

Լրացուցիչ հաշվետվություն: Յոգեկան առողջության ոլորտում ոչ հարկադիր միջոցառումների կիրառման լավագույն փորձը Եվրոպայի խորհրդում



Ձեկույցը պատվիրված է Եվրոպայի
խորհրդի Կենսաբիական
հանձնաժողովի կողմից:
Յեղիսակ. Պիեռ Գուդիևս

*ԵՎՐՈՊԱՅԻ ԽՈՐՀՐԴԻ ԱՆԴԱՄ ԵՐԿՐՆԵՐՈՒՄ
ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՆՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՊԱՀՊԱՆՄԱՆՆ ՈՒՂԴՎԱԾ
ԿԱՄԱՎՈՐ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՄԻՋԱՄՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԿԻՐԱՌՄԱՆ
ՀԱՎԱԳՈՒՅՆ ՓՈՐՁԻ ՁԵՌՆԱՐԿ*

Սույն փաստաթղթի ամբողջական կամ մասնակի վերարտադրման կամ թարգմանության վերաբերյալ բոլոր հարցումները պետք է հասցեագրվեն ԵԽ հաղորդակցությունների տնօրինությանը:
(F-67075 Strasbourg Cedex).

Սույն փաստաթղթին վերաբերող բոլոր այլ առաջարկություններն ու դիտողությունները պետք է հասցեագրվեն Մարդու իրավունքների պաշտպանության և իրավունքի գերակայության գլխավոր տնօրինություն:

Կազմը և էջադրումը: Եվրոպայի խորհրդի Փաստաթղթերի և հրապարակումների արտադրության բաժին
© Council of Europe, հոկտեմբեր 2021թ.

ԵՐԱԽՏԻՔԻ ԽՈՍՔ

Մույն աշխատության հեղինակն է Մելքունի իրավաբանական դպրոցի և Մելքունի համալսարանի սոցիալական հավասարության ինստիտուտի գիտաշխատող դոկտոր Պիրս Գուդինգը: Այն գրվել է DH-BIO քարտուղարության և մասնավորապես Լորենս Լվոֆֆի, Քեթրին Ուերպմանի և Նատալյա Ջայցևայի աջակցությամբ: Ցանկանում ենք շնորհակալություն հայտնել բոլոր այն պատվիրակների և քաղաքացիական հասարակության ներկայացուցիչներին, ովքեր այս ձեռնարկի համար նյութեր են ներկայացրել:

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ԵՐԱԽՏԻՔԻ ԽՈՍՔ.....	1
ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ	2
ԱՄՓՈՓՈԳԻՐ	4
ՁԵՌՆԱՐԿԻ ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ	11
I. ՀԱՄԱՌՈՏԱԳԻՐ	22
Ներածություն	22
Տերմինաբանություն.....	24
Նախապատմություն. Հետազոտությունների աճ և հարկադրանքի քարոզչություն27	
Շրջանակը	31
Հետազոտությունների ձեռնարկի պատրաստումը	32
Սահմանափակումներ.....	33
II. ԵՎՐՈՊԱՅԻ ԽՈՐՀՐԴԻ ԱՆԴԱՄ-ԵՐԿՐՆԵՐԻ ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ ՀԱՐԿԱԴՐԱՆՔԻ ԿՐՃԱՏՄԱՆ ԵՎ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ՀԱՐՑՈՒՄ ԼԱՎԱԳՈՒՅՆ ԳՈՐԾԵԼԱԿԵՐՊԸ.....	34
Լավագույն գործելակերպի դասակարգում	34
A. Հիվանդանոցային գործելակերպ	35
B. Համայնքային ծրագրեր.....	71
Գ. «Հիբրիդային» մոտեցումներ քաղաքականության և պլանավորման մեջ	93
D. Հարկադրանքի նվազեցմանն ուղղված այլ նախաձեռնություններ.....	121
III. ՔՆՆԱՐԿՈՒՄ	133

Նախքան լավագույն փորձում ներկայացված ընդհանուր մոտեցումներ առաջարկելը, զեկույցի վերջին մասում համառոտ կքննարկվեն II մասում թվարկված գործելակերպերի ժողովրդագրական նկատառումները: 133

Ա. Ժողովրդագրական տարբերություններ 133

Բ. Հաջողության գործոնները..... 137

Գ. Ամփոփում 141

ԱՄՓՈՓՈԳԻՐ

Սույն ձեռնարկում ներկայացված է հոգեկան առողջության պահպանման և աջակցության կամավոր բժշկական միջամտությունների խթանման լավագույն փորձը: Այն հիմնված է Եվրոպայի խորհրդի 47 անդամ պետությունները ներկայացնող պատվիրակությունների, ինչպես նաև քաղաքացիական հասարակության շահագրգիռ կազմակերպությունների կողմից Կենսաէթիկայի հանձնաժողովի (DH-BIO) քարտուղարությանը ներկայացված փորձառության վրա: Ձեռնարկը իրագործում է 2020-2025 թվականներին կենսաբժշկության մեջ մարդու իրավունքների պաշտպանության և տեխնոլոգիաների՝ DH-BIO ռազմավարական գործողությունների ծրագրով սահմանված նպատակը՝

Աջակցել անդամ պետություններին [մշակելով] լավ փորձն ամփոփող ձեռնարկ՝ խթանելու հոգեկան առողջության կամավոր բժշկական միջամտությունները, ինչպես կանխարգելիչ մակարդակում, այնպես էլ ճգնաժամային իրավիճակներում՝ անդամ պետությունների օրինակների հիման վրա:

Գործելակերպի օրինակների անմիջական նպատակն է նվազեցնել, կանխել կամ նույնիսկ վերացնել հոգեկան առողջության պահպանման հաստատություններում հարկադրանքի գործելակերպը, ընդ որում դրանց մի մասն անուղղակիորեն է հանգեցնում նման արդյունքի՝ սատարելով հոգեկան առողջության կամավոր խնամքի խթանման և աջակցության ընդհանուր նպատակին:

Ձեռնարկը ԵՄ անդամ երկրներում առաջատար փորձի սպառիչ ժողովածու չէ: Փոխարենը այն հանդես է գալիս որպես առաջին քայլ, որն ուղղված է հոգեկան առողջության պահպանման կամավոր միջամտությունների խթանմանն ու աջակցությանը, ինչպես նաև հոգեկան առողջության միջավայրում հարկադրանքի նվազեցման և կանխարգելման գործելակերպի մշակմանը: Ընդհանուր առմամբ, ներկայացված նյութերը համահունչ են «Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին» կոնվենցիայի չափորոշիչներին, հաշվի առնելով նաև հոգեկան առողջության պահպանման ոլորտում հարկադրանքի կիրառման մասին ծավալվող բանավեճերին, որոնք կներկայցվեն ձեռնարկի 1 (Բ) բաժնում:

Ձեռնարկի **I մասում** ներկայացված են նրա տերմինաբանությունը, շրջանակը, նախապատմությունը և հետազոտության սահմանափակումները:

II մասը ներկայացնում է լավագույն փորձը, որն ամփոփված է հետևյալ կատեգորիաների ներքո.

- ▶ հիվանդանոցային ծրագրեր.
- ▶ համայնքային ծրագրեր.
- ▶ հիվանդանոցային և համայնքային ծրագրերը համատեղող հիբրիդային մոդելներ. և
- ▶ հարկադրանքի այլընտրանքների ուղղությամբ այլ սխեմաներ, ներառյալ նախնական պլանավորումը, մասնագիտական վերապատրաստումը և կրթական ծրագրերը:

Նշված գործելակերպը դասակարգելու այլ եղանակներ նույնպես կարող են լինել: Մույն ձեռնարկի նպատակներից ելնելով այս լայն կատեգորիաները ԵԽ-ում տարբեր ծրագրերը ընդհանրացնելու համար արդյունավետ հայեցակարգային շրջանակ են ստեղծում:

Ձեռնարկի **III մասը** ներկայացնում է ամփոփիչ քննարկումը, որտեղ քննարկվում են ժողովրդագրական խնդիրները (մասնավորապես կանանց, տղամարդկանց և տարեց մարդկանց փորձառության համեմատական վերլուծության միջոցով) և ներկայացվում է այն գործոնների համառոտ ցանկը, որոնք խթանում են լավագույն գործելակերպը:

Վերջում, հավելվածներում ներկայացված են լրացուցիչ նյութեր:

- ▶ **Հավելված Ա-ն** պարունակում է լավագույն փորձի օրինակների մասին հարցաշար, որը DH-BIO քարտուղարության կողմից բաժանվել է ԵԽ անդամ երկրներին: Հարցաշարը ցույց է տալիս, թե ինչպես է DH-BIO քարտուղարությունը ձևակերպել «լավագույն փորձի» վերաբերյալ իր պատկերացումները:
- ▶ **Հավելված Բ-ում** ներկայացված է ձեռնարկի նպատակներին համապատասխան ԵԽ-ի էմպիրիկ հետազոտական գրականության աղյուսակ, որտեղ ամփոփված են յուրաքանչյուր ուսումնասիրության երկիրը, նպատակը, մեթոդները և արդյունքները: Այս հավելյալ նյութը օգնում է ընթերցողներին ծանոթանալ ԵԽ անդամ պետությունների և քաղաքացիական հասարակության շահագրգիռ կողմերի առաջատար գործելակերպի կոնկրետ օրինակներին՝ ընդգծելով, թե որ դեպքերում է «լավագույն փորձը» համընկնում քաղաքականության և

գործելակերպի ընդհանուր միջազգային միտումների հետ և որ դեպքերում է որոշակի գործելակերպի համար առկա (կամ բացակայում է) ապացուցողական բազան:

Ձեռնարկը կազմված է այնպես, որ ընթերցողները կարողանան առանց նախաբանի ծանոթանալ իրենց հետաքրքրող բաժիններին: Ձեռնարկի ամփոփիչ աղյուսակը տրվում է դրան հաջորդող բաժնում, ներակայացնելով յուրաքանչյուր առանձին գործելակերպի համար համապատասխան էջի համարը:

Ձեռնարկը կազմված է այնպիսի եղանակով, որը նախատեսում է դրա բովանդակության հնարավոր փոփոխություն և թարմացում, քանի որ ժամանակի ընթացքում «լավ» և «առաջատար» գործելակերպերի սահմանումները փոխվում են: ԵՄ քաղաքականությունն մշակողներին և շահագրգիռ կողմերին աջակցելու նպատակով կարող է ստեղծվել պարբերաբար թարմացվող հեշտությամբ որոնելի տվյալների բազա:

Հարկադրանքի նվազեցման և կանխարգելմանն ուղղված միջոցառումների հարաբերական հաջողության մասին վկայող հետազոտությունների աճը ցույց է տալիս, որ կա ուժեղ ապացույցների հիմք՝ աջակցության կարիք ունեցող մարդկանց առանց հարկադրանքի արձագանքելու համար: Ձեռնարկի ներքո ներկայացված գործելակերպը վկայում է բազմաթիվ կառավարությունների, մասնագետների և համայնքների կողմից ընդունված՝ հարկադրանքի նպատակահարմարության և անհրաժեշտության մասին կարծիքների վերանայման անհրաժեշտության մասին:

Քաղաքականության տեսանկյունից ձեռնարկի մեջ ներկայացված լավ փորձը վկայում է, որ հարկադրանքից զերծ ծառայությունները կամ այն ծառայությունները, որոնք մեծապես նվազեցնում են հարկադրանքի միջոցները, կարող են իրականացվել երեք փոխկապակցված մակարդակներում՝ ազգային վերահսկողություն, կազմակերպչական մշակույթի փոփոխություն և անկախ, համակարգային շահերի պաշտպանություն: Այս ձեռնարկում ներկայացված գործելակերպի հաջողության այլ գործոնների թվում են նաև.

- ▶ կառավարությունները և ծառայությունները չեն թաքցնում հարկադրանքի բացասական հետևանքները և ակտիվ քայլեր են ձեռնարկում՝ նվազեցնելու, կանխելու և նույնիսկ վերացնելու հարկադրանքը.
- ▶ պետական ուղղահայաց և տեղական մակարդակի ղեկավարություն, որը ձգտում է ստեղծել և պահպանել վարքագծային փոփոխություններ՝ ուղղված առանց հարկադրանքի ճգնաժամային աջակցության, լինի դա անհատական

ծառայության կամ նախաձեռնության, կամ ընդհանրապես սպասարկման համակարգերում.

- ▶ հոգեկան առողջության ծառայությունների և միջամտությունների փորձ ունեցող մարդկանց, հոգեւոցաբանական հաշմանդամություն ունեցող անձանց և այլոց ներգրավումը որոշումների կայացման գործընթացում բոլոր մակարդակներում՝ սկսած տեղական ծառայությունների մատուցումից և կառավարումից, մինչև հետազոտական օրակարգերի մշակում, ներպետական օրենսդրություն և քաղաքականության զարգացումները:

Ընդհանուր առմամբ, հիվանդանոցներում և հոգեկան առողջության պահպանման այլ հաստատություններում բացահայտումները համընկնում են Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ, 2021թ., էջ 8) առաջարկությունների հետ, որոնք ենթադրում են, որ հարկադրանքից զերծ ծառայությունների ստեղծումը պահանջում է գործողություններ մի քանի ուղղություններով, ներառյալ.

- ▶ սպասարկող անձնակազմի կրթություն՝ բուժողի և բժշկական օգնություն ստացողի իշխանության աստիճանի տարբերությունների, հիերարխիայի և այն մասին, թե ինչպես դրանք կարող են հանգեցնել ահաբեկման, վախի և վստահության կորստի.
- ▶ օգնել անձնակազմին հասկանալու, թե ինչն է համարվում հարկադրանքի գործելակերպ և դրա կիրառման վնասակար հետևանքները.
- ▶ համակարգված մասնագիտական ուսուցում ամբողջ անձնակազմի համար՝ ճգնաժամային իրավիճակներին ոչ ստիպողաբար արձագանքելու վերաբերյալ, ներառյալ ապաեսկալացիայի ռազմավարությունները և լավ հաղորդակցման գործելակերպը.
- ▶ անհատականացված պլանավորում ծառայությունից օգտվող մարդկանց համար, ներառյալ ճգնաժամային իրավիճակներում գործողությունների ծրագրեր և պացիենտի կողմից նախապես տրվող ցուցումներ.
- ▶ Ֆիզիկական և սոցիալական միջավայրի փոփոխություն՝ ընկերական մթնոլորտ ստեղծելու համար, ներառյալ «հարմարավետության սենյակների» և «արձագանքման թիմերի» օգտագործումը՝ կոնֆլիկտային կամ այլ դժվար իրավիճակներից խուսափելու կամ լուծելու և հաղթահարելու համար.
- ▶ բողոքներին լսելու և արձագանքելու և դրանցից դաս քաղելու արդյունավետ միջոցներ.

- ▶ ցանկացած հարկադրանքի կիրառումից հետո համակարգված դեբրիֆինգ, ինչպես նաև իրավական պաշտպանության համակարգեր՝ ապագայում տեղի ունեցող միջադեպերից խուսափելու նպատակով.
- ▶ անդրադարձ բոլոր շահագրգիռ կողմերի դերին և դրա փոփոխություն, ներառյալ արդարադատության համակարգը, ոստիկանությունը, ընդհանուր առողջապահական աշխատողները:

Ձեռնարկի հեղինակները հանգում են այն կարծիքին, որ այլընտրանքային գործելակերպում ներդրումների և հարկադրական միջոցներ կրճատման և կանխարգելման նախաձեռնություններին բացահայտ հանձնառության դեպքում ներկայումս կիրառվող հարկադրական միջոցներից շատերն անհրաժեշտ չեն, և դրանց առնվազն մի մասը կարող է ամբողջությամբ վերացվել: Նման գործելակերպի ներդրման և հաշվետվողականության միջոցների կիրառման համար կան ուժող իրավական և բարոյական հիմքեր, ապահովելով ամբողջական անցում դեպի իրավունքների վրա հիմնված և վերականգնմանը միտված արձագանքներին հոգեկան առողջության ճգնաժամերին:

ԳՈՐԾԵԼԱԿԵՐՊԻ ԱՂՅՈՒՍԱԿ



Հիվանդանոցային ծրագրեր

<i>Գործելակերպ</i>	<i>Նկարագրություն</i>	<i>Էջ</i>
<p>Բազալային էքսպոզիցիոն թերապիա՝ զուգորդված լրացուցիչ արտաքին հսկողության հետ՝ Նորվեգիա</p>	<p>Բազալային էքսպոզիցիոն թերապիան ուժեղ հոգեթերապևտիկ ուղղվածությամբ գործելակերպ է, որը նախատեսում է պացիենտի կացությունը հիվանդասենյակում մինչև երեք ամիս տևողությամբ: Դեղորայքի ընդունումն օժանդակ բնույթի է և կախված է թերապևտիկ գործընթացից: Համընթաց «Լրացուցիչ արտաքին կարգավորումը» հստակ նախատեսված է խնամքի գործընթացում հարկադրանքի միջոցները վերացնելու համար:</p>	<p>Էջ 35</p>
<p>Ազրեսիվ վարքագծի հարկադիր թերապիայի կանխարգելման ուղեցույցներ Գերմանիա</p>	<p>Այս Ուղեցույցները մշակվել են Գերմանիայում երիտասարդների հոգեկան առողջության պահպանման ծառայությունների համար՝ կանխելու և նվազեցնելու հարկադրական միջոցների կիրառումը հոգեկան առողջության ծառայություններից այն օգտվողների նկատմամբ, որոնց գործողությունները համարվում են ազրեսիվ: Ձեռնարկում ներկայացված ապացույցների և կոնսենսուսի վրա հիմնված 12 առաջարկություններ կիրառվում են Գերմանիայի 52 հոգեկան առողջության պահպանման բաժանմունքներում:</p>	<p>Էջ 39</p>

<p>Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքներ Նիդերլանդներ</p>	<p>Նիդերլանդներում պացիենտների մեկուսացման դեպքերը նվազեցնելու ազգային քաղաքականության ներքո ստեղծվել են «Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքներ»: Այդ բաժանմունքները նախատեսված են անհապաղ օգնություն տրամադրելու համար, փորձելով վերականգնել և պահպանել անձի հարաբերություններն իր սոցիալական ցանցի հետ և կանխարգելել ճգնաժամը:</p>	<p>Էջ 44</p>
<p>«Հարկադրանքի բացառում» քաղաքականություն Միացյալ Թագավորություն</p>	<p>«Հարկադրանքի բացառում» ծրագիրը նպատակ ունի հոգեկան առողջության պահպանման բաժանմունքում վարքագծային մշակույթը «գուպան կենտրոն»-ից տեղափոխել դեպի «առողջացման կենտրոն»: Վերջնական նպատակը հարկադրանքից զերծ միջավայր ստեղծելն է: Այս մոտեցումը, որը սկիզբ է առել է Միացյալ Նահանգներում, որդեգրվել է Միացյալ Թագավորության մ հոգեկան առողջության ի շարք միավորումների կողմից:</p>	<p>Էջ 46</p>
<p>Բաց դռների քաղաքականություն Միջազգային</p>	<p>«Բաց դռների քաղաքականությունը» հոգեկան առողջության հաստատություններում բաց այլ ոչ թե կողպված դռները պահպանելու քաղաքականություն է՝ պացիենտների/ծառայություններից օգտվողների ազատությունը պաշտպանելու, այլ ոչ թե ազատությունից զրկելու նպատակով:</p>	<p>Էջ 48</p>
<p>Բաց երկխոսություն խիստ ռեժիմի հոգեկան առողջության պահպանման բաժանմունքում Նորվեգիա</p>	<p>Օսլոյի խիստ ռեժիմի հոգեկան առողջության պահպանման բաժանմունքի Աքերշուսի համալսարանական հիվանդանոցի մասնագիտացված հոգեկան առողջության պահպանման բաժանմունքը իրականացրել է «Բաց երկխոսությունների» գործելակերպի վրա հիմնված ծրագիրը: Նախնական տվյալները վկայում են, որ հաջողվել է վերջ տալ հարկադրանքի բոլոր դրսևորումներին այն անձանց նկատմամբ, որոնք նախկինում ենթարկվել են հարկադրանքի խիստ միջոցների հոգեկան առողջության պահպանման այլ փակ հաստատություններում:</p>	<p>Էջ 51</p>

<p>Չսպան մեխանիկական միջոցների և մեկուսացման նվազեցում հոգեկան առողջության ծանր խնդիրներ ունեցողների ստացիոնար բաժանմունքներում Միջազգային</p>	<p>Բազմաթիվ ծրագրեր, գործելակերպ և քաղաքականության միջոցառումներ ձգտել են նվազեցնել և վերացնել հոգեկան առողջության հաստատություններում զսպան պրակտիկայի կիրառումը: Նոր մոտեցումները նախատեսում են հիվանդասենյակների մթնոլորտի բարելավում, աջակցության և հաղորդակցման հնարավորությունների ընդլայնում, աշխատանքային գործընկերների, ընտանիքի հետ շփման ավելի լայն հնարավորություններ, նաև այլ, ոչ ֆորմալ բնույթի աջակցություն: Անվտուխ ներկայացված են Նորվեգիայում և Իսպանիայում իրականացվող ծրագրերը, ներառյալ «Վեց հիմնական ռազմավարություններ» ծրագիրը:</p>	<p>էջ 54</p>
<p>«Ապահով պալատ» Միացյալ Թագավորություն և միջազգային</p>	<p>«Ապահով պալատ» մոդելը նպատակ ունի նվազեցնել հոգեկան առողջության պահպանման բաժանմունքներում գտնվող մարդկանց նկատմամբ կիրառվող զսպան միջոցներն ու նրանց մեկուսացումը, ինչպես նաև նվազեցնել ծառայություններից օգտվողների/պացիենտների և անձնակազմի միջև միջադեպերը: Մոդելը անձնակազմին տալիս է գործելակերպի ուղեցույց և հայեցակարգեր, որոնք կօգնեն բարելավել հիվանդանոցային միջավայրի մշակույթը և հիվանդասենյակների պայմանները՝ ուշադրություն դարձնելով անձնակազմի շփումներին ծառայությունից օգտվողների և նրանց ընտանիքի/ընկերների հետ:</p>	<p>էջ 61</p>
<p>Weddinger Modell Գերմանիա</p>	<p>Weddinger Modell-ը լուրջ հոգեկան խնդիրներ ունեցող պացիենտների վերականգնմանն ուղղված հայեցակարգ է: Այն կարգավորում է պացիենտների իրավունքներն ու պարտականությունները և կենտրոնանում է բազմապրոֆեսիոնալ թիմերի հմտությունների զարգացման վրա: Ավանդական հիվանդանոցային գործելակերպը, այդ թվում՝ թերապիայի պլանավորումը, ավելի թափանցիկ են դառնում՝ առաջնահերթություն տալով անձի և նրա աջակիցների ակտիվ ներգրավմանը:</p>	<p>էջ 65</p>
<p>Ձեռնարկ հիվանդանոցների և բաժանմունքների համար՝ նվազեցնելու հարկադրանքը և բարձրացնելու աշխատանքային և</p>	<p>Ձեռնարկի նպատակն է աջակցել հարկադիր բժշկական միջամտություն տրամադրող հիվանդանոցներին և բաժանմունքներին՝ նվազեցնելու պացիենտների նկատմամբ հարկադրանքի կիրառումը և բարձրացնելու աշխատանքի և պացիենտների անվտանգությունը:</p>	<p>էջ 66</p>

<i>սպաղիենտների անվտանգությունը Ֆինլանդիա</i>		
---	--	--



Համայնքային կամ ոչ հիվանդանոցային ծրագրեր

Գործելակերպ	Նկարագրություն	Էջ
<p>Հոգեկան առողջության համայնքային ծրագիր Նուվառա, Բտալիա</p>	<p>Շարժական կապի միջոցով աջակցության այս ծրագիրն օգնում է ճգնաժամ վերապրող անձանց և հոգեկան առողջության պահպանման հաստատություններից դուրս գրվելուց հետո տան պայմաններում ապրող անձանց: Ի հեճուկս ռեսուրսների ընդհանուր պակասի՝ ծրագիրն օգնեց նվազեցնել հարկադիր հոսպիտալացման ցուցանիշները՝ համեմատած Բտալիայում գործող այլ ծառայությունների հետ:</p>	<p>Էջ 69</p>
<p>Ընտանեկան խմբային քննարկումներ Նիդերլանդներ</p>	<p>Ընտանեկան խմային զրույցները հոգեկան առողջության ճգնաժամի մեջ գտնվող անձանց արձագանքելու ռազմավարություն է, որը նախատեսում է երկխոսություն կամ «քննարկում» անձի ընտանիքի և սոցիալական ցանցի հետ՝ աջակցության վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու համար:</p>	<p>Էջ 70</p>
<p>Հուզառաֆլ Բսլանդիա</p>	<p>Հուզառաֆլը (որը կարելի է թարգմանել որպես «Մտքի ուժ») համակիցների կողմից կառավարվող (peer-run), ոչ կառավարական կազմակերպություն է, որը գործում է Ռեյկյավիկում: Այն կազմակերպում է տարբեր միջոցառումներ, ներառյալ համակիցների ինքնօգնության խմբեր, փոխադարձ աջակցություն, խորհրդատվություն, ակտիվիզմ, քաղաքականության խորհրդատվություն և հոգեկան առողջության պահպանման քարոզում կրթության ոլորտում:</p>	<p>Էջ 72</p>
<p>Հոգեկան առողջության շարժական խմբեր Հունաստան</p>	<p>Շարժական խմբերն օգտագործվում են գյուղական և հեռավոր շրջանների մարդկանց աջակցություն ցուցաբերելու համար: Նրանք ձգտում են թույլ չտալ, որ հոսպիտալացման պատճառով անձը կտրվի համայնքից: Խմբերն աշխատում են տեղական համայնքի, առողջապահական այլ ծառայությունների, ինչպես նաև առանցքային մարմինների (տեղական իշխանությունների, ոստիկանության բաժնի, դատախազների) հետ, ապահովելու անձի՝ համայնքի ակտիվ անդամ մնալու իրավունքը:</p>	<p>Էջ 74</p>

<p>Բաց երկխոսությունների մոդել Ֆինլանդիա և միջազգային</p>	<p>Ֆինլանդիայում ստեղծված «Բաց երկխոսության մոտեցում սուր փսիխոզին» ծրագիրը այժմ գործում է տարբեր երկրներում, այդ թվում՝ Նորվեգիայում, Դանիայում, Մեծ Բրիտանիայում, Իտալիայում, Պորտուգալիայում, Գերմանիայում, Լեհաստանում, Նիդերլանդներում, ԱՄՆ-ում և Ավստրալիայում: Խնամքի մասին որոշումները կայացվում են անհատի և նրա աջակցող լայն ցանցի մասնակցությամբ: Կիրառվում են հոգեթերապևտիկ մոտեցումներ՝ նպաստելու անձի և նրան աջակցող ցանցի միջև երկխոսությանը:</p>	<p>էջ 76</p>
<p>Անձնական օմբուդսմենի ծրագիր («Personligt Ombud Skåne» կամ «PO») Շվեդիա</p>	<p>PO ծրագիրը նախատեսում է հոգեբանական խնդիրներ և/կամ հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց օգնության տրամադրում և անհատական պաշտպանություն: Նման դեպքերում օրենքով նախատեսվում է «օգնականի» կամ «փաստաբանի» տրամադրում, որը կօգնի անձին իրավական որոշումներ կայացնել օժանդակող, այլ ոչ թե հարկադրական եղանակով:</p>	<p>էջ 81</p>
<p>Վերականգնման տներ Միջազգային</p>	<p>Գոյություն ունեն Վերականգնման տների տարբեր մոդելներ, որոնցից երեքը նկարագրված են այստեղ. Բոխումի ճգնաժամային սենյակներ (Գերմանիա), Սոթերիայի տուն (Շվեդիա և Միջազգային), և Վեզլաուֆհաուս (Գերմանիա): Երեքն էլ կրում են հակահարկադրողական բնույթ և նպատակ ունեն աջակցություն, անվտանգություն և ապաստան տրամադրել հոգեւոցիալական աջակցության կարիք ունեցող մարդկանց:</p>	<p>էջ 83</p>
<p>TANDEMplus Ճգնաժամային աջակցության շարժական խմբեր Բելգիա</p>	<p>«TANDEMplus»-ը շարժական ճգնաժամային ծառայություն է, որտեղ ներառված են բժշկության տարբեր ոլորտների մասնագետներ, որոնք աջակցում են մարդկանց հոգեկան առողջության ճգնաժամի շրջանում և դրանից անմիջապես հետո: Ճգնաժամային թիմերը օգնում են մարդուն (վերա)ակտիվացնել իր տեղական աջակցության ցանցը, մասնավորապես՝ միանալ աջակցության ինչպես ֆորմալ, այնպես էլ ոչ ֆորմալ աղբյուրներին:</p>	<p>էջ 87</p>

Շեշտը դրվում է այն բանի վրա, որ անձն ինքնուրույն սահմանում է այն աջակցության տեսակը, որը նա կցանկանար ստանալ:

«Հիբրիդային» ծրագրեր



Գործելակերպ	Նկարագրություն	Էջ
<p>«Խնամքի գործողությունների որակի ծրագիր» Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցողների խնամքի սպախնստիտուցիոնալացում</p> <p>Չեխիայի Հանրապետություն</p>	<p>Չեխիան նվազեցնում է հարկադրանքը հոգեկան առողջության հաստատություններում «սպախնստիտուցիոնալացման» ավելի լայն ծրագրի շրջանակներում: Ծրագիրն իրականացվում է Եվրոպական ներդրումային և կառուցվածքային հիմնադրամի միջոցներով և կիրառում է Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության «QualityRights» գործիքակազմը: Այն նախատեսում է հոգեկան առողջության մեծ հաստատություններից հրաժարվելուն ուղղված բազմաթիվ միջոցառումներ՝ միաժամանակ սպախնստիտուցիոնալացում հոգեկան առողջության պահպանման բարձր որակի ծառայություններ, և հարկադիր բժշկական միջամտությունների և հարկադրանքի այլ միջոցների կանխում:</p>	<p>Էջ 91</p>
<p>«Քաղաքացիական հոգեկան առողջության պահպանում» Արևելյան Լիլի հանրային հոգեբուժություն</p> <p>Ֆրանսիա</p>	<p>Վերջին երեք տասնամյակների ընթացքում Լիլ քաղաքում փուլային սկզբունքով ներդրվել է «Քաղաքացու հոգեկան առողջության պահպանման» ծրագիրը, որի նպատակն է հոգեկան առողջության ծառայությունները մատուցելիս խուսափել ավանդական հոսպիտալացումից և փոխարենը ամբողջ առողջապահության համակարգը ինտեգրել քաղաքային ցանցում, ներգրավելով բոլոր շահագրգիռ գործընկերներին՝ ծառայություններից օգտվողներին, խնամողներին, ընտանիքներին և ավագանու անդամներին: Հոգեկան առողջության ծառայությունների այս լայն մոտեցման շրջանակներում մանրամասն ներկայացված է մի քանի հատուկ գործելակերպ:</p>	<p>Էջ 94</p>
<p>«Հոգեբուժության և տնային խնամքի ծառայությունների միջև համագործակցության բարելավում»</p> <p>Շվեդիա</p>	<p>Էքսյո քաղաքի համայնքում այս փոքրածավալ ծրագրի միջոցով հաջողությամբ նվազեցվեց հարկադիր բժշկական միջամտությունների մակարդակը: Ծրագիրը միտված է հոգեկան առողջության ճգնաժամի մեջ գտնվող անհատների, տնային խնամք տրամադրող բուժքույրերի, ստացիոնար և ամբուլատոր հոգեբույժների միջև փոխգործակցության բարելավմանը:</p>	<p>Էջ 106</p>

**«Պացիենտի
ստաջանորդությամբ
գործողությունների
ծրագիր»
հարկադիր բուժման
կարգադրությունները
բողոքարկելու համար
Նիդերլանդներ**

Այս ծրագիրը գործում է որպես բողոքարկման գործընթաց, որը հասանելի է հարկադիր բժշկական միջամտության ենթարկվող պացիենտներին, այն դեպքում, երբ հարկադիր բուժում պարտադրող բժշկական տնօրենը իր հայեցողությամբ է որոշում շարունակել կամ դադարեցնել այն: Անձին ստաջարկվում է ներկայացնել աջակցության պլան կամ «գործողությունների ծրագիր»: Հարկադիր միջամտության հրահանգն արձակած բժշկական կենտրոնի տնօրենը կարող է ընդունել կամ մերժել գործողությունների ծրագիրը:

Էջ 108

**Պարտադիր
հոսպիտալացման
դեպքերի նվազեցում
անհետաձգելի բժշկական
օգնություն տրամադրող
հոգեկան առողջության
պահպանման
կենտրոններում
Նորվեգիա**

Օսլոյի անհետաձգելի բժշկական օգնություն տրամադրող հոգեկան առողջության պահպանման կենտրոնը փորձել է նվազեցնել հարկադիր հոսպիտալացման դեպքերը՝ հոգեկան առողջության սուր խնդիրներ ունեցող մարդկանց համար կազմակերպելով «կենտրոնացված միջամտություն» և «բարելավելով հոսպիտալացում պարտադրող անձնակազմի որոշումների կայացման գործընթացը»: Այս գործելակերպի կիրառման 12 տարվա տվյալները ցույց են տալիս, որ շտապ հոսպիտալացման դեպքերի ընդհանուր թիվը 70 տոկոսով նվազել է, իսկ կամավոր հոսպիտալացման դեպքերի թիվը հարկադիր հոսպիտալացումների համեմատ 79 տոկոսից կրճատվել է մինչև 40 տոկոս:

Էջ 110

**Տրիեստի մոդել
Իտալիա**

Մոդելը, որը ստացել է «Բաց դռներ՝ առանց զսպման» անվանումը, նպատակ ունի «ապահովել հոգեկան առողջության բժշկական միջամտությունները Տրիեստ քաղաքում: Ծրագրի առանցքում «Համայնքային հոգեկան առողջության կենտրոնների» ցանցն է՝ համեմատաբար քիչ մահճակալներով, որը բաղկացած է մեկ ընդհանուր հիվանդանոցային հոգեբուժական բաժանմունքից, օժանդակ բնակարանային օբյեկտների ցանցից և մի քանի սոցիալական օգնության/կոոպերատիվ ընկերություններից:

Էջ 112



Գործելակերպ	Նկարագրություն	Page
<p>Նախապես կատարվող պլանավորում, Միջազգային</p>	<p>Նախապես կատարվող պլանավորումը ներառում է ծրագրերը, որոնք կրում են «նախապես տրվող ցուցումներ», «նախապես տրվող հրահանգներ», «համատեղ ճգնաժամային պլանավորում» և այլ նմանատիպ անվանումներ: Դրանք թույլ են տալիս մարդուն ներկայացնել իր առաջարկություններն այն հարցի վերաբերյալ, թե ինչպես իրեն կարելի է օգնել ճգնաժամի ընթացքում, խուսափելով հարկադրանքի կիրառումից: Ներկայացված են օրինակներ Իսպանիայից և Ֆրանսիայից:</p>	<p>Էջ 116</p>
<p>Համակիցների աջակցություն և համակիցների աշխատակազմ (Peer Support and the Peer Workforce) Միջազգային</p>	<p>Ներկայացված են համակիցների աջակցության մի քանի օրինակներ</p> <p>«Ձայներ լսողների ցանցի» իսրերը հիմնված են այն գաղափարի վրա, որ անդամները՝ նրանք, ովքեր իրենց աշխատանքը կատարելիս լսում, տեսնում կամ զգում են բաներ, որոնք ուրիշներին հասանելի չեն, կարող են միմյանց հետ կիսել հաջող ռազմավարությունները՝ ապահով և փոխադարձ աջակցող տարածքում:</p> <p>Համակիցների աջակցությունը ոչ պաշտոնական աջակցության ձև է: Մարդկանց սովորեցնում են աջակցող դեր ստանձնել ճգնաժամում հայտնված անձանց նկատմամբ՝ ճգնաժամի ըմբռնման ու արձագանքի բարելավման գաղափարների և համապատասխան գործելակերպի միջոցով:</p> <p><i>Médiateur de santé pairs</i> («Համակիցների փոխադարձ միջնորդություն») Ֆրանսիայում գործող համակիցների առողջապահական միջնորդության ծրագիր է, որը կառուցակարգված կրթություն է տրամադրում հոգեկան առողջության խնամքի ծառայությունների նախկին և ներկա պացիենտներին (այսուհետ՝ համակիցներին), ովքեր բուհերի օգնությամբ վերապատրաստվում են հոգեկան առողջության խնամքի թիմերին միանալու համար:</p>	<p>Էջ 120</p>

**«BE RIGHT»՝ միջազգային
վերապատրաստման
ծրագիր առողջության և
սոցիալական խնամքի
մասնագետների համար
հոգեկան առողջության
ծառայությունների
միջավայրում
Միջազգային**

«BE RIGHT»-ը հոգեկան առողջության հաստատություններում մարդու իրավունքների վերաբերյալ ուսումնական փաթեթ է: Դասընթացի բովանդակությունը և մեթոդները կոչված են կարևորելու հոգեկան առողջության խնդիրներով և հոգեբանական հաշմանդամություն ունեցող անձանց նկատմամբ իրավունքների խախտումները չհանդուրժելը, ներառյալ սոցիալական և առողջապահական ծառայություններում, որոնք ի սկզբանե նախատեսված են նրանց օգնելու համար:

Էջ 125

I. ՀԱՄԱՌՈՏԱԳԻՐ

Ներածություն

2019 թվականին Եվրոպայի խորհրդի (ԵԽ) Կենսաէթիկայի կոմիտեն (DH-BIO) հանձնառու եղավ մշակել «հոգեկան առողջության պահպանման ոլորտում կամավոր բժշական միջամտությունները խթանելու համար լավ փորձի ձեռնարկ»:
Կենսաբժշկության ոլորտում մարդու իրավունքների և տեխնոլոգիաների 2020-2025 թվականների DH-BIO ռազմավարական գործողությունների ծրագրում (էջ 15) ասվում է.

Հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց հոգեկան առողջության պահպանման ոլորտում շեշտադրումը ներկայումս դրվում է հարկադիր միջամտություններից խուսափելու վրա: Անդամ պետություններին այս տեղաշարժում օգնելու համար Կենսաէթիկայի կոմիտեն մտադիր է մշակել լավ փորձի ամփոփագիր՝ խթանելու հոգեկան առողջության կամավոր միջամտությունները ինչպես կանխարգելիչ մակարդակում, այնպես էլ ճգնաժամային իրավիճակներում՝ կենտրոնանալով անդամ պետությունների օրինակների վրա:

Նշված ձեռնարկից օրինակները ներկայացված են այս աշխատությունում: Այն պարունակում է ԵԽ-ի 47 անդամ պետությունները ներկայացնող DH-BIO պատվիրակությունների, ինչպես նաև քաղաքացիական հասարակության շահագրգիռ կողմերի կողմից ներկայացված լավ գործելակերպի դրվակներ: Քաղաքացիական հասարակության շահագրգիռ կողմի հիմնական ներդրումը «Մտավոր առողջությունը Եվրոպայում» կազմակերպության կողմից ներկայացված նյութն է, որը նախատեսում է մի քանի գործելակերպ:

Այս ձեռնարկը կազմված է տարբեր լսարանների, այդ թվում՝ քաղաքականություն մշակողների, հոգեկան առողջության ծառայությունների և նրանց ներկայացուցչական կազմակերպությունների անմիջական փորձ ունեցող անձանց, հոգեկան առողջության մասնագետների, ընտանիքի աջակիցների և խնամողների, հաշմանդամություն ունեցող անձանց և քաղաքացիական հասարակության այլ կազմակերպությունների և ավելի լայն հանրության համար: Այն ԵԽ անդամ երկրներում առաջատար փորձի սպառիչ ժողովածու չէ, այլ նախատեսված է որպես հոգեկան առողջության պահպանման խթանման և աջակցության կամավոր միջամտությունների, ինչպես նաև հոգեկան առողջության միջավայրում հարկադրանքի նվազեցման և կանխարգելման գործելակերպի որդեգրմանն ուղղված առաջին քայլ:

Հաջորդ բաժնում՝ **Մաս I-ում**, ներկայացվում է ձեռնարկում օգտագործվող տերմինաբանությունը, շրջանակը, նախապատմությունը և հետազոտության սահմանափակումները, որից հետո **Մաս II-ում** բերվում են գործելակերպի օրինակներ:

Տերմինաբանություն

Այս բաժնում օգտագործով եղբայրներ.

