

세계보건기구의 퀄리티라이츠 훈련 및 지침 모듈은 양질의 정신건강과 사회복지 서비스 및 지원을 제공하고 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들의 권리를 증진하는 데 필요한 지식과 기술에 집중한다.

퀄리티라이츠 훈련 모듈은 활동, 발표, 사례 시나리오, 폭넓은 토론과 논의를 통해 이해 관계자들이 모든 국가에서 직면하는 몇 가지 중요한 난관을 다룬다. 예시는 다음과 같다.

- 난관이 되는 상황에서도 사람들의 의지와 선호도를 어떻게 존중할 수 있는가?
- 사람들의 안전을 보장하는 동시에 삶과 운명에 대한 개인의 결정권을 어떻게 존중할 수 있는가?
- 격리와 강박을 어떻게 근절시킬 수 있는가?
- 개인이 자신의 의사를 표현할 수 없는 경우, 의사결정 지원이 어떻게 이루어질 수 있는가?

퀄리티라이츠 지침 모듈은 훈련 자료들을 보충한다. 시민사회 단체와 지원에 관한 지침 모듈은 강력하고 지속 가능한 변화를 성취하기 위하여 각국의 시민사회 단체가 정신건강 및 사회복지 분야에서 인권 기반의 접근 방식을 옹호하는 조치를 취하는 방법에 대한 단계별 지침을 제공한다. 중요함에도 불구하고 자주 간과되는 서비스들을 효과적으로 마련, 운영하기 위해 일대일 동료지원과 동료지원 집단에 관한 지침 모듈은 구체적인 지침을 제공한다.

비매품/무료
04510



9 791198 337320
ISBN 979-11-983373-2-0
ISBN 979-11-983373-1-3 (세트)



서비스 개혁 및 인권 증진



WHO QualityRights/Kobby

과정 안내서

서비스 개혁 및 인권 증진

세계보건기구 퀄리티라이츠 훈련 및 지침:
정신건강 및 사회복지 서비스



QualityRights   용인정신병원

심리사회적, 지적 및 인지적 장애가 있는 이들을 위한 서비스 개혁 및 권리 증진

© 용인정신병원 2022

본 번역본은 세계보건기구(WHO)에 의해 작성되지 않았습니다.
WHO는 본 번역본의 내용 또는 정확도에 책임이 없습니다.

영문판 원본 [Transforming services and promoting human rights]
제네바: 세계보건기구; [2019]. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO는
법적 구속력이 있는 정식 문서입니다.

이 번역 원본은 CC BY-NC-SA 3.0 IGO에서 사용할 수 있습니다.



목차

감사의 말	III
서문	XIII
지지성명서	XIV
세계보건기구 퀄리티라이츠 이니셔티브란?	XXI
세계보건기구 퀄리티라이츠 - 훈련 및 지침 도구	XXII
본 훈련 및 지침에 관하여	XXIII
진행자를 위한 지침	XXV
언어적 표현에 대한 사전 주의사항	XXIX
학습목표, 주제 및 자료	XXX
훈련 전 필요 조치 사항	XXXI

서론	1
파트 1. 서비스 문화 비전 및 리더십	2
- 주제 1: 서비스의 핵심 가치와 공유된 비전 정의하기	3
- 주제 2: 서비스 문화 및 변화	5
파트 2: 서비스 변화를 위한 개혁 및 개선 계획을 개발하고 시행하기	20
- 주제 1: 정신건강 및 사회복지 서비스의 질과 인권 문제 이해하기	21
- 주제 2: WHO 퀄리티라이츠 평가 도구에 기반한 서비스에서의 구체적인 변화 우선순위	26
- 주제 3: 문제에서 해결책으로, 행동에서 영향까지	29
- 주제 4: 앞으로 나아가기	37
참조	40
부록 1: 시나리오	42
부록 2: 서비스의 핵심 가치와 비전 정의하기	43
부록 3: 개선 영역에 대한 숙고	44
부록 4: 서비스 문화 내 가시적 요소, 가치 및 기본 가정에 대한 분석	46
부록 5: 서비스 문화 내에서 극복해야 할 난관	47
부록 6: WHO 퀄리티라이츠 도구의 주제와 기준	48
부록 7: 변화를 위한 우선순위	50
부록 8: 확인된 각 우선순위 전략에 대한 개선 및 개혁 계획 양식	52

감사의 말

개념화(Conceptualization)

Michelle Funk (Coordinator) and Natalie Drew Bold (Technical Officer) Mental Health Policy and Service Development, Department of Mental Health and Substance Abuse (WHO, Geneva)

작성 및 편집팀(Writing and editorial team)

Dr Michelle Funk, (WHO, Geneva), Natalie Drew Bold (WHO, Geneva); Marie Baudel, Université de Nantes, France

주요 국제 전문가(Key international experts)

Celia Brown, MindFreedom International, (United States of America); Mauro Giovanni Carta, Università degli studi di Cagliari (Italy); Yeni Rosa Damayanti, Indonesia Mental Health Association (Indonesia); Sera Davidow, Western Mass Recovery Learning Community (United States of America); Catalina Devandas Aguilar, UN Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities (Switzerland); Julian Eaton, CBM International and London School of Hygiene and Tropical Medicine (United Kingdom); Salam Gómez, World Network of Users and Survivors of Psychiatry (Colombia); Gemma Hunting, International Consultant (Germany); Diane Kingston, International HIV/AIDS Alliance (United Kingdom); Itzhak Levav, Department of Community Mental Health, University of Haifa (Israel); Peter McGovern, Modum Bad (Norway); David McGrath, International consultant (Australia); Tina Minkowitz, Center for the Human Rights of Users and Survivors of Psychiatry (United States of America); Peter Mittler, Dementia Alliance International (United Kingdom); Maria Francesca Moro, Columbia University (United States of America), ; Fiona Morrissey, Disability Law Research Consultant (Ireland); Michael Njenga, Users and Survivors of Psychiatry in Kenya (Kenya); David W. Oaks, Acii Insitute, LLC (United States of America); Soumitra Pathare, Centre for Mental Health Law and Policy, Indian Law Society (India); Dainius Pūras, Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of health (Switzerland); Jolijn Santegoeds, World Network of Users and Survivors of Psychiatry (the Netherlands); Sashi Sashidharan, University of Glasgow (United Kingdom); Gregory Smith, International consultant, (United States of America); Kate Swaffer, Dementia International Alliance(Australia); Carmen Valle, CBM International (Thailand); Alberto Vásquez Encalada, Office of the UN Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities (Switzerland)

기여자(Contributions)

기술검토자(Technical reviewers)

Abu Bakar Abdul Kadir, Hospital Permai (Malaysia); Robinah Nakanwagi Alambuya, Pan African Network of People with Psychosocial Disabilities. (Uganda); Anna Arstein-Kerslake, Melbourne

Law School, University of Melbourne (Australia); Lori Ashcraft, Resilience Inc. (United States of America); Rod Astbury, Western Australia Association for Mental Health (Australia); Joseph Atukunda, Heartsounds, Uganda (Uganda); David Axworthy, Western Australian Mental Health Commission (Australia); Simon Vasseur Bacle, EPSM Lille Metropole, WHO Collaborating Centre, Lille (France); Sam Badege, National Organization of Users and Survivors of Psychiatry in Rwanda (Rwanda); Amrit Bakhshy, Schizophrenia Awareness Association (India); Anja Baumann, Action Mental Health Germany (Germany); Jerome Bickenbach, University of Lucerne (Switzerland); Jean-Sébastien Blanc, Association for the Prevention of Torture (Switzerland); Pat Bracken, Independent Consultant Psychiatrist (Ireland); Simon Bradstreet, University of Glasgow (United Kingdom); Claudia Pellegrini Braga, University of São Paulo (Brazil); Rio de Janeiro Public Prosecutor's Office (Brazil); Patricia Brogna, National School of Occupational Therapy, (Argentina); Celia Brown, MindFreedom International, (United States of America); Kimberly Budnick, Head Start Teacher/ Early Childhood Educator (United States of America); Janice Cambri, Psychosocial Disability Inclusive Philippines (Philippines); Aleisha Carroll, CBM Australia (Australia); Mauro Giovanni Carta, Università degli studi di Cagliari (Italy); Chauhan Ajay, State Mental Health Authority, Gujarat, (India); Facundo Chavez Penillas, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (Switzerland); Daniel Chisholm, WHO Regional Office for Europe (Denmark); Louise Christie, Scottish Recovery Network (United Kingdom); Oryx Cohen, National Empowerment Center (United States of America); Celine Cole, Freie Universität Berlin (Germany); Janice Cooper, Carter Center (Liberia); Jillian Craigie, Kings College London (United Kingdom); David Crepaz-Keay, Mental Health Foundation (United Kingdom); Rita Cronise, International Association of Peer Supporters (United States of America); Gaia Montauti d'Harcourt, Fondation d'Harcourt (Switzerland); Yeni Rosa Damayanti, Indonesia Mental Health Association (Indonesia); Sera Davidow, Western Mass Recovery Learning Community (United States of America); Laura Davidson, Barrister and development consultant (United Kingdom); Lucia de la Sierra, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (Switzerland); Theresia Degener, Bochum Center for Disability Studies (BODYS), Protestant University of Applied Studies (Germany); Paolo del Vecchio, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (United States of America); Manuel Desviat, Atopos, Mental Health, Community and Culture (Spain); Catalina Devandas Aguilar, UN Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities (Switzerland); Alex Devine, University of Melbourne (Australia); Christopher Dowrick, University of Liverpool (United Kingdom); Julian Eaton, CBM International and London School of Hygiene and Tropical Medicine (United Kingdom); Rabih El Chammy, Ministry of Health (Lebanon); Mona El-Bilsha, Mansoura University (Egypt); Ragia Elgerzawy, Egyptian Initiative for Personal Rights (Egypt); Radó Iván, Mental Health Interest Forum (Hungary); Natalia Santos Estrada, Colectivo Chuhcan (Mexico); Timothy P. Fadgen, University of Auckland (New Zealand); Michael Elnemais Fawzy, El-Abbassia mental health hospital (Egypt); Alva Finn, Mental Health Europe (Belgium); Susanne Forrest, NHS Education for Scotland (United Kingdom); Rodrigo Fredes, Locos por Nuestros Derechos (Chile); Paul Fung, Mental Health Portfolio, HETI Higher Education (Australia); Lynn Gentile, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (Switzerland); Kirsty Giles, South London and Maudsley (SLaM) Recovery College (United Kingdom); Salam Gómez, World Network of Users and Survivors of

Psychiatry (Colombia); Ugnė Grigaitė, NGO Mental Health Perspectives and Human Rights Monitoring Institute (Lithuania); Margaret Grigg, Department of Health and Human Services, Melbourne (Australia); Oye Gureje, Department of Psychiatry, University of Ibadan (Nigeria); Cerdic Hall, Camden and Islington NHS Foundation Trust, (United Kingdom); Julie Hannah, Human Rights Centre, University of Essex (United Kingdom); Steve Harrington, International Association of Peer Supporters (United States of America); Akiko Hart, Mental Health Europe (Belgium); Renae Hodgson, Western Australia Mental Health Commission (Australia); Nicole Hogan, Hampshire Hospitals NHS Foundation Trust (United Kingdom); Frances Hughes, Cutting Edge Oceania (New Zealand); Gemma Hunting, International Consultant (Germany); Hiroto Ito, National Center of Neurology and Psychiatry (Japan); Maths Jespersen, PO-Skåne (Sweden); Lucy Johnstone, Consultant Clinical Psychologist and Independent Trainer (United Kingdom); Titus Joseph, Centre for Mental Health Law and Policy, Indian Law Society (India); Dovilė Juodkaitė, Lithuanian Disability Forum (Lithuania); Rachel Kachaje, Disabled People's International (Malawi); Jasmine Kalha, Centre for Mental Health Law and Policy, Indian Law Society (India); Elizabeth Kamundia, National Commission on Human Rights (Kenya); Yasmin Kapadia, Sussex Recovery College (United Kingdom); Brendan Kelly, Trinity College Dublin (Ireland); Mary Keogh, CBM International (Ireland); Akwatu Khenti, Ontario Anti- Racism Directorate, Ministry of Community Safety and Correctional Services (Canada); Seongsu Kim, WHO Collaborating Centre, Yongin Mental Hospital (South Korea); Diane Kingston, International HIV/AIDS Alliance (United Kingdom); Rishav Koirala, University of Oslo (Norway); Mika Kontiainen, Department of Foreign Affairs and Trade (Australia); Sadhvi Krishnamoorthy, Centre for Mental Health Law and Policy, Indian Law Society (India); Anna Kudyarova, Psychoanalytic Institute for Central Asia (Kazakhstan); Linda Lee, Mental Health Worldwide (Canada); Itzhak Levav, Department of Community Mental Health, University of Haifa (Israel); Maureen Lewis, Mental Health Commission (Australia); Laura Loli-Dano, Centre for Addiction and Mental Health (Canada); Eleanor Longden, Greater Manchester Mental Health NHS Foundation Trust (United Kingdom); Crick Lund, University of Cape Town (South Africa); Judy Wanjiru Mbutia, Uzima Mental Health Services (Kenya); John McCormack, Scottish Recovery Network (United Kingdom); Peter McGovern, Modum Bad (Norway); David McGrath, international consultant (Australia); Emily McLoughlin, international consultant (Ireland); Bernadette McSherry, University of Melbourne (Australia); Roberto Mezzina, WHO Collaborating Centre, Trieste (Italy); Tina Minkowitz, Center for the Human Rights of Users and Survivors of Psychiatry (United States of America); Peter Mittler Dementia Alliance International (United Kingdom); Pamela Molina Toledo, Organization of American States (United States of America); Andrew Molodynski, Oxford Health NHS Foundation Trust (United Kingdom); Maria Francesca Moro, Columbia University (United States of America); Fiona Morrissey, Disability Law Research Consultant (Ireland); Melita Murko, WHO Regional Office for Europe (Denmark); Chris Nas, Trimbos International (the Netherlands); Sutherland Carrie, Department for International Development (United Kingdom); Michael Njenga, Users and Survivors of Psychiatry in Kenya (Kenya); Aikaterini - Katerina Nomidou, GAMIAN-Europe (Belgium) & SOFPSI N. SERRON (Greece); Peter Oakes, University of Hull (United Kingdom); David W. Oaks, Acui Insitute, LLC (United States of America); Martin Orrell, Institute of Mental Health, University of Nottingham (United Kingdom); Abdelaziz Awadelseed Alhassan Osman, AI

Amal Hospital, Dubai (United Arab Emirates); Gareth Owen, King's college London (United Kingdom); Soumitra Pathare, Centre for Mental Health Law and Policy, Indian Law Society (India); Sara Pedersini, Fondation d'Harcourt (Switzerland); Elvira Pértega Andía, Saint Louis University (Spain); Dainius Pūras, Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of health (Switzerland); Thara Rangaswamy, Schizophrenia Research Foundation (India); Manaan Kar Ray, Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust (United Kingdom); Mayssa Rekhis, Faculty of Medicine, Tunis El Manar University (Tunisia); Julie Repper, University of Nottingham (United Kingdom); Genevra Richardson, King's college London (United Kingdom); Annie Robb, Ubuntu centre (South Africa); Jean Luc Roelandt, EPSM Lille Metropole, WHO Collaborating Centre, Lille (France); Eric Rosenthal, Disability Rights International (United States of America); Raul Montoya Santamaría, Colectivo Chuhcan A.C. (Mexico); Jolijn Santegoeds, World Network of Users and Survivors of Psychiatry (the Netherlands); Benedetto Saraceno, Lisbon Institute of Global Mental Health (Switzerland); Sashi Sashidharan, University of Glasgow (United Kingdom); Marianne Schulze, international consultant (Austria); Tom Shakespeare, London School of Hygiene & Tropical Medicine (United Kingdom); Gordon Singer, expert consultant (Canada); Frances Skerritt, Peer Specialist (Canada); Mike Slade, University of Nottingham (United Kingdom); Gregory Smith, International consultant, (United States of America); Natasa Dale, Western Australia Mental Health Commission, (Australia); Michael Ashley Stein, Harvard Law School (United States of America); Anthony Stratford, Mind Australia (Australia); Charlene Sunkel, Global Mental Health Peer Network (South Africa); Kate Swaffer, Dementia International Alliance(Australia); Shelly Thomson, Department of Foreign Affairs and Trade (Australia); Carmen Valle, CBM International (Thailand); Alberto Vásquez Encalada, Office of the UN Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities (Switzerland); Javier Vasquez, Vice President, Health Programs, Special Olympics, International (United States of America); Benjamin Veness, Alfred Health (Australia); Peter Ventevogel, Public Health Section, United Nations High Commissioner for Refugees (Switzerland); Carla Aparecida Arena Ventura, University of Sao Paulo (Brazil); Alison Xamon, Western Australia Association for Mental Health, President(Australia).

WHO 인턴(WHO interns)

Mona Alqazzaz, Paul Christiansen, Casey Chu, Julia Faure, Stephanie Fletcher, Jane Henty, Angela Hogg, April Jakubec, Gunnhild Kjaer, Yuri Lee, Adrienne Li, Kaitlyn Lyle, Joy Muhia, Zoe Mulliez, Maria Paula Acuna Gonzalez, Jade Presnell, Sarika Sharma, Katelyn Tenbensen, Peter Varnum, Xin Ya Lim, Izabella Zant

WHO 본부 및 지역사무소(WHO Headquarters and Regional Offices)

Nazneen Anwar (WHO/SEARO), Florence Baingana (WHO/AFRO), Andrea Bruni (WHO/AMRO), Darryl Barrett (WHO/WPRO), Rebecca Bosco Thomas (WHO HQ), Claudina Cayetano (WHO/AMRO), Daniel Chisholm (WHO/EURO), Neerja Chowdary (HOHQ), Fahmy Hanna (WHO HQ), Eva Lustigova (WHO HQ), Carmen Martinez (WHO/AMRO), Maristela Monteiro (WHO/AMRO), Melita

Murko (WHO/EURO), Khalid Saeed (WHO/EMRO), Steven Shongwe (WHO/AFRO), Yutaro Setoya (WHO/WPRO), Martin Vandendyck (WHO/WPRO), Mark Van Ommeren (WHO HQ), Edith Van't Hof (WHO HQ) and Dévora Kestel (WHO HQ).

WHO 행정 및 편집 지원(WHO administrative and editorial support)

Patricia Robertson, Mental Health Policy and Service Development, Department of Mental Health and Substance Abuse (WHO, Geneva); David Bramley, editing (Switzerland); Julia Faure (France), Casey Chu (Canada) and Benjamin Funk (Switzerland), design and support

영상 기여(Video contributions)

저희에게 영상 사용을 허가해 주신 다음의 개인 및 기관에게 감사의 말씀을 드립니다:

50 Mums, 50 Kids, 1 Extra Chromosome
Video produced by Wouldn't Change a Thing

Breaking the chains by Erminia Colucci
Video produced by Movie-Ment

Chained and Locked Up in Somaliland
Video produced by Human Rights Watch

Circles of Support
Video produced by Inclusion Melbourne

Decolonizing the Mind: A Trans-cultural Dialogue on Rights, Inclusion and Community
(International Network toward Alternatives and Recovery - INTAR, India, 2016)
Video produced by Bapu Trust for Research on Mind & Discourse

Dementia, Disability & Rights - Kate Swaffer
Video produced by Dementia Alliance International

Finger Prints and Foot Prints
Video produced by PROMISE Global

Forget the Stigma
Video produced by The Alzheimer Society of Ireland

Ghana: Abuse of people with disabilities
Video produced by Human Rights Watch

Global Campaign: The Right to Decide
Video produced by Inclusion International

Human Rights, Ageing and Dementia: Challenging Current Practice by Kate Swaffer
Video produced by Your aged and disability advocates (ADA), Australia

I go home
Video produced by WITF TV, Harrisburg, PA. © 2016 WITF

Inclusive Health Overview
Video produced by Special Olympics

Independent Advocacy, James' story
Video produced by The Scottish Independent Advocacy Alliance

Interview - Special Olympic athlete Victoria Smith, ESPN, 4 July 2018
Video produced by Special Olympics

Living in the Community
Video produced by Lebanese Association for Self Advocacy (LASA) and Disability Rights Fund (DRF)

Living it Forward
Video produced by LedBetter Films

Living with Mental Health Problems in Russia
Video produced by Sky News

Love, loss and laughter - Living with dementia
Video produced by Fire Films

Mari Yamamoto
Video produced by Bapu Trust for Research on Mind & Discourse

Mental health peer support champions, Uganda 2013
Video produced by Cerdic Hall

Moving beyond psychiatric labels
Video produced by The Open Paradigm Project/ P.J. Moynihan, Digital Eyes Film Producer

'My dream is to make pizza': the caterers with Down's syndrome
Video produced by The Guardian

My Story: Timothy
Video produced by End the Cycle (Initiative of CBM Australia)

Neil Laybourn and Jonny Benjamin discuss mental health
Video produced by Rethink Mental Illness

No Force First
Video produced by Mersey Care NHS Foundation Trust

No more Barriers
Video produced by BC Self Advocacy Foundation

'Not Without Us' from Sam Avery & Mental Health Peer Connection
Video produced by Mental Health Peer Connection

Open Dialogue: an alternative Finnish approach to healing psychosis (complete film)
Video produced by Daniel Mackler, Filmmaker

The Open Paradigm Project – Celia Brown
Video produced by The Open Paradigm Project/ Mindfreedom International

Open Paradigm Project – Dorothy Dundas
Video produced by The Open Paradigm Project

Open Paradigm Project – Oryx Cohen
Video produced by The Open Paradigm Project/ National Empowerment Center

Open Paradigm Project - Sera Davidow
Video produced by The Open Paradigm Project/ Western Mass Recovery Learning

Ovidores de Vozes (Hearing Voices) Canal Futura, Brazil 2017
Video produced by L4 Filmes

Paving the way to recovery - the Personal Ombudsman System
Video produced by Mental Health Europe (www.mhe-sme.org)

Peer Advocacy in Action

Video produced and directed by David W. Barker, Createus Media Inc. (www.createusmedia.com)
© 2014 Createus Media Inc., All Rights Reserved. Used with permission by the World Health Organization. Contact info@createusmedia.com for more information. Special thanks to Rita Cronise for all her help and support.

Planning Ahead – Living with Younger Onset Dementia

Original Video produced by Office for the Ageing, SA Health, Adelaide, Australia. Creative copyright: Kate Swaffer & Dementia Alliance International

Quality in Social Services - Understanding the Convention on the Rights of Persons with Disabilities
Video produced by The European Quality in Social Service (EQUASS) Unit of the European Platform for Rehabilitation (EPR) (www.epr.eu – www.equass.be). With financial support from the European Union Programme for Employment and Social Innovation “EaSI” (2014-2020) – <http://ec.europa.eu/social/easi>.

Animation: S. Allaeyns – QUIDOS. Content support: European Disability Forum

Raising awareness of the reality of living with dementia,
Video produced by Mental Health Foundation (United Kingdom)

Recovery from mental disorders, a lecture by Patricia Deegan
Video produced by Patricia E. Deegan, Pat Deegan PhD & Associates LLC

Reshma Valliappan (International Network toward Alternatives and Recovery - INTAR, India, 2016)
Video produced by Bapu Trust for Research on Mind & Discourse

Rory Doody on his experience of Ireland's capacity legislation and mental health services
Video produced by Amnesty International Ireland

Seclusion: Ashley Peacock
Video produced by Attitude Pictures Ltd. Courtesy Attitude – all rights reserved.

Seher Urban Community Mental Health Program, Pune
Video produced by Bapu Trust for Research on Mind & Discourse

Self-advocacy
Video produced by Self Advocacy Online (@selfadvocacyonline.org)

Social networks, open dialogue and recovery from psychosis - Jaakko Seikkula, PhD
Video produced by Daniel Mackler, Filmmaker

Speech by Craig Mokhiber, Deputy to the Assistant Secretary-General for Human Rights, Office of the High Commissioner for Human Rights made during the event 'Time to Act on Global Mental Health - Building Momentum on Mental Health in the SDG Era' held on the occasion of the 73rd Session of the United Nations General Assembly.

Video produced by UN Web TV

Thanks to John Howard peers for support

Video produced by Cerdic Hall

The Gestalt Project: Stop the Stigma

Video produced by Kian Madjedi, Filmmaker

The T.D.M. (Transitional Discharge Model)

Video produced by LedBetter Films

This is the Story of a Civil Rights Movement

Video produced by Inclusion BC

Uganda: 'Stop the abuse'

Video produced by Validity, formerly the Mental Disability Advocacy Centre (MDAC)

UN CRPD: What is article 19 and independent living?

Video produced by Mental Health Europe (www.mhe-sme.org)

UNCRPD: What is Article 12 and Legal Capacity?

Video produced by Mental Health Europe (www.mhe-sme.org)

Universal Declaration of Human Rights

Video produced by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights

What is Recovery?

Video produced by Mental Health Europe (www.mhe-sme.org)

What is the role of a Personal Assistant?

Video produced by Ruils - Disability Action & Advice Centre (DAAC)

Why self advocacy is important

Video produced by Inclusion International

Women Institutionalized Against their Will in India

Video produced by Human Rights Watch

Working together- Ivymount School and PAHO
Video produced by the Pan American Health Organization (PAHO)/ World Health Organization -
Regional Office for the Americas (AMRO)

You can recover (Reshma Valliappan, India)
Video produced by ASHA International

재정 및 기타 지원(Financial and other support)

저희 WHO는 퀄리티라이츠 훈련 모듈 개발을 위해 아낌없는 재정적 지원을 제공한 캐나다 정부로부터 자금을 지원받는 그랜드챌린지캐나다(Grand Challenges Canada), 정신건강위원회(the Mental Health Commission), 서호주 정부, CBM 인터내셔널(CBM International) 및 영국국제개발부(UK Department for International Development)에게 감사의 말씀을 드립니다.

저희는 또한 WHO 퀄리티라이츠 모듈 검토자에게 재정적 지원을 제공한 국제장애연맹(IDA; International Disability Alliance)에도 감사의 말씀을 전합니다.

국문 번역 및 감수(Korean Translation and Supervision)

최종 감수

이효진 / (의) 용인병원유지재단 이사장

이유상 / 용인정신병원 진료원장, WHO 협력센터 센터장

국문 번역 / 감수

정나래 / 용인정신병원 임상심리과장, WHO 협력센터 학술부장

전민정, 전해수, 유도원 / 용인정신병원 임상심리과

행정 지원

유대엽 / (의) 용인병원유지재단 기획실장

최명진 / (의) 용인병원유지재단 기획실 사원

서문

정신건강과 안녕감을 보장하는 것은 전 세계적으로 필수적이며, 지속가능발전목표(Sustainable Development Goals)의 중요한 관심사가 되었습니다.

그러나 전 세계 모든 나라에서 우리의 대응은 비참하리만치 불충분했고, 기본적인 인권으로서 정신건강을 증진시키는 데 거의 진전을 이루지 못했습니다.

10명 중 1명은 정신건강 문제로 인한 영향을 받고 있고, 2억 명에 달하는 사람들은 지적 장애가 있으며, 5,000만 명가량이 치매를 앓고 있습니다. 정신건강 문제가 있거나 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 많은 사람들은 자신의 필요사항을 충족시키며 권리와 존엄성을 존중해주는 양질의 정신건강 서비스에 대한 접근성이 부족합니다.

현재까지도 사람들은 보호시설에 갇혀 사회로부터 단절되고 공동체에서 소외됩니다. 많은 이들이 건강 서비스, 수감시설과 공동체에서 신체적·성적·정서적 학대와 방임의 대상이 되고 있습니다. 또한 그들은 케어와 치료, 거주하고자 하는 곳, 개인적 및 금전적 문제에 대한 자기 결정권이 부족합니다. 그들은 건강 관리, 교육과 고용기회에 대한 접근을 거부당하는 경우가 많고, 공동체 생활에 완전히 포용되고 참여하는 것이 박탈됩니다. 결과적으로, 정신건강 문제와 지적장애가 있는 사람들은 저·중·고소득 국가 모두에서 일반 사람보다 10년에서 20년가량 일찍 삶을 마감하게 됩니다.

건강권(right to health)은 세계보건기구(WHO)의 근간이 되는 미션과 비전이며, 보편적 의료보장(universal health coverage, UHC)을 달성하려는 우리의 노력을 뒷받칩니다. UHC의 토대는 사람들의 가치와 선호도를 존중하는 증거 기반의, 인간 중심적인 서비스를 제공하는 1차 의료(primary care)에 기초를 둔 강력한 건강 시스템(health system)입니다.

이러한 비전을 달성하기 위한 14가지의 새로운 WHO 웰리티라이즈 훈련 및 지침 모듈이 이제 이용할 수 있게 되었습니다. 모듈은 당사국들로 하여금 인간 중심적이고 회복에 기반을 둔 접근법을 시행하기 위한 지식과 기술을 구축하고, 정책에 영향을 미침으로써 국제인권기준을 실현할 수 있도록 할 것입니다. 이 모듈은 양질의 케어와 지원을 제공하고 정신건강과 안녕감을 증진시키기 위해 필요한 것입니다.

우리는 서비스 제공자인 공동체 구성원이건 간에, 정신건강 문제, 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들을 지원하기 위한 지식과 기술을 갖추어야 한다고 믿습니다.

우리는 웰리티라이즈 훈련 및 지침 모듈이 널리 사용되길 바라며, 모듈이 제공하는 접근법이 전 세계의 정신건강 및 사회복지 서비스에서 예외가 아닌 표준으로 받아들여지기를 기원합니다

테드로스 아드하놈 게브레예수스(Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus)
사무총장 세계보건기구



지지성명서

데보라 케스텔(Dévoira Kestel), 정신건강 및 약물남용부 디렉터, 세계보건기구, 제네바

전 세계적으로 정신건강의 중요성에 대한 인식이 높아지고 있고, 인간 중심적인 서비스와 지원을 제공하고, 회복지향적이고 인권에 기반한 접근 방식을 장려하고 있습니다. 이러한 인식은 고, 중 및 저소득 국가들의 정신건강 시스템이 한정된 접근성, 열악한 서비스와 인권 침해로 인해 많은 개인과 지역사회를 좌절시키고 있다는 의미일 것입니다.

정신건강 서비스를 이용하는 사람들이 비인간적인 생활 환경, 해로운 치료 과정, 폭력, 방임과 학대에 노출되는 것은 용납될 수 없습니다. 사람들의 필요사항에 대응하지 못하거나 그들이 지역사회에서 독립적인 삶을 살 수 있도록 지원하는 것에 실패한 서비스에 대한 많은 보고가 있으며, 이러한 서비스를 이용한 사람들은 자주 절망하고 권한을 빼앗겼다고 느낍니다.

더 넓은 지역사회 맥락에서 정신건강 문제, 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들은 삶의 모든 측면에 스며드는 낙인과 차별, 광범위한 불평등의 대상이 됩니다. 그들은 자신이 선택한 곳에서 거주하고, 결혼하고, 가정을 꾸리고, 학교에 다니고, 직업을 찾고, 여가활동을 향유할 기회를 부정당합니다.

우리가 이러한 상황을 바꾸려면 회복 및 인권 접근법을 취하는 것이 필수적입니다. 회복 접근법은 사람들이 스스로를 케어의 중심에 두도록 하는 서비스를 보장합니다. 이는 또한 사람들에게 회복이 무엇이고, 자신에게 어떤 의미인지를 정의하도록 지원하는 것에 초점을 맞춥니다. 이 접근법은 사람들이 일, 관계, 공동체 참여와 영성 중 일부나 모든 것들을 통해, 그들의 정체성과 삶에 대한 주도권을 다시 얻고, 미래에 대한 희망을 가지며, 그들이 의미 있는 삶을 살 수 있도록 도와주는 것입니다.

회복과 인권 접근법은 매우 닮아있습니다. 두 접근법 모두 평등, 비차별, 법적 능력, 고지된 동의, 공동체 포용(모두 장애인의 권리에 관한 협약에 명시됨)과 같은 핵심적인 권리를 증진시킵니다. 그러나 인권 접근법은 이러한 권리들을 증진시킬 의무를 국가에 부여합니다.

퀄리티라이즈 이니셔티브의 일종으로 개발된 이 훈련 및 지침 모듈을 통해, 세계보건기구는 이러한 문제점을 해결하고 국가가 그들의 국제적 인권 의무를 다하도록 지원하는 결정적인 조치를 취하였습니다. 이러한 도구를 통해 다음과 같은 몇 가지 주요 조치들을 실현할 수 있습니다. 즉, 생생한 경험을 한 당사자들(persons with lived experience)의 참여 및 공동체 포용 증진, 낙인과 차별을 제거하고 권리와 회복을 증진시키기 위한 역량 구축, 그리고 정신건강 및 사회복지 서비스에서 동료지원과 시민 사회 단체를 강화함으로써 상호 지원적인 관계를 구축하고 사람들이 인권과 인간중심적인 접근법을 옹호하도록 권한을 강화하는 것 등이 가능해집니다.

저는 많은 국가들이 이 세계보건기구의 도구를 사용함으로써 정신건강 문제, 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들이 당면하는 문제에 대한 포괄적인 대응을 제공하기를 기대하고 있습니다.

다이니우스 푸라스(Dainius Puras), 모두가 달성 가능한 최고 수준의 신체적 및 정신적 건강을 누릴 권리에 대한 특별 보고관

퀄리티라이즈는 권리에 기반하고 회복 지향적인 정신건강 케어에 대한 새로운 접근법을 제안합니다.

세계보건기구의 이 이니셔티브는 매우 시의적절합니다. 전 세계적으로 정신건강 케어 정책과 서비스가 바뀌어야 한다는 견해가 증가하고 있습니다. 심리사회적 장애와 기타 정신건강 문제가 있는 사람들을 위한 서비스는 너무나 자주 강압(coercion)과 과잉 의료화, 시설화에 의존해왔습니다. 이러한 현상은 정신건강 서비스 이용자와 제공자 모두에 대한 낙인과 무력감을 강화하는 것을 지속시킬 수 있으므로 받아들여서는 안 됩니다.

정책입안자, 정신건강 전문가 및 정신건강 서비스 이용자를 포함한 모든 이해관계자들은 변화를 관리하고 지속 가능한 인권 기반의 정신건강 서비스를 개발하기 위한 지식과 기술을 효과적인 방법으로 갖추고 있어야 합니다.

퀄리티라이즈 이니셔티브는 구체적으로 잘 설계된 모듈을 통해 필요한 지식과 기술을 제공함으로써 변화가 가능하고 이러한 변화가 상호이익적인 상황으로 이어질 것임을 증명하고 있습니다. 첫째로, 정신건강 서비스가 필요할 수 있는 장애인 기타 정신건강 문제가 있는 사람들은 그들의 권한을 강화하고 그들의 관점을 존중하는 서비스를 사용하기 위한 동기가 부여될 것입니다. 둘째로, 서비스 제공자들은 강압을 방지하는 방안을 적용하는 데 능숙하고 자신감을 갖게 될 것입니다. 결과적으로, 힘(power)의 불균형은 감소되고, 상호 신뢰와 치료적 동맹은 강화될 것입니다.

힘의 불균형, 강압 및 차별에 기반을 둔 정신건강 케어에서의 구시대적인 접근법을 버리는 것은 쉽지 않을 수 있습니다. 그러나 고·중·저소득 국가를 포함한 전 세계에서 권리와 근거를 기반으로 한 정신건강 서비스를 향한 변화가 필요하다는 인식이 커지고 있습니다. WHO의 퀄리티라이즈 이니셔티브와 이 훈련 및 지침 자료는 이러한 방향으로 나아가려는 모든 이해관계자를 지원하고 힘을 실어주는 데 매우 유용한 도구입니다. 저는 모든 국가들이 퀄리티라이즈를 받아들이기를 강력히 추천합니다.

카탈리나 데반다스 아길라르(Catalina Devandas Aguilar), 장애인의 권리에 관한 특별보고관

장애가 있는 사람들 중에서도 특히 심리사회적 및 지적 장애가 있는 사람들은 정신건강 서비스 환경에서 자주 인권침해를 경험하곤 합니다. 대부분의 나라에서 정신건강법은 장애가 있는 사람들의 실제적인

또는 지각된 손상과 함께 '의료적 필요성' 및 '위험성'과 같은 요인들을 이유로 비자발적 입원과 치료를 허용합니다. 많은 정신건강 서비스에서 격리와 강박은 보통 정서적 위기나 극심한 고통이 있을 때 사용될 뿐만 아니라 처벌의 형태로도 사용됩니다. 심리사회적 문제와 지적 장애가 있는 여성과 소녀들은 정신건강 측면에서 강제 피임, 강제 낙태, 강제 불임을 포함한 폭력과 유해한 관행에 지속적으로 노출되어 있습니다.

이러한 배경에 맞서, WHO 퀄리티라이즈 이니셔티브는 인권 관점에서의 정신건강 서비스와 지역사회 기반의 대응을 도입하는 데 있어 필수적인 지침을 제공할 수 있으며, 장애가 있는 사람들의 시설화와 비자발적 입원 및 치료를 근절시키기 위한 길을 마련해주고 있습니다. 이 이니셔티브는 장애가 있는 사람들의 권리가 존중되는 방식으로 건강 케어와 심리사회적 지원을 제공하도록 건강관리 전문가들에 대한 훈련을 요구합니다. 장애인 권리에 관한 협약(CRPD) 및 2030 아젠다 계획의 준수를 요구함에 따라, WHO 퀄리티라이즈 모듈은 장애가 있는 사람들의 권리를 실현 가능하도록 합니다.

줄리안 이튼(Julian Eaton), 정신건강 디렉터, CBM 인터내셔널(CBM International)

정신건강에 대한 관심의 제고를 발전의 우선순위로 두는 것은 케어와 지원의 큰 격차를 줄일 수 있는 기회가 되어 사람들이 이전에는 부족했던 양질의 건강 케어를 더 많이 받을 수 있는 권리를 실현할 수 있습니다. 역사적으로도 정신건강 서비스의 질은 매우 낮았고, 이를 이용하는 사람들의 우선순위와 관점을 무시하곤 했습니다.

WHO 퀄리티라이즈 프로그램은 장애인 권리에 관한 협약의 기준에 맞춰 정신건강 서비스를 평가하는 방법을 마련하는 데 중요한 역할을 해 왔습니다. 이는 그간 서비스가 진행되었던 방식에서의 인식 전환(paradigm shift)을 나타냅니다. 새로운 훈련 및 지침 모듈은 정신건강 문제와 심리 사회적 장애가 있는 사람들을 지원함으로써 더 나은 방법을 가능하게 하며, 그들의 목소리가 경청되도록 할 뿐만 아니라 회복을 북돋움으로써 더욱 건강한 환경을 요구하는 훌륭한 자원입니다. 비록 아직 갈 길 이 멀기는 하지만, 퀄리티라이즈는 서비스 제공자와 이용자에게 중요한 자원이며, 세계 어디에서든 존엄 성과 존중을 소중한 가치로 여기는 서비스로서, 이에 대한 실질적인 개혁을 이끌어 냅니다.

샬린 선켈(Charlene Sunkel), CEO, 세계 정신건강 동료 네트워크(Global Mental Health Peer Network)

세계보건기구의 퀄리티라이즈 훈련 및 지침 패키지는 강력한 참여라는 접근법을 요구합니다. 이것은 회복 촉진, 옹호 활동, 연구 진행, 낙인 및 차별 감소에 있어 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들의 생생한 경험에 대한 중요성을 인식하고 가치 있게 여깁니다. 퀄리티라이즈 도구는 인권의 기준을 준수하여 강압적인 관행을 근절하기 위한 전략을 보장합니다. 이는 생생한 경험을 한 사람들이 동료지원을 제공하는 방법과 정신건강 및 사회복지 서비스의 개발 · 설계 · 도입, 모니터링과 평가에 기여하는 방법을 보여줍니다.

생생한 경험은 지식과 기술보다도 많은 의미를 가집니다. 전문지식은 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애와 함께 사는 것의 사회적·인권적 영향, 소외되고 차별 받는 그러한 역경에 대한 깊은 이해로부터 나옵니다. 이는 고유한 개인에게 이롭거나 그들의 특정한 회복 요구 사항을 대변하는 서비스 또는 지원을 제공하는 데 종종 실패하곤 하는 정신건강 시스템을 개선하려 노력하는 것으로부터 비롯됩니다.

정신건강 시스템은 사람이 반드시 겪어야 하는 장벽을 제시하는 유일한 사회적 시스템이 아닙니다. 교육·취업·주거 그리고 전반적인 건강과 안녕감 같은 다른 삶의 기회에 대한 접근도 마찬가지로 어려울 수 있습니다. 생생한 경험을 한 사람들의 특별하고 심도 있는 관점은 개선된 정신건강과 안녕감에 기여할 수 있도록 인권을 보호하고, 또한 공동체 내 포용을 장려함으로써 삶의 질을 개선시키며, 나아가 권한 강화(empowerment)를 촉구하기 위한 사회적 시스템의 변화와 개혁의 촉매제가 될 수 있습니다.

케이트 스와퍼(Kate Swaffer), 회장 및 CEO, 국제치매협회(Dementia International Alliance)

저희 국제치매협회(DAI)는 이렇게 매우 중요한 프로젝트에 WHO 퀄리티라이즈 이니셔티브와 그 협력자들과 함께 작업할 수 있어서 영광스럽고 기쁘게 생각합니다. 실제로 치매가 있는 사람들에게 대한 인권은 전반적으로 무시되어 왔습니다. 그러나 이 모듈은 정신건강뿐만 아니라 인지 장애를 야기하는 신경퇴행성 질환인 치매에 대한 새로운 접근법도 소개합니다. 이 새로운 접근법과 특별하고 가능성 있는 모듈은 오직 현 상황에서 치매의 결손에만 집중하는 치매에 대한 진단 후 과정(post-diagnostic pathway)과는 달리, 치매가 있는 사람들의 권리를 증진시키고 더 긍정적으로 살도록 독려하며 지원합니다.

이 모듈은 권리에 대해 명확한 접근의 필요성을 촉진하므로 그 누구든 상관없이 모두가 사용할 수 있는 실용적인 도구입니다. 주요 인권 원칙을 언급하고, 실제로 적용할 수 있도록 하는 이 모듈은 치매가 있는 사람과 그 가족만큼이나 건강 전문가(health professional)에게도 적용 가능하며 효과적입니다. 예를 들어, DAI 정식 개시 전인 2013년부터 치매가 있는 사람들에게 무료로 제공된 동료 간 지원 서비스의 필요성과 장점을 강조하고, CRPD 제 12 조와 관련한 법적 능력 이슈와 관련성에 초점을 맞추므로써, 치매가 있는 사람들의 권리가 더 이상 부정당하지 않도록 전문가와 가족들에게 정보를 더 잘 전달할 수 있는 명확한 방법을 제공합니다. 저는 개인적으로 이 모듈이 정신건강 문제를 경험하고 있거나 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 모든 사람들이 더 나은 삶의 질을 갖고 살 수 있도록 지원할 것임을 확신합니다.

안나 루시아 알레라노(Ana Lucia Arellano), 회장, 국제장애연맹(International Disability Alliance)

유엔의 장애인 권리에 관한 협약(CRPD)은, 장애가 있는 사람을 동정이나 의학적 치료의 대상으로 간주하는 것으로부터 권리의 주체로 인식하게 함으로써 인식의 전환을 요구하는 획기적인 인권

조약입니다. 이러한 인식의 전환은 지적·심리사회적 및 다수의 장애가 있는 사람들이나 더 강력한 지원이 필요한 사람들에게 특히 중요합니다. CRPD의 제 12 조는 장애가 있는 사람이 완전한 법적 능력을 행사할 수 있음을 인정한다는 점에서 이러한 인식 전환의 요구는 핵심적입니다. 이는 다른 모든 것들이 실행될 수 있는 기반을 형성하는 핵심적인 인권 조약입니다.

퀄리티라이즈는 전문가들과 의료 실무자들이 CRPD를 더 잘 이해하고 받아들일 수 있도록 하는 대단히 훌륭한 도구입니다. 이 도구는 CRPD의 원칙과 가치를 존중하는 심리사회적 장애가 있는 사람, 서비스 이용자, 정신과 생존자(survivors)와 정신건강 서비스 및 의료 분야 간에 다리를 만들어주었습니다. 퀄리티라이즈 모듈은 정신건강 서비스 이용자 및 생존자와의 긴밀한 상의를 통해 개발되었으며, CRPD 당국에 그들의 메시지를 전달했습니다. 저희 국제장애연맹(IDA)과 회원 단체들은 퀄리티라이즈 이니셔티브 하에 개발된 이 작업에 축하를 보냅니다. 저희는 “우리를 제외하고 우리에게 관해 논하는 것은 의미가 없다(Nothing about us, without us)”라고 힘껏 외치면서, 정신건강법, 정책과 시스템이 CRPD를 준수하여 변화할 때까지 세계보건기구가 지속적으로 노력해 주기를 강력히 부탁드립니다.

코니 로난-보위(Connie Laurin-Bowie), 상임이사, 인클루전 인터내셔널(Inclusion International)

WHO 퀄리티라이즈는 개인과 장애인단체(Disabled Persons Organizations)가 그들의 인권에 대해 알도록 권한을 강화하고, 당사자들이 지역사회에서 독립적으로 살 수 있게 알맞은 지원을 받도록 변화를 옹호하는 것을 목표로 합니다. 인클루전 인터내셔널은 지적 장애가 있는 사람들이 흔히 부정당하는 권리, 즉 공동체 내의 적절한 정신건강 서비스에 접근할 권리, 결정할 권리, 가정을 꾸릴 권리, 공동체 내에 거주할 권리, 적극적인 시민이 될 권리를 찾아가도록 하는 이 이니셔티브를 환영합니다. 퀄리티라이즈는 모두가 지역사회에 소속될 수 있도록 하는 정책과 관행을 만들고 영향을 미치려는 우리의 공동적인 노력에 가치 있는 공헌을 하였습니다.

앨런 로젠(Alan Rosen), 교수, 울런공 대학의 일라와라 정신건강 연구소(Illawarra Institute of Mental Health, University of Wollongong) 및 호주 시드니 대학의 뇌와 마음 센터(Brain & Mind Centre, University of Sydney, Australia)

자유는 치료적입니다. 우리의 정신건강 서비스에서 인권을 장려함으로써 치유를 이끌어 낼 수 있습니다. 가능하다면 언제든지 정신건강에 문제가 있는 사람들이 다음과 같은 것을 달성하도록 보장합니다. 첫째는 제공되는 지원과 케어에 대한 선택권 및 통제권 유지이며, 둘째는 지역사회에서 방해를 받지 않고 ‘자신의 공간에서 각자의 방식대로(turf and terms)’, 필요하면 임상과 가정에서의 양질의 지원을 제공받는 것입니다.

정신과 분야에서 인권옹호의 오랜 역사를 따라, 이 모듈은 적절한 케어에 대한 권리와 인권 및 기본적인 자유가 어떻게 충돌 없이 이루어질 수 있는지를 보여줍니다. 케어에서의 강압(구속, 격리, 강제 투약, 폐쇄

입원 병동에 갇히는 것, 제한적인 공간에 가둬지는 것, 보호시설의 창고화 등)은 반드시 없어야 합니다. 케어를 통해 최적의 자유를 얻는 것은 엄청난 변화를 수반합니다. 이는 강압을 방지하기 위한 실질적인 근거기반 대안이 광범위하게 체계화되는 것을 포함합니다. 즉, △ 개방 가능한 문, △ 개방 가능한 임시 보호 시설, △ 개방적이고 자유로운 접근, △ 개방적인 지역사회, △ 개방적인 마음, △ 비슷한 사람들 간의 개방적인 대화, △ 지역 사회 생활 지원, △ 개인 및 가족 의사소통의 개선, △ 문제해결 능력 및 지원, △ 사전 지시, △ 진정 및 안정화 훈련, △ 의사결정 지원, △ 모든 서비스 및 동료지원가의 회복 지향성, △ 모든 이해당사자와 함께 정책을 공동 제정하기 등이 포함됩니다.

