

Τ.Ε.Ι. ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ
ΤΩΝ ΚΕΙΜΕΝΩΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΚΑΙ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ 2000-2012**

Σπουδαστές: Κουρβούλη Αιμιλία

Λιονάκης Παναγιώτης

Σιδηροπούλου Άννα

Εποπτεύουσα καθηγήτρια: Λεμπέση Γεωργία Ελένη


Πτυχιακή εργασία για την λήψη πτυχίου στην Κοινωνική εργασία από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος.

Πάτρα,2014

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ


ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ABSTRACT.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΤΟ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	9
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	10
1.2 ΜΟΡΦΕΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	11
1.3. ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.....	14
1.4. ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	21
1.4.1. Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ - ΜΕΣΑ ΚΑΙ ΘΕΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	22
1.4.2. ΤΑ ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	33
2.1 Σύνομη Ιστορική Αναδρομή της Ψυχικής Υγείας.....	34
2.2 Οι Ελληνικές Πολιτικές για την Ψυχική Υγεία.....	36
2.3. ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΨΥΧΑΡΓΩΣ	44
2.3.1 Σύνομη ιστορική αναδρομή (Ψυχαργώς).....	45
2.3.2 Ex post αξιολόγηση της εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»	47
2.3.3: Γ ' ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΨΥΧΑΡΓΩΣ.....	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ.....	61
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	62
3.1 ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ	63
3.2. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ.....	81
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	83

4.1. ΟΡΙΣΜΟΣ.....	84
4.2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ.....	84
4.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	85
4.4. ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	86
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	90
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	91
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ.....	92
ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ.....	93
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	93



*Κοιμήθηκα, και βρέθηκα στη γη των Λαιστρυγόνων.
Πλατιοί οι δρόμοι κι άνετοι, πεντακάθαρα τα λιθόστρωτα.
Σπίτια, ψηλά και χαμηλά, όλα, μα όλα, πλούσια, και
άνετα...
Όμορφη χώρα – μα παράξενα φοβική – από την απουσία
παιδιών και χρωμάτων.
Όλα, μα όλα γκρίζα. Γκρίζος ο ουρανός της.
Και στις πλατείες τις φτιαγμένες από μάρμαρο γκρίζο,
τα νερά των σιντριβανιών γκρίζα κι αυτά.
Και οι άνθρωποι, γκρίζοι κι αυτοί κι απρόσωποι...’*

(Κ. Καβάφης, Στη φαιά γη των Λαιστρυγόνων)



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Επιθυμούμε μέσα από την καρδιά μας να πούμε ένα μεγάλο ευχαριστώ στους γονείς μας, οι οποίοι μας στήριξαν τόσο ψυχολογικά όσο και οικονομικά, όλο αυτό το διάστημα που προσπαθούσαμε να φέρουμε εις πέρας την εργασία μας. Για την μεγάλη τους ανοχή σε στιγμές έντασης, η οποία προερχόταν από δυσκολίες που τυχόν αντιμετωπίζαμε καθόλη την διάρκεια εκπόνησης της εργασίας μας καθώς και για την πολύτιμη βοήθεια τους.

Έπειτα θα θέλαμε να πούμε ένα εξίσου μεγάλο ευχαριστώ στην καθηγήτριά μας, την κυρία Λεμπέση, η οποία ήταν δίπλα μας και προσπαθούσε μέσα από σχόλια και παρατηρήσεις της να μας βοηθήσει ώστε να καταφέρουμε το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία ο στόχος μας είναι να συγκριθούν τα ελληνικά και ευρωπαϊκά κείμενα πολιτικής αναφορικά με το ζήτημα της ψυχικής υγείας καθώς και να συγκριθούν οι διαφορές αλλά και οι ομοιότητες που παρουσιάζονται μεταξύ των δύο αυτών πηγών κειμένων πολιτικής. Η παρούσα πτυχιακή εργασία απαρτίζεται από τρία κεφάλαια.

Το πρώτο κεφάλαιο αφορά το θεωρητικό πλαίσιο και τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών, μέσα από τον ορισμό την ψυχικής υγείας, τις μορφές των ψυχικών διαταραχών, τις προκαταλήψεις για την ψυχική υγεία, καθώς και τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η ιστορική αναδρομή και οι ελληνικές πολιτικές για την ψυχική υγεία, μέσα από το πρόγραμμα «Ψυχαργός».

Το τρίτο και τελευταίο κεφάλαιο αφορά τις σύγχρονες ευρωπαϊκές πολιτικές. Τέλος, παρατίθενται συμπεράσματα, τα οποία προέκυψαν από την βιβλιογραφική έρευνα την οποία απαιτούσε η ολοκλήρωση της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

ABSTRACT

In this work our aim is to compare the Greek and European policy documents regarding the issue of mental health and to compare the differences and similarities presented between these two sources of policy papers. This dissertation consists of three chapters.

The first chapter concerns the theoretical framework and the rights of the mentally ill, through the definition of mental health, the types of mental disorders, prejudices about mental health, and the rights of the mentally ill.

The second chapter presents the historical background and the Greek policies on mental health, through the program "Psychargos."

The third and final chapter addresses the modern European policies. Finally, conclusions are presented, which resulted from the literature search which require the completion of this thesis.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Δεν νοείται καλή κατάσταση υγείας δίχως καλό επίπεδο ψυχικής υγείας. Η καλή ψυχική υγεία προσφέρει την δυνατότητα ανάπτυξης των πνευματικών και συναισθηματικών δυνατοτήτων και την εκπλήρωση των πολλαπλών κοινωνικών ρόλων, στην προσωπική ζωή, στην εκπαιδευτική πορεία και στην επαγγελματική ζωή. Η καλή ψυχική υγεία των πολιτών συμβάλλει στην επίτευξη της ευημερίας και της οικοδόμησης κοινωνιών αλληλεγγύης. Αντιθέτως, η κακή ψυχική υγεία συνεπάγεται ποικίλες δαπάνες, απώλειες και επιβαρύνσεις για τους πολίτες και τα κοινωνικά συστήματα.

Η προσέγγιση ενός καλού επιπέδου ψυχικής υγείας για τους ευρωπαϊκούς πληθυσμούς αποτελεί ένα μέσο για την επίτευξη ορισμένων από τους στρατηγικούς στόχους πολιτικής της ΕΕ. Ένας από αυτούς είναι να ξαναμπεί η Ευρώπη στην πορεία προς την μακροπρόθεσμη ευημερία και η Ένωση να προσπαθήσει να ανταποκριθεί στην δέσμευσή της για αλληλεγγύη και κοινωνική δικαιοσύνη. Επιπρόσθετα, η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ευρωπαίων πολιτών αναμένεται να οδηγήσει σε συγκεκριμένα απτά και πρακτικά οφέλη για το σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Στην παρούσα εργασία ο στόχος μας είναι να συγκριθούν τα ελληνικά και ευρωπαϊκά κείμενα πολιτικής αναφορικά με το ζήτημα της ψυχικής υγείας καθώς και να συγκριθούν οι διαφορές αλλά και οι ομοιότητες που παρουσιάζονται μεταξύ των δύο αυτών πηγών κειμένων πολιτικής. Το πρώτο κεφάλαιο της παρούσης εργασίας προσπαθεί να οικοδομήσει ένα συνεκτικό θεωρητικό πλαίσιο προσδιορισμού της ψυχικής νόσου/ασθένειας και να παρουσιάσει τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών καθώς και παράλληλα να εκθέσει τα μέσα και τους θεσμούς προστασίας των δικαιωμάτων αυτών. Ποιες είναι οι μορφές των ψυχικών διαταραχών; Ποιες είναι οι συνηθέστερες προκαταλήψεις και τα κοινωνικά στερεότυπα που περιβάλλουν τις ψυχικές ασθένειες;

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μια εκτενής αναφορά στις ευρωπαϊκές και ελληνικές πολιτικές. Στο κομμάτι των ελληνικών πολιτικών, αναφέρουμε την σχετική νομοθεσία με την ψυχική υγεία. Σε αυτό των ευρωπαϊκών πολιτικών αναφερόμαστε σχετικά με την ψυχική υγεία μέσα από Συμβάσεις, Σύμφωνα και κείμενα όπως το Πράσινο Βιβλίο.

Στο τρίτο και τελευταίο κεφάλαιο της παρούσης εργασίας, θα αναφερθούμε στον ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού και στο πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ».

Τα συγκεκριμένα προαναφερθέντα περιεχόμενα της εργασίας μας, τα επιλέξαμε καθώς θεωρήσαμε αναγκαία να βρίσκονται σε αυτήν και αξιολογήσαμε ότι καλύπτουν επαρκώς τις ανάγκες μας ώστε να φέρουμε εις πέρας την εργασία μας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:

ΤΟ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

«Ψυχική υγεία είναι η ικανότητα να αγαπάς και να εργάζεσαι» Sigmund Freud (1856-1939)

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η ψυχική υγεία δεν αφορά μόνο την απουσία κάποιας ψυχικής διαταραχής. Ο όρος ψυχική υγεία περιγράφει την ολιστική κατάσταση ευημερίας κατά την οποία οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται και αξιοποιούν τις ικανότητές τους, είναι ικανοί να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις του καθημερινού στρες, και μπορούν να εργασθούν παραγωγικά συνεισφέροντας στην κοινότητά τους.

Ο νέος κλάδος της θετικής ψυχολογίας έχει διευρύνει τον ορισμό της ψυχικής υγείας συμπεριλαμβάνοντας σε αυτόν την ικανότητα του ατόμου να λαμβάνει ευχαρίστηση και ικανοποίηση από την ζωή, να διατηρεί την πνευματική του ισορροπία και να διαθέτει ευελιξία. Ένας έτερος ορισμός της ψυχικής υγείας συμπεριλαμβάνει και την ικανότητα των ατόμων στο να διαμορφώνουν ικανοποιητικές διαπροσωπικές σχέσεις.

Όπως μπορούμε να αντιληφθούμε, δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός για την ψυχική υγεία και οι προσπάθειες για την εννοιολογική της οριοθέτηση αποδεικνύονται αρκετά δύσκολες (και δυσκολότερες από τις προσπάθειες ορισμού της σωματικής υγείας). Αυτό δεν είναι παράξενο αν αναλογιστεί κανείς ότι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας μόλις το 1948 διεύρυνε τον ορισμό της ψυχικής υγείας ώστε να μην περιλαμβάνει μόνο την απουσία ψυχικής διαταραχής. Ο επιστημονικός κλάδος της ψυχολογίας μετρά λίγο παραπάνω από 100 χρόνια ζωής και άρα οι μελέτες για την ψυχική υγεία διαρκώς διευρύνονται εξετάζοντας ποικίλους παράγοντες που μπορεί να συνδέονται με αυτήν.

Το ενδιαφέρον για τη ψυχική υγεία έχει αναπτυχθεί καθώς συντελεί στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου. Τόσο η σωματική όσο και η ψυχική υγεία αποτελούν βασικά συστατικά της ποιότητας ζωής, μαζί με την υλική ευημερία, την εργασία, το οικιστικό περιβάλλον, τον ελεύθερο χρόνο, την εκπαίδευση, την κοινωνική ένταξη και την ψυχαγωγία (Μαυροειδή Α., 2002).

1.2 ΜΟΡΦΕΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Συμφώνα με το Διαγνωστικό Εγχειρίδιο Ψυχιατρικών Διαταραχών (DSM-IV) και τους Caplan και Sadock (1994), η ψύχωση είναι μια μείζονα ψυχιατρική διαταραχή στην οποία η σκέψη, το συναίσθημα, η επικοινωνία και η γενική συμπεριφορά ενός ατόμου είναι τόσο διαταραγμένα έτσι ώστε να μην μπορεί να λειτουργήσει κοινωνικά και επαγγελματικά. στις απαιτήσεις της καθημερινότητας του. Ακόμα, το άτομο που νοσεί ή πάσχει από μια τέτοιου είδους σοβαρή διαταραχή, δε μπορεί να διαχωρίσει τι υπάρχει στην πραγματικότητα και τι όχι, αν και έχει ξεκάθαρες αποδείξεις. Το αποκαλούμενο ψυχωτικό άτομο δεν είναι σε θέση να κάνει τον διαχωρισμό ανάμεσα σε αυτό που προέρχεται από το μυαλό του και σε αυτό που προέρχεται από το εξωτερικό περιβάλλον. Κατάσταση την οποία η επιστημονική κοινότητα αποκαλεί «απώλεια ορίων του εγώ»)

Οι ψυώσεις αποτελούν τις πιο σοβαρές μορφές ψυχικών διαταραχών. Είναι το είδος των ψυχικών παθήσεων που βρίσκεται πιο κοντά σε αυτό που ο κοινός άνθρωπος αποκαλεί «τρέλα», γιατί χαρακτηρίζονται από τις πιο ακραίες και δραματικές ψυχοπαθολογικές αποκλίσεις. Οι ψυχωσικές διαταραχές λαμβάνουν ποικίλες μορφές. Κοινό χαρακτηριστικό των διάφορων μορφών ψυώσεων είναι ότι το άτομο χάνει την επαφή του με την πραγματικότητα, με την πραγματικότητα του «έξω κόσμου». Διεγείρεται περισσότερο από εσωτερικές καταστάσεις, υπακούει σε μία εξωπραγματική λογική και «ζει στον δικό του κόσμο». Παρουσιάζει ένα είδος νοητικής σύγχυσης και συχνά οι συναισθηματικές του αποκρίσεις είναι απρόσφορες. Δεν μπορεί να ανταποκριθεί σε επαγγελματικές και κοινωνικές απαιτήσεις. Επίσης, επειδή συχνά είναι επικίνδυνος για τον εαυτό του και για τους άλλους, απαιτεί εγκλεισμό και περίθαλψη σε ψυχιατρική κλινική (Σικελιανού 2011).

Οι ψυώσεις διακρίνονται σε: α) Οργανικές, όσες δηλαδή έχουν διαγνωσμένο οργανικό αίτιο (εγκεφαλικό τραύμα, ορμονικές διαταραχές) όπως είναι οι γεροντικές άνοιες, αλκοολικές ψυώσεις και β) Λειτουργικές, όσες δηλαδή δεν έχουν διαγνωσμένη οργανική αιτία, ιστο-παθολογική αλλοίωση και επομένως μπορούν να αποδοθούν σε ψυχοκοινωνικά αίτια. (Μαδιανού, 1994).

Οι συνηθέστερες μορφές ψυώσεων είναι:

i. **Σχιζοφρένεια:** Είναι το συνηθέστερο είδος ψύχωσης. Περιλαμβάνει ομάδα ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων που χαρακτηρίζονται από διαταραχές στην σκέψη, στο συναίσθημα και στην κινητική-πραξιακή συμπεριφορά. Οι διαταραχές στην σκέψη συνίστανται σε μεταβολή του τρόπου σχηματισμού των εννοιών και των κρίσεων που οδηγούν σε παρερμηνείες της πραγματικότητας και σε παραγωγή ψευδαισθήσεων και αλλόκοτων παραληρηματικών ιδεών. Οι

διαταραχές στο συναίσθημα περιλαμβάνουν αμφιθυμικές καταστάσεις και απρόσφορες συναισθηματικές αποκρίσεις. Οι διαταραχές στον κινητικό – πραξιακό τομέα συχνά περιλαμβάνουν αδράνεια, εσωστρέφεια, απόσυρση, παλινδρόμηση σε παιδικά πρότυπα συμπεριφοράς και παραδοξότητα. Οι σχιζοφρενείς σκέφτονται και μιλούν με τρόπο μη συμβατικό, παράλογο ή αντιφατικό.

ii. Αποτραβιούνται από τους άλλους ανθρώπους και κλείνονται βαθιά στον εαυτό τους και δεν αντιδρούν καθόλου στο περιβάλλον τους. Μπορεί απλά να κάθονται, να είναι σιωπηλοί, ακίνητοι και αδιάφοροι, βυθισμένοι σε βαθιά απάθεια. Έχουν αυταπάτες μεγαλείου (π.χ. θεωρούν τον εαυτό τους αυτοκράτορα), μανία καταδίωξης, παραισθήσεις, ακούνε φωνές ενώ επικρατεί ησυχία, και βλέπουν πράγματα που δεν υπάρχουν. Μιλάνε στον εαυτό τους ή φωνάζουν δυνατά στις φωνές που μόνο αυτοί ακούνε. Η σχιζοφρένεια παρουσιάζεται κυρίως στους νέους (το 60% των σχιζοφρενών είναι κάτω των 35 ετών) και ιδιαίτερα στην πληθυσμιακή ομάδα των ανδρών. (Παρασκευόπουλος, 1988).

iii. Ένα άλλο είδος της ψύχωσης είναι η **μανιοκαταθλιπτική διαταραχή ή διπολική διαταραχή του συναίσθηματος**. Το άτομο που παρουσιάζει αυτή την διαταραχή ταλαντεύεται μεταξύ δύο αντίθετων άκρων όσων αφορά στην διάθεση του. Το ένα άκρο ονομάζεται μανία και χαρακτηρίζεται από συναισθήματα μεγάλης χαράς, διαχυτικότητας, σιγουριάς και ευφορίας. Τα άτομα με αυτή τη διάθεση αστειεύονται συνεχώς, γελάνε και μιλάνε πολύ αν και απέχουν από το να είναι ευτυχισμένα ή ικανοποιημένα. Βρίσκονται συνεχώς σε κίνηση, όχι γιατί το ευχαριστιούνται αλλά επειδή ωθούνται σε αυτή την κατάσταση από ισχυρή ένταση, η οποία εντοπίζεται μέσα τους. Στην κατάσταση αυτής της υπερενεργητικότητας, κατέχονται από αυταπάτες μεγαλείου θεωρώντας τον εαυτό τους ανώτερο ή θεό, ικανό να πετύχει τα πάντα. Αφού βίωσαν το στάδιο της μανίας, οι άνθρωποι αυτοί μπορεί να βρεθούν στο αντίθετο άκρο που ονομάζεται κατάθλιψη. Όταν πέφτουν στο καταθλιπτικό στάδιο τα άτομα αισθάνονται υπερβολική απόγνωση, αισθάνονται άχρηστα και σκέφτονται την αυτοκτονία. Έτσι χάνουν την επιθυμία για ομιλία, κίνηση, φαγητό και ύπνο και περνάνε την περισσότερη ώρα κλαίγοντας.

Υπάρχουν, επίσης, και ελαφριάς μορφής ψυχικές διαταραχές που κύριο χαρακτηριστικό τους είναι το υπερβολικό άγχος, μια διαρκής έντονη εσωτερική ανησυχία. Οι συγκεκριμένες ψυχικές διαταραχές ονομάζονται νευρώσεις. Το νευρωσικό άτομο ενώ δεν χάνει την επαφή του με την πραγματικότητα και συνεχίζει να συμμετέχει και να δρα στην επαγγελματική και κοινωνική ζωή, παρά ταύτα νιώθει αδιάλειπτα μία δυσάρεστη εσωτερική ένταση, εκνευρισμό, συναισθήματα ενοχής, και φόβο. Υποφέρει από αισθήματα ανεπάρκειας και κατωτερότητας, δείχνει δυσκαμψία στην σκέψη, αδυνατεί να πάρει αποφάσεις για τα σημαντικά θέματα της ζωής. Οι νευρώσεις αυτές

συνοδεύονται και από νευροφυτικές διαταραχές. Οι νευρώσεις είναι η πιο κοινή μορφή παθολογικής συμπεριφοράς και πρώτο-εκδηλώνονται κυρίως κατά την εφηβική και την πρώτη ώριμη ηλικία (ως το 30^ο έτος).

Οι πιο συνηθισμένες μορφές νευρώσεων είναι:

- **Αγχώδης νεύρωση:** Χαρακτηρίζεται από έναν αόριστο, αιωρούμενο και γενικευμένο φόβο που μπορεί να ενταθεί ως τον πανικό. Πρόκειται για μια κατάσταση αδιάλειπτης ανησυχίας που δεν σχετίζεται με κάποια συγκεκριμένη απειλή. Το άτομο με αγχώδη νεύρωση παρουσιάζει αδυναμία να συγκεντρωθεί, αϋπνία, υπερκινητικότητα, θυμική καταπόνηση. (Ιεροδιακόνου Χ., 1988).

- **Φοβίες:** Χαρακτηρίζονται από έντονο φόβο, μπροστά σε ορισμένα ερεθίσματα – καταστάσεις, ο οποίος όμως φόβος δεν προέρχεται από πραγματική αιτία. Η φοβία μπορεί να πάρει διάφορες μορφές, όπως για παράδειγμα κοινωνιοφοβία, ακροφοβία, αγοραφοβία, μονοφοβία, κλειστοφοβία, νυκτοφοβία, ζωοφοβία, πυροφοβία. (Παρασκευόπουλος, 1988).

- **Νευρωσική κατάθλιψη:** Χαρακτηρίζεται από υπερβολική ευαισθησία σε δυσάρεστα γεγονότα, η οποία δημιουργεί βαθιά και παρατεταμένη απελπισία. Τα άτομα με νευρωσική κατάθλιψη ακόμα και σε μικρές κακοτυχίες, δείχνουν έντονη μελαγχολική κατάπτωση την οποία δύσκολα ξεπερνούν. (Παρασκευόπουλος, 1988)

- **Ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση:** Χαρακτηρίζεται από έμμονες ιδέες και επίμονη επανάληψη, κατά τρόπο τελετουργικό μιας σειράς στερεοτυπικών ενεργειών. Ένα άτομο με ιδεοψυχαναγκαστικές τάσεις, για παράδειγμα, μπορεί να ελέγχει συνέχεια αν έχει κλειδώσει ή όχι την πόρτα. (Μάνος Ν., 1997).

- **Υποχονδρίαση:** Χαρακτηρίζεται από διαρκή ενασχόληση με θέματα σωματικής υγείας. Το άτομο με υποχονδρίαση δείχνει υπερβολική ευαισθησία ακόμη και στο πιο ασήμαντο σωματικό σύμπτωμα. (Ιεροδιακόνου Χ., 1988).

- **Ψυχοσωματικές διαταραχές:** Οι διαταραχές του είδους αυτού περιλαμβάνουν οργανικά συμπτώματα όπως για παράδειγμα πονοκεφάλους, στομαχόπονους. Πρόκειται για διεργασίες που οδηγούν στην σωματοποίηση των συμπτωμάτων της ψυχικής διαταραχής - κύριο στοιχείο τους είναι ο πόνος. (Παρασκευόπουλος, 1988)

- **Υστερική νεύρωση:** Σε βαριές περιπτώσεις έχει ως αποτέλεσμα την εκδήλωση σοβαρών σωματικών συμπτωμάτων, όπως ολική ή μερική αχρηστία των αισθητήριων οργάνων ή μελών του σώματος, χωρίς να υπάρχει οργανική βλάβη. Οι συνηθέστερες μορφές υστερίας είναι η υστερική τύφλωση, η υστερική αμνησία, η υστερική κώφωση, η υστερική αλαλία. (Μάνος Ν., 1997).

1.3. ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Οι ρίζες της ταυτότητάς μας, κρύβονται στις ιδέες που έχουμε στο μυαλό και την ψυχή μας – αγγίζοντας μας ιδιαίτερα. Από την άλλη μεριά, οι επιστημονικές γνώσεις για την φύση των ψυχικών διαταραχών και για την προσέγγιση του ζητήματος της ψυχικής υγείας είναι ασαφείς και αβέβαιες. Οι προκαταλήψεις αποτελούν τα πρώτα εργαλεία – μια υπαρκτή θεωρία έτοιμη, που βασίζεται σε κοινοτοπίες- με τα οποία συμπληρώνουμε αυτές τις αβεβαιότητες και υπερασπιζόμαστε ενστικτωδώς τους εαυτούς μας. (Ιεροδιακόνου Χ., 1988).

Προκατάληψη ονομάζουμε συνήθως μια πρόωρη, χωρίς εμβάθυνση, κρίση, μια άρρητη γνώμη, ικανή να οδηγήσει σε λανθασμένες στάσεις, ιδιαίτερα στον χώρο των κοινωνικών σχέσεων. Δεν είναι τυχαίο ότι με τον ίδιο όρο καταδεικνύουμε την βλάβη που μπορεί να επιφέρουμε σε κάποιον μέσω μιας ακατάλληλης συμπεριφοράς (Ιεροδιακόνου Χ., 1988).

Η προκατάληψη οδηγεί στα άκρα, γενικεύει, αρνείται την ανάλυση και δημιουργεί μια άμεση αίσθηση σιγουριάς, γιατί καθιστά πιο εύκολες εκείνες τις πτυχές της πραγματικότητας που είναι πολύπλοκες και σχετικά άγνωστες. Όλοι, ανεξαρτήτως πολιτιστικού επιπέδου ή διανοητικών ικανοτήτων, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε την προκατάληψη σαν σύντμηση της σκέψης, είτε αφορά εμάς είτε τους άλλους (Μάνος Ν., 1997).

Στην περίπτωση της ψυχικής διαταραχής, μια πραγματικότητα άβολη για όλους όσους προσπαθούν να την αποσιωπήσουν, η προκατάληψη γίνεται πιο φανερή. Στα σοβαρά προβλήματα που ήδη υπάρχουν σε μία ανάλογη κατάσταση, έρχεται να προστεθεί και εκείνο της σιωπής ή της απόκρυψης, ένας τρόπος προφύλαξης που απομακρύνει αυτούς που υποφέρουν από τους άλλους αλλά και από τον ίδιο τους τον εαυτό (Μάνος Ν., 1997).

Οι πιο διαδεδομένες προκαταλήψεις για τις ψυχικές νόσους, που συχνά επιβαρύνονται από την σιωπή και την ντροπή που νιώθουμε, είναι τέσσερις:

- 1. Οι ψυχικά πάσχοντες είναι επικίνδυνοι και η ψυχική διαταραχή δεν μπορεί να γίνει κατανοητή.*
 - 2. Η ψυχική διαταραχή έχει οργανική αιτιολογία.*
 - 3. Η ψυχική διαταραχή είναι ανίατη.*
 - 4. Η ιδιωτική περίθαλψη είναι καλύτερη και πιο αποτελεσματική από την δημόσια.*
- (Ε.Π.Α.Ψ.Υ., 2001).

1^η ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ

« Οι ψυχικά πάσχοντες είναι επικίνδunami και η ψυχική διαταραχή δεν μπορεί να γίνει κατανοητή ».

<u>ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΙΣ</u>	<u>ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ</u>
<i>« Όλοι οι τρελοί είναι βίαιοι και επιθετικοί »</i>	Φόβος να έλθουμε σε επαφή με έναν άνθρωπο που πάσχει ψυχικά.
<i>« Ας προσποιηθούμε ότι δεν τον βλέπουμε, μπορεί να γίνει βίαιος ή επιθετικός »</i>	Άρνηση να κατανοήσουμε τις σκέψεις και τα συναισθήματα του ανθρώπου που θεωρείται άρρωστος.

Είναι πράγματι δύσκολο να γίνει διάκριση ανάμεσα στους αληθινούς φόβους και στον φόβο που ενισχύει την προκατάληψη της επικινδυνότητας, όταν υπάρχουν τριγύρω μας άτομα που έχουν προσβληθεί από ψυχικές διαταραχές (Παρασκευόπουλος, 1988).

Υπάρχουν, σίγουρα, περιπτώσεις ψυχικής διαταραχής που οδηγούν αναπόφευκτα στην βία και στην εκδήλωση επιθετικών συμπεριφορών. Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε πόσες φορές άτομα που βρίσκονταν σε κατάσταση ψυχικής διαταραχής υπήρξαν επιρρεπείς στο λάθος και στην βία. Η επιθετικότητα σε όλες αυτές τις περιπτώσεις δεν είναι άλλο από μια αντίδραση σε καταστάσεις φόβου, πόνου ή ανυπόφορης έντασης, ακόμη και απέναντι σε άτομα του οικείου περιβάλλοντος. Αυτός είναι όμως και ο κυριότερος λόγος για τον οποίο μπορεί να προληφθούν και να αντιμετωπιστούν έγκαιρα ανάλογα επεισόδια, όταν ο ασθενής παρακολουθείται από μια θεραπευτική ομάδα (Ιεροδιακόνου Χ., 1988).

Στο παρούσα πτυχιακή εργασία, δεν γίνεται μια αναφορά στην αντικειμενική επικινδυνότητα όσο στην προκατάληψη που τροφοδοτεί τον φόβο απέναντι σε όποιον φανερά πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή. Αυτή είναι μια προκατάληψη που έχει δημιουργηθεί εξαιτίας του φόβου μας να αντιμετωπίσουμε καταστάσεις απρόβλεπτες, που εμφανίζονται ως απειλητικές και ακατανόητες.

Πράγματι, κάποιος που πάσχει από μια ψυχο-νοητική διαταραχή μπορεί να φαίνεται απειλητικός και αυτό γιατί δεν καταφέρνουμε να καταλάβουμε ότι θέλει να επικοινωνήσει. Έχουμε την εντύπωση ότι μας λέει πράγματα χωρίς νόημα, ότι μιλάει μια γλώσσα ακαταλαβίστικη. Για να εξαφανίσουμε τον φόβο και την ενόχληση που αισθανόμαστε, αρνούμαστε κάθε προσπάθεια να κατανοήσουμε τις σκέψεις και τα συναισθήματα αυτού του ανθρώπου τον οποίο θεωρούμε εντελώς διαφορετικό από εμάς (Παρασκευόπουλος, 1988).

Οι σκέψεις και τα συναισθήματά του είναι αναμφίβολα περίεργα και ακατανόητα, αν τα δει κανείς από μια εξωτερική οπτική, έχουν όμως πάντα ένα συγκεκριμένο νόημα, ακόμη και αν και είναι πολύ δύσκολο σε εμάς να το κατανοήσουμε. (Μαδιανού, 1994).

Ο μόνος τρόπος για να μπορέσουμε να ξεπεράσουμε την προκατάληψη της επικινδυνότητας είναι να καταπολεμήσουμε την άγνοιά μας και την τάση άρνησης που έχουμε να καταλάβουμε όλα αυτά τα περίεργα μηνύματα της πάθησης (Ε.Π.Α.Ψ.Υ., 2001).

2^η ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ

« *Η ψυχική διαταραχή έχει οργανική αιτιολογία* »

<u>ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΙΣ</u>	<u>ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ</u>
«...Η αληθινή θεραπεία επιτυγχάνεται με τα φάρμακα, τις ακτινογραφίες.	Θεραπευτική αγωγή:
...Μόνο με την νοσηλεία θεραπευόμαστε πραγματικά...»	Μόνο ο γιατρός είναι αρμόδιος για την διαχείριση του πολύπλοκου ψυχιατρικού προβλήματος κι αυτός βασίζεται, για την αντιμετώπισή της διαταραχής κυρίως στην ενδονοσοκομειακή νοσηλεία.
«Ψυχοθεραπεία: όλο λόγια»	Πολλοί νομίζουν, λανθασμένα, ότι η ψυχοθεραπευτική αγωγή δεν αρμόζει στους ψυχικά πάσχοντες.
«Ψυχοθεραπεία: αφορά μόνο αυτούς που αντιμετωπίζουν ελαφριά προβλήματα, δεν κάνει για τους πραγματικά τρελούς.»	

Η προκατάληψη για την οργανική αιτιολογία της ψυχικής νόσου γεννιέται από την ιδέα που θέλει την ασθένεια να εξαρτάται αποκλειστικά και μόνο από μια βλάβη ή από μια διαταραχή (αλλοίωση) του εγκεφάλου.

Σύμφωνα με αυτήν την ιδέα, αν διαπιστώσουμε μια ανωμαλία ή μια ψυχο-νοητική πάθηση, αυτό σημαίνει απλώς ότι τα νευρικά κύτταρα έχουν καταστραφεί ή δεν λειτουργούν όπως πρέπει. (Μαδιανού, 1994).

Αυτή η προκατάληψη ενισχύεται από το γεγονός ότι υπάρχουν πράγματι ασθένειες του νευρικού συστήματος, μέρος του οποίου είναι ο εγκέφαλος, όπως είναι οι όγκοι, οι σκληρύνσεις, η μνηιγγίτιδα, η άνοια κ.λπ., που έχουν οργανική φύση. Ενισχύεται επίσης από την ύπαρξη διαγνωστικών εργαλείων που «αποτυπώνουν» την λειτουργία του εγκεφάλου, όπως το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ), η μαγνητική και η αξονική τομογραφία. Ακόμη, μαζί με τις ασθένειες και τις διαγνώσεις συναντάμε και τις βιολογικές θεραπείες, οι οποίες αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις σοβαρές διαταραχές, αρκεί να σκεφτούμε τις προόδους της νευροχειρουργικής και της φαρμακολογίας.

Συνεπώς, το λάθος της προκατάληψης για την οργανική αιτιολογία είναι ότι επεκτείνεται με τρόπο αδικαιολόγητο σε όλες τις ψυχικές διαταραχές, ενώ ισχύει μόνο για ορισμένες από αυτές. Τώρα πια όμως γνωρίζουμε με βεβαιότητα ότι πολλές από τις διαταραχές της ψυχονοητικής ισορροπίας, ακόμη και οι πιο σοβαρές, δεν οφείλονται αποκλειστικά σε βλάβες οργανικής αιτιολογίας (Αφροδίτη Χρ. Ραγιά., 2005).

