi de lucru, pe la orele opt și un sfert, membrii echipei vin la întrunirea pe marginea tabelului FACT. Ei servesc un ceai sau o cafea, mai conversează puțin, apoi se așază la masă, avînd agendele în față. În fiecare zi de lucru, începi cu asta - e parte a lucrului tău.

Nursa Rick deschide tabelul digital FACT. Foaia Excel este proiectată pe perete. Astăzi, Rick conduce întrunirea axată pe tabelul FACT. El și alți doi membri ai echipei, Anna și Hans, au fost instruiți cum să conducă întrunirile. Azi, Anna stă în fața calculatorului și face notițe în foaia de calcul Excel, astfel încît toți membrii echipei pot vedea imediat în tabelul FACT de pe perete ceea asupra la ce s-a convenit.

Rick începe. În tabelul FACT sunt înscrise numele a în jur de douăzeci de persoane; despre aceste persoane se discută în fiecare zi. Ele sunt împărțite în grupuri conform motivului pentru care sunt incluse în tabel: un grup care necesită îngrijiri intensive pe termen scurt, un grup care necesită aproape zilnic îngrijiri de foarte lungă durată, persoanele internate într-un spital de psihiatrie sau într-un spital obișnuit, persoanele care evită tratamentul și clienții noi.

Pentru fiecare client, tabelul indică numele, diagnoza pe scurt, motivul înscrierii în tabel, scopurile clientului, acțiunile ce urmează a fi întreprinse de către echipă, persoana de contact sau membrul familiei care urmează a fi contactat, persoana care îl va vizita pe client la domiciliu.

Se discută despre clientul Ella. Recent, ea a beneficiat de îngrijiri intensive din partea echipei. Ea suferă de tulburare bipolară severă și a fost foarte agitată săptămîna trecută. Făcea lucruri riscante, nu se înțelegea bine cu persoanele cu care de obicei se înțelege și este pericol de epuizare. Echipa o vizitează în fiecare zi. Din fericire, ea acceptă

medicamentele și acum se stabilizează câte puțin. Astăzi, psihiatrul și managerul de caz o vor vizita la domiciliu pentru a vedea de ce mai are nevoie. Mîine o va vizita o altă nursing, iar azi managerul de caz va contacta telefonic familia sa. Ea necesită injecții cu litium. De regulă, le face la laborator, dar acum este mai bine pentru ea ca să le facă acasă. Psihologul întreabă: știm noi oare de fapt de ce ea s-a tulburat brusc? Începe discuția. Lucrătorul pentru suport de la egal-la-egal a auzit de la un alt client că Ella fusese jignită tare. Ea avuse o întâlnire pe Internet cu cineva, care a respins-o, cînd a aflat că ea are probleme psihiatrice. Acest fapt ar putea fi unul din motive; membrii echipei care o vor vizita la domiciliu o vor întreba despre aceasta. S-a mai dovedit că nivelul de litium în sînge a fost prea jos în ultimele săptămîni. Și acest fapt necesită atenție: trebuie verificat pachetul său de medicamente. Rick face un sumar al sarcinilor, Anna le include în tabelul FACT. Mîine echipa va verifica dacă sarcinile au fost îndeplinite.

Pe parcursul săptămînii trecute, clienta Jeanne a primit îngrijiri intensive, avînd o depresie psihotică recurentă cu gînduri suicidale și tendință de auto-neglijare. Ieri dimineața, echipa FACT a internat-o (cu acordul său) în clinica de psihiatrie, deoarece nici chiar două vizite pe zi la domiciliul său nu erau suficiente pentru a-i garanta siguranța. Riscul ca situația sa să se agraveze era prea mare. În trecut, nu doar Jeanne, dar și echipa amînaseră internarea într-o situație similară. Acest fapt a dus la pericole, tentative de suicid și deseori se ajungea finalmente la internare obligatorie. Acum, tot ce se întreprinde, se face după mult mai multe consultări. Caseta “sistem de suport” pentru numele său este goală – ceea ce nu este un semn bun! Echipa fixează întâlniri în vederea tratamentului la clinică. Psihiatrul va vorbi cu psihiatrul clinician despre medicamente și despre testele de laborator necesare. Nursinga psihiatrică comunitară va vorbi din nou cu Jeanne despre faptul dacă ea are pe cineva din familie sau alte surse de suport. Contactele ar putea fi restabilite în perioada aflării sale în spital. Managerul de caz o va vizita la spital de două ori pe săptămînă și va avea grijă ca casa ei să fie curată din nou. Echipa consideră că ea ar putea sta la clinică 2-3 săptămîni. Anna înregistrează toate aranjamentele în tabelul FACT, incluzînd o notiță referitoare la perioada de după expirarea a 2 săptămîni: externarea din clinică?

Tom este un client nou, transferat ieri de la Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG – Centrul pentru îngrijiri de sănătate mintală), care oferă tratament pentru o serie de grupuri de diagnoze. Timp de doi ani, CGG a încercat să-l aducă pe Tom în procesul de tratament. Diagnoza sa este probleme de personalitate și anxietate. Tratamentul n-a avut succes: Tom deseori nu se prezenta la întâlniri, existau semne de abuz de substanțe, iar acum se pare că lucrurile stau rău pe frontul social – din cauza datoriilor la plata chiriei, expulzarea este iminentă. Clinica de ambulatoriu nu putea face față tuturor acestor probleme. Echipa FACT face aranjamente. Pentru Tom este desemnat un manager de caz, care va identifica și va înscrie problemele și, în caz de necesitate, va consulta nursinga psihiatrică comunitară. Psihiatrul va vorbi cu el la domiciliu, psihologul îl va invita la o întâlnire și lucrătorul pentru suport de la egal-la-egal îl va vizita de asemenea (pentru a vedea care-i sunt punctele forte și modalitățile posibile de a-l motiva). Toate aceste lucruri sunt notate în tabelul FACT, iar peste 3 săptămîni va avea loc o întrunire a echipei multidisciplinare la care va fi elaborat planul de tratament. Douăzeci ‘clienți de tabel’ sunt discutați, urmînd rîndurile tabelului.

Apoi, Anna deschide fila ‘cazuri pentru discuție’. Rick întreabă membrii echipei dacă au anumite cazuri de discutat și patru membri menționează numele a câte unui client. Acestea sunt persoane care nu-s înscrise în tabelul FACT, însă sunt monitorizate de către echipă. Ele nu necesită a fi discutate zilnic. Tratamentul le este oferit de către managerul

de caz, împreună cu psihiatrul, psihologul sau lucrătorul pentru suport la angajare în câmpul muncii. Planul lor de tratament este evaluat și actualizat o dată pe an (la întrunirile consacrate planului de tratament). Însă uneori un membru al echipei consideră necesar de a informa echipa despre anumite lucruri, iar uneori managerul de caz necesită ajutorul unui membru de la altă disciplină. Acestea sunt ‘cazurile pentru discuție’.

Lucrătorul pentru suport la angajare în câmpul muncii menționează clientul Max: Săptămîna aceasta, Max urmează să obțină un loc de muncă plătit. El este mîndru de acest fapt, dar și întrucîtva tensionat. Dacă membrii echipei îl întîlnesc cumva, vă rog, urați-i noroc!

Clientul Bart, un tînr care a suferit multe pierderi după o primă psihoză, acum este pe calea cea dreaptă. El vorbește cu psihologul despre schimbările în așteptările sale pentru viitor și despre pierderile sale. Foștii săi prieteni și colegi urmează să finalizeze studiile, iar el ... Psihologul spune că din partea lui ar putea veni un semnal de suferințe. Ea indică ce-ar trebui de făcut, dacă acest lucru se va întîmpla. Cele spuse sunt auzite și notate.

Un manager de caz menționează un alt tînr. Acesta este destul de stabil, însă se pare că drogurile joacă un rol tot mai proeminent pentru el. Managerul de caz dorește ca specialistul în adicții al echipei să viziteze acest bărbat și mai dorește o întîlnire cu psihiatrul peste trei săptămîni pentru a determina cea mai bună strategie. Toate acestea au fost aranjate.

Ultimul client este o femeie cu schizofrenie și abuz de alcool. Managerul de caz raportează că din nou au avut loc incidente. Vecinii au chemat poliția. Rick spune: ‘Această femeie a fost deja unul dintre “cazurile pentru discuție” de cîteva ori pe parcursul săptămîinii trecute. Din aceste considerente, pare a fi mai bine de a o include în tabelul FACT. Haideți s-o vizităm în fiecare zi și să ne asigurăm că mai multe persoane vor vorbi cu ea. Apoi, săptămîna viitoare, vom vedea dacă strategia va trebui ajustată’. S-a convenit asupra acestui fapt. Anna înregistrează deciziile și numele membrilor echipei care vor vizita această femeie în zilele ce urmează.

În final, Rick întreabă dacă mai este ceva de făcut. Unul din managerii de caz menționează că își va lua o scurtă vacanță. Îngrijirile de echipă pentru clienții săi înscrși în tabelul FACT sunt deja garantate, dar ea dorește ca cineva să mai viziteze și alte cîteva persoane. Totul se aranjează. Există noi prospecte privind lucrul comunitar, care propun diverse activități. Echipa menționează numele persoanelor care s-ar putea înscrie pentru asemenea activități; managerii de caz le vor transmite prospectele. Din partea administrației a parvenit un email prin care se spune că în termen de o săptămîină urmează a fi prezentate anumite formulare. Membrii echipei oftează și notează acest fapt în agendele lor. Nimeni nu mai are alte probleme și exact după jumătate de oră Anna închide calculatorul. Toate aranjamentele și întrunirile au fost stabilite și clădirea rămîne pustie; majoritatea membrilor echipei pleacă la vizitele la domiciliu.

Capitolul 1: Explorare inițială: pacienții cu boli mintale severe, necesitățile lor, tratamentul destinat acestora

1. 1. Căror grupuri de pacienți le oferă îngrijiri ACT și FACT?

FACT constituie o dezvoltare ulterioară a modelului ACT (Assertive Community Treatment – Tratament Comunitar Asertiv), care a fost elaborat de către Stein și Test (Test și Stein 1978) în Statele Unite. Modelul ACT al lui Stein și Test se axa pe cele mai vulnerabile 20% din persoanele cu boli mintale severe. Acest grup includea un procentaj foarte înalt de persoane cu tulburări psihotice, combinate de obicei cu probleme de adicție (diagnoză dublă). Multe dintre ele fuseseră recent internate în spital (în unele cazuri, pentru o perioadă îndelungată) și erau prinse în ‘ușa glisantă’ dintre spital și comunitate. Multe dintre aceste persoane se confruntau cu probleme majore legate de locuință și bani. O mare parte dintre ele aveau contacte limitate cu familiile lor. În cadrul modelului ACT, nu se discuta în detalii despre îngrijirea celorlalte 80% de persoane cu boli mintale severe, care mai rămâneau, însă punctul de plecare îl constituia faptul că asemenea îngrijiri urmau a fi acordate de către alte echipe, mai puțin intensive.

În cadrul FACT (Flexible ACT – ACT flexibil), noi am optat pentru a presta servicii la 100% din persoanele cu boli mintale severe; cu alte cuvinte, echipele FACT oferă îngrijiri și tratament pentru *întregul* grup de persoane cu boli mintale severe.

În Țările de Jos, grupul de persoane cu boli mintale severe a fost definit printr-un document de consens. Pentru a fi inclus în grupul-țintă al celor cu boli mintale severe, persoana trebuie să corespundă următoarelor cinci criterii:

- are o tulburare psihiatrică care necesită îngrijiri și tratament ($\approx$ nu este în remisiune simptomatică)
- are limitări severe în funcționalitatea socială și comunitară ($\approx$ nu este în remisiune funcțională)
 - aceste două criterii sunt legate între ele (limitările sunt cauza și consecința psihopatologiei)
- aceste probleme n-au un caracter tranzitoriu (ele sunt sistematice și pe termen lung)
 - pentru a implementa planul de tratament, sunt necesare îngrijiri coordonate oferite din partea rețelelor de îngrijire sau practicienilor din sănătatea mintală.

În termenii DSM-IV: diagnoză ‘severă’ pe axa 1, însoțită frecvent de tulburări de personalitate (axa 2). Pe axa 3, deseori joacă un anumit rol problemele medicale și neurologice complicate. Pe axa 4, există probleme psihosociale și de mediu. Pacienții cu boli mintale severe au scoruri joase ale funcționalității (axa 5). Limitările sunt sistematice și pe termen lung, astfel încât sunt necesare îngrijiri coordonate. Populația cu boli mintale severe variază din punct de vedere al vârstei, trecutului lor, problemelor, cursului vieții și circumstanțelor sociale și economice.

Cea mai mare parte a grupului se confruntă cu tulburări psihotice. Alte tulburări frecvente sunt tulburările afective (depresie, tulburări bipolare), tulburările de personalitate, tulburările organice, autismul, ADHD, tulburările de dezvoltare, problemele de adicție și combinațiile dintre ele.

Persoanele în cauză au probleme severe în unele sfere ale vieții, așa ca sănătatea

fizică, păstrarea sau găsirea unui loc de muncă, obținerea studiilor, funcționalitate în comunitate și menținerea relațiilor personale.

1.2. Care este impactul problemelor pacienților cu boli mintale severe pentru necesitățile lor de îngrijiri?

Persoanele cu boli mintale severe diferă tot atât de mult, ca și persoanele fără boli mintale severe. Totodată, multe dintre ele n-au doar psihoze sau depresii recurente și adicții, dar și limitări caracteristice acestui grup. Uneori, ele au probleme legate de organizarea lucrurilor, alteori – ele sunt lipsite de energie, iar uneori le este dificil să înțeleagă lucrurile. Deseori, asemenea persoane au abilități sociale mai slabe și sunt vulnerabile. Uneori, au probleme în ceea ce privește igiena domestică și fizică. Ele trec prin perioade de anxietate sau probleme mintale. Contactele lor cu familia sau sistemul de suport de multe ori nu sunt chiar stabile. Ele au mai puține contacte sociale și prieteni apropiați. Mai puține dintre ele sunt căsătorite. Puține au un loc de muncă plătit. Ele au întrebări majore privind sensul vieții. Ele au mai multe contacte cu colegii de suferință. Parțial din cauza acestui fapt, asemenea persoane au o mai mare experiență de a pierde ceva (cunoștințe care devin din nou psihotice, spitalizări, sinucideri, etc.). Persoanelor cu boli mintale severe le este greu să funcționeze în societate; ele se confruntă deseori cu probleme ce țin de angajarea în câmpul muncii, bani și locuință.

Toți cei care citesc definiția de mai sus vor înțelege că problemele medicale și cele psihiatrice ale persoanelor cu boli mintale severe generează probleme în practic toate sferele funcționalității sociale. Oamenii conștientizează acest lucru de la începutul secolului XIX, plasând asemenea persoane în instituții. Mediul instituțional urma să ofere soluții la toate problemele sociale: locuință, igienă, management financiar și control asupra abuzului de substanțe – toate aceste probleme rămâneau pe seama instituției. Medicii și nursele se puteau axa pe tratamentul ‘medical’ al simptomelor medicale. Instituționalizarea era considerată drept o ‘excluziune binevenită din societate’.

La început, aceasta părea a fi o soluție umană; însă, cu timpul, persoanele cu boli mintale severe din spitalele de psihiatrie s-au dovedit a fi exclusiv ‘pacienți’ ai instituțiilor totalmente medicale. Rolurile sociale ale instituției (cele de proprietar, angajator, membru al familiei, vecin) au dispărut. Deși spitalele de psihiatrie au continuat a se dezvolta în secolul următor și vechile tratamente erau înlocuite cu medicamente și terapie ocupațională, tendința spitalului de a-și asuma multe roluri și responsabilități sociale a rămas. La spital, pacienții nu învățau nici o abilitate care le-ar fi ajutat să se descurce în societate, după externare. Din acest motiv, internarea a devenit cel mai puternic prevestitor al unei noi internări.

În perioada 1920 -1930, a existat un număr crescând de opinii precum că îngrijirile psihiatrice trebuie prestate într-un context mai social. La Amsterdam, Arie Querido a format o echipă de criză care a demonstrat cum pot fi prevenite sau scurtate internările în spital. Însă doar după anul 1975, pentru persoanele cu boli mintale severe a devenit disponibilă o alternativă cu adevărat reală la spitalizare. Anume atunci, Stein și Test (Test și Stein 1978) au lansat în Statele Unite programul ‘Instruire pentru viața în comunitate’ (‘Training in Community Living’). Ei îi ajutau pe pacienți nu doar cu medicamente, ci și cu locuință, bani, menținând contactele cu sistemul lor de suport și familie, etc. Astfel, a devenit clar că a le ajuta pacienților în mediul lor personal (outreach) era un criteriu

esențial. Plus la aceasta, ajutorul trebuia să fie asertiv: practicienii din domeniul îngrijirilor trebuiau să caute în mod activ pacienții, să le ajute în mod activ a găsi soluții și să lucreze activ cu sistemele de suport. În multe cazuri, motivația pacientului nu era suficient de puternică, astfel, lucrătorii din domeniul îngrijirilor trebuiau să fie insistenți și convingători. Iată cum a apărut ‘outreach-ul asertiv’. Mai târziu, în baza acestui proiect, Stein și Test au elaborat modelul de Tratament Comunitar Asertiv (ACT - Assertive Community Treatment). Devenise clar că prestarea îngrijirilor nu se putea axa doar pe aspectele medicale și psihologice. Era cu adevărat nevoie de implicarea ‘instruirii pentru viața în comunitate’ și de prestarea suportului activ pentru o serie largă de activități sociale și comunitare.

1.3. Ce implică îngrijirile comunitare pentru persoanele cu boli mintale severe?

Elaborarea modelului FACT a fost în special inspirată din literatura americană, britanică și australiană apărută începând cu anii 1980. Intagliata (1982) a descris componentele managementului de caz, care are un caracter personal și face legătura dintre clienți și servicii. Bachrach (1993) a examinat importanța continuității îngrijirilor, inclusiv continuitatea îngrijirilor de ambulatoriu în perioada internării în spital. Stein și Test (1978) au evidențiat importanța lucrului în comun asupra dosarelor, în rezultatul căruia întreaga echipă cunoaște clientul. Bond și Drake (2001) au examinat formarea modelelor, punând accentul pe importanța ajutării clienților în a-și găsi un loc de muncă plătit, a tratamentului integrat al adicțiilor și a intervențiilor sociale.

Începând cu anul 2000, în Țările de Jos s-a lucrat mult asupra elaborării primului *Ghid multidisciplinar (Multidisciplinaire Richtlijn)* (2005, revăzut în 2012) privind tratamentul și îngrijirea persoanelor cu schizofrenie. Acest ghid stabilește intervențiile bazate pe dovezi și practicile de succes bazate pe analize științifice. A devenit clar că orice formă de îngrijire a persoanelor cu boli mintale severe (prin urmare, inclusiv FACT) ar trebui să fie în măsură de a presta intervențiile stabilite în ghid. Acest fapt implică, de exemplu, că pentru așa intervenții, ca terapia cognitiv-comportamentală este necesar nu doar un psihiatru, ci și un psiholog. Evident, modelul FACT trebuia să fie în măsură de a presta nu doar îngrijiri, ci și tratament.

În același timp, practicienii din domeniul sănătății din Țările de Jos au început să se axeze pe recuperare, îngrijiri orientate spre recuperare și modelul punctelor forte. În Țările de Jos, recuperarea constituie un curent în mișcarea clienților, conform căruia persoanele trebuie să lucreze în vederea propriei recuperări. Scopul nu este recuperarea în urma unei tulburări, ci recuperarea în urma limitărilor cu care se confruntă persoana; clienții stabilesc propria lor semnificație pentru limitările lor, învață a face față acestora și a-și dezvolta propriile puncte forte. Aceste procese nu trebuie asumate de către practicienii din domeniul îngrijirilor sau eliminate. Practicienii trebuie să susțină clienții care-și găsesc propria cale, în comun cu alți clienți și lucrători pentru suport de la egal-la-egal. Viziunea cu privire la recuperare a devenit o viziune directoare pentru serviciile olandeze de sănătate mintală și a fost de asemenea incorporată în modelul FACT.

Cu alte cuvinte, o echipă FACT trebuie să fie capabilă de a presta îngrijiri orientate spre recuperare. Un pas important spre realizarea acestui deziderat a fost decizia de a include

în fiecare echipă un lucrător pentru suport de la egal-la-egal. Aceasta este o persoană care poate oferi echipei și clienților informații bazate pe propria experiență în ceea ce privește boala psihică și recuperarea. Lucrătorul pentru suport de la egal-la-egal este membru cu drepturi depline al echipei⁴.

1.4 Cei șapte C: cerințe pentru îngrijirea persoanelor cu boli mintale severe în afara unităților psihiatrice

Modelul FACT a fost elaborat fiind inspirat de ACT, ghidul multidisciplinar olandez și abordarea orientată spre recuperare. Implementarea practică a FACT scoate în evidență intervențiile și activitățile terapeutice și de suport necesare. După crearea primelor 20 - 30 echipe FACT, a devenit clar care sunt factori esențiali în îngrijirea și tratamentul persoanelor cu boli mintale severe în comunitate. Noi am făcut un sumar al acestor cerințe sub formă de categorii, denumirea cărora începe cu C (în limba engleză – *nota traducătorului*) : ‘cei șapte C’.

Tabela 1.

	Cei șapte C:	Cerințe pentru îngrijirea persoanelor cu boli mintale severe în afara spitalelor de psihiatrie (tratament comunitar)	
1.	Tratament (<i>Cure</i>)	Tratament bazat pe dovezi, axat pe vindecare, stabilizare sau pe a face situația tolerabilă, respectând ghidurile multidisciplinare apărute în diferite țări Tratament efectuat de medici sau nurse Tratament psihologic (terapia cognitiv-comportamentală, terapia metacognitivă, EMDR ⁵ , etc.) Tratament împotriva adicției; IDDT ⁶ Screening/tratament somatic (screening metabolic)	
2.	Îngrijiri (<i>Care</i>)	Suport, ghidare zilnică Ghidare de nursing, asistență în viața cotidiană, prevenirea auto-neglijării, atenție la igienă Reabilitare Îngrijiri orientate spre recuperare Continuitatea îngrijirilor; prevenirea abandonului	
3.	Intervenții de criză (<i>Crisis intervention</i>)	Supraveghere și îngrijiri intensive la domiciliul clientului și lucru în comun asupra dosarelor Accesibilitate 24/7 Intervenții de criză, evaluarea riscurilor Internare de urgență, pe termen scurt, ‘pat la cerere’ Implicarea familiei/ sistemului de suport /	
4.	Expertiza clientului (<i>Client expertise</i>)	Utilizarea expertizei ce provine din experiența clientului	

⁴ În Țările de Jos, lucrătorul pentru suport de la egal-la-egal este un membru plătit al echipei, angajat regulamentar, care contribuie la activitatea echipei în baza propriei experiențe în ceea ce privește serviciile de sănătate mintală. Alți termeni utilizați cu același sens sunt ‘expert experiențial’ și ‘consultant consumator’.

⁵ Desensibilizare și reprocesare prin mișcarea ochilor.

⁶ Tratamentul Integrat al Diagnosticului Dublu.

		Luarea în comun a deciziilor Îngrijiri orientate spre recuperare Abilitare (Modelul punctelor forte) Intervenții ale lucrătorului pentru suport de la egal-la-egal	
5.	Suport comunitar (<i>Community support</i>)	Contacte cu familia Sistem de suport comunitar Suport în materie de locuință, loc de lucru și bunăstare IPS: suport individual pentru a găsi și a păstra un loc de muncă Promovarea incluziunii clienților Prevenirea daunelor	
6.	Control (<i>Control</i>)	Evaluarea riscurilor și managementul siguranței pentru client și mediu Prescrierea și implementarea intervențiilor obligatorii de îngrijiri de sănătate mintală, conform deciziilor judecătorești, în caz de pericol Uneori, îngrijiri medico-legale (la cererea instanței de judecată)	
7.	Verificare (<i>Check</i>)	Evaluarea efectelor tratamentului Monitorizarea de rutină a rezultatelor Evaluarea strategiei de îngrijire și tratament Certificare	

Cei ‘șapte C’ formează un set ambițios de cerințe. Toate intervențiile trebuie să fie disponibile în orice timp. Pe de altă parte, acestea nu sunt prestate clientului în același timp. Pentru fiecare client, se elaborează un plan de tratament, cu o selecție a diferitor componente ale celor șapte C. Alegerea trebuie să fie făcută de către însuși clientul și practicienii care-l tratează. Acest fapt necesită evaluarea necesităților, coordonare și planificare. Procesul de selectare este susținut cu informații provenind din scalele de evaluare, completate parțial de către client și parțial de către managerul de caz. Scalele cele mai frecvent utilizate sunt HoNOS⁷, Mansa⁸ și Cansas⁹. Acestea oferă informații despre diverse sfere ale vieții și despre simptomatologia clientului și nivelul de satisfacție față de serviciile de îngrijire prestate. De rînd cu scopurile asupra cărora dorește să lucreze clientul, aceste rezultate contribuie la planul de tratament. Scalele sunt completate o dată pe an; acest proces se numește Monitorizarea de rutină a rezultatelor (ROM).

O caracteristică interesantă a celor șapte C constă în faptul că unele dintre cerințe par a fi aproape incompatibile. De exemplu, suportul pentru recuperare pare a fi în contradicție cu tratamentul obligatoriu. Din acest motiv, deciziile pot fi dificile. De-asemena, uneori dorințele clientului contravin dorințelor familiei acelu client sau mediului. Asemenea contradicții trebuie discutate cu clientul și familia. În așa situații, este foarte important ca reprezentanții diferitor discipline din echipă să privească problemele din diverse unghiuri și puncte de vedere. Punctul de vedere al lucrătorului pentru suport de la egal-la-egal, al psihologului și cel al lucrătorului social completează viziunile medicilor și nurselor, care pot fi utile la identificarea soluțiilor.

⁷ Health of Nation Outcome Score (Wing et al. 1998).

⁸ Manchester Short Assessment of Quality of Life (Priebe et al.1999).

⁹ Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (Phelan et al. 1995).

Cei șapte C denotă că trebuie de determinat *ce* vom face, *cînd* o vom face, și *cine* va face acest lucru. Într-o anumită măsură, este vorba de decizii pe termen lung, care sunt luate atunci, cînd se elaborează planul de tratament, însă deseori este de asemenea necesar de a reacționa la schimbări și de a modifica *cine-le*, *ce-ul* și *cînd-ul* aproape în fiecare zi. Aceasta înseamnă că echipa trebuie să întrunească cîteva criterii organizaționale, care sunt stabilite mai jos.

1.5. Cerințe față de echipele ce prestează cei șapte C

1.5.1 O bună coordonare

Modelul FACT este un model de prestare a serviciilor. Acest model îi permite unei echipe de a presta cei șapte C, însă echipa trebuie să fie bine-coordonată. Trebuie luate decizii referitoare la diverse intervenții; ce urmează a fi efectuat în primul rînd, ce se va face ulterior. Prin intermediul tabelului FACT, modelul FACT dispune de un mecanism de coordonare eficientă a diferitor activități în cadrul unei singure echipe. Coordonarea se face la întrunirile zilnice de dimineață pe marginea tabelului FACT și în cadrul întrunirilor periodice destinate planului de tratament (o dată sau de două ori pe an pentru fiecare client). O bună coordonare este esențială nu doar pentru tratament și supraveghere, dar și pentru numeroasele contacte externe pe care trebuie să le întrețină echipa: telefonarea membrilor familiei, stabilirea contactelor cu organele din cartier, etc.

1.5.2 O echipă integrată, nu un model de brokeraj

În cadrul FACT, majoritatea intervențiilor sunt efectuate de către membrii echipei. Alte echipe sau agenții prestează cît mai puține servicii posibil. Din acest motiv, echipa este numită ‘echipă integrată’. Această viziune se bazează pe lecțiile valoroase învățate în Statele Unite în anii 1990: s-a constatat că ‘modelul de brokeraj’, în cadrul căruia un manager al îngrijirilor organizează asistența ce urmează a fi acordată fiecărui client de către diferite organe, nu era tot atît de efectiv, ca și o echipă integrată.

În cadrul unei echipe integrate, intervențiile necesare sunt repartizate printre membrii echipei. Acest lucru are loc la întrunirile pe marginea tabelului FACT, ceea ce permite de a economisi multe apeluri telefonice și timp cheltuit pentru coordonare cu alte servicii. Mai mult ca atît, persoana care urmează să întreprindă o intervenție a fost prezentă la întrunire și, prin urmare, știe care sunt intențiile.

Echipele mono-disciplinare, managementul individual al cazului și brokeraj

În anii 1990, în multe regiuni ale Țărilor de Jos, nursele lucrau și ca manageri individuali ai cazurilor pentru persoanele cu boli mintale severe. Numărul de cazuri de care se ocupau era mare (1: 40–60). Nursele lucrau în echipă, însă în cadrul unei echipe fiecare lucra individual. Dacă un client avea o criză, managerul individual al cazului îl putea vizita pe client la domiciliu de cel mult două ori pe săptămîină, iar îngrijiri de echipă nu erau prestate. Echipele erau mono-disciplinare. Psihiatrul lucra la clinica de ambulatoriu. Referirea la psihiatru (pentru evaluare sau tratament

medicamentos) deseori dura prea mult. Când managerii de caz considerau că era nevoie de îngrijiri suplimentare, ei urmau să organizeze prestarea acestor îngrijiri de către alte servicii. Aceasta însemna mult timp cheltuit pentru coordonare. În multe cazuri, necesitatea pacienților de îngrijiri mai intensive ducea la spitalizare sau, uneori, la îngrijiri acute de zi (spitalizare parțială).

În așa situație, exista o coordonare și continuitate insuficientă între îngrijirile de ambulatoriu și cele spitalicești. Practicienii de ambulatoriu nu erau implicați în tratament în perioada spitalizării pacientului și reapăreau pe scenă doar când era nevoie de organizat tratamentul de follow-up.

Modelul de brokeraj a fost abandonat, deoarece nu funcționa bine. Nursele, care erau în rol de broker, deseori petreceau mai mult timp vorbind la telefon cu alte servicii, decât vizitând pacienții. Plus la aceasta, ele se aflau într-o situație dificilă, deoarece se lăsa puțin loc pentru consultări sau suport reciproc.

1.5.3 Echipa multidisciplinară

Cei șapte C pot fi oferți pacientului doar de către o echipă integrată, multidisciplinară. Psihiatrul, nursele, lucrătorul social, psihologul, lucrătorul pentru angajare individuală în câmpul muncii și suport și lucrătorul pentru suport de la egal-la-egal au fiecare propria lor expertiză și punct de vedere. Dat fiind faptul că ei lucrează împreună și se întâlnesc în fiecare zi, ei își formează de asemenea o viziune și un stil comun. Diversele discipline din echipă reprezintă diferite tipuri de soluții pentru problemele cotidiene; la întrunirile de dimineață, echipa discută despre diversele intervenții și ordinea în care urmează a fi întreprinse.

1.5.4 În caz de necesitate, dosare examinate în comun

Modelul de lucru în comun asupra dosarelor a fost elaborat în cadrul ACT. În locul dosarelor individuale, echipa întreagă se ocupă de toate cazurile, astfel încât câțiva membri ai echipei vizitează clienții la domiciliu sau le acordă alt tip de suport. Datorită unor asemenea îngrijiri de echipă, clientul beneficiază de îngrijiri și tratament intensiv din partea câtorva sau a tuturor membrilor echipei. Prin intermediul întrunirilor de dimineață, aceste persoane și discipline diferite pot elabora și implementa împreună în mod consecvent planul de tratament, fiecare aducându-și propria contribuție personală. Modelul FACT a adoptat abordarea de lucru în comun asupra dosarelor pentru grupul de clienți, care la un anumit moment necesită intensificarea îngrijirilor.

1.5.6 Comutare flexibilă

Nu toți clienții necesită modelul de lucru în comun asupra dosarelor. Pentru mulți clienți, este suficient contactul individual cu managerul lor de caz, fiind suplimentat de întâlniri ocazionale cu psihiatrul, de contacte cu lucrătorul pentru suport de la egal-la-egal sau de asistență din partea lucrătorului pentru angajare individuală în câmpul muncii și suport.

Din acest motiv, am împărțit clienții în două grupuri: (1) grupul pentru îngrijiri intensive și (2) grupul pentru îngrijiri mai puțin intensive. Împărțirea în aceste două grupuri corespunde într-o anumită măsură cu împărțirea efectuată în cadrul ACT într-un grup de 20% (cazurile cele mai severe) și un grup de 80% (cazurile mai puțin

severe). Diferența constă în faptul că în cadrul FACT (a) ambele grupuri beneficiază de îngrijiri din partea aceleiași echipe și (b) clienții sunt uneori într-un grup, iar alteori în alt grup; adică, în dependență de situație, un client poate fi în grupul 1 sau grupul 2, dar îi vor fi acordate îngrijiri din partea aceleiași echipe.

Pentru a deservi bine ambele grupuri, o singură echipă trebuie să fie capabilă de a presta atât managementul individual al cazurilor, cât și ACT. Pentru a reuși acest lucru, FACT dispune de un mecanism de comutare între îngrijirile mai puțin intensive și cele foarte intensive. Echipa se întrunește în fiecare zi. Clienții care au nevoie de îngrijiri intensive ($\approx$ grupul din 20%) sunt înscrși în tabelul digital FACT. Despre ei se discută zilnic și ei beneficiază de îngrijiri din partea echipei în baza lucrului în comun asupra dosarelor. În fiecare zi, echipa poate verifica dacă la un moment dat un anumit client trebuie inclus în grupul celor 20% sau în grupul celor 80%. În al doilea caz, clientul nu va fi inclus în tabel, iar majoritatea îngrijirilor îi vor fi acordate de către managerul său de caz. Un asemenea mecanism de comutare constituie elementul crucial al modelului 'Flexible ACT' ('ACT Flexibil')¹⁰.

1.5.7 Lucru conform unui model clar-definit

Modelul FACT oferă un sistem și proceduri de lucru consecvente. În același timp, acest model nu este o cămașă de forță. În cadrul sistemului, echipele dispun de suficient spațiu de manevră pentru a-și dezvolta un stil propriu. Acest fapt este în concordanță cu atenția sporită acordată în Țările de Jos echipelor 'auto-ghidate', care dispun de mult spațiu pentru dezvoltare în cadrul unui model clar-definit.

Consecvența modelului este de-asemena importantă și în relațiile cu administrația și sursele de finanțare, deoarece, în multe cazuri, o organizație dispune de câteva echipe FACT. Pe de altă parte, este importantă și identitatea distinctivă a echipei: aceasta înseamnă că expertiza specifică și punctele forte ale membrilor echipei sunt valorificate mai bine. O echipă FACT trebuie de-asemena să fie capabilă de a se conecta la comunitatea sau regiunea în care lucrează; trebuie să fie dispusă de a reacționa la problemele locale și să poată colabora cu serviciile locale.

Echipele își pot evalua fidelitatea față de model, utilizând o scală - FACTs (scala FACT), care cuprinde 60 itemi despre membri, procedurile de lucru și organizarea echipei. Acest lucru este descris în alt compartiment al prezentului manual.

1.6. Punctele forte ale outreach-ului

Putem afirma cu siguranță că FACT a redescoperit punctele forte ale consilierii și tratamentului prin outreach. Outreach înseamnă îngrijiri acordate în afara instituțiilor sau cabinetelor medicale; aceasta implică vizite la domiciliu, îngrijiri sau consiliere privind activitățile sociale, vizitarea clientului la o secție de poliție și, în caz de necesitate, îngrijiri pentru persoanele fără adăpost din stradă.

¹⁰ Inițial, FACT însemna 'Function ACT' ('Funcția ACT'), ceea ce însemna că aceiași echipă putea avea nu doar o funcție. Practica a arătat că era dificil de explicat această funcție la nivel internațional; astfel, ulterior s-a optat pentru 'Flexible ACT' ('ACT Flexibil').

Consilierea care are loc într-un birou de sănătate mintală sau într-o clinică de ambulatoriu constituie îngrijiri de ambulatoriu, acestea nu sunt îngrijiri de tip outreach. În Țările de Jos, îngrijirile outreach erau până nu demult acordate mai mult în situații de criză: la domiciliul clientului, se evalua dacă era sau nu necesară spitalizarea. Când clienții nu erau în criză, ei de obicei se întâlneau cu practicienii la o clinică de ambulatoriu sau într-un centru de zi.

În cadrul modelului FACT model, outreach-ul (vizitarea clientului la domiciliu) este procedura standard de contactare cu clientul; adică, nu doar atunci, când clientul este în criză, dar și pentru a-l monitoriza și a-l susține la fazele mai stabile. Mai mult de 80% din contactele pe care le au managerii de caz și lucrătorii pentru suport de la egal-la-egal au loc în afara biroului echipei. Psihiatrii cel puțin cunosc situația de la domiciliul clientului și-i însoțesc cu regularitate pe managerii de caz în vizitele la domiciliu. Psihologul poate oferi instruire la fața locului, iar lucrătorul pentru plasare individuală în câmpul muncii și suport lucrează de regulă în bază de outreach cu clienții și angajatorii lor.

Inspirându-se din ACT și din modelul punctelor forte, FACT a instituit vizitele la domiciliu ca procedură standard. Aceasta se referă atât la situațiile de criză, cât și la supravegherea individuală pe termen lung a clienților care nu sunt în criză. Această procedură s-a dovedit a avea un impact major asupra contactelor dintre practicieni și clienți.

Diagnoza, de rînd cu alte evaluări, s-au schimbat sub influența outreach-ului. Practicianul vorbește cu clientul în mediul personal al acestuia, sunt mai multe posibilități de a întâlni familia clientului și se reduce pragul pentru vecinii care doresc să întrebe sau să spună ceva. În propriul lor mediu, clienții pot arăta mai clar ce pot și ce nu pot gestiona, precum și de ce fel de asistență au nevoie. Este mai ușor de văzut calele le sunt talentele și pasiunile, care le sunt punctele forte și ce suport este disponibil în mediul lor. La fel, devine mai ușor de a-l ajuta pe client să găsească soluțiile care sunt legate de mediul lor. Cercetările au scos în evidență dovezi care confirmă că instruirea la fața locului este mai efektivă, decît instruirea la centrul de zi.

Vizitele la domiciliu și outreach-ul înseamnă de-asemena mult pentru relația dintre client și practician. Practicienii din domeniul îngrijirilor trebuie să se ‘amestece’ în teritoriul clientului. Ei nu mai sunt responsabili (cum sunt la spital); ei au intrat pe teritoriul unei alte persoane, fapt care-i ajută să accepte cealaltă persoană așa cum este și care duce la diferite dialoguri.

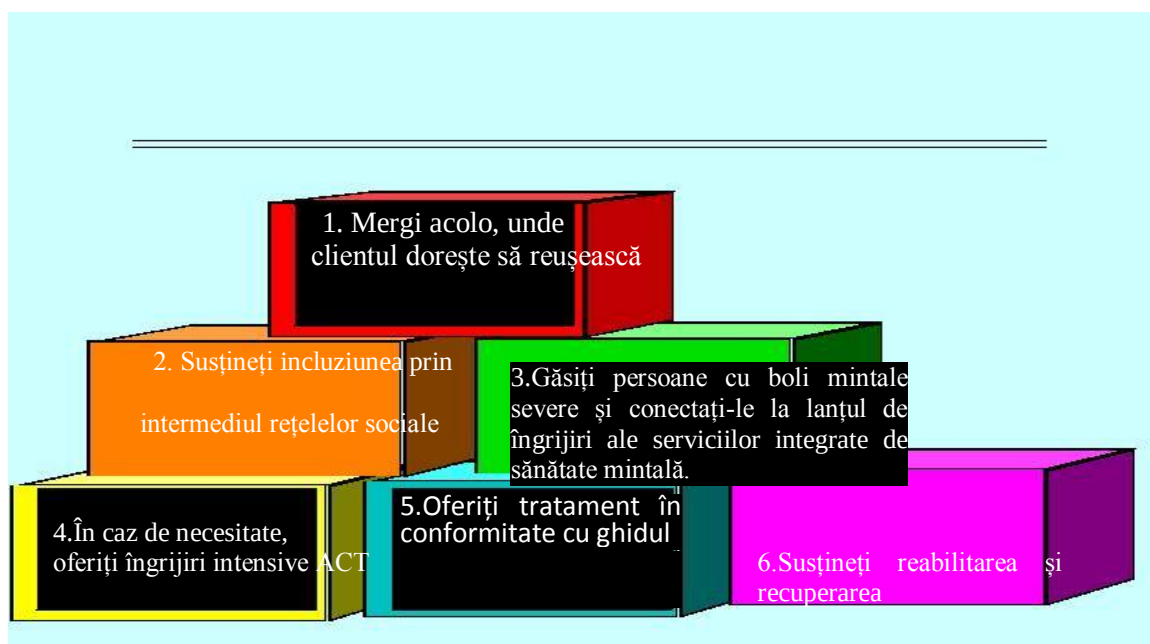
Outreach-ul oferă de-asemena informații despre punctele forte ale clientului; practicienii din domeniul îngrijirilor pot vedea cum se descurcă clientul – în viața, la general, în locuință, în mediul social, ce contacte are cu vecinii; văd ce-i place clientului, care-i sunt interesele și, probabil, semnele talentelor care au fost neglijate, însă care pot fi reînviat. Ei pot reacționa la toate aceste lucruri prin îngrijirile pe care le oferă.

O nouă evoluție importantă o constituie abordarea de ‘încredere în sine’, conform căreia clientul își stabilește scopuri noi referitoare la mediul și locul său de muncă – cu suportul lucrătorilor din domeniul îngrijirilor – ce derivă din sarcinile formulate de ei înșiși.

2. Interludiu: un sumar al FACT exprimat prin puncte de reper

2.1 Punctele de reper ale FACT

Principiile FACT



Schema 1.

FACT este uneori dificil de explicat, deoarece modelul FACT combină foarte multe componente diferite. Diagrama de mai sus – ‘Punctele de reper ale FACT’ – indică cele mai importante componente:

Elementul 1: Mergi acolo, unde clientul dorește să reușească

Scopul nostru este de a ne armoniza cu dorințele și scopurile clientului. Mergem acasă la client, la locul său de muncă, în familia sa și oriunde clientul dorește să participe cu succes în societate. Axându-ne pe succes, noi manifestăm încredere în punctele forte ale oamenilor și recuperarea lor. Acest element este coerent cu remarcă lui Test și Stein, precum că formarea abilităților în mediul artificial dintr-un spital are puține efecte.

Elementul 2: Susțineți incluziunea prin intermediul rețelor sociale

FACT își propune de a contribui la incluziunea socială a pacienților psihiatrici. Aceștia n-au nevoie doar de a trăi în afara spitalului, ci și de a participa în comunitate. În acest scop, fiecare client are nevoie de propriul său sistem de suport social. Atunci când se clădește un asemenea sistem, se pune accentul pe client și pe ceea ce clientul consideră

important. Familia joacă un rol important, dar la fel și vecinii sau voluntarii și diversele organizații din comunitate – organizații de ajutor social, echipe sociale, proprietari de locuințe, poliția din zona respectivă. Echipa FACT nu poate prelua conducerea în procesul de incluziune; doar trebuie să utilizeze rețelele sociale existente și să colaboreze cu ele. Echipele FACT trebuie să fie bine integrate în comunitate; ele trebuie să fie parteneri de nădejde și să-și îndeplinească angajamentele. Aceasta implică de asemenea a fi la curent cu chestiunile ce țin de siguranță și a recurge la constrângere, în caz de necesitate; dacă există vreun comportament dăunător sau un pericol pentru siguranță, acceptarea din partea comunității va fi curînd pierdută.

Elementul 3: Găsiți persoane cu boli mintale severe și conectați-le la lanțul de îngrijiri al serviciilor integrate de sănătate mintală

‘Găsirea’ clienților este ceva foarte important – în special, dat fiind faptul că uneori persoanele cu boli mintale severe își înțeleg slab propria boală și nu caută ajutor. Numele clienților sunt transmise nu doar de medicii generaliști, dar și de poliție sau de către serviciile comunitare. FACT poate stabili niște contacte inițiale de scurtă durată pentru a vedea ce este posibil de făcut și a evalua ce este necesar.

Pasul următor este conectarea acestor persoane. Faptul că clienții vor rămîne sub îngrijiri nu este asigurat de la sine; deseori, ei nu văd necesitatea de a o face. Mulți clienți consideră drept neplăcute medicamentele pe care le recomandăm. Prin urmare, trebuie să ne asigurăm că elementul îngrijirilor pe care-l oferim este atractiv; că oamenii vor găsi în el ceva bun pentru ei, așa ca, de exemplu, suport pentru scopurile lor de reabilitare. Noi încercăm a oferi îngrijiri, pe care clienții vor fi motivați să le accepte.

FACT are scopul de a preveni internarea în spital sau de a o face cît mai scurtă posibil, însă noi știm că uneori internarea este utilă și necesară. În asemenea cazuri, noi colaborăm strîns cu clinica. În Țările de Jos, serviciile de sănătate mintală sunt integrate; îngrijirile de ambulatoriu și îngrijirile spitalicești sunt conectate în cadrul unui sistem cu reguli și angajamente clar-definite. O internare este întotdeauna considerată drept un incident în programul de tratament ambulatoriu. Iată de ce, practicienii din serviciile ambulatorii rămîn implicați în tratamentul prestat la clinică și în determinarea datei externării. Noi rămînem în contact cu clientul și, dacă este posibil, îi luăm acasă de la spital din cînd în cînd. În acest sistem integrat, există aranjamente pentru tratament part-time pe termen scurt și internări foarte scurte ¹¹. Datorită colaborării atît de strînse cu spitalul, poate fi organizată accesibilitatea 24/7. În prezent, în acest scop sunt utilizate și apelurile video; clientul are acasă un ecran tactil, astfel poate avea contacte directe cu echipa FACT pe timp de zi, iar seara, noaptea și în weekend – cu spitalul.

Elementul 4: În caz de necesitate, oferiți îngrijiri ACT

După includerea numelui clientului în tabelul FACT, echipa poate începe imediat a acorda îngrijiri intensive în cadrul lucrului în comun asupra dosarelor. În loc de a fi internați într-o secție psihiatrică acută, așa cum se făcea de obicei, clienții sunt ‘internați în tabelul FACT’. Aceasta se face ‘în caz de necesitate’: există criterii pentru trecerea la îngrijiri intensive și – după stabilizare – revenirea la îngrijiri individuale, mai puțin

¹¹ În Țările de Jos, noi lucrăm cu un concept numit ‘pat la solicitare’. Există un prag foarte jos, care-i permite pacientului de a fi internat pentru o noapte, iar a doua dimineață pot fi făcute aranjamente ulterioare cu practicianul său din ambulatoriu.

intensive. Faptul că toate aceste îngrijiri integrate sunt prestate de către aceeași echipă constituie un element crucial al FACT¹². FACT înlătură ‘ușa glisantă’: în timpurile bune, precum și în cele mai rele, clientul contactează cu aceeași echipă, același manager de caz și același psihiatru. Aceasta înseamnă continuitatea îngrijirilor.

Elementul 5: Oferiți tratament în conformitate cu ghidul (bazat pe dovezi și experiențele de succes)

În Țările de Jos, avem un Ghid multidisciplinar (*Multidisciplinaire Richtlijn*) pentru schizofrenie. La nivel internațional, sunt cunoscute instrumentele NICE și, de exemplu, SAMHSA. Aceste surse oferă indicații privind formele de tratament care urmează a fi acordate. Multe dintre aceste tratamente sunt dificil de implementat într-un ambulatoriu tradițional, deoarece uneori clienți abandonează din nou, uită despre întâlnirile stabilite, dintr-odată au o săptămână rea, etc. Datorită outreach-ului și continuității îngrijirilor, există șanse mai mari ca aceste tratamente să fie finalizate completamente.

Recent, echipele FACT au început a recurge la ‘luarea în comun a deciziilor’, o abordare conform căreia clienții și practicienii care îi tratează iau în comun decizii referitoare la tratamentul clientului, în baza cunoștințelor clientului, expertizei psihiatrului și informației structurate.

Elementul 6: Susțineți reabilitarea și recuperarea

FACT are scopul de a susține recuperarea și se axează pe scopurile recuperării. Lucrătorul pentru suport de la egal-la-egal al echipei poate aduce o contribuție esențială din perspectiva sa. Acesta poate organiza grupuri de recuperare, așa ca grupuri WRAP (Wellness Recovery Action Plan - Plan de Acțiuni de Recuperare a Stării de Bine), Cook et al. 2012), și stimula contactele de la egal-la-egal. Echipele dispun de asemenea și de expertiză în reabilitare, iar sarcina specifică a lucrătorului pentru angajare individuală în câmpul muncii și suport este de a stimula lucrul plătit.

2.2 Componenta unei echipe FACT

Componenta unei echipe FACT este menită să asigure îngrijirea a aproximativ 200 clienți. Aceasta înseamnă că trebuie să includă cel puțin suficienți manageri de caz și un psihiatru. Echipa include de asemenea un psiholog, un specialist în adicții, un specialist pentru angajare în câmpul muncii și un lucrător pentru suport de la egal-la-egal. În rezultat, componenta ideală a echipei este următoarea:

1 ENÎ (echivalent normă întreagă) psihiatru

0,5 ENÎ șef de echipă (care nu neapărat este implicat în îngrijirea clienților)

7 ENÎ manageri de caz, inclusiv:

4–5 ENÎ nurse psihiatrice

1–2 ENÎ nurse psihiatrice comunitare

0,8 ENÎ lucrător social/ consultant pentru drepturile sociale

0,8 ENÎ psiholog

¹² În echipele ACT din Statele Unite, se practică ca un pacient stabilizat să treacă la o formă mai puțin intensivă de îngrijiri. Acest lucru se numește ‘gradare’. Pentru pacient sunt desemnați noi practicieni care-l tratează, cu noi idei și noi situații de contact (de obicei, consultări în cabinetul medical, nu vizite la domiciliu). Aceasta duce la mai multe recidive și abandon (pacienții abandonează cu totul îngrijirile). Sau pacientul este din nou înregistrat pentru îngrijiri ACT; aceasta este o formă a psihiatriei ușii glisante.

0,6 ENÎ lucrător pentru suport de la egal-la-egal

0.5 ENÎ specialist pentru angajare în câmpul muncii / IPS (angajare individuală în câmpul muncii și suport)

Expertiza necesară în cadrul unei asemenea echipe:

- * Expertiză în adicție în cadrul disciplinelor menționate mai sus (cel puțin 2 ENÎ)
- * Expertiză vastă în domeniul reabilitării și recuperării
- * 2-3 responsabili pentru tabelul FACT

cu mențiunea opțională:

- * mai multe echipe FACT prestează de-asemenea îngrijiri persoanelor ce trăiesc în afara spitalelor, în locuințe protejate; supraveghetorii independenți ai traiului în aceste instituții pot fi membri ai echipei FACT.
- * uneori, la echipă mai sunt adăugați și alți specialiști, așa ca terapeut sistemic pentru persoanele cu primul episod de psihoză.

Rolul managerului individual de caz poate fi preluat de către membrii echipei din diverse discipline (nursă, lucrător social, uneori și psihologul).

În echipele FACT olandeze lucrează multe nurse. În Marea Britanie, în echipe de acest gen lucrează mai mulți lucrători sociali și specialiști pentru angajare în câmpul muncii. În Statele Unite, mulți manageri de caz sunt lucrători sociali. Aceasta este de regulă o consecință a istoriei. Faptul că echipele olandeze optează pentru nurse se datorează parțial rolului major pe care-l aveau nursele în fostele spitale de psihiatrie. Multe dintre ele au fost instruite în spitale și au trecut la lucrul ambulatoriu după o instruire suplimentară FACT.

De rînd cu nursele psihiatrice, fiecare echipă include cel puțin o nursă psihiatrică comunitară. Expertiza suplimentară a nursei psihiatrice comunitare, în comparație cu nursa comunitară, include așa domenii, ca diagnosticarea și evaluarea necesităților de îngrijire, intervenții de criză și lucrul cu sistemele complexe și tulburările de personalitate.

Echipele FACT din alte țări vor decide ele înșiși din cadrul căror discipline ale echipei vor fi selectați managerii de caz. Pare important de a avea o combinație bună de nurse și lucrători sociali (și specialiști în adicție).

În echipele optimale, un manager de caz ENÎ are în mediu 25 dosare ale clienților. Managerul de caz este pentru client prima persoană de contact și sistemul de suport al clientului. Managerul de caz îl vizitează cu regularitate și-l monitorizează pe client și se asigură că acesta dispune de un plan de tratament actualizat. Managerul de caz poate implica și alți membri ai echipei în tratament, de exemplu, psihiatrul pentru medicamente sau specialistul pentru angajare în câmpul muncii în vederea găsirii unui serviciu. Fiecare client are de-asemenea și un ‘manager de caz din umbră’, care la fel îl cunoaște bine pe client și situația sa curentă, astfel încît ar putea prelua cazul, dacă managerul de caz este bolnav, în vacanță, etc.

Pentru clienții care beneficiază de îngrijiri intensive prin intermediul tabelului FACT, toți membrii echipei lucrează împreună asupra tuturor dosarelor; cu alte cuvinte, la această etapă, toți membrii echipei sunt mobilizați pentru a presta îngrijiri suplimentare. Psihiatrul se implică direct în aspectele legate de medicamente, prevenirea internării, etc.

Asupra dosarului lucrează de-asemena psihologul și lucrătorul pentru suport de la egal-la-egal.

O echipă FACT în ansamblu dispune de o gamă largă de expertiză. La fel ca și punctul medical de vedere, cel al lucrătorului social este de-asemena foarte important. Lucrătorii sociali și specialiștii în reabilitare aduc o viziune importantă în echipă. Toți membrii echipei trebuie să fie capabili de a susține procesele de reabilitare.

Lucrătorul pentru suport de la egal-la-egal joacă un rol important în procesele de recuperare și reabilitare. Un număr crescând de lucrători pentru suport de la egal-la-egal au locuri de muncă permanente plătite în echipele FACT. Ei au fost instruiți pentru a-și utiliza propria lor expertiză provenită din experiență direct în procesul de îngrijire. Deseori, ei stabilesc un alt fel de contacte cu pacienții. Uneori, ei pot acționa ca interpreți între client și practician. De obicei, ei n-au dosare de care s-ar ocupa, însă sunt participanți activi la îngrijirile oferite în cadrul lucrului în comun asupra dosarelor, ajută la găsirea persoanelor cu boli mintale severe și la conectarea lor la sistemul de îngrijiri și, de exemplu, ajută în activitățile de recuperare.

Faptul că atât psihiatri, cât și psihologi lucrează în cadrul FACT semnifică că împreună ei pot stabili diagnoze bune și face planuri bune de tratament. Aceasta mai înseamnă că tratamentul medicamentos, cunoașterea problemelor fizice și screening-ul metabolic pot merge mână de mână cu terapia cognitiv-comportamentală.

Echipa trebuie să includă cel puțin două persoane care dispun de o expertiză actualizată în domeniul adicțiilor. În Țările de Jos, se lucrează tot mai mult cu modelul de Tratament Integrat al Diagnosticului Dublu (IDDT). Membrii echipei de la diferite discipline, de exemplu, managerii de caz și psihiatrul sau psihologul, sunt instruiți în domeniul IDDT pe care-l pot utiliza în echipă. Multe echipe FACT au participat la ședințe de instruire în domeniul intervieării motivaționale în calitate de echipă.

Coordonarea zilnică a îngrijirilor necesită o atenție specială. Din acest motiv, echipele FACT tot mai des au doi – sau, dacă este posibil, trei – responsabili de tabelul FACT. Aceștia nu sunt manageri formali sau lideri ai echipei, ci sunt doar membri simpli ai echipei, care au fost instruiți cum să conducă întrunirile pe marginea tabelului FACT. Ei operează cu tabelul digital FACT, coordonează îngrijirile zilnice acordate clienților și au sarcina de a face note în dosarele electronice ale pacienților¹³. Acest model s-a adevărit a funcționa bine. Prin urmare, în fiecare echipă sunt trei persoane care cunosc foarte bine modelul FACT și care au fost instruite pentru a conduce întrunirile echipei. Aceste trei persoane se pot de-asemena susține reciproc; una din ele este prezentă întotdeauna, inclusiv în perioada vacanțelor.

O echipă FACT nu trebuie să fie prea numeroasă. Trebuie să avem grijă ca în echipă să nu fie prea mulți membri angajați în regim part-time. În mod ideal, majoritatea membrilor trebuie să dețină poziții substanțiale (4 zile pe săptămână, de exemplu,). Dacă în echipă sunt prea mulți membri part-time, este mult mai dificil de a face anumite aranjamente și

¹³ Unele echipe din Australia lucrează în mod similar, având un ‘manager de tură’ pentru fiecare tură.

gestionarea anumitor lucruri ia prea mult timp. Am remarcat de-asemena că există un număr maximal optimal de clienți, de care poate avea grijă o echipă: în jur de 180 - 220 clienți. Echipele care au la îngrijire peste 250 clienți nu pot ajusta atât de bine îngrijirile prestate.

CAPITOLUL 3: Procedura de lucru FACT

3.1. Câți clienți, atâtea necesități

Echipa FACT dintr-un cartier al Amsterdam-ului are 210 clienți. O mare parte dintre ei sunt destul de stabili. Cîțiva au un loc de muncă, mulți frecventează ocazional anumite instituții și iau parte la activitățile unui centru de activități. Alții fac parte dintr-un grup de recuperare constituit de către lucrătorul pentru suport de la egal-la-egal. O parte din ei sunt în căutare activă, cu ajutorul managerului lor de caz, a unui loc mai bun de trai. Psihologul organizează, împreună cu un coleg dintr-o altă echipă FACT, un grup de instruire; de-asemena, vorbește cu oamenii, iar uneori recurge la EMDR pentru a trata traumele din trecut. Psihiatrul se întâlnește cu toți clienții stabili cel puțin o dată pe an, dar pe mulți dintre ei îi vede o dată pe lună sau chiar o dată pe săptămînă, în special pe clienții care iau medicamente complicate (așa ca clozapina) cu riscuri de efecte secundare. În jur de 25 dintre clienții echipei contactează cu un specialist pentru angajare în câmpul muncii (IPS). Unii dintre ei lucrează cu acesta în fiecare zi, atunci cînd încep a lucra într-un loc nou. Toți clienții au un manager individual al cazului, de obicei o nursă, care-l vizitează pe client la domiciliu cel puțin de două sau trei ori pe lună. Managerul de caz îi însoțește uneori pe clienți la agențiile serviciilor sociale și deseori contactează cu familiile lor. Plus la contactele cu clienții, mulți membri ai echipei contactează de-asemena cu diverse agenții din zonă, cu medicii de familie, cu proprietarii de locuințe, cu poliția, etc.

Majoritatea clienților au un manager de caz, au contacte cu psihiatrul, iar uneori contactează și cu un specialist în adicție, cu un lucrător pentru suport de la egal-la-egal sau cu un psiholog. Practicienii din domeniul îngrijirilor lucrează în mod individual cu clientul. Ei coordonează activitățile acestora în baza planului de tratament al clientului, care este actualizat cel puțin o dată pe an. Însă dacă este necesară o coordonare suplimentară, aceasta se poate realiza prin intermediul întrunirilor de dimineață ale echipei. De-asemena, pot fi solicitate intervenții pe termen scurt din partea altor discipline. Cu alte cuvinte, îngrijirile acordate acestor clienți includ supraveghere individuală și tratament cu acces destul de ușor la alte discipline.

Din totalul de 210 clienți, în jur de 20-25 beneficiază de tratament mult mai intensiv din partea echipei, deoarece la un anumit moment ei nu se simt prea bine sau din motiv că ei necesită atenție suplimentară sau chiar îngrijiri intensive. Cînd echipa află acest lucru, numele clientului este înscris în tabelul FACT. Începînd cu acest moment, echipa discută despre clientul respectiv în fiecare zi și îi poate presta îngrijiri intensive, în calitate de echipă.

Grupul de clienți inclus în tabelul FACT este foarte eterogen. În prezent, trei persoane din tabelă sunt înscrise, deoarece s-au înregistrat recent în cadrul FACT. Echipa dorește să le

cunoască; iată de ce, despre aceste persoane se va discuta zilnic timp de trei săptămîni, informația fiind furnizată de către cîțiva membri ai echipei care îi vor vizita. Nouă persoane sunt înscrise în tabel de mai mult timp deja. Acestea sunt persoane cu schizofrenie dezorganizată și cu probleme ce țin de substanțe. Ele pot continua să trăiască acasă, doar dacă beneficiază zilnic de suport din partea echipei. Două dintre ele iau medicamente obligatorii (a fost emisă o decizie judecătorească care le obligă să ia medicamente în fiecare zi, fiind monitorizate în acest scop). Alte trei persoane au injecții obligatorii. Mai mult de zece persoane sunt înregistrate în tabel, deoarece există riscul ca starea lor să se agraveze. O persoană este în criză, deoarece nu și-a luat medicamentele. Alta suferă din cauza recidivei unui episod maniacal. Altă persoană are o malignitate severă pe care o consideră drept un ‘cucui de sănătate’ și refuză tratamentul împotriva acesteia. O femeie cu o problemă severă de tulburare de tip borderline este din nou în conflict cu toată lumea, nu-și mai ia medicamentele și a primit o notificare referitoare la locuința sa. Grupul inclus în tabel mai cuprinde cîteva persoane internate în clinica de psihiatrie și două persoane care se află în detenție. Finalmente, în tabel mai sunt incluse și cîteva persoane care evită tratamentul: deși aceste persoane necesită cu certitudine îngrijiri, ele nu se simt bolnave, nu cred că este necesar de urmat tratament și blochează orice contacte cu ele. Cu toate acestea, echipa le urmărește de la distanță timp de cîteva săptămîni sau luni, vorbește cu poliția referitor la informația parvenită din cartier și, în caz că apare o situație periculoasă, echipa va administra în mod activ tratament (cu forța).

Persoanele ‘din tabel’ necesită îngrijiri mult mai intensive, decît celelalte. Îngrijirile de care au nevoie nu le pot fi prestate de către o singură persoană; ele trebuie vizitate o dată pe zi sau chiar mai des, activitățile lucrătorilor din domeniul îngrijirilor depind mult de gamă largă de informații parvenite din comunitate (în special, în ceea ce privește persoanele care evită tratamentul), cineva va trebui să aibă întîlniri la agențiile prestatoare de servicii, cu familia și spitalul, trebuie luate decizii majore: toate acestea necesită lucru în echipă.

Lucrul în comun asupra dosarelor

Noi lucrăm în comun asupra dosarelor persoanelor incluse în tabelul FACT – clienții care necesită îngrijiri intensive. Vizitele la domiciliu – zilnice, în caz de necesitate – sunt întreprinse de cîteva membri ai echipei. Uneori, aceste vizite zilnice sunt scurte, de exemplu, pentru a aduce medicamentul și a urmări dacă clientul ia acest medicament. Alteori, vizitele sunt mai lungi, de exemplu, pentru a face ordine în casa clientului sau în documentele sale, sau pentru a stabili contacte cu vecinii. Lucrul în comun asupra dosarelor necesită o coordonare zilnică clară a scopurilor; altminteri, fiecare membru al echipei va avea propria sa agendă și recomandări. Lucrătorii pentru suport de la egal-la-egal de-aseenea lucrează în comun asupra dosarelor; deseori, ei vor vorbi despre aspecte diferite, însă ei sunt bine-informați despre tratamentul general al clientului și îngrijiri. La întrunirile de dimineață ale echipei FACT, fiecare membru al echipei își împărtășește impresiile; din nou și din nou, constatăm că diferite persoane care reprezintă diferite domenii de expertiză văd posibilități și imposibilități completamente diferite într-o anumită situație.

3.2. Procedura tabelului FACT: un element crucial al FACT

Digital FACTbord

v2.0 LdeMooij

26.04

aan

aantal regels

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 98

Schema 2.

În prima coloană (roșie) fiecare client este plasat într-o anumită categorie. Aceste categorii (destul de generale) reflectă motivul pentru care clientul a fost plasat în tabel. Un client inclus în tabelul FACT este plasat în una din categoriile definite mai jos. Cu timpul, clientul poate fi transferat într-o altă categorie; de exemplu, cineva care a fost internat pentru prima dată în spital și apoi a revenit acasă va fi transferat din categoria ‘internare’ în categoria ‘îngrijiri intensive pe termen scurt’. Aceste schimbări trebuie reflectate cu regularitate în baza de date, fapt care poate fi util în momentul evaluării procedurilor de lucru ale echipei.

Categoriile specificate în tabelul FACT:

1. Prevenirea crizei: pentru clienții care manifestă primele semne ale unei posibile recidive spre o psihoză sau adicție, sau în caz că există semne de probleme sociale crescânde. De-aseamenea, intervențiile de prevenire a spitalizării.
2. Îngrijiri intensive pe termen scurt: clienții cu agravare temporară a simptomelor psihiatrice sau în criză; de-aseamenea, clienții care au revenit recent acasă după o internare sau după detenție.
3. Îngrijiri intensive pe termen lung: clienții care necesită intensificarea îngrijirilor pe termen lung, de exemplu, din cauza unei decompensări prelungite sau a vulnerabilității permanente (scor GAF redus); unii necesită suport zilnic *permanent* și, prin urmare, vor rămâne în tabel.
4. a. Persoanele care evită tratamentul: pacienții care nu doresc să contacteze cu serviciile de sănătate mintală, însă situația lor nu provoacă preocupări serioase; sunt oferite contacte, însă nu forțat (prezența echipei); este identificat un posibil sistem de suport.
b. Persoanele care evită tratamentul și comportă un risc înalt: pacienții care nu doresc nici un fel de îngrijiri din partea serviciilor de sănătate mintală, însă care se neglijează pe sine și/sau mediul lor sau care provoacă pagube. Echipa FACT le va oferi acestor persoane tratament asertiv și va recurge la presiune sau constrângere, dacă va apare vreun pericol.
5. Internare: clientul a fost internat într-o unitate psihiatrică sau este deținut în închisoare. Echipa menține contactele cu clientul și practicienii care-l tratează și pregătește revenirea clientului.

6. Nou-veniți: clienții noi, înregistrați recent de către echipă; sunt menținuți în tabel timp de trei săptămîni pentru a-i cunoaște și pentru evaluare.
7. Decizii judecătorești: clienții referitor la care au fost emise decizii judecătorești privind tratamentul sau monitorizarea forțată.

La întrunirile de dimineață, cînd tabelul FACT este proiectat pe perete, zilnic se discută despre 20–40 persoane. Președintele ședinței pe marginea tabelului FACT pronunță numele unui client. Apoi, managerul de caz informează echipa despre situația din ajun. Clientul poate să fi avut întîlnire și cu un alt membru al echipei sau să fi vorbit cu psihiatrul. Unele informații pot fi transmise și de către familie sau e posibil ca clientul să fi solicitat ceva. Se discută pe scurt despre aceste lucruri și despre acțiunile ce urmează a fi întreprinse în ziua respectivă: cine-l va vizita pe client, cine-l va ajuta să depună dosarul de solicitare a locuinței, cine va avea grijă ca clientul să stabilească o întîlnire cu medicul de familie, etc. Referitor la anumiți clienți, nu-s prea multe noutăți, despre alții se discută timp de 2 - 3 minute. De regulă, întrunirea nu trebuie să dureze mai mult de 30–45 minute.

În acest interval, se rezervă zilnic ceva timp pentru a discuta pe scurt despre clienții care nu-s înscrși în tabel, dar care trebuie să fie menționați, dat fiind unele noi evoluții în situația lor. Ei sunt puși într-o listă a ‘cazurilor pentru discuție’. Un manager de caz ar putea dori să vorbească despre un client pentru a solicita competențe suplimentare, de exemplu, pentru monitorizarea tratamentului medicamentos sau o intervenție psihologică. Succesele clienților (clientul a obținut un nou loc de muncă, a finalizat un curs de instruire) trebuie de-asemena raportate la acest moment. Echipa trebuie să-și celebreze și succesele.

Uneori, un client se poate pomeni în lista ‘cazurilor pentru discuții’ de cîteva ori pe parcursul a cîtorva săptămîni, de exemplu, atunci cînd anumite lucruri sunt neclare, cînd o criză este iminentă sau cînd au loc anumite evenimente ale vieții. Dacă acest lucru se întîmplă de mai multe ori, echipa va decide că este mai bine de a-l include pe clientul respectiv în tabelul FACT, astfel încît, datorită discuțiilor zilnice, lucrurile să se clarifice după cîteva săptămîni.

Tabelul FACT are o importanță crucială pentru coordonarea activităților și schimburile de informații. În lucrul orientat spre comunitate, membrii echipei îi vor vedea pe clienți și fără a avea o întîlnire stabilită, în stradă sau la magazin. Ei aud ce povestesc clienții despre alți clienți și primesc informații de la lucrătorii din comunitate cu care au legături. Astfel, echipa obține un tablou amplu despre modul în care funcționează clienții. Acest fapt poate fi deosebit de important în relațiile cu persoanele care evită tratamentul: deși ei resping contactele, membrii echipei îi cunosc, uneori au o conversație cu ei și pot lucra mult mai eficient cu ei, dacă refuzul tratamentului devine o adevărată preocupare (de exemplu, din cauza auto-neglijării clientului).

Tabelul funcționează de-asemena și ca un memento: clienții care sunt la spital sau în detenție rămîn în centrul atenției. În colaborare cu spitalul, echipa FACT oferă suport în vederea facilitării revenirii rapide și sigure a clientului acasă.

Echipa trece în revistă cu regularitate noii clienți. Aceste persoane sunt întotdeauna înscrise în tabelul FACT în primele cîteva săptămîni. Conform procedurii, în primele trei săptămîni, cel puțin patru membri ai echipei, preferabil de la discipline diferite, vorbesc

cu clientul și-l vizitează la domiciliu. Acest lucru îi permite echipei de a face o bună estimare a necesităților de îngrijiri și tratament ale persoanei respective. Poate de asemenea fi organizat un contact inițial cu familia sau cu sistemul de suport. După trei sau patru săptămîni, are loc un interviu de admitere și echipa, împreună cu clientul, elaborează un plan de tratament.

Unii clienți sunt vizati de decizii judecătorești condiționate: dacă respectă regulile, se pot afla în afara spitalului. De exemplu, ei pot fi obligați să vorbească cu lucrătorii din domeniul îngrijirilor și să accepte injecțiile. Acești clienți sunt de asemenea în tabelul FACT, astfel încît supravegherea lor să fie coordonată și să poată fi colectate informații în scop de management al riscului. La fel, tabelul FACT mai funcționează și ca un memento despre datele, cînd trebuie prelungite deciziile judecătorești sau pentru alte formalități procedurale.

În practică, întrunirile zilnice pe marginea tabelului FACT mai joacă și un alt rol important: datorită faptului că membrii echipei discută despre acțiuni specifice și despre abordarea celor mai dificili clienți, întrunirile oferă transparență și îi permit echipei de face schimburi de cunoștințe. Deseori, există clienți ale căror situații implică interese contradictorii și riscuri. Uneori, aproape în fiecare zi este necesar de conceput și modificat strategii, dat fiind faptul că în orice zi pot ieși la iveală informații suplimentare. La întrunirile FACT, membrii echipei învață unul de la altul, iar viziunea și misiunea echipei FACT le este clarificată în fiecare zi de către membrii înșiși într-un mod pragmatic. Acest lucru este binevenit și pentru membrii noi ai echipei, precum și pentru stagiaři.

Atunci cînd au fost constituite primele echipe FACT, noi eram siguri de faptul că întrunirile pe marginea tabelului FACT urmau să aibă un rol important în coordonarea zilnică a îngrijirilor. Acest lucru s-a dovedit a fi corect. Totodată, întrunirile de dimineață s-au dovedit a avea de asemenea o importanță crucială datorită faptului că membrii echipei de la diferite discipline, cu interesele lor specifice, caută modalități posibile de a susține clientul. În rezultat, pentru echipă este clar în fiecare zi ce contribuție aduce fiecare disciplină. De asemenea, devine clar că îngrijirea celor mai problematici clienți niciodată nu este problema doar a unui singur membru al echipei: întreaga echipă trebuie să se implice. Datorită faptului că membrii echipei fac schimb de soluții, echipa nu riscă să urmeze tendințele unor anumiți membri, să tergiverseze sau să ignore problemele dificil de rezolvat. Întrunirile de dimineață pe marginea tabelului FACT stimulează gîndirea de echipă și demonstrează că împreună se poate de realizat mai multe. Pentru ca aceste întruniri să aibă succes, este obligatoriu (!) ca toți membrii echipei care lucrează în ziua respectivă să participe la întrunirea FACT.

Există o procedură clar-definită pentru organizarea întrunirilor echipei FACT pe marginea tabelului FACT:

În fiecare zi de lucru, echipa discută despre clienții incluși în tabelul FACT.

Managerul de caz al clientului sau orice alt membru al echipei poate solicita la orice moment includerea unui client în tabelul FACT.

Îndată ce apare vreo indicație din partea unui client, a familiei sale, a altor clienți sau din cartier precum că starea medicală sau socială a clientului de agravează, în dimineața următoare cineva va spune: ‘N-ar fi oare bine ca Dl J. să fie inclus în tabel pentru cîteva săptămîni?’

Apoi, există un plan pas-cu-pas:

Supraveghetorul personal al clientului inclus în tabel prezintă pe scurt situația clientului și enumeră acțiunile necesare.

Se pune în acțiune planul de criză, care a fost elaborat anterior.

Se fac niște înțelegeri suplimentare privind lucrul în comun asupra dosarului și îngrijirile intensive.

Psihiatrul este responsabil de efectuarea unei estimări a riscurilor (sau de solicitarea unei asemenea estimări) în timp de 24 de ore și trebuie să se informeze în termen de 24 de ore despre medicamentele administrate pacientului.

Lucrul cu tabelul FACT implică faptul ca membrii echipei să rezerve în agendele lor spațiu liber pentru a putea reacționa în mod flexibil la noile cerințe de îngrijiri. Atunci când un client este inclus în tabel, psihiatrul trebuie să decidă în termen de 24 de ore dacă-l va examina personal pe client în cel mai apropiat timp pentru a optimiza tratamentul medicamentos și a evalua aspectele legate de siguranță.

Dacă un client este inclus în tabelul FACT, îngrijirile acordate aceluia trec de la îngrijiri individuale la îngrijiri de echipă în cadrul unui dosar comun. Aceasta înseamnă că câțiva membri ai echipei îl vor vizita pe client la domiciliu. S-a dovedit a fi util de a explica procedura respectivă clientului și familiei în prealabil, astfel încât ei să înțeleagă că urmează să vină câțiva lucrători din domeniul îngrijirilor pentru a oferi împreună îngrijiri suplimentare.

Echipa lucrează în orele de birou. Totodată, se examinează oportunitatea de a avea niște aranjamente adiționale cu serviciul de urgențe psihiatrice sau cu spitalele pentru perioada din afara orelor de birou¹⁴. În unele cazuri, câteva echipe împreună (uneori, în comun cu spitalul) prestează îngrijiri suplimentare de nursing sîmbăta și duminica, în perioada de zi. În așa cazuri, o nursă vizitează câțiva clienți ai echipei. Acest lucru se face în special în vederea monitorizării administrării medicamentelor și structurării. Acest 'ACT de weekend' le ajută clienților să treacă mai ușor peste week-end. Datorită acestui fapt se reduce numărul internărilor în serile de vineri, iar spitalele îi pot elibera pe pacienți în zilele de vineri, deoarece acestora le sunt garantate îngrijiri inițiale și suport.

Îngrijirile de echipă încetează atunci, când clientul nu mai face parte din unul din grupurile incluse în tabelul FACT. La acest moment, numele clientului este exclus din tabel. Și pentru această situație există o procedură standard:

Clientul poate fi exclus din tabel doar în cadrul uneia din întrunirile zilnice pe marginea tabelului FACT. Acest lucru trebuie aprobat de către echipă. Aprobarea implică neapărat și aprobare din partea psihiatrului – dacă psihiatrul nu este prezent la ședință, clientul nu poate fi exclus din tabel.

Ulterior, managerul de caz evaluează perioada de îngrijiri intensive împreună cu clientul și familia sa. Au fost utile îngrijirile oferite, le-a fost oferit clientului și familiei ceea ce au dorit, am uitat despre ceva sau a fost ceva inutil?

În baza acestei evaluări, planul de criză al clientului poate fi adaptat pentru data următoare.

¹⁴ Sistemul olandez de sănătate mintală dispune de servicii bine-organizate de urgențe psihiatrice în toate regiunile țării. Aceste servicii pot fi contactate prin intermediul medicilor generaliști. În prezent, serviciile de urgență pot în majoritatea cazurilor accesa dosarul electronic al pacientului, care conține un modul separat cu planul de criză al pacientului.

3.3 Criterii de includere a persoanelor în tabelul FACT

Am enumerat deja mai sus categoriile de motive pentru care clienții sunt incluși în tabel. Acum vom discuta mai detaliat despre aceste categorii.

Prevenirea crizei

- o Acesta este un grup relativ ‘ușor’; se acordă o atenție sporită anumitor clienți pentru a anticipa stresorii previzibili, în baza unui plan de prevenire a recidivei (de exemplu, pierdere iminentă din cauza bolii unui coleg de apartament sau pericol de probleme din cauza procedurilor juridice)
- o Acest grup include de-asemenea clienții care au manifestat primele semne și simptome precoce ale unei posibile decompensări; scopul este de a preveni internările, dacă este posibil
- o Pentru acest grup, în multe cazuri, îngrijirile nu sunt intensificate, însă este important ca echipa să cunoască vulnerabilitățile clienților. Astfel, dacă se întâmplă ceva atunci, când nu este disponibil managerul de caz al clientului, echipa poate totuși avea o reacție adecvată.

Îngrijiri intensive pe termen scurt

- o Agravarea simptomelor psihiatrice / criză, probleme de adicție
- o Este dezirabil ca anumite tratamente și/sau îngrijiri să fie intensificate
- o Clienții în viața cărora au loc anumite evenimente
- o Risc de internare
- o Suicidalitate, comportament riscant în relațiile cu alte persoane, evacuare iminentă din locuință
- o Clienții internați recent

Îngrijiri de follow-up, prevenirea internărilor cu efect de ușă glisantă

- o Neglijare, semne de dăunare sau pericol
- o Când încep îngrijirile intensificate ale acestei categorii, deseori este necesar de a mobiliza toată lumea: trebuie clarificată diagnoza, trebuie preluat controlul asupra crizei cât mai curând posibil, trebuie făcute anumite aranjamente cu mediul clientului și, posibil, vor fi necesare aranjamente pentru un ‘pat la solicitare’ (internare pe termen foarte scurt)

Îngrijiri intensive pe termen lung

- o Acesta este un grup de clienți foarte cunoscuți, care necesită îngrijiri pe termen lung sau chiar permanente pentru a se putea descurca în afara spitalului; aceștia sunt de regulă clienții cu un scor GAF < 40 și cu o rețea socială redusă, în pofida încercărilor de a crea un sistem de suport social.
- o Aceștia sunt de-asemenea clienții care, fără îngrijiri zilnice, sunt în risc de neglijare, ne-aderență la medicamente, creare a daunelor, etc.
- o Mulți dintre aceștia sunt pacienți cu internări frecvente în trecut – pacienți ‘ușă glisantă’. Referitor la ei, scopul este de a reduce numărul spitalizărilor și numărul zilelor per spitalizare. Uneori, ei petrec o parte mică a zilei participând la programul de zi al unui spital sau la un program de tratament acut part-time.
- o Într-o mare măsură, acest grup coincide cu grupul clasic al pacienților ACT.

Persoanele care evită tratamentul

- o Pacienții contactele cu care sunt nesatisfăcătoare, care nu respectă înțelegerile,

dar care n-au probleme de neglijare, vătămare sau pericol: în relațiile cu aceste persoane, accentul se pune pe prezență, motivare și colectarea informației

- o Vezi textul în caractere cursive

Persoanele în situație de risc înalt care evită tratamentul

- o Pacienții care evită tratamentul și care sunt în pericol sau în situație de risc considerabil de a suferi daune severe. Într-o asemenea situație, echipa nu mai poate aștepta și trebuie să intervină, oferind îngrijiri în mod asertiv; posibil în comun cu familia sau cu ofițerul comunitar de poliție, echipa va insista asupra stabilirii contactelor pentru a informa pacientul despre faptul că tratamentul este necesar și că, în caz de necesitate, urmează a se recurge la presiune și constrângere pentru a preveni pericolul sau daunele.

Grupul celor spitalizați

- o Toți clienții internați într-un spital de psihiatrie; acești clienți sunt vizitați săptămânal în contextul îngrijirilor integrate ('transmurale')
- o Toți clienții internați într-un spital obișnuit; ei sunt de asemenea vizitați; se pregătește externarea lor, se organizează ajutor la domiciliu.
- o Toți clienții din detenție sunt vizitați; se stabilesc contacte cu autoritățile juridice, în special referitor la eliberarea din închisoare, posibilele condiții de eliberare condiționată și începerea detoxifierii și tratamentului medicamentos în perioada detenției.

Clienții noi

- o Întotdeauna, timp de 2–3 săptămîni, astfel încît cîțiva membri ai echipei fac cunoștință cu ei
- o A se vedea în alte capitole ale prezentului manual.

Clienții în situație de medicină legală

- o Toți clienții supuși deciziilor judecătorești privind tratamentul comunitar (tratament forțat)
- o Toți clienții supuși unor așa decizii judecătorești, ca Supravegherea psihiatrică medico-legală sau Condiții pentru eliberare provizorie.

Acest sumar denotă că a fi inclus în tabel nu înseamnă întotdeauna a fi supus intensificării semnificative a îngrijirilor. Uneori, este mai mult vorba de schimburi de informații (poate fi cu alte agenții și cu comunitatea). Lucrul orientat spre comunitate generează multe informații referitoare la client, ce provin din diverse contacte și întâlniri pe termen. Membrii echipei deseori primesc ocazional anumite informații (inclusiv de la alți clienți) despre viața oamenilor. Aceste informații sunt ulterior împărtășite la întrunirile pe marginea tabelului FACT. În așa mod, fiecare manager de caz are urechi și ochi suplimentari.

Tabelul FACT este de asemenea utilizat în calitate de calendar: intervențiile stabilite sunt înregistrate în tabelul digital FACT – așa ca întâlnirile stabilite o dată la trei săptămîni cu anumiți clienți pentru administrarea injecției. Cu două zile înainte de data injecției, pe tabel va apare un memento. Dacă efectuarea injecției nu este înregistrată, caseta respectivă va fi evidențiată cu roșu în ziua ulterioară datei stabilite a întâlnirii.

Prelungirea deciziilor judecătorești este monitorizată în același mod; tabelul generează un

memento cu suficient timp înainte de data expirării.

Este clar că numeroase motive determină includerea unui client în tabelul FACT. Prin înregistrarea unui client în tabel, membrii echipei urmăresc o serie largă de scopuri:

1) intensificarea tratamentului

De exemplu, intensificând contactele ce țin de probleme sau psihoeducație, dar și prestând tratament medicamentos sau organizând teste de laborator

2) intensificarea îngrijirilor

De exemplu, oferind suport, structură, un ritm zilnic, igienă personală și a domiciliului,

3) îmbunătățirea reabilitării intensive sau a suportului pentru recuperare

De exemplu, notînd în tabel faptul că un client este pe cale de a face un pas major, cum ar fi trecerea într-o altă locuință sau obținerea unui loc plătit de muncă

4) organizarea unei mai bune monitorizări

De exemplu, pentru a preveni daunele, a canaliza consumul de substanțe cît mai mult posibil, poate de a monitoriza aderența la condițiile de eliberare condiționată

5) asistarea clientului care revine acasă

De exemplu, ghidînd și consiliind un client după o internare de durată sau după detenție; primele cîteva săptămîni ale acestei perioade deseori au o importanță crucială pentru prevenirea recidivei

6) organizarea unei mai bune 'legături'

De exemplu, oferind tratament asertiv și căutînd, în calitate de echipă, modalități de stimulare a clientului în vederea cooperării în procesul de tratament.

Toate acestea sunt obiective dificil de realizat de către un singur lucrător din domeniul îngrijirilor; însă scurtele ședințe zilnice ale echipei uneori generează perspective surprinzătoare.

3.4 Integrarea tratamentului, îngrijirilor, reabilitării și recuperării în cadrul FACT

FACT este un model special, deoarece se axează pe o combinație de cîteva elemente: (1) tratament în conformitate cu ghidurile, (2) îngrijiri și reabilitare, (3) suport pentru recuperare și (4) lucru cu sistemele de suport din familie și comunitate.

Cartea *Classics of Community Psychiatry (Lucrări clasice în psihiatria comunitară)* (Rowe et al., 2011) este un volum ce cuprinde cincizeci dintre cele mai importante articole în tematica psihiatriei sociale apărute în ultimii o sută de ani. Răsfoind aceste articole, vedem că autorii deseori pun accentul pe unul sau două elemente importante, așa ca managementul de caz, continuitatea îngrijirilor, tratament sau importanța recuperării. Punctul de plecare pentru FACT îl constituie faptul că sunt necesare multe și diferite elemente importante. Provocarea constă în faptul de a integra toate aceste aspecte diferite. Pentru fiecare persoană, FACT încearcă să găsească o combinație minuțios echilibrată a tuturor acestor elemente. Întrînririle zilnice pe marginea tabelului FACT ajută la coordonarea intervențiilor și, ca răspuns la informația primită, la luarea deciziilor privind ce este necesar, dezirabil și posibil la momentul respectiv. Pentru persoanele care beneficiază de supraveghere individuală, o dată pe an se organizează o ședință pentru elaborarea planului de tratament.

Ghidul multidisciplinar olandez pentru schizofrenie (la fel ca și ghidurile similare din alte țări) stabilește tratamentele ce pot fi utilizate, așa ca tratamentul medicamentos, intervențiile psihologice, psihoeducația și terapia de familie. Aceste intervenții trebuie

explicate clienților și familiilor lor, iar uneori este necesar de a le presta în mod proactiv.

În cadrul FACT, aspectele ce țin de reabilitare sunt integrate în planul de tratament. Scopurile de tratament sunt formulate de către client și înregistrate într-un mod personal și clar, în limbajul clientului. În procesul de realizare a acestor scopuri, clienții pot fi susținuți de către managerul lor de caz sau de către lucrătorii specializați în reabilitare, așa ca specialiștii în angajare.

FACT își propune de a susține clienții în procesul de recuperare. Scopul este ca clienții să funcționeze optimal și să participe în societate într-un mod care este potrivit și sigur pentru ei.

Recuperarea (Ridgway et al. 1999) înseamnă:

1. Reobținerea unei imagini pozitive de sine, în pofida luptei cu o boală psihică. Aceasta implică o trecere de la renunțare la un optimism plin de speranță și realist, de la înstrăinare la sens și scop, de la un pacient psihiatric la o personalitate pentru care boala nu este în prim plan.
2. Auto-gestionare activă de către client a vieții sale și a bolii psihice. Aceasta implică o trecere de la a fi un pacient pasiv la a fi un client activ, de la vulnerabilitate la stres la auto-gestionare activă, de la auto-neglijare la dezvoltare axată pe stiluri pozitive de viață, auto –îngrijire și stare de bine.
3. Recăpătarea vieții în afara serviciilor de sănătate mintală. Aceasta implică o schimbare – de la o viață trăită mai mult conform programului serviciilor de sănătate mintală la o viață în mediu comunitar, de la retragere și pasivitate la participare activă în activități semnificative și de la izolare socială la relații și implicare în societate.

FACT se axează de-asemena pe interacțiunea dintre clienți și mediul lor. Membrii familiei clientului joacă un rol foarte important pentru FACT. Ei deseori oferă suport, se preocupă și cunosc clientul de mult mai mult timp, decât lucrătorul din domeniul îngrijirilor. Uneori, relațiile sunt rupte, însă se simte necesitatea de a le reconstrui. Tratamentul în conformitate cu ghidul include psihoeducația și alte intervenții asupra familiei.

Dat fiind faptul că FACT își propune de a susține incluziunea clientului în comunitate, FACT trebuie să fie un partener sigur și accesibil pentru comunitate și pentru agenții. Integrarea definitivă a clientului în comunitate depinde de o serie largă de alte agenții și servicii. Între aceste servicii și FACT există o zonă de suprapunere, în care se vor regăsi reciproc în calitate de parteneri.

Persoanele care evită tratamentul

Există și un grup de pacienți care refuză să contacteze cu echipa sau cu lucrătorii din domeniul îngrijirilor. Neconștientizarea faptului de a fi bolnav sau necunoașterea bolii lor uneori joacă un anumit rol, însă la fel și lipsa încrederii sau experiențele anterioare negative – uneori foarte negative – cu lucrătorii din domeniul îngrijirilor și psihiatrii. Noi numim acești pacienți 'persoane care evită tratamentul'. Noi încercăm să stabilim

contacte cu ei, oferindu-le, de exemplu, suport social practic, însă dacă ei nu doresc nimic, noi le respectăm dorința. De-aseenea, noi deosebim o categorie de ‘persoane în situație de risc înalt care evită tratamentul’. Cît este de ‘înalt riscul’ acestor persoane depinde de măsura în care se dezavantajează considerabil pe sine sau chiar sunt un pericol pentru sine sau mediul lor, precum și de măsura în care acest lucru este cauzat de boala psihică.

Vedem persoane care duc o viață foarte retrasă, cu foarte puține contacte, însă nu se neglijează pe sine în mod sever, precum ‘persoanele care evită tratamentul’. Noi încercăm să stabilim contacte cu ele într-un mod informal. Încercăm să le oferim îngrijiri ‘attractive’, ‘de conexiune’, de exemplu, avînd o scurtă conversație în stradă sau oferindu-le suport sub formă de însoțire la diferite servicii și agenții. Noi căutăm o deschidere, însă nu forțăm lucrurile. Lucrătorii pentru suport de la egal-la-egal pot juca un rol important în stabilirea contactelor.

Dacă pacienții sunt incapabili mintal din cauza bolii lor și – de exemplu – se auto-neglijează foarte sever sau își distrug în mod sever mediul lor, noi îi considerăm drept ‘persoane în situație de risc înalt care evită tratamentul’. Echipa încearcă în mod asertiv să stabilească contacte. Membrii echipei coordonează tratamentul cu familia și, cînd este relevant, cu serviciile sociale. În așa caz, echipa oferă ‘tratament asertiv’ pentru a-i aduce pe pacienți la îngrijiri (găsirea cazului) și a-i menține sub îngrijire (conexiune). Uneori, poate fi necesară o decizie judecătorească privind tratamentul forțat, care de-aseenea va fi administrat de către echipă. În așa caz, scopul este de a garanta siguranța.

3.5. Planul de tratament și ciclul planului de tratament

Pentru a duce evidența tratamentului și supravegherii ce comportă atît de multe componente diferite, este esențial de a avea un plan de tratament. În Țările de Jos, există acorduri clare privind standardele cărora trebuie să se conformeze un plan de tratament:

- 1) Fiecare client trebuie să posede un plan de tratament scris într-un limbaj clar.
- 2) Planul trebuie elaborat în consultare cu clientul (și cu familia).
- 3) Planul de tratament trebuie să conțină scopurile personale ale clientului, formulate cu cuvintele proprii ale clientului, de rînd cu activitățile de tratament și cele de suport și reabilitare propuse de către echipă.
- 4) Un plan de criză sau de prevenire a recidivelor face deseori parte din planul de tratament.
- 5) Planul de tratament trebuie evaluat și actualizat cu regularitate, cel puțin o dată pe an.

În cadrul unei echipe FACT, managerul de caz este responsabil pentru asigurarea îndeplinirii cerințelor menționate mai sus. Cu alte cuvinte, managerul de caz trebuie să se asigure în fiecare an că planul de tratament este evaluat și, în caz de necesitate, actualizat în termeni rezonabili.

- 1) Managerul de caz programează întrunirea următoare consacrată planului de tratament cu zece luni înainte.
- 2) Managerul de plan pregătește planul împreună cu clientul (și, posibil, cu familia clientului).
- 3) Înainte de ședință, managerul de caz completează cîteva formulare împreună cu clientul, de exemplu pentru scala HoNOS, MANSA sau IDDT.

- 4) Managerul de caz colectează date în urma screening-ului somatic.
- 5) Managerul de caz discută cu clientul despre anul precedent și evaluează în ce măsură au fost realizate scopurile trasate anterior.
- 6) În consultare cu clientul, managerul de caz poate de asemenea aborda un membru al familiei pentru a evalua anul anterior.
- 7) În consultare cu clientul, managerul de caz pregătește o versiune inițială a planului de tratament, care acoperă toate domeniile vieții și monitorizează starea fizică a clientului,
- 8) Pasul următor este o discuție multidisciplinară în cadrul echipei asupra propunerii de plan de tratament. La ședință sunt prezenți psihiatrul și alți membri ai echipei implicați în tratament. Multe echipe obișnuiesc să invite clientul la întrunirea respectivă pentru a participa la discutarea planului de tratament. Alte echipe preferă să invite clientul la discuție într-un grup mai mic pentru a vorbi despre planul de tratament (de exemplu, doar clientul, un membru al familiei, managerul caz și psihiatrul).
- 9) Apoi, în consultare cu clientul, se ajustează planul de tratament. Planul include dorințele clientului și diverse aranjamente cu echipa de tratament (despre tratament, medicamente, ghidare, căutarea unui loc de muncă, intervențiile posibile în caz de criză).
- 10) Finalmente, clientul semnează planul (dacă dorește), iar psihiatrul semnează din numele echipei.
- 11) După adoptarea planului, clientul, dacă dorește, poate primi o copie a acestuia.

Capitolul 4: Modelul clepsidrei

4.1 Diversele roluri ale lucrătorilor din domeniul îngrijirilor

În cadrul unei echipe FACT, lucrătorii din domeniul îngrijirilor schimbă în permanență diferite roluri. Un manager de caz care supraveghează un client în mod individual deseori are o abordare personală. Acesta cunoaște bine clientul și poate vorbi despre aspecte practice, ce țin de gospodărie, finanțe sau medicamente, dar și despre chestiuni personale, așa ca relațiile intime sau înfruntarea problemelor. Managerii de caz care supraveghează clienți pe perioada prestării îngrijirilor intensive de echipă au mai puține posibilități de conversații personale profunde cu clienții; de regulă, ei acordă suport și structură, ajută la activarea clientului, etc.

În cadrul supravegherii individuale, managerii de caz de asemenea îndeplinesc multe roluri diferite; un manager de caz este uneori un consilier confidențial, alteori – un consultant practic în relațiile cu alte agenții și servicii, iar uneori și persoana care administrează tratamentul forțat, în conformitate cu o decizie judecătorească.

Această varietate de roluri se referă și la psihiatru (uneori acesta este consilier confidențial, alteori – furnizor de medicamente, fiind considerat ceva neplăcut, iar uneori este persoana care solicită instanței judecătorești o decizie privind tratamentul forțat) și la psiholog. Pentru practicienii echipelor FACT care sunt la începuturi, această necesitate de comutare continuă la diferite roluri s-a dovedit a fi deseori provocatoare, în special pentru nursele care au fost formate într-un spital. În urma discuțiilor cu acești practicieni, am elaborat ‘modelul clepsidrei’.

4.2 Modelul clepsidrei

Echipele FACT prestează diferite tipuri de îngrijiri. Din punct de vedere al lucrătorilor din domeniul îngrijirilor, deosebim trei procese:

1. Gestionarea destabilizării
2. Tratament
3. Recuperare.

Aceste procese nu trebuie privite într-un mod rigid, ca 'faze' ce se succed una după alta. Deseori, un client beneficiază de tratament, dar, în același timp, lucrează asupra recuperării și deseori tratamentul este esențial în gestionarea destabilizării. Procesele pot coincide sau alterna. Totodată, fiecare proces necesită activități diferite și o atitudine diferită din partea lucrătorului care în fiecare caz are un rol diferit.

Re 1) Gestionarea destabilizării

Termenul destabilizare se referă la o situație de criză, cu pericol de recidivă sau simptome sporite ori consum de substanțe. Atunci când este un pericol de psihoză recurentă, clienții trebuie să-și mobilizeze toată energia de care dispun pentru a se menține. Deseori, apar și probleme sociale și noi remarcăm că auto-îngrijirea și grija față de mediu se deteriorează. Într-o asemenea situație, noi prestăm o intervenție optimală de criză pentru a-i permite clientului să depășească în siguranță episodul fără recidivă și fără respitalizare, dacă este posibil.

Destabilizarea poate de asemenea fi o caracteristică permanentă a persoanelor cu psihoză dezorganizată cronică. Asemenea clienți nu mai sunt capabili de a-și menține viața lor pe calea cea bună, chiar dacă ar dori acest lucru. Atunci, sarcina FACT este de a gestiona această stare de destabilizare pe termen lung, prestând îngrijiri zilnice permanente și structură.

Re 2) Tratament

Tratamentul nu include doar medicamente, dar și intervenții psihologice sau intervenții axate pe problemele de adicție sau de formare a abilităților. Procesul prin care un specialist în angajare lucrează cu un client și-l ghidează spre găsirea unui loc plătit de muncă este de asemenea considerat drept o formă de tratament, deoarece clientul lucrează cu asistența unui lucrător din domeniul îngrijirilor, în conformitate cu metodele utilizate de către acesta pentru a îmbunătăți funcționalitatea clientului și a-i reduce simptomele.

Re 3) Recuperarea

Acesta este domeniul în care clientul lucrează asupra procesului de recuperare auto-ghidată, fiind susținut de echipă în ceea ce privește reabilitarea.

Lucrătorul din domeniul îngrijirilor își asumă roluri diferite pentru fiecare proces:

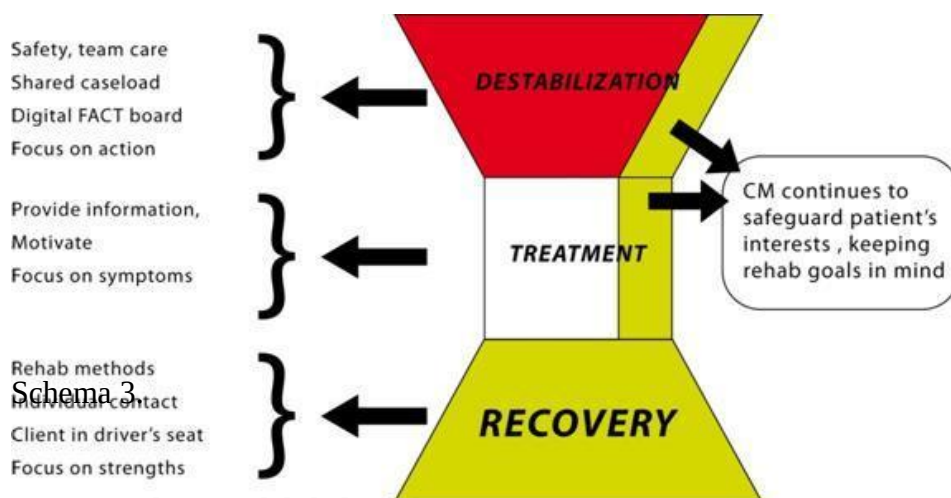
Destabilizarea necesită o abordare orientată spre problemă, directivă și orientată spre acțiune. Sunt necesare îngrijiri de echipă și membrii echipei pot prelua unele dintre activitățile zilnice ale clientului.

Procesele de tratament se rotesc în jurul colaborării cu clientul. Tratamentul servește drept suport pentru scopurile formulate de către client. În baza unor decizii luate în comun, echipa încearcă să ajungă la un acord cu clientul referitor la tratamentul optimal. Uneori, tratamentul este prescriptiv prin esența sa (medicamente, recomandări), iar

uneori clientul și lucrătorul din domeniul îngrijirilor caută soluții împreună (psihoterapie). Managerii de caz au un rol stimulator și de suport pe parcursul tratamentului. Ei oferă informații și consiliere referitor la tratament sau motivează clienții pentru a participa la un anumit program de tratament, de exemplu, grupul de pre-contemplare pentru clienții cu probleme de adicție.

În *procesul de recuperare*, managerul individual al cazului sau practicianul curant susține clientul în mod mai individual și clientul este cel care controlează procesul. Relația de încredere dintre client și managerul de caz are o importanță crucială în acest proces.

Am făcut un sumar al celor expuse mai sus în cadrul unei diagrame – clepsidra:



4.3. Lucrul cu modelul clepsidrei

Clepsidra indică că rolul managerului de caz (și al altor membri ai echipei) este diferit în fiecare proces. Pentru fiecare proces, coloana din stânga enumeră:

scopul

procedura de lucru

cine controlează

atitudinea lucrătorului din domeniul îngrijirilor.

Vom examina aceste aspecte mai detaliat, axându-ne pe managerul de caz:

Destabilizarea necesită o abordare axată pe problemă, de rezolvare a crizei. Aceasta poate implica supraveghere, consiliere, suport sau organizarea asistenței suplimentare pentru îngrijiri personale. Dar aceasta poate însemna și asumare, protejare și, dacă este necesar (dacă situația este periculoasă), utilizarea presiunii sau finalmente a forței. Clientul este înscris în tabelul FACT. Managerul de caz lucrează acum ca membru al echipei și face aranjamente de echipă pentru acțiuni comune, unite. Managerul de caz va direcționa îngrijirile comune de echipă. Managerul de caz de asemenea va actualiza dosarul clientului și va menține contacte cu persoanele-cheie din rețeaua clientului.

În ceea ce privește *tratamentul*, rolul managerilor de caz este de a oferi informații, de a motiva clientul și de a presta tratament în grup sub formă de psihoeducație, precum și de

a organiza formarea abilităților după Liberman, etc. Managerul de caz colaborează cu psihiatrul sau psihologul sau cu un alt practician din domeniul îngrijirilor. În calitate de supraveghetor personal al clientului, acesta evaluează tratamentul împreună cu clientul. Clientului trebuie să i se acorde tratamentul necesar la momentul potrivit. Aceasta necesită diagnosticare – echipa trebuie să determine ce intervenții au putea fi utile. Pasul următor este de a explica tratamentul clientului și familiei și de a stimula acceptarea din partea clientului. Managerul de caz îi poate solicita psihologului sau psihiatrului să stabilească o întâlnire sau să-l însoțească într-o vizită la domiciliu. Multe tratamente sunt prestate de către membrii echipei, astfel referirile se pot face mai rapid, fără praguri înalte.

Referitor la *recuperare*, rolul managerului de caz este individual; managerul de caz creează condițiile ce duc la recuperare și urmărește cu interes procesul. Managerul de caz este prezent și atent, se axează pe sporirea autonomiei clientului. Acesta este rolul unui mentor, ghid sau tovarăș de călătorie. În procesul de recuperare, clientul este șoferul, iar lucrătorul din domeniul îngrijirilor este un pasager interesat, ce stă alături de client sau pe bancheta din spate. Relația unul-la-unu este importantă în acest context. Rolul lucrătorului din domeniul îngrijirilor în calitate de ‘expert clinician’ se schimbă în rolul de partener (Salyers et al. 2007). În caz de necesitate, în procesul îngrijirilor sunt utilizate tehnici/ metode de reabilitare pentru a-l ajuta pe client să-și formuleze propriile scopuri sau să preia din nou inițiativa. Modelul punctelor forte (Rapp și Goscha 1998) de asemenea ne oferă instrumente și metode specifice de suport.

Deși rolul managerului de caz este individual și implică crearea condițiilor, experiența a denotat că, de fapt, în acordarea suportului sunt implicați câțiva membri ai echipei, așa ca lucrătorul pentru suport de la egal-la-egal, specialistul în angajare, psihiatrul - pentru actualizarea medicamentelor, etc.

Această abordare, numită îngrijiri orientate spre recuperare, constituie un element esențial al FACT. Este importantă atât pentru clienții individuali, cât și pentru atitudinea generală a echipei. Ea echilibrează aspectele uneori prea prescriptive și directoare ale FACT. În trecut, în Statele Unite erau exprimate critici considerabile față de echipele ACT prea asertive, care, în virtutea entuziasmului lor și axării pe reducerea spitalizărilor, uneori pierdeau din vedere scopurile clientului. Introducerea a ACT orientat spre recuperare a restabilit echilibrul.

Comutarea rolurilor – un exemplu

Înainte de întrunirea de dimineață de la orele nouă, la orele 8.10, managerul de caz Anja merge să-l viziteze pe Dl De Jager. Dl De Jager trăiește singur și a început recent un job de voluntar, unde trebuie să se prezinte la orele 9.00. Pentru el este foarte dificil să înceapă atât de dimineață și a solicitat ajutor pentru câteva săptămâni pentru a intra în acest ritm zilnic. Unul din managerii de caz îl vizitează în fiecare zi. Anja verifică dacă el s-a trezit la timp, îi dă medicamentele și-i amintește să-și pregătească cutia pentru prânz. Apoi Anja merge la biroul echipei FACT. Pentru acea zi, ea mai are încă alte patru întâlniri cu clienții din setul său de dosare.

La întrunirea de dimineață pe marginea tabelului FACT, se discută pe scurt despre

clienți pentru a vedea dacă sunt noutăți. Anja n-are nimic deosebit de raportat despre Dl De Jager, însă specialistul în angajare raportează că Dl De Jager este foarte mândru că reușit să se încadreze în ritmul zilnic. A fost înregistrat un nou client, Dna Langerdam; ea este inclusă în tabel. Ea este o posibilă persoană care evită tratamentul; deoarece pînă acum ea are puțină claritate referitor la problemele sale. Se convine ca Anja și psihiatrul s-o viziteze la orele 11.30 pentru a vedea care este situația și a stabili dacă sunt necesare medicamente. La 10.00, Anja are o întâlnire cu Merel, un client care recent a finalizat scala MANSA (scala Manchester a calității vieții). Ele discută despre satisfacțiile și insatisfacțiile lui Merel în diverse domenii. Întrebarea principală se referă la domeniile în care Merel ar dori să schimbe anumite lucruri. Care sunt ambițiile și aspirațiile sale? Se constată că Merel este nemulțumită de rețeaua sa socială limitată; ea examinează posibilitatea de a participa la un curs de ‘lucrul cu propria experiență’.

La 11.30, Anja este în fața ușii Dnei Langerdam. Sosește și psihiatrul. Anja sună la ușă și intră împreună. În curînd devine clar că femeia nu se opune cu adevărat îngrijirilor și că deja a urmat tratament altundeva. Ea este deschisă pentru a primi suport, însă nu vrea să fie spitalizată. Se convine ca în următoarele cîteva săptămîni Anja va vorbi cu Dna Langerdam despre problemele sale și că ea va reîncepe a lua medicamentele. Anja va organiza de-asemena o întâlnire cu psihologul, precum și o evaluare a stării sale fizice prin intermediul medicului generalist.

Într-o dimineață, Anja și-a asumat toate diversele roluri: organizare și ghidare, diagnoză și intervenție de criză, motivarea clientului de a accepta tratamentul și discuție despre recuperare. Aceasta înseamnă comutare de roluri.

4.4. Coloana din dreapta în modelul clepsidrei

Mulți practicieni din domeniul îngrijirilor au tendința de a gândi secvențial: ‘clientul are mai întîi nevoie să se stabilizeze și doar apoi va exista spațiu pentru reabilitare’. Asemenea practicieni sunt deseori inutil de pesimiști în ceea ce privește recuperarea și reabilitarea. Mișcarea de recuperare dorește să se distanțeze de asemenea atitudini. Pași spre recuperare pot fi întreprinși și în situație de criză.

O altă problemă constă în faptul că, în timpul tratamentului sau în procesul de prevenire a destabilizării, practicienii din domeniul îngrijirilor nu cunosc uneori sau uită care sunt scopurile clientului – și uneori chiar trec cu vederea rezultatele recente ale procesului de recuperare. În așa caz, ei pot perturba procesul de recuperare prin intervenții bine-intenționate.

Iată de ce, în modelul clepsidrei, dunga verde din partea dreaptă merge de la ‘recuperare’ pînă sus la procesele de ‘tratament’ și ‘destabilizare’. Această dungă verde simbolizează faptul că chiar în perioada de tratament și destabilizare accentul rămîne pe scopurile de tratament ale clientului; că recuperarea persistă la toate fazele.

Exemplu

După multe psihoze și abuz frecvent de droguri, John a rupt contactele cu tatăl său. Tatăl lui John s-a retras, deoarece în episoadele psihotice John vine acasă cu amenințări și cerințe. Tatăl era foarte decepționat, parțial din cauza abuzului de droguri din partea lui

John și a furturilor, inclusiv din casa tatălui.

John a intrat în contact cu echipa FACT la o fază mai calmă și și-a dat seama că el dorea să restabilească contactele cu tatăl său. Aceasta a necesitat mult timp și o abordare precaută. Tatăl nu mai dorea să fie din nou decepționat amarnic. Totuși, John a reușit să se reconecteze; cu ajutorul managerului său de caz, el a construit noi punți spre tatăl său. Ei au putut reîncepe să-și vorbească. În cele din urmă, John îl vizita pe tatăl său în fiecare zi de miercuri.

Din păcate, John a avut o recidivă și a devenit pentru un anumit timp tot atât de solicitant, ca și în trecut. Probabil, el nu era suficient de curat. La întrunirea FACT de marți, s-a constatat că erau necesare măsuri suplimentare pentru a preveni reîntoarcerea la vechile probleme cu tatăl.

În consultare cu John, tatăl a fost anunțat că vizitele de miercuri după amiază urmau la început să fie suspendate pentru un timp, apoi să fie reluate sub supraveghere. Pentru John aceasta era acceptabil: scopul era de a proteja temporar una din reușitele sale din procesul de recuperare, pe care el nu dorea s-o expună pericolului.

Unul din rolurile-cheie ale managerului de caz este de a atrage atenția echipei și a practicienilor curanți asupra procesului de recuperare a clientului și asupra aspectelor care sunt deosebit de importante pentru client.

Capitolul 5 : FACT în practică

5.1. Puncte forte, recuperare și reabilitare

Pentru o echipă FACT este foarte important de a-și formula clar propria viziune asupra capabilităților și punctelor forte ale clientului. Ne dăm seama că acest aspect poate avea implicații diferite în diferite țări unde este implementat modelul FACT. Prin urmare, vom include doar câteva pasaje scurte din Capitolul 4 al manualului olandez FACT, în care Van Weeghel examinează pe larg interacțiunea dintre suport pentru recuperare și reabilitare.

În Țările de Jos, modelul punctelor forte în managementul cazului (Rapp, 1998) a fost o bună sursă de inspirație pentru a-i conferi recuperării și reabilitării un loc-cheie în implementarea practică a FACT. Principiile modelului punctelor forte sunt:

- * accent pe punctele forte ale clientului, nu pe patologia sa
- * relația de lucru dintre managerul de caz și client este esențială
- * intervențiile sunt orientate spre auto-determinare
- * comunitatea este o oază de resurse, nu un obstacol
- * contactele cu clienții au loc în comunitate, nu în centrul de sănătate mintală
- * persoanele cu tulburări psihice pot învăța, crește și se pot schimba.

Modelul punctelor forte nu este descris cu atât de multe detalii, ca alte abordări ale reabilitării. Este mai pragmatic, din acest motiv pare a corespunde mai bine dinamicii unei echipe ACT sau FACT.

Dincolo de modelul punctelor forte, îngrijirile orientate spre recuperare în general devin tot mai obișnuite în Țările de Jos. Recent, Dröes (2008) a formulat următoarele caracteristici specifice:

În cadrul îngrijirilor orientate spre recuperare, practicienii din domeniul îngrijirilor:

- sunt prezenți cu atenție
- utilizează cadrul lor profesional de referință într-un mod restrâns și modest
- reacționează personal la sentimente și emoții
- creează spațiu pentru povestea personală a clientului, o susțin și se conformează acesteia
- recunosc și stimulează punctele forte ale clientului, atât individual, cât și colectiv (abilitare)
- recunosc, utilizează și stimulează expertiza experiențială a clientului
- recunosc, utilizează și stimulează suportul acordat clienților de către alte persoane semnificative
- se axează pe atenuarea suferințelor și sporirea autonomiei și controlului clientului asupra propriei sale vieți.

Dröes consideră că practicienii din domeniul îngrijirilor deseori nu reușesc să vadă punctele forte ale clienților. El le recomandă să caute aceste puncte forte. Clienții se simt cu mai multă putere după împărtășirea propriilor povești, utilizând expertiza experiențială și preluând mai mult control asupra propriilor lor vieți. Suportul din partea altora joacă un rol important în acest sens; tratamentul, la fel, joacă un anumit rol cu condiția că acest rol este modest și nu dominant. Recuperarea este inhibată, dacă există prea multe suferințe. Acțiunile practicienilor din domeniul îngrijirilor trebuie să se axeze întotdeauna pe reducerea acestor suferințe.

Plus la identificarea punctelor forte și la susținerea recuperării, FACT mai are sarcina de a promova reabilitarea clienților. Reabilitarea reprezintă un set amplu de idealuri și practici menite să faciliteze recuperarea funcțională, integrarea și incluziunea socială a persoanelor cu tulburări psihice.

Domeniile majore de reabilitare sunt locuința, locul de muncă, instruirea și contactele sociale. Prestarea intervențiilor de reabilitare, la fel ca și alte forme de îngrijire, poate contribui în mare măsură la recuperarea clientului.

La nivel internațional, sunt cunoscute câteva abordări. Majoritatea dintre ele pot fi utilizate cu succes în cadrul FACT. Acest lucru este menționat într-un rezumat al lui Drake et al. (2003) privind principalele tendințe în gândirea referitoare la reabilitare:

- intervențiile trebuie focusate pe a conferi putere clienților
- clienților trebuie să le se formeze abilități pentru viața curentă într-un context comunitar
- trebuie formate abilități specifice pentru fiecare rol social sau mediu, deoarece foarte puține abilități pot fi generalizate pentru mai multe domenii
- de rînd cu formarea abilităților, lucrătorii din domeniul îngrijirilor trebuie să mobilizeze suport din partea mediului
- este mai bine de a plasa clienții în mediul dorit cât mai curînd posibil, decît de a-i pregăti o perioadă îndelungată, pas cu pas
- este mai bine de a integra reabilitarea în tratament și alte îngrijiri
- reabilitarea mai implică și combaterea stigmei, precum și modificarea legilor și

regulamentelor

Cu certitudine, totul se axează pe prezența în mediul ‘real’ al clientului. Aceasta corespunde foarte bine cu principiile modelului FACT. Metodele de reabilitare pot fi aplicate eficient în cadrul FACT și o echipă FACT trebuie să includă câțiva specialiști în reabilitare.

5.2 Lucru în vederea incluziunii: susținere pentru crearea sistemelor de suport comunitar

O altă sarcină-cheie a FACT este de a ajuta la crearea sistemelor de suport comunitar. Conceptul unui sistem de suport comunitar a fost introdus în Statele Unite. În Țările de Jos, acesta implică faptul că diverse persoane și servicii convin de a lucra împreună și cu clienții lor pentru a presta suportul social necesar. În Țările de Jos, practic în fiecare sferă a vieții există agenții, grupuri și persoane care pot contribui la suportul și incluziunea socială a persoanelor cu tulburări psihice. Pe de altă parte, acest potențial deseori rămâne neutilizat, deoarece este dezorganizat, incoerent și inaccesibil. Pentru o echipă, este important de a identifica posibilitățile și de a le mobiliza spre binele clientului. Din acest motiv, echipa FACT menține contacte cu diverse servicii comunitare și sociale; fiecare manager de caz este persoana de contact pentru un anumit număr de servicii. Aceasta înseamnă că echipa poate face propuneri privind crearea unui sistem de suport comunitar pentru fiecare client. Echipele care lucrează activ în vederea incluziunii pot indica persoanele și serviciile care fac parte din sistemul individual de suport comunitar al fiecărui client.

Recent, în Țările de Jos au avut loc discuții privind modul în care echipele FACT trebuie să lucreze cu diverse echipe sociale generale constituite de către municipalități. Unele persoane au optat pentru o colaborare foarte apropiată sau chiar pentru ‘fuzionarea’ cu aceste echipe. Subsemnatul autor nu împărtășește o asemenea opinie. În opinia sa, o echipă FACT trebuie să fie orientată spre prestarea serviciilor și foarte deschisă pentru colaborare cu alte echipe, însă trebuie de asemenea să explice că grupul său țintă este foarte specific și că prestează *tratament* profesionist pacienților cu boli mintale severe. Faptul că noi lucrăm în comunitate și în casele oamenilor nu înseamnă că noi suntem un serviciu de îngrijiri la domiciliu sau un serviciu social. Dacă echipele FACT ar fuziona cu alte echipe, ar apare pericolul ca expertiza în domeniul bolilor mintale severe să se scurgă și ca legăturile esențiale cu restul serviciilor de sănătate mintală (și spitalele de psihiatrie) să fie sub presiune.

5.3 Intervenții conforme cu ghidurile clinice

În capitolele anterioare s-a făcut referință la ghidul multidisciplinar olandez pentru schizofrenie. În Țările de Jos, acest ghid (care a fost actualizat în 2012) este foarte important. Unele dintre intervențiile incluse în ghid sunt:

- * Psihoeducația (pentru clienți, membrii familiei și alte persoane direct implicate)
- * Managementul tratamentului medicamentos
- * Intervenții psihologice (TCC)
- * Intervenții asupra familiei
- * Tratament Integrat al Diagnosticului Dublu (IDDT)
- * Angajare individuală în câmpul muncii și suport

Descrierea tuturor acestor intervenții ar depăși cadrul acestui manual. Aspectul important este că, dat fiind faptul că echipa este multidisciplinară, în principiu fiecare dintre aceste intervenții este luată în considerație.

Astfel, echipele FACT sunt uneori comparate cu pomul de Crăciun: pomul este echipa multidisciplinară, care poate trece în mod flexibil de la îngrijirile intensive la cele mai puțin intensive. Decorațiile sunt practicile bazate pe dovezi și alte intervenții.

Ne putem imagina că importanța relativă a diverselor intervenții este diferită în diferite țări. Cu toate acestea, atunci când sunt formate echipe FACT, practicienii ar trebui să examineze ce este considerat drept tratament de ultimă oră în țările lor, iar apoi să implementeze acele intervenții în cadrul echipelor FACT.

5.4 Tratamentul integrat al clienților cu diagnostic dublu

Abuzul cronic de alcool și droguri este cea mai răspândită co-morbiditate printre persoanele cu boli mintale severe. În mediu, 50 - 70% din clienții echipelor FACT au o asemenea problemă. Tratamentul contra adicției le face foarte puțin bine clienților cu diagnoză dublă, iar tratamentul psihiatric deseori eșuează din cauza adicției. Este important ca tratamentul să fie integrat de către o echipă care tratează ambele tulburări în același timp. FACT lucrează în baza principiilor Tratamentului Integrat al Diagnosticului Dublu (IDDT) (Drake et al., 2001). Cel puțin doi membri ai echipei trebuie să dispună de instruire extensivă în acest domeniu; astfel, ei le-ar putea ajuta și celorlalți membri ai echipei să facă față unor asemenea situații. Conform viziunii centrale a modelului, practicienii trebuie să înțeleagă la ce fază a consumului de substanțe, abuzului sau adicției se află pacientul. Toate intervențiile sunt determinate de acest fapt și practicienii vor aplica constant măsuri adecvate pentru pacientul respectiv. Un asemenea tratament este integrat în restul tratamentului psihiatric. O tehnică utilizată pe larg este interviuarea motivațională.

Pentru echipa FACT este foarte important de a ajunge la o înțelegere cu spitalul de psihiatrie referitor la continuitatea viziunii și abordarea problemelor de adicție prin prisma IDDT; în cadrul unei asemenea abordări, ar putea fi foarte util pentru client de a petrece ceva timp într-o clinică, apoi de a se externa și de a beneficia de ghidare ulterioară de ambulatoriu. Clinica și FACT trebuie să aibă aceeași viziune și atitudine față de asemenea spitalizări.

O constatare interesantă se desprinde din cercetarea de la Limburg (Drukker 2011). Este vorba de un studiu efectuat în echipele FACT care nu desemnaseră încă specialiști în adicție. S-a constatat că tendința de a duce mai des la remisiune *nu* se referea la clienții cu diagnoză dublă din FACT. Pe scurt, fără tratament al adicției integrat în îngrijirile FACT, aceste persoane probabil au mai puține șanse.

5.5 Angajare în câmpul muncii: plasament individual și suport

De regulă, se considera că clienții echipelor ACT și FACT nu sunt capabili de a face un lucru plătit și nu aveau nici o șansă pe piața muncii. Cu toate acestea, cercetările efectuate atât în Statele Unite, cât și în Țările de Jos au denotat că disponibilitatea directă a

consilierii în materie de angajare duce la rezultate favorabile, chiar pentru clienții care inițial nu manifestă interes față de muncă. Angajarea individuală în câmpul muncii și suportul (IPS) (Bond et al., 1997) este cel mai reușit model de reabilitare prin angajare a persoanelor cu boli mintale severe. Trăsăturile cele mai distinctive ale IPS sunt: loc plătit de muncă ca scop; căutarea rapidă a locurilor dorite de muncă; suport pe termen lung; integrarea consilierii în materie de angajare în serviciile de sănătate mintală. Integrarea asistenței în vederea angajării și a altor forme de asistență în echipa FACT înseamnă că clienții sunt contactați mai curînd, că coordonarea este mai bună, că membrii echipei văd mai curînd avantajele lucrului cu clientul și că expertiza practicienilor curanți este utilizată pentru a le ajuta clienților în a-și găsi un loc de muncă.

Dezvoltarea IPS în Țările de Jos a fost susținută de faptul că consilierea în vederea angajării și, preferabil, IPS sunt incluse în cerințele privind fidelitatea față de modelul FACT. Acesta este unul dintre motivele pentru care în Țările de Jos tot mai frecvent o echipă FACT include un lucrător IPS ca membru permanent. În echipele care au un lucrător IPS, există o satisfacție deosebită în urma efectelor obținute. Un studiu interesant realizat în Frisia de Vest arată cu cît mai satisfăcuți de situația lor sunt clienții care au un loc plătit de muncă (în comparație cu lucrul de voluntariat sau lipsa unui loc de muncă).

5.6 Sănătatea fizică

Este cunoscut la nivel internațional că starea fizică a persoanelor cu boli mintale severe necesită multă atenție. Din cauza bolii și a condițiilor de viață, dar și din cauza medicamentelor psihiatrice, speranța de viață a acestui grup este cu mult mai joasă, decît pentru restul populației (Tiihoonen et al. 2009). Conform ghidului multidisciplinar olandez (Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie Nederland 2007/2012) și ghidurilor apărute în diverse alte țări, tratamentul fizic adecvat și așa intervenții, ca exercițiul de simulare fac parte din îngrijirile adecvate și tratamentul persoanelor cu boli mintale severe. Unitățile psihiatrice spitalicești întotdeauna acordă atenție acestor aspecte. Acest lucru se referă și la o echipă FACT, însă noi trebuie să ne gîndim minuțios privind intervențiile care fac parte din serviciile prestate de către echipa FACT și cele care trebuie prestate de către medicul generalist. În Țările de Jos, oricine are acces la serviciile medicului generalist. În multe cazuri, echipa va lăsa cea mai mare parte a îngrijirilor fizice ale clienților pe seama medicului generalist. Cu toate acestea, în multe cazuri, echipa FACT organizează de-asemena investigațiile fizice necesare conform evaluărilor necesităților de tratament medicamentos sau în legătură cu sindromul metabolic; acest lucru este coordonat cu medicul generalist.

Domeniul acesta implică de-asemena o importantă sarcină de monitorizare pentru echipă, în special pentru nursele care sunt manageri de caz și pentru psihiatru. Persoanele cu boli mintale severe tind uneori de a subestima problemele fizice sau de a le neglija. Dacă membrii echipei remarcă acest lucru, ei vor discuta cu clientul, iar în unele cazuri și cu familia sa despre aceasta, pentru a încerca de a motiva clientul să meargă la medicul generalist. Medicul generalist este de regulă cel care stabilește dacă cineva din echipa FACT însoțește clientul, de exemplu, pentru a aduce o schemă actualizată a medicamentelor administrate. Dacă clienții sunt internați într-un spital obișnuit, este de-asemena important ca membri echipei să-i viziteze cu regularitate, pentru ca practicienii

de la spital să se poată consulta cu ei și să le poată cere sfaturi.

Un alt aspect este dieta sănătoasă – să le ajutăm clienților a pierde din greutate prin intermediul diferitor intervenții și referiri. Uneori este implicat și un medic nutriționist. Toate aceste intervenții depind în mod direct de viziunile și de nivelul dorit și obținut de prestare a serviciilor într-o țară care dorește să implementeze FACT.

O regulă practică este că, dat fiind faptul că echipa FACT nu poate fi responsabilă de prestarea tuturor îngrijirilor fizice necesare, echipa are sarcina de a determina dacă clientul beneficiază de îngrijiri și tratament din partea medicului generalist sau a altor servicii, în conformitate cu standardele de îngrijiri medicale stabilite pentru populația obișnuită. Dacă există anumite lacune, echipa va prelua îngrijirea clientului, în caz de necesitate, și va căuta soluții sistematice în cadrul sectorului ocrotirii sănătății.

5.7. Constrângere și presiune

În unele țări, constrângerea și presiunea sunt reglementate de către legislație. În Australia, deseori sunt emise ordine comunitare referitoare la tratament; asemenea ordine cer ca o persoană să urmeze tratamentul bolii lor psihice în perioada când nu se află în instituția psihiatrică. Multe țări nu dispun de vreo formă de angajament de ambulatoriu. Țările de Jos se află la o etapă de tranziție spre un sistem de acest gen.

Compararea acestor sisteme nu se include în contextul prezentului manual. Cu toate acestea, trebuie de evidențiat că echipele FACT nu pot ignora sau evita această chestiune și că - în dependență de legislația unei anumite țări - vor trebui să elaboreze proceduri ce țin de constrângere și presiune. Faptul că echipele doresc să-și ajute clienții a supraviețui în comunitățile lor mai înseamnă că echipa FACT este parțial responsabilă de siguranța clientului și a altor persoane din comunitate. Mai mult ca atât, nu ne putem aștepta că o comunitate va fi deschisă și predispusă de a primi o persoană care cauzează daune sau o amenințare.

Am remarcat că toate echipele sunt predispuse de a utiliza o abordare de îngrijire pe trepte; la început utilizează convingerea și ‘momeala’ pentru a aduce comportamentul unui client pe calea cea dreaptă, apoi presiunea și în cele din urmă (după emiterea unei decizii judecătorești) constrângerea. Este important ca echipele FACT să aibă o viziune privind felul de constrângere care urmează a fi aplicat în anumite cazuri. Presiunea poate părea mai puțin intrusivă, decât constrângerea, însă ea poate afecta profund relațiile dintre membrii echipei și client, iar uneori le poate rupe pentru totdeauna. Când se aplică presiunea, clientului i se mai oferă totuși o ‘alegere’, însă i se explică clar că, dacă continuă a manifesta un comportament indezirabil, vor fi consecințe foarte serioase, de exemplu, se va evidenția pericolul de expulzare din locuință sau de pierdere a beneficiilor, în caz că nu-și ia medicamentele și, ca rezultat, va face multă gălăgie în fiecare seara și va speria vecinii. Utilizând amenințarea de expulzare din locuință ca un mijloc de presiune, echipa creează ipotetic o situație extrem de indezirabilă de a rămâne fără un adăpost, ceea ce ar face tratamentul și mai dificil. Iată de ce, dacă apar asemenea situații, deseori este bine de a recurge la autorități – la poliție sau instanța judecătorească.

De ceva timp, în Țările de Jos există echipe FACT de medicină legală: echipe specializate în tratamentul clienților – deseori cu boli mintale severe – care se află în sistemul de justiție penală sau față de care au fost emise sentințe cu suspendarea

pedepsei. Aceste echipe, care dispun de expertiză în evaluarea și managementul riscurilor, sunt uneori consultate de către echipele comunitare FACT, dacă sunt suspectate riscuri serioase, de exemplu, un pacient le pare a fi un ‘lup singuratic’.

Membrii echipei FACT care deseori îndeplinesc sarcini asociate cu restricțiile, așa ca verificarea respectării de către client a condițiilor impuse de către instanța judecătorească și menținerea contactelor cu poliția, sunt psihiatrul, nursa psihiatrică comunitară, managerul de caz și, uneori, lucrătorul social. În același timp, este important ca și ceilalți membri ai echipei, așa ca psihologul și lucrătorul pentru suport de la egal-la-egal, să participe de asemenea, contribuind cu punctele lor de vedere. Trebuie să existe o viziune comună asupra presiunii și constrângerii. Uneori poate fi foarte util ca câțiva membri ai aceleiași echipe să-și asume roluri diferite în abordarea față de client; de obicei, psihiatrul și nursa vor fi ‘băieții cei răi’, deoarece ei vor sesiza instanța judecătorească și vor administra medicamentele forțat. Alți membri ai echipei (așa ca lucrătorul pentru suport de la egal-la-egal sau psihologul) pot atunci încerca de a menține contacte mai pozitive cu clientul, astfel încât nu toate contactele să fie marcate de presiune și constrângere. O evoluție recentă și promițătoare o constituie ‘conferința în grup cu familia’ menită să prevină presiunea și constrângerea. Aceasta este o abordare nouă, prin intermediul căreia clientul este ajutat de către persoanele din mediul lor personal să-și schimbe comportamentul.

5.8. Finalizarea îngrijirilor FACT

Limitările persoanelor cu boli mintale severe sunt deseori de lungă durată, iar uneori cronice. Cursul natural al unei boli mintale severe se caracterizează prin ameliorări fluctuante, remisiune, recidivă sau psihoză recurentă și apoi iar ameliorare și reluarea drumului spre recuperare. Timpurile bune și cele rele alternează. Cu toate acestea, unele persoane cu boli mintale severe ajung la recuperare și remisiune pentru totdeauna. Remisiunea simptomatică înseamnă dispariția simptomelor; remisiunea funcțională înseamnă ameliorarea funcționalității sociale a clientului. S-a convenit că dacă un client n-a manifestat simptome timp de trei luni, acesta se consideră a fi în remisiune simptomatică. La acest moment, apare întrebarea dacă prestarea îngrijirilor FACT poate fi încheiată.

Criteriul principal pentru scoaterea clientului de sub îngrijiri este dorința proprie a clientului – dorința de a trăi o viață mai ‘obișnuită’, fără tratament profesionist sau ghidare. În principiu, practicienii din domeniul îngrijirilor vor aproba această dorință de a duce o viață mai normală, însă vor ține cont de câteva criterii, pe care le vor discuta cu clientul și în echipă.

În cadrul FACT, se aplică frecvent o regulă practică, conform căreia o persoană trebuie să fi funcționat conform criteriilor de la a. la f. (vezi mai jos) timp de cel puțin doi ani:

- a. Contacte cu frecvență redusă, < 1–2 x per 1–2 luni (nu mai mult de 10 - 12 contacte pe an), care nu sunt axate pe schimbare
- b. Nu se utilizează medicamente complexe; clientul trebuie să fie capabil de a face față în mod adecvat cerințelor asociate cu medicamentele prescrise (administrarea lor, efectuarea analizelor sangvine, etc.), medicul generalist

trebuie să aibă suficientă motivație și expertiză pentru a-și asuma responsabilitatea pentru prestarea ghidării adecvate; ambii acești factori vor fi evaluați de către practicianul curant responsabil

- c. Sistem adecvat de suport; urmează a fi evaluat de către echipa multidisciplinară
- d. O anumită formă de lucru sau activități de zi; urmează a fi evaluată de către echipa multidisciplinară
- e. Locuință independentă¹⁵
- f. Situația financiară este organizată rezonabil de bine (posibil, prin intermediul unui administrator).

Plus la criteriile enumerate mai sus, înainte de a transfera un client către asistența primară, este important de a ne asigura că:

- Clientul își dorește acest lucru; clientul are încredere în propriul său proces de recuperare
- Clientul este capabil de a accepta ghidarea
- Clientul este capabil de a solicita ajutor, în caz de necesitate
- Un practician din asistența primară este dispus de a monitoriza clientul (medicul generalist, psihologul din asistența primară, nursa).

Documentul de consens la care am făcut referință anterior recomandă ca persoanele în remisiune să continue a fi considerate drept pacienți cu boli mintale severe și să rămână sub tratament chiar mai mult (3 - 5 ani).

Criteriile de mai sus sunt destul de stricte. Există trei motive pentru acest lucru:

- În primul rând, am optat pentru aceste criterii în baza experienței din Statele Unite, unde, în opina noastră, pacienții erau trimiși prea devreme de la ACT către echipele cu un nivel mai puțin intens de îngrijiri. Avem impresia că acest lucru sporește riscul de recidivă și abandon.
- În al doilea rând, noi cunoaștem limitele medicilor generaliști din Țările de Jos. Cu siguranță, acești practicieni doresc să preia monitorizarea tratamentului medicamentos și a stării fizice a pacientului după FACT, posibil cu asistența nurselor care lucrează individual. Totuși, ei nu dispun de capacitate sau expertiză pentru a implementa o abordare biopsihosocială amplă. Medicina generală nu va fi capabilă de a acorda atenție procesului de recuperare sau de a spori incluziunea pacientului în comunitate.
- În al treilea rând, noi vedem aspectele pozitive ale monitorizării pacienților în cadrul FACT, prin contacte de frecvență redusă, cu condiția ca echipă să aibă grijă de a nu transforma acest lucru în ‘spitalizare de ambulatoriu’ și că se asigură toate beneficiile la care s-a făcut referință mai sus.

Medicii generaliști apreciază dacă echipa FACT poate oferi o ‘garanție de returnare’ după finalizarea îngrijirilor FACT. Dacă pacientul manifestă anumite semne de recidivă sau are necesități mai mari de îngrijire din alte motive, acesta poate fi imediat întors în echipa FACT și beneficia de îngrijiri intensive de echipă chiar din prima zi.

¹⁵ Aceasta implică că persoanele care trăiesc într-o unitate a unei instituții psihiatrice, într-o locuință protejată sau într-un context similar nu sunt eligibile pentru a fi scoase de sub îngrijirile echipei comunitare. Dacă dizabilitățile sunt atât de mari, încât pacientul nu poate trăi independent, atunci va fi necesar tratament continuu și suport permanent pentru recuperare.

Ultimul motiv pentru care am stabilit criterii atât de stricte este pentru a preveni utilizarea de către echipe a posibilității de transf către asistența primară în calitate de ‘ușă din spate’ pentru clienții care au ajuns într-un impas. În trecut, noi am remarcat o asemenea reacție din partea echipelor FACT, care se comportau ca multe alte echipe din serviciile de sănătate mintală: dacă nu te potrivești cu noi, vom înceta tratamentul. În opinia noastră, aceasta nu poate fi o reacție corectă față de pacienții cu boli mintale severe.

Uneori, un client dorește încetarea îngrijirilor FACT, chiar dacă criteriile de mai sus nu sunt îndeplinite. Dacă echipa consideră că nu este bine și se îngrijorează de o posibilă recidivă sau auto-neglijare, trebuie să-i spună acest lucru clientului și familiei sale. Dacă clientul și echipa nu reușesc să depășească aceste viziuni diferite, există două posibilități. Dacă încetarea îngrijirilor n-ar putea duce la un pericol real sau la un risc de dezavantaj serios, se va respecta dorința clientului.

Noi putem propune un plan pas-cu-pas de reducere a tratamentului sau putem conveni privind o ‘externare de probă’. În vederea pregătirii pentru aceasta, trebuie să ne consultăm cu medicul generalist sau cu alți supraveghetori sau persoane din rețeaua clientului. Echipa FACT poate propune un aranjament de plasă de siguranță, asumându-și de a prelua înapoi clientul la solicitarea acestuia. Uneori, clientul este dispus să stabilească întâlniri de evaluare după trei, șase și douăsprezece luni pentru a vedea dacă este satisfăcut de situație. În așa fel, echipa respectă dorința clientului și evită conflictele care ar putea face mai dificilă reîntoarcerea clientului.

Dacă este imposibil de a ajunge la o înțelegere cu clientul și echipa este preocupată la modul serios de finalizarea îngrijirilor, se stabilește o formă de îngrijiri asertive. La început, se pune accentul pe menținerea contactelor (la distanță), disponibilitate (prezență) și evaluarea riscurilor. Dacă există o amenințare de recidivă, auto-neglijare, daună sau pericol, vor fi acordate îngrijiri active de tip outreach; în caz de pericol, se va recurge la presiune și constrângere.

Capitolul 6: Disciplinele din cadrul FACT

Manualul olandez FACT cuprinde compartimente ample despre rolurile diferitor discipline. Pentru prezentul manual, aceasta ar fi prea mult. Noi vom oferi doar o prezentare generală pentru fiecare disciplină.

6.1 Lucrătorul pentru suport de la egal-la-egal

Vom discuta mai întâi despre rolul lucrătorului de la egal-la-egal, deoarece FACT și expertiza experiențială sunt strâns întrepesute. În Țările de Jos, primele posturi de lucrători de la egal-la-egal în cadrul echipelor FACT au fost create în 2005.

Lucrătorii de la egal-la-egal au fost incluși în echipele FACT după exemplul modelului ACT (și al modelelor anterioare de tratament al adicțiilor din Statele Unite). În Țările de Jos, în prezent există tot mai multă literatură despre abordarea de tip lucrător pentru suport de la egal-la-egal și au fost create câteva programe de instruire. Un element esențial îl constituie speranța implicită pe care o reprezintă lucrătorii pentru suport de la egal-la-egal: ei sunt o dovadă vie că recuperarea este posibilă. Plus la aceasta, ei utilizează propria experiență ce ține de boală și serviciile de îngrijire pentru a susține

procesul de recuperare a altor clienți.

Lucrătorii pentru suport de la egal-la-egal abordează clienții în mod activ și mențin contactele cu ei. Ei le oferă informații despre recuperare și reabilitare, despre drepturile clienților și despre cunoștințele experiențiale colective privind procesele de recuperare și formele de tratament și supraveghere. Lucrătorii pentru suport de la egal-la-egal utilizează o gamă largă de modalități de lucru, individual sau în grup, cum ar fi ca grupurile WRAP (Cook et al., 2012), pentru a susține și a conferi putere recuperării. Ei au rolul lor în procesul de luare în comun a deciziilor și în aspecte de motivare. Ei se adresează clientului prin prisma unui alt set de experiențe de viață. Ei pot vorbi cu clienții la domiciliul acestora sau oriunde se află ei. În cazul persoanelor fără adăpost, funcționează mai bine dacă primul contact este făcut de către un lucrător de la egal-la-egal, decât dacă ar fi făcut de către un practician din domeniul sănătății. Un lucrător pentru suport de la egal-la-egal poate începe prin a face cu clientul așa lucruri, ca a le ajuta să întocmească anumite documente sau să facă curat în casă.

Plus la sarcinile orientate spre client, lucrătorii pentru suport de la egal-la-egal au un rol specific în cadrul echipei. La ședințe, ei prezintă întotdeauna punctul de vedere al clientului, încearcă să determine dacă tratamentul se va potrivi clientului, întreabă de ce membrii echipei sunt atât de insistenți asupra anumitor aspecte, care ar putea să nu-i pară defel necesare clientului. Din aceste considerente, lucrătorul de la egal-la-egal este într-o situația specială, iar uneori solitară, în cadrul echipei, motiv pentru care în prezent au loc discuții referitor la posibilitatea de a ridica cerința standard FACT (formulată în scala FACT) pentru funcția de lucrător de la egal-la-egal de la 0.6 ENÎ la 1.2 ENÎ per echipă. Aceasta va permite de a avea doi lucrători de la egal-la-egal în fiecare echipă, care se vor putea susține reciproc.

6.2 Nursele

Nursing-ul este cea mai mare disciplină din cadrul FACT. În Țările de Jos, tradițional, nursele au jucat întotdeauna un rol major în îngrijirile psihiatrice acordate persoanelor cu boli mintale severe, în primul rând, deoarece o mare parte din aceste îngrijiri erau prestate în unitățile spitalicești, dar și din motiv că multe nurse psihiatrice au urmat instruire privind tehnicile de reabilitare și prestarea suportului pentru pacienții ce trăiesc în comunitate. Din aceste considerente, în Țările de Jos nursele psihiatrice ocupă în cadrul FACT poziția, pe care o au lucrătorii sociali în echipele ACT din America. Aceste echipe ACT de regulă includ o singură nursă, sarcinile principale ale căreia țin de medicamente, injecții și îngrijiri fizice.

Plus la nursele psihiatrice, în Țările de Jos avem și nurse psihiatrice comunitare, mai specializate, iar de câțiva ani - practicieni nurse psihiatrice, care au urmat instruire de nivel și mai înalt. Profilul unui practician nursă include nu doar îngrijirea individuală a pacientului (iar în viitor, de-asemena, efectuarea examenelor fizice și prescrierea medicamentelor), dar și expertiză în conducerea și organizarea echipelor, inovarea serviciului și implementarea noilor tehnici, efectuarea cercetărilor și a instruire. Numărul echipelor care includ un practician nursă psihiatrică (uneori part-time) este în creștere, iar experiențele în acest sens sunt pozitive.

Prezența a prea mulți specialiști în echipă comportă de-aseamenea un risc. Dacă este desemnat un practician nursing cu normă deplină, plus la psihiatru, psiholog și lucrătorul pentru suport la angajare în câmpul muncii, ar putea să nu rămână suficient ENÎ pentru managerii de caz ‘obișnuiți’ – însă, finalmente, în FACT totul se rotește în jurul activității rapide și flexibile a managerilor de caz. Managerii de caz sunt cei care trebuie să-și împartă atenția între procesele pe termen lung și îngrijirile intensive rapide în cadrul lucrului în comun asupra dosarelor (vezi modelul clepsidrei). Ei trebuie să fie capabili de a-și îndeplini într-un mod flexibil rolurile pe care le au în procesele de suport pentru recuperare, în tratament și motivarea pentru tratament, în situațiile când pacienții sunt destabilizați; ei trebuie să ajute la susținerea lor, să le ofere structură, să găsească modalități de de-escaladare a situației, să-i motiveze pentru a accepta ajutorul și, posibil, medicamentele, etc. Nursele de-aseamenea au un rol suplimentar în ceea ce privește prestarea informației despre medicamente, gestionarea efectelor adverse și stimularea modelelor de un mod mai sănătos de viață.

În calitate de manageri de caz, nursele sunt responsabile și pentru coordonarea îngrijirilor sociale – găsirea soluțiilor pentru probleme ce țin de un loc de muncă, locuință, finanțe și bunăstarea pacientului. De-aseamenea, evaluează cel puțin o dată pe an planul de tratament împreună cu clientul și familia sa, în baza monitorizării orientate spre rezultate. Proiectul planului de tratament elaborat de către managerul de caz și client este discutat în cadrul echipei multidisciplinare, apoi ajustat și adoptat.

Cu certitudine, nursele îndeplinesc o gamă largă de sarcini. În legătură cu formarea unui număr mare de echipe FACT, a fost elaborat un curs din zece ședințe de jumătate de zi destinat nurselor clinice ce urmează a fi transferate în echipe FACT, în cadrul căruia le este oferită instruire specială de care au nevoie pentru a deveni nurse FACT.

6.3. Psihiatrul

În cadrul modelului olandez FACT, psihiatrul ocupă un loc central în echipă. Situația este diferită în alte țări, unde rolul psihiatrului în îngrijirile de ambulatoriu se reduce aproape exclusiv uneori la prescrierea medicamentelor. În unele echipe din Australia, psihiatrul poate fi chemat doar pentru consultații. În cadrul FACT, acest lucru este inimaginabil. În Țările de Jos, planul de tratament este semnat din numele echipei de către psihiatru. Psihiatrul este responsabil de conținutul planului de tratament și poate fi tras la răspundere de către organele externe de supraveghere pentru implementarea acestuia. Psihiatrul nu se preocupă doar de propriile sale intervenții (medicamente, psihoeducație), ci și de conținutul intervențiilor echipei, împreună cu psihologul, nursele psihiatrice comunitare sau nursele psihiatrice practiciene și managerii de caz. Rolul psihiatrului este atât strategic (care este strategia de tratament pe termen lung?), cât și operațional (ce va face echipa astăzi?).

Psihiatrul, în comun cu nursele psihiatrice comunitare, deseori va avea un rol de frunte în combaterea destabilizării (vezi modelul clepsidrei) și gestionarea crizelor. Aceasta se datorează parțial faptului că în Țările de Jos tratamentul medicamentos de urgență, evaluarea riscului și solicitările de internare de urgență sunt de regulă gestionate prin

intermediul psihiatrului. Într-o situație de criză, aceasta ar însemna că psihiatrul îl va însoți pe managerul de caz al clientului într-o vizită la domiciliu. Rolul psihiatrului este accentuat și de faptul că tot tratamentul forțat și monitorizarea (conform deciziilor judecătorești) pot fi prestate doar sub responsabilitatea unui psihiatru.

Psihiatrii olandezi sunt instruiți pentru a lucra în conformitate cu modelul biopsihosocial. Psihiatrul unei echipe se va simți implicat în toate cele trei dimensiuni și își va aduce contribuția în echipă. Un alt aspect îl constituie faptul că mulți psihiatri olandezi au fost instruiți în baza ideii că urmează să-și asume rolul de ‘căpitanul’ echipei. În baza acestei viziuni, ei lucrează împreună cu șeful de echipă pentru a îmbunătăți lucrul echipei și coordonarea dintre discipline.

Totodată, toate aceste aspecte constituie subiecte de discuție; un psihiatru se poate concentra mai mult pe îngrijirea individuală a pacientului, iar altul contribuie foarte activ la modelarea echipei; oricum, psihiatrul este foarte mult prezent în cadrul FACT, în deosebi dacă comparăm cu sistemele din alte țări.

Însă lucrurile nu au fost întotdeauna așa în tratamentul pacienților cu boli mintale severe. Se pare că FACT a readus psihiatrul înapoi în acest tip de tratament, deoarece, către sfârșitul secolului XX, psihiatrul se afla la o distanță mare de pacienții cu boli mintale severe. Asociația olandeză de psihiatrie include un departament consacrat bolilor mintale severe, care se ocupă de elaborarea noilor modele de lucru cu FACT. Manualul olandez FACT face acum parte din literatura obligatorie în programele de instruire destinate psihiatrilor. Manualul stabilește sarcinile și competențele psihiatrului din echipa FACT prin prisma modelului clepsidrei:

- contribuția psihiatrului la gestionarea destabilizării include tratamentul medicamentos de urgență, evaluarea riscurilor (suicid), consultarea cu familia, decizii posibile privind spitalizarea sau constrângerea și evaluarea de diagnosticare
- rolul psihiatrului în tratament ține de psiho-farmacologie (de exemplu, prescrierea de ambulatoriu a medicamentelor cu clozapină, vigilență la sindromul metabolic) și consumul de substanțe, lucrul în vederea complianței, iar uneori discuții cu familia clientului sau examinarea necesității de tratament forțat
- referitor la recuperare, rolul psihiatrului este în special de a optimiza starea mintală a pacientului și de a aborda respectuos procesul de recuperare a clientului și scopurile acestuia.

Psihiatrii olandezi se pot inspira din tradițiile bogate ale psihiatriei sociale din Țările de Jos. Conform acestor tradiții, psihiatrul este în primul și cel mai important rînd medic și diagnostician. Atît în fazele stabile, cît și în cele de destabilizare, psihiatrul întotdeauna se interesează care este patologia de bază și dacă aceasta este sau nu tratată în mod optimal. În calitate de diagnostician, psihiatrul de-asemena urmărește starea fizică a pacientului. O sarcină suplimentară a psihiatrului din echipa FACT este de a veghea constant sinergia dintre tratament, reabilitare, abilitare și recuperare. Provocarea constă în a găsi echilibrul dintre a oferi sfaturi, a prelua controlul, a lăsa lucrurile să meargă, a respecta alegerile clientului, a lucra asupra complianței și, în caz de necesitate, a recurge la constrângere. Psihiatrii trebuie să țină întotdeauna cont de faptul că lucrează în cadrul sistemelor și că

intervențiile lor asupra clientului au de-asemena un impact asupra familiei și comunității.

6.4. Psihologul

În Țările de Jos, sunt două nivele de expertiză: psihologul pentru sănătate mintală (care are studii universitare) și psihologul clinician (care a urmat programe post-universitare axate pe psihoterapii specifice, psihodiagnostică, cercetări, mentorat și supraveghere de echipă). Ambele nivele lucrează în echipele FACT, însă cel mai mult – psihologii pentru sănătate mintală.

Poziția și rolul psihologilor a suferit de-asemena schimbări semnificative, parțial datorită introducerii modelului FACT. În primul rînd, în ultimii zece ani, a apărut o nouă ramură a psihologiei practice. Pînă cu 10-20 de ani în urmă, lucrul psihologilor destinat persoanelor cu probleme de sănătate mintală se desfășura aproape exclusiv în clinică, unde ei contribuiau la evaluarea de diagnosticare și, deseori, la calitatea vieții în clinică. Ulterior, a fost elaborată terapia cognitiv-comportamentală, apoi aplicații specifice ale acestei terapii, așa ca ‘deșirarea gîndurilor’, iar mai apoi - terapia meta-cognitiv comportamentală. Psihologul din FACT avea mai multe contacte cu familia clientului și a început a se axa mai mult de instruirea specifică la fața locului. Unii dintre ei formau diverse grupuri, așa ca Grupurile celor care aud voci, psihoeducație, instruire metacognitivă, formarea abilităților (module Liberman, abilități pentru tulburarea de reglare emoțională și diverse grupuri de tratament orientate spre IDDT și IMR (Illness Management and Recovery – Managementul bolii și recuperare).

Cunoașterea mai bună a EMDR le-a arătat echipele FACT că un număr foarte mare din clienții noștri – mai mulți, decît știam noi – se luptă cu evenimente traumatizante. Acest domeniu de preocupare se extinde tot mai mult.

Dincolo de aceste activități orientate spre client, care au legătură cu tratamentul, psihologul are de-asemena un rol foarte important în ceea ce privește cultura de echipă. Psihologul are o viziune diferită asupra naturii umane și puncte de vedere asupra proceselor de schimbare și recuperare, care diferă de cele ale practicienilor medicali și nurselor. De regulă, psihologul este de-asemena un mentor al managerilor de caz. O altă contribuție este prestarea informației ce derivă din cercetări și evoluția foarte rapidă a psihologiei ca disciplină.

6.5. Specialistul pentru reabilitare prin angajare în câmpul muncii

În ultimii zece ani, specialistul pentru reabilitare prin angajare în câmpul muncii a obținut un nou profil și noi competențe în rezultatul introducerii IPS (Angajare individuală în câmpul muncii și suport). Acest model a adus specialiștii în angajare în inima societății, atunci cînd caută locuri de muncă pentru clienții lor, dar și la locul de muncă, unde îi instruiesc pe clienți pentru a-și face munca și îi asistă pe angajatori.

În alte țări, specialiștii în angajare uneori contribuie dintr-o altă poziție – în contextul proiectelor de reintegrare prin angajare sau a proiectelor sociale de angajare în câmpul muncii. În cadrul FACT, lucrătorii IPS se axează exclusiv pe găsirea unui loc plătit de muncă pentru persoanele cu boli mintale severe. Conform unei abordări sociale mai generalizate a reintegrării prin angajare, aceste persoane sunt aproape întotdeauna

eliminate primele, pierzând în favoarea celor cu dizabilități mai puțin severe. Abordarea intensivă a IPS ajută de asemenea de a menține echipa FACT axată pe angajarea în câmpul muncii.

În Țările de Jos (probabil mai mult, decât oriunde) există o tradiție de lungă durată de terapie ocupațională, în cadrul căreia supraveghetorii asistă pacienții din spitalele de psihiatrie în realizarea diferitor tipuri de activități și interese, parțial pentru a atenua plictiseala, dar parțial și ca instruire orientată spre angajare pentru a-i ajuta pe pacienți să se pregătească pentru revenirea în societate. La prima etapă a dezinstituționalizării în Țările de Jos, aceste activități au fost transferate către centrele de activități de zi (similare centrelor de zi sau cluburilor sociale din alte țări). În ultimii ani, aceste centre au fost supuse presiunilor în Țările de Jos. Ideea este că persoanele cu boli mintale severe din comunitate ar trebui să utilizeze tot mai mult serviciile generale, mai puțin stigmatizante.

Lucrătorul IPS poate obține mult suport din partea altor discipline din echipa FACT. Un nou loc plătit de muncă poate însemna provocări, așa ca trezirea la timp și deplasarea la serviciu, sau auto-îngrijire. Am remarcat de asemenea că problemele vechi tind a reapare la locul de muncă. Managerul de caz, psihologul și lucrătorul pentru suport de la egal-la-egal pot ajuta la depășirea acestor potențiale probleme pentru a asigura succesul procesului IPS.

Lucrătorii IPS nu contribuie direct la îngrijirile în cadrul lucrului comun asupra dosarelor; ei se axează pe găsirea unui loc plătit de muncă. A lucra în conformitate cu modelul IPS înseamnă că lucrătorul IPS poate să nu fie implicat în celelalte aspecte ale îngrijirilor; lucrul în situație de criză nu face parte din activitatea lucrătorului IPS.

Cu toate acestea, dat fiind faptul că lucrătorii IPS participă la întrunirile de dimineață pe marginea tabelului FACT, ei sunt la curent cu poveștile clienților și, în caz că există un risc de recidivă, ei pot include clienții în tabel.

Capitolul 7: Implementarea FACT

7.1 Lucru orientat spre regiuni: reguli generale privind dimensiunile regiunii

Primul lucru ce trebuie întreprins atunci, când este constituită o echipă FACT este de a defini regiunea deservită de către echipa respectivă. Dimensiunile regiunii contează din punct de vedere al numărului clienților la care ne putem aștepta; acesta nu trebuie să depășească 250 pe echipă.

Dimensiunile regiunii contează de asemenea la evaluarea fezabilității timpului de deplasare al lucrătorilor care vor efectua activități de outreach. Pentru a asigura eficiența și accesibilitatea serviciilor, ei trebuie să poată vizita un anumit număr de persoane pe zi. Regiunile sunt deseori definite după codurile poștale.

Pentru partenerii echipelor FACT, este de asemenea important ca echipa FACT să aibă o zonă de lucru clar-definită. Pentru medicii generaliști, serviciile comunitare, agențiile de locuințe, serviciile sociale și inspectoratele de poliție este important de a putea contacta

cu echipa ‘lor’ FACT, care lucrează în cartier sau regiune.

Dimensiunile ideale ale districtului reiese din experiența practică. Experiența primelor o sută de echipe FACT pare să arate că un district rural cu 50 000 rezidenți va avea în jur de 180 - 220 clienți FACT. Cele mai multe persoane cu boli mintale severe locuiesc în zonele metropolitane. Într-o zonă metropolitană cu 35 000 - 40 000 rezidenți, 180–200 persoane cu boli mintale severe vor fi eligibile pentru FACT.

Dacă am urma documentul de consens la care ne-am referit mai sus, regiunile ar trebui să fie mai mici, deoarece documentul respectiv estimează că în Țările de Jos, unde populația este de aproape 17 milioane locuitori, sunt 162 000 persoane cu vârsta între 18 și 65 de ani care suferă de boli mintale severe. Aceasta înseamnă că în jur de 1% din populație aparține grupului considerat de către serviciile de sănătate mintală drept bolnavi psihici severi, astfel încât într-o regiune cu 50 000 rezidenți ne putem aștepta la 500 persoane cu boli mintale severe. Pe de altă parte, situația în viața reală este diferită. De ce o echipă FACT acordă îngrijiri doar la jumătate din numărul de clienți la care ne putem aștepta încă nu este clar. Unii factori care ar putea juca un anumit rol în acest sens sunt: unii din pacienții cu boli mintale severe evită tratamentul, dar nu atrag atenția; alții sunt tratați doar de către medicii lor generaliști; de alții au grijă serviciile de îngrijiri comunitare sau serviciile pentru tratament în caz de adicții sau fac parte din sistemul de medicină legală (închisori și instituții psihiatrice).

Este destul de posibil că cifrele referitoare la Țările de Jos să nu fie prea relevante pentru alte țări, unde serviciile de sănătate mintală sunt organizate într-un alt mod. Îngrijirile sociale și sistemele de suport al familiei pot de asemenea fi diferite. Cu toate acestea, am remarcat că principiul de bază, cel al unei echipe la 50 000 rezidenți, poate fi aplicat și în alte țări. De exemplu, serviciile de sănătate mintală din Trieste, Italia, care pun un accent puternic pe psihiatria socială, au o structură de unități regionale cu 50 000 rezidenți. Regăsim aceeași cifră în dimensiunile ‘sectoarelor’ din ‘*psychiatrie du secteur- psihiatria de sector*’ din Franța. În Australia, multe echipe pentru tratament și îngrijiri de lungă durată de asemenea au în zona de arondare 40 000 - 50 000 rezidenți. Atunci când se definește zona de lucru a unei echipe FACT, un bun procedeu practic pentru regiunile rurale sau cele urbane mai mici ar fi probabil de a alege o zonă cu aproximativ 50 000 rezidenți. Pentru zonele metropolitane, este mai bine de a alege o comunitate sau un cluster de comunități cu în jur de 40 000 rezidenți.

Pentru comunitățile mai îndepărtate, unde este dificil de ajuns și au mai puțin de 50 000 rezidenți, modelul FACT va trebui adaptat. Noi deseori vedem că, pentru acest tip de zone, se creează o echipă FACT mai mică care deservește un grup mai larg, decât cel al persoanelor cu boli mintale severe; de exemplu, o asemenea echipă ar putea de asemenea trata copii și adolescenți cu probleme psihiatrice, precum și pacienții cu adicții.

7.2 Servicii integrate de sănătate mintală

Serviciile olandeze de sănătate mintală dispun de un sector clinic foarte bine dezvoltat. În ultimele decenii ale secolului XX, fostele ‘instituții psihiatrice’ au fost convertite în

spitale de psihiatrie, unde se acordă multă atenție drepturilor pacientului pe parcursul aflării în spital și vieții sale personale (multe saloane cu un singur loc). În comparație cu alte țări, durata spitalizărilor mai rămâne încă lungă (uneori prea lungă). La nivel internațional, de rînd cu Belgia (și, într-o anumită măsură, cu Germania), Țările de Jos dispun de cel mai mare număr de paturi psihiatrice per capita în lume. La 100 000 locuitori, în Țările de Jos sunt mai mult de două ori mai multe paturi, decît în Marea Britanie și mai mult de patru ori, decît în Australia. Situația a început să se schimbe în ultimii ani. În 2011, s-a convenit ca timp de 10 ani să se reducă treptat 30% din capacitate.

În Țările de Jos, se acordă multă atenție și colaborării dintre serviciile de sănătate mintală spitalicești și cele de ambulatoriu – probabil, mai multă, decît în alte țări. În Țările de Jos, această colaborare, desemnată prin termenul de îngrijiri psihiatrice ‘transmurale’, implică:

- * asigurarea faptului că îngrijirile psihiatrice *spitalicești* (*‘intramurale’*) constituie o ‘pauză’, cît mai scurtă posibil, în tratamentul care este în principiu *ambulatoriu* (*‘extramural’*)
- * asigurarea faptului că îngrijirile psihiatrice *spitalicești* sunt axate pe scopurile sociale de tratament ale pacientului și că controlul asupra tratamentului rămîne o problemă de ambulatoriu
- * lucru asupra mai multor aspecte, așa ca continuitatea dintre îngrijirile spitalicești și cele de ambulatoriu (viziune comună, plan integrat de tratament, contacte continue cu ambulatoriul pe perioada spitalizării, etc.).

Acest fapt se reflectă asupra spitalizărilor, care pot fi foarte scurte, inclusiv spitalizări pentru o singură noapte la cererea directă a pacientului (*‘pat la cerere’*), astfel încît echipa ambulatorie poate relua tratamentul a doua dimineață. Membrii echipelor FACT își vizitează clienții la clinică în fiecare săptămînă. Ei sunt implicați în discuțiile asupra planurilor de tratament. Există o continuitate a viziunii. Am constatat că atunci, cînd este formată o echipă FACT, este foarte important ca echipa să stabilească aranjamente clare și detaliate referitor la aceste aspecte cu instituția psihiatrică din zonă. Multe organizații ce prestează servicii de sănătate mintală organizează o dată în săptămînă ședințe ale psihiatrilor FACT și psihiatrilor de la spital pentru a discuta și coordona tratamentul. Împreună, ei decid privind strategiile de tratament ce urmează a fi aplicate la spital.

7.3 Începutul activității și formarea viziunii

Acum, cînd primele 150 echipe FACT funcționează deja în Țările de Jos, procedurile de lucru FACT sunt acceptate tot mai mult. Tot mai mulți membri ai familiilor au auzit despre acestea și sunt tot mai puțin critici, decît în anul 2005, cînd FACT se considera uneori drept o potențială ruptură a existenței sigure a pacientului într-o instituție.

La început, membrii familiilor erau surprinși de vizitele regulate la domiciliu. Uneori, clienții nu prea aveau faptele că diferiți membri ai echipei veneau să-i viziteze. S-a dovedit a fi util de a explica de ce se făcea acest lucru – că doar o echipă poate presta îngrijiri intensive, că dacă managerul de caz al clientului se îmbolnăvește sau este în vacanță, tratamentul poate continua ca de obicei și că, pe termen lung, poate fi mai plăcut de a avea contacte cu mai multe persoane. În prezent, organizațiile pacienților și

famiiliilor susțin ferm modelul FACT, iar expansiunea și implementarea rapidă a FACT se datorează parțial lor.

Totodată, cînd o echipă doar își începe activitatea, este necesar de a furniza informații ample nu doar clienților și famiiliilor lor, dar și factorilor de decizie, politicienilor și organismelor finanțatoare. Nu este ușor de a dezvolta încrederea în coeziunea și intensitatea îngrijirilor de outreach pe care le poate oferi FACT - cel puțin în Țările de Jos existau multe nemulțumiri față de serviciile de sănătate mintală și, la început, FACT nu era considerat drept o schimbare în direcția cea bună. Mai mult ca atît, reprezentanții spitalelor generale și de psihiatrie și psihiatrii de la spitale n-au susținut inițial aceste evoluții.

Revenind la procesul de implementare în Țările de Jos, este clar că a fost extrem de util faptul că FACT a fost introdus de mai mulți practicieni remarcabili foarte motivați, unii dintre ei fiind și cercetători, care împreună au reușit să pornească o ‘mișcare’, obținînd în curînd susținerea din partea organizațiilor pacienților și famiiliilor.

7.4 Formarea și instruirea echipelor FACT

La nivel local, este important de a pregăti un plan cu rezonanță. Într-o regiune mai mare, poate fi foarte stimulator de a începe cu una sau două echipe-pilot, care pot implementa procedurile; apoi devine clar care este diferența dintre FACT și sistemul existent, cum funcționează aranjamentele cu instituția psihiatrică și cum are loc colaborarea în comunitate (echipe sociale, poliție, servicii de locuințe). Echipele-pilot pot de-aseemenea implementa procedura de lucru cu tabelul FACT, crea un tabel digital FACT și organiza diverse procese administrative, în coordonare cu organizația-mamă existentă.

După realizarea tuturor acestor lucruri, este mult mai ușor de creat echipe la scară largă. Cînd faza de pilotare se încheie, poate fi organizat un seminar pentru famiilii, autorități municipale, servicii, etc., astfel încît toată lumea să fie implicată în tranziția la noul model de prestare a îngrijirilor.

În același timp, este de-aseemenea important de organizat cursuri de instruire pentru membrii echipelor-pilot (iar ulterior și ai altor echipe), inclusiv:

- Un curs introductiv FACT (pentru toată echipa)
- Ședință de instruire a echipei la fața locului, axată pe introducerea și îmbunătățirea procedurilor cotidiene de lucru cu tabelul FACT
- Instruire pentru responsabili de tabelul FACT (dacă este posibil, 3 pe echipă) privind procedurile de lucru și tehnicile corespunzătoare de organizare a ședințelor pe marginea tabelului FACT
- Instruire la fiecare disciplină (de exemplu, pentru 8 psihologi din 8 echipe FACT) privind rolul disciplinei respective în cadrul FACT.

Majoritatea cursurilor de instruire se axează pe schimbarea atitudinii față de lucrul într-o clinică spitalicească sau de ambulatoriu și îngrijirile de outreach. Pentru unii practicieni, acesta este un pas enorm; este de parcă și-ar pierde propriul mediu protector. Îngrijirile de outreach îi confruntă cu noi situații și riscuri. Uneori, acest lucru impune necesitatea unor instruiiri specifice pe teren și promovarea activă a campaniilor împotriva îngrijirilor continue în context spitalicesc.

Un alt pas care este uneori dificil de întreprins de către practicieni este de a lucra în comun asupra dosarelor. Mulți practicieni olandezi din domeniul îngrijirilor au fost instruiți pentru a lucra foarte individual și nu sunt obișnuiți să-și împartă pacienții cu alți practicieni. Idei de îngrijiri de echipă i se opune uneori rezistență, care trebuie înfruntată în mod activ. Aceasta include lucru prin intermediul echipei; managerii de caz trebuie să învețe a transmite echipei ce îngrijiri de echipă necesită clientul lor la un anumit moment.

Deseori este foarte edificator de a vorbi despre toate aceste chestiuni. Dacă practicienii pot depăși aceste dificultăți, ei sunt recompensați din plin:

- Din nou și din nou, am constatat că după ce le-au fost explicate îngrijirile de outreach, acestea le plac foarte mult practicienilor și curînd văd avantajele lor.
- După perioadele de inducție, am auzit foarte des că practicienii sunt mai relaxați în activitatea lor și se simt mult mai puțin izolați și împovărați; în fiecare dimineață are loc o ședință cu ceilalți membri ai echipei și ei nu mai poartă singuri toată responsabilitatea pentru cei mai dificili clienți.

7.5 Birourile FACT

Modul în care este aranjat un birou al echipei FACT poate în prezent fi văzut în diverse locații din Țările de Jos și a fost descris în detalii. Caracteristica cea mai importantă este sala de ședințe cu un tabel FACT, unde în fiecare dimineață are loc întrunirea pe marginea tabelului FACT. Este preferabil ca în această sală de ședințe să fie o masă mare cu un calculator, de la care cineva va proiecta tabelul Excel. Trebuie să fie locuri confortabile în jurul mesei pentru membrii echipei (în jur de 15 persoane) și posibil pentru unele persoane suplimentare (studenți în plasament, membri stagiaari ai echipei). Restul zilei, sala mare de ședințe poate servi ca spațiu administrativ general, cu calculatoare pe mese amplasate de-a lungul pereților sau pe masa mare.

Alte caracteristici ale biroului vor depinde de viziunile organizației respective de prestare a serviciilor. În Țările de Jos, birourile de acest gen tind tot mai mult a fi spații flexibile, unde rareori practicienii au propriile oficii. Există cabinete pentru consultări ale psihiatrului și psihologului și uneori pentru managerul de caz sau nursa psihiatrică practician. Plus la aceasta, sunt multe locuri de muncă echipate cu calculatoare și telefoane, unde managerii de caz își pot scrie rapoartele la sfîrșit de zi.

Un număr relativ mic de clienți și membri ai familiei vor avea întâlniri la birou. Întrunirile la birou au loc în special cu psihiatrul și psihologul. Prin urmare, ‘spațiul public’ al biroului se poate limita la 3–5 săli pentru consultații.

Locația FACT trebuie să fie în cartierul sau regiunea în care lucrează echipa. Din păcate, multe servicii din Țările de Jos nu respectă această regulă. Uneori, ei amplasează echipele FACT departe de cartierul sau regiunea acestora, în clădirile pustii ale unui fost spital de psihiatrie. Deseori se ajunge la situații de ‘scump la tărîțe și ieftin la făină’, parțial din cauza distanțelor prea lungi pentru deplasare. Cele mai bune locații sunt în cartierul sau regiunea unde lucrează echipa FACT și, preferabil, în clădiri unde-și au sediul și alte

servicii, de exemplu, un centru de îngrijiri pentru tineret, un centru pentru suport social, un birou pentru locuințe sociale sau un centru de sănătate. Dacă biroul FACT se află în centrul regiunii și aproape de alte servicii comunitare, echipa însăși poate face anumiți pași spre incluziune.

Birourile din zonele rurale mari mai necesită și spații pentru parcare a automobilelor membrilor echipei. Birourile din orașele mari deseori necesită parcuri pentru biciclete.

7.6 Ce s-a întâmplat cu ACT în Țările de Jos

Modelul FACT constituie o adaptare a Tratatului Comunitar Asertiv (Assertive Community Treatment - ACT); însă în Țările de Jos FACT a depășit ACT. ACT a fost introdus în țară în jurul anului 2000, când un număr crescând de pacienți psihici, mulți dintre ei cu adicții, deseori fără adăpost, cauzau probleme, în special în orașele mari. Ei abandonaseră sistemul de îngrijiri medicale și evitau tratamentul. Primele echipe ACT au fost lansate în cele mai mari patru orașe.

În orașele mari, ACT a avut un succes enorm. Cu câțiva ani mai târziu, problemele din orașele mari fuseseră reduse considerabil, mai multe persoane intrau și rămâneau în sistemul de îngrijiri și acceptau tratamentul și locuințele oferite. Existau mai puține probleme. Situația se stabilizase și metodele foarte intensive ACT nu mai erau necesare întotdeauna. Mai mult ca atât, se simțea necesitatea de servicii și pentru restul pacienților cu boli mintale severe.

Începând cu anul 2010, tot mai multe echipe ACT au fost convertite în echipe FACT în orașele mari, așa ca Amsterdam, Rotterdam și Utrecht. La Amsterdam, de exemplu, acum sunt aproape 20 echipe FACT și doar 2 echipe ACT. Echipele ACT au ghidat cu adevărat pacienții spre îngrijiri și tratament și au redus numărul persoanelor fără adăpost. Echipele au reușit de-asemenea să mențină aceste persoane sub tratament. Totodată, când pacienții deveneau mai stabili și aveau mai puține probleme sociale, nu mai era atât de necesar de a discuta despre ei în fiecare dimineață. ACT devenise o abordare prea intensivă.

Un alt aspect al ACT consta în faptul că echipele ACT ofereau îngrijiri în tot orașul, pe când FACT oferă îngrijiri într-o comunitate sau regiune mai mică. La această scară mai redusă sunt mai multe oportunități de colaborare cu medicii generaliști și diverse servicii din comunitate. Timpul de călătorie este mai scurt.

În orașele olandeze mari, s-a dezvoltat gradual un model care permitea ca în toate districtele să fie disponibile echipe FACT. Ele constituiau baza îngrijirilor specializate și tratamentului pentru persoanele cu boli mintale severe din comunitate. Totodată, la Amsterdam și Utrecht încă mai există două echipe ACT, care lucrează cu persoanele cu boli mintale severe ce se confruntă cu probleme foarte serioase și multe dintre ele încă sunt în risc de a rămâne fără adăpost și de a hoinări prin oraș, din district în district.

O nouă evoluție o constituie faptul că sunt create echipe FACT și ACT de medicină legală; acestea sunt echipe specializate în tratamentul și îngrijirea pacienților cu boli mintale severe, care au probleme cu legea. În prezent, în Țările de Jos există 10 echipe de acest gen și se prevede creșterea numărului lor. Aceste echipe ACT de medicină legală

au un personal puțin mai numeros. Parțial, aceasta se datorează faptului că unui clientii trebuie să fie vizitați întotdeauna de către doi manageri de caz. Plus la aceasta, echipele respective au nevoie de mai mulți psihologi pentru a lucra asupra evaluării riscurilor, a face rapoarte psihologice și rapoarte pentru instanțele judecătorești. Colaborarea dintre echipele ACT și FACT de medicină legală este bună; o modalitate prin care echipele de medicină legală le pot ajuta celor generale este evaluarea riscurilor.

Capitolul 8: ACT și FACT, fidelitate față de model, scala FACTs și certificarea

8.1 Diferențele dintre ACT și FACT

ACT Flexibil este o extensiune a ACT și utilizează câteva componente importante ale ACT.

ACT nu lucrează cu toți pacienții cu boli mintale severe, ci se axează pe cele mai severe cazuri – cele mai instabile, pacienții psihotici care necesită frecvent respitalizare. Mulți dintre ei suferă de tulburări de personalitate, probleme de consum de substanțe, complianță slabă la medicamente și tendință de evitare a tratamentului. Acest grup-țintă de cazuri severe este estimat la aproximativ 20% din totalul grupului de pacienți psihiatrici pe termen lung (Bond et al., 2001). În cadrul ACT, toți pacienții beneficiază de îngrijiri și tratament din partea întregii echipe (lucru în comun asupra dosarelor) și echipa își coordonează activitățile în fiecare zi la o ședință pe marginea unui tabel în care sunt înscrși toți cei 60–100 pacienți. Echipa prestează îngrijiri asertive de outreach.

FACT se axează pe întregul grup de persoane cu boli mintale severe, adică atât pe cele 20% de cazuri severe, cât și pe celelalte 80%. Aceasta înseamnă că supravegherea de echipă nu este necesară întotdeauna și nu toți clienții necesită ca despre ei să se discute în fiecare zi. Din totalul de 180-220 clienți, în jur de 15% sunt înscrși în tabelul FACT.

Tabela 2. Diferențele dintre ACT și FACT

	ACT	FACT
Grup-țintă	20% cele mai severe cazuri, majoritatea fiind pacienți de genul “ușă glisantă”, persoane care evită tratamentul	Toți pacienții cu boli mintale severe dintr-un anumit district sau regiune
Număr de clienți per echipă	60–100	220–250
Dimensiunile regiunii	De regulă, se axează pe zonele Rural: 50 000 rezidenți mari, de exemplu, cu 250 000 rezidenți	Urban: 40 000-45000 rezidenți
Componența echipei	Multidisciplinară pe larg: = ACT manageri de caz, lucrători sociali, nurse, psihiatru, lucrător	Se pune un accent suplimentar

	pentru suport de la egal-la-egal pe psiholog și lucrătorul pentru (aproape identică cu FACT)	angajare individuală în câmpul muncii și suport și uneori suport pentru un trai independent, mai mulți specialiști în reabilitare. Echipele FACT din Țările de Jos includ multe nurse.
Dosare (număr de clienți per membru al echipei)	1:10	1:20
Psihiatru	1: 100	0.8:200
Psiholog	Nu este obligatoriu	0.6:200
Șeful de echipă prestează îngrijiri directe clienților	Obligatoriu	Uneori, însă poate fi înlocuit de 2–3 responsabili pentru întrunirile pe marginea tabelului FACT
Incluși în tabelul ACT/FACT pentru discuție zilnică	Toți 100 de clienți	Doar 20–30 clienți care necesită îngrijiri zilnice și atenție la momentul dat; de asemenea ‘cazurile pentru discuție’
Frecvența contactelor	> 3–4 ori pe săptămână	În caz de necesitate, este posibil de 4–5 pe săptămână, însă în multe cazuri frecvența contactelor este mult mai joasă
Acizarea pe intervențiile psihologice medicinii bazate pe dovezi	Deseori dificil de realizat, deoarece mulți clienți nu sunt stabili și încă nu-s deschiși față de intervențiile	Mai fezabil, datorită abordării de tip ‘clepsidra’
Acizare pe recuperare și abilitare	În trecut, într-o măsură mică în ACT, dar acum schimbă rapid	Unul din principiile de bază ale FACT
Externarea	Când contactele de o dată pe săptămână sunt suficiente, în toate sferele vieții și care nu se face ‘gradarea’ spre echipa mai doresc îngrijiri. În așa caz, cu o intensitate mai joasă clienții sunt transferați la îngrijirilor.	Doar clienții care funcționează stabil pe parcursul unei perioade îndelungate (2–3 ani) mai doresc îngrijiri. În așa caz, cu o intensitate mai joasă clienții sunt transferați la medicul generalist
Recidiva	Poate reveni la ACT, însă uneori sunt liste de așteptare	Poate fi din nou inclus direct

8.2. ACT versus FACT

Modelul ACT constituie o abordare de tratament bazată pe dovezi destinată unui grup de 20% de pacienți pe termen lung cu boli mintale de cel mai sever nivel. Modelul FACT încă nu poate pretinde acest lucru; mai sunt necesare cercetări suplimentare. Cu toate acestea, abordarea FACT s-a dovedit a fi efectivă în practică, iar un studiu comparativ efectuat în Marea Britanie (Firn et al., 2012) și primele rezultate ale cercetărilor efectuate în Țările de Jos (van Os 2006 și Bak, Van Os, Delespaul et al. 2007) denotă că există motive serioase pentru a vorbi despre efectivitatea acestuia. În 2012, o ediție actualizată a ghidului multidisciplinar olandez pentru schizofrenie a clasificat FACT drept ‘practică de succes’.

ACT pare a fi deosebit de util pentru grupurile-țintă care necesită îngrijiri foarte intensive, în special pentru pacienții care hoinăresc de la un district la altul. În secțiunea 7.5, am discutat despre faptul că în prezent FACT a fost ales drept modelul de bază pentru îngrijiri în orașele mari din Țările de Jos.

La nivel internațional, au loc discuții referitoare la regula 80–20%. Această regulă a fost formulată de Bond et al. (2001): ACT era destinat unui grup de 20% din totalul persoanelor cu boli mintale severe, care se aflau în cele mai acute situații. În același timp, se pare că această regulă nici odată n-a fost fundamentată prin cifre. Bond și Drake (2007) au afirmat că FACT poate presta un procentaj mai sigur, deoarece clienții sunt înscriși în tabelul atunci, când au nevoie.

În practică, de obicei nu 20% din clienții unei echipe FACT sunt incluși în tabel, dar doar 10–15% din ei. Evident, criza, pericolul de spitalizare și evitarea tratamentului sunt ceva mai puțin obișnuite. Acesta poate fi și un efect al lucrului echipelor FACT, deoarece aceste echipe acordă atenție și grupului de 80%; fapt care ajută probabil la prevenirea recidivelor.

Or, dacă comparăm cele două proceduri de lucru, în modelul FACT se garantează continuitatea dintre fazele stabile și cele instabile. Acest fapt implică avantaje pentru reabilitare și recuperare și asigură continuitatea contactelor cu familia clientului și cu sistemele sale de suport.

Am mai remarcat că, timp de aproape trei ani, mai mult de 60% din totalul de 200 clienți ai unei echipe FACT necesită un episod de îngrijiri intensive sau tratament și sunt prin urmare înscriși în tabelul FACT. Recent, au fost examinate listele de pe parcursul anului 2011 din tabelul FACT ale unei echipe numite Centrum din regiunea Olanda de Nord. Astfel, în 2011, 132 din cei 165 clienți au fost incluși în tabel. 71 din ei au fost în criză. Ceilalți clienți incluși în tabel au fost persoane care evită tratamentul, clienți noi și clienți care au avut anumite evenimente în viață, spitalizări și probleme fizice.

Considerăm că această constatare este deosebit de importantă și constituie probabil cel

mai convingător argument în favoarea FACT: ea denotă că FACT se angrenează în cursul natural al bolii mintale severe. În trecut, pacienții cu boli mintale severe rămâneau blocați în ușa glisantă dintre instituția psihiatrică și îngrijirile de ambulatoriu, iar ulterior - între o echipă ACT și o echipă ‘cu un pas mai jos’. Odată cu FACT, de la ușa glisantă s-a trecut la tabelul FACT – însă pacientul este îngrijit de una și aceeași echipă.

8.3 Fidelitate față de model: FACTs

Sub inspirația scalei de fidelitate Dartmouth a Tratatului Comunitar Asertiv (DACTS, Teague et al. 1998), în Țările de Jos a fost elaborată o scală de fidelitate pentru FACT - FACTs. Această scală a fost inițial publicată de Bähler et al. în 2007. În 2010, FACTs a fost revizuită de către Centrul pentru Certificarea echipelor ACT și FACT (CCAF). În 2013, va apare a treia versiune. Versiunile olandeză și engleză ale FACTs pot fi descărcate pe www.ccaf.nl.

În timp ce prima scală FACT se baza în mare măsură pe DACTS și Indicele Organizațional General pentru Practicile Bazate pe Dovezi (GOI, Lynne et al. 2005), fiind suplimentată cu unii itemi specifici pentru FACT referitori la trecerea de la managementul individual al cazului la îngrijirile în baza dosarelor comune, versiunea a doua a scalei FACT (2010) și-a elaborat propriile sale rînduri.

FACTs 2010 cuprinde 60 itemi care pot fi evaluați în baza unei scale din cinci puncte și care se referă la toate aspectele FACT:

- Structura echipei, inclusiv numărul de membri ai echipei per disciplină
- Procesul de echipă (și lucrul cu tabelul FACT)
- Diagnosticarea și tratamentul (cu intervenții în conformitate cu ghidul, reabilitare și recuperare)
- Organizarea îngrijirilor de sănătate mintală (inclusiv spitalizarea, organizarea prestării integrate a serviciilor și externalizarea)
- Îngrijirile sociale
- Monitorizarea (inclusiv Monitorizarea de rutină a rezultatelor)
- Profesionalism (viziune, cursuri de instruire, axare pe recuperare, asigurarea calității).

În ultimii câțiva ani, această scală a fost utilizată pentru a evalua peste 70 echipe FACT din Țările de Jos. Concordanța inter-evaluator a fost de 0.83. Ca răspuns la aceste rezultate, experiențe și noi evoluții, în 2013 vor fi adaptați câțiva itemi ai FACTs. Schimbarea majoră se va produce în structura scalei. Dat fiind faptul că acum există echipe FACT pentru diverse grupuri-țintă, FACTs va consta dintr-o secțiune generală și o secțiune specială, în dependență de grupul-țintă al echipei FACT respective. Aceasta se referă în special la itemii referitori la discipline și la intervențiile multidisciplinare.

În legătură cu revizuirea FACTs, va fi examinat de-asemena TMACT – succesorul DACTs. La fel ca TMACT, noua scală FACTs se axează mai mult pe recuperare. Structura TMACT n-a fost urmată cu exactitudine, parțial din motiv că mai exista cerința ca FACTs să poată fi administrată totalmente într-o singură zi, în timp ce TMACT ar putea necesita mai mult de o zi.

Cercetările (van Vugt et al. 2011) denotă că gradul mai înalt de fidelitate față de model are de fapt un efect asupra implementării practicilor bazate pe dovezi și asupra rezultatelor tratamentului la nivel de pacient.

8.4. Certificare

În anul 2008, a fost constituit Centrul pentru Certificarea echipelor ACT și FACT (CCAF). Devenise evident că FACT era cu adevărat pe cale de a-și lua avântul în Țările de Jos. Totodată, erau de asemenea clare riscurile unei expansiuni atât de rapide – răspîndirea pe larg putea cu ușurință duce la apariția mai multor versiuni diferite ale FACT. Însă un asemenea lucru nu era dezirabil. Noi doream să le oferim pacienților cu boli mintale severe (și familiilor lor) standarde consecvente de îngrijiri și tratament. Trebuia să fie clar că o echipă FACT era capabilă de a presta îngrijiri puternice de outreach și tratament în conformitate cu ghidul.

În Țările de Jos, finanțarea acestui tip de îngrijiri se face parțial de către asiguratorii privați și parțial de către guvern (parțial guvernul național și parțial municipalitățile). Aceste organe finanțatoare trebuie să facă aranjamente cu prestatorii locali de îngrijiri de sănătate mintală din aproximativ 20 - 30 regiuni diferite ale țării. Era clar că asemenea aranjamente dintre atât de multe diferite părți implicate trebuiau să fie facilitate de către un model consecvent (FACT) care era bine-definit și care putea de asemenea fi testat în practică din punct de vedere al fidelității față de model.

CCAF a evaluat deja peste o sută de echipe ACT și FACT. Timp de o zi, doi evaluatori se află în echipă. Lor le sunt oferite în prealabil informații numerice, iar în ziua evaluării vorbesc cu aproximativ zece membri ai echipei și cu câțiva clienți, asistă la întrunirea pe marginea tabelului FACT și pot accesa dosare anonimizate. Evaluatorii sunt practicieni, experți experiențiali și membri ai familiilor pacienților cu boli mintale severe; ei au fost instruiți în calitate de evaluatori de către CCAF. După evaluare, evaluatorii prelucrează constatările și le atribuie echipelor scoruri conform FACTs. Astfel, se obține un scor provizoriu. Echipei i se oferă posibilitatea de a comenta constatările și scorurile provizorii. Ulterior, constatările sunt monitorizate de către un Consiliu independent pentru Certificare, care stabilește scorurile finale și – în baza acestor scoruri finale – face una din următoarele patru recomandări către Consiliul CCAF:

- A nu se acorda certificat (echipa nu manifestă fidelitate față de model)
- Certificat provizoriu (cu recomandări privind schimbarea procedurilor de lucru și o evaluare repetată)
- Certificat
- Certificat optimal

În prezent, CCAF este bine-cunoscut și recunoscut. Asiguratorii și organismele de finanțare le cer organizațiilor de sănătate mintală să-și certifice echipele lor și, în acest mod, evidențiază aprobarea din partea lor a cerințelor formulate pentru modelul de prestare a acestui serviciu.

Interes față de acest tip de certificare se manifestă în prezent și în Belgia, Insula Bonaire (Antilele Olandeze), iar în Suedia a început deja prima evaluare internațională a unei echipe din Gothenburg.

Pentru informații suplimentare și versiunea în limba engleză a FACTs (descărcare gratuită), accesați: www.ccaf.nl

Referințe

- Bachrach LL (1993), 'The Biopsychosocial Legacy of Deinstitutionalization', *Hospital and Community Psychiatry* vol 44(6) 523-524.
- Bak M, van Os J, Delespaul P, de Bie A, à Campo J, Poddighe G, Drukker M (2007), 'An observational "real life" trial of the introduction of assertive Community Treatment in a geographically defined area using clinical rather than service use outcome criteria', *Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiology* vol 42(2) 125-130.
- Bak M, Drukker M, de Bie A, à Campo J, Poddighe G, van Os J, Delespaul P (2008), 'Een observationele trial naar "assertive outreach" met remissie als uitkomstmaat 1', *Tijdschrift voor Psychiatrie* vol 50(5) 253-262.
- Bond GR, Becker DR, Drake RE, Vogler KM (1997), 'A fidelity scale for the Individual Placement and Support model of supported employment', *Rehabilitation Counseling Bulletin* vol 40(4) 265-284.
- Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Latimer E (2001), 'Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients', *Disease Management and Health Outcomes* vol 9(3) 142-157.
- Bond GR, Drake RE (2007), 'Should We Adopt the Dutch Version of ACT? Commentary on "FACT: A Dutch Version of ACT"', *Community Mental Health Journal* vol 43(4) 435-437.
- Cook JA, Copeland ME, Floyd CB, Jonikas JA, Hamilton MM, Razzano L, Carter TM, Hudson WB, Grey DD, Boyd S (2012), 'A randomized controlled trial of effects of Wellness Recovery Action Planning on depression, anxiety, and recovery', *Psychiatr Serv.* vol 63(6) 541-547.
- Delespaul, PAEG & Consensusgroep EPA (Cahn WDG, Drukker M, Van der Gaag M, Van Heugten T, Van Hoof F, Keet R, Kroon H, Mulder N, Van Os J, Slooff CJ, Sytéma S, van Veldhuizen R, van Weeghel J, Wiersma D, Willemsen E, Wunderink L), 'Consensus over de aard en omvang van de EPA populatie', (2012 (submitted) *Tijdschrift voor Psychiatrie*, The Netherlands.
- Drake RE, Essock SM, Shaner A, Carey KB, Minkoff K, Kola L, Lynde D, Osher FC, Clark RE, Rickards L (2001), 'Implementing Dual Diagnosis Services for Clients with Severe Mental Illness', *Psychiatric Services* vol 52 (April) 469-476.
- Drukker M, van Os J, Sytéma S, Driessen G, Visser E, Delespaul P (2011), 'Function assertive community treatment (FACT) and psychiatric service use in patients diagnosed with severe mental illness', *Epidemiology and Psychiatric Sciences* vol 20(3) 273-8.
- Firn M, Hindhaugh K, Hubbeling D, Davies G, Jones B, White SJ (2012), 'A dismantling study of assertive outreach services: comparing activity and outcomes

following replacement with the FACT model', Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiology, Springer.

Intagliata J (1982), 'Improving the quality of community care for the chronically disabled: The role of case management', Schizophrenia Bulletin vol 8(40) 655-674.

Lynne D, Finnerty M, Boyle P (2005), General Organizational Index for Evidence-Based Practices, SAMHSA website.

Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie (MDR) (2005), Trimbos Instituut, Utrecht.

van Os J, (2006), 'Een onderzoek naar het verschil in remissie bij assertieve outreach en het standaardmodel', *Patient Care*, December 2006 4-6.

Phelan M, Slade M, Thornicroft G. et al. (1995), 'The Camberwell Assessment of Need (CAN): the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness', *British Journal of Psychiatry* vol 167, 589-595.

Priebe S, Huxley P, Knight S, Evenas S (1999), 'Application and results of the Manchester short quality of life (MANSA)', *International Journal of Social Psychiatry* vol 45(1) 7-12.

Rapp CA (1998b), *The Strengths Model: Case Management with People suffering from Severe and Persistent Mental Illness*, New York: Oxford University Press.

Rapp CA, Goscha RJ (2006), *The Strengths Model: Case Management with People with Psychiatric Disabilities*, New York: Oxford University Press.

Ridgway P (1999), 'Recovery paradigm project: deepening the mental health recovery paradigm, defining implications for practice. A report of the recovery paradigm project', Lawrence, KS: University of Kansas School of Social Welfare.

Salyers MP, Tsemberis S (2007), 'ACT and recovery: integrating evidence-based practice and recovery orientation on ACT teams', *Community Mental Health Journal* vol 43(6) 619– 641.

Teague GB, Bond GR, Drake RE (1998), 'Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure', *Am J Orthopsychiatry* vol 68(2) 216-32.

Test MA, Stein LI (eds.) (1978), *Alternatives To Mental Hospital Treatment*, Plenum Press USA.

Tiihonen J, Lönqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, Haukka J (2009), '11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study)', *Lancet* vol

374(9690) 620-7.

van Veldhuizen JR, 'FACT: A Dutch Version of ACT'(2007), *Community Mental Health Journal* vol 43(4) 421-433.

van Veldhuizen JR, Bähler M, Polhuis D, van Os J (eds.) (2008), *Handboek FACT*, De Tijdstroom Utrecht.

van Vugt MD, Kroon H, Delespaul PAEG, Dreef FG, Nugter A, Roosenschoon BJ, van Weeghel J, Zoeteman JB, Mulder CL (2011), *Canadian Journal of Psychiatry* vol 56(3) 154–160.

Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, et al. (1998), 'Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): research and development', *British Journal of Psychiatry*, vol 172, 11-18.