



Scurt ghid pentru a pune capăt coerciției și constrângerii în serviciile de sănătate mintală

ÎNCEPEȚI!

BINE AȚI VENIT!

INTRODUCERE

Acest ghid reprezintă cea de-a patra publicație din seria noastră de ghiduri scurte. „Un scurt ghid pentru a pune capăt coerciției și constrângerii în serviciile de sănătate mintală” urmează după „Un scurt ghid pentru **medicația psihiatrică**”, „Un **ghid pentru recuperarea personală în domeniul sănătății mintale**” și „Un scurt ghid pentru diagnosticul psihiatric”.

Acest ghid își propune să ajute persoanele care intră în contact cu sistemul de sănătate mintală, fie în calitate de utilizatori de servicii, fie indirect, în calitate de prieteni sau rude ale utilizatorilor, pentru a putea să investigheze, să înțeleagă și să devină participanți activi, mai degrabă decât beneficiari pasivi ai îngrijirii.

Pentru mulți oameni, experiența de a deveni pacient psihiatric se poate dovedi a fi singuratică, umilitoare și înfricoșătoare. Acest lucru se poate înrăutăți în cazul în care procesul este involuntar sau coercitiv, ceea ce conduce la un plus de suferință și la prelungirea traumei.

Din nefericire, majoritatea țărilor încă permit o anumită formă de constrângere și restricție în serviciile de sănătate mintală, considerată justificată atunci când persoana este privită ca un pericol pentru propria persoană sau pentru alții.

În prezent, măsurile coercitive tind să fie încadrate drept „ultimă soluție”, cu linii directoare și formare obligatorie, dar sunt utilizate ca primă soluție sau ca răspuns în situație de urgență, continuă să fie larg răspândite și chiar în creștere în serviciile aflate sub presiune.

Acest scurt ghid își propune să sugereze modalități prin care persoanele care au trecut prin crize de sănătate mintală și susținătorii acestora să își poată face auzite vocile și opiniile, preluând controlul asupra corpului și vieții lor.

1. Ce forme iau constrângerea și restricționarea?

În practica sănătății mintale coerciția și constrângerea au o istorie lungă și, sincer, întunecată. Constrângerea poate implica:

X Izolarea: închiderea într-o cameră sau într-o zonă izolată din care o persoană nu poate ieși în mod liber.

X Restricția fizică: ținutul cu mâinile al unei persoane pentru a-i împiedica sau restricționa mișcarea.

X Restricția mecanică: utilizarea de dispozitive (de exemplu: curele, centuri, pături cușcă etc.) pentru a împiedica sau a supune mișcarea.

X Restricția chimică sau farmacologică: utilizarea de medicamente de tip sedative pentru a controla sau a supune comportamentul (de exemplu: tranchilizarea rapidă).



COERCIȚIA SE REFERĂ LA MODALITĂȚILE PRIN CARE ESTE ÎNCĂLCAT SAU OCOLIT PRINCIPIUL MEDICAL, DE TIP NORMĂ, DE A SOLICITA CONSIMȚĂMÂNTUL ÎN DEPLINĂ CUNOȘTINȚĂ DE CAUZĂ PENTRU TRATAMENT.

Acest lucru se poate realiza prin amenințarea cu consecințe în caz de nerespectare, cum ar fi readmiterea forțată în spital sau orice altă modalitate prin care se ignoră dorințele exprimate de persoana care primește tratamentul (de exemplu: injecții forțate sau ordine de tratament în comunitate).

2. Există alternative la utilizarea coerciției și a constrângerii?

În 2017, Mental Health Europe (MHE) a adoptat o poziție cu privire la articolul 12 din Convenția Națiunilor Unite referitor la drepturile persoanelor cu dizabilități (UN CRPD), susținând tranziția tuturor serviciilor de sănătate mintală și a legislației către practici total consensuale, fără constrângere și fără substituirea propriei decizii. Doi ani mai târziu, am elaborat un raport privind **practicile promițătoare în materie de prevenire, reducere și eliminare a coerciției în întreaga Europă**.

Acest raport a furnizat o listă de alternative utilizate în prezent în țările europene, colectate de către membrii și partenerii SME. Câteva exemple sunt incluse aici pentru a ilustra principiile pe baza cărora funcționează acestea.