- ▶ Հոգեկան առողջության խնդիրներ և հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձինք
- ▶ Լավ գործելակերպ
- ▶ «Հարկադիր միջամտություններ», «հարկադրանք» և « հարկադրանքի գործելակերպ»

Այս ձեռնարկում օգտագործվում է **«հոգեկան առողջության խնդիրներ և հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձինք»** եզրույթը՝ ընդհանուր գծերով նկարագրելու այն անհատներին, որոնք ապրել են հոգեկան առողջության ճգնաժամ կամ ունեն հոգեւոցիալական հաշմանդամություն, այդ թվում նրանց, ովքեր օգտվում են հոգեկան առողջության ծառայություններից կամ հոգեկան առողջության հաստատություններում ենթարկվել են ոչ հոժարակամ միջամտության: Այս տերմինաբանությունը բխում է ԵԽ 2020-2025 թվականների ռազմավարական գործողությունների ծրագրից (Եվրոպայի խորհուրդ, 2019թ., էջ 15), որտեղ օգտագործվում են «հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք» և «հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձինք» եզրույթները:¹ «Հոգեկան առողջության խնդիրներ և հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձինք» եզրույթն օգտագործվում է նաև ՄԱԿ-ի Մարդու իրավունքների խորհրդի «Հոգեկան առողջության և մարդու իրավունքների մասին» բանաձևում (2017թ., էջ 4) և այն նաև կիրառվում է Համաշխարհային հոգեբուժական ասոցիացիայի (WPA) 2020 թվականի զեկույցում «Հայտարարություն հարկադրանքի այլընտրանքների կիրառման վերաբերյալ դիրքորոշման մասին. Հոգեկան առողջության պահպանման բարելավման հիմնական բաղադրիչը» (Rodrigues et al., 2020):

¹ Այս ձեռնարկում կատարվել է մի փոքր փոփոխություն՝ Ռազմավարական գործողությունների ծրագրում օգտագործվող «հոգեկան առողջության շեղումներ» եզրույթը փոխարինելով «հոգեկան առողջության խնդիրներ» եզրույթով, որն օգտագործվում է ՄԱԿ-ի Մարդու իրավունքների խորհրդի և Համաշխարհային հոգեբուժական ասոցիացիայի կողմից:

«**Հոգեւոյնը հաշմանդամություն**» եզրույթն այստեղ օգտագործվում է հոգեկան առողջության հետ կապված խնդիրները նշելու համար: Այն կիրառվում է 2008 թվականից՝ Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների կոնվենցիայի (այսուհետ՝ ՀԱԻԿ) ուժի մեջ մտնելուց հետո: *Հոգեւոյնը հաշմանդամությունը* տարբերվում է *մտավոր հաշմանդամությունից* (երբեմն նշվում է որպես զարգացման կամ ուսման հաշմանդամություն) և *կոգնիտիվ կամ ճանաչողական հաշմանդամությունից* (դեմենցիա կամ ուղեղի վնասվածք ունեցող անձ): Այս ձեռնարկը չի անդրադառնում ծառայություններին, որոնք հատուկ նախատեսված են *մտավոր և/կամ ճանաչողական հաշմանդամություն ունեցող անձանց* համար: Այդուհանդերձ, ակնհայտ է, որ այդ խմբերը նույնպես կարող են ունենալ հոգեկան առողջության հետ կապված խնդիրներ և առնչվել հոգեկան առողջության ծառայությունների հետ, այդ թվում՝ ենթարկվել հարկադրական միջամտությունների: Ավելին, որոշ երկրներում մտավոր, ճանաչողական և հոգեւոյնը հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար ծառայությունների հստակ տարանջատում չի դրվում:²

Ձեռնարկում օգտագործվում է «**հոգեկան առողջության պահպանման լավ գործելակերպ**» եզրույթը՝ նկարագրելու ԵԽ պատվիրակությունների կողմից ներկայացված գործելակերպի օրնակները, որոնք համապատասխանում են « ինչպես կանխարգելիչ մակարդակում, այնպես էլ ճգնաժամային իրավիճակներում հոգեկան առողջության պահպանման կամավոր միջոցառումների խթանման» ընդհանուր նպատակին (համաձայն DH-BIO-ի «2020-2025 թվականների Մարդու իրավունքների և կենսաբանական տեխնոլոգիաների ռազմավարական գործողությունների ծրագրի» (էջ 15)): Այս եզրույթի օգտագործումը չի ենթադրում, որ գործելակերպի օրնակները կատարյալ մոդելներ են, կամ 100 տոկոսով համապատասխանում են ՀԱԻԿ-ին: Իրականում, դրանք ներկայացվում են որպես փոփոխությանն ուղղված քայլերի օրնակներ. ընդհանուր առմամբ դրանք «լավ գործելակերպ են՝ խթանելու կամավոր միջոցառումները հոգեկան առողջության պահպանման ոլորտում» և, հետևաբար, նպատակ ունեն նվազեցնել հարկադիր միջոցների օգտագործումը ԵԽ-ի հաշմանդամության վերաբերյալ ռազմավարության նպատակների իրականացման համար: Դրանց մի մասը զարգացման վաղ փուլում են: Մյուսներն ավելի կայացած են: Որոշները կարող են ունենալ բաղադրիչներ, որոնք մարդու իրավունքների

² Կան նաև որոշ տեղեկություններ, որ մտավոր և ճանաչողական հաշմանդամություն ունեցող անձինք հոգեկան առողջության հետ կապված ավելի հաճախ են խնդիրներ ունենում, քան մյուսները (տե՛ս օրինակ՝ Hughes-McCormack et al., 2017), ինչպես նաև ավելի շատ են ենթարկվում հարկադրանքի (Գիմարար իրավունքների եվրոպական գործակալություն, 2012թ.): Սակայն մտավոր և ճանաչողական հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար հատուկ նախատեսված ծառայությունների դիտարկումը այս ժողովածուի շրջանակներից դուրս է:

պաշտպանության մարմինների կամ քաղաքացիական հասարակության փաստաբանների կողմից դիտվում են որպես դրական, մաժամանակ պահպանելով որոշ կողմերը, որոնք դիտվում են որպես բացասական: Վերջապես, նույնիսկ եթե նշված գործելակերպի օրինակը լավ է աշխատում մեկ վայրում, այլ վայրերում կրկնօրինակումը պահանջում է հաշվի առնել նոր պայմանները և, ընդհանուր առմամբ, նախատեսում է բոլոր շահագրգիռ կողմերի, մասնավորապես հոգեկան առողջության ծառայություններից օգտվողների և հոգեբանական հաշմանդամություն ունեցող այլ անձանց մասնակցությունը: (Flynn and Gómez-Carrillo, 2019):

DH-BIO-ի կողմից «**ոչ հոժարական միջոցները**» սահմանվում են որպես «անձի ցանկացած հոսպիտալացում և/կամ բուժում՝ առանց այդ անձի ազատ և տեղեկացված համաձայնության կամ անձի կամքին հակառակ»: «**Ոչ հոժարական միջոցներ**» եզրույթն օգտագործվում է «հարկադրանք» և «հարկադրանքի գործելակերպ» եզրույթների հետ փոխադարձաբար: Այս եզրույթներն օգտագործվում են մի շարք ոչ հոժարական միջամտություններիը նշելու համար:

ԵՄ բոլոր անդամ պետություններում մարդկանց ոչ հոժարական հիմունքներով գնահատելու, հոսպիտալացնելու և բուժելու համար սահմանված են իրավակիրառական նորմեր: Միջամտությունը սովորաբար տեղի է ունենում ոչ հոժարական հոսպիտալացման և հիվանդանոցում բուժման կամ համայնքում հարկադիր բուժման միջոցով: Հարկադրանքի գործելակերպը ներառում է նաև մեկուսացման կիրառումը (երբ մարդը միայնակ է պահվում սենյակում կամ տարածքում, որտեղ ազատ էլքն արգելված է) և սահմանափակման տարբեր ձևեր (երբ անձի ազատ տեղաշարժը սահմանափակվում է ֆիզիկական, մեխանիկական կամ քիմիական միջոցներով) հոգեկան առողջության մասնագիտացված ծառայություններում:

Ոչ հոժարական միջոցներ կարող են կիրառվել նաև «ոչ պաշտոնապես» (Molodynski et al., 2016), օրինակ, երբ հիվանդանոցի բժիշկները սպառնում են անձի նկատմամբ կիրառել ոչ հոժարական կլինիկական միջամտություն, եթե նա «կամավոր» աջակցությունը չհանդուրժի: Անհրաժեշտության դեպքում, այս ձեռնարկը շեղվելու է «ոչ հոժարական միջոցներ», «հարկադրանք» և «հարկադրանքի գործելակերպ» ընդհանուր եզրույթներից՝ նկարագրելու հատուկ միջամտությունների ձևերը, որոնք դիտարկվում են, ինչպիսիք են ոչ հոժարական էլեկտրացնցումային թերապիան, մեկուսացումը և մեխանիկական կամ ֆիզիկական զսպման միջոցները:

Նախապատմություն. Հետազոտությունների աճ և հարկադրանքի քարոզչություն

Այս ուսումնասիրությունը համալրում է աջակցության, խնամքի և բուժման կամավոր և առանց հարկադրանքի ձևերի խթանմանը միտված վերջին շրջանի քաղաքականությունը, հետազոտությունները և գործելակերպը (տե՛ս ի թիվս այլոց՝ Barbui et al., 2020; Flynn & Gómez-Carrillo, 2019; Gooding et al., 2020; Hirsch & Steinert, 2019; C. Huber & Schneeberger, 2021; Sashidharan et al., 2019): Վերջերս COST (Եվրոպական համագործակցություն գիտության և տեխնոլոգիաների ոլորտում) ֆինանսավորող գործակալությունը ֆինանսավորել է FOSTREN («Խթանող և ուժեղացնող մոտեցումներ՝ եվրոպական հոգեկան առողջության ծառայություններում հարկադրանքը նվազեցնելու համար» հետազոտական ցանցի ստեղծումը (տե՛ս <www.fostren.eu> [30/09/2021թ.-ի դրությամբ]):

Ստորև հակիրճ ներկայացված են որոշ կարևոր ռեսուրսներ, որոնք հաշվի են առնվել այս ձեռնարկը կազմելիս, և պետք է դիտարկվեն որպես այն լրացնող:



Հասարակական կազմակերպություններ և մարդու իրավունքների ազգային կառույցներ

2019 թվականին «Հոգեկան առողջությունը Եվրոպայում» կազմակերպությունը (այսուհետ՝ ՀԱԵ) հրապարակեց զեկույց՝ «Եվրոպայում հարկադրանքի կանխարգելման, նվազեցման և վերացման հեռանկարահին գործելակերպ»: Հաջորդ տարի Մարդու իրավունքների ազգային կառույցների եվրոպական ցանցը (այսուհետ՝ ՄԻԱԿԵՑ) ՀԱԵ-ի հետ համատեղ հրապարակեց «Աջակցված որոշումների կայացման իրականացում. զարգացումները ողջ Եվրոպայում և Մարդու իրավունքների ազգային կառույցների դերը» զեկույցը: Երկու զեկույցներն էլ ներառում են մի շարք հեռանկարային գործելակերպեր, որոնք համահունչ են այս ձեռնարկի օրինակներին և ներկայացված են նրա II մասում:

ՀԱԵ-ի և ՄԻԱԿԵՑ-ի զեկույցները միտված են հոգեկան առողջության խնդիրներ և հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց և նրանց ներկայացուցիչ կազմակերպությունների շահերի պաշտպանությանը, որոնք հետևողականորեն մասնանշել են ոչ հոժարակամ հոգեբուժական միջամտության հետևանքով մարդու իրավունքների խախտումները և հանդես են եկել այլընտրանքների օգտին (նման

օրինակներին ծանոթանալու համար տե՛ս Gooding et al. 2018, էջ 201, տե՛ս նաև MIA, n.d.; CHRUSP, n.d; Russo & Wallcraft, 2011):



Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն՝ QualityRights գործիքակազմ և լավ փորձի ուղեցույց

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը (ԱՀԿ) 2020 թվականին իրականացված «QualityRights» ծրագիրը տրամադրում է նյութերի համապարփակ փաթեթ՝ խնամքի որակը բարելավելու և հարկադրական գործելակերպը նվազեցնելու համար: Այն ներառում է քաղաքականության և ծրագրերի ստուգաթերթեր և ուսուցման նյութեր, որոնք փորձարկվել և գործարկվել են ցածր, միջին և բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում: Ռեսուրսները նախատեսված են մի շարք աստանցքային դերակատարների (ծառայություններ մատուցողների, բուժաշխատողների, ազգային մարմինների և այլն) օգտագործման համար: Իրականացման ուսումնասիրություններ տեղի են ունեցել Հնդկաստանի Գուջարաթ նահանգում, Համաշխարհային հոգեբուժական ասոցիացիայի հետ համատեղ (2020 թ.), որոնց նվիրված ձեռնարկը կոչվում է «Հոգեկան առողջության խնամքում հարկադրանքի այլընտրանքների դեպքերի ուսումնասիրություն», ինչպես նաև իրականացվում են Չեխիայի Հանրապետությունում (տե՛ս ստորև էջ 91):

Բացի այդ, 2021 թվականին ԱՀԿ-ն հրապարակել է կարևոր աշխատություն՝ «Ուղեցույց հոգեկան առողջության համայնքային ծառայությունների վերաբերյալ. Անձակենտրոն և իրավունքների վրա հիմնված մոտեցումների խթանում»: Այս ռեսուրսը հանդիսանում է ԱՀԿ-ի «Համայնքային հոգեկան առողջության ծառայությունների ուղեցույց և տեխնիկական փաթեթներ» հրապարակումների մի մասը (Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն, 2021 թ.): Նյութերը ներառում են ոչ հարկադրական հիմքով ծառայությունների օրինակներ ամբողջ աշխարհից: Ներկայացվում են համայնքային հոգեկան առողջության ծառայությունների զարգացման գծով կոնկրետ առաջարկություններ և գործողություններ, որոնք չեն խախտում մարդու իրավունքները, կենտրոնանալով վերականգնման վրա: Այս համապարփակ փաստաթուղթն ուղեկցվում է յոթ տեխնիկական փաթեթներով, որոնք վերաբերում են հոգեկան առողջության ծառայությունների կոնկրետ կատեգորիաներին և նոր ծառայությունների ստեղծման ուղեցույցով: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս՝

▶ ԱՀԿ-ի գնահատման գործիքակազմի ուղեցույց

<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-tool-kit>

- ▶ **ԱՀԿ-ի QualityRights ծառայությանն անցման ուղեցույց**
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241516815>

- ▶ **QualityRights վերապատրաստման և ուղղորդման մոդուլներ**
<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>

- ▶ **ԱՀԿ-ի**
- ▶ **ուղեցույց հոգեկան առողջության համայնքային ծառայությունների վերաբերյալ** <https://www.who.int/publications/i/item/guidance-and-technical-packages-on-community-mental-health-services>

 **Համաշխարհային հոգեբուժական ասոցիացիա՝ հարկադրանքի այլընտրանքների կիրառում**

2020 թվականին Համաշխարհային հոգեբուժական ասոցիացիան հրապարակել է «Հարկադրանքի այլընտրանքներ. հոգեկան առողջության խնամքի բարելավման հիմնական բաղադրիչ» հայտարարագիրը (Rodrigues et al., 2020), որտեղ մասնավորապես նշված է հետևյալը.

... Հարկադրանքին այլընտրանքների կիրառումը հոգեկան առողջության ոլորտում դեպի վերականգնողական խնամքի համակարգերի ավելի լայն անցման էական տարր է: Վերականգնմանն ուղղված բուժումն ու խնամքը պահանջում են ոչ միայն հարգանք մարդու իրավունքների նկատմամբ և ծառայություններից օգտվողների ներգրավվածություն, այլև իրավունքների իրականացում ոչ հարկադրական բնույթի խնամքի արդյունավետ ուղիների միջոցով: Սա պահանջում է ուշադրություն այդ ճանապարհին բոլոր կարևոր քայլերին՝ կանխարգելմանը, վաղ միջամտությանը և հիվանդանոցային միջավայրից դուրս շարունակականությանը՝ ապահովելու ինտեգրված և անհատականացված խնամք, առավելագույնի հասցնելու թերապևտիկ արդյունքները և խթանելու հոգեկան առողջության խնդիրներ և հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց իրավունքները և առողջացումը (Rodrigues et al., 2020) (շեղագիրը բնորինակից):

Դիրքորոշման հայտարարությունը մշակվել է միջազգայնորեն՝ ազգային հոգեբուժական ասոցիացիաների հետ խորհրդակցելով, և ներառում է իրականացման ռեսուրսների համառոտ ցանկ (տե՛ս Համաշխարհային հոգեբուժական ասոցիացիա, 2020թ): Հայտարարության նպատակն էր առաջարկել «գործողություն և կամրնտիր արձանագրություն, որը նախատեսված է աջակցելու [ասոցիացիաներին] ներգրավվել... իրենց տեղական հանգամանքներին համապատասխան ձևերով» (Herrman, 2020, էջ 256):

➔ Եվրոպայի խորհուրդ՝ Հաշմանդամության ռազմավարություն (2017-23թթ.)

Ինչպես նշվեց, հոգեկան առողջության հաստատություններում հարկադրանքի նվազեցման, կանխարգելման և վերացման միտումը համընկնում է ԵԽ Հաշմանդամության ռազմավարության հետ (2017-2023թթ.) (Բաժին 3.4), որը վերաբերում է *աջակցվող*, այլ ոչ թե *անձի փոխարեն* (սուբստիտուտային) որոշումների կայացման կարևորությանը: «Օրենքի առջև հավասարության ճանաչում» բաժինը պարունակում է հետևյալը.

ՄԱ ՀԱԻԿ-ի համաձայն պետությունները պարտավոր են անձի փոխարեն որոշումների կայացումը հնարավորինս փոխարինել նրա կողմից աջակցվող որոշումների կայացման համակարգերով [...]:

Եվրոպայի խորհրդի մարմինները, անդամ պետությունները և այլ համապատասխան շահագրգիռ կողմերը պետք է ձգտեն.

ա) Աջակցել անդամ պետություններին՝ հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունակության ապահովման հետ կապված օրենսդրության, քաղաքականության և գործելակերպի բարելավմանն ուղղված ջանքերում:

բ) Բացահայտել, հավաքել և տարածել լավ փորձը աջակցվող որոշումների կայացման համակարգերի և գործելակերպի վերաբերյալ, որոնք հասանելի են հաշմանդամություն ունեցող անձանց՝ իրենց իրավունակության, նախընտրությունների և իրավունքների հասանելիության ապահովման համար:

Քաղաքականության և շահերի պաշտպանության վերաբերյալ այս փաստաթղթերը, ընդհանուր առմամբ, ներկայացնում են բարձր մակարդակի համաձայնություն ամբողջ աշխարհում՝ լավ հոգեկան առողջության քաղաքականության հիմնական բաղադրիչների վերաբերյալ՝ խթանումից մինչև կանխարգելում, բուժում և վերականգնում:

Հարկադրանքիմ վերացման խնդիրը

Հոգեկան առողջության ոչ հոժարակամ միջամտությունների ամբողջական վերացման հնարավորության և ցանկալիության վերաբերյալ դեռևս առկա են տարաձայնություններ (տե՛ս W. Martin & Gurbai, 2019; Pūras & Gooding, 2019; Russo & Wooley, 2020). Այս ձեռնարկում չեն դիտարկվում բանավեճերը, որոնք պատշաճ ձևով լուսաբանվել են այլ աղբյուրներում (տե՛ս օրինակ՝ Gill, 2019; Gooding, 2017; Martin & Gurbai, 2019; Russo & Wooley, 2020; Sugiura et al., 2020; Szmukler, 2019): Ձեռնարկում կիրառվող մոտեցումն է, որ աջակցության կամավոր տարբերակների ընդլայնումը և հարկադրանքի նվազեցման և կանխարգելմանն ուղղված ջանքերի ավելացումը կարող է նպաստել ոչ հոժարակամ հոգեբուժական միջամտությունները վերացնելու վերաբերյալ առկա տարաձայնությունների հաղթահարմանը (McSherry, 2014; Ruck Keene, 2019): Հարկադրանքի կիրառումը նվազեցնող կամ վերացնող գործնական օրինակների վրա կենտրոնանալը նպաստում է հոգեկան առողջության ճգնաժամեր վերապրող և հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց համար ամենաբարձր որակի աջակցությանը միտված գործնական քայլերի իրականացմանը:

Շրջանակը

Այս ձեռնարկում ընդհանուր առմամբ դիտարկվում է ԵԽ անդամ երկրներում հոգեկան առողջության ծառայություններ մատուցող պետական կառույցների հաստատությունների գործելակերպը (օրինակ՝ հոգեբուժական բաժանմունքների կամ հոգեկան առողջության շարժական թիմերի): Միննույն ժամանակ կան հոգեկան առողջության պետական կառույցներից դուրս կամավոր գործելակերպի որոշ դրական օրինակներ (օրինակ՝ համակիցների ճգնաժամային կենտրոն, որը կարող է ֆինանսավորում ստանալ պետական առողջապահական գործակալություններից կամ որևէ այլ աղբյուրից): Որոշ դեպքերում առողջապահության պետական ոլորտում ծրագրերը կարող են իրականացվել սոցիալական, տնտեսական և քաղաքական փոփոխությունների ավելի լայն շրջանակի ներքո: Օրինակ՝ ֆրանսիական Լիլ քաղաքում «քաղաքացիների հոգեբուժության» ծրագրերը ինտեգրում են համայնքային ասոցիացիաներն ու տեղական բիզնեսները՝ ուղղված հոգեկան առողջության խնդիրներ և հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց սոցիալական բացառման և մեկուսացման վերացմանը: Ձեռնարկում ներկայացված են մի շարք օրինակներ պետական, ոչ պետական, առողջապահական և ոչ առողջապահական համատեքստերից:

Հետազոտությունների ձեռնարկի պատրաստումը

2020 թվականի հուլիսին DH-BIO-ի քարտուղարությունը հարցաշար է բաժանել անդամ երկրներին և շահագրգիռ կողմերի ներկայացուցիչներին՝ խնդրելով ներկայացնել «հոգեկան առողջության պահպանման լավ փորձի» օրինակներ: Հարցաշարը անդրադառնում է գործելակերպի առանձնահատկություններին, ներառելով հետևյալ հարցերը.

- ▶ *n*՝ ո՞ր ոլորտներում է իրականացվում նոր գործելակերպը (առողջապահություն, զբաղվածություն, բնակարանաշինություն, վերապատրաստում/կրթություն, սոցիալական քաղաքականություն...):
- ▶ Եթե այն կապված է առողջապահության հետ, ապա առողջապահական գործընթացի ո՞ր փուլում է իրականացվում (ընդհանուր առողջապահություն, հոսպիտալացում, հետհսկողություն...):
- ▶ Ո՞րն է գործելակերպի նպատակը:
- ▶ Արդյո՞ք այն անդրադառնում է կոնկրետ իրավիճակին (ճգնաժամային վիճակ, հոսպիտալացման հետհսկողություն, անօթևանություն...):

Այլ հարցեր՝ գործելակերպի շրջանակի (ազգային, տարածաշրջանային կամ տեղական), ներհրավված անձանց և ծառայության օգտագործողների ներգրավվածության աստիճանի վերաբերյալ:

Հարցաշարն ամբողջությամբ ներկայացված է **Ա հավելվածում**:

Հարցաշարի պատասխանները տրամադրվել են խորհրդատուին (դոկտոր Փիրս Գուդինգին): Նյութերին կից տրվում են հղումներ գոյություն ունեցող գիտական և «մոխրագույն» գրականությանը³, որոնք ընդգրկվել են այս ձեռնարկի II մասում ներկայացված ցանկում: Խորհրդատուն մի շարք հետագա հարցումներ է կատարել այն առանցքային անձանցից, որոնք պատվիրակվել են որպես կոնտակտային անձինք՝ յուրաքանչյուր ներկայացված նյութերի համար: Նյութերը համարակալվել են (1-29) և ձեռնակում հղումներ են կատարվում (օրինակ՝ «Նյութ 17»): Որոշ պատվիրակներ ներկայացրել են նույն երկրում գործելակերպի մի քանի օրինակներ, որոնք լրացուցիչ պիտակավորված են Ա-ից մինչև Դ (օրինակ՝ «Նյութ 17Ա»):

³ «Մոխրագույն գրականությունը» վերաբերում է կառավարության, ոչ կառավարական կազմակերպությունների, գիտության, բիզնեսի, արդյունաբերության և քաղաքացիական հասարակության այլ ոլորտներում պատրաստված տեղեկատվությանը՝ էլեկտրոնային և տպագիր ձևաչափերով, որոնցում առևտրային տարրը արտադրողի առաջնային նպատակը չէ:

Սահմանափակումներ

Կրկին ընդգծենք, որ այս ձեռնարկը չի հավակնում սպառիչ լինել: Այն նախատեսված է որպես սկզբնական քայլ՝ ընդգծելու ԵԽ անդամ պետությունների լավ փորձը, ներառյալ քաղաքացիական հասարակության կազմակերպությունների կողմից ներկայացված գործելակերպի օրինակները: Նախատեսված է, որ ձեռնարկը մշտապես թարմացվելու և ընդլայնվելու է:

Ձեռնարկում «լավ փորձի» լայն սահմանումը ունի թե՛ առավելություններ թե՛ թերություններ: Ռիսկերից մեկն այն է, որ «լավ փորձի» լայն սահմանումը նշանակում է, որ կարող են ներառվել գործելակերպի այնպիսի օրինակներ, որոնք, ընդհանուր առմամբ, չեն նպաստում և պաշտպանում անձի մարդու իրավունքները: Հնարավոր է նաև, որ ծրագրերը, որոնք փոքր-ինչ նվազեցնում են հարկադրանքը (օրինակ՝ աննշան կրճատելով հիվանդասենյակում առանձնացման դեպքերի) առաջացնում են կեղծ զգացում, որ ընդհանուր առմամբ բավականաչափ քայլեր են ձեռնարկվում: Իրավունքների վրա հիմնված չափանիշները և համապատասխանությունը գնահատող համայնքային հոգեկան առողջության ծառայությունների մանրամասն վերլուծությունը տե՛ս ԱՀԿ-ի Համայնքային հոգեկան առողջության ծառայությունների վերաբերյալ զեկույցում (World Health Organization, 2021):

Այնդուհանդերձ, ձեռնարկում ներկայացված լայն շրջանակը ունի նաև առավելություններ. այն թույլ է տալիս պատվիրակներին և քաղաքացիական հասարակության շահագրգիռ կողմերին ներկայացնել բազմաթիվ օրինակներ, որոնք վկայում են իրավունքների ապահովման և առանց հարկադրանքի խնամքի և աջակցության մասին: Դա քաղաքականություն մշակողներին և այլոնց թույլ է տալիս ծանոթանալ իրենց համատեքստին համապատասխանող լրացուցիչ տարբերակներին, հնարավորություն ստեղծելով ավելի խորը վերլուծել գործելակերպը՝ հաշվի առնելով իրավունքների վրա հիմնվածությունը և այլ չափանիշները: Այս լայն մոտեցումը նաև թույլ է տալիս ներառել նորարարական գործելակերպ, որը դեռ չի անցել ֆորմալ, փորձագիտական ուսումնասիրություն: Դա հատկապես կարևոր է հոգեկան առողջության ծառայությունների օգտատերերի խմբերի և հաշմանդամների կազմակերպությունների կողմից մշակված և դեկավարվող փոքրածավալ գործելակերպի դեպքում, որը խիստ չափանիշներով համակարգված դիտարկման արդյունքում կարող է բացառվել:

II. ԵՎՐՈՊԱՅԻ ԽՈՐՀՐԴԻ ԵՐԿՐՆԵՐԻ ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ ՀԱՐԿԱԴՐԱՆՔԻ ԿՐՃԱՏՄԱՆ և ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ՀԱՐՑՈՒՄ ԼԱՎ ԳՈՐԾԵԼԱԿԵՐՊԸ

Լավ գործելակերպի դասակարգում

Լավ գործելակերպի օրինակները ներառում են հետևյալ երկրները՝ Բելգիա, Չեխիա, Ֆինլանդիա, Ֆրանսիա, Գերմանիա, Հունաստան, Իտալիա, Իսլանդիա, Պորտուգալիա, Միացյալ Թագավորություն, Նորվեգիա, Նիդեռլանդներ, Իսպանիա, Շվեդիա, Շվեյցարիա և այլ: Մեկ նյութ, որը պարունակում է բազմաթիվ օրինակներ, տրամադրվել է «Հոգեկան առողջությունը Եվրոպայում» կազմակերպության կողմից (Եյութ 27):

Գործելակերպի օրինակները դասավորվել են ըստ **միջավայրի** և **նպատակի**: Դասակարգման մեջ ներառվել են հետևյալ խմբերը.

- ▶ **Հիվանդանոցային գործելակերպ** (11 օրինակ),
- ▶ **«Համայնքային» կամ ոչ հիվանդանոցային գործելակերպ** (8 օրինակ)
- ▶ ▶ **Հիբրիդային գործելակերպ**, որի նպատակն է ավելի լավ ինտեգրել հիվանդանոցային և ոչ հիվանդանոցային ծրագրերը, շտապ և ոչ շտապ օգնության ծրագրերը (6 օրինակ)
- ▶ **Այլ նախաձեռնություններ**՝ ուղղված հարկադրանքի նվազեցմանը և կամավորության սկզբունքով գործելակերպի խթանմանը, ներառյալ նախապես պլանավորման մեխանիզմները, համակիցների աջակցությունը և աջակցություն տրամադրող աշխատակազմը, ինչպես նաև հոգեկան առողջության ոլորտի մասնա մասնագետների և այլոց վերապատրաստումը (6 օրինակ)

Յուրաքանչյուր խմբի ներքո օրինակները դասավորված են այբբենական կարգով:

A. Հիվանդանոցային գործելակերպ

Ներկայացվել են հիվանդանոցային գործելակերպի հետևյալ օրինակները.

▶ **Քազալային էքսպոզիցիոն թերապիա և լրացուցիչ արտաքին հսկողություն**
Նորվեգիա..... էջ 35

▶ **Ազրեսիվ վարքագծի հարկադիր թերապիայի կանխարգելման ուղեցույցներ**
Գերմանիա էջ 39

▶ **Բնտենսիվ թերապիայի բաժանմունքներ**
Նիդերլանդներ էջ 44

▶ **«Հարկադրանքի բացառում» քաղաքականություն**
Միացյալ Թագավորություն էջ

46

▶ **Բաց դռների քաղաքականություն**
Միջազգային էջ 48

▶ **Բաց երկխոսություն խիստ ռեժիմի հոգեբուժական բաժանմունքում**
Նորվեգիա էջ 51

▶ **Զսպման մեխանիկական միջոցների և մեկուսացման նվազեցում հոգեկան առողջության ծանր խնդիրներ ունեցողների ստացիոնար բաժանմունքներում**
Միջազգային էջ 54

▶ **«Ապահով պալատ»**
Միջազգային էջ 61

▶ **Weddinger Modell**
Գերմանիա էջ 65

- ▶ Ձեռնարկ հիվանդանոցների և բաժանմունքների համար՝ նվազեցնելու հարկադրանքը և բարձրացնելու աշխատանքային և պացիենտների անվտանգությունը
Ֆինլանդիա էջ 66

Բազալային էքսպոզիցիոն թերապիա՝ գուգորդված լրացուցիչ արտաքին հսկողության հետ՝ Նորվեգիա

Բազալային էքսպոզիցիոն թերապիան (այսուհետ՝ ԲԷԹ) և Լրացուցիչ արտաքին հսկողությունը (այսուհետ՝ ԼԱՀ) Նորվեգիայում կիրառվող ուժեղ հոգեթերապևտիկ ուղղվածությամբ գործելակերպ է, որը նախատեսված որպես այլնորանք սովորական բուժման անհաջող ընթացքի դեպքում: ԲԷԹ-ն իրականացվում է հիվանդասենյակի պայմաններում, որտեղ մարդկանց հնարավորություն է տրվում «մշտական ֆոբիայի և այն սրացնող մթնոլորտի փոխարեն անվտանգ, ապահով միջավայրում բացահայտելու իրենց ներքին վախերը՝ խուսափողական գոյատևման ռազմավարությունների շարունակական և ծավալուն օգտագործման շնորհիվ» (Նյութ 17Գ): Գործելակերպը հիմնված է այն գաղափարի վրա, որ հոգեկան առողջության ծանր, բարդ խնդիրների ախտանշանները կարող են առաջանալ վերահաս կամ ամենաթափանց վախին արձագանքից, որին անձը չի կարողանում դիմակայել: Հաղորդվում է, որ նման վիճակը «դրսևորվում է որպես քայքայվելու, լիակատար դատարկության մեջ կլանվելու կամ հավերժական ցավի թակարդում ընդմիջտ մնալու վախ», որը նկարագրված է որպես «Էկզիստենցիալ աղետի տագնապ» (Նյութ 17Գ) (տե՛ս Heggdal, 2012):

Ծառայության օգտվողները/պացիենտները երբեք առանց կամավոր համաձայնության չեն բուժվում: Սակայն, քաղաքացիական պարտավորությունների մասին օրենսդրության համաձայն որոշ անձինք պահվում են հիվանդասենյակում: Նման դեպքերում «ԲԷԹ-ի նպատակն է աշխատանքային դաշինք ստեղծել ծառայության օգտատիրոջ հետ և դրա հիման վրա դադարեցնել ոչ հոժարակամ կարգավիճակը» և շարունակել թերապիան՝ անձի տեղեկացված համաձայնությամբ (Նյութ 17Գ): ԲԷԹ-ի հետ մեկտեղ կիրառվող ԼԱՀ-ն, որը քննարկվում է ստորև, բացահայտորեն նախատեսված է «հարկադրանքի միջոցները խնամքի գործընթացից վերացնելու համար» (Նյութ 17Գ):

Առանց նկատելի և երկարատև ազդեցության լայնածավալ նախնական բուժում ստացած, ինչպես նաև «լուրջ հոգեւոցիալական դիսֆունկցիա» ունեցող անձը կարող է ընդունվել ԲԷԹ-ի ստացիոնար բուժման: Բաժանմունքում կա վեց մահճակալ, և բոլոր ծառայություններից օգտվողներն ունեն առանձին ննջասենյակ: ԲԷԹ-ի բաժանմունքում ստացիոնար խնամքի ընդհանուր տևողությունը 3 ամիս է՝ 1-ից 4 ամիսների ընթացքում: Սակայն, ստացիոնար կեցության տևողությունը ճկուն է, հարմարեցված է առանձին ծառայություններից օգտվողների կարիքներին և հիմնված է փաստացի հանգամանքների վրա: Սովորաբար, բուժումն իրականացվում է երկու կացության ընթացքում: Նախ՝ կարճատև բուժում, մոտավորապես չորս շաբաթ՝ շեշտը դնելով

թերապևստի և պացիենտի միջև աշխատանքային հարաբերությունների ձևավորման և հոգեկրթության վրա, և այնուհետև ավելի երկար, 2-3 ամիս՝ իրականացնելով էքսպոզիցիոն թերապիա ԲԷԹ-ի շրջանակներում:

Հաղորդվում է, որ «գործնականում զսպման միջոցներ չեն կիրառվում» (Նյութ 17Գ): 2018 թվականի մարտից մինչև 2020 թվականի դեկտեմբեր ընկած ժամանակահատվածում երկու անգամ կիրառվել է «մեկուսացում», որը սահմանվում է որպես պացիենտի պահում մեկ սենյակում կամ բաժանմունքի ներսում գտնվող առանձին բլոկում/տարածքում՝ անձնակազմի անդամի վերահսկողության տակ՝ նրա «կյանքն ու առողջությունը պաշտպանելու համար»:

ԲԷԹ-ի առաջնային միջամտությունը հոգեւոցիալական է, իսկ «դեղորայքը օժանդակ է կամ ստորադաս է թերապևստիկ գործընթացին» (Նյութ 17Գ): Ծառայությունից օգտվողներին հնարավորություն է տրվում աստիճանաբար հրաժարվել դեղամիջոցներից: Դրանց նվազեցման հիմնավորումն այն է, որ դեղամիջոցները կարող են «թույլ չտալ մարդուն խորանալ իր ներքին աշխարհում և դրանով իսկ սահմանափակել էքսպոզիցիոն թերապիայից օգտվելու նրա հնարավորությունը»: (Նյութ 17Գ) (տե՛ս Hammer, Heggdal, Lillelien, Lilleby, & Fosse, 2018): Ընդունելությանը նախորդող շաբաթների կամ ամիսների ընթացքում ԲԷԹ թիմը հաճախ երկխոսություն է նախաձեռնում դեղերի կրճատման վերաբերյալ՝ ծառայությունից օգտվողի տեղեկացված համաձայնությամբ (Hammer et al., 2018): Նվազեցումը կամ դադարեցումը սովորաբար կատարվում է շատ դանդաղ՝ յուրաքանչյուր անգամ կրճատելով մեկ դեղամիջոց: Ժամանակացույցը և դեղամիջոցներից հրաժարվելու հերթականությունը սովորաբար որոշվում են երկխոսության ընթացքում, որն ուղղված է օգտատերերի ինքնավարության և ներգրավվածության խթանմանը: Որոշ օգտատերեր չեն ցանկանում նվազեցնել թմրամիջոցների օգտագործումը:

ԼԱՀ-ն մի մոտեցում է, որը մեկնարկում է այն պահից, երբ անձը սկսում է օգտվել շուրջօրյա ԲԷԹ ծառայությունից: Նրա նպատակն է դյուրինացնել և համախմբել դրական ֆունկցիոնալ ընտրություններն ու գործողությունները, ինչպես նաև վերացնել հարկադրական միջոցները խնամքի գործընթացից (Heggdal, 2012): ԼԱՀ-ի առաջնային ռազմավարությունը «մեղմ կարգավորումն է»։ Թերապևստները շփվում են ծառայության օգտատերերի հետ անմիջականորեն, վերաբերվում են նրանց որպես հավասարների, ովքեր լիովին պատասխանատու են իրենց ընտրության և գործողությունների համար (Heggdal, 2012): Օրինակ, ԲԷԹ բաժանմունք ընդունված մարդիկ կարող են ազատորեն լքել հիվանդասենյակը, երբ ցանկանան (բացառությամբ այն հազվադեպ դեպքերի, երբ անձը պահվում է ոչ կամավոր, ինչպես նշվեց վերևում): Միևնույն ժամանակ նրանք

պարտավոր են ժամանակին ներկայանալ բժշկի հետ հանդիպումներին (Heggdal et al., 2016): ԲԷԹ թիմը երբեք չի հիշեցնում կամ ասում մարդկանց, որ ընդունեն իրենց դեղերը կամ սնունդը: Մշտապես առկա է այն ընկալումը, որ ծառայություններից օգտվող մարդիկ ունակ են ինքնուրույն որոշումներ կայացնել: Միևնույն ժամանակ, մարդկանց խորհուրդ է տրվում բաժանմունքը լքելիս տեղեկացնել այդ մասին անձնակազմին, նաև հիվանդանոցից հեռանալու մտադրությունը ունենալու դեպքում չթաքցնել դա:

Եթե բաժանմունքում գտնվելու ժամանակ պացիենտը վնասում է իրեն, ԲԷԹ թիմը որևէ սահմանափակող միջոց չի կիրառում: Փոխարենը, հետագա գործողությունները կկենտրոնանում են բացառապես բժշկական օգնության վրա, որն անհրաժեշտ է ինքնավնասումից հետո (օրինակ՝ վերքերը կարելը): Անձի բժշկական կարիքները հոգալուց հետո «մեղմ կարգավորման» մոտեցումը շարունակվում է:

Վերջին երկու տարիների ընթացքում եղել է միայն մեկ դեպք, երբ ԲԷԹ-ի բաժանմունքում վտանգվել է ծառայություններից այլ օգտվողների կամ թերապևտների անվտանգությունն ու բարեկեցությունը: Կոնֆլիկտները լուծելու հարցում կարևոր դեր է խաղում լավ հաղորդակցությունը և բանավոր հանդարտեցումը (դեեսկալացիան), ընդ որում անձին կարող են խնդրել լքել բաժանմունքը կամ դիտարկել նրան մեկ այլ բաժանմունք ուղեգրելու հնարավորությունը: ԲԷԹ բաժանմունքում ծառայությունների օգտվողները հրավիրվում են «իրենց խնդիրներին տեր կանգնել, որպես ԲԷԹ թերապևտների հետ երկխոսության մեկնարկային կետ՝ իրենց առջև ծառայած մարտահրավերները լուծելու համար» (Նյութ 17Գ):

Այն իրավիճակներում, երբ ծառայությունից օգտվողի գործողությունները մեծ վտանգ են ներկայացնում նրա կյանքի և/կամ առողջության համար, և անձի կողմից որևէ ջանք չի գործադրվում երկխոսություն սկսելու կամ պահպանելու համար, սպասարկման թիմը անձի հետ միասին կարող է համաձայնեցնել «ինտենսիվ կարգավորման» փուլ անցնելու ռազմավարությունը: Ինտենսիվ կարգավորումը համակարգված մոտեցում է, որի դեպքում անձը թերխթանվում է, այսինքն՝ նրա շուրջ ամեն ինչ դանդաղում է (Heggdal, 2012): Թերապևտները խոսում են դանդաղ և պատասխանելուց առաջ սովորականից երկար ընդմիջումներով, և անձին արձագանքում են այնպիսի ձևերով, որոնք «չեն խրախուսում և թույլ չեն տալիս պահպանել դիսֆունկցիոնալ վարքագիծը և մարզինալացնող փոխգործակցությունը» (Նյութ 17Գ): Առաջացնելով պասիվ միջավայր՝ «ինտենսիվ կարգավորման» նպատակն է «նպաստել, որպեսզի պացիենտը հայտնվի մի իրավիճակում, որտեղ նա կգիտակցի առողջապահական աշխատողների «կարգավորումից» կախվածության բացակայությունը», միաժամանակ ապահովելով

բժիշկի հասանելիությունը, երբ անձը ցանկանա երկխոսություն սկսել՝ լսելու նրա մտքերն ու առաջարկությունները (Hammer, Fosse, Lyngstad, Møller, & Heggdal, 2016; Heggdal, 2012; Heggdal et al., 2016):

Գործնականում, անձնակազմը պարբերաբար կարող է մեղմ կարգավորումից անցնել ինտենսիվ կարգավորման՝ պացիենտին աջակցելու և վերջինիս առաջընթացն ու վիճակի բարելավումը հեշտացնելու համար: Այդուհանդերձ, «ինտենսիվ կարգավորումը ծառայության կողմից շատ հազվադեպ է կիրառվում» (Նյութ 17Գ): 2006թ.-ին ԼԱՀ ռազմավարության կիրառումից հետո այս «վերահսկման տարրը» կիրառվել է «ոչ ավելի, քան չորս կամ հինգ դեպքերում»: Յուրաքանչյուր դեպքում ծառայության օգտվողի կյանքն ու առողջությունը սուր իրավիճակներում վտանգի տակ էին, և ԲԷԹ թիմը պետք է որոշակի հսկողություն ստանձներ՝ «կանխելու անձին սեփական կյանքը խլելուց կամ ծանր, անդառնալի ֆիզիկական վնասվածք հասցնելուց»: Միևնույն ժամանակ, «լավ համակարգված մեղմ կարգավորումը սուիցիդի և ինքնավնասման գործողությունները կանխարգելելու համար ծառայության կողմից օգտագործվող առաջնային միջոցն է» (Նյութ 17Գ):

Ըստ հաղորդումների ԼԱՀ ռազմավարության հաջող կիրառումը «ապահովում և ամրապնդում է անձի ինքնավստահությունը և միտված է նրան, որ ստացիոնար բուժումը օգտագործվի հոգեկան առողջության խնդիրները լուծելու, այլ ոչ թե սուր ճգնաժամերին առնչվելու համար» (Նյութ 17Գ) (տե՛ս նաև Heggdal et al., 2016):



▶ Ագրեսիվ վարքագծի հարկադիր թերապիայի կանխարգելման ուղեցույցներ, Գերմանիա

2018 թվականին Հոգեբուժության, հոգեթերապիայի և հոգեամատիկության գերմանական ասոցիացիայի փորձագիտական խումբը (DGPPN) հրապարակեց ուղեցույցներ, թե ինչպես Գերմանիայում մեծահասակների հոգեբուժական ծառայություններում վարվել «հարկադրանքի և բռնության» հետ: DGPPN-ն Գերմանիայում հոգեկան առողջության ուղղվածությամբ ամենամեծ գիտական բժշկական ասոցիացիան է: Ուղեցույցները վերնագրված են՝ «Հարկադրանքի կանխարգելում. մեծահասակների մոտ ագրեսիվ վարքի կանխարգելում և բուժում» [*S3 Leitlinie: Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsene*]⁴ (այսուհետ «ուղեցույցներ»):

Ուղեցույցները, մասամբ, նպատակ ունեն կանխել և նվազեցնել հարկադրանքի միջոցները, որոնք կիրառվում են *մեծահասակների մոտ ագրեսիվ վարքագծին ի պատասխան* (ուղեցույցները չեն անդրադառնում ինքնավնասում չկատարած և/կամ բռնություն չգործադրած մարդկանց նկատմամբ հարկադրանքի միջոցների կիրառման խնդրին): Ուղեցույցները հիմնված են այն մոտեցման վրա, որ հոգեկան առողջության հաստատություններում հարկադրանքի որոշ ձևեր որոշ դեպքերում անխուսափելի են, ինչը պահանջում է, որ «մարդու իրավունքները և արժանապատվությունը հարգվի և իրավական կանոնները խստորեն պահպանվեն»՝ նվազագույն սահմանափակման և շահերի միջամտության սկզբունքներին համապատասխան (Նյութ 3Գ):

Ուղեցույցները վերաբերում են առողջապահական ծառայություններին. մասնավորապես հոգեբուժական բաժանմունքներին և «համայնքային հոգեկան առողջության ծառայություններին»: Դրանք ներառում են անձնակազմի վերապատրաստման և մասնագիտական ուսուցման հարցեր, ինչպես նաև տեղեկատվություն ծառայություններից օգտվողների և հարկադիր միջամտության ենթարկված անձանց, նրանց հարազատների, ինչպես նաև քաղաքականություն մշակողների համար:

⁴ Գերմաներեն լեզվով ուղեցույցները հասանելի են այստեղ: <https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022l_S3_Verhinderung-von-Zwang-Prävention-Therapie-aggressiven-Verhaltens_2018-11.pdf> [2021թ. հունվարի 20-ի դրությամբ]:

Ուղեցույցները մշակած փորձագիտական խումբը բաղկացած էր տարբեր բնագավառների մասնագետներից և ներառում էր ծառայություններից օգտվողների, նրանց ընտանիքների անդամների, առողջապահության ոլորտի մասնագետների, այդ թվում՝ բժիշկների, հոգեբանների, բուժքույրերի և խնամողների, ինչպես նաև գիտնականների և իրավական փորձագետների: Թիլման Շտայներտը և գործընկերները (2020թ.) ամփոփում են Ուղեցույցների բովանդակությունը հետևյալ կերպ.

