

# Programa d'atenció a la **crisi infantil i juvenil en salut mental** a Catalunya

Juny 2022



Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut

**Direcció:**

Pla director de salut mental i addiccions

**Alguns drets reservats:**

© 2022, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-No comercial-Sense obres derivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a la pàgina web de Creative Commons.

**Edita:**

Direcció General de Planificació en Salut

**1a edició:**

Barcelona, març de 2022

**Assessorament lingüístic:**

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

Disseny de plantilla accessible 1.05:

Oficina de Comunicació. Identitat Corporativa

# Índex

1. Introducció i context .....	4
2. Característiques assistencials i objectius del programa d'atenció a la crisi infantil i juvenil en salut mental .....	6
Objectius del programa d'atenció a la crisi .....	8
Perfil de les persones ateses .....	9
Indicacions .....	9
Criteris d'exclusió .....	10
3. Requeriments per el funcionament del programa d'atenció a la crisi .....	11
Intervencions nuclears dels professionals de l'equip multidisciplinari .....	12
Cartera de serveis del programa d'atenció a la crisi .....	15
Procediment assistencial .....	15
4. Incorporació de nous perfils professionals als CSMIJ .....	17
Definició i funcions dels perfils professionals .....	17
Registre de l'activitat .....	20
Competències del nous perfils professionals .....	20
Requeriments bàsics dels professionals a contractar .....	20
5. Desplegament .....	21
6. Indicadors d'avaluació .....	22
1. Efectivitat .....	22
2. Accessibilitat .....	23
3. Resposta terapèutica .....	23
4. Eficiència .....	25
5. Seguretat .....	26
7. Conclusions .....	27
8. Membres del grup de treball .....	29
9. Annex 1. Revisió dels recursos i models d'intervenció ja existents .....	30
10. Bibliografia .....	34

# 1. Introducció i context

Les línies estratègiques 2017-2020 van ser un impuls molt important en l'àmbit de la salut mental infantil i juvenil que ha donat fruits objectivables, tant en la millora de la dotació dels diferents equips en tot el territori, com en la millora del diagnòstic i homogeneïtzació de pràctiques assistencials en patologies concretes, sobretot en trastorn del espectre del autisme.

La xarxa de salut mental infantil i juvenil cobreix i dona resposta als problemes de salut mental als 52 centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ), amb equips competents i pluridisciplinaris. Quan aquests casos necessiten de major intensitat d'intervenció, els hospitals de dia realitzen aquesta tasca i si el cas ho requereix les unitats d'hospitalització donen resposta a les fases agudes.

Malgrat la disponibilitat d'aquests recursos, en alguns casos, com a conseqüència de les condicions de complexitat que presenten aquests pacients, ja sigui per vulnerabilitat sociofamiliar, complexitat psicopatològica o ambdues condicions, tenen dificultats per acudir al seu CSMIJ o hospital de dia. L'actual sistema d'atenció no dona una **resposta ajustada a les necessitats d'aquests pacients i famílies, requereixen una intervenció de proximitat al domicili, amb l'objectiu d'evitar un curs tòrpida i cronificació.**

El Pla de salut 2021-2025 identifica salut mental i addiccions com un àmbit de transformació del serveis de salut, i planteja un conjunt d'actuacions per reforçar l'enfoc comunitari, orientar el serveis a la prevenció, la cura, la rehabilitació per aconseguir una atenció més accessible, més proactiva, més propera, més resolutiva, més longitudinal i que apoderi i potencii l'autonomia de les persones i la recuperació de les persones més greument afectades.

El Pla de salut identifica l'atenció a la salut mental dels infants i joves com a àmbit prioritari i d'especial rellevància, on preveu entre d'altres desplegar equips **interdisciplinaris d'intervenció en crisi a domicili** destinats a infants i joves en situació de crisi psicopatològica emergents i que donin cobertura a tot el territori.

L'any 2021 es van atendre 74.152 persones i 26.333 s'hi visitaven per primer cop als CSMIJ de Catalunya. Aquests valors situen la prevalença en població ajustada d'infantil i juvenil, en el 5,38% i la incidència en el 1,91%, que han anat augmentat en els darrers anys. S'observa un increment 8,45% de les persones ateses al CSMIJ l'any 2021 respecte l'any 2020 (n=5782). La rellevància de l'increment s'explica perquè el numero total d'infants i joves tractats als CSMIJ era estable en els darrers tres anys, al voltant de 68.000 atesos

entre l'any 2018 i 2020. Aquest increment també s'observa en les persones noves ateses al CSMIJ, amb un increment d'un 13,44% l'any 2021 respecte l'any 2020 (n=3123).

El total de visites que es van realitzar va ser de 605.033, el que comporta 8,2 visites per persona atesa. Pel que respecta a la condició clínica de complexitat en salut mental representen un 21,6% del total de casos atesos. Pel que respecta al les dades d'activació de codi risc suïcidi (CRS), amb un impacte evident de la pandèmia del Covid19. L'any 2021 les persones de 18 o menys anys van fer un total de 1.658 episodis de conducta suïcida, un 135,2% superior respecte l'any anterior. Dels 1.658 episodis, 1.397 (84,3%) van ser realitzats per noies i 261 (15,7%) per nois. No obstant això, la taxa poblacional ajustada a la població de referència (n= 1.377.021) és una taxa de 1,01 per mil habitants.

En aquest context el Programa d'atenció a la crisi infantil i juvenil en salut mental és una **alternativa assistencial d'àmbit comunitari** per a persones amb sospita o confirmació diagnòstica de trastorn mental i complexitat social associada que presenten dificultats per ser ateses als serveis de salut mental ambulatoris. El programa d'atenció a la crisi ha de facilitar l'atenció i tractament especialitzats continuats al **domicili i a la comunitat** atenent els aspectes psicosocials individuals i familiars; fins que aquestes persones assoleixin l'estabilitat clínica suficient per poder-les vincular a un recurs d'atenció comunitària.

Per tal que el Programa d'atenció a la crisi infantil i juvenil en salut mental esdevingui una eina equitativa i eficaç s'integra a la xarxa de CSMIJ del territori; el que implica una ampliació de la cartera de serveis dels CSMIJ (veure document nova cartera de serveis dels CSMIJ) i un canvi d'orientació d'aquests serveis cap a una atenció de més proximitat i més resolutiva, facilitant l'accessibilitat de les persones, integrant intervencions amb evidència de la seva eficàcia i efectivitat (veure annex 1), i potenciant l'atenció integrada a la comunitat amb coordinació de tots els agents implicats.

## 2. Característiques assistencials i objectius del programa d'atenció a la crisi infantil i juvenil en salut mental

El Programa d'atenció a la crisi infantil i juvenil en salut mental és una alternativa assistencial domiciliària i d'àmbit comunitari, que forma part de la nova cartera de serveis del CSMIJ, per a persones amb sospita o confirmació diagnòstica de trastorn mental i situacions de crisi de risc psicosocial, o complexitat social associada a la salut mental, que els impedeix un ús de recursos d'atenció normalitzats.

