

Universitatea de Medicina, Farmacie, Stiinte si Tehnologie din Targu Mures

Scoala Doctorala

Rezumatul tezei de doctorat

Accesul la serviciile de sanatate mintala

Student-doctorand: Andreea Raluca TIRINTICA

Indrumator de doctorat: Conf. Dr. Adriana MIHAI

Rezumat

Studii recente au arătat că 1 din 4 adulți (aproximativ 450 milioane de persoane la nivel mondial) experimentează o boală psihică într-o perioadă de un an. În ciuda tratamentelor eficiente, există întârzieri lungi (uneori chiar zeci de ani) între apariția primelor simptome și momentul primului consult, și aprox. 60% dintre adulții cu o boală psihică nu apelează la serviciile de sănătate mintală.

Asadar, numeroase studii s-au intrebat "Pe ce bază judecă oamenii unde să ceară ajutor pentru boala psihică?"

Principalii factor incriminati au fost stigma și neîncrederea în tratamentele psihiatrice, credințe și practici religioase, lipsa de cunoștințe privind boala psihică și tratamentele psihiatrice posibile, probleme în organizarea serviciilor de sănătate mintală, asigurări de sănătate, costul transportului/tratamentelor, negarea problemelor psihice, sentimente de teamă, îndoială, suspiciozitate etc.

Consecintele acestui fapt sunt importante : scăderea calității vieții pacientului, pierderea locului de muncă și uneori a familiei (atunci când aceasta nu se descurcă cu boala psihică), stigma și excludere, costul unor servicii (poliție, salvare, urgențe etc), risc crescut de agravare a bolii și tratament dificil, durata mai lungă a spitalizării, risc crescut de recădere, etc. Toate acestea cresc per ansamblu impactul socio-economic al bolii.

Studii izolate au fost realizate în diferite părți ale lumii, dar nu și în țara noastră, unde un studiu de amploare ar fi util pentru a înțelege nevoile sistemului actual de sănătate mintală și pentru a cauta modalități de îmbunătățire a acestuia.

Ipoteze /obiective generale :

1. Durata întârzierii primului consult psihiatric este lungă / Determinarea duratei întârzierii primului consult psihiatric în două spitale din regiuni diferite din România (Clinica de Psihiatrie II Târgu Mureș și Clinica de Psihiatrie din Craiova)
2. Factorii care determină această întârziere sunt diferiți din perspectiva pacienților, aparținătorilor și respectiv, a cadrelor medicale / Înțelegerea factorilor care determină această întârziere
3. Există diferențe privind durata și factorii care o influențează, în diferite țări ale Europei / Compararea rezultatelor obținute în 4 centre din 3 țări: Târgu Mureș și Craiova (România), Fier (Albania) și Sofia (Bulgaria)

4. Descrierea modelului reformei sistemului de sănătate mintală din perspectiva OMS și aplicarea acesteia în alte țări din UE (Belgia, Franța etc.)

Metodologie generală :

În prima parte a studiului – determinarea duratei întârzierii primului consult psihiatric și a factorilor care determină această întârziere – a fost realizat un interviu pe un lot de 200 de pacienți « cazuri-novi », câte 100 în fiecare centru. Odată cu pacienții au fost introduși în studiu și aparținătorii și cadrele medicale care s-au ocupat de pacienții respectivi. Interviul a constat în aplicarea a două chestionare: « WHO Pathway Encounter Form » și Chestionarul « Factori », chestionar deschis realizat prin selecția unor factori incriminați în literatura de specialitate. Datele colectate au fost prelucrate și interpretate pentru două clinici universitare de psihiatrie din România (Târgu Mureș și Craiova), simultan.

În a doua parte a studiului, aceste date au fost comparate și prelucrate statistic pentru 4 centre din 3 țări europene (România, Albania și Bulgaria).

Cea de-a treia parte a studiului a fost realizată în cadrul unui contract de muncă și a unei burse Erasmus. A fost studiată reforma sănătății mintale, propusă de OMS și actualmente în curs de implementare în țările bine dezvoltate din UE, și anume modalitatea de desfășurare a reformei și funcționarea sistemului de sănătate în Belgia și Franța după instaurarea schimbărilor propuse de OMS.

Studiul 1. Factorii care influențează accesul la serviciile de sănătate mintală într-o clinică de psihiatrie din România

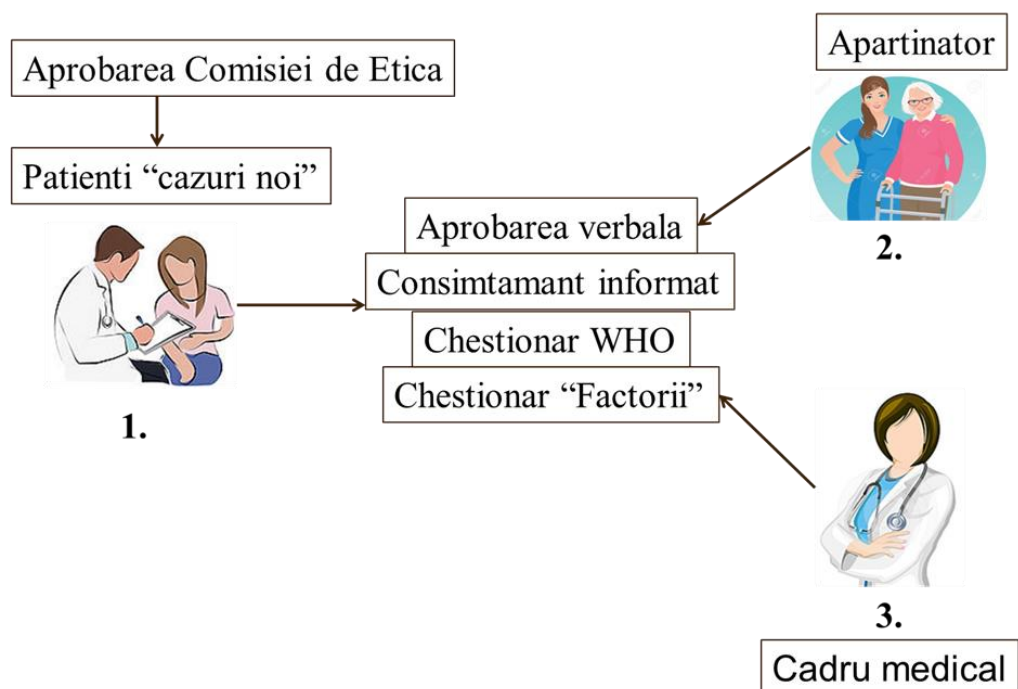
Principalii factori enumerați în literatura de specialitate sunt: familia, lipsa cunoștințelor privind boala psihică și tratamentele psihotrope, lipsa educației, șomajul și afecțiunile somatice asociate, debutul bolii la vârste tinere, non-aderența la programele de sănătate mintală, severitatea simptomelor, creșterea severității bolii și a dizabilității create de aceasta, stigmatizarea și autostigmatizarea etc.

Există două modalități de acces la serviciile de sănătate mintală : acces direct la serviciile de psihiatrie sau indirect - în cel puțin o treime din cazuri - realizat prin medicul de familie, spitalele de medicină generală și cabinetele private, precum și vraci și vindecători tradiționali sau religioși. Aceste căi indirecte cresc durata întârzierii instaurării tratamentului, determinând creșterea numărului de internări de urgență și a internărilor non-voluntare.

Scopul studiului : a înțelege calea de acces a persoanelor cu afecțiuni psihice în clinicile de psihiatrie din România. Obiective : determinarea întârzierii de la apariția primelor simptome până la primul consult psihiatric și instaurarea tratamentului, descrierea legăturii dintre durata întârzierii și variabilele sociodemografice ale pacienților.