UN의 장애인 권리에 관한 협약을 기반으로 하는 WHO 퀄리티라이즈 프로그램은 매우 실용적인 모듈로 변화해 왔습니다. 우리와 같은 직종에 있는 사람들에게 이 모듈은 한정된 답이나 마감기한 대신 앞으로 나아갈 수 있는 경로와 시야를 제공합니다. 임상적·지지적 서비스를 최적화할 뿐만 아니라, 서비스 이용자와 그 가족들에 대한 우리의 정치적·법적·사회적 행동은 전문가로서의 보호시설적 사고(institutional thinking)와 정신건강 케어에서의 습관적 관행의 굴레에서 해방되어야 합니다. 그 다음에서야, 그리고 함께 해야만 심각하고, 지속적이거나 재발되는 정신건강 문제가 있는 사람에게 완전한 시민권과 완전한 권리를 부여하는 동시에, 권한을 강화하고, 목적이 있으며, 기여하는 삶을 살 수 있도록 전망을 크게 개선시킬 수 있습니다.

빅터 리마자(Victor Limaza), 활동가 및 협력자, 장애인을 위한 정의 (Justice for People with Disabilities), 다큐멘타 AC(Documenta AC), 멕시코(Mexico)

존엄성과 안녕감은 서로 밀접한 관련이 있는 개념입니다. 최근에 심리적 고통을 신경화학적 불균형으로만 판단하는 기준이 의문시되고 있습니다. 신경화학적 불균형에 대한 관점이란 사용되는 개념이 개인의 권리를 침해하고 돌이킬 수 없는 손상을 초래할 수 있음에도 불구하고, 예상되는 위험으로부터 개인과 사회를 보호하기 위한 맥락에서 인간의 다양성에 대한 표출은 마치 공격되어야 하는 병리와 같다는 견해로부터 비롯되었습니다. 위기 상황에서도 존엄성과 결정권을 약화시키지 않으면서 주관적인 불편을 다루는 학제적이고 전체론적인 관점은 CRPD의 원칙을 존중하는 새로운 정신건강 케어 모델 제작의 토대가 되어야 합니다. 정신건강의 위기에 직면한 사람의 경험을 이해하는 것은 공감, 경청, 열린 대화, (특히 동료들과의) 동행, 의사결정 지원, 공동체 삶과 엄격한 보호장치를 통한 사전 의료의향서(advance directives) 덕분에 가능한 것입니다. 심리사회적 장애가 있는 사람은 경험으로 인한 전문가이므로 회복을 이끄는 도구를 개발할 때 꼭 포함되어야 합니다. WHO의 퀄리티라이즈 이니셔티브는 인권 존중에 대한 가장 높은 기준을 적용하여 정신건강 케어를 위한 도구와 전략을 제공함으로써 이러한 인식전환의 좋은 예시가 되고 있습니다. 물론, 모두가 완전하고 공평하게 인권을 향유하는 것은 정신건강을 증진시킵니다.

피터 야로(Peter Yaro), 상임이사, 가나 기초수요 접근방법(Basic Needs Ghana)

WHO의 훈련 및 지침 문서 패키지는 정신건강과 인권을 기반으로 하여 포괄적인 발전에 대한 작업을 개선하는 것을 목표로 하는 풍부한 자료 모음집입니다. 이 자료는 특히 CRPD에서 정한 개인의 요구사항과 권리를 다루기 위한 개입에서 장애에 대한 효과적인 프로그래밍과 주류화를 향해 나아가는 데 중요한 역할을 하였습니다. 퀄리티라이즈 패키지는 생생한 경험을 한 사람들이 개입의 개념화 및 도입과 더불어, 프로젝트 성과에 대한 점검 및 평가에 포함되어야 한다는 다년간의 제안에 큰 발걸음을 내딛은 것입니다. 이 지침을 통해 이니셔티브의 지속가능성은 보장될 수 있으며, 그렇기 때문에 실무자, 서비스 이용자, 보호자 및 모든 이해 당사자들이 이 문서를 이용하도록 권장됩니다. 여기에 제시된 접근법에서는 이미 취약한 사람들에게 폭력이나 학대가 가해질 여지가 없습니다.

마이클 은젠가(Michael Njenga), 회장, 정신장애인 범아프리카 네트워크(Pan African Network of Persons with Psychosocial Disability), 행정위원회 위원, 아프리카 장애 포럼(Africa Disability Forum), C.E.O., 케냐 정신과 이용자 및 생존자(Users and Survivors of Psychiatry, Kenya)

전 세계적으로 정신건강을 다루는 방식에 대해 인식의 전환이 이루어지고 있습니다. 이러한 전환의 원동력은 장애인의 권리에 관한 협약(CRPD)과 지속가능발전목표(Sustainable Development Goals, SDGs) 및 지속 가능 발전을 위한 2030 의제에 있습니다.

WHO 퀄리티라이즈 훈련 및 지침을 위한 도구와 자료는 이러한 핵심적인 국제 인권과 국제발전기구(International development instruments)를 토대로 만들어졌습니다. 퀄리티라이즈 이니셔티브는 인권기반 접근법을 채택하여 정신건강 서비스가 인권의 틀 내에서 제공되고 심리사회적 장애 및 정신건강 문제가 있는 사람들의 요구에 대응하도록 보장합니다. 이 자료는 또한 사람들이 거주하는 곳에서부터 최대한 가까운 곳에서 서비스를 제공해야 함을 강조합니다.

퀄리티라이즈 접근법은 각 개인의 천부적인 존엄성을 존중하고, 심리사회적 장애 및 정신건강 문제가 있는 모든 이들이 정신건강 서비스에 접근하여 목소리를 낼 수 있고, 힘과 선택권을 갖도록 보장하는 것의 중요성을 인식합니다. 이는 전 세계적으로 그리고 지역과 국가 차원에서 정신건강 시스템 및 서비스를 개혁하는 데 필수 요소입니다. 따라서 이러한 훈련도구와 지침자료가 널리 사용됨으로써 생생한 경험을 한 사람과 그들의 가족, 지역사회, 사회 전체에 실질적인 결과를 낼 수 있도록 해야 할 것입니다

세계보건기구 퀄리티라이츠 이니셔티브란?



세계보건기구 퀄리티라이츠는 정신건강 및 사회복지 서비스에서의 케어와 지원의 질을 향상시키고, 전 세계의 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들의 인권 증진을 위한 이니셔티브이다. 퀄리티라이츠는 아래의 목적들을 달성하기 위해 참여적 접근법을 사용한다.

1	낙인과 차별에 대항하고, 인권 및 회복을 증진하기 위한 역량 구축
2	정신건강 및 사회복지 서비스에서의 케어의 질과 인권 문제 개선
3	인권을 존중하고 증진시키는 지역사회를 기반으로 한 회복 지향적인 서비스 개발
4	옹호 활동과 정책 결정에 영향을 미치는 시민사회운동의 발전 지원
5	장애인의 권리에 관한 협약(CRPD) 및 기타 국제 인권 규범에 따른 국가 정책과 법률 개혁


더 많은 정보는 <https://www.who.int/activities/transforming-services-and-promoting-human-rights-in-mental-health-and-related-areas> 에서 확인할 수 있다.

세계보건기구 퀄리티라이츠 - 훈련 및 지침 도구

다음의 훈련 및 지침 모듈과 첨부된 슬라이드 발표자료는 세계보건기구 퀄리티라이츠 이니셔티브의 일환으로 사용될 수 있으며, <https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>에서 확인할 수 있다.

서비스 개혁 도구

세계보건기구 퀄리티라이츠 평가 도구 모음

서비스 개혁 및 인권 증진 

훈련 도구

핵심 모듈

인권

정신건강, 장애 및 인권

회복과 건강권

법적능력 및 결정권

강압, 폭력 및 학대로부터의 자유

전문화된 모듈

의사결정 지원 및 사전계획

격리, 강박 및 기타 강압적인 관행을 근절시키기 위한 전략

정신건강 및 안녕감을 위한 회복 활동

평가 도구

정신건강, 인권 및 회복에 대한 세계보건기구 퀄리티라이츠 훈련의 평가: 사전훈련 설문지

정신건강, 인권 및 회복에 대한 세계보건기구 퀄리티라이츠 훈련의 평가: 사후훈련 설문지

지침 도구

생생한 경험을 한 당사자들에 의한, 그리고 이들을 위한 일대일 동료지원

생생한 경험을 한 당사자들에 의한, 그리고 이들을 위한 동료지원 집단

정신건강 및 관련 분야에서의 인권 향상을 위한 시민사회 단체

정신건강, 장애 및 인권 옹호

자조 도구

정신건강과 안녕감을 위한 인간중심적 회복 계획 자조 도구

본 훈련 및 지침에 관하여

퀄리티라이즈 훈련 및 지침 모듈은 국제적 인권 기준, 특히 UN의 장애인의 권리에 관한 협약과 회복 접근법에 따라 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들의 인권을 증진시키는 방법에 대하여 주요 이해관계자들의 지식과 기술, 이해를 향상시키고, 정신건강 및 관련 영역에서 행해지는 서비스와 지원의 질을 개선하기 위해 개발되어 왔다.

누구를 위한 훈련과 안내인가?

심리사회적 장애가 있는 사람

지적 장애가 있는 사람

치매를 비롯한 인지적 장애가 있는 사람

정신건강 및 사회복지 서비스를 이용한 경험이 있거나 이용 중인 사람

일반적인 건강, 정신건강 및 사회복지 서비스 관리자

정신건강 및 기타 실무자 (예: 의사, 간호사, 정신과 의사, 정신과 또는 노인전문 간호사, 신경과 의사, 노인병 전문의, 심리학자, 작업치료사, 사회복지사, 지역사회 지원자, 개인 보조자, 동료 지원가, 자원봉사자)

지역사회와 가정기반 서비스를 비롯한 정신건강 및 사회복지 서비스에 종사하는 다른 직원 (예: 케어 파트너, 미화원, 요리사, 설비직원, 관리자)

정신건강, 인권 및 기타 유관 영역에서 활동하는 비정부 기구(NGO), 협회 및 종교 기반 단체 (예: 장애인 단체(DPOs), 정신과 이용자/생존자 단체, 옹호 단체)

가족, 지원 인력 및 케어 파트너

관련 부처(보건복지부, 사회부, 교육부 등) 및 정책 입안자

관련 정부 기관 및 서비스 (예: 경찰, 사법부, 교도관, 정신건강 및 사회복지 서비스를 비롯한 감금 장소를 점검 및 감시하는 단체, 사법개혁위원회, 장애인위원회와 국가인권기관)

그 외 관련 기관 및 이해관계자 (예: 옹호자, 변호사 및 법적 지원 단체, 학자, 대학생, 지역사회는 종교지도자, 해당되는 경우 전통적인 치유자)

누가 훈련을 진행해야 하는가?

훈련은 생생한 경험을 한 당사자, 장애인 단체(DPOs)의 회원, 정신건강, 장애 및 관련 분야에 종사하는 전문가, 가족 등을 비롯한 다학제적 팀에 의해 고안되고 시행되어야 한다.

만약 훈련이 심리사회적 장애가 있는 사람들의 권리에 대해 구체적으로 다룬다면, 그 집단의 대표자를 훈련의 리더로 선정하는 것이 중요하다. 마찬가지로, 훈련이 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들의 권리에 대한 역량 구축을 목적으로 한다면, 훈련의 리더 또한 이러한 집단 내에서 선정해야 한다.

논의에 활기를 불어넣기 위해 다양한 선택지가 고려될 수 있다. 예를 들어, 훈련의 특정 부분에 대한 구체적인 지식을 가진 진행자를 훈련의 특정 부분에 초청할 수 있다. 또 다른 선택지는 훈련의 특정 부분을 위해 훈련자 패널과 함께하는 것이다.

이상적으로 진행자는 훈련이 진행되는 곳의 문화와 맥락에 친숙해야 한다. 특정 문화나 맥락에서 훈련을 진행할 수 있는 사람들을 양성하기 위해서는 훈련자를 훈련하는 회기가 필요할 수 있다. 이러한 훈련자를 훈련하는 회기에는 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들을 포함해야 한다. 정신건강 및 사회복지 서비스의 질과 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들의 인권 개선에 기여하는 다른 관련 지역의 이해관계자들 또한 포함되어야 한다.

훈련은 어떻게 진행되어야 하는가?

이상, 다섯 개의 핵심 기본 모듈로 시작하여 모든 퀄리티라이츠 훈련 모듈을 진행해야 한다. 그 다음, 전문화된 모듈을 사용하여 더 깊이 있는 훈련을 진행할 수 있다(위 내용 참조).

모든 훈련은 수개월 동안 여러 개의 워크숍을 통해 진행될 수 있다. 각각의 개별 훈련 모듈이 하루 안에 완료되지는 않아도 된다. 훈련은 주제로 나뉘어질 수 있고, 필요 시엔 수일 동안 과정이 진행될 수 있다.

훈련 자료가 꽤 포괄적인데다 시간과 자원은 한정적일 수 있기 때문에 훈련을 통해 얻고자 하는 결과와 집단의 기존 지식 및 배경에 맞추어 훈련을 조정하는 것이 도움이 될 수 있다. 따라서 훈련 자료들이 사용되고 전달되는 방법은 맥락과 조건에 따라서 조정될 수 있다.

예를 들면, 참여자들이 아직 정신건강, 인권 및 회복 영역에 대한 어떠한 전문지식도 없다면, 다섯 개의 핵심 훈련 모듈을 이용하여 4~5일간의 워크숍을 진행하는 것이 중요하다. 5일 안 건의 예시는 <https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Sample-program-QR-training.pdf> 에서 확인할 수 있다.

참여자들이 이미 심리사회적, 지적 및 인지적 장애가 있는 사람들의 권리에 관한 기본적인 이해는 있지만, 실제로 법적 권리를 증진하는 구체적인 방법에 관해 심화 지식이 필요하다면, 1 일차에는 법적능력 및 결정권 모듈에 초점을 맞추고, 2, 3, 4일차에는 의사결정 지원 및 사전 계획에 관한 전문화된 모듈(또는 모듈에서 선택한 특정 부분)에 집중하는 식으로 워크숍을 구성할 수 있다.

특정한 훈련 조건에 따라서 훈련 자료를 조정할 때, 불필요한 중복사항을 없애기 위해 훈련 전에 실행하려는 모든 모듈을 확인하는 것도 중요하다

예를 들면, 모든 핵심 모듈을 포함하는 것으로 훈련이 계획되었다면, 주제 5(제12조 자세히 알아보기) 또는 주제 6(제16조 자세히 알아보기)에서는 진행할 필요가 없는데, 관련 내용이 차후의 모듈(법적 능력과 결정권과 강압, 폭력 및 학대로부터의 자유 모듈)에서 좀 더 심도있게 다뤄지기 때문이다.

그러나 모듈 2만을 기반으로 하여 입문 훈련을 계획한다면 본 모듈의 주제5와 주제6을 다루는것이 필수적인데, 이는 훈련 참여자들이 관련 이슈와 기사에 유일하게 노출되기 때문이다.

위는 훈련 자료를 사용할 수 있는 다양한 방법들의 예시이다. 특정 맥락에서는 훈련의 필요사항과 필요성에 따른 다른 변형의 대체도 가능하다.

진행자를 위한 지침

훈련 프로그램 운영 원칙

참여 및 교류

참여와 교류는 훈련의 성공에 있어 매우 중요하다. 모든 참여자들은 가치 있는 지식과 견해를 제공할 수 있는 개인으로 간주되어야 한다. 충분한 공간과 시간을 제공함으로써 진행자는 다른 무엇보다도 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들이 경청되고 포함될 수 있도록 해야 한다. 서비스 내의 힘의 역동과 더 넓은 사회는 몇몇 사람들이 자신의 입장을 표출하는 것에 대해 주저하도록 할 수 있다. 그러나 진행자는 일반적으로 모든 참여자들의 견해를 경청하는 것에 대한 중요성을 강조해야 한다.

일부 참여자들은 부끄럽거나 불편해하며 스스로를 표현하지 않을 수 있는데, 이는 그 집단에 대한 소속감 부족이나 불안정감의 징후일 수 있다. 진행자들은 훈련을 통해서 모두를 격려하고 그들이 참여하도록 모든 노력을 기울여야 한다. 대개 사람들은 스스로에 대해 표현할 기회를 갖고 경청됨을 느끼면, 이후에 더욱 기꺼이 발언하며 논의에 참여하게 된다. 이 훈련은 학습 경험이 공유되는 것이라 볼 수 있다. 진행자는 누구도 소외감을 느끼지 않도록 가능한 많은 질문들을 인정하고, 모두가 응답해주는 시간을 가져야 한다.

문화적 세심함

진행자는 문화, 젠더, 이주 상태 또는 성적 지향과 같이 참여자들의 경험과 지식을 구성하는 다양한 요소를 이해하여 그들의 다양성에 대해 유념할 필요가 있다.

문화적으로 세심한 언어적 표현을 사용하고, 훈련이 진행되는 국가 또는 지역에 사는 사람들과 관련된 예시를 제공하는 것이 좋다. 예를 들어, 국가나 맥락에 따라 사람들은 다른 방식으로 그들의 감정과 기분에 대해 묘사하고 표현하거나 자신의 정신건강에 대해 이야기할 수 있다.

아울러, 진행자는 그 국가나 지역의 특정 집단(예: 원주민, 소수민족, 종교적 소수자, 여성 등)이 직면하는 이슈 중 일부라도 훈련 동안에 간과하지 않도록 해야 한다. 또한 논의되고 있는 이슈에 대한 수치심이나 금기사항에 대해서도 고려할 필요가 있다.

개방적이며 비판단적인 환경

개방적인 논의는 필수적이며 모든 사람의 의견은 경청돼야 마땅하다. 훈련의 목적은 더 넓은 공동체 내에서 정신건강 및 사회복지 서비스 이용자와 심리사회적, 지적 및 인지적 장애가 있는 사람들의 인권에 대한 존중이 개선되기 위한 방법을 함께 찾아나가는 것이다. 훈련 도중 몇몇 사람들은 강한 반응과 감정을 표출할 수도 있다. 진행자는 훈련 중에 사람들이 의견과 감정을 표현할 수 있도록 기회를 제공하는 것이 중요하다. 이는 사람들이 자유롭게 자신의 경험에 대해 이야기할 시간을 갖고, 다른 사람들은 그들을 세심하면서도 존중하는

태도로 경청하고 응대하도록 한다는 것을 의미한다. 사람들과 효과적으로 소통하기 위해서 그들의 의견에 동의해야 하는 것은 아니다. 논의가 발생하면, 모든 참여자들에게 그들 모두가 동일한 목표, 즉 정신건강 및 사회복지 서비스와 지역사회에서 인권을 존중하고 함께 배우기 위해 모든 목소리를 경청해야 한다는 목표를 공유한다는 점을 상기시키는 것이 유용할 수 있다. 추후에 필요할 경우 참조할 수 있도록 몇 가지 기본 원칙을 집단에 공유하는 것이 도움이 될 수 있다(예: 존중, 기밀 유지, 비판적 숙고(critical reflection), 비차별).

어떤 사람은 과거에 자유롭고 안전하게 이야기할 기회가 전혀 없었을 수 있음을 명심하라(예: 생생한 경험을 한 당사자, 가족 구성원 및 치료진). 따라서 모든 목소리가 경청되도록 하는 안전한 공간을 조성하는 것이 필수적이다.

언어적 표현의 사용

진행자는 참여자들의 다양성을 유념해야 한다. 훈련에 참가하는 사람들은 다양한 배경과 교육 수준을 가지고 있다. 모든 참여자들이 이해할 수 있는 언어적 표현을 사용하고, 그들이 핵심 개념과 메시지를 이해하도록 하는 언어적 표현을 사용하는 것이 중요하다(예: 고도로 전문화된 의학적·법률적·기술적 용어, 약어 등의 사용이나 설명 지양하기). 언어적 표현과 훈련의 복잡성은 집단의 특정한 필요에 맞추어 조정되어야 한다. 진행자들은 이를 유념하여 개념과 메시지가 제대로 이해될 수 있도록 잠시 멈추고, 필요할 시엔 예시를 제공하며 참여자들과 질의응답으로 논의하는 시간을 가져야 한다. 진행자들은 가능한 한 의학적이지 않으면서도 문화적으로 특정한 고통의 모델(culturally-specific models of distress)을 논의하도록 하는 언어적 표현을 사용해야 한다(예: 정서적 고통, 평범하지 않은 경험 등). (1)

편의 제공

시각 및 청각 자료 사용, 읽기 쉽도록 만든 것, 수화, 몇몇 활동을 위한 필기 지원 제공 또는 사람들이 개인 지원가(assistant)와 함께 오게 하는 것처럼 다양한 의사소통 수단을 제공하는 것은 훈련과정에서 때로 필요할 수 있다.

현재의 입법 및 정책적 맥락에서의 운영

훈련 도중 일부 참여자들은 장애인의 권리에 관한 협약(CRPD)을 포함한 국제인권기준에 부합하지 않는 그들 국가의 입법 또는 정책 상황에 대해 우려를 표할 수도 있다. 이처럼 훈련의 일부 내용은 현재의 국가 입법 또는 정책과 모순될 수 있다. 예를 들어, 비자발적 감금과 치료를 가능하게 하는 법은 본 훈련 모듈의 전반적인 접근법과 반대된다. 또한, 의사결정지원에 대한 주제는 현존하는 국가 후견인법과 상충하는 것으로 보일 수 있다. 또 다른 우려사항은 새로운 접근법을 도입하기 위한 국가적 자원이 부족하거나 사용이 불가능할 수 있다는 것이다. 이러한 걱정에 사로잡히는 것은 참여자들이 책임, 안전, 자금과 그들이 거주하며 일하고 있는 정치적·사회적 배경에 대해 의문을 가지게 만들 수 있다.

먼저, 진행자는 모듈이 국법 또는 정책의 요건과 상충되거나, 법의 바깥에 있는 누군가를 위험에 빠뜨릴 수 있는 관행을 장려하기 위한 것이 아님을 참여자들에게 확신시켜야 한다. 법과 정책이 CRPD의 기준에 모순되는

환경에서는 정책 개정과 법률 개혁을 옹호하는 것이 중요하다. CRPD 당사국들은 이 협약과 기타 국제 인권 기구를 위반하는 사항을 중단시키는 즉각적인 의무가 있지만, CRPD의 권리를 완전히 존중하는 것은 시간이 걸리고 사회의 모든 수준에서 다양한 조치가 필요하다는 점을 인정하는 것이 중요하다.

결론적으로, 구식의 법적 및 정책 체계는 개인들이 조치를 취하는 것을 막아서는 안 된다. 법의 테두리 안에서 태도와 관행을 변화시키고 CRPD를 도입하기 위해 개인적 수준에서 매일 많은 것을 할 수 있다. 예를 들어, 만약 국법에 따라 후견인이 다른 사람을 대신하여 결정을 내리도록 하는 공식적인 의무가 있더라도, 사람들이 스스로 결정하도록 지원하고 궁극적으로 그들의 선택을 존중하는 것을 막아서는 안 된다.

이 훈련은 정신건강 및 사회복지 서비스에서 인권 기반 접근법을 조성하는 데 핵심적인 다양한 주제를 다루는 지침을 제공한다. 훈련 전반에 걸쳐, 진행자는 참여자들이 훈련 자료에서 요구된 조치와 전략이 자신들에게 어떤 영향을 미치며, 현존하는 정책 및 법률 체계 내에서 이를 어떻게 시행할 수 있는지 논의하도록 장려해야 한다. 효율적인 옹호와 함께 태도 및 행동의 변화는 정책과 법에 긍정적인 변화를 이끌어낼 수 있다.

긍정적이고 활기를 띄게 하기

진행자는 훈련이 기본적인 지식과 수단을 공유하고, 참여자 본인의 맥락에서 유용한 해결책을 찾기 위한 성찰을 격려하도록 의도되었음을 강조해야 한다. 일부 긍정적인 조치가 존재하며, 참여한 당사자, 다른 사람 또는 서비스가 이를 이미 실현하고 있을 가능성이 있다. 이러한 긍정적인 예시를 기반으로 통일성을 만들고, 모두가 변화를 위한 행동가가 될 수 있음을 보여줄 수 있다.

집단 활동

훈련하는 동안, 진행자는 참여자들이 집단으로 작업할 것을 요청하며, 집단은 참여자들의 선호도에 따라 융통성 있게 선택에 따르거나 무작위로 구성될 수 있다. 만약 참여자가 특정 집단을 불편해할 경우, 이를 고려해야 한다.

훈련 활동은 활발한 참여와 논의를 목적으로 한다. 이러한 활동들은 참여자들이 아이디어를 내고 스스로 해결책을 찾을 수 있도록 고안되었다. 진행자의 역할은 논의를 이끌며, 적절한 경우 특정 아이디어나 어려운 문제에 대한 논의를 활성화시키는 것이다. 만약 참여자들이 훈련의 일부 활동에 참여하길 원하지 않는다면, 그들의 의사가 존중되어야 한다.

진행자 참고사항

본 훈련 모듈에서 진행자 참고사항은 파란색으로 표기되어 있다. 참고사항은 진행자를 위한 답변의 예시 혹은 기타 지시사항을 포함하는데, 이는 참여자들에게 공개하는 것을 목적으로 하지 않는다.

참여자들에게 발표되어야 하는 내용, 질문과 설명은 검은색으로 표기되어 있다. 모듈의 내용을 전달하기 위한 훈련 모듈에 첨부된 별도의 과정 슬라이드는 <https://www.who.int/publications-detail/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>에서 확인할 수 있다.

퀄리티라이츠 훈련 평가

이 훈련 패키지의 일부인 퀄리티라이츠 사전·사후 평가설문지는 훈련의 영향을 측정하고, 추후 훈련 워크숍을 개선하기 위해 만들어졌다.

참여자들은 훈련을 시작하기 전에 사전평가 설문지를 완료해야 한다. 여기에는 30분이 소요된다. 훈련이 끝나면 참여자들은 사후평가 설문지를 완료해야 한다. 이 또한 30분이 소요된다.

수기 혹은 온라인으로 설문지가 완료되면, 참여자들을 대상으로 고유의 ID 를 만들어야 한다. 이 ID 는 사전·사후 평가설문지 모두 동일하다. 예를 들어, 훈련이 진행되는 국가의 이름 뒤에 1부터 25까지의 숫자(또는 집단 내 인원 수만큼)를 붙이는 방식으로 고유의 ID 를 만들 수 있다. 이를테면 자카르타12와 같은 고유의 ID 를 부여받았다고 했을 때, 고유의 ID 가 참여자에게 알맞게 부여되었는지 확인하기 위해 훈련 시작 전에 고유의 ID 가 있는 사전·사후 설문지를 참여자의 서류철에 넣으면 도움이 될 수 있다. 설문지가 익명이기 때문에 누가 어떤 고유의 ID 를 쓰는지 알 수 없지만 개인마다 동일한 ID 가 적힌 두 설문지를 꼭 확인해야 한다.

사후평가 설문지가 완료되면, 진행자들은 논의하여 모든 참여자들이 훈련에 대해 만족스럽고 유용했던 부분과, 만족스럽지 못하고 유용하지 않았던 부분, 그리고 그들이 공유하고자 하는 다른 어떠한 견해라도 표현할 수 있도록 해야 한다. 이는 참여자들이 훈련 중에 어떤 조치와 전략을 적용할 지 판단할 수 있는 기회가 된다.

훈련 이전에 각 참여자를 위해 사전·사후 설문지를 인쇄해야 한다. 인쇄 및 배포용 버전의 파일은 다음의 링크에서 확인할 수 있다.

정신건강, 인권 및 회복에 관한 세계보건기구 퀄리티라이츠 훈련 평가: 사전 설문지:

<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/20190405.PreEvaluationQuestionnaireF2F.pdf> (영문)

<https://www.yonginmh.co.kr/%EC%82%AC%EC%A0%84-%ED%9B%88%EB%A0%A8%20%EC%84%A4%EB%AC%B8.pdf> (국문)

정신건강, 인권 및 회복에 관한 세계보건기구 퀄리티라이츠 훈련 평가: 사후 설문지:

<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/20190405.PostEvaluationQuestionnaireF2F.pdf> (영문)

<https://www.yonginmh.co.kr/%EC%82%AC%ED%9B%84-%ED%9B%88%EB%A0%A8%20%EC%84%A4%EB%AC%B8.pdf> (국문)

훈련 영상

진행자는 모듈 중에 사용 가능한 모든 영상들을 검토하고, 훈련에서 가장 적합한 것을 선택하여 보여주어야 한다. 영상 링크는 시간이 지나면서 변동될 가능성이 있다. 따라서 훈련 전에 링크가 작동하는지 확인하는 것이 중요하다. 만약 링크가 작동하지 않는다면 적합한 대체 영상을 찾아야 한다.

언어적 표현에 대한 사전 주의사항

우리는 언어(language)와 용어(terminology)가 장애에 대한 진화하는 개념화를 반영하며, 시대의 변화에 따라 다양한 사람들이 다양한 맥락에서 다른 용어를 사용하게 될 것임을 인정한다. 사람들은 자신의 경험, 상황 또는 고통을 표현할 단어와 관용구, 그리고 설명을 결정할 수 있어야 한다. 예를 들어, 정신건강 영역에서 몇몇 사람들은 ‘정신과적 진단을 받은 사람’, ‘정신장애가 있는 사람’ 또는 ‘정신질환’, ‘정신건강 문제가 있는 사람’, ‘소비자’, ‘서비스 이용자’ 또는 ‘정신과 생존자(psychiatric survivor)’와 같은 용어를 사용한다. 다른 사람들은 이러한 용어의 일부 혹은 전체를 낙인으로 여기거나 그들의 감정, 경험 또는 고통을 설명할 때 다른 표현을 사용한다. 이처럼 지적 장애는 각기 다른 맥락에서 ‘학습 장애’나 ‘지적 발달 장애’ 또는 ‘학습의 어려움’ 같이 다양한 표현으로 언급된다.

‘심리사회적 장애(psychosocial disability)’라는 용어는 정신건강 관련 진단을 받았거나, 그 용어로 자신을 규정하는 사람을 포함하기 위해 채택되었다. ‘인지적 장애(cognitive disability)’와 ‘지적 장애(intellectual disability)’라는 용어는 인지적 또는 지적 기능과 관련한 진단을 받은 사람들을 특정적으로 포함하기 위해 만들어졌으며, 이는 치매와 자폐증에 국한되지 않는다.

‘장애(disability)’라는 용어를 사용하는 것은 장애가 실제적 또는 지각된 손상이 있는 사람들의 완전하고 효과적인 사회적 참여를 방해하는 중요한 장벽이며, 그들이 CRPD 하에 보호된다는 사실을 강조한다는 맥락에서 중요하다. 이 맥락에서 ‘장애’라는 용어를 사용하는 것은 사람들이 손상(impairment)이나 질환(disorder)을 가지고 있음을 의미하지는 않는다.

우리는 또한 정신건강 및 사회복지 서비스를 ‘이용 중인 사람’ 또는 ‘과거에 이용했던 사람’이라는 용어를 사용하기도 하는데, 이는 반드시 장애를 가지고 있다고 확인된 것은 아니지만, 본 훈련에 해당하는 다양한 경험을 한 사람들을 지칭하기 위해서다.

또한 이러한 모듈에서 ‘정신건강 및 사회복지 서비스’라는 용어는 국가가 현재 제공하고 있는 광범위한 서비스를 뜻한다. 예시로는 공공, 사립 및 비정부 영역의 광범위한 건강 및 사회적 케어 제공자들이 기존의 정신건강 및 사회복지 서비스에 대한 대안으로 제공하는 가정 기반의 서비스와 지원뿐만 아니라, 지역사회 정신건강센터, 1차 의료기관, 외래 서비스, 정신과 병원, 일반병원 내 정신병동, 재활센터, 전통적인 치유자, 주간보호센터, 노인주택 및 기타 ‘그룹’ 홈이 포함된다.

이 문서에 적용된 용어는 포용성을 위해 선택되었다. 특정한 표현이나 개념을 통해 스스로를 정의하는 것은 개인의 선택이지만, 그럼에도 인권은 여전히 모든 사람에게, 어디에서나 적용된다. 무엇보다도, 진단이나 장애로 사람을 정의해서는 절대로 안 된다. 우리는 모두 고유한 사회적 환경, 성격, 자율성, 꿈, 목표와 포부, 다른 사람들과 관계를 맺고 있는 개개인이다.

학습목표, 주제 및 자료

학습목표

훈련을 마치면 참여자들은 다음을 학습할 수 있다.

- 서비스에 대한 공유된 비전을 개발하는 것의 중요성과 이를 달성하기 위한 과정을 이해한다.
- 서비스 이용자의 권리를 존중하는 데 있어 서비스 문화의 중요성을 이해한다.
- 서비스 문화와 관행을 변화시키는 방법을 알아본다.
- 정신건강 또는 사회복지 서비스 분야에서 이루어진 퀄리티라이츠 평가 결과로부터 깊이 있는 지식을 습득한다.
- 퀄리티라이츠 평가의 결과와 이러한 결과를 받은 원인, 이러한 것들이 차후 서비스에 대해 갖는 함의를 논의할 공간을 제공한다.
- 집단별로 퀄리티라이츠 평가 결과를 기반으로 조치가 필요한 영역의 우선순위를 파악한다.
- 협력적으로 개선 계획을 만들고 이행하는 데 필요한 기술을 개발한다.

주제

파트 1. 서비스 문화, 비전 및 리더십

주제 1: 서비스의 공유된 비전 정의하기 (1 시간 40 분)

주제 2: 서비스 문화 및 변화 (4 시간 15 분)

이 훈련 파트에서 서비스 내의 퀄리티라이츠 평가가 반드시 완료되어야 하는 것은 아니다.

파트 2. 서비스 변화를 위한 개혁 및 개선 계획을 개발하고 시행하기

주제 1: 정신건강 및 사회복지 서비스의 질과 인권 문제 이해하기 (2 시간 40 분)

주제 2: 퀄리티라이츠 평가 도구에 기반한 서비스에서의 구체적인 변화 우선순위 (2 시간 30 분)

주제 3: 문제에서 해결책으로, 행동에서 영향까지 (3 시간 20 분)

주제 4: 앞으로 나아가기 (25 분)

이 훈련 파트에서 서비스 내의 퀄리티라이츠 평가가 반드시 완료되어야 한다.

필요한 자료

서비스 개혁 및 인권 증진 강의 자료(세계보건기구 퀄리티라이츠 훈련 및 지침: 정신건강 및 사회복지 서비스)는 다음의 링크를 참조하기 바란다: <https://www.who.int/publications-detail/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>

장소 요건: 참여자들의 학습경험을 최적화하기 위해 교육 장소는 아래와 같은 조건을 갖춰야 한다.

모두를 수용할 수 있도록 충분히 크되, 자유롭게 개방적인 토론이 가능하도록 작아야 함. 집단으로 앉을 수 있는 자리 배치(예를 들어, 둥근 테이블에 몇몇 참여자들이 같이 앉을 수 있는 연회장 자리를 배치할 수

있음. 이 배치는 참여자들 간의 원활한 상호작용을 도울 뿐 아니라 집단 활동에 준비된 환경을 조성함)
필요 사항에 따라 훈련에 참여하는 모든 참여자들이 용이하게 참여할 수 있도록 하는 합리적인 편의 제공
비디오 사용이 가능하도록 강의실에 인터넷 연결
영상의 소리를 잘 듣게 하기 위한 앰프
프로젝터 스크린과 프로젝터 장비
진행자를 위한 1 개 이상의 마이크와 참여자를 위한 최소 3 개의 추가적인 무선 마이크(집단 테이블 당 한 개의 마이크 배치가 이상적임)
최소 2 장의 플립차트 혹은 여분의 종이와 펜

훈련 모듈을 위해 필요한 추가적인 인쇄물 자료

- 퀄리티라이츠 평가 보고서 사본
- 개별 참여자를 위한 주제 3: 문제에서 해결책으로 발표 자료 사본
- 모든 참여자를 위한 부록 1-8 사본. 부록 8 을 완성하기까지 여러 차례 작성해야 하므로 여러 장의 사본을 준비해 두라.

소요시간

약 15 시간

참여인원

현재까지의 경험에 비추어 볼 때, 최대 25명을 대상으로 훈련을 진행하는 것이 가장 효율적이다. 이는 모든 사람들이 생각을 표현하고 상호작용하기 위한 충분한 기회를 제공한다.

훈련 전 필요 조치 사항

훈련을 실시하기에 앞서, 다음과 같은 조치를 취하는 것이 중요하다.

- 고위 관리자를 직접 참여시키고, 관리자의 승인과 지원을 받을 것을 확실히 한다.
- 평가가 실시되었다면, 서비스 관리자와 퀄리티라이츠 평가 결과 다음으로 취해야 할 조치에 대해 논의한다.
- 지원의 중요성과 개선이 어떻게 모든 사람에게 이득이 되는지를 강조한다.
- 평가, 개선 계획과 후속 조치가 사람들을 비난하려는 것이 아닌, 상황을 개선하기 위해 모두가 함께 노력하도록 하려는 것임을 강조한다.
- 모든 이해관계자들이 훈련에 참여하고, 이행 과정과 다양한 워킹 그룹에 적극적으로 동참하도록 권유한다.





서론

본 모듈은 인권을 존중하는 회복 지향적 접근법의 방향성에 따라 서비스를 개혁하기 위해 취할 필요가 있는 조치에 대해 참여자들이 논의하고 결정하도록 지원하는 데 목적이 있다. 파트 1 은 서비스 문화, 비전 및 리더십을, 파트 2 는 서비스 변화를 위한 개선 계획을 개발하고 시행하는 것을 다룬다. 파트 1 의 훈련은 모든 정신건강 및 사회복지 서비스에 의해 수행될 수 있지만, 파트 2 는 WHO 퀄리티라이츠 평가 도구와 방법론을 사용한 서비스에서 시행된 케어의 질과 인권에 대한 평가 결과를 기반으로 하며, 해당 서비스에 특정한 개선 영역에 초점을 맞춘다.

본 모듈의 목적은 정신병원이나 다른 시설들이 장기간 거주하거나 오래 머물기 좋은 장소가 될 수 있음을 전달하려는 것이 **아니다**. 사실 본 모듈 및 전체 퀄리티라이츠 훈련의 메시지는 사람들이 시설에서 거주하도록 **절대** 요구받아서 안 된다는 것이다. 지역사회로부터 고립되고 연결되어 있지 않은 대규모 정신건강 시설은 단계적으로 폐지되어야 하며, 회복을 촉진하고 인권을 존중하는 지역사회 기반의 정신건강 및 사회복지 서비스로 대체되어야 한다. 퀄리티라이츠 평가는 인권 침해가 상당한 특정 기관의 안 좋은 문제를 드러낼 수 있으며, 이러한 시설을 폐쇄하라는 권고로 이어질 수 있다.

본 모듈은 참여자들이 서비스 문화, 힘의 역동, 구체적인 질과 파악한 인권 격차를 다루기 위해 그들의 정신건강 또는 사회복지 서비스에 대한 ‘개선 및 개혁 계획’을 준비하는 방식을 보여준다. 서비스 이용자와 직원 및 타인 간의 평등, 존중, 존엄에 대한 생각(notion)이 핵심 가치로 포함되어야만 하며, 서비스 문화와 관행에 뿌리내려야 한다. 퀄리티라이츠 평가는 파악한 개선 영역을 단기적·중장기적 활동으로 우선순위를 매기는 데 도움이 된다.

파트 1. 서비스 문화, 비전 및 리더십

이 훈련 파트에서 서비스 내의 퀄리티라이즈 평가가 반드시 완료되어야 하는 것은 아니다.

주제 1: 서비스의 핵심 가치와 공유된 비전 정의하기

소요시간

약 1 시간 40 분

발표: 핵심 가치(core value)에 기반한 비전(vision)을 갖는 것의 중요성 (10 분)

- 서비스 변화 과정의 중요한 부분은 모두가 파악하고 전념할 수 있는 서비스에 대한 비전을 정의하는 것이다.
- 비전은 서비스가 어떻게 기능해야 하고, 무슨 목표를 달성해야 하는지, 즉 서비스가 지향하는 전반적인 결과를 나타내야 한다. 비전은 대개 서비스에 대해 높은 기대치를 설정한다.
- 직원들뿐만 아니라 서비스 구성원, 특히 서비스 이용자와 그들의 가족이 비전을 개발하고, 이해하며, 공유해야 한다.
- 사람들이 더 높은 수준의 정신건강과 안녕감을 달성하도록 서비스 내의 모든 이해관계자가 최선의 노력을 기울이는 데 동기를 부여하기 위하여, 비전은 의사소통하기 용이하며, 고무시키고, 희망을 주어야 한다.
- 예를 들면, 비전은 '모든 사람의 정신건강과 안녕감을 향상시키기 위해 지역사회에서 전인적이고 회복 지향적이며 양질의 서비스를 제공하는 탁월한 서비스가 되는 것'일 수 있다.
- 핵심 가치는 비전의 기반이 되어야 하며, 서비스 내 모든 활동의 동력이 되어야 한다.
- 예를 들면, 핵심 가치에는 평등, 존중, 존엄, 신뢰, 기밀성, 안녕감, 유대감, 지역사회 케어, 공유된 이해, 참여, 회복, 권한 강화, 희망, 보호, 자비, 포용, 다양성, 개방성, 비차별성, 확실성, 강점 초점적, 인간 중심적, 인간 주도적, 높은 질이 포함될 수 있다.
- 비전과 핵심 가치 모두 인권 기준, 특히 장애인의 권리에 관한 협약(CRPD)에 반드시 부합해야 한다. 비전과 핵심 가치는 스스로 선택할 수 있는 권리 및 강압, 폭력, 학대로부터 자유로울 권리를 포함하여 서비스 이용자의 권리와 존엄성을 반영하고 존중해야 한다.
- 요점은 모든 이해관계자가 이러한 핵심 가치의 중요성에 대해 동의하고 이를 지키기 위해 적극적으로 노력하는 것이다.

활동 1.1: 서비스의 비전 및 핵심 가치 정의하기 (1시간 30분)

참여자들을 5인 1조로 나누고, 45분 동안 그들의 서비스의 핵심 가치와 비전을 파악한 다음, 이를 부록 2에 기록할 것이라고 설명하라. 답변에 옳고 그름이 없음을 강조하라.

비전과 가치를 공식화(formulating)할 때 고려해야 할 질문은 다음과 같다.

당신의 정신건강 또는 사회복지 서비스에서 중요하다고 생각하는 핵심 가치는 무엇인가요?

서비스 방문자들이 어떤 결과를 얻어 가길 바라나요?

당신이 제공하는 서비스는 어떤 의미를 가지나요?

당신이 서비스를 제공하는 방식에는 어떤 의미가 있나요?

이 모든 것이 서비스 비전에 무엇을 의미하나요?

먼저 서비스의 핵심 가치 및 비전 정의하기(부록 2) 문서를 사용하여 서비스에 중요하다고 생각하는 핵심 가치를 기록하라.

집단의 핵심 가치를 작성한 후, 가장 이상적인 방식으로 서비스 기능을 보고자 하는 방식을 설명하는 비전 문장을 작성하도록 시도하라. 이는 파악한 모든 핵심 가치와 일치해야 한다. 이 또한 문서로 작성하라.

집단 작업을 마친 뒤, 각 집단이 전체 참여자에게 핵심 가치와 비전을 나타내는 문장 혹은 공유된 비전을 나타내는 문장을 만드는 데 도움이 될 수 있는 관련 문구나 주제에 대해 발표하도록 하라.

진행자는 이러한 핵심 가치와 비전 문구(또는 구문이나 주제)를 플립차트에 나열해야 한다.

이후에 진행자는 집단과 협력하여 모두가 지키고 전념할 것을 합의한 일련의 서비스 가치와 공유된 비전을 만들어야 한다.

다음은 가능한 답변의 예시이다.

- **핵심 가치:** 평등, 존중, 존엄, 신뢰, 기밀성, 안녕감, 유대감, 지역사회 케어, 공유된 이해, 참여, 회복, 권한 강화, 희망, 보호, 자비, 포용, 개방성, 확실성, 강점 초점적, 인간 중심적, 인간 주도적, 높은 질 등
- **비전 문구:** 모든 사람을 위한 정신건강과 안녕감 촉진하기, 회복, 인권 준수 반영하기, 평등·존중·존엄성의 개념을 지키기, 양질의 서비스 제공하기 등

주제 2: 서비스 문화 및 변화

소요시간

약 4 시간 15 분

발표: 서비스 문화 이해하기 (40 분)

이 주제는 정신건강 또는 사회복지 서비스의 서비스 문화가 직원, 관리자뿐만 아니라 서비스 이용자의 일상적 행위와 일과에 어떻게 영향을 미치는지에 대해 설명한다. 서비스 문화를 변화시키는 것은 서비스 개선의 토대를 이루며, 이러한 이유로 본 모듈의 초반 부분에서 심도 있게 다뤄진다.

여기서의 목적은 건강하지 않고 모멸적인 서비스 문화가 건강하지 않고 모멸적인 행동으로 이어지며, 그 반대의 경우도 마찬가지라는 점을 강조하는 것이다. 이는 서비스 이용자와 제공자 모두의 정신건강과 안녕감에 부정적인 영향을 미칠 수 있다. 인권을 침해하는 격리, 강박, 폭력, 강압의 사용으로 특징지어진 문화를 바꾸기 위해서는 전략이 필요하다.

이러한 주제에 대한 자세한 내용은 강압, 폭력 및 학대로부터의 자유 모듈과 격리, 강박, 및 기타 강압적인 관행을 근절시키기 위한 전략 모듈을 참조하라.

서비스 문화에 대한 정의

서비스 문화란, 서비스의 다양한 구성원이 공유하는 가치, 신념, 규칙 및 관행의 양상을 의미한다.(2) 이는 서비스 이용자, 정신건강 및 기타 실무자들, 관리자 그리고 가족 구성원, 케어 파트너와 다른 관련된 사람들을 포함한 서비스 내 다양한 집단 간의 역동에서 비롯된다.

서비스 문화 자체는 직원, 서비스 이용자, 심지어 서비스에 새로 유입된 구성원들의 일상적인 관행에도 직접적인 영향을 미칠 수 있다. 안타깝게도 문화는 무의식적으로 작동하기 때문에 대다수의 서비스 구성원들이 숙고 없이 문화를 수용하는 경우가 많다. 문화는 ‘이곳에서 우리가 일을 하는 방식’을 정의한다.(2)

무엇이 서비스 문화에 영향을 미치는가?

서비스 문화는 가시적 요인, 명시된 서비스 가치와 기본 가정의 영향을 받는다.(3) 이러한 요인들은 그림 1 과 같이 양파 같은 구조(onion-like structure)로 연결되어 있다.

그림 1. 요인들과 가치, 가정이 연결되는 방식



가시적 요인(visible factor)은 신체적, 심리적 또는 사회적 환경의 구조와 표시물을 말한다. 예시로는 물리적 공간의 설계, 사람들 간의 관찰된 행동과 상호작용(즉, 일상적 관행과 일과), 의복, 사람들 간의 의사소통 방식, 사용하는 언어적 표현, 접근 가능한 공간, 서비스 가치에 대한 성명서(서비스 운영 방식에 관한 헌장, 강령, 공식 설명 등을 포함)가 있다. 가시적 요인은 쉽게 알아차릴 수 있지만, 그것들이 의미하는 바나 나타내는 것을 해석하기 어려울 때가 있다.

명시된 서비스 가치(declared service value)는 서비스가 ‘어떻게 되어야 할지’에 대하여 생각하는 것이다. 이는 국제 인권 기준(예: 누구도 강박의 대상이 되어서는 안 된다)과 일치하거나, 반대될 수도 있다(예: 특정 조건 하에서는 강박의 사용이 허용된다). 가치는 종종 직접적으로 보이지 않고 반투명하며, 서비스에 대한 정책 문서나 문서화된 절차를 통해 서면 또는 구두로 표현되는 경우가 많다. 관행을 안내하기 위해 참고할 명시된 서비스 가치가 없는 경우가 잦은데, 이는 사람들이 가지는 기본 가정 때문에 매우 모순된 방식으로 행동할 수 있다는 것을 의미한다.(4)

기본 가정(basic underlying assumption)은 대개 무의식적이고, 당연히 여겨지는 신념, 아이디어와 태도로서, 행동, 지각, 사고, 느낌을 결정한다. 이는 모든 서비스 구성원의 사고와 행동에 영향을 미침으로써 서비스 문화에 크게 기여한다.(3)

부정적인 기본 가정이 문제시되고 다루어지는 경우에만 서비스를 위한 일련의 긍정적인 가치를 세우는 것이 문화의 개선으로 이어질 것이다. 예를 들어, 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들은 의사결정을 할 수 없다는 믿음이 실무자가 서비스 이용자를 대신하여 치료와 다른 결정들을 내리도록 하는 부정적인 기본 가정이다(가시적 요인). 이는 서비스 이용자의 회복과 자율성에 관하여 서비스에서 명시한 가치와 충돌하게 될 수 있다.

기본 가정은 대개 가시적이지 않은데, 어디에 기록되거나 질문이 제기되지 않는다는 점에서 파악하기 어렵고

때로는 이해하기도 어렵다. 예를 들어, 서비스 이용자는 직원과 같은 방에서 점심 식사를 하는 것이 허용되지 않을 수 있다. 그러나 다양한 시나리오가 결정을 좌우할 수 있기 때문에 이러한 관행에 대한 직원의 논리를 파악하기 어려울 수 있다.

- 이러한 관행은 작업 방식에 대한 서비스 규칙(부정적이거나 인권 접근법과 일치하지 않는 명시된 가치)에 기반할 수 있다.
- 이는 서비스 이용자와 직원이 평등하지 않다는 부정적인 기본 가정을 반영하는 직원들에 의해 시작된 비공식적인 관행일 수 있다.
- 관행은 공식적으로 명시된 서비스 가치를 기반으로 하는 어떠한 규칙도 반영하지 않을 수 있다. 대신에 이는 단순히 추가적인 비판적 숙고 없이 '우리가 이곳에서 일하는 방식'이나 '항상 해왔던 방식'에 관한 자동적인 기본 가정을 나타내는 것일 수 있다.

이러한 관행의 이유가 무엇이든 세 가지 시나리오 모두에서 직원들은 자신의 의사결정이 서비스 이용자에게 미치는 영향을 알아차리지 못할 수 있다.

그러나 서비스 및 모든 이해관계자의 가치(또는 가치의 결여)와 기본 가정에 의문을 제기함으로써 명시된 가치와 부합하지 않는 규칙과 관행을 변경할 수 있다.

긍정적인 서비스 문화로 나아가기 위해서는 이러한 모든 영역, 즉 1) 서비스 내의 사람들이 보유하는 부정적인 기본 가정, 2) 낙인과 차별에 기여하는 서비스가 지닌 명시된 가치, 3) 부정적인 자동적·습관적 관행으로 이어지는 것을 포함한 가시적 요인에서의 변화가 필요하다.

전반적인 경험, 권력, 이점, 사회적 맥락, 사회적 지위가 여러 면에서 다를 수 있는 다양한 직원과 서비스 제공자들이 존재한다는 점을 유의하는 것이 중요하다.

모든 서비스 직원이 자신의 실무 내의 가시적 요인, 가치, 기본 가정에 의문을 제기하는 것이 중요하다. 비판적인 자기 숙고가 필수적이다.

스스로에게 다음의 질문을 할 수 있다.

- 이 서비스와 서비스 이용자에 대한 나의 기본 가정은 무엇인가? 나의 사회적 지위, 교육 또는 훈련은 어떻게 이러한 가정을 형성하였는가?
- 이것이 나 자신을 보는 방식과 다른 사람들이 나를 인식하는 방식에 어떻게 영향을 미칠 수 있는가?
- 이것이 내가 일하는 방식에 어떻게 영향을 미칠 수 있는가? (예: 내가 동료, 서비스 이용자와 대화하거나 행동하는 방식)
- 존엄성, 평등, 존중을 증진하기 위해 내가 무엇을 더 잘할 수 있는가? (예: 서로 다른 집단들이 차별을 경험하는 방식에 대해 더 알아보기, 변화를 위한 참여 과정을 장려하기)

서비스 문화(service culture)에서 '서비스의 문화(culture of service)'로

'서비스'의 개념은 중요한 의미를 가지며 서비스 문화에 영향을 주어야 한다. 이는 사람들이 서비스를 요청하고 선택하고 사용하고 수용하기 때문에 사람들이 그 곳에 있다는 점을 의미한다. 따라서 비자발적인 개입을 허용하는 시스템은 '서비스'로 간주할 수 없다.

사람들이 필요로 하기 때문에(이를테면, 삶에서 직면하는 힘든 상황을 벗어나기 위해), 특히 어려운 시기에 인간적인 연결, 위로, 지원의 수혜를 받을 수 있다고 느끼거나 혹은 일상적인 공간이나 일과에서 벗어나 회복을 진전시키고자 서비스를 이용하는 것에 대해 직원들이 이해하는 문화를 조성하는 데 온 노력을 기울여야 한다. 서비스는 사람들을 '관리'하고 '통제'하는 문화로부터, 사람들이 지원을 요구할 때 필요 사항이 충족되도록 지원하는 것을 목표로 하는 회복 지향적인 접근으로 전환되어야 한다. 이러한 문화적 변화를 달성하기 위해서는 직원들이 사람들의 요구에 부응하지 못하거나 거부하는 대신, 필요 사항을 충족시키기 위해 사람들과 함께 작업하는 것이 필수적이다.

이와 동시에 때때로 서비스가 특정 요구 사항을 충족할 수 없거나, 그것들을 즉시 충족하지 못할 수도 있다는 점을 인정하는 것이 중요하다. 이는 관련된 사람들과 논의되어야 한다. 또한 서비스 관리자는 서비스 직원이 서비스 이용자의 요구에 효과적으로 관여하고, 이를 충족시키는 것이 가능하도록 하고, 권한을 강화하는 데 필요한 작업 조건을 갖추고 있는지 확인해야 한다.

활동 2.1: 서비스 문화 내의 가치적 요인, 가치 및 기본 가정에 대해 이해하기 (60 분)

참여자들이 지난 활동과 동일한 집단을 유지하도록 하고, 부록 4 인 서비스 문화 내의 가치적 요인, 가치 및 기본 가정에 대한 분석을 준비하도록 하라. 다음의 질문에 답하며 양식을 완성하고 나중을 위해 보관하라.

1. 활동 1.1 과 서비스에 대해 당신이 동의한 명시된 가치를 떠올려라. 그 가치들을 표의 첫 번째 열에 작성하라.
2. 각 가치에 있어서, 가치를 반영하거나 충돌되는 서비스 내의 가치적 요인들을 파악하라. 가치적 요인에는 방, 의복, 가구, 음식, 의사소통 방식을 비롯해 당신이 관찰할 수 있는 어떤 것이든 포함될 수 있다.
3. 마지막으로, 가치를 지키기 위해 문제시될 필요가 있는 기본 가정들을 떠올려보라.

기본 가정 1: 직원은 서비스 이용자들을 '통제'하고 '관리'해야 한다.

기본 가정 2: 서비스 이용자들은 회복할 수 없다.

가치	가시적 요인	문제시되어야 하는 기본 가정
예: 회복 접근	가치의 반영: 의사소통 방식. 존중하고 사람을 우선시하는 회복 지향적인 언어적 표현이 사용되며, 서비스 이용자와 직원들은 이 이슈에 대해 정기적으로 이야기한다.	예: 정신건강 문제는 영구적인 문제로, 이러한 진단을 받은 사람은 회복할 수 없다.
예: 비폭력적 접근	가치와의 충돌: 서비스 내에서 격리가 사용된다.	때때로 사람의 안전을 유지하기 위해 강압을 사용하는 것이 필요하다.

전체가 함께 모여, 각 집단이 질문에 대한 그들의 견해를 제시하고 개인적인 경험을 공유하도록 요청하라. 참여자들에게 추후 활동을 위해 완성한 부록 4 를 보관하여야 함을 상기시켜라.

발표: 서비스 문화 내의 힘의 역동 (20 분)

본 발표의 목적은 참여자들이 서비스 문화의 맥락에서 힘의 역동의 역할과 영향을 이해하도록 돕는 것이다. 힘의 역동은 직원, 서비스 이용자 및 다른 사람들 간의 관계의 성질을 형성한다. 이러한 역동을 이해하고 다루는 것은 서비스 문화를 개선하기 위한 중요한 단계다.

서비스 내의 문화는 서비스 내에 존재하는 힘의 역동으로 이어지며 이를 반영한다. 문화를 개선하거나 변화시키기 위해서는 이러한 역동과 그 이면의 이유 그리고 그 영향을 이해하기 위한 집중적인 관심이 필요하다.

힘의 역동이란 무엇인가?

권력은 모든 사람들의 일상에서 작동하며, 시간과 장소에 따라 변화하는 이득과 손실을 만들어낸다. 권력은 구조적 수준(이를테면, 차별적 정책)에서 개인적 상호작용(이를테면, 인종적 비방)에 이르기까지 다양한 수준에서 발휘되고 저항을 받는다. 권력 관계에는 타인에 대한 ‘권력 행사(power over others)’뿐만 아니라 ‘타인과의 공동 권력(power with others)’도 포함된다(사람들이 집단으로 함께 일하는 경우).(5) 다시 말해, 이는 누군가가 할 수 있는 것 혹은 할 수 없는 것을 통제할 수 있다는, 즉 어떤 것에 대한 특정 권한을 갖는다는 것을 의미한다.

‘힘의 역동’이라는 용어는 사람들이 특정 장소나 상황에서 갖는 권력의 정도가 다르다는 것을 나타낸다. 힘의 역동은 정신건강 및 사회복지 서비스의 전달과 경험뿐만 아니라 이에 대한 접근성에도 영향을 미친다.

정신건강 또는 사회복지 서비스 내에서 직원은 서비스 이용자보다 더 많은 힘을 갖는다.(6) 이는 보통 ‘힘의 불균형’으로 일컬어진다.

힘의 불균형은 서비스 이용자와 직원 모두의 안녕감에 상당한 장벽이 될 수 있다. 서비스 이용자는 대개 정신건강과 기타 실무자들이 지위가 있기 때문에 그들이 원하는 것을 할 수 있는 한편, 자신 스스로는 자신의 케어에 거의 영향을 미치지 못한다고 생각한다.(7) 힘의 남용은 폭력, 착취, 강압, 학대 그리고 잔인하고 모욕적인 처우를 초래할 수 있다.

결과적으로 서비스 이용자들은 현존하는 위협과 힘의 역동으로 인해 폭력, 강압, 학대에 대해 저항하거나 불만 제기를 주저할 수 있다.

힘의 불균형이 발생하는 방식에 대한 예시

서비스 문화 내의 힘의 불균형은 서비스 기능의 모든 측면(가치와 가시적 요인 포함)에 영향을 미치는 기본 가정에 의해 좌우된다.(3)

예를 들어, 많은 서비스에서 직원의 관행과 일과는 서비스 이용자를 관리해야 한다는 기본 가정의 영향을 받고, 이는 힘의 불균형을 초래한다. 그 결과로 서비스 직원들은 의사소통, 공감과 함께 평등, 존중, 존엄성을 가지고 사람들을 대하는 것이 서비스의 명시된 가치일지라도 질서와 통제 및 절차를 우선시할 수 있다.

직원들은 본질적으로 서비스, 규칙, 절차를 제공하고 이행할 책임이 있기 때문에 권력을 갖게 된다. 직원의 기본 가정이 평등, 존엄성 및 존중으로 특징지어지지 않을 때, 서비스 내 힘의 불균형이 초래되고 반영된다. 이는 직원들이 일상적 관행(가시적 요인)에서 무례한 언어 표현을 쓰거나 강제로 사람을 대할 때, 격리와 강박을 사용할 때 목격될 수 있다.

힘의 불균형이 있는 건강하지 못한 서비스 문화는 서비스 이용자들이 그들의 안녕감과 모든 기본적인 필요 사항에 있어서 직원에게 의존할 때 더욱 강화된다. 그들은 종종 자신의 상황을 통제할 수 없으며, 특히 비자발적으로 감금되었을 때 그렇다.

힘의 불균형이 직원, 경영진 및 케어 파트너, 가족 같은 다른 사람들에 의해 거의 무의식적으로 강화되거나 감소 또는 조정될 수 있다는 점을 유의하는 것이 중요하다. 이는 서비스 문화가 개인의 사고와 행동에 영향을 미칠 수 있다는 사실과 연관된다.

정신건강 및 사회복지 서비스에서 힘의 역동이 미치는 영향에 대한 자세한 내용은 '강압, 폭력 및 학대로부터의 자유'와 '격리, 강박 및 기타 강압적인 관행을 근절시키기 위한 전략' 모듈을 참고하라.

활동 2.2: 시설 문화의 실제 예시 (30 분)

참여자에게 다음 영상을 보여주라.

***주의:** 본 영상은 일부 사람들에게 강한 정서적 반응을 불러일으킬 수 있다.

진행자들은 다음을 유념해야 한다. 영상을 보여주기 전에 앞서 참여자들에게 영상이 끝날 때까지 자유롭게 훈련 회기에서 퇴장해 있어도 된다고 알려라. 또한 진행자는 참여자가 보이는 어떠한 고통의 신호에도 주의를 기울여야 한다. (자세한 내용은 진행자 지침을 참조하라)

참여자들에게 영상의 시작부터 4 분 11 초까지 보여주어라. 이는 참여자들에게 본 활동의 목적을 위해 영상에 나온 시설에 대한 아이디어를 제공하기에 충분히 긴 시간이다.

증인, 잊혀진 사람들. 국제 장애인 권리 연대 [9 분 42 초] <https://www.youtube.com/watch?v=VVj1LCnO0OY&feature=youtu.be> (2019 년 4 월 9 일 접속).

영상을 보여준 후, 참여자들에게 다음과 같은 전체 질문을 하라.

- 가시적 요인과 서비스 가치에 대한 논의를 복기하고, 이 영상에 대해 다음의 질문에 답하라.
- 어떤 종류의 시설 문화를 보았는가?
- 어떤 가시적 요인이 있었는가?
- 서비스가 따르고 있는 선언의 가치가 있다고 생각하는가?
- 어떠한 기본 가정이 있다고 생각하는가?

다음은 가능한 답변의 예시이다.

시설 문화

- 열악한 생활 조건과 환경, 비인간적인 치료, 강압, 학대, 방치, 인간의 존엄성에 대한 존중 없음

가시적 요인

- 열악한 생활 환경(예: 소변이 묻은 바닥, 더러운 욕실, 과잉 수용, 거주자는 99 명인데 컵은 5 개인 시설)
- 비인간적이고 모욕적인 치료 관행(예: 의자에 묶이고, 감금되며, 사생활이 없고, 존엄성을 존중받지 못함)
- 방임(예: 사람들이 행동하도록 하는 자극이 없고, 사람들은 벌거벗은 채로 복도를 배회하며, 아이들은 사람과 접촉할 기회를 박탈당함)
- 의복(예: 직원은 깨끗한 유니폼을 입고, 서비스 이용자들은 더러운 옷, 잠옷을 입거나 아무 것도 입지 않음)
- 의료적 차원의 관심이 불충분하거나 부적절하다.

선언된 서비스 가치

- 영상에서 어떠한 긍정적 서비스 가치도 확인할 수 없다.

기본 가정

- 서비스 이용자는 존엄과 존중을 가지고 대우를 받을 필요가 없다.
- 자학을 방지하기 위해 사람들을 묶는 것은 받아들여질 수 있다.
- 직원이 부족한 상황이라면 누추한 생활, 그들이 경험하는 학대와 방임은 받아들여질 수 있다.

논의 후 다음을 보여주어라.

본 활동을 통해 무엇을 배울 수 있는가?

이 영상은 건강하지 않은 시설 문화가 어떤 모습일 수 있는지를 보여준다. 이는 정신과와 사회적 케어 시설에서 많이 목격되는 것이다. 불평등, 차별, 폭력, 강압의 문화가 확대되어 사람들의 심신 건강에 치명적인 손상을 줄 수 있다.

존엄성이나 존중 없이 다뤄지고 강압, 폭력, 학대, 방치를 허용하는 문화는 사람들의 정신건강과 안녕감에 중대한 손상을 초래할 가능성이 있다.

때로 사람들이 속한 서비스 문화(예: 시설 문화)는 그들이 생각하는 것보다 개인으로서의 그들 행동에 더 많은 영향을 미칠 수 있으며, 심지어 그들의 모든 긍정적인 개별 특성과 가치를 능가할 수도 있다.

문화가 그들의 기본 신념, 의사결정, 타인을 대하는 방식과 상호작용할 때 사람들의 일반적인 도덕적 추론과 사고가 변화할 수 있다.

따라서 사람들이 문화에 따라 행동하는지, 일상적인 문화가 모든 서비스에 내재되어야 하는 평등, 존중, 존엄의 핵심 가치와 일치하는지 확인하기 위해서 서비스 문화를 비판적으로 평가하는 것이 중요하다.

이러한 평가는 개인과 집단(예: 신념 및 가정), 심지어 인식되지 못한 채 행동에 영향을 미치는 가시적 요인(예: 직원의 행동), 서비스의 가치 및 비전 그리고 더 광범위한 구조(예: 기타 분야별 정책, 사회 전반에서의 평등한 케어에 대한 사회적 장벽)에 이르기까지 서비스 문화를 형성하는 다양한 수준을 반드시 고려해야 한다.

발표: 어떤 난관을 극복해야 하는가? (8) (40 분)

힘의 불균형은 건강하지 않은 서비스 문화이며, 종종 변화에 대한 저항을 초래한다. 문화를 변화시키기 위한 전략들은 의도적으로 변화를 차단하는 장벽들을 고려해야 한다.

다음과 같은 장벽들이 있을 수 있다.

- 주인 의식
- 변화에 대한 피로
- 공감 피로
- 서비스의 복잡성
- 리더십 스타일
- 다양한 하위문화
- 외부적 영향

주인 의식(Degree of ownership)

서비스 내 개인 또는 집단의 변화에 대한 반응은 부정적이거나 예측 불가능할 수 있고, 변화가 손실을 야기한다고 느끼거나 변화에 대한 필요가 인식되지 않는 때 저항을 받을 수 있다.

변화와 관련된 아이디어에 부정적인 소수의 사람들만으로도 혼란이 야기되며, 집단이 변화에 저항적인 경우 서비스 내의 긍정적 변화에 중대한 장벽이 될 수 있다.

그러므로 지도자 역할을 하거나 서비스 문화의 변화에 있어 핵심적인 인물의 헌신을 구하는 것이 중요하다. 리더십은 투명성을 증진하며 서비스 문화에 대한 변화의 필요성을 직원과 다른 사람들에게 알리는 데 중요한 역할을 한다.

결론적으로, 서비스 이용자의 관점이 서비스 문화에 대한 변화로 향해야 한다. 개인의 고민을 경청하면서도, 서비스 문화는 그들의 필요 사항을 지지하고 답해야 할 목적이 있다는 것을 유념하는 것이 중요하다.

문화의 변화를 이행하기 위해서는 서비스 내의 대다수 사람들이 관여할 필요가 있다. 모든 이해관계자들은 이 과정에서 주인 의식을 느껴야 한다. 서비스 이용자는 주인 의식을 전혀 느끼지 못하는 경우가 많다. 그들이 이 과정의 일부분으로서 동등한 기회를 가지도록 하는 것이 필수적이다.

- 서비스 이용자, 직원, 기타 이해관계자들은 변화의 과정에서 주인 의식을 증진하기 위해 활동 1.1 에서 본 것과 같은 서비스의 핵심 가치와 공유된 비전을 정의하도록 협력할 수 있다.
- 서비스 내의 인권을 이해하고 장려하는 모든 이해관계자들의 역량을 집단적으로 합의하고 구축하는 것이 필요하다.

(인권에 대한 정보를 얻으며, 인권 및 회복을 이해하고 장려하기 위한 역량을 구축하기 위해 인권과 정신건강, 장애 및 인권 모듈을 참고하라.)

변화에 대한 피로(Change fatigue)

많은 서비스들은 동시에 발생하거나 때로는 상충하는 변화 또는 개혁 계획에 관여한다. 변화 계획은 서비스 운영 방식에 대한 새로운 기준이나 새로운 정책 또는 법안, 내부 검토에 대해 반응하는 것일 수 있다. 또한 변화 계획은 자원이 한정된 작업 환경에서도 일어날 수 있으며(정신건강과 안녕감은 자원이 한정된 근무 환경에 대한 강력한 예시이다), 이는 직원들이 진행 중인 변화 계획에 참여하기에 시간이 부족하다고 느낄 수 있다는 점을 의미한다.(9)

변화에 대한 피로는 무관심과 변화 계획으로부터의 이탈로 이어질 수 있고, 이는 변화 계획이 실패하는 중요한 요인일 수 있다. 단체가 변화에 대한 피로의 영향을 받는지 이해하고, 변화가 성공적일 수 있도록 변화 과정 동안 적절히 계획하고 상의하며 소통하는 것이 중요하다.(10), (11)

공감 피로(Compassion fatigue)

공감 피로는 만성 질환이 있는 사람을 공식적 또는 비공식적으로 돌보는 사람이 느끼는 스트레스이다. 이는 누군가를 돌보거나 지원하는 것에서 생기는, 특히 개인이 혼자서 돌볼 때 느끼는 정서적 부담에 대한 심리적 반응이다.

공감 피로는 절망감, 불안감, 무능력감, 부정적 태도, 타인에 대한 공감의 감소를 포함하여 다양하게 나타난다.(12), (13) 변화 과정에 관여하는 이해관계자들이 공감 피로를 느낄 가능성을 염두에 두고, 그들 자신의 안녕감과 미래의 변화 과정에 대한 참여에 있어 적합한 지원을 받도록 하는 것이 중요하다.

서비스의 복잡성(Complexity of the service)

서비스는 다양한 부서 및 부처, 관리 계층, 지도감독 방식과 정책으로 인해 복잡할 수 있다. 이러한 모든 요소들은 통합된 문화적 변화에 맞춰질 필요가 있다. 모든 이해관계자를 파악하고 문화 변화 과정에 참여하여 접근할 수 있도록 서비스의 조직 구조를 검토하고 정리하는 것이 유용할 수 있다. 또한 이는 모두가 서비스 내에서 자신 및 타인의 역할과 책임을 이해하는 데 도움을 줄 것이다.

리더십 스타일(Leadership style)

리더십을 증진시키는 것은 문화 변화의 핵심적인 요소이다. 리더십은 일련의 명시된 가치와 서비스 비전으로 정의되는 공통 목표를 달성하기 위해 한 사람이 주변 사람들에게 관여하는 과정을 말한다.

다음의 주된 두 가지 리더십 스타일이 널리 통용된다.

- 거래적 리더십(Transactional leadership): 물질적인 동기 부여 요소(예: 수행 측정법 설정(setting performance measures), 보상 체계)를 통하여 사람들의 협력을 확보하는 데 초점을 둔다.

- 변혁적 리더십(Transformational leadership): 서비스의 안녕감에 참여하는 것에 대한 관심을 높이고 사람들이 생각하는 방식을 변화하도록 영감을 주는 것에 초점을 둔다. 궁극적인 목표는 ‘추종자들(followers)’이 긍정적 변화에 대한 개별적인 주체인 지도자가 되게 하는 것이다. 이는 개인의 정체감을 서비스의 집단 정체성과 연결시키고, 타인에게 역할 모델이 되도록 하며, 사람들이 자신의 일에 대한 더 많은 주도권을 쟁취하도록 투쟁하도록 하고, 그들을 지원하기 위해 강점과 약점을 이해하는 것을 통해 이루어질 수 있다.

서비스 내의 사람들이 생각하고 행동하는 방식을 바꾸기 위해 두 가지 리더십 스타일이 통합될 필요가 있다. 예를 들어, 긍정적인 새로운 관행을 장려한 직원에게 보상을 제공하는 것이 가치 있을 수 있다(거래적 리더십).

하지만 이러한 전략이 장기적인 효과를 보기 위해서는 사람들이 가치가 부여된 이득을 추구하고, 개인적 수준에서 참여하며, 개인의 정체성과 서비스의 집단 정체성이 연결됨을 느끼도록 할 필요가 있다(변혁적 리더십). 이는 각 직원의 관행이 서비스 운영 방식과 서비스 주변의 모든 사람들의 관행에 있어 얼마나 중요한지 설명함으로써 행해질 수 있다. 또한 직원의 가치관이 서비스에 영향을 미치며, 그렇기에 서비스의 일상적인 운영에 반영되어야 한다는 것을 강조해야 한다. 이와 관련하여, 직원은 서비스 내에서 핵심 가치를 보호하는 것에 대한 전념과 주인 의식을 느낄 것이다. (정신건강 및 사회복지 서비스에서 인권의 중요성에 대한 더욱 많은 정보를 위해 인권과 정신건강, 장애 및 인권 모듈을 참고하라.)

다양한 하위문화(Multiple subcultures)

서비스는 유사한 사회적 지위, 신념과 배경을 공유하지 않는 사람들로 구성된 다양한 하위문화와 하위집단으로 구성될 수 있다. 이러한 하위집단들은 관심사, 이해, 가치와 관행이 다르거나 상충될 수 있다. 이와 같은 집단은 직업적 정체성(예: 의사, 간호사, 관리자)으로 연결되어 있을 수 있으나 항상 그렇지 않다. 이러한 집단은 단순히 사회적 지위, 교육과 훈련, 경험과 배경에서의 차이를 반영하는 것일 수 있다. 하위문화의 존재는 권력 다툼이나 서비스 내의 일관되지 않은 접근으로 이어질 수 있으며, 서비스의 기능과 서비스가 제공하는 케어의 질에 부정적인 영향을 줄 수 있다.

실제로서 이는 직원들이 서비스 이용자를 지원할 방법에 대해 상충되는 아이디어를 가질 수 있음을 의미하므로 사람들은 동등한 치료를 받지 못할 수 있다. 이러한 차이점을 확인하고, 핵심 가치에 대한 공유된 이해를 증진시키기, 어떻게 협동적으로 함께 작업할 수 있는지에 대해 열린 마음을 갖고 이해하는 것이 중요하다. 예를 들어, 관행과 일과가 이행되는 공유된 방식을 알아보기 위해 모든 이해관계자와 의사소통하며, 수행되어야 하는 관행과 일과에 대해 서비스 내의 사람이나 집단이 어떻게 다르게 생각하는지 이해하는 것이 중요하다.

외부적 영향(External influence)

서비스 내적인 변화에 대한 저항은 폭넓은 힘의 역동과 외부의 이해 관계에 의해서도 형성된다. 예를 들어, 지역 또는 국가적 법률이 격리나 강박의 사용을 금지하는 법을 집행하지 않을 수 있다. 단체나 사기업 같은 외부 이해관계자들 또한 필요한 문화의 변화에 반대할 수 있다.

문화의 변화가 성공하기 위해서는 서비스 내의 사람들이 이러한 외부적 영향에 대해 이해하고 논의해야 하며, 그들 스스로를 변화의 주체로 바라보고 긍정적인 변화를 위한 움직임을 시작할 준비가 되어 있어야 한다.

시나리오- 동료지원가를 통한 서비스 문화 개혁하기 (14), (15)

노팅엄셔 건강관리 NHS 신탁과 협력하는 정신건강연구소(Institute of Mental Health)가 회복에 초점을 맞춘 관행의 문화를 활성화하기 위한 프로젝트를 시작하며 동료지원가들을 모집하였다.

서비스 문화를 바꾸는데 있어 중요한 난관 중 하나는 현실적인 것인데, 사람들이 서비스 내 동료지원가의 유용성에 대해 완전히 무지하다는 것이다.

또한, 동료지원가들은 서비스 내의 변화에 대한 저항을 극복해야 했다. 어떤 직원들은 자신의 역할이 위협받는 것에 대해 불안해했으며, 어떤 이들은 동료지원가의 역할을 오해했다. 때때로 동료지원가는 ‘남는 일손’으로 보였고, 어떤 경우에는 직원들이 가장 힘들어하는 서비스 이용자에 대해서만 책임져야 하는 것으로 간주되었다.

이러한 어려움을 다루고자 도입된 새로운 시스템은 직원들이 서비스 이용자에게 동료지원 서비스에 대한 정보를 제공하고, 동료지원가를 만날 수 있는 기회를 갖도록 하였다.

동료지원가는 서비스 이용자와 강력한 관계를 형성하였고, 사람들은 다른 직원보다 동료지원가와 더 질 높은 관계를 경험하였으며 더 많은 지지를 받는다는 느낀다고 말했다. 결과적으로 동료지원가들은 직원들의 일상적인 관행을 변화시키고, 서비스 이용자들의 부정적인 기본 가정과 신념을 바꿈으로써 팀에 영향을 미칠 수 있었다.

동료지원가들은 초반에 직원들의 저항을 극복하며 긍정적이고 개혁적인 관계를 형성할 수 있었다. 직원들은 그들의 일과에 새로운 접근을 시도하는 것에 대해 더욱 희망적이며 느끼고 기꺼이 받아들일 수 있다고 보고하였다. 경영팀이 실시한 자기평가 결과, 회복에 기반을 둔 서비스로의 긍정적인 전환이 이루어졌다. 한 직원은 “제 생각에 팀에서 동료지원가의 가장 큰 장점은 다른 무엇보다도 당신이 이 일을 하게 된 이유를 상기시킨다는 거예요. 이건 사람들이 나아질 수 있다는 것을 상기시키고, 당신에게 언제나 일말의 희망을 줘요.” 라고 말하였다.

결과적으로, 동료지원은 입원 기간을 유의미하게 감소시키고, 서비스의 모든 수준에서 회복 접근법을 통합하도록 향하는 서비스 문화의 개혁에 기여했다. 한 동료직원가는 “이 역할이 놀라운 점은 아마도 여러분이 생각했던 것보다 더 많은 영향을 미칠 수 있다는 사실이에요.”라고 말하였다.

활동 2.3: 서비스 문화 내에서 극복해야 할 문제 확인하기 (40 분)

참여자들을 5 인 1 조로 나누어라. 참여자들에게 부록 5 인 서비스 문화 내에서 극복해야 할 난관을 제공하라. 참여자들은 이를 작성하고 나중에 응답할 때를 위해 저장해 두어야 한다.

이러한 서비스 문화에서 어떤 문제들을 극복할 필요가 있나요? 이전에 제시된 공통된 문제들의 강점과 약점을 고려해보세요. 다수의 요소들은 중첩될 수 있습니다(예: 주인 의식, 변화에 대한 피로, 공감 피로, 서비스의 복잡성, 리더십 스타일, 다양한 하위문화, 외부적 영향).

참여자들이 어떤 부분에서 긍정적 및 부정적 요소가 있는지 확인하고, 서비스 내에 있는 추가적인 문제에 대해 생각해보도록 하라. 정답이나 오답은 없다는 점을 강조하라.

가능한 답변은 다음과 같다.

주인 의식

강점

- 서비스가 개선될 수 있는 부분에 대한 피드백을 얻기 위해 직원 및 서비스 이용자와 정기적인 모임을 가진다.

약점

- 대부분의 직원들은 최소한으로 필요한 수준 이상으로 관여하지 않는다.
- 어떤 사람들은 관행을 변화시키고자 하는 요점을 알지 못하고 내키지 않아 한다.
- 관리자, 직원, 서비스 이용자, 핵심 이해관계자들이 서비스에 대한 공통의 비전과 가치를 정의하는 절차가 없다.

변화에 대한 피로

강점

- 서비스 내의 대다수가 변화에 대한 필요성을 이해하며 이를 위한 노력을 지지한다.

약점

- 변화를 이끌기 위한 이전의 다양한 시도들이 서비스 기능이나 결과에 있어 긍정적인 영향을 주지 못했다.

공감 피로

강점

- 공감 피로로 압도감을 경험하는 것은 일들이 다른 방식으로 계획되고 시행될 필요성에 대한 강한 신호를 전달한다.

약점

- 임상가가 관리 업무와 질 개선 절차에 투여할 에너지가 없다고 할 정도로 공감에 대한 피로를 강하게 느낀다.

서비스의 복잡성

강점

- 명확한 관리 체계가 존재한다.
- 사람들은 지원이 필요할 때 누구에게 가야 하는지 안다.

약점

- 새로운 활동을 주도적으로 시작하는 것에 관하여 개인의 역할이 무엇인지 알기 어려울 수 있다.
- 팀 내에서 누구에게 지원을 요청해야 할지 알기 어렵다.
- 가끔 사람들은 이유를 묻지 않고 특정한 방식으로 행동한다.
- 각기 다른 전문 집단들 간에 의사소통하고 행동하는 데 있어서 규칙이 명시되지 않을 수 있으며, 이는 업무에 부정적인 영향을 끼친다.

리더십

강점

- 관리가 개방적이고 유동적이다.
- 몇몇 직원들과 서비스 이용자들의 대표는 훌륭한 역할 모델이 된다.
- 대부분의 사람들은 서비스의 공유된 비전과 선언된 가치에 전념한다고 느낀다.

약점

- 관리자들은 적절한 서비스 기능에 필요한 중요하면서도 어려운 결정을 회피한다.
- 어떤 직원들은 자신의 정체성과 서비스의 집단 정체성을 연결시키지 않으며, 이는 서비스의 가치와 일치하지 않는 관행을 초래한다.

다양한 하위문화

강점

- 서비스는 다양한 배경을 가진 사람들의 광범위한 전문지식과 경험으로 이루어지며, 다양성이 높다는 특징을 갖는다.

약점

- 서비스 실무자들의 다양한 하위 집단은 케어와 지원 계획에 대해 합의하지 못한다.
- 다양한 관점과 역할에 대한 효과적이지 못한 의사소통은 지원 조달의 불일치를 초래한다.

외부적 영향

강점

- 서비스는 지역사회 내 외부 이해관계자와 밀접한 협력 관계를 가진다.
- 서비스는 지역사회 내에서 좋은 평판을 가지고 지원을 받는다.

약점

- 지역 및 국가 법률이 변화를 위한 노력을 반대한다.
- 서비스는 지속적으로 존재 이유와 기초 자금 조달에 대한 의혹을 풀어야 한다.

파트 1 훈련을 마치며 (15 분)

모든 직원, 서비스 이용자, 가족 구성원 및 다른 케어 파트너들은 서비스의 가시적 요소, 가치, 기저에 있는 기본 가정을 인지하고 이에 기꺼이 맞서야 할 필요가 있다.

어떤 서비스에서는 개별적인 변화의 주체가 되는 것이 매우 어려울 수 있다. 사람들이 변화를 증진시키려 노력할 때 반항을 마주할 수도 있다. 그렇기에 지속가능한 변화를 성취하기 위해서는 서비스의 지도자 위치에서 전념하고, 개인 간에 긍정적인 주도권과 책임감을 허용하는 문화 형성에 전념하는 것이 필요하다. 개인이 변화를 시작할 수 있지만, 결과적으로 서비스 전체가 변화하기 위한 의지와 동기를 가져야 한다.

문화가 변화하는 것은 어렵고 시간이 필요한 일이다. 변화에 주저하는 사람을 포함하여 문화 변화의 과정에서 많고 다양한 장벽에 마주할 수 있다.

개인은 어디로 향할지, 무엇을 해야 할지 알지 못한 채 고민하면서 혼자라고 느낄 수 있다. 비슷한 관점을 가졌거나 관행에 도전하는 다른 사람과 협력하는 것이 상당히 도움이 될 수 있다.

인용문

“저는 가끔 제가 조직 문화에 미치는 영향에 대해 회의감이 들어요. 변화해야 할 것이 너무나 많거든요! 하지만 한 발자국 물러서면 언어적 표현이 변하고 있는 것을 볼 수 있어요. 사람들이 목소리를 듣거나 자해에 대해 이야기하는 방식이 변하고 있어요. 제가 정말로 변화를 만들고 있어요. 이런 게 저를 계속 나아가게 해요.” - 미국의 동료지원가(16)

파트 2. 서비스 변화를 위한 개혁 및 개선 계획을 개발하고 시행하기

이 훈련 파트에서 퀄리티라이즈 평가가 반드시 완료되어야 한다.

주제 1: 정신건강 및 사회복지 서비스의 질과 인권 문제 이해하기

소요시간

약 2 시간 40 분

발표: WHO 퀄리티라이츠 평가 도구의 다섯 가지 주제 (30 분)

퀄리티라이츠 평가가 다음 주제들을 고려하여 서비스 수행을 측정했음을 집단에게 상기시켜라. 첫 번째 발표는 퀄리티라이츠 평가 도구에 포함된 다섯 가지 주제를 소개한다.(17)

WHO 퀄리티라이츠 평가 도구의 다섯 가지 주제는 다음과 같다.

1. 적절한 생활수준에 대한 권리
2. 달성 가능한 최고 수준의 신체 및 정신건강을 향유할 권리
3. 법적 능력을 행사할 권리 및 개인적 자유와 안전에 대한 권리
4. 고문 또는 잔인하고 비인간적이거나 모멸적인 치료 또는 처벌 및 착취, 폭력, 학대로부터의 자유
5. 독립적으로 살고 지역사회에 포함될 권리

퀄리티라이츠 평가 도구의 목적은 무엇인가?

- 퀄리티라이츠 평가 도구는 국제인권기준을 준수하고 정신건강과 사회복지 서비스를 평가하고 개선하는 나라들(및 서비스)을 지원하기 위해 고안되었다.
- 평가는 서비스로 하여금 낮은 질의 케어와 인권 침해를 파악하고 중단시키기 위한 수단이다.
- 도구의 주제는 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들을 포함한 모든 장애인들의 권리를 서술한 법적 조약인 장애인의 권리에 관한 협약(CRPD)을 바탕으로 한다. 정신건강에서 CRPD 의 의미에 대한 더욱 자세한 정보는 정신건강, 장애 및 인권 모듈을 참고하라.
- 퀄리티라이츠 평가도구는 시설을 홍보하거나 개선하기 위한 것이 아니다. 지역사회로부터 고립되거나 연결되지 않은 대규모의 정신건강과 사회복지 서비스, 시설 또는 병원은 폐쇄되거나 지역사회를 기반으로 한 다른 서비스 체계로 대체되어야 한다. 동시에, 지역사회 기반 서비스로의 전환 중 시설에 있는 그 누구도 배제되어서는 안 된다. 즉, 전환기에 그들의 어떠한 권리도 침해되지 않도록 확실시할 필요가 있다.

WHO 웰리티라이즈 평가 도구는 어떤 주제를 포함하는가?

주제 1: 적절한 생활수준과 사회적 보호

주제 1은 다음을 주목한다.

- 급성기 또는 장기적 케어 서비스를 받는 사람들은 적절하고 편안한 생활 조건에 있다.
- 사람들은 정수, 음식, 난방, 의복 및 사생활, 적절한 침구류와 같이 좋은 삶을 살기 위해 필요한 기본적인 필수품을 소유한다.
- 사람들이 머무르는 동안 외부 세상과 소통하거나 관여할 기회를 가진다.
- 참고사항: CRPD는 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들이 적절한 생활수준과 사회적 안녕감을 보호받을 것을 요구한다.

주제 2: 달성 가능한 최고 수준의 신체 및 정신건강의 향유

주제 2는 다음을 주목한다.

- 고지된 동의와 자유 의지에 기반하여 사람들은 정신건강 케어에 접근할 수 있다.
- 사람들은 신체적 건강 관리에 접근할 수 있다(특히, 신체 및 정신건강 관련 종사자는 이를 종종 등한시한다).
- 회복과 지역사회 포용에 초점을 맞춘다.
- 참고사항: CRPD는 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들이 필요로 하는 건강 서비스를 제공받고, 타인들과 마찬가지로 무료이거나 가격이 알맞은 동등한 범위와 질의 건강관리 케어를 제공받기를 요구한다.

주제 3: 법적 능력을 행사할 권리와 개인적 자유와 안전에 대한 권리

주제 3은 다음을 주목한다.

- 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들은 거주지 또는 의학적 치료 방법과 필요로 하는 지원에 대한 결정과 같이 자신의 삶에 대한 결정을 내릴 권리가 있다.
- 이러한 결정은 가족이나 신체 및 정신건강 직원이 내릴 수 없다.
- 참고사항: CRPD는 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들이 그들의 삶 전반에 대해 다른 모두와 동등하게 법적 능력을 행사하고, 삶에 영향을 미치는 결정을 내릴 권리가 있는 법 앞의 개인임을 인지할 것을 요구한다.
- 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있다고 해서 법적 능력이 부정될 수 없다.
- 장애가 있는 사람들은 지원을 제공할 수 있는 신뢰할 만한 사람을 참여시키는 것을 포함하여, 의사결정 과정에서 반드시 지원에 접근할 수 있어야 한다.

- 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들의 의지에 반하여 그들을 서비스에 입원시키고, 감금하거나 치료할 수 없다. 시설이 아닌 곳도 선택할 수 있어야 하며, 그들의 가정이나 다른 환경에서 지원받을 수 있다.

주제 4: 고문 또는 잔인하고 비인간적이거나 모멸적인 치료 또는 처벌 및 착취, 폭력, 학대로부터의 자유

주제 4 는 다음을 주목한다.

- 사람들은 신체적·성적·정서적 학대로부터 보호받는다.
- 강압적 치료, 격리, 물리적, 기계적 및 화학적 강박을 사용하는 관행은 CRPD 에 따른 고문 금지와 일치하지 않으므로 중단된다.
- 참고사항: CRPD 는 폭력, 강압, 학대를 방지하기 위해 모든 적절한 조치를 취할 것을 요구한다.

주제 5: 독립적으로 살고 지역사회에 포함될 권리

주제 5 는 다음을 주목한다.

- 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들은 독립적으로 살도록 지원을 받으며, 지역사회의 온전한 구성원이 된다.
- 정신건강 및 사회복지 서비스는 지역사회 모임, 소득 창출 활동, 주거, 수당 자격, 여가활동, 그리고 사회복지 서비스에 접근하도록 촉진한다.
- 참고사항: CRPD 는 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들이 주거지역을 선택하고, 소외와 분리를 방지하기 위해 지역사회에 포함되며, 독립적으로 살 수 있고 지역사회에 포함되도록 지원하는 서비스에 접근할 권리를 명시한다.

활동 1.1: 개선 영역 생각하기 (30 분)

본 활동의 목적은 참여자들이 퀄리티라이츠 평가 보고서에 서술된 핵심 문제들을 미리 확인하도록 하는 것이다.

참여자들이 대략 5 인 1 조로 모여 앉도록 하라. 각 집단은 퀄리티라이츠 평가 도구의 다섯 가지 주제 중 한 가지에 관해 숙고가 필요한 질문을 받게 될 것이다.

이는 단순히 ‘외부인의 강의’가 아니라 그들이 확인한 일련의 권고사항이기 때문에 보고서에 대한 더욱 긍정적인 태도를 촉진할 수 있다. 진행자의 재량에 따라 퀄리티라이츠 평가 도구에 있지 않은, 논의를 통해 발전시킨 추가적인 권고사항을 포함할 수도 있다.

사람들을 집단으로 나누어 각 집단이 한 가지 영역을 다루도록 하는 이유는 초반부터 다섯 가지 영역 모두를 고려하도록 보장하기 위함이다.

각 참여자들에게 서비스 평가(부록 6)에 착수하기 위해 사용되는 퀄리티라이츠 평가도구의 전체 주제와 기준 그리고 부록 3(개선 영역에 대한 숙고)을 나눠주어라. 이는 다음의 질문들에 대해 숙고한 이후에 기입되어야 한다.

당신의 삶에서 이용해 본 건강, 정신건강 및 사회복지 서비스 중 유용하고, 유익하며, 인생에 긍정적 변화를 가져왔던 것에 대해 떠올려보세요. 유용하거나 유익하지 않았던 경우와, 어떤 점이 당신의 경험을 더 좋게 만들 수 있었을지에 대해서도 생각해 보세요. 브레인스토밍을 통해 서비스 접근에 대한 장벽과 접근을 촉진시키는 요인들을 생각해 보세요.

여러분 스스로의 경험과 퀄리티라이츠 평가 도구 주제에 대한 지식을 바탕으로 할 때, 본 서비스의 평가 보고서에서 어떤 개선 영역이 권장될 것으로 생각하나요?

전체 참여자가 15 명 이하일 경우, 한 집단이 한 가지 이상의 주제에 대해 작업하는 것도 가능하다.

발표: 서비스에 대한 WHO 퀄리티라이츠 평가 (60 분)

이 시점에서 서비스에서 수행된 퀄리티라이츠 평가에 대하여 사전에 준비된 발표 자료를 살펴보라. 여기서 모든 참여자는 본 회기의 일환으로 보고서의 인쇄본이나 요약본을 제공받아야 한다. 맥락이나 참여자들에게 예상되는 반응에 따라 적절하다고 생각될 경우, 훈련 전에 보고서 인쇄본을 준비해둘 수 있다.

- 발표는 평가 수행 방법을 개략적으로 설명해야 하며, 일부는 평가에 앞서 서비스가 시행하는 구조적인 준비에 초점을 맞추어야 한다.
- 이는 일부 맥락적 요소들을 제공해야 한다(국가 법률과 정책, CRPD 에 대한 준수 등).
- 이는 퀄리티라이츠 평가의 다섯 가지 주제 모두를 다루는 평가 보고서 내용에 대한 개요를 제공해야 한다.
- 이는 평가에 의해 주목된 수행의 긍정적인 영역과 개선이 필요한 영역이 모두 나타난 강점과 발전 가능한 부분을 강조해야 한다. 즉 발표는 다음을 포함해야 한다.
 - 슬라이드 한 장은 평가를 통해 나타난 **강점**을 포함한다.
 - 다른 슬라이드는 **개선이 가장 필요한 영역**을 나타낸다.
- 또한 발표는 평가에 대해 **사전에 취한 긍정적인 조치**들을 포함해야 한다. 관리자와의 의사소통, 훈련 회기를 위한 준비들이 이에 해당한다.
- 본 목적은 이 평가가 서비스에 대한 자부심이나 영역들을 개선할 기회를 만드는 데 있다.

활동 1.2: 개선 기회에 대한 논의 (40 분)

본 회기는 ‘초기 반응’에 대해 개방적이고 포용적인 공간이 되고자 고안되었다. 이는 참여자들이 정보를 구조적으로 만드는 작업을 요청받기 전에 보고서에 대한 자신들의 의견(부정적 의견을 포함하여)을 공유하도록 한다.

다 함께 모여, 참여자들이 보고서 내용에 대한 초기 반응에 대해 논의하도록 하라. 모든 참여자(서비스 이용자, 직원, 가족, 케어 파트너, 타인)의 의견과 관점을 포함하도록 하라.

퀄리티라이츠 평가 보고서에 대해 어떻게 생각하나요?

이는 진행자 주도 하의 체계적 논의 이후에 진행되어야 한다. 집단으로부터 전반적인 의견을 얻고, 훈련 워크숍에서 참여자들 간의 소통을 격려하라. 논의 중의 모든 의견과 관점이 경청되어야 한다.

이제 참여자들에게 다음과 같은 질문을 하라.

- 보고서에 논의된 긍정적인 영역에 대해 어떻게 생각하나요?
- 보고서에 논의된 부정적인 측면에 대해 어떻게 생각하나요?
- 개선해야 할 것으로 파악된 영역에 대해 동의하나요 또는 반대하나요? 그 이유는 무엇인가요?
- 보고서에 중대한 정보 격차가 있다고 생각하나요?
- 보고서의 정보가 서비스가 사람들을 지원하는 방식을 개선하는 데 사용될 수 있을까요?
- 이러한 개선을 시행하는데 있어 여러분의 나라에서 법률이나 정책이 장벽이 될까요?

진행자는 이 단계에서 평가 과정이나 내용에 대한 불만사항이 환기되도록 하고, 참여자들의 질문에 답변할 준비를 해야 한다. 추후에 이에 대해 논의할 시간과 공간이 주어질 것임을 이야기하라.

확인된 개선 영역에 대해 강하게 반대 의견을 표하는 참여자가 존재하는 것은 변화에 저항하는 서비스 문화를 나타낼 수 있다는 점을 알아두어라. 본 훈련의 파트 1 에서 서비스 문화를 변화시키는 것의 중요성이 논의되었다. 관련성이 있고 적절하다고 판단되는 경우에는 진행자가 훈련 중에 이런 점에 대한 견해를 다룰 수 있다.

덧붙여 마지막 질문은 참여자들로 하여금 자신의 나라 법률이나 정책, 특히 비자발적인 감금 및 치료 및 후견법이 개선에 있어 큰 장벽이 된다는 우려를 불러일으킬 가능성이 있다. 진행자는 법률 또는 정책의 변화에 옹호가 필요할 수 있으며, 이는 시간이 걸리는 일이라고 말할 수 있다. 그 동안에 개인적 및 서비스 수준에서 CRPD 와 더욱 일치되는 관행을 제공하기 위해 할 수 있는 것이 많다.

주제 2:

WHO 퀄리티라이츠 평가 도구에 기반한 서비스에서의 구체적인 변화 우선순위

소요시간

약 2 시간 30 분

발표: 변화 우선순위 (10 분)

파트 1 에서는 서비스 이용자의 안녕감 증진을 위한 서비스 문화와 서비스 문화 변화의 중요성에 대해 논의하였다. 이는 어떠한 변화에 있어 선행되고 우선시되어야 한다. 이것으로 직원들을 위한 업무 환경도 좀 더 나아질 것이다.

이번 주제에서는 퀄리티라이츠 평가에 기반하여 다른 구체적 변화나 개선 영역을 살펴본다. 먼저 1) 단기적인 것과 2) 중장기적 우선순위를 구분하는 것이 중요하다. 모든 것이 한 번에 처리될 수는 없다.

단기적 우선순위의 특성

- 기준에 미달되는 성과는 서비스 이용자들에게 위험할 수 있다.
- 기준에 미달되는 성과는 신체 및 정신건강의 악화로 이어질 수 있다.
- 기준에 미달되는 성과는 대부분의 서비스 이용자들에게 악영향을 끼칠 수 있다.
- 기준에 미달되는 성과는 사람들이 그만두고 싶게 만들고, 다른 사람들이 서비스를 이용하지 않게 한다.

중장기적 우선순위의 특성

- 기준의 개선은 서비스에 중요한 변화가 되겠지만, 서비스 이용자의 안전에는 영향을 미치지 못할 것이다.
- 기준의 개선은 소수의 서비스 이용자들에게 영향을 미칠 것이다.
- 기준의 개선은 오직 기준의 우선순위가 명시될 때만 효력을 발휘할 수 있다.
- 기준의 개선은 더 많은 사람에게 접근하는 데 도움이 되지만, 서비스 이용을 막는 장벽은 아니다.

활동 2.1: 변화 우선순위 (80 분)

본 활동 동안 참여자들은 평가 보고서에 근거하여 서비스 내에서 우선적으로 조치가 필요한 영역에 대해 논의할 것이다.

참여자들이 파악한 우선순위가 개선 계획에 적용되어 절차에 직접적인 영향을 줄 것임을 강조하라. 이 점을 알림으로써 참여자들은 그들의 역할이 서비스 개선에 있어 얼마나 중요한지 깨닫을 것이다.

여기서의 문제는 무엇이 우선순위인가, 즉 ‘무엇이 개선되어야 하는가?’이다. 우선순위 이슈가 확인된 이후의 문제는 ‘현재 우리가 가지고 있거나, 가지게 될 자원으로 이러한 우선순위를 어떻게 해결할 수 있는가?’가 될 것이다.

참여자들에게 단기적·장기적 우선순위에 대한 지침(부록 7. 변화를 위한 우선순위)을 배부하라.

참여자들이 5인 1조로 논의 집단을 구성하도록 하라. 모두 집단으로 나누어지면 다음의 질문을 하라.

당신의 집단에서 WHO 퀄리티라이츠 평가 보고서 요약본을 사용해서 다음을 수행하세요.

- 각 주제 내에서 단기적 우선순위로 고려된 영역이 필요로 하는 활동을 파악하라(주제별 최소 3가지).
- 각 주제 내에서 중장기적 우선순위로 간주되는 것을 파악하라.

본 활동의 목적이 퀄리티라이츠 기준에 따라 무엇이 ‘옳고’ 적절한지 우선순위를 확인하는 것임을 이해하는 것이 중요하다. 우선순위 설정에 있어 이용 가능한 자원에 대한 문제가 영향을 미치지 않도록 하라. 이용 가능한 자원은 추후에 다뤄질 필요가 있는 또 다른 이슈이다.

논의 이후, 전원이 모여 각 집단에서 한 명이 각 주제별 우선순위로 파악한 기준을 발표하고 선택한 이유를 설명하게 된다.

각 집단의 발표 이후, 진행자는 전원을 대상으로 하여 단기적·중장기적 우선순위에 동의하는지 여부에 대한 논의를 장려해야 한다.

활동 2.2: 단기적 우선순위 목록 작성하기 (60 분)

전원 논의 이후, 참여자들과 단기적 우선순위에만 초점을 맞추며 변화를 위한 우선순위 영역 목록을 작업하는 것을 준비하라. 플립차트를 이용하여 전원이 다음 목록을 작성하도록 하라.

- 개선이 필요한 기준으로 **합의한 우선순위** 중 가장 중요한 목록(집단 전원이 동의한 우선순위)
- 개선이 필요한 것으로 **파악한 다른 우선순위**(추가 논의가 필요할 수도 있음)

참여자들이 합의에 이르지 못한 우선순위가 있다면, 합의된 우선순위에 포함할 것인지를 다수결을 통해 결정할 수 있다.

집단이 공동으로 작성한 개선 우선순위 기준에 대한 초반 목록은 개선 계획의 실행 영역에 대한 토대를 제공할 수 있다. 이 목록은 기록되고 안전하게 저장되어야 하며, 추후에 개선 계획 과정의 한 부분으로써 이용할 수 있어야 한다.

참여자들에게 개선을 위한 우선순위 기준 목록이 서비스의 일상 업무에 적용될 것임을 강조하는 것이 중요하다. 따라서 개선 계획이 성공적이기 위해서는 모든 참여자들과 이해관계자들의 참여가 핵심적이라는 것을 강조하게 된다.

주제 3: 문제에서 해결책으로, 행동에서 영향까지

소요시간

약 3 시간 20 분

활동 3.1: 어떻게 서비스를 개선시킬 수 있는가? (40 분)

참여자에게 다음을 질문하라.

퀄리티라이츠 기준을 개선하기 위해 서비스가 무엇을 할 수 있는지에 대해 생각해보세요.

참여자들은 자신들의 경험을 토대로 좋은 아이디어를 떠올릴 것이다. 아이디어들을 플립차트에 작성하라. 추후에 이러한 아이디어들을 개선을 위한 구조화된 틀에 적용하는 것이 중요하다.

발표: 문제로부터 해결책으로 나아가기 (40 분)

본 회기에서는 확인된 문제에서부터 해결책을 만드는 것으로 나아갈 것이다. 이 과정은 다음의 플로차트에 요약되어 있다.

진행자는 플로차트에 포함된 각 과정을 참여자들과 함께 탐색해야 한다.

비난에 대한 염려나 변화에 대한 제도적 장벽(정치적 의지, 힘의 역동, 자금 및 자원 부족 등)에 대해 인식하고 개방적으로 논의할 필요가 있음을 알려라. 하지만 이런 논의는 조심스러워야 하며, 기존의 자원과 창의성을 고려하여 사람들이 긍정적인 방향으로 나아갈 수 있는 방법에 집중해야 한다.

플로차트

플로차트(아래의 그림 2)는 퀄리티라이츠 평가에 따라 서비스를 개선하거나 개혁하기 위한 계획을 발전시키는 과정에서의 각 단계를 나타낸다. 개선 및 개혁에 대한 계획은 논의와 결정에 기반하여 발전되어야 한다. 개선 및 개혁 계획 양식과 예시는 부록 8을 참고하라.

준비

- 퀄리티라이츠 개선 계획을 시작하기 앞서, 모든 이해관계자의 참여를 확실히 하라. 이해관계자는 현재 또는 과거에 서비스를 이용한 사람, 직원, 관리인, 그리고 보조자와 가족 구성원과 같은 관련 있는 사람들이 포함된다. 고위 관리자를 직접 참여시키고, 현재 또는 과거에 서비스를 이용한 사람들의 대표가 포함된 감독위원회가 시행 과정을 관리 감독하는지 확인하라.

- 이 과정에서 서비스로 인해 피해를 입었다고 느끼는 사람들을 배제하지 않고, 그들의 관점과 의견을 경청하는 것이 중요하다.

문제 확인과 우선순위 매기기

- 개선 과정의 첫 단계는 논의를 통해 변화 영역과 다루어질 필요가 있는 문제를 확인하고 우선순위를 정하는 것이다. 단기적으로 해결될 필요가 있는 문제 및 변화 영역과 중장기적으로 다루어져야 할 것들을 구분해야 한다. 이러한 판단을 위한 기준은 주제 2에 제시되어 있다.
- 우선순위를 매기는 과정을 거치며 서비스 내 사람들이 확인된 영역 및 문제가 우선적인 영역임에 동의하는지를 알아보는 것이 중요하다. 동의하지 않을 경우, 그 이유를 이해하고 그들이 우선적이라고 생각하는 이유에 대해 더 잘 소통하는 것이 중요하다.

전략 발전시키기

- 다음 단계는 우선시된 개선 영역을 해결하기 위해서 전략을 발전시키는 것이다. 이는 서비스의 비전과 핵심 가치를 반영해야 한다. 퀄리티라이즈 평가보고서에 나온 질적 정보가 전략을 발전시키는 데 도움이 될 수 있다.
- 잠재적인 전략에 대해 포괄적으로 생각하는 것이 중요하다. 모든 변화 또는 문제 영역이 훈련을 통해 해결될 수는 없다. 대부분 정책과 법률, 태도와 문화의 변화, 새로운 기술의 개발, 자금 투자, 추가적 인적 자원, 자기 속고, 고위 관리자의 지원과 같은 다양한 해결책을 필요로 한다.

전략을 구성할 때 고려해야 할 질문들

- 문제 또는 난관의 근원은 무엇인가?
- 이러한 문제 또는 난관을 해결하기 위해 무엇을 해야 하는가?
- 어떤 자원이 이용 가능한가?
- 이러한 문제 또는 난관을 해결하기 위해 누가 참여해야 하는가? (직원들에게 1 차적인 책임이 있는지 또는 서비스 이용자나 다른 집단의 리더십이 필요한 것인지 고려하라.)
- 그들이 가장 의미 있게 참여할 수 있는 방법은 무엇인가?
- 변화에 저항하는 사람이 있는가? 변화에 저항하는 이면의 이유를 확인하고 경청하며 이해할 필요가 있을 수도 있다.
- ‘문제’로부터 영향을 받는 사람들의 다양성과 다양한 필요 사항을 고려하고 있는가?
- 계획을 정하는 데 있어 워킹 그룹의 도움이 필요한가?

활동, 예산 일자, 책임

- 각 전략에 있어서 처음으로 시작할 활동을 정하는 것이 중요하다.
- 계획한 활동은 문제에 대한 구체적인 반응으로서, 팀이 생각하기에 긍정적인 결과를 위해 가장 효과적이라고

생각하는 계획을 달성하는 데 도움이 될 수 있다.

- 어떤 조치가 가장 적절한지 고려하기 위해 또다시 퀄리티라이츠 평가보고서에 나온 질적 정보를 활용할 수 있다.
- 모든 활동은 다음을 포함해야 한다.
 - 목표 일정
 - 추산된 비용
 - 활동 시행 및 완료에 책임이 있는 사람들의 이름
- 개인 또는 집단(현재 또는 과거에 서비스를 이용한 사람이나 기타 사람들을 포함)에게 신중히 책임을 배분함으로써 누가 어떤 활동이 완료되는 것을 담당하고 있는지 모두가 알게 된다.
- 이러한 활동을 계획함으로써 단순한 조치를 즉각적으로 취하지 않고, 팀이 난관에 접근하는 방식을 구조화한다. 이를 통해 팀은 계획을 시행하고 영향을 미치기 위해 따라야 할 명확한 활동 계획이 있다는 것을 이해한다.
- 구체적인 활동, 예정 일자, 관련 책임자를 통해 워킹 그룹과 서비스 관리팀은 계획 시행의 진행 과정을 좀 더 쉽게 모니터링할 수 있다.

다음 표는 퀄리티라이츠 **기준 4.2**. 잠재적 위기를 감소시키기 위한 수단으로 격리와 강박 대신 대안적인 방법 사용하기를 다루기 위해 확인한 다양한 전략, 활동, 목표, 지표, 기간, 책임자, 예산의 예를 보여준다.

개선 영역 1(예시). 준비 일자: 2020 년 5 월 20 일 기준 4.2. 잠재적 위기를 감소시키기 위한 수단으로 격리와 강박 대신 대안적인 방법의 사용하기		목표 격리와 강박 50% 감소
계획 1: 격리와 강박을 근절시키기 위한 대책 마련		
활동 1	일련의 교육 워크숍 제공: 격리와 강박의 사용을 줄이는 기법에 대해 서비스 내의 사람들(서비스 이용자, 직원, 관리자)을 교육하기 위한 워크숍을 주최한다.	총 100 명의 참여자를 위한 4 일간의 교육 워크숍 5 회
활동 2	서비스 이용자와 직원들을 위해 민감성, 촉발요인, 위기 등을 관리할 수 있는 개별적인 계획 템플릿 만들기: 템플릿에는 민감성과 계기를 다루기 위한 활동들, 이를 기록할 공간이 있어야 한다. 템플릿은 개발 대상자(직원 또는 서비스 이용자)와 함께 작성되어야 한다.	템플릿 완성
활동 3	서비스 내의 격리 및 강박 사용을 모니터링하기 위한 절차 수립: 격리와 강박을 사용한 시기와 이유, 기간을 모니터링한다.	절차 수립
활동 4	편의 공간 개발과 격리 공간 폐쇄	3 개의 편의 공간 설치
활동 5	격리와 강박을 사용한 이후마다 고위 관리자 및 대표자를 소집하여 잘못된 점과 향후의 개선 방법에 대하여 논의함.	격리와 강박 사용 시 100% 회의가 이뤄짐
활동 6	1 년 동안의 격리와 강박 사례를 문서화한 연간 익명 보고서를 공개함	공개한 연간 보고서
활동 7	서비스에서 격리 및 강박을 0 회로 만들기 위한 정책 수립: 본 정책은 격리와 강박을 사용하지 않기 위해 직원들이 따라야 하는 절차를 명시해야 한다. 이는 1) 개별화된 계획의 개발과 시행, 2) 감소 기술, 3) 편의 공간, 4) 대응팀 5) 사후 위기 검토, 6) 격리와 강박 사용 절차에 대한 모니터링을 포함한다.	포괄적 정책 사용
활동 8	서비스간 정보 제공 행사의 일정과 장소: 직원과 서비스 이용자들이 완화 기술, 비판적 숙고, 자가평가에 관한 지식과 경험을 공유하며, 최선의 관행과 효과가 있거나 없었던 경험에 대해 공유할 수 있는 서비스 간 정보 제공 행사를 위함.	가능한 회의 일정을 서면화함

지표 격리와 강박 사례 수	기간 2020년 7월~12월	책임자 정신건강 서비스의 시설장	예산
교육을 받은 사람의 수	2020년 7월~12월	의사 A 와 동료지원가 A	워크숍과 교육 비용은 서비스 정기 예산에서 지출된다
템플릿을 완성한 직원과 서비스 이용자의 비율	2020년 7월: 템플릿 준비 2020년 8월: 템플릿의 정기적인 사용 도입	서비스 관리자, 임상 간부, 서비스 이용자 대표	0
격리와 강박 사용에 대한 핵심정보가 담긴 기록부 완성	2020년 6월: 6월 절차 기록 2020년 7월: 활동 1 절차의 일환으로 교육 진행	워킹 그룹의 의장	0
편의 공간이 이용된 횟수 및 이용 후 평가	2020년 8월~9월	서비스 관리자, 임상 간부, 서비스 이용자 대표	물품과 설계 전문가 비용
격리와 강박 이후 회의가 이뤄진 확률	각 사건 이후	고위 관리자 및 대표자	0
연간 보고서 발표 및 공개	연간	고위 관리자	0
모든 직원이 정책에 대한 교육을 받음	2020년 7월~8월	서비스 관리자와 서비스 이용자 대표	적은 예산
계획에 따른 회의의 100% 시행 회의에 대한 평가	6개월간	전 지역 서비스 관리자	다과 및 교통비

영향력 평가

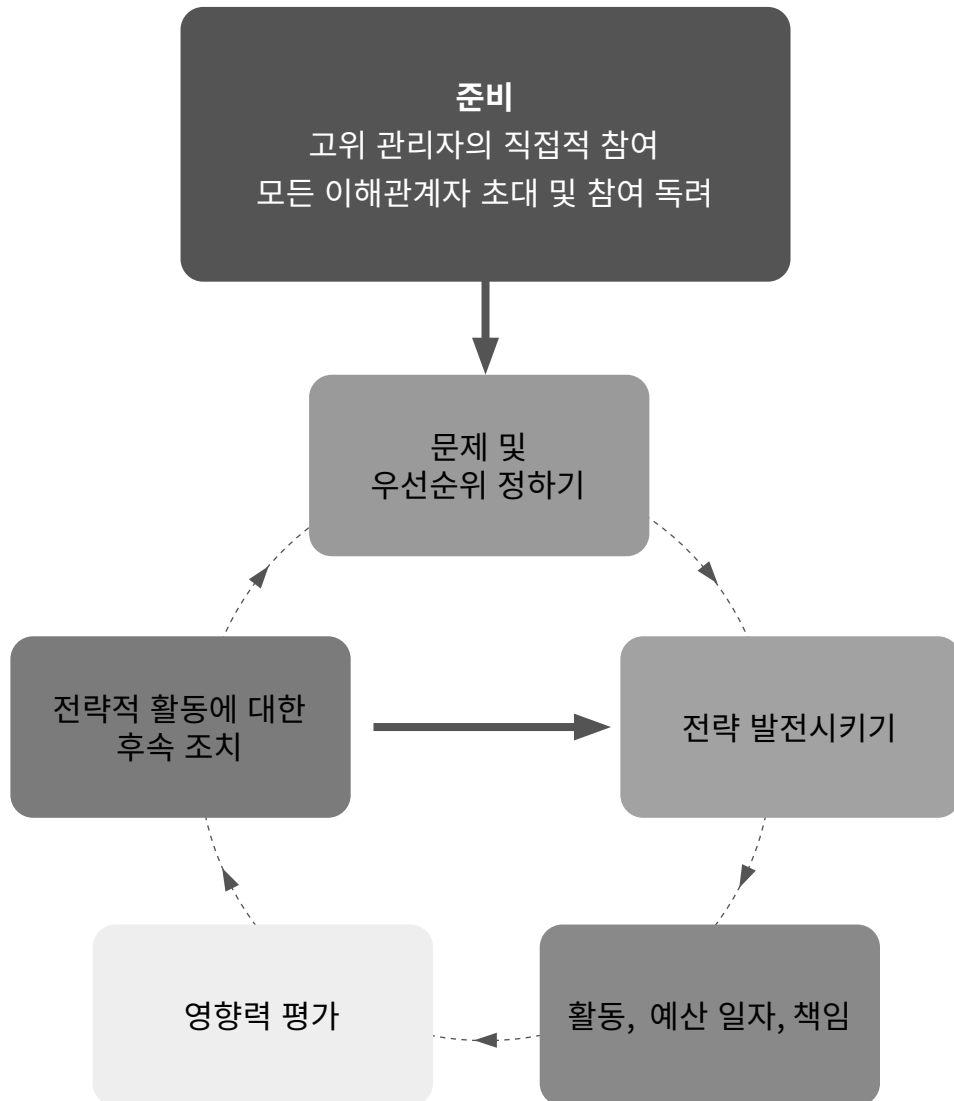
- 개선 및 개혁 계획을 만들 때, 팀은 어떠한 긍정적 영향을 달성하길 원하는지, 이를 어떻게 모니터링할 것인지 고려해야 한다. 서비스 이용자와 직원 모두에게 미친 영향을 모니터링해야 한다.
- 성과를 모니터링하기 위한 지표 선택이 이 절차에서 핵심적이다.
- 영향은 계획된 활동의 시행 이후에 즉각적으로 나타날 수도 있고, 나중에 나타날 수도 있다.
- 성과 지표를 모니터링하는 것과 아울러, 일정 기간 뒤에 퀄리티라이즈 평가를 다시 시행하는 것도 영향을 평가하는 중요한 방법이다.
- 이를 통해 전략적이고 계획된 방식으로 변화를 평가할 수 있을 것이다. 개선 계획이 부정적인 영향을 미칠 수 있다는 것 또한 고려해야 한다.

개선 계획이 부정적인 영향을 미칠 수 있다는 것 또한 고려해야 한다.

전략적 활동에 대한 후속 조치

- 질 개선 과정이 서비스의 일상 업무에 녹아 있도록 하는 것과 모든 이해관계자들이 주인의식과 책임감을 가지는 것이 중요하다.
- 시행 과정의 결과는 미리 정해진 서비스 감독위원회에 발표되어야 한다.
- 서비스의 초기 상황, 해결책 확인 과정과 시행의 영향에 대해 기술한 브리핑 노트 또는 메모를 준비해 둘 수 있다. 결과를 전달하고 추가적으로 지속가능한 변화를 위한 정책과 법률적 조치를 촉진하기 위해 정부 시설을 포함한 관련 이해관계자에게 브리핑 노트 또는 메모를 발표해야 한다.
- 마지막으로, 필요 시 개선 전략의 변경 사항을 알리기 위해 후속 검토 회기가 이뤄져야 한다.

그림 2. 퀄리티라이츠 개선 및 개혁 계획 개발



활동 3.2: 우리 자신의 예시 (2 시간)

이 단계에서 참여자는 5인 1조로 나뉘져 퀄리티라이즈 평가에서 확인된 두 가지 영역에 대한 전략을 개발하고 활동을 계획하는 시간을 갖는다. 이를 위해 참여자들은 확인된 각 우선순위 전략에 대하여 부록 8인 개선 및 개혁 계획 양식을 이용해야 한다. 참여자들은 작업해야 할 각 개선 영역에 대한 양식 사본 여러 장이 필요할 것이다.

본 활동에서 참여자들이 작업해야 할 개선 영역 중 하나는 서비스 문화 변화인데, 이는 모든 서비스의 개선 및 개혁 계획에서 이 영역이 반드시 필요한 부분이기 때문이다.

참여자들이 작업할 두 번째 개선 영역은 활동 2.2의 결과로서 만든 단기적 우선순위 목록에서 확인해야 한다.

이 활동의 목적은 이전에 제시된 플로차트를 사용하여 어떻게 자신들의 서비스에서 이러한 두 가지 개선 영역이 구현될 수 있는지를 강조하는 것이다.

각 집단에게 문제에서 해결책으로에 대한 발표 사본을 나눠주어야 한다. 각 집단은 활동 2.2에서 확인된 개선 영역을 할당받을 것이다.

- 집단에게 지금부터 (최소) 2 가지 개선 영역에 대한 개선 및 개혁 계획 양식을 완성할 것이라고 말하라.

1. 문화 변화
2. 플로차트를 사용하여 활동 2.2에서 확인한 추가적인 우선순위 영역 중 어떤 것

- 그 다음에 집단은 모두에게 그들의 계획을 발표하고, 전체 집단의 의견을 듣고 논의에 참여할 것이다.

- 전면에 제시된 아이디어에 의문을 제기하는 것이 중요하다. 집단에 다음을 질문하라.

- 계획된 활동과 예정일이 현실적이라고 생각하나요?
- 이러한 이슈에 대응할 때 어떤 난관들이 예상되나요?

이 과정은 워크숍 회기 중 완료할 수 있는 다양한 개선 영역에서 반복될 수 있다.

주제 4: 앞으로 나아가기

소요시간

약 25 분

발표: 워킹그룹(working group)과 퀄리티라이츠 대변인 (15 분)

- 마지막으로, 서비스에서 필요한 앞으로의 업무에 대한 준비가 되어야 한다. 여기에는 워크숍을 통해 아직 완료되지 않은 개선 계획을 완료하고(부록 8 참조), 각 주제별 개선 계획의 이행을 모니터링 하는 것이 포함된다.
- 참여자들은 각 주제별 워킹그룹을 만들 기회를 가질 것이다. 각 집단의 구성원들은 서비스 관리자에 의해 정해질 수 있지만, 가급적이면 그들이 가장 관심이 있는 워킹그룹에 들어가기로 스스로 결정하는 것이 좋다.
- 워킹그룹에는 가능하면 다양한 사람들이 적절히 포함되는 것이 좋다. 이는 모든 경우에 해당하지는 않을 것이다(진행자를 위한 지침을 보라). 워킹그룹에는 가능한 한 다양한 서비스 이용자, 직원(정신건강 및 기타 실무자에 더하여 간병인, 미화원, 요리사, 정비원을 포함), 관리자, 가족과 케어 파트너가 포함되어야 한다. 또한 워킹그룹의 설립과 작업을 수행할 일정을 명확히 정함으로써 현실적으로 기한 내에 개선 및 개혁 계획을 진척시키도록 할 수 있다.
- 각 워킹그룹의 진행상황을 감독하기 위해 퀄리티라이츠 대변인(들)이 임명될 수 있다. 퀄리티라이츠 대변인은 서비스 내에서 질과 인권 향상에 대한 의지, 관심, 동기와 전념을 증명한 사람들이다(서비스 이용자, 동료 지원가 또는 직원을 포함). 퀄리티라이츠 대변인은 타인에게 영향을 미칠 수 있는 능력에 의해 선발되며, 서비스에 장기적으로 전념해야 한다. 현재 또는 과거에 서비스를 이용한 사람들은 이 역할을 맡은 결과로 발생한 추가 시간이나 자원에 대한 보수를 받아야 한다는 사실에 주목하라.
- 개선 과정에 대한 지속적인 정보 공유, 비판적 숙고, 자가 평가를 촉진시키기 위해 서비스 간 정보 제공 행사를 기획해야 한다. (서비스 간 정보 제공 행사에 관한 상자 참고)

서비스 간 정보 제공 행사

- 관리진은 서비스 내의 일상 업무에서 적절하거나 비교적 적절치 않은 관행과 일과에 대한 인식을 강화하는 정보 공유, 비판적 숙고, 자가 평가를 위한 안전한 장소를 만들어야 한다.
- 서비스를 이용 중이거나, 과거에 이용한 사람들의 참여가 특히 중요하다. 이러한 행사에 대한 접근성과 참여를 촉진하는 것이 핵심적이다.
- 여기에서는 직원뿐만 아니라 서비스를 이용 중이거나 과거에 이용한 사람들에게 진행 과정에 대한 개인적 견해를 표현하는 기회를 제공하며, 그 과정에서 긍정적이거나 부정적인 경험 모두를 교류할 수 있게 할 것이다.
- 지식을 공유하고 확장하며, 비판적으로 숙고하고, 자가 평가를 하는 것은 평등과 존중의 개념에 기초하여 모든 인권 침해를 근절시키기 위한 전체적인 목표를 가지고 공감과 윤리적 행동을 하는 서비스 문화를 지지할 것이다.
- 이는 현재 시행 중인 전략을 재구성하는 것으로 이어질 수 있다. 이 아이디어의 바탕이 되는 것은 모두가 이 과정을 질적인 향상으로 바라보고 주인의식을 가지며 변화의 주체로서 전념할 때 동기가 높아지는 경향이 있다는 것이다.

훈련을 마무리하며 (10 분)

참여자 모두에게 다음 질문을 하고, 가능한 한 이해관계자들의 다양한 견해를 듣도록 하라.

- 이 훈련에서 배우게 된 세 가지 핵심 메시지는 어떤 것이 있나요?
- 서비스 개선 계획을 추가적으로 개발하기 위해 필요한 도구가 있다고 생각하나요?

이후에 다음의 교훈들을 보여주어라.

개선 계획 시작하기

- 다섯 가지 주제에 기반한 퀄리티라이츠 평가도구는 서비스를 CRPD 와 기타 국제인권기준의 준수에 맞추어 평가하고 케어의 질을 향상시키는 것을 지원하기 위해 고안되었다.
- 개선 계획은 퀄리티라이츠 평가를 통해 확인된 문제와 난관을 다루기 위한 방법이다.
- 개선 계획을 시작하기 이전에 고위 관리자의 참여와 관리감독위원회의 설립이 필요하다. 모든 이해관계자들의 의미 있는 참여가 핵심적이다.
- 개선 계획을 시작할 때, 서비스의 문화와 힘의 역동에 대해 다루는 것이 필수적이다. 서비스 문화는 서비스 이용자, 직원, 관리진 및 가족, 케어 파트너와 같은 다른 관련된 사람들 간의 역동에 영향을 미친다.
- 문제 또는 개선 영역이 확인될 필요가 있으며, 단기적·중장기적 활동으로 우선순위가 정해져야 한다. 여기에 퀄리티라이츠 평가가 도움이 될 수 있다.
- 개선 계획은 난관에 대하여 비판적으로 평가하고 대응하는 전략을 필요로 한다.
- 계획된 활동을 통해 긍정적인 영향을 미칠 수 있다. 활동을 위한 명확한 기한과 목표일, 활동 시행을 책임지는 개인 또는 집단을 명확히 지정해야 한다.
- 성과 지표는 계획의 영향을 모니터링하고 평가하는 데 사용될 수 있다.

- 후속 회기에서는 외부 이해관계자들과 함께 사전 및 예상 결과에 대해 공유한다. 진행해 나가면서 전략을 재구성할 필요가 있을 수 있다.
- 서비스 이용자, 직원, 타인들 간의 평등, 존중, 존엄에 대한 개념은 서비스 문화와 관행 내의 핵심적인 가치로 포함되고 깊이 새겨져야 한다.
- 협동적으로나 개인적으로, 우리 모두는 서비스 안에서 일상적이고 장기적으로 긍정적 변화를 만드는 주체가 될 수 있다.

참조

1. Guidelines on language in relation to functional psychiatric diagnosis. Leicester: British Psychological Society; 2015. (https://www.bps.org.uk/system/files/user_files/Division%20of%20Clinical%20Psychology/public/Guidelines%20on%20Language%20web.pdf, accessed 18 November 2018).
2. Banaszak-Holl J, Nembhard IME, Taylor L, Bradley EH. Leadership and management: a framework for action. In: Burns L, Bradley E, Weiner B, editors. Shortell and Kaluzny's Healthcare management: organization design and behavior. New York (NY): Delmar Cengage Learning; 2011. p. 46.
3. Schein EH. Organisational culture and leadership, 4th edition. San Francisco (CA): Josey-Bass; 2010. p. 23-33.
4. Shortell and Kaluzny's Healthcare management: organization design and behavior. Burns L, Bradley E, Weiner B, editors. New York (NY): Delmar Cengage Learning; 2011.
5. Hankivsky O, Grace D, Hunting G, Ferlatte O, Clark N, Fridkin A, et al. Intersectionality-based policy analysis. In: Hankivsky O, editor. An intersectionality- based policy analysis framework. Vancouver (BC): Simon Fraser University; 2012.
6. Cox L. Cultural safety and diversity: Refocusing our energies in mental health nursing practice, education and research. In: Australian College of Mental Health Nursing 41st International Mental Health Nursing Conference – Mental Health Nurses: Shifting Culture, Leading Change. Int J Ment Health Nurs. 2015;24:1-49. doi: <https://doi.org/10.1111/inm.12172>.
7. Farrelly S, Lester H, Rose D, Birchwood M, Marshall M, Waheed W, et al. Barriers to shared decision making in mental health care: qualitative study of the Joint Crisis Plan for psychosis. Health Expect. 2015;19:448-58. doi: <http://www.dx.doi.org/10.1111/hex.12368>.
8. Scott TIM, Mannion R, Davies HT, Marshall MN. Implementing culture change in health care: theory and practice. Int J Qual Health Care. 2003;15(2):111-8. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzg021>.
9. Ead H. Change Fatigue in Health Care Professionals—An Issue of Workload or Human Factors Engineering? Journal of PeriAnesthesia Nursing. 2015;30(6):504-15. doi: 10.1016/j.jopan.2014.02.007.
10. Morgan N. Do you have change fatigue? [online article]. Boston (MA): Harvard Business School; 2001. (<http://hbswk.hbs.edu/item/do-you-have-change-fatigue>, accessed 18 November 2018).

11. Perlman K (Kotter International). Change fatigue: taking its toll on your employees? [online article]. New York (NY): Forbes; 2011. (<https://www.forbes.com/sites/johnkotter/2011/09/15/can-i-use-this-method-for-change-in-my-organization/#263f8ba91ce6>, accessed 18 November 2018).
12. Compassion fatigue. Weatherford (TX): The American Institute of Stress (AIS); 2017. (<https://www.stress.org/military/for-practitionersleaders/compassion-fatigue/>, accessed 18 November 2018).
13. Turgoose D, Maddox L. Predictors of compassion fatigue in mental health professionals: a narrative review. *Traumatology*. 2017;23(2):172–85. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/trm0000116>.
14. Transforming the culture of mental health services through peer support [website]. London: The Health Foundation. (<http://www.health.org.uk/programmes/closing-gap-through-changing-relationships/projects/transforming-culture-mental-health>, accessed 8 February 2017).
15. Inspiring improvement, closing the gap, transforming the culture of mental health services through peer support: learning from the project [online publication]. London: The Health Foundation. (<http://www.health.org.uk/sites/health/files/TransformingCultureMentalHealthServicesPeerSupport.pdf>, accessed 8 February 2017).
16. Davidow S. A handbook for individuals working in peer roles [online publication]. Western Mass Peer Network; 2014. (http://www.psresources.info/images/stories/peer_role_booklet_peer_side.pdf, accessed 8 February 2017).
17. WHO QualityRights toolkit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities [online publication]. Geneva: World Health Organization; 2012. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70927/3/9789241548410_eng.pdf?ua=1, accessed 2 February 2017).

부록 1: 시나리오

주제 2: 발표 - 어떤 어려움을 극복해야 하는가? 동료지원가를 통한 서비스 문화 개혁하기

노팅엄서 건강관리 NHS 신탁과 협력하는 정신건강연구소(Institute of Mental Health)가 회복에 초점을 맞춘 관행의 문화를 활성화하기 위한 프로젝트를 시작하며 동료지원가들을 모집하였다.

서비스 문화를 바꾸는데 있어 중요한 난관 중 하나는 현실적인 것인데, 사람들이 서비스 내 동료지원가의 유용성에 대해 완전히 무지하다는 것이다.

또한, 동료지원가들은 서비스 내의 변화에 대한 저항을 극복해야 했다. 어떤 직원들은 자신의 역할이 위협받는 것에 대해 불안해했으며, 어떤 이들은 동료지원가의 역할을 오해했다. 때때로 동료지원가는 ‘남은 일손’으로 보였고, 어떤 경우에는 직원들이 가장 힘들어하는 서비스 이용자에 대해서만 책임져야 하는 것으로 간주되었다.

이러한 어려움을 다루고자 도입된 새로운 시스템은 직원들이 서비스 이용자에게 동료지원 서비스에 대한 정보를 제공하고, 동료지원가를 만날 수 있는 기회를 갖도록 하였다.

동료지원가는 서비스 이용자와 강력한 관계를 형성하였고, 사람들은 다른 직원보다 동료지원가와 더 질 높은 관계를 경험하였으며 더 많은 지지를 받는다는 느낀다고 말했다. 결과적으로 동료지원가들은 직원들의 일상적인 관행을 변화시키고, 서비스 이용자들의 부정적인 기분 가정과 신념을 바꿈으로써 팀에 영향을 미칠 수 있었다.

동료지원가들은 초반에 직원들의 저항을 극복하며 긍정적이고 개혁적인 관계를 형성할 수 있었다. 직원들은 그들의 일과에 새로운 접근을 시도하는 것에 더욱 희망적이라고 느끼고 기꺼이 받아들일 수 있다고 보고하였다. 경영팀이 실시한 자기평가 결과, 회복에 기반을 둔 서비스로의 긍정적인 전환이 이루어졌다. 한 직원은 “제 생각에 팀에서 동료지원가의 가장 큰 장점은 다른 무엇보다도 당신이 이 일을 하게 된 이유를 상기시킨다는 거예요. 이걸 사람들이 나아질 수 있다는 것을 상기시키고, 당신에게 언제나 일말의 희망을 줘요.”라고 말하였다.

결과적으로, 동료지원은 입원 기간을 유의미하게 감소시키고, 서비스의 모든 수준에서 회복 접근법을 통합하도록 향하는 서비스 문화의 개혁에 기여했다. 한 동료지원가는 “이 역할이 놀라운 점은 아마도 여러분이 생각했던 것보다 더 많은 영향을 미칠 수 있다는 사실이에요.”라고 말하였다.

부록 2: 서비스의 핵심 가치와 비전 정의하기

핵심 가치와 비전 문구를 공식화할 때 고려할 질문들은 다음과 같다.

- 당신의 정신건강이나 사회복지 서비스에서 중요하다고 생각하는 핵심 가치는 무엇인가요?
- 서비스 방문자들이 어떤 결과를 얻어 가길 바라나요?
- 당신이 제공하는 서비스는 어떤 의미를 가지나요?
- 당신이 서비스를 제공하는 방식에는 어떤 의미가 있나요?
- 이 모든 것이 서비스 비전에 무엇을 의미하나요?

이러한 질문들을 고려할 때, 당신의 경험을 토대로 무엇이 좋은 서비스를 만드는지를 확인한 부록 3의 완성본을 참고하는 것이 도움이 될 수 있다.

정신건강 및 사회복지 서비스에 있어 어떠한 가치가 중요하다고 생각하나요? 이전에 제시된 가치들과 또다른 핵심 가치들을 고려하세요.

최종적으로 서비스 기능을 가장 이상적인 방식으로 보고자 하는 것을 비전으로 구상하라. 이는 가장 중요하게 추진해야 하는 것으로, 당신이 확인한 모든 핵심적인 가치에 부합해야 한다.

부록 4: 서비스 문화 내 가시적 요소, 가치 및 기본 가정에 대한 분석

1. 활동 1.1 과 서비스에 대해 당신이 동의했던 명시된 가치를 떠올려보라. 이러한 가치들을 표의 첫 번째 열에 작성하라.

2. 각 가치마다 가치를 반영하거나 이와 상충하는 가시적 요소들을 서비스 내에서 확인하라.

- 가시적 요소에는 방, 의복, 가구, 음식, 의사소통 방식 그리고 당신이 관찰할 수 있는 어느 것이라도 포함될 수 있다.

가치	가시적 요소

3. 마지막으로, 가치를 지키기 위해 문제시할 필요가 있는 기본 가정(들)에 대해 떠올려보라.

기본 가정 1:

부록 5: 서비스 문화 내에서 극복해야 할 난관

난관	강점	약점
주인 의식		
변화에 대한 피로		
공감 피로		
서비스의 복잡성		
적절한 리더십의 부족		
다양한 하위문화		
외부적 영향		

부록 6: WHO 퀄리티라이츠 도구의 주제와 기준

주제 1. 적절한 생활수준에 대한 권리(UN 장애인의 권리에 관한 협약(CRPD) 제 28 조)

- 기준 1.1 건물의 상태가 양호하다.
- 기준 1.2 서비스 이용자의 수면 공간은 편안하며 사생활을 충분히 허용한다.
- 기준 1.3 서비스는 위생 및 청결에 관한 조건을 충족한다.
- 기준 1.4 서비스 이용자에게 그들의 필요 사항과 선호도를 만족하는 음식, 안전한 식수 및 의복 주어진다.
- 기준 1.5 서비스 이용자는 자유롭게 소통할 수 있으며 그들의 사생활에 대한 권리가 존중된다.
- 기준 1.6 서비스는 활발한 참여와 상호작용에 도움이 되는 우호적이고 편안하며 활기찬 환경을 조성한다.
- 기준 1.7 서비스 이용자는 만족스러운 사회적·개인적 삶을 향유하며, 지역사회 생활과 활동에 여전히 관여할 수 있다.

주제 2. 달성할 수 있는 최고 수준의 신체 및 정신적 상태를 향유할 권리(CRPD 제 25 조)

- 기준 2.1 서비스는 지원과 치료가 필요한 모두에게 이용 가능하다.
- 기준 2.2 서비스에는 숙련된 직원이 있고, 양질의 정신건강 서비스를 제공한다.
- 기준 2.3 치료, 심리사회적 재활, 지원 연결망 및 기타 서비스와의 연계는 서비스 이용자가 주도하는 회복 계획의 요소이며, 서비스 이용자가 지역사회 내에서 독립적으로 살아갈 수 있는 능력에 기여한다.
- 기준 2.4 정신과 약물이 구비되어 있으며 가격이 알맞고 적절히 사용된다. 기준 2.5 전반적 건강과 생식 건강에 적합한 서비스가 이용 가능하다.

주제 3. 법적 능력을 행사할 권리와 개인의 자유와 안전에 대한 권리(CRPD 제 12 조, 14 조)

- 기준 3.1 치료 형태와 장소에 대한 서비스 이용자의 선호도가 항상 우선시된다.
- 기준 3.2 자유와 고지된 동의가 없는 감금과 치료를 방지하는 절차 및 안전장치가 있어야 한다.
- 기준 3.3 서비스 이용자는 법적 능력을 행사할 수 있고, 필요 시 이러한 법적 능력을 행사하기 위한 지원을 받을 수 있다.
- 기준 3.4 서비스 이용자는 기밀성에 대한 권리를 가지며, 자신의 개인적인 건강 정보에 접근할 수 있다.

주제 4. 고문 또는 잔혹한, 비인도적이거나 굴욕적인 대우나 처벌로부터의 자유 혹은 착취, 폭력 및 학대로부터의 자유(CRPD 제 15 조, 16 조)

- 기준 4.1 서비스 이용자는 언어적, 정신적, 신체적, 성적 학대 및 신체적·정서적 방임으로부터 자유로울 권리가 있다.
- 기준 4.2 잠재적인 위기 축소의 일환으로 격리 및 강박에 대한 대안적인 방식이 사용된다. 기준 4.3 서비스 또는 다른 서비스로의 의뢰를 통해 시행되며, 영구적이거나 되돌릴 수 없으며 영향을 미칠 수 있는 전기경련치료, 정신외과치료 및 기타 의료 절차는 절대로 악용되어서는 안 되며, 서비스 이용자의 자유와 고지된 동의를 통해서만 시행될 수 있다.
- 기준 4.4 어떠한 서비스 이용자도 본인의 고지된 동의 없이는 의료적 또는 과학적 실험의 대상이 되지 않는다.
- 기준 4.5 고문 또는 잔혹한, 비인도적이거나 굴욕적인 대우 및 다른 형태의 냉대와 학대를 방지하기 위한 안전장치가 존재한다.

주제 5. 자립적으로 생활하고 지역사회에 동참할 권리(CRPD 제 19 조)

- 기준 5.1 서비스 이용자는 거주지에 접근하고 지역사회 내에서 살기 위해 필요한 재정적 자원을 얻을 수 있도록 지원을 제공받는다.
- 기준 5.2 서비스 이용자는 교육과 고용 기회를 제공받을 수 있다.
- 기준 5.3 서비스 이용자는 정치적·공적 생활에 참여하고, 자유롭게 단체 활동을 할 권리를 가진다.
- 기준 5.4 서비스 이용자는 사회적·문화적·종교적 및 여가 활동 참여에 대한 지원을 받는다.

부록 7: 변화를 위한 우선순위

단기적 우선순위의 특성

- 기준에 미달되는 성과는 서비스 이용자들에게 위협할 수 있다.
- 기준에 미달되는 성과는 신체 및 정신건강의 악화로 이어질 수 있다.
- 기준에 미달되는 성과는 대부분의 서비스 이용자들에게 악영향을 끼칠 수 있다.
- 기준에 미달되는 성과는 사람들이 그만두고 싶어 만들고, 다른 사람들이 서비스를 이용하지 않게 한다.

주제					
기준	1 (생활수준)	2 (신체적·정신적 건강)	3 (법적 능력 및 개인의 자유)	4 (고문으로부터의 자유)	5 (자립적 생활에 대한 권리)
1					
2					
3					

중장기적 우선순위의 특성

- 기준의 개선은 서비스에 중요한 변화가 되겠지만, 서비스 이용자의 안전에는 영향을 미치지 못할 것이다.
- 기준의 개선은 소수의 서비스 이용자들에게 영향을 미칠 것이다.
- 기준의 개선은 오직 기준의 우선순위가 명시될 때만 효력을 발휘할 수 있다.
- 기준의 개선은 더 많은 사람에게 접근하는 데 도움이 되지만, 서비스 이용을 막는 장벽은 아니다.

주제					
기준	1	2	3	4	5
1					
2					
3					

부록 8: 확인된 각 우선순위 전략에 대한 개선 및 개혁 계획 양식

문화 변화를 포함한 각기 개별적인 개선 계획을 위해 이 양식을 복사할 수 있다.

필요할 경우 추가적 활동을 위해 열을 증가시킬 수 있다.

개선 영역 1 준비일자: 퀄리티라이즈 기준:		목표
전략 1 -		
활동 1		
활동 2		
활동 3		
활동 4		
활동 5		
활동 6		

지표	기간	책임자(들)	예산

서비스 개혁 및 인권 증진 Transforming services and promoting human rights

세계보건기구 웰리티라이츠 서비스 개혁 도구
(WHO QualityRights Service Transform Tools)

발행인	이유상 / 용인정신병원 진료원장, WHO 협력센터 센터장 이효진 / 의료법인용인병원유지재단 용인정신병원 이사장
번역 및 편집	정나래 / 용인정신병원 임상심리과장, WHO 협력센터 학술부장 전민정, 전해수, 유도원 / 용인정신병원 임상심리과
발행처	용인정신병원 WHO 협력센터 Yongin Mental Hospital, WHO Collaborating Centre for Psychosocial Rehabilitation and Community Mental Health
발행일	2023년 7월 31일
주소	17089 경기도 용인시 기흥구 중부대로 940
전화	031-288-0270
홈페이지	https://www.yonginmh.co.kr
ISBN	979-11-983373-2-0 979-11-983373-1-3 (세트)

© 용인정신병원 2022

본 번역본은 세계보건기구(WHO)에 의해 작성되지 않았습니다.
WHO는 본 번역본의 내용 또는 정확도에 책임이 없습니다.

영문판 원본 [Transforming services and promoting human rights]
제네바: 세계보건기구; [2019]. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO는
법적 구속력이 있는 정식 문서입니다.

이 번역 원본은 CC BY-NC-SA 3.0 IGO에서 사용할 수 있습니다.