Միջոցները, որոնք արդյունավետ են եղել կլինիկական փորձարկումներում, ներառել են անձնակազմի կրթական ծրագրերը և աշխատակազմի կանոնավոր վերապատրաստումը, հիվանդասենյակի պայմանների բարելավումը, ռիսկերի կառուցվածքային գնահատումը և վաղ միջամտությունները [օրինակ՝ Brøset բռնության ստուգաթերթը], անհատականացված բուժման պլանավորումը, հատկապես խնամքի մանրակրկիտ պլանավորումը այն հիվանդների համար, ովքեր արդեն ենթարկվել են բռնության և հարկադրանքի, ինչպես նաև վերլուծության մեթոդները: Միջամտությունները հատկապես օգտակար էին, երբ դրանք համակցված էին միմյանց հետ, նախատեսում էին կազմակերպչական փոփոխություններ և հաստատվում էին կլինիկայի ղեկավարության կողմից: Արդյունքում, վերջին մի քանի տարիների ընթացքում մշակվել են մի քանի համալիր միջամտություններ, որոնց հիմքում տարբեր ծրագրեր են, օրինակ՝ միջազգային «Վեց հիմնական ռազմավարությունները և ապահովման միջոցները» և գերմանական «Weddinger Modell»-ը: Թեև «Վեց հիմնական ռազմավարություններ» ծրագիրը ներառում է միջանցիկ տարրեր, որոնք կենտրոնանում են հոգեբուժական բաժանմունքի կամ կլինիկայի կազմակերպման վրա, ապահովման միջոցները կարևորում են բաժանմունքում հիվանդների և անձնակազմի միջև շփումը: Weddinger Modell-ը, որը մշակվել է 2010 թվականին Բեռլինում, հոգեբուժական խնամքի նորարարական մոդել է, որը կենտրոնացած է վերականգնման, մասնակցության, աջակցվող որոշումների կայացման և հոգեբուժական բաժանմունքներում հարկադրական միջոցների կանխարգելման վրա [քննարկվում է այս ձեռնարկի 65-րդ էջում]:

Ուղեցույցների հրապարակումից հետո փորձագիտական խումբը ուղեցույցի հիման վրա կազմել է 12 առաջարկություն: Առաջարկությունները հաստատվել են կոնսենսուսի և գնահատման միջոցով՝ ներգրավելով 23 արտաքին փորձագիտական խմբեր՝ բաղկացած ծառայությունների օգտվողներից, ընտանիքի անդամներից և մասնագետներից: Առաջարկություններն ընդունվել են 2018 թվականի նոյեմբերին DGPPN-ի կողմից և ներկայացված են ստորև:

DGPPN ուղեցույցների իրականացման 12 առաջարկություններ

1. Իրականացնել հարկադրանքի միջոցների և ագրեսիվ միջադեպերի կառուցակարգված գրանցում բաժանմունքի մակարդակով՝ կանոնավոր գնահատման հնարավորությամբ:
2. Կիրառել ներքին չափանիշներ, որոնք վերաբերում են հարկադրանքի միջոցների ցուցմանը, նախաձեռնմանը, վերանայմանը, փաստաթղթավորմանը և ամփոփմանը հարմարեցված ուղեցույցներին, կամ, անհրաժեշտության դեպքում, կիրառել առկա չափանիշները:
3. Անցկացնել թիմի ամենամսյա հանդիպումներ, որոնք կղեկավարի բաժանմունքի պետը, վերլուծելու հարկադրական միջոցների և ագրեսիվ միջադեպերի վերաբերյալ տվյալները և դրանց հիմքերը:
4. Իրականացնել վերապատրաստման ծրագիր բոլոր այն աշխատակիցների համար, ովքեր շփվում են հիվանդների հետ դեէսկալացիայի/ագրեսիայի կառավարման ոլորտում և ապահովել, որ բոլոր աշխատակիցները վերապատրաստվեն առնվազն երկու տարին մեկ անգամ:
5. Ապահովել, որ ազատությունը սահմանափակող կամ զրկող ցանկացած հարկադրական միջոց (զսպում, մեկուսացում) ուղեկցվի շարունակական դիտարկմամբ և անձնական խնամքով:
6. Ապահովել, որ պացիենտների նկատմամբ հարկադրական միջոցներ կիրառելուց հետո տեղի ունենան դեբրիֆինգներ և կազմվեն դրանց արձանագրությունները:
7. Աշխատանքի ընդունել կամ աշխատանքում ներգրավել բաժանմունքի այլ պացիենտներին:
8. Մշակել գործողությունների ծրագիր հիվանդասենյակում տարածական միջավայրի ագրեսիայի նվազեցման համար և տարեկան կտրվածքով անդրադառնալ դրան:

9. Ռիսկի խմբում գտնվող բոլոր պացիենտների համար Իրականացնել ռիսկի գնահատում Brøset-ի բռնության ստուգաթերթի (ԲԲՍ) կամ մեկ այլ գործիքի միջոցով՝ ըստ կլինիկական գնահատման և համոզվել, որ դա հանգեցնի կլինիկական հետևանքների: ԲԲՍ 2-ից բարձր միավորների դեպքում, օրինակ, կարելի է պացիենտի հետ կես ժամանոց դեեսկալացիայի սեանս անցկացնել, սովորաբար առնվազն երկու անձի կողմից:
10. Հարկադիր միջոցից հետո դեբրիֆինգի ընթացքում առաջարկել բոլոր պացիենտներին մշակել համատեղ ճգնաժամային ծրագիր ապագա հարկադրանքի կանխարգելման համար:
11. Ապահովել ուղեցույցի վրա հիմնված դեդորայքային բուժում [հիմնվելով ագրեսիվ վարքագծի վերաբերյալ ուղեցույցի, բայց նաև խանգարմանը հատուկ այլ ուղեցույցների վրա [հիմնված ագրեսիվ վարքագծի ուղեցույցի, ինչպես նաև կոնկրետ խանգարման վերաբերյալ այլ ուղեցույցների վրա («հիմնական հիվանդության բուժում ուղեցուցային սկզբունքով)], անցկացնելով, օրինակ՝ պատահականության սկզբունքով ամսական ստուգումների կամ հիվանդասենյակում բժշկի այցի ընթացքում կանոնավոր հանդիպումների անցկացում:
12. Իրականացնել հարկադրանքի նվազեցմանն ուղղված համալիր միջամտություններ, որոնք կարող են իրագործվել առանձին մոդուլների միջոցով (օրինակ «Ապահով պալատ», «Weddinger Modell», «Վեց հիմնական ռազմավարություններ»):

Այդուհանդերձ, առաջարկությունները փաստերի վրա հիմնված չեն և դրանց իրագործելիությունն ու արդյունավետությունը հարկադրանքի նվազեցման գործում հաստատելու համար պահանջվում են հետազոտություններ:

Որպես առաջին քայլ, Շտայներտը և գործընկերները պիլոտային ուսումնասիրության ժամանակ փորձարկեցին, թե արդյոք այս առաջարկությունները իրագործելի են: Իրագործելիությունը հաստատվելուց հետո իրականացվել է պատահականության սկզբունքով վերահսկման փորձարկում, և այն ներկայացվել է որպես «Հոգեբուժության մեջ հարկադրանքի և բռնության կանխարգելման ուղեցույցների իրականացում»

(PreVCo ուսումնասիրություն), որը ներառում էր 52 հոգեբուժական ընդունման բաժանմունք և շարունակվում էր այս նյութը կազմելու պահին (Steinert et al., 2020): Յուրաքանչյուր հոգեբուժական բաժանմունքի ղեկավարությանը առաջարկեց ընտրել առաջարկվող միջամտություններից երեքը, որոնք առավել համապատասխան և ցանկալի են իրենց ծառայության համար: Պատահականության սկզբունքով վերահսկման փորձարկումը իրականացվում է «դասակարգված ըստ հարկադրական միջոցների քանակի և ուղեցույցների իրականացման առանձնահատկությունների» (Steinert et al., 2020, էջ 3):

Շտայներտն իր վերոնշյալ աշխատությունում (2020թ., էջ 3) նշում է, որ «[կան] լավ ապացույցներ բոլոր 12 առանձին տարրերի համար և ընդհանուր կոնսենսուս 23 փորձագիտական խմբերի միջև, ներառյալ մասնագետների, հիվանդների և նրանց հարազատների, ովքեր ներգրավված են եղել ուղեցույցների մշակման մեջ: Առաջարկությունները ներկայացվել են փորձագիտական խմբերի կողմից միայն այն դեպքում, եթե դրանք կարելի է գնահատել իրականացման աստիճանի առումով: Հաղորդվում է, որ Գերմանիայի բոլոր հոգեկան առողջության կենտրոնները, ամենայն հավանականությամբ, իրականացրել են առնվազն որոշ միջամտություններ կամ ռազմավարություններ՝ նվազեցնելու հարկադրանքը, սակայն Շտայներտը և գործընկերները հայտնում են, որ «ոչ մի կլինիկա ամբողջությամբ չի կատարել ուղեցույցներում ներկայացված բոլոր առաջարկությունները:» (Steinert et al., 2020թ., էջ 2):

Ուղեցույցները և առաջարկությունները տարածվել են մի քանի եղանակով, այդ թվում՝

- ▶ ուղեցույցների անվճար առցանց հասանելիություն.
- ▶ ուղեցույցի կարճ, գործելակերպին ուղղված տարբերակի ստեղծում և անվճար պատճենների բաշխում Գերմանիայի բոլոր հոգեբույժներին.
- ▶ ուղեցույցների վերաբերյալ հրապարակումներ գիտական ամսագրերում.
- ▶ իրականացման խորհրդատուների վերապատրաստում.
- ▶ DGPPN-ի և պետական ֆինանսավորող մարմինների կողմից գիտության բնագավառում ներդրման համար ֆինանսավորում:

Առաջարկությունները ներառում էին «**Weddinger Modell**»-ը, որն ինտենսիվ հոգեբուժական թերապիայի բարելավման համար առաջարկում է «վերականգնմանն ուղղված խնամքի հայեցակարգ», որն, ըստ երևույթին, շոշափելի ազդեցություն է թողել փոքրածավալ փորձարկումների ժամանակ՝ նվազեցնելով անձի զսպման մեխանիկական միջոցների և մեկուսացման ենթարկվելու հավանականությունը:

(Czernin et al., 2020, էջ 242): (Weddinger Modell-ը ներկայացվում է այս ժողովածուի 48-րդ էջում):

Եվ վերջում, Ուղեցույցները «S3 դասակարգի» են, այսինքն դրանք ունեն «Գերմանիայում մշակված ուղեցույցների ամենաբարձր մեթոդաբանական որակը», և «ապացույցների և կոնսենսուսի վրա են հիմնված՝ հաշվի առնելով ողջ առկա գիտական գրականությունը և ճանաչված մասնագետների կարծիքը» (Steinert et al., 2020, էջ 2): Այդ գործընթացը ներառում է 4 համակարգված դիտարկումներ և պաշտոնական փոխհամաձայնության գործընթաց, որին աջակցում է գիտական բժշկական ընկերությունների աշխատանքային խումբը («AWMF»): Տվյալ դեպքում ոլորտի 22 միավորումներ համաձայնություն տվեցին ուղեցույցին, իսկ մեկ բուժհաստատություն այն մերժեց: Ուղեցույցի ստեղծման մեթոդաբանության վերաբերյալ առկա է համապարփակ զեկույց (գերմաներենով) (տե՛ս Bechdorf et al, 2019):



Նիդերլանդներում պացիենտների մեկուսացման կիրառումը նվազեցնելու ազգային քաղաքականության ներքո ստեղծվել են «Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքներ» (այսուհետ՝ ԻԹԲ): ԻԹԲ բաժանմունքները անհապաղ հոսպիտալացման բաժանմունքներ են, որոնք մասնագիտացված են «շփման վերականգնման և պահպանման և ճգնաժամերի կանխարգելման» վրա (Նյութ 27): Յուրաքանչյուր բաժանմունքում գործում է բազմամասնագիտական թիմ (հոգեբույժներ, բուժքույրեր, հոգեբաններ, ծառայություններից օգտվողներ), որի անդամները հատուկ վերապատրաստված են ճգնաժամային կառավարման, ագրեսիայի և ինքնասպանության վարքագծի դեմ պայքարում: ԻԹԲ բաժանմունքների նպատակներից մեկն է նվազեցնել պացիենտների մեկուսացման պրակտիկան և կրճատել հոգեկան առողջության խնամքին հատկացված մահճակալների թիվը (Նյութ 27): Այդ բաժանմունքները ստեղծվել են 2013 թվականին հոլանդացի փորձագետների բազմամասնագիտական խմբի կողմից, ներառյալ ծառայություններից օգտվողների և ընտանիքի ներկայացուցիչների (Նյութ 27):

Մշակվում է հատուկ ճարտարապետական միջավայր, որը ներառում է մեկ անձի համար նախատեսված ննջասենյակներ, մեծ և լուսավոր հյուրասենյակներ և բացօթյա տարածքներ: Բաժանմունքները նախագծված են հյուրընկալ և բուժիչ միջավայր ստեղծելու համար (Նյութ 27):

Կիրառվող մեթոդաբանությունը նախատեսում է էսկալացիայի ռիսկի մանրակրկիտ գնահատում և անհատական ճգնաժամային ծրագրի ստեղծում՝ խորհրդակցելով շահագրգիռ անձի և նրա հարազատների հետ: Այդ ծրագիրը ներկայացնում է, թե ինչպես կարելի է կանխել էսկալացիան: Սթրեսի և անհանգստության սրացման դեպքում մարդը երբեք մենակ չի մնում: Աշխատակազմի անդամների, ամբուլատոր թիմի, ծառայություններից օգտվողների և հարազատների միջև համագործակցությունը չափազանց կարևոր է: Հաճախակի ռիսկերի գնահատումը անձնակազմի անդամներին նաև հնարավորություն է տալիս ակտիվորեն գործել և կանխել էսկալացիան (Նյութ 27): Հաղորդվում է, որ ծրագիրը հանգեցրել է մեկուսացման ընդհանուր կրճատմանը, սակայն մեկուսացումը դեռևս կիրառվում է որպես պրակտիկա:

Աղբյուրը՝ «Հոգեկան առողջությունը Եվրոպայում» կազմակերպություն (Mental Health Europe, 2019թ., 3-4 էջեր):

[ԹԻԲ] բաժանմունքները ստացիոնար բաժանմունքներում պացիենտի մեկուսացման կիրառման տեսանկյունից խոստումնալից արդյունքներ են ցույց տալիս: Ավելին, մեկուսացման մակարդակի նվազումը կապված չէ հարկադիր դեղորայքի ընդունման ավելացման հետ: Ի վերջո, հարկադրանք կիրառելու դեպքում, այն պետք է փաստաթղթավորվի, և այդ տվյալները պարբերաբար քննարկվեն անձնակազմի անդամների միջև՝ հետագայում գնահատելու համար, թե ինչպես կարելի է նվազեցնել հարկադրանքը՝ այդ գործելակերպը վերացնելու նպատակով:

(Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս Mental Health Europe, 2019թ. 3-4 էջեր, van Melle et al., 2019թ.):



«Հարկադրանքի բացառում» ծրագիրը նպատակ ունի հիվանդասենյակների մշակույթի ուղղվածությունը «գսպման կենտրոնից» տեղափոխել դեպի «առողջացում»: Վերջնական նպատակը հարկադրանքից զերծ միջավայր ստեղծելն է: Այս մոտեցումը, որը սկիզբ է առել է Միացյալ Նահանգներում, որդեգրվել է Միացյալ Թագավորության մի շարք հոգեկան առողջության կազմակերպությունների կողմից (Նյութ 27): Ծրագրի հիմքում ընկած գաղափարն այն է, որ «բռնի վերականգնումն անընդունելի է»:

«Հարկադրանքի բացառում» քաղաքականությունը միտված է ստեղծելու հարկադրանքից զերծ միջավայր հետևյալ գործողությունների միջոցով.

- ▶ ծառայություններից օգտվողների և անձնակազմի անդամների միջև համագործակցության խթանում, կարևորելով ծառայության վերականգնողական դերը.
- ▶ ծառայություններից օգտվողների հետ համագործակցությամբ վերապատրաստման ծրագրերի մշակում և դեէսկալացիայի մեթոդաբանության ուսուցման խթանում.
- ▶ ազրեսիայի, ինքնավնասման և ֆիզիկական միջամտության դեպքերը նվազեցնելու համար սահմանափակման մշակույթի փոխարեն համագործակցային մշակույթի մշակում.
- ▶ ծառայություններից օգտվողների ավելի խորը ըմբռնում՝ տեսնելու նրանց փորձառությունները՝ վնասվածքի մասին տեղեկացված, կարեկցող ձևով և միասին աշխատելու՝ դիմադրողականություն զարգացնելու համար.
- ▶ ծառայություններից օգտվողների փորձի ներառում և նրանց համատեղ աշխատանքի մեջ ներգրավում.
- ▶ ծառայություններից օգտվողների և նրանց հարազատների իրազեկվածության բարձրացում;
- ▶ հարկադրանքի կիրառման վերաբերյալ տվյալների գրանցում և միջադեպից հետո դրանց վերլուծություն (Նյութ 27):

Մեծ Բրիտանիայի «Mersey Care Trust» առողջապահական պետական ծառայությունը (այսուհետ՝ ԱՊԾ) այլ ծրագրերի հետ մեկտեղ օգտագործեց «Հարկադրանքի բացառում» քաղաքականությունը և իրականացման առաջին երկու տարիների ընթացքում արձանագրեց ֆիզիկական միջամտությունների կիրառման մոտավորապես 60%-ով կրճատում (Նյութ 27): Այնուհետև մոտեցումը կիրառվել է ԱՊԾ-ի բոլոր բաժանմունքներում, և 2016թ. ապրիլից մինչև 2017թ. օգոստոս ընկած

Ժամանակահատվածում արձանագրվել է զսպման կիրառման 37% կրճատում, ինչպես նաև անձնակազմի հիվանդության պատճառով բացակայությունների դեպքերի նվազում (թույլ տալով ֆինանսական միջոցների խնայում): Ներկայումս ԱՊԾ-ի բուժհիմնարկներում ձևավորվել է համագործակցային ուժեղ մշակույթ, և անձնակազմն ու ծառայություններից օգտվողները աշխատում են միասին՝ նվազեցնելու կոնֆլիկտները և խթանելու անվտանգությունն ու վերականգնումը: Հեռանկարային առումով, անձնակազմի անդամներին խորհուրդ է տրվում կիսվել անձնական փորձառությանը այն իրադարձությունների վերաբերյալ, որոնք չեն ընթացել այնպես, ինչպես նախատեսված էր, և մշակել կրեատիվ լուծումներ: Մոտեցման կենտրոնում ոչ թե անհատներին մեղադրելն է, այլ համակարգը վերլուծելը, գնահատելով, թե ինչպիսի ազդեցություն է այն ունեցել իրադարձությունների վրա և արդյո՞ք այն կարող է բարելավվել (Նյութ 27):

Համաձայն «Mersey Care Trust»- կայքի՝ «Հարկադրանքի բացառում» քաղաքականության առաջխաղացման համար փոփոխությունները պետք է կատարվեն երեք մակարդակներում .

Կազմակերպչական՝ Խորհուրդը պետք է ունենա փոփոխություններ կատարելու և գաղափարներն իրականություն դարձնելու լուրջ հավակնություն՝ ի հեճուկս գործընկեր կազմակերպությունների դիմադրությանը կամ հակառակ տեսակետների:

Մասնագիտական՝ կլինիկական և առաջնային օղակի բժիշկները պետք է քննադատորեն անդրադառնան սեփական և ուրիշների գործելակերպին, ինչը դժվար մարտահրավեր է, որպեսզի կարողանան վերանայել ավանդական մոտեցումները և հետզհետե վերափոխեն համակարգը՝ առանց առձակատման:

Փորձի շնորհիվ փորձագետներ՝ վերջիններս այնքան շատ բան են տվել օգնելու համատեղ գործելակերպի ձևավորմանը՝ առանց երկմտանքի ներկայացնելով իրենց պատմությունը և, որոշ դեպքերում, համարձակություն ունենալով ոտքի կանգնելու, դիմելու և ազդելու մարդկանց մեծ խմբերին (տե՛ս <https://www.mersecare.nhs.uk/about-us/striving-for-perfect-care/no-force-first/> [12/04/2021թ. -ի դրությամբ]):

Կայքը հայտնում է, որ «ն՝ անձնակազմը, և՛ հիվանդները մեծ քաջություն են ցուցաբերել՝ ընդունելով «Հարկադրանքի բացառում» քաղաքականությունը և Mersey Care-ն ավելի հոգատար միջավայր դարձնելու համար (տե՛ս <https://www.mersecare.nhs.uk/about-us/striving-for-perfect-care/no-force-first/> [12/04/2021թ. -ի դրությամբ]):



«Բաց դռների քաղաքականությունը» վերաբերում է հոգեկան առողջության հաստատություններում, մասնավորապես հիվանդանոցներում, նախկինում «փակ» կամ «կողպած» վիճակում գտնվող դռները բաց պահպանելու քաղաքականությանը: Գերմանիան բարձր եկամուտ ունեցող երկրների շարքում հոգեկան առողջության կենտրոններում բաց դռների քաղաքականության առաջատար իրականացնողն ու ջատագովն է (Gooding et al., 2020, էջ 33): Քաղաքականության փորձարկումներ տեղի են ունեցել նաև Շվեյցարիայում՝ Universitäre Psychiatrische Kliniken-ում (UPK), և Միացյալ Թագավորությունում, որտեղ ջանքեր են գործադրվել բաց դռների քաղաքականության վերաբերյալ շահագրգիռ կողմերի տեսակետները պարզելու համար (Bowers et al., 2010):

Այս ձեռնարկում դիտարկվող այլ ծառայությունները, նույնպես կիրառում են «բաց դռների քաղաքականության» որևէ տարբերակը, նույնիսկ եթե դա ամբողջությամբ չի համապատասխանում վերջինիս ձևաչափին (տե՛ս, մասնավորապես, արդեն իսկ ներկայացված նորվեգական ԲԷԹ ծրագիրը): **Իտալիայում**, օրինակ, Ռոբերտո Մեցցինայի ղեկույցում (Roberto Mezzina, 2014, էջ 440) խոսվում է Իտալիայի Տրիեստ քաղաքում «բաց դռների... վերականգնման խնամքի համակարգում զսպման քաղաքականությունից հրաժարվելու» արդյունքների մասին: Սույն ձեռնարկում չներառված հոգեկան առողջության պահպանման այլ ծառայությունները նույնպես կարող են կիրառել բաց դռների մոտեցման որևէ տարբերակ:

Գերմանիայում հոգեկան առողջության պահպանման հաստատություններում «բաց դռների քաղաքականության» կամ «հոգեկան առողջության ծանր խնդիրների բաց հոգեբուժության» կիրառման վերաբերյալ հետազոտության ձեռնարկը ներկայացվել է DH-BIO: Այն ներառում է նյութեր հոգեկան առողջության պահպանման 2 կենտրոններից (UPK Բազելում և Charité, Universitätsmedizin Բեռլինի համալսարանում), ինչպես նաև լրացուցիչ նյութեր, որոնք վերաբերում էին այդ քաղաքականության օգտագործմանը գերմանական 21 հիվանդանոցներում (Huber et al., 2016a; տե՛ս նաև Cibis et al., 2017; Huber et al., 2016b; Lang et al., 2016; Lang & Heinz, 2010; Schneeberger et al., 2017):

Քրիստիան Հուբերը (Christian Huber and colleagues 2016a, 2016b) և Անդրեա Շներբերգերը (Andres Schneeberger and colleagues (2017)) 1998-ից 2012 թվականներին 21 գերմանական

հոգեկան առողջության ստացիոնար կենտրոններում 349574 ընդունելությունների վերաբերյալ ծառայությունների տվյալների երկու լայնածավալ ուսումնասիրություն են կատարել: Հուբերն իր աշխատությունում (Huber and colleagues (2016a)) համեմատել է «կողպված հիվանդասենյակներով» և առանց դրանց հիվանդանոցները: Նա հաղորդում է, որ որ «բաց բաժանմունքներում» բուժումը հանգեցնում է հետևյալի նվազման հավանականության.

- ▶ ինքնասպանության փորձեր,
- ▶ փախուստ հիվանդանոցից հետագա վերադարձով, և
- ▶ փախուստ առանց հետագա վերադարձի:

Բաց բաժանմունքում բուժումը նախատեսված չէ ինքնասպանության թվերի կրճատման համար (Huber et al., 2016a): Երկրորդ ուսումնասիրության մեջ, օգտագործելով նույն տվյալների բազան, Շներբերգերը գնահատել է բաց և փակ դռների քաղաքականության ազդեցությունը «ազդեհիվ միջադեպերի» և զսպման/մեկուսացման դեպքերի դինամիկայի վրա և պարզել է, որ թե՛ ազդեհիվ պահվածքը, և թե՛ «բուժման ընթացքում զսպվածությունը կամ մեկուսացումը [նվազ հավանական են] բաց դռների քաղաքականություն վարող հիվանդանոցներում»: (Schneeberger et al., 2017):

Որոշ մտահոգություններ են հնչեցվել, որ «բաց դռների քաղաքականություն» եզրույթը տվյալների շտեմարանում կամայականորեն է դասակարգվել (Pollmächer and Steinert, 2016)Ձ: Հուբերը (Huber and colleagues 2016b., էջ 1103) հերքել է այս պնդումը, եզրակացնելով հետևյալը.

«Ինչ վերաբերում է պացիենտների անվտանգությանը և հարկադրական միջոցներին, նախորդ ուսումնասիրությունների արդյունքները ցույց են տվել, որ նախկինում կողպված հիվանդասենյակների բացումը նվազեցնում է բռնությունն ու հարկադրանքը: Այս կրճատումը տեղի չի ունենում ազդեհիվ հիվանդներին կողպված այլ հիվանդասենյակներում տեղավորելու հաշվին և պայմանավորված չէ այլ վայրերում հարկադրանքի միջոցների ավելացմամբ: Մեր փորձը ցույց է տալիս, որ պացիենտների նկատմամբ մասնագիտական վերաբերմունքի փոփոխությունը, որը նպաստում է անձնական շփումներին և դեէսկալացիային, բաց դռների քաղաքականության առանցքային բաղադրիչն է (Huber et al., 2016b. էջ 1104) (բնօրինակում մեջբերումների չակերքները հեռացվել են):

Գերմանական բաց դռների քաղաքականության վերաբերյալ բանավեճերի մեջ ներգրավվելն այս ձեռնարկի շրջանակներից դուրս է, թեև դրանք պետք է դիտարկվեն և հաշվի առնվեն նրանց կողմից, որքեր ձգտում են որդեգրել նման գործելակերպ:

Մարա-Լենա Սիբիսի (Mara-Lena Cibus) և գործընկերների կողմից 2017 թվականին հրապարակված մեկ այլ հետազոտությունում համեմատվել է հոգեկան առողջության ծանր խնդիրներ ունեցողների բժշկական օգնության բաժանմունքի վրա այն փուլերի ազդեցությունը, երբ բաժանմունքը «փակ» էր և երբ «90% ցերեկային ժամերի ընթացքում այն բացվում էր»: Հեղինակները նկատել են, որ բաց դռների փուլում «զգալիորեն նվազել են ազդեցիվ հարձակումները ($p < 0,001$) և դեղամիջոցների ընդունման ստիպումը ($p = 0,006$)՝ համեմատած փակ միջավայրի հետ, մինչդեռ հիվանդանոցից փախուստի մակարդակը մնացել է անփոփոխ ($p = 0,20$) (Cibus et al., 2017, էջ 141): Հեղինակները նշել են այն սահմանափակումը, որ «ռետրոսպեկտիվ ոչ փորձարարական ձևաչափը» նշանակում է, որ «պատճառահետևանքային մեկնաբանություններ հնարավոր չէ անել», սակայն եզրակացրել են, որ արդյունքները հաստատում են այն պնդումը, որ բաց դռների քաղաքականությունը «կապված է ազդեցիվ հարձակումների և դեղամիջոցների հարկադրական ընդունման կրճատման հետ՝ առանց փախուստի դեպքերի ավելացման» (Cibus et al., 2017, էջ 141):

Բաց դռների քաղաքականության հետազոտությունը ցույց է տալիս, որ դրա իրականացմանը նպաստող գործոններից են անձնակազմի ուժեղ հոգեթերապևտիկ հմտությունները, բարձր մոտիվացված և լավ համալրված բուժքույրական անձնակազմը և բաժանմունքի ու հիվանդանոցի ղեկավարության հանձնառությունը՝ պատասխանատվություն ստանձնել ծրագրի հաջող իրականացման համար:

Ծառայությունից օգտվողները գործելակերպից մեծ գոհունակություն են հայտնում: Ծրագիրը, ըստ ներկայացված նյութի, հանգեցնում է բուժման դեմ բողոքների նվազմանը, բժշկական ցուցմունքներն անտեսող դուրսգրումների նվազմանը, հարկադրանքի միջոցների նվազմանը, բաժանմունքում մթնոլորտի բարելավմանը և հիվանդների տեղափոխման նվազմանը:



Բաց երկխոսություն խիստ ռեժիմի հոգեկան առողջության բաժանմունքում՝ «Խոհաձության (ռեֆլեքսիայի) գործընթացները հոգեկան առողջության ծանր խնդիրներ ունեցող անձանց խնամքում», Նորվեգիա

Օսլո քաղաքի խիստ ռեժիմի հոգեկան առողջության բաժանմունքի Աքերշուսի համալսարանական հիվանդանոցի մասնագիտացված բաժանմունքը իրականացրել է «Բաց երկխոսությունների» գործելակերպի վրա հիմնված ծրագիր: Նախնական հաղորդումները վկայում են, որ հաջողվել է վերջ տալ ցանկացած հարկադրանքի այն անհատների նկատմամբ, որոնց նկատմամբ այլ փակ հոգեբուժական հաստատություններում նախկինում կիրառվել են խիստ հարկադրանքի միջոցներ: Աքերշուսի համալսարանական հիվանդանոցի մասնագիտացված հոգեբուժության բաժանմունքը, որը Նորվեգիայի բարձր անվտանգության հոգեբուժական բաժանմունք է, իրականացրել է «Բաց երկխոսությունների» գործելակերպի վրա հիմնված ծրագիր: (Բաց երկխոսություններն ավելի մանրամասն քննարկվում են այս ձեռնարկի «Համայնքային ծրագրեր» բաժնում, էջ 73):

Բաց երկխոսություններն ավանդաբար անցկացվում են մարդկանց տներում՝ որպես համայնքի բնակչության հետ հոգեթերապևտիկ աշխատանքի ձև: Վերջինս հիմնված է այն սկզբունքի վրա, որ անձի խնամքի և բուժման մեջ ներգրավված բոլոր կողմերին և, ամենակարևորը, անձին հնարավորություն է տրվում հայտնել իր կարծիքը, թե որն է իր կարծիքով լավագույն բուժումն ու խնամքը սովյալ հանգամանքներում: Այդ երկխոսությունը տեղի է ունենում նախքան աջակցության և բուժման որոշումներ կայացնելը:

Արտառոցն այն է, որ Աքերշուսի համալսարանական հիվանդանոցը օգտագործում է Բաց երկխոսության մոտեցումը հոգեկան առողջության կենտրոնի մասնագիտացված անվտանգ բաժանմունքում, ինչը խիստ ռեժիմի հոգեկան առողջության հաստատությունում բաց երկխոսություն կիրառելու առաջին փորձերից մեկն է:

Ծրագիրն իրականացվում է հետևյալ կերպ. Խոհաձության (ռեֆլեքսիայի) գործընթացները կամ «Ջրույցները» տեղի են ունենում անձի և անձնակազմի միջև պլանավորված քննարկումների տեսքով, որտեղ անձնակազմի անդամներից մեկը զրուցում է անձի հետ իր խնամքի և բուժման հետ կապված հարցի շուրջ: Հիվանդը կամ անձնակազմը կարող են զրույցի թեմաներ առաջարկել: Անձնակազմի մյուս անդամները (կամ անձի խնամքի համար կարևոր այլ անձինք), ովքեր ներկա են, միայն լսում են: Որոշ պահերի անձնակազմի և հիվանդի միջև զրույցը դադարեցվում է, և

ներկա մյուս անձանց առաջարկվում է ներկայացնել իրենց մտորումները և մտքերը, որոնք վերաբերում են իրական խնդրին կամ թեմային, որը քննարկվել է մինչ նրանք լսում էին: Այս քայլը ապահովում է անձի ակնհայտ կարիքների ավելի լայն հեռանկար և այն գործողությունների քննարկում, որոնք անհրաժեշտ են աջակցությունը անձի նախասիրություններին համապատասխանեցնելու համար:

Հանդիպումները տևում են այնքան ժամանակ, որքան ցանկանում է անձը, և նրա բուժման և խնամքի վերաբերյալ որոշումները կայացվում են հանդիպմանը մասնակցող բոլոր անձանց ներկայությամբ: Արդյունքում, բուժանձնակազմը բուժման վերաբերյալ որևէ որոշում չի կայացնում, ոչ էլ քննարկում դրանք առանց անձի մասնակցության: Հանդիպումների հաճախականությունն ու ժամանակացույցը նույնպես որոշվում է բոլոր ներկաների մասնակցությամբ:

Բաց երկխոսությունը և ռեֆլեկտիվ գրույցները հնարավորություն են տալիս խթանելու ծառայություններից օգտվողների և նրանց աջակցության ցանցերի ներգրավվածությունը և ընդգրկումը աջակցության և բուժման պլանավորման մեջ: Նույնիսկ եթե բաժանմունքը խիստ ռեժիմի փակ հոգեբուժական բաժանմունք է և պացիենտները ենթարկվում են ռեժիմի հետ կապված սահմանափակումների, բաց երկխոսության և ռեֆլեկտիվ խոսակցությունների մոտեցումը, ըստ տեղեկությունների, որոշակի չափով մեղմացնում է խիստ ռեժիմի բաժանմունքի հարկադիր բնույթը (Նյութ 17D):

Նախնական տեղեկությունները վկայում են, որ հաջողվել է վերջ տալ հարկադրանքին այն անհատների նկատմամբ, որոնք այլ փակ հոգեկան առողջության հաստատություններում նախկինում ենթարկվել են խիստ հարկադրանքի միջոցների, նախքան նրանց տեղափոխումը Աքերշուսի համալսարանական հիվանդանոցի մասնագիտացված բաժին (Նյութ 17D):

Ստորև ներկայացված են իրական դեպքերի օրինակներ, որոնք ընդգծում են ներկայացված գործելակերպի կարևոր ազդեցությունը.

- Պացիենտը մանուկ տարիներին հոգեկան տրավմա վերապրած տղամարդ էր, ով նախկինում ունեցել էր ինքնավնասման ծայրահեղ հակվածություն, ինչպես նաև բազմաթիվ անգամ տեղափոխվել հոգեկան առողջության կենտրոն և Աքերշուս տեղափոխվելուց երկու տարի առաջ նրա նկատմամբ կիրառվել էին զսպման մեխանիկական միջոցներ և շարունակական մոնիտորինգ: Աքերշուսի բաժանմունքում գտնվելու ընթացքում նա անցել է Բաց երկխոսության և Ռեֆլեքսիվ գրույցների թերապիան, երբեք

մեխանիկական սզպման չի ենթարկվել և մոտավորապես մեկ տարի անց դուրս է գրվել հիվանդանոցից: Անձն այժմ ապրում է սեփական բնակարանում և ստանում է աջակցություն համայնքային առողջապահական և սոցիալական ինսամքի ծառայություններից՝ ըստ իր հայեցողության:

- Պացիենտը՝ երկար տարիների բռնության և ագրեսիայի պատմություն ունեցող կինը տասը տարի շարունակ ենթարկվել է մեկուսացման, զսպման միջոցների կիրառման և սահմանափակող այլ ռեժիմների: Աքերշուսի համալսարանական հիվանդանոցի բարձր անվտանգության բաժանմունք տեղափոխվելուց հետո նրա նկատմամբ կիրառվեց Բաց երկխոսության և Ռեֆլեկտիվ գրույցների մոտեցումը: Հաղորդվում է, որ «հիվանդանոցում մեկուկես տարի գտնվելու ընթացքում կնոջ նկատմամբ զսպման մեխանիկական միջոցները կիրառվել են 4-5 անգամ շատ կարճ ժամանակահատվածներում, ինչը կտրուկ կրճատում է նախորդ հիվանդանոցում նման դեպքերի համեմատ»: Այնուհետև կինը դուրս է գրվել հիվանդանոցից, ապրում է սեփական բնակարանում և որպես ամբուլատոր պացիենտ մասնակցում է ռեֆլեկտիվ գրույցներին:

Այս երկու դեպքերը վկայում են, որ «հնարավոր է վերականգնել այն անձանց, որոնց դեպքերը վկայում են խրոնիկական բռնության և ծայրահեղ ինքնավնասման հակվածության երկար պատմության մասին... Նրանք երկուսն էլ երկար ժամանակ գտնվել են փակ հոգեբուժական բաժանմունքներում և այնտեղ մշտապես ենթարկվել են հարկադրանքի» (Նյութ 17Դ):

Տվյալների համակարգված հավաքագրումը՝ վերահոսպիտալացման մակարդակը և հանգամանքները գնահատելու համար, ներկայումս ընթացքի մեջ է (տե՛ս նաև Jacobsen, 2018; von Peter et al., 2019):

Զսպման մեխանիկական միջոցների և մեկուսացման նվազեցում լուրջ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցողներին ստացիոնար բաժանմունքներում

Եվրոպական երկրներում օրենքը թույլ է տալիս, որ մարդկանց մեկուսացնեն և/կամ սահմանափակեն նրանց տեղաշարժը հոգեկան առողջության կենտրոններում և այլ միջավայրերում՝ վերահսկելու կամ կառավարելու նրանց վարքը: Կառավարությունների, հոգեկան առողջության ծառայությունների և այլոց կողմից քայլեր են ձեռնարկվել նվազեցնել և նույնիսկ վերացնել զսպման և մեկուսացման կիրառումը (տե՛ս օրինակ Gooding et al., 2020; Hirsch & Steinert, 2019): Այս հարցի վերաբերյալ ձեռնարկում ներառվել է երկու նյութ:

Լովիսենբերգի սարկավագային հիվանդանոց, հոգեկան առողջության կլինիկա՝ Նորվեգիա

Օսլոյի խոշորագույն հիվանդանոցում համաձայնեցված քայլեր են ձեռնարկվել՝ նվազեցնելու հոգեբուժական բաժանմունքում զսպման մեխանիկական միջոցների կիրառումը: Հինգ տարվա ուսումնասիրության ընթացքում (2012-17թթ.) այդ քայլերը հանգեցրել են զսպման մեխանիկական միջոցների կիրառման 85% կրճատման (Նյութ 17Ա): Հոգեկան առողջության կենտրոնը, որը կոչվում է Լովիսենբերգի սարկավագային հիվանդանոցի հոգեկան առողջության կլինիկա, գտնվում է սոցիալ-տնտեսական առումով բավականին վատ վիճակում:

Ծրագիրը կենտրոնացած էր անձնակազմի մասնագիտական զարգացման վրա՝ ներառելով թիրախային միջամտություններ՝ ուղղված բաժանմունքի առողջապահական մասնագետներին: Նպատակն էր վերապատրաստման և ուղեցույցների միջոցով բարելավել անձնակազմի կարողունակությունները՝ ագրեսիա պարունակող դրվագները կառավարելու համար: Միջամտությունն ուներ հստակ և հավակնոտ նպատակ՝ նվազեցնել զսպման մեխանիկական միջոցների կիրառումը: Այն նախատեսում էր.

