



## La Declaració de Turku

### Versió Catalana

1. Traduït sota el patrocini de l'Associació Catalana d'Infermeria de Salut Mental (ASCISAM)
2. Traduït per: Sílvia Rosado Figuerola



**En reconeixement a l'excel·lent contribució dels Professionals d'Infermeria Psiquiàtrica i de Salut Mental (PIPSM), pel repte de tenir cura de les persones amb malaltia mental**

#### Desenvolupament del document

1. El projecte inicial es va iniciar a la reunió de la Junta d'Horatio a Turku, Finlàndia, l'octubre de 2010, i s'ha desenvolupat fins el febrer de 2011
2. La Junta d'Horatio va ratificar la primera versió el 19 de febrer de 2011
3. La segona versió va desenvolupar més profundament la primera versió basant-se en la interacció entre els membres de la Junta d'Horatio i els membres de l'equip Europeu d'experts en infermeria psiquiàtrica, i es va publicar a la web d'Horatio el 6 d'abril de 2011
4. El progrés del document es va discutir a la reunió de la Junta d'Horatio a Amsterdam, el juliol de 2011
5. La tercera versió es va distribuir a les seccions Europees i internacionals de l'equip d'experts en infermeria psiquiàtrica d'Horatio per rebre els seus comentaris, i es va actualitzar la web d'Horatio el setembre de 2011
6. Es va convidar a tots els Estats membres a afegir les observacions que creguessin pertinents a la tercera versió, sondejant a membres individualment, no membres i experts tècnics per les seves opinions i suggeriments. A més, també es van consultar altres organitzacions Europees de salut mental i ONGs per afegir els seus comentaris
7. La Junta d'Horatio va discutir la informació rebuda de la tercera versió a la reunió d'Estocolm, el 15 i 16 d'octubre de 2011
8. L'edició final (quarta versió) es va implementar l'octubre/novembre de 2011
9. El document complet es va publicar a la web d'Horatio el novembre de 2011

## Secció A. Introducció

1. Els professionals d'infermeria han contribuït durant dècades a la promoció de la salut i a la relació cost-eficàcia de les cures de persones afectades per una malaltia mental, dèficit cognitiu, addiccions, estrès emocional i psicològic o trauma.
2. La Infermeria Psiquiàtrica i de Salut Mental (IPSM) representa el col·lectiu més extens d'atenció en salut mental, amb el ventall més ampli de funcions clíniques i responsabilitats més variades. Aquesta expertesa en les seves tasques es perd constantment (a grans trets) a través de la migració i la sobrecàrrega de treball.
3. A Horatio hi ha el convenciment que la IPSM té certes funcions clíniques fonamentals i responsabilitats que son diferents d'altres disciplines de salut mental. Aquest punt es descriu a la Secció C i se sosté en les demés seccions d'aquest document.
4. Si la IPSM es descuida, aquestes funcions i responsabilitats quedaran compromeses i això afectarà negativament els resultats terapèutics. Per tant, aquestes funcions i responsabilitats remarquen tot allò que constitueix la infermeria en aquest camp.
5. Pot molt ben ser que algunes d'aquestes funcions i responsabilitats s'assumeixin per altres membres d'un equip multidisciplinar en salut mental unificat (per exemple quan membres d'altres disciplines de salut mental diferents treballen junts, compartint les seves habilitats per oferir una atenció individualitzada especialitzada), però gairebé sempre s'originen de la recerca i del desenvolupament pràctic de la *ciència d'infermeria en salut mental*, i s'han adaptat per l'ús d'altres disciplines de manera que s'ajustin a la seva pròpia experiència i responsabilitats.
6. La *ciència d'infermeria en salut mental* se sol considerar un conjunt de mètodes, intervencions, processos de gestió de cures, o activitats d'avaluació desenvolupades especialment pel treball del PIPSM. Generalment sorgeix a través de la recerca específica d'infermeria o interdisciplinària liderada per infermeria, o bé s'ha adaptat d'altres fonts com ara mèdiques, psicològiques, intervencions psicosocials, etc. fent servir estudis consistents de desenvolupament pràctic. No obstant, reconeixem que el PIPSM pot utilitzar també aquestes aproximacions en el format original sense adaptar-les a la infermeria.
7. Hi ha una manca de continuïtat entre els PIPSM dels diferents Estats membres Europeus pel que fa a les competències bàsiques, preparació educativa, assistència, gestió i pràctica clínica, que mai s'ha abordat completament per les organitzacions nacionals representatives ni per la Comissió de la UE. Aquesta manca d'harmonia ha generat una cultura de "tenir o no tenir" amb alguns PIPSM capaços de proporcionar una atenció individualitzada sofisticada i de gran qualitat, mentre que d'altra banda n'hi ha d'altres que no disposen dels recursos per funcionar independentment d'altres professions i subseqüentment ofereixen una atenció mínima.
8. Entre els Estats membres hi ha diferències històriques en la manera de descriure les persones amb problemes de salut mental, incloent: usuaris dels serveis, residents

(pels ingressats en unitats de llarga estada), pacients (dins l'entorn hospitalari), clients (generalment en l'atenció primària), persones amb l'experiència viscuda de malaltia mental (aquells que han estat en contacte amb institucions de salut mental). S'ha convingut amb les organitzacions Europees associades que la millor opció per aquest document és emprar la paraula "pacient" en tot el text a efectes de coherència.

9. El PIPSM té diferents nivells de qualificació i responsabilitat.
10. El treball implícit (i fins i tot explícit) de la IPSM pot ser sovint subestimat per la comunitat de salut.
11. Malgrat l'ampli nivell d'especialització i el ventall de competències tenen els coneixements necessaris per esdevenir, amb educació universitària, professionals d'infermeria especialistes amb majors responsabilitats. Difereixen especialment dels seus col·legues mèdics perquè tenen funcions diferents, malgrat que hi pot haver un cert solapament entre les dues disciplines.
12. Aquest document està dissenyat per compensar la situació actual tot identificant la contribució insubstituïble que un PIPSM adequadament format, amb els recursos suficients i ben gestionat, hauria de ser capaç de proporcionar a aquells pels quals té una responsabilitat professional.
13. Aquest text hauria d'actuar com una rúbrica pel desenvolupament professional de la IPSM arreu d'Europa i així millorar les opcions d'atenció que s'ofereixen a les persones amb problemes de salut mental.
14. Es reconeix que existeixen diferències substancials en la redacció i els conceptes utilitzats entre països i, encara que en aquest document s'ha intentat utilitzar una terminologia general sempre que ha estat possible, hi pot haver casos en els que aquesta sigui confusa per alguns PIPSM i requerirà clarificació en revisions posteriors de la Declaració.
15. A continuació no es representa únicament allò que fa el PIPSM, sinó que també es refereix a allò que altres grups de professionals no fan, o bé no fan de la mateixa manera que el PIPSM. Aquestes son les àrees en les quals un PIPSM amb una formació adequada hauria de prendre la iniciativa professional i clínica mentre treballa com una part més de l'equip interdisciplinari unificat o com un professional autònom i independent.

## **Secció B. Preparació educativa – el PIPSM hauria de...**

16. Horatio ha identificat els següents "principis" per l'educació, la recerca pràctica i el desenvolupament professional, i ho recolza per tota la IPSM Europea.
17. Rebre educació formal, preferiblement a nivell universitari, fent servir un pla d'estudis que abasti els fonaments necessaris per oferir als pacients unes opcions d'intervenció, atenció i maneig consistents amb la recerca més actualitzada en el camp de la salut mental, i específicament de la tasca del PIPSM.

18. Reconèixer com PIPSM, amb els òrgans rectors nacionals si existeixen, només si s'ha rebut un programa reconegut de formació teòrica i pràctica. S'ha de promoure que els professionals d'infermeria sense formació específica en IPSM però que treballen amb pacients amb malaltia mental realitzin formació universitària específica per aquest grup de pacients. Hauria de ser un requisit bàsic per tot professional d'infermeria titulat i òrgans rectors de la UE.
19. Buscar el suport de les universitats locals i nacionals per desenvolupar i oferir programes d'IPSM de pregrau o postgrau consistents amb els requisits bàsics per treballar com IPSM o Infermeria Especialista. S'hauria de fomentar que les universitats compartissin aquests programes internacionalment.
20. No hauria de ser obligat a treballar en les àrees d'atenció en salut mental sense la preparació i el suport adients.
21. Rebre oportunitats regulars i constants per un desenvolupament professional continuat (aprenentatge al llarg de la vida) una vegada graduats per garantir una atenció de qualitat basada en l'evidència més recent i les millors pràctiques.
22. Tenir l'oportunitat de progressar acadèmicament a un grau superior, com ara màsters i doctorats, en matèries apropiades per la IPSM amb estructures que donin suport a aquest augment potencial d'habilitats i coneixements.
23. Rebre orientació (durant la preparació educativa), tutories (supervisió específica per un període limitat durant la primera classificació) i supervisió clínica (durant la seva carrera professional). Com a mínim el PIPSM hauria de tenir accés a aquestes mesures de suport i desenvolupament professional.

## **Secció C. Pràctica Clínica – el PIPSM hauria de...**

### **Part 1 Treballar amb el pacient**

24. Assegurar unes bones pràctiques mitjançant el desenvolupament d'una relació terapèutica adequada per cada pacient. Aquesta relació es construeix utilitzant models originàriament d'infermeria o bé s'han adaptat d'altres professions. Aquests models són diferents dels utilitzats per altres disciplines tant per la seva intensitat com pel grau amb el qual esdevenen el mitjà per abordar les activitats terapèutiques. Per la seva execució es requereixen uns coneixements i habilitats, i no es poden dur a terme d'una forma terapèutica sense entrenament i preparació.
25. Reconèixer que tot contacte amb el pacient requereix d'unes activitats d'intervenció específiques. Sovint el treball del PIPSM es basa en mantenir la presència d'infermeria davant el pacient facilitant el desenvolupament terapèutic d'un mateix, per l'abordatge de pacients en crisi, greument deprimits o molt alterats. Aquest vincle professional també pot esdevenir el mètode per fomentar altres funcions de la IPSM amb malalts mentals crònics o de llarga evolució.
26. Desenvolupar observacions biopsicosocials dels pacients emfatitzant les activitats d'avaluació clínica.