ITALIA

Unitățile de psihiatrie din spitalele generale SPDC (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura)

SPDC-urile au fost înființate în 1978, în timpul procesului de dezinstituționalizare din Italia, prin aceeași lege care a ordonat închiderea spitalelor de psihiatrie la nivel național, dând astfel un mesaj puternic cu privire la tranziția centrului de greutate al serviciilor de la spital spre comunitate și la o paradigmă mai degrabă socială decât medicală.

SPDC-urile sunt unități de psihiatrie ale spitalelor generale care au ca scop găzduirea persoanelor aflate în stare critică, atât voluntară cât și involuntară, atunci când sprijinul serviciilor comunitare nu a avut succes.

Există SPDC-uri care au secții complet deschise și care au renunțat de mulți ani, la utilizarea constrângerii („SPDC fără constrângere”), în timp ce alte SPDC-uri au încă secții închise și urmăresc să reducă sau să elimine constrângerea. SPDC-urile fără restricții se bazează pe o politică a ușilor deschise și pe respectarea drepturilor, a libertății și a demnității persoanelor. Programul se bazează pe dialog și pe stimularea persoanelor pentru a-și asuma responsabilitatea în propriul proces de recuperare.

Pentru ca un SPDC să ajungă să nu aibă restricții trebuie parcurs un proces de lungă durată, care necesită educație și noi competențe pentru profesioniștii din domeniul sănătății mintale, dar și atitudini diferite față de persoanele cu probleme de sănătate mintală dintr-o comunitate mai largă. Deschiderea, încrederea și cooperarea cu persoanele, atât din interiorul cât și din afara spitalului, sunt esențiale. SPDC-ul fără constrângere

implică o rețea largă de organizații și servicii, atât la nivelul spitalului, cât și la nivelul comunității, cum ar fi organizațiile de utilizatori și de membri ai familiilor, autoritățile locale, precum și poliția și sistemele judiciare. Cu cât serviciile locale sunt mai bine organizate și coordonate, cu atât este nevoie de mai puțină spitalizare.

FINLANDA

Abordarea dialogului deschis pentru psihoza acută

Acesta este un model dezvoltat inițial în Finlanda, în care deciziile de îngrijire sunt luate prin contribuția personală a persoanei aflate în cauză, împreună cu alte persoane dintr-o rețea mai largă, la alegerea acesteia. Modelul dialogului deschis a fost conceput inițial ca o alternativă de tratament pentru a evita spitalizarea. Ca atare, este mai puțin probabil să se recurgă la constrângere, inclusiv la izolare și restricție.

Open Dialogue se bazează pe sprijin oferit în casele și comunitățile oamenilor. Furnizorii de servicii urmăresc să faciliteze «întâlniri de rețea» periodice între persoana în cauză și o rețea de prieteni apropiați, îngrijitori sau membri ai familiei, precum și câțiva membri ai echipei de asistență medicală care participă în mod constant. Se pune un accent puternic pe o audiere egală a tuturor vocilor și perspectivelor, atât ca mijloc, cât și ca obiectiv al tratamentului. Accentul se pune pe transparență în relația cu persoana, pe empatie și considerație pozitivă.

Încă nu s-a realizat o evaluare majoră a impactului direct al dialogului deschis asupra utilizării coerciției, dar, în Laponia, modelul a înlocuit în întregime tratamentul de urgență, medicalizat. Beneficiile generale, după doi ani de monitorizare, au fost: mai puține spitalizări, mai multe întâlniri cu familia, mai puține medicamente, mai puține recidive și un statut mai bun la angajare.



REGATUL UNIT (UK)

Inițiativa „Mai întâi fără utilizarea forței”

Această inițiativă are ca scop modificarea culturii din secții, trecerea de la reținere la recuperare și, în cele din urmă, crearea unor medii fără constrângere. Această abordare, care provine din Statele Unite, este adoptată de unele trusturi de sănătate mintală din Regatul Unit. Ideea de bază este că „nu există recuperare forțată”. Politica „Mai întâi fără utilizarea forței” urmărește să creeze medii fără constrângere prin următoarele inițiative:

- ✓ promovarea colaborării între utilizatori și membrii personalului pentru a crea secții concentrate mai mult pe recuperare;
- ✓ dezvoltarea de programe de formare în colaborare cu utilizatorii și promovarea formării în tehnici de diminuare a escaladării ;
- ✓ dezvoltarea unei culturi de cooperare, mai degrabă decât a unei culturi restrictive, pentru a reduce

incidentele de agresiune, automutilare și intervenție fizică;