- ▶ հիվանդասենյակից մեխանիկական զսպման համար օգտագործվող տեսանելի գոտիներով մահճակալի հեռացում.
- ▶ զսպման մեխանիկական միջոցների չկիրառման օրերի նշում օրացույցում անձնակազմի համար.

- ▶ բոլոր պացիենտների նկատմամբ բռնության կիրառման համակարգված գնահատման իրականացում (այս նպատակով կա մի քանի գործիքակազմ)՝ շեշտը դնելով ագրեսիայի պատճառները գտնելու վրա.
- ▶ նոր պացիենտներին ագրեսիայի և կոնֆլիկտների նկատմամբ բաժանմունքի վերաբերմունքի մասին տեղեկացման ստանդարտ ռեժիմի ներդրում.
- ▶ Ֆիզիկական միջավայրի և անձնակազմի վերաբերմունքի փոփոխություն՝ ընդգծելու, որ անձին պետք է հնարավորություն տալ դուրս գալու լարված իրավիճակներից և իրեն թակարդում չզգալ, օրինակ՝ եթե պացիենտն ուզում է ննջել ընդհանուր պալատի բազմոցի վրա, նրան վերմակ են առաջարկում, այլ ոչ թե հրամայում կամ ստիպում են, որ նա գնա իր հիվանդասենյակ.
- ▶ «ուսուցման կազմակերպման» գործընթացին նպաստող սկզբունքների կիրառում և խրաուսում: Նոր գործելակերպը համահունչ է ագրեսիայի ժամանակակից հոգեբանական տեսություններին.
- ▶ հիվանդասենյակի կանոնները վերանայվել և հնարավորինս կրճատվել են: Դրանց մի մասը որոշ հիվանդների կողմից համարվում էին սադրիչ:
- ▶ Այլ քայլեր:

Ծրագիրը վերաբերում է շտապ հոսպիտալացման դեպքերին և շտապ հոսպիտալացման բաժանմունքում պացիենտի գտնվելու սկզբնական 40 ժամերի ընթացքում անձնակազմի գործելակերպին: Նախկին փորձը ցույց է տալիս, որ մեխանիկական զսպման միջոցների կիրառման հետ կապված դրվագների մեծ մասը տեղի է ունենում բաժանմունք ընդունվելուց հետո առաջին վեց ժամվա ընթացքում: Դա ընդգծում է հոսպիտալացումից հետո առաջին ժամերին միջամտության պլանավորման կարևորությանը, որպեսզի հնարավոր լինի կանխել զսպման մեխանիկական միջոցների կիրառումը:

Կրկին, ծրագիրը սկսվելուց հետո հինգ տարվա ընթացքում զսպման մեխանիկական միջոցների կիրառումը նվազել է 85%-ով (Նյութ 17Ա): Այս ընթացքում անձնակազմի վնասվածքների կամ հիվանդության պատճառով բացակայության դեպքերի աճ չի նկատվել: Ֆիզիկական պահման միջին տևողությունը արական սեռի պացիենտների համար 13 ռոպե էր, իսկ կանանց՝ 8 ռոպե: Նպատակային միջամտությունն այժմ իրականացվում է կանոնավոր բուժման մեջ, և արդյունքները, ըստ տեղեկությունների, ցույց են տվել կայունություն ժամանակի ընթացքում: Նորվեգիայի այն տարածքի (HelseSørØst) առողջապահական մարմինները, որտեղ տեղի են ունեցել փորձարկումները, որոշել են որպես կանոնավոր պրակտիկա ծրագրի սկզբունքները կիրառել տարածաշրջանի բոլոր հոգեկան առողջության կենտրոններում: Այժմ

պրակտիկան պարտադիր է դարձել առողջապահական մարմինների կողմից, և կիրականացվեն ստուգումներ:

Հաղորդվում է, որ ծրագիրը ծախսային առումով չեզոք է, քանի որ այն չի պահանջում լրացուցիչ անձնակազմ կամ ծախսեր: Ծառայության օգտվողները ներգրավված են եղել ագրեսիվության գնահատման գործիքի մշակման աշխատանքում, և ծառայություններից օգտվող կազմակերպությունները աջակցություն են հայտնել ծրագրին (Նյութ 17Ա):

Ծրագրի իրականացմանը նպաստող գործոններն են եղել. բուժհաստատության ղեկավարության հանձնառությունը ծրագրի նկատմամբ, ծրագրում ամբողջ անձնակազմի ներգրավումը, տեղական զարգացումը, ծրագրի բաղադրիչների պարզությունը, անձնակազմի պատասխանատվությունը պացիենտների հետ փոխգործակցության համար մինչև կոնֆլիկտի առաջացումը և այլն: Իրականացման խոչընդոտների թվում էին. հիվանդանոցների մեծ ծավալն ու համալիր կառուցվածքը (որը դժվար է դարձնում նոր գործելակերպի ներդրումը), նոր աշխատանքային առօրյայի մարտահրավերը, սկզբնական շրջանում անձնակազմի մի մասի դժկամությունը, որոնք քննադատում էին ծրագիրը և պնդում, որ այն արդարացված և պրոֆեսիոնալ չէ և կարող է հանգեցնել վտանգավոր իրավիճակների, ժամանակի և ռեսուրսների սղության պայմաններում գործելակերպի պահպանման մարտահրավերը և այլն (լրացուցիչ տեղեկատվության համար տե՛ս Halvorsen, 2016; Vel et al., 2016):

«Մեկուսացման և զսպման օգտագործումը նվազեցնելու համար վեց հիմնական ռազմավարություններ»՝ Իսպանիա և միջազգային

2017 թվականին Անդալուսիայում (Իսպանիա) մեծահասակների հոգեբուժական ծառայությունների համար շրջանառության մեջ է դրվել «Մեկուսացման և զսպման օգտագործումը նվազեցնելու համար վեց հիմնական ռազմավարություններ»-ի վրա հիմնված ծրագիր: Արդյունքում Անդալուսիայի հոգեկան առողջության պահպանման հաստատություններում արձանագրվեց մեխանիկական զսպման ընդհանուր ժամանակի 15% կրճատում (Նյութ 9): Անդալուզիան Իսպանիայի մեծ շրջաններից է (8,4 միլիոն բնակչությամբ), որն ունի 20 խիստ ռեժիմի հոգեկան առողջության կենտրոն: 2011 թվականին Անդալուզիայի առողջապահական ծառայության հոգեկան առողջության տարածաշրջանային գրասենյակին կից ստեղծվեց Մարդու իրավունքների և հոգեկան առողջության հարցերով աշխատանքային խումբ: Խումբը մշակել է «Անդալուզիայի հոգեկան առողջության համապարփակ ծրագիրը», որը

փորձել է մասամբ կիրառել ՀԱԻԿ-ը հոգեկան առողջության ծառայությունների ամենօրյա պրակտիկայում (Այս ծրագրի մաս կազմող այլ պրակտիկաներ քննարկվում են այս աշխատության հետագա մասերում):

«Վեց հիմնական ռազմավարություններ» ծրագիրը, որի վրա հիմնվել են Անդալուզիայի առողջապահական իշխանությունները, կիրառվել է մի քանի երկրների հարկադրանքի նվազեցման/կանխարգելման ծրագրերում: Ռազմավարություններն ի սկզբանե ստեղծվել են 2005 թվականին ԱՄՆ Տեխնիկական աջակցության ազգային կենտրոնի կողմից (2005 թ.), և ներկայացված են ստորև:

Մեկուսացման և զսպման օգտագործումը նվազեցնելու համար վեց հիմնական ռազմավարություններ

(ԱՄՆ Տեխնիկական աջակցության ազգային կենտրոն, 2005թ.)

1. «Առաջնորդություն կազմակերպչական փոփոխությունների հարցում»՝ հոգատարության փիլիսոփայության ձևավորում, որը ներառում է մեկուսացումը և զսպումը.
2. «Տվյալների օգտագործում գործելակերպի բարելավման համար տեղեկացնելու համար»՝ տվյալների օգտագործումը հետազոտական, «ոչ պատժիչ» եղանակով՝ մեկուսացման և զսպման կրառման գործնական մոտեցումները ուսումնասիրելու և վերահսկելու համար.
3. «Անձնակազմ»՝ ընթացակարգերի, գործելակերպի և ուսուցման մշակում, որոնք հիմնված են հոգեկան առողջության վերականգնման գիտելիքների և սկզբունքների վրա.
4. «Մեկուսացման և զսպման մեխանիզմների նվազեցման գործիքակազմի օգտագործում»՝ գնահատումների և ռեսուրսների օգտագործում՝ ագրեսիայի կանխարգելման հարցում անհատական մոտեցումների կիրառման համար.
5. «Ծառայություններից օգտվողների դերերը ստացիոնար պայմաններում»՝ մեկուսացման և զսպման նվազեցման ծրագրերում ներառելով ծառայություններից օգտվողներին, խնամողներին և փաստաբաններին. և
6. «Դերրիֆինգի եղանակներ»՝ մեկուսացման և զսպման դեպքերի պատճառների վերլուծություն, և այդ միջոցների ենթարկված անձանց վրա դրանց ազդեցության

գնահատում:

Վերոնշյալ ռազմավարությունները օգտագործվել են Միացյալ Նահանգներում, Կանադայում, Իսպանիայում, Ավստրալիայում և Նոր Զելանդիայում և աճող հետազոտությունների առարկա են (լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս Մելբուրնի սոցիալական արդարության ինստիտուտ, 2014թ.):

Անդալուսիայում նվազեցման ծրագիրն իրականացվել է հետևյալ փուլերով.

1. **Առաջնորդություն և հիմնական խմբի ձևավորում.** հիմնական խումբը ձևավորվել է 2015թ. մայիսին, և տեղի են ունեցել պարբերական հանդիպումներ հոգեկան առողջության 20 հիվանդանոցային բաժանմունքների բուժքույրերի ղեկավարների և կլինիկական համակարգողների հետ:
2. **Իրավիճակի վերլուծություն, համակարգում և հետադարձ կապ.** հիմնական խմբի և բաժանմունքների ղեկավարների միջև շփման համար ստեղծվել է վիրտուալ հարթակ: Խումբը տեղեկատվություն է փոխանցել ռազմավարությունների, ինչպես նաև հիվանդների փորձառությունների մասին, որպեսզի ինտեգրվեն մեխանիկական զսպման նվազեցմանն ուղղված տեղական նախաձեռնությունները և այլ քայլերը:
3. **Բաժանմունքների ղեկավարների իրազեկում.** Հոգեկան առողջության 20 ստացիոնար բաժանմունքների ավագ բուժքույրերի և կլինիկական համակարգողների համար 2016թ. կազմակերպվել է մեկօրյա իրազեկման աշխատաժողով:
4. **Անդալուսիայում մեխանիկական զսպման միասնական գրանցամատյան.** Հիմնական խումբը մոնիթորինգի նպատակներով մշակել է մեխանիկական եղանակով զսպման բոլոր դրվագների միասնական գրանցամատյան Անդալուզիայի բոլոր հոսպիտալացման բաժանմունքների համար: Այս միասնական գրանցամատյանը հիմնված էր 20 հիվանդասենյակների մեխանիկական զսպման արձանագրությունների վրա: Սահմանվել էին շարունակական գնահատման հիմնական ցուցանիշները: Տվյալների բազայի մշակումը սկսվել է 2016 թվականի հուլիսին, և այդ ժամանակից ի վեր Անդալուզիայի առողջապահության ծառայության տարածաշրջանային հոգեկան առողջության գրասենյակի կողմից իրականացվում է տվյալների շարունակական գնահատում՝ տեղական կլինիկական ղեկավարների ակտիվ մասնակցությամբ:

5. **Յուրաքանչյուր բաժանմունքում տեղական մակարդակով մշակված երկու վերապատրաստման դասընթացների նախագծում:** Վիրտուալ հարթակի միջոցով նյութերը հասանելի են դարձել բաժանմունքների ղեկավարներին:

▶ 2017 թվականին մշակվել է 7 ժամ տևողությամբ դասընթաց՝ նպատակ ունենալով նվազեցնել մեխանիկական զսպման կիրառումը: Դասընթացը մեկնարկել է 2018 թվականի ապրիլին:

▶ 2018 թվականին մշակվել է 7 ժամ տևողությամբ վերապատրաստման դասընթաց, որի նպատակն է ուսումնասիրել մեխանիկական զսպման դեպքերը և պարզել, թե ինչպես կարելի էր խուսափել դրանցից: Դասընթացն անդրադառնում էր կոնկրետ ժամանակաշրջանում բաժանմունքներում տեղի ունեցած դեպքերի վրա և կենտրոնացած էր մասնագետների շրջանում մեխանիկական զսպման որոշ դրվագները մանրամասն վերլուծելու և ծառայությունների օգտագործողների հետ դրանք վերլուծել սովորելու վրա: Դասընթացը մեկնարկել է 2019 թվականին:

Աշխատանքային խումբը մշտադիտարկել է մեխանիկական զսպման դեպքերի, մեխանիկական զսպման մեջ գտնվող տարբեր խմբերին պատկանող անձանց տոկոսը, ժամերի ընդհանուր քանակը, միջին տևողությունը, բաժանմունքում մահճակալների զբաղվածությունը մեխանիկական զսպման դեպքի պահին, կլինիկական ախտորոշումը, անձի շարժառիթը և վիճակը, անձի սեռը և ծագումը (Իսպանիա, Եվրոպա և այլն): Նաև տվյալներ են հավաքագրվել անձնակազմի գիտելիքների վրա վերապատրաստման դասընթացների ազդեցության վերաբերյալ:

2017-19 թվականների տվյալները վկայում են ամբողջ Անդալուսիայում մեխանիկական զսպման ընդհանուր ժամերի 15% կրճատման մասին, ընդ որում տվյալներն ըստ բաժանմունքների էապես տարբերվում են:

Զսպման ցուցանիշները ներառում են դեպքերի քանակը, տարբեր մարդկանց թվերը և զսպման միջին տևողությունը՝ բոլորը վերլուծված հիվանդանոցներ համար:

2018 թվականին բոլոր բաժանմունքներում անց է կացվել 28 դասընթաց, իսկ 2019 թվականին՝ 15 դասընթաց: Ընդհանուր առմամբ, մասնակցել են բոլոր կատեգորիաների 615 մասնագետ, առաջին հերթին բուժքույրական և հոգեբուժական անձնակազմը: Դասընթացից ընդհանուր գոհունակությունը շատ բարձր էր (1-ից 10 սանդղակով միջին գնահատականը 8.7 էր 2018թ.-ին և 9՝ 2019թ.-ին):

Հաղորդվում է, որ Անդալուզիայի հանրային առողջության դպրոցի ներգրավվածությունն առանցքային էր ծրագրի համար՝ հաշվի առնելով վերջինիս փորձը մարդու իրավունքների, ՀԱԻԿ-ի, իրականացման մեթոդաբանությունների

վերաբերյալ, և Անդալուզիայի Առողջապահական ծառայության հոգեկան առողջության ծառայությունների հետ աշխատանքի պատմությունը: Չնայած Անդալուզիայի հանրային առողջության դպրոցը Անդալուզիայի հանրային առողջության համակարգի մի մասն է, այն որոշ չափով անկախ է և չունի ուժեղ կլինիկական ուղղվածություն, ինչը, «Մարդու իրավունքների մոտեցման տեսանկյունից կարևոր է մեխանիկական զսպումը կասկածի տակ դնելու համար» (Նյութ 9): Այլ կարևոր գործոններն էին. տեղական կլինիկական ղեկավարների ներգրավվածությունը, զսպման նվազեցման ներառումը Անդալուսիայի ավելի լայն քաղաքականության ներքո կամ հոգեկան առողջության ծրագրում, լավ որակի տվյալների հավաքագրման կարողությունը՝ ընդգծելու նմանատիպ բաժանմունքների միջև առկա մեծ տարբերությունները, որը թույլ տվեց բացահայտել «բաժանմունքի մշակույթի հսկայական ազդեցությունը մեխանիկական զսպման կիրառման հաճախականության վրա», և «քննադատական հասարակական կարծիքը մեխանիկական զսպման վերաբերյալ և այս պրակտիկայի վերացման անհրաժեշտությունը, որը հատկապես կարևորվում է ծառայության օգտագործողի շարժման կողմից» (Նյութ 9):

Հաղորդված խոչընդոտները թվում էին հիվանդասենյակների հետ կապված բացասական մշակույթը և մասնագետների անբավարար կարողունակությունները (գիտելիքները, հմտությունները և վերաբերմունքը): 20 բաժանմունքների միջև կային զգալի տարբերություններ, այդ թվում՝ տարբեր սկզբունքային մոտեցումներ զսպման օգտագործման ծավալների առումով: Այդուհանդերձ, հիվանդների շրջանում դրական փորձի փոխանակումը, ըստ տեղեկությունների, արժեքավոր ձեռքբերում է եղել: Հաղորդվում է նաև Իսպանիայում մեխանիկական զսպման վերաբերյալ հստակ օրենսդրության բացակայության մասին, և ՀԱԻԿ-ը օրենսդրության մեջ ավելի լավ ինտեգրվելու կարիք ունի:

Նյութում մտահոգություն էր հնչեցվել, որ Անդալուսիայում հարկադրական պրակտիկայի նվազեցմանն ուղղված մի քանի այլ նշանավոր ծրագրեր չեն իրականացվել, այդ թվում՝ նախնական պլանավորումը, «համայնքային ասերտիվ (ինտենսիվ) բուժումը, տնային հոսպիտալացումը և այլ տարբերակները, որոնք կարող են կանխել հոսպիտալացման դեպքերը, հետևաբար՝ մեխանիկական զսպման հարկադրական միջոցների կիրառման ռիսկը»:



«Ապահով պալատ»

«Ապահով պալատ» մոդելը նպատակ ունի նվազեցնել հոգեբուժական բաժանմունքներում գտնվող մարդկանց զսպումն ու մեկուսացումը, ինչպես նաև նվազեցնել ծառայություններից օգտվողների/պացիենտների և անձնակազմի միջև միջադեպերը (Նյութ 25): Մոդելը անձնակազմին տրամադրում է գործելակերպի ուղեցույց և հայեցակարգեր, որոնք կօգնեն բարելավել հիվանդանոցային միջավայրի մշակույթը, հաշվի առնելով անձնակազմի շփումները ծառայությունից օգտվողների և նրանց ընտանիքների/ընկերների հետ, ինչպես նաև բարելավել հիվանդասենյակների պայմանները:

«Ապահով պալատ» ծրագիրն իրականացնող առողջապահության բաժանմունքներից մեկի կարծիքով, ծրագրի նպատակները հետևյալն են.

- ▶ անձնակազմի և պացիենտների միջև հարաբերությունների բարելավում.
- ▶ անվտանգության բարձրացում, հարկադրանքի նվազեցում.
- ▶ ավելի քիչ ժամանակ է ծախսվում զսպման և ավելի շատ ներգրավման վրա.
- ▶ ավելի քիչ հարձակումներ, ավելի քիչ վնասվածքներ
- ▶ միջավայր, որը խաղաղ է և նպաստավոր մարդկանց վերականգնմանն աջակցելու համար (տե՛ս <https://metrosouth.health.qld.gov.au/safewards> [accessed 8/4/2021]):

Նշվում է նաև, որ.

«Ապահով պալատ» ծրագրի մոդելն առաջարկում է, որ կոնֆլիկտը բաժանմունքի ներսում կարող է առաջանալ այն դեպքում, երբ պացիենտը բախվում է իրավիճակների, որոնք մեծացնում են նրա հուզական անհանգստությունը կամ «էսկալացիայի կետերը»: Ծրագիրը կենտրոնանում է այն բանի վրա, թե անձնակազմը ինչ կարող է անել նախքան պացիենտը կհասնի էսկալացիայի կետին՝ տեղյակ լինելով պոտենցիալ հրահրող գործոնների մասին և որոշելով դրանց ազդեցությունը նվազեցնելու լավագույն մեթոդը կամ ստեղծված իրավիճակում լավագույն զսպման մեթոդը (տե՛ս <https://metrosouth.health.qld.gov.au/safewards> [8/4/2021թ. -ի դրությամբ]):

Մոդելը օգնում է համագործակցել պացիենտների հետ՝ հնարավորինս նվազեցնելու կոնֆլիկտներն ու զսպումը և ստացիոնար բաժանմունքները դարձնել ավելի բուժիչ և խաղաղ վայր:

Մոդելը նախատեսում է 10 «Ապահով պալատ» ծրագրի ներքո հետևյալ 10 գործողությունները.

1. **Դուրս գրման հաղորդագրություններ՝** նախքան դուրս գրվելը, պացիենտներին առաջարկվում է գրել դրական ոգով նամակ, որն օգտակար և մյուսների համար: Նամակը փակցվում է հաղորդագրությունների տախտակին: Այցելուները կարդում են այդ նամակները, որոնք հույս և վստահություն են ներշնչում իրենց:
2. **Փոխադարձ օգնության հանդիպումներ՝** օրը սկսելով համակիցների աջակցությամբ, պացիենտները գտնում են միմյանց օգնելու և աջակցելու ուղիներ:
3. **Հստակ փոխադարձի ակնկալիքներ՝** մեր ակնկալիքները միմյանցից ստացիոնար բաժանմունքում գտնվելու ժամանակ (պացիենտներ և անձնակազմ):
4. **Հանգստացման եղանակներ՝** հանդարտ և անխռով հանգստի մրջավայրի և հնարավորության ստեղծում: Նախքան համապատասխան դեղամիջոցների դիմելը պացիենտներին առաջարկվում են հոգեկան հավասարակշռությունը վերականգնելու այլընտրանքային եղանակներ:
5. **Բանավոր համոզում (դեէսկալացիա)՝** դեէսկալացիայի մի շարք եղանակների միավորում պաստառի վրա, որը ցուցադրվում է անձնակազմի համար նախատեսված տարածքներում: Անձնակազմը հետամուտ է լինում այդ եղանակներին աշխատանքի ընթացքում:
6. **Հուսադրում՝** անհանգստություն հրահրող միջադեպից հետո պացիենտների հետ աշխատանք են տանում՝ փոքր խմբերով կամ առանձին՝ հանգստանալու և կատարվածը հասկանալու համար: Դեպքից հետո անձնակազմն ավելի ուշադիր է հետևում իրավիճակին, որպեսզի պացիենտներն իրենց ավելի ապահով և անվտանգ զգան:

7. **Պրակտիկ խոսքեր**՝ պացիենտների մասին տեղեկատվությունը համակիցներին փոխանցելիս անձնակազմի անդամները ձգտում են յուրաքանչյուր պացիենտի մասին ինչ-որ դրական բան ասել և/կամ բացահայտել դժվար վարքագծին նպաստող գործոնները:
8. **Վատ լուրերի մեղմացում**՝ անձնակազմի իրազեկում պացիենտներին վերաբերող հնարավոր «վատ լուրերի» մասին՝ պացիենտների մասին տեղեկատվությունը փոխանցելիս և հիվանդասենյակները շրջելիս: Այնուհետև անձնակազմը միջոցներ է ձեռնարկում «վատ լուրը» կարեկցաբար փոխանցելով պացիենտին և առաջարկելով աջակցություն:
9. **Փափուկ խոսք**՝ անձնակազմին 1-2 նախադասությամբ տրվում են խորհուրդներ այն մասին, թե ինչպես խոսել հիվանդների հետ էսկալացայի երեք հիմնական կետերից յուրաքանչյուրի դեպքում. ասել «ոչ», խնդրել դադարեցնել անթույլատրելի վարքը, և խնդրել հիվանդներին անել այնպիսի մի բան, որից նրանք խուսափում են:
10. **Ճանաչել միմյանց**՝ անձնակազմի յուրաքանչյուր անդամ պացիենտների հետ անկեղծորեն կիսվում է իր մասին ճշմարիտ տեղեկություններով: Պացիենտներին իր հերթին առաջարկվում է կիսվել իրենց մասին նմանատիպ տեղեկություններով (տե՛ս <https://metrosouth.health.qld.gov.au/safewards> [accessed 8/4/2021]):

Գործելակերպի իրականացմանը նպաստող գործոններից կարելի է առանձնացնել աջակցությունը ավագ և տեղական մենեջերներից, ինչպես նաև հոգեկան առողջության պայմանների կամ հոգեւոցիալական հաշմանդամության փորձ ունեցող մարդկանցից, որոնք մեծ ներդրում են ունեցել դրա իրականացման հարցում (Նյութ 25): Խոչընդոտների թվում էին ղեկավարների և տեղական մակարդակի գործիչների կողմից աջակցության բացակայությունը, սակավ ռեսուրսները, «Ապահով պալատ» նյութի տեղական լեզուներով թարգմանելու անհրաժեշտությունը, հոգեկան առողջության ոլորտի ղեկավարների աջակցության պակասը (տնօրեններից մինչև բաժանմունքի ղեկավարներ), «Ապահով պալատ» ծրագրի գործողությունները կոնկրետ պայմաններին հարմարեցնելը և տարեցների խնամքի հաստատություններում պրակտիկան կիրառելու հետ կապված խնդիրները (Նյութ 25):

Լեն Բոուերսը և գործընկերները (Bowers et al., 2015) գործելակերպի կլաստերային վերահսկում են իրականացրել Մեծ Բրիտանիայի պատահականության սկզբունքով ընտրված 15 հիվանդանոցների 31 բաժանմունքներում և եզրահանգել են, որ պարզ միջամտությունները, որոնք նպատակ ունեն բարելավել անձնակազմի հարաբերությունները պացիենտների հետ, կարող են նվազեցնել կոնֆլիկտների և հարկադրանքի կիրառումը: Ուսումնասիրությունը նաև ցույց է տվել, որ ծրագիրը ֆինանսական օգուտներ է բերում՝ շնորհիվ կոնֆլիկտների կարգավորման և հարկադրանքի համար նախատեսված միջոցների տնտեսման (Bowers, ամսաթիվը նշված չէ):

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար «Ապահով պալատ» ծրագրի (Safewards) գլխավոր էջում տրվում են խորհուրդներ իրականացման վերաբերյալ, ներկայացված են փաստացի տեղեկություններ և առաջարկում անգլերենից իսպաներեն, գերմաներեն, դանիերեն, լեհերեն, ֆիններեն, թուրքերեն և չեխերեն թարգմանված նյութեր (տե՛ս www.safewards.net [8/4/2021թ. -ի դրությամբ]):



Weddinger Modell

Weddinger Modell-ը, որը մշակվել է 2010 թվականին Բեռլինում, հոգեբուժական խնամքի մոդել է փակ պայմաններում բուժվող պացիենտների համար, որը կենտրոնանում է վերականգնման, մասնակցության, աջակցվող որոշումների կայացման և հոգեբուժական բաժանմունքներում հարկադրական միջոցների կիրառման կանխարգելման վրա (Նյութ 29): Կան որոշ ապացույցներ, որ մոդելը նվազեցնում է անհատի հարկադրանքի միջոցների ենթարկվելու հավանականությունը և նրա հոսպիտալացման միջին տևողությունը, ընդ որում ըստ որոշ տեղեկությունների այն նաև բարելավում է բաժանմունքի մթնոլորտը: Weddinger Modell-ը լրացուցիչ ծախսեր չառաջացնող ծրագիր է, ընդ որում այն այլևս շրջանցում է խնամքի ավանդական մոտեցումը, որով անձը «ենթարկվում է» բուժման: Փոխարենը, բուժման որոշումները կայացվում են անձի հետ ակտիվ քննարկման արդյունքում, ոչ ֆորմալ աջակիցների ներկայությամբ, որոնց անձը ցանկանում է ներգրավել: Հիմնական նպատակներից մեկը անձին մատուցվող ծառայությունների թափանցիկության բարձրացումն է և անձին դրանց մասին տեղյակ պահելը: Մոդելի նպատակն է անձին այնպիսի աջակցություն տրամադրելը, որը հարմարեցված է նրա կարիքներին կամ հանգամանքներին:

Չերնինի (Czernin) և գործընկերների ուսումնասիրությունը (2020) համեմատել է ծառայություններից օգտվողների երկու խմբեր, որոնցից մեկը բուժվել է ըստ Weddinger Modell-ի (միջամտության խումբ $n=122$), իսկ մյուսը՝ ավանդական եղանակով (հսկման խումբ $n=235$): Արդյունքները ցույց են տվել, որ Weddinger Modell-ով բուժվող պացիենտների խմբում զսպման միջոցների կիրառման առավելագույն հաճախականությունը, ինչպես նաև մեկուսացման դեպքերի տևողությունը զգալիորեն կրճատվել է: Հեղինակները եզրակացրել են, որ Weddinger Modell-ի և այլ նմանատիպ բուժման ձևերի ներդրումը ստացիոնար հոգեբուժական պայմաններում կարող է օգնել նվազեցնել հարկադրանքը (Czernin et al., 2020):

Weddinger Modell-ի մասին լրացուցիչ տեղեկություններ հասանելի են նաև Mahler et al (2014թ.) զեկույցում:



Ձեռնարկ հիվանդանոցների և բաժանմունքների համար՝ նվազեցնելու հարկադրանքը և բարձրացնելու աշխատանքային և պացիենտների անվտանգությունը՝ Վեց հիմնական ռազմավարությունների և «Անվտանգ պալատ, Ֆինլանդիա»

2016 թվականին Ֆինլանդիայի Առողջապահության և բարեկեցության ազգային ինստիտուտը հրապարակեց աշխատանքային փաստաթուղթ՝ օգնելու «հիվանդանոցներին և բաժանմունքներին, որոնք տրամադրում են ոչ հոժարակամ հոգեբուժական օգնություն՝ նվազեցնելու հարկադրանքի կիրառումը պացիենտների նկատմամբ և բարձրացնել աշխատանքային և պացիենտների անվտանգությունը (Makkonen et al., 2016թ., էջ 6): Ֆիններեն լեզվով ձեռնարկը նախանշում է օրենքի շրջանակներում «պացիենտի ինքնիշխանության առավելագույն հարգումը» ապահովելու ուղիները և ներառում է «հարկադիր միջոցների կանխարգելման գործառնական մոդելներ՝ հիմնված հետազոտական ապացույցների և ամուր գործնական փորձի վրա» (Makkonen et al., 2016թ., էջ 6): Գործելակերպերը հետևյալն են. «Վեց հիմնական ռազմավարություններ» (քննարկված վերևում), «հոգեբուժական հիվանդի մտադրության կանխատեսումը և բռնության ռիսկի գնահատման մեթոդները», մեկուսացումը և զսպումը կանխելու մեթոդները և «Ապահով պալատ» մոդելը:

Հեղինակների կարծիքով «հարկադրանքի միջոցները նվազեցնելու հոգեբուժական խնամքի և բուժման համակարգերի բոլոր մակարդակները գործում կարևոր դեր են խաղում» (Makkonen et al., 2016թ., էջ 6):

Ձեռնարկում ընդգծվում է հարկադրանքի միջոցները նվազեցնելու գործում բազմակողմանի ամբուլատոր խնամքի կարևորությունը: Հիվանդանոցի անձնակազմի մասնագիտական գիտելիքները և վերաբերմունքը, ի լրումն խնամքի մշակույթի և տարածության լուծումների, մեծ դեր ունեն հարկադրական միջոցների նվազեցման և անվտանգության բարձրացման գործում: Ձեռնարկում ներկայացվում են կոնկրետ լուծումներ՝ բարելավելու անձնակազմի մասնագիտական գիտելիքները և խթանելու խնամքի մշակույթի կիրառումը, որը նվազեցնում է հարկադրանքի անհրաժեշտությունը: Լուսանկարներում ներկայացված է, թե ինչպես է մեկուսացման սենյակի մինիմալիստական միջավայրը համեմատաբար ցածր գնով ավելի մարդասիրական բնույթ է ստացել: Հիմնվելով հարկադրանքի հետ առնչություն

ունեցող մարդկանց պատմությունների վրա՝ ընթերցողները հնարավորություն ունեն որոշակի պատկերացում կազմել, թե ինչպիսի ապրումներ ունեն հարկադրանքի ենթարկված անձինք: Միևնույն ժամանակ, հարկադրանքը չպետք է նվազեցվի աշխատակազմի և պացիենտների անվտանգության հաշվին: Այս երկու տեսակետները նկարագրված են վերջին գլխում: Հարկադրանքի նվազեցումը շարունակական գործընթաց է, և հուսով ենք, որ այս ձեռնարկը կունենա շարունակություն՝ մանրամասն ուղեցույցի տեսքով՝ հարկադրանքը նվազեցնելու համար: Ծրագրի հաջողության կամ հարկադրանքի հարաբերական չափերի վերաբերյալ նյութեր ձեռնարկի լույս տեսնելուց առաջ և հետո չեն հրապարակվել:

B. Համայնքային ծրագրեր

«Համայնքային ծրագրեր» եզրույթը վերաբերում է ոչ հիվանդանոցային ծրագրերին կամ այն ծրագրերին, որոնք տեղի չեն ունենում ավելի մեծ, ինստիտուցիոնալ հաստատություններում: Ներկայացված համայնքային ծրագրերը հետևյալն են.

- ▶ **Հոգեկան առողջության համայնքային ծրագիր**
Նովառա, Իտալիա..... էջ 69
- ▶ **Ընտանեկան խմբային քննարկումներ**
Նիդերլանդներ էջ 70
- ▶ **Հուզառաֆլ**
Իսլանդիա..... էջ 72
- ▶ **Հոգեկան առողջության շարժական խմբեր**
Հունաստան էջ 74
- ▶ **Բաց երկխոսությունների մոդել**
Ֆինլանդիա և Միջազգային էջ 76
- ▶ **Անձնական օմբուդսմենի ծրագիր**
Շվեդիա էջ 81
- ▶ **Վերականգնման տներ**
Միջազգային էջ 83
- ▶ **TANDEMplus Ճգնաժամային աջակցության շարժական խմբեր**
Բելգիա էջ 87



Հոգեկան առողջության համայնքային ծրագիր Նովառա, Բտալիա

Հյուսիսային Բտալիայի Նովառա քաղաքում Առողջության հարավային կենտրոնի կողմից մշակվել է շարժական աջակցության ծրագիր՝ օգնելու հոգեկան առողջության ճգնաժամի մեջ գտնվող մարդկանց իրենց տանը գտնվելիս, ներառյալ նրանց, ովքեր նոր են դուրս գրվել հոգեբուժական բաժանմունքից: Հաղորդվում է, որ ծրագրի իրականացումը հանգեցրել է հարկադիր հոսպիտալացման դեպքերի համեմատաբար ցածր ցուցանիշների՝ համեմատած իտալական այլ ծառայությունների հետ, թեև Բտալիայի այլ մասերի համեմատ Կենտրոնն հոգեկան առողջության ծառայությունների ավելի քիչ ռեսուրսներ ուներ (Նյութ 12):

Կենտրոնը սպասարկում է մոտավորապես 168000 բնակիչ ունեցող տարածք: Այն բաղկացած է հետևյալ ռեսուրսներից (Նյութ 12).

- ▶ Բաց աշխատանքի ժամերին (8-ից մինչև 20-ը, աշխատանքային օրերին) անհետաձգելի միջամտությունների համար հասանելի են մեկ հոգեբույժ և երկու բուժքույր,
- ▶ Ամենօրյա բանավոր թերապիայի Հարավային համայնքի հոգեկան առողջության կենտրոններում «կարգապահությունը և թերապիայի համապատասխանությունը բարելավելու համար»,
- ▶ Ամբուլատոր այցելությունների 100%-ը տեղի է ունենում հիվանդանոցից դուրս գրվելուց հետո 30 օրվա ընթացքում (72 ժամվա ընթացքում):

2017 թվականին տվյալները համեմատվել են հոգեկան առողջության բաժանմունքների համար Բտալիայի հոգեկան առողջության ազգային տեղեկատվական համակարգի օգնությամբ հավաքագրված տվյալների հետ տարածքային, ազգային և քաղաքային մակարդակներում (2017 թվական): Թեև Առողջության հարավային կենտրոնը Բտալիայի այլ բուժկենտրոնների համեմատ ունի ավելի քիչ ֆինանսական միջոցներ (անձնակազմի վարձատրության, բնակարայնային ֆոնդի և վերականգնողական կենտրոնների ֆինանսավորման համար), հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցողներին դեպքերի առումով միջին ցուցանիշները գրեթե նույնն են, սակայն արձանագրվում են ավելի քիչ թվով ոչ հոժարակամ հոսպիտալացման դեպքեր:



Ընտանեկան խմբային քննարկումներ Նիդերլանդներ

Ընտանեկան խմբային քննարկումները (կոնֆերանսինգը) «ընտանիքային» որոշումների կայացման մոդել է և սոցիալական ցանցի ռազմավարություն (Schout, Meijer, et al., 2017): Նիդերլանդներում, որտեղ այն մշակվել է հոգեկան առողջության բնագավառում, այն կոչվում է *Eigen Kracht*-conference: Թարգմանությունը ընդգծում է այդ գործելակերպի էությունը՝ մարդկանց ուժի ու ռեսուրսների օգտագործումը ապագայի ծրագիր կազմելու և որոշումներ կայացնելու համար և դրանով իսկ ուղղորդելով նրանց կյանքը: Ըստ «Հոգեկան առողջությունը Եվրոպայում» կազմակերպության.

Դրա հիմքում ընկած գաղափարը շատ պարզ է. եթե կյանքում ունեք խնդիրներ, որոնք հեշտությամբ չեն լուծվում, խնդրեք ձեր սոցիալական ցանցին ձեզ հետ միասին մտորել այդ մասին: Անկախ նրանից, թե ինչ է տեղի ունեցել անցյալում, յուրաքանչյուր ոք ունի սոցիալական ցանց՝ մեծ թե փոքր, մտերիմ թե ոչ այնքան: Մարդկանց մեծ մասն այդ միջոցով է լուծում իր խնդիրները կամ մտահոգությունները: Սակայն, երբ մարդը մեկուսացել է և կարծում է, որ ոչ ոք այլևս չի մտածում իր մասին, կամ երբ նա չափազանց ամաչկոտ է և չի ուղում դիմել հարազատներին կամ ընկերներին, «Eigen Kracht-conference»-ը կարող է լինել պատասխանը: Անկախ համակարգողը կօգնի նրանց կազմակերպել «Eigen Kracht-conference» (Նյութ 28):

Ընտանեկան խմբային քննարկումների ծրագիրը կամավոր խորհրդատվական գործընթաց է, որը մշակվել է ժողովուրդների՝ դատական վեճերը լուծելու ընտանեկան ավանդական գործելակերպի հիման վրա, որտեղ անկախ համակարգողը նպաստում է անհատի և նրա հիմնական սոցիալական ցանցի միջև քննարկումներին: Անհատը ընտրում է ընկերներին և/կամ ընտանիքի անդամներին կամ մասնագետներին՝ քննարկելու հուզող հարցերը և լուծումներ փնտրելու համար, ներառյալ հետագա քայլերի ծրագիր կազմելու:

Համակարգողի դերն է մտածել «խմբի հետ», օգնել վերացնել մասնակցության խոչընդոտները և փոխզիջումներ փնտրել: Բժիշկները կարող են աջակից դեր ունենալ, կամ կարող են նպաստել հիվանդանոցային բուժման հանգեցնող որոշումների կայացմանը: Մեյերը (Meijer and colleagues (2017)) կատարել է Նիդերլանդների երեք շրջաններում 41 ընտանեկան խմբային քննարկումների ուսումնասիրություն: Հարցումների ու դիտարկումների միջոցով գործելակերպի ազդեցությունը

մեծահասակների ոչ հոծարակամ միջամտությունների վրա պարզելու նպատակից ելնելով հեղինակները եզրակացրել են, որ ընտանեկան խմբային քննարկումները «հարկադրանքը հոգեբուժության մեջ նվազեցնելու հեռանկարային միջամտություն է», որն օգնում է «վերադարձնել սեփական անձը և վերականգնել հասարակությանը պատկանելության զգացումը» (Meijer et al, 2017թ., էջ 1862): (լրացուցիչ տեղեկատվության համար տե՛ս, <https://www.eigen-kracht.nl/> [9/4/2021թ.-ի դրությամբ], տե՛ս նաև De Jong & Schout, 2010; Schout, Meijer, et al., 2017; Schout, van Dijk, et al., 2017)):



Hugarafli-ը (որը մոտավորապես թարգմանվում է որպես «Մտքի ուժ») շահույթ չհետապնդող, հասարակական հիմքերով գործող ոչ կառավարական կազմակերպություն է, որը գործում է Ռեյկյավիկում 2003 թվականից: (Նյութ 22): Ինչպես նշված է կազմակերպության կայքէջում.