Γι' αυτό το λόγο, σήμερα έχουν αναπτυχθεί πλέον κλάδοι διαφορετικών ειδικοτήτων: η Ψυχολογία που μελετά την νόηση και τις λειτουργίες της, η Νευρολογία που ασχολείται με τις οργανικές διαταραχές του Κεντρικού και Περιφερικού Νευρικού Συστήματος, η Ψυχιατρική που ασχολείται με τις ψυχικές διαταραχές. Αυτές οι επιστήμες ορίζουν ότι οι παράγοντες που οδηγούν έναν άνθρωπο στην «ψυχική ασθένεια» είναι σύνθετης φύσης και σίγουρα δεν σχετίζονται αποκλειστικά και μόνο με την κακή λειτουργία ενός οργάνου ή των κυττάρων ενός ιστού.

Για να ξεπεράσουμε την προκατάληψη της οργανικής αιτιολογίας οφείλουμε να κατανοήσουμε ότι η ψυχική σφαίρα κάθε ατόμου δεν αντανakλά μόνο την λειτουργία των οργάνων και των ιστών του σώματος, αλλά αποτελεί και τον καθρέφτη της ιστορίας του, δηλαδή του τρόπου ζωής, των απογοητεύσεων, των ικανοποιήσεων, των εμπειριών που σημάδεψαν με καθοριστικό τρόπο, θετικά ή αρνητικά, την ύπαρξή του. (Ε.Π.Α.Ψ.Υ., 2001)

3^η ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ

« Η ψυχική διαταραχή είναι ανιάτη »

<u>ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΙΣ</u>	<u>ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ</u>
« Δεν γίνεται τίποτα, δεν υπάρχει θεραπεία ».	Οίκτος, που δεν βοηθά σε τίποτα, και παραίτηση από κάθε προσπάθεια, ακόμη και εκ μέρους λειτουργών ψυχικής υγείας.
«...Με ενοχλούν όταν τους συναντώ στον δρόμο: μα, γιατί τους αφήνουν να κυκλοφορούν;»	Άρνηση να κατανοήσουμε τις σκέψεις και τα συναισθήματα του ανθρώπου που θεωρείται άρρωστος.

« Όταν κάποιος είναι τρελός, δεν μπορεί να γίνει τίποτε, δεν θεραπεύεται». Έτσι συνοψίζεται, με αυτόν τον σκληρό και κυνικό τρόπο, η προκατάληψη για τις ψυχικές παθήσεις, σαν μια σταθερή και αμετακίνητη κατάσταση που δεν έχει κανένα περιθώριο για επανεξέταση, τροποποίηση ή μεταβολή.

Αν η προκατάληψη της οργανικής αιτιολογίας είναι η πιο διαδεδομένη, η προκατάληψη περί του ανιάτου της ψυχικής νόσου είναι σίγουρα η πιο επιζήμια. Στερεί κάθε ελπίδα από όποιον την ασπάζεται και όποιον την υφίσταται, αποτρέποντας κάθε πρωτοβουλία και κάθε προσπάθεια, που είναι όμως απαραίτητες για την πορεία της ανάρρωσης. (Μάνος Ν., 1997).

Αυτή η προκατάληψη ενισχύεται από το γεγονός ότι όποιος, συγγενής ή γνωστός, βρίσκεται σε επαφή με κάποιον που δεν «στέκει καλά ψυχικά» νιώθει αδυναμία να βοηθήσει το άτομο που πάσχει, δεν βλέπει να επέρχεται βελτίωση ενώ είναι συχνά μάρτυρας των επαναλαμβανόμενων υποτροπών του ασθενούς. Επίσης, η κοινή λογική και η συλλογική μνήμη διατηρούν ακόμη την παραδοσιακή εικόνα του ασθενή που είναι έγκλειστος στο ψυχιατρείο. Αυτή η άποψη που επικρατεί για την ολόπλευρη προστασία και βοήθεια που προσφέρει φαινομενικά το ψυχιατρείο, όχι μόνο δεν βοηθάει στην θεραπεία, αλλά απωθεί και ταυτόχρονα συσκοτίζει τις

πραγματικές διαστάσεις της ψυχικής διαταραχής. Το αποτέλεσμα είναι να καταστρέφεται η ψυχική ζωή και το ψυχιατρείο να επιβάλλει την παλινδρόμηση του ασθενούς.

Το ψυχιατρείο είναι ένας τόπος χωρίς επιστροφή. Καθιστά χρόνια μια πρόσκαιρη διαταραχή και για όποιον νοσηλεύεται σε αυτό «σημαδεμένο για όλη του την ζωή», εμφανίζοντας τον ως ανίατο/ανίατη περίπτωση στα μάτια τα δικά του και των άλλων.

(Ε.Π.Α.Ψ.Υ., 2001)

4^η ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ

« Η ιδιωτική περίθαλψη είναι καλύτερη και πιο αποτελεσματική από την δημόσια.»

<u>ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΙΣ</u>	<u>ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ</u>
<i>«Οτιδήποτε ιδιωτικό είναι πάντα καλύτερο από το δημόσιο».</i>	Καταφεύγουμε αποκλειστικά στους
<i>«Στις δημόσιες υπηρεσίες δεν σε λογαριάζουν, σε καταστρέφουν».</i>	ιδιωτικούς φορείς, των οποίων όμως οι δυνατότητες είναι ανεπαρκείς
<i>«Στις δημόσιες υπηρεσίες πηγαίνουν οι τρελοί, εκεί δεν σε προσέχουν».</i>	

Αυτή η προκατάληψη τροφοδοτείται από την δυσπιστία, που γενικότερα υπάρχει στην χώρα μας, απέναντι στον δημόσιο τομέα και ειδικότερα στον δημόσιο τομέα της υγείας.

Στα παραπάνω πρέπει να προσθέσουμε το γεγονός ότι η ψυχική πάθηση προκαλεί σε αυτόν που έχει επίγνωση της ασθένειάς του και σε αυτούς που βρίσκονται κοντά του ένα αίσθημα επίκρισης και ντροπής. Αντίθετα με άλλες μορφές παθολογίας, η ψυχική υγεία δεν γίνεται εύκολα αποδεκτή και γι' αυτό συχνά την αποκρύπτουμε.

Για τους δημόσιους οργανισμούς υπάρχει μια επιπλέον προκατάληψη: ***Η ανωνυμία που τους περιβάλλει κάνει μια πιο προσωπική σχέση με τους θεράποντες να φαντάζει αδύνατη, ενώ αμφισβητείται ακόμη και η απαραίτητη προϋπόθεση της προσοχής και εμπιστευτικότητας που απαιτείται για την αντιμετώπιση των πιο σοβαρών προβλημάτων του ασθενή.***

Είναι σαφές ότι ο τρόπος που ερμηνεύουμε και βιώνουμε την ψυχική ασθένεια, σε συνδυασμό με την δυσπιστία για την περίθαλψη στον δημόσιο τομέα, δεν μπορεί παρά να οδηγεί σε ένα είδος θεοποίησης του ιδιωτικού τομέα. Όμως, όσο και αν δικαιολογείται αυτή η προκατάληψη – για ευνόητους λόγους, υπαρκτούς ή μη – αποδεικνύεται πλέον λανθασμένη.

Είναι λανθασμένη γιατί βασίζεται σε μια απλοϊκή και επιστημονικά μη ακριβή σύλληψη της ψυχικής διαταραχής, που θεωρεί το πάσχον άτομο ένα πρόσωπο που υποβάλλεται σε μια θεραπεία που αφορά αποκλειστικά το ίδιο (ως βιολογικό οργανισμό) και τον θεράποντα ιατρό του.

Για να καταλάβουμε και να αντιμετωπίσουμε αυτή την κατάσταση είναι απαραίτητη η συντονισμένη και μακροπρόθεσμη συνεργασία πολλών επαγγελματιών; Του ψυχιάτρου, του ψυχολόγου, του κοινωνικού λειτουργού, των νοσηλευτών, καθώς και πολλών δημόσιων φορέων (σχολείο, δικαστήριο, οργανισμοί ή ιδρύματα δημόσιου και ιδιωτικού δικαίου κ.τ.λ.).

Η δημόσια περίθαλψη έχει καθήκον να είναι σε θέση να επιτυγχάνει την συντονισμένη δράση όλων των παραπάνω. Η ιδιωτική περίθαλψη, κυρίως για λόγους οικονομικούς, δεν μπορεί να προβεί σε αυτές τις συντονισμένες «ενέργειες».

Όπως συμβαίνει και σε άλλους χώρους της ιατρικής (στη χειρουργική, τις μολυσματικές ασθένειες κ.λπ.), έτσι και στην ψυχιατρική ισχύει η αρχή σύμφωνα με την οποία οι δημόσιες υπηρεσίες και οι λειτουργοί τους, αν και ανεπαρκείς σε ορισμένες βασικές ανέσεις που δεν λείπουν στον ιδιωτικό τομέα, είναι εκείνες στις οποίες μπορούμε να έχουμε αξιόπιστα αποτελέσματα. Στην δημόσια περίθαλψη εργάζονται και ειδικεύονται επαγγελματίες υψηλού κύρους, συμμετέχοντας συχνά σε επιμορφωτικά σεμινάρια και επιστημονικές έρευνες. (Πλουμπίδης, 1995).

Αν και η τωρινή κατάσταση στην περίθαλψη παρουσιάζει σημαντικές ελλείψεις σε δομικό και λειτουργικό επίπεδο, η ψυχιατρική βοήθεια που παρέχουν οι δημόσιοι φορείς έχει σε πολλές περιπτώσεις υψηλότερη ποιότητα και καλύτερα αποτελέσματα συγκριτικά με τον ιδιωτικό τομέα, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις σοβαρών καταστάσεων που απαιτούν την παρέμβαση πολλών λειτουργών με διαφορετικές ειδικότητες και για μεγάλο χρονικό διάστημα. (Μαδιανού, 1994).

Ο χώρος της ψυχικής υγείας καλύπτεται από μη κερδοσκοπικούς φορείς, μη κυβερνητικές οργανώσεις, σωματεία, συλλόγους, κ.ά. που παράγουν σημαντικό έργο.

Με τον νόμο για την ψυχική υγεία που ισχύει στην χώρα μας από το 1999, ο ρόλος των μη κερδοσκοπικών φορέων αναγνωρίζεται και τους δίνεται η δυνατότητα να αναπτύξουν μονάδες και προγράμματα ψυχικής υγείας ενταγμένα στις δράσεις του Τομέα Ψυχικής Υγείας.

1.4. ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Στην κλασική θεωρία των δικαιωμάτων υιοθετείται η διάκριση ανάμεσα σε ατομικά, κοινωνικά και πολιτικά δικαιώματα. Τα ατομικά δικαιώματα έχουν αρνητικό πρόσημο, είναι δηλ. αμυντικά δικαιώματα απέναντι στην αυθαιρεσία της κρατικής εξουσίας (π.χ. προσωπική ελευθερία και ασφάλεια). Τα κοινωνικά δικαιώματα είναι, από την άλλη πλευρά, απαιτήσεις του ατόμου προς το κράτος για παροχές (π.χ. δικαίωμα στην παιδεία, την κοινωνική ασφάλεια και την υγεία). Τέλος, μια τρίτη κατηγορία δικαιωμάτων είναι τα λεγόμενα πολιτικά τα οποία είναι συμμετοχικά, δηλ. αξιώσεις συμμετοχής του πολίτη στις πολιτικές λειτουργίες (π.χ. δικαίωμα του εκλέγειν). (Φυτράκης, 2011).

Τέσσερα θεμελιώδη δικαιώματα μπορούμε να διακρίνουμε εδώ:

- Το δικαίωμα *να είσαι άνθρωπος*, δηλ. να αναγνωρίζεσαι ως υποκείμενο δικαίου, φορέας δικαιωμάτων και υποχρεώσεων. Με την ιδιότητα του ανθρώπου συνδέεται η αξίωση να είσαι πολίτης (δηλ. συμμετοχος στην πολιτική ζωή), να ασκείς επάγγελμα, να είσαι φορολογούμενος κ.λπ. Σ' αυτό το πλαίσιο ο ψυχικά ασθενής αξιώνει όλα τα δικαιώματα του ανθρώπου. Δηλαδή: Το δικαίωμα στην ασφάλεια και την προσωπική ελευθερία (ακούσια νοσηλεία, άρ. 69 ΠΚ, Δικαστικός έλεγχος, προστασία κ.λπ.), το δικαίωμα στην ισότητα, τόσο στα δικαιώματα όσο και στις υποχρεώσεις, το δικαίωμα στην αξία και την προσωπικότητα του ανθρώπου, το δικαίωμα στην ιδιωτικότητα (προστασία των προσωπικών δεδομένων). (Φυτράκης, 2011).

- Το δικαίωμα *να είσαι μέλος της κοινωνίας*, δηλ. να διαθέτεις δικαιοπρακτική ικανότητα. Μ' άλλα λόγια να έχεις προσωπική αυτονομία, να αποφασίζεις για τις υποθέσεις σου και την περιουσία σου, να παντρεύεσαι, κ.λπ.

- Το δικαίωμα *να αναγνωρίζεσαι ως ασθενής*, δηλ. να λαμβάνεις περίθαλψη, να αποφασίζεις γι' αυτήν, να ενημερώνεσαι για την υγεία σου και την κάθε θεραπεία, να ζητείται δε πάντα η γνώμη σου (Αξίωση ενημέρωσης για τα δικαιώματα και τη θεραπεία & Συναίνεσης, δικαίωμα στην Υγεία, δηλ. στην αξιοπρεπή περίθαλψη εκούσια και ακούσια, δικαίωμα στην αποκατάσταση (Αυτονόμηση/ επαγγελματική αποκατάσταση), δικαίωμα στη ζωή στην κοινότητα (στεγαστικές δομές κλπ). (Φυτράκης, 2011).

Τέλος, το δικαίωμα *έννομης προστασίας* (άρ. 20 Συντ.), δηλ. να έχεις πρόσβαση σε μηχανισμούς προστασίας των δικαιωμάτων. Εδώ εμπíπτουν: η εξασφάλιση δικαστικής προστασίας με πρόσβαση στα εθνικά και ευρωπαϊκά Δικαστήρια, η δυνατότητα προσφυγής σε ανεξάρτητη αρχή όπως ο Συνήγορος του Πολίτη που ασκεί έλεγχο στη Δημόσια Διοίκηση, η λειτουργία των Επιτροπών κατά τον Διακρίσεων τόσο στον δημόσιο (ΣτΠ) όσο και στον ιδιωτικό τομέα (Υπ. Δικαιοσύνης), η Ανάπτυξη δράσεων από την Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχ. Διαταραχές (άρ. 2 ν. 2716/99). (Φυτράκης, 2011).

1.4.1. Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ - ΜΕΣΑ ΚΑΙ ΘΕΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Για την προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων, έχει συσταθεί στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, στην Αυτοτελή Υπηρεσία Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών, Γραφείο για την Προστασία των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές (παραγρ. 1 άρθρο 2 του Ν. 2716/1999) και Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές η οποία λειτουργεί στα πλαίσια της συστημένης με το Ν. 2519/1997 Εθνικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών (παραγρ. 2 άρθρο 2 του Ν. 2716/1999).

Αντικείμενο της Ειδικής Επιτροπής είναι η εποπτεία και έλεγχος της προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, όπως ενδεικτικά το δικαίωμα για αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας, το δικαίωμα για εξειδικευμένη ατομική θεραπεία, το δικαίωμα να αμφισβητεί ο ασθενής στο Δικαστήριο την ακούσια νοσηλεία, να συνομιλεί κατ' ιδίαν με δικηγόρο, να έχει πρόσβαση στα δεδομένα των αρχείων που τον αφορούν, το δικαίωμα να προστατεύει την περιουσία του και το δικαίωμα της κοινωνικής του επανένταξης σε όλες τις διαστάσεις της (οικονομική, επαγγελματική, μορφωτική κλπ. (Μαδιανού, 1994).

Για την άσκηση της αρμοδιότητάς της η Ειδική Επιτροπή, η οποία είναι εννεαμελής, αποτελούμενη από έναν ψυχίατρο και έναν παιδοψυχίατρο, δύο κοινωνικούς λειτουργούς, έναν από τους λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας, δύο νομικούς και δύο εκπροσώπους συλλόγων ατόμων με ψυχικές διαταραχές ή συλλόγων των οικογενειών τους:

- α. Δέχεται παράπονα, αναφορές ή καταγγελίες από κάθε πολίτη, οργάνωση, φορέα ή οποιαδήποτε επιτροπή ή αρχή.
- β. Επισκέπτεται σε τακτά χρονικά διαστήματα τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
- γ. Πραγματοποιεί αυτεπαγγέλτως ή μετά από καταγγελία έκτακτες επισκέψεις σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

δ. Ενημερώνει τους πολίτες για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών με κάθε πρόσφορο μέσο, όπως η έκδοση ενημερωτικών φυλλαδίων, καταχωρήσεις στον τύπο ή τηλεοπτικά μηνύματα.

ε. Δέχεται και διερευνά περαιτέρω τις ετήσιες υποχρεωτικές εκθέσεις των υπευθύνων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας καθώς και των τριμελών επιτροπών προάσπισης των δικαιωμάτων των ασθενών του Ν. 2519/1997.

στ. Επιβάλλει ετήσιες εκθέσεις για το έργο της στον Πρόεδρο της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών και κάθε φορά που διαπιστώνει παραβίαση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές υποβάλλει έκθεση στον Πρόεδρο της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών για να προβεί αυτή στις παραπάνω νόμιμες ενέργειες.

ζ. Παρεμβαίνει κάθε φορά που διαπιστώνει παραβίαση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, προβαίνει σε συστάσεις και αποστέλλει αναφορά στο αρμόδιο όργανο για την ποινική ή πειθαρχική δίωξη.

η. Οργανώνει, εποπτεύει και συντονίζει σε όλη την Ελλάδα την εθελοντική δικηγορική αρωγή σε θέματα προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές σε συνεργασία με τους Δικηγορικούς Συλλόγους της χώρας .

Επιπλέον, και για ειδικότερα ζητήματα, θεσμικό ρόλο στην προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων έχουν - και επιτελούν ικανοποιητικά - Ανεξάρτητες Αρχές, όπως ο Συνήγορος του Πολίτη και η Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, που έχουν συσταθεί και λειτουργούν με βάση τους Ν. 2477/1997 και Ν. 2472/1997 αντίστοιχα. Ενισχυτικά στα παραπάνω λειτουργεί η πρόβλεψη του Ν. 3293/2004 με την οποία επεκτείνονται οι αρμοδιότητες του Συνηγόρου του Πολίτη και σε θέματα υγείας, πρόνοιας και κοινωνικής αλληλεγγύης και ενισχύεται το επιστημονικό του προσωπικό προκειμένου να ανταποκριθεί στις παραπάνω αρμοδιότητες.

Η διασφάλιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών αλλά και αυτά καθαυτά τα δικαιώματά τους ρυθμίζονται από όλο το πλέγμα της εθνικής νομοθεσίας, όπως το Σύνταγμα και τους Ν. 2071/1992, 2519/1997 και 2716/1999 και σε συνδυασμό με διάσπαρτες επιμέρους διατάξεις του Αστικού και Ποινικού Κώδικα.

1.4.2. ΤΑ ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ.

Τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών, αλλά και οι ταυτόχρονες υποχρεώσεις του Κράτους, των Μονάδων Ψυχικής Υγείας και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αναφέρονται σε τίτλους και σε ενότητες, με την έννοια ότι κάθε τίτλος από τους παρακάτω ενσωματώνει σειρά επιμέρους δικαιωμάτων/ υποχρεώσεων, ως ακολούθως:

1. Το δικαίωμα στην αξιοπρεπή περίθαλψη (εκούσια και ακούσια).
2. Το δικαίωμα στην ισότητα.
3. Το δικαίωμα στην ενημέρωση.
4. Το δικαίωμα στην προστασία προσωπικών δεδομένων.
5. Το δικαίωμα στην αποκατάσταση.
6. Το δικαίωμα στη ζωή στην κοινότητα.
7. Το δικαίωμα στη διεκδίκηση αξιώσεων.

Ειδικότερα, αναλύοντας κάθε μία από τις παραπάνω ενότητες δικαιωμάτων παρατηρούμε:

1. Το δικαίωμα στην αξιοπρεπή περίθαλψη (εκούσια και ακούσια).

Το δικαίωμα αυτό συνίσταται στη δυνατότητα κάθε προσώπου για το οποίο γίνεται διάγνωση ψυχικής νόσου, να προσεγγίσει τους φορείς παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε ανθρώπινες συνθήκες και να λάβει υπηρεσίες που με βάση τα επιστημονικά και ιατρικά δεδομένα και παραδοχές είναι οι πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του.

Η περίθαλψη ως δικαίωμα ενός ασθενούς στην υγεία σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί σε μονάδες ψυχικής υγείας συγκεντρωτικές, γραφειοκρατικές, απρόσωπες και αποστασιοποιημένες από τον ασθενή, αλλά από αποκεντρωμένες μονάδες, εξοπλισμένες και στελεχωμένες κατάλληλα που αντιμετωπίζουν τον ασθενή εξατομικευμένα ως μοναδική προσωπικότητα και φορέα αξιοπρέπειας και όχι ως απρόσωπη μονάδα μεταξύ πολλών ομοίων.

Κατά συνέπεια, αποτελεί καθήκον των υπηρεσιών ψυχικής υγείας να είναι προσιτές στους πολίτες που τις έχουν ανάγκη. Η προσιτότητα αφορά στο χώρο (εγγύτητα στον τόπο διαμονής - τομεοποίηση), το χρόνο (ωράριο λειτουργίας των υπηρεσιών που εξυπηρετεί τους δυνητικούς αποδέκτες), την κουλτούρα («πολιτισμική» προσβασιμότητα, υπό την έννοια της καταπολέμησης των προκαταλήψεων και του στίγματος που χαρακτηρίζουν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας).

Η περίθαλψη διακρίνεται σε εκούσια (όταν η αναγκαιότητα προσφυγής σε φορείς ή επαγγελματίες ψυχικής υγείας κρίνεται καταρχήν από τον ίδιο τον πάσχοντα συνειδητά ή με γνώση του προβλήματος και παρότρυνση) και σε ακούσια (όταν για την περίθαλψη δεν προηγείται αναγκαία η συναίνεση του πάσχοντα).

Στην περίπτωση τόσο της εκούσιας όσο και της ακούσιας νοσηλείας ο πάσχων δικαιούται ιατρικής, παραϊατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας σε συνθήκες κατάλληλης διαμονής και αποτελεσματικής διοικητικής και τεχνικής εξυπηρέτησης. Περαιτέρω, ο πάσχων δικαιούται

αναγνωρισμένης και επιστημονικά τεκμηριωμένης χρήσης θεραπευτικών μεθόδων, φαρμακευτικών αγωγών και άλλων.

Το δικαίωμα στην κατάλληλη και πλέον σύγχρονη φροντίδα θέτει τους επαγγελματίες απέναντι στο καθήκον της δικής τους συνεχούς ενημέρωσης, συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και κατάρτισης, ώστε να είναι σε θέση να κατέχουν και να παρέχουν σύγχρονες και επιστημονικά τεκμηριωμένες θεραπείες.

Από την άποψη αυτή, η εφαρμογή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης με τη μετατόπιση του κέντρου βάρους από το ψυχιατρείο στην κοινότητα, καθιστά βέβαιο ότι η σταδιακή έξοδος του ψυχικά πάσχοντα στην κοινότητα σε καθεστώς υποστήριξης και προστασίας ελαχιστοποιεί τους κινδύνους από τυχόν αναποτελεσματικές θεραπείες.

Κατά συνέπεια, είναι δικαίωμα βασικής προτεραιότητας για τους ψυχικά πάσχοντες και, λόγω της σπουδαιότητάς του, δικαίωμα όλης της κοινωνίας η υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων που ανάγονται στο πεδίο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, δικαίωμα το οποίο δεν θα πρέπει να περιορίζεται από δημοσιονομικές πολιτικές. (Πλουμπίδης, 1995).

Αν απαιτείται ειδική ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και νοσηλεία, αποτελεί βασικό δικαίωμα η αναγνώριση στον ψυχικά πάσχοντα του δικαιώματος στην επιλογή της θεραπείας και την έκφραση της συναίνεσής του σε αυτή.

Άλλο επιμέρους δικαίωμα του ψυχικά πάσχοντα, και περιττό να αναφέρουμε ταυτόχρονη υποχρέωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αποτελεί ο σεβασμός της προσωπικότητας του ψυχικά πάσχοντα. Ανεξάρτητα από την ένταση της νόσου, είναι επιβεβλημένη η αποφυγή θεραπευτικών μεθόδων που απομακρύνουν τον ασθενή

από το κοινωνικό περιβάλλον και τον τόπο διαμονής του και η εφαρμογή μεθόδων βίαιων μηχανικών περιορισμών που διαρκούν επί μακρόν και επιφέρουν κακώσεις και βλάβες της σωματικής του υγείας, η νοσηλεία σε συνθήκες κακής σωματικής ή χωρικής υγιεινής, διατροφής, ένδυσης και υπόδησης. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας (γιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό κλπ), οι οικογένειες των ασθενών και ευρύτερες κοινωνικές ομάδες, οφείλουν να εντάξουν στις όποιες δικές τους διεκδικήσεις και τη διεκδίκηση και προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών, των δικών τους ανθρώπων, ιδιαίτερα σε ότι αφορά το δικαίωμα του σεβασμού της προσωπικότητας.

Οι παραπάνω αναφορές ισχύουν καταρχήν και για την ακούσια νοσηλεία. Όμως, χρειάζεται να επισημανθεί ότι η ακούσια ψυχιατρική εξέταση και νοσηλεία αποτελούν εξαιρετικές διαδικασίες που επιφέρουν ρωγμή τόσο στην αρχή ότι ουδείς στερείται την ελευθερία του παρά μόνο εφόσον έχει τελέσει κάποιο έγκλημα, όσο και στην αρχή ότι ουδείς υποβάλλεται σε ιατρικές πράξεις χωρίς τη συναίνεσή του και εκ του λόγου αυτού διακυβεύονται τα σημαντικά αγαθά της προσωπικής

ελευθερίας και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Ακριβώς για το λόγο αυτό έχουν καθιερωθεί συγκεκριμένοι κανόνες, ρυθμίσεις και νομικές διαδικασίες, οι οποίες προβλέπονται στα άρθρα 95 - 100 του Ν. 2071/1992 ως ελάχιστη δικαστική προστασία, η τήρηση των οποίων είναι υποχρεωτική τόσο για τη δικαιοσύνη και τους λειτουργούς της όσο και για την Πολιτεία και τους εμπλεκόμενους στη διαδικασία αυτή δημόσιους φορείς, ενόψει μάλιστα ότι οι εισαγόμενοι σε ακούσια νοσηλεία στερούνται της δυνατότητας άμεσης διεκδίκησης των δικαιωμάτων τους (Μαδιανού, 1994).

2. Το δικαίωμα στην ισότητα.

Η εφαρμογή της αρχής της ισότητας με την εκδήλωσή της ως απουσία διακρίσεων με βάση ειδικότερα ατομικά χαρακτηριστικά (φύλο, χρώμα, θρησκεία, ιδεολογία κλπ) αποτελεί κατάκτηση του σύγχρονου πολιτισμού. Η αρχή της ισότητας επιβάλλει την ίση μεταχείριση προσώπων που τελούν υπό ουσιωδώς όμοιες συνθήκες, όπως επίσης, επιβάλλει την ίση μεταχείριση προσώπων που για λόγους υγείας αντιμετωπίζουν καταστάσεις πολλαπλών αποκλεισμών από τις κοινωνικές δομές.

Απόρροια της αρχής της ισότητας είναι η ρητή υποχρέωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας να συμπεριφέρονται σε όλους τους ασθενείς που προστρέχουν εκούσια ή ακούσια στην υποστήριξή τους με ισότιμο τρόπο και κατ' εφαρμογή των αναγνωρισμένων μεθόδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, ανεξάρτητα από τα ειδικότερα χαρακτηριστικά τους, όπως η οικονομική κατάσταση, η φυλετική καταγωγή, η θρησκευτική πίστη, το μορφωτικό επίπεδο και η εν γένει η κοινωνική τους θέση.

Είναι γνωστό ότι στο κοινωνικό μας σύστημα κάποιοι θεωρούνται «περισσότερο ίσοι» από κάποιους άλλους. Η αντίληψη αυτή επιβάλλεται όχι μόνο ηθικά αλλά και νομικά να κρατηθεί έξω από το χώρο του συστήματος της δημόσιας υγείας και ιδιαίτερα της ψυχικής υγείας. Έτσι, μολονότι ανάγεται στη σφαίρα του αυτονόητου, είναι επιβεβλημένο να επισημανθεί ότι ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας όχι μόνο έχει υποχρέωση να τηρεί τις αρχές της ίσης μεταχείρισης αλλά θα πρέπει να καταβάλλει ιδιαίτερη προσπάθεια (πολλές φορές και με προσωπικό κόστος) για τη γενικευμένη εφαρμογή της. (Ατζινά, 2001).

Η παραβίαση της αρχής της ισότητας πλήττει ευθέως το δικαίωμα της προσωπικότητας και γεννά υποχρέωση προς αποζημίωση, αφού από την νομολογία των Δικαστηρίων μας θεωρείται ως αδικοπραξία (Μαδιανού, 1994).

3. Το δικαίωμα στην ενημέρωση.

Σε κάθε περίπτωση εξέτασης ή νοσηλείας (εκούσιας ή ακούσιας) ο ψυχικά ασθενής έχει δικαίωμα στην αναλυτική ενημέρωσή του για την κατάσταση της υγείας του, η οποία πρέπει να

γίνεται κατά τρόπο ανταποκρινόμενο στο μορφωτικό του επίπεδο και την εν γένει αντίληψή του κατά τρόπο σαφή και μη επιδεχόμενο μεταγενέστερων αμφισβητήσεων. Η χορήγηση γραπτών αναλυτικών γνωματεύσεων και οδηγιών αποτελεί εκδήλωση του δικαιώματος αυτού. Στις περιπτώσεις που κρίνεται ως αναγκαίο και για το συμφέρον του ασθενή η μη ενημέρωσή του, αυτή θα πρέπει να γίνεται υποχρεωτικά και με τον ίδιο αναλυτικό τρόπο στο άμεσα συγγενικό του περιβάλλον και σε αυτούς που επιφορτίζονται την καθημερινή αποκαταστασιακή του μέριμνα και φροντίδα. (Πλουμπίδης, 1995).

Ιδιαίτερα για τις περιπτώσεις ακούσιας νοσηλείας, η ενημέρωση και μάλιστα γραπτά του ψυχικά πάσχοντα και των συγγενών του αναφορικά με τα δικαιώματά του αποτελούν αναγκαίο πρωτογενή όρο για την επιτυχή έκβαση του θεσμού.

Σε περιπτώσεις στις οποίες προτείνεται η λήψη φαρμάκων αυτή θα πρέπει να γνωστοποιείται, όχι με τη μορφή απειλής, αλλά κατά τρόπο που να προάγεται η ενεργή συνεργασία του ασθενούς στη θεραπεία του.

Η ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειάς του είναι αναγκαία για την εξασφάλιση της συγκατάθεσής τους στην θεραπεία. Από την άποψη αυτή είναι υποχρέωση του επαγγελματία ψυχικής υγείας να απαντά σε συγκεκριμένα ερωτήματα που γεννώνται από την ενημέρωσή του προς τον ασθενή και την οικογένειά του και φυσικά σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να τους αποθαρρύνει από την διατύπωση ερωτημάτων με υπεκφυγές και ασάφειες (Παρασκευόπουλος, 1988).

4. Το δικαίωμα στην προστασία των προσωπικών δεδομένων.

Η εξέλιξη της τεχνολογίας στη σύγχρονη εποχή και οι δυνατότητες επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων («τράπεζες» επεξεργασίας και εμπορίας προσωπικών δεδομένων, μηχανογραφική τήρηση ιατρικών φακέλων κλπ), έχουν καταστήσει πλέον τη διαφύλαξη του ιατρικού απορρήτου και των προσωπικών δεδομένων που αφορούν την υγεία κάθε προσώπου, τα οποία υπάγονται στην κατηγορία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων, ως ιδιαίτερη νομική υποχρέωση τόσο του ιατρικού κόσμου όσο και, ιδιαίτερα για το χώρο της ψυχικής υγείας, των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, όπως αυτοί ειδικότερα κατηγοριοποιούνται (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτικό προσωπικό κλπ).

Το ιατρικό απόρρητο καταρχήν καθιερώθηκε ρητά με τον Α.Ν. 1565/1939 «Κώδικας ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος» και επαναοριοθετήθηκε με το Β.Δ. 25/1955 «Κανονισμός ιατρικής δεοντολογίας». Ρητή αναφορά του δικαιώματος αυτού γίνεται στον Ν. 2071/1992 ο οποίος στο άρθρο 47 παρ. 6, ορίζει ότι ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχόμενου

των εγγράφων που αφορούν τον ασθενή, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και ευρημάτων, πρέπει να είναι εγγυημένος. Η διάταξη αυτή που έχει θετικό προσανατολισμό συμπληρώνεται από την απαγορευτική διάταξη του άρθρου 371 του Ποινικού Κώδικα σύμφωνα με την οποία τιμωρείται όποιος ανακοινώνει σε τρίτους ιδιωτικά απόρρητα που του έχουν εμπιστευθεί λόγω του επαγγέλματος ή της ιδιότητάς του. Ειδικά για τα θέματα της προστασίας των πολιτών από τη διακίνηση των προσωπικών τους δεδομένων έχει ήδη συσταθεί και λειτουργεί υπό το καθεστώς του Ν. 2472/1997 η Ανεξάρτητη Διοικητική Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, η οποία έχει επιληφθεί για θέματα που ανάγονται στο χώρο της υγείας (Αποφάσεις 18-734/2000, 61/2003, 47/2004, 49/2004 και 54/2004).

Επιστημονική δημόσια χρήση ψυχιατρικών περιστατικών είναι επιτρεπτή υπό την αναγκαία προϋπόθεση της μη αποκάλυψης της ταυτότητας του ασθενούς και για ερευνητικούς αποκλειστικά και μόνο σκοπούς. Σε κάθε περίπτωση, θα πρέπει να υπάρχει η συγκατάθεση του προς ανακοίνωση των προσωπικών του δεδομένων προσώπου με την έννοια της ελεύθερης, ρητής και ειδικής δήλωσης βούλησης, η οποία εκφράζεται με τρόπο σαφή και σε πλήρη επίγνωση, μετά από προηγούμενη ενημέρωσή του, ο οποίος βεβαίως διατηρεί πάντοτε το δικαίωμα της ανάκλησης οποτεδήποτε της συγκατάθεσής του.

Υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες επιτρέπεται κατ' εξαίρεση η άρση του ιατρικού απορρήτου. Στις περιπτώσεις αυτές πρέπει να συντρέχει κίνδυνος για τη ζωή του ασθενή ή τη ζωή άλλων, γεγονός που κρίνει μόνο ο επαγγελματίας ιατρός. Αλλά και στις περιπτώσεις αυτές ο επαγγελματίας οφείλει να έχει ενημερώσει πρωτίστως τον ασθενή για τις ενέργειες που πρόκειται να ακολουθήσει.

Από τα παραπάνω, προκύπτει ένα πλέγμα υποχρεώσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που συνδέεται αφενός μεν με την ουσιαστική και εγγυημένη εκ μέρους τους τήρηση του απορρήτου, αφετέρου δε με την υποχρέωσή τους να γνωστοποιούν στους ψυχικά πάσχοντες την ηθική και νομική τους αυτή υποχρέωση, γεγονός που διευκολύνει και τους ίδιους στην καθημερινή τους επαφή με τους ασθενείς στο πλαίσιο της παροχής των υπηρεσιών τους προς αυτούς .

5. Το δικαίωμα στην αποκατάσταση.

Είναι γνωστό ότι σε περιόδους ύφεσης και υψηλής ανεργίας, τα άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχικά προβλήματα, έχουν πρόσθετες και πολλαπλού χαρακτήρα δυσκολίες στην κοινωνικοοικονομική τους ένταξη έτσι όπως αυτή προσδιορίζεται από τα ισχύοντα στην εποχή μας οικονομικά και κοινωνικά πρότυπα.

Τα παραπάνω, σε συνδυασμό με το στίγμα που απευθύνεται στα άτομα αυτά δημιουργούν ένα κοινωνικό αίτημα και αξίωση των ψυχικά πασχόντων για τη λήψη ουσιαστικών και αποτελεσματικών μέτρων που θα υποβοηθούν την ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση.

Όπως επισημαίνεται στην Συναινετική Διακήρυξη για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση (ΨΚΑ) είναι μια διαδικασία η οποία ενισχύει τις ευκαιρίες στα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας να επιτύχουν ένα όσο το δυνατό καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση συνεπάγεται τόσο τη βελτίωση των ικανοτήτων των ατόμων όσο και την εισαγωγή αλλαγών στο ευρύτερο περιβάλλον, ώστε να δημιουργηθούν οι συνθήκες για μια ποιοτική ζωή για ανθρώπους που έχουν βιώσει μια ψυχική διαταραχή. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση στοχεύει στο να συνεισφέρει στην ανάπτυξη του καλύτερου δυνατού επιπέδου λειτουργικότητας των ατόμων, αλλά και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος, και στην ελαχιστοποίηση των προβλημάτων που προέρχονται είτε από την ψυχική νόσο είτε από τον κοινωνικό περίγυρο, συμβάλλοντας με θετικό τρόπο στην επιλογή των ατόμων με ψυχικές διαταραχές να ενταχθούν επιτυχώς στην κοινότητα.

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια συνεχής, πολύπλοκη και φιλόδοξη διαδικασία, επειδή συμπεριλαμβάνει πολλούς διαφορετικούς τομείς και διαφορετικά επίπεδα, από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μέχρι τους χώρους διαβίωσης και εργασίας. Επιπλέον, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση συμπεριλαμβάνει το σύνολο των κοινωνικών συντελεστών. Με δεδομένη την πολυπλοκότητα αυτή, οι δυνατότητες και τα μέσα για την παροχή ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ποικίλουν, ανάλογα με τα γεωγραφικά, πολιτισμικά, οικονομικά, πολιτικά, κοινωνικά και οργανωτικά χαρακτηριστικά των χώρων όπου αυτή αναπτύσσεται.

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση έχει ως στόχο τη μείωση του στίγματος και την προαγωγή της ισότητας και των ευκαιριών. Για το λόγο αυτό, οι λειτουργοί της συμμετέχουν σε προσπάθειες οργανωτικού, νομοθετικού, επαγγελματικού χαρακτήρα, σε προσπάθειες διασφάλισης της ποιότητας της φροντίδας και της ποιότητας της ζωής, σε συλλογικούς φορείς των χρηστών των υπηρεσιών και συλλογικά μορφώματα στήριξης, αυτοβοήθειας και συμμετοχής, σε εκπαιδευτικές προσπάθειες και σε προσπάθειες προαγωγής και ενίσχυσης των υπηρεσιών, ανάπτυξης της έρευνας και βελτίωσης των συστημάτων παροχής υπηρεσιών. Ως τέτοια, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση στοχεύει στο να βοηθά τα άτομα να απολαμβάνουν πλήρως το σύνολο των δικαιωμάτων τους, όπως αυτά εκφράζονται στα κείμενα των διεθνών οργανισμών και της εθνικής νομοθεσίας.

Στη χώρα μας, μία έμπρακτη εφαρμογή των αρχών της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και βασικό μηχανισμό επαγγελματικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών, ρητά προβλεπόμενο και

ρυθμιζόμενο από το ισχύον θεσμικό πλαίσιο (άρθρο 12 του Ν. 2716/1999 για την ψυχική υγεία), αποτελούν οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.), οι οποίοι λειτουργούν υπό διττό χαρακτήρα (ως Μονάδα Ψυχικής Υγείας και ως κοινωνική επιχείρηση ταυτόχρονα).

Στους Κοι.Σ.Π.Ε. μπορούν να απασχολούνται με καθεστώς εξαρτημένης εργασίας ή με συμβάσεις παροχής υπηρεσιών ψυχικά πάσχοντα άτομα, τα οποία, υποστηριζόμενα από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και συμμετέχοντας στις εσωτερικές διαδικασίες του Συνεταιρισμού (Γενική Συνέλευση, Διοικητικό Συμβούλιο, εργασιακές επιτροπές) αποκτούν κοινωνικές δεξιότητες και εργασιακή εμπειρία μέσα από την παραγωγική απασχόληση και την συμμετοχή στις συλλογικές δραστηριότητες του Συνεταιρισμού και αυτονομούνται στην καθημερινή τους ζωή.

Η συμμετοχή και απασχόληση στους Κοι.Σ.Π.Ε. αποτελεί ιδιαίτερα σημαντική πτυχή ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, όπως προκύπτει και από σχετικές μελέτες, έρευνες και τη διεθνή εμπειρία.

Είναι σαφές ότι η πρωτοβουλία σύστασης Κοι.Σ.Π.Ε. και η άσκηση του δικαιώματος του ψυχικά ασθενούς για συμμετοχή σε αυτόν προϋποθέτει ειδική ενθάρρυνση και πρωτοβουλία από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που τον υποστηρίζουν. Η υποστήριξη όμως αυτή δεν θα πρέπει να είναι μηχανιστική, υπό την έννοια ότι αφού προετοιμαστούν τα πάντα (καταστατικό, επιχειρησιακό σχέδιο κλπ) απλώς καλούμε τον ασθενή να υπογράψει ή να συμμετέχει σε κάποια συνέλευση. Για την αποτελεσματική άσκηση του δικαιώματος αυτού απαιτείται από πλευράς του ψυχικά ασθενούς η συμμετοχή του σε ομάδες πρωτοβουλίας για τη σύσταση του Κοι.Σ.Π.Ε., η ενημέρωσή του και για τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα και ωφέλειες που θα προκύψουν όσο και για τα προβλήματα του εγχειρήματος. Απαιτείται, επιπρόσθετα, η ενημέρωσή του ως προς την εργασιακή θέση που θα κληθεί να καλύψει, τις απαιτήσεις της, όπως επίσης και τις αναμενόμενες οικονομικές απολαβές του.

Το δικαίωμα αυτό δεν θα πρέπει να τελεί σε κατάσταση διαρκούς υποστήριξης και «εξωτερικής προστασίας». Στο μέτρο που ο ψυχικά ασθενής μέσα από την άσκηση του δικαιώματός του στην επαγγελματική αποκατάσταση αυτονομείται, είναι αναγκαίο να ενισχύεται και η άσκηση των δικαιωμάτων που σχετίζονται με τις εργασιακές διεκδικήσεις, τη συμμετοχή σε συνδικαλιστικές οργανώσεις έτσι ώστε η εργασιακή του αποκατάσταση σε συνδυασμό με το αμέσως πιο κάτω εξεταζόμενο δικαίωμα να καθίσταται κατά το δυνατόν πλήρης.

6. Το δικαίωμα στη ζωή στην κοινότητα.

Το δικαίωμα αυτό εντάσσεται και αποτελεί εξειδικευμένη μορφή του γενικότερου κοινωνικού δικαιώματος για την εφαρμογή πολιτικών αποασυλοποίησης – αποϊδρυματισμού και καταπολέμησης του στίγματος.

Με βάση τους κατευθυντήριους άξονες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ως αποασυλοποίηση ή αποϊδρυματισμός ορίζεται η κατάργηση των παραδοσιακών ιδρυμάτων για τη φροντίδα των ψυχικά ασθενών και η προοδευτική εκκένωση των χώρων αυτών από τα άτομα που ήδη νοσηλεύονται εκεί, η ταυτόχρονη ανάπτυξη δομών στην κοινότητα με στόχο τη θεραπεία των ψυχικά ασθενών και την αποφυγή της μακροχρόνιας νοσηλείας ατόμων σε χώρους/δομές που μπορεί να συντελέσουν στην εμφάνιση φαινομένων ιδρυματισμού.

Το δικαίωμα στη ζωή στην κοινότητα σημαίνει ότι ο ψυχικά ασθενής μπορεί να μένει σε ένα σπίτι όπως όλοι οι άνθρωποι. Στην περίπτωση έλλειψης αυτής της δυνατότητας, ο ψυχικά ασθενής μπορεί να κάνει χρήση στεγαστικών δομών και παράλληλης υποστήριξης στον ευρύτερο κοινωνικό χώρο με την εξασφάλιση αξιοπρεπών συνθηκών καθημερινής ζωής. Στεγαστικές δομές στην κοινότητα είναι οι ξενώνες (βραχείας, μέσης και μακράς διάρκειας παραμονής), τα οικοτροφεία και τα προστατευόμενα διαμερίσματα.

Η άσκηση του παραπάνω δικαιώματος, το οποίο σαφώς αναγνωρίζεται επιστημονικά και νομοθετικά, συνδέεται με την ταυτόχρονη διεκδίκηση της λήψης συγκεκριμένων μέτρων εκ μέρους του Κράτους που έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας με σκοπό την πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Με αυτό εννοούμε ότι το Κράτος - που έχει τη γενική ευθύνη για την ενθάρρυνση και υποστήριξη της εφαρμογής προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, στα οποία περιλαμβάνεται και η λειτουργία στεγαστικών δομών στο ευρύτερο οικιστικό περιβάλλον της κοινότητας, όπου οι ένοικοι διαμορφώνουν τον κύκλο των καθημερινών δραστηριοτήτων τους με επίκεντρο το οίκημα που στεγάζει τη δομή και την ευρύτερη περιοχή στην οποία εντάσσεται, έχει ρητή υποχρέωση υποστήριξης των δομών αυτών και της ανάσχεσης των αντιστάσεων που προβάλλονται στις δομές αυτές από κατοίκους, φορείς ή και την Τοπική Αυτοδιοίκηση μερικές φορές, αντιστάσεων που έχουν τις ρίζες τους στο στίγμα και τις προκαταλήψεις.

Είναι αλήθεια ότι οι προκαταλήψεις και ο στιγματισμός απέναντι στους ψυχικά ασθενείς στηρίζονται σε αντιεπιστημονικές θεωρήσεις περί «ανιάτου» των ψυχικά ασθενών και επικινδυνότητας, βίαιης συμπεριφοράς και επιθετικότητας των προσώπων που έχουν ανάγκη ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και τις περισσότερες φορές υποκρύπτουν τα ιδιοτελή συμφέροντα της μικροϊδιοκτησίας και της με κάθε τρόπο αξιοποίησής της. (Μαδιανού, 1994).

Η καταπολέμηση του στίγματος και των προκαταλήψεων πρέπει να αποτελεί διαρκή μέριμνα της κρατικής πολιτικής για την ψυχική υγεία, καθημερινή υποχρέωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αλλά και δικαίωμα και απαίτηση των ψυχικά ασθενών. (Μαδιανού, 1994).

Είναι αλήθεια ότι πολλές φορές αντιμετωπίζονται ιδιαίτερες δυσκολίες για την εξεύρεση κατάλληλων οικημάτων, ιδιαίτερα διαμερισμάτων σε πολυκατοικίες, εξ αιτίας αντιδράσεων από πλευράς συνιδιοκτητών, γειτόνων κλπ, οι οποίοι κινούμενοι σε μια λογική αποκλεισμού των ψυχικά ασθενών από το δικαίωμά τους της ζωής στην κοινότητα επικαλούνται και προστρέχουν σε παρωχημένους ως προς τον χρόνο κατάρτισής τους κανονισμούς πολυκατοικιών. Πρόσφατα ο Συνήγορος του Πολίτη (6 Δεκεμβρίου 2004) τοποθετήθηκε επί του θέματος και με έγγραφό του προσπαθεί να συμβάλλει στην προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών εκθέτοντας τις νομικές και κοινωνικές διαστάσεις του θέματος.

7. Το δικαίωμα στη διεκδίκηση αξιώσεων.

Τα επιμέρους δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων προστατεύονται από τις διατάξεις του Συντάγματος 1975/1986/2001 και απορρέουν από τη διάταξη του άρθρου 5 του Συντάγματος όπου ορίζεται ότι καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας.

Η προστασία των δικαιωμάτων αυτών σχετίζεται με την εκ μέρους του Κράτους και των λοιπών φορέων άσκησης δημόσιας εξουσίας εκπλήρωσης των υποχρεώσεών τους να παρέχουν με συγκεκριμένα μέτρα, μέσα και πολιτικές κάθε αναγκαία εγγύηση ανεμπόδιστης άσκησής τους και σε κάθε περίπτωση σύγκρουσης ή διαφωνίας, αυτή να επιλύεται υπέρ του δικαιώματος. Ενόψει μάλιστα του ότι οι συνταγματικές διατάξεις για τα δικαιώματα αποτελούν κατευθυντήρια διάταξη με την οποία απευθύνεται συνταγματική εντολή προς τον κοινό νομοθέτη για τη λήψη μέτρων, είναι επιβεβλημένο οι άμεσα ενδιαφερόμενοι (ψυχικά ασθενείς και οι οικογένειές τους) όπως και αυτοί που τους επικουρούν στη μεγάλη προσπάθεια της ψυχοκοινωνικής τους αποκατάστασης να ασκούν το δικαίωμα της διεκδίκησης στη λήψη συγκεκριμένων μέτρων και πολιτικών που παγιώνουν καταστάσεις αποτελεσματικής εφαρμογής των επιμέρους δικαιωμάτων τους.

Είναι σαφές ότι στο σημείο αυτό δεν αναφερόμαστε σε μία «συνδικαλιστικού χαρακτήρα» διεκδίκηση, αλλά σε μία διεκδίκηση που θα φέρει έντονα κοινωνικό χαρακτήρα, με την έννοια ότι η διατύπωση αιτημάτων θα προσλαμβάνει συνεχώς ευρύτερα κοινωνικό χαρακτήρα με την ενσωμάτωση στο ρεύμα της μεγάλων κοινωνικών ομάδων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Η ψυχική νόσος εμφανίστηκε εξ αρχαιοτάτων χρόνων σε ολόκληρη την υφήλιο. Το περιεχόμενο της ψυχικής ασθένειας και το πώς αυτή αντιμετωπίζεται από τόπο σε τόπο και από κοινωνία σε κοινωνία συναρτάται με την ιδεολογία, τη θρησκεία, τη φιλοσοφία και την εν γένει ανάπτυξη και ευαισθητοποίηση των λαών κάθε περιοχής (Μάνου, 1997).

2.1 Σύντομη Ιστορική Αναδρομή της Ψυχικής Υγείας

Στην ενότητα που ακολουθεί θα πραγματοποιήσουμε μια σύντομη ιστορική αναδρομή ώστε να μπορέσουμε να εξετάσουμε πως αντιμετωπιζόταν η ψυχική νόσος ανά τους αιώνες.

Στην Αρχαία Ελλάδα επικρατούσαν τρεις απόψεις για την ψυχική ασθένεια :

1. Η λαϊκή άποψη.
2. Η ιατρική γνώση.
3. Η φιλοσοφική σκέψη.

Ας δούμε αυτές τις τρεις απόψεις αναλυτικότερα:

1. Στην λαϊκή άποψη, που ήταν και η άποψη των φτωχών και των ανθρώπων δίχως μορφωτικό υπόβαθρο που ζούσαν σε συνθήκες φτώχειας και ανέχειας, κακά πνεύματα όπως οι θεές Λύσσα και Μανία καταλάμβαναν τους ασθενείς και τους έκαναν βίαιους και περιπλανώμενους. Για να αντιμετωπίσουν, να υποβαθμίσουν, να περιγελάσουν ακόμη και να εξολοθρεύσουν τους ανθρώπους αυτούς, τους αλυσοδένανε, τους κορόιδευαν και τους περιφρονούσαν.
2. Ο Ασκληπιός και οι Ιερείς του, πίστευαν ότι οι ψυχικές ασθένειες οφείλονταν σε υπερφυσικές δυνάμεις και τους ψυχικά ασθενείς τους έκλειναν στα Ασκληπιεία. Πρώτος έρχεται σε αναγνώριση της ψυχικής νόσου ο Ιπποκράτης, ο οποίος θεωρεί ότι η ψυχική νόσος προέρχεται από την αντίδραση του αίματος, της μαύρης χολής, της κίτρινης χολής και του φλέγματος που αυτά προέρχονται από τη φύση και συγκεκριμένα από τη θερμότητα, το ψύχος, την υγρασία και την ξηρασία. Ο Ιπποκράτης είναι ο πρώτος που δίνει στους ψυχικά ασθενείς καθαρικό ως φάρμακο, για να καθαριστούν από τα στοιχεία που προκαλούν τη νόσο. Ο Ιπποκράτης ήταν και ο πρώτος που έδωσε ονόματα στις ψυχικές νόσους, ορισμένες ονομασίες που χρησιμοποιούνται μέχρι και σήμερα όπως είναι η Μανία, η Μελαγχολία, η Άνοια και η Παράνοια.

3. Εκπρόσωποι της φιλοσοφικής σκέψης είναι ο Πλάτωνας και ο Αριστοτέλης. Ο Πλάτωνας τονίζει τον υπερφυσικό χαρακτήρα της κάθαρσης των ψυχικά ασθενών. Ο Αριστοτέλης θεωρεί την ψυχική νόσο σαν φυσιολογική εκτόνωση των διαφόρων παθών που εκφράζονται μέσα από το θέατρο (Μάνου, 1997).

Οι Ρωμαίοι ήταν οι πρώτοι που αντιλήφθηκαν ότι οι συγκεκριμένοι άνθρωποι είναι ασθενείς, και προχωρούν στη δημιουργία νόμων για την προστασία τους. Επίσης, φτιάχνουν χώρους όπου μπορούσαν να νοσηλεύονται οι ψυχικά ασθενείς (Μάνου, 1997).

Στον Μεσαίωνα επικρατεί για τους ανθρώπους με ψυχικά προβλήματα η μαγεία, ο εξορκισμός και η πυρά. Το 200μ.Χ. ο Γαληνός, στηριζόμενος στον Ιπποκράτη, πιστεύει πως η ψυχική ασθένεια οφείλεται στην «ανισορροπία των βιολογικών υγρών του εγκεφάλου». Σε αυτή την ερμηνεία, όμως, που είναι ιατρική έρχεται και αντιπαράκειται η μαγική θεωρία που στηρίζεται στην κουλτούρα, στις προλήψεις και στις φάσεις της Σελήνης. Τους ανθρώπους με ψυχική νόσο τους αποκαλούν «λοξούς» και προσπαθούν με χρήση φίλτρων, φυλαχτών και με ξόρκια να τους «θεραπεύσουν» (Μάνου, 1997).

Πολλές ομοιότητες με την μαγική αντίληψη εμφανίζει και η θρησκευτική. Για την θρησκεία ο ψυχικά ασθενής είναι «δαιμονισμένος», έχει, δηλαδή, κυριευτεί από κακά πνεύματα που προσπαθούν να τα διώξουν με την προσευχή, την αλληλεγγύη και τον εξορκισμό. Όσοι δεν γίνονταν καλά, τους απέδιδαν το προσωνύμιο του μάγου ή της μάγισσας και τους επέβαλαν φριχτό θάνατο στην πυρά, ενώ τους φορτώναν στα πλοία και τους έδιωχναν από τους τόπους τους, τους έκλεισαν σε μοναστήρια και σε εκκλησίες για να φύγουν οι δαίμονες και γενικά τους αντιμετώπιζαν σαν ανθρώπους κατώτερους που πρέπει να ξεφύγουν από το διάβολο. Τότε, πίστευαν πως οι άνθρωποι αυτοί ήταν δαιμονισμένοι και ότι μόνο με θαύμα θα μπορούσαν να σωθούν (Μάνου, 1997).

Αργότερα, κατά την περίοδο της Αναγέννησης η ψυχική ασθένεια ακροβατεί ανάμεσα στην θρησκευτική αμαρτία και στην δαιμονική κυριαρχία. Για να περάσει κανείς στην κάθαρση, απαιτείται τιμωρία και μαρτύριο. Τους ψυχικά ασθενείς τους θεωρούσαν υπαίτιους των διαφόρων λοιμών, επιδημιών και γενικά για οτιδήποτε κακό συνέβαινε πάνω στην Γή εκείνη την ιστορική περίοδο. Αρχίζουν να βλέπουν αυτούς τους ανθρώπους με κακία και μίσος. Στην αρχή επικρατεί ο Νόμος του Μεσαίωνα και καίγονταν στην πυρά (Μάνου, 1997).

Στην Ελλάδα όμως η συμπεριφορά των ανθρώπων απέναντι στους ψυχικά ασθενείς δεν είναι η ίδια όπως στην Ευρώπη. Εδώ οι άνθρωποι ήταν επηρεασμένοι από τους κλασικούς χρόνους και

πολλές φορές θεωρούσαν τους ψυχικά ασθενείς «ιερά πρόσωπα». Τους έκλειναν σε μοναστήρια και τους απομόνωναν σε χώρους εκτός των πόλεων (Πλουμπίδης, 2007).

Αργότερα, κατά τον Διαφωτισμό οι άνθρωποι βλέπουν πως ο εγκλεισμός σε φυλακές και μοναστήρια δεν επιφέρει κανένα αποτέλεσμα και έτσι αρχίζουν να ιδρύουν ιδρύματα για ψυχικά ασθενείς (Μάνου, 1997).

Οι πρώτες χώρες που προχώρησαν στην οργάνωση ιδρυμάτων (18ος αιώνας) για τους ψυχικά ασθενείς ήταν η Ισπανία, το Βέλγιο και η Γαλλία. Πίστευαν πως οι άνθρωποι αυτοί θα έπρεπε να νοσηλευτούν ώστε να θεραπευτούν για να μην κάνουν κακό στον εαυτό τους αλλά και στους γύρω τους (Μάνου, 1997).

Το πρώτο ψυχιατρείο στην Ελλάδα έγινε στην Κέρκυρα το 1864 (τότε εντάχθηκε η Κέρκυρα στα Επτάνησα) αλλά ήταν σε λειτουργία από τους Άγγλους από το 1839. Ακολούθως ιδρύθηκε και το Δρομοκαϊτείο (1889) και το Αιγινήτειο (1905). Αυτά τα τρία ιδρύματα κάλυπταν τους ψυχικά πάσχοντες μέχρι τις αρχές του 2^{ου} αιώνα (Πλουμπίδης, 1995).

Δυστυχώς τα τρία αυτά ιδρύματα και μερικές ιδιωτικές κλινικές που είχαν δημιουργηθεί, δεν μπορούσαν να καλύψουν της ανάγκες των ψυχικά πασχόντων και έτσι το 1926 δημιουργήθηκε και το ίδρυμα του «Δαφνίου». (Πλουμπίδης, 1995)

Αργότερα με το τέλος του Β' Παγκοσμίου πολέμου οι ψυχικά ασθενείς ήταν τόσο πολλοί που τα ψυχιατρεία ήταν υπερπλήρη, καθώς κάθε κρεβάτι φιλοξενούσε δύο ή και περισσότερους ανθρώπους. Πολλοί ασθενείς πέθαιναν από ασιτία. Τότε επειδή δεν ήταν δυνατό να αποσυμφορήσουν τα ιδρύματα από τόσους πολλούς ασθενείς, τους φόρτωναν σε καράβια και τους μετέφεραν μακριά από κατοικημένους τόπους, πρώτα στη Σαλαμίνα και μετά στη Λέρο. (Πλουμπίδης, 1995).

Στην Ελλάδα η ασυλιακή ψυχιατρική άρχισε κατά τον 19^ο αιώνα, αλλά μόλις το 1984 όρχησαν να πραγματοποιούνται ριζικές αλλαγές. Παράλληλα, όμως, πολλές χώρες σε Ευρώπη και Αμερική προχώρησαν με πολύ γρήγορα βήματα στην ψυχανάλυση, στην ψυχιατρική, στην ψυχοθεραπεία, στην περίθαλψη και στην ανοιχτή ψυχιατρική περίθαλψη. (Μάνου, 1997).

2.2 Οι Ελληνικές Πολιτικές για την Ψυχική Υγεία

Στο παρακάτω κεφάλαιο γίνεται μια αναφορά στην ιστορική, θα μπορούσαμε να πούμε, αναδρομή της εφαρμογής των νόμων για την ψυχική υγεία στην Ελλάδα. Αυτή η προσπάθεια ξεκίνησε με το νόμο του 1862 και αναφέρει τον τρόπο εισαγωγής ενός ασθενή σε ένα ίδρυμα ύστερα

από αίτημα των οικείων του. Ένα νομοθέτημα που στηρίχθηκε στην επικινδυνότητα του ασθενούς και καθόρισε την ψυχιατρική μεταρρύθμιση του ελληνικού κράτους για τα επόμενα 100 χρόνια. Ο νομός αυτός βασίστηκε στο γαλλικό δίκαιο και παρέμεινε μέχρι το 1970 και πολλές ρυθμίσεις περί ψυχικά ασθενών έχουν ως βάση του το συγκεκριμένο νόμο. Το 1934 με νόμο θεσπίζεται ο εσωτερικός κανονισμός των ψυχιατρείων. Επίσης θεσπίζεται και ο κανονισμός εισαγωγής κάποιου σε ίδρυμα όταν καθίσταται επικίνδυνος για την δημοσία υγεία. Το 1973 ο νόμος που ψηφίστηκε καταργεί ουσιαστικά τον νόμο του 1862 και στηρίζεται πια στο αγγλικό και γαλλικό δίκαιο στον οποίο επίσης γίνεται διαχωρισμός ιδιωτικής και δημόσιας περίθαλψης και τα ψυχιατρικά ιδρύματα υπάγονται στο υπουργείο κοινωνικών υπηρεσιών. Τα άρθρα 1 και 2 ορίζουν την εκούσια και ακούσια εισαγωγή κάποιου σε ένα ίδρυμα. Στις επικίνδυνες περιπτώσεις γίνονται εισαγωγές και η εξαγωγή γινόταν μόνο με την άδεια του γιατρού. **Στην περιπτώσεις εκούσιας εισαγωγής την ευθύνη για την έξω ζωή του ασθενή που είχε εισαχτεί την είχαν οι οικίοι του.** Με το νόμο του 1983 τα θέματα της ψυχικής υγείας εντάσσονται στο ΕΣΥ που πια σκοπός είναι η περίθαλψη με σύγχρονες επιστημονικές μεθόδους. Το 1984 η Ελλάδα είναι στην ΕΕ πια και λαμβάνει έκτακτη οικονομική βοήθεια για την βελτίωση της παρεχόμενης ψυχιατρικής περίθαλψης. Σκοπό ήταν η αποϊδρυματοποίηση και αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών άλλα το πρόγραμμα δεν είχε τα αναμενόμενα αποτελέσματα και κύλισε πολύ αργά. Το 1992 με νόμο γίνεται προσπάθεια να προστατευτούν τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών και ξεκινά μια προσπάθεια για την έξω νοσοκομειακή περίθαλψη των ασθενών για την ευκολότερη ένταξη κοντά στις οικογένειες τους. Ο νόμος αυτός προστατεύει τους ασθενείς με δικαστικές εγγυήσεις. Το 1999 ψηφίζεται ο πρώτος νόμος που ρυθμίζει αποκλειστικά την ψυχική υγεία με την παροχή και δημιουργία ενός ενιαίου αποκεντρωμένου και αποτελεσματικού δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας που να ανταποκρίνεται στις αυξημένες κοινωνικές ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και των οικογενειών τους

A) ΝΟΜΟΣ ΨΜΒ 22/3-19/5/1862 «ΠΕΡΙ ΣΥΣΤΑΣΕΩΣ ΦΡΕΝΟΚΟΜΕΙΩΝ »

Στην Ελλάδα ο πρώτος Νόμος «περί συστάσεως Φρενοκομείου» δημιουργήθηκε στις 19/05/1862 αλλά δεν εφαρμόστηκε για πολλά χρόνια. Η διαδικασία εισαγωγής του ασθενούς στο ψυχιατρείο γινόταν μετά από αίτηση των συγγενών ή του κηδεμόνα ή του επιτρόπου του ασθενούς. Ο Νομάρχης, ο Δήμαρχος και ο Αστυνομικός διευθυντής ήταν οι υπεύθυνοι για την διοικητική διαδικασία του εγκλεισμού μετά από δικαστική απόφαση του Πρωτοδικείου (Μαδιανού, 1994).

Το πρώτο νομοθέτημα στην ιστορία του ανεξάρτητου Ελληνικού Κράτους που ρύθμιζε τα της ψυχιατρικής περίθαλψης μέχρι το 1973 ήταν ο νόμος **ΨΜΒ/1862** «περί συστάσεως φρενοκομείων». Ο ΨΜΒ που ψηφίστηκε ομόφωνα στη Βουλή στις 22-03-1862, με την

συμπλήρωση ή τροποποίησή του από νεότερα νομοθετικά κείμενα καθόρισε τη μορφή και τους φορείς της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης για περισσότερο από 100 χρόνια. Σκοπός του ήταν να προσφέρει το απαραίτητο νομοθετικό πλαίσιο για τη λειτουργία ενός ψυχιατρείου στην Αίγινα, το οποίο δεν λειτούργησε ποτέ. Έτσι η Ελλάδα απέκτησε νομοθετικό πλαίσιο για να ρυθμίζει θεσμούς που δεν είχε ακόμα αποκτήσει. Παρουσιάζει ουσιαστικά τον χαρακτήρα μοντέλου αφού η πρακτική που θεσμοθετούσε ήταν γνωστή ως τότε στην Ελληνική πραγματικότητα.

Ο νόμος αυτός βασίστηκε στις βασικές αρχές ενός Γαλλικού νόμου και εστίαζε κυρίως στην αποτροπή της παραβίασης των ατομικών δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών, οι οποίοι μέχρι τότε κρατούνταν στα υπόγεια των αστυνομικών τμημάτων υπό άθλιες συνθήκες.