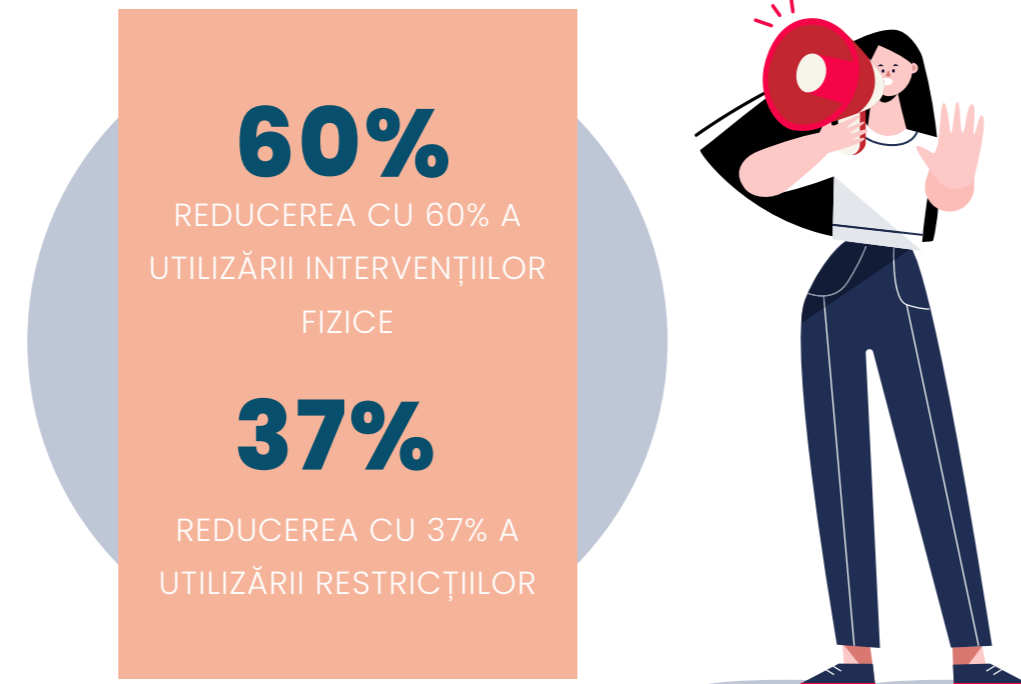
✓ dezvoltarea unei cunoașteri mai profunde a utilizatorilor pentru a le înțelege experiențele într-o manieră empatică, care ia în considerare traumele, și colaborarea pentru a construi reziliență;

✓ includerea experiențelor utilizatorilor de servicii și implicarea lor în activități de co-creare;

✓ sensibilizarea utilizatorilor și a rudelor acestora;

✓ înregistrarea de date privind utilizarea coerciției și analiza imediată după un astfel de incident.

În Marea Britanie, Mersey Care NHS Foundation Trust a utilizat politica „Mai întâi fără utilizarea forței” împreună cu alte inițiative și a înregistrat o reducere de aproximativ 60% a utilizării intervențiilor fizice în primii doi ani de la punerea în aplicare. Abordarea a fost apoi implementată în toate secțiile trustului și, între aprilie 2016 și august 2017, s-a înregistrat o reducere de 37% a utilizării constrângerilor, precum și o reducere a concediilor medicale și a fluctuației personalului angajat.



3. Sprijinirea alegerii și a consimțământului în cunoștință de cauză

Programele descrise mai sus au ca scop schimbarea culturii serviciilor de sănătate mintală și, în cazul primelor două, a culturii întregii comunități și a instituțiilor în care sunt integrate astfel de servicii.

Cu toate acestea, este necesar ca o persoană să primească sprijin pentru a-și face cunoscute preferințele și alegerile și pentru a se acționa în consecință atunci când cultura nu este atât de conciliantă. Faptul de a avea o persoană de încredere, o persoană similară care susține, sau o directivă avansată care să sprijine aceste preferințe și alegeri, poate fi de mare ajutor, după cum se poate vedea în programele următoare.