El programa d'atenció a la crisi ha de garantir que aquestes persones rebin una intensitat d'atenció i tractament especialitzats continuats al domicili, fins que assoleixin l'estabilitat clínica suficient que els permeti recuperar els nivells d'autonomia necessaris per poder-les vincular als recurs comunitaris.

El Programa d'atenció a la crisi s'articula a partir de les següents característiques assistencials:

- **Treball d'equip multidisciplinari de base comunitària** (i amb metodologia assertiva)  
L'equip està format per un psiquiatra infantil, psicòleg clínic, infermera de salut mental, treballador social, terapeuta ocupacional, educador social i administratiu.  
Aquest fet comportarà integrar al CSMIJ nous perfils professionals (terapeuta ocupacional i educador social) i reforçar alguns perfils ja existents.
- **Atenció en el propi entorn de la persona**  
L'equip multidisciplinari actua al domicili i a l'entorn natural de la persona, amb una atenció comunitària i de proximitat.
- **Atenció accessible, intensiva i continuada**  
Davant una situació de crisi s'ha de garantir el primer contacte a domicili en un temps inferior a 72 hores.  
Per tal de garantir el suport adequat de l'equip assistencial es recomana una intensitat mínima de 2-3 visites setmanals amb una estimació de vuit setmanes de durada.

L'atenció ha de ser flexible, s'adaptarà a l'evolució de les necessitats de la persona i ha de ser capaç de gestionar i activar si s'escau l'atenció coordinada amb altres dispositius sanitaris i d'atenció urgent del territori.

– **Pla terapèutic individualitzat d'atenció en el propi entorn de la persona**

L'equip multidisciplinar estableix un pla terapèutic individualitzat per a la persona i ajustat al seu entorn específic, treballant els aspectes pràctics de la seva vida quotidiana.

*El Pla terapèutic individual és un pla de tractament integral i individualitzat que inclourà intervencions psicològiques, psicoterapèutiques i psicoeducatives, tractament farmacològic i el seu maneig, el suport, la informació, la formació i l'acompanyament a les famílies i entorn immediat per assolir la potenciació de capacitats de la persona, de l'entorn familiar i relacional.*

El Pla terapèutic s'elaborarà amb la implicació activa en el procés d'atenció de la pròpia persona, la seva família i entorn.

– **Potencia la participació i apoderament dels joves**

Un dels elements centrals és la participació dels joves en el procés d'atenció i el seu apoderament.

La intervenció de l'equip multidisciplinar reforça les capacitats i potencialitats dels joves, el desenvolupament del projecte de vida; tot respectant els drets en primera persona.

– **Intervenció integrada de tots els agents**

Un element central d'aquest programa és l'atenció integrada amb els serveis sanitaris que presten atenció a la població infantil, adolescent i jove, però també amb altres sectors implicats entre els que destaca educació, serveis socials, inserció laboral, recursos comunitaris estructurats i no estructurats, i especialment amb els diferents equips que intervenen al domicili.

El programa d'atenció a la crisi és la palanca de canvi de la nova cartera de serveis i nova orientació de l'atenció a la salut mental infantil i juvenil, que persegueix un servei més proactiu i accessible, d'orientació comunitària reforçant la prevenció, la intervenció integrada, longitudinal, resolutiva i basats en els drets de les persones, en la recuperació del projecte de vida i el suport a la família i entorn.





## **Objectius del programa d'atenció a la crisi**

L'objectiu del programa se centra en la recuperació dels nivells d'autonomia i projecte de vida per tornar a fer ús dels recursos comunitaris dels infants i joves amb trastorn mental i situacions de crisi o de risc psicosocial, que presenten dificultats per ser ateses als serveis de salut mental ambulatoris, a través d'una atenció terapèutica accessible, holística i adequada en el domicili i la comunitat.

Els objectius complementaris que se'n deriven són:

- Promoure i facilitar la vinculació als recursos de la comunitat.
- Oferir atenció a altres aspectes de la salut (dieta, tòxics, comorbiditats desateses).
- Detectar situacions patògenes al nucli de convivència.
- Detectar i atendre els casos de patologia mental greu silent, reduint el risc d'aïllament i d'exclusió social.
- Reduir l'absentisme escolar.
- Reduir les visites a d'urgències.
- Evitar en la mesura del possible, l'ingrés hospitalari, facilitant la vinculació i l'atenció terapèutica al domicili de persones en situació de risc de descompensació. Es tindrà especialment en compte en menors de 12 anys.
- Disminuir els ingressos hospitalaris convencionals.
- Facilitar i treballar per la corresponsabilització de la persona atesa en el seu procés de recuperació respecte dels tractaments necessaris per permetre un treball psicosocial i l'estabilització psicopatològica.
- Afavorir el predomini de l'atenció psicosocial i comunitària.

## **Perfil de les persones ateses**

Nens i joves d'edat compresa entre 6 i 17 anys que presenten una crisi a nivell psicopatològic i condicions de vulnerabilitat sociofamiliar.

## **Indicacions**

- Persones en aïllament domiciliari que presenten psicopatologia
- Persones amb sospita o diagnòstic psiquiàtric filiat susceptible de ser atès al CSMIJ i que presenten algun factor de vulnerabilitat com:
  - o Situació psicosocial i/o familiar de risc o desfavorable.

- Probable patologia psiquiàtrica familiar.
- Crisi o pre-crisi detectades per equipaments sanitaris, educatius.
- Voluntarietat verbal de la persona i família de ser atesa en el Programa d'atenció a la crisi infantil i juvenil.
- Condicions i/o situacions clíniques en les quals no està indicada l'hospitalització complerta o parcial.
- Comorbiditat amb patologia orgànica que dificulten el desplaçament o l'hospitalització.

### **Criteris d'exclusió**

- No acceptació del tractament per part de la persona usuària i/o la família.
- Discapacitat intel·lectual com a única patologia.
- Patologia orgànica complexa inestable.
- No és motiu d'exclusió la patologia dual, excepte si el consum de substàncies fa impossible l'atenció al domicili.
- Alteració greu de la conducta (agressivitat que dificulta la intervenció).
- Risc elevat de suïcidi.
- Família i/o convivents amb molt poca capacitat d'afrontar la situació i greus dificultats col·laborar en les indicacions del programa

### 3. Requeriments per el funcionament del programa d'atenció a la crisi

**Recursos estructurals:** Els professionals del programa utilitzaran els espais del CSMIJ, amb les consultes i el material informàtic necessaris per a aquest tipus d'atenció. Els professionals necessiten tecnologia per a la connexió en línia, així com mitjans de transport que facilitin el desplaçament.

**Nombre de casos/any:** la capacitat d'atenció esperable és de 5 casos simultanis per 25.000 habitants (població ajustada), assolint com a mínim 60 altes anuals.

**Horari:** Flexible i que sigui capaç de gestionar una atenció coordinada amb els dispositius d'urgències del territori.