Το πνεύμα του νόμου διέπεται από το στοιχείο της επικινδυνότητας του ασθενούς για το κοινωνικό σύνολο, για αυτό και οι διοικητικοί παράγοντες του τόπου (νομάρχης, αστυνομία) παίζουν σημαντικό ρόλο στο θέμα εισόδου και εξόδου ενός ψυχικά ασθενή σε φρενοκομείο. Παράλληλα θεσπίζεται και η δυνατότητα εισαγωγής του ασθενούς, μετά από αίτηση των πλησιέστερων συγγενών, του επιτρόπου, του προσωρινού διαχειριστή, του κηδεμόνα και άλλων ατόμων.

Τα ιδρύματα τότε τελούσαν υπό τον έλεγχο της πλησιέστερης διοικητικής αρχής (Νομάρχης, διευθυντής αστυνομικού τμήματος) γιατί σε αυτά εμπιστεύονταν την ασφάλεια, την προσωπική ελευθερία και τη θεραπεία πολλών «δυστυχημένων πολιτών» και όλα γίνονταν με δημόσια δαπάνη και αναγκαστικές νόμιμες εισφορές.

Ο ΨΜΒ είναι ο νόμος που επικρατούσε μέχρι το 1970 και όλες οι ρυθμίσεις που ψηφίζονταν βασίζονταν σε αυτόν. Τα ιδρύματα λειτουργούσαν αναχρονιστικά και οι ψυχικά πάσχοντες ζούσαν σε άθλιες συνθήκες (Πλουμπίδης, 1995).

B) ΝΟΜΟΣ 6077/34 «ΠΕΡΙ ΟΡΓΑΝΩΣΕΩΣ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΩΝ»

Με τον νόμο αυτό τα ψυχιατρεία πρέπει για πρώτη φορά να διατηρήσουν εσωτερικό κανονισμό. Ρυθμίζεται η εκούσια και η ακούσια εισαγωγή και οι αρμοδιότητες του προσωπικού (Μαδιανός, 1994).

Οι διατάξεις του νόμου προβλέπουν ότι εισάγεται στο φρενοκομείο ο ασθενής όταν γίνεται επικίνδυνος για την δημόσια τάξη και τους συμπολίτες του. Ο νόμος αυτός δεν ίσχυσε για πολύ καιρό, τροποποιήθηκε το 1935 και καταργήθηκε με το Ν.Δ. 104/73 (Μαδιανός, 1994).

Γ) Ν.Δ. 104/73 ΠΕΡΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΘΑΛΨΕΩΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ

Ο νόμος αυτός καταργεί το **ΨΜΒ/1862** που βασιζόταν στο γαλλικό δίκαιο και έρχεται να εφαρμόσει την αγγλική νομοθεσία του 1959.

Ο νόμος ορίζει την εισαγωγή στα ψυχιατρικά ιδρύματα με την εκούσια, την ακούσια και την υποχρεωτική εισαγωγή (Πλουμπίδης, 2007).

Στα θεραπευτικά ψυχιατρικά ιδρύματα ορίζονται τα κρατικά ιδρύματα, τα ιδρύματα ιδιωτικού δικαίου και οι ιδιωτικές κλινικές. Για πρώτη φορά χωρίζεται η κρατική από την ιδιωτική περίθαλψη και γίνεται λόγος για ιδιωτική παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Πλουμπίδης, 2007).

Όλα όμως τα ψυχιατρικά ιδρύματα υπάγονται υπό την εποπτεία του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών (Πλουμπίδης, 2007).

Δ) Γ2Β/3036/1973 ΑΠΟΦΑΣΗ «ΠΕΡΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 4 ΤΟΥ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 104/73 ΠΕΡΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΘΑΛΨΕΩΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ»

Το **Ν.Δ. 104/73** προέβλεπε **στο άρθρο 4** ότι με αποφάσεις του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών «ρυθμίζονται τα της εισαγωγής και εξόδου εις τα εν τω άρθρο 1 καταστήματα των ψυχικώς νοσούντων ή πασχόντων ... τα της νοσηλείας των, της καταβολής ή μη νοσηλίων ως και πάσα συναφής λεπτομέρεια». Βάσει του προαναφερθέντος άρθρου, εκδόθηκε η **Γ2Β/3036/1973** απόφαση του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών που αποτελεί ουσιαστικό νόμο καθώς εκδόθηκε κατόπιν νομοθετικής εξουσιοδότησης.

Τα **άρθρα 1 και 2** ρυθμίζουν την εκούσια και ακούσια εισαγωγή στα ψυχιατρικά ιδρύματα για νοσηλεία. Στην εκούσια, ο ασθενής μπορεί να ζητήσει μόνος του να νοσηλευθεί ενώ στην ακούσια, μπορεί να το ζητήσει κάποιος τρίτος μετά από δήλωση του ψυχικά ασθενή.

Επίσης προβλέπονται ειδικές διαδικασίες εισαγωγής για επιληπτικούς, αλκοολικούς, τοξικομανείς και πάσχοντες από νευρολογικά νοσήματα. Η έξοδος μπορεί να γίνει με αίτηση του ασθενή ή των συγγενών, αλλά με την ομόφωνη γνώμη των ιατρών, αλλιώς η ακούσια εισαγωγή γίνεται αναγκαστική.

Το **άρθρο 2** ορίζει την ακούσια νοσηλεία. Αυτή μπορεί να γίνει αυτεπάγγελτα ή κατόπιν αιτήματος των συγγενών, ακόμα και αν οι ασθενείς δεν το θέλουν.

Σε περίπτωση «επικινδυνότητας» με την παρέμβαση της αστυνομίας μπορεί να εισάγει κάποιον για μία εβδομάδα και του επιτρέπεται η έξοδος μόνο εάν ο γιατρός το επιτρέψει.

Η έξοδος στους ακούσια νοσηλευόμενους γίνεται όταν ζητηθεί από τους ίδιους ή τους συγγενείς του, που θα είναι και υπεύθυνοι για την έξω ζωή τους (Πλουμπίδης, 2007).

Ε) ΑΠΟΦΑΣΗ Α2Β/5345/20.11.1978 «ΠΕΡΙ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΣ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 2 ΤΗΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. Γ2Β3036/73 ΑΠΟΦΑΣΕΩΣ ΠΕΡΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΘΑΛΨΕΩΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ

Η Γ2Β3036/73 απόφαση αντικαταστάθηκε από την Α2Β/5345/20.11.1978 υπουργική απόφαση του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών.

Το άρθρο 5 προβλέπει την αναγκαστική νοσηλεία με γραπτή αίτηση συγγενών πρώτου βαθμού ή την απόφαση εισαγγελέα πρωτοδικών του τόπου κατοικίας τους.

Ο ασθενής εξετάζεται από τον Διευθυντή του ιδρύματος και έναν δεύτερο ψυχίατρο και μόνο με ομόφωνη απόφαση γίνεται ο εγκλεισμός του.

Στην **παράγραφο 8** του ίδιου άρθρου μπορεί και τρίτο πρόσωπο να κάνει αίτηση στην αστυνομία αλλά αυτή πρέπει να συνοδεύεται από χαρτί ψυχιάτρου ή αλλιώς πρέπει η αστυνομία να ζητήσει να εξεταστεί από ψυχίατρο. Όλα αυτά πρέπει να έχουν την συγκατάθεση των συγγενών του ασθενούς.

ΣΤ) ΝΟΜΟΣ 1397/1983 «ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ»

Με το νόμο αυτό τα θέματα ψυχικής υγείας εντάσσονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Σύμφωνα με το νόμο αυτό, σκοπός του είναι η παροχή ψυχικής περίθαλψης με σύγχρονες επιστημονικές μεθόδους, η διασφάλιση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και ο σεβασμός στα ατομικά δικαιώματα των ασθενών.

Με το νόμο αυτό έχουμε ισότητα για όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του καθενός.

Ο νόμος ορίζει ότι η ψυχική υγεία παρέχεται από τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, από τους ψυχιατρικούς τομείς των Γενικών Νοσοκομείων και από τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας στοχεύουν στην γρήγορη επανένταξη των ψυχικά ασθενών στην κοινωνία, οι ψυχιατρικοί τομείς στην βραχεία νοσηλεία τους, ενώ η μακροχρόνια νοσηλεία πραγματοποιείται στα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Ζ) ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΥ 815/84, ΤΟ ΠΕΝΤΑΕΤΕΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΑΙ Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ.

Το Συμβούλιο Υπουργών των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων εξέδωσε τον Μάρτιο του 1984 τον κανονισμό 815/84 προς χορήγηση **έκτακτης οικονομικής βοήθειας** προς την Ελλάδα για τη βελτίωση της παρεχόμενης ψυχιατρικής περίθαλψης. Ο Κανονισμός αυτός αποτέλεσε τον κύριο μοχλό για την επίτευξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Στο **άρθρο 1** αναφερόταν ότι από την 1-1-1984 έως 31-12-1988 θα χορηγούνταν στην Ελλάδα έκτακτη οικονομική βοήθεια «για την ανέγερση, διαρρύθμιση και τον εξοπλισμό Κέντρων Επαγγελματικής Κατάρτισης και την ανέγερση, διαρρύθμιση και τον εξοπλισμό των Κέντρων για την αποκατάσταση των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και αναπηρίες με στόχο την επαγγελματική τους αποκατάσταση».

Ακολούθως την 1-6-1984, το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων κατέθεσε ένα συνολικό πρόγραμμα για την αναμόρφωση των κέντρων νοσηλείας των ψυχικά αρρώστων και διανοητικά αναπήρων, για να χρηματοδοτηθεί από το Κοινωνικό Ταμείο της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, στα πλαίσια του προαναφερθέντος κανονισμού.

Σκοπός της οικονομικής βοήθειας ήταν η αποϊδρυματοποίηση και αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών. Δυστυχώς το πρόγραμμα δεν εφαρμόστηκε με γρήγορους ρυθμούς.

Η) Π.Δ. 83/90 «ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΟΥ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 112/1989 Π.Δ. ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ».

Σύσταση Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας.

Τμήματα:

1. Τμήμα πρόληψης
2. Τμήμα πρωτοβάθμιας περίθαλψης
3. Τμήμα δευτεροβάθμιας περίθαλψης
4. Τμήμα απεξάρτησης τοξικομανών

Το Π.Δ. 83/90 καταργήθηκε με το Π.Δ. 138/92 και έμειναν μόνο τα τμήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας και περίθαλψης και δευτεροβάθμιας περίθαλψης. (Πλουμπίδης, 2007).

Θ) Ν. 2071/92 «ΠΕΡΙ ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ»

Είναι ένας νόμος που προσπαθεί να θωρακίσει τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών. Για πρώτη φορά γίνεται λόγος για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη των ασθενών κοντά στις οικογένειες τους και το κοινωνικό τους περιβάλλον και προσπαθούν να ενταχθούν στην κοινωνία οι μακροχρόνια ψυχικά πάσχοντες.

Ο νόμος προστατεύει τους ψυχικά ασθενείς με δικαστικές εγγυήσεις για την νοσηλεία τους που σκοπό έχει την θεραπεία τους και όχι την προστασία του κοινωνικού συνόλου.

Οι συνθήκες νοσηλείας πλέον προστατεύουν τον ασθενή, την ατομική του ελευθερία και την σωματική του ακεραιότητα.

Με το νόμο αυτό εφαρμόζονται οι αρχές της τομεοποίησης, της αποασυλοποίησης και της ευαισθητοποίησης.

Η χώρα χωρίζεται σε 49 τομείς και συγκροτούνται τοπικές επιτροπές ψυχικής υγείας. Κάθε τομέας διοικείται από 5 επιτροπές που γνωμοδοτεί, εισηγείται, σχεδιάζει, προγραμματίζει, εποπτεύει και συντονίζει τις μονάδες ψυχικής υγείας.

Στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας εντάσσονται τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, οι πανεπιστημιακές κλινικές, οι παιδοψυχιατρικές κλινικές, οι ψυχογηριατρικές κλινικές, οι ιδιωτικές κλινικές, οι ιδιωτικές μονάδες, οι ξενώνες, τα οικοτροφεία, τα προστατευμένα διαμερίσματα, οι ανάδοχοι οικογένειες, οι μονάδες αποκατάστασης, τα νοσοκομεία ημέρας και νύχτας και τα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα.

Έτσι δίνεται προτεραιότητα στην νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη αλλά και στην πρόληψη και αποκατάσταση του ασθενούς.

Το **άρθρο 94** ρυθμίζει την εκούσια νοσηλεία που γίνεται με αίτηση του ασθενούς και συμφωνία του επιστημονικού Διευθυντή. Η νοσηλεία του τελειώνει όταν γίνει από τον ίδιο αίτηση και συμφωνήσει και ο επιστημονικός διευθυντής.

Το **άρθρο 95** ρυθμίζει την ακούσια νοσηλεία. Οι προϋποθέσεις που πρέπει να συντρέχουν είναι: ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή, να μην είναι ικανός να κρίνει για την υγεία του, η έλλειψη νοσηλείας του να συμβάλει στην επιδείνωση της υγείας του και η κατάσταση του να είναι επικίνδυνη για αυτόν και τους γύρω του. Αυτό μπορούν να το ζητήσουν ο/η σύζυγος, συγγενείς Α' και Β' βαθμού και ο εισαγγελέας πρωτοδικών όταν έχει γνωμάτευση 2 ψυχιάτρων.

Όταν ο εισαγγελέας κινείται αυτεπάγγελα τότε πρέπει ο ασθενής να εξεταστεί σε 48 ώρες, αλλιώς φεύγει από το ίδρυμα. Αν εξετασθεί ο ασθενής και κρίνουν πως χρήζει νοσηλείας τότε ο εισαγγελέας καλεί πολυμελές πρωτοδικείο μέσα σε 10 ημέρες και κλεισμένων των θυρών και με την σύμφωνη γνώμη των ψυχιάτρων αποφασίζεται ο εγκλεισμός του.

Στο **άρθρο 97**, ο ασθενής και οι συγγενείς του μπορούν να στραφούν εναντίον της δικαστικής απόφασης.

Η διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας ορίζεται με το **άρθρο 99** στους 6 μήνες, μόνο σε έσχατες περιπτώσεις και με την ομόφωνη γνώμη 3 ψυχιάτρων μπορεί να παραταθεί.

Άρθρο 98: Οι συνθήκες νοσηλείας πρέπει να είναι σύμφωνες με την θεραπεία και να προστατεύουν την προσωπικότητα και την ατομική ελευθερία των νοσηλευόμενων.

Τα **άρθρα 100 και 101**, ρυθμίζουν την επανεισαγωγή του ασθενούς σε περίπτωση υποτροπής (Υπουργείο Υγείας, 2004).

Δ) Ν. 2716/99 «ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ»

Ο Νόμος 2716/99 είναι ο πρώτος νόμος που ρυθμίζει αποκλειστικά θέματα που αφορούν την ψυχική υγεία. Στόχος του συγκεκριμένου νόμου είναι «η δημιουργία ενός ενιαίου αποκεντρωμένου και αποτελεσματικού δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας που να ανταποκρίνεται στις αυξημένες κοινωνικές ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και των οικογενειών τους».

Άρθρο 1, γενικές αρχές υπηρεσιών ψυχικής υγείας:

1. Τομεοποίηση
2. Κοινωνική ψυχιατρική
3. Πρωτοβάθμια φροντίδα
4. Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη
5. Αποιδρυματοποίηση
6. Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση
7. Κοινωνική επανένταξη
8. Ψυχιατρική φροντίδα
9. Εθελοντική αρωγή

Το **άρθρο 2** προβλέπει τη σύσταση Γραφείων και Επιτροπής Προστασίας των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές. Σκοπός τους είναι η προστασία και η αποκατάσταση των ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές.

Άρθρο 3 Τομεοποίηση. Βελτιώνει προηγούμενους νόμους και δημιουργεί τομείς ψυχικής υγείας παιδιών σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη.

Άρθρο 4, απαριθμεί όλες της μονάδες ψυχικής υγείας και περιγράφει της λειτουργίες τους.

Στα **άρθρα 5 – 7** περιγράφεται η λειτουργία και οι αρμοδιότητες των Κέντρων Ψυχικής Υγείας, των Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων, των Πολυδύναμων Ψυχιατρικών Κέντρων, των Πολυδύναμων

Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων, των Υπηρεσιών Νοσηλείας και Ειδικής Φροντίδας Ψυχικής Υγείας Κατ' οίκον και των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

Το **άρθρο 8** περιγράφει τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης.

Στο **άρθρο 9**, καταγράφονται οι Μονάδες και τα Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και για πρώτη φορά εισάγεται ο θεσμός των φιλοξενουσών οικογενειών για παιδιά, ενήλικες και εφήβους.

Άρθρο 10 Επαγγελματική Αποκατάσταση. Μέσω των Μονάδων Αποκατάστασης προσπαθούν οι ασθενείς να αποκτήσουν επαγγελματικές δεξιότητες που θα τους επανεντάξουν ή στην ελεύθερη εργασία ή σε προστατευόμενη αγορά εργασίας.

Άρθρο 12 Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε). είναι συνεταιρισμοί με περιορισμένη ευθύνη των μελών τους για τη μεγαλύτερη οικονομική αυτάρκεια τους.

Άρθρο 13 ρυθμίζει τις δαπάνες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

Άρθρο 14 ορίζει τη χορήγηση χρημάτων ως κίνητρο επανένταξης των ατόμων με ψυχικά προβλήματα στην κοινωνία.

Άρθρο 16 ορίζει της προδιαγραφές που πρέπει να έχουν οι ιδιωτικές μονάδες για να δέχονται ψυχικά ασθενείς. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2003).

2.3. ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΨΥΧΑΡΓΩΣ

Το Πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης "ΨΥΧΑΡΓΩΣ" είναι ένα Εθνικό Σχέδιο για την αλλαγή του τρόπου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με μετάθεση του κέντρου βάρους από την παρεχόμενη ασυλικού τύπου περίθαλψη, όπως συνέβαινε μέχρι σήμερα, στην κοινοτική φροντίδα. Η παροχή υπηρεσιών σε άτομα με ψυχικές διαταραχές εντός της κοινότητας, χωρίς να τους απομακρύνει από το φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον και με την ενεργή συμμετοχή της κοινότητας αποτελεί επιδιωκόμενο στόχο.

Το πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης με την ονομασία «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» είναι ένα εθνικό σχέδιο για την αλλαγή του τρόπου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με μετάθεση του κέντρου βάρους από την παροχή ασυλικού τύπου περίθαλψης, που ακολουθείται έως σήμερα, στην κοινοτική φροντίδα.

Το πρόγραμμα ΨΥΧΑΡΓΩΣ αφορά στην ανάπτυξη δομών και δράσεων σε όλη τη χώρα, με τις οποίες εξασφαλίζεται η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, την κοινωνική επανένταξη καθώς και την ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας.

Στόχος είναι να δημιουργηθούν αποτελεσματικά δίκτυα κοινοτικών δομών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ώστε κάθε άτομο με προβλήματα ψυχικής υγείας να βρίσκει απαντήσεις στα προβλήματά του στον τόπο που ζει και εργάζεται, μέσα στην κοινότητα, με τις ελάχιστες δυνατές επιπτώσεις στιγματισμού, περιθωριοποίησης και αποκλεισμού.

Με βάση αυτούς του στόχους, το Πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» δημιουργεί μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στεγαστικού τύπου (Ξενώνας, Οικοτροφείο, Προστατευμένα Διαμερίσματα) για τον αποϊδρυματισμό των χρόνιων ασυλικών ασθενών που ζούσαν στα Ψυχιατρεία και ταυτόχρονα, αναπτύσσει στα Γενικά Νοσοκομεία Ψυχιατρικά Τμήματα και παράλληλα, κοινοτικές δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Κέντρα Ημέρας, Κινητές Μονάδες, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα).

Η ανάπτυξη δομών και υποδομών έχει σχεδιασθεί με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας. Δίνεται έμφαση αφενός στην αποϊδρυματοποίηση, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη 3.500 ασθενών με μακρά παραμονή στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας και αφετέρου, στην πρωτοβάθμια φροντίδα, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά και τη νοσοκομειακή περίθαλψη στο πλαίσιο του Γενικού Νοσοκομείου (Πλουμπίδης, 1995).

2.3.1 Σύντομη ιστορική αναδρομή (Ψυχαργός)

Μετά την ένταξη της Ελλάδας στην Ε.Ε. υιοθετήθηκε ο **Κανονισμός του Συμβουλίου 815/84 στις 26 Μαρτίου 1984**, ο οποίος προέβλεπε έκτακτη οικονομική στήριξη που αφορούσε τη μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης σε όλη την Ελλάδα. Σχεδιάστηκε ένα πρόγραμμα δράσης για την ανάπτυξη νέων δομών και υπηρεσιών με στόχο την κοινωνική ενσωμάτωση και επαγγελματική επανένταξη των ψυχικώς ασθενών και των ατόμων με νοητική καθυστέρηση, καθώς και τη βελτίωση των συνθηκών περίθαλψης των ασθενών στα δημόσια

ψυχιατρεία. Σημαντικό αποτέλεσμα του προγράμματος Ε.Ο.Κ. 815/84 για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα ήταν η εμφανής μείωση του αριθμού των χρονίως ασθενών στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία. Εμφανίστηκε μια νέα μορφή υπηρεσιών ψυχικής υγείας με την ανάπτυξη εξωτερικών ιατρείων, κέντρων ψυχικής υγείας, ψυχιατρικών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία, προγραμμάτων προ-επαγγελματικής και επαγγελματικής κατάρτισης σε κέντρα αποκατάστασης και τη δημιουργία ξενώνων και προστατευμένων διαμερισμάτων στην κοινότητα.

Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχιση των σημαντικών αυτών πρωτοβουλιών μεταρρύθμισης μετά το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ε.Ε. στα τέλη του 1995, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ανέλαβε μια πιο μακροπρόθεσμη δέσμευση για τη συνέχιση της μεταρρύθμισης των ψυχιατρικών υπηρεσιών σε όλη την Ελλάδα. Έτσι, αναπτύχθηκε ένα δεκαετές πρόγραμμα για την περίοδο 2000-2009, με την ονομασία «Ψυχαργός», το οποίο στόχευε στη συνέχιση του ρυθμού και της δυναμικής της μεταρρύθμισης με μεγαλύτερη έμφαση στη σημασία της κοινωνικής επανένταξης και της εισόδου στον εργασιακό χώρο για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Η πρώτη φάση του Προγράμματος τέθηκε σε εφαρμογή κατά την περίοδο 2000-2001, στο πλαίσιο συγχρηματοδότησης από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή μέσω του Υπουργείου Εργασίας με στόχο την καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Επικεντρώθηκε στη συνέχιση της διαδικασίας αποϊδρυματισμού των ασθενών που νοσηλεύονται στα μεγάλα δημόσια ψυχιατρεία της Ελλάδας (Αφροδίτη Χρ. Ραγιά., 2005).

Η δεύτερη φάση του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ ολοκληρώνεται το 2009. Κατά την ολοκλήρωση της Β' φάσης, το 2009, υπογράφηκε Σύμφωνο μεταξύ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Ελληνικής Κυβέρνησης προκειμένου να διασφαλιστεί η προσήλωση στη συνέχιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και να δοθεί έμφαση σε συγκεκριμένα πεδία παρέμβασης του τομέα ψυχικής υγείας.

Για να διασφαλιστεί η λειτουργική συμβατότητα των υλοποιούμενων δράσεων με τη φιλοσοφία, τις αρχές και τους στόχους του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ, δημιουργήθηκε μια **Ομάδα Διεθνών Ανεξάρτητων Εμπειρογνομόνων σε συνεργασία με τις Υπηρεσίες της Ευρωπαϊκής Επιτροπής** με κύρια αποστολή την εκτίμηση και την αξιολόγηση της προόδου υλοποίησης του προγράμματος. Η ομάδα αυτή είναι ειδικότερα υπεύθυνη για εκπόνηση και υποβολή στις αρμόδιες εθνικές αρχές και στις αρμόδιες υπηρεσίες της Ευρωπαϊκής Επιτροπής ενδιάμεσων και ετήσιων εκθέσεων για την πορεία της Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και των προσπαθειών που πρέπει να καταβληθούν για την διασφάλιση της πλήρους υλοποίησής της το 2015. (Πρόγραμμα ψυχαργό 2005)

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή αναγνώρισε, βάσει του κειμένου του Συμφώνου, ότι κατά τα τελευταία χρόνια έχει επιτευχθεί μια σημαντική αποσυμφόρηση των μεγάλων Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, με την κατάργηση ασυλικών κλινών σε 5 ψυχιατρικά νοσοκομεία και με τη δημιουργία ενός μεγάλου αριθμού κοινοτικών δομών Ψυχικής Υγείας. Το γεγονός αυτό καταδεικνύει την πρόοδο του έργου που έχει γίνει και την προώθηση της Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (Αφροδίτη Χρ. Ραγιά., 2005).

Ωστόσο, το Σύμφωνο επεσήμανε ότι ήταν απαραίτητο να προωθηθούν άμεσα:

(α) Η πιστοποίηση και η έκδοση αδειών λειτουργίας για το σύνολο των Δομών Ψυχικής Υγείας των Νομικών Προσώπων Ιδιωτικού Δικαίου

(β) Η σύναψη συμφώνων μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και όλων των εμπλεκόμενων φορέων που να επικυρώνουν την εκχώρηση και τους όρους προσφοράς των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας εκ μέρους τους.

Τα σχετικά σύμφωνα θα πρέπει να περιλαμβάνουν κατ ελάχιστον:

- ποιοτικά πρότυπα για τις προσφερόμενες υπηρεσίες
- στοιχεία κοστολόγησης των υπηρεσιών ανάλογα με την φύση τους
- κριτήρια και διαδικασίες παρακολούθησης, αξιολόγησης και οικονομικού έλεγχου

Οι Ελληνικές Αρχές δεσμεύτηκαν να λάβουν όλα τα απαραίτητα σχετικά μέτρα έως τις 30 Ιουνίου 2009.

2.3.2 Ex post αξιολόγηση της εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

Μετά την ολοκλήρωση της β' φάσης διενεργήθηκε εκ των υστέρων (ex post) αξιολόγηση της εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» από το 2000 μέχρι και το 2009, ορισμένα από τα ευρήματα της οποίας θα αναλύσουμε παρακάτω.

Σύμφωνα με το κείμενο της εκ των υστέρων αξιολόγησης του Εθνικού Σχεδίου Δράσης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»: «η λήξη της δεύτερης φάσης του Ψυχαργός σηματοδοτεί την ανάγκη για αναθεώρηση της πολιτικής και των στόχων βάσει των οποίων σχεδιάστηκε το πρόγραμμα, των διαδικασιών βάσει των οποίων λειτουργεί το σύστημα ψυχικής υγείας και τέλος της λειτουργίας των επιμέρους υπηρεσιών, **προκειμένου το σύστημα ψυχικής υγείας να μπορέσει να ακολουθήσει τις διεθνείς τάσεις και πρακτικές και να διορθώσει τις αδυναμίες του.** Η εκ των υστέρων (ex post) αξιολόγηση αποτελεί το πρωταρχικό βήμα προς αυτή τη κατεύθυνση».

Στόχος της αξιολόγησης της εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης «Ψυχαργώς 2000-2009» είναι η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων σε σχέση με τους επιλεγέντες στόχους και της γενικότερης στρατηγικής και πολιτικής που αναπτύχθηκε για την επίτευξη της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα.

Η ex post αξιολόγηση επιδιώχθηκε να βασιστεί πάνω σε τέσσερις κεντρικές συνιστώσες:

I. Την αποτελεσματικότητα, που προσδιορίζεται σε μια απλουστευμένη προσέγγιση, ως η σχέση μεταξύ επιτευγμάτων/υλοποιήσεων και επιδιωκόμενων στόχων σε μια ορισμένη χρονική περίοδο.

II. Την αποδοτικότητα, που επίσης σε μια απλοποιημένη μορφή μετράται από τις υλοποιήσεις σε μεσοπρόθεσμη βάση και σε σχέση με τα χρησιμοποιηθέντα μέσα.

III. Την επίπτωση, που μετρά τα άμεσα ή έμμεσα οφέλη από την υλοποίηση της ενέργειας σε σχέση με τους στόχους, καθώς και τα απώτερα πλεονεκτήματα για τους τελικούς ωφελημένους.

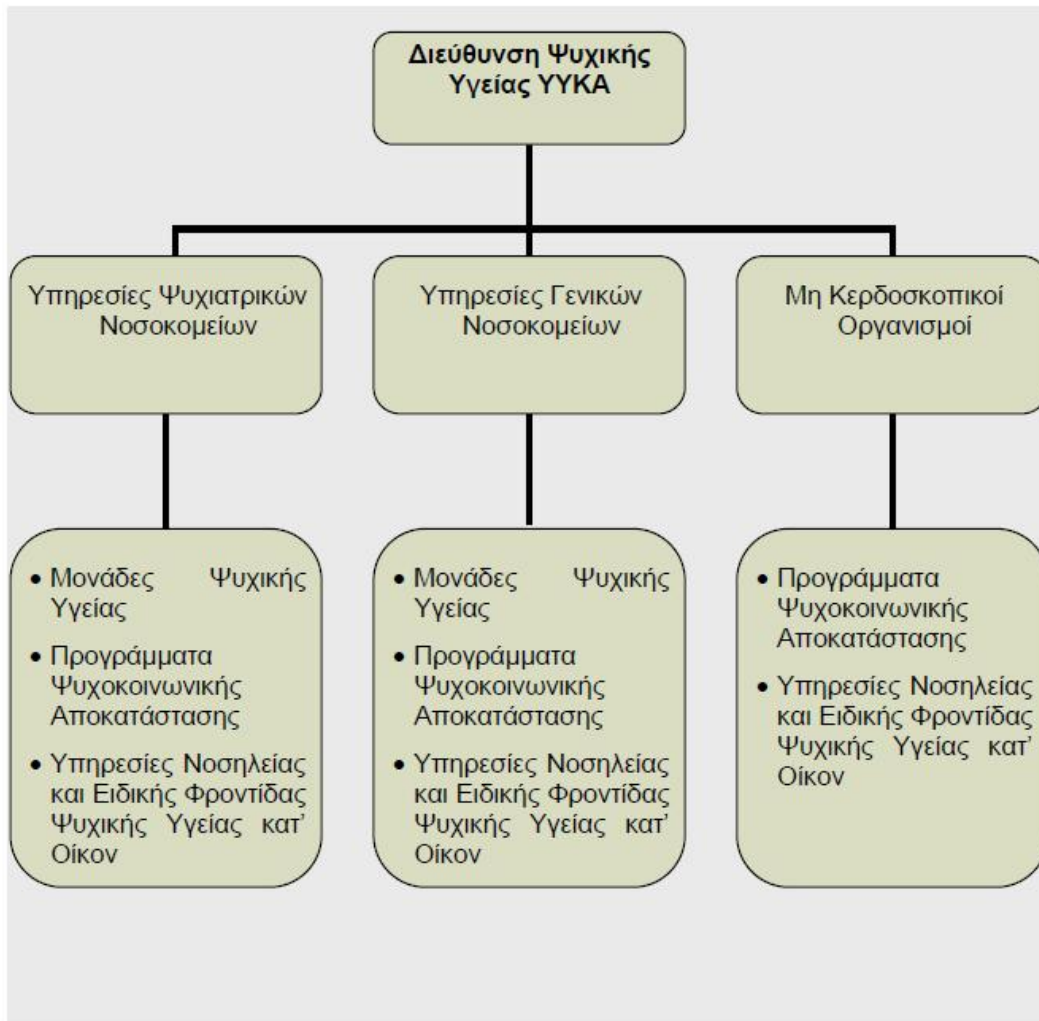
IV. Την εξωτερική και εσωτερική συνοχή. Η εσωτερική συνοχή προσδιορίζει τη σχέση μεταξύ στόχων και ενεργειών καθώς και τη συνέργεια μεταξύ τους, ενώ η εξωτερική συνοχή τη συμβατότητα των ενεργειών με παράλληλες πολιτικές που ασκούνται σε εθνικό και κοινοτικό επίπεδο..

Η αποτύπωση του συστήματος ψυχικής υγείας, των δράσεων και των προγραμμάτων που έχουν υλοποιηθεί καθώς και των δομών και υπηρεσιών που αναπτύχθηκαν βασίστηκε σε διαφορετικές πηγές, καθώς δεν υπάρχει ενιαίο σύστημα καταχώρησης τους. Αναφορικά με τις δομές και υπηρεσίες που αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο του Ψυχαργώς χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα που διατέθηκαν από προσωπική επικοινωνία της Ομάδας Αξιολόγησης με «επαγγελματίες-κλειδιά» του χώρου.

Μια από τις βασικές διαπιστώσεις αφορά το γεγονός ότι το πρόγραμμα «Ψυχαργώς» διαμόρφωσε το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας της χώρας. Οι υπηρεσίες που παρέχονται αφορούν τρεις βασικούς παρόχους: τα **Ψυχιατρικά Νοσοκομεία**, τα **ψυχιατρικά τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων** και τέλος τους **Μη-Κυβερνητικούς Οργανισμούς**. Τη γενική εποπτεία όλων των υπηρεσιών και των παροχών τους έχει το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το οποίο καθορίζει τον τρόπο παροχής ψυχιατρικών και ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τον τρόπο άσκησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού και εκπαιδευτικού έργου και γενικά τον τρόπο λειτουργίας τους. Για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται από νοσοκομεία ή από φορείς που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που επιχορηγούνται εξ ολοκλήρου ή εν μέρει, άμεσα ή έμμεσα από το δημόσιο, η εποπτεία επεκτείνεται και στον τρόπο διοίκησης και στην οικονομική τους διαχείριση.

Σχηματικά το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας παρουσιάζει την παρακάτω δομή. Επίσης υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρέχονται από τον ιδιωτικό τομέα, τα ασφαλιστικά ταμεία, την τοπική αυτοδιοίκηση και την Εκκλησία.(αξιολόγησης του Εθνικού Σχεδίου Δράσης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»(2000-2009)).

Σχήμα Ε1: Σύστημα Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας



Πρότυπα Ποιότητας Λειτουργίας & Διαδικασίες Επίβλεψης Μονάδων Ψυχικής Υγείας

Οι διαδικασίες έλεγχου, παρακολούθησης και διασφάλισης της ποιότητας λειτουργίας του συστήματος ψυχικής υγείας αποτελούν αρμοδιότητα της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Επιπλέον, η Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης του τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στην επίβλεψη και αξιολόγηση για το διάστημα (12 ή 18 μήνες) για το οποίο επιχορηγούνται οι μονάδες που έχουν υλοποιηθεί μέσω του Επιχειρησιακού

Προγράμματος «Υγεία-Πρόνοια». Θα πρέπει επίσης να επισημανθεί, ότι για τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σημαντική δράση πραγματοποιείται από μη-κερδοσκοπικούς οργανισμούς, όπως είναι οι Σύλλογοι Χρηστών των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας καθώς επίσης και Ειδικές Επιτροπές.

Διαδικασίες στο Υπουργείο Υγείας

Η οργανωτική, διοικητική και οικονομική επίβλεψη του συστήματος ψυχικής υγείας αποτελεί αποκλειστική αρμοδιότητα της **Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης**, η οποία υποστηρίζεται από τις **Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας της περιοχής λειτουργίας της εκάστοτε μονάδας**. Πιο αναλυτικά οι δράσεις της Διεύθυνσης διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες που αφορούν την ίδρυση των μονάδων ψυχικής υγείας, τα πρότυπα ποιότητας και λειτουργίας τους και την παρακολούθηση και την αξιολόγησή τους. (Αφροδίτη Χρ. Ραγιά., 2005).

I. ΙΔΡΥΣΗ ΜΟΝΑΔΑΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η πρώτη κατηγορία αφορά την ίδρυση οποιασδήποτε Μονάδας Ψυχικής Υγείας στον Ιδιωτικό Κερδοσκοπικό και μη Κερδοσκοπικό Τομέα, η οποία προϋποθέτει την **απόφαση σκοπιμότητας και την αδειοδότηση από το Υπουργείο Υγείας**, μετά από γνωμοδότηση της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας της περιοχής στην οποία πρόκειται να λειτουργήσει η Μονάδα. Κριτήρια για την έγκριση σκοπιμότητας αποτελούν (Υ.Α. Υ5β/οικ.1962: ΦΕΚ 1268/19-10-2000):

- 1. Τα πληθυσμιακά και επιδημιολογικά στοιχεία της περιοχής ίδρυσης της προτεινόμενης μονάδας από τα οποία να προκύπτουν οι ανάγκες της περιοχής σε μονάδες ψυχικής υγείας*
- 2. Η υπάρχουσα υποδομή στην περιοχή*
- 3. Η ένταξη της μονάδας στον γενικότερο σχεδιασμό του Υπουργείου Υγείας για την ανάπτυξη υπηρεσιών στη συγκεκριμένη περιοχή*
- 4. Η δυνατότητα λειτουργικής διασύνδεσης της μονάδας με τις ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες ψυχικής υγείας*

Για την λειτουργία της Μονάδας απαιτείται επίσης επιπλέον άδεια από το Υπουργείο Υγείας, η οποία εκδίδεται εφόσον πληρούνται οι παρακάτω προϋποθέσεις:

- Αναλυτική περιγραφή των στόχων, του προγράμματος και τα μέσα για την υλοποίηση αυτών*
- Ορισμός του Επιστημονικού Συμβούλου*

- Καθορισμός της σύνθεσης του προσωπικού
- Εξασφάλιση της κτιριακής υποδομής
- Αναλυτική περιγραφή των οικονομικών πόρων και των πηγών χρηματοδότησης της μονάδας

II. ΠΡΟΤΥΠΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ & ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στη δεύτερη κατηγορία εμπίπτει ο καθορισμός των προτύπων ποιότητας και λειτουργίας των μονάδων παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι σχετικοί νόμοι καθορίζουν με σαφήνεια το λειτουργικό ρόλο των επιμέρους υπηρεσιών, τον τρόπο λειτουργίας και διασύνδεσης τους, τη σύνθεση του προσωπικού, λαμβάνοντας υπόψη τις διεθνείς κατευθύνσεις και τις αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής, όπως:

- Τη Συναινετική Διακήρυξη για τη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ΠΟΥ/WAPR 1996
- Το ψήφισμα 46/119 της Γενικής Συνόδου του ΟΗΕ (17/12/1991) σχετικά με τις αρχές για την προστασία των ατόμων με ψυχικά νοσήματα και τη βελτίωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας
- Την έκδοση του ΠΟΥ για την βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Ελληνική έκδοση: ΥΥΚΑ, 2004).

Πιο συγκεκριμένα, το κανονιστικό πλαίσιο με το οποίο διασφαλίζεται η ποιότητα της λειτουργίας των μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι το παρακάτω:

-- **N. 2716/99**: ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας. σύμφωνα με τον οποίο ορίζονται οι σκοποί και οι βασικές αρχές λειτουργίας των μονάδων ψυχικής υγείας.

-- **Υ.Α. Α3α/οικ. 876** (ΦΕΚ 661/Β/23.05.2000): Καθορισμός του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Οικοτροφεία, Ξενώνες) και των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 9 του Ν. 2716/99.

Βασικές συνιστώσες της απόφασης αυτής ήταν:

- Η λειτουργική διασύνδεση της μονάδας με άλλες υπηρεσίες του Τομέα
- Οι ξενώνες διαχωρίζονται βάσει της διάρκειας παραμονής σε αυτούς σε: βραχείας (8 μήνες), μέσης (20 μήνες) και μακράς (36 μήνες)
- Τα οικοτροφεία διαφοροποιούνται βάσει της ηλικίας των ενοίκων σε: νέων (19-30 ετών), ενηλίκων (31-55 ετών) και ηλικιωμένων (άνω των 56)
- Οι μονάδες αποκατάστασης στοχεύουν στην διαρκή βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων και της λειτουργικότητας των ενοίκων μέσω αντίστοιχων δραστηριοτήτων

- Η στελέχωση των μονάδων εξαρτάται από την χρονική φάση της λειτουργίας της εκάστοτε μονάδας, το βαθμό υποστήριξης και τη λειτουργικότητα των ενοίκων.

- Η κάθε μονάδα καταρτίζει έναν εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας εντός 6 μηνών από την έναρξη λειτουργίας της, η οποία υποβάλλεται στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και εγκρίνεται από τον Υπουργό (Αφροδίτη Χρ. Ραγιά., 2005).

Στην απόφαση αυτή επίσης περιλαμβάνονται:

- Ο αριθμός των ασθενών, ο χρόνος παραμονής τους, ο βαθμός υποστήριξης, οι παρεχόμενες υπηρεσίες, η σύσταση και αριθμός του προσωπικού, οι ελάχιστες χωροταξικές προδιαγραφές και η υλικοτεχνική υποδομή και τέλος η οικονομική και διοικητική διαχείριση.

- η σύσταση και οι αρμοδιότητες της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας, η οποία απαρτίζεται από το σύνολο του προσωπικού της εκάστοτε μονάδας και έχει ως κύριο έργο της τον σχεδιασμό και την υλοποίηση όλων των ενεργειών για την επίτευξη των στόχων της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.

η ΔΥ8/Β/οικ 70071/30-6-2004: απόφαση του Γενικού Γραμματέα Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για τις προδιαγραφές των κτιρίων στα οποία είναι εγκατεστημένες οι μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Αναφορικά με τη οργάνωση και λειτουργία υπηρεσιών ψυχικής υγείας, εκτός από τη σχετική νομοθεσία, το Υπουργείο έχει εκδώσει οδηγούς οργάνωσης της λειτουργίας των ιατροπαιδαγωγικών κέντρων και των κινητών μονάδων. Οι οδηγοί αυτοί συντάχτηκαν από τη Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης της Β' φάσης Ψυχαγωγός (το 2004 για τα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα και το 2005 για τις κινητές μονάδες).

Σύμφωνα με τον οδηγό για τις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας : Ορίζεται ότι οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας (ΚΜΨΥ) παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης και νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας κατ' οίκον σε Το.Ψ.Υ που η γεωγραφική τους έκταση ή οικιστική τους διασπορά δυσχεραίνουν την πρόσβαση των κατοίκων σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, καθώς επίσης και σε όμορους Το.Ψ.Υ όταν δεν υπάρχουν επαρκείς υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Βασικό στόχος των ΚΜΨΥ είναι η πρόληψη των υποτροπών και η μείωση των νοσηλειών σε ψυχιατρικό νοσοκομείο. Η ΚΜΨΥ απευθύνεται κατ' αρχή σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες που είτε πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και/ή ψυχοκοινωνικά προβλήματα, είτε ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου για εκδήλωση ψυχικής νόσου. Απευθύνεται επίσης στον υγιή πληθυσμό εφαρμόζοντας προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης, στους επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τους

εκπαιδευτικούς και τις τοπικές αρχές. Οι υπηρεσίες που παρέχουν οι κινητές μονάδες περιλαμβάνουν:

- συστηματική καταγραφή δεδομένων σχετικά με: υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας (ΕΣΥ, μέσω της Τ.Α., ΝΠΙΔ, ιδιωτικές), δομές πρόνοιας – κοινωνικές υπηρεσίες, ψυχιατρική νοσηρότητα (μέσω επιδημιολογικών ερευνών επικράτησης και ψυχοκοινωνικών συνεπειών των ψυχικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό και σε ειδικές ομάδες πληθυσμών (π.χ. μαθητές, ηλικιωμένοι), νοσηρότητα βασικών σωματικών ασθενειών (όπως ανωτέρω), κοινωνικο – οικονομικά στοιχεία (πληθυσμός, ηλικιακή διαστρωμάτωση, ετήσιο εισόδημα, κύριες επαγγελματικές κατηγορίες, ποσοστά ανεργίας κλπ).
- παροχή κλινικών υπηρεσιών διάγνωσης και θεραπευτικής αντιμετώπισης ψυχικών διαταραχών παιδιών, εφήβων και ενηλίκων, ομάδων πληθυσμών με ειδικά αιτήματα ή χαρακτηριστικά σε επίπεδο ατόμου ή/και οικογένειας, βάση των αρχών του Case Management (συμβουλευτική, ψυχοθεραπεία, φαρμακοθεραπεία, διαγνωστικές εκτιμήσεις, λογοθεραπεία, ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις).
- Επίσης παρέχει και υπηρεσίες αντιμετώπισης κρίσεων, κατ' οίκον νοσηλείες σε συνεργασία και με άλλους φορείς, ενώ προβαίνει και σε δράσεις Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης σε συνεργασία με το τοπικό δίκτυο φορέων υγείας, ψυχικής υγείας και πρόνοιας.
- διασύνδεση με την Π.Φ.Υ. παρέχοντας συνεχή εκπαίδευση και στήριξη στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών από τους γενικούς ιατρούς, διασφαλίζοντας μια διαρκή συνεργασία. Οι σχετικές δράσεις μπορεί να περιλαμβάνουν τη δημιουργία οργανωμένου συστήματος παραπομπών (με τη χρήση εντύπων) περιστατικών από τους γενικούς ιατρούς στην Κινητή Μονάδα και αντίστροφα, την εκπαίδευση των γενικών ιατρών σε θέματα αναγνώρισης/διάγνωσης και αντιμετώπισης ψυχικών διαταραχών, την καθιέρωση τακτικών συναντήσεων στις ομάδων επαγγελματιών που εργάζονται στην ΠΦΥ και στις ΚΜΨΥ με στόχο την ενημέρωση και τη διάχυση πληροφοριών.

Σύμφωνα με τον οδηγό για τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα: Ορίζεται ότι το Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο (ΠΙΚ), ποιους σκοπούς επιδιώκει, με ποιους τρόπους προσπαθεί να επιτύχει τους σκοπούς του, σε ποιους απευθύνεται, τι υπηρεσίες παρέχει, ποιού εργάζονται σε αυτό, ποιός ο ρόλος των επαγγελματιών στο πλαίσιο της πολυκλαδικής ομάδας, ποιά είναι τα πρώτα βήματα από την έναρξη λειτουργίας, οργάνωση παραπομπών, οργάνωση της πολυκλαδικής ομάδας.

Επίσης βήματα για το «άνοιγμα» στην κοινότητα: ενημέρωση για τη λειτουργία του ΙΠΚ και των παρεχόμενων υπηρεσιών, κινητοποίηση κοινοτικών πόρων, διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες και φορείς (εκπαίδευσης, πρόνοιας, κλπ). Πιο συγκεκριμένα το ΙΠΚ υποδέχεται το Παιδί και την Οικογένεια στην πρώτη του επαφή με Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας και αναλύει το αίτημα, θέτει τις θεραπευτικές ενδείξεις και προσανατολίζει την οικογένεια προς τις πιο εξειδικευμένες δομές που διαθέτει ο Τομέας, σε περίπτωση που απαιτείται παραπομπή. Έρχεται σε επικοινωνία με όλους τους φορείς που έχουν σχέση με την παιδική και εφηβική ηλικία, ενημερώνει και εφαρμόζει πολιτικές για την ψυχική υγεία του παιδιού και του εφήβου. Συντονίζει της δράσεις του Το.Ψ.Υ.Π.Ε και οργανώνει διάφορες δραστηριότητες όπως πρόληψης, διαγνωστικές, θεραπευτικές και παρεμβάσεις στο σπίτι. Το ΙΠΚ παρέχει δευτεροβάθμια περίθαλψη σε παιδιά και εφήβους, ηλικίας 0 μέχρι 18 ετών, με ψυχικές διαταραχές και ψυχοκοινωνικά προβλήματα και στις οικογένειές τους. Στο ΙΠΚ μπορεί να απευθύνεται κάθε κάτοικος ή φορέας της περιοχής του αντίστοιχου τομέα για οποιοδήποτε θέμα που άπτεται της ψυχικής υγείας του παιδιού και του εφήβου (Φυτράκης, 2011).

III. ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η τρίτη κατηγορία αφορά στην παρακολούθηση και αξιολόγηση των Μονάδων Ψυχικής Υγείας, η οποία πραγματοποιείται σε δυο επίπεδα (ΦΕΚ 1268/19-10-2000):

α. Στο πρώτο επίπεδο, υπεύθυνη για την επίβλεψη, την τήρηση των όρων και υποχρεώσεων λειτουργίας της Μονάδας είναι η αρμόδια Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας. Στην αξιολόγηση λαμβάνονται υπόψη: *ο βαθμός επίτευξης των στόχων, ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών, η λειτουργική διασύνδεση της μονάδας με άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας καθώς και με κοινοτικούς φορείς, η τήρηση των κανόνων του Π.Ο.Υ (WHO/MNH/MND/96.2) αναφορικά με τη ποιότητα ζωής των ασθενών.*

β. Σε δεύτερο επίπεδο, το Υπουργείο Υγείας συγκροτεί επιτροπή εξωτερικών εμπειρογνομόνων εξειδικευμένων στην αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, προκειμένου να αξιολογηθεί συνολικά το έργο των μονάδων σε όλη τη χώρα.

Επιπλέον και σε εναρμόνιση με τις διεθνείς πρακτικές, ο έλεγχος και εποπτεία των μονάδων ψυχικής υγείας πραγματοποιείται και με κριτήριο τους ίδιους τους χρήστες των υπηρεσιών. Στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει συσταθεί η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, η οποία υπάγεται στην Αυτοτελή Υπηρεσία Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών (άρθρο 2 παράγραφος 1 Ν. 2716/1999 ΦΕΚ 96 Α'). Η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές

Διαταραχές αποτελείται από 9 μέλη, διαφορετικών ειδικοτήτων (ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί, νομικούς, εκπροσώπους συλλόγων χρηστών).

Τα μέλη της Επιτροπής ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ενώ η θητεία της Επιτροπής είναι πενταετής. Βασικές αρμοδιότητες της Επιτροπής είναι η εποπτεία και ο έλεγχος της προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (βλέπε: Γ.1.2.4).

Επιπλέον το 2005 το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ανέλαβε τη πρωτοβουλία να ικανοποιήσει την ανάγκη καθιέρωσης διαδικασίας αξιολόγησης και βελτίωσης ποιότητας στις μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Πραγματοποιήθηκε ευρεία διαδικασία διαβούλευσης και πιλοτική εφαρμογή στην ΥΠΕ Θεσσαλίας και τελικά εκδόθηκε το 2009 το «Εγχειρίδιο διασφάλισης ποιότητας μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης» (ξενώνες, οικοτροφεία και προστατευόμενα διαμερίσματα). Τα βασικά κριτήρια διασφάλισης ποιότητας της λειτουργίας των δομών αυτών, διακρίνονταν σε 4 κατηγορίες και ήταν τα εξής:

Φυσικό περιβάλλον: τοποθεσία δομής (μέσα στην κοινότητα ή όχι), άδεια λειτουργίας δομής, αριθμός ασθενών που φιλοξενούνται σύμφωνα με τον προβλεπόμενο, χωροταξική διαρρύθμιση (επαρκής και λειτουργικός χώρος για τη διαβίωση των ασθενών), ύπαρξη απαιτούμενου ηλεκτρικού, ηλεκτρονικού και εξοπλισμού διακόσμησης, ασφάλεια χώρου, διασφάλιση προσωπικού χώρου για κάθε ένοικο, εργονομική διαρρύθμιση χώρων, καθαριότητα δομής, επάρκεια εξοπλισμού (κλινοσκεπάσματα κτλ), ύπαρξη αναλώσιμου υλικού πρώτων βοηθειών,

Διοικητικές ρυθμίσεις: ύπαρξη γραπτής πολιτικής για τη φιλοσοφία και το μοντέλο φροντίδας που ακολουθεί, ύπαρξη εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας, λειτουργία Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας, ύπαρξη γραπτών πολιτικών επί των συνθηκών εργασίας του προσωπικού (πρόγραμμα απασχόλησης προσωπικού, ευδιάκριτη μισθολογική πολιτική κτλ), ύπαρξη εξειδικευμένης περιγραφής των επαγγελματικών ρόλων, καθηκόντων και αρμοδιοτήτων του προσωπικού, ο αριθμός και οι ειδικότητες του απασχολούμενου προσωπικού αντιστοιχεί σε όσα προβλέπονται στην έγκριση σκοπιμότητας της μονάδας, το προσωπικό υπόκειται σε ιατρικές εξετάσεις, ύπαρξη γραπτών κανονισμών για την προστασία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων των ενοίκων και του προσωπικού, τήρηση με κατάλληλο τρόπο γραπτών αρχείων για όλους τους ενοίκους, ύπαρξη γραπτών κανόνων που ακολουθούνται σε περίπτωση επεισοδίου βίας, ύπαρξη γραπτού σχεδίου για την αποτελεσματική διαχείριση περίπτωσης έκτακτης ανάγκης, ύπαρξη γραπτών κανόνων για τη διαχείριση παραπόνων εκ μέρους των ενοίκων και όποιου άλλου έχει έννομο συμφέρον, ύπαρξη γραπτών πειθαρχικών κανόνων σε περίπτωση παράβασης

καθήκοντος από μέρους του προσωπικού, τήρηση γραπτών αρχείων για όλο το προσωπικό, αποτροπή του ιδρυματισμού (συμμετοχή ενοίκων σε καθημερινές δραστηριότητες, υποστήριξη της προσωπικής ανάπτυξης κτλ), συνεχιζόμενη εκπαίδευση προσωπικού, εκπαίδευση όλου του προσωπικού στην παροχή πρώτων βοηθειών και στην αναγνώριση και αντιμετώπιση των αναγκών των ενοίκων, υποστήριξη προσωπικού για την αντιμετώπιση προβλημάτων στην εργασία του

Διαδικασία φροντίδας και αποκατάστασης: ύπαρξη σχεδίου προσέγγισης, επικοινωνίας, προετοιμασίας και δημιουργίας σχέσεων με τους υποψήφιους ενοίκους της και ομαλής ένταξης τους σε αυτή, πλήρης εκτίμηση των ατομικών και κοινωνικών αναγκών και ικανοτήτων των ενοίκων κατά την ένταξη τους, ενθάρρυνση ενοίκων να φέρνουν και να διατηρούν τα προσωπικά τους υπάρχοντα στην μονάδα, οι ένοικοι υπόκεινται σε πλήρη ιατρικό έλεγχο σε τακτικά χρονικά διαστήματα και ανάλογα με την ηλικία και τις ανάγκες τους, συμπεριφορά του προσωπικού προς τους ενοίκους δείχνει σεβασμό, οι κανόνες συμπεριφοράς των ενοίκων είναι σαφείς, διατυπωμένοι με θετικό τρόπο και περιορίζονται στα ουσιώδη (αποφυγή βίας και ασφάλεια), φροντίδα της προσωπικής υγιεινής των ενοίκων, η διατροφή των ενοίκων καλύπτει τις διατροφικές τους ανάγκες και επιθυμίες, σύνταξη για κάθε ένοικο ατομικού θεραπευτικού προγράμματος με την ενεργή συμμετοχή του ενοίκου, τα θεραπευτικά προγράμματα ακολουθούνται από όλο το προσωπικό, διεξαγωγή ομαδικών συναντήσεων προσωπικού για τα ατομικά θεραπευτικά προγράμματα, υποστήριξη των ενοίκων για πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και αποκατάστασης στην κοινότητα, ύπαρξη γραπτών κατευθύνσεων σε περίπτωση που ένας ένοικος νοσηλευτεί σε ενδονοσοκομειακή μονάδα για ψυχιατρικούς ή παθολογικούς λόγους, ύπαρξη πολιτικής για τη περίπτωση που ένας ένοικος παρακολουθεί προγράμματα ή λαμβάνει υπηρεσίες άλλων μονάδων ψυχικής υγείας, παροχή δραστηριοτήτων ενδυνάμωσης και αυτονομίας των ενοίκων βάσει των ικανοτήτων τους, πρόσπιση των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων των ενοίκων, μηχανική καθήλωση δεν χρησιμοποιείται όπως ούτε και η απομόνωση, ύπαρξη σχεδίου παροχής στήριξης σε περίπτωση θανάτου ενός ενοίκου, προετοιμασία ενοίκων για έξοδο-μετάβαση σε άλλη δομή, ύπαρξη γραπτής πολιτικής για την αναγνώριση, διαχείριση και πρόληψη μη επιθυμητών συμβάντων (Φυτράκης, 2011).

Σχέσεις με οικογένεια, λοιπές μονάδες ψυχικής υγείας και κοινότητα: συγγενείς που επισκέπτονται τους ενοίκους έχουν δυνατότητα να συζητήσουν με ένα μέλος του προσωπικού για τη φροντίδα του ενοίκου, τα μέλη των οικογενειών ενθαρρύνονται να συμμετέχουν στο ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα του ενοίκου, το προσωπικό της μονάδας υποστηρίζει τα μέλη των οικογενειών που έχουν ανάλογη ανάγκη, η μονάδα διασυνδέεται με τις υπόλοιπες μονάδες ψυχικής υγείας του Το.Ψ.Υ, η δημιουργία σχέσεων με την κοινότητα αποτελεί διαρκή στόχο, η μονάδα

διοργανώνει τακτικές διατομεακές επαφές με τις υπηρεσίες υγείας, κοινωνικής φροντίδας, τοπικής αυτοδιοίκησης, απασχόλησης και δικαιοσύνης της κοινότητας.

Τέλος, το 2009, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης εξέδωσε το «Νέο Σύστημα Διαχείρισης, Παρακολούθησης και Ελέγχου των Δομών Ψυχικής Υγείας ΝΠΙΔ» για την παρακολούθηση του συστήματος και το οποίο αναφέρεται στις επιλέξιμες δαπάνες, δικαιολογητικά υλοποίησης και πρακτικά δαπανών. Οι επιλέξιμες δαπάνες διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες: λειτουργίας δομών, συμπληρωματικός εξοπλισμός και προβολή και δημοσιότητα του, προσωπικού και διαβίωσης και ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων ασθενών και ελέγχονται και εγκρίνονται από τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας. Οι φορείς ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ΝΠΙΔ προκειμένου να χρηματοδοτούνται εγκαίρως παρέχουν στην Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας τα απαραίτητα έγγραφα σε περιοδική βάση: κάθε μήνα, κάθε τρίμηνο και στο τέλος κάθε έτους. Επιπλέον ασκείται έλεγχος των δομών αυτών για την διασφάλιση της ποιότητας του παρεχόμενου έργου και την ορθή οικονομική διαχείριση, σε τρία επίπεδα:

- Πρωτοβάθμιος έλεγχος ο οποίος διενεργείται από την Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας
- Δευτεροβάθμιος έλεγχος που διενεργείται από την ΕΔΟΔΕ (Επιτροπή Διοικητικού, Οικονομικού - Διαχειριστικού Ελέγχου), η οποία συνίσταται στη Γενική Γραμματεία Πρόνοιας και αποτελεί μόνιμο πενταμελές συλλογικό όργανο για το διοικητικό, οικονομικό - διαχειριστικό έλεγχο των Μονάδων Ψυχικής Υγείας, που ανήκουν σε φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου. Με απόφαση του υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζεται ο τρόπος άσκησης του διενεργούμενου ελέγχου από την Επιτροπή και οι σχετικές αρμοδιότητες αυτής. Η Επιτροπή στελεχώνεται με αποσπάσεις προσωπικού από το δημόσιο και ευρύτερο δημόσιο τομέα. Με κοινές υπουργικές αποφάσεις καθορίζονται οι όροι των αποσπάσεων αυτών και τα ζητήματα της υπηρεσιακής κατάστασης του αποσπώμενου προσωπικού.

- Έλεγχος που ασκείται από τρίτους και πιο συγκεκριμένα το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (ΣΕΥΥΠΙ-Τομέας Ελέγχου φορέων πρόνοιας) και την Υπηρεσία Ειδικών Ελέγχων (ΥΠΕΕ)).

Η Ανάλυση SWOT (**Strengths** – Θετικά, **Weaknesses** – Αδυναμίες, **Opportunities** – Ευκαιρίες, **Threats** – Κίνδυνοι) της Έκθεσης Αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000-2009 (για το ψυχαργώ) υποβοήθησε στην συγκεκριμενοποίηση των πλέον κρίσιμων σημείων που είναι απαραίτητο να ληφθούν υπόψη στη χάραξη μίας νέας στρατηγικής για τη Ψυχική Υγεία. Πιο συγκεκριμένα, μέσω της Ανάλυσης περιγράφονται: (α) τα θετικά σημεία του συστήματος και της πορείας του προγράμματος, τα οποία θα πρέπει να αξιοποιηθούν και να καταβληθεί προσπάθεια διατήρησής τους, (β) οι αδυναμίες του

συστήματος, για τις οποίες θα πρέπει να ληφθούν μέτρα βελτίωσης, (γ) οι ευκαιρίες που μπορούν να αξιοποιηθούν προκειμένου να υπάρξει βελτίωση του συστήματος ψυχικής υγείας, (δ) οι κίνδυνοι που υφίστανται και που μπορεί να οδηγήσουν το σύστημα σε απόκλιση από την αποστολή του αν δεν ενεργοποιηθούν μηχανισμοί για την λήψη μέτρων αντιμετώπισής τους.

Στο σχήμα που ακολουθεί συνοψίζονται τα κύρια σημεία που αντιπροσωπεύουν τα πλεονεκτήματα και τις αδυναμίες του συστήματος και παράλληλα τις ευκαιρίες και τους κινδύνους του εξωτερικού περιβάλλοντος. (Εκθεσης Αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000-2009)

Πίνακας 1: Ανάλυση SWOT - Έκθεση Αξιολόγησης ΨΥΧΑΡΓΩΣ 2000-2009

SWOT ANALYSIS	
ΘΕΤΙΚΑ	ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ
<ul style="list-style-type: none"> Σημαντική αλλαγή στην παροχή υπηρεσιών στη κατεύθυνση ενός σύγχρονου μοντέλου κοινοτικής ψυχιατρικής περιβαλψης. Έμφαση στην αποσυλοποίηση με μεγάλη μείωση του αριθμού κλινών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Κλείσιμο ορισμένων ψυχιατρείων. Εκσυγχρονισμός των υφιστάμενων υπηρεσιών. Πληθώρα κοινοτικών υπηρεσιών σε πολλές περιοχές της χώρας, οι οποίες περιλαμβάνουν Κέντρα Ψυχικής Υγείας, διαφορετικού τύπου στεγαστικών δομών, κέντρα ημέρας, νοσοκομεία, κινητές μονάδες και κέντρα επίκλης αποκατάστασης. Ενεργός προσπάθεια του προσωπικού για την επανένταξη των χρηστών και την επανασύνδεση τους με τις οικογένειες τους. Τοπικές κοινωνίες αρχίζουν σταδιακά να αποδέχονται τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Θετικές αλλαγές στις στάσεις του προσωπικού: προσανατολισμός στην ανθρωποκεντρική παροχή φροντίδας και έντονη ηγετική δράση. Ανάπτυξη των Κοι.ΣΠΕ Ενεργή προαγωγή ψυχικής υγείας σε τοπικό και ευρύτερο επίπεδο από Κέντρα Ψυχικής Υγείας, ΜΚΟ και άλλους οργανισμούς. Υπαρξη καμπάνιας αντι-στίγμα με ενδείξεις για πρόοδο στη μείωση του στίγματος. 	<ul style="list-style-type: none"> Κατακερματισμένο, μη-συντονισμένο σύστημα που συχνά καταλήγει στην ακατάλληλη παροχή υπηρεσιών Αδυναμία στην εφαρμογή διαδικασιών Έλλειψη επιδημιολογικών μελετών και μελετών που αφορούν τις κατά τόπους ανάγκες συγκεκριμένων πληθυσμών. Άνιση ανάπτυξη υπηρεσιών μεταξύ διαφορετικών περιοχών της χώρας. Μεγάλος αριθμός ειδικευμένων επαγγελματιών – έλλειψη προσωπικού σε υποστηρικτικούς ρόλους. Σημαντικά κενά σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους και για ηλικιωμένους, σε εξειδικευμένες υπηρεσίες για άτομα με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού, νοητική στένωση, διατροφικές διαταραχές καθώς και σε υπηρεσίες δικαστικής-ψυχιατρικής (forensic psychiatric services). Απουσία συντονισμού και συνεργασίας τόσο μεταξύ των διαφορετικών συστημάτων παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όσο και μεταξύ των υπηρεσιών του ίδιου συστήματος. Ανεπαρκή στοιχεία αποτελεσματικής διατομεακών ομάδων εργασίας σε τοπικό επίπεδο. Έλλειψη μηχανισμών διασφάλισης της ποιότητας και συστημάτων κλινικής διαχείρισης (clinical governance). Ανεπάρκεια κλινικών κυρίως οξείων περιστατικών Ασαφή πρωτόκολλα για έκδοση εξιτηρίων. Μεγάλο ποσοστό των ακούσιων εισαγωγών Σοβαρά ζητήματα σχετικά με την προστασία των δικαιωμάτων των χρηστών των υπηρεσιών. Περιορισμένη εμπλοκή των χρηστών και συνηγόρα. Καθυστερήσεις στην καταβολή των πληρωμών του προσωπικού.
ΚΙΝΔΥΝΟΙ	ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ
<ul style="list-style-type: none"> Τα υφιστάμενα προβλήματα δομής μπορεί να οδηγήσουν σε μεγαλύτερο κατακερματισμό, αποτελώντας απειλή για την βιωσιμότητα του συστήματος. Η απουσία συστημάτων διασφάλισης ποιότητας θα δημιουργήσουν σημαντικά προβλήματα στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τα ανεπαρκή χρηματοδοτικά συστήματα και οι μη-αποτελεσματικοί μηχανισμοί «κόστους μονάδας» θα οδηγήσουν σε σοβαρές οικονομικές πιέσεις. 	<ul style="list-style-type: none"> Ενοποίηση των υφιστάμενων υπό-συστημάτων και υπηρεσιών. Διορθωτικές ενέργειες για τον συντονισμό του συστήματος με σαφείς δομές και αρμοδιότητες. Σταθερή παρακολούθηση του συστήματος και διαφάνεια στους μηχανισμούς και διαδικασίες χρηματοδότησης. Ανάπτυξη νέου επιχειρησιακού σχεδίου για το επόμενο στάδιο της μεταρρύθμισης. Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς 2007-2013. Αναδιοργάνωση της Περιφερειακής και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Ευρωπαϊκές πολιτικές για την Ψυχική Υγεία. Δυνατότητα μεταφοράς τεχνογνωσίας από Ε.Ε. και ΠΟΥ.

Πηγή: Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000-2009.

Σύμφωνα με τον αρχικό επιχειρησιακό προγραμματισμό «Υγεία-Πρόνοια 2000- 2006», μέσω του οποίου υλοποιήθηκε τμήμα του Ψυχαργός και κατά συνέπεια θεωρείται ότι υπάρχει συνάφεια με το πρόγραμμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, παρατηρούνται μεγάλες αλλαγές ως προς τα επιμέρους σημεία της ανάλυσης SWOT. Αν και στον προγραμματικό σχεδιασμό του Ψυχαργός 2001-2010 (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα 2001) δεν περιλαμβάνεται

ανάλυση των δυνατών, αδύνατων σημείων, των ευκαιριών και των κινδύνων του συστήματος ψυχικής υγείας, όπως είχε διαμορφωθεί από τις μέχρι τότε παρεμβάσεις και δράσεις, ωστόσο, το επιχειρησιακό πρόγραμμα παραθέτει τα παρακάτω θετικά και αρνητικά σημεία της τότε κατάστασης:

Θετικά σημεία:

- ολοκλήρωση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση έως το 2010. Όμως, θα πρέπει να σημειωθεί ότι σημειώνεται συνεχής αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας.
- Επίτευξη αξιόλογων αποτελεσμάτων από την υλοποίηση της α' φάσης του εθνικού προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» όσον αφορά στην αποασυλοποίηση ενός ικανού αριθμού χρόνιων ψυχικά ασθενών και στην εγκατάστασή τους σε δομές στην κοινότητα.
- άντληση σημαντικής εμπειρίας και τεχνογνωσίας από τις μέχρι τότε αποτελεσματικές παρεμβάσεις στον τομέα της Ψυχικής Υγείας (κυρίως κατά την εφαρμογή της Α' φάσης του προγράμματος «Ψυχαργώς») δημιουργία μιας σταθερής βάσης για τις δράσεις της νέας προγραμματικής περιόδου.

Αρνητικά σημεία:

- μακρόχρονη λειτουργία του μοντέλου κλειστής ιδρυματικής περίθαλψης το οποίο είχε δημιουργήσει μια πραγματικότητα που δυσκόλευε την πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.
- οι υπάρχουσες δομές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας κοινοτικής φροντίδας ψυχικής υγείας δεν επαρκούσαν για την κάλυψη των ολοένα αυξανόμενων αναγκών, με αποτέλεσμα πολλοί ασθενείς να οδηγούνται σε κλειστές ψυχιατρικές δομές.
- Ανεπαρκής αριθμός εξειδικευμένων στελεχών για να ολοκληρώσουν την αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών.
- η πεπαλαιωμένη υποδομή σε ορισμένα ψυχιατρικά νοσοκομεία (όπως το ΨΝ Αττικής
- αυξημένη ζήτηση για παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Αυτό οφείλεται αφενός στο σύγχρονο τρόπο ζωής που δημιουργεί αυξητικές τάσεις στην εμφάνιση ψυχικών νόσων και αφετέρου στην αύξηση των αναγκών για υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε σχέση με ειδικές ομάδες του πληθυσμού (όπως άτομα με αυτισμό, χρήστες τοξικών ουσιών, μετανάστες και ποινικοί παραβάτες με προβλήματα ψυχικής υγείας).(επιχειρησιακό προγραμματισμό «Υγεία-Πρόνοια 2000- 2006»).

Όπως φαίνεται από τις παραπάνω αναλύσεις, το σύστημα ψυχικής υγείας εμφανίζεται πλέον πιο εκλεπτυσμένο και ανταποκρίνεται σε υψηλότερες απαιτήσεις και ανάγκες. Ωστόσο ορισμένες αδυναμίες εξακολουθούν να παραμένουν, ιδιαίτερα σε ότι αφορά την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών σε ειδικές ομάδες πληθυσμού, όπως είναι τα παιδιά, άτομα με αυτισμό και εξαρτήσεις, με διατροφικές διαταραχές κτλ.

2.3.3: Γ΄ ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΨΥΧΑΡΓΩΣ

Η τρίτη φάση του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ αφορά την περίοδο 2010-2020. Για τη νέα φάση, συστάθηκε ομάδα εργασίας προκειμένου να εκπονήσει Σχέδιο Αναθεωρημένου Προγράμματος «Ψυχαργώς 2011-2020». Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργώς Γ΄ (2011 – 2020) διαρθρώνεται σε τρεις άξονες δράσης. Ο πρώτος άξονας αναφέρεται στον προγραμματισμό των δράσεων για την ανάπτυξη δομών στην κοινότητα, για την κάλυψη του συνόλου των αναγκών του τομέα της Ψυχικής Υγείας και διαμορφώνεται σε περιφερειακή βάση, ενώ εξειδικεύεται σε επίπεδο νομού και τομέα. Ο δεύτερος άξονας αναφέρεται στο σχεδιασμό των δράσεων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού και την πρόληψη της κακής ψυχικής υγείας. Ο τρίτος άξονας αναφέρεται σε δράσεις που αφορούν την οργάνωση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης (τομεοποίηση, παρακολούθηση, αξιολόγηση) και τις δράσεις έρευνας και επιμόρφωσης του προσωπικού.

Παράλληλα, βρίσκεται σε εξέλιξη αξιολόγηση κατά τη διάρκεια εφαρμογής του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ. Βασικός στόχος της αξιολόγησης αποτελεί η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων σε σχέση με τους επιλεγέντες στόχους, όπως εξειδικεύονται στη γενικότερη στρατηγική και την εφαρμοζόμενη πολιτική του Υπουργείου Υγείας για την επίτευξη της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, στα πλαίσια του Ν.2716/99).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Δεν νοείται υγεία χωρίς ψυχική υγεία. Στους πολίτες, η ψυχική υγεία προσφέρει την δυνατότητα να αναπτύξουν το πνευματικό και συναισθηματικό τους δυναμικό και να αποκτήσουν και να εκπληρώσουν το ρόλο τους στην κοινωνία, στο σχολείο και στην επαγγελματική τους ζωή. Στις κοινωνίες, η καλή ψυχική υγεία των πολιτών συμβάλλει στην ευημερία και την αλληλεγγύη. Αντίθετα, η κακή ψυχική υγεία συνεπάγεται ποικίλες δαπάνες, απώλειες και επιβαρύνσεις για τους πολίτες και τα κοινωνικά συστήματα.

Η ψυχική υγεία του ευρωπαϊκού πληθυσμού αποτελεί μέσο για την επίτευξη ορισμένων από τους στρατηγικούς πολιτικούς στόχους της ΕΕ, όπως να ξαναμπεί η Ευρώπη στην πορεία προς την μακροπρόθεσμη ευημερία και να διατηρήσει την δέσμευση της για αλληλεγγύη και κοινωνική δικαιοσύνη, και η ποιότητα ζωής των ευρωπαίων πολιτών να αποκτήσει συγκεκριμένα πρακτικά οφέλη.

Στην παρούσα εργασία στόχος μας είναι να αναδείξουμε τις ελληνικές και τις ευρωπαϊκές πολιτικές που έχουν εφαρμοστεί όσον αφορά το θέμα της ψυχικής υγείας καθώς και να συγκρίνουμε τις διαφορές αλλά και τις ομοιότητες που παρουσιάζονται μεταξύ των δύο αυτών πολιτικών. Στο ακόλουθο κομμάτι γίνεται αναφορά στις ευρωπαϊκές πολιτικές, γι' αυτό τον λόγο επιλέξαμε κάποια βασικά κείμενα πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τα οποία παρατίθενται παρακάτω. Επιλέξαμε αυτά τα κείμενα γιατί κατά την κρίση μας ήταν σημαντικά και καλύπτουν επαρκώς αυτό που θέλουμε να εκφράσουμε στην συγκεκριμένη εργασία.

Επιπρόσθετα, θα παραθέσουμε μεμονωμένες εφαρμοζόμενες πολιτικές σε ευρωπαϊκά κράτη και θα αναφερθούμε στην νέα Πλατφόρμα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας MindBank για την ψυχική υγεία, την αναπηρία και τα ανθρώπινα δικαιώματα, επιχειρώντας να παρουσιάσουμε ένα όσο πιο δυνατόν ολοκληρωμένο και επικαιροποιημένο πλαίσιο στο οποίο εντάσσονται οι πολιτικές για την ψυχική υγεία σε διεθνές επίπεδο.

3.1 ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ

Στο υποκεφάλαιο αυτό, έχουν επιλεγεί κάποια συγκεκριμένα κείμενα πολιτικής, τα οποία έχουμε εισαγάγει με χρονολογική σειρά. κείμενα αυτά είναι: το Ψήφισμα του Συμβουλίου της 18ης Νοεμβρίου 1999 για την προαγωγή της ψυχικής υγείας (2000/C 86/01), το Πράσινο Βιβλίο « Βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού: Προς μια στρατηγική σχετικά με την ψυχική υγεία για την Ευρωπαϊκή Ένωση » (2005), το Ευρωπαϊκό Σύμφωνο για την ψυχική υγεία και ευεξία (2008) και τέλος το Ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου της 19ης Φεβρουαρίου 2009 σχετικά με την ψυχική υγεία (2008/2209(INI)).

1999: Ψήφισμα του Συμβουλίου της 18ης Νοεμβρίου για την προαγωγή της ψυχικής υγείας (2000/C 86/01):

Σύμφωνα με το ψήφισμα του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης της 18ης Νοεμβρίου : αναγνωρίζεται ότι η ψυχική υγεία συνιστά αναπόσπαστο κομμάτι της υγείας καθώς και ότι υπάρχουν αποτελεσματικές μέθοδοι για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την πρόληψη των ψυχικών προβλημάτων και ασθενειών. Αναγνωρίζεται επίσης η ανάγκη να συζητηθεί η προαγωγή της ψυχικής υγείας στα πλαίσια της αυξανόμενης συνεργασίας με τις υποψήφιες για προσχώρηση χώρες.

Το Συμβούλιο θεωρεί ότι η ψυχική υγεία συμβάλλει σημαντικά στην ποιότητα της ζωής, την κοινωνική ένταξη και την πλήρη κοινωνική και οικονομική συμμετοχή. Επιπλέον, θεωρείται αναγκαία η ενίσχυση της αξίας και της προβολής της ψυχικής υγείας και η προώθηση της καλής ψυχικής υγείας, ιδίως μεταξύ των παιδιών, των νέων, των ηλικιωμένων και στους χώρους εργασίας. Ωστόσο, θεωρείται σημαντική από το Συμβούλιο, η συντονισμένη συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας καθώς και με άλλους διεθνείς οργανισμούς για θέματα ψυχικής υγείας.

Τέλος, το Συμβούλιο υπογραμμίζει ότι τα ψυχικά προβλήματα και ασθένειες είναι διαδεδομένα, προκαλούν ανθρώπινο πόνο και αναπηρία, αυξάνουν την θνησιμότητα και οδηγούν σε αρνητικές επιπτώσεις στις εθνικές οικονομίες. Και υπογραμμίζει ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας συνδέονται συχνά μεταξύ άλλων, με την ανεργία, την κοινωνική περιθωριοποίηση και τον αποκλεισμό, την έλλειψη στέγης και την κατάχρηση ναρκωτικών και αλκοόλ.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, το Συμβούλιο καλεί τα κράτη – μέλη :

- *Να δώσουν την δέουσα προσοχή στην ψυχική υγεία και να ενισχύσουν την προαγωγή της στις πολιτικές τους,*
- *Να συγκεντρώσουν στοιχεία καλής ποιότητας για την ψυχική υγεία, τα οποία θα χρησιμοποιούνται από κοινού με τα άλλα κράτη και την Επιτροπή,*

- Να αναπτύξουν και να εφαρμόσουν δράση για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την πρόληψη των ψυχικών ασθενειών, καθώς και να προωθήσουν την ανταλλαγή ορθών πρακτικών και κοινών σχεδίων με άλλα κράτη μέλη,

- Να ενθαρρύνουν και να υποστηρίζουν την έρευνα για την ψυχική υγεία και την προαγωγή της, χρησιμοποιώντας και τις ευκαιρίες που παρέχονται από το πέμπτο πρόγραμμα – πλαίσιο δράσεων έρευνας, τεχνολογικής ανάπτυξης και επίδειξης της Ευρωπαϊκής Κοινότητας (1998 – 2002) που εγκρίθηκε με την απόφαση αριθ. 182/1999/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου.

Καλεί την Επιτροπή:

- Να εξετάσει την ενσωμάτωση δραστηριοτήτων για τα θέματα της ψυχικής υγείας, όπως η ανταλλαγή πληροφοριών και ορθών πρακτικών και η δικτύωση, στο μελλοντικό πρόγραμμα δράσης για την δημόσια υγεία,

- Να αναπτύξει και να εφαρμόσει, ως μέρος του κοινοτικού συστήματος παρακολούθησης της υγείας, μια συνιστώσα για την ψυχική υγεία και να εκπονήσει σχετική έκθεση,

- Να αναλύσει τον αντίκτυπο των κοινοτικών δραστηριοτήτων στην ψυχική υγεία, για παράδειγμα στους τομείς της εκπαίδευσης, της πολιτικής για τους νέους, των κοινωνικών υποθέσεων και της απασχόλησης,

- Να εξετάσει, σε συνεννόηση με τα κράτη – μέλη, την αναγκαιότητα μιας πρότασης σύστασης του Συμβουλίου για την προαγωγή της ψυχικής υγείας.

2005: Πράσινο Βιβλίο «Βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Προς μια στρατηγική σχετικά με την ψυχική υγεία για την Ευρωπαϊκή Ένωση»

Η αυξανόμενη αντίληψη για την κακή ψυχική υγεία ως πρόβλημα έχει ωθήσει τους επιτελείς, τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας και άλλους φορείς να αναζητήσουν λύσεις, πλέον πρόσφατα στο πλαίσιο της ευρωπαϊκής υπουργικής διάσκεψης της ΠΟΥ σχετικά με την υγεία, τον Ιανουάριο του 2005.

Συμφωνείται ότι πρώτη προτεραιότητα αποτελεί η παροχή αποτελεσματικών και υψηλής ποιότητας υπηρεσιών περίθαλψης και θεραπείας της ψυχικής υγείας, προσιτών στα άτομα με κακή ψυχική υγεία.

Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι οι ιατρικές παρεμβάσεις διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στην αντιμετώπιση των προκλήσεων, δεν μπορούν από μόνες τους να αντιμετωπίσουν και να αλλάξουν τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες. Επομένως, σύμφωνα με την στρατηγική του ΠΟΥ, απαιτείται ολοκληρωμένη προσέγγιση, η οποία να καλύπτει την παροχή θεραπείας και περίθαλψης

των ασθενών, αλλά και την δράση για ολόκληρο τον πληθυσμό με σκοπό την προαγωγή της ψυχικής υγείας, την πρόληψη της κακής ψυχικής υγείας και την αντιμετώπιση των προκλήσεων που συνδέονται με τον στιγματισμό και τα ανθρώπινα δικαιώματα. Μια τέτοια προσέγγιση πρέπει να περιλάβει πολλούς συντελεστές, συμπεριλαμβανομένων των τομέων και των φορέων πολιτικής για την υγεία και άλλων πολιτικών, των οποίων οι αποφάσεις έχουν αντίκτυπο στην ψυχική υγεία του πληθυσμού. Οι οργανώσεις πασχόντων και η κοινωνία των πολιτών πρέπει να διαδραματίσουν προεξέχοντα ρόλο στην δρομολόγηση λύσεων.

Η κοινοτική δράση συμπληρώνει τις εθνικές πολιτικές για την βελτίωση της υγείας, την πρόληψη ασθενειών και νόσων, την ενημέρωση και την εκπαίδευση για την υγεία, καθώς επίσης και την μείωση βλαβών από τα φάρμακα, και ενθαρρύνει την συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών σε αυτούς τους τομείς. Τα κράτη μέλη διαθέτουν την αποκλειστική αρμοδιότητα για την διοργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών και της περίθαλψης.

Σύμφωνα με τις εν λόγω αρμοδιότητες, η ψυχική υγεία αποτελεί σοβαρό ζήτημα για την Ευρωπαϊκή Κοινότητα με βάση την συμβολή που μπορεί να έχει η καλή ψυχική υγεία του πληθυσμού σε ορισμένους από τους στρατηγικούς πολιτικούς στόχους της ΕΕ, τον ρόλο της κοινότητας στην ενθάρρυνση και την υποστήριξη της συνεργασίας μεταξύ των κρατών μελών και στην αντιμετώπιση των μεταξύ τους ανισοτήτων καθώς και την υποχρέωση της Κοινότητας να συμβάλλει σε υψηλό επίπεδο προστασίας της ανθρώπινης υγείας μέσω όλων των πολιτικών και των δραστηριοτήτων της.

Κατά τα τελευταία έτη έχουν αναπτυχθεί αρκετές συγκεκριμένες πρωτοβουλίες στο πλαίσιο διάφορων κοινοτικών πολιτικών:

- Η πολιτική υγείας της Κοινότητας καλύπτει την ψυχική υγεία από το 1997 μέσω συγκεκριμένων προγραμμάτων και πολιτικών πρωτοβουλιών. Το πρόγραμμα δημόσιας υγείας της Ε.Ε 2003 – 2008 παρέχει την νομική βάση για δράση. Επιπλέον, σχετικές προτεραιότητες επικεντρώθηκαν στην κατάχρηση φαρμάκων και τις βλάβες που προκαλεί το αλκοόλ.

- Οι πρωτοβουλίες στο πλαίσιο της κοινωνικής πολιτικής και πολιτικής απασχόλησης της Κοινότητας αφορούσαν την μη διακριτική μεταχείριση των ατόμων με κακή ψυχική υγεία, την κοινωνική ένταξη των ατόμων με διανοητικές μειονεξίες και την πρόληψη του άγχους στον εργασιακό χώρο, και περιλαμβάνουν:

1. Τη θέσπιση της οδηγίας 2000/78/EK που απαγορεύει μεταξύ άλλων τις διακρίσεις λόγω αναπηρίας στον κλάδο της απασχόλησης

2. Δράσεις στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού Έτους για τα άτομα με αναπηρίες 2003 και

3. Τη θέσπιση ευρωπαϊκής συμφωνίας – πλαισίου για το εργασιακό άγχος μεταξύ των κοινωνικών εταίρων το 2004.

- Τα προγράμματα – πλαίσια της Κοινότητας για την έρευνα έχουν αποτελέσει και εξακολουθούν να αποτελούν σημαντική πηγή χρηματοδότησης για την ευρωπαϊκή έρευνα σχετικά με την ψυχική υγεία.

- Η πολιτική για την κοινωνία της πληροφορίας και τα μέσα ενημέρωσης υποστήριξε την ανάπτυξη εργαλείων της τεχνολογίας πληροφοριών και επικοινωνιών για σκοπούς πρόληψης, διάγνωσης και περίθαλψης.

- Η περιφερειακή πολιτική υποστηρίζει τις επενδύσεις σε υποδομές στον τομέα της υγείας, οι οποίες ωφελούν την διαρθρωτική προσαρμογή των περιφερειών.

- Η εκπαιδευτική πολιτική επικεντρώνεται στην ψυχική υγεία στο πλαίσιο του έργου της και μέσω προγραμμάτων.

- Στο πλαίσιο της κοινοτικής πολιτικής για την ελευθερία, την δικαιοσύνη και την ασφάλεια, το πρόγραμμα DAPHNEII καταπολεμά την βία κατά των παιδιών, των νέων και των γυναικών, η οποία μπορεί να προκαλέσει προβλήματα ψυχικής υγείας.

Ωστόσο, ολοκληρωμένη στρατηγική για την ψυχική υγεία, που θα συνέδεε όλες αυτές τις δραστηριότητες, δεν υφίσταται σε κοινοτικό επίπεδο. Μια τέτοια στρατηγική θα ενίσχυε την συνεκτικότητα και την αποτελεσματικότητα των τωρινών και των μελλοντικών πρωτοβουλιών.

- Προαγωγή της ψυχικής υγείας του πληθυσμού

1. Ανάπτυξη της ψυχικής υγείας στα νήπια, τα παιδιά και τους εφήβους.

Καθώς η ψυχική υγεία καθορίζεται ιδιαίτερα κατά τα πρώτα έτη της ζωής, η προαγωγή της ψυχικής υγείας στα παιδιά και τους εφήβους αποτελεί μια επένδυση για το μέλλον. Η διδασκαλία γονικών δεξιοτήτων μπορεί να βελτιώσει την ανάπτυξη των παιδιών. Μια ολιστική σχολική προσέγγιση μπορεί να αυξήσει τις κοινωνικές δεξιότητες, να βελτιώσει την προσαρμοστικότητα, και να μειώσει τον εκφοβισμό, την κατάσταση έντασης και τα συμπτώματα κατάθλιψης.

2. Προαγωγή της ψυχικής υγείας στον εργαζόμενο πληθυσμό

Ενώ η καλή ψυχική υγεία αυξάνει την εργασιακή ικανότητα και παραγωγικότητα, οι κακές συνθήκες εργασίας, συμπεριλαμβανομένου του εκφοβισμού από τους συναδέλφους, προκαλούν κακή ψυχική υγεία, αναρρωτικές άδειες και αυξημένες δαπάνες. Μέχρι και 28% των υπαλλήλων στην Ευρώπη δηλώνουν ότι υποφέρουν από εργασιακό άγχος. Οι παρεμβάσεις για την βελτίωση της ατομικής ικανότητας και την μείωση των παραγόντων άγχους, στο εργασιακό περιβάλλον βελτιώνουν την γενική κατάσταση υγείας του πληθυσμού και προωθούν την οικονομική ανάπτυξη.

3. Προαγωγή της ψυχικής υγείας στους ηλικιωμένους

Ο γηράσκων πληθυσμός της ΕΕ, με τις σχετικές συνέπειες για την ψυχική υγεία, επιβάλλει αποτελεσματική δράση. Η Τρίτη ηλικία συνεπάγεται πολλούς παράγοντες άγχους που μπορούν να αυξήσουν την κακή ψυχική υγεία, όπως η μειωμένη λειτουργική ικανότητα και η κοινωνική απομόνωση. Η κατάθλιψη της τρίτης ηλικίας και οι νευροψυχιατρικές παθήσεις σε σχέση με την ηλικία, όπως η άνοια, αναμένεται αυξήσουν το φορτίο των διανοητικών διαταραχών. Οι παρεμβάσεις υποστήριξης διαπιστώνεται ότι βελτιώνουν την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων.

- Παραδείγματα επιτυχών ενεργειών μέσω σχεδίων σε επίπεδο Ε.Ε
- Προαγωγή της ψυχικής υγείας σε νήπια, παιδιά και εφήβους:

Νήπια και παιδιά: αντιμετώπιση της μεταγεννητικής κατάθλιψης στις μητέρες, βελτίωση των γονικών δεξιοτήτων, επισκέψεις νοσοκόμων στο σπίτι για την παροχή βοήθειας σε μελλοντικούς και νέους γονείς, παρεμβάσεις νοσοκόμων στο σχολείο.

Έφηβοι και νέοι: ευνοϊκό σχολικό περιβάλλον και ήθος, ενημερωτικά πακέτα για την ψυχική υγεία για τους σπουδαστές, τους γονείς και τους δασκάλους.

- Προαγωγή της ψυχικής υγείας στον εργαζόμενο πληθυσμό:

Συμμετοχική κουλτούρα στον εργασιακό χώρο και στην διαχείριση, ταυτοποίηση των περιπτώσεων κακής ψυχικής υγείας στο προσωπικό, διευθετήσεις εργασίας σύμφωνα με τις ανάγκες του προσωπικού.

- Προαγωγή της ψυχικής υγείας στους ηλικιωμένους

Δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης, ενθάρρυνση της σωματικής δραστηριότητας και της συμμετοχής σε δημοτικά και εθελοντικά προγράμματα.

2008: Ευρωπαϊκό Σύμφωνο: Για την ψυχική υγεία και ευεξία

Οι συμμετέχοντες στην ευρωπαϊκή διάσκεψη υψηλού επιπέδου «Μαζί για την ψυχική υγεία και ευεξία», που πραγματοποιήθηκε στις Βρυξέλλες, στις 13 Ιουνίου 2008, αναγνώρισαν τη σημασία και τη σχέση της ψυχικής υγείας και της ευεξίας με την Ευρωπαϊκή Ένωση, τα Κράτη Μέλη της, τα εμπλεκόμενα μέρη και τους πολίτες της:

Η ψυχική υγεία αποτελεί ανθρώπινο δικαίωμα. Δίνει τη δυνατότητα στους πολίτες να απολαμβάνουν την ευεξία, την ποιότητα της ζωής και της υγείας. Προάγει τη μάθηση, την απασχόληση και τη συμμετοχή στην κοινωνία.

- Το επίπεδο της ψυχικής υγείας και της ευεξίας του πληθυσμού αποτελεί τη βασική πηγή επιτυχίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης ως κοινωνία που βασίζεται στη γνώση και την οικονομία.

Είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την επίτευξη των στόχων της Λισσαβόνας, την ανάπτυξη και την απασχόληση, την κοινωνική συνοχή και την αειφόρο ανάπτυξη.

- Οι ψυχικές διαταραχές σημειώνουν αύξηση στην ΕΕ. Σήμερα, περίπου 50 εκατομμύρια πολίτες (σχεδόν το 11% του πληθυσμού) εκτιμάται ότι πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, ενώ γυναίκες και άνδρες αναπτύσσουν και εκδηλώνουν διαφορετικά συμπτώματα. Ήδη η κατάθλιψη αποτελεί το πιο διαδεδομένο ψυχικό νόσημα σε πολλά κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Η αυτοκτονία παραμένει μια από τις κυριότερες αιτίες θανάτου. Στην ΕΕ, σημειώνονται περίπου 58.000 αυτοκτονίες ετησίως εκ των οποίων τα ¾ διαπράττονται από άντρες. Οκτώ κράτη μέλη είναι μεταξύ των των δεκαπέντε χωρών με τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών των αντρών παγκοσμίως.
- Οι ψυχικές διαταραχές και η αυτοκτονία προκαλούν αβάσταχτο πόνο στα άτομα, τις οικογένειες τους και τις κοινότητες, ενώ οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν βασική αιτία αναπηρίας. Ασκούν πίεση στην υγεία και τα συστήματα υγείας, εκπαίδευσης, οικονομίας, αγοράς εργασίας και κοινωνικής ευημερίας σε ολόκληρη την ΕΕ.
- Συμπληρωματική δράση και μια συνδυασμένη προσπάθεια σε επίπεδο ΕΕ μπορούν να βοηθήσουν τα Κράτη Μέλη να αντιμετωπίσουν αυτές τις προκλήσεις προωθώντας την καλή ψυχική υγεία στον πληθυσμό, ενισχύοντας την προληπτική δράση και την αυτοβοήθεια, και παρέχοντας υποστήριξη σε ανθρώπους που βιώνουν προβλήματα ψυχικής υγείας και τις οικογένειες τους, επιπλέον των μέτρων που εκπονούν τα Κράτη Μέλη μέσω των κοινωνικών υπηρεσιών και των υπηρεσιών υγείας και ιατρικής περίθαλψης

- Πρόληψη της κατάθλιψης και των αυτοκτονιών

Η κατάθλιψη είναι μια από τις πιο κοινές και σοβαρές ψυχικές διαταραχές και ένας σημαντικός παράγων κινδύνου για συμπεριφορά με τάσεις αυτοκτονίας. Ένας πολίτης πεθαίνει κάθε εννέα λεπτά λόγω αυτοκτονίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Ο αριθμός των αποπειρών αυτοκτονίας εκτιμάται ότι είναι δέκα φορές υψηλότερος. Τα αναφερόμενα ποσοστά αυτοκτονίας στα Κράτη Μέλη διαφέρουν βάσει συντελεστή 12.

Οι πολιτικοί ιθύνοντες και οι εμπλεκόμενοι καλούνται να αναλάβουν δράση για την πρόληψη των αυτοκτονιών και της κατάθλιψης συμπεριλαμβάνοντας τα παρακάτω :

- Βελτίωση της εκπαίδευσης των επαγγελματιών του τομέα της υγείας και των βασικών πρωταγωνιστών εντός του κοινωνικού τομέα πάνω στην ψυχική υγεία.
- Περιορισμός της πρόσβασης σε πιθανά μέσα αυτοκτονίας.

- Ανάλυση μέτρων για αύξηση της ενημέρωσης περί ψυχικής υγείας στο ευρύ κοινό, στους υπεύθυνους του τομέα της υγείας και άλλων σχετικών τομέων.

- Ανάλυση μέτρων για μείωση των παραγόντων κινδύνου αυτοκτονίας όπως υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, χρήση ουσιών και κοινωνικός αποκλεισμός, κατάθλιψη και άγχος.

- Παροχή μηχανισμών υποστήριξης μετά από απόπειρες αυτοκτονίας και για όσους έχουν χτυπηθεί από αυτήν χάνοντας κάποιον δικό τους, όπως ψυχολογική υποστήριξη.

- Ψυχική υγεία στους νέους και παιδεία

Η θεμελίωση της δια βίου ψυχικής υγείας γίνεται σε νεαρή ηλικία. Έως και το 50% των ψυχικών διαταραχών ξεκινούν κατά την εφηβεία. Τα προβλήματα ψυχικής υγείας μπορούν να εντοπιστούν σε 10% ως και 20% των νεαρών ατόμων, με υψηλότερα ποσοστά μεταξύ των δυσπραγούσων ομάδων του πληθυσμού.

Οι πολιτικοί ιθύνοντες και οι εμπλεκόμενοι καλούνται να αναλάβουν δράση όσον αφορά την ψυχική υγεία των νέων και των παιδιών συμπεριλαμβάνοντας τα παρακάτω:

- Διασφάλιση σχημάτων για έγκαιρη παρέμβαση σε ολόκληρο το εκπαιδευτικό σύστημα
- Προγράμματα για την προώθηση των γονικών δεξιοτήτων
- Παροχή εκπαίδευσης των επαγγελματιών του τομέα υγείας, εκπαίδευσης, νεολαίας και άλλων σχετικών κλάδων με την ψυχική υγεία και ευεξία
- Προώθηση της ενσωμάτωσης της κοινωνικο-συναισθηματικής εκμάθησης σε σχολικές και εξωσχολικές δραστηριότητες και στην προσχολική και σχολική κουλτούρα
- Προγράμματα πρόληψης της κακοποίησης, του εκφοβισμού, της βίας κατά των νέων και της έκθεσής τους στον κοινωνικό αποκλεισμό
- Προώθηση της συμμετοχής των νεαρών ατόμων στην εκπαίδευση, τον πολιτισμό, τον αθλητισμό, την απασχόληση.

- Ψυχική υγεία στους χώρους εργασίας

Η απασχόληση είναι ευεργετική για την φυσική και ψυχική υγεία. Η ψυχική υγεία και η ευεξία του εργατικού δυναμικού είναι μια βασική πηγή παραγωγικότητας και καινοτομίας στην ΕΕ. Ο ρυθμός και η φύση της εργασίας αλλάζει, οδηγώντας σε μεγαλύτερη πίεση της ψυχικής υγείας και της ευημερίας. Χρειάζεται δράση για την αντιμετώπιση της σταθερής αύξησης της απουσίας από την εργασία και την αδυναμία, και πρέπει να χρησιμοποιηθεί κάθε δυνατότητα για την βελτίωση της παραγωγικότητας που σχετίζεται με το άγχος και τις ψυχικές διαταραχές. Ο χώρος εργασίας

παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην κοινωνική ένταξη των ανθρώπων με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Οι υπεύθυνοι πολιτικής, οι κοινωνικοί εταίροι και οι λοιποί ενδιαφερόμενοι καλούνται να αναλάβουν δράση για την ψυχική υγεία στον χώρο της εργασίας συμπεριλαμβάνοντας τα παρακάτω:

- ο Βελτίωση της οργάνωσης της εργασίας, της οργανωτικής κουλτούρας και των ηγετικών πρακτικών προκειμένου να προωθηθεί η ψυχική υγεία και η ευεξία στο χώρο εργασίας, συμπεριλαμβάνοντας την συμφιλίωση της επαγγελματικής και προσωπικής/οικογενειακής ζωής.

- ο Υλοποίηση προγραμμάτων ψυχικής υγείας και ευεξίας με αξιολόγηση του κινδύνου και προγράμματα πρόληψης για καταστάσεις που μπορεί να προκαλέσουν αντίθετα αποτελέσματα στην ψυχική υγεία των εργαζομένων (άγχος, βίαιη συμπεριφορά όπως βία και παρενόχληση στην εργασία, αλκοόλ, ναρκωτικά) και σχήματα έγκαιρης παρέμβασης στο χώρο εργασίας.

- ο Παροχή μέτρων για υποστήριξη των προσλήψεων, της διατήρησης ή της αποκατάστασης και επιστροφής στην εργασία ανθρώπων με προβλήματα ψυχικής υγείας ή διαταραχές.

- Ψυχική υγεία των ηλικιωμένων

Ο πληθυσμός της Ευρωπαϊκής Ένωσης γηράσκει. Η προχωρημένη ηλικία μπορεί να φέρει μαζί της κάποιους παράγοντες κινδύνου για την ψυχική υγεία και την ευεξία, όπως απώλεια της κοινωνικής υποστήριξης από την οικογένεια και τους φίλους και την εμφάνιση κάποιας φυσικής ή νευροεκφυλιστικής ασθένειας, όπως η νόσος Alzheimer και άλλες μορφές ανίας. Τα ποσοστά αυτοκτονίας είναι υψηλά μεταξύ των ηλικιωμένων. Η προώθηση της υγιούς και ενεργής γήρανσης είναι ένας από τους σημαντικούς πολιτικούς στόχους της ΕΕ.

Οι πολιτικοί ιθύνοντες και οι εμπλεκόμενοι καλούνται να αναλάβουν δράση για την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων συμπεριλαμβάνοντας τα παρακάτω:

- ο Προώθηση της ενεργούς συμμετοχής των ηλικιωμένων στην ζωή της κοινότητας, περιλαμβάνοντας την προώθηση της φυσικής τους δραστηριότητας και των εκπαιδευτικών ευκαιριών.

- ο Ανάπτυξη ευέλικτων σχημάτων συνταξιοδότησης που επιτρέπουν στους ηλικιωμένους να παραμένουν στην εργασία για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα είτε σε βάση πλήρους είτε μερικής απασχόλησης.

- ο Παροχή μέτρων για την προώθηση της ψυχικής υγείας και της ευεξίας μεταξύ των ηλικιωμένων που δέχονται φροντίδα (ιατρική ή/και κοινωνική) τόσο στην κοινωνία όσο και στα ιδρύματα.

ο Ανάλυση μέτρων για την υποστήριξη όσων φροντίζουν τους ηλικιωμένους.

- Καταπολέμηση του Στιγματισμού και του Κοινωνικού Αποκλεισμού

Ο στιγματισμός και ο κοινωνικός αποκλεισμός αποτελούν τόσο παράγοντες κινδύνου όσο και συνέπειες των ψυχικών διαταραχών, που μπορεί να δημιουργήσουν σοβαρότατα προσκόμματα στην αναζήτηση βοήθειας και ανάρρωσης.

Οι πολιτικοί ιθύνοντες και οι εμπλεκόμενοι καλούνται να αναλάβουν δράση για την καταπολέμηση του Στιγματισμού και του Κοινωνικού Αποκλεισμού συμπεριλαμβάνοντας τα παρακάτω :

- Υποστήριξη εκστρατειών κατά του στιγματισμού και δραστηριοτήτων όπως στα μέσα ενημέρωσης, τα σχολεία και το χώρο εργασίας για την προώθηση της ενσωμάτωσης των ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές.

- Ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας που είναι καλά ενταγμένες στην κοινωνία, θέτουν το άτομο στο επίκεντρο και λειτουργούν με τρόπο που αποφεύγει το στιγματισμό και τον αποκλεισμό.

- Προώθηση της ενεργής ένταξης στην κοινωνία των ανθρώπων με προβλήματα ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβάνοντας τη βελτίωση της πρόσβασης τους σε αξιοπρεπή εργασία, κατάρτιση και εκπαιδευτικές ευκαιρίες.

- Ανάμειξη ανθρώπων με προβλήματα ψυχικής υγείας, των οικογενειών τους και των θεραπόντων σε σχετικές πολιτικές διαδικασίες και διαδικασίες λήψης αποφάσεων

2009: Ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου της 19ης Φεβρουαρίου 2009 σχετικά με την ψυχική υγεία (2008/2209 (INI))

Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, όσον αφορά την Ψυχική Υγεία στους νέους και στην εκπαίδευση, λαμβάνει τα εξής μέτρα ή παίρνει τις ακόλουθες αποφάσεις:

- Καλεί τα κράτη μέλη να παράσχουν υποστήριξη στο σχολικό προσωπικό για την ανάπτυξη ενός υγιούς κλίματος, και την οικοδόμηση σχέσεων μεταξύ σχολείου, γονέων, φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινότητας για την ενίσχυση της κοινωνικής ενσωμάτωσης των νέων,

- Καλεί τα κράτη μέλη να οργανώσουν υποστηρικτικά προγράμματα για γονείς, ειδικά για τις μειονεκτούσες οικογένειες, και να προωθήσουν την δημιουργία θέσεων συμβούλων σε κάθε δευτεροβάθμιο εκπαιδευτικό ίδρυμα για την αντιμετώπιση των κοινωνικο - συναισθηματικών αναγκών των νέων ατόμων, με επίκεντρο προγράμματα πρόληψης όπως αυτά που αποσκοπούν στην τόνωση της αυτοπεποίθησης και της ικανότητας για την διαχείριση κρίσεων,

- Τονίζει την ανάγκη για σχεδιασμό συστημάτων υγείας που ανταποκρίνονται στο αίτημα για παροχή ειδικευμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους, λαμβάνοντας υπόψη την στροφή από την μακροχρόνια ιδρυματική περίθαλψη προς την υποστηριζόμενη διαβίωση στην κοινότητα,
- Τονίζει την ανάγκη έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας των προβλημάτων ψυχικής υγείας για ευπαθείς ομάδες, με ιδιαίτερη προσοχή στους ανήλικους,
- Προτείνει να συμπεριληφθεί η ψυχική υγεία στα προγράμματα σπουδών όλων των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας και να υπάρξει πρόνοια για συνεχή εκπαίδευση και κατάρτιση σε αυτόν τον τομέα,
- Καλεί τα κράτη – μέλη και την Ευρωπαϊκή Ένωση να συνεργαστούν στην ευαισθητοποίηση σχετικά με την επιδεινούμενη κατάσταση της ψυχικής υγείας των παιδιών με μετανάστες γονείς, και να θεσπίσουν σχολικά προγράμματα με σκοπό την παροχή βοήθειας στα νεαρά άτομα ώστε να κατορθώσουν να αντιμετωπίσουν τα ψυχολογικά προβλήματα που συνδέονται με την απουσία των γονέων τους.

Ψυχική υγεία στον εργασιακό χώρο

- Δηλώνει ότι ο εργασιακός χώρος διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην κοινωνική ενσωμάτωση των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας και ζητεί την υποστήριξη της πρόσληψης, της διατήρησης στην εργασία, της αποκατάστασης και της επανένταξης τους με έμφαση στην ένταξη των πιο ευάλωτων ομάδων, συμπεριλαμβανομένων των εθνοτικών μειονοτικών κοινοτήτων,
- Καλεί τα κράτη – μέλη να ενθαρρύνουν την μελέτη των συνθηκών εργασίας που ενδέχεται να αυξήσουν την συχνότητα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών, ιδίως μεταξύ των γυναικών,
- Καλεί τα κράτη – μέλη να προωθήσουν και να εφαρμόσουν ειδικά προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης για άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, λαμβάνοντας υπόψη τις ικανότητες και τις δυνατότητες τους, προκειμένου να διευκολύνεται η ένταξή τους στην αγορά εργασίας, καθώς και να αναπτύξουν προγράμματα επανένταξης στο χώρο εργασίας. Τονίζει επίσης την ανάγκη κατάλληλης εκπαίδευσης των εργοδοτών και των υπαλλήλων τους στην αντιμετώπιση των ειδικών αναγκών των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας,
- Καλεί τους εργοδότες να προωθήσουν ένα υγιές κλίμα εργασίας, δίνοντας προσοχή στην μείωση του εργασιακού άγχους, στις αιτίες που βρίσκονται πίσω από την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών στο χώρο εργασίας και στην αντιμετώπισή τους,
- Καλεί την επιτροπή να ζητήσει από τις επιχειρήσεις και τους δημόσιους φορείς να δημοσιεύουν ετησίως έκθεση σχετικά με την πολιτική και το έργο τους για την ψυχική υγεία των

υπαλλήλων τους, όπως υποβάλλουν έκθεση για την σωματική υγεία και την ασφάλεια στην εργασία,

- Ενθαρρύνει τους εργοδότες να υιοθετήσουν, στα πλαίσια των στρατηγικών τους για υγεία και ασφάλεια στην εργασία, προγράμματα που προωθούν την συναισθηματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων, να παρέχουν υποστηρικτικές λύσεις που να είναι εμπιστευτικές και που δεν στιγματίζουν και να εισαγάγουν αντιεκφοβιστικές πολιτικές. Καλεί την Επιτροπή να δημοσιεύει τα προγράμματα αυτά στο διαδίκτυο ώστε να διαδίδονται θετικά πρότυπα στο κοινό,

- Ζητεί από τα κράτη – μέλη να διασφαλίσουν ότι τα άτομα που δικαιούνται επιδόματα ασθένειας ή αναπηρίας λόγω προβλημάτων ψυχικής υγείας δεν στερούνται του δικαιώματος για πρόσβαση στην απασχόληση και ότι δεν θα χάσουν τα οφέλη που σχετίζονται με την αναπηρία/ασθένεια τους μόλις βρουν μια νέα θέση,

- Ζητεί την πλήρη και αποτελεσματική εφαρμογή από τα κράτη – μέλη της οδηγίας 2000/78/ΕΚ του Συμβουλίου, της 27ης Νοεμβρίου 2000, για τη διαμόρφωση γενικού πλαισίου για την ίση μεταχείριση στην απασχόληση και την εργασία.

Ψυχική υγεία στους ηλικιωμένους

- Καλεί τα κράτη – μέλη να υιοθετήσουν τα κατάλληλα μέσα για την βελτίωση και διατήρηση υψηλής ποιότητας ζωής για τα ηλικιωμένα άτομα, και να προωθήσουν την υγιή και ενεργό γήρανση μέσω της συμμετοχής στην κοινωνική ζωή, συμπεριλαμβανομένης της ανάπτυξης ευέλικτων συνταξιοδοτικών συστημάτων,

- Τονίζει την ανάγκη να προωθηθεί η έρευνα σχετικά με την πρόληψη και φροντίδα των νευροεκφυλιστικών διαταραχών και άλλων σχετικών με την ηλικία ψυχικών ασθενειών και, στην προοπτική μελλοντικής δράσης ή πρότασης της Επιτροπής, να γίνεται διάκριση ανάμεσα στην νόσο του Alzheimer ή στις συγγενείς νευροεκφυλιστικές διαταραχές και στις άλλες ψυχικές παθήσεις,

- Ενθαρρύνει την ανάπτυξη διασύνδεσης μεταξύ έρευνας και πολιτικής στον τομέα της ψυχικής υγείας και ευημερίας,

- Επισημαίνει την ανάγκη αξιολόγησης της συννοσηρότητας στα ηλικιωμένα άτομα και την ανάγκη κατάρτισης του προσωπικού υγείας για την αύξηση της γνώσης ως προς τις ανάγκες των ηλικιωμένων με προβλήματα ψυχικής υγείας,

- Ζητεί από την Επιτροπή και τα κράτη – μέλη, στο πλαίσιο της Ανοικτής Μεθόδου Συντονισμού για την κοινωνική προστασία και ένταξη, να λάβουν μέτρα για την υποστήριξη όσων παρέχουν φροντίδα και να αναπτύξουν κατευθυντήριες γραμμές για την περίθαλψη και

μακροχρόνια φροντίδα συμβάλλοντας στην πρόληψη της κακομεταχείρισης των ηλικιωμένων και στην δυνατότητά τους να ζήσουν με αξιοπρέπεια σε κατάλληλο περιβάλλον.

ΕΕ - Ψυχική Υγεία-Οικογένεια

Σύμφωνα με μελέτη των Γενικών Διευθύνσεων Υγείας και Καταναλωτών της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, παρουσιάζονται δράσεις που έχουν αναληφθεί σε ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο για την στήριξη των οικογενειών με μέλη που αντιμετωπίζουν ψυχικές παθήσεις.

Ευρωπαϊκό Σχέδιο έγκαιρης πρόληψης (European Early Promotion Project): Πολυδιάστατο χρηματοδοτούμενο από την ΕΕ Πρόγραμμα με στόχο την προώθηση της έγκαιρης ψυχο-κοινωνικής ανάπτυξης που υλοποιείται στην Κύπρο, την Ελλάδα, την Πορτογαλία, το Ηνωμένο Βασίλειο, τη Σερβία και την Σλοβενία. Το Πρόγραμμα παρείχε υπηρεσίες στήριξης σε οικογένειες με μικρά παιδιά μέσω ενός μοντέλου συνεργασίας μεταξύ γονέων και ειδικών και έδωσε την ευκαιρία προώθησης της διάδρασης γονέα-παιδιού σε όλες τις οικογένειες με την μεγαλύτερη ανάγκη. Κύριοι στόχοι ήταν οι εξής:

- 1) Προώθηση της σχέσης γονέα-παιδιού και η μετέπειτα παιδική ψυχική υγεία,
- 2) Αντιμέτωπιση συναισθηματικών προβλημάτων και προβλημάτων συμπεριφοράς,
- 3) Έγκαιρη πρόληψη, όπου κρίνεται απαραίτητη. Με τη χρήση των υπαρχόντων συστημάτων υγείας επιδιώχθηκε η μείωση του κόστους και η πιθανή διατήρηση της υπηρεσίας.

«Οι μητέρες ενημερώνουν τις μητέρες» (Mothers Inform Mothers):

Πρόγραμμα για τη φροντίδα και την ανάπτυξη των παιδιών στην Ολλανδία, που αποβλέπει στη στήριξη νέων γονέων μέσω της εκπαιδευτικής και κοινωνικής βοήθειας. Μητέρες με εμπειρία επισκέπτονται νέες μητέρες για περίοδο 18 μηνών υπό την επίβλεψη ειδικού.

Πρόγραμμα «Αποτελεσματική Οικογένεια» (Effective Family project):

Το πρόγραμμα στοχεύει στην ανάπτυξη των μεθόδων που παρέχουν στήριξη στις οικογένειες και στα παιδιά των οποίων οι γονείς αντιμετωπίζουν ψυχικά προβλήματα ή πάσχουν από κάποια σοβαρή ασθένεια....

- Ψυχική υγεία και Οικογένεια

Προϋπόθεση για την καλή ψυχική υγεία αποτελεί η ανατροφή σε ένα υγιές οικογενειακό περιβάλλον το οποίο παρέχει τόσο υλική όσο και ψυχολογική ασφάλεια στα μέλη του.

Τα μέλη της οικογένειας, κυρίως οι γυναίκες, και οι ανεπίσημοι φροντιστές συμβάλλουν καθοριστικά στην υποστήριξη ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Ως κύριες υπεύθυνες για την ανατροφή των παιδιών και την φροντίδα εξαρτημένων ατόμων, οι γυναίκες αναγκάζονται συχνά να διαλέγουν ανάμεσα στη δημιουργία οικογένειας ή στην συνέχιση των σπουδών και την επαγγελματική τους ανέλιξη. Σε πολλές περιπτώσεις, η ευθύνη της φροντίδας για την οικογένεια έχει ως αποτέλεσμα την ελάττωση του ενδιαφέροντος τους να συνεχίσουν την εκπαίδευση τους.

Κατά συνέπεια είναι απαραίτητη η διευκόλυνση του συνδυασμού της οικογενειακής ζωής με την περίοδο σπουδών ή κατάρτισης μέσω της καλύτερης προσαρμογής των συστημάτων εκπαίδευσης και της υιοθέτησης δημοσιονομικών και κοινωνικών μέτρων, όπως υπηρεσίες φροντίδας παιδιών, ευέλικτα ωράρια εργασίας κ.λ.π. ώστε οι γυναίκες να μπορούν να συνεχίζουν και να ολοκληρώνουν την εκπαίδευση τους.

Επίσης, τα κράτη μέλη πρέπει να επενδύουν σε προγράμματα δια βίου μάθησης ενηλίκων κυρίως γυναικών, ώστε να καλυφθούν τυχόν κενά τυπικής και άτυπης μάθησης που δημιουργήθηκαν από άνιση κατανομή οικογενειακών υποχρεώσεων από την απασχόληση τους με τη φροντίδα εξαρτημένων ατόμων.

Η ανάληψη οικογενειακών υποχρεώσεων τόσο κατά τη διάρκεια σπουδών όσο και κατά την επαγγελματική σταδιοδρομία δεν θα πρέπει να εξακολουθεί να αποτελεί εμπόδιο στην απόκτηση και την προσαρμογή γνώσεων και δεξιοτήτων. Αντιθέτως, θα πρέπει να δημιουργηθούν γέφυρες μεταξύ της τυπικής, της μη τυπικής και άτυπης μάθησης, ώστε οι δραστηριότητες παροχής φροντίδας στα πλαίσια της οικογενειακής ζωής, όπως η ενασχόληση με την ανατροφή των παιδιών και η φύλαξη και φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων, ατόμων με αναπηρία ή με ψυχικά προβλήματα, να αναγνωρίζονται και να αξιολογούνται ως άτυπα προσόντα, εντός των εθνικών πλαισίων προσόντων για την καλύτερη αξιοποίηση των δεξιοτήτων και ικανοτήτων που αποκτήθηκαν.

Κατ'αυτόν τον τρόπο, οι εν λόγω γυναίκες θα μπορούν να χρησιμοποιήσουν αυτές τις γνώσεις, σε περίπτωση που επιθυμούν να συνεχίσουν την εκπαίδευση τους και να επανέλθουν στην αγορά εργασίας. Ήδη σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες προβλέπονται μέτρα διευκολύνσεις των ατόμων που επιλέγουν να επικεντρωθούν στην φροντίδα εξαρτημένων ατόμων.

Στην Γαλλία, για παράδειγμα, προβλέπεται η λεγόμενη άδεια για οικογενειακή παρουσία (*congé de présence familiale*), η οποία δίνει την δυνατότητα σε ένα άτομο να απουσιάσει από την εργασία του, έως και ένα χρόνο, για να φροντίσει τους γονείς του, διατηρώντας ταυτόχρονα τη θέση του. Στόχος είναι η ενδυνάμωση των διαγενεακών σχέσεων. Πρόκειται για άδεια άνευ αποδοχών αλλά η περίοδος απουσίας θα συνυπολογιστεί στα συντάξιμα χρόνια.

Εντός αυτού του πλαισίου και ύστερα από διαβούλευση με τους κοινωνικούς εταίρους για τον συνδυασμό οικογενειακής και επαγγελματικής ζωής, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή δεσμεύτηκε να εξετάσει την δυνατότητα καθιέρωσης άδειας για την παροχή φροντίδας σε εξαρτημένα άτομα.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας: Διακήρυξη για την Ψυχική Υγεία στην Ευρώπη

Οι χώρες της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας αντιμετωπίζουν σοβαρότατες προκλήσεις στην προσπάθεια τους να εργασθούν προς την κατεύθυνση της προώθησης της ψυχικής ευημερίας των πληθυσμών τους, να προβαίνουν στην πρόληψη των προβλημάτων ψυχικής υγείας σε περιθωριοποιημένες και ευάλωτες ομάδες των πληθυσμών τους και να θεραπεύουν, φροντίζουν και να ενισχύουν την ολιστική ανάκαμψη των ανθρώπων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Η ψυχική υγεία αποτελεί μία ολοένα και επαυξανόμενη προτεραιότητα σε ολόκληρη την Περιφέρεια, οφειλόμενη στην συνειδητοποίηση τόσο του ανθρώπινου και οικονομικού κόστους στο κοινωνικό σύνολο και του πόνου των ανθρώπων. Το Ευρωπαϊκό Υπουργικό Συνέδριο για την Ψυχική Υγεία, που πραγματοποιήθηκε τον Ιανουάριο του 2015 στο Ελσίνκι υπό την αιγίδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας αναγνώρισε τα κύρια ζητήματα που θα πρέπει να αντιμετωπιστούν, καθώς και βιώσιμες λύσεις που μπορούν να εφαρμοσθούν σε όλες τις χώρες, ανεξαρτήτως του γενικού επιπέδου ανάπτυξης των συστημάτων ψυχικής υγείας.

Η Ψυχική Υγεία αποτελεί στις ημέρες μας μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που έχει να αντιμετωπίσει κάθε χώρα της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας, με τα προβλήματα ψυχικής υγείας να επηρεάζουν τουλάχιστον έναν στους τέσσερις ανθρώπους σε κάποιο στάδιο της πορείας ζωής τους. Ο επιπολασμός των διαταραχών ψυχικής υγείας βρίσκεται σε πολύ υψηλά επίπεδα στην Ευρώπη. Από τους 870 εκατομμύρια κατοίκους της Ευρώπης, οι 100 εκατομμύρια σε οποιοδήποτε χρονικό σημείο αναφοράς υπολογίζεται ότι πάσχουν από άγχος και κατάθλιψη – πάνω από 21 εκατομμύρια πάσχουν από διαταραχές που σχετίζονται με την χρήση αλκοόλ – πάνω από 7 εκατομμύρια πάσχουν από τη Νόσο του Αλτςχάιμερ και άλλες μορφές άνοιας – περίπου 4 εκατομμύρια κάτοικοι από σχιζοφρένεια – 4 εκατομμύρια από διπολική διαταραχή του συναισθήματος – και 4 εκατομμύρια από διαταραχή πανικού.

Οι Νευροψυχιατρικές διαταραχές αποτελούν την δεύτερη μεγαλύτερη αιτία επιβάρυνσης της δημόσιας υγείας στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια ακολουθώντας τις καρδιαγγειακές παθήσεις. *Ευθύνονται για το 19,5 % όλων των προσαρμοσμένων ετών ζωής με αναπηρία (DALYs).* Το DALY είναι ένα εναλλακτικό εργαλείο, το οποίο έκανε την εμφάνισή του στις αρχές του '90, ως ένα μέσο ποσοτικοποίησης του φορτίου της νόσου. Τα DALYs αθροίζουν τα χρόνια που χάνονται (YLL,

Years of Life Lost) εξαιτίας πρόωμης θνησιμότητας και τα χρόνια που ζει κανείς με αναπηρία ή νόσο (YLD, Years Lived in Disability/Disease).

Η κατάθλιψη αποτελεί την τρίτη μεγαλύτερη αιτία, ευθυνόμενη για το 6,2% των προσαρμοσμένων ετών ζωής με αναπηρία. Οι αυτό-τραυματισμοί αποτελούν την ενδέκατη μεγαλύτερη αιτία, αντιστοιχώντας σε 2,2% των DALYs.

Επιπρόσθετα, οι νευροψυχιατρικές διαταραχές ευθύνονται για ποσοστό μεγαλύτερο του 40% του συνολικού ποσοστού των χρόνιων παθήσεων και αποτελούν την κύρια αιτία αύξησης των ετών ζωής με αναπηρία. Η κατάθλιψη αποτελεί την κυριότερη αιτία, εκλαμβανόμενη ξεχωριστά. Οι πέντε από τους δεκαπέντε παράγοντες αύξησης των ετών ζωής με αναπηρία αποτελούν ψυχικές διαταραχές.

Σε πολλές χώρες, τα προβλήματα ψυχικής υγείας ευθύνονται για το 35-45% των απουσιών από την εργασία.

Ένα από τα τραγικότερα αποτελέσματα των προβλημάτων ψυχικής υγείας είναι η αυτοκτονία. Οι εννέα από τις δέκα χώρες στον κόσμο με τους υψηλότερους δείκτες αυτοκτονιών βρίσκονται στην Ευρώπη. Πρόσφατα δεδομένα καταδεικνύουν ότι περίπου 150.000 άνθρωποι, το 80% εκ των οποίων είναι άντρες, διαπράττουν αυτοκτονία κάθε χρόνο. Η αυτοκτονία είναι μία πρωταρχική και κεκαλυμμένη αιτία θανάτων στους νεαρούς ενήλικες, που υπολείπεται μόνο των τροχαίων ατυχημάτων στην ηλικιακή κατηγορία μεταξύ 15-35 ετών.

Στιγματισμός και διακρίσεις

Πολύ συχνά, το εκτεταμένο στίγμα που «συνοδεύει» τα προβλήματα ψυχικής υγείας θέτει σε κίνδυνο την ανάπτυξη και εφαρμογή πολιτικών για την ψυχική υγεία. Το στίγμα αποτελεί την κύρια αιτία διακρίσεων και αποκλεισμού: επηρεάζει αρνητικά την αυτοπεποίθηση των ανθρώπων, δημιουργεί «τριγμούς» στις οικογενειακές σχέσεις, περιορίζοντας παράλληλα την ικανότητα κοινωνικοποίησης και της πρόσβασης σε στέγη και απασχόληση. Τέλος, και πιο σημαντικό, συνεισφέρει δυστυχώς στην παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων σε ορισμένους θεσμούς.

Προώθηση της Ψυχικής Υγείας

Οι κυβερνήσεις αναγνωρίζουν πλέον την σημαντικότητα της ψυχικής ευεξίας για όλους τους πολίτες. Η ψυχική ευεξία είναι θεμελιώδης για την ποιότητα ζωής, καθιστώντας τους ανθρώπους ικανούς να βιώνουν τη ζωή τους με νόημα, δημιουργικότητα και δραστηριότητα. Η δημόσια ψυχική υγεία υποστηρίζει τους τρόπους ζωής που συνεισφέρουν στην ψυχική ευεξία. Η προώθηση

της ψυχικής υγείας θα πρέπει να στοχεύσει στο σύνολο του πληθυσμού (πληθυσμών), συμπεριλαμβάνοντας τους ανθρώπους με προβλήματα ψυχικής υγείας και τους φροντιστές τους.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ευελπιστεί ότι: «η ανάπτυξη και εφαρμογή αποτελεσματικών σχεδίων για την προώθηση της ψυχικής υγείας θα βελτιώσει την ψυχική ευημερία όλων».

Πρόληψη ζημιογόνου stress και αυτοκτονιών

Οι άνθρωποι σε πολλές χώρες του κόσμου εκτίθενται σε ζημιογόνο stress που οδηγεί στην αύξηση του άγχους και της κατάθλιψης, σε διαταραχές που σχετίζονται με την χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών, σε επιθετική και αυτοκτονική συμπεριφορά. Οι χώρες και οι κυβερνήσεις του κόσμου έχουν πλέον συνειδητοποιήσει τα πιθανά οφέλη δραστηριοτήτων που συνδέονται με την μείωση του ζημιογόνου stress καθώς και την σημαντικότητα της μείωσης των δεικτών αυτοκτονίας.

Οι κοινωνικές αιτίες των προβλημάτων ψυχικής υγείας είναι αμφίδρομες, που εκτείνονται από ατομικές περιπτώσεις/αιτιολογίες νόσου που επηρεάζουν όμως ακόμη και ολόκληρες κοινότητες ή ένα κοινωνικό σύνολο. Μπορούν να προκληθούν ή/και να ενισχυθούν σε πολλά διαφορετικά πλαίσια, συμπεριλαμβάνοντας την οικία/οικογενειακό περιβάλλον, το περιβάλλον του εκπαιδευτικού συστήματος, τον χώρο εργασίας και τους θεσμούς.

Υγεία

Σημαντική έμφαση δόθηκε καθόλη τη διάρκεια του Συνεδρίου που έλαβε χώρα στο Ελσίνκι, στην ανάγκη να τεθεί σε νέες βάσεις η πολιτική ψυχικής υγείας ώστε να προσδώσει μεγαλύτερη προτεραιότητα στην προώθηση της ψυχικής υγείας, και όπου υπάρχει η δυνατότητα, στην πρόληψη της ψυχικής υγείας. Όπως και η πολιτική δημόσιας υγείας, εν υγεία, η πολιτική ψυχικής υγείας «πάσχει» από την υπερβολική έμφαση που δίδεται στην νοσοκομειοκεντρική φροντίδα, που συνεχίζει να λαμβάνει το «μερίδιο του λέοντος» των πόρων και της «προσοχής» των διαμορφωτών πολιτικής. Βεβαίως, η θεραπευτική διαδικασία είναι θεμελιώδης, ενώ ακόμη και σήμερα εντοπίζονται «κενά» σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Επικράτεια. Παρόλα αυτά, η θεραπευτική διαδικασία δεν αποτελεί μία οριστική απάντηση στο ζήτημα της ψυχικής υγείας, καθώς συχνά τα οφέλη της είναι οριακά και κάθε θεραπεία ενέχει κινδύνους. Η θεραπεία μπορεί επίσης να οδηγήσει στην ιατροκοποίηση των κοινωνικών προβλημάτων.

Οι Συμμετέχοντες στο Συνέδριο, αν και δεν επεδίωξαν να ανακατευθύνουν τους πόρους από τον «σκληρό πυρήνα» των υπηρεσιών φροντίδας ψυχικής υγείας (ψυχιατρικά νοσοκομεία), εντούτοις

ως κεντρικό θέμα στο Συνέδριο και τη Διακήρυξη τέθηκε η χάραξη της πολιτικής προώθησης της ψυχικής υγείας βάσει τεκμηρίων.

Η διασφάλιση της επιτυχίας θα απαιτήσει, όμως, αποφασιστικότητα και πολιτική βούληση/δέσμευση. Πολλές χώρες μπορούν αν και είχαν να επιδείξουν την παραγωγή αξιόλογων πολιτικών προώθησης και πρόληψης της ψυχικής υγείας, εντούτοις με το πέρασμα των ετών απέτυχαν να τις εφαρμόσουν. Οι χώρες που διακήρυξαν τη δέσμευσή τους στη Διακήρυξη και το Σχέδιο Δράσης του Π.Ο.Υ, θα πρέπει να «συνοδεύσουν» την δέσμευσή τους αυτή με απτά πολιτικά αποτελέσματα.

Ενδυνάμωση

Οι Συμμετέχοντες στο Συνέδριο αντιμετώπισαν αρκετές φορές το αίτημα ενδυνάμωσης των χρηστών των υπηρεσιών καθώς και των οικογενειών και των φιλικών τους προσώπων. Εντούτοις, σύνθετα ζητήματα εμπλέκονται αν και μετατροπή της ρητορικής σε μία πραγματικότητα αποτελεί πάντα πρόκληση.

Η έννοια της ενδυνάμωσης (των χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας) αν και μεταδίδεται ευρέως, εντούτοις εμπλέκονται σε αυτήν παγιωμένα ζητήματα εξουσίας και επαγγελματικού status που δεν θα πρέπει να αγνοηθούν.

Φέρνοντας τους χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τις οικογένειές τους σε de facto κλειστές διαδικασίες λήψης αποφάσεων μπορεί να εκληφθεί ως απειλή για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και ως αποδυνάμωση των χρηστών και των οικογενειών τους. Η διαδικασία θα πρέπει να διέπεται από διαφάνεια και να είναι σχεδιασμένη ώστε να ωφελεί όλους τους εμπλεκόμενους. Οι χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι οι πλέον ειδικοί σχετικά με την πάθησή τους και την κατάσταση υγείας τους. Είναι απολύτως δίκαιο το βήμα της συνδιαμόρφωσης της πορείας της υγείας τους μαζί με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Σε επίπεδο στρατηγικής και διοίκησης, οι χρήστες και οι φροντιστές τους βοηθούν στην διαμόρφωση των πολιτικών και των υπηρεσιών (κατά το σχήμα της ενδυνάμωσης). Όμως, θα πρέπει να διανυθεί αρκετός δρόμος ακόμη προτού η ενδυνάμωση των χρηστών αποτελέσει συνηθισμένη πρακτική. {Επιτυχημένες πρωτοβουλίες αναφέρθηκαν καθόλη τη διάρκεια του Συνεδρίου}.

Καινοτομία και Αλληλεγγύη

Κανένα μοντέλο δεν είναι τέλειο από μόνο του, αν και ορισμένα είναι πιο ελκυστικά και αποτελεσματικά από άλλα. Οι διαφορετικές χώρες μπορούν να προσφέρουν διαφοροποιημένα

μοντέλα, και θα πρέπει να καλωσορίζουν την ποικιλομορφία ως πλεονέκτημα. Οι χώρες θα πρέπει να είναι «ανοιχτές» και να επενδύουν στην καινοτομία και την αλλαγή, ψάχνοντας νέους τρόπους αντιμετώπισης προσφιλών προβλημάτων. Οι χώρες, κατά τη Διάρκεια του Συνεδρίου, εξέφρασαν την επιθυμία να ανταλλάξουν πληροφορίες και μοντέλα καλών πρακτικών και να παράσχουν ενεργή υποστήριξη σε όσους υπολείπονται της απαιτούμενης εμπειρογνωμοσύνης.

Πλατφόρμα MiNDbank για την ψυχική υγεία, αναπηρία και τα ανθρώπινα δικαιώματα

Η MINDBANK, είναι μια νέα βάση δεδομένων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που εγκαινιάστηκε πρόσφατα, παρουσιάζοντας έναν πλούτο πληροφοριών σχετικά με την ψυχική υγεία, την κατάχρηση ουσιών, την αναπηρία, τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις διαφορετικές πολιτικές, στρατηγικές και νόμους που υλοποιούνται σε διάφορες χώρες ως πρότυπα των υπηρεσιών υγείας. Η νέα βάση αυτή δεδομένων θα περιέχει επίσης βασικά διεθνή έγγραφα και πληροφορίες.

Κάνοντας έναρξη την Παγκόσμια Ημέρα των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (10 Δεκεμβρίου), η πλατφόρμα αποτελεί μέρος της πρωτοβουλίας QualityRights του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, με στόχο τον τερματισμό των παραβιάσεων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων εις βάρος των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Τα άτομα με διανοητικές αναπηρίες εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν διακρίσεις, βία και κακοποίηση σε όλες τις χώρες» αναφέρει ο Δρ. Michelle Funk, του Τμήματος «Ψυχικής Υγείας και Κατάχρησης Ουσιών του Παγκόσμιου Οργανισμού». Η πλατφόρμα -που είναι εύκολη στη χρήση- ιδρύθηκε ως ένα εργαλείο για να διευκολύνει τη συζήτηση, το διάλογο, την υπεράσπιση και την έρευνα για την ψυχική υγεία, για τη βελτίωση της φροντίδας και την προώθηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων σε ολόκληρο τον κόσμο.»

Η φροντίδα που παρέχεται στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας μπορεί συχνά να είναι κακής ποιότητας, όπως επίσης και να εμποδίζει τη θεραπεία. Μπορεί ακόμα να είναι κοινή σε ορισμένες χώρες , με ανθρώπους που παραμένουν κλειδωμένοι σε μικρά δωμάτια -σχεδόν σαν κελιά φυλακών- χωρίς την ανθρώπινη επαφή ή ακόμα και δεμένοι στα κρεβάτια τους, χωρίς να μπορούν να κινηθούν.

Η MINDBANK θα βοηθήσει τους ιθύνοντες να αντιμετωπίσουν αυτά τα ζητήματα, υποστηρίζοντας τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες και τελικά βελτιώνοντας τις ζωές των ανθρώπων με προβλήματα ψυχικής υγείας, σύμφωνα με το Παγκόσμιο Σχέδιο δράσης για την Ψυχική Υγεία 2013-2020, που εγκρίθηκε από την Παγκόσμια Συνέλευση Ψυχικής Υγείας το Μάιο του 2013.

Η βάση δεδομένων, που ιδρύθηκε με την υποστήριξη από ένα ευρύ φάσμα εταιρών, επιτρέπει στους επισκέπτες να αξιοποιούν τις πληροφορίες για την υγεία από τα κράτη-μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και άλλων εταιρών. Οι χρήστες μπορούν να μελετήσουν τις πολιτικές, τους νόμους και τις στρατηγικές καθώς και να αναζητήσουν τις βέλτιστες και επιτυχείς πρακτικές στον τομέα της ψυχικής υγείας.

«Αν μια κυβέρνηση, για παράδειγμα, επιθυμεί να αναπτύξει μια νέα πολιτική για την ψυχική υγεία σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα για τα ανθρώπινα δικαιώματα μπορεί – στη νέα πλατφόρμα – να λάβει γρήγορα μια «γενική εικόνα» σχετικά με τις πολιτικές των άλλων χωρών και να επωφεληθεί από τις εμπειρίες τους και από μια σειρά από διεθνή εργαλεία καθοδήγησης», εξηγεί η Nathalie Drew, Τεχνική Διευθύνουσα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, στον τομέα ψυχικής υγείας και ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Μέχρι στιγμής, περισσότερες από 160 χώρες μοιράζονται ήδη βασικές πληροφορίες για την ψυχική υγεία μέσω της MINDBANK και ενημερώσεις θα παρέχονται σε τακτική βάση.

Η πρωτοβουλία QualityRights του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ξεκίνησε το 2012, ως μέρος της προσπάθειας να ενισχυθούν τα ανθρώπινα δικαιώματα και τα πρότυπα ποιότητας στον τομέα της ψυχικής υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Ο στόχος είναι να τερματισθούν οι παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές παθήσεις και να προωθηθούν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

3.2. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ.

Όσον αφορά την σύγκριση μεταξύ των ελληνικών και των ευρωπαϊκών πολιτικών, παρατηρούμε ότι δεν υπάρχουν ομοιότητες, παρά μόνο διαφορές μεταξύ τους.

Οι ελληνικές πολιτικές απ'όσο έχουμε παρατηρήσει, ασχολούνται ιδιαίτερα με την εκούσια και ακούσια εισαγωγή των ψυχικά ασθενών στα ιδρύματα.

Οι ευρωπαϊκές πολιτικές εμβαθύνουν πολύ περισσότερο στο θέμα της ψυχικής υγείας και όπως μπορεί να παρατηρηθεί, στα ευρωπαϊκά κείμενα γίνεται εκτενέστερη αναφορά πάνω σε αυτό το θέμα καθώς δίνεται έμφαση σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, οι οποίες είναι: ο εργαζόμενος πληθυσμός, τα παιδιά και οι έφηβοι, και οι ηλικιωμένοι. Είναι, απ'όσο μπορούμε να το αντιληφθούμε, οι ομάδες “κινδύνου”, όσον αφορά την εν λόγω ασθένεια., σε επίπεδο ευρωπαϊκό.

Μια πολύ σημαντική διαφορά, είναι ότι πολλές από τις ελληνικές πολιτικές που σχετίζονταν με την ψυχική υγεία, ή δεν εφαρμόστηκαν καθόλου ή εφαρμόστηκαν για ελαχιστο χρονικό διάστημα. Που σημαίνει ότι σε αρκετές χρονικές περιόδους, το ζήτημα της ψυχικής υγείας στον ελλαδικό

χώρο, αιωρούταν. Αντίθετα, στην Ευρωπαϊκή Ένωση υπήρχε μια σχετική κινητικότητα, ανάλογα με την κάθε πληθυσμιακή ομάδα. Μπορεί να παρατηρηθεί εξάλλου ότι από το 1999 έως το 2009 η Ευρωπαϊκή Ένωση καλώντας όλα τα κράτη μέλη παρείχε υποστήριξη, σωστή και έγκαιρη ενημέρωση του γενικού πληθυσμού απέναντι στα ψυχικά πάσχοντα άτομα, αλλά και βοήθεια για έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:
Η ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΙΣ
ΜΟΝΑΔΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η επιστήμη της Κοινωνικής Εργασίας

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί θα πραγματοποιηθεί μια αναφορά στην επιστήμη της Κοινωνικής Εργασίας. Αρχικά, θα παραθέσουμε τον ορισμό της Κοινωνικής Εργασίας, όπως διατυπώθηκε από την Διεθνή Ομοσπονδία Κοινωνικών Λειτουργών. Στην συνέχεια, θα γίνει μια αναφορά στο επάγγελμα της Κοινωνικής Εργασίας και τέλος, στον ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού γενικά και στον ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού στους τομείς της Ψυχικής Υγείας.

4.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Η Διεθνή Ομοσπονδία Κοινωνικών Λειτουργών όρισε το 2004 την Κοινωνική Εργασία ως: « το επάγγελμα που προωθεί την κοινωνική αλλαγή, την επίλυση προβλημάτων στις ανθρώπινες σχέσεις και την ενδυνάμωση (empowerment) και απελευθέρωση των ανθρώπων ώστε να ενισχύσουν την ευημερία τους. Χρησιμοποιώντας θεωρίες της ανθρώπινης συμπεριφοράς και των κοινωνικών συστημάτων, η κοινωνική εργασία παρεμβαίνει στα σημεία στα οποία οι άνθρωποι αλληλεπιδρούν με το περιβάλλον τους. Οι αρχές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της κοινωνικής δικαιοσύνης είναι θεμελιώδεις στην κοινωνική εργασία » (Διεθνή Ομοσπονδία Κοινωνικών Λειτουργών, 2004)

4.2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με την Καλλινικάκη (1998:20), « βασική μέριμνα της κοινωνικής εργασίας είναι αφενός η πρόληψη, δηλαδή η αποτροπή μιας κοινωνικής δυσλειτουργίας, και αφετέρου η αντιμετώπιση, δηλαδή η επίλυση των προβλημάτων που παρεμποδίζουν, περιορίζουν, αναστέλλουν ή και διαστρεβλώνουν την κοινωνική λειτουργικότητα ενός ατόμου, μιας οικογένειας, μιας ομάδας ή μιας κοινότητας. Θα μπορούσε να υποστηριχτεί ότι αποσκοπεί στην κοινωνική αλλαγή, την πρόληψη, την θεραπεία, την αποκατάσταση των κοινωνικών προβλημάτων, στο σχεδιασμό της κοινωνικής πολιτικής και στην διοίκηση των κοινωνικών υπηρεσιών που συνιστούν τις αναγκαίες συνθήκες όχι μόνο για την επιβίωση αλλά και για την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού. »

Επιπλέον, η Κοινωνική Εργασία στοχεύει στην ικανότητα του ατόμου να αναπτύξει όλες τις πλευρές της προσωπικότητάς του, να αξιοποιήσει στο έπακρο, όλα τα εφόδια που του παρέχονται, αλλά παράλληλα και να τα εμπλουτίσει. Να έχει την ικανότητα να προσαρμόζεται στις διαρκώς μεταβαλλόμενες συνθήκες. Να αξιοποιεί τις ευκαιρίες που του παρέχονται για εκπαίδευση,

ψυχαγωγία αλλά και για απασχόληση και τέλος, να μπορεί να καταβάλλει κάθε δυνατή προσπάθεια ώστε να επιλύει τις διαφορές, τις συγκρούσεις και τα κοινωνικά προβλήματα σε σχέση με τους άλλους. (Καλλινικάκη, 1998:19)

4.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι κοινωνικοί λειτουργοί, εντός του περιβάλλοντος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, επιτελούν μια σειρά ρόλων. Οι κλινικά ειδικευμένοι κοινωνικοί λειτουργοί παρέχουν υποστηρικτική ψυχοθεραπεία και μεθόδους τροποποίησης της συμπεριφοράς, ενώ άλλοι κοινωνικοί λειτουργοί βοηθάνε άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάχρησης ουσιών ή αλκοόλ παρέχοντας συμβουλευτική υποστήριξη. Θα πρέπει ωστόσο να αναφερθεί ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι πολύτιμα μέλη της διεπιστημονικής θεραπευτικής ομάδας και παρέχουν ή βοηθάνε στην παροχή ατομικής, ομαδικής και οικογενειακής θεραπείας, καθώς και πολύτιμων υπηρεσιών αποκατάστασης (Golightley, 2004).

Μέσα σε ένα περιβάλλον όπως οι ψυχιατρικοί τομείς των Γενικών Νοσοκομείων, οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι επίσης πολύτιμα και αναπόσπαστα μέλη του θεραπευτικού συνόλου. Οι ψυχιατρικοί τομείς των νοσοκομείων διαθέτουν τις δικές τους κοινωνικές υπηρεσίες, οι οποίες διαχωρίζονται μεν αλλά συνεργάζονται άμεσα δε με την κοινωνική υπηρεσία του Νοσοκομείου. Η κοινωνική υπηρεσία του ψυχιατρικού τομέα αποτελείται από έναν ή περισσότερους κοινωνικούς λειτουργούς, ανάλογα με τις ακριβείς ανάγκες της δομής. Παλαιότερα, οι ψυχιατρικοί κοινωνικοί λειτουργοί υπάγονταν στο διοικητικό προσωπικό του Νοσοκομείου στο οποίο ανήκε η ψυχιατρική κλινική. Πλέον η διάταξη αυτή έχει αλλάξει και οι ψυχιατρικοί κοινωνικοί λειτουργοί υπάγονται απευθείας στο ιατρικό προσωπικό και προσφέρουν τις υπηρεσίες τους αποκλειστικά στον ψυχιατρικό τομέα (Αλτάνης, 1991)

Τα τελευταία χρόνια, η εκπαίδευση και η εξάσκηση των κοινωνικών λειτουργών στην Ελλάδα έχει διευρυνθεί και περιλαμβάνει μια σειρά προσεγγίσεων επάνω στην ψυχική υγεία και την ευκαιρία εξειδικευμένης εμπειρίας και κατάρτισης στον τομέα αυτό. Έτσι, οι κοινωνικοί λειτουργοί πλέον γνωρίζουν πολλές από τις θεραπευτικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται στον ψυχιατρικό τομέα εκτός από τις σωματικές θεραπείες που παρέχουν οι θεράποντες ιατροί και το λοιπό προσωπικό. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού έχει διευρυνθεί και τώρα πια οι αρμοδιότητες και οι ικανότητες του καλύπτουν όλο το φάσμα των ψυχοκοινωνικών θεωρήσεων, με άμεση συνεργασία των ψυχιάτρων και των ψυχολόγων. Επιπλέον, ο κοινωνικός λειτουργός μέσα στις δομές ψυχικής

υγείας έχει επιπλέον αρμοδιότητες και ρόλους που συμπληρώνουν και αυξάνουν τις ικανότητες του θεραπευτικού συνόλου. Οι κοινωνικοί λειτουργοί αποτελούν συνδετικούς κρίκους των ψυχιατρικών κλινικών και των τοπικών δομών και υπηρεσιών, καθώς και των οικογενειών των εκάστοτε ασθενών (Αλτάνης,1991).

4.4. ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Πιο εξειδικευμένα, οι κοινωνικοί λειτουργοί ασχολούνται συχνά με τον τομέα της ψυχικής υγείας και η ίδια η κοινωνική εργασία και η κοινωνική πρόνοια είναι διεπιστημονικοί τομείς που περιλαμβάνουν θεωρίες από τα οικονομικά, την εκπαίδευση, την κοινωνιολογία, την ιατρική, την φιλοσοφία, τις πολιτικές επιστήμες και την ψυχολογία. Ήδη από την εποχή της ίδρυσης των πρώτων ασύλων οι κοινωνικοί λειτουργοί, έστω και εάν τότε επρόκειτο περισσότερο για άτομα που λειτουργούσαν στη βάση φιλανθρωπικών οργανώσεων και όχι για τους ειδικευμένους επιστήμονες του σήμερα, ασχολήθηκαν με την φροντίδα των ψυχικά ασθενών. Με την επίσημη εγκαθίδρυση του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού, ξεκίνησε και η ειδίκευση του επαγγέλματος στην ψυχική υγεία και επάνω στην φροντίδα των ψυχικά ασθενών, με την δημιουργία της πρώτης ειδικευμένης κατηγορίας κοινωνικών λειτουργών που ασχολούνται με τους ψυχικά ασθενείς, να λαμβάνει χώρα στο Γενικό Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης των Η.Π.Α. το 1906 (Gehlert,2006).

Η ψυχολογία και η ψυχιατρική έχουν επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την ανάπτυξη του επαγγέλματος των κοινωνικών λειτουργών, καθώς και τον προσανατολισμό του και την φύση της λειτουργίας του. Μελετώντας το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού, είναι αδύνατον να αγνοήσει κανείς την σχέση του με την ψυχιατρική και την ψυχολογία, ακόμα και στα πεδία κοινωνικής εργασίας που δεν συνδέονται με την ψυχική υγεία. Το πεδίο της κοινωνικής εργασίας λειτουργεί στην ουσία υπό μία θεμελιωδώς ψυχολογική ερμηνεία της ανθρώπινης συμπεριφοράς, η οποία βασίζεται στην ψυχολογική προσαρμογή του ατόμου (Aviram,1997).

Η κοινωνική εργασία στο πεδίο της ψυχικής υγείας είναι αποτέλεσμα διάφορων παραγόντων. Όπως ισχύει για κάθε άλλο επάγγελμα, έχει διαμορφωθεί από την διαθέσιμη γνώση σε κάθε στιγμή εξέλιξής του, τις αξίες του, τα πεδία ενδιαφέροντός του και τις επικρατούσες κοινωνικές και πολιτικές συνθήκες της εποχής. Αρχικά, στα πρώτα χρόνια του κλάδου, η ενασχόληση των κοινωνικών λειτουργών με την ψυχική υγεία εστιαζόταν στην φροντίδα των ψυχικά ασθενών που έπαιρναν εξιτήριο από τα ψυχιατρικά άσυλα. Αυτή η δραστηριότητα και ενασχόληση προέκυψε από τις υπάρχουσες αμφιβολίες σχετικά με την λειτουργία των ψυχιατρικών ιδρυμάτων καθώς και

με τις επικρατούσες ιδέες της ψυχιατρικής της εποχής, η οποία έδινε αποκλειστική προσοχή στην ψυχοβιολογική προσέγγιση και την αλληλεπίδραση του οργανισμού με το περιβάλλον. Η ψυχιατρική κοινωνική εργασία καθοδηγήθηκε επίσης από το επαγγελματικό ενδιαφέρον καθώς προωθήθηκε από τις απόψεις επιστημόνων που περίμεναν μεγάλα πράγματα από την συνεργασία μεταξύ κοινωνικής εργασίας και ψυχιατρικής (Gelbert,2006).

Η συμμαχία που προέκυψε μεταξύ κοινωνικής εργασίας και ψυχιατρικής ενδυναμώθηκε επιπλέον από την ανάπτυξη του κινήματος ψυχικής υγιεινής κατά το πρώτο τέταρτο του 20^{ου} αιώνα, καθώς και την επιρροή των ιδεών του Freud επάνω στην ψυχιατρική και τις υπόλοιπες ανθρωπιστικές επιστήμες. Οι κοινωνικοί λειτουργοί άρχισαν να προσλαμβάνονται από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία και άλλες κοινωνικές δομές για την φροντίδα των ψυχικά ασθενών για να αποτελέσουν τον συνδετικό κρίκο ανάμεσα στους ασθενείς, τις οικογένειες τους και την κοινότητα καθώς και για να διευκολύνουν την διαδικασία εξόδου των πρώην – ασθενών από τα άσυλα και την φροντίδα τους στην κοινότητα μετά την έξοδό τους (Stuart,1997).

Πιο συγκεκριμένα, η επιρροή των ψυχοδυναμικών θεωριών και η έμφαση που δόθηκε στους περιβαλλοντικούς παράγοντες στην πρόληψη και την θεραπεία των ψυχικών διαταραχών άρχισε να βγάζει την ψυχική υγεία από τα έως τότε στενά όρια της ψυχιατρικής . Αυτή η τάση οδήγησε σταδιακά στην ίδρυση Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής και Κλινικών Παιδικής Καθοδήγησης τα οποία μετέφεραν το πεδίο εφαρμογής της ψυχιατρικής κοινωνικής εργασίας πιο κοντά σε άμεση επαφή με την κοινότητα. Έτσι, ουσιαστικά τα όρια ανάμεσα στην ψυχιατρική κοινωνική εργασία και άλλους τομείς της κοινωνικής εργασίας έγιναν πιο ασαφή και δυσδιάκριτα. Η κοινωνική ψυχιατρική εξελίχθηκε ως τρόπος εφαρμογής της ψυχιατρικής επάνω στα προβλήματα του πληθυσμού εν γένει, και όχι μόνο μιας μικρής μερίδας «ψυχικά ασθενών», πράγμα που διεύρυνε τον ρόλο των ψυχιατρικών κοινωνικών λειτουργών ακόμη περισσότερο (Brieland,1995).

Συνεπώς, ο ψυχοθεραπευτικός προσανατολισμός της κοινωνικής εργασίας που άρχισε να δημιουργείται κατά την δεκαετία του 1920 διευρύνθηκε σημαντικά στο διάστημα μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο. Με την ίδρυση του εθνικού Ινστιτούτου ψυχικής υγείας στις ΗΠΑ τονίστηκε η σημασία της πρόληψης και της θεραπείας μέσα στην κοινότητα, εξελίξεις που προσέφεραν νέες ευκαιρίες στους κοινωνικούς λειτουργούς και επηρέασαν την εκπαίδευση επάνω στην κοινωνική εργασία. Το κίνημα της κοινωνικής ψυχιατρικής στις ΗΠΑ είχε σημαντικές επιπτώσεις επάνω τόσο στη θεωρία όσο και στην πράξη για την ψυχική υγεία καθώς και στην κοινωνική εργασία σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες, προωθώντας ακόμα παραπάνω την κοινωνική εργασία στην κοινότητα ως

επικρατούσα προσέγγιση, και βάζοντας τα θεμέλια για τη σημερινή θέση και λειτουργία του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού (Brieland,1995).

Σήμερα, με την επικρατούσα τάση εξανθρωπισμού του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, την κατάργηση των ασύλων και την μεταφορά των ασθενών σε «ανοιχτές» μονάδες όπου η θεραπεία επιτυγχάνεται μέσα στην κοινότητα και στόχος είναι πλέον η ομαλή ενσωμάτωση στην κοινότητα, ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών που ασχολούνται με την ψυχική υγεία είναι πιο καίριος από ποτέ. Αυτό ισχύει επίσης για τις ελληνικές συνθήκες της εφαρμοζόμενης ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, που περιγράφηκαν στο αμέσως προηγούμενο κεφάλαιο.

Η κοινωνική εργασία στον χώρο της ψυχικής υγείας εξακολουθεί να είναι ένας εξελισσόμενος κλάδος, ο οποίος άρχισε να συστηματοποιεί την λειτουργία του κατά τη δεκαετία του 1990. Με τη δημοσίευση άρθρων και τη διεξαγωγή διεθνών συνεδρίων, οι κοινωνικοί λειτουργοί που δραστηριοποιούνται στο χώρο της ψυχικής υγείας έχουν τηξεν ευκαιρία να εξετάσουν τις γνώσεις τους και να αποτιμήσουν τις εργασιακές πρακτικές τους, αξιολογώντας τις παρεμβάσεις, εξετάζοντας τις καινοτομίες και συζητώντας τα ζητήματα και τις τάσεις που επικρατούν στο χώρο τους (Aviram,1997).

Οι σημερινές δραστηριότητες των κοινωνικών λειτουργών στο πεδίο της ψυχικής υγείας αντιμετωπίζουν προκλήσεις αλλά και έχουν νέες ευκαιρίες, τις οποίες δημιουργούν οι μεγάλες αλλαγές στον τρόπο σκέψης για την ψυχική υγεία και στα συστήματα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η τάση προς την αποϊδρυματοποίηση, η διάδοση των ψυχιατρικών φαρμάκων και η επέκταση του κράτους πρόνοιας άλλαξαν, όπως αναφέρθηκε πολλάκις, τον τόπο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι συγκεκριμένες τάσεις μπορεί να ξεπέρασαν το πρόβλημα της ασυλοποίησης των ψυχικά ασθενών, αλλά η μεταφορά τους στην κοινότητα δημιούργησε νέα προβλήματα καθώς οι ψυχικά ασθενείς συχνά περιθωριοποιούνται, μένουν άστεγοι, ανάγονται σε εγκληματίες ή απλά αγνοούνται από το κοινωνικό σύνολο. Η οικονομική κρίση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες επιτείνει τα προβλήματα αυτά και κάνει την ανάγκη για κατάλληλες κοινοτικές υπηρεσίες προς ψυχικά ασθενείς πιο επιτακτική από ποτέ (Grob, 1995).

Ο στόχος μιας ανεπτυγμένης κοινωνίας με την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι τριπλός και περιλαμβάνει: 1. Την παροχή προστασίας, φροντίδας και θεραπείας σε άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ή βρίσκονται σε μειονεκτική θέση εξαιτίας των ψυχικών διαταραχών τους. 2. Τη προστασία της κοινωνίας από τα ψυχικά ασθενή άτομα που θεωρούνται πιθανώς επικίνδυνα προς αυτή. 3. Τη εξασφάλιση του σεβασμού των δικαιωμάτων και των ελευθεριών των ψυχικά ασθενών.

Το πρόβλημα είναι ότι οι 3 αυτοί στόχοι δεν είναι πάντοτε συμβατοί μεταξύ τους. Αυτό που πρέπει να επιτύχει το σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι η καλύτερη δυνατή ισορροπία ανάμεσά τους. Η κοινωνική εργασία, που διακρίνεται από μια διπλή δέσμευση τόσο στο άτομο όσο και στην κοινότητα, που διαθέτει μια σημαντική βάση ψυχοκοινωνικής γνώσης και που διαθέτει επίσης έναν ανεπτυγμένο κώδικα ηθικής και αξιών μπορεί να παίξει έναν σημαντικό ρόλο στον να βοηθήσει την κοινωνία να επιτύχει την κατάλληλη ισορροπία μεταξύ των στόχων του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας καθώς και να παρέχει ποιοτικές και ανθρώπινες υπηρεσίες προς τους ψυχικά ασθενείς (Aviram, 1997).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συνοψίζοντας, θα θέλαμε να αναφέρουμε κάποιες ομοιότητες αλλά και διαφορές που εντοπίσαμε στα προαναφερθέντα κείμενα πολιτικής. Μία ομοιότητα που διακρίναμε μεταξύ των κειμένων είναι ότι οι ομάδες κινδύνου με τις οποίες ασχολούνται είναι οι εξής: τα παιδιά, οι έφηβοι – οι νέοι, οι ηλικιωμένοι και ο εργαζόμενος πληθυσμός. Μία διαφορά μεταξύ τους είναι ότι στην Πράσινη Βίβλο αναφέρονται ήδη τα αποτελέσματα των δράσεων που έχουν αναλάβει οι πολιτικοί ιθύνοντες και οι εμπλεκόμενοι φορείς και τα οποία έχουν στεφθεί με επιτυχία. Στα υπόλοιπα κείμενα αναφέρονται οι δράσεις που καλούνται να αναλάβουν, ώστε να φέρουν το επιθυμητό αποτέλεσμα σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης .

Σύμφωνα με το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, θεωρείται αναγκαία η ενίσχυση της αξίας και της προβολής της ψυχικής υγείας και η προώθηση της καλής ψυχικής υγείας, ιδίως μεταξύ των παιδιών, των νέων, των ηλικιωμένων και στους χώρους εργασίας. Επιπλέον, θεωρείται σημαντική από το Συμβούλιο, η συντονισμένη συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας καθώς και με άλλους διεθνείς οργανισμούς για θέματα ψυχικής υγείας. Στην Πράσινη Βίβλο αναφέρεται πως πρώτη προτεραιότητα των επιτελών, των επαγγελματιών του τομέα υγείας και άλλων φορέων είναι η παροχή αποτελεσματικών αλλά και υψηλών ποιοτικά υπηρεσιών περίθαλψης και θεραπείας της ψυχικής υγείας, προσιτών στα άτομα με κακή ψυχική υγεία. Επομένως, σύμφωνα με την στρατηγική του ΠΟΥ στον όποιο δίνει αναφορά η ΕΕ και έχει δεσμευτεί να ακολουθεί τους κανονισμούς του απαιτείται ολοκληρωμένη προσέγγιση, η οποία να καλύπτει την παροχή θεραπείας και περίθαλψης των ασθενών, αλλά και την δράση για ολόκληρο τον πληθυσμό με σκοπό την προαγωγή της ψυχικής υγείας, την πρόληψη της κακής ψυχικής υγείας και την αντιμετώπιση των προκλήσεων που συνδέονται με τον στιγματισμό και τα ανθρώπινα δικαιώματα.

Τέλος, κάτι που προκαλεί ιδιαίτερη εντύπωση, είναι πως στα κείμενα τα οποία αναφέραμε, γίνεται μια εκτενής και σημαντική αναφορά, εκτός από την προαγωγή της ψυχικής υγείας στα διάφορα ηλικιακά στάδια, και στους χώρους εργασίας. Ο χώρος εργασίας, σύμφωνα με τα κείμενα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την φυσική και ψυχική υγεία. Οι καλές συνθήκες εργασίας έχουν ως αποτέλεσμα την αποδοτικότητα και την ενεργητικότητα εκ μέρους του εργατικού δυναμικού. Οι κακές συνθήκες εργασίας έχουν ως αποτέλεσμα συχνότερες αναρρωτικές άδειες και αυξημένες δαπάνες.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ιεροδιακόνου, Χ. (1988), *Οι νευρώσεις των παιδιών και των εφήβων*, στο Ι, Γ. (.): Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής, Καστανιώτη, Αθήνα.

Ινστιτούτο οικονομικών και βιομηχανικών ερευνών.

Καλλινικάκη, Θ. (1998). *Κοινωνική εργασία: Εισαγωγή στην θεωρία και την πρακτική της κοινωνικής εργασίας*. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Μαδιανός Μ.Γ, Ζάρναρη Ο, & συν. (1988). *Υγεία και Ελληνική Κοινωνία*. Έκδοση Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών. Αθήνα.

Μαδιανός Μ.Γ. (1989). *Κοινωνία και Ψυχική Υγεία Τόμος Α: Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*. Εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα.

Μαδιανός Μ.Γ. (1989). *Κοινωνία και Ψυχική Υγεία Τόμος Β: Εισαγωγή στην Κοινοτική Ψυχιατρική και Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή*. Εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα.

Μάνος Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. Εκδόσεις: University Studio Press. Θεσσαλονίκη.

Παρασκευόπουλος, (1988). *Κλινική ψυχολογία: Διάγνωση, πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών*. [Ιδιωτική Έκδοση](#).

Πλουμπίδης Δ., (1995). *Η ιστορία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα*. Εκδόσεις: Έξαντας.

Πλουμπίδης Δ., (2007). [Ημερολόγιο 2008, Η ιστορία της ψυχιατρικής και η ψυχιατρική στη νεότερη Ελλάδα](#). Ιατρικές εκδόσεις: Βήτα. Αθήνα.

[Ραγιά](#) Αφροδίτη Χρ., (2005). *Βασική νοσηλευτική: Θεωρητικές και δεοντολογικές αρχές*. Ιατρικές εκδόσεις.

Σικελιανού Δ., (2011). *Κλινική Ψυχοπαθολογία Ενηλίκων*. Εκδόσεις: Διόνικος. Αθήνα

Φυτράκης, (2011). [Δίκαιο & Δικαιώματα: Τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών](#). Επιστημονικές εκδόσεις.

Χαρτοκόλλης, Π. (1991), *Εισαγωγή στην ψυχιατρική*, 2η εκδ., Θεμέλιο, Αθήνα.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

- ΝΟΜΟΣ ΨΜΒ 22/3 – 19/5/1862 “ΠΕΡΙ ΣΥΣΤΑΣΕΩΣ ΦΡΕΝΟΚΟΜΕΙΩΝ”
- ΝΟΜΟΣ 6077/34 “ΠΕΡΙ ΟΡΓΑΝΩΣΕΩΣ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΩΝ”
- Ν.Δ. 104/73 ΠΕΡΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΘΑΛΨΕΩΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ
- Γ2Β/3036/1973 ΑΠΟΦΑΣΗ “ΠΕΡΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 4 ΤΟΥ ΥΠ’ΑΡΙΘΜΟΝ 104/73 ΠΕΡΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΘΑΛΨΕΩΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ”
- ΑΠΟΦΑΣΗ Α2Β/5345/20.11.1978 “ΠΕΡΙ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΣ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 2 ΤΗΣ ΥΠ’ ΑΡΙΘΜ. Γ2Β3036/73 ΑΠΟΦΑΣΕΩΣ ΠΕΡΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΘΑΛΨΕΩΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ”
- ΝΟΜΟΣ 1397/1983 “ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ”
- ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΥ 815/84, ΤΟ ΠΕΝΤΑΕΤΕΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΑΙ Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ
- Π.Δ. 83/90 “ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΟΥ ΥΠ’ΑΡΙΘΜ. 112/1989 Π.Δ. ΟΡΓΑΝΟΣΜΟΣ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ”
- Ν. 2071/92 “ΠΕΡΙ ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ”
- Ν. 2716/99 “ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ”

ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

- ΨΗΦΙΣΜΑ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΗΣ 18ης ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1999 ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (2000/C 86/01)
- ΠΡΑΣΙΝΟ ΒΙΒΛΙΟ (2005) “ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ

ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ. ΠΡΟΣ ΜΙΑ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ”

- ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΣΥΜΦΩΝΟ (2008): ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΕΥΕΞΙΑ
- ΨΗΦΙΣΜΑ ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΚΟΙΝΟΒΟΥΛΙΟΥ ΤΗΣ 19ης ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2009

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (2008/2209 (INI))

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aviram, U. (1997). Social work in mental health: trends and issues. London:Routledge.

Brieland, D. (1995). Social work practice: history and evolution. Washington, DC:
National Association of Social Workers Press

Gehlert, J. (2006). The conceptual underpinning of social work in health care. New
Jersey: Wiley.

Golightley, M. (2004). Social work and mental health. London: Learning Matters.

Grob, G.N. (1995). The paradox of deinstitutionalization. Society [special issue], 51- 59.

Kaplan I. Harold, Sadock, J. Benjamin (1994). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences Clinical Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins.