

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΣΚΛΕ ΣΤΗ ΔΙΑΒΟΥΛΕΥΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΜΟΥ

“ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ”

Ο Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος (Σ.Κ.Λ.Ε) είναι ανεξάρτητο και αυτοδιοίκητο Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου [Ν. 4387/2016 & 4488/2017) και εκπροσωπεί επιστημονικά και επαγγελματικά όλους τους Κοινωνικούς Λειτουργούς της χώρας.

Συμμετέχει με εκπροσώπους του ενδεικτικά στην Εθνική Επιτροπή Κοινωνικής Προστασίας (Ν.4445/2016 (ΦΕΚ Α/85), στο Εθνικό Συμβούλιο Αναδοχής Υιοθεσίας Ν. 4538/2018 (ΦΕΚ Α/85), στην Εθνική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας, (Ν. 4368/2016, ΦΕΚ Α/21), στην Εθνική Επιτροπή Πρωτοβάθμιας Κοινωνικής Φροντίδας (4199/2013 ΦΕΚ 216 Α') και στο Εθνικό Συμβούλιο Αναγνώρισης Επαγγελματικών Δικαιωμάτων (Π.Δ. 38/2010 ΦΕΚ Α/78).

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί βρίσκονται πάντα στην πρώτη γραμμή δράσης για την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών, σύμφωνα με τις αρχές του σεβασμού, της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, της ισότητας, της δικαιοσύνης, της ισοτιμίας και της κοινωνικής αλληλεγγύης. Οι αρχές της επιστήμης της Κοινωνικής Εργασίας και η άσκηση του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού περιγράφονται στα Π.Δ. 50/1989 και 23/1992.

Η Κοινωνική Εργασία (ως επιστήμη και εφαρμοσμένο επάγγελμα των κοινωνικών λειτουργών) εισέρχεται στο χώρο της Υγείας στη χώρα μας με το Προεδρικό Διάταγμα 891 /1978, όπου στο άρθρο 3 καθορίζονται και οι αρμοδιότητες των κοινωνικών λειτουργών στον τομέα της Υγείας και τίθεται ως γενικός σκοπός η «ομαλή επανένταξη του ασθενή στο κοινωνικό περιβάλλον». Με το Π.Δ. 87/1986 «Ενιαίο Πλαίσιο Οργάνωσης Νοσοκομείων» (ΦΕΚ 32/27-3-86/τ.α) προβλέπεται η δημιουργία τμημάτων «Κοινωνικής Υπηρεσίας» σε όλα τα Νοσοκομεία του ΕΣΥ. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας οι κοινωνικοί λειτουργοί καθιερώνονται ως απαραίτητο προσωπικό των Κέντρων Υγείας για να ανταποκριθούν στον σκοπό του ν. 1397/83 άρθρο 15: «παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας».

Ειδικότερα για τη Ψυχική Υγεία οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας, όπως ορίζονται στο ν. 2716/99 – ΦΕΚ 96/Α/1999 «*Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις*» περιλαμβάνουν την ειδικότητα του Κοινωνικού Λειτουργού ως μέλος της διεπιστημονικής /πολυκλαδικής ομάδας και στις ενδεικτικά αναφερόμενες ειδικότητες στις περιπτώσεις Μονάδων 24ωρης λειτουργίας. Στα **Κέντρα Ψυχικής Υγείας** η ΚΥΑ Γ3α/Γ.Π.οικ.44338/2019, ΦΕΚ 2289/Β/11-6-2019 για το Ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας των Κέντρων Ψυχικής Υγείας προβλέπει στο άρθρο 4 για τη *Σύσταση - Στελέχωση* την ειδικότητα του Κοινωνικού Λειτουργού, ορίζοντας τον ελάχιστο αριθμό **σε τρεις κοινωνικούς λειτουργούς (3) ανά πληθυσμό ευθύνης 150.00 κατοίκων.**

Και για τις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (ΜΨΑ) η οργάνωση και η λειτουργία τους (οικοτροφεία, ξενώνες, προστατευόμενα διαμερίσματα), βάσει του άρθρου 9 του ν. 2716/99, καθορίζεται επίσης με τις διατάξεις της Υπουργικής Απόφασης με αρ. πρωτ. Α3α/οικ 876/16-5-2000 – ΦΕΚ 661/Β/2000.

Ως γενικότερη παρατήρηση σημειώνουμε ότι η ανάγκη για τον Τομεοποιημένο Σχεδιασμό στη Ψυχική Υγεία, ως μια ανάγκη επανεκκίνησης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα, με κύριο χαρακτηριστικό την εμπέδωση της κοινοτικής ψυχιατρικής και κοινό τόπο την εκτίμηση

ότι, παρά τα σημαντικά βήματα που έχουν γίνει μέχρι σήμερα, τα ελλείμματα είναι εξίσου σημαντικά, είχε αποτυπωθεί με Εκθέσεις στο Υπουργείο Υγείας όλα τα χρόνια (ενδεικτικά το 2019: Εκθεση για τον τομεοποιημένο σχεδιασμό ανάπτυξης μονάδων ψυχικής υγείας: υφιστάμενη κατάσταση και ανάγκες σε δομές και προσωπικό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας), με πιο πρόσφατο το τελικό κείμενο (Μάρτιος 2023) του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Ψυχική Υγεία 2021-2030, όπου περιγράφονται οι 10 άξονες παρεμβάσεων για την προάσπιση της ψυχικής υγείας των πολιτών και τη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών.

Αν και υπήρξαν νομοθετικές προσπάθειες τα τελευταία χρόνια για την τομεοποίηση στη Ψυχική Υγεία, μέσα από διάφορες ρυθμίσεις (βλ.: ν. 4461/2017 (Α' 38) «Μεταρρύθμισης της διοικητικής οργάνωσης των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, ...», Άρθρο 50 ν. 4764/2020 «Ζητήματα Επιστημονικών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας - Τροποποίηση της παρ. 7 του άρθρου 3 του ν. 2716/1999», ν. 4931/2022 (Α' 94) «Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην ΠΦΥ και άλλες επείγουσες διατάξεις» ειδικά στο άρθρο 59 για τη «Μεταφορά του ασθενή κατά τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας), δυστυχώς δεν επετεύχθη ουσιαδώς ποτέ η αποτίμηση και η αξιολόγηση όλων αυτών των νομοθετικών ενεργειών ως προς την αποτελεσματικότητα τους στο προσδοκώμενο για βέλτιστες υπηρεσίες ψυχικής υγείας προς τους πολίτες της Χώρας, τη λειτουργία τους, τα εμπόδια διασύνδεσης τους, την παντελή έλλειψη πρωτοκόλλων ενεργειών.

Στην παρούσα φάση έρχεται να προστεθεί και το παρόν Σχέδιο Νόμου, που επιχειρεί να “ενοποιήσει” σε ένα ενιαίο δίκτυο, μεταξύ των επτά [7] Διοικητικών Υγειονομικών Περιφερειών όλες τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), της παρ. 1 του άρθρου 4 του ν. 2716/1999 (Α' 96). Αλλά, αντί να ληφθούν υπόψη οι ανάγκες στη βάση της αναγκαίας λειτουργικής διασύνδεσης των φορέων ψυχικής υγείας - σε επίπεδο τομεοποίησης-, με τη παρούσα νομοθετική πρόταση οδηγούμεθα στην “Περιφερειοποίηση” πλέον της Ψυχικής Υγείας -ανα διοικητική υγειονομική περιφέρεια-, με μια υπερσυγκέντρωση δραστηριοτήτων σε ένα μικρότερο σε εύρος διοικητικό διαχωρισμό αλλά με μεγαλύτερη πληθυσμιακή κατανομή. Αν λάβει κανείς δε υπόψη την άνιση γεωγραφική κατανομή των οικειών ΔΥΠΕ σε συνδυασμό με την μη πρόβλεψη για στελέχωση με επαρκές προσωπικό στις Πε.ΔΙ.Ψ.Υ, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι θα οδηγηθούμε σε ένα μη αποτελεσματικό, -τόσο διοικητικά όσο και επιστημονικά-, συντονισμό των μονάδων ψυχικής υγείας κάθε υγειονομικής περιφέρειας.

Την ίδια στιγμή μάλιστα που δεν υπάρχει καμία πρόβλεψη για επαρκή στελέχωση και για προσλήψεις με μόνιμο προσωπικό στις ήδη υποστελεχωμένες μονάδες ψυχικής υγείας του ΕΣΥ, προκρίνεται ως λύση η μετακίνηση προσωπικού από τις ήδη υποστελεχωμένες Μονάδες σε άλλες περισσότερο υποστελεχωμένες εντός ή και εκτός της Υγειονομικής Περιφέρειας με απόφαση του αρμόδιου Διοικητή της εκάστοτε ΥΠΕ. Συγκεκριμένα, στο άρθρο 7 γίνεται αναφορά στην αυτοδίκαιη μεταφορά του προσωπικού, κλάδου ιατρών, ψυχολόγων, εργοθεραπευτών και λογοθεραπευτών που υπηρετεί αποκλειστικά στους Ψυχιατρικούς Τομείς των Γενικών Νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) και των Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων και στις δομές, κλινικές και τμήματα που τους απαρτίζουν, καθώς και στις δομές ψυχικής υγείας λοιπών Ιατρικών Τομέων των ως άνω νοσοκομείων, με μεταφορά των οργανικών τους θέσεων στις οικείες ΔΥΠΕ, χωρίς να υπάρχει καμία αναφορά για την αναλογία της επαρκούς στελέχωσης και με άλλους κλάδους επαγγελματιών ψυχικής υγείας για κάθε τομέα, όπως τους κοινωνικούς λειτουργούς που αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της πολυκλαδικής ομάδας στη ψυχική υγεία και στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων.

Αρνητική επίπτωση για τη λειτουργία του ΕΣΥ θα έχει και η δυνατότητα που δίνεται σε περίπτωση μη κάλυψης των αναγκών των μεταφερόμενων ψυχιατρικών τμημάτων και κλινικών σε νοσηλευτικό και πάσης φύσεως προσωπικό (άρθρο 7, παρ.2 γ), αυτές να εξακολουθούν να καλύπτονται από τα Γενικά Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. και τα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία εντός των οποίων λειτουργούν, σχηματίζοντας έτσι μια άνιση μεταχείριση μεταξύ του προσωπικού και των κλάδων με τις όποιες αρνητικές επιπτώσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες προς τους πολίτες. Η ανωτέρω διάκριση είναι εμφανές ότι αφενός αποδυναμώνει το στελεχιακό δυναμικό και των ελάχιστων κοινωνικών λειτουργιών που έχουν απομείνει στο ΕΣΥ και καλύπτουν ανάγκες πληθυσμού μεγαλύτερες από τις ήδη περιορισμένες δυνατότητες τους.

Σημαντικό να αναφερθεί ότι η **λειτουργία ψυχιατρικών κλινικών στο ΕΣΥ**, μετά και την σταδιακή κατάργηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων ενθάρρυνε αφενός τον αποστιγματισμό των ψυχικά νοσούντων αλλά και την εδραίωση ότι οι ψυχικά πάσχοντες δικαιούνται περίθαλψης και διασύνδεσης και με άλλες ιατρικές ειδικότητες στο πλαίσιο της διασυνδεδετικής φροντίδας σε ένα γενικό νοσοκομείο. Η διοικητική αποσύνδεση των ψυχιατρικών κλινικών του ΕΣΥ από τους οργανισμούς των εκάστοτε νοσοκομείων υποστρέφει την όποια πρόοδο είχε επιτευχθεί στην ολιστική φροντίδα των ασθενών και στην καταπολέμηση του στίγματος.

Η υπαγωγή των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών και η διασύνδεσή τους άμεσα επιστημονικά, λειτουργικά και εκπαιδευτικά με τις δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας της οικείας Δ.Υ.Πε. και τους λοιπούς διασυνδεδεμένους, συνεργαζόμενους και εποπτευόμενους φορείς του Περιφερειακού Δικτύου Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Πε.Δ.Υ.Ψ.Υ.), στην τοπική αρμοδιότητα του οποίου υπάγονται, όπως προβλέπεται στο άρθρο 10 δημιουργεί μια σειρά ζητημάτων που σχετίζονται με την ομοιογενή παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και προσβασιμότητας για τους λήπτες υπηρεσιών υγείας

Οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές επικεντρώνονται στη βιοϊατρική αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου σε αντίθεση με τις Δημόσιες ΜΨΥ που θέτουν ως στόχο την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση διαθέτοντας για αυτό το σκοπό πολυκλαδική θεραπευτική ομάδα.

Οι ιδιωτικές επίσης ψυχιατρικές κλινικές λειτουργούν με διαφορετικές προδιαγραφές στη στελέχωση και λειτουργία τους, χωρίς πρόβλεψη για τη συνέχεια στη θεραπεία, την τακτική παρακολούθηση, την ψυχοκοινωνική στήριξη του ασθενή και της οικογένειάς του και την κοινωνική αποκατάσταση. Είναι αναμενόμενο ότι το βάρος της συνέχειας στη θεραπεία και της ψυχοκοινωνικής φροντίδας θα πέσει στις ήδη υποβαθμισμένες και υποστελεχωμένες δημόσιες ΜΨΥ προς όφελος της κερδοφορίας των ιδιωτών.

Από την εμπειρία των κοινωνικών λειτουργιών στο πεδίο, η εισαγωγή ασθενών σε ΙΨΚ προτιμάται από το οικογενειακό περιβάλλον ως λύση μακροχρόνιας φροντίδας ψυχικής υγείας εξαιτίας της απουσίας κατάλληλων δομών ψυχιατρικής αποκατάστασης με σημαντική οικονομική επιβάρυνση – παρά τη χρηματοδότηση του ΕΟΠΥΥ- για την οικογένεια, πολλές φορές χωρίς τη συναίνεση του ασθενή.

Τον ίδιο προβληματισμό δημιουργεί και η **υπαγωγή των μη κερδοσκοπικών ΝΠΙΔ** στην εποπτεία της οικείας ΔΥΠΕ και τη λειτουργική διασύνδεση με τις ΜΨΥ του οικείου Πε.Δ.Υ.Ψ.Υ καθώς η εμπειρία έχει δείξει ότι δεν είναι σε θέση, αρκετές φορές, να εξασφαλίσουν

βιωσιμότητα των δράσεών τους με αποτέλεσμα την επιστροφή των ασθενών σε ψυχιατρικές κλινικές και την ματαίωση των ίδιων και των οικογενειών τους.

Προβληματική είναι η χρήση του όρου “σωφρονισμός των εφήβων” στο άρθρο 3 παρ 2η, ο οποίος έρχεται σε αντιδιαστολή με τον τον όρο «αναμορφωτικά μέτρα» όπως επιβάλλονται από τα δικαστήρια Ανηλίκων σύμφωνα με τον ΠΚ. Στο δίκαιο των ανηλίκων ο όρος «αναμορφωτικά μέτρα» στοχεύει στη διαπαιδαγώγηση του ανηλίκου κι όχι στο «σωφρονισμό», όρος που για τους εφήβους δεν απαντάται σε κείμενα ευρωπαϊκής ή εθνικής νομοθεσίας,

Το σ/ν με τη χρήση του όρου «σωφρονισμός των εφήβων» ταυτίζει τον ανήλικο ή νεαρό ανήλικο παραβάτη με κρατούμενο στιγματίζοντας τον, κατά παρέκκλιση του ν 4619/2019 ο οποίος ενθαρρύνει τον αποστιγματισμό αλλά και τους σκοπούς που διατυπώνονται στο άρθρο 1 του παρόντος σ/ν.

Η σύγχρονη επιστημονική προσέγγιση των ανηλίκων που εκδηλώνουν παραβατικές συμπεριφορές απορρίπτον ως αναποτελεσματικές τις ιατροκεντρικές προσεγγίσεις δίνοντας έμφαση στην πρόληψη και την ψυχοκοινωνική υποστήριξη του ανηλίκου και της οικογένειάς του.

Επιπλέον, οι σχετικές διατάξεις (άρθρα 3 και 16) δεν περιγράφουν τη διασύνδεση με άλλους θεσμούς που άμεσα ή έμμεσα εμπλέκονται στην πρόληψη και έγκαιρη παρέμβαση στη παραβατική συμπεριφορά ανηλίκων. Οι θεσμοί αυτοί αντι να ενισχυθούν στελεχιακά και θεσμικά συμπληρώνονται με ιατροκεντρικές δομές αμφιβόλου αποτελεσματικότητας όπως περιγράφονται στην εν λόγω διάταξη:

- Αγνοούνται οι αρμοδιότητες των Υπηρεσιών Επιμελητών Ανηλίκων & Κοινωνικής Αρωγής (Υ.Ε.Α.Κ.Α) και των Εταιρειών Προστασίας Ανηλίκων (Ε.Π.Α.), που περιλαμβάνουν την εφαρμογή των αναμορφωτικών μέτρων που επιβάλλουν τα Δικαστήρια Ανηλίκων, την πρόληψη της παραβατικότητας και της θυματοποίησης ανηλίκων, την εξωιδρυματική μεταχείρισή τους.
- Αγνοείται η γνωμοδοτική και εισηγητική αρμοδιότητα σε ζητήματα πρόληψης και αντιμετώπισης της θυματοποίησης και της εγκληματικότητας των ανηλίκων του Κ.Ε.Σ.Α.Θ.Ε.Α (π.δ. 6/2021 και ν 3860/2010) του Υπουργείου Δικαιοσύνης, που ενώ δεν λειτουργεί εξακολουθεί να είναι σε ισχύ.
- Απο τις σχετικές διατάξεις του σ/ν που αφορούν τις παραβατικές συμπεριφορές ανηλίκων και τη λειτουργία των ΥΨΥ δεν διαφαίνεται διασύνδεση με τα Κέντρα Διεπιστημονικής Αξιολόγησης, Συμβουλευτικής και Υποστήριξης (ΚΕ.Δ.Α.ΣΥ) και με τα Σχολικά Δίκτυα Εκπαιδευτικής Υποστήριξης (ΣΔΕΥ) και τις Επιτροπές Διεπιστημονικής Υποστήριξης (ΕΔΥ) σχολικών μονάδων της γενικής και επαγγελματικής εκπαίδευσης του Υπουργείου Παιδείας, Θρησκευμάτων και Αθλητισμού.

Σύμφωνα με τον Ν. 4823/2021, σκοπός των ΚΕ.Δ.Α.ΣΥ, των ΣΔΕΥ και ΕΔΥ είναι η υποστήριξη των μαθητών, των σχολικών μονάδων και των εκπαιδευτικών κοινοτήτων της περιοχής αρμοδιότητάς τους για τη διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης όλων ανεξαιρέτως των μαθητών στην εκπαίδευση, την προάσπιση της αρμονικής

ψυχοκοινωνικής τους ανάπτυξης και προόδου και την προαγωγή συνολικά της ψυχοκοινωνικής τους υγείας.

Ειδικότερα, μέσα από μια σειρά αρμοδιοτήτων και καθηκόντων, όπως περιγράφονται στο νομικό πλαίσιο, που διαρθρώνονται:

- 1) σε επίπεδο διερεύνησης και αξιολόγησης εκπαιδευτικών και ψυχοκοινωνικών αναγκών (ενδεικτικά: *Η διερεύνηση αιτημάτων ψυχοκοινωνικής στήριξης*),
- 2) σε επίπεδο σχεδιασμού και υλοποίησης εκπαιδευτικών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων (ενδεικτικά: *Υλοποίηση προσαρμοσμένων εξατομικευμένων ή ομαδικών παρεμβάσεων παιδαγωγικής και συμβουλευτικής ψυχοκοινωνικής στήριξης σε μαθητές, μέσω προγραμμάτων εκπαιδευτικής παρέμβασης και πρόληψης, στοχευμένων δράσεων ενίσχυσης των γνωστικών και ψυχοκοινωνικών δεξιοτήτων των μαθητών, δράσεων ενδυνάμωσης συγκεκριμένων μελών ή ευάλωτων ομάδων της μαθητικής κοινότητας, καθώς και δράσεων που αποσκοπούν στην καλλιέργεια ευκαιριών προσωπικής ανάπτυξης, στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και συνολικά στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των μαθητών*),
- 3) σε επίπεδο υποστήριξης του συνολικού έργου των σχολικών μονάδων (ενδεικτικά: *Η ενίσχυση των γνωστικών δεξιοτήτων των μαθητών, η πρόληψη της σχολικής διαρροής και η δημιουργία μιας ασφαλούς και υποστηρικτικής σχολικής κουλτούρας που ευνοεί την ψυχοκοινωνική υγεία και τη συναισθηματική ευημερία των μαθητών, Η υποστήριξη της διατύπωσης προτεραιοτήτων και στόχων ψυχοκοινωνικής στήριξης των μαθητών, καθώς και του σχεδιασμού ολιστικών πολιτικών και στρατηγικών σε σχέση με ψυχοκοινωνικά ζητήματα, Η υποστήριξη της υλοποίησης προγραμμάτων πρωτογενούς ή δευτερογενούς πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας, Η ενίσχυση της επικοινωνίας και της συνεργασίας της σχολικής μονάδας με τους γονείς ή κηδεμόνες και τις υπηρεσίες παροχής ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης*),

καθίσταται εμφανές πως τα ΚΕΔΑΣΥ, τα ΣΔΕΥ και οι ΕΔΥ συνδέονται άμεσα με την πρόληψη και διαχείριση της παραβατικότητας ανηλίκων και αποτελεί αναγκαία η συμπερίληψη και η συνεργασία με τις ΥΨΥ του Ε.Δ.Υ.Ψ.Υ..

Στο άρθρο 13 που αφορά το Επιστημονικό Συμβούλιο Ψυχικής Υγείας

συμπεριλαμβάνεται η συμμετοχή ενός (1) εκπροσώπου της Ένωσης Ασθενών

Ελλάδος, πλην όμως στα μέλη τους δεν συμπεριλαμβάνονται οργανώσεις ληπτών ή συγγενών υπηρεσιών ψυχικής υγείας (βλ. π.χ. Πανελλήνια Ομοσπονδία Συλλόγων για την Ψυχική Υγεία). Επομένως δεν επιτυγχάνεται ο σκοπός της συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων από τους ίδιους τους ψυχικά πάσχοντες και κατα συνέπεια της αυτοσυνηγορίας τους.

Η πρόχειρη αποτύπωση των αρμοδιοτήτων του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας και των υπαλλήλων του στο άρθρο 14 του υπό διαβούλευση Σ/Ν προσβάλλει την συνεισφορά των κοινωνικών λειτουργών στη διεπιστημονική ομάδα στους τομείς της πρόληψης, θεραπείας και

αποκατάστασης των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ενώ οι κοινωνικοί λειτουργοί αναγνωρίζονται ως επιστήμονες ψυχικής υγείας και εντάσσονται στην Διεύθυνση της Ιατρικής Υπηρεσίας, η περιγραφή της αρμοδιότητας τους περιορίζεται κυρίως σε διοικητικά καθήκοντα, ενημέρωσης/πληροφόρησης και παραπομπών στο σύστημα ψυχικής υγείας και σύστημα κοινωνικής προστασίας.

Ενημερώνουμε ότι το ΠΔ 50/1989 που ορίζει τα Επαγγελματικά Δικαιώματα των Κοινωνικών Λειτουργών προσδιορίζει ως αντικείμενα της εργασίας τους:

«... α) Διενέργεια κοινωνικής μελέτης ή ψυχοκοινωνικής μελέτης όπου κρίνεται απαραίτητη, του περιστατικού, της ομάδας και της κοινότητας που χρειάζεται την παρέμβασή τους.

β) Διαμόρφωση διάγνωσης, αυτόνομα ή και σε συνεργασία με άλλους ειδικούς για τα προβλήματα που εντοπίστηκαν.

γ) Εκπόνηση και εκτέλεση σχεδίου δράσης και ενεργειών για την αντιμετώπιση συγκεκριμένης κατάστασης.»

Ειδικότερα ορίζονται αρμοδιότητες στον τομέα της ψυχικής υγείας:

«...Παροχή υπηρεσιών **διαγνωστικού, συμβουλευτικού και θεραπευτικού χαρακτήρα** σε άτομα, ομάδες και οικογένειες τα οποία θεραπεύονται σε κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Θεραπευτήρια Ψυχικών Παθήσεων, Συμβουλευτικούς Σταθμούς κ.λπ.»

Στην πορεία εξέλιξης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και του επαγγέλματος, οι κοινωνικοί λειτουργοί παρέχουν, σε ορισμένες δομές και μετά από κατάλληλη εκπαίδευση, υπηρεσίες ψυχοθεραπείας και συντονίζουν την ψυχοκοινωνική φροντίδα που παρέχεται στον ψυχιατρικό ασθενή (ή την παρέχουν κατ αποκλειστικότητα). Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που, αναγνωρίζοντας το κομβικό τους ρόλο ως επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι κοινωνικοί λειτουργοί ορίζονται ως επιστημονικά υπεύθυνοι σε ΜΨΥ.

Επιπλέον, η ίδια διάταξη αγνοεί σύγχρονα θεσμικά κείμενα και ισχύοντες κανονισμούς λειτουργίας μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (οι οποίες εντάσσονται στο Πε. Δ.Υ.Ψ.Υ) που προϋποθέτουν την παρουσία κοινωνικού λειτουργού ως ισότιμο μέλος της πολυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας (π.χ. ΚΥΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ και ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ Αριθ. Α3α/οικ.876 της 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.» (Β΄ 661).

Ως προς την Παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε πληγέντες πληθυσμούς σε περιπτώσεις ανθρωπογενών κρίσεων και φυσικών καταστροφών

Η δυνατότητα παροχής ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε περιπτώσεις ανθρωπογενών και φυσικών καταστροφών από ΜΨΥ (νπδδ ή νπιδ), όπως περιγράφεται στο άρθρο 15 του σ/ν χωρίς να προβλέπεται ο συντονισμός με δράσεις ψυχοκοινωνικής υποστήριξης που μπορούν να αναλάβουν άλλα ΝΠΔΔ ή άλλα συναρμόδια Υπουργεία, δημιουργεί κίνδυνο αλληλεπικάλυψης και αναποτελεσματικότητας της παρέμβασης σε τοπικό επίπεδο. Θυμίζουμε ότι το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης του Υπουργείου Κοινωνικής Συνοχής και

Οικογένειας έχει εκ του νόμου αντίστοιχη αρμοδιότητα για παροχή υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε περιπτώσεις φυσικών και ανθρωπογενών καταστροφών.

Θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι την άμεση παρέμβαση και παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε περιπτώσεις τέτοιου είδους κρίσεων αναλαμβάνουν οι Κοινοτικές Κοινωνικές Υπηρεσίες, οι οποίες και συντονίζουν δράσεις άλλων φορέων που προστρέχουν για βοήθεια καθώς γνωρίζουν καλύτερα τις τοπικές ανάγκες, την ευαλωτότητα του πληθυσμού και τις ιδιαιτερότητες της πληγείσας περιοχής.

Ο Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργιών Ελλάδος σε συνεργασία με το Κέντρο Ερευνών Κοινωνικών και Ανθρωπιστικών Κρίσεων (ΚΕΚΑΚ) του ΠΑΔΑ κατά την δράση υποστήριξης των κοινωνικών λειτουργιών των δήμων της Θεσσαλίας που επιχείρησαν στις πρόσφατες πλημμύρες, κατέγραψε σημαντικές αλληλεπικαλύψεις από τα κλιμάκια ψυχοκοινωνικής υποστήριξης που είχε ορίσει η ΥΠΕ τα οποία επιχειρούσαν, σε πολλές περιπτώσεις, έν αγνοία των τοπικών κοινωνικών υπηρεσιών.

Επίσης στο άρθρο 21 που αφορά την Αποζημίωση των υπηρεσιών που παρέχουν οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας του ιδιωτικού τομέα – η πρόβλεψη οι υπηρεσίες που παρέχονται από τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) του ιδιωτικού τομέα να αποζημιώνονται με νοσήλια ή με τροφεία, αν πρόκειται για παροχή υπηρεσιών εντός δομών, ή με σταθερή αμοιβή ανά κεφαλή (capitation fee) ή κατά πράξη, αν πρόκειται για παροχή κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και υπηρεσιών περιπατητικής φροντίδας, μέσω των ασφαλιστικών οργανισμών ή του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) που θα πρέπει να συμβάλλονται οι Μ.Ψ.Υ. της παρ. 1 για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας οδηγεί σε αποκλεισμό υπηρεσιών τους ανασφάλιστους ψυχικά πάσχοντες. Πέραν τούτου, γίνεται αντιληπτό ότι δράσεις κοινοτικά προσανατολισμένες στην προαγωγή ψυχικής υγείας, παρεμβάσεις σε οικογένειες/ομάδες/κοινοτικά πλαίσια δεν θα αποζημιώνονται και με αυτό τον τρόπο παραγκωνίζεται χρηματοδοτικά ο κοινοτικός προσανατολισμός της ψυχικής υγείας.

Στον τομέα της πρόληψης και θεραπείας των εξαρτήσεων

Με την κατάργηση των ΚΕΘΕΑ, 18 ΑΝΩ,ΑΡΓΩ,ΙΑΝΟΣ, ΔΙΑΠΛΟΥΣ καταργείται στην πραγματικότητα ο πλουραλισμός στην προσέγγιση της πρόληψης και θεραπείας των εξαρτήσεων, με κύρια συνέπεια τον περιορισμό της δυνατότητας των των εξαρτημένων ατόμων να επιλέξουν το κατάλληλο για αυτά θεραπευτικό πρόγραμμα. Δημιουργείται μάλιστα ο κίνδυνος της ομογενοποίησης των προγραμμάτων των υπό κατάργηση φορέων στην κατεύθυνση της φαρμακοκεντρικής προσέγγισης, στο πλαίσιο της λογικής της μείωσης της βλάβης και της φαρμακευτικής υποκατάστασης εις βάρος των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων. Επιπλέον οι Δημόσιες Υπηρεσίες Απεξάρτησης χάνουν το δημόσιο χαρακτήρα τους και τη δυνατότητα άμεσης σύνδεσής τους με τις υπηρεσίες του ΕΣΥ για την αντιμετώπιση ζητημάτων υγείας και ψυχικής υγείας που δυνητικά συνυπάρχουν με την εξάρτηση.

Το υπό διαβούλευση σ/ν κινείται κυρίως σε μια στενά βιοϊατρική προσέγγιση ενός σύνθετου φαινομένου, στο οποίο οι κοινωνικές αιτίες και οι κοινωνικές συνέπειές του απαιτούν ολιστική

προσέγγιση με έμφαση στην ψυχοκοινωνική υποστήριξη και αποκατάσταση. Ο κοινωνικός αποκλεισμός και το στίγμα που συνοδεύουν την εξάρτηση απαιτούν πολύπλευρες παρεμβάσεις με φαρμακευτική υποστήριξη ή χωρίς.

Στο σ/ν απουσιάζει παντελώς οποιαδήποτε πρόβλεψη για τον τομέα της πρόληψης και της έγκαιρης παρέμβασης των εξαρτήσεων που αφορά στον ευαίσθητο εφηβικό και νεανικό πληθυσμό. Επιπλέον, στα άρθρα 29 και 30 δεν προβλέπεται η μεταφορά των Κέντρων Πρόληψης των Εξαρτήσεων του ΟΚΑΝΑ στο νέο Φορέα. Σε κανένα σημείο δεν διευκρινίζεται το μέλλον του θεσμού των Κέντρων Πρόληψης των Εξαρτήσεων τα οποία έχουν ως στόχο την υλοποίηση της εθνικής πολιτικής για την πρόληψη, σύμφωνα με τις τοπικές ανάγκες, συνδεδεμένο με την Τοπική Αυτοδιοίκηση και τους τοπικούς φορείς. Είναι σημαντικό να προσδιοριστεί ο τρόπος βιωσιμότητάς τους και ο μετασχηματισμός τους σε μόνιμες υπηρεσίες με σαφή σύνδεση με τον νέο Φορέα.

Όπως και με τις υπηρεσίες των Πε.Δ.Υ.Ψ.Υ, δεν καθορίζονται οι ανάγκες σε προσωπικό του νέου Φορέα και των δομών του. Η στελέχωση αφήνεται ασαφώς στην εθελούσια μετάβαση των ήδη υπηρετούντων στις ήδη υποστελεχωμένες δομές χωρίς πρόβλεψη για δημιουργία θέσεων εργασίας και προσλήψεων. Το ζήτημα της στελέχωσης μπορεί να γίνει εντονότερο σε περίπτωση άρνησης της πλειοψηφίας των υπαλλήλων να μεταβούν σε άλλου είδους σχέση εργασίας (από μόνιμοι δημόσιοι υπάλληλοι σε υπάλληλοι ΝΠΙΔ) τη στιγμή που δεν προσδιορίζονται όλοι οι παράμετροι των εργασιακών συνθηκών και δικαιωμάτων τους. Επιπλέον η μετάβαση προσωπικού κοινωνικών λειτουργιών προερχόμενο από διαφορετικού τύπου και προσέγγισης δομές απεξάρτησης στο νέο Φορέα και, στη συνέχεια, η τοποθέτησή τους σε άλλου τύπου δομές χωρίς πρόβλεψη αξιοποίησης των ιδιαίτερων δεξιοτήτων και εμπειρίας που έχουν αποκτήσει, αποτελεί σπατάλη τεχνογνωσίας και στελεχιακών δυνατοτήτων των επαγγελματιών.

Συμπερασματικά, ο Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργιών Ελλάδος αξιολογώντας ότι το υπό διαβούλευση σχέδιο νόμου κρίνει ότι αποτυγχάνει να εκπληρώσει τους σκοπούς που περιγράφονται στα άρθρα 1 και 27, κυρίως σε όρους προσβασιμότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης, και **ζητά την απόσυρσή του.**

Σύμφωνα με τις αξίες της κοινωνικής εργασίας, τις διεθνείς και ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες για την ψυχική υγεία, τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) που αναγνωρίζει την αλληλεξάρτηση υγείας/ψυχικής υγείας και κοινωνικών συνθηκών διαβίωσης, τις συνεχείς κρίσεις (οικονομική, κοινωνική, πανδημική) που έχουν επηρεάσει αρνητικά την κατάσταση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού και τη δεοντολογική μας υποχρέωση για δημόσια συνηγορία ομάδων του πληθυσμού που αντιμετωπίζουν πολλαπλή ευαλωτότητα, θεωρούμε ότι κάθε νόμος στην κατεύθυνση της βελτίωσης του συστήματος ψυχικής υγείας και αντιμετώπισης των εξαρτήσεων θα πρέπει να:

- παρέχει Δημόσιες και Δωρεάν υπηρεσίες για όλους και να εξασφαλίζεται η προσβασιμότητα (γεωγραφική και οικονομική) και αποκρισιμότητα για όσους και όσες απευθύνονται για βοήθεια.

- επικεντρώνεται στην ανάπτυξη Δημόσιων Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στην κοινότητα και τη διασύνδεσή τους με τις υπηρεσίες σε τοπικό επίπεδο (υπηρεσίες πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας, σχολεία, υπηρεσίες παιδικής προστασίας κ.α.).
- προβλέπει τη λειτουργική διασύνδεση των δομών με πρωτόκολλα ενεργειών που θα διευκολύνει την παραπομπή των ψυχικά πασχόντων και των οικογενειών τους για διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση.
- κινείται στην κατεύθυνση της πρόληψης/αποφυγής της ενδονοσοκομειακής φροντίδας και της ένταξης του ασθενή στην κοινωνική ζωή με τη χρήση εναλλακτικών μοντέλων παρέμβασης: υποστήριξη στο σπίτι από υπηρεσίες της κοινότητας, - outreach (home based support in the community), ημερήσια νοσηλεία, δομές υποστηριζόμενης διαβίωσης κ.α.
- σχεδιάζει ευέλικτα συστήματα υποστηριζόμενης λήψης απόφασης για τις περιόδους που τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας δεν είναι σε θέση αυτοδύναμα να φροντίσουν τις υποθέσεις τους. Σήμερα στη χώρα υπολειτουργεί το σύστημα της δικαστικής συμπαράστασης, το οποίο ουδέποτε εφαρμόστηκε με βάση τις προδιαγραφές του νόμου καθώς η ελληνική πολιτεία δεν προχώρησε στη λειτουργία των προβλεπόμενων υπηρεσιών και παράλληλα πλέον είναι σε αναντιστοιχία με τη Σύμβαση του ΟΗΕ για τα δικαιώματα των ΑμεΑ.
- συνδυάζεται με σαφείς προβλέψεις για τη στελέχωση των υπηρεσιών που δημιουργεί και των υπό ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών με νέες προσλήψεις και όχι με μετακινήσεις υπηρετούντος προσωπικού του ήδη βαριά υποστελεχωμένου ΕΣΥ.
- προβλέπει την συστηματική υποστήριξη των επαγγελματιών ψυχικής υγείας με συνεχή εκπαίδευση και κλινική εποπτεία.
- προβλέπει τη συμμετοχή εκπροσώπων των ληπτών υπηρεσιών και των οικογενειών τους στη διοίκηση του υπό σύσταση Δικτύου.
- αντιμετωπίζει τη θεραπεία της εξάρτησης ολιστικά, από την αρχή της εισαγωγής του εξαρτημένου ατόμου στο σύστημα με σεβασμό στα δικαιώματά του: α. τις επιλογές του στη θεραπεία και την αυτοδιαχείρισή του β. τη μοναδικότητά του και τις ιδιαίτερες ψυχοκοινωνικές ανάγκες του ιδίου και της οικογένειάς του και γ. την προστασία των προσωπικών του δεδομένων.
- θωρακίζει το σύστημα υποστήριξης των εξαρτημένων ατόμων ως Δημόσιο και Δωρεάν, αποσυνδέοντάς το από την ασφαλιστική κατάσταση των εξαρτημένων ατόμων και αποκλείοντας κάθε ιδιωτική πρωτοβουλία (κερδοσκοπική ή μη).
- σέβεται και να ενθαρρύνει τις διαφορετικές προσεγγίσεις στη θεραπεία της εξάρτησης, όπως αυτές έχουν αναπτυχθεί από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, τον ΟΚΑΝΑ και το ΚΕΘΕΑ και να απαιτεί την δημόσια λογοδοσία και την αντικειμενική αξιολόγηση από ανεξάρτητη αρχή.
- δίνει προτεραιότητα στην πρόληψη με παρεμβάσεις στην κοινότητα διατηρώντας και αναπτύσσοντας τα Κέντρα Πρόληψης του ΟΚΑΝΑ και όχι στην ανισομερή ανάπτυξη δομών μείωσης της βλάβης/εποπτευόμενης χρήσης
- θέτει ως στόχο τη θεραπεία όλων των κοινωνικών παραγόντων που οδηγούν στην εξάρτηση δίνοντας σε όλους τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας / θεραπευτικό προσωπικό ισότιμο ρόλο στη διεπιστημονική ομάδα χωρίς να αντιμετωπίζει το εξαρτημένο άτομο ως ασθενή και τη σωματική απεξάρτηση ως κεντρικό ή προαπαιτούμενο στόχο της θεραπείας.

- επενδύει σε θεραπευτικές παρεμβάσεις που αφορούν τις εξαρτήσεις και στοχεύουν στην αντιμετώπιση των αιτίων που οδήγησαν στην εξάρτηση, καθώς και στην οικοδόμηση ενός νέου τρόπου ζωής, απαλλαγμένου από το πρόβλημα.
- ενθαρρύνει την ανάπτυξη εξατομικευμένου πλάνου παρέμβασης και να προβλέπει την υποστήριξη ειδικών ομάδων στόχου (π.χ. εξαρτημένες μητέρες, έφηβοι, κ.α.)
- προβλέπει σε κάθε δράση/δομή/προσέγγιση την ανάγκη για ψυχοκοινωνική πλαισίωση των εξαρτημένων ατόμων και των οικογενειών τους.
- προβλέπει και να εξασφαλίζει την λειτουργική διοικητική διάρθρωση, την επαρκή στελέχωση όλων των υπηρεσιών, τη συνεχή εκπαίδευση και εποπτεία του θεραπευτικού προσωπικού.

Ειδικότερα για την επιστημονική ειδικότητα του κοινωνικού λειτουργού, κάθε νομοθεσία που αφορά στην ψυχική υγεία οφείλει να αντιμετωπίζει τους/τις κοινωνικούς/ές λειτουργούς ως ισότιμους επαγγελματίες ψυχικής υγείας της διεπιστημονικής ομάδας/θεραπευτικού προσωπικού, προβλέποντας:

- σαφή αναγνώριση του θεραπευτικού ρόλου και της ισότιμης συμμετοχής του στη θεραπευτική ομάδα
- ισότιμη πρόσβαση στα επιστημονικά συμβούλια με τους άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.
- συμπερίληψη κοινωνικών λειτουργών σε τμήματα συντονισμού και διαμόρφωσης πολιτικής υγείας.
- ισότιμη πρόσβαση στις θέσεις ευθύνης των τμημάτων και διευθύνσεων
- στελέχωση των υπηρεσιών που θα δημιουργηθούν με προσλήψεις κι όχι μετακινήσεις οργανικών θέσεων υπηρετούντος προσωπικού.