

# IASC

Inter-Agency Standing Committee  
IASC Reference Group for Mental Health and  
Psychosocial Support in Emergency Settings

## Форма та Настанова з міжвідомчого перенаправлення



# IASC

**Inter-Agency Standing Committee**  
IASC Reference Group for Mental Health and  
Psychosocial Support in Emergency Settings

## **Форма та Настанова з міжвідомчого перенаправлення**

Київ  
2017

Міжвідомчий постійний комітет було засновано у 1992 році в рамках ухвалені Генеральною Асамблеєю ООН Резолюції 46/182, спрямованої на зміцнення координування у сфері надання гуманітарної допомоги. Згідно з Резолюцією, МПК є основним механізмом зі сприяння міжвідомчому ухваленню рішень з метою реагування на надзвичайні ситуації чи стихійні лиха. МПК складається з очільників широкого кола організацій, які належать до системи ООН, і гуманітарних організацій, що діють самостійно. Додаткова інформація знаходиться за посиланням: [www.humanitarianinfo.org/iasc](http://www.humanitarianinfo.org/iasc).

Ця публікація доступна на веб-сайті Референтної групи МПК з питань психічного здоров'я та психосоціальної підтримки: <https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings>

#### **Рекомендоване посилання:**

Референтна група Міжвідомчого постійного комітету (МПК) з питань психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації. "Форма та Наставна з міжвідомчого перенаправлення", МПК, Женева, 2017.

#### **Подяки:**

Змістове наповнення цієї публікації було розроблено Референтною групою МПК з питань психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації.

Розроблення документа очолили такі представники робочої команди: Сара Харрісон (Sarah Harrison) (Референтний центр Міжнародної федерації товариств Червоного Хреста та Червоного Півмісяця з психосоціальної підтримки, або Центр МФЧХ з психосоціальної підтримки), Марк Джорданс (Mark Jordans) (War Child Holland and King's College London), Гугліельмо Шініна (Guglielmo Schinina) (Міжнародна організація з міграції (IOM)), Марк ван Оммерен (Mark van Ommeren) (Всесвітня організація охорони здоров'я), Інка Вайсбекер (Inka Weissbecker) (Міжнародний медичний корпус (IMC)).

Розроблення цієї публікації здійснювалося під керівництвом та за фінансування Референтного центру МФЧХ з психосоціальної підтримки.

Ваші коментарі або пропозиції щодо покращення цієї публікації просимо надсилати за електронною адресою: [mhps.refgroup@gmail.com](mailto:mhps.refgroup@gmail.com)

#### © Фотографії на обкладинці:

Дівчата з леги: Майкл МакКауслін (Michael McCauslin)/2014/Міжнародна федерація товариств Червоного Хреста та Червоного Півмісяця.

Афганські протези: Еш Світінг (Ash Sweeting)/2008/Афганістан/Міжнародний Комітет Червоного Хреста.

Перенаправлення в Уганді: Віктор Лакен (Victor Lacken)/2012/Уганда/Міжнародна федерація товариств Червоного Хреста та Червоного Півмісяця.

Харчування району Сахель: Сара Огтон (Sarah Oughton)/2012/район Сахель/Міжнародна федерація товариств Червоного Хреста та Червоного Півмісяця.

Реконструкція притулку: МФЧХ/2016/Непал/Міжнародна федерація товариств Червоного Хреста та Червоного Півмісяця.

#### © Референтна група Міжвідомчого постійного комітету (МПК) з питань психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації, 2017

# Настанова з міжвідомчого перенаправлення у сфері ПЗПСП

## Що означає міжвідомче перенаправлення?

Перенаправленням називається процес скерування клієнта до іншого надавача послуг у разі виникнення потреби у допомозі, яку неможливо надати в межах професійних знань чи наявних послуг Вашого надавача послуг. Перенаправлення може здійснюватися для отримання різних видів послуг, а саме: послуг з охорони здоров'я, захисту, харчування, освіти, забезпечення тимчасовим житлом. Також можуть проводитися психосоціальні заходи, фізична реабілітація, надаватися матеріальна чи фінансова допомога, здійснюватися звернення у громадський центр і/чи організації з надання соціальних послуг.

