

STRATEGIA NATIONALA IN DOMENIUL SANATATII MINTALE - SCURTA PREZENTARE -

Dan Ghenea,
Aprilie 2009

Comitetul European pentru Prevenirea Torturii și a altor Tratamente sau Pedepse Inumane și Degradante, a sesizat în repetate rânduri că nu sunt asigurate condiții corespunzătoare de viață pentru pacienții suferind de boli psihice și nu sunt respectate drepturile omului și ale pacienților.

În acest context, acțiunile pe termen scurt și mediu ale Ministerului Sănătății Publice trebuie să vizeze următoarele obiective prioritare:

1. dezvoltarea centrelor comunitare de sănătate mintală
2. îmbunătățirea calității serviciilor spitalicești
3. dezvoltarea resurselor umane din sistemul de îngrijiri de sănătate mintală
4. monitorizarea respectării drepturilor omului

Strategia Ministerului Sănătății Publice în domeniul sănătății mintale a fost elaborată cu asistența tehnică a OMS în cadrul proiectului de sănătate mintală al Pactului de Stabilitate în Europa de Sud-Est. Pactul de Stabilitate pentru Sud-Estul Europei a fost lansat în 1999, la inițiativa Uniunii Europene și are ca scop întărirea eforturilor țărilor din Europa de Sud – Est în promovarea și menținerea păcii, democrației, respectării drepturilor omului și dezvoltării economice. Peste 40 de țări și organizații s-au alăturat ca parteneri în susținerea celor 8 țări în procesul de cooperare regională promovată cu scopul implementării principiilor sus-menționate. În cadrul Inițiativei de Coeziune Socială a Pactului de Stabilitate, domeniul sănătății mintale a fost identificat drept un element esențial în menținerea stabilității sociale, a păcii, și a dezvoltării economice.

Valori și principii de organizare ale reformei sistemului de îngrijiri

Valoarea esențială care stă la baza realizării acestei strategii este respectul pentru drepturile omului și respectarea demnității umane. Trecerea de la sistemul tradițional de îngrijiri la unul care pune accent pe integrarea persoanei în comunitate implică acceptarea unui set de valori explicite, acestea fiind:

1. Responsabilitatea echipei comunitare – presupune responsabilitatea pentru persoana cu probleme de sănătate mintală la orice moment, indiferent dacă aceasta se găsește într-o facilitate de îngrijire (spitalicească, centru de zi, centru de reabilitare etc.) sau în comunitate. A avea această responsabilitate este un lucru dificil, deoarece persoana frecventează numeroase unități de îngrijire, nu are o constanță profesională și dispune de resurse în general limitate de trai independent. Responsabilitatea pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală se încadrează unei logici de *cuprindere geografică* și se operaționalizează după o prealabilă

evaluare a nevoilor populaționale din aria de cuprindere dată (pentru evaluarea problemelor existente în comunitatea deservită și identificarea posibilelor soluții de întâmpinare a acestora).

2. Participarea comunității – comunitatea deservită de un sistem integrat de îngrijiri de sănătate mintală participă la deciziile și coordonarea acestuia. În general, implementarea unor programe comunitare de îngrijiri de sănătate mintală s-a confruntat la început cu o rezistență crescută a comunității de a-și asuma și de a susține aceste inițiative. Aceste rezerve ale comunității se datorează pe de o parte atitudinilor negative care mai persistă în legătură cu boala mintală, dar și faptului că implementarea programelor s-a făcut inițial fără consultarea comunităților. Actualmente, în consiliile directoare ale sistemelor de suport comunitar sunt invitați să participe lideri politici și persoane marcante din comunitate, precum și orice persoană care poată să aibă un statut de lider informal (în special lideri ai comunităților etnice sau religioase). Tendința actuală în sistemele funcționale de îngrijiri de sănătate mintală este aceea de a realiza *planul de servicii* cu sprijinul reprezentanților comunității. Realizarea planurilor de servicii se face după o prealabilă educare a participanților asupra sistemului de îngrijiri, precum și de informare asupra resurselor disponibile, asupra prevederilor legale și de funcționare practică a unităților de îngrijire din sistem. Planul de servicii pentru o populație dintr-o anumită arie de cuprindere se realizează nu numai prin consultări cu liderii comunitari, ci și printr-o prealabilă analiză a nevoilor populaționale și după o consultare cu reprezentanți ai beneficiarilor și familiilor lor.

3. Accesibilitatea serviciilor – accesibilizarea serviciilor presupune toate mecanismele puse în joc pentru ca persoanele care au nevoie de îngrijiri să cunoască serviciile din comunitate și să facă uz de acestea. În primul rând, accesibilizarea unui serviciu presupune o locație spațială ușor de localizat și de atins, precum și o accesibilitate lingvistică – acolo unde există minorități etnice/lingvistice, serviciul va cuprinde în echipa sa terapeutică persoane aparținând respectivei comunități. Accesibilizarea serviciilor presupune și angajarea echipei terapeutice în *acțiuni sociale*, care implică campanii de promovare a serviciilor, intervenții care să crească șansa ca persoanele care au nevoie de tratament să beneficieze într-adevăr de acesta, căutarea unor soluții de asistență locativă mai ieftină, precum și găsirea unor oportunități și soluții pentru reinserția profesională. Pentru a realiza aceste obiective, echipa terapeutică trebuie să se angajeze activ în acțiuni și campanii de reducere a stigmatizării persoanelor cu probleme severe de sănătate mintală.

4. Echilibru între componentele sistemului – fiecare componentă a sistemului trebuie să fie în echilibru cu celelalte, astfel încât persoana în dificultate să poată beneficia de îngrijiri, indiferent de nevoile ei. A realiza un echilibru între componente unui sistem comunitar este un lucru dificil din mai multe puncte de vedere. În primul rând, serviciile publice, private și neguvernamentale pot să propună programe care în fond nu fac nimic altceva decât să dubleze oferta, lăsând componente de servicii sub- sau nedezvoltate deloc. În al doilea rând, existența unor profesioniști, echipe de profesioniști sau grupe de consumatori care se angajează activ în dezvoltarea unui anumit sector al sistemului poate să aibă ca rezultat subdezvoltarea unor alte sectoare prin alocarea preferențială de resurse umane și materiale. Pentru a asigura echilibrul ofertei de servicii, fiecare sistem de suport comunitar necesită un management centralizat care să aloce resursele în funcție de nevoile reale ale beneficiarilor.

5. Continuitatea îngrijirilor – în mod ideal, continuitatea îngrijirilor înseamnă ca fiecare consumator beneficiază de servicii de la aceiași profesioniști pe tot parcursul îngrijirii sale. Serviciile de sănătate mintală tind să fie *compartimentalizate*, iar transferul informațiilor despre evoluția, tratamentele și nevoile beneficiarilor se face uneori anevoios, datorită birocrăției crescute și aspectelor legate de confidențialitate în transmiterea informațiilor. Alternativa cea mai eficientă este aceea a *managementului de caz*. Managerul de caz ideal are atât rol de susținător al consumatorilor (prin acțiuni de advocacy), de manager de sistem, prin integrarea

tuturor informațiilor despre serviciile și programele disponibile în teritoriu, precum și de terapeut. Pentru a-și îndeplini aceste obiective, managerul ar trebui să aibă o încărcătură de cazuri redusă, deservind în mod ideal maximum 15 clienți.

6. Alternative minimal restrictive – alternativele minimal restrictive presupun tratarea persoanelor cu probleme de sănătate mintală în unități de îngrijire care să interfereze cât mai puțin cu drepturile lor civile și cu participarea lor la viața comunitară. În această ordine de idei, spitalizarea va fi indicată numai atunci când este strict necesară, fie datorită riscului de auto- sau heteroagresivitate, fie datorită necesității aplicării unor tratamente sau investigații speciale.

7. Accentul pe reabilitare – interesul pentru reabilitare este dublu. În primul rând, politicile de dezinstituționalizare grăbite ale anilor '70 au „aruncat” în stradă mulți psihotici cronici, al căror risc de deteriorare a funcționării este foarte rapid în comunitate. De asemenea, întârzierea demarării procesului reabilitativ după debutul maladiei aduce cu sine o creștere a potențialului de dizabilitate. Apariția noilor generații de neuroleptice, cu efecte secundare considerabil mai puține, favorizează de asemenea procesul de reabilitare. Principalul punct de greutate al procesului reabilitării ar trebui să fie inserția sau reinsertația profesională, precum și îmbunătățirea abilităților funcționale.