Material și metoda : După aprobările Comisiilor de Etică, în perioada mai – august 2015, în două clinici universitare de psihiatrie din România (Târgu Mureș și Craiova), a fost intervievat un lot de 200 de pacienți « cazuri-novi », câte 100 în fiecare centru, împreună cu aparținătorii și cadrele medicale care s-au ocupat de acestia.

Criteriile de includere : adulți cu vârsta peste 18 ani, «cazuri-novi », acord de participare la studiu (consimțământ informat). Criterii de excludere : persoanele care nu au înțeles scopul și cerințele chestionarelor, de exemplu pacienții deliranti, cu tulburări psihotice în puseu acut sau cu tulburări cognitive severe. De asemenea, au fost excluși copiii (minori cu vârsta sub 18 ani), persoanele care au refuzat să participe la studiu și persoanele cu internări anterioare în clinicile de psihiatrie.



Chestionare folosite pentru interviu:

- World Health Organization Pathway encounter form – referitor la durata întârzierii primului consult psihiatric;
- Chestionar privind factorii care influențează accesul pacienților la serviciile de psihiatrie. Fiecare item al chestionarului a fost ordonat în funcție de importanța sa pentru pacient ;

I. WHO Pathway Encounter Form

INFORMAȚII LEGATE DE CENTRUL DE SĂNĂTATE MENTALĂ

1. Numele instituției
2. Adresa instituției
3. Numele persoanei care realizează interviul
4. Profesia
5. Data

INFORMAȚII LEGATE DE PACIENT

1. Număr de identificare
2. Vârsta
3. Sexul M / F
4. Stare civilă singur / căsătorit / văduv / divorțat / altele
5. Situație economică bună / medie / precară
6. Antecedente de boală psihică Da / Nu
7. Cine a sugerat primul consult pacientul / familia / medicul
8. Pacientul locuiește în aria de cercetare Da / Nu

PRIMA DECIZIE DE A CĂUTA AJUTOR

1. Primul consult (ex: medic de familie, psihiatru, asistent social, poliție, preot etc)
2. În urmă cu cât timp? (săptămâni)
3. Cine a sugerat primul consult? (pacient, familie etc)
4. Motivul (cel mai important simptom).....
5. Când a apărut primul simptom?
6. Ce tratament a primit?.....
7. Durata întârzierii (în ore)

AL DOILEA CONSULT

1. Al doilea consult (ex: medic de familie, psihiatru, asistent social, poliție, preot etc)
2. În urmă cu cât timp? (săptămâni)
3. Cine a sugerat primul consult? (pacient, familie etc)
4. Motivul (cel mai important simptom).....
5. Când a apărut primul simptom?
6. Ce tratament a primit?
7. Durata întârzierii (în ore)

DIAGNOSTICE ICD -10 ȘI DSM - V

1. Primul diagnostic
2. Al doilea diagnostic

II. Interviu : “Care sunt factorii care influențează accesul pacienților la serviciile de sănătate mintală?”

În partea stângă a tabelului aveți 6 categorii de factori: stigma, sentimente, lipsa de cunoștințe, disponibilitatea serviciilor de sănătate mintală, credințe personale, suport social. Vă rog să alegeți factorii în ordinea importanței: “1” cel mai important factor, “2” următorul factor important etc. Pentru primii 3 factorii aleși de dvs, vă rog să numerotați subcategoriile listate în partea dreaptă a tabelului: “1” pentru cel mai important până la “4” cel mai puțin important factor).

☐ Stigma (rușine, dezonoare, disgrație)	☐ La muncă/școală: “Oamenii la locul de muncă/școală se comportă diferit cu persoane care suferă de boli psihice.” ☐ În familie/ relații: “Membrii familiei/ partenerii unei relații se comportă diferit cu persoane care suferă de boli psihice.” ☐ Între prieteni/ vecini: “Prieteni/ vecinii se comportă diferit cu persoane care suferă de boli psihice.” ☐ Alte _____ (vă rog să scrieți dacă considerați că există alte motive care ar putea influența accesul pacienților la serviciile de sănătate mintală)
☐ Sentimente	☐ Nesiguranță: “Cred că o persoană care suferă de boli psihice se simte nesigură de reacția familiei/ partenerului/ colegilor/ altor persoane dacă ar descoperi că are o boală psihică.” ☐ Neîncredere: “Cred că o persoană care are o boală psihică nu are încredere în nimeni să vorbească despre problema lui/ ei.” ☐ Frică: “Cred că unei persoane care are o boală psihică îi e teamă de ce cum ar reacționa familia/ partenerul/ colegii dacă ar descoperi că are o boală psihică.” ☐ Alte _____ (vă rog să scrieți dacă considerați că există alte motive care ar putea influența accesul pacienților la serviciile de sănătate mintală)
☐ Lipsa de cunoștințe	☐ Privind boala psihică: “Cred că oamenii nu știu multe lucruri despre bolile psihice.” ☐ Privind tratamentele psihiatrice: “Cred că oamenii nu știu multe lucruri despre tratamentele psihiatrice.” ☐ Privind serviciile de sănătate mintală: “Cred că oamenii nu știu multe lucruri despre serviciile de sănătate mintală.” ☐ Alte _____ (vă rog să scrieți dacă considerați că există alte motive care ar putea influența accesul pacienților la serviciile de sănătate mintală)
☐ Disponibilitatea serviciilor de sănătate mintală	☐ Motive financiare/ costul serviciilor: “Tratamentele psihiatrice/ serviciile de sănătate mintală sunt costisitoare.” ☐ Sursă inconstantă de servicii de sănătate mintală: “Cred că persoanele cu probleme de sănătate mintală nu folosesc în mod regulat aceleași servicii.” ☐ Probleme legate de transport/ distanță: “Transportul/ distanța ar putea fi o problemă pentru persoanele care suferă de boli psihice.” ☐ Alte _____ (vă rog să scrieți dacă considerați că există alte motive care ar putea influența accesul pacienților la serviciile de sănătate mintală)
☐ Credințe personale	☐ Fiecare trebuie să-și rezolve singur problemele: “Boala psihică este o problemă personală și fiecare trebuie să se descurce pe cont propriu.” ☐ Medicina tradițională: “Medicina tradițională (vindecători, vrăjitori etc) poate trata bolile psihice.” ☐ Credințe religioase: “Credința religioasă poate împiedica anumite persoane care suferă de boli psihice să ceară ajutor medical.” ☐ Alte _____ (vă rog să scrieți dacă considerați că există alte motive care ar putea influența accesul pacienților la serviciile de sănătate mintală)
☐ Suport social	☐ Suport social insuficient: “O persoană care suferă de boli psihice primește un suport social insuficient pentru accesarea serviciilor de sănătate mintală.” ☐ Rezistența împotriva simptomelor: “O persoană care suferă de o boală psihică încearcă să reziste simptomelor sale și preferă să nu ceară ajutor de la alții.” ☐ Internet: “Grupurile de suport și informare găsite pe internet sunt suficiente pentru o persoană care suferă de boli psihice.” ☐ Alte _____ (vă rog să scrieți dacă considerați că există alte motive care ar putea influența accesul pacienților la serviciile de sănătate mintală)

Rezultate :

Caracteristici socio-demografice : majoritatea participantilor la studio au fost femei (77.5%) aflate în a 6-a decadă a vieții, căsătorite în 75.5% din cazuri, având o situație financiară medie (83%) și fără antecedente psihiatrice cunoscute (63%). Repartiția pacienților pe categorii de vârstă: 6.5% aveau vârste cuprinse între 18 și 29 ani, 7% între 30-39 ani, 7% 40-49 ani, majoritatea (54%) se aflau în a șasea decadă de viață, iar restul (15.5%) aveau peste 60 ani. Distribuția pe categorii de vârstă și sexe a prezentat diferențe majore între cele două centre: în Craiova, 90% dintre participanți erau femei, 83% cu vârste cuprinse între 50-59 ani. Statusul marital al pacienților din studiul nostru a fost: 75.5% căsătoriți, 9% dintre pacienți erau celibatari și respectiv, văduvi, iar 6.5% erau divorțați. Statusul economic a fost în mare parte mediu (83%) și cea mai mare parte (63%) a pacienților nu aveau antecedente psihiatrice cunoscute.