Hugarafli-ը [թարգմանաբար՝ «Մտքի ուժ»] իսլանդական հասարակական հիմքերով գործող ՀԿ-ն, հիմնադրվել է 2003 թվականին հոգեկան առողջության համակարգի վերաբերյալ հսկայական անձնական և մասնագիտական գիտելիքներ ունեցող անհատների կողմից: Այդ անհատներն ունեին ընդհանուր նպատակ՝ փոխել Իսլանդիայի հոգեկան առողջության համակարգը և այն ավելի լավը դարձնել: Այն ամենը, ինչ անում է Hugarafli-ը, որոշվում և արվում է մարդկանց կողմից, որոնք ունեն հուզական տազնապի նախկին փորձ և/կամ մասնագիտական գիտելիքներ, և որոնք աշխատում են հավասարության սկզբունքով: Hugarafli-ի աշխատանքներին մասնակցելը բոլոր նրանց համար է, ովքեր աշխատում են իրենց հոգեկան առողջության վրա իրենց իսկ հայեցողությամբ (<https://hugarafli.is/about-hugarafli/> [8/4/2021թ. -ի դրությամբ]):

Hugarafli-ը կարելի է բնութագրել որպես «քարոզչական և կարողությունների զարգացման կազմակերպություն»: Այն զբաղվում է գործունեության տարբեր տեսակներով, ներառյալ համակիցների ինքնօգնության խմբերը, փոխօգնություն, խորհրդատվություն, ակտիվիզմ և կրթության ոլորտում հոգեկան առողջության խթանում: Hugarafli-ն ակտիվ դեր է խաղում հոգեկան առողջության, բնակարանային, առողջապահական, սոցիալական ծառայությունների, կրթության և զբաղվածության հետ կապված քաղաքականության բարեփոխումների ձևավորման և հետադարձ կապի հարցերում: Այն կենտրոնացած է ծառայություններից օգտվողների, մասնագետների, և դրանից բացի՝ պետական ծառայությունների և համակարգերի կարողությունների ձևավորման վրա: Պանդեմիայի պայմաններում առողջապահության նախարարությունը պարբերաբար հանդիպումներ է կազմակերպել Hugarafli-ի հետ՝ քննարկելու, թե ինչպես նրանք կարող են օգնել հանրությանը և կանխել հոգեբանական անհանգստությունը (Նյութ 22):

Hugarafli-ը դեռևս տրամադրում է անհատական աջակցություն, ներառյալ «առողջ մասնագիտական վերականգնում այն մարդկանց համար, ովքեր աշխատում են իրենց

անձնական վերականգնման վրա հոգեկան առողջության ճգնաժամից հետո», որը նույնպես վերահսկվում է հոգեբանի և օկուպացիոն թերապևտի կողմից (Նյութ 22):

Hugaraf-ի ներկայացուցիչների խոսքով.

Հաշվի առնելով Hugaraf-ի պրակտիկայի ճկունությունը (ժամանակային սահմաններ չկան, ուղղորդումների կարիք չկա, անդամների համար ծախսեր չկան, ախտորոշման կարիք չկա), մեզ հաջողվում է բացահայտել սովորական գործելակերպի պայմաններում աննկատելի մարդկանց: Դա մեզ թույլ է տվել ստանձնել մեր կենսական կարևորության դերը՝ որպես հետևող և կապ հաստատող մարդկանց հետ, երբ նրանք կավարտեն ավանդական ծառայություններ մատուցողների մոտ բուժումը (Նյութ 22):

Խումբն ունի մի քանի նպատակ.

- ▶ իսլանդական հասարակության մեջ հուզական և հոգեբանական մարտահրավերների հետ կապված նախապաշարմունքների վերացում:
- ▶ հուզական տագնապի փորձ ունեցող մարդկանց իրավունքների պաշտպանություն:
- ▶ իսլանդական հասարակության մեջ հուզական տագնապի փորձ ունեցող մարդկանց դերի ամրապնդում և նրանց լիարժեք, ակտիվ մասնակցությանը նպաստում:
- ▶ դրական ազդեցություն Իսլանդիայի հոգեկան առողջության պահպանման համակարգի վրա:
- ▶ նպաստել և աշխատել՝ համաձայն Իրավագորման (Ջուդի Չեմբերլին) և Վերականգնողական բուժման և զարգացման հարացույցի (Դանիել Ֆիշեր և Լորի Ահերն) (Նյութ 22):

Անձնակազմը բաղկացած էր օկուպացիոն թերապևտներից, հոգեբանից, հոգեբանության վերապատրաստում անցած հոգեբան մասնագետից, ներդրվեզվաբանական ծրագրավորման հրահանգչից, Գեշտալտ թերապևտից, վնասվածքաբան խոհրդատուից, յոգայի ուսուցչից և հուզական անհանգստության փորձ ունեցող մարդկանցից: Այս թիմը համագործակցում է կամավորների հետ, ովքեր միասին կատարում են Hugaraf-ի ամենօրյա աշխատանքը: Hugaraf-ին մասնակցությունն անվճար է և հասանելի է 18 տարեկանից բարձր բոլոր անձանց համար (լրացուցիչ տեղեկատվության համար տե՛ս <https://hugaraf.is/about-hugaraf/>; Hermannsdóttir, 2017; Hrannarsdóttir, 2017):



Հոգեկան առողջության շարժական խմբեր, Հունաստան

Հունաստանում Հոգեկան առողջության շարժական խմբերի նպատակն է նվազեցնել հարկադիր հոսպիտալացումը՝ օգնելով մարդկանց, հատկապես հեռավոր և գյուղական վայրերում գտնվող, կապ պահպանել իրենց ընտանիքի և համայնքների հետ (Նյութ 27)

«Հոգեկան առողջությունը Եվրոպայում» կազմակերպությունը (Mental Health Europe, 2019, էջ 7) նշում է.

1981թ.-ին առաջին նման խմբի կազմավորումից հետո, մինչև Հունաստանի օրենսդրության մեջ շարժական խմբերի մասին դրույթի ընդգրկումը, ողջ Հունաստանում հիմնադրվել է և մինչ օրս գործում է ավելի քան 25 խումբ: Ներկայումս շարժական խմբերն օգտագործվում են որպես հոգեկան առողջության ծառայությունների մատուցման և հոգեկան առողջությունից օգտվողների իրավունքների պաշտպանության համար հիմք, հատկապես փոքր և հեռավոր պրեֆեկտուրաներում:

Հաղորդվում է, որ տեղական համայնքը, առողջապահական այլ ծառայությունները, ինչպես նաև առանցքային անձինք (տեղական իշխանությունները, ոստիկանության բաժինները և դատախազությունները) ոչ միայն օգնում են, այլ ակտիվորեն մասնակցում են շարժական խմբերի աշխատանքին՝ ապահովելով անձի՝ ակտիվ անդամ մնալու իրավունքը: Թույլ տալով մարդկանց մնալ իրենց համայնքներում և ծառայություններ առաջարկելով ծառայություններից օգտվողի տան մոտակայքում՝ շարժական խմբերն ապահովում են խնամքի կայունությունն ու շարունակականությունը: Դրանց հաջողության գրավականն են կանխարգելիչ աշխատանքը, տեղաբնակների մասին տեղեկատվությունը, ժամանակին միջամտությունները, թերապևտիկ բուժումը և կապի պահպանումը ինչպես ծառայություններից օգտվողի ընտանիքի, այնպես էլ համայնքի հետ: Շարժական խմբերը վերաբերվում են անհատներին որպես կենսահոգեբանական և սոցիալական ամբողջության, ինչը նշանակում է, որ նրանք զբաղվում են սոցիալական կամ աշխատանքի հետ կապված խնդիրներով, միևնույն ժամանակ անհրաժեշտ քայլեր են ձեռնարկում, որպեսզի մարդիկ, ցանկության դեպքում, կարողանան օգտվել համապատասխան բուժումից: Վերլուծությունների արդյունքները, ցույց են տալիս, որ այլ պրեֆեկտուրաների համեմատ, որտեղ շարժական խմբեր չկան, հարկադիր հոսպիտալացումների տոկոսը շատ ավելի ցածր է (Նյութ 27):

Համաձայն 10 տարիների պրակտիկայի գնատաման.

«MMHU I-T-ն և Հունաստանի նմանատիպ այլ ստորաբաժանումները ծախսարդյունավետ ծառայության հաջող օրինակ են, որը նպաստում է հոգեկան առողջությանը գյուղական, հեռավոր և զրկված վայրերում: Խնամքի այս մոդելը կարող է օգտակար լինել կլինիկական պրակտիկայի և առողջապահական քաղաքականության համար՝ հաշվի առնելով շարունակվող ռեցեսիան և առողջապահական բյուջեի կրճատումները: Այն ապացուցում է, որ գյուղական վայրերում հոգեկան առողջության խնամքը կարող է արդյունավետ կերպով մատուցվել՝ առաջնային խնամքի համակարգում ինտեգրելով ընդհանուր համայնքի հոգեկան առողջության շարժական խմբերը:» (Peritogiannis et al., 2017, էջ 556):

Մեկ այլ հետազոտություն ցույց է տալիս, որ ծառայությունից օգտվողների շրջանում հոսպիտալացումները զգալիորեն կրճատվել են. «[շարժական խմբերի] աշխատանքի առաջին 2 տարիների ընթացքում բուժվող հիվանդների հոսպիտալացումները զգալիորեն կրճատվել են՝ 30.4%-ով» (Peritogiannis et al., 2011):



Բաց երկխոսությունների մոդել Ֆինլանդիա և միջազգային

«Բաց երկխոսության մոտեցում սուր փսիխոզին» ծրագիրը Ֆինլանդիայում մշակված գործելակերպ է, որի ներքո խնամքի վերաբերյալ որոշումները կայացվում են անհատի և նրա աջակից ցանցերի ներկայությամբ: Գործելակերպը ներկայացվում է որպես հոսպիտալացման այլընտրանք, մասնավորապես, երբ այն կիրառվում է որպես տնային կամ համայնքային բուժման վրա հիմնված ծրագիր (հիվանդանոցային բուժման վրա հիմնված տարբերակին կարող էք ծանոթանալ վերևում, տե՛ս էջ 54), և հստակ ընդգծում է անձի ցանկությունների և նախասիրությունների վրա հիմնված աջակցության կարևորությունը, ինչպես նաև այն, թե ինչ ձևով է նա նախընտրում նկարագրել իր հոգեկան անհավասարակշռության վիճակը: Հետևաբար, «Բաց երկխոսությունը» գրականության մեջ ասոցացվում է ոչ հոժարակամ միջոցների կիրառման այլընտրանքի կամ նվազման հավանականության հետ:

Հոգեթերապևտիկ մոտեցումներն ուղղված են անձի և նրա աջակցության համակարգի միջև երկխոսության զարգացմանը՝ որպես թերապևտիկ միջամտություն: Ծառայություններ մատուցողները նպատակ ունեն հեշտացնել կանոնավոր «ցանցային հանդիպումները» անձի և նրա ընկերների, խնամողների և ընտանիքի անմիջական ցանցի, ինչպես նաև կլինիկական թիմի մի քանի հետևողականորեն ներկա գտնվող անդամների միջև: Չափազանց կարևորվում է բոլոր ձայների և տեսակետների հավասար լսումը՝ որպես բուժման միջոց և նպատակ:

Բաց երկխոսության գործելակերպը նկարագրվել է Մարդու իրավունքների ազգային ինստիտուտների և հոգեկան առողջության եվրոպական ցանցի կողմից (2020 թ., էջ 17) հետևյալ կերպ.

Ծառայություններ մատուցողները նպատակ ունեն հեշտացնել կանոնավոր «ցանցային հանդիպումները» անձի և նրա ընտրած ընկերների, խնամողների կամ ընտանիքի անմիջական ցանցի և առողջապահական թիմի անդամների միջև: Բուժման պլանավորման ժամանակ շեշտադրումը դրվում է թափանցիկության վրա, և որոշումների կայացման գործընթացները նպատակ ունեն հարգել անձի կամքն ու նախասիրությունները՝ պաշտպանելով նրան անհարկի ազդեցությունից: Նման աջակցությունը անձին հնարավորություն է տալիս պահպանել իր իրավունակությունը և խմբի ներսում

մտքափոխանակումներից և մտորումներից հետո վերջնական որոշում կայացնել, օրինակ՝ իր բուժման վերաբերյալ:

Առկա է Բաց երկխոսության մոդելի հաջողության մասին վկայող փաստացի տվյալների աճող բազա: Ֆինլանդիայում վերջերս անցկացված ուսումնասիրությունը հիմնվում է կլինիկական և ֆունկցիոնալ բարելավումների վերաբերյալ 19 տարվա ընթացքում կուտակված փաստացի տվյալների բազայի վրա, ներառյալ հիվանդանոցային բուժման կրճատման, հաշմանդամության նպաստների և նեյրոլեպտիկ դեղամիջոցների օգտագործման մասին տվյալների (Bergström et al., 2018):

«Երկխոսական պրակտիկայի» 12 հիմնական տարրերը Բաց երկխոսության մեջ

Ըստ Մերի Օլսենի (Mary Olsen) և գործընկերների (2014թ.), «Բաց երկխոսություններից գոյացած երկխոսության պրակտիկայի 12 հիմնական տարրերը» հետևյալն են.

1. Երկու (կամ ավելի) թերապևտներ թիմային հանդիպման ժամանակ
2. Ընտանիքի և ցանցի մասնակցություն
3. Այո/ոչ պատասխան չակնկալող (բաց) հարցերի օգտագործում
4. Ինչպես արձագանքել հաճախորդների խոսքերին
5. Ներկա պահի կարևորում
6. Տարբեր տեսակետերի բացահայտում
7. Երկխոսության մեջ ռելացիոն կապերի կիրառում
8. Խնդրահարույց խոսակցությանը կամ վարքագծին արձագանքում չեզոք ոճով (Matter-of-Fact Style) և ուշադրություն դարձնելով դրանց ներքին իմաստին
9. Պացիենտի խոսքերի և պատմությունների, այլ ոչ թե ախտանիշների կարևորում
10. Մասնագիտական զրույց (ռեֆլեքսիա) բուժման հանդիպումներում
11. Թափանցիկ լինելը
12. Անորոշության հանդուրժում

Բաց երկխոսության ծրագրի դրական արդյունքները հանգեցրել են նրա տարածմանը այլ երկրներում, ներառյալ նախևառաջ՝ սկանդինավյան այլ երկրներում (Նորվեգիա, Դանիա) և երկրորդ հերթին՝ այլ երկրներում (Միացյալ Թագավորություն, Իտալիա, Պորտուգալիա [տես ստորև], Գերմանիա, Լեհաստան, Նիդերլանդներ, ԱՄՆ, Ավստրալիա) (Նյութ 10): Արդյունքում ձևավորվել է միջազգային ցանց՝ տարեկան սեմինարներով և կոնֆերանսներով, որտեղ կլինիկական բժիշկներն ու ծառայություններից օգտվողները պարբերաբար հանդիպումներ են անցկացնում՝ փորձի փոխանակման և առաջընթացը քննարկելու համար (Նյութ 10):

Այս բոլոր երկրների խնամքի համակարգերում Բաց երկխոսության ներդրումը տեղի ունեցավ երկու հիմնական ուղղությամբ. առաջին՝ ստեղծվեց երկխոսական հաղորդակցության մշակույթ անձնակազմի, ծառայություններից օգտվողների, ընտանիքի անդամների և անձի սոցիալական ցանցի այլ անդամների միջև (Նյութ 23): Երկրորդ՝ կազմակերպվեցին համայնքային բազմամասնագիտական բուժման թիմեր՝ հիմնականում ամբուլատոր ծառայություններ մատուցելու համար: Այս փոփոխությունները լիովին համապատասխանում են հոգեկան առողջության 2013-2020 թվականների համապարփակ գործողությունների ծրագրում ԱՀԿ-ի կողմից արված առաջարկություններին, որոնք նպաստում են ծառայությունների հասանելիության և օգտագործման հաճախականության ավելացմանը, ինչպես նաև մատուցվող ծառայությունների արդյունավետ համակարգմանը և համայնքային ռեսուրսների մոբիլիզացմանը՝ ենթադրելով, որ նման քայլերը կհանգեցնեն հոսպիտալացումների և խնամքի ծախսերի զգալի նվազմանը և վերականգնման մակարդակի էական բարելավմանը (Նյութ 23):

Պորտուգալիա

Պորտուգալիայում ջանքեր են գործադրվում Բաց երկխոսության մոտեցումն ամբողջ երկրում տարածելու ուղղությամբ (Նյութ 10): Մի խումբ կազմակերպություններ (ACES Lisboa Norte, CHLN, SPMS, Camara de Lisboa, Hospitalização Domiciliária, Santa Casa da Misericórdia, Centre Nacional de TeleSaúde) հանդիպել են 2019 թվականին՝ նպատակ ունենալով վերապատրաստել հիմնական թիմի անդամներին 2000 թվականին, մինչև 2021 թվականին փորձնական ուսումնասիրություն անցկացնելը: 2022 թվականին ծրագիրը կկատարելագործվի և կիրականացվի հետազոտություն՝ համեմատելու փորձարկմանը մասնակցող հիվանդանոցների պացիենտների արդյունքները սովորական բուժում ստացողների արդյունքների հետ:

Հատկանշական է, որ Բաց երկխոսություն ծրագիրն մշակվել է Ֆինլանդիայում, որը մեկ շնչի հաշվով ոչ հոժարական միջամտության ամենաբարձր ցուցանիշներից մեկն ունի ամբողջ Եվրոպայում (իրականում նաև՝ ամբողջ աշխարհում): Ի հակադրություն, Պորտուգալիայում այդ ցուցանիշն աշխարհում ամենացածրերից է (Sheridan Rains et al., 2019թ., տե՛ս Աղյուսակ 1): Հետևաբար, ինքնին ակնհայտ չէ, որ «Բաց երկխոսությունները» անպայման հանգեցնում են հարկադիր միջամտությունների կրճատման, նույնիսկ եթե այլ առումներով դա կարող է լինել խոստումնալից և իրավունքներ խթանող գործելակերպ: Բաց երկխոսության մոտեցման արդյունավետությունը գնահատելու համար օգտագործվող ցուցիչները ներառում են

հոսպիտալացման մակարդակը, քրոնիկ հիվանդությունների տարածվածությունը և հաճախականությունը, նեյրոլեպտիկ դեղամիջոցների օգտագործումը, ֆունկցիոնալ վերականգնման աստիճանը և մնացորդային ախտանիշները և յուրաքանչյուր դեպքի տնտեսական արժեքը (այդ թվում՝ հաշմանդամության հետ կապված ծախսերը) (Bergström et al., 2018թ., Նյութ 23): Բացի Աքերշուսի համալսարանական հիվանդանոցի անվտանգ հոգեբուժական բաժանմունքում Բաց երկխոսությունների մոտեցման կիրառումից, ըստ էության չկա որևէ ուսումնասիրություն, որը Բաց երկխոսությունները բացահայտորեն կապում է հարկադրանքի նվազեցման հետ, ինչը, սակայն, չի ենթադրում, որ այն կարևոր չէ այլ առումներով:



Անձնական օմբուդսմենի ծրագիր Շվեդիա

Շվեդիայի անձնական օմբուդսմենի ծրագիրը («Personligt Ombud Skåne» կամ «ԱՕ») հիմնադրվել է 1995 թվականին հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց կողմից՝ որպէս «Օգտատերերի կողմից վերահսկվող ծառայություն անձնական գործակալների հետ» (Նյութ 27): Անձնական աջակցության այս ձևն ուղղված է որոշումների կայացման հեշտացմանը, այդ թվում՝ պահանջներ ներկայացնելով պետական մարմիններին և սոցիալական ծառայություններին աջակցության վերաբերյալ, որին անհատն իրավունք ունի: «Օգնականները» կամ «փաստաբանները» նշանակվում են ըստ օրենքի, որպէսզի օգնեն անձին կամավոր, այլ ոչ թէ հարկադրական ձևով իրեն առնչվող իրավաբանական որոշումներ կայացնել: ԱՕ-ն արհեստավարժ, բարձր որակավորում ունեցող անձ է, սովորաբար իրավաբան կամ սոցիալական աշխատող, ով գործում է զուտ իր հաճախորդի օգտին և չի աշխատում հոգեբուժական կամ սոցիալական ծառայությունների կամ որևէ այլ մարմնի, ինչպէս նաև հաճախորդի հարազատների կամ որևէ այլ անձի հետ (Նյութ 27): Օմբուդսմենը մեծ հոգատարություն է ցուցաբերում և ժամանակ է հատկացնում վստահություն ձևավորելու և օգտվողներին ապահովելու համար այն օգնությունն ու ծառայությունները, որոնք նրանք ակնկալում են և որոնց իրավունակ են: Այդ օգնությունը նախատեսված չէ որևէ մեկ կոնկրետ իրավիճակի համար (օրինակ՝ հոսպիտալացում, անօթևանություն կամ սուր ճգնաժամեր), այլ կրում է մշտական տեսք՝ ուղեկցելով անձին իր հոգեւոցիալական դժվարությունների ընթացքում:

2000 թվականին ԱՕ համակարգը ընդլայնվեց՝ տարածվելով ամբողջ երկրում (Նյութ 27): Թեև հարկադրանքի վրա դրա ազդեցության վերաբերյալ ուսումնասիրություններ դեռևս չկան, ծրագրի կառավարության հնգամյա գնահատումը ցույց է տվել, որ այն սոցիալ-տնտեսական առումով շահութաբեր է. ԱՕ-ի աջակցությունը ստացող անհատները ավելի քիչ խնամք են պահանջում, և նրանց հոգեւոցիալական վիճակը բարելավվում է: Շվեդիայի առողջապահության և բարեկեցության ազգային խորհուրդը հետևողականորեն սատարում է ԱՕ համակարգին՝ որպէս «նոր սոցիալական մասնագիտության», ընդ որում վերջինիս ջանքերի շնորհիվ 2013թ.-ին օրենքով հաստատվեց ԱՕ-ի մշտական ֆինանսավորումը (Նյութ 27): ԱՕ-ն անկախ պաշտոն է զբաղեցնում համայնքի սոցիալական ծառայությունների կառուցվածքում: Համայնքները կարող են գործարկել ԱՕ ծառայությունը կամ ենթակապալային պայմանագրեր կնքել ոչ կառավարական կազմակերպությունների հետ: Համակարգի կայացումը արձանագրվեց այն բանից հետո, երբ ոլորտի ներկայացուցիչները

ընկալեցին, որ գործող իրավական կարողությունների համակարգերը, ինչպիսիք են խնամակալությունը կամ քաղաքացիական պարտավորությունը, չեն բավարարում հոգեբանական հաշմանդամություն ունեցող բազմաթիվ մարդկանց կարիքները:

Եվրոպայի խորհրդի մարդու իրավունքների հանձնակատար Նիլս Մույժնիեկսը զեկուցել է, որ 2013 թվականին նոր կանոնակարգով մշտական ֆինանսավորում է սահմանվել կանոնավոր սոցիալական համակարգում ԱՕ համակարգի համար (Շվեդիայի առողջապահության և բարեկեցության ազգային խորհուրդ, 2008թ.). Մույժնիեկսի խոսքերով, 2014 թվականի դրությամբ, 310 ԱՕ-ներ աջակցություն են ցուցաբերել ավելի քան 6000 անհատների և 245 համայնքներ (Շվեդիայի բոլոր համայնքների 84%-ը) ԱՕ-ները ներառել են իրենց սոցիալական ծառայությունների համակարգում: ՄԻԳՀԳ-ն առաջարկում է «ՔՕ Skåne» ծրագիրը՝ հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց կողմից իրականացվող ԱՕ ծրագրի տարբերակը՝ որպես համապատասխան աջակցվող որոշումների կայացման կանոնադրական մեխանիզմ: Մույժնիեկսը գրում է. «Անձնական օմբուդսմենների համակարգը կարող է հոգեբուժական հաստատություններում հարկադրանքի պրակտիկան սահմանափակելու միջոց հանդիսանալ»՝ որպես համապատասխան աջակցվող որոշումների կայացման կանոնադրական մեխանիզմ (Շվեդիայի առողջապահության և բարօրության ազգային խորհուրդ, 2008թ.): Համակարգը միջազգային ուշադրության է արժանացել և նմանատիպ ծառայություններ գոյացել են նաև այլ երկրներում:



Վերականգնման տներ

Ճգնաժամային կամ վերականգնման տները ճգնաժամի մեջ գտնվող մարդկանց համար նախատեսված փոքր ծավալի ծրագիր է, որը երբեմն իրականացվում է նաև հատուկ խմբերի, այդ թվում՝ կանանց, փոքրամասնությունների էթնիկ խմբերի և անօթևանների համար (տե՛ս Gooding et al., 2018թ., 67-77 էջեր): Նման հոսպիտալացման այլընտրանքի ծրագրերի անձնակազմը կարող է հիմնականում կամ նույնիսկ ամբողջությամբ համալրվել մարդկանցով, ովքեր նախկինում օգտվել են նման ծառայություններից կամ ենթարկվել են ոչ հոժարակամ միջամտությունների, հոգեկան առողջության մասնագետներից (հոգեբույժներ, հոգեբաններ, սոցիալական աշխատողները և այլն), կամ էլ համակցել այդ երկու ձևերը: Այս ձեռնարկի նպատակների համար ներկայացվել է վերականգնման տան մեկ օրինակ:

Բոխումի ճգնաժամային սենյակներ, Գերմանիա

Բոխումի ճգնաժամային սենյակները օգնություն են տրամադրում այն մարդկանց, որոնք գտնվում են «հոգեւոցիալական ճգնաժամում կամ հոգեկան և հոգեբուժական արտակարգ իրավիճակներում» (Նյութ 27): 2001 թվականին Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener (LPE NRW) հոգեկան առողջության ծառայություններից օգտվելու փորձ ունեցող մարդկանց շրջանային հովանավոր կազմակերպությունները օգնության ծառայություն ստեղծեցին ճգնաժամ ապրող մարդկանց համար: 2013 թվականին դրանց հետ մեկտեղ ստեղծվեցին «ճգնաժամային սենյակներ», որտեղ հետագայում նախատեսվեց գիշերակացի հնարավորություն: Շտապ գիշերակացի հնարավորություն միշտ էլ եղել է վստահության ծառայության կենտրոնի սենյակներում, ինչը հազվադեպ է շահերի ինքնապաշտպանության և ֆորմալ հոգեկան առողջության համակարգ ունեցող երկրներում (Նյութ 27): Բոխումի վստահության ծառայության կենտրոնը և ճգնաժամային սենյակները գտնվում են երեք առանձին բնակարաններում՝ բարձրահարկ շենքի տարբեր հարկերում. 2-րդ հարկի ամենամեծ բնակարանը, ի հավելումն վստահության ծառայության, ունի մեկ անձի համար նախատեսված ճգնաժամային սենյակ, իսկ երրորդ բնակարանը նախատեսված է վարչական աշխատանքի և խմբերի համար:

Մուր ճգնաժամի մեջ գտնվող մարդիկ կարող են ապրել կացարանում մինչև երեք ամիս տևողությամբ և ստանալ հոգեկան առողջության մասնագետների, այդ թվում՝ հոգեբույժների օգնությունը (Նյութ 27): Ճգնաժամային աջակցությունն անհատական է

և հարմարեցված յուրաքանչյուր անձի համար՝ ընդհանուր ծրագիր չկա: Ըստ էության, բոլոր նրանք, ովքեր գտնվում են վստահության ծառայության կենտրոնում կամ այցելում են այն, ներգրավված են Բոխումի ճգնաժամային ծառայության աշխատանքներում: Դերերը փոխվում են գրեթե ինքնաբերաբար, ընդ որում կիրառվում են վարձատրության և կամավոր աշխատանքի տարբեր ձևեր: 2013-ից 2017 թվականներին ճգնաժամային սենյակները ֆինանսավորվել են տարբեր առողջապահական ապահովագրական ընկերությունների կողմից, իսկ 2017 թվականի կեսերից ֆինանսավորումը ստանձնել է Հյուսիսային Ռեյն-Վեստֆալիա երկրամասի բարեգործական հիմնադրամը:

➔ Սոթերիայի տուն, միջազգային

Սոթերիա մոդելը վերականգնողական տան տեսակ է, երբեմն ներկայացվում է որպես «Թերապևտիկ համայնքի հանրակացարան», որի նպատակն է կանխել հոսպիտալացումը (Նյութ 27): Սոթերիա հաստատությունները սովորաբար փոքր, բնակարաններ են՝ հոգեկան առողջության ծանր խնդիրներ ունեցող մարդկանց համար: Դրանք գործում են Շվեյցարիայում, Գերմանիայում, Շվեդիայում, Հունգարիայում և Դանիայում (Calton et al., 2008): Մոտեցման հիմքում փոքր, համայնքի կողմից հիմնված, բնակելի բուժման միջավայր է, որի աշխատակազմը կլինիկական անձնակազմի փոխարեն հիմնականում համակիցներ են (peers) կամ հարակից մասնագիտություններ ունեցող անձինք: Սոթերիայի տների գործունեությունը նպաստում է խոցելի մարդկանց իրավունքների և հնարավորությունների ընդլայնմանը՝ իրավագործմանը, համակիցների կողմից նրանց աջակցությանը, սոցիալական ցանցերի ստեղծմանը և փոխադարձ պատասխանատվությանը (Նյութ 27): Դրանցում սովորաբար նախատեսում է հոգեմետ դեղամիջոցների նվազագույն չափ՝ յուրաքանչյուր բնակչի անձնական ընտրության հիման վրա: ԱՄՆ-ում Վերմոնտի հոգեկան առողջության դեպարտամենտը հայտարարել է, որ «հոգեկան առողջության ճգնաժամում գտնվող մարդկանց հարկադիր դեղորայքային բուժումը կրճատելու հարցում Սոթերիա մոդելի ներդրման նպատակահարմարությունը Վերմոնտ նահանգում գնահատելու համար անհրաժեշտ է լրացուցիչ վերլուծություն»: (Վերմոնտի հոգեկան առողջության ծառայությունների վարչություն, 2017թ., էջ 5):

➔ Weglaufhaus, «Villa Stöckle» – Բեռլին, Գերմանիա

Weglaufhaus-ը շահույթ չհետապնդող վերականգնման տուն է անօթևանների համար, ովքեր ճգնաժամ են ապրում, որը գործում է Գերմանիայի Բեռլին քաղաքում 1989 թվականից (Նյութ 21): Դրա անձնակազմի կեսը մարդիկ են, ովքեր ունեն նախկինում հոգեբուժական ծառայություններից օգտվելու կամ ոչ հոժարակամ հոգեբուժական միջամտության ենթարկվելու փորձ: Weglaufhaus-ի հիմնական գործառույթն է աջակցության, անվտանգության և ապաստանի տրամադրումը հոգեւոցիալական աջակցության կարիք ունեցող մարդկանց՝ օգնելով նրանց ամուր հիմքեր ստեղծել իրենց ինքնուրույն ընտրած ապագայի համար (Նյութ 21): Այդ տներում բնակիչները պետք է լինեն առնվազն 18 տարեկան, անօթևան, շուրջօրյա աջակցության կարիք ունենան և իրավունակ լինեն սոցիալական օգնություն ստանալու Գերմանիայի կառավարությունից:

Weglaufhaus-ը հոգեբուժության ծառայություններից օգտվողների և հոգեկան ճգնաժամ վերապրած անձանց համաշխարհային ցանցի մի մասն է: Բնակիչները սովորաբար ձգտում են խուսափել հարկադիր հոսպիտալացումից կամ հոգեբուժությանը այնիպիսի այլընտրանք են փնտրում, որը հարկադրանք չի նախատեսի: Նյութ 21-ում նշվում են վերականգնման տների հետևյալ առանձնահատկությունները .

- ▶ Ախտորոշումներ չեն օգտագործվում: Պարտադրանք չկա: Հոգեբույժներին տուն չեն թողնում:
- ▶ Հոգեմետ դեղերի ընդունումը կարող է դադարեցվել, թեև դա պարտադիր չէ:
- ▶ Թիմի կատարած աշխատանքը հնարավորինս թափանցիկ է բնակիչների համար: Բնակիչները կարող են դիտել իրենց ֆայլերը: Նրանք կարող են նաև մասնակցել անձնակազմի հանդիպումներին:
- ▶ Աշխատանքը հիմնված է «հակահոգեբուժական մոտեցման» վրա և միտված է բնակիչների շահերին:
- ▶ Աշխատանքի հիմնական նպատակը բնակիչների ինքնորոշմանն աջակցելն է:
- ▶ Տրանս*, երկբևեռ գենդերային համակարգից դուրս և ինտերսեքս մարդկանց համար նախատեսված է առանձին հարկ:
- ▶ «Ավանդական» սոցիալական աշխատանք, ինչպիսին է մարդկանց սոցիալական ապահովության, առողջության ապահովագրության, իրավական կարգավիճակի և խորհրդատվության հարցերում օգնելը:

Նախկին բնակիչների համար տանը շաբաթը մեկ անգամ բաց օր և ամենամսյա ասոցիացիայի ժողով է կազմակերպվում: Weglaufhaus-ի մասին կան գերմանալեզու մի շարք ուսումնասիրություններ (<https://www.weglaufhaus.de/literatur/forschungsarbeiten-zum-berliner-weglaufhaus/> [8/04/2021թ. -ի դրությամբ]):



TANDEMplus:

Ճգնաժամի շարժական աջակցություն և սոցիալական ցանցերի զարգացում Բելգիա

«TANDEMplus»-ը շարժական ճգնաժամային փոքր ծառայություն է, որն աջակցում է մարդկանց ճգնաժամի ժամանակ և կարճ ժամանակ անց: TANDEMplus-ի հիմնական նպատակն է օգնել մարդուն «(վեր)ակտիվացնել իր անձնական աջակցության ցանցը» (Նյութ 7): Այն ներառում է աջակցության տեսակի որոշումը, որը անձը կցանկանար ստանալ՝ ելնելով իր արտահայտած կարիքներից, և անձին համապատասխան մարդկանց կամ համայնքային ծառայությունների հետ կապելը: TANDEMplus-ը միջամտում է միայն կարճաժամկետ հիմունքներով, բացարձակապես ոչ հարկադրաբար, ընդ որում միջամտության միջին տևողությունը 29,5 օր է («L'équipe mobile Tandemplus», <https://www.cbcs.be/L-equipe-mobile-Tandemplus> [22/01/2021թ.-ի դրությամբ]): Ըստ ծառայության հովանավոր հանդիսացող Human Rights Watch կազմակերպության. (Hancock, 2019).

TANDEMplus-ի առաջարկած միակ «բուժումն» աջակցությունն է՝ կանոնավոր տնային այցելությունների տեսքով՝ մարդկանց հույզերի և մտահոգությունների մասին զրուցելու նպատակով: Նրանք օգնում են մարդուն ճգնաժամի հաղթահարման ռազմավարություն գտնել և լուծել գործնական խնդիրները, որոնք նրան հասցրել են ճգնաժամի, լինի դա պարտքի խնդիր, օգնություն կենցաղային ծառայությունների համար վճարման հարցում, թե ընտանիքի անդամների հետ կապերի վերականգնում: Նրանք նաև անձին ուղղորդում են սոցիալական աշխատողներին կամ այլ ծառայություններին: Աջակցությունը տրվում է միայն անձի լիակատար համաձայնությամբ՝ արտացոլելով TANDEMplus-ի հիմնական փիլիսոփայությունը՝ այն, որ անձը վերահսկում է իր կյանքը:

TANDEMplus-ը երկլեզու ծառայություն է (ֆրանսերեն և հոլանդերեն): Այն գործում է հիմնականում Բրյուսելի վատ սոցիալ-տնտեսական պայմաններում գտնվող շրջաններում և ուղղված է 18 տարեկանից բարձր մեծահասակներին, ովքեր ճգնաժամ են ապրում կամ դժվարանում են գտնել իրենց կարիքները բավարարող հոգեբուժական աջակցություն:

Արտաքին ծառայության աշխատակիցները զույգերով այցելում են զանգահարողին՝ իր տանը կամ իր ընտրած մեկ այլ վայրում: Հնարավորության դեպքում ծառայության հետ կապ հաստատած անձին խնդրում են ներկա գտնվել առաջին այցելությանը:

Ցանկացած հանդիպումից առաջ միշտ անհրաժեշտ է համապատասխան անձի համաձայնությունը:

Ձեռնարկը կազմելու պահին ծառայությունն ուներ 8 արտագնա աշխատող: Անձնակազմի անդամներից չի պահանջվում մասնագիտական կրթություն հոգեկան առողջության ոլորտում, թեև նրանց մեծ մասն ունի հոգեկան առողջության գծով մասնագիտական փորձ: Հատուկ ուշադրություն է դարձվում անձնակազմի անդամի՝ հաղորդակցվելու, համագործակցելու, մարդամոտ լինելու, ստեղծագործելու և այլնի կարողության վրա: Ներկայումս թիմում ընդգրկված են կլինիկական հոգեբաններ, սոցիալական աշխատողներ, բուժքույրեր և մանկավարժներ: Թիմն ունի մեկ հոգեբույժ:

Աջակցություն փնտրող մարդիկ կարող են զանգահարել թեժ գիծ, որը գործում է շաբաթվա ընթացքում ժամը 9:00-ից 15:00-ն: Թեժ գծի թիմի անձնակազմի առնվազն մեկ անդամ ունի հոգեկան առողջության ծառայություններից օգտվելու փորձ: Զանգերի գրեթե կեսն ավարտվում են տնային այցելությամբ, մինչդեռ մյուս զանգերը սովորաբար վերաբերում են տեղեկատվության փոխանակմանը, ուղղորդմանը և խորհրդին (Նյութ 7):

Առաջին այցից հետո ծառայությունը իրականացնում է կանոնավոր տնային այցելություններ (շաբաթական միջինը 2-3 այց), ինչպես նաև կանոնավոր հեռախոսազանգեր (ժամը 9:00-ից 17:00-ի ընթացքում): TANDEMplus-ը չի նշանակում և չի տնօրինում հոգեմետ դեղամիջոցներ, ինչպես նաև մարդկանց չի ախտորոշում, փոխարենը փորձում է ուղիներ գտնել՝ լուծելու այն խնդիրները, որոնք մարդուն հասցրել են ճգնաժամի: Անձնակազմի անդամն այսպես է նկարագրում ծառայությունը. «Մեր աշխատանքը կայանում է նրանում, որ մարդու շուրջ հիմք է ստեղծվում, որը բավականաչափ ամուր է, որպեսզի նա շարունակի հոգեբանորեն առաջադիմել» (Նյութ 7):

TANDEMplus-ի կարևոր կողմն այն է, որ այն միավորվում է այլ առողջապահական և սոցիալական ծառայությունների, համայնքային խմբերի և այլնի հետ՝ անձի համար երկարաժամկետ աջակցության համակարգ ստեղծելու համար: TANDEMplus-ը տասնյակ սոցիալական և առողջապահական ծառայությունների ավելի մեծ ցանցի մի մասն է («Partenaires Archief», Hermesplus, <https://hermesplus.be/fr/notre-operation/partenaires/> [30/3/2021թ.-ի դրությամբ]): TANDEMplus-ը ձգտում է ակտիվորեն կապ հաստատել աջակցության այլ համակարգերի հետ՝ խուսափելու ծառայությունների մասնատված տրամադրման իրավիճակից, որոնցում անձը պետք է միայնակ գտնվի:

Եթե առկա է բռնության վտանգ, անձի հետ նախնական հանդիպումը անց է կացվում անվտանգ հասարակական միջավայրում: Եթե ռիսկը չափազանց մեծ է,

աջակցությունը դադարեցվում է: Լլուրջ վտանգի դեպքում (անձի կամ այլոց համար), տվյալ անձի ընտանիքը կամ խնամք տրամադրողները տեղեկացվում են այն մասին, թե ինչպես նրանք կարող են ոչ հոժարակամ միջամտություն նախաձեռնել: Անհրաժեշտության դեպքում թիմը շարունակում է աշխատանքը լինել ճգնաժամային շրջանում և կարող է անձին ուղեկցել հիվանդանոց, եթե նա ցանկանա: TANDEMplus-ի թիմը հարկադիր հոսպիտալացում չի նախաձեռնում: Որոշ դեպքերում պահանջվում է ոստիկանության միջամտություն, ինչը ժամանակավորապես դադարեցնում է TANDEMplus-ի ներգրավվածությունը: TANDEMplus-ի քաղաքականությունն այն է, որ «խնամքը համատեղելի չէ ոստիկանության միջամտության հետ» (Նյութ 7):

2019 թվականի գնահատման համաձայն՝ TANDEMplus-ի միջամտությունը ծառայությունների օգտագործողների 49%-ին կապել է Բրյուսելի ամբուլատոր խնամքի համակարգին՝ ներառյալ շարժական կառուցվածքային խնամքի և ամբուլատոր հաստատությունների, հոգեկան առողջության կենտրոնների, առողջապահական ծառայություններ մատուցողների, տնային խնամքի, անօթևաններին օգնության, խորհրդատվության և համակարգող ծառայություններ և այլ համայնքային կազմակերպություններ (Նյութ 7): 22TANDEMplus-ի կողմից կատարված ուղղորդումների 22%-ը եղել է ստացիոնար բուժօգնության համար՝ հոգեբուժական հիվանդանոցում կամ ընդհանուր հիվանդանոցի հոգեկան առողջության բաժանմունքում: Մնացած անձինք չեն ուղղորդվել այլ ծառայությունների այն պատճառով, որ նրանք դա չեն ցանկացել կամ կապ չեն պահպանել TANDEMplus-ի հետ (Նյութ 7):

Ըստ Human Rights Watch-ի՝ ծրագրում ընդգրկվելը ծառայությունից օգտվող մարդկանց համար ամբողջովին անվճար է (Hancock, 2019): Ավելին, նրանց անունները չեն գրանցվում, նրանք բժշկական ապահովագրություն կամ անձը հաստատող փաստաթուղթ ունենալու կարիք չունեն, և ցանկության դեպքում կարող են մնալ բացարձակ անանուն:

Human Rights Watch-ը նաև իրականացրել է ծախսարդյունավետության վերլուծություն և նշել, որ հոգեկան առողջության կենտրոնում կամ ընդհանուր հիվանդանոցում մնալու համեմատ՝ TANDEMplus-ի կողմից տրամադրվող տնային աջակցության տեսակն տնտեսապես ավելի ձեռնտու է (Hancock, 2019):

Գ. «Հիբրիդային» մոտեցումներ քաղաքականության և պլանավորման մեջ

Ստորև ներկայացվող գործելակերպերը չեն տեղավորվում «հիվանդանոցային» կամ «համայնքային» ծրագրերի շրջանակում: Դրանք ավելի շուտ միավորում են այդ երկու շրջանակների սկզբունքները: Մասնավորապես, դա վերաբերում է ճգնաժամային վիճակում գտնվող անձանց և ընտանիքների համար հիվանդանոցային խնամքի՝ տնային և համայնքային պայմաններում իրականացմանը: Այն նաև ներառում է «համայնքային ռեսուրսները» (համայնքային ասոցիացիաները, բնակարանային պայմանները, շահերի պաշտպանությունը, աշխատանք առաջարկող ձեռնարկությունները և այլն) առողջապահական հաստատությունների ծառայությունների հետ փոխկապցումը և նույնիսկ դրանց փոխակերպմանն ուղղված ջանքերը:

Ներկայացված հիբրիդային մոտեցումները հետևյալն են .

