



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

Τμήμα Κοινωνικής & Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

Ευρωπαϊκή Κοινωνική Πολιτική

**Τίτλος: Άστεγοι Με Προβλήματα Ψυχικής Υγείας και
Κοινωνική Πολιτική στην Ελλάδα**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Καραμιχάλη Γεωργία

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Βενιέρης Δημήτρης, Καθηγητής- Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Επιβλέπων

Παπαδοπούλου Δέσποινα, Καθηγήτρια- Πάντειο Πανεπιστήμιο

Κουραχάνης Νικόλαος, Διδάσκων Κοινωνικής Πολιτικής- Πάντειο Πανεπιστήμιο

Κόρινθος, 2019

**«Άστεγοι με Προβλήματα Ψυχικής Υγείας και Κοινωνική Πολιτική
στην Ελλάδα»**

Copyright © Γεωργία Α. Καραμιχάλη, 2019.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας διατριβής, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της διατριβής για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Περιεχόμενα	Σελ.
Ευχαριστίες.....	6
Περίληψη.....	7
Εισαγωγή.....	8
 Α' ΜΕΡΟΣ	
Κεφάλαιο 1: Άστεγοι Ψυχικά Ασθενείς και Κοινωνική Πολιτική	
1.1 Εννοιολογικές αποσαφηνίσεις.....	12
1.1.1 Η έννοια της Κοινωνικής Πολιτικής και του Κοινωνικού Αποκλεισμού.....	12
1.1.2 Έλλειψη στέγης και άστεγοι: Ο ορισμός του προβλήματος.....	15
1.1.3. Αιτιολογικοί παράγοντες της έλλειψης στέγης.....	19
1.2 Άστεγοι και ψυχική υγεία.....	22
1.2.1. Ψυχικές Διαταραχές στους αστέγους.....	23
1.2.2 Άστεγοι Ψυχικά Ασθενείς και Κοινωνικός Αποκλεισμός.....	26
 Κεφάλαιο 2: Πολιτικές πρόληψης και αντιμετώπισης του φαινομένου έλλειψης στέγης στον πληθυσμό των αστέγων με ψυχικά νοσήματα	
Εισαγωγή	29
2.1 Το μοντέλο της κλιμακωτής μετάβασης προς την κατοικία.....	29
2.2. Το μοντέλο με Προτεραιότητα στη Στέγαση.....	30
 Κεφάλαιο 3: Το πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης και η εφαρμογή του στην Ελλάδα	
Εισαγωγή κεφαλαίου.....	34
3.1 Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα.....	34
3.2 Αποασυλοποίηση και Κοινωνική Ένταξη.....	37
3.3 Δομές Υποστήριξης Ψυχικά Ασθενών Αστέγων.....	38

Β' ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 4: Μεθοδολογία της έρευνας

4.1 Εισαγωγή	42
4.2 Η ποιοτική έρευνα.....	43
4.3 Σχεδιασμός της Έρευνας Πεδίου στους Φορείς Ψυχικής Υγείας.....	45
4.4 Καθορισμός ερευνητικού προβλήματος.....	45
4.5 Επιλογή του Ερευνώμενου Πληθυσμού.....	45
4.6 Κατασκευή Ερευνητικών Εργαλείων.....	47
4.6.1 Οδηγός συνέντευξης & θεματικοί άξονες.....	49
4.7 Πρόσβαση στο πεδίο της έρευνας.....	50
4.8 Απομαγνητοφώνηση του διαθέσιμου υλικού και προετοιμασία ομαδοποίησης και επεξεργασίας των δεδομένων.....	51
4.9 Ομαδοποίηση και Επεξεργασία των Δεδομένων.....	52

Κεφάλαιο 5: Παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας

5.1 Ιστορική πορεία των Κοινωνικών Πολιτικών για τους αστέγους με ψυχικά νοσήματα πριν την εμφάνιση της Οικονομικής Κρίσης	
5.1.1 Τα κυριότερα προβλήματα στο χώρο της ψυχικής υγείας πριν την εμφάνιση της Οικονομικής Κρίσης.....	54
5.1.2 Κυριότερες μεταρρυθμίσεις στις πολιτικές για τους Άστεγους με ψυχικά νοσήματα πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης.....	54
5.2 Η Κοινωνική Πολιτική την περίοδο της Κρίσης και οι επιπτώσεις της στους αστέγους με ψυχικά νοσήματα.....	55
5.2.1 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ομάδα αστέγων με ψυχικά νοσήματα.....	55
5.2.2 Κοινωνικές Πολιτικές για αστέγους με προβλήματα ψυχικής υγείας και πως αυτές επηρεάστηκαν από την οικονομική κρίση.....	56
5.2.3 Μηχανισμοί συγκέντρωσης στοιχείων για ψυχικά ασθενείς αστέγους.....	57