Prima decizie de a căuta ajutor a fost sugerată în jumătate din cazuri de către pacient, dar și de către familie în 40.5% dintre situații sau medici de diferite specialități (mai ales de către medicii de familie). Primul consult pentru simptomatologia psihiatrică a fost realizat în cea mai mare parte de către psihiatru (125 cazuri), dar este important să subliniem rolul medicului de familie (care a realizat primul consult în 59 din cazuri). Medicii de alte specialități, medicii urgențiști și psihologii au intervenit mai rar în această situație.

Motivul primului consult psihiatric a fost reprezentat de simptomatologia depresivă (64.5% din cazuri), tulburări de somn (19.5%), anxietatea și atacurile de panică (16.5%), simptomele psihotice (15%), acuzele somatice (11.5%) și chiar gândurile suicidare (în 3.5% din cazuri). Majoritatea pacienților s-au prezentat pentru două sau mai multe categorii de simptome. Repartiția pacienților în funcție de categoriile de diagnostic a urmat modelul epidemiologic referitor la frecvența diverselor afecțiuni psihice: 66.5% au prezentat tulburări afective, 10% au prezentat tulburări psihotice, 10% probleme legate de consumul de droguri (în cea mai mare parte consum de alcool), 6.5% afecțiuni somatice, 5.5% tulburări anxioase, 1% tulburări de personalitate și 0.5% tulburări cognitive. O parte dintre pacienți au avut mai mult de un diagnostic. Această distribuție a diagnosticelor s-a datorat profilului clinicii (clinici de psihiatrie pentru cazurile acute), ceea ce explică numărul redus de patologii cronice.

Tratamentul primit a fost în cea mai mare parte reprezentat de antidepresive (66%), sedative – în multe situații s-au folosit benzodiazepine (36%), antipsihotice (18.5%) și vitamine (18%). Studiul nostru a aratat faptul că benzodiazepinele sunt adesea prescrise de primă intenție în cazul unei simptomatologii depresive. De asemenea, pentru cei mai mulți pacienți au fost prescrise mai multe categorii de medicamente psihotrope.

Durata întârzierii primului consult psihiatric a fost în medie de 16 săptămâni, cu variații importante de la o persoană la alta. Astfel, anumiți pacienți s-au prezentat în primele zile de la apariția simptomelor, în timp ce alții au întârziat chiar și 20 ani pentru a cere ajutor de specialitate. Aplicând testul Chi pătrat, s-a observat că prezența antecedentelor psihiatrice cunoscute și diagnosticul curent au avut o influență semnificativă statistic asupra duratei întârzierii primului consult psihiatric ($p < 0.001$).

Discutii :

Prevalența crescută a pacienților cu vârste cuprinse între 50-59 ani pare să fie o caracteristică a clinicilor de psihiatrie în România, iar faptul că majoritatea pacienților locuiesc în aria de cercetare sugerează că distanța este un criteriu important în accesul la serviciile de sănătate mintală, pentru pacienții «cazuri-noi».

Situația financiară medie este de asemenea reprezentativă pentru țările din Sud-Estul Europei, printre care și țara noastră.

Absența antecedentelor psihiatrice cunoscute în majoritatea cazurilor este de asemenea frecventă în cazul pacienților psihiatrici, care pot prezenta un episod psihopatologic ce necesită internare și apoi se remite sub tratament.

Un aspect important de subliniat pe parcursul accesului la serviciile de psihiatrie este importanța familiei pentru pacient. Faptul că – în România pacientul cere singur ajutor în cele mai multe cazuri - sugerează fie o

bună conștientizare a problemei psihice și tratamentelor disponibile, fie un bias datorat faptului că majoritatea pacienților din studiul nostru sunt femei, care pot avea o prevalență crescută a trăsăturilor de personalitate de tip histrionic.

Surprinzător este rolul aparent redus al recomandărilor făcute de către medicului de familie și de către medicii de alte specialități, în accesul la serviciile de sănătate mintală. Este confirmat însă rolul important al medicului de familie în tratamentul pacienților, inclusiv al pacientului psihiatric. Totodată, este îngrijorător faptul că un număr relativ mare de pacienți au ajuns în serviciul de urgență – acest lucru crescând fluxul de pacienți care apelează la acest serviciu și, probabil, creșterea numărului de internări non-voluntare.

Distribuția în funcție de diagnostice și simptomatologie a pacienților incluși în studiu respectă datele epidemiologice disponibile la ora actuală, cu un număr mare de simptome depresive și diagnostice de tulburări afective, care sunt specifice caracteristicilor demografice ale pacienților incluși în studiu (femei cu vârste cuprinse între 50-59 ani). Un rezultat alarmant este utilizarea în cantități mari a benzodiazepinelor, încă de la primul consult psihiatric. Acest rezultat ar putea fi însă datorat profilului clinicilor unde a fost realizat studiul (clinică de psihiatrie acută, unde în general se internează cazurile severe, pentru o perioadă scurtă de timp – 1-2 săptămâni).

Durata medie a întârzierii primului consult psihiatric (16 săptămâni) este asemănătoare rezultatelor obținute în alte studii europene. Cu toate acestea, există diferențe majore de la un pacient la altul (diferențe începând de la câteva zile până la 20 ani). Un număr mare de pacienți (22%) așteaptă peste un an înainte de primul consult psihiatric, 1/3 din pacienți având o întârziere de peste 1 an.

În ceea ce privește legătură dintre creșterea duratei întârzierii primului consult psihiatric și variabilele sociodemografice ale pacientului (cea de-a doua ipoteză a studiului nostru) – singurele variabile care au avut o influență semnificativă statistic asupra acestei durate au fost prezența antecedentelor psihiatrice cunoscute și respectiv, diagnosticul curent. Cel mai frecvent diagnostic a fost cel de tulburări afective, fapt care se alinează la rezultatele din alte studii europene și la profilul clinicilor de psihiatrie în care s-a realizat studiul nostru.

Concluzii :

Studiul nostru a arătat că persoanele cu afecțiuni psihice din România urmează aceeași cale de acces ca și în restul țărilor europene. Durata întârzierii de la debutul bolii și până la primul consult psihiatric este similară, iar această durată este influențată de două variabile sociodemografice : prezența antecedentelor psihiatrice și respectiv, categoria de diagnostic.

Studiul 2. Compararea rezultatelor din România cu centre din Fier (Albania) și Sofia (Bulgaria)

Ipoteza / obiective

Scopul acestui studiu a fost de a evalua diferențele dintre grupuri, centre și între cele 3 țări.

Material și metodă

Studiul a fost realizat pe o perioadă de aproximativ 3 luni (mai-august 2015), iar targetul a fost de 1200 de participanți, fiind introduși în studiu câte 100 de pacienți « cazuri-noi », aparținătorii și cadrele medicale care se ocupau de aceștia (medici și asistenți de diferite specialități) – în total 300 de participanți în fiecare centru. Interviuurile s-au desfășurat simultan în 4 centre din 3 țări europene : România (Târgu Mureș și Craiova), Albania (Fier) și Bulgaria (Sofia).