- ▶ **«Խնամքի գործողությունների որակի ծրագիր»**
Չեխիայի Հանրապետություն..... էջ 91
- ▶ **«Քաղաքացիական հոգեբուժություն»**
Ֆրանսիա էջ 94
- ▶ **«Հոգեբուժության և տնային խնամքի ծառայությունների միջև համագործակցության բարելավում»**
Շվեդիա էջ 106
- ▶ **«Պացիենտի առաջնորդությամբ գործողությունների ծրագիր»**
հարկադիր բուժման որոշումները բողոքարկելու համար
Նիդերլանդներ..... էջ 108
- ▶ **Պարտադիր հոսպիտալացման դեպքերի նվազեցում հոգեկան առողջության անհետաձգելի կլինիկայում**
Նորվեգիա..... էջ 110
- ▶ **Տրիեստի մոդել «Բաց դռներ՝ առանց զսպման»**
Իտալիա էջ 112



ԵՄ անդամ մի քանի երկրներ շարունակում են «ապահինստիտուցիոնալացումը»՝ տարբեր քաղաքականությունների և գործելակերպերի իմաստով, որոնք ուղղված են փակելու համալիր հաստատությունները, որտեղ տեղավորվում և պահվում են հոգեկան առողջության խնդիրներ, հոգեկան և այլ հաշմանդամություն ունեցող անձինք: Այդ երկրների հոգեկան առողջության ծառայություններում հարկադրանքի նվազեցմանն ուղղված ջանքերը չեն կարող հստակորեն տարանջատվել ապահինստիտուցիոնալացման ավելի լայն նպատակներից:

Չեխիայի Հանրապետությունը նախաձեռնել է նման ծրագիր 2013 թվականին՝ հոգեկան առողջության քաղաքականության տեսքով, որը աջակցվել է 2017 թվականին «Եվրոպական ներդրումներ և կառուցվածքային հիմնադրամների» միավորման կողմից (Նյութ 18): Հոգեկան առողջության պահպանման հետագա ազգային գործողությունների ծրագիրը ներառում է մի շարք միջոցառումներ, ուղղված մասնավորապես՝ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող մարդկանց իրավունքների պաշտպանությանը, հոգեկան առողջության ոլորտում հոգեբուժական օգնության և ծառայությունների որակին և հարկադիր հոսպիտալացումների կանխմանը (Նյութ 18):

Հոգեկան առողջության պահպանման բարեփոխման ռազմավարությունը նպատակ ունի հրաժարվել մարդկանց պարզապես հաստատություններից հիվանդանոց տեղափոխելուց կամ հոգեկան առողջության հաստատություններից և հիվանդանոցներից մարդկանց վտարելուց՝ առանց հետագա աջակցության և միջոցների տրամադրման: Փոխարենը, նպատակն է ստեղծել մի շարք ծառայություններ, որպեսզի «ստացիոնար խնամքը չփոխարինի սոցիալական համակարգում այլ խնամքը՝ առողջապահական և սոցիալական կարիքները բավարարելու համար» (Նյութ 18): Բարեփոխումների գործընթացին մասնակցում է 17 հոգեկան առողջության կենտրոն:

Առողջապահության նախարարությունը առանձին հիվանդանոցների տնօրեններից պահանջել է փոխել տրամադրվող խնամքի կառուցվածքը, որպեսզի ծառայությունները մատուցվեն ծառայությունից օգտվողների սեփական սոցիալական միջավայրում (օրինակ՝ ստեղծելով համայնքային հոգեկան առողջության կենտրոններ):

Աշխատանքներ են տարվում նաև օգնելու այն անհատներին, ովքեր վեց ամսից ավելի ժամանակով գտնվում են հիվանդանոցներում՝ վերադառնալու ինստիտուցիոնալ միջավայրից դուրս կյանքին: 2019 թվականի հունվարի 1-ից մինչև 2019 թվականի մայիսի 31-ը դուրս է գրվել երկարատև հոսպիտալացված 736 հիվանդ (Նյութ 18): Երկարատև հոսպիտալացված հիվանդների 43%-ն ապրելու տեղ չունի:

Բարեփոխումների մեկ այլ առանձնահատկություն է եղել հոգեկան առողջության ծառայություններից օգտվողների և նրանց ընտանիքի անդամների լայնածավալ հարցումը, որին մասնակցել է ավելի քան 700 հարցվող Չեխիայից (հետազոտություն, որն ընթանում է այս աշխատությունը կազմելու պահին (Նյութ 18):

Ընդհանուր ռազմավարությունը սերտորեն կապված է ԱՀԿ-ի Quality Rights ծրագրի հետ (տե՛ս վերևում, էջ 19): 2018 թվականին ԱՀԿ-ի հետ համագործակցությամբ ընդհանուր առմամբ 17 հոգեկան առողջության կենտրոնում իրականացվել է օգնության որակի քարտեզագրում: ԱՀԿ-ի QualityRights չափանիշների վրա հիմնված (ՀԱԻԿ-ի օրինակով) խնամքի որակի քարտեզագրման արդյունքը եղել են հոգեբուժական հիվանդանոցների գնահատման հաշվետվությունները և ամփոփ գնահատման հաշվետվությունը: Գնահատող թիմը բաղկացած էր բժիշկից, հոգեկան առողջության և հոգեւոցիալական հաշմանդամության փորձ ունեցող անձից, սոցիալական աշխատողից և իրավաբանից:

Յուրաքանչյուր հիվանդանոց իրականացրել է խորհրդատվական գործընթաց և կրթական ծրագիր աշխատողների համար (բժիշկների, բուժքույրերի, բուժաշխատողների, սոցիալական աշխատողների և այլ պարաբժշկական մասնագետների)՝ ՀԱԻԿ-ի իրականացման հետ կապված ընտրված հարցերի վերաբերյալ: Այդ ծրագրերն իրականացվում են որակյալ կառավարիչների կողմից և թեմատիկորեն մշտապես ուղղված են հոգեկան առողջության կենտրոնի իրական կարիքին կամ պահանջարկին: Հոգեկան առողջության կենտրոններում առկա ուսուցման ծրագրերի և թեմատիկ սեմինարների իրականացումը դադարեցվել է Covid-19 համավարակի պատճառով և ժամանակավորապես իրականացվել է վեբինարների միջոցով:

2021 թվականի առաջին կիսամյակի համար պատրաստվում են առցանց կրթական ծրագրեր՝ կենտրոնանալով, մասնավորապես, հետևյալ թեմաների վրա.

- ▶ Մարդու իրավունքներ,
- ▶ Արբիտրաժ և ինքնուրույն որոշելու իրավունք,
- ▶ Վերականգնում և առողջության իրավունք,
- ▶ Հարկադրանքի, բռնության և դաժան վերաբերմունքի չենթարկվելու իրավունք

- ▶ Հոգեկան առողջություն, հաշմանդամություն և մարդու իրավունքներ և այլն:

Առանձին հիվանդանոցներում իրականացվող այս կրթական ծրագրերից բացի, Չեխիայի Հանրապետության իրավունքների հանրային պաշտպանի գրասենյակի հետ համատեղ անցկացվել են հիվանդանոցների կառավարման սեմինարներ: Այս սեմինարները կենտրոնացած էին առողջապահական ոլորտի մասնագետների իրավական պատասխանատվության, մարդու իրավունքների հիմունքների, ռեժիմի և խափանման միջոցների կիրառման կանխարգելման խնդիրների վրա: Սեմինարները նաև հաշվի են առել խնդիրը կոնկրետ հոգեկան առողջության կենտրոնների կառավարման և ընթացակարգային մոտեցման հետ փոխկապակցելու անհրաժեշտությունը (Նյութ 18):

ԱՀԿ-ի հետ համատեղ 2019 թվականի նոյեմբերին հրապարակվել է որակի և մարդու իրավունքների վրա հիմնված էլեկտրոնային ուսուցման WHO QualityRights կրթական ծրագիր, որը ներառում է զսպման միջոցների կիրառման կանխարգելման մոդուլը: Էլեկտրոնային ուսուցման այս կրթական ծրագիրը, որը հասանելի է <https://humanrights-etrain-qualityrights.coorpacademy.com/login> կայքում, բաց է բոլոր շահագրգիռ կողմերի համար, հասանելի է չեխերեն լեզվով և հոգեկան առողջության կենտրոններին համակարգված աջակցություն է ցուցաբերվում կազմակերպության ներքին կրթության մեջ դրա իրականացման գործում: 2020 թվականի դեկտեմբերի 1-ի դրությամբ այս կրթական ծրագրին մասնակցել է 2395 հոգի (Նյութ 18):

Մինչև 2021 թվականի հունիսը Առողջապահության նախարարությունը պատրաստվում է հրապարակել հոգեկան առողջության կենտրոնների համար առաջարկվող պրակտիկաները, այդ թվում՝

- ▶ Հոգեբուժության մեջ զսպող միջոցների կանխարգելում և կիրառում,
- ▶ Բողոքների վերաբերյալ լավագույն փորձը (ներառյալ հեշտ ընթերցվող տարբերակը),
- ▶ Առողջապահության ոլորտի մասնագետների պատասխանատվության հարցի վերաբերյալ առաջարկվող ընթացակարգ,
- ▶ Առաջարկվող ընթացակարգ. որակի և մարդու իրավունքների գնահատում հոգեկան առողջության կենտրոնի ներքին գործընթացներում,
- ▶ Խնամակալություն և այլ օժանդակ միջոցներ,
- ▶ Հոսպիտալացում և բուժում առանց պացիենտի համաձայնության կամ տեղեկացված համաձայնության:

Հոգեկան առողջության հարցերով կառավարական խորհուրդը քննարկել է 2022 թվականին առողջապահության նախարարության կազմակերպական կառուցվածքում

նոր առանձին բաժին ստեղծելու հնարավորությունը՝ խթանելու և պաշտպանելու առողջապահության ոլորտում մարդկանց իրավունքները, ներառյալ հարկադիր բժշկական միջամտություններով ծրագրերի նվազեցումը:



«Քաղաքացիական հոգեկան առողջության պահպանում»

Արևելյան Լիլի հանրային հոգեկան առողջության պահպանում

Ֆրանսիա

Արևելյան Լիլի հոգեկան առողջության ծառայությունների ցանցը (59G21⁵) վերջին երեք տասնամյակների ընթացքում վերափոխվել է՝ ավանդական հոսպիտալացումից հրաժարվելու նպատակով (Նյութ 19A): Փոփոխությունը համակարգվում է EPSM Lille մետրոպոլիայի Ֆաշ Թումեսնիլ, Ռոնչին, Լեսկեն, Հելեմ, Մոն-ան-Բարուլ և Լեզան քաղաքների հոգեկան առողջության կենտրոնում:

ԱՀԿ-ի Համայնքային հոգեկան առողջության ծառայությունների ուղեցույցում (2021թ., էջ 161) ցանցը ներկայացվում է հետևյալ կերպ.

«Արևելյան Լիլի հոգեկան առողջության ցանցը առաջ է մղում «քաղաքացիական հոգեկան առողջության պահպանում» հասկացությունը: Ցանցը, որը սպասարկում է Լիլի մետրոպոլիայի հարավ-արևելյան շրջանի 88 000 բնակչությանը, կառուցվել է հոգեկան առողջության համակարգի վերակազմավորման և բարեփոխման 40 տարիների ընթացքում: Արևելյան Լիլի ցանցը վկայում է, որ հիվանդանոցային խնամքից դեպի դիվերսիֆիկացված, համայնքային աջակցությամբ միջամտությունների անցումը հոգեկան առողջության խնդիրներ և հոգեառաջնահայտական հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց համար կարող է իրականացվել ավանդական հոգեկան առողջության ծառայությունների հետ համեմատելի ներդրումներով: Այս մոտեցումը նպաստում է հոգեկան առողջության ծառայություններից օգտվող անհատների մարդու իրավունքների պահպանմանը և նրանց իրավունքների և հնարավորությունների ընդլայնմանը՝ նույնիսկ ավելի սահմանափակ ներպետական իրավական համատեքստում»:

Լիլի մետրոպոլիայի Հանրային հոգեկան առողջության ծառայությունը (Etablissement Public de Santé Mentale Lille Métropole (EPSM)) կենտրոնական դեր է խաղում ցանցի կառավարման գործում, ներառյալ տարածաշրջանային վերահսկողության և պլանավորման մեխանիզմները (Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն, 2021թ., էջ 161):

⁵ Ֆրանսիան գործում է հոգեկան առողջության հատվածային համակարգ: Ըստ մեծահասակների համար ծառայությունների երկիրը բաժանված է մոտավորապես 850 հատվածների, որոնցից յուրաքանչյուրը ունի մոտ 70,000 բնակչություն: 59G21 համարով արևելյան Լիլի հատվածը սպասարկում է միայն մեծահասակներին: Այս հատվածում ընդգրկված են Լիլի վեց ծայրամասային քաղաքները՝ Ֆաշ-Թումեսնիլ, Յելեմ-Լիլ, Լեսկեն, Լեզան, Մոն-ան-Բարուլ և Ռոնչին:

Նյութ (19A)-ն ներկայացնում է ցանցի հիմքում ընկած մի քանի առանցքային մոտեցումներ, ներառյալ՝ մարդու իրավունքները և համոզմունքը, որ հոգեկան առողջության պայմանները չեն խոչընդոտում որևէ մեկին այդ իրավունքների իրականացման հարցում, հոգեկան առողջության խնամքը բռնության և ռիսկի ճնշման հետ չհամակցելու պարտավորությունը, հասարակության և, հետևաբար, հոգեկան առողջության ծառայությունների պարտականությունը՝ մարդկանց կարիքներին հարմարվելու, այլ ոչ հակառակը, բնակիչներին իրենց համայնքներից բացառող բժշկական և սոցիալական հաստատությունները փակելու հանձնառությունը, հոգեկան առողջության վիճակից ելնելով հասարակական պարսավանքի և խտրականության դեմ պայքարելու պարտավորությունը, ներառյալ վտանգավորության և կարողությունների պակասի մասին կարծրատիպերի վերացումը:

Ցանցի ծառայությունները գործընկերության հիմքերով համագործակցում են այլ շահագրգիռ կողմերի, այդ թվում՝ ծառայությունից օգտվող մարդկանց և նրանց ընտանիքների, ՀԿ-ների, համայնքների ավագանիների անդամների և հոգեկան առողջության ոլորտում ներգրավված այլոց հետ:

Այս լայն նախաձեռնության շրջանակներում ծրագրի երկու հիմնական բաղադրիչներն են՝ *Coordination Territoriale du Parcours de Rétablissement* («Վերականգնման ուղու տարածքային համակարգում») և «Հասանելիություն, արձագանքում, տարածում»:

Վերականգնման ուղու տարածքային համակարգում

Այս բաղադրիչը ներառում է «քաղաքում ամբողջ առողջապահական համակարգի ինտեգրումը ցանցի միջոցով, որը միավորում է բոլոր շահագրգիռ համակիցներին օգտվողներին, խնամողներին, ընտանիքները և ավագանիների անդամներին» (Roelandt et al., 2010):

Մոտ 70 ամբուլատոր խնամքի համակարգերով հագեցած ծառայությունը բնակչությանը տրամադրում է կանխարգելման, ախտորոշման, խնամքի և մոնիտորինգի ծառայություններ և սարքավորումներ մեծահասակների, դեռահասների և երեխաների համար: Համակարգի առաջնային օգնության կետերն են Բժշկահոգեբանական կենտրոնները և Հոգեկան առողջության կենտրոնները: Այդ կենտրոնները տնային պայմաններում կազմակերպում են կանխարգելիչ, ախտորոշիչ, ամբուլատոր բուժօգնություն և միջամտության գործողություններ: Հաղորդվում է, որ նախաձեռնության ներքո կազմակերպվել է համայնքային խնամքի համակարգ, որը

տուժած մարդկանց հնարավորինս մոտ է պահում իրենց տներին, բնակավայրերին, ընտանիքներին և համայնքներին (Նյութ 19A): Քաղաքականության և ծրագրային կառուցակարգերը միավորում են առողջապահական, քաղաքական և սոցիալական կազմակերպությունները և գործակալությունները, ներառյալ թերապևտ բժիշկներին և առողջապահության ոլորտի պաշտոնյաներին, ավագանու անդամներին, ասոցիացիաները և ծառայություններից օգտվողների ներկայացուցիչներին, սոցիալական և բժշկասոցիալական ոլորտների աշխատողներին և սոցիալական վարձակալներին: Այս բոլոր տարրերը հիմնված են «հոգեկան առողջության տեղական խորհուրդների» վրա, որոնք միավորում են բոլոր համակիցներին (Նյութ 19A):

Այս բազմաֆունկցիոնալ մեխանիզմի շնորհիվ ապահովվում է շարունակական աջակցություն՝ առաջարկվող օգնության ձևերի միջև բաժանարար գծեր ստեղծելու փոխարեն օգնելով մարդկանց՝ հոգեկան առողջության ճգնաժամի բոլոր փուլերում: , Օրինակ՝ անձը կարող է տարբեր ժամանակներում հայտնվել հիվանդանոցի բաժանմունքում, օգտվել տնային պայմաններում ինտենսիվ բուժման բաժանմունքի ծառայություններից, ենթարկվել խորացված բուժման և ամբուլատոր խորհրդատվություն ստանալ համայնքային ծրագրերով կամ օգտվել «առօրյա հանգստի աջակցության ծառայությունից»: Այս բոլոր ծառայությունները մատուցվում են նույն մասնագիտական խմբի կողմից, որը բաղկացած է աջակիցներից, հոգեբաններից և հոգեբույժներից, որոնք միմյանց միջև պարբերաբար տեղեկատվություն են փոխանակում:

Օգնության այդ բոլոր տարբերակները նախատեսված են հարգելու մարդու որոշում կայացնելու իրավունքը և խուսափելու հարկադիր խնամքից, հատկապես շտապ օգնության սենյակ այցելությունների կամ հարկադիր միջոցների միջոցով, որոնք հայտնվում են Արևելյան Լիլի հանրային հոգեբուժության ծառայության ցանցից դուրս գտնվող ծառայություններում: Խնամքի տարբերակների շրջանակի ընդլայնումը թույլ է տալիս ավելի մոտիկից ծանոթանալ մարդկանց ցանկություններին և, ըստ հաղորդումների, բարելավում է ներգրավվածությունը առաջարկվող աջակցությանը (Նյութ 19A):

2014 թվականից ի վեր EPSM-ն որդեգրել է «վերականգնմանն ուղղված» մոտեցումը, ընդ որում յուրաքանչյուր աշխատող անցել է վերապատրաստում՝ վերականգնմանը միտված խնամքի պարտավորությունների կանոնադրությանը հետևելու համար: Արդյունքում, ծառայությունների մշակույթը մատուցվող բոլոր ծառայությունների համար համահունչ է: Ծառայությունից օգտվողներին խրախուսվում է ներկայացնել նախնական առաջարկներ և վերականգնման ծրագրեր՝ օգնելով ծառայություններին

կատարել իրենց ցանկությունները ճգնաժամերի ժամանակ: Մետամակարդակում հոգեկան առողջության տեղական խորհրդի միջոցով համակարգումը մոբիլիզացնում է գործընկեր ծառայությունները՝ պաշտպանելու մարդկանց իրավունքները և երաշխավորելու նրանց հնարավորինս լավագույն բժշկական և սոցիալական աջակցությունը: Խորհուրդը նաև առաջարկում է կանխարգելում և տեղեկատվություն հոգեկան առողջության, ճգնաժամային և հետճգնաժամային խնամքի մասին, ինչպես նաև առօրյա կյանքում դժվարությունների մեջ գտնվող մարդկանց աջակցություն: Հաղորդվում է, որ անմիջական համակիցների հետ շփումը և համակարգումը օգնում է վստահության ձևավորմանը և նպաստում է խնամքի հասանելիության բարելավմանը՝ նվազեցնելով հարկադրանքի գործելակերպը (Նյութ 19Ա):

Ստացիոնար ստորաբաժանումներն ակտիվորեն աշխատում են զսպման անհրաժեշտությունը նվազեցնելու և հոսպիտալացման այլընտրանքների վրա:

Ինտենսիվ խնամքի ճգնաժամային ստորաբաժանումը խնամում է 15 պացիենտների՝ միջինը 14,6 օր և հասանելի է շուրջօրյա, աշխատակիցը ներկա է առավոտյան 8-ից մինչև 10-ը և ունի գիշերային հեռախոսային ծառայություն:

Ամբուլատոր խորհրդատվությունները և ճգնաժամային աջակցությունը իրականացվում է վերականգնման և ճգնաժամերի կանխարգելման ծրագրերի հիման վրա (մասնագիտական հրահանգների մոդելի հիման վրա), որոնք հնարավորություն են տալիս համակարգել օգտվողի խնամքի ուղին ըստ նրա արժեհամակարգի և ցանկությունների, բոլոր այն կառույցներում, որոնց նա հանդիպում է: Այդ ծրագրերը ձևակերպվում են անձի, նրա հարազատների հետ, ինչպես նաև նրանց բուժող բժշկի կամ այլ համակիցների հետ համատեղ, ըստ անձի ցանկության:

Համակիցների աջակցությունը հասանելի է միջնորդ գործակալների միջոցով (տե՛ս ստորև Բաժին E(b) (iii) *Médiateur de santé pairs*՝ էջ 129): Կազմակերպչական մակարդակում, ծառայության մշակմանը մասնակցող ծառայություններից օգտվողների ներկայացուցիչները «ապահովում են առողջապահության ժողովրդավարության որոշակի աստիճանը» (Նյութ 19Ա):

Ծառայության համար կարևոր դեր ունի օրական երկու անգամ բաժանմունքների միջև հեռախոսային համակարգումը (առավոտյան 9 և 20:45), որի համակարգումն իրականացնում է հատուկ մշտական բժշկական հերթապահ ծառայությունը: Ամեն առավոտ ծառայության աշխատակիցը զանգահարում է շտապօգնության ծառայություն՝ պարզելու, թե արդյոք տարածքում որևէ անձ չի հայտնվել ճգնաժամի մեջ, որպեսզի ծառայությունը պլանավորի անհրաժեշտ միջամտությունները:

Հասանելիությունը և արագ արձագանքումը նույնպես առաջնային նշանակություն ունեն, հատկապես իրավիճակների սրումից և դրանից բխող հարկադրական միջամտություններից խուսափելու համար: Այդ նպատակով ծառայությունն առաջարկում է.

- ▶ 48 ժամվա ընթացքում նոր դիմումների գնահատում,
- ▶ արտակարգ իրավիճակների կառավարում ամբուլատոր պայմաններում և տանը
- ▶ ինտենսիվ հսկողություն տանը,
- ▶ հաղորդակցման զարգացում՝ դժվարության մեջ գտնվող մարդկանց խնամք առաջարկելու միջոցով,
- ▶ հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց երկարաժամկետ հսկողություն,
- ▶ հոգեբուժական հոսպիտալացումների կառավարում (Նյութ 19Ա):

Բուժող թերապևտի հետ համատեղ մշտապես իրականացվում է համակարգում՝ հանդիպումների, անհրաժեշտության դեպքում հեռախոսազանգերի և պացիենտի հետ յուրաքանչյուր հանդիպումից հետո ուղարկվող խորհրդատվական նամակի միջոցով:

Վերջապես, ծառայության գործընկերության միջոցով անձնակազմն ապահովում է պացիենտների իրավունքների պաշտպանությունը, այդ թվում՝ հայցելով միջոցներ, բնակարաններ, առողջապահական ծառայությունների տրամադրում և այլն:

➡ «Հասանելիություն, արձագանքում, տարածում»

EPSM մոտեցման երկրորդ հիմնական բաղադրիչը շարժական շտապ օգնության ստորաբաժանումն է՝ «Քաղաքում ինտեգրված ինտենսիվ ծառայությունը» (*Soins Intensifs Intégrés dans la Cité*) (SIIC), որը գործում է 15 տարի և իր աջակցած մարդկանց թվով հանդիսանում է Ֆրանսիայի ամենամեծ շարժական թիմը: SIIC-ն ուի երկու հստակ առաքելություն.

- ▶ Խնամքի մշտական հասանելիություն (օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր). բժշկի հեռախոսային հերթապահություն, հեռախոսային օգնության ծառայություն և տեղական կազմակերպությունների հետ համակարգում.
- ▶ ցանկացած պահի ինտենսիվ աջակցության հնարավորություն 15 իրավիճակներում, որոնք կարող են կրել ճգնաժամային բնույթ կամ ինտենսիվ շփման կարիքի դեպքում:

Բժշկական հեռախոսային հերթապահություն իրականացվում է հերթապահ բժշկի և SIIC թիմի կողմից համատեղ: Նպատակը հրատապ իրավիճակներին արագ և

հարմարեցված արձագանք ապահովելն է՝ անձի մուտքը խնամքի համակարգ թույլ տալու համար: Ծառայությունը ներառում է շտապ միջամտություն տանն առաջացած ճգնաժամային իրավիճակներին, ինչը ընդհանուր շտապ օգնության ծառայությունների (օրինակ՝ ոստիկանության կամ շտապօգնության) փոխարեն SIIC ծառայության պատասխանատվության տակ է:

Անձի՝ ծառայություններից օգտվելու մասին որոշումը մասնագիտական բնույթի է, և «ընթացակարգերը սահմանվում են ծառայությունից օգտվողի, նրա հարազատների, թիմի և բժշկի միջև երկխոսությամբ» (Նյութ 19F): SIIC ծառայությունը նախատեսված է արտակարգ ճգնաժամային իրավիճակներին արձագանքելու համար:

Բացի այդ, գործում է **Service Médico-Psychologique de Proximité-ն** (SMPP), որն առաջարկում է երկու հատուկ ամբուլատոր EPSM ծառայություններ (Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն, 2021թ., էջ 161): SMPP ծառայությունները բաղկացած են բազմապրոֆեսիոնալ թիմից (բժիշկներ, բուժքույրեր, սոցիալական աշխատողներ, հոգեբաններ, հոգեբույժներ, համակից առողջապահական միջնորդներ, քարտուղարներ), ովքեր, հարմարվելով բնակչության կարիքներին, աշխատում են սերտ համագործակցությամբ՝ երաշխավորելու որակյալ խնամք: Համաձայն ԱՀԿ-ի SMPP-ի գնահատման զեկույցի.

Մարդուն ուղեգրում է SMPP նրա բուժող թերապևտը: Ուղեգրմանը հաջորդում է ինչպես հոգեկան, այնպես էլ ֆիզիկական առողջության կարիքների գնահատում 48 ժամվա ընթացքում: Յուրաքանչյուր գնահատում այնուհետև քննարկվում է բազմամասնագիտական թիմի կողմից, որը բացահայտում է խնամքի և աջակցության կարիքները: Խորհրդատվությունները տեղի են ունենում մի շարք վայրերում, օրինակ՝ երիտասարդների սոցիալական և աջակցության կենտրոնում, որտեղ մարդիկ կարող են ուղղակիորեն մուտք գործել SMPP առանց բժշկի ուղեգրի: Սպասման ցուցակ չկա, և ծառայությունը կարող է նաև տնային խորհրդատվություններ կատարել:

«Խնամքի ուղու» հայեցակարգը հիմք է հանդիսանում այլ տեղական ծառայությունների հետ SMPP-ի համագործակցության համար: Ուղին պետք է բավարարի հոգեկան առողջության խնդիրներ և հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց, նրանց խնամողների և ընտանիքների կարիքները, և դա անի՝ ուշադրություն դարձնելով իրենց տեղական տարածքին: Դրան հասնելու համար էական է SMPP-ի և տեղական քաղաքների միջև համագործակցությունը: Խորհրդատվությունները կարող են տեղի ունենալ տարբեր վայրերում (տեղական ներկայացուցչությունում, լոգավազանում, սոցիալական ծառայության կենտրոնում, կախվածության

աջակցության կենտրոնում, համայնքային առողջապահական կենտրոնում և այլն): Յուրաքանչյուր շաբաթ տարբեր մասնագիտությունների ներկայացուցիչների հետ անց է կացվում երկու հանդիպում՝ օգտատերերի կարիքներին համապատասխան նոր հարցումներ կազմելու և ճշգրտելու ախտորոշման և խնամքի առաջարկի համապատասխանությունը: SMPP-ի նպատակն է մարդուն ներգրավել համագործակցային հարաբերությունների մեջ՝ վերականգնմանը նպաստելու համար:

Արևելյան Լիլի հոգեկան առողջության ծառայությունների ցանցի երեք այլ առանցքային տարրերն են

- ▶ «Վերականգնմանն ուղղված իրավագործման» մոտեցում,
- ▶ Ճգնաժամերի կանխարգելման և կառավարման ծրագրերի մշակում,
- ▶ «Մեկուսացման և զսպման այլընտրանքներ»:

Յուրաքանչյուրը հակիրճ կքննարկվի ստորև:

▶ «Վերականգնմանն ուղղված իրավագործում»

Վերականգնմանն ուղղված խնամքը (այսուհետ՝ ՎՈԻԽ) 2014 թվականին 59G21 ծառայության մեջ ընդգրկված խնամքի մոդել կամ մոտեցում է, որն ուղղված է հոգեկան առողջության խնդիրներ կամ հաշմանդամություն ունեցող անձի վիճակի բարելավմանը և ընտանիքի, մասնագիտական և սոցիալական կյանքի լայն հնարավորությունների պահպանմանը (Նյութ 19H): Այս մոտեցումը հիմնված է գործընկերության մոդելի վրա: «Այն հարգում է անձի՝ իր կյանքի ղեկը վարելու իրավունքը, բայց նաև ճանաչում է պրոֆեսիոնալ համա(վարորդների) ունենալու և անմիջական աջակցություն ստանալու արժեքը» (Նյութ 19C): ՎՈԻԽ-ը կոչված է հնարավորություն ընձեռելու օգտվողներին առաջնորդել իրենց վերականգնումը և կենտրոնանալ օտարման և մարզինալացման հաղթահարման վրա, որին բախվում են հոգեկան առողջության խնդիրներ և հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող մարդիկ: «Օտարման» երեք մակարդակներն են

- ▶ Մակարդակ 1՝ կապված հիվանդության և ախտանիշների հետ.
- ▶ Մակարդակ 2՝ կապված անձի կողմից իրեն որպես հիվանդ ներկայացնելու, այսինքն՝ «սեփական անձին պարսավանքի» հետ.

- ▶ Մակարդակ 3՝ կապված հասարակության կազմակերպման արդյունքում առաջացած օտարման և հոգեկան առողջության խնդիրներ և հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց ընդգրկելու նրա ունակության (կամ անունակության) հետ (Նյութ 19Ը):

Ավելի գործնական առումով, Արևելյան Լիլի ցանցում կիրառվող ՎՈԻԽ-ը բաղկացած է հետևյալ գործողություններից.

- ▶ *փորձառական գիտելիքների ինտեգրում* (այսինքն՝ «փորձով փորձագետների» ներգրավում) մասնագետների վերապատրաստման մեջ, որը.
 - բարելավում է առողջապահական և սոցիալական միավորումների գիտելիքները,
 - հույս է ներշնչում մարդու խնդիրների աստիճանաբար վերացման վերաբերյալ,
 - նպաստում է ավելի հորիզոնական խնամող/խնամվող հարաբերությունների (այսինքն՝ ձգտում է մեղմել նրանց միջև խշխանության անհամաչափությունները),
 - խնամող թիմերի մեջ ընդգրկում է նույնատիպ առողջական խնդիրներ ունեցող անձանց (համակից միջնորդների) (2020 թվականին ընդգրկվել է 5 նման անձ) :
- ▶ *առողջապահական ժողովրդավարության զարգացում*
 - մասնակցային տարածքների և գործիքների ստեղծում,
 - եռամսյակային օգտատերերի ֆորում, որը կազմակերպվում է համակից միջնորդների և խոսնակների կողմից,
 - կանոնավոր «օգտատերերի հետ շփման» հանդիպումներ, որոնք կազմակերպվում են համակից միջնորդների կողմից,
 - առաջարկությունների/բողոքների թերթիկ խորհրդատվական կայքերում,
 - ծառայությունից օգտվողների համար անցանկալի իրադարձությունների մասին ղեկավարությանը զեկուցելու մեխանիզմ,
 - ԱՀԿ-ի կողմից իրականացվող QualityRights գնահատում և առաջարկությունների ինտեգրումը փնջային նախագծում (տե՛ս Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն, 2021թ., 161-63 էջեր):

► *կենտրոնների օգտատերերի խոսնակների ընտրություն*

- կենտրոնների ծառայություններից օգտվողների 3 խոսնակի ընտրություն,
- փնջի ղեկավար կոմիտեում, կազմակերպչական հանդիպումներում և աշխատանքային խմբերում խոսնակների ակտիվ մասնակցություն,
- օգտատերերի խոսնակի մասնակցություն QualityRights վերապատրաստման դասընթացին:

59G21-ում օգտագործվող վերականգնման լրացուցիչ գործիքները ներառում են Վերականգնման հարցերով մասնագիտական ուսուցում ղեկավար անձնակազմի համար, «Վերականգնման խարտիայի» ստեղծում, որը անձնակազմի անդամները ստորագրում են որպես հանձնառություն գործընթացին, ծառայության մակարդակով հանձնառություն՝ վարձելու խնդիրներ ունեցող անձանց շրջանից համակից միջնորդների և անհրաժեշտության դեպքում հարմարեցնելու աշխատանքային պայմանները նրանց կարիքներին, և ճգնաժամերի կանխարգելման ծրագրի ստեղծում որպես կծառայի որպես գործիք (մանրամասն՝ հաջորդ ենթաբաժնում):

➡ **«Ճգնաժամերի կանխարգելման և կառավարման ծրագիր»**

Ճգնաժամերի կանխարգելման և կառավարման ծրագիրը կամ պարզապես «ճգնաժամային ծրագիրը» ըստ էության նախնական պլանավորման գործիք է (Նյութ 19Է): (Նախնական պլանավորման մեթոդներն ավելի մանրամասն դիտարկվում են հաջորդ բաժիններում): Ճգնաժամային ծրագիրը կոչված է ծառայելու որպես ճգնաժամերի կանխարգելման մեթոդ, և այն կազմվում է հոսափտալացման կամ ինտենսիվ աջակցության ընթացքում կամ դրանից հետո: Ժգնաժամի նախազգուշական նշանների դեպքում օգտատերը, ընտանիքը և ընկերները կամ առողջապահության ոլորտի մասնագետները կարող են օգտագործել ճգնաժամային ծրագիրը: Ճգնաժամային ծրագիրը դիմամիկ «վերականգնմանն ուղղված» գործիք է, որն օգնում է մարդկանց ճանաչել իրենց ուժեղ կողմերը և ներքին ռեսուրսները, որոնք կօգնեն նրանց բացահայտել վատառողջության և ճգնաժամի պատճառները և նախազգուշական նշանները և ի վերջո հնարավորություն տալ նրանց նախօրոք ցուցումներ տալ այն գործողությունների և վերաբերմունքի վերաբերյալ, որոնք թույլ կտան խուսափել կամ կառավարել ճգնաժամը:

Այս ցուցումները նաև հնարավորություն են տալիս նվազեցնել խնամքի հետ կապված խնդիրները: Տեղյակ լինելով օգտատիրոջ ճգնաժամային ծրագրին՝ մասնագետները,

ընտանիքը և աջակցող անձինք գիտեն, թե ինչ պետք է անեն օգտատիրոջ իրավունքները, կարիքները և ցանկությունները լավագույնս հարգելու համար, եթե նա ճգնաժամային շրջան է ապրում: Առաջին շահագրգռված անձն ինքը օգտատերն է, ով կազմում է իր ճգնաժամային ծրագիրը, բայց կան նաև բոլոր այն մարդիկ, ում նա համարում է ներգրավված իր վերականգնման գործընթացում, ովքեր կարող են օգնություն տրամադրել ծրագրին, եթե անձը կամենա: Սա շատ տարածված պրակտիկա է 59G21 ծառայության և EPSM Lille-Métropole-ի այլ ծառայություններում: Ֆրանսիայի այլ ծառայությունները, որոնք կիրառում են վերականգնմանը միտված մոտեցումը, մշակել են նմանատիպ գործիքներ: Որպես օրինակ կարելի է նշել Իլ-դե-Ֆրանսում կիրառվող «GPS» ծրագիրը, որն օգտագործվում է, որը նկարագրված է այս զեկույցի 88-րդ էջում:

«Մեկուսացման և զսպման այլընտրանքներ»

Ինչպես վերը նկարագրված է, EPSM-ում առողջապահական ողջ ուղին նախագծված է խթանելու խնամքի հասանելիությունը այնպիսի եղանակներով, որոնք պահպանում են անձի ինքնավարությունը և, հետևաբար, խուսափում են ազատության սահմանափակումներից: Բացառիկ դեպքերում միայն օգտատիրոջ ազատ շարժը սահմանափակվում է կենտրոնական կլինիկայում, որը կազմում է 59G21 սպասարկման ցանցի մասը (Ժերոմ Բոշի [ԺԲ] կլինիկա):

ԺԲ կլինիկայում կա 10 հիվանդանոցային մահճակալ, նաև 2 հիվանդասենյակ մահճակալ այն պացիենտների ուղեկցողների համար, ովքեր ցանկանում են, կլինիկայում գտնվել վստահելի անձի հետ միասին: Անձի հետ բանակցություններին օգնելու, նրա անվտանգության ապահովման և հնարավոր կոնֆլիկտներից խուսափելու համար ծառայության կողմից կարող է ներգրավվել նաև անձի աջակցության ցանցը:

Հոսպիտալացման միջին տևողությունը 2019 թվականին կազմել է 6,5 օր: Ընդունվելուց հետո, ըստ ԱՀԿ-ի զեկույցի (2021թ., էջ 162) «տրամադրվում է ինչպես գրավոր, այնպես էլ բանավոր տեղեկատվություն անհատի իրավունքների և պարտականությունների մասին:

Զսպումը դիտվում է որպես նորմերից շեղում, որի մասին զեկուցվում է և, ընդհանուր առմամբ, այն ընկալվում է որպես անձի նկատմամբ անթույլատրելի վերաբերմունք (Փաստաթուղթ 19I): Հաղորդվում է 2019 թվականին զսպման միայն մեկ դեպքի մասին

(որը տևել է 3 ժամ), իսկ 2020 թվականին նման դեպքեր չեն գրանցվել: ԺԲ կլինիկայում մեկուսացման սենյակներ չկան:

Ազատության թեման հատկապես կարևոր է 59G21 ծառայության համար: Ծրագրի նպատակն է «գրոյական մեկուսացում, գրոյական զսպում» (Նյութ 19I): Գործողությունները նպատակ ունեն բացառել բռնության իրավիճակները ճգնաժամից առաջ, ընթացքում և հետո: Հաղորդվում է, որ «բռնության իրավիճակներն ավելի հազվադեպ են լինում, քանի դեռ իրավունքները հարգված են, և զսպման դեպքերը նվազագույն են, քննարկման նյութ են հանդիսանում և հիմնավորված են» (Նյութ 19I): Դռները բաց թողնելու ընտրությունը օգնում է ազատվել փակված լինելու տպավորությունից:

Վերը նշված EPSM և 59G21 ծառայության առանձնահատկությունները համարվում են հոսպիտալացումից խուսափելու և սահմանափակելու նախապայմաններ: Մեկուսացման և զսպման մոտեցման այլընտրանքների այլ առանձնահատկությունները հետևյալն են.

- ▶ մասնագետները անցնում են հատուկ «ՕՄԵԳԱ» կոչվող վերապատրաստում, որը նրանց հնարավորություն է տալիս բացահայտել ճգնաժամի վտանգը «սկզբնական փուլում» և անհրաժեշտության դեպքում վերացնել այն (2020 թվականին վերապատրաստում է անցել աշխատակիցների 98%-ը),
- ▶ բռնության կանխարգելման և կառավարման պլանը մշակվում է օգտատիրոջ հետ հոսպիտալացման պահից սկսած և հիվանդանոցում նրա գտնվելու ողջ ընթացքում,
- ▶ անհրաժեշտության դեպքում խնամակալը մշտապես և անհատապես ներկա է լինում,
- ▶ անձնակազմի բոլոր անդամները օգուտ են քաղում համակից միջնորդների ներդրումից, որոնք անձնական փորձի շնորհիվ ավելի փորձառական պատկերացում են տալիս բարդ իրավիճակների վերաբերյալ: Նրանց աջակցությունը կարևոր է վերականգնմանն ուղղված խնամքի, օգտատերերի և խնամողների մեջ հույս սերմանելու և մասնագետների մշակույթը փոխելու համար (Նյութ 19I),
- ▶ անձնակազմի համալրումը կատարվում է ռիսկի հնարավոր մակարդակին համապատասխան, մասնավորապես հաշվի առնելով անհրաժեշտության դեպքում անձի մշտական ներկայության և հսկողության անհրաժեշտությունը.
- ▶ որոշակի իրավիճակներում օգնություն ցուցաբերելու համար երբեմն առաջանում է «կանխարգելման գործակալների» օգնության կարիք:

Վերջիններիս ներկայությունը շահավետ է և հուսադրող թե՛ մյուս օգտատերերի, թե՛ մասնագետների համար: Կանխարգելման գործակալները անվտանգության մասնագետներ են, ովքեր միջամտում են ժամանակավոր հիմունքներով՝ անձին մշտապես ուղեկցելու համար՝ օրը 24 ժամ, այնքան ժամանակ, որքան պահանջում է իրավիճակը: 2019 թվականին կանխարգելիչ աշխատանք պահանջող օգտատերերի թիվը կազմել է 20, և տեղի է ունեցել 138 օրվա ընթացքում:

Եթե անձի նկատմամբ կիրառվում են զսպման միջոցներ (որը տեղի է ունենում շատ հազվադեպ, ինչպես նշվեց վերևում), կազմվում է զսպման արձանագրություն և և իրադարձությունից հետո օգտատիրոջ և թիմի հետ կատարվում է վերլուծություն: Ավելի լավ հասկանալու համար, թե ինչն է սխալ ընթացել, կազմվում է Անցանկալի իրադարձությունների թերթիկ: Տարբեր ոլորտների մասնագետներից բաղկացած խմբի հանդիպման ժամանակ այդ հարցերը քննարկվում և լուծումներ են ստանում:

Ննջասենյակները անհատական են և այնտեղ պահպանվում է անձի հանգստության իրավունքը և նրան չմիջամտելու սկզբունքը: Սենյակներում կան հեռուստացույցներ: Տարածքը և սարքավորումները նպաստում են հարմարավետ կեցությանը («հոգեշարժական (պսիխոմոտորիկայի) սենյակ, հիդրոթերապիա, գործունեության տարածք, հանդարտ սենյակ, համակարգչային սենյակ): Կլինիկայի դիզայնը նպաստում է պացիենտների ազատ շարժին, այն ներառում է բաց տարածքներ՝ դեպի արտաքին այգի ազատ մուտքով: Այս տարածքների վերահսկումը կարևոր է բոլորի անվտանգության կարիքները բավարարելու համար: Կլինիկան ունի զբոսանքի և անձնական ուղեկցության վայրեր՝ խաղաղության աղբյուր առանց ազատությունից զրկելու: Կլինիկան ունի արոմաթերապիայի համակարգ ամբողջ կառույցում, որը ցերեկվա և գիշերվա ժամերին տարածում է հանգստացնող էսենցիաներ:

Խնամքը պացիենտի կարիքներին հարմարեցնելու համար հոգեբույժների շարունակական առկայությունը էական է, քանի որ դա երաշխավորում է, որ թիմերը չգործեն փակ համակարգում: Ինչ վերաբերում է համակից միջնորդների աջակցությանը, աջակցող անձանց համար կան միջոցներ՝ պաշտպանելու օգտատերերի իրավունքները, ներառյալ հոսպիտալացման հետ կապված ցանկացած սահմանափակման հարցում:

Արևելյան Լիլի հոգեկան առողջության ցանցի աշխատանքի և արդյունքների ամփոփում

Համաձայն Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (2021թ., էջ 163), այս ցանցի կարևոր ձեռքբերումը «հոսպիտալացումների անշեղորեն նվազող ցուցանիշն է՝ 2002թ.-ի 497 դեպքից մինչև 341 2018թ.-ին, չնայած նույն ժամանակահատվածում ցանցում խնամք ստացող մարդկանց թվի զգալի աճին՝ 2002թ.-ին 1677 մարդուց մինչև 2018թ.-ին տարեկան 3518 մարդ»։ Նաև .

