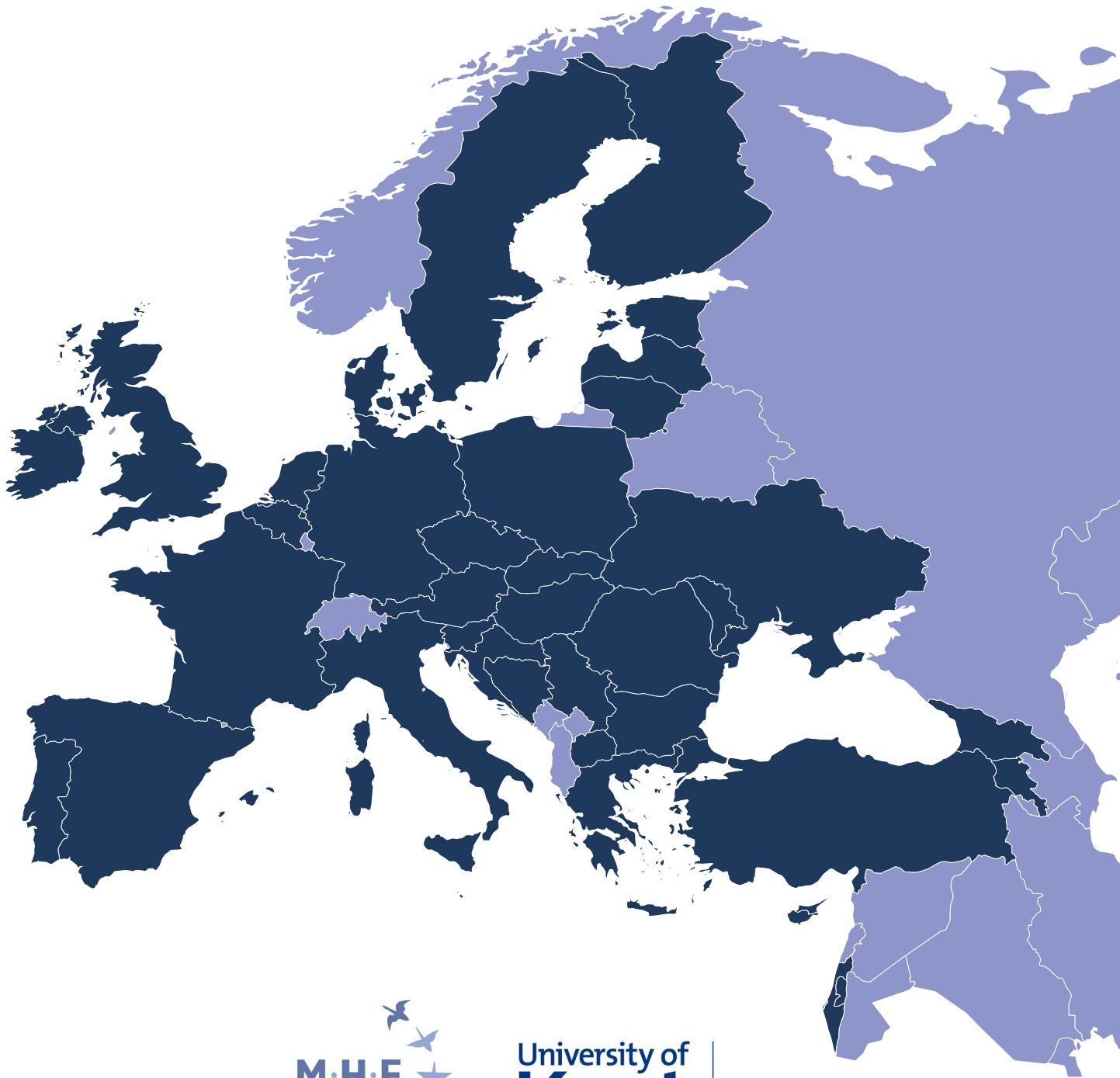

MAPPING & UNDERSTANDING EXCLUSION IN EUROPE



University of
Kent

Tizard
Centre

ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

Η παρούσα έκθεση με τίτλο: «Χαρτογράφηση και Κατανόηση του Αποκλεισμού στην Ευρώπη (Mapping and Understanding Exclusion in Europe): Ιδρυματικές, αναγκαστικές και παρεχόμενες στην κοινότητα υπηρεσίες και πρακτικές σε όλη την Ευρώπη» είναι μια νέα, διευρυμένη έκδοση της έκθεσης του 2012 για τη Χαρτογράφηση του Αποκλεισμού στην Ψυχική Υγεία που δημοσιεύτηκε από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Ψυχική Υγεία "Mental Health Europe". Η έκθεση συντάχθηκε από το Πανεπιστήμιο του Κεντ (Ηνωμένο Βασίλειο) και το Mental Health Europe με τη βοήθεια των μελών της και συνεργαζόμενων οργανώσεων, καθώς και με την υποστήριξη της Πρωτοβουλίας "Ανοιχτή Κοινωνία στην Ψυχική Υγεία" και το πρόγραμμα της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την Ισότητα των Δικαιωμάτων και την Ιδιότητα του Ενεργού Πολίτη. Η έκθεση έχει ως στόχο να αποτυπώσει επικαιροποιημένες και πιο ολοκληρωμένες πληροφορίες σχετικά με νόμους των ευρωπαϊκών χωρών για την ψυχική υγεία, τη χρήση της ακούσιας ή αναγκαστικής νοσηλείας και θεραπείας, την πρακτική της απομόνωσης και του προστατευτικού κλινοστατισμού/καθίλωσης, καθώς και αναδυόμενα ζητήματα στον τομέα της ψυχικής υγείας στην Ευρώπη. Στο πλαίσιο της χαρτογράφησης των συστημάτων ψυχικής υγείας σε όλη την Ευρώπη, η έκθεση ρίχνει, επίσης, φως στον τομέα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ατόμων που χρησιμοποιούν υπηρεσίες ψυχικής υγείας και αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικές αναπηρίες. Σήμερα, η προσοχή μας εστιάζει ιδιαίτερα σε ιστορίες ανθρώπων που έχουν βιώσει την ιδρυματοποίηση και τις κατασταλτικές πρακτικές στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, με την ελπίδα ότι οι ιστορίες αυτές θα συμβάλουν σε μια πιο βαθιά κατανόηση του αποκλεισμού που αντιμετωπίζουν τα άτομα αυτά μέσα στο κοινωνικό σύνολο.

Η έκθεση δείχνει ότι ενώ η κατάσταση που περιγραφόταν το 2012 έχει αλλάξει κάπως, υπάρχει ακόμα ένας σημαντικός αριθμός ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας που ζουν σε ιδρύματα σε όλη την Ευρώπη και έχουν ανάγκη από υπηρεσίες που παρέχονται στην κοινότητα. Αν και έχουν πραγματοποιηθεί μεταρρυθμίσεις, υπάρχουν ακόμα σημαντικά εμπόδια, όπως η κακή συνεργασία μεταξύ των υγειονομικών αρχών και κοινωνικών υπηρεσιών, η έλλειψη παρεχόμενων υπηρεσιών στην κοινότητα με σεβασμό στα ανθρώπινα δικαιώματα, η δια-ιδρυματοποίηση και η λιτότητα. Επιπλέον, τα τελευταία χρόνια, η αποιδρυματοποίηση περιγράφεται ως ένα θέμα που αφορά κυρίως την Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη. Ωστόσο, υπάρχουν ιδρύματα και σε πολλές δυτικές χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Γαλλίας, του Βελγίου, της Ιρλανδίας, της Ολλανδίας, της Πορτογαλίας και της Γερμανίας, όπου εξακολουθούν να ζουν δεκάδες χιλιάδες άνθρωποι με προβλήματα ψυχικής υγείας, μια κατάσταση στην οποία δεν έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος. Στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη, η εφαρμογή των προγραμμάτων αποιδρυματοποίησης που χρηματοδοτεί η ΕΕ ήταν αργή και υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία σχετικά με τα πραγματικά αποτελέσματα αυτών των προγραμμάτων που αφορούσαν σε άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Οι προσωπικές μαρτυρίες που είχαν την καλοσύνη να μοιραστούν τα άτομα που έζησαν την εμπειρία των αναγκαστικών μέτρων και που συλλέχθηκαν για τις ανάγκες αυτής της έκθεσης δείχνουν ότι η ακούσια νοσηλεία και θεραπεία μπορεί να έχει μακροχρόνιες και καταστροφικές επιπτώσεις στις ζωές των ανθρώπων. Η έλλειψη πληροφόρησης πριν και κατά τη διάρκεια της εισαγωγής, οι κακές φυσικές συνθήκες, η αναγκαστική φαρμακευτική αγωγή με σοβαρές παρενέργειες, η απουσία νομικής συνδρομής, η σωματική και συναισθηματική βλάβη, η κοινωνική και σωματική απομόνωση και στιγματισμός, όλα τονίζονται στις προσωπικές μαρτυρίες πρώην χρηστών υπηρεσιών και «επιζώντων» της ψυχιατρικής (Ο όρος *survivors of psychiatry* αναφέρεται σε μια κίνηση συλλογικότητας χρηστών στην Ευρώπη και βάζει την διάσταση της «κακοποίησης» που σε κάποιες περιπτώσεις έχουν βιώσει από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας).

Στην προηγούμενη έκθεση «Χαρτογράφηση του Αποκλεισμού» του 2012, αρκετές χώρες σχεδίαζαν ή εφαρμόζαν προοδευτικές – και πολλά υποσχόμενες – μεταρρυθμίσεις σχετικά με τη δικαιοπρακτική ικανότητα. Ωστόσο, από τότε μέχρι σήμερα που δημοσιεύεται η νέα έκθεση διαπιστώθηκε ότι μερικές μόνο χώρες έχουν πράγματι αλλάξει τους σχετικούς νόμους και η πρακτική εφαρμογή της υποστηριζόμενης λήψης αποφάσεων παραμένει το ζητούμενο σχεδόν παντού. Συνολικά, τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν στην έκθεση αυτή αποδεικνύουν ότι τα ζητήματα ανθρωπίνων δικαιωμάτων που αντιμετωπίζουν άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικές αναπηρίες, τόσο εντός όσο και εκτός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, θα πρέπει να συνεχίσουν να αποτελούν σημαντικό αντικείμενο προβληματισμού.

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

Με βάση την έκθεση, γίνονται οι ακόλουθες συστάσεις:

1. Τα κράτη που δεν το έχουν κάνει ακόμη, συνιστάται να υιοθετήσουν ολιστικές στρατηγικές αποϊδρυματοποίησης σε συνεργασία με τις οργανώσεις που αντιπροσωπεύουν τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικές αναπηρίες και άλλους σχετικούς φορείς. Προτείνεται οι στρατηγικές αυτές να αναπτύσσονται με σεβασμό προς τα ανθρώπινα δικαιώματα, και εμπλέκοντας όλα τα σχετικά υπουργεία και τομείς, συμπεριλαμβανομένης της υγείας, της κοινωνικής φροντίδας και της απασχόλησης. Επιπλέον, συνιστάται να έχουν εξασφαλιστεί επαρκείς επενδύσεις για την εφαρμογή των στρατηγικών αυτών ώστε να είναι βιώσιμη η στήριξη και οι υπηρεσίες που παρέχονται στην κοινότητα προσανατολισμένες στην ανάρρωση και συμβατές με τα ανθρώπινα δικαιώματα.

2. Προκειμένου να οι κατασταλτικές και εξαναγκαστικές πρακτικές στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, τα ευρωπαϊκά κράτη θα πρέπει:

- Να υιοθετήσουν πολιτικές που στοχεύουν να μειώσουν άμεσα τις κατασταλτικές και εξαναγκαστικές πρακτικές στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και τελικά να εξαλείψουν παντελώς τέτοιες πρακτικές, με σεβασμό στα ανθρώπινα δικαιώματα. Οι πολιτικές και οι πρακτικές θα πρέπει, επίσης, να εστιάζουν στο: να πληροφορούν τα άτομα και τις οικογένειές τους σχετικά τα δικαιώματά τους και την υγεία τους, να βελτιώνουν την επικοινωνία μεταξύ της κοινότητας και των θεραπευτικών ομάδων στα νοσοκομεία, να βάλουν ως στόχο την πλήρη εξάλειψη των κατασταλτικών πρακτικών και την χρήση των τεχνικών αποκλιμάκωσης και άλλες τεχνικές, να δημιουργήσουν κινητές εξωνοσοκομειακές μονάδες και να παρέχουν εκπαίδευση για τα ανθρώπινα δικαιώματα στους χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στο προσωπικό, εστιάζοντας ιδιαίτερα στη Σύμβαση του ΟΗΕ για τα Δικαιώματα Ατόμων με Αναπηρίες (UN CRPD) και τη / συναίνεση του ενημερωμένου ασθενή.

- Να υποστηρίξουν την ενδυνάμωση των (πρώην) χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, των ατόμων με ψυχοκοινωνικές αναπηρίες και τις οργανώσεις που τους εκπροσωπούν και να διασφαλίσουν ότι γνωρίζουν τα δικαιώματά τους και μπορούν να συμμετάσχουν σε όλες τις αποφάσεις που αφορούν τη ζωή τους, σύμφωνα με Άρθρο 4.3 της CRPD του ΟΗΕ.

- Να κινηθούν προς συστήματα υποστηριζόμενης λήψης αντί για υποκατάσταση στην λήψη αποφάσεων, σύμφωνα με το άρθρο 12 της CRPD του ΟΗΕ, στην οποία θα περιλαμβάνεται η τροποποίηση της νομοθεσίας για τη δικαιοπρακτική ικανότητα και την ψυχική υγεία, καθώς και τη δημιουργία υπηρεσιών υποστήριξης, αλλά και ανάπτυξης περισσότερο ελπιδοφόρων πρακτικών.

- Να καταγράφονται και να αναφέρονται ορθώς όλα τα περιστατικά χρήσης ακούσιας νοσηλείας και θεραπείας, προστατευτικού κλινοστατισμού και απομόνωσης, καθώς και οι λόγοι χρήσης τους και τα δεδομένα αυτά να δημοσιοποιούνται.

3. Σύμφωνα με το άρθρο 31 της Σύμβασης για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία (CRPD) του ΟΗΕ, τα κράτη πρέπει να καταγράφουν τις εισαγωγές σε ιδρύματα και

να δημοσιοποιούν τα στατιστικά στοιχεία. Τα στατιστικά αυτά θα πρέπει να είναι λεπτομερειακά, ώστε να περιέχουν δεδομένα σχετικά με τον αριθμό των εισαγωγών, τον τύπο του ιδρύματος, τη διάρκεια, τους λόγους της εισαγωγής, καθώς και δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία και το φύλο.

4. Σύμφωνα με το άρθρο 8 της Σύμβασης για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία (CRPD) του ΟΗΕ, τα Κράτη πρέπει να επενδύουν σε προγράμματα κατά του στιγματισμού, που βασίζονται σε πραγματικά στοιχεία. Οι εκστρατείες σχετικά με την Συναγωγή και την ευαισθητοποίηση τόσο σε εθνικό όσο και σε τοπικό επίπεδο πρέπει πάντα να αποτελούν αναπόσπαστο μέρος των μεταρρυθμίσεων στην ψυχική υγεία, των στρατηγικών αποϊδρυματοποίησης και της εφαρμογής τους.

5. Τα κράτη θα πρέπει να θεσπίσουν προγράμματα «ατομικού προϋπολογισμού» (personal budget) για την ενίσχυση της αποϊδρυματοποίησης και της ανεξάρτητης διαβίωσης στην κοινότητα. Τα κράτη-μέλη που έχουν ήδη τέτοια προγράμματα πρέπει να εξασφαλίζουν ότι αυτά είναι ισότιμα διαθέσιμα σε άτομα με ψυχοκοινωνικές αναπηρίες, όπως ακριβώς και σε άτομα με άλλες αναπηρίες.

6. Τα κράτη-μέλη πρέπει να παρακολουθούν καλύτερα τα προγράμματα αποϊδρυματοποίησης και να συγκεντρώνουν δεδομένα για να διασφαλίσουν ότι τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας ωφελούνται από τις μεταρρυθμίσεις και ότι οι εναλλακτικές λύσεις που δημιουργούνται μέσω αυτών των προγραμμάτων στην πραγματικότητα υποστηρίζουν την ανεξάρτητη διαβίωση στην κοινότητα, σύμφωνα με το άρθρο 19 της CRPD του ΟΗΕ.

7. Η Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) θα πρέπει να εξασφαλίζει τη συνέχιση της ζωτικής σημασίας υποστήριξης για τη μετάβαση από την παροχή ιδρυματικών στην παροχή κοινοτικών υπηρεσιών στο πολυετές δημοσιονομικό πλαίσιο μετά το 2020. Ταυτόχρονα θα πρέπει να εξασφαλίζει την ενίσχυση, την επέκταση και την αποτελεσματική τήρηση των προϋποθέσεων των κανονισμών που διέπουν τη χρήση των πόρων και ότι οι διαδικασίες χρηματοδότησης απλουστεύονται και υπόκεινται σε μεταρρυθμίσεις, για να διασφαλίσει ότι όλοι οι πόροι χρησιμοποιούνται για να προσφέρουν τον μέγιστο θετικό αντίκτυπο και με τρόπο που συμμορφώνεται με τα πρότυπα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

8. Οι προσπάθειες σε επίπεδο ΕΕ θα πρέπει να συμπληρωθούν με την ανταλλαγή πληροφοριών και εμπειριών μεταξύ των χωρών στον τομέα της ψυχικής υγείας και να συμπεριλαμβάνουν παρακολούθηση της Κοινής Δράσης για την Ψυχική Υγεία και Ευεξία και της Πυξίδας της Ε.Ε. για την Ψυχική Υγεία και Ευεξία.

9. Η Ε.Ε. θα πρέπει να χρηματοδοτήσει την έρευνα για την ανεύρεση λύσεων εναλλακτικών των κατασταλτικών και εξαναγκαστικών πρακτικών που εφαρμόζονται στο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με στόχο την ενίσχυση της υποστηριζόμενης λήψης αποφάσεων και την ενδυνάμωση των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των ατόμων με ψυχοκοινωνικές αναπηρίες.



ΕΛΛΑΔΑ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΧΩΡΑΣ

- Πληθυσμός: 10.757.000 (Eurostat, 2017)
- Υπογραφή της Σύμβασης του ΟΗΕ για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία (CRPD): Ναι, Επικύρωση CRPD: Ναι

ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

Στην Ελλάδα, η εν εξελίξει ψυχιατρική μεταρρύθμιση έχει επιφέρει σημαντικές αλλαγές: τα παραδοσιακά ψυχιατρικά νοσοκομεία αντικαταστάθηκαν σε πολλές περιοχές από κλίνες οξέων ψυχιατρικών περιστατικών στα γενικά νοσοκομεία ενώ υπήρξαν πολλές εξελίξεις στην κοινοτική φροντίδα ψυχικής υγείας. Ωστόσο, δεν υπάρχουν αρκετές κοινοτικές υπηρεσίες σε πολλές περιοχές της χώρας.

Ο αριθμός των ακούσιων εισαγωγών είναι εξαιρετικά υψηλός σε σύγκριση με τις τάσεις που καταγράφονται σε ευρωπαϊκό και παγκόσμιο επίπεδο. Ο αριθμός των ατόμων υπό δικαστική συμπαράσταση δείχνει επίσης μια ελαφρά αυξητική τάση και η συντριπτική πλειοψηφία των δικαστικών αποφάσεων αποφαίνονται υπέρ της πλήρους στερητικής δικαστικής συμπαράστασης. Η αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες ψυχικής υγείας συνοδεύεται από μια πτώση σε δημοσιονομικές δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης και από λιγοστούς ανθρώπινους πόρους, λόγω των μέτρων λιτότητας που εφαρμόζονται από τις διαδοχικές κυβερνήσεις.

ΑΝΑΛΥΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ιδρύματα και ψυχιατρικά νοσοκομεία

Ως αποτέλεσμα της ελληνικής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, πέντε από τα εννέα πρώην ψυχιατρικά νοσοκομεία (άσυλα) έχουν κλείσει και τώρα όλες οι διοικητικές περιφέρειες (με εξαίρεση την Κεντρική Ελλάδα) παρέχουν κλίνες για ασθενείς με ψυχιατρικά προβλήματα μόνο στα γενικά νοσοκομεία. Το κλείσιμο των ψυχιατρείων που απομένουν και η μετάθεση των υπηρεσιών στα γενικά νοσοκομεία και στις υπηρεσίες της κοινότητας συνεχίζεται ακόμη. Επίσημως, δεν υπάρχουν κλίνες για μακροχρόνια νοσηλεία σε γενικά νοσοκομεία. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις, οι ασθενείς παραμένουν σε κλίνες οξέων για μεγαλύτερες χρονικές περιόδους λόγω έλλειψης εναλλακτικών λύσεων.

Είδος ιδρύματος	Συνολικός αριθμός μονάδων	Συνολικός αριθμός κλινών / θέσεων	Συνολικός αριθμός των ασθενών/ χρηστών (ανά έτος)	Διάρκεια νοσηλείας	Κατανομή ανά τομέα	Ομάδα πελατών
Κλίνες μακροχρόνιας νοσηλείας σε γενικά νοσοκομεία	0	δ.υ.				
Κλίνες μακροχρόνιας νοσηλείας σε ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία	3	δ.υ.	144 (μέχρι τον Ιούνιο 2015)		δημόσια	Νεαροί ενήλικες (18-22), ενήλικες, άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, άτομα με αναπτυξιακές διαταραχές, άτομα με διαταραχές λόγω χρήσης ουσιών



2 Country reports

Ιδρύματα φροντίδας/νοσηλείας	0					
Ψυχιατρικές μονάδες	36				Ιδιωτικά	

Πηγή δεδομένων: Τελική Έκθεση Αξιολόγησης της εφαρμογής των Ψυχιατρικών Μεταρρυθμίσεων για την περίοδο 2011-2015. Υπουργείο Υγείας.

Οι κλίνες οξέων είναι ο επικρατέστερος τύπος ενδονοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα. Ωστόσο, μετά το κλείσιμο ψυχιατρικών νοσοκομείων μακροχρόνιας νοσηλείας, η ανάπτυξη κλινών οξέων ψυχιατρικών περιστατικών στα γενικά νοσοκομεία ήταν μόνο εν μέρει επιτυχής, λόγω της ανεπαρκούς υποδομής, των καθυστερήσεων στην ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας υγείας και των καθυστερήσεων στην ανάπτυξη κλινών οξέων ψυχιατρικών περιστατικών στα γενικά νοσοκομεία. Επί του παρόντος, τα ψυχιατρικά νοσοκομεία εξακολουθούν να αντιπροσωπεύουν το 60% των νοσηλείων για οξέα ψυχιατρικά περιστατικά.

Είδος ιδρύματος	Συνολικός αριθμός μονάδων	Συνολικός αριθμός κλινών / θέσεων	Συνολικός αριθμός χρηστών (ανά έτος)	Μέση διάρκεια διαμονής	Κατανομή ανά τομέα	Ομάδα πελατών
Κλίνες οξέων ψυχιατρικών περιστατικών σε γενικά νοσοκομεία (2013)	38	δ.υ.	δ.υ.	26 ημέρες/μέση διάρκεια	δημόσια	Άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας
Κλίνες οξέων ψυχιατρικών περιστατικών σε ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία (2013)	3	δ.υ.	δ.υ.	32-33 ημέρες/ μέση διάρκεια	δημόσια	Άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας

Πηγή δεδομένων: Τελική Έκθεση Αξιολόγησης της εφαρμογής των Ψυχιατρικών Μεταρρυθμίσεων για την περίοδο 2011-2015. Υπουργείο Υγείας.

Στεγαστικές Δομές στην Κοινότητα

Στην Ελλάδα, η στεγαστική υποστήριξη για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας που ζουν στην κοινότητα παρέχεται μέσω οικοτροφείων, ξενώνων και προστατευμένων διαμερισμάτων. Περίπου το ήμισυ των υπηρεσιών αυτών παρέχονται από μη κυβερνητικούς, μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Το δίκτυο στεγαστικών δομών, όπως τα προστατευόμενα διαμερίσματα και τα οικοτροφεία, έχει βελτιωθεί τα τελευταία χρόνια. Ωστόσο, υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των διοικητικών περιφερειών. Σε ορισμένες περιφέρειες οι αντίστοιχες δομές αυξάνονται, ενώ σε άλλες δεν παρατηρούνται βελτιώσεις. Καμία ολοκληρωμένη νομοθεσία δεν είναι σε θέση να υποστηρίξει την ανεξάρτητη διαβίωση στην κοινότητα.

Τύπος υπηρεσίας στην κοινότητα	Συνολικός αριθμός μονάδων	Συνολικός αριθμός κλινών / θέσεων	Συνολικός αριθμός χρηστών	Διάρκεια παραμονής	Κατανομή ανά τομέα	Ομάδα ληπτών
Community-based residential arrangement: group home	226	1.535 (σε Μη κερδοσκοπικούς επιστημονικούς φορείς)	1.535 (σε Μη κερδοσκοπικούς επιστημονικούς φορείς)	δ.υ..	Δημόσια 119 Μη κερδοσκοπικοί επιστημονικοί φορείς 107	



Είδος στεγαστικής δομής: προστατευμένα διαμερίσματα	261	328 (σε Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις)	328 (σε Μη κερδοσκοπικοί επιστημονικοί φορείς)	δ.υ.	Δημόσια 179 Μη κερδοσκοπικοί επιστημονικοί φορείς 82	
---	-----	-------------------------------------	--	------	---	--

Πηγή δεδομένων: Ελληνική Ομοσπονδία Φορέων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης & Ψυχικής Υγείας «ΑΡΓΩ». Τελική αξιολόγηση της εφαρμογής των Ψυχιατρικών Μεταρρυθμίσεων για την περίοδο 2011-2015 (Υπουργείο Υγείας).

Άλλες υπηρεσίες υποστήριξης της ψυχικής υγείας στην κοινότητα

Στην Ελλάδα, το πρωτοβάθμιο σύστημα ψυχικής υγείας (π.χ. κέντρα ψυχικής υγείας, κινητές μονάδες/κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας και Κέντρα Ημέρας) δεν επαρκεί για την αντιμετώπιση των αναγκών. Δεν υπήρξε σημαντική ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια. Η γεωγραφική κατανομή του δικτύου είναι άνιση, αφού για παράδειγμα οι Περιφέρειες της Δυτικής Μακεδονίας και Νοτίου Αιγαίου εξακολουθούν να μην έχουν κέντρα ψυχικής υγείας και σχεδόν το ήμισυ όλων των κέντρων ημερήσιας φροντίδας λειτουργούν στην περιφέρεια Αττικής. Από την άλλη πλευρά, έχουν ιδρυθεί αρκετοί σύλλογοι ληπτών και οικογενειών ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε όλη την Ελλάδα. Η συμμετοχή τους στις υπηρεσίες που τους αφορούν κατά κάποιο τρόπο αυξήθηκε, αλλά συχνά παραμένει επουσιώδης.

Τύπος υπηρεσίας με βάση την κοινότητα	Συνολικός αριθμός μονάδων	Συνολικός αριθμός των ασθενών/ χρηστών (ανά έτος)	Κατανομή ανά τομέα	Χρηματοδοτούνται από το κράτος;	Κύριες ομάδες χρηστών
Κέντρα ψυχικής υγείας (εξωτερικά ιατρεία)	40	Δείτε παρακάτω*	Δημόσια 39 Μη κερδοσκοπικά 1	Υπουργείο Υγείας	Μικτή, π.χ. ενήλικες με ψυχικές διαταραχές, προβλήματα συμπεριφοράς, σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, καρκίνο, αυτισμό, Αλτσχάιμερ, εθισμό σε ουσίες, ψυχογηριατρικά προβλήματα κλπ.
Κινητές μονάδες/ κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας	28	26.000 (για Μη Κερδοσκοπικούς Οργανισμούς)*	Δημόσια 15 Μη κερδοσκοπικά 13	Υπουργείο Υγείας	Ενήλικες με ψυχικές διαταραχές, προβλήματα συμπεριφοράς, σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα
Υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας	79	6.800 (για μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς) *	Δημόσια 11 Μη κερδοσκοπικά 68	Υπουργείο Υγείας	Ενήλικες με ψυχικές διαταραχές, προβλήματα συμπεριφοράς, σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, ασθενείς με καρκίνο
Κέντρα για την αντιμετώπιση της νόσου του Αλτσχάιμερ	14		Δημόσια 2 Μη κερδοσκοπικά 12	Υπουργείο Υγείας	Άτομα με Αλτσχάιμερ, με ψυχογηριατρικά προβλήματα, ψυχο-οργανικά σύνδρομα



4 Country reports

Αμοιβαία Υποστήριξη (peer support) / Δίκτυα αμοιβαίας υποστήριξης	0				
Οργανισμοί Ληπτών/Επιζώντων της Ψυχιατρικής	αρκετά				άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα
Λέσχες	0				
Δίκτυα «Ακούγοντας Φωνές»	Τουλάχιστον ένα				άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα
Δίκτυα υποστήριξης μέσω τέχνης και αθλητισμού (θέατρο, αθλητικά σωματεία κτλ.)	several		Μέσα από συγκεκριμένα projects ή άλλες υπηρεσίες		
Κοινωνικοί συνεταιρισμοί	αρκετά		Ιδιωτικοί		άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα στο στάδιο επαγγελματικής αποκατάστασης
Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανεξέλιξης	10			Υπουργείο Υγείας	άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα στο στάδιο επαγγελματικής αποκατάστασης
Νοσοκομεία Ημέρας	14		Δημόσια 12 Μη κερδοσκοπικά 2	Υπουργείο Υγείας	Ενήλικες με ψυχικές διαταραχές, προβλήματα συμπεριφοράς, σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα

* Το σύστημα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης (κέντρα ψυχικής υγείας, κινητές μονάδες/κοινωνικές ομάδες ψυχικής υγείας, υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας) προσέφερε τις υπηρεσίες του για το 2015 σε 605.264 άτομα (συμπεριλαμβανομένων παιδιών και εφήβων).

Πηγή δεδομένων: Ελληνική Ομοσπονδία Φορέων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης & Ψυχικής Υγείας «ΑΡΓΩ». Υπουργείο Υγείας

Ακούσια Νοσηλεία και Ακούσια Θεραπεία

Η Ελληνική νομοθεσία (νόμος 2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση του Συστήματος Υγείας», 1992) ορίζει τρία κριτήρια για ακούσια νοσηλεία: (α) η ύπαρξη προβλήματος ψυχικής υγείας, (β) η έλλειψη ικανότητας να λάβει αποφάσεις αναφορικά με το προσωπικό του συμφέρον, (γ) χωρίς νοσηλεία, η υγεία του ατόμου θα επιδεινωνόταν ή δεν θα λάμβανε καμία θεραπεία. Η νοσηλεία ενός ατόμου διατάσσεται, όταν συντρέχει/στοιχειοθετείται κίνδυνος άσκησης βίας είτε προς τον εαυτό του είτε κατά τρίτου

Τελική Έκθεση Αξιολόγησης της Εφαρμογής Ψυχιατρικών Μεταρρυθμίσεων για την περίοδο 2011-2015.

Έλληνας Συνήγορος του Πολίτη, (εθνικός μηχανισμός πρόληψης βασανιστηρίων) ειδική έκθεση προς την CPT, 2015

«Μελέτη του Άρθρου 12 (Ισότητα απέναντι στον Νόμο), Άρθρο 13 (Πρόσβαση στη Δικαιοσύνη) και άλλες διατάξεις της Διεθνούς Σύμβασης για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρίες.» Το έργο υλοποιήθηκε από το Κέντρο Ευρωπαϊκού Συνταγματικού Δικαίου-Ίδρυμα Θεμιστοκλή και Δημήτρη Τσάτσου από το Νοέμβριο του 2011 έως Ιούνιο 2012 εξ ονόματος της Εθνικής Συνομοσπονδίας των Ατόμων με Αναπηρίες.

Όλες οι αποφάσεις βασίζονται σε ιατρικές γνωμοδοτήσεις. Είναι υποχρεωτική η ενημέρωση των πολιτών σχετικά με τα δικαιώματά τους κατά τη διάρκεια της διαδικασίας. Η ακούσια νοσηλεία μπορεί να υπερβαίνει τους έξι μήνες, μόνο σε περιπτώσεις όπου αυτό συνιστάται από τρεις διαφορετικούς ψυχιάτρους (δύο εκ των οποίων διορισμένοι από τον εισαγγελέα). Η απόφαση σχετικά με την νοσηλεία πρέπει να αναθεωρείται μετά από τρεις μήνες. Μια πρόσφατη έκθεση του Συνηγόρου του Πολίτη διαπίστωσε ότι το 97% των ακούσιων νοσηλειών διεκπεραιώθηκαν από την αστυνομία, πράγμα που σε πολλές περιπτώσεις ήταν αδικαιολόγητο. Η έκθεση ανέφερε ότι η χρήση των χειροπέδων και ένοπλου προσωπικού είναι αντίθετη προς τις ανάγκες των ανθρώπων που υποβάλλονται στη διαδικασία.

Το 2013, υπήρχαν 3.233 ακούσιες νοσηλείες στην περιοχή της Αττικής και περίπου το 75% των ακούσιων εισαγωγών πραγματοποιήθηκαν σε ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία. Το ποσοστό των ακούσιων εισαγωγών μεταξύ των συνολικών εισαγωγών στο νοσοκομείο είναι τέσσερις φορές υψηλότερο στην Ελλάδα από ότι το αντίστοιχο μέσο Ευρωπαϊκό. Η Υποχρεωτική Θεραπεία στην Κοινότητα δεν αποτελεί καθιερωμένη νομική κατηγορία στην Ελλάδα.

Η Ελλάδα δεν έχει επίσημα στατιστικά αναφορικά με τους περιορισμούς και την απομόνωση. Εκθέσεις του Έλληνα Συνηγόρου του Πολίτη υποδεικνύουν ότι τα μέτρα που λαμβάνονται κατά τη διάρκεια της ακούσιας εισαγωγής στο νοσοκομείο είναι ακατάλληλα και παραβιάζουν τα δικαιώματα των ασθενών .

Δικαιοπρακτική ικανότητα και δικαστική συμπαράσταση

Ο ελληνικός Αστικός Κώδικας ορίζει τρία διαφορετικά είδη περιορισμένης δικαιοπρακτικής ικανότητας: Η πλήρης στερητική δικαστική συμπαράσταση στερεί από τα άτομα το δικαίωμα να προβούν σε οποιαδήποτε νομική πράξη. Η μερική στερητική δικαστική συμπαράσταση αφαιρεί δικαιώματα για την διενέργεια συγκεκριμένων (καθορισμένων ατομικά) νομικών πράξεων. Η πλήρης επικουρική δικαστική συμπαράσταση είναι μια μορφή συν-απόφασης, που δεν αφαιρεί το δικαίωμα διενέργειας νομικών πράξεων, αλλά ο συμπαράστατης πρέπει να δώσει τη συγκατάθεση του/της για τις αποφάσεις που λαμβάνονται από το άτομο. Ένας συνδυασμός των ανωτέρω κατηγοριών είναι επίσης πιθανός.

Δεδομένα από διάφορες διοικητικές περιφέρειες υποδεικνύουν ότι υπάρχει μια μικρή αύξηση στις αποφάσεις για δικαστική συμπαράσταση στην Ελλάδα και η συντριπτική πλειοψηφία των δικαστικών αποφάσεων επιβάλλουν πλήρη δικαστική συμπαράσταση.

Η υποστηριζόμενη λήψη αποφάσεων δεν προβλέπεται από την ελληνική νομοθεσία.

Περαιτέρω πληροφορίες

Ένα πρόσφατο πιλοτικό πρόγραμμα υλοποίησε νέες υπηρεσίες συνηγορίας, οι οποίες είχαν την δυνατότητα να ανταποκριθούν στις σχετικές ανάγκες της κοινότητας. Η πρωτοβουλία έλαβε πολύ θετική ανταπόκριση από την κοινότητα και υπάρχει η προοπτική ότι περαιτέρω προσπάθειες για την ενημέρωση για τα ανθρώπινα δικαιώματα μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη προστασία των δικαιωμάτων των ανθρώπων με προβλήματα ψυχικής υγείας που ζουν στην κοινότητα.

Παρακαλώ ανατρέξτε στην ενότητα ευχαριστιών της παρούσας έκθεσης για να δείτε την πλήρη λίστα των οργανώσεων/ατόμων που συνεισέφεραν τον χρόνο και την προσπάθειά τους για τη σύνταξη των εκθέσεων ανά χώρα.

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΜΕΛΗ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Ενηλίκων (I.M.H. C.A.) | Ιστοσελίδα: www.inpsy.gr | Email: info@inpsy.gr
 Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας | Ιστοσελίδα: www.ekpse.gr | Email: ekpsath@otenet.gr
 EPIONI | ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ: www.epioniblog.wordpress.com | Email: www.epioniblog.wordpress.com/contact/