Proiectul a fost finanțat în urma unei competiții castigate în martie 2014, finanțare oferită de către School of Public Health, University of California Berkeley (5D4303), Title: Research Training: Socio-Economics of Mental Health Service Delivery in SE Europe), Sponsor Award ID: 1D43TW009122-01) – procedura:

- Elaborarea proiectului și obținerea unui grant din partea Universității Berkeley din California ;
- Cercetarea literaturii de specialitate și scrierea unui articol-review privind factorii care influențează accesul la serviciile de sănătate mintală;
- Elaborarea și traducerea chestionarelor, obținerea aprobării de a utiliza WHO Pathway Encounter Form;
- Obținerea aprobărilor de la comisiile de etică și training privind realizarea studiilor clinice, oferit de Universitatea din Berkeley ;
- Reuniuni și teleconferințe legate de desfășurarea simultană a proiectului în 4 centre ;
- Perioada de intervenție propriu-zisă : interviuri desfășurate într-o perioadă de aproximativ 3 luni, până la atingerea target-ului de 100 de pacienți ;
- Prelucrarea datelor și analiză statistică, urmate de scrierea unui articol cu datele obținute;
- Experiența implementării reformei sănătății mintale în Belgia, și realizarea unui studiu legat de implementarea reformei în diferite țări din UE.

Rezultate și discuții

Analizând datele obținute în acest studiu, putem observa că majoritatea participanților sunt femei (67.3%), căsătorite (61.3%), cu vârsta peste 40 ani (majoritatea cu vârste cuprinse între 41-50 ani 22.3% și între 51-60 ani în 34.3% din cazuri), situația financiară a fost medie în 77% din cazuri, 62% nu au avut antecedente psihiatrice cunoscute și 90% locuiau în aria de studiu. Aceste rezultate sugerează că femeile cer mai ușor ajutor decât bărbații și că distanța ar putea fi un factor relevant pentru durata întârzierii primului consult psihiatric. Este greu de estimat dacă frecvența mai mare a patologiei psihiatrice după vârsta de 40 ani este datorată unor factori epidemiologici sau dacă persoanele de vârste mai tinere întâmpină dificultăți în a accesa serviciile de sănătate mintală.

Primul consult psihiatric a fost sugerat în mare parte de către familie în Albania (84%) și România (50%), în timp ce în Bulgaria pacienții au cerut singuri ajutorul în 41% din cazuri (32% dintre consulturi au fost sugerate de către familie și 27% de către medici de diferite specialități). Acest lucru ar putea sugera că, pentru a îmbunătăți accesul la serviciile de sănătate mintală, ar fi importantă implementarea unor

programe de promovare a sănătății mintale, precum și de înțelegere a afecțiunilor psihice și a tratamentelor disponibile, în rândul populației.

Primul consult a fost realizat în majoritatea cazurilor de către psihiatru (49.8%) sau de către MF (44%). Aceste rezultate confirmă importanța MF în accesul la serviciile de sănătate mintală, iar o colaborare cu aceștia ar fi cu siguranță benefică pentru pacient.

Durata medie a întârzierii primului consult psihiatric a fost de 56.4 săptămâni (aproximativ 1 an), cu variații foarte mari de la un pacient la altul (maximul fiind de aproximativ 20 ani). Mediana acestor valori (= 10) ne arată că pacienții așteaptă de obicei 10 săptămâni (64% așteaptă o săptămână până la un an) înainte de a cere ajutor pentru problema psihică. Un procent mare (22%) așteaptă mai mult de un an înainte de primul consult psihiatric (mai ales în România, unde durata întârzierii este cea mai lungă dintre cele 3 țări, cu o mediană de 14 săptămâni și 1/3 din pacienți având o întârziere de peste 1 an). Durata mare a întârzierii necesită înțelegerea cauzei și găsirea unor soluții viabile, ținând cont de importanța diagnosticului și tratamentului precoce pentru evoluția bolii psihice.

Luând în considerare categoriile de diagnostic, putem observa că majoritatea pacienților “cazuri-noi” prezintă tulburări afective (51.3%), urmate de tulburări nevrotice (19%) și psihotice (12%). Toxicomaniile (cel mai frecvent etanolice) au fost diagnosticate în doar 7% din cazuri, fiind urmate de afecțiuni organice (5.8%) și alte tulburări psihice (5%). Două treimi din pacienții incluși în studiul nostru au vizitat serviciile de sănătate mintală pentru a doua oară (64.3%), în cea mai mare parte fiind consultați de un psihiatru (91.8%) la sugestia altor persoane (60.7% din cazuri). Durata întârzierii între primul și al doilea consult psihiatric este foarte mare în toate cele 4 centre (până la 1038 de săptămâni), cu o medie de 27.61 săptămâni și o mediană de 4 săptămâni.

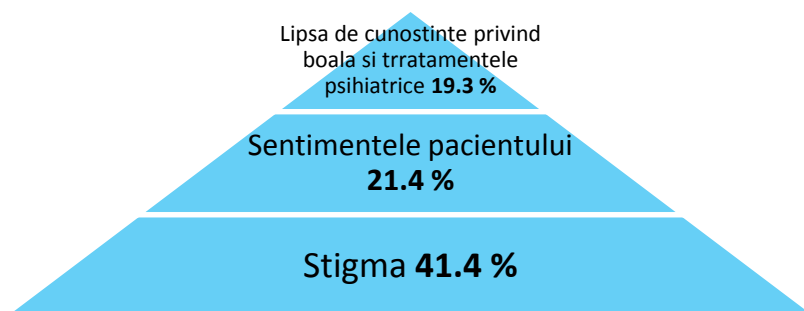
Diferențe între țări:

Acest studiu s-a realizat în 4 centre din 3 țări diferite, Craiova și Târgu Mureș fiind analizate statistic ca făcând parte dintr-o singură țară (România, Albania și Bulgaria). Datele au fost prelucrate ținându-se cont de faptul că – din totalul de 400 de pacienți – 200 au provenit din România și câte 100 din celelalte două țări.

Printre diferențele privind caracteristicile demografice ale pacienților, se numără : diferențele de vârstă (49.5% dintre pacienții din România au avut vârste cuprinse între 51-60 ani), de sex (în Albania – spre deosebire de celelalte țări – majoritatea - 51% au fost bărbați), statusul marital (în România, numărul pacienților căsătoriți a fost de 75.4%, în comparație cu 53% în Albania și respectiv 42% în Bulgaria), situația financiară a fost numită « precară » de 43% dintre pacienții din Bulgaria, iar familia a jucat un rol esențial în 84% din cazurile noi în Albania.

Analizând factorii care influențează accesul la serviciile de sănătate mintală, s-a observat că Stigma a fost prima alegere la 41.4 % dintre participanți, urmată de Sentimentele pacientului (21.4 %) și Lipsa de cunoștințe (19.3%). Cele mai frecvente subcategorii acuzate că influențează durata întârzierii primului consult psihiatric au fost neîncrederea, stigma la locul de muncă și lipsa de cunoștințe privind boala psihică. Acești factori au fost aleși ca fiind cei mai importanți în România și Albania, în timp ce în Bulgaria, ordinea a fost : Sentimentele pacientului, Stigma și Credințele personale. Interesant este faptul că, în România, Stigma în familie și relația personală a fost considerată cea mai importantă piedică în calea accesului la serviciile de sănătate (45.5%). Aceste rezultate releva importanța familiei în România și a credințelor personale, în Bulgaria.

Factorii care influențează accesul la serviciile de sănătate mintală :



În cazul introducerii noii variabile (Factorii), testul folosit a fost chi-pătrat pentru analiza statistică - pentru a verifica dacă itemii demografici ai pacienților influențează alegerea factorilor. Astfel, nu s-au decelat diferențe semnificative statistic între factori și vârstă, sex, categorii de diagnostic etc, dar au existat diferențe în funcție de persoana care a sugerat primul consult psihiatric: pacienții care au accesat pentru prima dată serviciile de sănătate mintală la îndemnul familiei sau al medicilor de alte specialități – au ales stigma ca fiind cel mai important factor (în 39.1% și respectiv 45.2% din cazuri), în timp ce pacienții care au ales să vină singuri – au considerat lipsa de cunoștințe ca fiind cel mai important factor. Se cuvine să ne punem întrebarea : în ce mod familia și medicii de alte specialități ar putea îndruma pacientul către psihiatru, pentru ca acesta să nu se simtă stigmatizat ? Ținând cont de absența conștiinței bolii psihice (în majoritatea cazurilor), programe de educare a populației privind boala și tratamentele psihice ar fi benefice atât pentru pacienți, cât și pentru aparținători, după cum arată rezultatele studiilor. Aceste rezultate sunt întărite de faptul că cei care nu au avut antecedente psihiatrice cunoscute au considerat cel mai adesea Stigma ca fiind cel mai important factor. Diferențe similare (în alegerea factorului Stigma) au existat în cazul persoanelor cu un statut economic bun și cei căsătoriți, cu mențiunea că persoanele necăsătorite sau divorțate au avut tendința de a acuza Suportul social ca fiind cel mai important factor, comparativ cu persoanele căsătorite sau văduve.

Întârzierea între primele simptome și momentul primului consult psihiatric a fost denumită « fduration », variabilă care nu a fost influențată de variabilele demografice (sex, statut marital, situație economică etc), atunci când a fost analizată folosind testul chi-pătrat. Au existat însă diferențe în ceea ce privește vârsta pacienților, atunci când s-a aplicat acest test : pacienții mai tineri (18-30 ani) tind să aibă întârzieri mai scurte (31.2% au accesat serviciile de sănătate mintală în mai puțin de o săptămână), în timp ce pacienții cu vârste cuprinse între 51-60 ani au avut întârzieri de peste un an, în 34.8% din cazuri.

Analiza statistică arată că prezența antecedentelor psihiatrice cunoscute a fost un alt factor care a influențat creșterea întârzierii (44.7% au avut o întârziere mai lungă de un an), cu o mediană de 23.5 săptămâni, comparativ cu doar 8 săptămâni în cazul celor fără antecedente, ceea ce subliniază importanța primului contact cu psihiatria, pentru pacienți.

Un alt factor important a fost persoana care a sugerat primul consult: așa cum era de așteptat, cele mai lungi întârzieri le-au avut cei care au fost îndrumați de medici de alte specialități – în medie 111.27 săptămâni, cu o mediană de 14 săptămâni (aceștia încercând adesea să gestioneze boala psihică, pentru o anumită perioadă de timp), iar cele mai scurte întârzieri le-au avut cei care au luat singuri decizia de a consulta un psihiatru (valoarea medie a fost de 40.82 săptămâni, cu o mediană de 8 săptămâni). Importantă a fost și persoana care a realizat primul consult : cele mai lungi întârzieri le-au înregistrat cei care au accesat prima dată serviciile de urgență (în medie 151.24 săptămâni, cu o mediană de 104 săptămâni), față de cei care au fost consultați prima dată de către MF (28.5 săptămâni valoarea medie și 8 săptămâni mediana).

În ceea ce privește categoriile de diagnostic : cele mai lungi întârzieri le-au avut pacienții cu dependențe la alcool (medie 170.96 săptămâni și o mediană de 103.5 săptămâni, 60.7% dintre ei având o întârziere mai lungă de un an), în timp ce pacienții cu tulburări nevrotice au avut cea mai scurtă durată a întârzierii (23.55

săptămâni în medie, cu o mediană de 8 săptămâni). Acest lucru era oarecum de așteptat, dacă ținem cont de profilul psihopatologic al acestor afecțiuni. Surprinzător a fost faptul că pacienții psihotici au avut și ei o durată foarte mare a întârzierii primului consult psihiatric, lucru în concordanță cu datele din literatura de specialitate, care atrage atenția asupra problematicei legate de această întârziere (risc uneori vital pentru pacient/ aparținători, pierderea rolului socio-profesional, tratament mai dificil, etc): valoarea medie a întârzierii a fost de 82.15 săptămâni.

Concluzii

Întârzierea între apariția primelor simptome și primul consult psihiatric variază foarte mult de la un pacient la altul, mai ales în funcție de vârstă și categoria de diagnostic. Se pare că stigma este cel mai important factor care influențează accesul la serviciile de sănătate mintală, în țările în curs de dezvoltare din sud-estul Europei.

Studiul 3. Reforma sănătății mintale

Tratamentul persoanelor cu boală psihică s-a schimbat radical: la începuturile psihiatriei, bolnavii psihici erau izolați, înfometați și privați de somn, fiind internați în azile, iar persoanele cu probleme psihice erau net stigmatizate. Serviciile de sănătate mintală reprezintă însă un sistem dinamic și complex, aflat în continuă evoluție. Astăzi, vorbim de schimbări care atrag cu sine o ameliorare progresivă a mentalității privind persoanele suferind de afecțiuni psihice : deinstitucionalizarea si reintegrarea bolnavilor psihici in societate.

În ultimele decenii, putem observa o evoluție importantă a psihiatriei:

- în ceea ce privește terminologia psihiatrică: semiologie, ghiduri de diagnostic precum DSM și ICD ;
- apariția a multiple posibilități de tratament: noi generații de medicamente psihotrope, ghiduri de tratament, publicarea a numeroase studii ;
- ameliorarea obiectivelor și a șanselor pacienților psihiatrici, odată cu introducerea conceptelor de readaptare și reinserție a pacientului în societate ;

Din punct de vedere istoric, vorbim despre 3 mari etape în evoluția psihiatriei:

- Azile
- Spitale (în 1951 – Mental Disorders Act promova excluderea și instituționalizarea pacienților psihiatrici)
- Rețele și circuite de îngrijire, în curs de dezvoltare – conform noilor ghiduri ale OMS.

Viziunea OMS privind funcționarea serviciilor de sănătate mintală până în anul 2020 (WHO's Mental Health Action Plan), în curs de implementare în mai multe țări din UE : crearea unor rețele și circuite de îngrijire. Miliarde de asociații, spitale, profesioniști din domeniul sănătății, pacienți și familii, lucrează împreună - ca un mecanism - pentru a rescrie paginile istoriei, încercând să deschidă porțile între psihiatrie și restul specialităților, precum și între psihiatrie și serviciile comunitare. După perioada azilelor și a spitalelor, o nouă eră apare în istoria umanității: în prezent, se vorbește despre reabilitare și reinserția socială a pacientului ca o parte firească din tratamentul bolii acestuia, prin încurajarea activităților (sport, cultură, hobby-uri, muncă etc), a interacțiunilor umane și a suportului social.

Nevoia de schimbare a apărut din mai multe motive:

a) financiare : spitalele de psihiatrie utilizează 70% din bugetul pentru serviciile de sănătate. Dezavantajul este că spitalele tratează doar problemele psihice grave, iar prevenția este adesea ignorată. Totodată, pacienții sunt adesea izolați de RSS și de activitățile lor zilnice (în timpul internărilor) => adesea dificultăți de reintegrare => reinternări frecvente și creșterea costului. În sfârșit, costul crescut al spitalizărilor împiedică adesea crearea unor structuri adaptate pacienților stabiliți, care ar putea fi

38.2% din populația UE (164.8 milioane de persoane) suferă de o boală psihică => cost anual de 798 miliarde de euro în anul 2002. Bolile mintale afectează economia, societatea, educația și, în general, toate aspectele vieții. Depresia, de exemplu, este considerată "boala secolului 21" și una dintre principalele cauze de deces, potrivit OMS.