Նույն ժամանակահատվածում ստացիոնար բաժանմունքում գտնվելու միջին տևողությունը 26 օրից նվազել է մինչև յոթ օր: Անկախ գնահատող թիմը 2018 թվականի սեպտեմբերին իրականացրեց QualityRights-ի գնահատում Արևելյան Լիլի հոգեկան առողջության բոլոր ծառայություններում: Հնարավոր հինգ ուղղություններից հետևյալ երեքը լիովին իրականացվել են.

- i) ֆիզիկական և մտավոր առողջության ամենաբարձր հասանելի չափանիշներից օգտվելը,
- ii) ազատություն հարկադրանքից, բռնությունից և դաժան վերաբերմունքից, և
- iii) համայնքում անկախ ապրելու իրավունք:

Մնացած երկու ուղղությունները՝ (iv) համապատասխան կյանքի մակարդակի իրավունք և v) իրավունակության և անձնական ազատության և անվտանգության իրավունք, մասամբ են կատարվել: Գոյություն ունեցող ֆրանսիական իրավական դաշտը կարևոր խոչընդոտ է այս վերջին երկու ուղղությունների լիարժեք իրականացման համար:

Հաջողության այլ նշանները, ըստ ԱՀԿ-ի զեկույցի (2021թ., էջ 164) ներառում են հոգեկան առողջության այլ ծառայությունների համեմատ հոսպիտալացման ծախսերի ցածր մակարդակը (28,5%)՝ համեմատած ամբողջ Ֆրանսիայի 61% ցուցանիշի հետ, ինչպես նաև շրջակա մետրոպոլիայի տարածքների հետ համեմատ Արևելյան Լիլում հոգեկան առողջության ծառայությունների գծով ավելի ցածր ծախսերը՝ որոնք 2013-2017 թվականներին շարունակաբար նվազում են՝ տարեկան 3131 եվրոյից մինչև 2915 եվրո (2021 թվականի հունիսի դրությամբ):

«Հոգեբուժության և տնային խնամքի ծառայությունների միջև համագործակցության բարելավում»



Շվեդիա

Շվեդիայի Էքսյո համայնքում այս փոքրամասշտաբ նախաձեռնությունը հաջողությամբ նվազեցրեց ոչ հոծարակամ միջամտությունների մակարդակը՝ հոգեկան առողջության ճգնաժամի մեջ գտնվող անհատների, տնային խնամք տրամադրող բուժքույրերի և ստացիոնար և ամբուլատոր հոգեբույժների միջև փոխգործակցության բարելավմանն ուղղված ծրագրի միջոցով (Նյութ 30): Վեց ամիսների ընթացքում պարտադիր հոսպիտալացման դեպքերը կրճատվեցին 66%-ով: Հիվանդների խումբը փոքր էր՝ այդ ժամանակահատվածում տնային խնամքի մեջ ընդգրկված էր 170 պացիենտ:

Ներկայացված նյութի համաձայն.

Հոսպիտալացումների թիվը նվազեցնելու նպատակով [հոգեբուժական ոչ հոծարակամ միջամտության հրամանով, որն ընդունվում է Շվեդիայի օրենսդրության համաձայն՝ «խնամքի վկայական» կազմելուց հետո], բուժքույրերն անց են կացնում հարկադիր հոսպիտալացման պացիենտների հետ հարաբերությունների բարելավմանը միտված աշխատանք: Լիենլով ինքնին անհրաժեշտ հարաբերությունների բարելավումը նաև այլ նպատակների հասնելու միջոց կարող է լինել: Ուստի բուժքույրերը պարբերաբար այցելում էին այդ պացիենտներին, շարունակական և երկարատև զրույցներ ունենում նրանց հետ: Մարդակենտրոն խնամքում հիվանդի պատմությունը կարևոր է գործընկերությունը հնարավոր դարձնելու համար: Այն դեպքերում, երբ պացիենտը համաձայնել է, բուժքույրերը նաև կապ են հաստատել նրա հարազատների հետ:

Կարևոր էր նաև հոգեբույժների և բուժքույրերի/տնային խնամքի համայնքային մատակարարների միջև կապի բարելավումը: Ծրագրի սկզբում կատարված ուսումնասիրությունները ցույց տվեցին, որ տնային խնամքի բուժքույրերի և ստացիոնար և ամբուլատոր հոգեբույժների միջև համագործակցությունը թերի և անձնակազմի կողմից ընկալվում էր որպես ընդհանուր առմամբ բացասական (Նյութ 30):

Ըստ ներկայացված նյութի, գործելակերպը նախատեսում է երեք հիմնական տարր.

- ▶ Նախ, ծառայությունը հիմնված է «շարունակական բարելավման» համար ծառայությունների մշակման նախկին գործընթացի վրա՝ հիմնված «պլանավորելու», «կատարելու», «մշտադիտարկելու» և «սովորելու» չորս քայլերի վրա (որի շվեդական հասպտակումը PDSA է):
- ▶ Երկրորդ՝ հոգեկան առողջության բժիշկ մասնագետները նպատակ ունենալ ապահովել «անձակենտրոն խնամք», որի մասին առկա է մեծ ծավալի միջազգային գրականություն: Մոդելը Նյութում նկարագրվել է, որպես մարդուն հոգեկան առողջության խնդիրներից զերծ պահող, և որը «նախատեսում է անցում այն մոդելից, որտեղ պացիենտը [դիտվում է որպես] պասիվ այն մոդելի, համեմատ որտեղ նա ակտիվ է իր սեփական առողջապահական ծրագրի պլանավորման և իրականացման գործում» (Նյութ 30):
- ▶ Երրորդ, թիմային աշխատանքը բուժաշխատողների շրջանում առաջնային ուշադրության կենտրոնում էր, քանի որ նախորդ ուսումնասիրությունները համայնքի տնային խնամքի մատակարարների և ստացիոնար և ամբուլատոր հոգեբույժների միջև հանդիպումներում լարվածություն և դժգոհություն էին նկատել: Դրա պատճառով հոգեկան առողջության ճգնաժամերի մեջ գտնվող անձանց մոտ շտապ օգնության, ստացիոնար և ամբուլատոր խնամքի անցումն այնքան էլ հարթ չեն ընթանում:

Այս գործընթացի արդյունքում ձեռնարկված գործնական քայլերը ներառում էին տնային խնամքի բարելավման ուղղությամբ ճշգրտումներ (օրինակ՝ ամբուլատոր հոգեբուժական խնամքի ժամկետի երկարացում աջակցության ավելի մեծ կարիքներ ունեցող անձանց համար) և լրացուցիչ ուսուցում (այդ թվում՝ ծերության հետ կապված հոգեւոցիալական և ճանաչողական հաշմանդամության գծով):

Ծրագրի փորձարկմանը նախորդող վեց ամիսների ընթացքում տնային առողջապահական ծառայության կողմից կատարվել է վեց հարկադիր հոսպիտալացում: Փորձարկման վեցամսյա ժամանակահատվածում ընդամենը երկու նման դեպք է արձանագրվել (կրկին 66% կրճատում):



Պացիենտի առաջնորդությամբ գործողությունների ծրագիր» հարկադիր բուժման որոշումները բողոքարկելու համար

Նիդերլանդներ

Բողոքարկման այս մեխանիզմը նախատեսված է ոչ հոժարակամ միջամտության ենթակա անձանց համար (Նյութ 30): Միննույն ժամանակ այն գործընթաց է, որը անհատին է վերապահում այլընտրանքային խնամքի կազմակերպում առաջարկելու պարտականությունը, նաև իրավունք է տալիս է նրան՝ սկզբնական հարկադրական միջամտությունը առաջարկած «բժշկական տնօրենի» հետ հաստատել կամ մերժել այլընտրանքային ծրագիրը: Նիդերլանդներում բժշկական տնօրենները կարող են թույլատրել հարկադիր հոգեբուժական միջամտություններ:

Բողոքարկման այս գործընթացի շրջանակներում այն անձանց, որոնց բժշկական տնօրենի կարծիքով պահանջում են հարկադիր հոգեբուժական միջամտություն, տրվում է նամակ, որում նշվում է, որ իրենց հանդեպ պատրաստվում է հարկադիր միջամտության որոշում: Նամակում նշվում է, որ անձը կարող է մշակել գործողությունների ծրագիր, ներկայացնելով, թե ինչպես է նա ցանկանում խուսափել պարտադիր բժշկական խնամքից: Անձը պետք է գրավոր ներկայացնի այդ ծրագիրը բժշկական տնօրենի նամակը ստանալուց հետո երեք օրվա ընթացքում: Բժշկական տնօրենը երկու օրվա ընթացքում որոշում է՝ արդյոք անձին ժամանակ կտրվի այդ նպատակով: Դրական որոշման դեպքում անձը երկու շաբաթ ժամանակ կունենա գործողությունների ծրագիրը կազմելու համար: Նման դեպքում բժշկական տնօրենը ժամանակավորապես հետաձգում է խնամքի կարգադրության նախապատրաստումը: Նման գործողությունների ծրագիր կազմել ցանկացողների համար առկա է ձևանմուշ, որը թվարկում են ծրագիրը կազմելու համար հնարավոր քայլերը: Փաստաթուղթը կարելի է ներբեռնել ծառայության կայքից, կամ ստանալ բժշկական տնօրենից:

Անձը կարող է մշակել գործողությունների ծրագիրը առողջապահության մասնագետների, ընկերների կամ ընտանիքի հետ միասին (Նյութ 30): Նա կարող է նաև խորհուրդ հարցնել իր փաստաբանից կամ իրավաբանից: Գործողությունների ծրագրում անձը կարող է նկարագրել, թե ինչ է ուզում անել և ինչ խնամք կցանկանար ստանալ պարտադիր բժշկական խնամքից խուսափելու համար: Առաջարկվող ծրագրով կարող է նախատեսվել տարբեր տեսակի խնամք, ներառյալ կլինիկական, ընտանիքի կողմից տրամադրվող կամ սոցիալական բնույթի: Անձը կարող է նաև խնդրել այլ աջակցություն կամ ծառայություններ, ինչպիսիք են տնային օգնությունը, համայնքային ծառայությունները, ցերեկային խնամքը:

Բժշկական տնօրենը գնահատում է անձի գործողությունների ծրագիրը և անկախ հոգեբույժից բժշկական եզրակացություն է խնդրում: Եթե բժշկական եզրակացությունը ցույց տա, որ հարկադիր բժշկական օգնությունը հնարավոր է կանխել՝ օգտագործելով գործողությունների ծրագիրը, դատախազությունը կարող է դադարեցնել ոչ հոժարակամ միջամտության որոշման ընդունումը: Եթե գործողությունների ծրագիրը բավարար չէ հարկադիր բժշկական օգնությունից խուսափելու համար, ապա բժշկական կենտրոնի տնօրենը կշարունակի հարկադիր բուժման կարգադրության նախապատրաստումը: Բժշկական կենտրոնի տնօրենը կարող է նաև շարունակել խնամքի կարգադրության կազմումը ավելի վաղ փուլում, այսինքն՝ մինչև ծրագրի կազմման երկու շաբաթը լրանալը: Բժշկական կենտրոնի տնօրենը կարող է դա անել, եթե գործողությունների ծրագրի մշակումը բավականաչափ արագ չի ընթանում, կամ եթե խնամքի կարգադրության կազմումն այլևս հնարավոր չէ հետաձգել՝ լուրջ վնասի կամ իրավիճակի սրման վտանգի պատճառով: Մինչ այդ բժշկական կենտրոնի տնօրենը դա քննարկում է անձի և նրա ներկայացուցչի հետ: Անձին որոշման մասին ծանուցվում է նաև գրավոր: Այս նյութը կազմելու պահին հարկադիր միջամտության մակարդակի վրա բողոքարկման գործընթացի ազդեցության վերաբերյալ որևէ փաստացի տեղեկատվություն չկար:



Օսլո քաղաքի Ստորգատա թաղամասում գտնվող շտապ հոգեբուժական կլինիկայում հոսպիտալացման դեպքերի նվազեցման նպատակով հոգեկան առողջության սուր ճգնաժամ ապրող մարդկանց համար իրականացվում են «նպատակային միջամտություններ» (Նյութ 17Բ) և պարտադիր հոսպիտալացման մասին որոշումներ կայացնող անձնակազմի վերապատրաստում, որն ուղղված է դրանց թվի կրճատմանը (բայց ոչ ամբողջովին վերացմանը): Նախաձեռնությունը փորձարկվել է 2001-2013 թվականներին, որից հետո այն կիրառվել է կլինիկայի ամենօրյա պրակտիկայում:

Ծառայության տվյալների համաձայն՝ 2005-2013 թվականներին շտապ հոսպիտալացման դեպքերի թիվը նվազել է 70 տոկոսով: 2000-2008 թվականներին պարտադիր հոսպիտալացման դեպքերը կամավորի համեմատ 79 տոկոսից (հետևաբար՝ 21 տոկոս կամավորից) կրճատվել են մինչև 40 տոկոս (60 տոկոս կամավոր): Այս ցուցանիշները պահպանվել են մինչև 2013 թվականը: 2013 թվականից մինչև այս նյութը գրելու պահը պարտադիր հոսպիտալացման դեպքերը տատանվել են 43-53 տոկոսի սահմաններում:

Նախաձեռնության շրջանակներում մշակված հոսպիտալացման սկզբունքները մինչ ներկա պահին օգտագործվում են այդ նպատակով: Առաջարկված միջոցներից են «ստուգաթերթը, անձնական կարծիքը, մատյանների ստուգումը և տպագիր ձևաթղթերի վերացումը» (Ness et al., 2016):

Ծրագիրը մշակվել է չորս քայլով.

Քայլ 1. (կիրառվում է 2001թ.-ից) ենթադրում էր հարկադիր հոսպիտալացումների մասնաբաժնի կրճատում 80 տոկոսից մինչև 50 տոկոս: Կիրառվել են տարբեր մեթոդներ, այդ թվում՝ հոսպիտալացման համար պատասխանատու բժիշկներին առաջարկվել է հրաժարվել հարկադիր հոսպիտալացումից այն դեպքերում, երբ անձն իր իսկ կամքով պատրաստ է հոսպիտալացման, կազմվել է պացիենտների ուղեգրման լավագույն գործելակերպի «Ձեռնարկ», բժիշկներին առաջարկվել է հրաժարվել պարտադիր հոսպիտալացումից անհատականության խանգարումների ախտորոշմամբ անձանց և այն անձանց դեպքում, որոնց հոսպիտալացման առաջնային պատճառն է եղել սուիցիդյալ հակումը և այլն:

Քայլ 2. (կիրառվում է 2006թ.-ից) նախատեսում էր հարկադիր հոսպիտալացման ձևանմուշների վերացում, խրախուսելով յուրաքանչյուր դեպքի անհատական քննարկումը և բարձրացնելով որոշում կայացնողների իրազեկվածությունն ու որոշումների համար պատասխանատվությունը, ինչպես նաև առանց բազմամասնագետ թիմի որոշան հարկադիր բուժում չիրականացնելու պահանջը:

Քայլ 3. (կիրառվում է 2007թ.-ից) անձնակազմից պահանջվում է անհատական հաշվետվություն իրենց սեփական պրակտիկայի վերաբերյալ, ներառյալ պարտադիր հոսպիտալացումների տոկոսը: Առաջարկվում է նաև մինչ հարկադիր հոսպիտալացումը գործընկերոջ հետ քննարկել դրա ցուցումները:

Քայլ 4. (կիրառվում է 2009թ.-ից) նախատեսում է հոսպիտալացման դեպքերի մասին գրառումների ուսումնասիրություն երեք շտապ հոգեբուժական բաժանմունքների երեք ավագ հոգեբույժների կողմից, կենտրոնանալով հոսպիտալացման գործընթացում *անձնակազմի* դերի վրա: Անձնակազմի յուրաքանչյուր աշխատակցի վերաբերյալ գրառումները անանուն կարգով ուսումնասիրվում են՝ գնահատելու հոսպիտալացման վերաբերյալ նրանց կողմից ընդունված որոշումները: Նույն գործընթացը մեկ տարի անց կատարել է ավագ հոգեբույժը, անհատական կարգով ներկայացնելով աշխատակիցներին իր եզրակացությունը (եթե որևէ աշխատակիցի կողմից հարկադիր հոսպիտալացման ցուցանիշները ավելի բարձր են քան մյուսների, նրան այդ մասին տեղեկացնում են, այդ միտումը քննարկվում է և, անհրաժեշտության դեպքում, միջոցներ են ձեռնարկվում):

Հոգեբույժներից շատերը, որոնց կողմից արտոնված հարկադիր հոսպիտալացման դեպքերը ավելի շատ էին քան մյուսների, այդ մասին տեղյակ չեն եղել: Նման փաստերը հաստատվելուց հետո որոշ հոգեբույժներ դժգոհել էին և քննադատել նախագիծը: Ոմանք մտահոգված էին, որ պացիենտների ինքնասպանությունների թիվը կաճի: Այդուհանդերձ, ինքնասպանությունների մակարդակի աճի վերաբերյալ ոչ մի տվյալներ չեն ներկայացվել (Նյութ 17Բ):

Ըստ տեղեկությունների, նախաձեռնությունը լրացուցիչ ծախսերի չի հանգեցրել:

Ծառայություններից օգտվողները ներգրավված չեն եղել նախաձեռնության մշակման, իրականացման կամ մոնիտորինգի մեջ, սակայն, ինչպես հաղորդվում է, նախաձեռնության հողինակների համար կարևոր դեր են ունեցել «օգտատերերի կազմակերպությունների կողմից հարկադիր հոսպիտալացումների կրճատմանն ուղղված վճռական քայլերը» (Նյութ 17Բ): Ծրագրի ընթացքում Նորվեգիայում հստակ

քաղաքական նպատակ էր սահմանվել՝ նվազեցնելու հարկադիր հոգեբուժական բուժումը (Օրագրի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս Ness et al., 2016):



Տրիեստի մոդել – Բաց դռներ՝

առանց վերականգնման և քաղաքացիության համար զսպող խնամքի համակարգի

Իտալիա

Իտալիայի Տրիեստ քաղաքում կիրառված մոդելը ստացել է հետևյալ անվանումը «Բաց դռներ՝ առանց վերականգնման և քաղաքացիության համար զսպող խնամքի համակարգի» (Mezzina, 2014թ., էջ 440): Տրիեստը մոտ 236,000 բնակիչ ունեցող քաղաք է, որը գտնվում է Իտալիայի հյուսիսային Ֆրիուլի Վենեցիա Ջուլիա շրջանում: 20-րդ դարի վերջի կեսերին Տրիեստում քաղաքականություն մշակողները փորձեցին անցում կատարել հոգեկան առողջության ծառայությունների կլինիկական մոդելից, որը հիմնված է հիվանդության բուժման վրա (օրինակ՝ կենտրոնանալով կլինիկական ախտանիշների կրճատման վրա), ավելի լայն մոտեցման, որը կենտրոնանում է պացիենտների սոցիալական պայմանների հետ առնչվող խնդիրների վրա որոնք կարող են փոխվել՝ նպաստելու հասարակության մեջ ինտեգրմանը, անձի անվտանգությանը և սոցիալական ներառմանը:

Ըստ Ռոբերտո Մեցզինայի, «կազմակերպության առանցքը Համայնքային հոգեկան առողջության կենտրոնների ցանցն է, որը գործում է օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր... դրանցից յուրաքանչյուրում համեմատաբար քիչ մահճակալներ կան»: Համակարգը, որը համակարգվում է [Հոգեկան առողջության դեպարտամենտի] կողմից, ներառում է նաև մեկ ընդհանուր հիվանդանոցային հոգեբուժական բաժանմունք, օժանդակ բնակարանային հաստատությունների ցանց և մի քանի սոցիալական ձեռնարկություններ (Mezzina, 2014, էջ 440): Տրիեստի մոդելը մեծաթիվ ուսումնասիրությունների առարկա է դարձել (Portacolone et al., 2015): ԱՀԿ-ն նշում է վերջինիս հանրային հոգեբուժության մոտեցումը որպես աշխարհում առաջադեմ մոտեցումներից մեկը, ընդ որում Տրիեստը եղել է ԱՀԿ-ի համագործակցող կենտրոնը ավելի քան չորս տասնամյակ (տե՛ս <https://apps.who.int/whocc/Default.aspx>)՝ պրակտիկական ամբողջ աշխարհում տարածելու նպատակով (Portacolone et al., 2015):

Տրիեստի ընդհանուր մոդելի շրջանակներում կոնկրետ պրակտիկաների փաստերը գնահատելու խնդիրներից մեկն այն է, որ «հնարավոր չի եղել գնահատել առանձին միջամտությունների արդյունավետությունը (հոգեկրթական, վերականգնողական, հոգեթերապևտիկ), քանի որ դրանք միահյուսված են դրա «ամբողջական համակարգի» ներքո» (Mezzina, 2014թ., էջ 440): Այնուամենայնիվ, Մեցզինան նշում է, որ եղել են մի քանի «հոգեկան առողջության սուր խնդիրներ ունեցող պացիենտների խմբային ուսումնասիրություններ, ընտանեկան բեռի ուսումնասիրություններ, ճգնաժամային

միջամտության, օգտատերերի և ընտանիքի անդամների բավարարվածության և համայնքային խնամքի նկատմամբ վերաբերմունքի վերաբերյալ հետազոտություններ».: (2014թ., էջ 440): Դրանք մեծամասնությամբ իտալերենով են:

Մեցցինան հայտնում է, որ «բնակչության 100,000-ից 10-ից պակաս մարդ է ստանում [հարկադիր բուժման հրաման], որը սովորաբար տևում է 7-10 օր», ինչը կազմում է «տնային պայմաններում խնամքի բոլոր դեպքերի մոտ 1%-ը» (Mezzina, 2014թ., էջ 442): Բացի այդ, «դրանց մեծամասնությունը կառավարվում է [Համայնքային հոգեկան առողջության կենտրոնների] կողմից, որոնք ներկայումս հանձնառու են [ընդհանուր հիվանդանոցային հոգեբուժական բաժանմունքներում] հոսպիտալացման դեպքերի մեծ մասի համար»: 2014 թվականին Մեցցինան ամփոփ ներկայացրեց հիմնականում իտալալեզու փաստացի տվյալների բազայի իր ուսումնասիրության արդյունքները հետևյալ կերպ.

Ճգնաժամային կառավարումը [Համայնքային հոգեկան առողջության կենտրոններում] նաև արդյունավետ է եղել ռեցիդիվների և քրոնիկական ընթացքի կանխարգելման գործում: 13 կենտրոններում անցկացված ազգային հետազոտությունը ցույց է տվել, որ 24/7 [Համայնքային հոգեկան առողջության կենտրոնների] կողմից տրամադրվող ճգնաժամային օգնությունն ավելի արդյունավետ է ճգնաժամի լուծման և 2 տարվա հետվերահսկողության դեպքում, հատկապես, երբ այն հիմնված է վստահելի թերապևտիկ հարաբերությունների, շարունակականության, խնամքի ճկունության և սպասարկման համապարփակության վրա: Մոտ 20 տարվա ընթացքում լուրջ պատահարներին շտապ արձագանքման դեպքերի թիվը հիվանդանոցներում 50%-ով կրճատվել է...: Որակական հետազոտությունը մասնավորապես թույլ տվեց բացահայտել ծառայություններին առնչվող մի շարք կարևոր սոցիալական գործոններ, ինչպես նաև վերականգնման, սոցիալական ներառման և մասնակցային քաղաքացիության միջև կապը: Վերջին տվյալները ցույց են տալիս, որ պացիենտների 75%-ը շարունակում են ընդունել համապարփակ սոցիալական ղեղամիջոցները (n = 587), շնորհիվ թերապևտիկ հարաբերությունների որակի և սոցիալական ցանցի բարելավումների: Ծրագրի մեկնարկից ի վեր օգտվողների գոհունակությունը բարձր է եղել, և վերջին տվյալներով կազմել է 83% երկու [Համայնքային հոգեկան առողջության կենտրոններում]:

Հաղորդվում է, որ որոշ դատաբուժական ծառայություններ փաստացիորեն «կառավարվում են բաց դռների քաղաքականությամբ» (Mezzina, 2018թ., էջ 340), թեև

նման միջամտությունների արդյունքների և ճշգրիտ բնույթի վերաբերյալ անգլերեն լեզվով տվյալները կարծես թե սահմանափակ են:

Միննույն ժամանակ, ծրագիրն իրականացնելիս հաշվի պետք է առնվեն հետևյալ նախապայմանները: Պորտակոլոնը և գործընկերները ուսումնասիրել են Տրիեստի մոդելի իրականացումը ԱՄՆ-ի Սան Ֆրանցիսկո քաղաքում և եկել այն եզրակացության, որ Տրիեստի մոդելի հաջողությանը, ըստ երևույթին, նպաստել է երիտասարդ պացիենտների ցածր տոկոսը, թմրամիջոցների օգտագործման ցածր մակարդակը և լավ բնակարանային պայմանները՝ բարձր սոցիալական ներառման հետ մեկտեղ (Portacolone et al., 2015): Նա նշում է, որ առանց նման պայմանների, համայնքի օժանդակությամբ իրականացվող, ապահոսպիտակացված խնամքի համակարգերի աշխատանքը կարող է դժվարությունների առջև կանգնել: Նաև որոշ հոգեբույժների կարծիքով Տրիեստը որպես օրինակ բերելը ապակողմնորոշիչ է, հաշվի առնելով տարբեր մշակութային, սոցիալական, տնտեսական և քաղաքական հանգամանքները, որոնք այլ մոտեցումների կարիք են առաջացնում (Allison et al., 2020): Նույնիսկ Իտալիայում, ըստ Կարտայի (Carta et al.,(2020)), Տրիեստի մոդելի հիմքում ընկած սկզբունքներն ու գաղափարները տարբեր աստիճաններով կիրառվել են տարբեր տարածաշրջաններում և հաջողության չափազանց տարբեր մակարդակներ են արձանագրվել: Այնուամենայնիվ, Տրիեստի մոդելը շարունակում է կարևոր դեր խաղալ հոգեկան առողջության ոլորտում հարկադրանքի կիրառման նվազեցման և կանխարգելման համաշխարհային ջանքերում:

D. Հարկադրանքի նվազեցմանն ուղղված այլ նախաձեռնություններ

Կան նաև մի քանի այլ նախաձեռնություններ, որոնց դասակարգումը նախկին խմբերում բարդ է: Ստորև ներկայացվող ենթակատեգորիաների ներքո խմբավորված են հետևյալ պրակտիկաները.

- ▶ Նախապես կատարվող պլանավորում էջ 116
- ▶ Համակիցների աջակցություն և համակիցների աշխատակազմ էջ 121
- ▶ Վերապատրաստում էջ 126



Նախապես կատարվող պլանավորում

Հոգեկան առողջության խնդիրներ և հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց կողմից նախապես կատարվող պլանավորման տարբեր ձևերի վերաբերյալ գոյություն ունեն բազմաթիվ հետազոտություններ (Weller, 2013): Նախապես պլանավորումը ներառում է պրակտիկաներ, որոնք անգլերենում նկարագրված են տարբեր կերպ՝ որպես «նախապես տրվող ցուցումներ», «նախապես տրվող հրահանգներ», «համատեղ ճգնաժամային պլանավորում» և այլն: Այս միջոցները կարող են օգնել խուսափել այնպիսի ճգնաժամային իրավիճակներից, որոնցում անհատները ենթարկվում են հարկադրանքի: Որոշ հետազոտություններում դիտարկվել է նախապես կատարվող պլանավորման տարբեր մեթոդների ազդեցությունը հարկադրանքի կիրառման նվազեցման վրա (տե՛ս Barbu et al., 2020թ., էջ 5), որն ընդհանուր առմամբ դրական արդյունքների է հանգեցնում, հատկապես ամենավերջին մետավերլուծությունների համաձայն (տե՛ս de Jong et al., 2016): Հոգեկան առողջության քաղաքականության միտումները վկայում են ընդհանուր համաձայնության մասին մասնավորապես, որ նախապես կատարվող պլանավորումը կարևոր տարր է ցանկալի պրակտիկաների փաթեթում, այդ թվում՝ որպես հարկադրանքը նվազեցնելու և մարդու իրավունքները խթանելու միջոց (Weller, 2013): Ըստ Քրիս Մեյլեյի և գործընկերների (Chris Maylea et al. (2018)).

Մի շարք պացիենտների կողմից նախապես տրվող համաձայնությունները կամ նմանատիպ փաստաթղթերը դրվել են օրինական հիմքերի վրա, այնուհետև ներդրվել կամ փորձնական կիրառվել են: Դրանց թվում են ԱՄՆ-ի որոշ նահանգները, Բելգիան, Իռլանդիան, Շոտլանդիան, Հնդկաստանը, Անգլիան, Ուելսը և Կանադան: Իրավակիրառական առումով դրանց մեջ կան լայն տատանումներ: Փաստաթղթերը կարող են չունենալ իրավական ուժ, որոշում կայացնողները կարող են «հաշվի առնել» դրանք, դրանք կարող են չեղյալ համարվել դատարանի կամ այլ բարձրագույն մարմնի կողմից, կամ կարող են լիովին պարտադիր լինել որոշակի հանգամանքներում: Դրանք կարող են օգտագործվել բուժման համար նախապես համաձայնություն տալու համար՝ ըստ էության «պարտավորեցնելով» դրանք պատրաստող անձին, որը երբեմն նկարագրվում է որպես Ուլիսեսի դրույթ, կամ կարող են օգտագործվել «պարտադրելու» բուժող թիմին կամ այլ որոշում կայացնողներին հատուկ բուժումներ ընտրելու, սահմանափակելու կամ մերժելու: Չնայած բազմազանությանը, բոլոր մոդելները նախատեսված են մարդուն իրավագործելու և նրա կամքին և նախասիրություններին աջակցելու համար:

ԵՄ անդամ մի քանի երկրներում կիրառվում են հոգեկան առողջության ծառայությունների նախապես պլանավորման որոշակի ձևեր: Ստորև բերված են օրինակներ Բսպանիայից և Ֆրանսիայից:

ACP՝ հոգեկան առողջություն, Բսպանիա

2016 թվականին Անդալուզիայի հանրային առողջության դպրոցում պատրաստվեց ուղեցույց հոգեկան առողջության ոլորտում նախապես խնամքի պլանավորման համար (Նյութ 9, 28): Ծրագրի հապավումն է ACP-MH: Մարդու իրավունքների ազգային ինստիտուտների Եվրոպական ցանցը և «Հոգեկան առողջությունը Եվրոպայում» կազմակերպությունը (2020թ., էջ 18) ծրագիրը նկարագրում է հետևյալ կերպ.

Նպատակն է նպաստել հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց ինքնավարությանը և աջակցել մարդկանց որոշումների կայացման հարցում: Օգտատերերը կարող են լրացնել փաստաթուղթ, որտեղ բացատրվում են ախտանիշները, որոնք նրանք սովորաբար նկատում են ճգնաժամային իրավիճակից անմիջապես առաջ, ինչն է ստիպում նրանց լավ և վատ զգալ անհանգստության ժամանակ, ով է նրանց կոնտակտային անձը, ում թույլ կտան այցելել, խնամքի տեսակը, որը նրանք նախընտրում են ճգնաժամի դեպքում, անձինք, ովքեր կարող են որոշումներ կայացնել իրենց փոխարեն, տեղեկություններ նրանց ընդհանուր առողջության, սննդակարգի մասին և այլն: Այնուհետև այդ փաստաթուղթը ներառվում է նրանց բժշկական արձանագրության մեջ և հասանելի է դառնում առողջապահության ոլորտի մասնագետներին, երբ անձն ի վիճակի չի լիովին արտահայտել իր ցանկություններն ու որոշումները:

Անդալուսիայում հոգեկան առողջության խնդիրներով և հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախապես կատարվող պլանավորման այս տարբերակը կազմում էր հոգեկան անհանգստության և վատառողջ մարդկանց օգնելու համար նախատեսված ծառայություններում մարդու իրավունքների պաշտպանությանն ուղղված պրակտիկաների մի մասը: Նախնական ցուցումներ տալու ծրագրից բացի գործում էր, օրինակ, զսպման մեխանիկական ձևերի կրճատմանն ուղղված նախաձեռնությունը, որը 2016-2020 թվականներին կազմում է Անդալուսիայի հոգեկան առողջության ավելի լայն համապարփակ ծրագրի մի մասը (տե՛ս վերևում, էջ 59):

Ներկայումս ACP-MH-ի կիրառման մակարդակը է, ինչը համահունչ է ամբողջ աշխարհում նախապես պլանավորման կիրառման միտումներին (see Weller, 2013).

Թիմի կողմից իրականացված հետազոտական ուսումնասիրությունը ցույց է տվել, որ Անդալուսիայում ACP-MH գործընթացները հոգեկան առողջության տարբեր ծառայությունների և մասնագետների միջև տարբերվում են: Մասնակիցների մեծ մասը՝ և՛ օգտվողները, և՛ մասնագետները, համարում են ACP-MH-ը որպես օգտատիրոջ նախասիրությունները հարգելու օգտակար գործիք: Դրա առավելություններից են ավելի լավ հարաբերությունները և հաղորդակցությունը մասնագետների և օգտատերերի միջև, վերջիններիս ավելի մեծ մասնակցությունը իրենց հիվանդության գործընթացում, օգտատերերի մոտ զգացումը, որ իրենց հարգում են, ավելի լավ ինքնաճանաչում և ինքնավարություն՝ իրենց հոգեկան առողջության խնդիրները կառավարելու հարցում: Թույլ կողմերից են այն երաշխիքի բացակայությունը, որ մասնագետները որոնք խնամում են պացիենտին, որոշումների կայացման պահին հաշվի կառնեն նրա նախասիրությունները կամ առնվազն կխորհրդակցեն նրա հետ: Օգտատերերի կողմից ընտրված տարբերակների կիրառման հնարավորությունն ու իրատեսությունը նույնպես կարող են կասկածի տակ դրվել: Մասնագետների մեծամասնությունը նշում է թիմային աշխատանքի պակասի մասին և հայտարարում, որ որոշ գործընկերներ չեն հավատում ACP-MH-ին, քանի որ նրանք «խրված են հին մոդելի մեջ, որտեղ միայն մասնագետներն են որոշում, թե որն է լավագույնը հիվանդների համար» (Նյութ 28): Ոմանք կարծում են նաև, որ ACP-MH-ն որպես ևս մեկ իրավունք ընդունելու և ներկայացնելու համար ամբողջ համակարգը պետք է փոխվի: Հետազոտությունը եզրահանգում է, որ Անդալուսիայում հոգեկան առողջության ծառայությունները ACP-MH-ի վերաբերյալ ավելի շատ տեղեկատվության, թիմային աշխատանքի և վերապատրաստման կարիք ունեն: Գործիքը պահանջում է, որ ծառայությունները վերածվեն «մասնագետ-օգտատեր հարաբերությունների մոդելի, որը հիմնված է հաղորդակցության և այն բանի ընդունման վրա, որ օգտատերերն ունեն իրավունքներ, այդ թվում՝ ապագայում իրենց հոգեկան առողջության գծով նախապատվությունների քննարկման և ընտրության» (Նյութ 28): Հոգեկան առողջության հարցերում ինքնավարության և որոշումների կայացման հետ կապված օգտատերերի իրավունքները հարգելու համար պահանջվում է ավելի շատ տեղեկատվություն, ուսուցում և համակարգում հոգեկան առողջության ծառայությունների ոլորտում:

Իմ ԿԻՄՈՒ-ն, Ֆրանսիա

«Իմ ԿԻՄՈՒ-ն կանխարգելման և խնամքի ուղեցույցը» (կարճ՝ «Իմ ԿԻՄՈՒ-ն») գրքույկ է, որը ստեղծվել է հոգեկան առողջության և հոգեւոցիալական հաշմանդամություն

ունեցող մարդկանց համար և նրանց հետ միասին: Գրքույկը յուրաքանչյուր մարդու հնարավորություն է տալիս արտահայտել իր ցանկությունները հոգեկան ճգնաժամից առաջ: Այդ տեղեկատվությունը կարող է ամփոփվել օրինակ՝ «Ի՞նչն է ինձ օգնում, երբ ես լավ չեմ զգում», կամ «Ո՞ր ցանկություններս կուզենայի հարգել, եթե հոսպիտալացվեմ» վերնագրերի տակ: «Իմ ԿԽՈԻ» հավաքածուն նախատեսված է հիմնականում հոգեկան առողջության ճգնաժամային իրավիճակների համար: Այդուհանդերձ, գրքույկի տեղեկատվության մեծ մասը նախատեսված է ճգնաժամը և հոսպիտալացումը կանխելու համար: Գրքույկի հարցերը հուշում են մարդուն խորհելու իր կյանքի նախորդ ճգնաժամերի բնույթի, իր նախասիրությունների և մտքերի մասին, թե ինչն է իր կարծիքով օգնում իրեն և ինչը չի օգնում ճգնաժամի շրջաններում: Մարդը կարող է դիմել «Իմ ԿԽՈԻ»-ին, երբ սկսում է վատ զգալ, իսկ շրջապատի մարդիկ հենվելով գրքույկի վրա կարող են ավելի արդյունավետ կերպով աջակցել նրան:

Ընդհանուր առմամբ, «Իմ ԿԽՈԻ» գրքույկի նպատակն է նպաստել .