## Хто може використовувати форму з перенаправлення?

Форму з перенаправлення було розроблено з метою її використання гуманітарними організаціями, що працюють з особами, які переживають проблеми з ПЗПСП. “Форма та Настава з перенаправлення” є інструментами з організації міжвідомчих перенаправлень, шляхів перенаправлення, тренінгів та семінарів, а також засобом ведення записів щодо перенаправлень згідно з мінімальними стандартами. Формою з перенаправлення і рекомендаціями може користуватися будь-який надавач послуг, наприклад, лікар, який працює в центрі первинної медико-санітарної допомоги і перенаправляє дитину до простору, дружнього до дитини, чи на проходження програми харчування, або кейс-менеджер (фахівець з ведення конкретного випадку), який перенаправляє дитину на проходження фізичної реабілітації. Форму можна використовувати й особам, що надають першу психологічну допомогу, з огляду на роль/обов'язки особи, після стресової події.

Форму з перенаправлення було розроблено задля сприяння здійсненню перенаправлень між рівнями та на всіх чотирьох рівнях Піраміди інтервенцій МПК з ПЗПСП<sup>1</sup>. Особливо корисним цей інструмент може бути у використанні кейс-менеджерами і соціальними працівниками у роботі з індивідуальними клієнтами та їхніми сім'ями.

Форма з перенаправлення — це не інструмент для виявлення осіб із психічними, неврологічними розладами і/чи розладами внаслідок вживання психоактивних речовин (MNS), його призначення полягає у здійсненні перенаправлень осіб для отримання допомоги щодо психічного здоров'я з метою оцінювання та подальшого ведення конкретного випадку.

---

<sup>1</sup> Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації — Київ : Унів. вид-во ПУЛЬСАРИ, 2017. — с. 23-25.

## Як мені здійснювати перенаправлення?

Основні кроки, необхідні для здійснення успішного перенаправлення, передбачають такі дії:

**1. Виявити проблему — чого потребує клієнт?** Виявити і/чи оцінити проблеми, потреби клієнта, а також його/її сильні сторони разом з клієнтом чи його/її опікуном (наприклад, якщо клієнт неповнолітній чи з тяжко порушеною здатністю до нормального функціонування і потребує допомоги опікуна).

**2. Визначити, яка організація чи установа може задовольнити таку потребу.** Визначити та створити карту інших надавачів послуг, які можуть надати допомогу клієнту і/чи опікуну з його/її потребами. Інформацію про інших надавачів послуг у Вашому географічному регіоні можна отримати з довідників послуг, звітів з проведення картування перенаправлень згідно з 4Ws та на координаційних зустрічах<sup>2</sup>. Перевірити, чи дитина вже включена до системи управління випадками з питань захисту дітей (наприклад, платформа Primero)<sup>3</sup>.

**3. Зв'язатися з надавачем послуг, щоб підтвердити право клієнта на отримання послуг.** Сконтактуватися з іншими надавачами послуг заздалегідь, щоб дізнатися більше про їхні послуги та критерії відповідності вимогам з надання таких послуг, якщо це перенаправлення не є постійним випадком надавача послуг.

**4. Надати клієнту інформацію про перенаправлення.** Надати інформацію про наявні послуги та розповісти клієнту і/чи опікунам про процес перенаправлення (наприклад, які послуги надаються? Де знаходиться надавач послуг? Як клієнт може туди дістатися та отримати послуги? Чому Ви рекомендуєте перенаправлення?). Необхідно враховувати те, що клієнт має право відмовитися від перенаправлення.

**5. Документально оформити згоду.** Якщо клієнт погоджується на перенаправлення, необхідно отримати згоду на використання особистої інформації клієнта до того, як здійснюватиметься будь-який обмін даними і домовитися з клієнтом, які саме дані можуть використовуватися. Якщо клієнт неповнолітній, необхідно отримати згоду батьків/опікунів.