27. Establir diagnòstics d'infermeria com ara l'impacte dels símptomes clínics en la capacitat del pacient per encarregar-se de les activitats diàries d'una forma independent. D'aquesta manera queda reflectit un procés més dinàmic i canviant respecte el diagnòstic mèdic i, encara que possiblement vinculats a aquest, en conseqüència son diferents. El diagnòstic mèdic del pacient pot romandre estàtic al llarg de la seva vida, mentre que els diagnòstics d'infermeria aniran variant segons la capacitat del pacient per fer front a la seva afectació.
28. Desenvolupar plans de cures específics segons les necessitats individuals de cada pacient fent servir diferents opcions d'intervenció, basades en establir una relació terapèutica consistent amb el pacient.
29. Sempre que sigui possible, comprometre's amb el pacient per un pla de cures mutu i en col·laboració, un tractament i uns resultats clínics, per establir un nivell de concordança que permeti el pacient tenir el control de la seva pròpia autocura.
30. Avaluar, dins un temps establert, l'efectivitat del pla de cures, les seves intervencions, les conclusions resultants de l'avaluació de l'impacte en el pacient, i negociar-ho amb el pacient.
31. Dissenyar nous plans de cures una vegada els objectius s'han aconseguit o modificat, i mantenir una relació de col·laboració amb el pacient per augmentar la possibilitat d'èxit i recuperació. L'objectiu principal de la IPSM és treballar vers l'autonomia del pacient, i per tant ha d'incloure activitats que afavoreixin la seva independència tan aviat com sigui possible.
32. Ser el professional de primera línia en totes les situacions d'atenció en salut mental (pacients ingressats, comunitària, tractaments a domicili, unitats especialitzades, seguiments o catàstrofes) i, específicament dins qualsevol entorn hospitalari, son els únics professionals de salut mental amb responsabilitat de contacte amb els pacients durant les 24h del dia, 7 dies la setmana.
33. Intervenir en les urgències psiquiàtriques com ara autolesions, agressivitat vers altres persones, agitacions violentes, fugues, intents autolítics (en oposició a les intervencions en crisi que es resolen millor si s'aborden per l'equip interdisciplinari que hauria d'incloure el PIPSM), i ser responsables de la seva resolució satisfactòria utilitzant de mètodes de reducció de danys reconeguts.
34. Contribuir en la intervenció de crisi, ja sigui com un treballador clau o com un membre més de l'equip que s'hi dedica, oferint aportacions basades en l'evidència de la ciència d'infermeria.
35. Prevenir el desenvolupament de més símptomes de salut mental i reduir els existents mitjançant la seva observació, activitats de prevenció i intervenció psicosocial, reduint la possibilitat de (re)ingrés hospitalari sempre que sigui possible.
36. Implementar les activitats, processos i models de reducció de danys dins el procés d'atenció individualitzat del pacient, en base a les necessitats identificades i la gravetat dels símptomes.

37. Aplicar un ampli ventall d'intervencions mèdiques, psicològiques i psicosocials, adaptades a les funcions de la relació terapèutica d'infermeria i a les necessitats individuals de cada pacient. Mentre que d'altres grups professionals (com ara els terapeutes ocupacionals) en determinades circumstàncies també poden adaptar tot això a les seves pròpies activitats clíniques, és el PIPSM qui més ho utilitza perquè ha de fer front al major ventall de símptomes i condicions, i al rang més ampli de gravetat de símptomes.
38. Treballar dins l'entorn del pacient, sempre i quan sigui possible, no només en les àrees clíniques, amb una varietat de funcions diferents i amb responsabilitats i agendes diverses. Pot actuar com un administrador de casos dins el domicili del pacient o, al contrari, realitzar un acompanyament en un lloc designat pel pacient – incloent l'opció de trobada dins l'entorn hospitalari.
39. Participar en una educació pel pacient que promogui la salut mental i benestar, així com activitats psicoeducatives relacionades amb la malaltia, possibles trastorns i recuperació.
40. Centrar les expectatives del pacient en l'esperança de recuperació fent servir models de rehabilitació i recuperació ja existents i també en desenvolupament. L'objectiu principal de les bones pràctiques de la IPSM dins l'àmbit hospitalari hauria de ser procurar el retorn a la societat o, quan això no és possible, adequar la inclusió social del pacient al seu nivell òptim d'independència. Per la IPSM que treballa en l'àmbit comunitari o amb grups especialitzats de pacients, com per exemple l'atenció en psiquiatria infantil, centres de llarga estada, residències geriàtriques, addiccions o salut mental dels refugiats, s'aplicaria el mateix principi per intentar aconseguir una inclusió social òptima en tot moment.
41. Intentar utilitzar els enfocaments menys restrictius o coercitius per aconseguir els resultats clínics per la satisfacció del pacient.
42. Intervenir en totes les àrees de la matriu biopsicosocial.

## **Part 2 Treballar per al pacient**

43. Dur a terme avaluacions multi-professionals incloent les específiques d'infermeria.
44. Compartir la informació extreta de les avaluacions amb altres disciplines de salut mental, dins l'entorn multidisciplinar i també en altres àmbits, d'una manera comprensible.
45. Fer ús de les habilitats intuïtives de l'expert per avaluar i respondre d'una forma efectiva davant qualsevol situació i d'improvís. La IPSM actua situacionalment potser més que cap altre disciplina que treballi en l'atenció en salut mental.
46. Proporcionar una continuïtat de cures a tots els pacients (específicament dins l'àmbit hospitalari però també en l'àmbit comunitari coordinant les cures). Mentre que la funció del coordinador de cures comunitari pot ser desenvolupada per qualsevol disciplina dins l'àmbit de la salut mental, és la IPSM qui sol assumir

aquesta funció davant els pacients que tenen problemes de salut mental o psiquiàtrics. Altres disciplines tendeixen a basar la coordinació de les cures en altres problemes relacionats, com per exemple les necessitats socials, quan aquestes son la principal repercussió identificada en el pacient.

47. Supervisar els efectes de la medicació i de la teràpia durant el progrés del pacient i transmetre la informació als altres membres de l'equip clínic.
48. Donar suport al pacient en totes les etapes, davant qualsevol episodi psiquiàtric o estat de salut, sovint amb altres PIPSM que puguin dur a terme les diverses funcions clíniques mentre el pacient passa per les diferents etapes i les seves necessitats canvien.
49. Sempre tenir en consideració la percepció que té el pacient de la seva experiència en el seu estat de salut mental actual i contactes previs amb els serveis de salut mental. Això s'ha de realitzar abans d'iniciar qualsevol altra intervenció.
50. Incloure el pacient en el seu propi procés de cures.
51. Tenir responsabilitat legal per la seguretat del pacient i la societat en general. Això variarà en funció de la legislació nacional en salut mental però la IPSM en tot moment ha de proporcionar seguretat i unes cures efectives als pacients que té sota la seva responsabilitat clínica.
52. Reduir la sobrecàrrega del cuidador i reforçar les pròpies fortaleces de maneig sobretot en les àrees d'enllaç clínic, estratègies personals d'intervenció i educació psicofarmacològica.
53. Quan s'ofereixen o desenvolupen les cures, tenir sempre en consideració la percepció del cuidador sobre el seu impacte en ells i qualsevol implicació específica en la seva habilitat de maneig.
54. Oferir recolzament clínic actuant com un mediador entre el pacient, el cuidador i altres disciplines, específicament dins l'equip mèdic, fomentant la comunicació durant tot el procés d'atenció.
55. Encarregar-se d'identificar i abordar els obstacles que puguin sorgir en l'adherència al tractament farmacològic per augmentar els beneficis de la medicació i reduir la probabilitat de recaiguda.
56. Contribuir en la reducció de danys i l'estigma en defensa del pacient i oferir recolzament a cada pacient en el maneig de l'estigma.
57. Aplicar les iniciatives de les polítiques socials locals, nacionals i internacionals, i la legislació, gestió, suport i intervencions de la IPSM.
58. Seguir i aplicar les lleis de salut mental i les accions de política social que afavoreixen la seguretat del pacient, la reducció de danys i les cures formals. En alguns Estats hi pot haver una legislació que descriu les funcions específiques del PIPSM, i aquesta s'ha de seguir exhaustivament. En els llocs on aquesta legislació

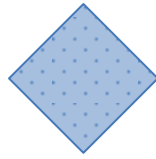
no existeix, la IPSM ha d'adaptar la seva pràctica per garantir la protecció dels drets del pacient.

59. Administrar els recursos humans en benefici del pacient encara que reconeixent que hi pot haver limitacions en termes de personal, habilitats i expertesa. La IPSM no hauria d'oferir mai res al pacient que no pugui, o no tingui els recursos o la responsabilitat, d'assolir.
60. Fomentar les millors pràctiques en tot moment (que estiguin recolzades per l'evidència, que hagin provat tenir els resultats esperats per un problema concret i que no posin en risc el pacient), tant en la IPSM com en l'atenció en salut mental en general.

#### **Secció D. Recerca i desenvolupament de la pràctica – el PIPSM hauria de...**

61. Realitzar recerca en IPSM tant en camps disciplinars com interdisciplinars i grups de recerca.
62. Facilitar a altres disciplines els models generats de la recerca en l'atenció, intervenció o desenvolupaments, que després poden ser adaptats pel seu ús tenint en compte l'àrea de responsabilitat de la disciplina que l'acull.
63. Assegurar l'aplicació de la recerca en la ciència d'infermeria en salut mental per la pràctica clínica de la IPSM. També implica traduir els coneixements existents per millorar l'eficàcia de la IPSM mitjançant models consistents de desenvolupament de la pràctica.
64. Aplicar la ciència d'infermeria a la majoria d'activitats de l'atenció en salut mental, diferenciant el seu treball d'altres disciplines de salut mental que també desenvolupen funcions i responsabilitats similars.
65. Identificar les àrees de treball, funcions, responsabilitats o intervencions que requereixen supervisió o gestió clínica. Una vegada això s'ha realitzat i s'han establert unes bases tenint en compte les necessitats clíniques o professionals, s'haurien d'identificar les millors pràctiques alternatives per modificar la situació. Llavors s'hauria d'implementar i avaluar segons la seva eficàcia mitjançant uns models consistents de desenvolupament de la pràctica. En cas que no existeixi una millor pràctica alternativa, la IPSM té la responsabilitat de desenvolupar-ne una (veure el punt 61).
66. Participar en el desenvolupament de la pràctica combinant el coneixement de la IPSM centrat en la persona, a través de relacions positives entre individus i equips, qualitats personals i imaginació creativa, amb habilitats pràctiques i experiència pràctica. El resultat d'aquesta activitat hauria d'incorporar-se a l'estructura corporativa de l'empresa de manera que s'asseguri que la IPSM és un component essencial de les funcions principals de qualsevol organització.





**Elaborat per, i en nom de, Horatio: Infermeria Psiquiàtrica Europea, per  
Martin Ward  
Presidit per l'Equip d'Experts en Infermeria Psiquiàtrica d'Horatio**

**Persones que han contribuït a la idea original de la Declaració:**

Sr. Roland van de Sande (Països Baixos)  
Prof. Denis Ryan (Irlanda)  
Dr. Hiekki Ellila (Finlàndia)  
Prof. Michael Schulz (Alemanya)  
Sr. Kevin Gafa (Malta)  
Sr. Richard Brodd (Suècia)  
Sra. Georgia Georgiou (Xipre)  
Sr. Des Kavanagh (Irlanda)

**Persones que han aportat les seves observacions, comentaris i expertesa a les versions:**

Prof. Brendan McCormack (Irlanda del Nord)  
Prof. Dirk Richter (Suïssa)  
Dr. Susanne Schoppmann (Alemanya)  
A/Prof. Renee Robinson (Canadà)  
A/Prof. Sabin Hahne (Suïssa)  
Sra. Melodie Hull (Canadà)  
Prof. Patrick Callaghan (Regne Unit)  
Sr. Ber Oomen (Països Baixos)  
Prof. Jose Carlos Santos (Portugal)  
Prof. Anna Bjorkdahl (Suècia)

**Organitzacions que han aportat els seus comentaris a les versions:**

Malta Association of Psychiatric Nurses (Malta)  
Royal College of Nursing (Regne Unit)  
Mental Health Europe (Bèlgica)  
Psychiatrische Pflege, Bielefeld (Alemanya)

El nostre agraïment a totes aquestes persones i organitzacions, des d'Horatio i els professionals d'infermeria psiquiàtrica i salut mental d'arreu.