SUEDIA

Programul suedez al Ombudsmanului personal

„Personligt Ombud Skane” sau „AP” este un program inițiat în 1995 de către persoane cu dizabilități psihosociale, drept un „Serviciu controlat de utilizatori cu agenți personali”. Scopul este de a facilita procesul decizional al persoanelor cu dizabilități psihosociale și, în situații vulnerabile, atunci când vine vorba de sprijinul de care au nevoie din partea autorităților publice și a serviciilor sociale. Ombudsmanul este o persoană profesionistă, cu înaltă calificare, de obicei un avocat sau un asistent social care acționează numai în interesul clientului său și nu lucrează în alianță cu serviciile psihiatrice sau sociale sau cu orice altă autoritate, nici cu rudele clientului sau cu orice altă persoană.

Ombudsmanul are mare grijă și acordă mult timp pentru a crea încredere și pentru a se asigura că aceste persoane primesc ajutorul și serviciile la care au dreptul și pe care le doresc. Organizația Națiunilor Unite Comitetul Națiunilor Unite pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități și Organizația Mondială a Sănătății (OMS) consideră că acesta este modelul adecvat pentru procesul de luare a deciziilor asistate deoarece Ombudsmanul permite persoanelor să ia și să comunice decizii referitoare la chestiuni personale sau juridice. Ca atare, Ombudsmanul personal este o modalitate de a limita practicile coercitive și de a reduce numărul de crize de sănătate mintală.

Începând cu anul 2000, sistemul AP a fost extins la nivelul întregii țări. Deși nu există încă dovezi disponibile cu privire la impactul acestuia asupra coerciției, o evaluare guvernamentală a programului, după cinci ani, a arătat că sistemul este mai puțin costisitor din punct de vedere socio-economic, deoarece persoanele care beneficiază de sprijinul AP devin rapid mai puțin dependente de serviciile psihiatrice, au mai mult control asupra vieții lor, iar situația lor psihosocială se îmbunătățește. Ca urmare, Consiliul Național de Sănătate și Asistență Socială a început să promoveze AP ca pe o nouă formă de profesie în asistența socială, iar în 2013 a intrat în vigoare un nou

regulament prin care s-a stabilit finanțarea permanentă a sistemului de AP. Sistemul s-a bucurat de un mare interes și a inspirat serviciile similare din alte țări.

Planificarea anticipată

Planificarea anticipată, prin intermediul directivelor avansate sau al declarațiilor anticipate, înseamnă că o persoană ia, în prealabil, decizii pentru sine sau îi direcționează pe alții pentru perioadele speciale de criză. Planificarea anticipată se poate referi la preferințele de tratament, informații privind reacțiile adverse la medicație, avute anterior, și orice alte informații, cum ar fi pe cine să contacteze sau să nu contacteze. Aceasta poate contribui la respectarea voinței și preferințelor persoanei.

Un tip formal de planificare anticipată îl constituie acordul de reprezentare, prin care o persoană desemnează o altă persoană să o asiste în cazul unei crize viitoare. Un tip informal de planificare anticipată îl reprezintă planul comun de criză, care constă într-un plan formulat de către utilizator, împreună cu profesioniști din domeniul sănătății, o persoană de încredere, colegi sau rude, dacă se dorește sau este dacă este necesar. Planul conține declarații anticipate privind preferințele de îngrijire în cazul unei viitoare recidive.

PLANIFICAREA ANTICIPATĂ ESTE CONSIDERATĂ UN MIJLOC DE REDUCERE A INTERNĂRILOR OBLIGATORII ȘI A TRATAMENTELOR OBLIGATORII, DEOARECE UTILIZATORII SE SIMT MAI STĂPÂNI PE SITUAȚIE ȘI MAI ÎMPUTERNICIȚI, MAI CONFORTABIL ÎN CEEA CE PRIVEȘTE VIITORUL IAR NEVOILE LOR SUNT RESPECTATE.

Nu întotdeauna se dă curs directivelor prelabile, profesioniștii din domeniul sănătății trecând adesea peste dorințele clientului/pacientului în „interesul superior” al acestuia. Cu toate acestea, este important să ne amintim că utilizatorii de servicii au același drept de a se răzgândi ca oricine altcineva și că acest lucru nu ar trebui să fie folosit ca scuză pentru a-i priva de mijloacele de planificare anticipată, care, în funcție de țară, ar putea fi aplicate prin lege și trebuie respectate de către profesioniștii din domeniul sănătății.

Sprijin voluntar de la egal la egal

Sprijinul voluntar între egali este un mod de a gândi și de a invita la construirea unor relații de putere care sunt reciproce, exploratorii și conștiente. Semenii se reunesc în jurul unor experiențe comune și, adesea, a unei dorințe de a-și

schimba viața. Ei învață să folosească relațiile pentru a vedea lucrurile din unghiuri diferite, să dezvolte o mai mare conștientizare a modelelor personale și relaționale și să se sprijine și să competiționeze reciproc în încercarea de a face lucruri noi.

Printre altele, sprijinul voluntar între egali promovează un mod de relaționare bazat pe trauma-informată: în loc să întrebăm „Ce e în neregulă cu tine?”, întrebarea este „Ce și s-a întâmplat?”. Sprijinul voluntar între egali oferă un cadru puternic pentru crearea unor relații în care ambele persoane învață și se dezvoltă împreună. Astfel, sunt oferite oportunități de a găsi și de a crea noi semnificații prin intermediul relațiilor și conversațiilor, ceea ce conduce la noi modalități de a înțelege crizele. Mutualitatea și puterea împărtășită sunt prezentate ca elemente ce contribuie la prevenirea intervențiilor coercitive.

Sprijinul voluntar între egali a fost dezvoltat ca o alternativă la practicile tradiționale de sprijin între egali din cadrul serviciilor de sănătate mintală. Acesta a fost promovat de către Centrul pentru drepturile omului, al utilizatorilor și al supraviețuitorilor de psihiatrie și de Rețeaua europeană a (foștilor) utilizatori și supraviețuitori de psihiatrie ca o bună practică privind “Procesul decizional și alternativele la coerciție”.

4. Ce este necesar pentru reducerea sau eliminarea coerciției și a constrângerii?

Utilizarea constrângerii și a restricției sunt integrate în cultura și procedurile serviciilor de sănătate mintală și ale serviciilor comunitare. Cu toate acestea, ele nu rămân necontestate. În 2019, fostul raportor special al ONU pentru dreptul la sănătate fizică și mintală, Dainius Puras, a venit cu propunerea revoluționară a unei **abordări bazate pe drepturi**, pentru a contracara dependența, la nivel mondial, din ce în ce mai mare, față de tratamentul forțat.

PRIMUL PAS SPRE SCHIMBARE ESTE RECUNOAȘTEREA COMUNĂ A FAPTULUI CĂ TRATAMENTUL OBLIGATORIU ESTE GREȘIT ȘI LUAREA DE ANGAJAMENT LA NIVEL DE CONDUCERE PENTRU A ELIMINA TOATE FORMELE DE CONSTRÂNGERE ȘI DE COERCIȚIE.



Acțiunile vor include:

ACCENT PE UTILIZATORII DE SERVICII

concentrarea pe preferințele utilizatorilor de servicii, alocarea de mai mult timp și implicarea personalului și a colegilor în inițiative

CONSOLIDAREA CAPACITĂȚII PERSONALULUI ȘI A FUNCȚIONARILOR PUBLICI

formarea membrilor personalului, dar și a forțelor de poliție și a altor funcționari publici, cu implicarea experților prin experimentare

ÎMBUNĂTĂȚIREA COMUNICĂRII CU UTILIZATORII

dedicarea de timp pentru îmbunătățirea comunicării cu utilizatorii în contextul familiilor lor și al rețelelor sociale ale acestora, precum și concentrarea asupra colaborării într-o abordare bazată pe recuperare

MEDIUL FIZIC CONTEAZĂ

îmbunătățirea mediilor fizice

ASIGURAREA COLABORĂRII ÎNTRE AGENȚII

punerea în aplicare a unei activități eficiente la nivelul comunității locale și a colaborării între diferite servicii (de exemplu, servicii sociale, autorități sanitare, servicii de ocupare a forței de muncă, oportunități locale de petrecere a timpului liber)

MONITORIZAREA UTILIZĂRII COERCIȚIEI

monitorizarea și colectarea de date privind utilizarea coerciției și examinarea în comun a incidentelor pentru a vedea ce se poate învăța de aici.

5. Ce putem face în calitate de utilizatori de servicii sau de susținători?

GĂSIREA ALIAȚILOR

Cercetați și alăturați-vă grupurilor locale și/sau naționale, în special celor conduse de persoane cu experiență directă, care sunt dedicate abordării bazată pe drepturile omului pentru a atenua suferința psihică.

COLECTAREA POVEȘTILOR

Nimic nu vorbește mai bine decât experiența. Împărtășirea cazurilor în care lucrurile nu au mers bine și evidențierea exemplilor în care o abordare diferită poate funcționa sunt două argumente puternice pentru schimbare. Dezvoltarea rețelelor de socializare oferă instrumente atât pentru colectarea, cât și pentru diseminarea informațiilor și ideilor.

COLECTARE INFORMAȚIILOR

Multe țări solicită serviciilor să colecteze și să publice informații privind utilizarea constrângerii în diferitele sale forme.

Dacă puteți afla ce se întâmplă, acest lucru oferă un punct de referință în raport cu care pot fi măsurate progresele.

IDENTIFICAREA ȘI COMUNICAREA CU PERSOANELE CU ROLURI DE CONDUCERE DIN LOCALITATE

Aflați cine este interesat să facă schimbări, deoarece ar putea exista aliați, inclusiv organizații de profesioniști din domeniul sănătății, avocați, organizații pentru drepturile omului și ale specialiștilor în politici publice, care sunt dedicați. Nimeni nu-i place să folosească forța și, pe lângă faptul că este incredibil de dăunătoare pentru cei care o suportă, este, de asemenea, o cauză de stres semnificativ pentru cei care simt că trebuie să o folosească. Filozofia „Mai întâi fără utilizarea forței” nu numai că îmbunătățește dramatic experiența pacienților, dar a fost pozitivă și pentru personal.

Utilizarea continuă a constrângerii și a tratamentului obligatoriu este un scandal internațional. Întotdeauna există alte alternative posibile și fiecare caz reprezintă o oportunitate de a învăța despre ceea ce ar fi putut fi planificat sau făcut mai bine. Vă invităm să vă alăturați pentru a schimba cultura noastră într-una în care ignorarea principiului consimțământului în cunoștință de cauză pentru tratament nu mai este acceptabilă și în care semnarea UNCRPD înseamnă un angajament de a respecta întotdeauna drepturile persoanelor cu dizabilități, și în special în momentele de criză.

Mental Health Europe se angajează să reducă și să elimine orice formă de coerciție în domeniul sănătății mintale, atât prin monitorizarea utilizării coerciției, cât și prin încurajarea experiențelor cu metode alternative.

VENIȚI ALĂTURI DE NOI PENTRU A SCHIMBA CULTURA NOASTRĂ ÎNTR-UNA ÎN CARE NU MAI ESTE ACCEPTABIL SĂ NU SE ȚINĂ CONT DE PRINCIPIUL CONSIMȚĂMÂNTULUI INFORMAT PENTRU TRATAMENT.





DESPRE REȚEAUA MENTAL HEALTH EUROPE (MHE)
CU PESTE 70 DE ORGANIZAȚII ÎN PESTE 30 DE ȚĂRI, MHE ESTE CEA MAI MARE REȚEA
INDEPENDENTĂ CARE MILITEAZĂ PENTRU O SĂNĂTATE MINTALĂ ABORDATĂ POZITIV ȘI
ÎNTR-O STARE DE SĂNĂTATE BUNĂ CU SCOPUL DE A PROTEJA DREPTURILE PERSOANELOR
CU PROBLEME DE SĂNĂTATE MINTALĂ. SUSȚINEM ÎN PERMANENȚĂ INCLUZIUNEA SOCIALĂ,
DEZINSTITUȚIONALIZAREA ȘI RESPECTAREA DREPTURILOR OMULUI PENTRU PERSOANELE
CU DIZABILITĂȚI PSIHOSOCIALE. SENSIBILIZĂM OPINIA PUBLICĂ PENTRU A PUNE CAPĂT, ÎN
ÎNTREAGA EUROPĂ, STIGMATIZĂRII ÎN MATERIE DE SĂNĂTATE MINTALĂ.

PENTRU MAI MULTE INFORMAȚII, VĂ RUGĂM SĂ CONSULTAȚI:



Activitatea organizației Mental Health Europe este sprijinită de Comisia Europeană prin intermediul Programului „Drepturi, egalitate și cetățenie”. Informațiile conținute în acest document nu reflectă în mod necesar poziția sau avizul Comisiei Europene.

Activitatea Mental Health Europe este sprijinită parțial de un grant din partea Open Society Foundation, în cooperare cu Programul de Sănătate Publică al Open Society Foundation.