**6. Здійснити перенаправлення.** Заповнити форму з міжвідомчого перенаправлення в трьох екземплярах (один для організації, що здійснює перенаправлення, один для клієнта/опікуна й один для приймаючої організації). Надати клієнту контактну інформацію приймаючої організації та, за потреби, супроводжувати його до організації. Перенаправлення можуть здійснюватися по телефону (у разі надзвичайної ситуації), електронною поштою або через додаток чи базу даних. Для ознайомлення з формами перенаправлення МПК див. *Додаток 1*.

**7. Контролювати надання послуг приймаючою організацією чи отримання цих послуг клієнтом, щоб впевнитися в ефективності перенаправлення та**

---

<sup>2</sup> 4Ws МПК: "Хто, де, коли, що робить у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації" може бути корисним посібником під час пошуку надавачів послуг.

<sup>3</sup> <http://www.primero.org/>

обмінюватися інформацією, якщо це передбачено згодою клієнта. Контроль включає такі моменти: чи отримав клієнт заплановані послуги? Яким був результат? Чи був клієнт і/чи опікун задоволений процесом перенаправлення і чи отримав послуги.

**8. Зберігати інформацію та конфіденційність.** Усі форми з перенаправлення та файли випадків повинні зберігатися в надійних сейфах (які зачиняються) задля забезпечення безпечного та етичного збору даних, управління та зберігання інформації.

## **У який спосіб мені співпрацювати з різними організаціями, щоб координувати перенаправлення?**

Успішне застосування міжвідомчої системи перенаправлення може залучати задіяні організації до: (1) затвердження документації з перенаправлень (наприклад, погоджена форма перенаправлення, див. форми з перенаправлення МПК та ключі в *Додатках 1, 2*), (2) погодження конкретних шляхів перенаправлення, процедур та стандартів щодо здійснення перенаправлень (наприклад, яка організація найкраще підходить в ролі надавача послуг і для якого типу клієнтів?), (3) проведення навчання з питань ведення документації, стандартів та процедур для компетентного персоналу, (4) участі в заходах з координування, таких як схема послуг згідно з 4Ws МПК (“Хто, де, коли, що робить...”), у координаційних зустрічах та семінарах з перенаправлення.

Ці етапи мають бути скоординованими через наявні механізми, такі як міжвідомчі координаційні групи з питань ПЗПСП чи за посередництва відповідних кластерів/робочих груп. Рекомендується, щоб ця діяльність була міжсекторною та охоплювала сектори харчування, координування та управління таборами, освіти, захисту, ПЗПСП та охорони здоров'я.

## **Моніторинг і оцінка перенаправлень та діючі системи перенаправлень**

Успішність міжвідомчої системи перенаправлення може оцінюватися шляхом використання великої кількості індикаторів, спираючись на дані, зібрані організаціями, та потреби у звітності. Наприклад, на базовому рівні організації можуть демонструвати підвищення у міжвідомчій співпраці через погодження форми перенаправлення для загального користування усіма організаціями, зазначаючи кількість установ, які затвердили форму і доклали зусиль до проведення тренінгу для персоналу щодо її використання. На вищому рівні в організаціях спостерігається підвищення спроможності персоналу в здійсненні успішних перенаправлень за результатами пре-, пост- та пізніх пост-тестів або наявність відомостей про кількість успішних перенаправлень, задокументованих з урахуванням параметрів контролю міжвідомчої якості та замірів відслідковування. Де актуально, всі індикатори мають бути поділені за статтю та віком. Для ознайомлення з індикаторами проміжного та кінцевого результату та кінцевого результату з відповідними засобами підтвердження для оцінки (заміру) перенаправлень та діючих систем перенаправлень див. *Додаток 3*.

## Додаток 1. Форми перенаправлення Екземпляр організації, що здійснює перенаправлення

Звичайне     Нагальне    Дата перенаправлення (день/місяць/рік):

Організація, що здійснює перенаправлення	
Установа/організація:	Контактна особа:
Телефон:	E-mail:
Місцезнаходження:	

Організація, що отримує перенаправлення	
Установа/організація:	Контактна особа (якщо відомо):
Телефон:	E-mail:
Місцезнаходження:	

Інформація про клієнта	
Прізвище та ім'я:	Телефон:
Адреса:	Вік:
Стать:	Національність:
Мова:	Ідентифікаційний номер:

Якщо клієнт неповнолітній (до 18 років)	
Прізвище та ім'я відповідального опікуна:	Правовідносини з дитиною:
Контактна інформація опікуна:	Чи дитина розлучена з членами сім'ї або без супроводу <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Чи повідомили клієнта про перенаправлення? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні (якщо ні, поясніть)	

Інформація щодо випадку/причини перенаправлення (опис проблеми, тривалість, частота тощо та послуги, що вже були надані)	
Чи повідомили клієнта про перенаправлення? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні (якщо ні, поясніть)	Чи клієнта вже перенаправляли до інших організацій? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні (якщо ні, поясніть)

Затребувані послуги		
<input type="checkbox"/> Послуги з охорони психічного здоров'я	<input type="checkbox"/> Послуги із захисту/Підтримка	<input type="checkbox"/> Тимчасове житло
<input type="checkbox"/> Психологічні інтервенції	<input type="checkbox"/> Соціальні послуги/Громадські центри	<input type="checkbox"/> Матеріальна допомога
<input type="checkbox"/> Послуги з охорони фізичного здоров'я	<input type="checkbox"/> Послуги з пошуку членів сім'ї	<input type="checkbox"/> Харчування
<input type="checkbox"/> Фізична реабілітація	<input type="checkbox"/> Правова допомога	<input type="checkbox"/> Фінансова допомога
<input type="checkbox"/> Психосоціальні заходи	<input type="checkbox"/> Освіта	
Будь ласка, обґрунтуйте затребування необхідної послуги:		

Згода на розголошення інформації (прочитайте з клієнтом/опікуном та дайте відповіді на будь-які запитання до того, як він/вона підпишуться нижче)	
Я _____ (прізвище та ім'я клієнта), розумію що причина здійснення перенаправлення та розголошення цієї інформації _____ (приймаючий організація), полягає у гарантуванні безпечного та безперервного піклування серед надавачів послуг, що надаватимуть допомогу клієнту. Надавач послуг (організація, що здійснює перенаправлення) чітко пояснив мені процедуру перенаправлення і озвучив точну інформацію, що буде розголошена. Підписуючи цю форму, я даю згоду на обмін цією інформацією.	
Підпис відповідальної сторони:	
Клієнт чи опікун, якщо клієнт неповнолітній. Дата (день/місяць/рік):	

Деталі перенаправлення	
Чи є якісь обмеження у встановленні контакту чи інші обмеження? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні (якщо так, вкажіть, які саме)	
Перенаправлення здійснено по/через:	<input type="checkbox"/> Телефон (лише в разі надзвичайної ситуації) <input type="checkbox"/> E-mail
<input type="checkbox"/> В електронній формі (наприклад, через додаток чи базу даних)	<input type="checkbox"/> Особисто
Проведення контролю очікується по/через: <input type="checkbox"/> Телефон <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Особисто. До дати (день/місяць/рік):	
Інформаційні агентства погодилися на обмін такою інформацією:	

## Екземпляр клієнта

Звичайне  Нагальне Дата перенаправлення (день/місяць/рік):

Організація, що здійснює перенаправлення	
Установа/організація:	Контактна особа:
Телефон:	E-mail:
Місцезнаходження:	

Організація, що отримує перенаправлення	
Установа/організація:	Контактна особа (якщо відомо):
Телефон:	E-mail:
Місцезнаходження:	

Інформація про клієнта	
Прізвище та ім'я:	Телефон:
Адреса:	Вік:
Стать:	Національність:
Мова:	Ідентифікаційний номер:
Якщо клієнт неповнолітній (до 18 років)	
Прізвище та ім'я відповідального опікуна:	Правовідносини з дитиною:
Контактна інформація опікуна:	Чи дитина розлучена з членами сім'ї або без супроводу <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Чи повідомили опікуна про перенаправлення? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні (якщо ні, поясніть)	

Інформація щодо випадку/причини перенаправлення (опис проблеми, тривалість, частота тощо та послуги, що вже були надані)	
Чи повідомили клієнта про перенаправлення? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні (якщо ні, поясніть)	Чи клієнта вже перенаправляли до інших організацій? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні (якщо ні, поясніть)

Затребувані послуги		
<input type="checkbox"/> Послуги з охорони психічного здоров'я	<input type="checkbox"/> Послуги із захисту/Підтримка	<input type="checkbox"/> Тимчасове житло
<input type="checkbox"/> Психологічні інтервенції	<input type="checkbox"/> Соціальні послуги/Громадські центри	<input type="checkbox"/> Матеріальна допомога
<input type="checkbox"/> Послуги з охорони фізичного здоров'я	<input type="checkbox"/> Послуги з пошуку членів сім'ї	<input type="checkbox"/> Харчування
<input type="checkbox"/> Фізична реабілітація	<input type="checkbox"/> Правова допомога	<input type="checkbox"/> Фінансова допомога
<input type="checkbox"/> Психосоціальні заходи	<input type="checkbox"/> Освіта	
Будь ласка, обґрунтуйте затребування необхідної послуги:		

Згода на розголошення інформації (прочитайте з клієнтом/опікуном та дайте відповіді на будь-які запитання до того, як він/вона підпишуться нижче)	
Я _____ (прізвище та ім'я клієнта), розумію що причина здійснення перенаправлення та розголошення цієї інформації _____ (приймаючий організація), полягає у гарантуванні безпечного та безперервного піклування серед надавачів послуг, що надаватимуть допомогу клієнту. Надавач послуг (організація, що здійснює перенаправлення) чітко пояснив мені процедуру перенаправлення і озвучив точну інформацію, що буде розголошена. Підписуючи цю форму, я даю згоду на обмін цією інформацією.	
Підпис відповідальної сторони:	
Клієнт чи опікун, якщо клієнт неповнолітній. Дата (день/місяць/рік):	

Деталі перенаправлення	
Чи є якісь обмеження у встановленні контакту чи інші обмеження? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні (якщо так, вкажіть, які саме)	
Перенаправлення здійснено по/через: <input type="checkbox"/> Телефон (лише в разі надзвичайної ситуації) <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> В електронній формі (наприклад, через додаток чи базу даних) <input type="checkbox"/> Особисто	
Проведення контролю очікується по/через: <input type="checkbox"/> Телефон <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Особисто. До дати (день/місяць/рік):	
Інформаційні агентства погодилися на обмін такою інформацією:	



## Екземпляр організації, що отримує перенаправлення

Звичайне  Нагальне Дата перенаправлення (день/місяць/рік):

Організація, що здійснює перенаправлення	
Установа/організація:	Контактна особа:
Телефон:	E-mail:
Місцезнаходження:	

Організація, що отримує перенаправлення	
Установа/організація:	Контактна особа (якщо відомо):
Телефон:	E-mail:
Місцезнаходження:	

Інформація про клієнта	
Прізвище та ім'я:	Телефон:
Адреса:	Вік:
Стать:	Національність:
Мова:	Ідентифікаційний номер:
Якщо клієнт неповнолітній (до 18 років)	
Прізвище та ім'я відповідального опікуна:	Правовідносини з дитиною:
Контактна інформація опікуна:	Чи дитина розлучена з членами сім'ї або без супроводу <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Чи повідомили опікуна про перенаправлення? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні (якщо ні, поясніть)	

Інформація щодо випадку/причини перенаправлення (опис проблеми, тривалість, частота тощо та послуги, що вже були надані)	
Чи повідомили клієнта про перенаправлення? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні (якщо ні, поясніть)	Чи клієнта вже перенаправляли до інших організацій? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні (якщо ні, поясніть)

Затребувані послуги		
<input type="checkbox"/> Послуги з охорони психічного здоров'я	<input type="checkbox"/> Послуги із захисту/Підтримка	<input type="checkbox"/> Тимчасове житло
<input type="checkbox"/> Психологічні інтервенції	<input type="checkbox"/> Соціальні послуги/Громадські центри	<input type="checkbox"/> Матеріальна допомога
<input type="checkbox"/> Послуги з охорони фізичного здоров'я	<input type="checkbox"/> Послуги з пошуку членів сім'ї	<input type="checkbox"/> Харчування
<input type="checkbox"/> Фізична реабілітація	<input type="checkbox"/> Правова допомога	<input type="checkbox"/> Фінансова допомога
<input type="checkbox"/> Психосоціальні заходи	<input type="checkbox"/> Освіта	
Будь ласка, обґрунтуйте затребування необхідної послуги:		

Згода на розголошення інформації (прочитайте з клієнтом/опікуном та дайте відповіді на будь-які запитання до того, як він/вона підпишуться нижче)	
Я _____ (прізвище та ім'я клієнта), розумію що причина здійснення перенаправлення та розголошення цієї інформації _____ (приймаючій організації), полягає у гарантуванні безпечного та безперервного піклування серед надавачів послуг, що надаватимуть допомогу клієнту. Надавач послуг (організація, що здійснює перенаправлення) чітко пояснив мені процедуру перенаправлення і озвучив точну інформацію, що буде розголошена. Підписуючи цю форму, я даю згоду на обмін цією інформацією.	
Підпис відповідальної сторони:	
Клієнт чи опікун, якщо клієнт неповнолітній. Дата (день/місяць/рік):	

Деталі перенаправлення	
Чи є якісь обмеження у встановленні контакту чи інші обмеження? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні (якщо так, вкажіть, які саме)	
Перенаправлення здійснено по/через:	<input type="checkbox"/> Телефон (лише в разі надзвичайної ситуації) <input type="checkbox"/> E-mail
<input type="checkbox"/> В електронній формі (наприклад, через додаток чи базу даних)	<input type="checkbox"/> Особисто
Проведення контролю очікується по/через: <input type="checkbox"/> Телефон <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Особисто. До дати (день/місяць/рік):	
Інформаційні агентства погодилися на обмін такою інформацією:	

Додаток 2. Опис ключових термінів з форми перенаправлення

Частина у формі перенаправлення	Пояснення та приклади <sup>4</sup>
Місцезнаходження	Приклади включають назву конкретного табору або фактичну адресу. Клієнт/опікун повинен мати змогу фізично дістатися до приймаючої організації, спираючись на цю інформацію
Вік	Може використовуватися такий формат дати народження: день/місяць/рік, або кількість повних років, чи записаний приблизний вік, якщо клієнт/опікун не може надати цю інформацію
Клієнта повідомили про перенаправлення (Так/Ні)	Якщо “ні”, будь ласка, поясніть чому клієнта чи опікуна не повідомили про перенаправлення. Підпис згоди з’являється наприкінці форми
Чи клієнта вже перенаправляли до інших організацій (Так/Ні)	Організаціям корисно знати про раніше здійснені перенаправлення з метою попередження повторних перенаправлень однієї особи чи сім’ї багатьма організаціями на отримання тієї самої послуги. Це також допомагає в управлінні будь-якими майбутніми перенаправленнями
Послуги з охорони психічного здоров’я	Категорія відноситься до оцінювання та клінічного управління психічних, неврологічних розладів та розладів, пов’язаних із вживанням психоактивних речовин (MNS) (як надавачами спеціалізованих, так і неспеціалізованих послуг з охорони здоров’я) підтримка опікунами осіб з розладами MNS. Будь ласка, зазначте у відведеному для відповіді місці, якого типу послуга необхідна: стаціонарна чи амбулаторна. Варто зазначити, що послуги з охорони психічного здоров’я часто також включають психологічні інтервенції і психосоціальні заходи (див. нижче)
Психологічні інтервенції	Ця категорія включає психологічні інтервенції, такі як індивідуальне, сімейне чи групове психологічне консультування/терапія
Охорона фізичного здоров’я	Стосується послуг охорони фізичного здоров’я, що надаються лікарями, медсестрами та медбратами, акушерами, медико-санітарними працівниками та ін. Будь ласка, зазначте у відведеному для відповіді місці якого типу послуга необхідна: стаціонарна чи амбулаторна
Фізична реабілітація	Передусім це включає фізіотерапію, реабілітаційну терапію і протезування
Психосоціальні заходи	Розуміються заходи з підтримки на рівні громади, групи та сім’ї; місця, дружні до дітей, жінок та молоді; допомога вразливим особам і сім’ям; заняття для батьків (з виховання дітей), заходи з розвитку дітей раннього віку та психоедукація для окремих осіб і сімей

<sup>4</sup> Референтна група МПК з питань психічного здоров’я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації (2012). “Хто, де, коли, що робить у сфері психічного здоров’я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації” — посібник з кодами видів послуг (тестова версія для використання на місцях). Женева.

Частина у формі перенаправлення	Пояснення та приклади
Послуги/Підтримка із захисту	Захист включає протимінну діяльність та інформування щодо мінної небезпеки, захист дітей, а також захист від сексуального та гендерно зумовленого насильства. Підтримка/Послуги із захисту також передбачають контроль захисту, особливі послуги для осіб з інвалідністю, постраждалих від гендерно зумовленого насильства, жертв тортур, цільові програми для дітей, яких залучали до збройних сил/угруповань, дитячу працю і послуги кейс-менеджменту (ведення конкретного випадку) для дітей і постраждалих від сексуального і гендерно зумовленого насильства
Послуги з пошуку членів сім'ї	Відновлення сімейних зв'язків; послуги з возз'єднання сімей; оцінювання з максимальною вигодою (BIA) та народні методи піклування про дітей без супроводу чи дітей, розлучених з членами сім'ї
Правова допомога	Доступ до правової консультації через помічників юриста та юристів з питань житлового права, землі та майна; а також документування (наприклад, ідентифікаційні коди та свідоцтва про: народження, смерть, шлюб, розлучення, освітні кваліфікації тощо)
Харчування	Групи для матерів з дітьми, практики зі сприяння грудному годуванню, терапевтичного годування для груп з тяжкою чи гострою фазою недостатнього харчування і когнітивної стимуляції
Обмеження щодо встановлення контакту чи інші обмеження (Так/Ні)	Питання стосується захисту клієнта, якого перенаправляють, а також принципу "не нашкодь". В деяких випадках (наприклад, з особами з психічними розладами, постраждалими від сексуального та гендерно зумовленого насильства, чи у випадках захисту дітей) можуть існувати певні обмеження щодо того, як зв'язатися з клієнтом чи як надати послуги/як надати підтримку в спосіб, який не спричинить додаткової шкоди. Це важливо у випадках, що стосуються забезпечення захисту, коли порушником може бути член сім'ї чи громади, а також працюючи з особами із психічними розладами з метою зведення до мінімуму випадків стигматизації і забезпечення конфіденційності. У такому разі клієнт може вимагати, щоб з ним зв'язувалися через близьких друзів, інших родичів чи члена громади, якому клієнт довіряє, або ж іншими способами, такими як електронна пошта, не по телефону. Будь ласка, зазначте будь-які з таких застережень чи обмежень у відповідному вікні форми
Інформаційні агентства погодилися на обмін такою інформацією	У діючих системах перенаправлення завжди присутня потреба в обміні інформацією між організацією, що здійснює перенаправлення та організацією, що її отримує. В більшості ситуацій це лише підтвердження отримання перенаправлення, але в певних ситуаціях може бути необхідним додатковий обмін інформацією з одночасною повагою права клієнта на конфіденційність (наприклад, якщо одна організація надає послуги кейс-менеджменту і відповідальна за координування перенаправлень клієнта)

**Додаток 3. У таблиці міститься перелік рівневих індикаторів проміжних та кінцевих результатів та відповідних засобів підтвердження з метою оцінювання міжвідомчих перенаправлень<sup>5</sup>.**

Результати: проміжні та кінцеві	Індикатори	Засоби підтвердження
Встановлено діючу систему перенаправлення (проміжний результат)	Встановлено процедури перенаправлення, включаючи документацію та форми перенаправлення	Документи та керівництва з перенаправлення
	Проведено картування послуг з ПЗПСП згідно з інструментом 4Ws	Картування згідно з документом МПК з ПЗПСП 4Ws: “Хто робить що, де і коли...” (також може бути надано УКГП ООН (ОСНА))
	Проведено семінари з міжвідомчого перенаправлення (кількість)	Журнал відвідувань
	Організації та установи взяли участь у семінарах (чи тренінгах) з міжвідомчого перенаправлення (кількість)	Звіти з проведення семінарів
	Персонал та волонтери з ПЗПСП (кількість), що надають прями послуги, ознайомленні з процедурами та ресурсами з перенаправлення	Записи щодо діяльності персоналу/ волонтерів, форми з відслідковування перенаправлень чи персональні файли клієнтів. Щотижневий звіт з діяльності. Клінічні записи/Журнал
	Медичні установи, соціальні служби і програми громади (кількість та відсоток) застосовують процедури із здійснення перенаправлень осіб з проблемами з ПЗПСП	Журнал індивідуальних клінічних чи соціальних послуг. Щотижневий звіт з діяльності. Форми з документування перенаправлень. Параметри контролю міжвідомчої якості
Підвищення частоти та якості перенаправлень (кінцевий результат)	Кількість задокументованих успішних <sup>6</sup> перенаправлень (зійснених та отриманих), з розбивкою за типом послуги, статтю та віком	Форми з документування перенаправлень. Параметри контролю міжвідомчої якості. Щотижневі/щомісячні звіти з діяльності
	Рівень задоволеності осіб з проблемами з ПЗПСП щодо перенаправлення/ процесу перенаправлення	Анкета рівня задоволеності клієнта. Форми зворотного зв'язку/опитування

<sup>5</sup> Деякі приклади індикаторів взято з документа Референтної групи Міжвідомчого постійного комітету (МПК) з питань психічного здоров'я та психосоціальної підтримки “Загальна методологія моніторингу і оцінки для програм з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації”, МПК, Женева, 2017; документа Референтного центру з Міжнародної федерації товариств Червоного Хреста та Червоного Півмісяця психосоціальної підтримки (IFRC PS Centre). “Методологія моніторингу і оцінки щодо інтервенцій з психосоціальної підтримки”, Центр МФЧХ з психосоціальної підтримки, Копенгаген, 2017, <http://pscentre.org/topics/m-and-e/>

<sup>6</sup> Заохочуємо організації визначити «успішні перенаправлення» у своїх планах з моніторингу й оцінки, та забезпечити відповідні до визначення засоби підтвердження.

Результати: проміжні та кінцеві	Індикатори	Засоби підтвердження
	Кількість клієнтів (із загальної кількості клієнтів), яких успішно перенаправили на отримання інших послуг	<p>Файли клієнтів. Форми з документування перенаправлень. Щомісячні/щоквартальні звіти з діяльності (аналізуючи заходи, проведені на початковому, середньому та кінцевому етапі) з метою оцінювання змін у ході процесу</p>
	Підвищення рівня знань і спроможності персоналу та волонтерів для здійснення успішних перенаправлень	<p>Перелік показників компетентності персоналу/волонтерів. Пре- та пізні пост-тести. Сесії проведення контролю (супервізії)</p>

Цю публікацію видано Міжнародним медичним корпусом в Україні в рамках програми “Налагодження психосоціальної підтримки та забезпечення психічного здоров’я в Україні” через Advancing Partners & Communities (APC), відповідно до угоди про співпрацю на п’ять років за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку за договором № AID-OAA-A-12-00047 від 1 жовтня 2012 року



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



**International  
Medical Corps**