5.2.4 Πολιτικές Πρόληψης του προβλήματος απώλειας στέγης για άτομα με ψυχικά νοσήματα και εμπλεκόμενοι φορείς.....	58
5.2.5 Μέτρα επείγουσας διαχείρισης των αστέγων με ψυχικά νοσήματα.....	59
5.2.6 Πολιτικές κοινωνικής ένταξης αστέγων με ψυχικά νοσήματα.....	61
5.2.7 Διαμόρφωση του παρόντος πλαισίου παρεμβάσεων.....	62
5.3 Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα και πρόσβαση των αστέγων με προβλήματα ψυχικής υγείας σε δομές και υπηρεσίες κοινοτικής φροντίδας.....	62
5.3.1 Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και πως αυτή επηρεάζει τους ψυχικά ασθενείς αστέγους.....	63
5.3.2 Πρόσβαση των αστέγων με προβλήματα ψυχικής υγείας σε δομές και υπηρεσίες κοινοτικής φροντίδας.....	65
5.4 Προτάσεις.....	67
Συμπεράσματα.....	70
Βιβλιογραφία.....	74

Παραρτήματα

Οδηγός Συνέντευξης.....	79
Οι συνεντεύξεις με τους φορείς.....	80
Τα αποσπάσματα των συνεντεύξεων.....	81

Ευχαριστίες

Με την παρούσα εργασία ολοκληρώνεται ένας πολύ όμορφος κύκλος γεμάτος γνώση, φιλίες, προσωπική ανάπτυξη και εξέλιξη.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα μου, Καθηγητή κύριο Βενιέρη Δημήτριο για τη βοήθεια, την υποστήριξη και την κατανόηση του από την αρχή μέχρι το τέλος αυτής της προσπάθειας. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την Καθηγήτρια κυρία Παπαδοπούλου Δέσποινα, η οποία αποτέλεσε πηγή έμπνευσης της ενασχόλησής μου με τη συγκεκριμένη θεματολογία. Πολλές ευχαριστίες οφείλω επίσης, στον Νικόλαο Κουραχάνη, Διδάκτωρ Κοινωνικής Πολιτικής, για την πολύτιμη και άκρως σημαντική βοήθειά του, τη καθοδήγηση και τη συνεχή υποστήριξη του καθ' όλη τη διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας και της συγγραφής, η οποία θα ήταν αδύνατο να ολοκληρωθεί χωρίς τη συνεισφορά του.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον φίλο μου Σταύρο Γκατσόπουλο και την αδερφή μου Άρτεμις Καραμιχάλη για την πολύτιμη βοήθειά τους κατά το στάδιο ολοκλήρωσης της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Περίληψη

Η παρούσα διπλωματική εργασία εξετάζει τις πολιτικές αντιμετώπισης έλλειψης στέγης για τον πληθυσμό των αστέγων με ψυχικά νοσήματα. Για τον σκοπό αυτό η εργασία αναπτύσσεται σε δύο διακριτά μέρη: ένα θεωρητικό και ένα εμπειρικό. Στο θεωρητικό μέρος επιχειρείται μία προσπάθεια σύνδεσης της έλλειψης στέγης με την ψυχική υγεία και τους αιτιολογικούς παράγοντες που οδηγούν στο φαινόμενο αυτό. Επιπροσθέτως, παρουσιάζονται τα δύο κυρίαρχα μοντέλα για την πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου έλλειψης στέγης στην Ευρώπη. Τέλος, γίνεται συνοπτική αναφορά στο Πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα και πως αυτό επηρέασε τους αστέγους με ψυχικά νοσήματα. Στο εμπειρικό μέρος παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ποιοτικής έρευνας όπου τα ευρήματα αναδεικνύουν την ολοκληρωτική απουσία πολιτικών για την προστασία του διερευνώμενου πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα, διαφαίνεται η έλλειψη πολιτικών πρόληψης, επείγουσας διαχείρισης και κοινωνικής ένταξης των αστέγων με ψυχικά νοσήματα, αλλά και ο αποκλεισμός τους τόσο από στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης τόσο και από δομές φιλοξενίας αστέγων. Παράλληλα, αποκαλύπτεται η δυσκαμψία του τρέχοντος συστήματος ως προς την ανάληψη ευθύνης μεταξύ των φορέων για θέματα αρμοδιότητας και παροχής υπηρεσιών προς τους αστέγους ψυχικά ασθενείς, γεγονός που οδηγεί σε ένα θεσμικό κενό.

Λέξεις κλειδιά: Κοινωνικός Αποκλεισμός, Έλλειψη Στέγης, Ψυχική Υγεία

This dissertation examines the phenomenon of homelessness combined with mental illnesses. To this end, the research is divided in two intertwined parts, a theoretical and an empirical part. In the theoretical part, an attempt is made to link homelessness with mental health and the causal factors that lead to this phenomenon. In addition, the two dominant models used throughout Europe to tackle homelessness are also being presented. Finally, a brief examination of the Psychiatric Reform Program in Greece and how it has affected the homeless with mental illness is also conducted. The empirical part presents the results of the qualitative research where the findings highlight the total absence of policies to protect the population under examination. More specifically, the research findings indicate a marked shortage of prevention, emergency intervention and social integration policies concerning the

homeless with mental illnesses, as illustrated by their exclusion from both psychosocial rehabilitation as well as homeless housing structures. At the same time, further analysis reveals the rigidity of the current system as regards to the assumption of responsibilities between the authorities involved and the actual provision of services to the homeless with mental illnesses, indicating an institutional gap.