**Intensitat:** Per tal de garantir un suport adequat per part de l'equip assistencial, es recomana que s'estableixi una intensitat mínima de 2-3 visites setmanals.

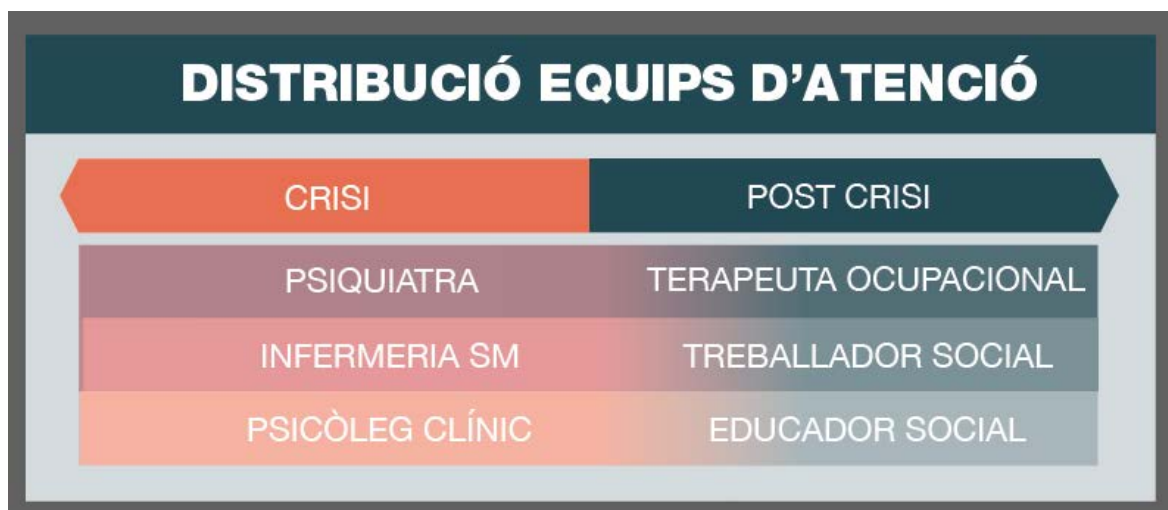
**Durada màxima de l'atenció:** és de vuit setmanes.

**Recursos humans:** Aquest programa ha d'estar integrat al CSMIJ, per tal de oferir una cobertura des d'aquest dispositiu, mitjançant la reordenació o reorganització dels programes assistencials amb la incorporació de nous perfils professionals.

Encara que aquests equips estiguin integrats als CSMIJ, han de donar resposta específica a la proximitat, amb uns indicadors d'atenció diferenciats.

El programa és multidisciplinari i es proposa una dedicació orientativa per a 25.000 habitants (població ajustada):

1. 10h Psiquiatria infantil
2. 10h Psicologia clínica
3. 10h Infermeria de salut mental
4. 20h Treball social
5. 20h Terapeuta ocupacional
6. 20h Educador social
7. 5h de personal administratiu



## Intervencions nuclears dels professionals de l'equip multidisciplinari

### Funcions nuclears Psiquiatria:

- Avaluació inicial exhaustiva domiciliària de la situació de crisi: Inclou avaluació psicopatològica i de la simptomatologia per tal de detectar la necessitat d'una atenció domiciliària intensiva que doni resposta davant d'una moderada complexitat clínica i psicosocial.
- Establir una relació terapèutica per tal de negociar un pla de tractament que sigui acceptable per a la persona usuària i persona de suport o família, i que li permeti mantenir un funcionament comunitari òptim.
- Maneig de la simptomatologia i/o reajustament de la medicació pautaada.
- Treball i planificació de l'alta a fi d'assegurar el vincle i/o el seu retorn al dispositiu comunitari de referència un cop la situació de crisi estigui resolta o a un de nou.

### Funcions nuclears Psicologia clínica:

- Avaluació inicial exhaustiva domiciliària: Inclou avaluació psicopatològica i de la simptomatologia per tal de detectar la necessitat d'una atenció domiciliària intensiva que doni resposta a una moderada complexitat clínica i psicosocial.
- Identificació i discussió dels desencadenants potencials de les crisis, incloses les dificultats en l'entorn familiar i en altres relacions significatives.
- Establir una relació terapèutica amb el pacient i la família.
- Intervencions psicològiques/psicoterapèutiques/psicoeducatives individuals com familiars, dirigides a augmentar les habilitats necessàries per a la resolució

### **Funcions nuclears Infermeria de SM:**

- Avaluació inicial exhaustiva domiciliària: Valoració del risc i de l'estat de salut física, de l'ús de substàncies addictives, de les circumstàncies socials, l'entorn familiar i de relacions interpersonals.
- Establir una relació terapèutica i un acompanyament que sigui acceptable per a la persona usuària i persona de suport o família, per tal de establir un pla de cures que permeti mantenir un funcionament domiciliari òptim i fomentar l'adhesió al tractament en revisió, motivació i supervisió constant.
- Intervencions dirigides a augmentar la informació i les habilitats necessàries per a la resolució de problemes (prevenció de recaigudes i planificació de la gestió de crisis futures) i dur a terme les activitats quotidianes.
- Treball i planificació de l'alta des de l'etapa inicial, a fi d'assegurar la continuïtat assistencial quan la situació de crisi estigui resolta o a un de nou.

### **Funcions nuclears Treball Social:**

- Valoració inicial del cas per tal de explorar les necessitats social de la persona usuària i la seva família.
- Coordinació amb serveis social del districte i/o dispositius comunitaris.
- Gestió dels tràmits per poder accedir als ajuts i/o suports necessaris.
- Prescripció social i atenció familiar.

### **Funcions Terapeuta Ocupacional:**

- Valoració de les capacitats i de la persona.
- Treballar la implicació del pacient en el seu pla terapèutic.
- Involucrar els pares en el plantejament terapèutic.
- Entrenament i reeducació d'activitats quotidianes (activitats bàsiques i instrumentals de la vida diària).
- Assegurar que la persona assoleixi un nivell òptim d'autonomia.
- Orientar i entrenar les habilitats requerides per fer ús dels recursos comunitaris.
- Adaptar l'entorn a les necessitats de la persona (modificació de l'espai, ajuts visuals,...), així com detectar barreres arquitectòniques per tal de garantir el nivell màxim de participació de la persona.

- Valorar, prescriure i assessorar diferents productes de suport que promoguin l'autonomia d'acord amb les habilitats funcionals.
- Acompanyar la persona a restablir i recuperar els seus rols i ocupacions.
- Redescobrir interessos relacionats perduts.
- Consciència ocupacional: Donar eines a la persona per afavorir l'autoconeixement i dotar d'estratègies amb el fi de realitzar activitats/ocupacions significatives amb un objectiu i en un moment concret.
- Prescripció ocupacional: L'ocupació com a canal per abordar la desestructuració ocupacional i/o emocional. Facilitar la detecció d'interessos i assessorar sobre quin recurs de la comunitat (actiu) és més adient per a la persona.
- Coordinació i seguiment amb diferents recursos de la comunitat per garantir una bona vinculació.
- Fomentar la participació social en altres contextos comunitaris. Facilitar l'accés a recursos i agents actius de la comunitat.
- Col·laborar en el procés de definició de l'itinerari educatiu o d'inserció laboral i el projecte de vida dels adolescents.

### **Funcions Educador Social:**

- Valoració inicial del cas per tal d'activar un treball d'acompanyament que apoderi la persona jove en el desenvolupament de les seves potencialitats, la creació del seu projecte de vida i la seva reintegració a la comunitat.
- Oferir atenció al seu entorn natural.
- Promoure el seu creixement personal.
- Vincular al jove a recursos comunitaris: oci, formatius, educatius,...
- Mediar entre els joves i els serveis.
- Oferir recolzament a les famílies i/o convivents.
- Assessorar altres professionals.
- Coordinació amb altres serveis implicats: EAIA, Justícia, Serveis Socials, Districte Jove, IES.

## **Cartera de serveis del programa d'atenció a la crisi**

### **A. Valoració diagnòstica:** en tots els eixos.

- Entrevista
- Escales clíniques (Hamilton , PANSS,...)
- Escales seguretat (UKU,...)

### **B. Valoració familiar:**

- Entrevista d'avaluació de la idoneïtat

### **C. Projecte terapèutic consensuat amb la xarxa d'atenció:**

- Individual
- Familiar
- Social i educatiu

### **D. Tractaments psicofarmacològics:**

- Prescripció
- Dispensació
- Psicoeducació

### **E. Tractament psicològic:**

- Psicoterapèutic
- Psicoeducatiu
- Individual i familiar
- Enfocat al procés de recuperació

### **F. Intervenció social:**

- Coordinació amb serveis socials del districte
- Prescripció social

## **Procediment assistencial**

Davant la necessitat de fer un abordatge de proximitat per tal de garantir una millora en l'atenció de la persona atesa i la seva família, i a partir de la situació clínica, diagnòstic i tractament actual, l'equip professional del CSMIJ consensuarà la necessitat d'iniciar l'atenció domiciliària en cada cas. A més a més, establirà al Pla terapèutic Individualitzat (PTI) quins són els objectius a assolir i explicarà a la

persona usuària/família aquest tipus d'intervenció.

Es recomana que, davant una situació de crisi, s'ha de garantir que el temps d'espera pel primer contacte a domicili sigui inferior a 72 hores.

La intervenció domiciliària s'aturarà quan la situació psicopatològica del pacient ho permeti i/o s'assoleixin els objectius establerts al PTI, en un període màxim de 8 a 12 setmanes.



## 4. Incorporació de nous perfils professionals als CSMIJ

Per tal de reforçar la intervenció a la crisi infantojuvenil a domicili i l'atenció comunitària, a continuació es defineixen els objectius i la cartera de serveis de les noves figures professionals: terapeutes ocupacionals (TO) i educadors socials (ES). Diem noves perquè l'any 2018 hi havia 5,08 educadors socials i 1,66 terapeutes ocupacionals als CSMIJ de Catalunya (Atles Salut Mental i Addiccions 2018), i per tant es vol potenciar aquest grup de perfils professionals que desenvoluparà tasques de suport al seguiment de les persones ateses al CSMIJ i reforçaran/complementaran la intervenció a la crisi domiciliària, adreçades als col·lectius que més ho necessiten.

Desenvoluparan les seves funcions en l'àmbit ambulatori, comunitari i domiciliari, i el seu desplegament constituirà un impuls per a l'atenció comunitària dels CSMIJ.

El fet d'incorporar aquests professionals en els CSMIJ, com a membres integrants orgànicament i funcionalment dels CSMIJ, ha de contribuir a:

- Una intervenció comunitària i de proximitat a l'entorn natural de l'usuari/a, ampliant la intensitat d'intervenció en el nucli familiar, la comunitat educativa, formativa i social.
- Reduir la desvinculació del CSMIJ.
- Reduir l'absentisme escolar.
- Reduir el número a les urgències hospitalàries i al CSMIJ.
- Treballar en programes de prevenció secundària i terciària: Funcionalitat del trastorn mental.
- Facilitar la coordinació amb altres serveis.
- Facilitar la vinculació a recursos comunitaris.

### Definició i funcions dels perfils professionals

Aquesta nova cartera de serveis serà desplegada a l'entorn dels CSMIJ, els quals, a partir d'ara, comptaran amb el suport de nous perfils professionals (TO i ES) i el reforç de la figura del TS que centraran la seva actuació en aquesta nova cartera.

El TO com a professional de la salut amb expertesa en l'avaluació i valoració global de

la persona, de les seves capacitats i limitacions. Estan dotats d'uns coneixements sociosanitaris englobats dins l'àmbit de la rehabilitació, els quals permeten la intervenció en tres àmbits: automanteniment, productivitat i lleure de la persona.

Funcions:

- Realitzar una valoració de les capacitats i limitacions de la persona (sensorials, superiors, socials i psicològiques).
- Elaborar i avaluar programes de tractament de rehabilitació amb els objectius corresponents.
- Implicar a la persona en tractament.
- Entrenar i reeducar en les activitats bàsiques i instrumentals de la vida diària.
- Entrenar l'ús d'ajudes tècniques sempre que sigui necessari, compensant-ne les limitacions.
- Confeccionar i fer la prescripció d'ajuts tècnics, així com l'entrenament de la persona en la seva utilització.
- Adaptar l'entorn i fer programes d'eliminació de barreres arquitectòniques. Assessorar famílies, usuaris i professionals d'altres especialitats.
- Avaluar els mitjans de transport i les possibles adaptacions.
- Capacitar l'individu per aconseguir el major grau de reinserció sociolaboral possible com a membre actiu dins de la comunitat.
- Ajudar l'individu a reajustar els hàbits diaris.
- Reinserció de l'individu a la seva vida quotidiana i al seu medi en les millors condicions possibles.

El ES com a professional que té una formació socioeducativa, li permet intervenir en diferents camps de l'educació no formal.

Funcions:

- Avaluació de les necessitats de la persona per proporcionar-li ajuda o posant-li en contacte amb els serveis que li corresponen.
- Atenció individualitzada per tal d'oferir consells, recursos pràctics i suport emocional.
- Ajudar les persones que necessiten atenció domiciliària amb dificultats d'aprenentatge o problemes de salut mental.
- Acompanyar les persones en la realització de tràmits administratius com ara sol·licitar ajuts a la seguretat social, preparar pressupostos, obtenir

assessorament legal, contactar amb els departaments d'habitatge de l'ajuntament, etc.

- Coordinació amb altres departaments municipals, organitzacions, empreses privades de serveis, agents, etc.
- Detecció de l'absentisme escolar i els problemes de fracàs escolar o abandó prematur dels estudis, buscant estratègies i recursos per millorar aquesta situació.
- Suport, planificació activitats i realització de gestions que permeten a aquestes persones accedir als serveis dels centres de dia, assistència domèstica, programes d'autosuperació i ajut per trobar allotjament.
- Coordinació i suport a pisos tutelats i centres residencials d'acció educativa.

Les funcions abans descrites són d'aplicació a la consulta individual i també grupal als CSMIJ i a la comunitat quan així sigui requerit pels professionals assistencials del CSMIJ.

- Activitats grupals:
  - Activitats que es realitzen en els CSMIJ: grups d'acompanyament, reunions de suport a cuidadors, etc.
- Activitats domiciliàries i comunitàries:
  - Activitats domiciliàries de suport a les intervencions dissenyades pels clínics, a la persona i la seva família.
  - Activitats comunitàries relacionades amb la adequació de la intervenció en l'entorn natural de la persona i la adequació de recursos socials i comunitaris per tal d'afavorir la recuperació a centres educatius, espais/tarda jove, casals de joves, centres cívics, centres oberts, serveis socials bàsics i especialitzats, i altres, de forma integrada amb la resta d'actors que hi participen.
  - Espais de coordinació amb tota la xarxa de salut comunitària en què participa el CSMIJ juntament amb altres actors de la comunitat, com la salut pública, els ens locals, el teixit associatiu, les institucions i altres agents de salut.
- Activitats al CSMIJ:
  - Participació en els plans terapèutics individualitzats dissenyats per l'equip.
  - Atenció individualitzada puntual a casos, seguint els criteris de derivació acordats prèviament, amb l'objectiu d'adequar la intervenció en l'entorn

natural de la persona, i la mobilització i adequació de recursos socials i comunitaris per tal d'afavorir la recuperació.

- Activitats de suport, formació, docència i recerca.

### **Registre de l'activitat**

Els dos perfils professionals registraran a la història clínica electrònica la seva activitat.

- Registre a la història clínica particular de les activitats adreçades a individus:
  - Pautes recomanades i seguiment.
  - Tests i escales relacionades amb l'avaluació funcional, familiar i social, i l'adequació dels recursos socials i comunitaris.
- Registre d'activitats grupals.
- Registre d'activitats domiciliàries i comunitàries específiques.

### **Competències del nous perfils professionals**

- Capacitat per donar suport en l'entorn natural de la persona i l'adequació de recursos socials i comunitaris per tal d'afavorir la recuperació.
- Capacitat per detectar els signes de risc psicosocial.
- Capacitat per treballar en equip, per a la col·laboració i treball en xarxa en l'entorn dels serveis de salut i amb la comunitat.
- Orientació de servei, a pràctiques basades en l'evidència científica i la millora contínua de la qualitat dels processos assistencials.
- Habilitats comunicatives i de recerca científica.
- Capacitat per planificar, organitzar i prioritzar les activitats.

### **Requeriments bàsics dels professionals a contractar**

- Titulació universitària superior en un grau de l'àmbit de les ciències de salut.
- Formació addicional: Gestió de situacions de crisi psicosocial, dinàmiques de grups psicoeducatius, rehabilitació psicosocial, intervencions comunitàries.
- Es valorarà l'experiència prèvia en la realització de funcions incloses en aquest programa.
- Dependència orgànica i vinculació contractual amb els CSMIJ.

## 5. Desplegament

Per tal de garantir un bon desplegament territorial, es dissenya un model d'implementació progressiu i planificat amb els serveis matrius del CatSalut i les regions sanitàries, integrant el programa i els nous perfils professionals al desplegament de la xarxa de salut mental comunitària.

Es planifica que en els propers dos anys s'aniran incorporant progressivament aquest perfil de professionals als diferents CSMIJ, i es realitzarà una modificació de la cartera de serveis dels diferents professionals del CSMIJ, psiquiatre, psicòleg clínic i infermeria per poder realitzar l'atenció a la crisi com està descrita en aquest document funcional, incorporant les tasques i activitats assistencials que aporten els terapeutes ocupacionals, treballadors socials i educadors socials al procés d'atenció a la crisi i als altres processos assistencials del CSMIJ.

## 6. Indicadors d'avaluació

A continuació es descriuen una sèrie d'indicadors proposats per avaluar l'atenció. Hi ha indicadors procedents de variables dures i altres indicadors que s'obtidran d'escalespsicomètriques.

Per tal d'assegurar el registre homogeni per diferents unitats assistencials, es proposa crear una Comissió de seguiment dels indicadors i poder utilitzar una plataforma on-line per facilitar el registre d'indicadors i la comparació posterior.

### 1. Efectivitat

Hi ha una sèrie d'indicadors que no es poden registrar al programa d'atenció a la crisi infantil i juvenil però què és d'esperar que puguin experimentar una millora com a resposta a la posada en marxa del programa. És de preveure que la pressió assistencial a urgències i a les unitats d'aguts es veurà reduïda per la implementació d'aquests programa assistencial.

#### **Reducció de reingressos a aguts**

És possible que s'evitin reingressos a les unitats d'aguts de persones que han tingut una recaiguda precoç i una reducció de la necessitat d'ingrés a la unitat d'aguts.

- Percentatge de reingressos d'aguts al territori.
- Percentatge d'ingressos d'aguts al territori.

#### **Reducció de l'estada a urgències**

L'estada a urgències és un indicador que reflecteix el temps que resta una persona a urgències fins a l'alta mèdica (ja sigui ingrés hospitalari o alta a domicili). Tot i que potser no tots els hospitals registren aquest indicador, aquells que ho fan podrien millorar aquest aspecte. El col·lapse a urgències per manca de llits a les unitats d'aguts es veu reflectit des d'una estada a urgències elevada fins a disposar de llits.

És de suposar que la posada en marxa del programa podria millorar aquest indicador.

- Percentatge de reingressos a UCIES psiquiàtriques al territori.

- Reducció de l'estada mitjana a urgències psiquiàtriques

### **Reducció del nombre d'urgències**

La reducció del nombre d'urgències és un indicador que pot reflectir l'efectivitat de la intervenció del Programa d'atenció la crisi infantil i juvenil. És de suposar que la posada en marxa del programa podria millorar aquest indicador.

- Reducció nombre d'urgències d'usuaris atesos al programa d'atenció a la crisi infanti i juvenil

### **Destí**

Es tracta de registrar el destí a l'alta un cop finalitzat l'abordatge en el Programa d'atenció a la crisi infantil i juvenil.

- Dispositiu on es deriva a la persona usuària:
  - Centre de salut mental infantil i juvenil.
  - Hospitalització de psiquiatria d'aguts infantil i juvenil
  - Hospitalització no psiquiàtrica (ingrés mèdic)
  - Hospital de dia infanto juvenil
  - Altres, registreu-los:

## **2. Accessibilitat**

Programa d'atenció a la crisi infantil i juvenil: **El temps de resposta recomanat ha de ser de 72 hores màxim.**

- Temps de resposta

El temps de resposta per a l'admissió que es proposa és el registre del temps de resposta en hores per tal de poder utilitzar aquest indicador com a variable contínua. Per a anàlisis posteriors es valorarà recodificar si es compleix el temps de resposta proposat.

*Càlcul de l'indicador:*

**Temps de resposta**= Diferència (en hores) entre inclusió al Programa i primer contacte domiciliari.

## **3. Resposta terapèutica**

Els indicadors de resposta terapèutica són:

- **Escales psicomètriques**

Es proposen una sèrie d'escales psicomètriques per avaluar la resposta terapèutica en diferents àmbits que inclouen la funcionalitat, la qualitat de vida, l'autonomia i la psicopatologia. Algunes escales són autoaplicades i d'altres són heteroaplicades. En l'àmbit psicopatològic es proposen unes escales que s'administren en funció del diagnòstic. Atès que algunes escales es proposen per a totes les persones i d'altres són aplicables en funció del diagnòstic, es presenten primer les escales que s'administren a totes les persones.

- **Escales autoaplicades (totes les persones)**

Es proposen dues escales autoadministrades perquè puguin completar les persones per sí mateixes a l'inici i al final de l'ingrés.

- CORE (Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure) (Trujillo, et al., 2016). L'escala CORE és un instrument psicològic dissenyat especialment per avaluar el procés terapèutic de persones amb problemes i/o patologies diverses. Hi ha diferents versions (34, 18, 10 i 5 ítems). Es proposa fer servir la versió abreujada de 10 ítems. Es disposa també d'una versió d'aquest instrument per aplicar a adolescents (11-16 anys), *Young Person-Clinical Outcomes in Routine Evaluation (YP-CORE)* (Trujillo, et al., 2016).

- **Escales heteroadministrades (totes les persones)**

- HONOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents): Un dels instruments més àmpliament acceptats per a l'avaluació de resultats en salut mental és la Escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales). HoNOS és útil per mesurar el comportament, la simptomatologia, l'estat físic, el deteriorament i el funcionament social en pacients de salut mental. HoNOSCA es va desenvolupar com una eina dirigida específicament a nens i adolescents. Permet l'avaluació des de tres perspectives diferents: pacients, pares o tutors legals i professionals de la salut.
- CGAS (Children's Global Assessment Scale): És una escala desenvolupada al Departament de Psiquiatria de la Universitat de Columbia (USA) per proporcionar una mesura global del nivell de funcionament en nens i adolescents. Actualment és utilitzada en molts programes de diferents països per avaluar el funcionament de menors que estan en tractament. L'escala proporciona una única puntuació global, en una escala de 1 a 100.



- **Escales heteroadministrades específiques de psicopatologia (s'administren segons cada cas)**

Es recomana administrar escales psicopatològiques específiques per a la quantificació de símptomes psicopatològics específics. Són escales que permeten l'aplicació basal i a l'alta per avaluar canvis psicopatològics.

- PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) (Peralta V, 1994). Aquesta escala permet explorar símptomes psicòtics positius i negatius, així com símptomes generals. Es recomana administrar aquesta escala en persones amb un trastorn psicòtic.
- YMRS (Young Mania Rating Scale) (Colom, et al., 2002). Aquesta escala permet explorar símptomes de mania i es recomana utilitzar-la en persones amb trastorn bipolar.
- HDRS-17 items (Hamilton Depressive Rating Scale) (Ramos-Brieva JA, 1986). Aquesta escala permet explorar símptomes depressius i es recomana utilitzar-la en persones amb trastorns depressius (depressió unipolar i bipolar).

#### 4. Eficiència

Els indicadors d'eficiència són:

- **Nombre d'altres**

Aquest indicador reflecteix l'activitat global efectuada (nombre d'altres del programa).

- **Estada mitjana**

Es calcularà l'estada (en dies) de totes les persones al programa. Posteriorment es calcularà l'estada mitjana tenint en compte:

- Càlcul de l'indicador: **Estada** = Data d'alta – Data d'ingrés

Es proposa fer servir una estada mitjana global i després calcular l'estada mitjana perdiagnòstics, diferenciant trastorns psicòtics i trastorns afectius.

- Estada mitjana global
- Estada mitjana per grups relacionats de diagnòstics (GRD)

- **Índex d'ocupació**

Aquest indicador reflecteix l'ocupació anual del programa d'atenció a la crisi infantil i juvenil.

$$\text{Índex d'ocupació anual} = \frac{\text{Nre. d'altres (en 1 any)} \times \text{estada mitjana anual}}{\text{Nre. places} \times 365 \text{ dies}}$$

#### - **Nombre de visites per professionals**

A fi de quantificar el nombre de visites per professional que rebrà la persona es proposa calcular les visites per cada professional que compon l'equip. Per calcular els indicadors següents cal que es registrin totes les visites a domicili rebudes per cada persona, considerant quins professionals han efectuat les visites.

- Càlcul dels indicadors: N<sup>o</sup> de visites de cada professional/ durada estada (dies)

### **5. Seguretat**

S'han de registrar els esdeveniments greus per persona usuària o per equip assistencial derivats de l'atenció al domicili que poden aconsellar la finalització de l'atenció. S'ha de registrar també el dia de la complicació, per tal de poder analitzar en quin moment s'ha produït. Cal registrar totes les complicacions greus per cada persona i, en cas que se n'hagin produït diverses durant l'atenció, s'han de registrar de manera independent.

#### **Tipus d'esdeveniment greu (es poden marcar diverses opcions)**

- Mort (no relacionada aparentment amb suïcidi)
- Mort per suïcidi consumat
- Temptativa autolítica
- Agitació psicomotora
- Autoagressivitat física (no autolítica)
- Heteroagressivitat física. S'ha d'indicar envers qui:
  - Familiar o persona que conviu en el domicili
  - Equip assistencial (hospitalització a domicili)
  - Una altra persona
- Efecte farmacològic greu (s'ha de notificar a farmacovigilància), indiqueu-lo:
- Una altra complicació, indiqueu-la:
- Ingress finalitzat a conseqüència de la complicació greu?
  - No / Sí

## 7. Conclusions

Les línies estratègiques 2017-2020 van ser un impuls molt important en l'àmbit de la salut mental infantil i juvenil, que ha donat fruits objectivables, tant en la millora de la dotació dels diferents equips en tot el territori, com en la millora del diagnòstic i homogeneïtzació de pràctiques assistencials.

Tot i aquest esforç, hi ha punts clau en els que el circuit assistencial no dona una resposta adequada a **determinades situacions clíniques pròpies de les característiques d'aquest grup d'edat**.

En les *Estratègies de salut mental i addiccions per al període 2017-2020* (PDSMiA, 2017) el Pla director de salut mental i addiccions estableix com a línia estratègica 5 *garantir que el sistema de salut proveeixi una atenció integrada a la salut física i mental, mitjançant pràctiques compartides entre nivells i serveis assistencials*. Entre els objectius d'aquesta línia, hi consta "definir de manera consensuada un model proactiu d'atenció comunitària que impliqui suport domiciliari, una atenció a la crisi i que desenvolupi alternatives a l'hospitalització convencional" i per assolir-lo va proposar "iniciar models alternatius a l'hospitalització convencional en salut mental i addiccions amb sistemes d'atenció de basecomunitària, que prevegin l'atenció immediata a les situacions de crisi, i potenciïn serveis intensius a la comunitat".

En aquest sentit, el Programa d'atenció a la crisi infantil i juvenil en salut mental vol esdevenir **una eina eficaç per tal de donar una atenció terapèutica adequada en el domicili i en la comunitat**, a persones usuàries amb diagnòstics de trastorn mental i situacions de crisi o de risc psicosocial, que presenten dificultats per ser ateses als serveis de salut mental ambulatoris.

Per tal que el CSMIJ pugui dur a terme aquest paper, és imprescindible **reforçar els equips i optimitzar la coordinació amb la resta d'agents comunitaris**. En aquest context s'ha posat de manifest la necessitat **d'incorporar nous perfils professionals als CSMIJ per poder treballar conjuntament l'abordatge ambulatori i comunitari** de les persones ateses, i la intervenció domiciliària a la crisi infantil i juvenil.

Els valors d'aquesta atenció responen al model d'atenció en salut centrat en la

persona, equitatiu i universal, que promovia el Pla de salut 2016-2020. Implica una major participació de la persona i l'entorn proper d'aquesta en el tractament que està duent a terme i en la recuperació, i millora el vincle terapèutic amb el respecte degut als drets de la persona atesa, facilitant l'exercici de la seva autonomia en tot el procés. D'aquesta manera, es vol oferir una atenció integral i intensiva a la persona, basada en l'eficiència i l'evidència científica, tant en l'àmbit comunitari com en l'hospitalari.

Per al desenvolupament idoni d'aquesta atenció són claus una coordinació i comunicació fluides entre els diferents serveis, dotar els serveis dels recursos i del personal que es proposa com a marc de referència, amb els marges i la flexibilitat necessaris en funció de les característiques de cada territori, i la multidisciplinarietat en la formació dels equips professionals.

De la mateixa manera, caldrà vetllar per l'homogeneïtat del model assistencial, per garantir l'equitat i per poder compartir la història clínica amb tots els proveïdors, amb un sistema de registre de persones usuàries i uns indicadors que en permetin fer una avaluació eficaç. També caldrà definir-ne la facturació i els models d'incentivació per dur-ne a terme la implementació.

Altres aspectes a tenir en compte com a prioritaris són la formació continuada dels professionals, així com les aportacions dels serveis socials i d'entitats del tercer sector a l'hora de dur a terme l'assistència integral de què parlem.

## 8. Membres del grup de treball

### **Coordinació assistencial del programa:**

**Àurea Autet.** Fundació Althaia

**Montserrat Dolz.** Hospital Sant Joan de Déu Esplugues

### **Grup de treball:**

**Astrid Morer.** Hospital Clínic

**Àurea Autet.** Fundació Althaia

**Joan Vegué.** Pla director de salut mental i addiccions. Direcció General de Planificació en Salut. Departament de Salut

**Jordi Cid.** Institut d'Assistència Sanitària Girona

**Jordi Quílez.** Gerència de Planificació operativa i avaluació, àrea sanitària, CatSalut

**Montserrat Dolz.** Hospital Sant Joan de Déu Esplugues

**Montse Pamias.** Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell

**Paulina Viñas.** Gerència de Planificació operativa i avaluació, àrea sanitària, CatSalut

**Vanessa Pera.** Sant Joan de Déu Terres de Lleida

**Víctor Pérez.** Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Hospital del Mar, Barcelona.  
CIBERSAM. Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques.

### **Secretaria tècnica**

**Débora Fernández Aranda.** Pla director de salut mental i addiccions. Direcció General de Planificació en Salut. Departament de Salut

**Bibiana Prat Pubill.** Pla director de salut mental i addiccions. Direcció General de Planificació en Salut. Departament de Salut

**Gemma Salmeron Font.** Pla director de salut mental i addiccions. Direcció General de Planificació en Salut. Departament de Salut

## 9. Annex 1. Revisió dels recursos i models d'intervenció ja existents

### Tractament assertiu comunitari

El tractament assertiu comunitari (TAC), desenvolupat per Leonard Stein i Mary Ann Test a Wisconsin (USA) és una forma d'estructurar l'assistència a les persones amb malalties mentals greus que focalitza el seu camp d'actuació en l'entorn social més pròxim al pacient. Les intervencions domiciliàries constitueixen la pedra angular del TAC, tractant d'integrar actuacions diverses (farmacològiques, psicoterapèutiques, socials, familiars, laborals).

A Espanya, encara que existeixen publicacions centrades en aquest tipus d'intervencions des d'inicis de la dècada dels noranta, no és fins als darrers 15 anys quan s'han anat establint diversos programes en diversos equips. Són de referència els de Madrid a Fuenlabrada-Leganés, Alcalá de Henares i Fuencarral, Avilés a Astúries, Màlaga o Barcelona.

Tanmateix, aquests programes són dissenyats per a població adulta i, a dia d'avui, no s'han consolidat en el nostre territori programes de TAC per a població infanto-juvenil. Des d'aquest enfoc del model assertiu comunitari, existeixen diferents experiències i models d'intervenció intensiva i basada en l'entorn ecològic (família, escola i comunitat), per problemes de salut mental greus en població infantil i juvenil i que s'han assajat i demostrat la seva eficàcia i efectivitat com a alternatives a l'hospitalització psiquiàtrica convencional i atenció de tercer nivell.

A continuació, s'expliquen tres programes amb aquestes característiques:

### Teràpia multisistèmica

És un tractament intensiu en l'àmbit familiar i comunitari amb una àmplia trajectòria, amb un model d'abordatge protocol·litzat i amb evidència sobre la seva eficàcia i efectivitat.

Tot i que en el seu origen fou dissenyada per al tractament de d'adolescents amb conductes dissocials, sobretot en l'àmbit de justícia juvenil (Henggeler et al 1998), al llarg dels anys s'ha anat consolidant com una metodologia d'abordatge de problemàtiques de salut greus, que representen un elevat cost econòmic (per

necessitar d'hospitalitzacions, cronicitat,...) i que es donen en un sistema estructural (família, escola i comunitat).

En aquest sentit, s'han desenvolupat programes de teràpia multisistèmica (MST) adaptats a problemes de joves amb abús de substàncies, amb maltractament físic, situacions de crisis psiquiàtriques i problemes mèdics crònics: diabetis melitis tipus I, asma i obesitat (Henggeler, 2012).

Tot i tractar-se d'un tractament altament individualitzat, s'han definit 9 principis que emmarquen el model el model d'atenció dels equips de tractament i les seves intervencions:

- Trobar l'"encaix": L'objectiu principal de l'avaluació és comprendre "l'encaix" dels problemes identificats amb els seus contextos sistèmics generals i de quina manera els problemes identificats "tenen sentit" en el context de l'ecologia social del jove.
- Enfocament positiu i centrat en les fortaleces: Els contactes terapèutics emfatitzen el positiu i empren les fortaleces sistèmiques com ressorts per al canvi positiu.
- Incrementar la responsabilitat: Les intervencions han estat dissenyades per promoure la conducta responsable i reduir la conducta irresponsable entre els membres de la família.
- Intervencions centrades en el present, orientades a l'acció i ben definides: Les intervencions estan centrades en el present i orientades a l'acció i aborden problemes específics i ben definits.
- Identificar seqüències: Les intervencions identifiquen seqüències de conducta dins i entre els múltiples sistemes que fomenten els problemes identificats.
- Intervencions evolutivament adequades: Les intervencions són evolutivament apropiades i s'ajusten a les necessitats de desenvolupament dels joves.
- Esforç continuat: Les intervencions són dissenyades perquè es requereixi fer un esforç diari o setmanal per part dels membres de la família, mitjançant el qual s'ofereixen al jove i la seva família freqüents oportunitats de mostrar el seu compromís amb el tractament.
- Avaluació i responsabilitat: L'efectivitat de la intervenció és avaluada contínuament des de múltiples perspectives i els membres de l'equip de MST assumeixen la seva responsabilitat en la superació de les barreres que

impedeixin obtenir resultats reeixits.

- Generalització: Les intervencions estan dissenyades per promoure la generalització del tractament i el manteniment del canvi terapèutic a llarg termini, i això s'aconsegueix potenciant en els cuidadors habilitats per atendre les necessitats familiars en múltiples contextos sistèmics.

S'ha revisat especialment el programa Home-Based Multisystemic Therapy (Henggeler et al 1999, JACAP), per a situacions de crisi psiquiàtrica com alternativa a la hospitalització.

La població diana era nens i adolescents en situació de crisi que requeria un ingrés urgent per presència d'ideació autolítica/gestos autolesius o clínica psicòtica aguda. Els resultats van demostrar que la MST fou més efectiva en la disminució de problemes externalitzants, millora de la funcionalitat familiar, major assistència a l'escola i major satisfacció percebuda per pacients i familiars. Mentre que l'hospitalització va demostrar més efectivitat en la millora de l'autoestima dels menors atesos.

Experiències comparables s'han dut a terme a Europa, on existeix una xarxa de recursos de salut mental comparable a la del nostre territori i, on s'han centrat a donar resposta a casos greus i complexos que necessitaven una atenció intensiva i especialitzada que garantís el vincle i compliment terapèutic en situacions de crisis amb una disponibilitat i atenció individualitzada que pogués contenir i reconduir la situació fins poder sostenir-se amb l'atenció ambulatoria de la xarxa comunitària.

Dos programes més recents amb un model d'abordatge domiciliari per a nens i adolescents amb problemes de salut mental d'elevada complexitat amb combinació d'elements d'atenció hospitalària (ingressos breus de contenció, hospital de dia) i ambulatoria.

Aquests programes es basen també principalment en l'abordatge familiar i es componen d'elements de *Case Management* i *Home Treatment*.

*Case Management*: Avaluació/detecció de necessitats, pla de cures, implementació amb revisió regular i avaluació contínua.

*Home Treatment*: Atenció a domicili amb intervencions basades en evidència (tractament psicològic cognitiu-conductual), revisió i ajustos farmacològics, psicoeducació, vinculació a escola, a serveis comunitaris i a activitats de lleure.

Destaquen les experiències publicades del programa "Supported Discharge service



(SDS)" a Regne Unit (Lancet psychiatry, Ougrin 2018) i el Home-treatment brings inpatient-treatment outside (Hot-BITs) (Euroepan Psychiatry, Boege 2015), a Alemanya En tots dos casos trobem característiques comuns que esdevenen ingredients essencials de l'atenció que ofereixen una atenció centrada en abordatge familiar, amb una durada de 12 setmanes aproximadament de la fase intensiva de tractament. Amb baixa càrrega assistencial: la ratio de casos atesos està calculada de 1 a 3-4 famílies, és a dir, un professional a temps total atendria entre 3 a 4 casos, i disponibilitat amb atenció continuada dels referents de l'equip.

## 10. Bibliografia

- Boege, I., Corpus, N., Schepker, R., Kilian, R., & Fegert, J. M. (2015). Cost-effectiveness of intensive home treatment enhanced by inpatient treatment elements in child and adolescent psychiatry in Germany: A randomised trial. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 30(5), 583–589. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.01.009>.
- Sjølie, H., Karlsson, B., & Kim, H. S. (2010). Crisis resolution and home treatment: structure, process, and outcome - a literature review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 17(10), 881–892. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01621.x>
- Muskens, J.B., Herpers, P.C.M., Hilderink, C. et al. Intensive home treatment for adolescents in psychiatric crisis. *BMC Psychiatry* 19, 412 (2019). <https://doi.org.sire.ub.edu/10.1186/s12888-019-2407-x>
- Ougrin, D., Corrigan, R., Poole, J., Zundel, T., Sarhane, M., Slater, V., Stahl, D., Reavey, P., Byford, S., Heslin, M., Ivens, J., Crommelin, M., Abdulla, Z., Hayes, D., Middleton, K., Nnadi, B., & Taylor, E. (2018). Comparison of effectiveness and cost-effectiveness of an intensive community supported discharge service versus treatment as usual for adolescents with psychiatric emergencies: a randomised controlled trial. *The lancet. Psychiatry*, 5(6), 477–485. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30129-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30129-9)
- Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C., Sheidow, A. J., Ward, D. M., Randall, J., Pickrel, S. G., Cunningham, P. B., & Edwards, J. (2003). One-year follow-up of multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(5), 543–551. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046834.09750.5F>
- Henggeler, S. W., & Schaeffer, C. M. (2016). Multisystemic Therapy® : Clinical Overview, Outcomes, and Implementation Research. *Family process*, 55(3), 514–528. <https://doi.org/10.1111/famp.12232>
- Henggeler, Scott W.. (2012). Multisystemic therapy: clinical foundations and research outcomes. *Psychosocial Intervention*, 21(2), 181-193. <https://dx.doi.org/10.5093/in2012a12>
- Henggeler, S. W., Melton, G. B., Brondino, M. J., Scherer, D. G., & Hanley, J. H. (1997). Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: the role of treatment fidelity in successful dissemination. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(5), 821–833. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.65.5.821>
- Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Randall, J., Ward, D. M., Pickrel, S. G., Cunningham, P. B., Miller, S. L., Edwards, J., Zealberg, J. J., Hand, L. D., & Santos, A. B. (1999). Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis: clinical outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(11), 1331–1339. <https://doi.org/10.1097/00004583-199911000-00006>

Johnson S, Needle J, Bindman JP, Thornicroft G, editors. Crisis resolution and home treatment in mental health. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.

Muskens, J. B., Herpers, P., Hilderink, C., van Deurzen, P., Buitelaar, J. K., & Staal, W. G. (2019). Intensive home treatment for adolescents in psychiatric crisis. BMC psychiatry, 19(1), 412. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2407-x>