- ▶ մարդու ինքնավարությունը և կամավոր աջակցությունը, որը հաշվի է առնում իր ընտրությունը,
- ▶ անհատական խնամքի և աջակցության վերաբերյալ խորհրդատվությանը օգտատիրոջ, մասնագետների և/կամ հարազատների միջև,
- ▶ անձի ակտիվ ներգրավմանը և նրա վերականգնմանը,
- ▶ համատեղ որոշումների կայացմանը:

Եթե անձը մտնում է հիվանդանոց կամ ոչ հոժարակամ պահվում է, հոգեկան առողջության մասնագետները կարող են դիմել «Իմ ԿԽՈԻ» ուղեցույցին՝ բացահայտելու և հնարավորինս հարգելու անձի ցանկություններն ու կարիքները (Նյուրթ 26Բ): Մակայն, գրքույկում պարունակվող տեղեկատվությունը նախատեսված է ճգնաժամից և հոսպիտալացումից խուսափելու համար:

«Իմ ԿԽՈԻ»-ն մշակվել է Մարի Կոնդեմինի և Օֆելյա Լուպես Հերնանդեսի կողմից (հոգեբաններ, PRISM ասոցիացիա)՝ «Psycom»-ի հետ համատեղ: Այն մշակվել է «մասնակցային մոտեցման միջոցով՝ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցողներին տրամադրված ապրող մարդկանց, հարազատների, առողջապահական և սոցիալական մասնագետների հետ համատեղ» (Նյուրթ 26B): «Իմ ԿԽՈԻ»-ն արժանացել է Ժյուրիի մրցանակին «Առողջ օգտագործողների իրավունքներ 2020» մրցույթում Ֆրանսիայի Համերաշխության և առողջապահության նախարարության կողմից և ստացել «Առողջ օգտատերերի իրավունքներ 2020» նշանը Ile-de-France տարածաշրջանային առողջապահական գործակալության կողմից (Նյուրթ 26Բ):



Համակիցների աջակցություն և համակիցների աշխատակազմ

Միջազգային

Պաշտոնական «գործընկերների աջակցությունը», որտեղ ծառայությունների նախկին կամ ներկա օգտվողները մասնագիտական դեր են ստանձնում ծառայությունների ոլորտում, հանգեցնում է բազմաթիվ բարելավումների, որոնք կարող են ազդել հոգեկան առողջության և հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց կյանքի վրա (Repper & Carter, 2011): Ըստ երևույթին, չկա հետազոտություն, որը փորձում է ամբողջությամբ բացահայտել պատճառահետևանքային կապը որոշակի ծառայության մեջ մասնագիտական դերերում գտնվելու փորձ ունեցող մարդկանց թվի աճի և հարկադրանքի կրճատման միջև: Սակայն, գրականության մեջ հիմնականում կիրառվում է այն անուղղակի մոտեցումը, որ համակիցների աշխատուժի ավելացումը կբարելավի նաև ծառայությունների մատուցումը, որի արդյունքում անուղղակիորեն կկրճատվի հարկադրանքը:

Հոգեկան առողջության ծառայություններից օգտվելու փորձ ունեցող կամ ոչ հոժարակամ միջամտության ենթարկված մարդկանց ակտիվ ներգրավվածությունը պրակտիկայում և նրանց վրա ազդող քաղաքականության մեջ նաև ՀԱԻԿ-ի պահանջ է (Հոդված 4(3)): Նման փորձառությամբ մարդկանց ակտիվ ներգրավվածությունը որևէ կերպ չի սահմանափակվում միայն ծառայությունների մատուցմամբ: Ամբողջ աշխարհից վերցված օրինակները ընդգծում են հոգեկան առողջության պահպանման հետ կապված աշխատանքում հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց դերերի բազմազանության կարևորությունը, այդ թվում՝ հետազոտությունների, քաղաքականության մշակման, իրավական պաշտպանության և այլնի հարցերում: Սակայն, այս ենթաբաժինը վերաբերում է հոգեկան առողջության *ծառայություններում* (ներառյալ հիվանդանոցներում և համայնքային ծառայություններում) համակիցներիի անմիջական աջակցությանը:

Հոգեկան առողջության ծառայություններում համակիցների աջակցության վերաբերյալ ուսումնասիրությունների մետավերլուծությունը Ջուլի Ռեփերի և Թիմ Քարթերի կողմից ցույց է տվել, որ նման անձանց աշխատանքը «կարող է հանգեցնել այն անձանց հոսպիտալացումների կրճատման, ում հետ նրանք աշխատում են» և, հետևաբար, անուղղակիորեն կնվազեցնի հարկադրանքի կիրառումը: Բավարար վերապատրաստման, հսկողության և կառավարման դեպքում, ըստ Ռեփերի և

Քարթերի, այս խումբն ունի «ծառայությունների վերականգնմանն ուղղված փոփոխությունները առաջ մղելու ներուժ» (Repper and Carter, 2011թ., էջ 392):

«Ձայներ լսողների ցանց», Միջազգային

«Ձայներ լսողների ցանցի» խմբերը հիմնված են այն գաղափարի վրա, որ անդամները՝ նրանք, ովքեր իրենց աշխատանքը կատարելիս լսում, տեսնում կամ զգում են բաներ, որոնք ուրիշներին հասանելի չեն, կարող են միմյանց հետ կիսել հաջող ռազմավարությունները ապահով և փոխադարձ աջակցող տարածքում: Ցանցի խմբերը կան ամբողջ աշխարհում, այնպիսի երկրներում, ինչպիսիք են Հունաստանը, Դանիան, Մեծ Բրիտանիան, Ուգանդան, Ճապոնիան, Ավստրալիան և ԱՄՆ-ն (Նյութ 27): Միայն Մեծ Բրիտանիայում կան ավելի քան 180 խմբեր, այդ թվում՝ երիտասարդների, բանտարկյալների, կանանց և «սևամորթ և փոքրամասնությունների էթնիկ» համայնքների ներկայացուցիչների (Նյութ 27):

Անգլիայում գործող «Ձայներ լսողների ցանցի» 62 խմբերի ազդեցության և արդյունավետության համակարգված գնահատման հեղինակները եզրակացրել են, որ ցանցի հաճախումը «հանգեցրել է մի շարք դրական հուզական, սոցիալական և կլինիկական արդյունքների» (Longden et al., 2018թ., էջ 184):

Հատկապես կարևորվել են այլ ձայնը լսողներին հանդիպելու հնարավորությունները, աջակցության տրամադրումը, որը մինչ այդ անհասանելի էր, և այն, որ խումբը անվտանգ և գաղտնի վայր էր դժվար հարցերը քննարկելու համար (Longden et al., 2018թ., էջ 184): «Ձայներ լսողների ցանցի» անդամների կողմից այն դիտվում էր որպես «վերականգնման գործընթացին նպաստող և կարևոր ռեսուրս՝ օգնելու նրանց հաղթահարել իրենց խնդիրները» (Longden et al., 2018թ., էջ 184): Ցանցի խմբերը ապահով պայմաններ են ապահովում մասնակիցների համար՝ փորձի փոխանակման համար և հնարավորություն են տալիս ձայների դիմակայելու ռազմավարությունների տարածմանը, ինչպես նաև դիտարկել ձայների վերաբերյալ այլընտրանքային պատկերացումները: Նրանք ձգտում են առաջարկել ապահով ապաստարան, որտեղ ընդհանուր խնդիրներ ունեցող մարդիկ իրենց կզգան ընդունված, գնահատված և ընկալված:

Թեև «Ձայներ լսողների ցանցի» խմբերն ունեն ընդհանուր հիմնական արժեքներ, նրանց միջև կան նաև տարբերություններ, մասնավորապես հետևյալ հարցերի շուրջ.

Անդամակցություն

Խմբերի մեծ մասի մասնակիցները զուտ ձայների, տեսիլքների և այլ անսովոր զգայական ընկալումներով մարդիկ են: Որոշ խմբեր անց են կացնում նաև բաց նիստեր, որոնց կարող են մասնակցել նաև մասնակիցների ընտանիքի անդամները և/կամ նրանց աջակիցները: Նրանց մի մասը կազմված է մարդկանց կոնկրետ խմբի ներկայացուցիչներից (օրինակ՝ հատուկ մշակութային խմբերի, սեռի կամ տարիքի մարդկանցից): Մյուսները բաց են բոլորի համար:

Միջավայր

«Ձայներ լսողների ցանցը» ներառում է տարբեր միջավայր ներկայացնող խմբեր, այդ թվում՝ անկախ համայնքային խմբեր, կամավորության հիմքով գործող կազմակերպություններ, հոգեկան առողջության խմբեր, հիվանդանոցային բաժանմունքներ, ապահով հոգեկան առողջության բաժանմունքներ, բանտեր: Նրանք նաև ձգտում են աջակցության տրամադրել առցանց հասանելի խմբերին:

Խմբերի աշխատանքի կազմակերպիչները

Որոշ խմբերի աշխատանքը անբողջությամբ կազմակերպվում է օգտատերերի կողմից, ընդ որում բոլոր կազմակերպիչները ձայնը լսելու անձնական փորձ ունեն: Մի մասի աշխատանքն էլ կազմակերպում են անձնական և մասնագիտական փորձի համադրությամբ մարդիկ: Որոշ միջավայրերում խմբերի աշխատանքը կարող են կազմակերպել մասնագիտական, բայց ոչ անձնական փորձ ունեցող մարդիկ: Թեև այս խմբերը ոչ պակաս արժեքավոր են, քան մյուսները, ընդհանուր ցանցը խրախուսում է այդ խմբերին գտնել ուղիներ՝ ավելի ակտիվորեն ներգրավելու անձնական փորձ ունեցող մարդկանց իրենց կառավարման և կազմակերպչկան աշխատանքում:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս <https://www.intervoiceline.org/>; <https://www.hearing-voices.org> [12/04/2021թ. -ի դրությամբ]

Համակիցների նախամտածված աջակցություն՝ Միացյալ Թագավորություն և միջազգային մակարդակով

«Համակիցների նախամտածված աջակցությունը» (այսուհետ՝ ՀՆԱ) գործելակերպ է, որը կոչված է բարելավելու նեղության մեջ գտնվող մարդկանց ոչ ֆորմալ աջակցությունը (Նյութ 27): Դարբի Փեննին և գործընկերները (Darby Penney et al, (2021)) ՀՆԱ-ն նկարագրում են որպես «համակիցների կողմից մշակված, տեսականորեն

հիմնված, գործնական աշխատանքով ձեռք բերված մոտեցում, որը կիրառվում է բազմաթիվ երկրներում»: Այն նախատեսված է ոչ ֆորմալ աջակցություն տրամադրող անձանց, թեև դա կարող է լինել նաև վճարովի անձնակազմի կողմից կիրառվող մոտեցում (Stone et al., 2010)՝ աջակցելու մարդուն այնպես, որ նա կարողանա կենտրոնանալ հարաբերությունների վրա և փոխադարձաբար որոշել ճգնաժամին արձագանքելու լավագույն ուղիները:

«Համակիցների նախամտածված աջակցությունը» հաճախ ենթադրում է իշխանության մասին անկեղծորեն խոսելը. ով ունի այն, ով չունի և ինչպես կարելի է այն կիսել բանակցությունների միջոցով: Նպատակն է մարտահրավեր նետել որոշ ավանդական մոտեցումներին, որոնք ի հայտ են գալիս ճգնաժամային իրավիճակներում գտնվող մարդկանց ոչ ֆորմալ խնամքի և աջակցության մեջ, և փոխարենը ստեղծել հարաբերություններ, որոնք ավելի փոխադարձ են, և որոնցում իշխանությունը կիսվում է, այլ ոչ թե այն ստանձնում են խնամք տրամադրողները: Ներկա պահի դրությամբ համակիցների նախամտածված աջակցության վերաբերյալ որևէ նպատակային հետազոտություն գոյություն չունի: Սակայն Փեննին և գործընկերները (Penney et al (2021)) մշակել և փորձարկել են մի միջոց, որը թույլ կտա իրականացնել ծառայությունների օգտվողների քանակական տվյալների վերլուծություն և դրա արդյունքներն ներառել «ՀՆԱ-ի հիմնական հնարավորությունները» ՀՆԱ հատման մեջ, հիմք հանդիսանալով ՀՆԱ-ի վերաբերյալ ապագա գործընթացային ուսումնասիրության համար, որը թույլ կտա համակարգված եղանակով փաստաթղթավորել և ՀՆԱ հատել մասնակիցների փորձը: Ներկայումս ՀՆԱ -ն կարող է օգտակար լինել հոգեկան անհանգստության և հոգեկան ճգնաժամի մեջ գտնվող մարդկանց իրավունքների վրա հիմնված աջակցության տարրերի գործարկման համար, որոնք օգնում են կանխել հարկադիր միջամտությունները (տե՛ս Gooding, 2018թ., էջ 202). Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս <https://www.intentionalpeersupport.org/what-is-ips/> [accessed 12/04/2021].

 **Médiateur de santé pairs («համակիցների փոխադարձ միջնորդություն»), Ֆրանսիա**

Համակիցների աջակցության աշխատուժի ստեղծման և զարգացման օրինակ է médiateur de santé pairs-ը («համակիցների փոխադարձ միջնորդություն») ծրագիրը, որը մշակվել է Ֆրանսիայում Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության ֆրանսիական հոգեկան առողջության հետազոտությունների և ուսուցման կենտրոնի

կողմից (*Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale*):

Ծրագիրը հենվում է միջազգային միտումների վրա, հատկապես բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում, ինտեգրելու ծառայությունների նախկին կամ ներկա օգտվողներին հոգեկան առողջության խնամքի թիմերում, որն անում է վերապատրաստվող ծրագրի շրջանավարտներին բուհական որակավորում տրամադրելով: Ծրագիրը սկսվել է 2012թ.-ին, 3 պիլոտային մարզերում, 30 համակից առողջապահական միջնորդների մասնակցությամբ, ովքեր իրենց ժամանակը բաժանել են համալսարանում վերապատրաստման և հոգեբուժության բաժանմունքում մասնագիտական գործունեության միջև: 2017 թվականի դեկտեմբերին ձեռք է բերվել պաշտոնական պայմանավորվածություն, որի համաձայն համակից առողջապահական միջնորդների վերապատրաստումը Փարիզի Բոբինյի համալսարանի և CCOMS-ի (Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության Հոգեկան առողջության հետազոտությունների և ուսուցման կենտրոն) առողջապահության և սոցիալական գիտությունների բակալավրի աստիճանի մի մասն էր: Արդյունքում, 6 մարզերում համալրվել է համակից առողջապահական միջնորդների 35 պաշտոն՝ «հոգեբուժության, հիվանդանոցների և բժշկասոցիալական կառույցների ոլորտներում»: (Նյութ 15): Վերապատրաստումը բաղկացած տեսությունից և պրակտիկայից: Տեսական բաղադրիչը կազմակերպվել է Փարիզի 8 համալսարանի հետ համագործակցությամբ, իսկ վերապատրաստման դասընթացները տեղի են ունեցել 3 մարզերում: Գործնական ուսուցմանը մասնակցել են 15 հոգեկան առողջության հաստատություններ (հինգական յուրաքանչյուր մարզից):

Վերապատրաստմանը մասնակցելու նախապայմանը 15 վայրերից մեկում գտնվելն էր և ծրագրի մասնակիցները աշխատանքի են ընդունվել մասնագիտական պայմանագրով: Պայմանագիրը կնքվում էր երկու տարով, ներառելով վերապատրաստման և պրակտիկայի տարին, և աշխատանքի անցնելու տարին: Ծրագրի որակական գնահատմամբ արձանագրվել են դրական արդյունքներ, ինչպես նաև անց է կացվում քանակական ուսումնասիրություն, որն այս նյութը կազմելու պահին ընթացքի մեջ է <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/> [3/4/2021-ի դրությամբ]):



Գոյություն ունեն մարդու իրավունքների վրա հիմնված ուսուցման տարբեր ձևեր (տե՛ս, օրինակ, Մաս I, Բաժին Բ «Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն. QualityRights գործիքակազմ և լավ փորձի ուղեցույց» էջ 19): Médiateur de santé pairs, ծրագիրն, օրինակ, աշխատուժի զարգացման ռազմավարություն լինելուց բացի, կարելի է բնութագրել որպես վերապատրաստման ծրագիր: Ձեռնարկում ներառվելու համար ներկայացվել է նաև մեկ զուտ վերապատրաստման ծրագիր՝ BE RIGHT:



BE RIGHT՝ միջազգային վերապատրաստման ծրագիր առողջության և սոցիալական խնամքի մասնագետների համար հոգեկան առողջության ծառայությունների միջավայրում

«BE RIGHT»-ը հոգեկան առողջության պահպանման հաստատություններում մարդու իրավունքներին վերաբերող վերապատրաստման փաթեթ է: Դասընթացի բովանդակությունը և մեթոդները կոչված են ընդգծելու հոգեկան առողջության հետ կապված խնդիրներ և հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների խախտումների նկատմամբ զգայունությունը հենց սոցիալական և առողջապահական ծառայություններում, որոնք նախատեսված են նրանց օգնելու համար: Դասընթացը ներառում է ռեֆլեկտիվ պրակտիկա՝ օգնելու մասնագետներին ուսումնասիրել հոգեկան առողջության նկատմամբ տարածված վերաբերմունքի տարբեր դրսևորումները:

Հաղորդվում է, որ վերապատրաստումը «խիստ պրակտիկ է, ինտերակտիվ, համոզիչ բնույթի և գործողության մղող» (<http://www.beright-mh.eu/> [accessed 1/4/2021]): Այն կամակերպվել է պիլոտային ծրագրի շրջանակներում, որն անց է կացվել 5 գործընկեր կազմակերպությունների հետ (ներառյալ Իսպանիայի Անդալուզիայի հանրային առողջության դպրոցը, որը նշվել է ավելի վաղ զեկույցում) ընդհանուր առմամբ 75 առանձին մասնագետների ներգրավմամբ և այժմ հասանելի է հանրությանը Be Right ուսումնական հարթակի միջոցով: Հարթակը հասանելի է ԵՄ վեց լեզուներով (տե՛ս <https://training.beright-mh.eu/?lang=en> [1/04/2021]-ի դրությամբ):

Ծրագիրը ներկայացնում է հոգեկան առողջության խնդիրների և հոգեւոցիալական հաշմանդամության հետ կապված անձնական փորձ ունեցող անձանց մոտեցումները,

որոնք անմիջականորեն ներգրավված են եղել ուսումնական նյութերի մշակման և ուսուցման իրականացման մեջ: Be Right-ի կայքում նշված է.

BE RIGHT ծրագրի նպատակն է ձայն տալ հոգեկան հիվանդության անձնական փորձ ունեցող անհատներին՝ խոսելու այն մասին, թե ինչ վերաբերմունք են նրանք ակնկալում իրենց նկատմամբ: Դա կհաջողվի ուղղակիորեն ներգրավելով հոգեկան խնդիրներ ունեցող անձանց ուսումնական նյութերի մշակման և դասավանդման գործընթացում: Հոգեկան հիվանդությամբ տառապող անձանց համար իրենց իրավունքների մասին տեղեկանալու և նրանց իրավունքների պաշտպանությանն ուղղված համապարփակ գործիք տրամադրելու նպատակով կստեղծվի ուսուցողական սեղանի խաղ՝ մարդու իրավունքների ոլորտում ծառայություններից օգտվողների համար:

Շնորհիվ տարբեր դերակատարների՝ մարդու իրավունքների մասնագետների, սոցիալական և առողջապահական ծառայությունների, հոգեկան հիվանդ մարդկանց հետ անմիջականորեն աշխատող մասնագետների և հենց իրենց՝ օգտատերերի, ստացված արդյունքները կունենան հատուկ արժեք՝ հիմնված տարբեր փորձի և պատկերացումների և փորձաքննության վրա (<http://www.beright-mh.eu/index.php/be-right-the-project/> [1/04/2021-ի դրությամբ]):

Ամբողջությամբ պարզ չէ, թե արդյոք BE RIGHT-ի վերապատրաստման նյութը ուղղակիորեն անդրադառնում է հարկադիր հոգեբուժական միջամտությունների նվազեցմանը կամ կանխարգելմանը:

III. ՔՆՆԱՐԿՈՒՄ

Նախքան լավ փորձում ներկայացված ընդհանուր մոտեցումներ առաջարկելը, զեկույցի վերջին մասում համառոտ կքննարկվեն II մասում թվարկված գործելակերպերի ժողովրդագրական նկատառումները:

Ա. Ժողովրդագրական տարբերություններ

Ցանկացած երկրում տարբեր տնտեսական և սոցիալական խմբեր կարող են տարբեր կերպ ստանալ հոգեկան առողջության ծառայությունները (նաև բոլոր ծառայությունները): Ցածր եկամուտ ունեցող խմբերի մարդիկ՝ կանայք, տղամարդիկ, երեխաները և երիտասարդները, տարեցները, LGTBI+ համայնքը, միգրանտները, փախստականները և ապաստան հայցողները, էթնիկ փոքրամասնությունները և այլն, դրանք բոլորը, ամենայն հավանականությամբ, տարբեր կերպ են ենթարկվում հարկադրանքի միջոցների:

Այս ձեռնարկում Ժողովրդագրական հարցերը միայն ընդհանուր գծերով են նշվել՝ հիմնականում կոնկրետ ծառայությունից օգտվող ընդհանուր բնակչության համատեքստում: Օրինակ, բելգիական TANDEMplus ծրագիրը սպասարկում է Բրյուսելի մի մասը, որտեղ կան մեծ թվով միգրանտներ, տնակներում և/կամ հանրակացարաններում ապրող մարդիկ, ինչպես նաև գործազրկության և թմրամիջոցների օգտագործման ավելի բարձր մակարդակ է: Այլ ուսումնասիրություններում նույնպես մատնանշվել են նմանատիպ սոցիալ-տնտեսական խնդիրներն այն ոլորտներում, որտեղ գործում էին ծառայությունները (օրինակ, Նորվեգիայի զսպման նվազեցման ծրագիրը Լովիսենբերգի սարկավակային հիվանդանոցում, Հոգեկան առողջության կլինիկայում):

Մակայն, ծրագրերից և ոչ մեկը, ըստ երևույթին, բացահայտորեն նախատեսված չի եղել բնակչության կոնկրետ ենթախմբերի համար:

Գեղեցիկ

Գործելակերպերից/նախաձեռնություններից/ծրագրերից և ոչ մեկը բացահայտ չի անդրադառնում գեղեցիկային դերին և կանանց և տղամարդկանց տարբեր փորձառություններին և կարիքներին:

Որոշ ծրագրերում նշվել են գենդերային գործոնի հիման վրա տարբեր արդյունքներ: Օրինակ, «Վեց հիմնական ռազմավարություններ» ծրագիրը Անդալուսիայում (Իսպանիա) ցույց է տվել, որ մեխանիկական զսպման ենթարկված անձանցից 65%-ը եղել են տղամարդիկ, իսկ 35%-ը՝ կանայք: Այս օրինաչափությունը պահպանվեց ծրագրի 3-ամյա իրականացման ընթացքում, անկախ այն հանգանմանքից, որ ծրագիրը հանգեցրեց զսպման դեպքերի ընդհանուր 15% նվազման: Սակայն, այս գենդերային դինամիկան, ըստ երևույթին, ներկայումս առկա ռեսուրսներում չի վերլուծվել, և չի կարելի ասել, որ այն շատ բան է բացահայտում հարկադրանքի այլընտրանքների առումով գենդերային գործոնի կարևորության մասին:

Հարկադրանքի նվազեցման և կանխարգելման վերաբերյալ ընդհանուր գրականության մեջ կա ընդամենը մի քանի փաստերի վրա հիմնված ուսումնասիրություն, որտեղ բացահայտորեն հաշվի են առնվում տարբերություններն ըստ սեռի: (տե՛ս օրինակ Long et al., 2015): Ըստ Քլայվ Լոնգի և գործընկերների (Clive Long et al (2015)) ուսումնասիրությունների՝ գենդերը զգալի ազդեցություն ունի հարկադրանքի կիրառման եղանակի վրա: Նման ազդեցությունը, ամենայն հավանականությամբ, պայմանավորված է նաև այլ սոցիալ-տնտեսական գործոններով: Օրինակ, Մեծ Բրիտանիայում ոչ հոժարակամ միջամտությունների ենթարկված անձանց շրջանում սևամորթ-բրիտանացի տղամարդկանց կշիռն անհամաչափ մեծ է (Gajwani et al., 2016): Մեծ Բրիտանիայից մեկ այլ ուսումնասիրություն ցույց է տվել, որ անհապաղ հոսպիտալացման, այդ թվում՝ հարկադրանքի հարցում սպիտակ բրիտանացիների և սև բրիտանուհիների միջև կան «զգալի էթնիկ անհավասարություններ», որնք նաև նկատվում են սպիտակ բրիտանացի և «սպիտակ այլ» կանանց միջև (Lawlor et al, 2012): Հարկադրանքի նվազեցման և կանխարգելմանն ուղղված ջանքերում կարևոր գենդերային չափորոշիչները ավելի մանրամասն դիտարկելու համար կարող են պահանջվել լրացուցիչ հետազոտություններ:

Ռասայական և էթնիկ փոքրամասնություններ

Ձեռնարկում ներկայացված ծրագրերից ոչ մեկում հստակ հաշվի չեն առնվում ռասայական և էթնիկ փոքրամասնությունների հետ կապված գործոնները, թեև, ինչպես և գենդերային գործոնի դեպքում, դրանք կարող են հաշվի առնվել հենց ծառայության կամ համայնքային կազմակերպության մակարդակում: Ներկայացված նյութներից մեկում նշվել է ծրագրի իրականացման տարածքում միգրանտների մեծ թվի մասին (TANDEMplus), սակայն այս դիտարկումը բուն ծրագրի հիմնական մասը չի կազմում:

Ինչպես նշվեց, ավելի լայն գրականությունը ցույց է տալիս, որ էթնիկ փոքրամասնությունները և միգրանտները բնակչության այլ խմբերի համեմատ ավելի հաճախ են հայտնվում հոգեկան առողջության հաստատություններում, նաև, ավելի շատ են ենթարկվում հարկադրանքի (տե՛ս Lawlor et al., 2012; Norredam et al., 2010): 1983 թվականի Մեծ Բրիտանիայի հոգեկան առողջության մասին օրենքի (Անգլիա և Ուելս) 2019 թվականի գնահատման մեջ օրինակ, հաղորդում է, որ 2017-18 թվականներին «Բրիտանական սևամորթ կամ սևամորթ խմբերի 100,000 բնակչի հաշվով եղել է հիվանդանոցում հարկադիր պահելու 289 դեպք, սպիտակամորթների 72-ի դիմաց» և որ«[համայնքային բուժման կարգադրությունները] Բրիտանական սևամորթ կամ սևամորթ խմբերի համար սպիտակամորթ խմբում գտնվողների համեմատ ավելի քան ութ անգամ ավելի շատ են եղել» (Legraien, 2018):

Գրականության մեջ քննարկված էթնիկական որոշ տարբերությունների հիմքում կարող են լինել տնտեսական գործոններ: Սակայն, Ֆիբի Բառնեթն ու գործընկերները (Barnett et al., 2019թ., էջ 314) նշում են, որ առնվազն Մեծ Բրիտանիայում սոցիալ-տնտեսական և կլինիկական տարբերությունների նույնականացումը ըստ էթնիկ խմբի և ոչ հոժարակամ կարգավիճակի դժվար է, քանի որ նման տեղեկատվությունը «հազվադեպ է հաղորդվում՝ կանխելով բովանդակալից հետաքննությունը», ընդ որում հնարավոր է, որ տվյալների վատ որակի հետ կապված նմանատիպ խնդիրներ առկա են ողջ Եվրոպայում: Որոշ էթնիկ կամ մշակութային խմբեր ստեղծել են սեփական ծառայություններ կամ դիմել են դրանց ստեղծման համար, օրինակ՝ «Sharing Voices Bradford»-ը Միացյալ Թագավորությունում, որն աջակցության ծրագիր է բրիտանացի սևամորթների և հոգեկան առողջության ճգնաժամի մեջ գտնվող միգրանտների համար, հատկապես նրանց, ովքեր բախվում են սոցիալական բացառման, մեկուսացման և խտրականության (Gooding et al., 2018թ., էջ 206):

Այլ անձինք

Կան փաստեր, որոնք ցույց են տալիս, որ տարեցները հոգեկան առողջության համատեքստում ոչ հոժարակամ միջամտությունների են ենթարկվում ավելի հաճախ, քան մյուսները (Gooding, 2018 էջ 112): Այս ձեռնարկի պրակտիկաներից և ոչ մեկը բացահայտորեն չի անդրադարձել այս խմբին, համենայն դեպս ներկայացված նյութերում, թեև Արևելյան Լիլի «Քաղաքացիական հոգեբուժություն» մոդելը ներառում է տարեց մարդկանց հատուկ աջակցության ծրագրեր: Որոշ լրացուցիչ հետազոտություններում ներկայացված է Հունաստանի շարժական հոգեկան առողջության ստորաբաժանումների կողմից Հունաստանի հեռավոր և գյուղական

շրջաններում ապրող տարեցներին ծառայությունների մատուցմանն ուղղված հասուն կ ծրագիրը (Peritogiannis et al., 2017):

Այլ ժողովրդագրական հարցեր

Ավելի լայն գրականության մի շարք ուսումնասիրություններ անդրադառնում են հասուն կ խմբերի, մասնավորապես՝ բանտարկյալների կամ դատաբժշկական հոգեկան առողջության հաստատություններում պահվող անձանց (տե՛ս օրինակ Maguire et al., 2012; Olsson & Schön, 2016), երեխաների և դեռահասների (Martin et al., 2008), և տարեցների (Gjerberg et al., 2013; Mann-Poll et al., 2018), թեև ներկայացված նյութերում որևէ նման տեղեկություն չկար: Հավանաբար մեծ են նաև տարբերությունները ցածր կամ բարձր եկամուտ ունեցող, երիտասարդների/տարեցների, մտավոր և ճանաչողական հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց, գյուղական/քաղաքային բնակչության և այլ խմբերի միջև:

Ինչ վերաբերում է գյուղական և հեռավոր շրջանների բնակչության առջև ծառայած խնդիրներին, դրանց լավ են արձագանքում Հունաստանի հոգեկան առողջության շարժական ստորաբաժանումները և Ֆիննական «Բաց երկխոսությունների» ծրագիրը:

Ոչ հոժարակամ միջամտությունների փորձ ունեցող մարդկանց ժողովրդագրական բնութագրերի վերաբերյալ հետագա միջազգային ուսումնասիրության համար կան բազմաթիվ առաջարկներ (Curley et al., 2016թ., էջ 53):

Բ. Հաջողության գործոնները

Այս ձեռնարկում ներկայացված ծրագրերի հաջողության գործոնները կարելի է բաժանել ըստ մի քանի ուղղությունների:

Ընդհանուր ուղղություններ

▶ Հարկադրանքի նվազեցմանը և կանխամանր ուղղակիորեն միտված ծրագրեր

Որպես ընդհանուր մեկնաբանություն, այս ոլորտում հաջողության հասնելու անհրաժեշտ նախապայման է ընդունել այն հանգամանքը, որ հարկադրանքը չափազանց անցանկալի է (նույնիսկ եթե ոմանք դա համարում են անհրաժեշտ սահմանափակ հանգամանքներում) և այն նվազեցնելու, կանխելու և նույնիսկ վերացնելու ուղղությամբ ակտիվ քայլեր ձեռնարկելու հանձնառությունը: Մտադրության մասին նման հայտարարություններն ինքնին ակնհայտորեն բավարար չեն, և պահանջվում են հաշվետվողականության մեխանիզմներ (տես ստորև՝ Քաղաքականություն և պրակտիկա): Սակայն այդ հանձնառությունն հստակ արտահայտելը օգնում է հստակեցնել ցանկացած օրենքի, քաղաքականության կամ պրակտիկայի ուղղվածությունը կանխարգելման, կրճատման և, եթե իսկապես հնարավոր է, վերացնելու ուղղությամբ:

▶ Պահանջվում է ընդհանուր և տեղական մակարդակի կառավարում

Բոլոր ներկայացված ծրագրերի համար կարևորվում է թե՛ ընդհանուր, և թե՛ տեղական մակարդակի կառավարումը: Առանց դրա, դժվար է ստեղծել և պահպանել հարկադրանքի նվազեցմանը, դադարեցմանը և կանխարգելմանը ուղղված մշակութային փոփոխություն, լինի դա առանձին ծառայության կամ նախաձեռնության, թե ծառայությունների ամբողջ համակարգի ներքո:

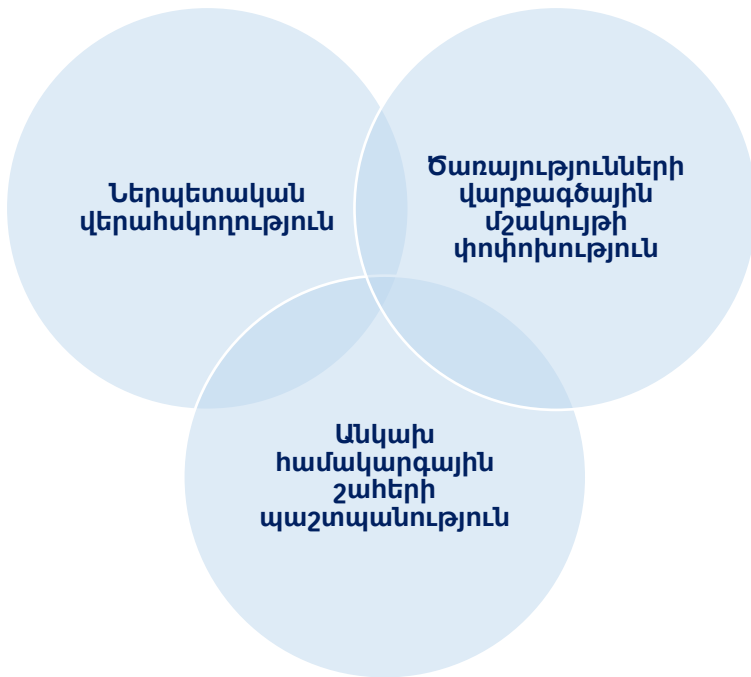
▶ Ծառայությունից օգտվողներ, նախկինում փորձ ունեցողներ, համակիցների ղեկավարում և ներգրավվածություն

Ղեկավարությունը պետք է ներառի համակիցների ներգրավվածությունը ինչպես բարձր, այնպես էլ տեղական մակարդակներում՝ որպես մարդու իրավունքների հրամայական (տե՛ս ՀԱԻԿ հոդված 4 (3)), բայց նաև հաշվի առնելով, որ առկա են համոզիչ ապացույցներ, որ ծառայություններից օգտվողների և հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց ներգրավվածությունը բարելավում է նվազեցման և կանխարգելման ռազմավարությունների արդյունավետությունը (Gooding et al., 2018):

Այդ նպատակով կառավարությունները կարող են նպաստել հոգեկան առողջության ճգնաժամերի և միջամտությունների փորձ ունեցող մարդկանց կարիքների համար ռեսուրսների տրամադրմանը, ներառյալ՝ համակիցների աշխատուժի վերապատրաստման ռեսուրսների, ինչպես նաև խթանել և աջակցել համակիցների առաջնորդությունը քաղաքականության մակարդակով աշխատանքում: Ի լրումն, անկախ, հոգեկան առողջության պետական ծառայությունների հետ մեկտեղ համակիցների կողմից ղեկավարվող կազմակերպությունների առկայությունը, որոնք ստանձնում են համակարգային շահերի պաշտպանությունը, նույնպես դրական դեր է խաղում այս ձեռնարկում ներկայացված հարկադրանքի նվազեցմանն և կանխարգելման մի քանի նախաձեռնություններում:

➔ Քաղաքականություն և պրակտիկա

Քաղաքականության տեսանկյունից՝ Ձեռնարկում ներկայացված լավ փորձը հուշում է, որ հարկադրանքից զերծ կամ հարկադրանքի միջոցները մեծապես նվազեցնող ծառայությունները հնարավոր է խթանել երեք փոխկապակցված մակարդակներում.



Պատկեր 1. Փոփոխություններ քաղաքականության մակարդակով

1. **ներպետական վերահսկողությունը** ներառում է պետական քաղաքականությունը, որն ուղղված է մեկուսացման և զսպման նվազեցմանը, կանխարգելմանը և վերացմանը, օրենսդրական

սահմանափակումներին, կառավարության՝ տվյալներ, այդ թվում՝ «այլընտրանքային բուժման տարբերակների գծով առաջընթացի» մասին հաշվետվություններ ստանալու իրավասությանը.

2. **վարքագծային մշակույթի փոփոխությունը** կուղղվի ծառայությունների վերակազմակերպմանը դեպի իրավունքի վրա հիմնված, վերականգնման և հոգեկան վնասվածքների մասին տեղեկացված խնամքի, անհատի և ընտանիքի կողմից ղեկավարվող աջակցության. և
3. **անկախ համակարգային շահերի պաշտպանությունը** կուղղվի հասարակական կարծիքին, քաղաքական գործիչներին, քաղաքականություն մշակողներին և ծառայություններ մատուցողներին՝ խթանելու կամավոր և առանց հարկադրանքի աջակցության կարևորությունը (Gooding et al, 2018թ., էջ 117):

Բարեփոխումների առավել համապարփակ համակարգերից մի քանիսը, այդ թվում՝ Արևելյան Լիլում և Տրիեստում, տեղի են ունեցել համայնքային կամ տեղական մակարդակում: Անհրաժեշտ է այս նախաձեռնությունների դասերը տարածել ազգային և տարածքային մակարդակով:

Այդ դասատույան կարևոր քայլերը ներառված են ԱՀԿ-ի «Մարդու իրավունքների և վերականգնման համայնքային հոգեկան առողջության ծառայությունների լավ փորձի ուղեցույցում» (2021թ., էջ 8): Ուղեցույցը մանրամասնում է վերը նշված ընդհանուր քաղաքականության առաջարկները և նշում, որ «առանց հարկադրանքի ծառայությունների ստեղծումը պահանջում է գործողություններ մի քանի ուղղություններով, այդ թվում՝».

1. **սպասարկող անձնակազմի կրթում** իշխանության տարբերությունների, հիերարխիայի և այն մասին, թե ինչպես դրանք կարող են հանգեցնել ահաբեկման, վախի և վստահության կորստի.
2. **օգնել անձնակազմին** հասկանալու, թե ինչն է համարվում հարկադրանքի գործելակերպ և դրա կիրառման վնասակար հետևանքները.
3. **համակարգված ուսուցում ամբողջ անձնակազմի համար՝** ճգնաժամային իրավիճակներին ոչ հարկադրաբար արձագանքելու վերաբերյալ, ներառյալ դեէսկալացիայի ռազմավարությունները և լավ հաղորդակցման գործելակերպը.
4. **անհատականացված պլանավորում** ծառայությունից օգտվող մարդկանց հետ միասին, ներառյալ ճգնաժամային ծրագրերը և նախապես տրվող ցուցումները.

5. **Ֆիզիկական և սոցիալական միջավայրի ձևափոխում**՝ ընկերական մթնոլորտ ստեղծելու համար, ներառյալ «հարմարավետության սենյակների» և «արձագանքման թիմերի» օգտագործումը՝ կոնֆլիկտային կամ այլ դժվար իրավիճակներից խուսափելու կամ լուծելու և հաղթահարելու համար.
6. **բողոքները լսելու և արձագանքելու** և դրանցից սովորելու արդյունավետ միջոցներ.
7. **պարբերաբար դեբրիֆինգ** ցանկացած հարկադրանքի կիրառումից հետո՝ ապագայում նման միջադեպերից խուսափելու նպատակով. և
8. բոլոր շահագրգիռ կողմերի դերին **անդրադարձ** և **փոփոխություն**, ներառյալ արդարադատության համակարգի, ոստիկանության, ընդհանուր պրոֆիլի առողջապահական աշխատողների և համայնքի, որպես միասնության (տես նաև Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն, 2019թ.):

Հիվանդանոցային մակարդակում հաջողություն

Նմանապես, հիվանդանոցային մակարդակի նախաձեռնությունների հաջողությունը, որոնք թվարկված են այս ձեռնարկում, հաճախ հիմնավորվում է հետևյալով.

- ▶ Բաժանմունքների ղեկավարների ներգրավում, հիմնվելով նրանց վրա.
- ▶ Հիմնական, առաջնագծի անձնակազմի ակտիվ հանձնառու լինեն գործելակերպի ներդրմանը.
- ▶ Առողջապահական մարմինների ներգրավվածություն և պահանջ.
- ▶ Առողջապահական մարմինների հետագա քայլեր և գործելակերպի վերանայում.
- ▶ Ծառայության հստակ ղեկավարում.
- ▶ Հասանելի տվյալներ (վիճակագրություն) սեփական գործելակերպի և հոսպիտալացման/պարտադիր հոսպիտալացման թվերի վերաբերյալ՝ անձնական կարծիքի ներկայացման համար.
- ▶ Մշակույթ, որը բաց է սովորելու և նոր մոտեցումներ փորձարկելու համար. և
- ▶ Կայուն անձնակազմ:

Վերջում նշենք, որ կառավարությունների, մասնագիտական խմբերի և փաստաբանների համար կարող է ցանկալի լինել ուշադրությունն ուղղել հիվանդանոցների վրա հիմնված նախաձեռնություններին, հաշվի առնելով, որ հենց այստեղ են հիմնականում կիրառվում հարկադրանքի միջոցները: Սակայն, «Համայնքային», «Հիբրիդ» և «Այլ» ծրագրերի բաժինները ներկայացնում են

արտահիվանդանոցային բազմաթիվ քայլեր, որոնք անհրաժեշտ են և կարող են նպաստել առանց հարկադրանքի աջակցություն ստեղծելու լայն նպատակին:

Իրականում «հիվանդանոցային» և «համայնքային» խնամքի ավանդական այլընտրանքը ոչ այնքան օգտակար կարող է լինել, քան «ճգնաժամային աջակցության» (որը կարող է տեղի ունենալ հիվանդանոցում կամ որևէ այլ վայրում) և «ընդհանուր աջակցության» միջև տարբերակումը (Gooding et al, 2018թ., էջ 116): «Ճգնաժամային աջակցության» որպես զուտ հիվանդանոցային գործառույթի մասին կառավարության և հանրային ընկալումները, փոխարենը ներառելով մի շարք տարբերակներ զանազան միջավայրերում՝ տանը, վերականգնման կենտրոններում, համակիցների կողմից կազմակերպվող վստահության կենտրոններում, շարժական աջակցության խմբերում, ընտանեկան խմբերի կոնֆերանսների կազմակերպումը, անձնական շահերի պաշտպանությունը, կարող է օգնել վերակողմնորոշել ուշադրությունը ինստիտուցիոնալ միջավայրից, որտեղ ավանդաբար տեղի է ունենում հարկադրանքի պրակտիկան:

Գ. Ամփոփում

Հոգեկան առողջության հաստատություններում և ճգնաժամային աջակցության ծառայություններում հարկադրանքի նվազեցման և կանխարգելման միջոցառումների հաջողության մասին փաստերը մշտապես ավելանում են: Դրանք ցույց են տալիս, որ շատ կառավարությունների, մասնագետների և համայնքների կողմից հարկադրանքի նպատակահարմարության և «անհրաժեշտության» վերաբերյալ բազմաթիվ ենթադրություններ պետք է վերանայվեն:

Որևէ երկրի կառավարություն դեռևս չի ձգտել համակարգված կերպով նվազեցնել և կանխել հարկադրանքի պրակտիկան, նաև ԵՄ-ի երկրներից ոչ մեկը բացահայտորեն հանձնառու չի եղել առանց հարկադրանքի աջակցությանը: Ի՞նչ տեղի կունենան, եթե մեկ քաղաք, երկիր կամ տարածաշրջան իրականացներ այս զեկույցում ուրվագծված միջոցառումների լայն շրջանակը և դրա նման այլ միջոցառումներ: Ներկայումս այս հարցի պատասխանը պարզ չէ, քանի որ այլընտրանքների իրականացումը հիմնականում կրել է ժամանակավոր բնույթ, եղել տեղական կամ համայնքային մակարդակում, կամ տարածվել է միայն հարկադրանքի հատուկ տեսակների, այլ ոչ թե ամբողջ համակարգի վրա: Ձեռնարկում ներկայացված գործելակերպը հուշում է, թե ինչ է հնարավոր: Ձեռնարկում նշվում է, որ ժամանակակից բազմաթիվ հարկադրական միջոցներ «անհրաժեշտ չեն», եթե ներդրումներ կան այլընտրանքային

գործելակերպերում և բացահայտ հանձնառություն դրանց կրճատման, կանխարգելման և վերացման նախաձեռնություններին: Նման պրակտիկաների ներդրման և վերականգնմանն ուղղված համակարգերին ավելի լայն անցում ապահովելու համար պատասխանատվության միջոցներ տրամադրելու համար կան իրավական և բարոյական համոզիչ փաստարկներ:

Հուսով ենք, որ այս ձեռնարկը կարող է ծառայել որպես քաղաքականության շրջանակ Եվրոպայի խորհրդի անդամ երկրների և քաղաքացիական հասարակության համար՝ օգնելու ուրվագծել առաջիկա ճանապարհը: