

TRATAMENTUL COMUNITAR AFIRMATIV

Radu Vrasti^a, (*Special Services Unit, Stratford General Hospital, Health Care Huron Perth Alliance, Ontario, Canada*)

Preambul

Acest articol ca si cel anterior, despre interventia in criza, fac parte din elementele esentiale ale programul de sanatate mentala raspandit in continental Nord-American. In acest spatiu se considera ca nici o reforma de sanatate mentala nu poate fi efectiva daca nu contine urmatoarele elemente: managementul de caz/terapia comunitara afirmativa (asertiva), interventia in criza si serviciile de urgenta, programul de locuinte pentru bolnavii psihici, ingrijirea spitaliceasca si ambulatorie, programul de educatie si reintegrare profesionala, sistemul de monitorizare si evaluare continua, esalonul de guvernare si finantare a reformei, grupul de resurse umane, grupurile de initiative ale bolnavilor si asociatiile famililor bolnavilor psihici. Prin acest articol autorul doreste doar sa prezinte sistemul de sanatate mentala asa cum se vede din actualul sau loc de munca.

Scurta istorie

Dupa initierea dezinstitutionalizarii in America anilor '60 s-a constatat ca nevoile bolnavilor cu boli mentale cronice nu au fost luate in considerare in mod adecvat. Trimisi in comunitate ei se confruntau cu lipsa locuintelor, somaj, suport comunitar inadecvat, stigmatizare, marginalizare sociala, etc. Acesti factori interferau in mod brutal cu capacitatea deja redusa a acestor bolnavi de a se adapta la viata comunitara.

Dezinstitutionalizarea a fost promovata mai intai in SUA grabita de aparitia noilor medicamente psihotrope si de constatarea ca bolnavii tinuti mult timp in tratament rezidential regresau si deveneau dependenti de ingrijiri speciale. Aceste constatari au fost si unele din reprosurile pe care miscarea antipsihiatrica le aduceau mentinerii bolnavilor in institutii. Miscarea de aparare a drepturilor civile, incluzand si dreptuirile bolnavilor psihici, precum dreptul la tratament sau la refuzul acestuia, dreptul la viata decenta si la protectie, a condus la o legislatie care facea dificila internarea pe termen

^a radu_vrasti@hotmail.com; www.vrasti.org

lung la bolnavilor psihici. In plus a aparut constatarea ca mentinerea spitalelor de psihiatrie in forma lor veche este foarte costisitoare. Toate acestea au condus la o miscare impetoasa de dezinstitutionalizare care a avut si momentele ei de exagerare, comunitatile si opinia publica nefiind destul de pregatita pentru a primi aceasta provocare. Ingrijirea ambulatorie cu formele ei desuete aparea total depasita in ciuda deciziei din 1963 (Community Mental Health Centers Act) de a descentraliza sistemul de ingrijire psihiatrica si de a-l directiona spre comunitate¹. Schimbarea finantarii institutiilor a creat destula tensiune ca ea sa fie facuta pe gradientul celei mai ieftine alternative si astfel apar o varietate de institutii noi precum centrele comunitare de sanatate mentala, spitalele de zi si de noapte, centrele de reabilitare si modele diferite de abordare precum managementul de caz, modelul de tratament afirmativ comunitar sau modelul intensiv de management de caz. In anii '70 guvernul Statelor Unite sprijinea cu 30% cheltuielile cu centrele comunitare de sanatate mentala, destul de putin, dar oricum destul de atractiv ca comunitatile sa le infiinteze. Ulterior aceasta contributie a fost redusa si povara a trecut pe comunitatile locale care si-au dimensionat mai bine activitatile pe balanta cost-efectivitate. Ulterior modelul de tratament afirmativ comunitar (TAC) a fost conceput ca o abordare multidisciplinara, psihosociala, centrata pe comunitate, a indivizilor cu tulburari mentale severe si persistente.

Dr. Mary Anne Test poveste cum s-a nascut ideea tratamentului comunitar afirmativ². Istoria incepe in 1970 in "Cladirea B-2" a Spitalului de Stat din Madison, Wisconsin, unde se afla sectia de psihiatrie si departamentul de cercetare, departament care avea ca tema sa evalueze si sa dezvolte modele noi de abordare a "esecurilor terapeutice" la persoanele cu schizofrenie cronica astfel ca aceste cazuri sa ramana in comunitate. Prima constatare a fost demoralizarea personalului de ingrijire care a constatat ca la putin timp dupa externare multi dintre pacientii cu schizofrenie reveneau mereu in spital. Unul dintre profesionisti declara: "pacientii nostri se straduie foarte mult sa se faca bine, sa fie gata sa traiasca in comunitate si noi suntem alaturi de stradanii lor dar la putin timp dupa ce parasesc spitalul ei revin in aceeasi conditie foarte proasta de mai inainte si munca lor si a noastra pare fi facuta in van". O a doua constatare a fost ca pacientii ingrijiti de o asistenta sociala cu o alta abordare nu se mai intorceau in spital. Ea isi conducea pacientii la locuinta lor, le facea rost de haine si asternuturi, se ingrijea de

hrana lor, le facea rost de alta locuinta daca era cazul, de bilete pentru transportul in comun, le urmaea medicatia si efectele secundare, se arata disponibila pentru ajutor zi si noapte si furniza un continuu suport emotional. Pacientii de pe lista acestei asistente sociale nu s-au mai intors in spital. Astfel a devenit evident ca locul in care pacientii au nevoie de ajutor nu este spitalul ci comunitatea. Astfel observatiile de pe teren au fost incorporate in datele de pana atunci privind ingrijirea si nevoile persoanelor cu boli mentale severe. Din acel moment personalul de toate disciplinele a fost trimis zi si noapte in comunitate sa sustina bolnavii proaspat externati si rata readmisiei a scazut drastic. In 1972 sectia B-2 a fost inchisa si personalul mutat in comunitate devenind prima echipa de terapie comunitara afirmativa.

