



Luvut 1, 2 ja 3 (yhteinen osa I DECIDE SDM Manuals)

Sisällysluettelo

1. Esittely

I-DECIDE Manuals for Personal Talous, Health-care & Consumer Rights -
tavoitteet

I-DECIDE-käyttöoppaiden käyttö

2. Tausta

YK: n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista

Tietoja tuetusta päätöksenteosta

Tämän käsikirjan kattamat päätöstyypit

I-DECIDE-tuettu päätöksentekosopimus

Oikeudellinen kehys

Digitaaliset, laskutaito- ja lukutaitotaidot sekä SDM

3. SDM-palvelun luominen

I-DECIDE-tuettu päätöksentekosopimus käytännössä

Roolit I-DECIDE SDM -sopimuksessa

SDM-sopimuksen luominen ja toimittaminen

Vaihe 1: SDM-palvelun pyytäminen

Vaihe 2: Kannattajien tunnistaminen

Vaihe 3: SDM-sopimuksen soveltamisalan ja sisällön määrittäminen

Vaihe 4: SDM-sopimuksen toimittaminen ja arviointi

SDM-suhteen luominen: liimaus ja alustava arviointi

Yksilöllinen SDM-suunnitelma

SDM-palvelun arviointi

4. I-DECIDE Health-care Manual

Johdanto

Basic Sanasto

SDM-työkalut ja strategiat terveydenhuollossa

Päivittäinen terveydenhoito

Tapausskenaario : Itsetunon saaminen terveellisten tapojen avulla

G Yleisiä Terveydenhuollon

Tapausskenaario : Ensisijaiset tekijät, toissijaiset tekijät ja komorbiditeetti

Poikkileikkauskysymykset terveydenhuollossa

Tapausskenaario: Monimutkaisuuuden torjunta

5. Viitteet

6. Liitteet

1. Esittely

I-DECIDE Manuals for Personal Talous, Health-care & Consumer Rights - tavoitteet

Tämä opas on osa I-DECIDE Erasmus + -projektia, aloitetta, jonka päätavoitteena on parantaa vammaisten tuettujen päätöksentekopalvelujen (SDM) palveluja digitaalisilla, lukutaito- ja laskutaidolla (DLN). Tämän päämäärän saavuttamiseksi **tukijan** (henkilön, joka auttaa jotakuta päätöksenteossa) on oltava selkeä käsitys siitä, mitä SDM tarkoittaa^[1]. Tämä opas on suunniteltu kouluttamaan tukijaa erityisistä menettelytavoista ja työkaluista SDM-lähestymistavan sisällyttämiseksi malliin innovatiivisen tuen tarjoamiseksi.

SDM-mekanismit ovat avainasemassa vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevan Yhdistyneiden Kansakuntien yleissopimuksen (UNCRPD) täytäntöönpanossa . Valmistelukunta^[2] edellyttää, että jäsenvaltiot, päättäjät, ammattilaiset ja koko yhteiskunta voittavat **vammaisuuden lääketieteellisen mallin** ja hylkäävät sen , joka käsittelee ja luokittelee vammaiset henkilöt vammaisten, puutteiden tai erojen perusteella . Sen sijaan UNCRPD vaatii jäsenvaltioita omaksumaan ja omaksumaan **ihmisoikeuksiin perustuvan lähestymistavan**^[3] keinona varmistaa vammaisten kaikkien ihmisoikeuksien täysimääräinen ja yhtäläinen nauttiminen ja siten edistää ja kunnioittaa heidän luontaista arvokkuuttaan. Tämä lähestymistapa keskittyy myös yhtäläisiin mahdollisuuksiin, syrjimättömyyteen ja osallisuuteen. Valmistelukunnan ytimessä todetaan, että vammaisilla on oikeus henkilökohtaiseen tukeen niiden yhteiskunnallisten esteiden (asenne- ja ympäristötekijät) voittamiseksi, jotka estävät heidän täyden ja tehokkaan osallistumisensa yhteiskuntaan tasa-arvoisesti muiden kanssa. Valmistelukunnan lähestymistavassa todetaan, että tuen ensisijaisena tarkoituksena ei ole pelkästään palvelujen tai tuen tarjoaminen henkilön edun mukaisesti (korvaava päätöksentekomenettely), vaan pikemminkin tuen tai palvelujen tarjoaminen henkilön tahdon, toiveiden ja

mieltymysten perusteella. henkilö, joka saa tukea. Supported päätöksenteko on prosessi, jonka avulla vammaiset tehdä hänen / hänen oma päätöksensä.

SDM on lähestymistapa, jota käytetään tässä oppaassa.

SDM-lähestymistapaa ei voida irrottaa yhteistuotantomenetelmästä[4]. Yhteistuotanto tarkoittaa, että tuettu henkilö osallistuu saamansa palvelun tai tuen suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin, mikä tuottaa kaksinkertaisen vaikutuksen. Ensinnäkin palvelu itse tunnistaa tehokkaammin saavutettavat tavoitteet, koska se käsittelee tuetun henkilön tunnistamat tai suoraan ilmaisemat ongelmat. Toiseksi tuettu henkilö saa valtuudet, koska ammattilaiset tai muut sidosryhmät kohtelevat häntä tasa-arvoisena kumppanina, ja hänen näkemyksiään arvostetaan ja kunnioitetaan.

Yhteistuotanto on läsnä tässä oppaassa kuvatun SDM-prosessin kaikissa vaiheissa, koska se vaatii - korkeimmalla mahdollisella tasolla - tuettavan henkilön osallistumista tukitarpeiden määrittelyyn, tukijan valitsemiseen, tuen ehdoista sopimiseen tarjotaan ja arvioidaan tyytyväisyys tai arvioidaan tuloksia.

I-DECIDE-projektikumppanit tunnustavat, että tuettavan henkilön digitaaliset, lukutaito- ja laskutaidot ovat avaintekijä, jonka avulla henkilö voi paremmin ymmärtää tietoja ja punnita siten tiettyyn päätökseen liittyvien eri vaihtoehtojen etuja ja haittoja.

Tämän käsikirjan tarkoituksena on näyttää SDM: n kannattajille, kuinka tarjota tai koordinoita resursseja, jotta henkilö voi hankkia tai parantaa DLN-taitojaan, joita tarvitaan omien päätösten tekoon.

I-DECIDE on kehittänyt käsikirjoja tai oppaita kolmelle tärkeälle osa-alueelle jokapäiväisessä elämässä: terveydenhuolto, henkilökohtainen talous ja kuluttajien oikeudet. Käsikirjoissa kuvattuja menettelytapoja voidaan käyttää uudelleen tai käyttää uudelleen muilla elämän alueilla, kuten työmarkkinoilla, asumisessa tai muilla asiaankuuluvilla aloilla, kun ne on tehty sopiviksi.

I-DECIDE-käyttöoppaiden käyttö

Luku 2 '*Tausta*' on välttämätön tämän käsikirjan tarkoituksen ymmärtämiseksi. Siinä kuvataan SDM: ää koskevat periaatteet, mukana olevat prosessit ja kuvaus SDM: n suorittamiseen käytetyistä työkaluista.

Luvussa 3 '*SDM-palvelun luominen*' kuvataan yksityiskohtaisesti, kuinka sopimusta käytetään ammattimaisena työkaluna henkilön tukemiseen päätöksenteossa. Löydät prosessit ja välineet SDM-palvelun rakentamiseksi, kehittämiseksi, toimittamiseksi ja arvioimiseksi. Luvut 2 ja 3 ovat projektikumppanien mielestä I-DECIDE-keskeisiä menetelmiä, joita käytetään ja jaetaan kaikissa hankekonsortion kehittämässä kolmessa käsikirjassa, sekä universaalina että paikallisena versiona.

On kuitenkin huomionarvoista, että paikalliset versiot sisältävät erityisen osan oikeudellisesta kehyksestä, että materiaalit on mukautettu vastaamaan ja kuvaamaan paikallisen maan oikeudellista rakennetta, asiayhteyttä, olosuhteita tai vaatimuksia, jotka tukijan tai palvelun on otettava huomioon SDM-sopimusten asianmukainen asettaminen.

4 luku "*Terveys*"; '*Henkilökohtainen talous*' tai '*Kuluttajan oikeudet*' keskittyvät kullekin käsikirjassa käsitellylle alueelle tai aihealueelle merkityksellisiin erityisprosesseihin ja esittävät erityisiä työkaluja, esimerkkejä, välineitä tai toimintoja, joissa SDM ja I-DECIDE-menetelmät ovat tai voivat olla käytetty. Vaikka SDM on yhteinen malli näiden jokapäiväisen elämän kolmen alueen välillä, päätöstyypit ja tilanteet saattavat vaihdella kolmen eri alueen välillä, joten kullakin alueella käytetyt työkalut voivat olla erilaisia. SDM-prosesseista tai -työkaluista kokeneet ammattilaiset tai sidosryhmät voivat siirtyä suoraan näihin lukuihin ja nähdä esimerkkejä erityisistä työkaluista, hyvistä käytännöistä ja menettelyistä tuettujen henkilöiden auttamiseksi päätöksenteossa. Tapaustutkimuksia on käytetty havainnollistamaan, kuinka edetä laajalla yhdistelmällä asioita tai tapauksia, joissa SDM:ää voidaan käyttää kullakin kolmella alueella.

Luku 5 sis *UdeS viittauksia* " ja kirjallisuusluettelo noin SDM ja kunkin aiheen o r käsikirja jatkolukemista .

Luvun 6 "*liitteet*" sisältää liitteenä *I-DECIDE SDM -sopimusmallin* . Muut asiaankuuluvat asiakirjat ja mallit, jotka on kehitetty koko I-DECIDE-projektin elinkaaren ajan (eli '*DLN-taitojen arviointilomake*' , '*SDM -terveydenhuollon arviointi*' ; '*SDM-henkilökohtaisen talouden arviointi*' ; '*tyytyväisyyden itsearviointilomakkeet*' sekä tuettavalle henkilölle että ammattilaisille tai '*Henkilökohtainen SDM-suunnitelma*') ovat ladattavissa projektin verkkosivustolta. Asiakirjat toimivat I-DECIDE-menetelmien ydinkokonaisuutena, ja niiden yhdistetty käyttö varmistaa SDM-lähestymistavan

yhdenmukaisuuden ja johdonmukaisuuden mahdollistamalla mielekkään arvioinnin I-DECIDE SDM -menetelmän tehokkuudesta ja vaikutuksista.

(Katso kaikki I-DECIDE-materiaalit projektin verkkosivustolta).

LINKIT WEB (EASPD + TUKI)

2. Tausta

YK: n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista

Vammaisten henkilöiden oikeuksia koskeva yleissopimus on Yhdistyneiden Kansakuntien kansainvälinen ihmisoikeussopimus, jonka tarkoituksena on kehittää ja suojella vammaisten henkilöiden oikeuksia ja ihmisarvoa. Valtiot osapuolet noudattanut Conventi päälle tarvitaan edistämään, suojelemaan ja varmistaa täydet ihmisoikeudet vammaisten ja varmistaa, että ne nauttivat täyttä tasa lain edessä. Yleissopimus on 2000-luvun ensimmäinen ihmisoikeussopimus, ja se on toiminut maailmanlaajuisena katalysaattorina ihmisoikeus- ja vammaisliikkeessä, kun se siirtyi vammaisten henkilöiden katsomisesta hyväntekeväisyyden kohteeksi, lääkehoidon ja sosiaalisen suojelun kohteeksi. katsomalla heidät yhteiskunnan täysivaltaisiksi ja tasa-arvoisiksi jäseniksi ihmisoikeuksien kanssa. Se on myös ainoa YK: n ihmisoikeusväline, jolla on nimenomainen kestävän kehityksen ulottuvuus.

YK: n yleiskokous hyväksyi yleissopimuksen vuonna 2006, ja tänään (2020) 163 valtiota on allekirjoittanut sen ja 181 on ratifioinut sen, mukaan lukien Euroopan unioni ja kaikki EU: n jäsenvaltiot. Vammaisten henkilöiden oikeuksia käsittelevä komitea seuraa tarkasti yleissopimusta ja sen täytäntöönpanoa.

12 artikla CRPD: n puitteissa

Vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevan Yhdistyneiden Kansakuntien yleissopimuksen 12 artiklassa tunnustetaan vammaisten henkilöiden oikeus käyttää oikeuskelpoisuutta tasavertaisesti muiden kanssa kaikilla elämän osa-alueilla, mukaan lukien heidän oikeudensa saada yhtäläinen oikeus omistaa tai periä omaisuutta ja hallita omia raha-asioitaan. Kaikkiin niihin sovelletaan suojatoimia, jotka ovat suhteellisia ja räätälöityjä henkilökohtaisiin olosuhteisiin ja joita sovelletaan mahdollisimman lyhyessä ajassa.

CRPD: n 12 artiklassa todetaan hyvin selvästi, että oikeuskelpoisuutta ei pidä sekoittaa henkiseen toimintakykyyn ja kykyyn tehdä päätöksiä,

mutta se tarkoittaa henkilöiden yhtäläistä tunnustamista lain edessä. Keneltäkään ei pitäisi riittää oikeuskelpoisuuttaan vain siksi, että henkilö tarvitsee apua päätöksenteossa.

Lisäksi hallitusten olisi tarjottava vammaisille kaiken tarvitsemansa tuki päätöksenteossaan. Tuki voi olla "muodollista ja epävirallista", ja se voi olla "erityyppisiä ja -intensiivisiä järjestelyjä". Tuen tyypissä ja intensiteetissä olisi otettava huomioon vammaisten ihmisten monimuotoisuus. Lisäksi vammaisten tulisi olla käytettävissä joukko asianmukaisia toimenpiteitä riittävän tuen saamiseksi heidän tahtonsa ja mieltymystensä mukaan. Tuki voi käsittää tietojen toimittamisen selkeällä kielellä tai helposti luettavalla tavalla, eri vaihtoehtojen selittämisen tai joissakin poikkeustapauksissa lausunnon ilmaisemisen, joka perustuu pitkälle kestäneen ihmisen tahdon, toiveiden ja mieltymysten syvälliseen tuntemukseen. Luottamussuhde tukea tarvitsevan ja sitä tarjoavan henkilön välillä. Vammaisen henkilön mielipiteet ja päätökset tulisi aina ottaa huomioon ja kunnioittaa riippumatta siitä, mitä tukea antava henkilö ajattelee päätöksestä. CRPD: n 12 artiklan täytäntöönpano edellyttää siirtymistä ihmisoikeuksien kunnioittamiseen korvaamalla korvaava päätöksentekomenettely *tuetuilla* päätöksentekomalleilla oikeudellisissa puitteissa ja palveluissa.

Käytännössä oikeuskelpoisuuden käyttäminen tarkoittaa itse tekemien päätösten tekemistä kaikilla elämän alueilla, mukaan lukien lääketieteellinen hoito, asuminen, työ, suhteet, raha-asiat, lapset, perhesuunnittelu tai omaisuus. CRPD tunnisteista se esittää että vammaiset henkilöt voivat vaatia erilaisia tukitasoja riippuen yksilön ja sosiaalisten olosuhteiden, mutta se pakottaa valtiot ja viranomaiset kehittämään tuetaan päätöksenteon järjestelyt vaihdetta sekä intensiteetti, myös epävirallisten ja muodollinen tukijärjestelyihin. Yleissopimuksessa määritellään sellaiset järjestelyt kuin esimerkiksi tukiverkostot, tukisopimukset, vertais- ja itsetukiryhmät, tuki itsensä puolustamiselle, itsenäinen edunvalvonta tai ennakkodirektiivit. [\[5\]](#)

I-DECIDE SDM -menetelmät, mukaan lukien käsikirjat ja projektikumppanien kehittämät perusasiakirjat, ohjaavat CRPD-periaatteita, joten on tärkeää, että ammattilaiset ja kannattajat ymmärtävät, omaksuvat ja tukevat yleissopimusta ja sen periaatteita ja velvoitteita täysin ja ovat valmiita soveltaa niitä omassa palvelussaan, organisaatiossaan tai päivittäisessä käytännössä tarjotessaan tukea vammaisille.

Tietoja tuetusta päätöksenteosta

Tuettu päätöksenteko on ja sen on oltava vaihtoehto huoltajuudelle tai muille korvaaville päätöksentekomekanismeille^[6]. Siirtyminen kohti tätä uutta paradigmaa ja sellaisten palvelujen kehittäminen, jotka perustuvat tuettuun päätöksentekoon, jossa vammaiset henkilöt tunnustetaan arvokkaiksi yhteiskunnan jäseniksi ja kunnioitetaan heidän kansalaisten oikeuksia, on avain kohti sosiaalista osallisuutta.

Päätöksenteko

Päivittäinen elämä on täynnä mahdollisuuksia tehdä päätöksiä jokaiselle yksilölle. Päätökset voivat vaihdella matalan tason päätöksistä (esim. Mitä vaatteita pukeutua) korkean tason päätöksiin (esim. Muuttaminen asumaan toisen henkilön kanssa). On päätöksiä, jotka teemme itse, ja on muitakin, kun haluamme mieluummin neuvoja tai tukea. Kun ihmisillä on tärkeä päätös, he yleensä pyytävät tukea ja neuvoja ystäviltä, perheeltä tai asiantuntijoilta (esim. Terapeutti, neuvonantaja, ammatillinen ohjaus jne.). I-DECIDE-metodologiassa ja kaikissa asiakirjoissa ja käsikirjoissa henkilöä, jota autetaan päätöksenteossa, kutsutaan "**kannattajaksi**". Päätöksiin vaikuttavat monet tekijät, kuten henkilön kasvatus, elämänhistoria tai henkilökohtaiset kokemukset, käytettävissä olevat tiedot, henkilökohtaiset arvot tai vakaumukset, yksilön persoonallisuus tai päätöksentekotyö. Jokaisen yksilön lukutaito, laskutaito ja digitaaliset taidot vaikuttavat päätöksiin. Esimerkiksi, jos henkilö ei ymmärrä tai osaa käyttää digitaalisia työkaluja tai tietoja ja menettelyjä tuotteen tai palvelun palauttamiseen, on epätodennäköistä, että hän päättää käydä ostoksilla verkossa. Vastaavasti, jos henkilö ei ymmärrä tietyn hoidon lääketieteellisiä mielipiteitä ja mahdollisia tuloksia, on melkein mahdotonta, että hän tekee tietoisin päätöksen siitä itsenäisesti.

Kuva 1: Eri vaihtoehtojen vertailu: Plussat ja miinukset päätöksentekoprosessissa.

Tuettu päätöksenteko

Tuettu päätöksenteko koostuu useista toimenpiteistä, jotka on suunniteltu luomaan oikeat olosuhteet vammaiselle henkilölle tekemään tietoisia päätöksiä itse. Helpottamiseksi Tämän **kannattaja** tutkii päätöksiä tuetun henkilön C Ould tehdä, antaa kaikki tarvittavat tiedot antaa henkilölle selkeä käsitys kaikki käytettävissä olevat vaihtoehdot, varmistetaan henkilö painaa hyviä ja huonoja puolia sekä mahdollisia tuloksia jokaisen ja auttaa henkilöä ilmoittamaan lopullisesta päätöksestään.

Vammaisen henkilön päätöstä on kunnioitettava, vaikka kannattajan mielestä se ei ole paras mahdollinen päätös. Sen tunnustaminen on oikein ja vammaisen salliminen tehdä virheitä tai viisaita päätöksiä on tärkeä osa SDM-prosessia.

Tässä on yksi nopea esimerkki matalan tason tuetusta päätöksenteosta.

Henkilö voi pyytää tukea taloudellisen päätöksen tekemiseksi. Henkilö on päätettävä viettää suuren osan niiden säästöjen ostaa tietokone ja laajakaista tai tallentaa sitä seuraavan kesäloman. Tukijan on kerättävä ja toimitettava tietoja (käyttäen sopivia tiedostomuotoja, kuten helposti luettavia materiaaleja, videoita, piktogrammeja jne.) Auttaakseen punnitsemaan kunkin vaihtoehdon hyvät ja huonot puolet varmistaakseen, että tiedot ymmärretään hyvin. Lopuksi,

jos henkilö pyytää, kannattajien auttaa ilmoittaa päätöksestä muille henkilöille, jotka saattavat tarvita tätä tietoa tai bec o minulle avaintekijä päätöstä täytäntöön.

Tuettu päätöksenteko on olennaista edistää sosiaalisen osallisuuden vammaisten henkilöiden se edistää itsemääräämisoikeutta, ohjaus, itsenäisyys ja riippumattomuus.

I-DECIDE-käsikirjojen kattamat päätöstyypit

I-DECIDE-käsikirjat kuvaavat SDM: n potentiaalia kolmella hankkeen kattamalla erityisalueella, nimittäin terveydenhuolto , henkilökohtainen talous ja kuluttajien oikeudet.

Terveydenhuolto

Vammaiset ha ve olleet perinteisesti evätty perusoikeus valvoa, mitä tapahtuu omaa kehoaan. Palveluntarjoajat, ammattilaiset tai perheenjäsenet tekevät usein heidän ravinnostaan, lääkkeitään, liikuntarutiinistaan, lääkäreiden nimityksistään tai muista terveyttä ja hyvinvointia koskevista kysymyksistä heidän edunsa. Terveyteen liittyvät päätökset voivat vaihdella matalan tason, epävirallisista tai yksinkertaisista päätöksistä, kuten ravitsemuksesta, fyysisestä aktiivisuudesta ja hygieniasta, keskitason päätöksiin, kuten alkoholin käyttö tai syntyvyyden hallinta, virallisiin ja monimutkaisempiin päätöksiin, kuten leikkausmenettelyihin tai pitkälle edenneen lääkehoidon hyväksymiseen.

Henkisesti vammaiset henkilöt suljetaan usein pois terveydenhuollon koulutuksesta, koulutuksesta tai ohjelmista, mukaan lukien sukupuoli- ja lisääntymisterveysohjelmat. Silloinkin kun he osallistuvat näihin aloitteisiin, tiedot eivät usein ole heille selkeitä tai helposti ymmärrettäviä. Siksi terveydenhoitopäätösten tekemisessä kehitysvammaisilla ihmisillä ei usein ole riittävästi tietoa tai resursseja voidakseen tehdä tietoisien päätöksen itse.

Henkilökohtainen talous

Vammaisilta evätään usein oikeus hallita henkilökohtaista talouttaan ja tehdä päätöksiä omaisuudestaan. Rahoitusallalla tehtävien päätösten tekeminen sisältää sekä matalan tason että epävirallisia päätöksiä, kuten kuinka käyttää rahaa tai miten laatia oma budjetti , muodollisempiin ja monimutkaisempiin

päätöksiin, kuten pankkitilin avaamiseen, lainojen saamiseen tai taloudellisten investointien tekemiseen tai perimiseen ja hallintaan Kiinteistöt.

Kuluttajan oikeudet

Kaikkien EU: n kansalaisten oikeudet turvataan EU: n lainsäädännössä, koska se varmistaa muun muassa: suojan vaarallisilta tuotteilta; vakuutus siitä, että tuotetiedot ovat selkeitä, johdonmukaisia ja tarkkoja; pääsy nopea ja tehokas tapa ratkaista kiistoja kauppiaiden suojella kuluttajien oikeuksia ja päivitetään lainsäädäntöä ylläpitää kansalaistensa oikeuksia oikeassa taloudellisten ja yhteiskunnallisten muutosten. Vaikka nämä turvatoimet olisivatkin käytössä, vammaiset henkilöt saattavat altistua petollisille väärinkäytöksille, ja heidän erityistukea olisi annettava kuluttajien oikeuksien suojelemiseksi ja puolustamiseksi.

I-DECIDE-tuettu päätöksentekosopimus

Mikä on SDM-sopimus?

I-DECIDE on kehittänyt SDM-menetelmän, yhdenmukaistettu CRPD-periaatteiden kanssa, luomalla tuettu päätöksentekosopimus työkaluna, joka auttaa organisaatioita, ammattilaisia tai vammaisia henkilöitä tarjoamaan tai vastaanottamaan tukea muodollisella ja standardoidulla tavalla^[7]. SDM sopimus on kirjallinen dokumentti luotu virallistaa SDM prosessia ja allekirjoittavat **tuettu henkilö** (a vammaisen henkilö), **kannattaja**, joka sitoutuu antamaan ohjausta, tukea ja apua päätöksentekoon aloilla elämän määriteltyjen henkilön ja **ohjaajan asiakirjan**.

SDM-sopimusta on käytettävä vapaaehtoisesti, koska henkilön, joka tarvitsee, haluaa tai tarvitsee tukea, on pyydettävä tätä palvelua vapaaehtoisesti. Sopimuksessa vahvistettujen roolien on perustuttava luottamussuhteeseen tukijaan ja toiseen avustajana toimivaan henkilöön. Tuettavan henkilön on myös voitava peruuttaa sopimus tai muuttaa sitä milloin tahansa, jos hän ei ole tyytyväinen sopimuksen toimintaan.

I-DECIDE-metodologia sisältää ohjaajan kuvan. Välittäjä on kolmas henkilö, jonka tehtävänä on tarkistaa ja seurata sopimusta varmistaakseen, että se toimii niin kuin pitäisi. Jos tuettava henkilö ei ole tyytyväinen suhteeseen tukijaan, hän voi pyytää ohjaajaa puhumaan siitä ja ehkä jopa pyytämään korvaavan tukijan.

Kuva 2. SDM-sopimus: monisuuntainen suhde.

SDM-sopimuksen keskeinen osa on henkilön ja tukijan välinen suhde. Se merkitsee asenteenmuokkaus kohti oikeuksien tunnustamiseen tuetun henkilön ja hyväksymistä niiden päätösten , sekä luopumista käytännössä tukija päätöksenteosta edun henkilön vammaisen.

Oikeudellinen kehys

Tämä käsikirja on luotu ja kehitetty on sovittu, että kumpikaan I-PÄÄTTÄMÄÄN SDM sopimuksen eikä täysin yhteensopiva SDM mekanismit ovat osa oikeusjärjestelmien osallistujan maat[8]vielä . Vaikka yleissopimus on oikeudellisesti sitova sopimus, vain harvat maailman maat ovat toteuttaneet tarvittavat uudistukset sisällyttääkseen, sisällyttääkseen ja tunnustamaan vammaisen henkilön tahtoon, toiveisiin ja mieltymyksiin perustuvat välineet oikeudellisiin puitteisiinsa. [9]

Käytännössä tämä tarkoittaa, että:

- SDM-sopimus ei ole oikeudellisesti sitova, koska sitä ei tunnusteta kansallisessa lainsäädännössä.
- Ei ole olemassa virallista kirjaa SDM sopimuksen on ny julkisen rekisterin tai hyväksymä akkreditoitu kykeneviä tai oikeudellisia elimiä;
- Sopimus sinänsä ei anna tukijalle laillisia oikeuksia käyttää tai käsitellä palveluja, ulkopuolisia ammattilaisia tai tuettavan henkilön sosiaalista verkostoa saadakseen tietoja, vaikka kyseisistä tiedoista olisi apua tai hyötyä tukijalle tai henkilö.

Digitaalinen, Laskutaito ja lukutaito sekä SDM

Useimmissa tilanteissa tarvitaan digitaalisten, lukutaito- ja laskutaitotaitojen yhdistelmää tiedon hankkimiseksi, ymmärtämiseksi ja tulkitsemiseksi tietoon perustuvien päätösten tekemiseksi.

Digitaaliset taidot ovat joukko taitoja, joihin sisältyy kyky käsitellä tietojenkäsittelyä, viestintää, sisällön luomista, turvallisuutta ja ongelmanratkaisua, kun niitä käytetään digitaalisissa ympäristöissä tai digitaalisissa laitteissa (esim. Tietokoneet, älypuhelimet, tabletit, Internet).

Nykyään on välttämätöntä saada perustiedot digitaalisten työkalujen ja ympäristöjen käytöstä, varsinkin kun julkishallinnossa on lisääntynyt verkkoprosesseja ja tietokoneistettuja prosesseja (esim. Vero-, terveys-, äänestäjien rekisteröintimenettelyt tai valitusten tekeminen kuluttajina). IT-taitojen ja tietokonetaidon lisääminen antaa yksilöille mahdollisuuden tuntee olonsa turvallisiksi ja luottavaisemmaksi päätöksenteossa.

Lukutaito liittyy ihmisen kykyyn sekä lukea että kirjoittaa lyhyt, yksinkertainen lausuma jokapäiväisestä elämästään. Lukutaidoton henkilö on sellainen, joka ei voi kirjoittaa niin yksinkertaista lausuntoa [\[10\]](#).

On selvää, että henkilöllä, jolla on hyvä perustaidon lukemisesta, kirjoittamisesta ja myös IT-taidoista, on enemmän mahdollisuuksia tehdä päätöksiä, jotka sopivat hänen omiin toiveisiinsa ja mieltymyksiinsä.

Numeerisuus . Numeerisuus tarkoittaa varmuutta ja taitoa käyttää lukuja ja lähestyä ongelmia analyttisestä al tai matemaattisesta näkökulmasta. Laskemistaitoja voidaan käyttää kaikilla elämän osa-alueilla - työssä tai kotona, jokapäiväisessä perusasioissa , kuluttajina, oman talouden hoidossa, vanhempien auttamisessa lapsemme oppimisessa, potilaissa, jotka ymmärtävät terveystietoja - ja auttavat yksilöitä ja kansalaisten ymmärtää maailmaa, että surround s meitä.

Lukutaito täydentää lukutaitoa ja sitä kutsutaan joskus matemaattiseksi lukutaidoksi. Molempia taitoja tarvitaan toimiakseen täysimääräisesti nykyaikaisessa elämässä.

Numeerisuus tarkoittaa kykyä työskennellä numeroiden ja muiden matemaattisten käsitteiden kanssa soveltaa niitä erilaisissa yhteyksissä erilaisten ongelmien ratkaisemiseksi. Lukuisana oleminen tarkoittaa yhtä paljon loogista ajattelua ja päättelyä kuin "summien tekemistä". Jokapäiväisessä elämässä on

monia tilanteita, joissa hyvä matematiikan ja numeroiden taso on hyödyllinen tietyn vaihtoehdon valinnassa. Erityisesti käyttäessään kuluttajien oikeuksia vaatii yleensä tulkinnassa laskut, kuitit ja laskut ja ymmärtää ING päivämääriä laskemiseksi keston tavaroiden takuun, muun muassa.

Kaikkea edellä mainittua varten I-DECIDE-projekti on kehittänyt työkalut taitotason arvioimiseksi kaikilla näillä kolmella DLN-alueella.

([Katso kaikki DLN-arviointia koskevat materiaalit ja työkalut projektin verkkosivustolla](#)). [LINKIT WEB \(EASPD + TUKI\)](#)

Arviointiin ja arvioinnin henkilön DLN taitoja ei ole *välttämätöntä*, vaan erittäin *hyödyllinen* täydentävä osa I-PÄÄTTÄMÄÄN methodology ja oli olennainen osa hankkeen rahoituksesta. Projekti pystyi osoittamaan, että SDM:ään osallistuminen paransi kaikkien osallistujien DLN-taitoja. Suosittelemme, että tulevat SDM-järjestelmät harkitsevat DLN-taitojen seurantaan tämän oppimisvoiman saamiseksi. Tämä merkitsisi sitä, että w kana SDM sopimuksen virallisesti, The kannattaja selittää näitä SDM työkaluja tuettu henkilö ja kuinka valvonnasta ir edistymistä näillä aloilla olla hyötyä m. Alussa sopimuksen alustava DLN arvio tuettujen henkilön kykyjä näillä alueilla tehdään hoitaa kannattaja. Jos havaitaan, että joitain alueita on parannettava, kannattaja ilmoittaa asiasta tuettavalle henkilölle ja hänen tukiverkostolleen, jotta he voivat tarjota sopivimman koulutuksen ja resurssit tuettavan henkilön edistymiseksi. Tukijakson lopussa on mahdollista suorittaa toinen DLN-arviointi edistymisen osoittamiseksi.

I-DECIDE arviointityökalut

Arvioinnin tavoite on kaksi. Ensimmäinen sen osoittamiseksi, että tuettu henkilö on jo alkanut tehdä omia päätöksiä, ja toiseksi seuraamaan ja arvioimaan henkilön edistymistä I-DECIDE-projektissa kehitetyillä itsearviointityökaluilla (*'tuettu henkilön säännöllinen itsearviointi'* ja *'kannattajan säännöllinen itsearviointi'*). Erityiset itsearviointityökalut sisältävät kaikki yksityiskohdat kyselyjen hallinnoinnista ja kerättyjen tietojen tulkitsemisesta. Varmistamalla, että kaikki osapuolet ovat tietoisia henkilön ja vastaanotetun suppo: n edistymisestä ja evoluutiosta, tulosten jakaminen ja tulosten vastakohtaistaminen antaa tuetulle henkilölle mahdollisuuden ja antaa sille mahdollisuuden ja osoittaa yhteistuotannon edut ja myötävaikuttaa vaihtamiseen korvaavasta tuettuun. päätöksenteko.

3. SDM-palvelun luominen

I-DECIDE-tuettu päätöksentekosopimus käytännössä

Tässä osiossa kerrotaan, miten organisaatiot, jotka pyrkivät takaamaan vammaisten henkilöiden oikeudet ja heidän autonomiansa tarjoamalla tukea, voivat toteuttaa I-DECIDE-menetelmän tuetussa päätöksenteossa käyttäen SDM-sopimusta palvelunsa perustana.

SDM-sopimus ammatillisena tehtävänä

Yleissopimuksen ja sen 12 artiklan täysimääräinen täytäntöönpano edellyttää päivittämistä ja tarkistamista henkilöstölle, joka työskentelee vammaisille tukea tarjoavissa palveluissa, koska heidän pätevyytensä, taitonsa, lähestymistapansa tai asenteensa voivat muuttua perusteellisesti. Oikeudellisesta näkökulmasta korvaavan päätöksentekomallin poistaminen ja tuetun päätöksentekomallin hyväksyminen henkilön oikeuksien takaamiseksi ja oikeuskelpoisuuden harjoittamiseksi on velvollisuus.

Paitsi oikeudellisista päätöksistä, alhainen päätökset ovat läsnä arkielämässä kaikkien yksilöiden ja käytännössä I-PÄÄTTÄMÄÄN SDM mallia tulisi käyttää takaamaan perusoikeudet vammaisen henkilön kuten itsenäisyys ja riippumattomuus, *erityisesti* tällä matalalla tasolla.

Tämän käsikirjan tarkoituksena on osoittaa, kuinka I-DECIDE-metodologiaa voidaan soveltaa jokapäiväisessä elämässä.

I-DECIDE SDM -sopimuksen mukaisia ammatillisia velvoitteita ovat:

- Velvollisuus tarjota tukipalvelu. Allekirjoittamalla sopimuksen, ammattilaisten ja toimijoiden **yhteistyötä mmit** tukea vammaisen henkilön.
- Monitieteinen ammatillinen lähestymistapa. SDM-sopimukset eivät määritelmän mukaan kuulu mihinkään tiettyyn ammattiin, vaikka SDM-sopimukseen voi kuulua yhdistelmä ammattilaisia, kuten sosiaalityöntekijöitä, lakimiehiä, terveydenhuollon ammattilaisia, vammaisuuteen erikoistuneita tai muita ammattilaisia, joilla on kokemusta sosiaalialalta tai avun tarjoamisesta henkilöille, joilla on vammaiset. Sosiaalisten verkostojen - perheiden, ystävien, perhekaverien tai muiden tuttavien - on tiedettävä SDM-sopimuksen olemassaolosta ja

sen toiminnasta. Tämä johtuu siitä, että a) ne voivat auttaa sopimuksen tehokasta toimintaa b) ne voivat tarjota innovatiivisen tavan tukea yksilöitä.

Menestys ei ole itse SDM-sopimuksen tekeminen, vaan sellaisen ympäristön luominen, jossa tuetut päätökset voidaan tehdä.

- Luottamuksellisuus. Arkaluonteisten tietojen käsittelyssä sovelletaan tavanomaisia luottamuksellisuusmenettelyjä ja GDPR-määräyksiä.
- SDM-sopimuksen seuranta. Tehtävän tai toimenpiteiden aikana kerättyjen tietojen tallentaminen on välttämätöntä ja asianmukaista. Päätöksentekopäiväkirja tai lokikirja on paras tapa auttaa kommunikoimaan ja arvioimaan saavutettua edistystä, ja se auttaa ammattilaisia myös tarjoamalla tukea tai koordinooidessaan ohjaajan kanssa. Tukihenkilöiden voi käyttää organisaation hallintajärjestelmän tai tietokantaan tai käyttää omaa, mutta siinä on oltava seuraavat osat:
 - Tuetun henkilön nimi
 - Ohjaajan nimi
 - Jokaisen työistunnon päivämäärä ja numero
 - Erityinen päätös on tehtävä
 - Erityiset käytetyt työkalut / suoritettut toimet
 - Havainnot edistymisestä
 - Kunkin päätöksen prosessin päättymispäivä
 - Tuetun henkilön kanssa käytyjen työistuntojen päivämäärä ja määrä

Roolit I-DECIDE SDM -sopimuksessa

Kolme pääroolia I-DECIDE SDM -sopimuksessa ovat:

- Tuettu henkilö
- Kannattaja
- Ohjaaja

I-DECIDE SDM -sopimuksen kaikkien osapuolten on noudatettava kolmea yleistä periaatetta:

1. Kaikki SDM-sopimuksen mukainen työ ja toimet perustuvat tuettavan henkilön toiveisiin ja mieltymyksiin.

2. Tuetun henkilön on tehtävä lopullinen päätös.
3. Kannattajan on hyväksyttävä kaikki päätökset riippumatta hänen henkilökohtaisesta tai ammatillisesta näkökulmastaan.

Oikeuden oikeuskelpoisuuteen ja päätöksentekoon tunnustaminen tarkoittaa vammaisen henkilön oikeuden tehdä virheitä tunnustamista, olettaen positiivisena tosiasiana, että jokaiseen valintaan voi liittyä riskejä.

Kummankin osapuolen vaatimukset ja roolit ovat:

1) Tuettavan henkilön on pystyttävä:

- Ilmaise halu saada tukea tai lopettaa tuki;
- Kerro heidän mieltymyksistään ja ilmaise toiveensa;
- Kehittää luottamuksellinen suhde toiseen (t) henkilö (i) hin, joilta he haluavat saada tukea (kannattaja);
- Määritä minkälaisen päätöksen tai alojen kohdalla he saattavat tarvita tukea;
- Huomaa, että he tekevät lopullisen päätöksen (eivätkä kannattajat).

2) kannattaja

Tukija voi olla kuka tahansa henkilön välittömässä ympäristössä, perhe, ystävät ja sosiaalinen verkosto tai ammattitaitoinen tukipalvelu. I-DECIDE -menetelmässä suunnitellaan ammattitaitoisen tukijan käyttöä, joka pystyy koordinoimaan henkilön käytettävissä olevia resursseja ja palveluja, vaikka tiedämme, että tämä ei aina ole mahdollista kaikissa maissa. Edullisesti, tukea ammatillista pitäisi olla taustalla sosiaalisessa koulutukseen tai sosiaalityön pääasiallisena tehtävänä on ohjata ja tukea henkilön päätöksentekoprosessiin.

Vaaditut taidot ja arvot

- Kyky kunnioittaa ja arvostaa tuettavan henkilön itsenäisyyttä ja arvokkuutta sekä ymmärtää ja kunnioittaa tuettavan henkilön tavoitteita, arvoja ja mieltymyksiä.
- Kyky kunnioittaa tuettavan henkilön erityistä päätöksentekotyylä ja tunnistaa milloin ja miten tukea voidaan tarjota henkilölle.
- Kyky muodostaa luottamussuhde tuettavaan henkilöön ja viettää niin paljon aikaa kuin tarvitaan tukemaan henkilöä kunkin päätöksen tekemisessä.

- Empatia, itsevarmuus ja kyky kommunikoida selkeästi tuetun henkilön kanssa sopivalla ja saavutettavalla tavalla.

Kannattajan tärkeimmät tehtävät

- Arvioida henkilön taitoja suhteessa päätöksentekoon SDM-sopimukseen sisältyvillä erityisalueilla.
- Rakentaa ja toteuttaa yhdessä henkilön kanssa yksilöllinen tukisuunnitelma, joka auttaa henkilöä tekemään päätöksiä.
- Tutkia materiaaleja ja resursseja auttaakseen henkilöä ymmärtämään tietoja, joita hän tarvitsee tekemään omat päätöksensä.
- Auttaa tuettua henkilöä hankkimaan neuvoja eri lähteistä.
- Tuetaan henkilöä tapaamisissa ulkopuolisten organisaatioiden, ammattilaisten tai henkilöiden kanssa tiedon hankkimiseksi ja vaihtoehtojen tutkimiseksi.
- Auttaa henkilöä analysoimaan erilaisia vaihtoehtoja.
- Varmistaaksesi, että henkilö on ymmärtänyt päätöksessä mukana olevien vaihtoehtojen edut ja haitat.
- Auttaa henkilöä ilmoittaa päätöksestä (t) ja hänen perheensä ja muut sekä mahdollistaa hyvän täytäntöönpanon henkilön valinta. Tarvittaessa kannattaja kannattaa päätöksen täytäntöönpanoa.
- Auttaa tuettua henkilöä suorittamaan haastattelut ja arvioinnit.
- Tarkkailla ja tallentaa kaikki SDM-sopimuksesta johtuvat toiminnot ja toimet .
- Arvioida ja tallentaa (jos niin valitaan) SDM: n vaikutus tuetun henkilön DLN-taitoihin .

3) Ohjaaja

Ohjaaja työskentelee tukisuhteen kanssa ulkoisesti, ja hänet pidetään suojana ja neuvonantajana SDM-sopimuksen eri vaiheissa . Ohjaaja on vastuussa henkilön ja ammattilaisen neuvonnasta ja ohjauksesta kunkin tukisopimuksen virallistamisessa. Hänen roolinsa voidaan ymmärtää erikoistuneena henkilön ja tukiammattilaisen välisen suhteen johtajana: ohjaaja auttaa luomaan sitä, seuraamaan sitä ja ratkaisemaan molemmille osapuolille mahdollisesti ilmaantuvia epäilyksiä tai konflikteja. Käsitteellisesti ohjaaja toimii kaksoissuojana, joka varmistaa molempien osapuolten välisen suhteen laadun , mutta estää tai välttää myös tilanteita, joissa henkilön oikeuksia ei kunnioiteta.

Ohjaajan rooli voidaan tiivistää seuraavasti:

- Antaa neuvoja SDM-sopimuksen toiminnasta.
- Auttaa henkilöä tunnistamaan sopivat kannattajat.
- Auttaa henkilöä ja tukijaa mahdollisten riitojen ratkaisemisessa.
- Ota säännöllisesti yhteyttä osallistujiin tarkistaaksesi, että tukijärjestelyt toimivat.
- Seurata ja tallentaa SDM-sopimuksen irtisanominen ja ilmoittaa tuetun henkilön tukiverkostolle sopimuksen päättymisestä.

Ohjaajan on ymmärrettävä täysin SDM-sopimuksen ehdot ja hänen on kyettävä kommunikoidaan sopivalla kielellä sekä tuettavan henkilön että kannattajan kanssa sovittelustrategioiden ja pehmeiden taitojen, kuten itsevarmuuden, avulla.

Tuettu henkilö tai kannattaja voi kääntyä neuvonantajan puoleen selvittääkseen epäilyt, jotka johtuvat prosessista SDM-sopimuksen soveltamisalan ja sisällön parantamiseksi tai sopimuksen purkamiseksi.

I-DECIDE-metodologiassa käsitteellistetty ohjaaja voi olla toinen ammattilainen - ihanteellisessa tapauksessa edustajia tai palvelua palvelevilta kannattajilta - tai vertaistuin tuettavan henkilön sosiaalisesta verkostosta tai perheenjäsen, jolla on tarvittavat tiedot ja taidot.

SDM-sopimuksen luominen ja toimittaminen

Käytännössä SDM-sopimuksen täyttämisen prosessi toteutetaan neljässä päävaiheessa, palvelun alkupyynnöstä prosessin lopussa saadun tuen arviointiin. Seuraava kaavio esittää yhteenvedon I-DECIDE SDM -sopimusprosessin neljästä vaiheesta.

Kuva 3. I-DECIDE SDM -sopimus: päävaiheet.

Vaihe 1: SDM-palvelun pyytäminen

Henkilö, jolla on vamma, joka voi vaatia sitä pyytää palvelua tehdä päätöksiä eri aloilla heidän elämäänsä. Yleensä henkilöt ilmaista toiveensa joku työskentelevät tukipalveluja käyttävät niitä tai on ammattilainen tai peer he tuntevat. Käytännössä henkilöiltä mahdollisesti toimivat kannattajia ja saada kysyntää tuen tulee myös pystyä tunnistamaan soveltuvuutta SDM sopimuksen (kuten määritelty I-PÄÄTTÄMÄÄN metodologia) varten tietyn henkilön voidakseen kannustaa heitä pyytää tällaista henkilökohtainen ja yksilöllinen SDM-palvelu. Ammatti- tai henkilö IDENTIF IES tarvetta tai vastaanottaa s erityistä pyyntöä tukenaan vammaisen henkilö tulee kertoa organisaationsa, johtaja tai esimies. Siitä lähtien olisi järjestettävä tapaaminen tukihakemuksen tekevän henkilön kanssa SDM-sopimuksen käyttöönottamiseksi, mukaan lukien potentiaalinen avustaja, joka on valittu luettelosta tai joukosta henkilöitä, jotka ovat valmiita ja ammattitaitoisia suorittamaan tätä tehtävää. Helpottajana selittää tuetun henkilölle kaikki tiedot heidän oikeudestaan s ja miten käyttää sopimusta välineenä toimittaa tuettu päätöksenteko palvelua. Helpottajana vastaa myös ottaa käyttöön eri ammattilaisia ja henkilöiden ja sen tehtävät sekä vaiheita tai prosesseja, jotka tapahtuvat kun SDM sopimuksen virallisesti.

Vaihe 2: Kannattajien tunnistaminen

Henkilön tai ammattilaisten tunnistaminen tuen tarjoamiseksi on olennainen osa prosessia. On tärkeää ymmärtää, tunnustaa ja kunnioittaa sitä, että tuen hakijalla on oikeus valita henkilö, joka antaa tuen. Käytetty lähestymistapa Tässä käyttöohjeessa oletetaan, että kannattaja tulisi mieluiten olla ammattilainen tai henkilö, jolla on taitoja muodostaa luottamuksen den suhde tuettu henkilö. F acilitator auttaa henkilöä tunnistamaan kannattaja. Tuettu henkilö voi pyytää useita tukijoita riippuen siitä, minkä tyyppisiä päätöksiä tehdään. Kaikkien osapuolten välillä järjestetään haastattelu, jolla vahvistetaan ehdotetun henkilön soveltuvuus SDM-sopimuksen tukijana olevaan tehtävään.

Vaihe 3: SDM-sopimuksen soveltamisalan ja sisällön määrittelemine

Soveltamisala

I-DECIDE SDM -sopimuksessa vammaisen aikuinen tai tuetut henkilöt voivat vapaaehtoisesti, ilman aiheutonta vaikutusta tai pakotusta, valtuuttaa tukijansa tekemään seuraavat toimet:

- Auttaa tuettavaa henkilöä ymmärtämään vaihtoehdot, vastualueet ja seuraukset, jotka saattavat johtua erityisistä päätöksistä, jotka henkilö saattaa haluta tehdä. Esimerkiksi , henkilö voi pyytää apua päättää, missä asua, jotka tukevat tai palveluja he haluavat, jotka he haluavat he haluavat elää, missä he haluavat työskennellä, miten hallita oman talouden, miten rahaa kuluttajana, kuinka käyttää muun muassa terveydenhuoltopalveluja tai muita elämäntapaan liittyviä päätöksiä. Sopimuksessa tulisi kuvata mahdollisimman yksityiskohtaisesti alueet, joilla henkilöä on tuettava päätöksenteossa.
- Avustaa tuettua henkilöä pääsemään, keräämään tai hankkimaan asiaankuuluvia tietoja päätösten tekemiseksi.
- Avustaa tuettua henkilöä ymmärtämään tai tulkitsemaan annettuja tietoja.
- Avustaa tuettua henkilöä kommunikoimaan päätöksestään muille ihmisille.
- Tukijalla ei ole valtuuksia tehdä päätöksiä tuettavan henkilön puolesta.

Kun tuettu henkilö on tehnyt päätöksen ja ilmoittanut päätöksestä muille ammattilaisille, perheenjäsenille tai ikäisilleen, tuettu päätöksenteko päättyy ja päätösten täytäntöönpanon vaihe alkaa. Täytäntöönpanopäätöksiä vaatii yleensä yhdistetty toiminta muita tukipalveluja tai ammattilaisia, mukaan lukien perheenjäsenten tai ulkoisten sidosryhmien.

SDM-sopimus on määräaikainen sitoumus, ja sitä tulisi tarkistaa säännöllisesti. SDM-sopimuksen sisällön ja soveltamisalan päivittäminen ja tarkistaminen kuuden kuukauden välein on katsottava vakiokäytännöksi, vaikka sen kesto voi vaihdella yksittäisistä olosuhteista riippuen.

Tuettu henkilö voi peruuttaa tai irtisanoa SDM-sopimuksen milloin tahansa.

Sisällys

SDM-sopimuksen luomiseksi ammattilaisten tulisi varmistaa, että seuraavat elementit on nimenomaisesti mainittu asiakirjassa.

- ✓ nimet tuetut henkilö, kannattajien ja avustaja
- ✓ kuvaus t hän kolme eri rooleja
- ✓ s d etailed kuvaus mahdollisimman päätösten jossa tuettu henkilö tarvitsee tukea kunkin vastaavan alueen
- ✓ Length ja / tai muutoksen päivämäärä sopimuksen
- ✓ Menettelyt sopimuksen muuttamiseksi tai peruuttamiseksi

Vaihe 4: SDM-sopimuksen toimittaminen ja arviointi

Tässä vaiheessa kuvataan kolmen asianomaisen osapuolen suhdetta ja I-DECIDE SDM -sopimuksen aikana toteutettavia erilaisia toimia, keskitytään erityisesti prosessin arvioinnin etenemiseen. Seuraava kaavio esittää yhteenvedon I - D ECIDE - pilottivaiheen eri istunnoista .

Kuva 4. SDM-palvelun ja sopimuksen arviointi: Työistunnot

Seuraavissa osioissa annetaan käsitys ja kuvataan kaikki SDM-sopimuksen seurantaan ja arviointiin liittyvät prosessit.

SDM-suhteen luominen: liimaus ja alustava arviointi

Ensimmäisen tukijan ja tuettavan henkilön haastattelujen aikana työsuhteen tulisi vakiintua ja kasvaa. Vasta sen jälkeen, luottavainen suhde on

kehitetty voi kannattimen kysyä tuettu henkilölle hänen haluaa, tahtoa ja mieltymyksiä ja arvioida taitoja henkilö. Ensimmäisen kokouksen aikana ei ole asianmukaista arvioida, arvioida tai kysyä henkilöltä heidän toiveitaan, tahtoaan ja mieltymyksiään, koska suhdetta ei olisi luotu kunnolla.

Ensimmäisessä johdanto haastattelu on keskittynyt selvittämään eri rooleja SDM sopimuksen ja ymmärtää edullisen tavoista joita tuetaan henkilö (esim sanallista, sanatonta, käyttää erityisiä viestinnän technique s tai vaihtoehtoiset menetelmät). Kerättyjen tietojen tämän istunnon aikana on olennaisen tärkeää auttaa ammatti yksilöllisesti ja mukauttaa SDM sopimus ja sen prosessin es tuettuun henkilölle.

Toisella haastattelun kannattaja tai ammattilainen tarkkailla, tutkia ja mieluiten kirjata miten henkilö haluaa tehdä PÄÄTÖS ns (esim onko henkilö tehdä päätöksiä hitaasti tai impulsiivisesti? I s henkilö selvästi määriteltä ja toimitukset, joissa oman päätöksensä ? jne.) kannatin on kunnioitettava ensisijainen päätöksenteon tyyli ja vauhti kunkin yksittäisen. Tämän istunnon avulla tulisi kysyä tuetuilta henkilöiltä kiinnostuksen kohteitaan ja heidän sosiaalisia tai ammatillisia verkostojaan, jotta voidaan tunnistaa yhteiset kohdat ja rakentaa suhde heidän kanssaan pehmeiden taitojen avulla.

Kolmannen ja tarvittaessa seuraavien istuntojen tulisi keskittyä arvioimaan henkilön itsenäisyyden ja taitojen tasoa suhteessa I-DECIDEn kolmeen alueeseen tai elämänalueeseen. Kumppanit ovat kehittäneet osana projektin metodologiaa erilaisia asiakirjaa, joka on suunniteltu tukeen ammattilaisille. Jos DLN-arviointi vaaditaan , se olisi paras aika tehdä se.

(Katso kaikki I-DECIDE-arviointimateriaalit projektin verkkosivustolta).

Yksilöllinen SDM-suunnitelma

Kun alkuarviointi on tehty, tukijalla ja tuettavalla henkilöllä on selkeä käsitys tuettavan henkilön tarpeista sekä heidän toiveistaan ja mieltymyksistään. Tässä vaiheessa on tärkeää ja asianmukaista kysyä tuettavalta henkilöltä tiettyjä alueita, aiheita, tilanteita tai asioita, joissa henkilö tarvitsee tukea päätöksenteossa. Tukijan on I-DECIDE-menetelmän mukaisesti ja SDM-sopimuksessa määritellyn mukaisesti kirjattava yksilöllisen SDM-suunnitelman ensimmäiseksi kohdaksi työistunnoista ja haastatteluista johtuvat kysymykset tai alueet, joita henkilö pitää tärkeinä saadakseen tukea. Henkilökohtaisen SDM-suunnitelman on sisällettävä **toimia**, jotka on suoritettava jokaiselle

aihealueelle **päätöksen tekemiseksi**, ja toimet olisi mukautettava aiemmin arvioitun henkilön taitoihin ja kykyihin annettujen arviointimallien avulla. Yksilöllinen SDM Suunnitelman tulee sisältää tai viitata resursseja, palveluja tai yksilöiden sosiaalinen tai ammatillinen verkosto (t) on henkilö, joka on mukana jokaisessa toiminta sekä aikataulu toiminnan kehittämiseksi suunnitelman tehokkaasti.

Referenssinä, yksilöllistetty SDM tulisi sisältää, mutta ei voida muassa tiedot siitä, miten:

- Hae tietolähteitä;
- Koordinoi toimet muiden tukipalvelujen tai ammattilaisten kanssa tiedon saamiseksi (esimerkiksi tunnistamalla koulutusmahdollisuudet DLN: n tai muiden päätöksenteon edellyttämien jokapäiväisen elämän taitojen lisäämiseksi);
- Kommunikoida tukipalvelujen ja tuettavan henkilön sosiaalisten verkostojen kanssa SDM-sopimukseen sisältyvistä asioista;
- Määritä toimet varmistaaksesi, että tuettu henkilö ymmärtää tiedot ja toimet hyvin;
- Tunnista eri vaihtoehdot, joilla on hyvät ja huonot puolet kullekin kysymykselle tai päätökselle;
- Auta henkilöä saamaan asiantuntijalta neuvoja;
- Jatka tehdyn päätöksen ilmoittamista henkilön tukipalveluille tai sosiaalisille verkostoille;
- Toimet henkilön tekemien päätösten toteuttamiseksi.

SDM-suunnitelman laatimisen jälkeen seuraava tehtävä on koordinoita käytettävissä olevia resursseja yksilöllisen SDM-suunnitelman toteuttamiseksi. On tärkeää tallentaa havaintoja ja kommentteja suunnitelman tehokkuudesta (ts. Auttoivatko kehitetyt toimet ihmisiä saavuttamaan tavoitteensa? Ja tehokkuuden (eli määrittelemään tavoitteiden saavuttamiseen tarvittava työ tai aika) .Tietojen kirjaamisella on kaksi päätavoitetta: ensin, jotta valtuuttaa henkilö on tunnistaa ja selvittää edistymistä suora palaute ja toisaalta paran e SDM prosessia säätämällä toimia, työkaluja tai viestintästrategioiden kanssa tuettu henkilö.

SDM-työistuntojen tiheys riippuu päätettävien asioiden monimutkaisuudesta ja suoritettavista toimista. Yleensä yksi istunto viikossa on toivottavaa.

SDM-palvelun arviointi

Arviointi on välttämätön askel I-DECIDE SDM -menetelmässä, koska se tarjoaa mahdollisuuden parantaa ja mukauttaa sekä SDM-sopimuksessa että SDM-suunnitelmassa vahvistettuja työkaluja ja menettelyjä. Arvioinnin peruskäsite on prosessin jatkuva hallinta. ' Ohjaus ', tässä ymmärrettynä elävänä ja dynaamisena prosessina, tarkoittaa käytettyjen työkalujen mukauttamista ja muutosten tekemistä menettelyihin, jotta henkilö pystyy tekemään enemmän päätöksiä vastaavissa olosuhteissa. Toistuva arviointi takaa paremman laadun I-DECIDE SDM -prosessissa.

a) Tyytyväisyys SDM-sopimukseen tai -palveluun

I-PÄÄTTÄMÄÄN Projektikumppanit mielestä se on tyydyttävällä käyttäjälle SDM sopimuksen ja palvelun osallistuminen päätöksentekoon ja päätöksen toteuttamisessa, joka on olennaisen tärkeää varmistaa pitkäaikainen suhde tukihenkilö tai palvelun kanssa perustuu I-DECIDE -menetelmää. Tyytyväisyyden arviointia suositellaan käyttämällä vähintään kahden kuukauden välein toimitettuja asiakirjoja (vaikka esiintymistiheys voi vaihdella tapauskohtaisesti) sekä kannattajan ("*kannattajan säännöllinen itsearviointi* ") että suoran edunsaajan tai henkilön kanssa, jolla on vammaisuus ("*tuetun henkilön säännöllinen itsearviointi* "). Näiden kyselyjen on tarkoitus olla itse hallinnoitavissa, koska tuloksia käytetään prosessin muutokseen, toimintojen mukauttamiseen tai erilaisiin työkaluihin henkilölle tarjotun tuen parantamiseksi . Läpinäkyvyys on tärkeää arviointiprosessissa, ja arvioinnin tulokset tulisi jakaa tuettavan henkilön ja tukea tarjoavan ammattilaisen kanssa.

Neuvonantajan on myös vastuhenkilö valvonnasta paitsi SDM sopimusta ja seurata prosessia, mutta myös edistymistä henkilö tai kannattaja. Ohjaajan rooliin kuuluu tietoisuus molempien osapuolten välisen suhteen laadusta . T hän tarkistaa ja käytön tuloksista itsearviointivälineitä voisi olla lähtökohta. Ajoissa ajoitettujen ja tarkasti nauhoitettujen haastattelujen kanssa SDM-sopimukseen osallistuvan henkilön ja ammattituen kanssa pitäisi auttaa ohjaajaa kanavoimaan tarvittavat muutokset molempien osapuolten tyytyväisyyden parantamiseksi ja käynnistämään tarvittavat järjestelyt sopimuksessa tai SDM-suunnitelmassa, jonka tuettu henkilö ja henkilö kannattaja voi pitää hyödyllisenä .

(Katso kaikki I-DECIDE-materiaalit projektin verkkosivustolta).

b) DLN-taitojen edistymisen arviointi

Projektissa DLN-aidot pidettiin tärkeänä ja perustekijänä päätöksenteossa, ja I - DECIDE- hankesuunnitelmassa edellytettiin, että ne arvioidaan säännöllisesti erityisillä työkaluilla ja lomakkeilla, jotka on kehitetty kahden kuukauden välein. Koska DLN-taitojen arviointiprosessi on myös elävä ja jatkuva prosessi, edistymisen rekisteröinti voi osoittaa alueita, joilla tuettavan henkilön on parannettava. Tukija ilmoittaa tuettavalle henkilölle ja hänen tukiverkostolleen DLN-taitojen arvioinnin tuloksesta sopivimman koulutuksen ja resurssien tarjoamiseksi. Henkilön DLN-taitojen parantuminen voi liittyä hyviin pisteisiin arvioitaessa henkilön ja kannattajan tai ammattilaisen tyytyväisyyttä.

c) Sopimuksen tarkistaminen, uudistaminen tai muuttaminen

Koko sopimus on tarkistettava kuuden kuukauden välein ja palautetta jaetaan prosessin kolmen osapuolen kanssa. Palautteen vastaanottaminen ohjaajalta on erittäin kannustettavaa prosessin tässä vaiheessa. Tarvittaessa sopimusta jatketaan, mukaan lukien uudet kysymykset tai olemassa olevien muuttaminen tai päivittäminen. Muissa tapauksissa SDM-sopimusta ei uusita, koska henkilö ei halua enää saada tukea tai yksinkertaisesti koska sitä ei tarvita.

(Katso kaikki I-DECIDE-materiaalit projektin verkkosivustolta).

4. I-DECIDE Health-care Manual

Johdanto

Mukaan 1948 Maailman terveysjärjestön (WHO) määritelmän mukaan 'health' on « *täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin eikä pelkästään sairauden tai vammaan* ». Terveys ja korkeimman mahdollisen terveydentilan nauttiminen ovat jokaisen ihmisen perusoikeuksia erottelematta rodusta, uskonnosta, poliittisesta vakaumuksesta, taloudellisesta tai sosiaalisesta tilanteesta tai vammaisuudesta, jotka on tunnustettu ihmisoikeussopimuksissa ja Yhdistyneiden Kansakuntien oikeuksien yleissopimuksessa. vammaisten henkilöiden (UNCRPD).

Hallitusten vastuulla on huolehtia kansalaistensa terveydestä, mikä voidaan saavuttaa vain tarjoamalla riittävää tukea ja osoittamalla asianmukaisia ja riittäviä resursseja. Terveys on tärkeä osa yksilön elämänlaatua, ja vammaiset joutuvat usein syrjinnän kohteeksi samalla kun he pyrkivät nauttimaan korkeimmasta

terveydentilasta , koska heidän elämänlaatuun tulkitaan eri tavalla kuin muu aikuinen väestö ja sen seurauksena , heidän terveydentilansa ja käytettävissä olevat resurssit ovat yleensä alhaisempia. Mukaan Euroopan neuvoston, « *koulutuksen ja terveydenhuollon järjestelmien ja työmarkkinoiden eivät kytkettävissä ja myös vammaisia tai on riittämätöntä apua ja kohtuullisia majoituskapasiteetti* » . (Huippuyksikön vammaisstrategia 2017--2023).

The I-PÄÄTTÄMÄÄN Terveydenhuollon Manuaalinen pyrkii puuttamaan th ESE eriarvoisuutta tarjoamalla menetelmäkehystä varten ammattilaisille tukemisesta vammaisia ja vaikeasti ratkaistavia tarpeita . I-DECIDE-metodologia kehittää tuetun päätöksentekoprosessin vammaisten henkilöiden henkilökohtaisen itsenäisyyden ja itsenäisyyden lisäämiseksi, koska heillä on perinteisesti todettu, että heidän terveydentilaansa ja oman elämänsä hallintaan liittyvissä päätöksissä on sekä valinnan että hallinnan kieltäminen perustavista päätöksistä. päivittäisissä rutiineissa laajamittaisiin suunnitelmiin ja tärkeisiin terveydenhoitoa koskeviin päätöksiin .

Vammaiset tarvitsevat usein tukea itsemääräämisoikeutensa toteuttamiseksi, ja kun sitä ei anneta, " hoito " -ympäristö määrää usein ihmisen terveydellisten valintojen eikä ihmisen itsensä. Vammaiset henkilöt ovat säännöllisesti vuorovaikutuksessa terveydenhuoltopalvelujen, kuntoutuspalvelujen tai sosiaalipalvelujen kanssa, jotka usein asettavat etusijalle päätökset laitoksensa nykyisten järjestelyjen, ammatillisen asiantuntemuksen tai perheen toiveiden ja mieltymysten mukaan . Lisääntyvä henkilön ' riippumattomuutta, itsenäisyyttä ja tehokkaasti tehdä valintoja ja valvoa päätöksiä, jotka vaikuttavat oman elämänsä voi liittyä jotta kasvua elämänlaatuun ja henkilökohtaiset seuraukset.[\[11\]](#)

Kuva 1: Terveiden elementit

I-PÄÄTTÄMÄÄN SDM menetelmät on lähestymistapa perustuu O n vammaisyleissopimus ja ilmentävä kuinka n SDM sopimuksen käytetään ammattilainen väline, voidaan soveltaa eri puolia yksilön elämän , mutta varsinkin laaja amalgaamin terveyteen liittyvän päätöksistä (katso kuva 1). Terveys on tärkeä osa jokaisen elämää, ja terveydentilasta huolehtiminen edellyttää erilaisia valintoja ja päätöksiä, jotka yksilön on tehtävä koko elämänsä ajan hyvän terveystason saavuttamiseksi tai ylläpitämiseksi. Nämä päätökset voivat olla yksinkertaisia tai monimutkaisia, sillä terveyden kokonaisuutena, kattaa paljon eri alueilla ja näkökohdat ja on alati - muuttuva elementti, joka vaihtelee kaikkien elämässä.

On huomionarvoista selventää, että yksilölliset erot digitaalisen, lukutaito- ja laskutaidon (DLN) taidoissa ja henkilön tasoilla voivat olla ratkaisevassa asemassa päätöksenteossa ja kannattajien on varmistettava, että asiaankuuluvat tiedot esitetään yksilölle parhaalla mahdollisella tavalla. mahdollisimman hyvin ymmärtääkseen päätöksen, jonka heidän on yritettävä tehdä.

Liittyvät valinnat terveys voi vaihdella ympäristölliset, sosiaaliset ja henkilökohtaiset olosuhteet yksilön ja voi vaihdella yksilöstä toiseen, riippuen juuri sillä hetkellä ja erityisen elämäntilanteeseen. Esimerkiksi henkilö voi päättää tupakoida, vaikka hän on täysin tietoinen siihen liittyvistä kielteisistä seurauksista , tai hän voi valita kahden lääkärin määräämän hoidon välillä sairauden hoitamiseksi. Tästä erityisestä syystä on äärimmäisen tärkeää, että jokaisella yksilöllä on kaikki saatavilla olevat tiedot tietystä terveydestä, joka vaikuttaa häneen . Ennen päätöksentekoa, kaikki positiiviset ja negatiiviset seuraukset olisi kerättävä kannattaja , kuten muutkin vaihtoehdot , jotta kannattaja voi täysin analysoida niitä ja näin kyetä parhaiten tukea yksilön vammaisen tehdä oman päätöksensä käyttäen I-DECIDE SDM -sopimusta osana SDM-prosessia.

Vammaiset ihmiset kohtaavat usein syrjintää, kun he yrittävät saada tarvittavaa tietoa ja tarvitsemaansa tukea terveydellisiin kysymyksiin liittyvän tiedon keräämiseksi. Sen on myös oltava kattava, mutta helposti saatavilla oleva muoto, ja se vaatii usein kolmannen henkilön tukea sen kokoamiseksi ja tulkitsemiseksi. S upporters on hyväksyttävä arvo moniarvoisuuden ja myöntävät, että on olemassa useita tapoja elää omaa elämää ja tehdä elämän valintoja.[\[12\]](#)

Vammaisten henkilöiden mahdollisuus tehdä valintoja omasta terveydestään liittyy sosiaalisen pääoman teorian perusajatukseen. Tämän teorian yleinen tulos on, että "sosiaalisen pääoman" hallitseminen parantaa terveyttä ja mielenterveystuloksia vain antamalla yksilöille mahdollisuuden aktivoida jo olemassa olevien verkostojen tuki heidän suojelemiseksi ja tukemiseksi, kun he kokevat toistuvia terveysongelmia, kuten masennus, päihteiden väärinkäyttö, alkoholismi tai muut mahdollisesti

poikkileikkaukselliset terveysongelmat, jotka voivat uusiutua. Osallistuminen useiden yksilöiden lisäksi luoda omat resurssit tai 'pääkaupunki', joka voidaan piirtää antamaan ihmisille ja auttaa heitä edistämään niiden oman edun. Sosiaalisen pääoman teoria kehittyi henkisen pääoman käsitteeksi, laajentamalla näkökulmaa koskemaan kognitiivisia ja emotionaalisia resursseja, mukaan lukien ihmisten kognitiiviset kyvyt, sekä heidän joustavuutensa ja tehokkuutensa oppimisessa ja / tai emotionaalista älykkyyttä tai sosiaalisia taitoja ja sietokykyä stressitilanteissa . (Gould, N. 2010).[\[13\]](#)

Vammaisten ihmisten haluama elämänlaatu on yhtä monipuolinen kuin kaikki muutkin yhteiskunnassa. Pelkästään määrättyjen lääkkeiden ottaminen ei riitä, koska sen sijaan, että keskityn oireisiin ja oireiden lievittämiseen, 'toipumismenetelmällä' pyritään tukemaan yksilöä omassa henkilökohtaisessa kehityksessään, rakentamaan itsetuntoa, identiteettiä ja löytämään mielekäs rooli yhteiskunnassa. 'Palautuminen' ei välttämättä tarkoita täydellisen toiminnan palauttamista ilman tukea (mukaan lukien tarvittaessa lääkitys). Sen sijaan se tarkoittaa asianmukaisten tuki- ja selviytymismekanismien kehittämistä terveys- ja mielenterveyskokemusten käsittelemiseksi osana heidän normaalia jokapäiväistä elämäänsä, eikä vain terveydenhuoltopalvelujen tarjoamaa "tukea" - kuten kuntoutuksen tavanomainen määritelmä merkitsee. Myös suuret taloudelliset, kulttuuriset / poliittiset erot, sosioekonomisen kontekstin vaihtelevuus, oikeudelliset puitteet ja terveysstrategiat vaikeuttavat SDM-välineiden ja -strategioiden käyttöä missä tahansa maassa . Spektri näytä olevan Euroopassa välillä pieni- ja keskituloisille maille laajamittaisissa Erillisiin instituutiot ja minimaalinen hyvinvointipalvelut, toisin kuin korkean tulotason maissa, jotka ovat 'de - institutionalisoitu', ja kattava hyvinvointijärjestelmä. Nämä erot vaikuttavat merkittävästi luonteeseen terveyspalvelujen ja mielenterveyspalvelut, tyypit pakottamisen ihmiset kokevat kunkin maan korjaustoimenpiteillä ratkaisuvaihtoehtoja ja saatavuus ja riittävyys sekä tuesta saaman yksilöitä. Siinä mielessä käytettäessä SDM Strategiat pyritään parantaa qualit y-elämään antaa myös mahdollisuuden parantaa koulutusta ammattilaisia terveyden tai tukipalveluja.[\[14\]](#)

Kuva 2: Dahlgren ja Whitehead (1991) kaavio. Terveysteen vaikuttavat kerrokset. Sosiaalinen ekologinen teoria terveydelle

Seuraavissa kappaleissa aiomme esittää skenaariot, jossa I-PÄÄTTÄMÄÄN SDM menetelmät voidaan käyttää, seuraa jota karkea hahmotelma individualis ed tukisuunnitelmassa joka kannattaja pitäisi pystyä suunnittelemaan, jotta palvelun käyttäjä voi tehdä tietoisesti päätöksen noin erityisiä terveydenhuollon liittyviä kysymyksiä. We on aina mielessä, että lopullisena tavoitteena kannattaja on rakentaa autonomiaa palvelun käyttäjä, jotta häntä ottamaan terveydenhuollon päätöksiä tietoisesti ja niin vähän tukea kuin mahdollista.

Perussanasto

Vammaisten terveydenhuoltoon ja palveluihin sovellettavan kansainvälisen sanaston kehittäminen ei ole tämän käsikirjan tehtävä. On kuitenkin tärkeää huomata, että kun käsitellään terveydenhuollon palveluja, ammattilaisia tai tilanteita, termit ja sanaston käyttö d h ave id yksikkönä heidän omasta . Teknisiä ja monimutkaisia sanoja esiintyy usein vuorovaikutuksessa lääkäreiden, sairaanhoitajien tai terveydenhuoltojärjestelmän kanssa, ja tästä syystä sekä palvelun käyttäjän että tukiammattilaisten on perehdyttävä niihin ymmärtääkseen ja tekemään tietoinen ja tietoinen päätös. Näiden ehtojen tuntemuksen tulisi lisääntyä päivittäisessä vuorovaikutuksessa tukijan kanssa ja käyttäjien ja terveydenhuollon ammattilaisten tai palveluiden verkoston kanssa käytävissä istunnoissa. I-päätävät **vahva ly kannustaa n käyttöä «sanastossa yhteisön terveydenhuollon ja palveluita ikäihmiset»** laatinut Maailman terveysjärjestön Organization [\[15\]](#)

SDM-työkalut ja strategiat terveydenhuollossa

Määrittelemällä äärimmäisen tarkkuuden tarkka työkaluja ja strategioita, joita voidaan käyttää terveydenhuollon skenaarioita on pois kuulu tämän ohjeen, koska se olisi im käytännöllinen. Kuitenkin väliltä kirjallisuuden kuultu laadittaessa tämän asiakirjan, valikoima hyviä käytäntöjä esitellään, kaikki ovat yhteensopivia I-PÄÄTTÄMÄÄN SDM sopimuksen ja yksilöllistä tukea, joka seuraa perustuslain sopimuksen. Ymmärtäminen ja choos ta sopivin yksi varten henkilö on kuitenkin riippuvaisia teknistä asiantuntemusta kannattaja, ulkoinen työskentelevät ammattilaiset i n paikallinen terveystalvelujen (eli lääkärit, sairaanhoitajat, psykologit, psykiatrit jne) , ja halukkuus tuettujen henkilön kokeilla uusia lähestymistapoja . Lisäksi kehitystaso c urrent käytäntöjä tietyllä alueella tai maassa voi edelleen rajoittaa mahdollisia vaihtoehtoja, koska joitakin käytäntöjä kuvattu voi olla oikeudellisia tai hallinnollisia seurauksia . [\[16\]](#)

Edistyneet psykiatriset direktiivit: Edistyneet psykiatriset direktiivit mahdollistavat vapaasti tehtävät päätökset, jotka on suunniteltu sitomaan itseään ja / tai ohjaamaan muita ryhtymään erityistoiimiin tulevaisuudessa. Näihin direktiiveihin sisältyvät päätökset voisivat sisältää yksinkertaisia hoitoasetuksia tai muuta tietoa (esim. Ohjeet kenen puoleen ottaa yhteyttä vai ei tai kuka on nimitetty viralliseksi / epäviralliseksi tukijaksi lääketieteellisissä kysymyksissä, yhteystiedot, henkisten ja fyysisten sairauksien yksityiskohdat, hoidot, indikaattorit ja hoidon mieltymykset tulevan uusiutumisen tai kriisitilanteen yhteydessä). Nämä direktiivit on kirjoittanut henkilö yhteistyössä kliinikkonsa (hoitokoordinaattorin, psykiatrin, projektityöntekijän tai yleislääkärin) kanssa tarvittaessa tukijan avustuksella. On huomionarvoista, että useimmille lääketieteen alaan kuuluville henkilöille, kannattajille ja asiantuntijoille ei tunneta edistyneitä psykiatrisia direktiivejä. Lääketieteen ja muut ammattilaiset ilmaisevat usein huolensa yksilön kyvystä päättää hoidosta johtuen perinteisestä liiallisesta riippuvuudesta erityisistä ammattilaisista ja heidän mielipiteistään, erityisesti lääketieteen alalla. Tehokkuuden ja pätevyyden lisäämiseksi olisi kannustettava yhteisiä kriisisuunnittelukokouksia osallistumaan - mikäli mahdollista - kaikkiin kehittyneiden psykiatristen direktiivien laatimiseen osallistuviin ammattilaisiin, mukaan lukien kannattajat ja yksilöt. Tämä strategia voisi mahdollisesti vähentää pakkokeinojen riskejä auttamalla muita kunnioittamaan henkilön toiveita ja mieltymyksiä kriisitilanteissa.

Kriisikortit ovat eräänlainen ennakkosuunnittelun ja edunvalvonnan väline. Kriisikortit voivat sisältää yksityiskohtia siitä, mitä pitäisi tapahtua, jos henkilö kokee kriisitilanteen ja hänet ohjataan ammattilaisille. Se on käsite samanlainen hoitotuki Passport s "Eri maissa toimivien, mutta erityistä lähestymistapaa kriisitilanteissa. Kriisin Kortit mielletään asioiden ajamisessa, jonka tavoitteena on varmistaa yksittäisten tarkastusten niiden tulevaa hoitoa ja samalla edistää hänen toiveitaan ja mieltymykset täsmentämällä nimenomaisesti hänen / hänen itsenäisten valintojen tältä osin.

Erityiset Terveyskortti käsitetään eräänlaisena ensisijaisesti pass korttien osoitettu erityisen haavoittuvia ihmisiä, jotka tarvitsevat yksilöllistä huomiota. Kortin pyytää joko henkilö, lääkärit tai heikossa asemassa olevan henkilön laillinen edustaja (perhe tai ammattilainen). Säännöllisellä terveys kortteja IMS Identify ihmisiä heti, kun ne käyttää tietyn terveydenhuollon, erillisten ominaista erityinen henkilökortti pyrkii prioriti n e Järjestelmään pääsy vammaisten henkilöiden mukaan:

- vierailuaikojen odotusaikojen kouluttaminen ja tilojen säätäminen (jos mahdollista);
- tarjoamalla helppo pääsy sairaaloihin ja yksilöllinen huomio kuljetuksen aikana hätätilanteissa;
- auttaa terveydenhuollon ammattilaisia tunnistamaan paremmin erityistarpeet ja tarjoamaan räätälöityä viestintää ja erityistä huomiota varmistetaan joustavuus kuulemisen aikana yksilön tarpeiden mukaan perheenjäsenen tai omaishoitajan tarjoaman säästyksen ja tuen varmistaminen, ellei heidän tuki voi vaikuttaa tai estää lääkehoidon toimittamista.



Perheryhmäkonferenssit on käsitellyt vapaaehtoisena kuulemisprosessina, jossa riippumaton koordinaattori tai tukija helpottaa keskustelua yksilön ja hänen tärkeimmän sosiaalisen verkostonsa välillä. Henkilö valitsee ystävät ja / tai perheen tai ammattilaiset keskustelemaan huolenaiheista ja etsimään ratkaisuja, mukaan lukien laatimaan suunnitelman, jossa esitellään tarvittavat vaiheet. Lääkäreillä voi olla taustatukirooli tai heillä voi olla rooleja sellaisten päätösten tulosten helpottamisessa, joihin liittyy klinisen hoidon päätöksiä.

Kuva 3: Perheryhmäkokousten teoreettinen kehys

Lääkityksen lopettamisstrategiat ovat vaihtoehto farmakologisten hoitojen *äkilliselle* lopettamiselle. Käytännön kokemuksemme viittaa siihen, että monet palvelun käyttäjät eivät tarkoituksella kerro mielenterveyden ammattilaisille lopettaessaan lääkkeensä. He tekevät tämän välttääkseen kielteiset päätökset ja muut seuraukset, joita kliiniset ammattilaiset usein aloittavat, kuten pakkokeinot, mukaan lukien tahaton hoito tai pakollinen sijoittaminen, tai jopa molemmat. Psykiatrisen lääkityksen tai keskeisen hoidon lopettaminen on usein monimutkainen ja vaikea prosessi. Vaikuttaa kohtuulliselta olettaa, että lopetuskäytäntöjä, muodollisesti tai epävirallisesti, esiintyy kaikkialla maailmassa ja että lääketieteellinen yhteisö vastustaa tietyllä tasolla. Ehdottaa, yhdessä kanssa lääketieteen asiantuntijoita, kapeneva strategioita valvonnassa vähentämään lääketieteellistetään tasoja voi parantaa käyttäjien tyytyväisyyttä ja myös olla mahdollinen tapa parantaa valintaa, valvontaa ja turvallisuutta käyttäjille, jotka ottavat niitä ja saisi ne päättää turvallisesti ei ottaa niitä millään malmi.

Avoimen vuoropuhelun (OD) strategioilla pyritään hoitamaan vammaisolosuhteita (ensisijaiset olosuhteet, toissijaiset olosuhteet ja samanaikaiset sairaudet) käyttäjän kotona. Hoito sisältää potilaan sosiaalisen verkoston ja vastuun koko hoidosta. Avoin vuoropuhelu on Suomessa kehitetty käytäntö, jossa hoitopäätökset tehdään yksilön ja hänen laajempien sosiaalisten verkostojensa läsnä ollessa. Psykoterapeuttisia lähestymistapoja pyritään kehittämään vuoropuhelua henkilön ja hänen

tukijärjestelmänsä välillä terapeuttisena toimenpiteenä. Palveluntarjoajat pyrkivät helpottamaan säännöllisiä verkostotapaamisia henkilön ja hänen välittömän ystäviensä, hoitajiensa ja perheenjäsentensä sekä useiden kliinisen ryhmän tiiviisti läsnä olevien jäsenten välillä. Vahvasti korostetaan kaikkien äänien ja näkökulmien tasa-arvoista kuulemista sekä hoidon keinona että tavoitteena itsessään.

Vertaistukiryhmät: Vertaistuki on ryhmiä, joissa psykososiaalisesti vammaiset henkilöt tukevat toisiaan. Alun perin henkilöille on psykososiaalinen vamma, vertaistuki ryhmät voivat myös käyttää kehitysvammaista henkilöä ja voi olla monenlaisia. Ryhmien kokoonpano voi olla epävirallinen (kodeissa, laitoksissa tai yhteisön puolueettomissa tiloissa) tai muodollinen (missä palvelun käyttäjäkonsultit auttavat sairaaloissa tai hengähdystaloissa, joita hoitavat ihmiset, jotka ovat kokeneet omat mielenterveyskriisit). Käyttö vertaistukiryhmiä on osoittanut olevan vaikutusta vähentämällä tunnustukset osallistujien kesken. He ovat myös osoittaneet siihen liittyviä parannuksia - riittävällä koulutuksella, valvonnalla ja hallinnalla - edistääkseen terveydenhuoltopalveluihin liittyviä palautumiskeskkeisiä muutoksia. Vertaistukiryhmät työskentelevät ajatuksella, että jäsenet voivat jakaa onnistuneita strategioita keskenään turvallisessa tilassa jakamalla tärkeimmät ainesosat, jotta voidaan vähentää tiettyjen terveystilanteiden aiheuttamaa ahdistusta.

Edustus sopimukset / nimettyjen henkilöiden järjestelmät: Tämän tyyppiset välineet on käsitelty etukäteen suunnitelluiksi mekanismeiksi, jotka muistuttavat edistyneitä psykiatrisia direktiivejä, mutta ne eivät keskity yksinomaan mielenterveyteen liittyviin kysymyksiin, vaan toimivat sen sijaan laajemmassa merkityksessä. Maailmanlaajuisesti on olemassa useita edustus sopimusten muotoja, joiden pätevyys vaihtelee paikallisten lakien mukaan. Suurin osa ennakkosuunnittelutoimenpiteistä sisältää edustus sopimuksen muodon, jossa henkilö nimetään avustamaan yksilön tietyillä elämän alueilla aina, kun erityisiä tilanteita tapahtuu. Valtuutukset voivat myös tarjota yksinkertaisen oikeudellisen kaavan edustajan nimittämiseksi tiettyihin päätöksiin. Toiset, kuten yhteiset kriisisuunnitelmissa ja epävirallisten edustus sopimuksista käyttäjien keskuudessa ja ennen palvelujen käyttäjiä, eivät yleisesti toteutettu, mutta nämä voivat myös toimia eräänlaisena epävirallinen rahoitus vaihtoehto.

Kolmikantaryhmän käyttäjät: käyttäjät, ystävät, tukijat ja terveydenhuollon ammattilaiset tapaavat säännöllisesti avoimella foorumilla, joka sijaitsee neutraalissa maastoissa - terapeuttisten tilojen, perhetilojen tai institutionaalisten olosuhteiden ulkopuolella - tavoitteena keskustella terveysongelmien kokemuksista ja seurauksista etsimällä tapoja ratkaista ne. Kolmikantakeskusteluryhmäkeskustelut tarjoavat uusia mahdollisuuksia tiedon ja oivallusten hankkimiseen ja uusien viestintätapojen kehittämiseen rool stereotyyppien ulkopuolella.

Päivittäinen terveydenhoito

I-DECIDE SDM Menetelmät tähtää yhteistyöhön prosessi mahdollistaa kehitysvammaiset tehdä terveydenhuollon päätöksiä saa yhdessä terveydenhuollon ja tukihenkilöiden, parantaen samalla hyvinvoinnin ja niiden itsemääräämisoikeuden. SDM-periaatteiden soveltaminen päivittäisessä terveydenhuollossa merkitsee sen tunnustamista, että kehitysvammaiset henkilöt pystyvät usein tekemään omat päätöksensä ja jakamaan ne terveydenhuollon ammattilaisten kanssa edellyttäen, että he saavat asianmukaista tukea tähän.

Päivittäinen terveydenhoito voidaan määrittellä päivittäisen perustoiminnan ryhmäksi, jonka avulla henkilö voi elää terveellistä itsenäistä elämää. Näihin aktiviteetteihin kuuluvat syöminen (ruoan ostaminen, varastointi ja ruoanlaitto), ravintotottumukset (tietoisuus kaloreista ja tietyn ruokavalion noudattaminen), liikkuvuus ja fyysiset tavat, uiminen tai wc. Päivittäinen terveydenhuollon on syvästi liittyy yksilön kyky suorittaa edellä mainitu-yllä toimintaa tai ilman apua ja on tiukasti sidoksissa instrumentaali-keskeisten toimintaa elämään (esim., hallita rahaa, kommunikoida ikäisensä, tekee kotityöt, jne.) ja käsite "itsehoito".

'Itsehoito' pidetään perusmuoto hoitoa potilaille, joilla on kroonisia sairauksia, kuten kehitysvammaisille. Itsehoito on prosessi, joka on opittu yksilön koko elämän ajan ja on jatkuva prosessi. Itsehoito huolto käyttäytymistä voidaan vaikuttaa ulkoiset tekijät, kuten pääsy terveydenhuollon ja asuinympäristöjen ja sisäiset tekijät, kuten tunnetila yksilön, niiden motivaatio tietyssä vaiheessa elämässä, käsitykseen itsestään ja kognitiivisia kykyjä. Yksilöllä, jolla on heikentyneitä kognitiivisia tai toiminnallisia kykyjä, on heikentynyt kyky suorittaa itsehoidon ylläpitokäyttäytymistä.

Älyllinen vamma syntyy yleensä kehitysvaiheessa, ja sille on ominaista merkittävät rajoitukset sekä älyllisessä toiminnassa että sopeutumiskäyttäytymisessä, jotka ilmaistaan käsitteellisinä, sosiaalisina ja käytännön sopeutumistaitoina. (Tassé ym., 2016, s.1). Lisäksi älyvammaisilla on taipumus kärsiä enemmän sekä fyysisiä että henkisiä sairauksia, koska heillä on usein epäterveelliset elämäntavat (esim. Epätasapainoinen ruokavalio, istumaton elämäntapa...), heillä on taipumus kärsiä älyvammaisista sairauksista (esim. Epilepsia, liikkuvuusongelmat, diabetes jne.) tai geneettisiin sairauksiin liittyvät sekundaariset muutokset (esim. kilpirauhasen ongelmat erityisesti Downin oireyhtymää sairastavilla).

Sosiaaliset tuet voivat myös vaikuttaa usein siihen, kuinka hyvin yksilö pystyy hoitamaan itsehoitoa. Sosiaaliseen tukeen kuuluvat perhe, ystävät ja tukiryhmät. Tukiryhmät voivat olla vertaistukiryhmiä, tietyn alan ammattilaisia, näiden kahden yhdistelmää tai

yhteisöryhmiä (yleensä kehitetty yhteisökeskuksissa), kroonisia sairauksia hoitavia ryhmiä tai yhteisöryhmää.

Tapausskenaario : Itsetunon saaminen terveellisten tapojen avulla

Yksilöiden terveys määräytyy puhtaasti biologista pidemmälle menevien tekijöiden perusteella, ja on yleisesti tunnustettua, että psykososiaalisilla tekijöillä on hallitseva vaikutus ja vaikutus yksilöiden terveyteen ja elämänlaatuun. Yksilöllinen tuki parantaa myös yksilöiden elämänlaatua ja henkilökohtaisia tuloksia.

Marc tapaus valaisee tukea päätöksentekoprosessia alalla d aily terveydenhuollon (ehkäisystrategioita, ravitsemus tapa, terveitä elämäntapoja ja arkielämän toimintaa).

Marc on henkilö, joka kärsii ylipainosta ja jolla on ongelmia suhteiden luomisessa ikäisensä kanssa kommunikaatio-ongelmien ja ujouden vuoksi. Alustava selvitys osoitti, että hänellä on halu saada lisää ystäviä, koska hän on usein yksin iltapäivisin, kun hän lopettaa vuoronsa häntä työllistävässä tehtaassa.

Puoli vuotta sitten Marc allekirjoitti kannattajan kanssa sopimuksen, jossa todettiin nimenomaisesti, että hän tarvitsee tukea terveyttä ja elämäntapaa koskevien päätösten tekemisessä. Keskustelussa kouluttajan kanssa Marc ilmaisi tyytymättömyytensä ylipainoon ja suhteesta, joka hänen ylipainollaan on luottamukseen uusien suhteiden luomiseen tai ylläpitämiseen. Hän totesi, että hän usein pelkää jättää talonsa osallistua sosiaalisiin tapahtumiin ja viettää suurimman osan ajasta sohvalla videopelien pelaamista o n tietokoneen takia. Kannattaja kysyi häneltä suoraan, haluako hän laihduttaa ja sai selkeän myönteisen vastauksen.

Tavoitteena Marc on laihduttaa ja yksilöllistä tukea suunnitelma tehdään yhdessä kanssa ammattilaisten ja yksittäisten suppo rt hänelle, mikä hänen valintoja . Tässä vaiheessa on tärkeää olla selvää, että tukipäätösprosessi, yksilöllinen tukisuunnitelma ja hänen tarvitsemansa suora tuki ovat kaikki erillisiä elementtejä prosessissa. Yksilöllisen tukisuunnitelman voi määrittellä sama ammattilainen, joka tukee tuettavaa yksilöä päätöksenteossa (SDM-periaatteiden mukaisesti) , mutta saman ammattilaisen ei tarvitse tehdä sitä. Tarvittava tuki toteuttaa sitä voidaan myös saada aikaan kolmas henkilö.

Tuettu päätöksenteko päivittäisessä terveydenhuollossa sisältää resurssit ja strategiat, jotka ovat käytettävissä Marcin kehityksen, koulutuksen ja henkilökohtaisen hyvinvoinnin edistämiseksi suhteessa hänen ylipainoonsa ja heikentyneisiin henkilökohtaisiin taitoihinsa henkilökohtaisen toiminnan parantamiseksi. Kannattajan on esitettävä Marcille yksilölliset tukistrategiat, jotka liittyvät valintoihin ja päätöksentekoon, jotta hän voi parantaa elämänlaatuaan valitsemallaan alueella (ts. Laihdutus), mutta samalla

tukijan on kunnioitettava Marcin itsemääräämisoikeutta tässä asiassa. Menestys voi hyvinkin johtua vetoamisesta Marcin henkilökohtaiseen vastuuntuntoon.

Kannattajan tässä tapauksessa noudattama prosessi on esimerkki alla:

I. Ensinnäkin hänen on arvioitava ja vertailtava taitoja ja kykyjä, jotka henkilöllä (Marc) on jo tarvittavilla taidoilla ja kyvyillä, suhteessa useisiin asiaa koskeviin tietolähteisiin: esim. Internet-foorumit ja videot, kirjat, kasvotusten kasvot peer suosittelut, asiantuntija-arvio, ravitsemusterapeutti s ja ravitsemusterapeutin s , urheilu neuvonantaja s jne Jos kannattaja mielestä Marc ei voi tulkita tietoa, s / hän on sitten ehdottaa Marc suunnitelman parantamaan taitojaan, niin että hän voi ymmärtää tietoja tai vaihtoehtoisesti miettiä tapaa esittää nämä tiedot Marcille siten, että hän ymmärtää ne.

II. Tarkoituksena on tehdä Marc tietää mitä itsehoidon hallinta keinoin (tämä koskee seuraavia terveellisiä elämäntapoja ja involv ING häntä liikuntaa ja Acquir ta hyviä ravintotottumusten) ja seuraukset *eivät* näin. S / hän on selitettävä Marc erilaisista ruokavalion ja miten heikosti ruokavaliot ovat terveysriski ja jotka ammattilaiset ovat, että hän voi saada neuvoja tähän alkaen. Tässä vaiheessa kannattaja selittää Marcille kaikki erilaiset vaihtoehdot tämän tavoitteen saavuttamiseksi.

III. Voi olla tarpeen ottaa mukaan muita ammattilaisten ja asiantuntijoiden i n alan tai varata aika ravitsemusterapeutin tai yleislääkäri. Kannattajan on selitettävä vierailu Marciin ja mahdollisesti ehdotettava hänen kanssaan menemistä varmistaakseen, että hän ymmärtää hänelle annetut tiedot.

IV. Kannattajan on sitten luotava yksilöllinen tukisuunnitelma, joka tehdään ammattilaisten ja yksilön kesken tukemaan ilmoitetun painonpudotustavoitteen saavuttamista.

V. Tarvitaan myös joitain valvonta- ja seurantamekanismeja. Yksilön on oltava varhaisessa vaiheessa tietoinen siitä, että ruokavalion noudattaminen tai liittyminen ravintoa koskevaan koulutusryhmään merkitsee mekanismien luomista sen tehokkuuden seuraamiseksi. Kannattajan on samalla ilmoitettava yksilölle (Marc) selvästi, että menestys riippuu siitä, kuinka hyvin hän noudattaa kaikkia ammattilaisten antamia suosituksia (esim. Ruokavalio, ruokavalio, ravintotottumukset, liikunta jne.). Esimerkiksi hän voisi meille e paino asteikot tallentaa edistyksen onko ruokavalio menee hyvin (tai ei), ja jos lisää apua tarvitaan . Tätä seurantavaihetta voidaan täydentää erilaisilla vierailuilla asiaankuuluvien ammattilaisten kanssa (tässä tapauksessa erilaiset ammattilaiset voivat olla ravitsemusterapeutti, yleislääkäri tai laihtumisen asiantuntijat). Kaiken seurantaan vaihe seurannan avulla kannattaja ja Marc tarkistaa, jos intervention jälkeen tehdyt arvioinnin on todella saavuttaa hi toiveen laihtua. Tämä voidaan



nähdä kolmialueisella arviointi , katsot on ensinnäkin käyttäjän tyytyväisyyttä toiseksi suorittavalla er n edistymisen arviointi ja lopuksi , jos aiemmin sovittu , milloin tahansa näyttöä etenemisestä liittyvät käyttäjän DLN taitoja .

VI.Yksilöllisen tukisuunnitelman tulisi hyödyntää kaikkia käytettävissä olevia SDM-työkaluja. Joitakin esimerkkejä SD: n työkaluista, jotka ovat saatavilla Marcin tapauksessa (Espanjassa), ovat:

a.Terveyskasvatusohjelma: Terveyskasvatus on erityinen kehitysvammaisille suunnattu ohjelma, joka täydentää yleislääkärin tai erikoislääkärin antamia suosituksia. Nämä selitetään Marcille erilaisissa aihekohtaisissa istunnoissa, joissa käsitellään tiettyjä aiheita (esim. Marcin tapauksessa aiheet olisivat ravintotottumukset ja terveelliset elämäntavat). Ryhmän on ihanteellinen tapa ratkaista psykososiaaliset tekijät, jotka vaikuttavat elämäntavat yksilöiden ja sekä yhteistyön mparing niitä , koska se tarjoaa osallistujille mahdollisuuden oppia vuorovaikutusta muiden osallistujien . Tämä edistää vertaiskoulutusta, vahvistaa motivaatiota ja helpottaa keskinäistä tukea ja apua päätöksenteossa ja terveiden elämäntapojen ylläpitämisessä. Huomaa: erityinen ryhmäkoulutus ei välttämättä aina ole mahdollista tietynä ajankohtana, ja tällaisen tukiryhmän saatavuus tai sijainti saattaa vaikeuttaa joidenkin ihmisten käyttöä.

b.Itsehoito-suositukset: Jos yksilö pyrkii välttämään sosiaalistumista, mutta voi pystyä käyttämään uutta tekniikkaa, videomateriaalien käyttö on erittäin suositeltavaa. Esimerkiksi Marcin tapauksessa hän tarvitsee tukijan apua tiettyjen tietoteknisten / digitaalisten taitojen lisäämiseksi näyttämällä hänelle kuinka käyttää joitain uusia ohjelmia tietokoneellaan / tabletillaan .

c.Verkkokurssit, joiden tarkoituksena on kouluttaa ihmisiä terveelliseen elämäntyyliin ja hyviin ravintotottumuksiin. Tukija voi löytää luettelon tällaisista kurseista, joita henkilö voi seurata. Nämä lisäävät Marcin ymmärrystä terveellisistä elämäntavoista, ravintotottumuksista ja lisäävät itsehoidon hallintaa.

d.Suunnittele jonkinlaista liikuntaa: Tämä edellyttää jonkin verran koordinaatiota fysioterapeutin kanssa ja arviointia kaikista asiaankuuluvista fyysisistä urheilutoiminnoista, joita paikalliset vapaa-ajan- ja urheilukeskukset tarjoavat . Tietenkin, kuten kaikki muutkin ihmiset, tämä riippuu Marcin todellisuudesta ja sitoutumisesta (henkilön



toiveiden ja mieltymysten mukaisesti) nähdä tämä läpi. Näihin voivat sisältyä yhteisössä tai henkilökohtaisen valmentajan välityksellä suoritettavat fyysiset harjoitukset yksilön tuloista riippuen.

e. Ravitsemussuunnitelma: tämä edellyttää koordinoitua ravitsemusterapeutin kanssa, ja siihen voi sisältyä minikoulutuksia ruokaa ja terveellisiä tottumuksia koskevista aiheista, jotka järjestetään pelien tai visuaalisten ja vuorovaikutteisten työkalujen, kuten piktogrammien, avulla.

DLN-tarkennetut SDM-työkalut

Digitaalisia taitoja, lukutaitoa ja laskutaitoa voidaan lisätä tässä erityisessä skenaariossa eri alueilla.

- ✓ Digitaalisia taitoja voidaan parantaa, jos tapaamisen lääkärin kanssa tekee Marc teknisillä työkaluilla, kuten tietokoneella (se voi vaihdella maittain). LSO sk tai apua Marc etsimään varten uuden ruokavalion avulla internetin ja vertailla laatu ja määrä ruokaa edellisen aiemman ruokavalio hän yritti tai joissa mitä hän syö nyt.
- ✓ Lukutaitoa voidaan parantaa, jos kannattajat antavat yksilön ymmärtää lääkärin, ravitsemusterapeutin tai yleislääkärin toimittaman dokumentaation tyyppin. Tällöin suositellaan " palaa takaisin " -menetelmää, jotta voidaan selvittää, kuinka suuri osa ravitsemusterapeutin tai yleislääkärin antamista tiedoista käyttäjän on säilytetty. Palautusmenetelmä koostuu siitä, että vammaisen henkilö saa selittämään hänelle jo selitetyn, tarkistamaan mahdolliset puutteet käyttäjän vastauksissa, vahvistamaan viestejä yhteistyökeskustelulla tuetun henkilön kanssa. Käytännön esimerkki palauttamisen aloittamisesta on kysymys: *"Haluan varmistaa, että selitin kaiken, jos joudut selittämään, mitä sanoin sinulle ystävillesi, mitä sanoisit heille?"*
- ✓ Lukujen taitoja voidaan lisätä, jos kannattaja antaa yksilölle mahdollisuuden ymmärtää kaloreita, niiden mittaustapoja jne. Kysy Marcilta mieltymyksiä siitä, millaista ruokaa ja määriä hän haluaa syödä säännöllisesti, ja vertaa vastauksia (yhdessä). Lopuksi pyydä Marcia rakentamaan ruokavalio koko viikoksi. Käytä yksinkertaisia kuvia (esim. Katso alla) havainnollistaaksesi ruoan tyyppiä, eroja terveellisten ja epäterveellisten tapojen välillä, mitkä liittyvät liikalihavuuteen jne., Ja vertaa niitä henkilön nykyisiin mieltymyksiin.



Kuva 4: Esimerkki piktogrammeista

(ES PODEN CANVIAR? NO ME'N RECORDO DE LA FONT I NO CITAR ÉS UN PROBLEMA PERQUÈ A MÉS EREN CATALANS)

Yleinen terveydenhoito

Yleinen health yksilöiden vammaisen usein liittyy hyvin monenlaisista primäärienergian terveyttä, jotka saattavat johtaa huonoon terveyteen ja aiheuttavat paljon terveydenhuollon tarpeisiin, joten se edellyttää entistä voimavaroja saavuttaa hyvä terveydentilasta. Monet yleiset terveysvaatimukset pitäisi normaalisti eivät estä vammaisia saavuttamasta normaalin terveyden, mutta tosiasia on, että Maailman terveysjärjestön (WHO), erityisesti vastata terveydenhuollon liittyviä kysymyksiä PWD: n, luokittelee ne terveydenhuollon olosuhteissa kolmeen laajoi luokkia ja antaa ohjeita näiden luokkien käsittelyyn.

Ensinnäkin ensisijaiset terveydentilat määritellään mahdolliseksi lähtökohdaksi tulevaisuuden heikentymiselle, toiminnan rajoittamiselle tai rajoitetulle osallistumiselle yhteiskuntaan. Esimerkkeinä ensisijaisista terveydentiloista näihin voivat kuulua masennus, niveltulehdus, krooninen obstruktiivinen keuhkosairaus, iskeeminen sydänsairaus, aivohalvaus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, glaukooma, aivoverisuonisairaus ja Downin oireyhtymä. Ensisijainen terveydentila voi johtaa moniin erilaisiin häiriöihin, mukaan lukien liikkuvuus-, aiste-, henki- ja viestintävaikeudet.

Sitten 'Toissijainen terveyttä' ovat *muita* ehtoja, olettaen että kyseessä on ensisijainen ehto, ja erotetaan muista vastaavista terveyttä, jonka kulunut aika, sillä ensisijainen ehto on diagnosoitu ja ulkonäkö toissijaisen kunnossa. Esimerkkejä ovat painehaavat, virtsatieinfektiot ja masennus. Toissijaiset olosuhteet voivat heikentää toimintaa, heikentää elämänlaatua, lisätä terveydenhuollon kustannuksia ja johtaa ennenaikaiseen kuolemaan. Monet tällaiset tilat ovat estettävissä ja voidaan ennakoida perusterveydellisistä olosuhteista.

Kolmanneksi, sen lisäksi, 'oheissairauksia' ovat *muita* ehtoja riippumattomia ja eivät liity ensisijainen ehto. Samanaikaisia sairauksia ei usein hoideta hyvin vammaisten varhaisen havaitsemisen ja hoidon kannalta, ja ne voivat aiheuttaa haitallisia vaikutuksia heidän terveyteensä. Esimerkiksi kehitysvammaiset ihmiset ja on psykososiaalinen vamma yleensä kokevat 'diagnostinen varjostaa', toisin sanoen syyksi henkilön oireita heidän henkinen tila tai vamma. Esimerkkejä samanaikaisista sairauksista ovat kehitysvammaisen henkilön syöpä tai kohonnut verenpaine.

Vammaiset vaativat kaikkia normaaleja terveystarpeita aivan kuten muun väestön. Yleisiä terveystarpeita ovat terveyden edistäminen, ennaltaehkäisevä hoito (immunisointi, yleinen terveydentilan seuranta ja seulonta), akuuttien ja kroonisten sairauksien hoito ja tarvittaessa asianmukainen hoito erikoistuneempiin tarpeisiin. Nämä tarpeet tulisi kaikki tyydyttää perusterveydenhuollon tai erikoistuneen terveydenhuoltopiirin kautta. Jotkut vammaiset voi olla suurempi tarve asiantuntija terveydenhuollon kuin koko väestön, koska ne voivat olla useita terveysvaatimukset. Tästä hyvin erityisestä syystä on tarpeen tarjota vammaisille henkilöille keskitetty hoito keskittyen yksilöiden erojen, arvojen, mieltymysten ja ilmaistujen tarpeiden tunnistamiseen, kunnioittamiseen ja hoitamiseen. lievittää kipua ja kärsimystä; koordinoita jatkuvaa hoitoa; kuunnella, ilmoittaa selkeästi, kommunikoida ja jakaa päätöksentekoa.

Kuva 5 : WHO: n näkökohdat hoidolle, jotka erottavat tavanomaisen terveydenhuollon henkilökohtaisesta terveydenhuollosta (Lähde: World Health Report 2008 - Perusterveydenhoito : nyt enemmän kuin koskaan)

Skenaario : Ensisijainen tekijät, toissijaisia tekijöitä & Co - sairastavuus

Yhteinen ongelma, kun tuen antaminen yksittäiselle kehitysvammaiselle on kuinka jotta yksittäiset ihmiset ovat täysin tietoisia heidän omasta terveysongelmista ja vaikutukset nämä ongelmat voivat olla niiden health lyhyellä, keskipitkällä ja pitkällä aikavälillä. Useimmiten henkilö ei ole tietoinen erityiskysymysten seurauksista eikä välttämättä ymmärrä yleisten terveydenhoitokysymysten hoidon merkitystä . Lisäksi he saattavat kohdata muita esteitä ja esteitä hoidolle. Terveydenhuollon työntekijöillä ja kannattajilla ei usein ole riittävästi tietoa ja taitoja monista vammaisuuteen liittyvistä primaarisista, toissijaisista ja samanaikaisista sairauksista ja siitä, miten vammaisten terveydenhuoltotarpeita voidaan hoitaa tehokkaasti tai mistä löytää apua niiden ratkaisemiseksi. Palveluntarjoajat ja kannattajat voivat olla epävarma osoitteeseen terveystarpeista liittyy suoraan vammaisuuteen ja miten erottaa toisistaan terveyteen liittyviä ongelmia vamma ja ne , jotka eivät liity toisiinsa. T heivät välttämättä myöskään ymmärrä tarvetta kattavan terveydenhuollon palveluja. Tukityöntekijöillä tulisi ihannetapauksessa olla yleinen käsitys vammaisten olosuhteiden syistä, seurauksista ja hoidosta sekä vammaisista virheellisistä oletuksista, jotka voivat johtua vammaisista kärsivistä ennakkoluuloista.

Yleisiä esteitä ovat terveydenhuoltopalvelujen tarjoajien asenne, tiedot ja taidot sekä sen varmistaminen, että terveydenhuollon käytännöt eivät ole ristiriidassa vammaisten henkilöiden oikeuksien kanssa. Vammaiset voivat olla haluttomia etsimään terveydenhoitoa ennakkoluulojen ja syrjinnän takia. Vammaiset ihmiset ovat saattaneet kokea laitoshoidon tai muuta tahatonta hoitoa, väärinkäyttöä, laiminlyöntejä ja

jatkuvaa devalvoitumista. Kielteiset kokemukset terveydenhuoltojärjestelmän, mukaan lukien tapauksia ali- tai epäkunnioitusta, voi johtaa epäluottamus terveydenhuollon tarjoajien epäonnistuminen hakeutua hoitoon, ja luottaminen itse diagnoosi ja hoito. Siksi terveydenhuollon tarjoajien kunnioittavat, asiantuntevat ja tukevat toimet vammaisille ihmisille ovat elintärkeitä. Monien terveydenhuollon tarjoajien asenne ja väärinkäsitykset ovat kuitenkin edelleen esteitä vammaisten hyvälle terveydenhuollolle, ja negatiiviset asenteet ja oletukset voivat vaikuttaa joihinkin klinisiin päätöksentekoon.

Tapauksessa Charles kuvaa prosessi valita kahdesta vaihtoehdosta varten hoitoon.

Charles on 46-vuotias henkilö, jolla on oppimisvaikeuksia ja jolla on korkea toiminta yhteiskunnassa. Hän työskentelee osa-aikatyössä suojatuilla työmarkkinoilla ja hänen työstään saadut tulot ovat hieman alle minimipalkan, mutta hän täydentää kokonaistulojaan valtionetuilla. Hän on erittäin tyytyväinen työhönsä, koska hän pärjää erittäin hyvin ja on saanut töistä hyviä ystäviä, muun muassa ystävyntyneenä häntä nuorempien naisten kanssa. Hän nautti aina tupakasta ajoittain, mutta viimeisten kolmen vuoden aikana hän on tupakoinut enemmän kuin pitäisi. Nykyään hän polttaa kaksi savukepakkausta päivässä. Eräänä päivänä Charles ei tuntenut olonsa hyvin ja meni lääkärin luokse ja hänellä oli useita testejä. Charlesilla on diagnosoitu krooninen obstruktiivinen keuhkosairaus, tila, joka vaikuttaa hänen keuhkoihin. Usean lääkärikäynnin jälkeen ammattilainen on pystynyt määräämään erityisen hoidon, joka vähentää hänen tilansa vaikutuksia (eli hengitysvaikeuksia, jatkuvaa limaa jne.) Ja siitä lähtien hänen tilansa on parantunut. Usealla lääkärikäynnillä hän neuvoi Charlesia, että hänen tupakointi ei auta terveystilannettaan. Tupakointi on hänen sairautensa pääasiallinen syy ja erityisesti siksi, että hän kärsii edelleen kroonisesta obstruktiivisesta keuhkosairaudesta, ja tämä vaikuttaa nyt hänen elämäänsä ja aiheuttaa ajoittain poissaoloja työstään. Hänen esimiehensä on puhunut hänelle pari kertaa tästä. Näin ollen lääkäri neuvoi häntä tekemään erityinen hoito tupakoinnin lopettamiseksi, niin hän teki. Kuukauden kuluttua Charlesilla on useita haittavaikutuksia hoidosta, varsinkin kun hän ottaa pillerin joka päivä aamulla. Tässä erityistilanteessa Charles pyytää tukea, koska hän haluaa pitää työpaikkansa ja ystävänsä töissä, mutta hän ei tiedä, onko viisasta lopettaa hoito tai miten hän voisi paremmin selviytyä sivuvaikutuksista.

Hänen tukijansa tässä tapauksessa noudattama prosessi on kuvattu alla:

I. Ensinnäkin, kannattajien on arvioitava taidot ja kyvyt, Charles jo suhteessa seuraavan aiemmin määrätty hoitoja lääkärin (kuten valmistelee lääkitys itse ottaen säädetyssä lääkitystä ajoissa aikataulun ja rutiinia). Sitten hänen on verrattava näitä kykyjä uusiin taitoihin ja kykyihin, joita Charles tarvitsee ymmärtää uuden nykyisen terveystilanteensa (tilansa seuraukset, määrätyn hoidon sivuvaikutusten seuraukset). Ammatillisen kannattajan rooli on tärkeä tässä vaiheessa, koska se

voi auttaa Charlesia järkeistämään kokemiaan haittavaikutuksia ja näkemään potentiaalisen kyvyn lisätä tietämystään tästä käyttämällä erilaisia saatavilla olevia tietolähteitä. Näihin voi sisältyä visuaalista materiaalia tupakoinnin lopettamisstrategioista, videoita YouTubesta tai haastatteluja lääkärin tai sairaanhoitajan kanssa. Kaikki nämä voivat auttaa Charles lisätä omaa tietoa ongelmasta h e kasvoja ennen kuin luot tukisuunnitelma ja ennen T y ö kalut hän on valmis hyväksymään.

II.Charlesin tarkoituksena on oppia tupakoinnin lopettamisesta; kuinka parantaa hänen terveystilannettaan pitkällä aikavälillä (koska krooninen obstruktivinen keuhkosairaus on edelleen läsnä); kuinka lisätä henkilökohtaisia strategioitaan määrätyn hoidon seuraamiseksi , sivuvaikutuksista selviytymiseksi ja viime kädessä potentiaalisen välttämisen välttämiseksi, koska johtaja on jo varoittanut häntä muutaman kerran. Tämän vaiheen aikana Charlesin ilmoittama halu seurata (tai jättää) määrättyä hoitoa tulisi kuitenkin selventää (mieluiten kirjallisesti), koska yhden tai toisen polun valitseminen vaikuttaa kannattajan luomaan yksilölliseen tukisuunnitelmaan myöhemmissä vaiheissa. Tässä vaiheessa kannattajan tulisi selittää Charlesille erilaisia vaihtoehtoja tai työkaluja, joita voidaan käyttää hänen asettamiensa tavoitteiden saavuttamiseen. Kannattajan on varmistettava, että Charles ymmärtää yhden tai toisen polun seuraamisen seuraukset.

III.Tukijan on osallistuttava asiaankuuluvia ammattilaisia ja asiantuntijoita. Esimerkiksi , s / hän on osoitettava Charles miten tehdä ajanvarauksen kanssa lääkäri tai sairaanhoitaja auttaa Charles ymmärtää antamien tietojen aikaisemmin mukaan kannattaja . Kannattajan on selitettävä Charlesille vierailun tavoitteet ja ehdotettava hänen kanssaan menemistä varmistaakseen, että hän ymmärtää kaikki hänelle annetut kliiniset tiedot . Tämän vaiheen aikana on tärkeää sisällyttää tietoa hoidon merkityksestä ja seurauksista, jotka liittyvät sen seuraamiseen tai noudattamatta jättämiseen. Kannattajan rooli tässä vaiheessa on auttaa Charlesia ymmärtämään edellisessä vaiheessa selitettyjen eri polkujen, työkalujen ja strategioiden seurauksia. Tiedot on esitettävä Charlesille helposti ja ymmärrettävästi.

IV.Tukijan on sitten luotava yksilöllinen tukisuunnitelma, joka on laadittu yhdessä ammattilaisten (terveydenhuollon ammattilaisten ja tukijan) kesken tukemaan Charlesia tämän tavoitteen saavuttamisessa (tässä esimerkissä):

a.Määrätyn hoidon jälkeen tupakoinnin lopettamiseksi

b.Etsitään vaihtoehtoista hoitomuotoa, jolla on vähemmän / ei haittavaikutuksia Charlesiin

c.Luopua ing määräämä hoito hänen lääkärinsä.

Käytännön välineitä, joita olisi huolellisesti selittää Charles ja joita voidaan käyttää tässä ovat asioita, kuten vertaistuen ryhmät ja lääkityksen lopettamisen strategioita, riippuen siitä, mitä Charles päättää tehdä.

V.Tukijan on myös luotava valvontamekanismeja. Yksilön on oltava varhaisessa vaiheessa tietoinen siitä, että jokaisella strategialla on omat rajoituksensa ja että edistymistä on seurattava ja tehokkuutta arvioitava jollakin tavalla. Samaan aikaan seurantavaihetta voidaan täydentää seurantakäynneillä tai kannattajien soittamisilla, jos fyysinen tapaaminen ei ole mahdollista Charlesin työaikataulun takia.

VI.Tukijan on myös käytettävä kaikkia käytettävissä olevia SDM-työkaluja Charlesin auttamiseen. Tässä tapauksessa (tupakoinnin lopettaminen) on olemassa erilaisia SDM-työkaluja, joita voidaan käyttää sen mukaan, mihin suuntaan Charles päättää mennä. On tärkeää huomata, että yksilöllinen tukisuunnitelma on luotava Charlesin ymmärryksellä ja sopimuksella ja yksimielisesti muut asiaan liittyvät ammattilaiset.

a.Vertaistukiryhmät: Tällaista tukimenetelmää voidaan käyttää, jos Charles päättää noudattaa lääkärin määräämää hoitoa. Vertaistukiryhmät helpottavat kokemusten jakamista yksilöiden välillä, jotka ovat (tai olivat aiemmin) samankaltaisessa tilanteessa. Vertaistukiryhmien tarkoituksena on jakaa strategioita ikäisensä välillä, integroida ryhmän oma kokemus Charlesin terveydelliseen ja sosiaaliseen tilanteeseen jotta voidaan lisätä Charlesin mahdollisuutta pysyä hoidossaan.

b.Lääkehoidon lopettamisstrategiat: Tätä työkalua voidaan käyttää, jos Charles päättää luopua lääkärin määräämästä hoidosta. Lääkityksen lopettamisstrategiat on aina toteutettava terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Kannattajan tehtävänä on antaa Charlesille ymmärtää, miten tällaiset keskeytysstrategiat toimivat, ja tarkistaa, että Charles noudattaa lääkärin selittämää menettelyä. Jos Charlesilla on ongelmia lääkityksen lopettamisen strategian kanssa (jos sitä ajatellaan yksilöllisessä tukisuunnitelmassa), ne on jaettava terveydenhuollon ammattilaisten kanssa.

DLN-tarkennetut SDM-työkalut

Tarvittaessa voidaan kerätä todisteita lisääntyneistä digitaalisista, lukutaito- ja laskutaitosta tässä erityisessä skenaariossa eri alueilla.

- ✓ Digitaalisia taitoja voidaan lisätä, jos teknologisia työkaluja käytetään jossakin seuraavista: puhelinneuvotteluissa lääkärin kanssa; käyttää terveydenhuoltojärjestelmäsovellusta verkossa tapaamisen aikataulutamiseksi

lääkärin kanssa; tai Internet-resurssien käyttö avun saamiseksi tupakoinnin lopettamisesta.

- ✓•Lukutaitoa voidaan parantaa, jos kannattaja antaa yksilölle mahdollisuuden ymmärtää yleislääkärin toimittaman dokumentoinnin tyyppi / sisältö tietyn hoidon sivuvaikutusten suhteen. Tällöin suositellaan myös " palaa takaisin " -menetelmää, jotta voidaan tarkistaa, kuinka paljon tietoa käyttäjä säilyttää, kun ammattilaiset ovat antaneet sen.
- ✓•Laskutaitoa voidaan lisätä, jos kannattaja antaa yksilölle mahdollisuuden ymmärtää lääkemääräykset ja annosten ajoitus , kuinka monta pilleriä annetaan ja niin edelleen. Käyttö yksinkertaisia kuvia suhteessa pilleri hallinnon (jos saatavilla) ja helposti lukea versioita reseptiä aikataulujen on erittäin suositeltavaa.

Poikkileikkauskysymykset terveydenhuollossa

Terveydenhuollon läpileikkauskysymykset kattavat laajan valikoiman aiheita, poikkileikkaavia kysymyksiä sosiaalisen tuen ja terveydenhuollon tilanteissa (tuetun henkilön, terveydenhuollon ammattilaisten ja tukijan roolin väliset viestintästrategiat; tietoisuuden kysymys, vapaaehtoinen sijoittaminen ja sairaalahoito, farmakologinen hoito, ehkäisy suunnittelu jne.)

Case Scenario : Taklaaminen Monimutkaisuus

Carol on 31-vuotias nainen, jolla on diagnosoitu kauan sitten epilepsia. Samaan aikaan hänellä on diagnosoitu älyvamma. Kolme vuotta sitten hän alkoi olla masentunut ja siitä lähtien hän on kokenut hermoromahduksia, jotka johtavat itsensä vahingoittamiseen ja ovat usein lisääntyneet itsemurhayrityksiin, mikä on johtanut tahattomaan sairaalahoitoon ja tahattomaan hoitoon psykiatrisessa sairaalassa.

Toisaalta Carol haluaa käydä ulkona, tavata ihmisiä ja luoda uusia suhteita. Carol on seurustellut Robin kanssa vuoden ajan ja siitä lähtien hänen hermovaurioiden jaksot ovat vähentyneet taajuudellaan ja voimakkuudeltaan itsensä vahingoittamisen jaksojen rinnalla, mutta kun niitä tapahtuu, ne johtavat usein sairaalahoitoon. Robista on ollut suuri apu hänelle, ja he ovat suunnitelleet asumista yhdessä. Hän on onnellinen ja haluaa Robin ja hänen vahvistavan suhdettaan, ehkä jopa perustamalla perheen. Carol pyytää sopimuksen tukijalta perehdyttämistä ja tukea, jotta hän voi tehdä toiveitaan.

Carolin tapaus osoittaa, kuinka tukijan on autettava häntä suunnittelemaan edistyneitä suunniteltuja direktiivejä erityiskysymyksistä erityisillä strategioilla ja suosituksilla tuetun päätöksentekoprosessin aikana, jotta vältetään liiallinen riippuvuus lääketieteestä. Niiden on myös katettava mahdollisia tilanteita , joissa vaihtoehtoja pakotetuille käytäntöjä lääketieteellisiä toimenpiteitä pystyvät tunnistamaan ja

majoittaa Carol toiveet ja mieltymykset ja tunnustaa nykysuuntauksia vammaispolitiikan ja käytäntö. Tietenkin, nämä käytettävissä olevat resurssit w i l l olla erilainen kussakin maassa. Carolin tapauksessa on otettava huomioon kolme mahdollista tekijää, jotka saattavat vaatia tukea ja / tai puuttumista asiaan. He ovat:

- A - Hänen masennus ja itsemurhayritykset, jotka johtavat tahattomaan sijoittamiseen
- B - Mikä tahansa epilepsiakriisi ja tarvitsemansa lääkitys
- C - Perhesuunnittelu ja synnytyksen jälkeinen tuki (jos tilanne ilmenee)

Parhaiden käytäntöjen strategiat kehitettäisiin auttamaan minimoimaan tahaton toimenpide ja lisäämään vapaaehtoisia ja konsensukseen perustuvia toimenpiteitä tunnustamalla, että älyllisesti vammaisilla ihmisillä on suurempia mielenterveyshäiriöitä kuin muilla kuin älyllisesti vammaisilla ikäisillä. (Evans, E. et ai .; 2012). Vammaisten henkilöiden oikeuksien komitean mukaan pakkohoito on erityinen ongelma psykososiaalisissa, älyllisissä ja muissa kognitiivisissa vammoissa oleville henkilöille, koska tämän tyyppistä pakkokeinoja käytetään myös henki- ja / tai kehitysvammaisille ja vanhuksille. Myöhemmin aikana SDM käsitellä kattavan analyysin parhaiden käytäntöjen käytettävissä pitäisi johtaa vähenemiseen turvautua taktiikka (ensimmäinen tekijä) ammattilaiset, apua kehitysvammaiset ihmiset selviytymään sivuvaikutuksia lääkityksen (toinen tekijä) ja korostaa heidän perheensä ja sosiaalisten verkostojensa osuutta synnytyksen jälkeisessä tuessa (kolmas tekijä).

Kannattajan tässä tapauksessa noudattama prosessi on esimerkki alla:

I. Kannattajan on arvioitava ja vertailtava taitoja, joita Carolilla on jo kokemuksestaan mielenterveyden kriisitilanteissa (itsemurhayrityksiin johtavat masennukset, pakolliset säilöönnotot turvallisissa mielenterveyslaitoksissa jne.) Tarvitsemiin taitoihin tulevaisuudessa minkä tahansa vauvan kanssa. Tästä aiheesta on saatavana tietolähteitä: hänen pääpsykiatrinensa ammatillinen arvio syistä, jotka johtavat tahattomaan sijoittamiseen (koska Carolille ei välttämättä ole täysin selvää, miksi näin tapahtuu hänelle). Simi nöllisesti, vertaistukiryhmiä ja kehitysvammaisten ihmisten, jotka ovat kokeneet samanlaisia tilanteita aiemmin voisi olla hyödyllistä rakentaa logiikkaa tosiasioita Carol ja auttaa häntä hankkia joitakin näkökulman omaavansa taitoja. Ammatillisen tukijan rooli on tässä vaiheessa tärkeä, koska se voi auttaa kontekstualisoida tai keskittyä tilanteen todellisuuteen eikä vain yhteen osaan kokemusta.

II. Carolin tarkoituksena on ymmärtää, mitkä tietyt tapahtumat ja riskit aiheuttavat hänen psykiatrisen sairaalahoitonsa, ja samalla miettiä ennakoitavia skenaarioita, jotka voivat johtaa toiseen pakolliseen sijoittamiseen tulevaisuudessa. Tämä vaihe voi sisältää myös tietoa siitä, mitä hoitoja on olemassa, mitä niihin liittyy ja mitä

seurauksia määrätyn lääkityksen noudattamisesta (tai noudattamatta jättämisestä) on. Yleisten ongelmien kääntäminen tarkoiksi tavoitteiksi Carolille ja keinojen etsiminen niiden saavuttamiseksi on haaste sekä kannattajalle että muille ammattilaisille, jotka tarjoavat tukea Carolille. Käytännöllisiä työkaluja, joita voidaan käyttää tässä skenaariossa, ovat avoimen vuoropuhelun skenaariot ja kolmikantatekniikat, joihin osallistuvat asiaan liittyvät ammattilaiset (kliinisistä organisaatioista, sosiaalityöntekijät ym.)

III. Tässä vaiheessa tukijan on selitettävä Carolille joitakin käytännön työkaluista ja vaihtoehtoista tavoitteensa saavuttamiseksi (esim. *Kaksinkertaiset psykiatriset direktiivit, kriisikortit, perheryhmäkokoukset, vertaisverkot, lääkehoidon lopettamisstrategiat, avoimet vuoropuhelujärjestelmät, edustussopimukset / Nimettyjen henkilöiden järjestelmät, Triologue-ryhmän käyttäjät*). Jos ammattilaiset ovat jo käyttäneet jotakin näistä työkaluista, muistuta Carolia sen käytöstä ja tarkoituksesta, jotta hänellä olisi selkeä kuva parhaillaan harkittavasta. Tukijan on otettava mukaan alan ammattilaisia ja asiantuntijoita monitieteisen lähestymistavan avulla ja myös - jos käyttäjä suostuu - perheenjäseniin, vertaistukijoihin tai kokemuksen perusteella asiantuntijoihin, jotka voivat auttaa Carolia ymmärtämään eri strategioiden taustalla olevia seurauksia. Tiedot on esitettävä Carolille helposti ja ymmärrettävästi.

IV. Tukijan on luotava yksilöllinen tukisuunnitelma, joka on laadittu ammattilaisten ja yksilön kesken tukemaan häntä saavuttamaan selkeästi ilmaistut toiveet, toiveet ja mieltymykset mahdollisista tulevista tapahtumista ja päätöksistä yhdestä tai useammasta käyttöön otettavasta strategiasta. Selkeitä esimerkkejä käytännön työkaluista tässä vaiheessa voivat olla kriisikortit, ennakoivat psykiatriset mekanismit, edustussopimukset / nimettyjen henkilöiden järjestelmät. Tahallinen valinta toisen ja toisen välillä riippuu yksilön käytettävissä olevista tukiverkostoista (ts. Muodolliset tai epäviralliset / luonnolliset tukiverkostot), lääketieteellisten viranomaisten yhteistyön tasosta ja näiden mekanismien käytännöllisyydestä / hyväksyttävyydestä maan oikeudellisissa, sosiaalinen tai lääketieteellinen järjestelmä.

V. Tukijan on luotava valvontamekanismit. Yksilön on saanut tietoonsa alkuvaiheessa että jokainen strategia on omat rajoituksensa ja että tarve s olla jokin keino edistyksen ja tehokkuutta arvioitaessa. Samalla tukijan on selitettävä yksilölle selkeästi, että menestys on vaihtelevaa ja riippuu useista tekijöistä, mukaan lukien ammattilaisten yhteistyön taso kussakin yksittäisessä tapauksessa. Seurantavaihetta voidaan täydentää tukijan seurantakäynteillä.

VI. Tukijan on myös käytettävä käytettävissä olevia SDM-työkaluja. Carolin tapauksessa yksimielisesti hänen kanssaan valittu vaihe IV on pitkälle kehitetty

psykiatrinen direktiivi. Carol ja hänen tukijansa täyttävät psykiatrisen ennakkodirektiivin, ja hän toteaa nimenomaisesti, että Rob nimitetään hänen välittömäksi tukijaansa kriisitilanteissa, koska hän keskusteli hänen kanssaan aikaisempien sairaalahoitojen näkökohdista, joita hän ei halua toistaa uudestaan. Edistyneessä psykiatrisessa direktiivissä todetaan nimenomaisesti, että:

- Carol ei halua olla mekaanisesti hillitty.
- Kaikki farmakologiset hoidot tulee ottaa yksinomaan suun kautta, koska hän ei pidä injektioista.
- Sairaalahoito tulee rajoittaa masennuksen välittömien ja äkillisten vaikutusten hillitsemiseen.
- Carol ei halua äidilleen ilmoitettavan hänen tilanteestaan, koska hän ilmoitti aiemmin, että Carol olisi laitettava laitokseen.

Kehittynyt psykiatrinen direktiivi käsittelee Carolin erityistä terveystilannetta, mutta Carolilla on myös diagnoosi epilepsia, jossa määrätty farmakologinen hoito on johtanut epilepsiakohtausten vähenemisen parantumiseen taajuuden, keston ja voimakkuuden suhteen. Carolilla on diagnosoitu epilepsia suurimman osan elämästään, ja hän on tietoinen siitä, että hänellä on se ja pystyy tunnistamaan, kun epileptinen kohtaaminen on välitön.

Carol tietää myös, että tällaiset kohtaukset vaikuttavat häneen negatiivisesti erilaisissa elämäntilanteissa (ts. Päivittäisten rutiinien kehittäminen, työpaikalla käyminen, vapaa-ajan aktiviteettien kehittäminen, kulttuuritapahtumiin osallistuminen tai normaali suhde perheeseensä, ystäviinsä tai kumppaneihinsä) ja sanoi selvästi, että hän ei enää pidä tällaisista kohtauksista. Joskus hän unohtaa itse antaa oikean farmakologisen hoidon. Joten Carolin haavoittuvuus, joka johtuu epäonnistumisesta luotettavasti itsehoidossa (ks. Tekijä B yllä), tarkoittaa sitä, että kannattajan tulisi etsiä SDM-strategioita varmistaakseen, että Carol tekee myönteisiä toimia tässä asiassa. SDM-työkalut voidaan tältä osin toteuttaa, ja kuten yksilöllisessä tukisuunnitelmassa sovitaan, vertaisryhmäistunto suunnitellaan joka kerta, kun Carol kokee epilepsiakohtauksen korostaakseen tähän aiheeseen liittyvän määrätyn lääkehoidon tärkeyttä.

Vertaisryhmäistunnon tavoitteet

Jos käytännössä on mahdotonta poistaa kokonaan tai lieventää niitä samanaikaisia tekijöitä, jotka johtavat Carolin epilepsiakohtaukseen (esim. Muutokset perhe- ja ystävyysuhteissa, työstressi, leimautumisen havaitseminen, huumeiden väärinkäyttö, uusi kuntoutukseen otettu lääkehoito)



suunnitelman tms.), on ehdottoman tärkeää, että Carol tunnistaa välittömän epileptisen kohtauksen oireet. Tämä antaa Carolille suunnitelman auttaa itseään tai hakea apua tukijalta tai muulta, jos oireet ilmaantuvat.

Vertaisryhmäistunnon rakenne

1. Ryhmäkokouksen ensimmäinen vaihe on kontekstualisoida kaikki osallistujat ja selittää heille selkeästi, että ryhmän kapellimestarin rooli on vertaisryhmien välisen viestinnän edistäjä. Esitysten, roolin määrittelyn ja objektiivisen selvennyksen jälkeen kannattaja pyytää Carolia selittämään omilla sanoillaan, mitä hän tuntee epileptisten jaksojensa aikana kannattajalle ja muille ikäisilleen. On tärkeää, että toiset jakavat oman näkemyksensä vastaavasti kokeneista tilanteista. Jos se on mahdollista, käytä kirjoitustekniikkaa ja / tai kuvia / grafiikkaa / piirustuksia osoittamaan vaikutusta hänen elämäänsä.
2. Jaa muiden ikäisensä kanssa strategiat oireiden havaitsemiseksi ja itsediagnostiikkastrategiat ryhmänjohtajan avulla (esim. Mielialan muutokset, vaikeudet säännöllisten päivittäisten tehtävien suorittamisessa, levottomuuden lisääntyminen, kiinnostuksen menettäminen vapaa-ajan harrastuksiin, fyysiset tuntemukset keho jne.)
3. Luettele strategiat ja luo selkeän ja yksinkertaisen kielen avulla ja kuvan vahvistamisen avulla hoitoreitit kriisitilanteiden tunnistamiseksi ja hallitsemiseksi jokapäiväisissä ympäristöissä.

DLN-tarkennetut SDM-työkalut

Haluttaessa voidaan kehittää luku- ja laskutaitoa tässä erityisessä skenaariossa eri alueilla.

- ✓ digitaaliset taidot voidaan korottaa, jos teknisiä välineitä käytetään aikana Peer Group Sessions näyttää esimerkkejä siitä, miten hän tuntee (etsimistä varten kuvien, tai käyttämällä esitys ohjelmistoja, kuten Powerpoint esimerkiksi) .
- ✓ Lukutaitoa voidaan parantaa, jos kannattajat antavat yksilön ymmärtää yleislääkärin, psykiatrin ja / tai sosiaalityöntekijän toimittamien asiakirjojen tyyppin / sisällön puhuessaan sairaalahoidosta, byrokraattisista menettelyistä tai lääkitykseen liittyvistä aiheista. Tällöin suositellaan myös " palaa takaisin " -menetelmää, jotta voidaan tarkistaa sen tiedon määrä, jota käyttäjä säilyttää, kun ammattilaiset ovat antaneet sen.



- ✓ Laskutaitoa voidaan lisätä, jos kannattaja antaa yksilölle mahdollisuuden ymmärtää lääkemääräykset, kuinka monta pilleriä annetaan ja niin edelleen. Käyttöä kuvien suhteen pilleri hallinnon (jos käytettävissä) ja helposti lukea versio reseptiä aikataulujen on erittäin suositeltavaa.

Viitteet

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2014). *General Comment No 1, Article 12: Equal recognition before the law*, CRPD/C/GC/1, (Adopted 11 April 2014).
<https://undocs.org/en/CRPD/C/GC/1>

United Nations General Assembly. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol*.
<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>

Palacios, A. (2008). *El modelo social de la discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Cinca.
<https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/Elmodelosocialdediscapacidad.pdf>

Loeffler, E., & Bovaird, T. (2017). From participation to co-production: Widening and Deepening the Contributions of Citizens to Public Services and Outcomes. In E. Ongaro, & S. Van Thiel (Eds.), *The Palgrave Handbook of Public Administration and Management in Europe* (pp. 403-423). London.

Bach, M., Kerzner, L. (2010). *A New Paradigm for Protecting Autonomy and the Right to Legal Capacity Advancing Substantive Equality for Persons with Disabilities through Law, Policy and Practice*. Toronto: Law Commission of Ontario.
http://supporteddecisionmaking.org/sites/default/files/paradigm_protecting_autonomy.pdf

Giertz, L., 2018. Guardianship for Adults with Intellectual Disabilities: Accountant, Advocate or 'Family' Member?. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 20(1), pp.256–265.
<https://doi.org/10.16993/sjdr.40>

Gooding P. (2013). Supported Decision-Making: A Rights-Based Disability Concept and its Implications for Mental Health. *Psychiatry, psychology and law*, 20:3, p. 431-451.
<https://doi.org/10.1080/13218719.2012.711683>

Inclusion International. (2014). *Independent But Not Alone: A Global Report On The Right To Decide*.
<https://inclusion-international.org/wp-content/uploads/2014/06/Independent-But-Not-Alone.pdf>

Millar, D. (2013). Guardianship Alternatives: Their Use Affirms Self-Determination of Individuals with Intellectual Disabilities. *Education and training in autism and developmental disabilities*, 48(3), 291-305.

Arstein-Kerslake, A. (2016). Legal capacity and supported decision-making: Respecting rights and empowering people. *SSRN Electronic Journal*.

<https://doi.org/10.2139/ssrn.2818153>

Arstein-Kerslake, A. (2016). An empowering dependency: Exploring support for the exercise of legal capacity. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 18 (1), 77–92.

<https://doi.org/10.1080/15017419.2014.941926>

Bigby, C., Whiteside, M., & Douglas, J. (2019). Providing support for decision making to adults with intellectual disabilities: Perspectives of family members and workers in disability support services. *Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*, 44 (4), 396–409.

Gooding, P. (2015). Navigating the ‘flashing amber lights’ of the right to legal capacity in the United Nations convention of the rights of persons with disabilities: Responding to major concerns. *Human Rights Law Review*, 15 (1), 45–71.

<https://doi.org/10.1093/hrlr/ngu045>

Stainton, T. (2016). Supported decision-making in Canada: principles, policy, and practice. *Research and Practice in Intellectual and Developmental Disabilities*, 3(1), 1-11.

<https://doi.org/10.1080/23297018.2015.1063447>

Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities. (2017). *Report on legal capacity and supported decision-making*, A/HRC/37/56 (Adopted 17 December 2017).

<https://undocs.org/en/A/HRC/37/56>

Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities (2016). *Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities*, A/HRC/34/58 (Adopted 20 December 2016).

<https://undocs.org/en/A/HRC/34/58>

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2011). *Concluding observations on the initial report of Spain*, CRPD/C/ESP/CO/1

<https://undocs.org/en/CRPD/C/ESP/CO/1>

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2014). *Concluding observations on the initial report of Belgium*, CRPD/C/BEL/CO/1.

<https://undocs.org/en/CRPD/C/BEL/CO/1>

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2017). *Concluding observations on the initial report of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland*, CRPD/C/GBR/CO/1.



<https://undocs.org/en/CRPD/C/GBR/CO/1>

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2019). *Concluding observations on the combined second and third periodic reports of Spain*, CRPD/C/ESP/CO/2-3.

<https://undocs.org/en/CRPD/C/ESP/CO/2-3>

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2019). *Concluding observations on the initial report of Greece*, CRPD/C/GRC/CO/1.

<https://undocs.org/en/CRPD/C/GRC/CO/1>

Browning, M., Bigby, C. & Douglas, J. (2020). A process of decision-making support: Exploring supported decision-making practice in Canada. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*.

<https://doi.org/10.3109/13668250.2020.1789269>

Canadian Association for Community Living (2014). A statutory framework for the right to legal capacity and supported decision making for Application in Provincial/Territorial Jurisdictions in Canada. *The Working Group on Legal Capacity and Supported Decision Making*.

<https://cacl.ca/wp-content/uploads/2018/05/Draft-Statutory-Fmwk-Legal-Capacity-June-9.pdf>

Martínez de Aguirre, C. (2014). *El tratamiento jurídico de la discapacidad psíquica: reflexiones para una reforma legal* (1ª ed.). Pamplona: Thomson Reuters Aranzadi

Mental Health Europe & European Network of National Human Rights Institutions. (2020). *Implementing supported decisions-making: Developments across Europe and the role of National Human Rights Institutions*. ENNHRI & MHE.

<https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2020/06/Report-ENNHRI-and-MHE-Implementing-supported-decision-making.pdf>

Navas Macho, P., Gómez Sánchez, L. E., Verdugo M.A., Schalock, R.L. (2012). Derechos de las personas con discapacidad intelectual: implicaciones de la convención de naciones unidas, *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, Vol. 43(3) Núm. 243, 7-28.

Porxas, M. A., (2020), *De la incapacitació al suport a la presa de decisions: Anàlisi de l'estat de la qüestió i proposta per un ordenament civil català respectuós amb els drets humans en el context de la reforma estatal*, Barcelona, Espanya: Generalitat de Catalunya, Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.

<http://cejfe.gencat.cat/ca/recerca/cataleg/crono/2020/incapacitacio-decisiones/>

Ribot Igualada, J. (2012). L'assistència: abast i limitacions de la nova institució. Dins *Qüestions actuals del dret català de la persona i de la família* (1ª Ed., p.49-105). Girona: Documenta Universitària.

Seoane Rodríguez, J.A., Álvarez Lata, N. (2010). El proceso de toma de decisiones de la persona con discapacidad: una revisión de los modelos de representación y guarda a la luz de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. *Derecho privado y Constitución*, 4, 11-66.

The National Safeguarding Committee. (2017). *Review of current practice in the use of wardship for adults in Ireland*.

<https://www.lenus.ie/handle/10147/624083>

European Centre for the Development of vocational Training (CEDEFOP). *Common European Framework of Reference: Self-assessment grids*.

https://www.cedefop.europa.eu/files/european-self_assessment_grid.pdf

Turnpenny, A., Petri, G., Finn, A., Beadle-Brown, J., Nyman, M. (2017). *Mapping And Understanding Exclusion: Institutional, Coercive And Community-Based Services And Practices Across Europe*. Mental Health Europe. <https://www.mhe-sme.org/mapping-exclusion/>

Available at: <https://rm.coe.int/16806fe7d4>

Cummins, R. A. (1996). Quality of life and disability. In P. O'Brien & R. Murray (Eds.), *Human services: Towards partnership and support* (pp. 255–268). Auckland, NZ: Dunmore.

Cummins, R. A. (1997). Assessing quality of life. In I. Brown (Ed.), *Quality of life for people with disabilities* (2nd ed., pp. 116–150). Cheltenham, UK.

Drew, N., Funk, M., Tang, S., Lamichhane, J., & Saraceno, B. (2011). Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *The Lancet*, 378, 1664-1675.

Morrissey, F.E. (2020). An evaluation of attitudinal change towards CRPD rights following delivery of the WHO QualityRights training programme. *Ethics, Medicine and Public Health*, 13, 100410.

<https://doi.org/10.1016/j.jemep.2019.100410>

Sugiura, K., Mahomed, F., Saxena, S., & Patel, V. (2020). An end to coercion: rights and decision-making in mental health-care. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(1), 52–58.

<https://doi.org/10.2471/BLT.19.234906>

Thorne, S., Cummins, R. A. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 699–706.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00738.x>

Durand, M. A., Carpenter, L., Dolan, H., Bravo, P., Mann, M., Bunn, F., & Elwyn, G. (2014). Do interventions designed to support shared decision-making reduce health inequalities? A systematic review and meta-analysis. *PLoS one*, 9(4), e94670.



<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094670>

Evans, E., Howlett, S., Kremser, T., Simpson, J., Kayess, R., & Trollor, J. (2012). Service development for intellectual disability mental health: a human rights approach. *Journal of intellectual disability research: JIDR*, 56(11), 1098–1109.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2012.01636.x>

Gooding, P. M. (2013). Supported decision-making: a rights-based disability concept and its implications for mental health law. *Psychiatry Psychology and Law*, 20(3), 431 - 451.

<https://doi.org/10.1080/13218719.2012.711683>

Kokanović, R., Brophy, L., McSherry, B., Flore, J., Moeller-Saxone, K., & Herrman, H. (2018). Supported decision-making from the perspectives of mental health service users, family members supporting them and mental health practitioners. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 52(9), 826–833.

<https://doi.org/10.1177/0004867418784177>

Kontos, N., Querques, J., & Freudenreich, O. (2015). Capable of more: some underemphasized aspects of capacity assessment. *Psychosomatics*, 56(3), 217–226.

<https://doi.org/10.1016/j.psych.2014.11.004>

[Quinn, G.](#) (2020). Legal culture and the CRPD. In *Recognising Human Rights in Different Cultural Contexts: The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)* (pp. 19-44). Palgrave Macmillan.

https://doi.org/10.1007/978-981-15-0786-1_2

Gould, N. (2016). *Mental Health Social Work In Context: second edition*. London: Routledge.

Schalock, R.L., Verdugo, M.A., Bonham, G.S., Fantova, F. and Van Loon, J. (2008). Enhancing Personal Outcomes: Organizational Strategies, Guidelines, and Examples. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 5: 276-285.

<https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2007.00135.x>

Dhanda, A. (2017). Conversations between the proponents of the new paradigm of legal capacity. *International Journal of Law in Context*, 13(1), 87-95.

<https://doi.org/10.1017/S1744552316000501>

Funk, M., Drew Bold, N. (2020). PERSPECTIVE WHO's QualityRights Initiative: Transforming Services and Promoting Rights in Mental Health. *Health and Human Rights Journal*.

<https://www.hhrjournal.org/2020/06/perspective-whos-qualityrights-initiative-transforming-services-and-promoting-rights-in-mental-health/>



Pathare, S., Funk, M., Drew Bold, N. et al. (2019). Systematic evaluation of the QualityRights programme in public mental health facilities in Gujarat, India. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 1-8.

<https://doi.org/10.1192/bjp.2019.138>

Tanenbaum S. J. (2012). Consumer-operated service organizations: organizational characteristics, community relationships, and the potential for citizenship. *Community mental health journal*, 48(4), 397–406.

<https://doi.org/10.1007/s10597-011-9408-7>

Tassé, M. J., Luckasson, R., & Schalock, R. L. (2016). The Relation Between Intellectual Functioning and Adaptive Behavior in the Diagnosis of Intellectual Disability. *Intellectual and developmental disabilities*, 54(6), 381–390.

<https://doi.org/10.1352/1934-9556-54.6.381>

Verdugo, A. M. A., & American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. (2011). *Discapacidad intelectual: Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza.

World Health Organization (2019). *Legal capacity and the right to decide: WHO QualityRights Core training; Mental health and social services*. Geneva: World Health Organization

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329539/9789241516716-eng.pdf>.

World Health Organization (2019). *QualityRights materials for training, guidance and transformation*. Geneva: World Health Organization

<https://www.who.int/publications-detail/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>.

World Health Organization (2019). *Strategies to end seclusion and restraint: WHO QualityRights specialized training*. Geneva: World Health Organization

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329605/9789241516754-eng.pdf>.

World Health Organization (2019). *Supported decision-making and advance planning: WHO QualityRights specialized training*. Geneva: World Health Organization

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329609/9789241516761-eng.pdf>.

World Health Organization (2019). *Transforming services and promoting human rights: WHO QualityRights training and guidance: Mental health and social services*. Geneva: World Health Organization

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329611/9789241516815-eng.pdf>.

World Health Organization (2019). *WHO QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities*. Geneva: World Health Organization

https://www.who.int/mental_health/publications/QualityRights_toolkit/en/.

WHO Centre for Health Development. (2004). A glossary of terms for community health-care and services for older persons. Kobe, Japan: WHO Centre for Health Development

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/68896>

Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social science & medicine* (1982), 44(5), 681–692.

[https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(96\)00221-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(96)00221-3)

Davidson, L., Tondora, J., Pavlo, A. J., & Stanhope, V. (2017). Shared decision making within the context of recovery-oriented care. *Mental Health Review Journal*, 22(3), 179-190.

<https://doi.org/10.1108/MHRJ-01-2017-0007>

Funk, M., Drew Bold, N. (2019). Practical strategies to end coercive practices in mental health services, *World Psychiatry*, 18/1, p. 43.

Gooding, Piers, G., McSherry, B., Roper, C., Flick, G. (2018). *Alternatives to Coercion in Mental Health Settings: A Literature Review*. Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne.

<https://socialequity.unimelb.edu.au/news/latest/alternatives-to-coercion>

Henderson, C., Flood, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K., & Szumukler, G. (2009). Views of service users and providers on joint crisis plans: single blind randomized controlled trial. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44(5), 369–376.

<https://doi.org/10.1007/s00127-008-0442-x>

Meijer, E., Schout, G., De Jong, G. & Abma, T. (2017). Regaining ownership and restoring belongingness: impact of family group conferences in coercive psychiatry. *Journal of Advanced Nursing* 73(8), 1862– 1872.

<https://doi.org/10.1111/jan.13270>

Ramon, S., Brooks, H., Rae, S. and O'Sullivan, M.J. (2017). Key issues in the process of implementing shared decision making (DM) in mental health practice, *Mental Health Review Journal*, Vol. 22 No. 3, pp. 257-274.

<https://doi.org/10.1108/MHRJ-01-2017-0006>

Ramon, S., Zisman-Ilani, Y. & Kaminskiy, E. (2017). Shared decision making in mental health: Editorial - Special Issue of the Mental Health Review Journal, *Mental Health Review Journal*, vol. 22, no. 3, pp. 149-151.

<https://doi.org/10.1108/MHRJ-01-2017-0008>

Robertson, J.P., Collinson, C. (2011). Positive risk taking: Whose risk is it? An exploration in community outreach teams in adult mental health and learning disability services, *Health, Risk & Society*, 13:2, 147-164.



<https://doi.org/10.1080/13698575.2011.556185>

Sashidharan, S. P., Mezzina, R., & Puras, D. (2019). Reducing coercion in mental health-care. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 28(6), 605–612.

<https://doi.org/10.1017/S2045796019000350>

Schout, G., van Dijk, M., Meijer, E., Landeweer, E., & de Jong, G. (2017). The use of family group conferences in mental health: Barriers for implementation. *Journal of Social Work*, 17(1), 52–70.

<https://doi.org/10.1177/1468017316637227>

Zinkler, M., von Peter, S. (2019). End Coercion in Mental Health Services—Toward a System Based on Support Only. *Laws* 2019, 8, 19.

<https://www.mdpi.com/2075-471X/8/3/19>