8. Specializare a îngrijirilor – asigurarea unor servicii care să deservească un anumit tip de patologie sau care să ofere un anumit tip de îngrijire. În România, la un nivel momentan neoficial, sunt recunoscute sub-specializări cum ar fi geronto-psihiatria, psihiatria comunitară, psihiatria legală, psihoterapia sau tratamentul adicțiilor, dar nu există prevederi legale care să statuteze aceste supracompetențe sau profesii în sine (cum este cazul psihoterapiei). Unitățile de îngrijire, cu rare excepții, sunt de tip "psihiatrie generală", alăturând clienți cu patologii și niveluri de funcționare psiho-socială diferite.

9. Implicarea beneficiarilor și a familiilor acestora în procesul de îngrijire – oferta actuală a sistemului de îngrijiri de sănătate mintală este, în mare măsură, sub controlul psihiatrului. Consultarea beneficiarilor, a familiilor acestora, sau a formelor asociative constituite sub egida implicării consumatorilor de servicii de sănătate mintală, sunt acțiuni deloc uzuale în practica zilnică. Dezvoltarea unor sisteme de îngrijiri care urmăresc o integrare comunitară optimă implică un parteneriat activ între profesioniști și utilizatorii de servicii în domenii cum ar fi: acțiuni sociale comune, consultarea consumatorilor în ceea ce privește furnizarea de servicii, dezvoltarea noilor servicii sau restructurarea celor existente, implicarea familiilor sau comunității în procesul de îngrijiri, sprijinirea inițiativelor de într-ajutorare și suport comunitar etc.

10. Centrarea pe probe a practicii clinice și comunitare – o serie de inițiative și tehnologii în domeniul sănătății mintale și-au dovedit, în momentul de față, fie ineficiența, fie faptul că sunt extrem de costisitoare în comparație cu proceduri sau servicii alternative. Stabilirea unor standarde de calitate pentru serviciile de îngrijiri și asistență și importarea și adaptarea unor tehnologii și formule de organizare care și-au dovedit eficiența și efectivitatea trebuie să reprezinte o prioritate a organizatorilor reformei.

Strategia Ministerului Sănătății în domeniul sănătății mintale este organizată pe 5 axe sau module:

- prevenire,
- sistem de îngrijiri,
- legislație,
- resurse,
- conexiuni cu alte sisteme

În ceea ce privește modulul sistem de îngrijiri (profilaxie secundară și terțiară), strategia prevede că, odată adoptate principiile menționate mai sus, reforma impune pe termen scurt și mediu un compromis între dispozitivul de îngrijiri actual și cel prefigurat.

Promovarea unui nou tip de structuri care să asigure dezvoltarea îngrijirilor în sensul principiilor psihiatriei comunitare se va face progresiv prin:

- Flexibilizarea structurilor prevăzute / existente în fiecare zonă prin:
 - a. asigurarea mobilității echipei existente în Centrul de Sănătate Mintală teritorial;
 - b. dezvoltarea centrelor de criză, inclusiv a celor funcționând pe lângă spitalele generale sau policlinici;
 - c. dezvoltarea serviciilor de psihiatrie de legătură;
 - d. dezvoltarea compartimentelor de psihiatrie din spitalele generale teritoriale.
- Dezvoltarea stadială, progresivă, echilibrată, adecvată nevoilor locale și resurselor disponibile a serviciilor și structurilor celor mai potrivite specificului local, care să asigure continuitatea îngrijirilor în condiții cât mai apropiate ambientului firesc natural al pacientului (îngrijire de tip comunitar).
- După asigurarea capacităților de îngrijire de tip comunitar, se poate trece la transferarea sarcinilor de îngrijire – prin dezinstituționalizare – către acest sector. Se va asigura în acest mod, îngrijirea centrată pe nevoile comunității, în condiții mai bune și eficiență.

Centrul de Sănătate Mintală trebuie să devină *piesa fundamentală* a sistemului, el reprezentând în fapt *deplasarea accentului îngrijirilor spre ambulatoriu*, o alternativă la spitalizare ce permite o mai bună monitorizare a tratamentului și a programelor de reabilitare și realizarea unui raport cost-eficiență optim.

Rezultate așteptate prin implementarea strategiei în domeniul sănătății mintale:

- Accesibilitate crescută a serviciilor (prin distribuție teritorială echilibrată)
- Servicii orientate spre nevoile comunității
- Creșterea calității îngrijirilor

- Reducerea factorilor de risc pentru sanatatea mintala si adresarea nevoilor grupurilor celor mai vulnerabile (prin dezvoltarea abordarii preventive)
- Dezvoltarea serviciilor de sanatate mintala in spitalele generale si la nivelul asistentei primare
- Finantare echitabila, transparenta si adaptata nevoilor a serviciilor de sanatate mintala
- Dezvoltarea unui cadru de colaborare intersectoriala pentru a raspunde complexitatii problemelor de sanatate mintala
- Dezvoltarea parteneriatelor cu societatea civila in promovarea sanatatii mintale

Strategia Ministerului Sănătății în domeniul sănătății mintale este în concordanță cu recomandările audit-ului de sănătate mintală al Organizației Mondiale a Sănătății. Pentru aplicarea acestei strategii s-a elaborat un *Plan de acțiune*, cu obiective pe termen scurt, mediu și lung în cadrul unui proiect de twinning cu Ministerul Sănătății din Olanda. Tot în cadrul acestui proiect de twinning a fost trecută în revistă legea sănătății mintale și au fost propuse norme de aplicare a legii. Legea sănătății mintale enumeră în articolul 22 o serie de structuri în care se acordă îngrijirile de sănătate mintală, la litera a) fiind menționat centrul de sănătate mintală. Având în vedere inexistența unor structuri de îngrijiri care să răspundă recomandărilor OMS în privința standardelor minime de îngrijiri orientate spre comunitate, prin planul de acțiune s-a stabilit ca prioritate dezvoltarea a aproximativ 140 de centre de sănătate mintală în perioada 2006 – 2009. Aceste centre vor funcționa într-un sistem integrat de servicii de sănătate mintală. Unitatea funcțională de bază a acestui sistem va fi sectorul psihiatric; principiile de organizare a sectoarelor psihiatrice au fost incluse în capitolul al III – lea al normelor de aplicare a legii sănătății mintale. Au fost create astfel condițiile de îndeplinire a cerințelor articolului 25 din legea 487/2002:

“Pentru asigurarea calitatii ingrijirilor serviciile de sanatate mintala trebuie sa indeplineasca urmatoarele conditii:

a) sa fie accesibile din punct de vedere geografic, prin repartizarea judicioasa in teritoriu a unitatilor din sectorul public;

b) sa asigure continuitatea ingrijirilor si acoperirea diversitatii nevoilor de evaluare, tratament, reabilitare si reintegrare a persoanelor cu tulburari psihice;

c) sa asigure si sa dezvolte modele de ingrijire comunitara;

d) sa dispuna, dupa caz, de personal medical, paramedical si auxiliar calificat, in numar suficient si supus unui proces continuu de formare profesionala;

e) sa dispuna de spatii, amenajari si echipamente care sa permita proceduri de evaluare si terapie adecvate si active pentru asigurarea de ingrijiri complete, in conformitate cu normele internationale;

f) sa asigure folosirea unor metode terapeutice si a unor mijloace care sa restabileasca, sa mentina si sa dezvolte capacitatea persoanelor cu tulburari psihice de a face fata singure propriilor inabilitati si handicapuri si de a se autoadministra;

g) sa permita exercitarea drepturilor cetatenesti si a celor ce deriva din calitatea de pacient, cu exceptia situatiilor prevazute de legislatia in vigoare;

h) sa respecte si sa asigure conditii pentru viata particulara a persoanei cu tulburari psihice;

i) sa respecte si sa fie adaptate convingerilor religioase si culturale ale persoanelor cu tulburari psihice;

j) sa asigure accesul pacientilor la procesul de evaluare a ingrijirilor.”