Ipoteza a fost ca daca se furnizeaza un suport intensive 7 zile pe saptamana, 24 ore pe zi pentru stabilizarea persoanelor care altfel ar trebui spitalizate se reuseste ca acestea sa ramana in comunitate, sa functioneze adecvat si sa duca o viata cat mai aproape de normal.

Echipe de terapie comunitara afirmativa a aderat la urmatoarele principii: tratamentul sa fie astfel orientat pentru ca pacientul sa dobandeasca deprinderi de a trai independent in comunitate, evitarea respitalizarii, implicarea familiei si a altora in vederea cresterii independentei clientilor, crearea unei relatii de lucru cu o varietate de institutii comunitare pentru a facilita accesul individului la resursele comunitatii, cresterea responsabilitatii individuale pentru insertia comunitara, orientare asertiva cu scopul de a micsora probabilitatea non-compliancei la tratament³. Rezultatul a fost peste asteptari. In primele 5 luni s-a evidentiat o reducere evidenta a respitalizarii iar punctul critic fost deposit in sensul ca s-a demonstrat ca aceasta abordare este viabila economic⁴. De atunci zeci de studii controlate intreprinse in Statele Unite si in alte parti au confirmat fara dubiu justetea acestei abordari. Apoi modelul a fost foarte repede preluat si difuzat ca model efectiv de ingrijire comunitara a bolnavilor psihici severi.

Acest program si-a asumat reponsabilitatea sa ajuta pacientii recent externati din spitalul/sectia de psihiatrie sa-si implineasca nevoile curente de viata precum alimentatia, imbracamintea si locuinta, sa dezvolte abilitatile necesare pentru a raspunde la cerintele vietii in comunitate, sa faca fata adveritatilor, sa dezvolte relatii cu cei din jur si sa

persevereze in includerea si participarea in comunitate. Modelul presupune ca TAC sa fie suficient de activ/asertiv in furnizarea acestui sprijin si sa aduca mai aproape de pacient acele resurse comunitare de care pacientul are nevoie. Acest model s-a dovedit semnificativ mai ieftin decat cel bazat pe tratamentul residential standard si pentru a fi efectiv, acest sprijin trebuie furnizat pe termen lung. Aceasta presupune o noua abordare strategica a ingrijirii bolnavilor severi in vederea includerii lor in comunitate si pentru generarea de raspunsuri comunitare adecvate necesitatilor acestora.

Ce este tratamentul asertiv/afirmativ comunitar (TAC)^b

Exista o oarecare varietate in ceea ce priveste felul, socopul si activitatea curenta in TAC si de aceea nu exista un consens total privitor la definitia a Tratamentului Afirmativ Comunitar. Totusi cea mai buna definitie ar putea fi: Tratamentul afirmativ/Asertiv Comunitar este o activitate de sanatate mentala comunitara desfasurata de o echipa multidisciplinara focalizata pe bolnavii cu afectiuni mentale severe, cu probleme de functionare si cu nevoi complexe. TAC nu este o singura forma de terapie ci mai curand o combinatie de servicii clinice, de suport social si de reabilitare, organizate si livrate in comunitate si legate intre ele in asa fel incat sa produca maximum de efect asupra sanatatii si functionarii clientilor⁵

Caracteristicile principale ale modelului sunt: flexibilitatea, asertivitatea si comprehensivitatea. Munca in echipa este pilonul esential al programului. In contrast cu alte modele in care terapeutul are responsabilitate individuala asupra cazului, aici echipa interdisciplinara impartaseste aceiasi clienti manifestand flexibilitate in ceea ce evaluarea si satisfacerea nevoilor diverse si in schimbare ale clientilor. Echipa este asertiva comunitar in sensul ca locul in care livreaza serviciile este domiciliul clientului si contextual in care vietuieste inlocuind astfel institutia de sanatate mentala din modelul traditional.

Tratamentul Asertiv Comunitar este un sistem adaptat fata de nevoile clientului si fata de ambianta in care traieste comparative cu modelul "birocratic" al abordarii terapeutice traditionale. Programului TAC presupune o auto-organizare dinamica si a reconstructie perpetua a senzului terapiei ca rezultat a muncii in echipa, a

^b Cuvintul "assertive" din limba engleza a fost tradus de autor cu "afirmativ" si in text sunt folosit alternativ, ambele cuvinte pentru ca autorul nu considera satisfacator echivalentul gasit.

multidisciplinaritatii si a impartasirii in comun a clientilor inrolati in program, programul organizandu-se si reorganizandu-se continuu ca raspuns la nevoile clientilor⁶.

TAC este un program centrat pe client si orientat spre recuperare si a demonstrat in toate studiile controlate ca este un program deosebit de eficient care reduce spitalizarea, reduce dizabilitatea psiho-sociala, creste stabilitatea rezidentiala, imbunatateste calitatea vietii, si conduce la reintegrare familiala si sociala.

Principiile Tratatamentului Asertiv Comunitar

Este bine stiut ca decizia internarii sau a mentinerii in institutie a pacientilor nu depinde numai de severitatea simptomelor prezentate ci si de repertoriul abilitatilor de a rezolva problemele vietii de zi cu zi. In ciuda progreselor facute de psihofarmacologie in stapanirea simptomatologie psihiatrice, problema deficitului de functionare in viata domestica si sociala a bolnavilor psihici severi ramane neafectata de ingrijirile institutionale. Este vorba de deficitul de abilitati de coping in domeniile activitatilor domestice, vocationale, de timp liber, sociale si interpersonale. Inabilitatea de a rezolva aceste probleme duce la o enorma frustrare si stress ce culmineaza in readmisia in tratamentul institutional. Este exact locul unde terapia comunitara asertiva se posteaza pentru a ajuta clientii sa traverseze lungul si accidentatul teren de la episodul acut de boala la recapatarea autonomiei functionale si de rol.

Elementele esentiale ale tratamentului asertiv comunitar sunt: mutarea sediului tratamentului in vivo, in locul si mediul in care traieste subiectul si invatarea de noi abilitati de coping pentru a putea duce o viata adecvata nevoilor si cerintelor subiectului. Dupa Test si Stein (2000)¹ terapia asertiva comunitara foloseste trei metode principale pentru realizarea acestor deziderate:

- Abordare asertiva si directiva pentru a mentine subiectul in contextual terapeutic. Aceasta inseamna "aducerea tratamentului la pacient" inloc sa se astepte ca pacientul sa fie motivate sa participe la programul de tratament din institutii medicale. Modelul presupune ca pacientul sa fie incurajat si ajutat sa participe la activitatile terapeutice fata de care ar putea avea reticente, incepand de la luarea medicamentelor pana la includerea in terapiile de grup.
- Folosirea tehnicilor de invatare sociala. In incercarea de a ajuta pacientii sa capete deprinderile necesare pentru a trai in comunitate se folosesc tehnici de

invatare sociala precum sedinte de antrenament social, vaucere comunitare, metode de premiere a comportamentelor adecvate, etc.

- Cresterea responsabilitatii pacientului. Focusul tratamentului este orientat mai mult asupra dezvoltarii comportamentelor adaptative din repertoriul pacientului decat spre eliminarea comportamentelor deviante. Pacientul este incurajat sa-si asume rezultatul comportamentelor proprii in vederea reorientarii lor catre normativitate sociala si morala.

In acest proces de recuperare exista o diversitate enorma de situatii, de cerinte, de preferinte, nevoi si interventii care apar la interfata dintre clienti si comunitatea cu structura si resursele ei. Datorita complexitatii si diversitatii variabilelor in joc modelul TAC se bazeaza pe unele principii care-l fac sa fie adaptat si efectiv pentru toate cazurile gestionate. Dupa Gold si colab. (2003)⁷ aceste principii ar fi:

- i) Activitate centrata pe client. Echipa TAC ia contact cu clientul in timpul episodului acut de tulburare mentala, cand este incapabil de a accesa asistenta medicala sau este refractar in a o obtine. In acest moment echipa TAC face toate eforturile de a stabili o alianta terapeutica cu clientul. Rezultatul depinde de modul cum echipieri furnizeaza speranta si incredere, cum dezvolta sensul sigurantei si a autonomiei persoanei, al respectului deciziilor proprii pe drumul recuperarii individuale si de restaurare a propriei identitati. Fiecarui client i se intocmeste propriul plan terapeutic, individualizat in functie de variabilele personale.
- ii) Disponibilitate. Programul este disponibil bolnavilor inrolati 7 zile pe saptamana si 24 ore pe zi. El nu este limitat in timp, in sensul cu un client inrolat ramane in program atata timp cat este nevoie.
- iii) Accesibilitate. Programul este furnizat mai mult de 75% in afara institutiei, respectiv la nivelul domiciliului clientului si in locurile in care clientul are nevoie de sprijin.
- iv) Comprehensivitate. Echipa are o alcatuire multidisciplinara integrand specialisti din toate domeniile in care un eventual client ar avea probleme. De obicei o echipa TAC cuprinde o sora medicala, un terapeut ocupational, un asistent social pentru probleme locale, un terapeut pentru adictie, un asistent social pentru

- probleme juridice, un psiholog sau consilier, un asistent social cu probleme de munca.
- v) Continuitate. Echipa in intregul ei este responsabila fata de client, in felul acesta nevoile diverse ale clientului sunt “acoperite” prin multidisciplinaritatea echipei. Activitatea echipei se bazeaza pe un spirit colaborativ de percepere si rezolvare a nevoilor dinamice ale clientului.
 - vi) Alianta cu alte institutii/agentii comunitare. Cele mai frecvente legaturi pe care echipa TAC le are sunt cele cu medicii de familie, institutiile de munca si asistenta sociala, institutii de furnizeaza spatii locative. La acestea se adauga legatura le care echipa o face intre client si medical sau psihiatru (din spital sau ambulator).
 - vii) Responsabilitate. Performanta echipei se bazeaza clar pe seturi de proceduri si pe coduri de buna practica care asigura o calitate inalta a activitatii si o responsabilitate specifica fata de scopurile si indatoriile profesionale ce le incumba modelul de terapie asertiva comunitara.

Echipa de Tratament Asertiv Comunitar

Activitatea colaborativa de echipa ramane trasatura dominanta a terapiei asertive comunitare. Dincolo de multidisciplinaritatea echipei, echipierii TAC impart intregul lot de pacienti luati in grija si in acest fel ei tind sa functioneze intr-un rol generic care transcede granitele traditionale ale expertizei profesionale⁸. Toti echipierii cunosc in amanuntime bolnavii aflatii in grija si astfel nu exista riscul ca un membru sa fie supraimplicat intr-un caz anume. La fel se dilueaza stresul si povara lucrului cu bolnavii psihici severi iar beneficiarul are in fata o echipa multifacetata atat profesional cat si uman si se asigura continuitatea ingrijirii de tip 24 ore/7 zile. Succesul echipei rezida in modelul de relatie dintre echipieri si in dinamica in care un echipier poate devine terapistul principal intr-un caz si secundar intr-altul. Activitatea echipei TAC poate fi comparata cu un ansamblul de jazz, ca un exemplu de inovatie si flexibilitate, membrii ansamblului avand o intelegere colectiva a problemelor unui subiect si opereaza ca o “minte” colectiva. Ei reprezinta mai mult decat suma invivizilor care compun echipa⁶.

Echipa TAC este multidisciplinara, cuprinzand profesii ca sora de psihiatrie, asistent social, terapeut ocupational, psihoterapist/consilier, etc. Marimea echipei este in medie de 8-10 persoane. Se recomanda ca numarul de pacientii luati in grija sa fie de 7-10 pacienti pentru un echipier. Aceste cifre sunt flexibile si depind in mare masura de teritoriu si de conditiile locale acolo uinde se implementeaza programul TAC.

Echipierul vine in programul TAC cu deprinderile specifice profesiei dar trebuie sa dezvolte noi abilitati, mai ales un nou stil de munca bazat pe capacitatea de a imparti sarcinile, deciziile si responsabilitatile in comun cu ceilalti echipieri participand la creierea unui pol comun de activitati impartasite precum monitorizarea medicatiei si aderenta la medicatie, evaluarea efectelor secundare, sprijinirea bolnavului in activitatea domestica, in pastrarea locuintei, si interventia in criza⁹. Echipierii vor activa in roluri diverse in functie de situatia si nevoile pacientului. De exemplu, va asista bolnavul ce se afla in situatii juridice, ii va facilita locuinta, va furniza terapie individuala si interventie in criza, va contribui la cresterea abilitatilor de ingrijire proprie, igiena, alimentatie, imbracaminte, va aduce mai aproape de subiect resursele comunitatii din care face parte, va face educatie sanitara, il va ajuta sa recapete deprinderi profesionale si sa-si gaseasca un drum profesional, va detecta si monitoriza uzul de alcool si alte substante, va face terapie familiala si va milita pentru cresterea aderenței la formele de terapie medicala in care este inclus. Desi cerintele activitatii echipei presupune o activitate care depaseste granitele unui profesionalism strict, echipierul isi pastreaza expertiza profesionala si ocupa rolul principal intr-un caz care este potrivit cu pregatirea sa, iar ceilalti echipieri se aranjeaza automat in spatele lui. Ca sa pastram analogia, in aceasta situatie el este solistul, urmand ca intr-o alta situatie el sa fie doar acompaniatorul in partitura de jazz pe care o interpreteaza acest ansamblu.

Conform ghidului de bune practici din British Columbia, Canada (2002)¹⁰ personalul TAC are urmatoarele atriburii: managementul cazului, vizite la domiciliu clientului, evaluarea lui psihosociala, accesul si coordonarea resurselor, brokeraj, mediere si "advocacy" in cautarea suportului pentru client, invatarea deprinderilor sociale si domestice, managementul situatiilor de criza si furnizarea interventiilor in criza, administrarea si monitorizarea medicatiei, evaluarea simptomelor, furnizarea de suport

vocational si reabilitare vocationala, furnizarea de informatii si consultanta pentru client si familia lui.

Echipa este condusa de un manager care are in principal rolul de a asigura selectarea si antrenarea echipierilor, aderenta lor la model TAC, respectarea programului si procedurilor, legatura cu alte servicii si profesionisti, finantarea corespunzatoare si auditarea periodica a performantei cost/beneficiu a programului si a satisfactiei clientilor cu programul furnizat¹¹.

Psihiatrul nu participa in munca de teren a echipei. Psihiatrul are insa un rol important el fiind chemat periodic ca consultant ce revizuieste tratamentul medicamentos al pacientilor sau furnizeaza opinii pentru diferite programe terapeutice sau sociale adecvate pentru fiecare caz in parte. El este in felul acesta un consultant permanent al echipei TAC. De fapt, echipierii TAC iau legatura periodic cu acel psihiatru care conduce tratamentul bolnavului respective si nu cu un psihiatru oarecare. In felul acesta se mentine continuitatea ingrijirilor pe traiectul spitalizare-ambulator-spitalizare pentru fiecare bolnav in parte, iar programul de tratament trece dintr-o mana in alta urmand ca el sa fie realizat de alti actori terapeutici.

Cine sunt pacientii inrolati in Tratamentul Asertiv Comunitar

Tratamentul Asertiv Comunitar este scump si trebuie rezervat pentru subiectii care nu pot beneficia de tratamentul obisnuit. Tipic, acesti pacienti sunt psihotici a caror stare psihica fluctueaza des si care au o proasta functionare sociala si o proasta aderenta la tratament. Criteriile de acceptare la TAC trebuie sa fie clare si transparente. Durata mentinerii unui subiect in program nu trebuie sa fie prea mare. Transferarea bolnavului la serviciile standard de ingrijire se poate face dupa o perioada de testare a stabilitatii stari psihice si a functionarii sociale. Daca dupa o perioada de tranzitie acest transfer esueaza, pacientul poate fi referit din nou la programul TAC. Trebuie sa se accepte ca exista si cazuri in care programul TAC esueaza precum in cazurile cronic progrediente de psihoza cu fenomene negative.

Criteriile care stau la baza referirii pacientilor la programul TAC sunt bazate pe evaluarea severitatii bolii mentale, stabilitatea evolutiva, gradul de dizabilitate pe care a produs-o boala si prezenta factorilor de risc pentru bolnav si pentru cei din jur (Marshall si Lockwood, 1998)¹².

Redam pe larg lista de criterii de includere si de eliberare din program promovate de Standardele Nationale pentru Terapia Asertica Comunitara folosite in SUA¹³:

Criterii de includere in program:

1. Clienti cu boli mentale severe care afecteaza functionarea subiectilor in comunitate, precum schizofrenia, tulburarea bipolară sau alte psihoze;
2. Clienti cu probleme serioase de functionare precum dificultati evidente in viata de zi cu zi (procurarea si prepararea hranei, intretinerea imbracamintii, probleme de gestionare a finantelor proprii, nerecunoasterea si asumarea de riscuri, probleme medicale, probleme legale, etc.);
3. Clienti cu probleme serioase in procurarea, intretinerea si mentinerea unei locuinte;
4. Clienti care au nevoie sau utilizeaza frecvent serviciile de sanatate mentala precum spitalizari repetate la intervale scurte, simptome severe, evolutie cronica, coexistenta uzului de alcool si/sau substante, istorie recenta de activitati cu incadrare penala, comportament violent;
5. Clienti cu tentative repetate de suicid in cadrul unei tulburari psihotice sau comportament riscant pentru sine si altii;
6. Clienti fara suport, incapabili de a dezvolta relatii interumane suportive, incapabili de a mentine relatii de suport.

Criterii de externare din program: Externarea din program se petrece atunci cand clientul si echipa TAC ajung la concluzia ca nu mai este nevoie de continuarea programului. Aceasta se petrece de regula in urmatoarele eventualitati:

1. Clientul demonstreaza abilitatea de a functiona corect in toate ariile majore ale vietii (sociala, auto-ingrijire, munca, etc.);
2. Clientul si-a atins scopurile pentru care a acceptat sa faca parte din program;
3. Clientul s-a mutat in afara teritoriului acoperit de programul TAC;
4. Clientul refuza categoric de a mai continua acest program in ciuda eforturilor echipei.

Servicii oferite de program

Unii autori au fost de parere ca programul TAC este prea coercitiv clientul fiind sub un control permanent si mult mai bine ar fi ca ingrijirea lui in comunitate sa fie lasata profesionistilor din sectorul primar¹⁴. S-a demonstrat pe baza unor meta-analize ca

Terapia Asertiva Comunitara conduce la cel mai bun rezultat daca se ia in calcul rata respitalizarilor, aderenta la tratament, severitatea simptomelor, calitatea vietii si participarea in comunitate¹⁵. Daca se trece in revista paleta de servicii oferite de diferite programe, se poate vedea ca nici un serviciu ambulator bazat pe un sediu fix nu poate inventaria atatea obiective in orizontul lui profesional ca si programul TAC. Pe o lista deloc exhaustiva, Phillips si colab (2001)¹⁶ mentioneaza urmatoarele servicii oferite de programul TAC:

1. Reabilitarea deprinderilor curente de viata domestica: procurarea alimentelor si preparatul mancarii, procuratul si ingrijirea imbracamintii, folosirea mijloacelor de transport, folosirea relatiilor interpersonale de support;
2. Obtinerea si intretinerea unei locuinte: gasirea unei locuinte convenabile, gasirea mobilierului si a altor obiecte necesare locuirii, sprijin in relatiile cu proprietarul si platirea darilor catre proprietar si catre furnizorii de utilitati, mentinerea curateniei, intretinerea si reparatiile curente in locuinta, dezvoltarea relatiilor cu vecinii si proprietarul;
3. Implicarea familiei: furnizarea de consiliere si psihoeducatie membrilor de familie, managementul crizelor, coordonare cu serviciile oferite de asociatiile familiilor bolnavilor psihici;
4. Promovarea sanatatii: furnizarea de educatie sanitara, masuri profilactice, examinari medicale periodice, respectarea programului vizitelor medicale, legatura cu serviciile medicale implicate in ingrijirea medicala specifica a subiectului, legatura cu alti furnizori de servicii de sanatate;
5. Suport in acceptarea si luarea medicatiei prescrise: luarea medicamentelor de la farmacie, furnizarea de informatii privind medicatia prescrisa, monitorizarea acceptarii si luarii medicatiei si a efectelor secundare, administrarea medicatiei injectabile, cresterea motivatiei pentru programul de terapie medicamentoasa;
6. Managementul financiar: construirea cu subiectul a unui buget si plan financiar, suport in rezolvarea dificultatilor financiare, esalonarea platilor si datoriilor, suport in dobandirea independentei financiare a subiectului;
7. Reabilitare vocationala: gasirea de oportunitati de activitati voluntare sau de activitati lucrate remunerate, asigurarea legaturii cu agentii de reciclare a fortei

- de munca sau de educatie vocationala, cresterea motivatiei pentru gasirea si mentinerea unui loc de munca;
8. Consiliere: furnizarea de sprijin general si consiliere orientate pe probleme si pe gasirea de solutii, promovarea deprinderilor de comunicare cu altii, promovarea incluziunii familiale si comunitare, suport in stabilirea scopurilor si obiectivelor proprii clientului, furnizeaza feedback-ul necesar clientului pentru a atinge scopurile propuse si evidentiaze si premiaza realizarile acestuia;
 9. Furnizarea de asistenta juridica, legatura cu institutiile comunitare precum politie, procuratura, justitie, probleme notariale, legatura cu avocati;
 10. Legatura cu agentiile si institutiile comunitare precum agentii de munca, ingrijirea sanatatii, locuri pentru furnizarea alimentelor sau mancarii gata preparate cu cost redus, cantine de ajutor, locuri de petrecere a timpului liber, grupuri de intrajutorare, biserica, sprijin spiritual.

In realizarea acestui program echipierul TAC activeaza in patru ipostaze profesionale: terapeut individual, activitate de brokeraj pentru serviciile de ingrijire a sanatatii, activitate de avocat al subiectului pe langa diferite agentii si instante si consilier.

Managementul programului si procedurile de lucru

In general pacientii sunt referiti programului TAC de sectiile de psihiatrie care deceleaza subiecti care prezinta diagnosticul adecvat, internari frecvente, tulburari de functionare si alte caracteristici care sa corespunde criteriilor de admitere in program. Si alte programe de sanatate mentala, precum cele de tratament ambulatoriu, asistenta comunitara, etc. pot referii in masura in care ele au esuat repetat in ingrijirea pacientului si considera ca programul TAC este mult mai adecvat necesitatilor pacientului.

Programul TAC poate absorbi un numar limitat de clienti in functie de marimea echipei, considerandu-se ca cea mai favorabila proportie este de 8 pacienti la un membru TAC, respectiv daca echipa cuprinde 7 echipieri marimea adecvata a lotului va fi de 56 pacienti¹³.

La inrolarea unui nou pacient, seful echipei organizeaza evaluarea acestuia prin studierea documentelor insotitoare si prin reevaluarea istoriei psihiatrie, a diagnosticului si a starii actuale, evaluarea conditiei fiziologice, a consumului de alcool si droguri, a

problemelor de functionare independenta in viata de toate zilele, a relatiilor cu familia de origine sau nou consituata, a problemelor locative, financiare si juridice. Scopul principal al evaluarii este de a dezvolta un plan individualizat de tratament pentru fiecare bolnav inrolat.

Plan de tratament se construiește de seful echipei și de membrii desemnati ai acesteia impreuna cu bolnavul și cu familial lui și/sau curator/tutore atunci cand este cazul. Planul trebuie să identifice problemele subiectului, un set specific de masuri pentru fiecare problema in parte și să stabilească o abordare sau o interventie individualizata pentru fiecare nevoie in parte astfel ca subiectul să-și îmbunătățească capacitatea sa de functionare independenta și să atingă nivelul optim de recuperare și de calitate a vietii. Ariile cheie ale acestui program individualizat sunt: i) monitorizarea simptomelor și reducerea lor; ii) satisfacerea nevoilor locative; iii) sprijinirea și dezvoltarea abilitatilor necesare vietii zilnice; iv) îmbunătățirea relatiilor familiale și sociale; v) sprijin in alte arii de functionare precum managementul finantelor și bunurilor proprii, relatiile cu institutiile comunitare, etc. Planul identifica problemele subiectului dar și resursele lui precum abilitati/inabilitati pentru fiecare arie in parte. Planul de tratament trebuie să fie clar, să specifice nevoile și interventiile necesare in termeni masurabili astfel incat eficacitatea și outcome-ul să fie poate fi evaluate periodic. El trebuie să cuprinda și agentiile comunitare implicate in acest program.

In functie de profilul nevoilor subiectului, coordonatorul cazului ar putea fi un asistent social, o sora de psihiatrie, un terapeut occupational, specialist in probleme de adictie, etc. Echipa preia in totalitate cazul, ia cunostinta de planul individualizat de tratament și fiecare echipier își preia partea lui de responsabilitate. Planul este mereu revazut și actualizat in functie de nevoile in schimbare ale subiectului, de reevaluarea diagnostica sau terapeutica, de resursele implicate in realizarea lui. Fiecare echipier poate initia rescrierea planului de terapie sau să faca adaugirile/modificarile necesare daca considera ca ceva din situatia subiectului s-a schimbat. Coordonatorul cazului evalueaza saptamanal activitatile planificate și prezinta periodic sefului echipei starea actuala a cazului.

Periodic sau atunci cand este necesar, fiecare caz este revazut cu psihiatrul atasat programului TAC si cu psihiatrul sau alti terapeuti care au fost implicati in diagnosticul si tratamentul subiectului.

Toata activitatea echipei pentru fiecare caz in parte, de la evaluarea initiala, la programul de tratament individualizat, modificarile ulterioare, progresele pacientului, procedurile incorporate, evaluarea periodica a outcome-ului, externarea din program, etc. se tine in documente si formulare adevate care constituie dosarul cazului. Accesul la aceste documente este permis tuturor echipierilor si se supune considerentelor de confidentialitate si etica profesionala.

Durata de mentinere a cazului in programul TAC este variabila in functie de rezultatele obtinute in procesul de recuperare. In general nu este recomandabil ca un caz sa se mentina in program timp de mai multi ani. Daca nu se obtine nici un progres timp indelungat intr-o arie anume de functionare in ciuda masurilor adecvate intreprinse se poate concluziona ca acest caz este indicat pentru o forma rezidentiala de tratament de lunga durata. Aceasta etichetare trebuie ingrijit evaluata, fara graba si doar atunci cand toate eforturile etalate timp indelungat au esuat si la procesul de evaluare trebuie sa participe si alti profesionist precum psihiatrul care l-a avut in grija in diferite ocazii.

Programul de lucru al echipei este de 12 ore zilnic, 7 zile pe saptamana iar componentii echipei sunt repartizati in asa fel incat sa acopere toate zilele saptamanii. In fiecare zi a saptamanii un alt echipier asigura coordonarea programului, acesta ramanand la sediu pentru a stabili programul zilei, monitorizarea progresului activitatii, preluarea cererilor sau plangerilor clientilor, rezolvarea situatiilor de criza, legatura cu alte organizatii sau agentii, inregistrarea activitatilor in jurnalul zilnic al echipei. Fiecare zi de activitate incepe la ora 9 dimineata si se sfarseste la 9 seara. Ziua debuteaza cu o intalnire a echipierilor pe tura sub comanda sefului de tura din acea zi. In aceasta sedinta fiecare echipier impartaseste informatiile din ziua de lucru precedenta si seful de tura prezinta programul pe ziua respectiva si discuta sarcinile fiecarui echipier. Ultimile doua ore din program sunt destinate inregistrarii datelor de pe teren in format electronic sau in scris. Peste noapte solicitarile clientilor TAC sunt preluate de lucratorii din programul de interventie in criza care sunt apoi inaintate sefului de tura de a doua zi.

Seful programului TAC asigura finantarea programului, articularea lui cu alte programe de sanatate mentala, supervizarea profesionalismului echipierilor si educatia continua, evaluarea fidelitatii programului si managementul problemelor organizatorice si logistice.

Componentele critice si fidelitatea programului TAC

Programul TAC este astfel construit incat sa furnizeze cele mai bune service posibile clientilor inrolati in contextul resurselor disponibile. In acest sens programul derulat pe teren este mereu evaluat in functie de “fidelitatea” fata de modelul teoretic. Prin termenul de “fidelitate” se intelege aderenza, gradul de implementare, gradul de incredere sau de conformitate a programului. Mc Grew si Bond (1995)¹⁷ definesc fidelitatea ca si conformitate fata de elementele prescrise si absenta elementelor non-prescrise. Elementele care contureaza cel mai bine gradul de fidelitate a programului derulat sunt de fapt componentele cele mai “critice” ale programului.

Fidelitatea programului poate fi cel mai bine evaluat utilizand scala Darmouth Assertive Fidelity Scale –DACTS (Teague si colab, 1998)¹⁸. Acest instrument cuprinde elementele esentiale a fi incorporate in programul TAC astfel incet programul sa fie fidel conceptiei care l-a generat. Abaterile de la norma prescrisa masoara gradul de fidelitate.

Redam mai jos continutul scalei adaptat dupa usor modificat dupa lucrarile lui Phillips si colab (2001)¹⁶ si Winter si Clasyn (2000)¹⁹

Item	Descriere
1.	Numar mic de client la un echipier, 10 sau mai putin;
2.	Fiecare client inrolat este abordat de toata echipa si nu de un singur membru TAC;
3.	Echiperii cunosc si lucreaza cu fiecare client si intr-o saptamana cel putin 90% din clienti au avut contact cu mai mult de un membru TAC
4.	In sedinta zilnica se trec in revista si se evalueaza toate serviciile oferite fiecarui client;
5.	Liderul echipei furnizeaza direct servicii clientilor cel putin 50% din timp;

6. Programul trebuie sa asigure continuitatea echipierilor in timp; nu este acceptabila o fluctuatie mai mare de 20% din numarul echipierilor in doi ani;
7. Echipa trebuie sa opereze cu numarul prescris, maxim, de echipieri in majoritatea covarsitoare a timpului, concediile sau absentele trebuie tratate astfel incet programul sa nu sufere;
8. Se normeaza un psihiatru cu norma intreaga la 100 clienti;
9. Cel putin doua surori la 100 de clienti;
10. Doi specialisti in adictie la un numar de 100 clienti inrolati;
11. Un specialist in reabilitare vocationala la 100 clienti inrolati;
12. Programul trebuie sa cuprinda o diversitate de specialisti care sa acopere celelalte necesitati: specialist terapie ocupationala, asistent social cu probleme locale, asistenta juridical, specialist in alimentatie; echipa trebuie sa fie compusa din cel putin 10 echipieri cu norma intreaga;
13. Existenta de criterii exacte de includere in program a clientilor care sunt trimisi sau sunt pe lista de asteptare; aceste criterii trebuie sa fie clar masurabile; o rata mica de includere in program a clientilor asigura o mai mare stabilitate de serviciilor oferite de program;
14. Criterii exacte pentru externarea/excluderea din program, masurabile si transparente; nu exista un timp limita pentru mentinerea in program;
15. In plus fata de supravegherea clinica a fiecarui caz in parte programul asigura consiliere, suport local, tratament pentru probleme de uz de alcool si droguri, asistenta juridica, asistenta in gasirea unui loc de munca; furnizeaza interventie in criza 24 ore (poate utiliza resursele programului de interventie in criza);
16. Implicare direct in internarea si externarea clientului din spital;
17. Intensitate adecvata in oferirea serviciilor, respective in cantitatea de timp pe serviciu oferit (cel putin doua ore pe saptamana/client) sau frecventa contactelor (cel putin 4 contacte pe saptamana/client);
18. Desfasoara activitati la domiciliul clientului mai curand decat in alte locuri monitorizand dezvoltarea abilitatilor clientului de a functiona independent si de a-si ingrijii singur sanatatea;

19. Desfasurarea de activitati in absenta clientului, precum cu familia lui, grupuri de sprijin, agentii si institutii, reprezentanti ai comunitatii, biserica, etc.

Aceasta scala cuprinde toate cerintele ideale ale programului, toate cerintele “prescrise” si permite verificarea autenticitatii lui atunci cand se urmareste implementarea programului intr-un teritoriu anume.

Satisfactia clientilor in programul TAC

De la nasterea lui si pana la forma rafinata de astazi, programul TAC a avut ca scop reabilitarea persoanelor cu dizabilitati date de bolile mentale severe iar principiul esential al reabilitarii a fost de a restabili un nou sens al integritatii personale si de a implini aspiratia acestora pentru o viata activa si cu sens in cadrul comunitatii in care individul vietuieste. Pentru acesti oameni un deznodamant pozitiv al oricarui program de reabilitare ar trebui sa cuprinda urmatoarele cinci obiective dezirabile: i) sa traiasca independent intr-un loc numit camin; ii) sa dobandeasca educatie pentru un drum profesional sau pentru dezvoltare personala; iii) sa aibe un loc de munca pentru a avea un venit, pentru a-si aduce o contributie si pentru a dobandi recunoastere; iv) sa aibe relatii semnificative cu alti oameni si v) sa evite experiente traumatizante ca spitalizarea, incarcerarea sau abuzul de substante²⁰. In acest sens, clientii inclusi in programul TAC prezinta o mai mare satisfactie cu ingredientele programului comparative cu alte programe de reabilitare psihiatrica²¹. La fel, deznodamantul pe termenul mediu si lung (rata respitalizarilor, rata recaderilor, consumul de alcool si droguri, aderenta la terapia medicamentoasa, etc.) este mai bun in cazul programului TAC comparative cu oricare alt program recuperator. Aceiasi tendinta este si atunci cand se ia in considerare calitatea vietii subiectilor²². Atunci cand s-au luat in calcul toate elementele programului s-a vazut ca bolnavii psihici au apreciat cel mai mult intensitatea si continuitatea programului, suportul acordat in problemele financiare si locative si alianta terapeutica care se realizeaza cu echipa TAC (Calsyn si colab. 2002)²³.

Implementarea programului TAC

Implementarea programului TAC solicita o mare deschidere spre schimbare in domeniul sanatatii mentale intr-un teritoriu dat, dezvoltarea serviciilor pe baza practicilor bazate pe dovezi si o vointa de a muta resursele financiare in functie de analize cost-beneficiu globale, care sa ia in considerare cheltuielile suportate din mai multe surse de

finantare si beneficiile masurabile in mai multe domenii. Implementarea programului trebuie sa cuprinda de la inceput toate segmente ale sistemului de sanatate interesate dintr-un teritoriu. Implementarea pe etape sau secventiala va conduce automat la esuarea implementarii. Aceste segmente sau esaloane implicate in program ar fi urmatoarele: consumatorii de servicii de sanatate mentala, familiile lor si alte grupuri suportive, profesionisti de diferite formatii, liderii programelor de sanatate mentala, autoritatile locale de sanatate din teritoriu. Aceste esaloane trebuie sa dea dovada de angajare si motivatie spre schimbare, dezvoltarea cunostintelor necesare si suport pentru implementare si sustinere continua a programului²⁴.