În Anglia, banii economisiți prin ameliorarea accesului la serviciile de sănătate au fost reinvestiți în programe de prevenție și intervenție precoce. Reforma serviciilor de sănătate mintală ar crește numărul de locuri de muncă, ar reduce durata tratamentului și riscul decesului, precum și numărul internărilor și durata acestora (și, implicit, costul internărilor).

b) agravarea problemelor **psiho-sociale**, pentru care spitalele de psihiatrie adesea alocă paturi.

Stigma și discriminarea provoacă de asemenea dificultăți în funcționarea în rolurile sociale, profesionale, etc.

c) **distanța** până la spitale, adesea inaccesibile populației rurale (din cauza lipsei transportului, motive financiare, lipsa de cunoștințe privind patologia sau posibilitățile de tratament etc).

d) **drepturile pacientului** nu sunt întotdeauna respectate (de exemplu, condiții inadecvate în spitale – infrastructură, confidențialitate, privarea de libertate etc).

e) lipsa psihiatriei de legătură în anumite țări tinde să **separe patologia somatică de cea psihiatrică**, ceea ce înseamnă că una dintre aceste două probleme va fi neglijată.

Principii și strategii de implementare :

În practica bazată pe dovezi, s-a dovedit că schimbarea sistemelor de sănătate este un proces complex, în cursul căruia este nevoie să fim deschiși și să ne modificăm mai întâi mentalitatea.

Perspectiva OMS este bazată pe strategii de analiză a situației, pe evaluarea nevoilor societății, realizându-se prin fixarea unor obiective și, mai apoi, prin implementarea lor.

Considerente :

- Apărarea drepturilor fundamentale și a demnității persoanei (acceptare și includere în societate)
- Ameliorarea informațiilor și a cunoștințelor de sănătate mintală în rândul populației
- Acțiuni în favoarea sănătății mintale și a prevenției
- Scăderea problemelor legate de toxicomanie
- Reintegrarea socială a pacientului și încurajarea autonomiei
- Colaborare la toate nivelurile

WHO's Mental Health Action Plan (în curs de implementare între anii 2013-2020) – principii :

- Sănătatea fizică și psihică sunt la fel de importante
- Accesul egal la serviciile de sănătate
- Servicii adaptate la nevoile individului (diversificarea alternativelor de îngrijire)
- Creșterea speranței de viață
- Tratamentul persoanelor cu probleme psihice în comunitate
- Diminuarea stigmei și discriminării
- Colaborare interdisciplinară
- Pacientul este pe primul loc

Proiectul de lege publicat în anul 2011 și implementat începând cu anul 2013:

- Prevenție și intervenție precoce (de exemplu, prin medicina de familie)
- Internări intensive, de scurtă durată
- Incluziune socială și dezvoltarea serviciilor comunitare
- Coordonare și colaborare intra/interdisciplinară
- Diversificarea serviciilor de îngrijire:
- Locuințe protejate (apartamente terapeutice)

- Servicii de psihiatrie în cadrul spitalelor generale (dezvoltarea psihiatriei de legătură)
- Echipa mobile de îngrijire a pacienților (echipe pluridisciplinare, formate din medic psihiatru, asistenți medicali, psihologi, asistenți sociali, secretariat etc)

Obiectivele acestui proiect sunt :

- Îndeplinirea nevoilor populației din zona geografică acoperită
- Ofertă globală și diversificată de servicii de sănătate, organizată în structuri și rețele de îngrijire
- Întărirea și susținerea structurilor deja existente (spitale, ambulatorii etc.)
- Intensificarea cooperării intra și extra spitalicești
- Asigurarea unei îngrijiri optime pentru persoanele cu probleme psihice
- Răspuns individualizat, adaptat la pacient
- Întărirea rețelei de suport social și încurajarea tratamentului în mediul de viață al pacientului
- Viziunea permanentă a readaptării bolnavului psihic la comunitatea din care face parte

Una dintre principalele strategii ale reformei este deinstitutionalizarea (reducerea numărului de paturi în spitale, scurtarea internărilor, încurajarea reinsertiei sociale a pacientului), propusă pentru a reduce costurile, a îmbunătăți accesul la serviciile de sănătate mintală și a furniza servicii individuale, adaptate nevoilor actuale ale populației. Acest proces trebuie să fie simultan cu introducerea unor servicii de sănătate alternative. În caz contrar - prin reducerea numărului de paturi în spitalele de psihiatrie fără a oferi alternative de tratament – diferite probleme pot apărea : persoane fără domiciliu, reinstitutionalizați în închisori, suprasolicitarea serviciilor de urgență etc. Este important de precizat că în țările sărace și cu venit mediu, numărul de paturi de internare au fost deja reduse, fără a dezvolta servicii de sănătate complementare !

Probabil cea mai clară expresie a deinstitutionalizării este apariția echipelor mobile. De exemplu, funcționarea echipelor mobile în sistemele de sănătate din Belgia și Franța:

Echipe mobile de criză Psy107 (BELGIA) sau Echipa mobile coordonate de Centrele Medico-Psihologice (FRANȚA), reorganizate regional și integrate în sistemele publice de sănătate.

Avantaje : mobilitate și intervenție rapidă, colaborare pluridisciplinară, evaluarea necesității internării, înțelegerea contextului, contact cu anturajul pacientului, diminuarea stimei, tratament individualizat / adaptat posibilităților pacientului, responsabilizarea pacientului.

Limite : conștientizarea problemei (nevoia consimțământului pacientului), factorii de mediu/familiali (susținere din partea RSS), aspecte organizatorice (susținere financiară și politică, continuitatea proiectului de îngrijire).

Alte țări în care au fost implementate echipele mobile de psihiatrie : Anglia - Crisis Resolution and Home Treatment Team (CRHTT), SUA - Psychiatric Mobile Response Teams (PMRT), Italia, Germania, Norvegia, Australia etc.

Schimbări implementate în diverse țări: abordare mulți-disciplinară și colaborare cu alte servicii de sănătate (exemplu : CMP, echipe mobile etc), coordonare și reuniuni între diferite rețele și echipe de profesioniști, schimburi de opinii și experiențe, parteneriate etc.

Aplicarea reformei în Belgia

Psihiatria țintește spre partea cea mai profundă a ființei noastre: sufletul, esența propriei identități. Prin urmare, este absolut necesar să luăm permanent în considerare o gamă uimitoare de emoții și interacțiuni,

interne și externe. Procesul de transformare și evoluție a instituțiilor psihiatrice este așadar o muncă continuă și complexă, în permanentă luptă cu inerția și rigiditatea sistemelor și a firii omenești.

Progresiv, s-au dezvoltat și diversificat instituțiile de îngrijire a sănătății mintale, urmărindu-se reducerea stigmei, discriminării și a inegalității accesului la serviciile de sănătate, susținerea și înțelegerea pacientului și a familiei acestuia, precum și prevenția bolii, tratamentul și reinsertia individului în societate. Astfel au evoluat unitățile de criză în spitalele psihiatrice, secțiile de psihiatrie de legătură, habitatele protejate, rețelele și circuitele de îngrijire, reinsertia bolnavului în societate, îngrijirea la domiciliu, colaborarea profesioniștilor implicați în îngrijirea pacientului, centrele de zi și ambulatorii, etc.

Planul de Acțiune al OMS pentru anii 2013-2020 propune așadar o schimbare radicală și sistematică a sistemului de sănătate actual, prin :

- scurtarea spitalizărilor
- promovarea serviciilor de psihiatrie în clinicile generale și dezvoltarea psihiatriei de legătură
- introducerea echipelor mobile de îngrijire și a habitatelor protejate
- colaborarea cu medicii de familie
- încurajarea autonomiei și reinsertiei în societate

Aceste modificări aduc cu sine o adevărată reformă în domeniul sănătății mintale, prin dezvoltarea unor rețele și circuite de îngrijire menite să asigure reintegrarea socială, evitarea stigmatizării, continuitatea îngrijirilor, menținerea sănătății mintale, variabilitatea tratamentului și, în general, o bună calitate a vieții. Pe termen lung, reforma aduce cu sine individualizarea tratamentului bolnavului psihic, încurajând acceptarea și includerea acestuia în societate.

Cel de-al treilea studiu s-a desfășurat în perioada iulie 2015 – iulie 2016, în clinici de psihiatrie din regiunea Liège, Belgia : CHC Heusy și Rocourt, CHU Liège. Cercetarea a fost realizată în cadrul unui contract de lucru pe o perioadă de un an de zile, precum și în cadrul unei burse Erasmus oferită de Universitatea de Medicină și Farmacie din Târgu Mureș, în perioada ianuarie-februarie 2016.

Prin studiul literaturii de specialitate, a ghidurilor și a legislației belgiene, precum și prin practica clinică zilnic timp de un an, am încercat sintetizarea viziunii OMS pentru sistemele de sănătate mintală, precum și modalitățile de implementare a acesteia până în anul 2020, descrise în diferite țări din UE.

Activitatea clinică și cercetarea științifică a fost realizată în cadrul experienței personale și profesionale în Echipa mobilă de criză din regiunea Liège, ambulatorul de consultații psihiatrice integrat în clinica de psihiatrie din Rocourt, serviciul de urgență și psihiatrie de legătură din clinica de medicină generală de la Heusy, asigurarea asistenței psihiatrice prin efectuarea de gărzi la domiciliu și colaborarea cu Spitalul Universitar din regiune.

Activitatea clinică legată de reforma sistemului de sănătate belgian s-a realizat prin participarea la reuniuni și consultații în cadrul echipei mobile de criză Psy107, deplasări la domiciliul pacienților împreună cu membrii echipei, evaluarea psihiatrică a pacienților luați în evidență, instituirea și urmărirea tratamentului psihotrop, asigurarea îngrijirilor medicale în regim ambulator, precum și activarea ca psihiatru în serviciul de urgență și psihiatrie de legătură - activitate ce constă în consultații oferite pacienților care s-au prezentat în regim de urgență la clinica de medicină generală din Heusy și a pacienților internați în această clinică, la cererea medicilor de diferite specialități (medicină de urgență, medicină internă, cardiologie, geriatrie, obstetrică-ginecologie etc).

Baza legală a reformei în Belgia este articolul Psy107, publicat în iulie 2008 în Monitorul Belgian și în curs de implementare începând cu anii 2010-2011. Modificările aduse sistemului de sănătate belgian pun în practică recomandările OMS, Consiliului European și UE, modificări care încearcă în permanență să pună pacientul pe primul loc. Tendința de promovare a psihiatriei de legătură și prezența psihiatrului în serviciile de urgență din clinicile generale dovedesc faptul că, în prezent, se pune tot mai mult accent pe egalitatea importanței tratamentului bolilor psihice și fizice, prin :

- Tratarea bolilor psihice în comunitate, atunci când acest lucru este posibil;
- Servicii adaptate nevoilor individuale și colaborare multidisciplinară ;
- Diminuarea stigmei și a discriminării pacienților cu afecțiuni psihice ;
- Servicii de psihiatrie de legatura in spitale generale ;
- CSM (centre de sanatate mintala) ;
- Habitate protejate ;
- Echipe mobile de ingrijire centre de ingrijire
- Structuri conventionate de Sistemul de Asigurari de Sanatate (exemplu : habitate protejate).

Principalii pași în implementarea reformei îi reprezintă:

1. Procesul de deinstitutionalizare, realizat prin prevenție și intervenție precoce și colaborare cu medicii de familie ;
2. Reinsertia socială ;
3. Colaborarea multidisciplinară și echipele de intervenție psihosocială ;
4. Scăderea spitalizărilor de lungă durată și încurajarea internărilor scurte, intensive ;
5. Dezvoltarea serviciilor de sănătate mintală în cadrul comunității (de exemplu, înființarea locuințelor protejate).

Inovația sistemelor de sănătate mintală constă în principal în două procese majore :

- I. Deinstitutionalizarea, propusă în scopul reducerii costurilor internării de lungă durată și îmbunătățirii accesului la serviciile de sănătate, proces realizat simultan cu oferirea unor alternative de îngrijire : dezvoltarea serviciilor de îngrijire comunitară, colaborare și echipe multidisciplinare, suport politic și economic, la orice nivel. Aceste măsuri previn urmările care ar putea să apară în urmă reducerii izolate a numărului de paturi în spitale : vagabondaj, reinstitutionalizare în închisori, azile, creșterea apelurilor la serviciile de urgență, etc. Astfel, în mai multe regiuni din Belgia s-a trecut la introducerea unor paturi de psihiatrie în spitalele de medicină generală, prezența psihiatriei de legătură în aceste spitale, încurajarea spitalizărilor scurte și a urmăririi pacienților în regim ambulator.
- II. Înființarea echipelor mobile de îngrijire : echipe care funcționează în regim de « criză » (subacut), intervenind pentru evitarea/ prevenirea unei eventuale internări în clinica de psihiatrie și pentru orientarea pacientului după încetarea intervenției.

Acest mod de intervenție are multiple avantaje : contact cu pacientul în mediul lui de viață, lucru care ajută la înțelegerea contextului, descoperirea rețelei de suport social disponibilă, a posibilităților de intervenție, evaluarea necesității internării în clinicile de psihiatrie, mobilitate și intervenție rapidă, colaborare cu medicul de familie și susținerea rețelei de sănătate disponibilă în jurul pacientului, respectarea

particularității fiecărui caz, etc. Totodată, are loc o diminuare importantă a posibilităților de apariție a stigmatizării persoanei cu boală psihică, scad costurile legate de o eventuală consultație/ spitalizare de zi, pacientul se simte în largul lui și poate beneficia de un ajutor important într-un moment « de criză ».

În funcție de caz, orientarea pacientului se poate face :

- Internare în clinica de psihiatrie
- Sustinere pe perioada crizei și întărirea rețelei de suport social
- Instituirea unui tratament psihotrop și monitorizare în regim ambulator
- Orientare către medicul de familie

Prezența unui psihiatru în clinicile de medicină generală este justificată prin creșterea numărului de urgențe psihiatrice în serviciile de urgență din clinici, precum și prin prezența unui număr mare de pacienți internați în alte secții medicale, care întâmpina probleme psihice pe parcursul spitalizării.

Locuintele protejate reprezintă ansamble rezidențiale în care pacienții locuiesc în comunitate, fiind în același timp supravegheați și îndrumați de psihologi și asistenți medicali, în funcție de necesitate. Se încurajează astfel dobândirea unui grad înalt de autonomie, reintegrarea în societate și prevenirea hospitalismului.

Concluzii

Înființarea echipelor mobile de criză reprezintă probabil cea mai inovativă expresie a reformei sănătății mintale, deoarece acestea întâlnesc pacientul în mediul lui de viață, încercând să înțeleagă contextul, dificultățile și nevoile acestuia și stimulând construcția unei rețele individualizate de suport. Totodată, introducerea psihiatriei de legătură reprezintă o necesitate în cadrul fiecărui spital de medicină generală.

Limite și oportunități de evoluție :

Pe parcursul implementării reformei în diferite sisteme de sănătate, câteva provocări au necesitat soluții inovative:

- Număr limitat de profesioniști :
 - Sri Lanka, Niger și Ethiopia : antrenamentul asistentelor și al psihologilor pentru managementul problemelor psihice ușoare/moderate, iar aceștia au redirecționat cazurile severe spre psihiatri ;
 - Indonezia și Singapore : echipe pluridisciplinare ;
 - Belgia : schimburi de experiență profesională naționale și internaționale, precum și încurajarea colaborării cu medicii de familie ;
 - Uganda : training și supervizare continuă a profesioniștilor din sănătatea mintală ;
- Dificultățile financiare : principiul general a fost dezvoltarea serviciilor comunitare :
 - Anglia : dublă finanțare și apoi transfer progresiv ;
 - Nouă Zeelandă : supervizarea finanțelor ;
 - Belgia : 10% din bugetul spitalelor a fost realocat către serviciile comunitare ;
 - Chile: asigurările nu au mai acoperit internările cronice pentru pacienții cazuri-noui;
 - Italia : suport financiar a comunității de profesioniști ;

- Lipsa motivației și a angajamentelor : în multe țări, reforma nu a putut fi implementată din cauza atitudinii rigide și rezistenței personalului medical în ceea ce privește schimbarea. Motivația a scăzut datorită așteptărilor nerealiste (de exemplu, volum prea mare de lucru fără creșterea salariilor), condiții inadecvate de lucru, teama de schimbare, lipsa de cunoștințe etc.

Soluțiile propuse au fost : - suport politic ; - promovarea nevoii de schimbare ;

- în Spania, persoane-cheie au fost implicate în implementarea schimbărilor;

- Italia a încurajat constant liderii ;

- Lipsa cunoștințelor și a aptitudinilor manageriale/ administrative : în unele țări, reforma a început cu proiecte-pilot care au găsit progresiv sprijin din diferite direcții și, la momentul potrivit, proiectele au fost implementate. Pentru ca astfel de proiecte să se dezvolte, participanții lor au nevoie de aptitudini manageriale și administrative. Puține țări au încurajat astfel de inițiative :

- Portugalia : mai mult de 50 proiecte

- India : creșterea numărului de articole publicate

- Ethiopia : întâlniri cu membrii reprezentativi ai comunităților

Pentru ca reforma să se întâmple în lumea întreagă, este necesar să înțelegem cum anumite sisteme de sănătate s-au schimbat, ce nevoi au trebuit împlinite, care au fost realizările și limitările experimentate. Timpul și colaborarea sunt esențiale în proces : au existat câteva momente-cheie care au necesitat schimbări în diferite sisteme de sănătate (de exemplu : cutremurul din Haiti în 2010, criza financiară din Albania, reinstaurarea democrației în Spania etc). Aceste momente dificile au oferit de asemenea oportunitatea următorului pas în evoluția sistemelor de sănătate mintală.

La Gulbenkian Global MH Platform's Internațional Forum on Innovation în MH în 2014, OMS a prezentat un studiu realizat între februarie-mai 2013, în 42 țări, 78 experți implicați substanțial în dezvoltarea serviciilor de sănătate din țara lor – au fost intervievați. Unul dintre cele mai interesante rezultate ale studiului a fost nevoia de a avea aptitudini politice în reforma sănătății mintale și de a investi în viitori lideri. Experții au considerat că cele mai importante metode de a îmbunătăți accesul la serviciile de sănătate mintală sunt: psihiatria de legătură, politică și proiectele naționale/intraspitalicești, suportul grupurilor și a centrelor comunitare. Potrivit experților, metodele folosite cu succes în diferite țări au fost : Serviciile de Tratament la domiciliu în Anglia, diferite grupuri de suport în Ungaria, Olanda, India și Ghana, psihiatria de legătură în Chile, Nigeria și Africa de Sud, centrele de zi și rezidentele protejate în Portugalia etc.

Aplicabilitatea proiectelor în România:

- Finanțarea sistemului :

- lipsa de finanțare (de exemplu, situații în care este lipsa de medicamente în spitale) ;

- lipsa de investiții (în infrastructură, echipamente și educație medicală) ;

- utilizarea arbitrară a resurselor ;

- internări inutile (exemplul spitalizărilor de zi cerute anual pentru pacienți care prezintă cazuri grave de demență, retard mintal etc).

- Instabilitate politică : 34 de miniștri ai sănătății în ultimii 25 ani (din care 18 miniștrii în ultimii 10 ani).

- Organizare : lipsa colaborării între spitale și medicii de familie, colaborări interdisciplinare sporadice, protocoale terapeutice depășite, lipsa unor evaluări care să fie analizate și utilizate în practică, lucrul în echipă, continuitatea îngrijirilor.
- Tratamente : 283 mil. euros utilizate în 1998 → 2 md. euros în 2008. Medicamentele prescrise/eliberate sunt adesea cele mai scumpe.
- Asistența primară : medicii de familie sunt izolați, lipsa medicilor în regionile rurale (distribuție inegală: în sud-estul țării: un medic de familie 1/665 locuitori, în nord-est : 1/2778 locuitori).
- Resursele umane : lipsa de personal (de exemplu : asistenți sociali, dieteticieni etc), scăderea motivației personalului medical.

Domenii de ameliorare :

- alinierea la protocoalele internaționale actuale ;
- evaluarea persoanelor aflate în posturi-cheie ;
- dialoguri cu persoanele care lucrează în domeniu;
- investiții în infrastructură, echipamente medicale, tratamente etc.;
- alternative pentru internare, orientarea pacienților, programe de îngrijire după internare etc.

Concluzii generale

OMS încearcă în mod constant să amelioreze serviciile de sănătate și să îmbunătățească accesul la îngrijiri medicale. Unul dintre aspectele importante în această direcție îl reprezintă studierea întârzierii dintre apariția primelor simptome și tratamentul pacienților. Sistemele de sănătate actuale sunt în plină reformă și schimbări ar fi în continuare esențiale pentru a oferi o uniformizare și o ameliorare a acestor servicii (de exemplu, oferirea mai multor informații despre sistemele de sănătate actuale, educarea populației generale privind bolile psihice și tratamentele psihiatrice cunoscute, precum și proiecte de combatere a stigmatizării bolilor psihice).

Studiul nostru a subliniat importanța medicului de familie ca o cale de comunicare între pacienți și serviciile de sănătate actuale, un lucru de asemenea important fiind dezvoltarea unor politici de creștere a conștientizării populației privind sănătatea psihică, serviciile de sănătate disponibile la ora actuală, prevenție și posibilități de ameliorare a accesului la îngrijire.

Originalitatea tezei

Lucrarea actuală aprofundează cercetările legate de întârzierea tratamentului psihiatric și aduce noi informații cu privire la factorii care influențează accesul la serviciile de sănătate mintală.

O metodologie diferită (realizarea unui chestionar cu factorii studiați în diferite articole publicate în literatura de specialitate) și o abordare din mai multe puncte de vedere (al pacientului, familiei și cadrelor medicale) aduce cu sine o perspectivă mai largă și posibilitatea realizării unei abordări diferite, studiile anterioare concentrându-se doar pe perspectiva pacientului. Corelația între perspectiva acestuia și a familiei / cadrelor medicale permite o mai bună înțelegere a contextului, iar realizarea studiului în diferite țări din Sud-Estul Europei oferă o perspectivă de ansamblu asupra accesului la serviciile de sănătate mintală în țările în curs de dezvoltare.

Pe parcursul mai multor ani de muncă și experiență internațională, implementarea schimbărilor actuale în domeniul sănătății mintale de către OMS este studiată în practica medicală curentă, teza actuală realizând, totodată, analiza sistemului de sănătate din țara noastră.

Studierea eșecurilor în implementarea reformei sănătății mintale și a soluțiilor găsite în diferite părți ale lumii aduce cu sine o analiză critică și o încercare obiectivă de schimbare a sistemului de sănătate actual, în vederea unei continue ameliorări și adaptări la nevoile pacientului și aparținătorilor acestuia.