Implementarea programului incepe cu analiza necesitatii programului in functie de numarul estimat de bolnavii psihici severi cu evolutie cronica deteriorativa, analiza comparativa a cheltuielilor pentru acestia pe diferite linii de de finantare (spital, ambulatoriu, asistenta sociala, locuinte subventionate, program de adictie, asistenta juridica, etc.), luarea deciziei de implementare, mutarea surselor de finantare in contextul aparitiei unui alt program in constelatia de programe deja implementate, contruirea de protocoale de functionare, implementarea elementelor prescrise, aplicarea scalei de fidalitate, implementarea codurile de buna practica si de etica profesionala, recrutarea personalului, specializarea personalului, supervizarea continua a activitatii si conduitei personalului, protocoale de colaborare si parteneriat intre diferitele programe, modul de auditare a programului. Este de dorit ca implementarea programului sa fie facuta de un comitet de actiune care sa dirijeze schimbarile si activitatile in functie de programul prestabilit. Odata implementat, programul va fi in mod continuu evaluat pe baza fidelitatii fata de criteriile prescrise ideal, masurarea outcome-ului pacientilor inrolati, a calitatii vietii si a satisfactiei clientilor cu programul TAC. Aceste criterii vor asigura viabilitatea programului care va fi perpetuu in competitie loiala cu alte programe, atat pentru castigarea unei finantari mai bogate cat si pentru a-si asigura dreptul de existenta.

Bibliografie:

- ¹ Test, M., Stein L.I. (2000), Practical guidelines for the community treatment of markedly impaired patients. *Community Mental Health Journal*, 36(1): 47-60
- ² Test MA: *The Journal*, Volume 9, Issue 1, 1998, Sacramento, California.
- ³ Marx, A.J., Test, M.A., Stein, L.I., (1973), Extra-hospital management of severe mental illness, feasibility and effects of social functioning, *Archives of General Psychiatry*, 29, 505-511.
- ⁴ Weisbrod, B.A., Test, M.A., Stein, L.I., (1980), Alternative to mental hospital treatment II: economic benefit cost-analysis, *Archives of General Psychiatry*, 37, 400-405
- ⁵ Clark RE (1997): Financing assertive community treatment, *Administration and Policy in Mental Health*, 25, 209-220.
- ⁶ Allred CA, Burns BJ, Phillips SD (2005): The assertive community treatment team as a complex dynamic system of care, *Administration and Policy in Mental Health*, 32, 211-220
- ⁷ Gold PB, Meisler N, Santos AB et al. (2003): The program of Assertive Community Treatment: Implementation and dissemination of an effective-based model of community-based care for persons with severe and persistent mental illness, *Cognitive and Behavioral Practice*, 10:290-303
- ⁸ Kent A, Burns T (2005): Assertive community treatment in UK practice, *Advances in Psychiatric Treatment*, 11: 388-397
- ⁹ Burns T, Firm M (2002): *Assertive Outreach in Mental Health. A Manual for Practitioners*, Oxford: Oxford University Press
- ¹⁰ Ministry of Health, British Columbia (2002): *Assertive Community Treatment, Best Practices*, B.C.'s Mental Health Reform, www.healthservices.gov.bc.ca/mhd:
- ¹¹ Jones, A (2002): Assertive community treatment: development of the team, selection of clients, and impact on length of hospital stay, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2002,9:261-270
- ¹² Marshall M, Lockwood A (1998): *Assertive Community Treatment for Mental Disorder*, Oxford: The Cochrane Library
- ¹³ Allness D, Knoedler West (2003): *National Alliance on Mental Health , National Program Standard for ACT Team*, www.nami.org/.../ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=36389
- ¹⁴ Smith M, Coleman R, Allot P, Koberstein J (1999): Assertive outreach: a step backward, *Nursing Times*, 95:46-47

-
- ¹⁵ Baronet AM, Gerber GJ (1998): Psychiatric rehabilitation: Efficacy of four models, *Clinical Psychology Review*, 18:189-228
- ¹⁶ Phillips SD, Burns BJ, Edgar ER et al (2001): Moving assertive community treatment into standard practice, *Psychiatric Services*, 52:771-779
- ¹⁷ McGrew, JH, Bond, GR (1995) Critical Ingredients of Assertive Community Treatment: Judgements of the Experts, *The Journal of Mental Health Administration*, 22 (2), 113-125.
- ¹⁸ Teague, G, Bond GR, Drake RE. (1998) Program fidelity in assertive community treatment: Development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry* 68: 216-32.
- ¹⁹ Winter JP, Clasyn RJ (2000): The Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS): A Generalizability Study, *Evaluation Review*, 24: 319-338.
- ²⁰ United States Department of Health and Human Services – Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2003): Assertive Community Treatment, Monitoring Client Outcome, <http://mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/communitysupport/toolkits/community/>
- ²¹ Bond GR, Drake RE, Latimer E, Mueser KT (2001): Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on clients. *Disease Management and Health Outcomes*, 9, 141–159.
- ²² Prince PN, Garber GJ (2005): Subjective well-being and community integration among clients of assertive community treatment, *Quality of Life Research*, 14:161-169
- ²³ Calsyn RJ, Morse GA, Klinkenberg W, Yonker RD, Trusty, ML (2002):
- ²⁴ United States Department of Health and Human Services – Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2003): Assertive Community Treatment, Implementation Resource Kit, <http://mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/communitysupport/toolkits/community/>