Keywords: Social Exclusion, Homelessness and Housing Exclusion, Mental Health

Εισαγωγή

Αντικείμενο της μεταπτυχιακής εργασίας αποτελεί η προσπάθεια κατανόησης των ακραίων μορφών κοινωνικού αποκλεισμού που υφίσταται η πληθυσμιακή ομάδα των αστέγων με ψυχικά νοσήματα -τα οποία μπορούν να θεωρηθούν τόσο μία συνέπεια όσο και μία αιτία του κοινωνικού αποκλεισμού- αλλά και τους τρόπους που επιδιώκεται η αντιμετώπισή τους μέσω της Κοινωνικής Πολιτικής.

Η έλλειψη στέγης θεωρείται ως η πλέον ακραία εκδήλωση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, οποία επιφέρει δραματικές επιπτώσεις στην κατάσταση του ατόμου σε επίπεδο σωματικό, ψυχικό και κοινωνικό. Εμφανίζεται με διάφορες μορφές και είναι δυνατόν να εκδηλώνεται με το χαρακτήρα επείγουσας, προσωρινής, επεισοδιακής ή και χρόνιας κατάστασης. Το γεγονός αυτό, καθιστά ακόμη δυσκολότερη την ανάπτυξη πολιτικών αντιμετώπισης του τόσο σε επίπεδο πρόληψης, όσο και επείγουσας κοινωνικής παρέμβασης. Πέρα από τα αντικειμενικά εμπόδια υπάρχουν και άλλες παράμετροι που δεν ευνόησαν μέχρι σήμερα μια ολιστική κατανόηση προβλήματος αυτού. Αρχικό εμπόδιο αποτέλεσε η σημαντική καθυστέρηση συστηματικής επιστημονικής ενασχόλησης με το φαινόμενο έλλειψης στέγης, συγκριτικά με άλλα πεδία κοινωνικής πολιτικής.

Στην Ελλάδα, το φαινόμενο της έλλειψης στέγης και των αστέγων εμφανίζεται τα τελευταία έτη ως ένα ιδιαίτερα σοβαρό και διογκούμενο πρόβλημα, καθώς η έννοια του άστεγου, ως μία ευπαθής κοινωνική ομάδα στην οποία θα πρέπει να παρέχεται κοινωνική προστασία, ορίστηκε νομοθετικά μόλις το 2012 με το Νόμο 4052. Ωστόσο, το φαινόμενο έλλειψης στέγης φαίνεται να έχει άμεση σχέση με τις επιπτώσεις της βαθιάς οικονομικής κρίσης και την αύξηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, σε συνδυασμό με τις γενικότερες χρόνιες αδυναμίες του συστήματος κοινωνικής προστασίας. Επιπρόσθετα, στην Ελλάδα έχουν γίνει

ελάχιστες σχετικές μελέτες (ενδεικτικά Sapounakis 1994-2006, Arapoglou 2002, Arapoglou and Gounis 2015, Kourachanis, 2015) αφήνοντας σε μεγάλο βαθμό επιστημονικά αστήρικτο ένα σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα. Ειδικότερα όμως, για το ζήτημα έλλειψης στέγης και ψυχική υγεία, δεν υπάρχουν εμπειρικές μελέτες, με εξαίρεση να αποτελεί η έρευνα της Χονδράκη (2012), όπου η ίδια επιχειρεί μία προσπάθεια σύνδεσης της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας στον πληθυσμό των αστέγων.

Όσον αφορά την ψυχική υγεία στη χώρα μας, μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, αυτό που διαπιστώνεται είναι ότι οι κοινωνικές πολιτικές προσανατολίστηκαν περισσότερο στην αντιμετώπιση και καταπολέμηση της φτώχειας και στη δημιουργία αντίστοιχων προγραμμάτων και δομών. Επίσης, εξαιτίας των προσφυγικών εισροών λίγο αργότερα κύρια προτεραιότητα της Κοινωνικής Πολιτικής αποτέλεσε η αντιμετώπιση του προσφυγικού ζητήματος. Συνεπώς, το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας περιήλθε σε δεύτερη μοίρα. Δεν δόθηκε δηλαδή, προτεραιότητα στην ανάπτυξη πολιτικών στον τομέα της ψυχικής υγείας, εκτός από τις ήδη υπάρχουσες σύμφωνα με το πρόγραμμα Ψυχαργώς.

Η παρούσα εμπειρική διερεύνηση σκοπό έχει τη μελέτη της επάρκειας του συστήματος κοινωνικής προστασίας για την πληθυσμιακή ομάδα των αστέγων που αντιμετωπίζουν χρόνια ψυχικά νοσήματα. Η ύπαρξη ενός δημοσίου λόγου σχετικά με τη δυσκολία ένταξης των ατόμων αυτών σε δομές κοινωνικής φροντίδας και η έλλειψη κατάλληλων κοινωνικών πολιτικών οδήγησε στην ανάγκη για διερεύνηση του συγκεκριμένου ζητήματος. Η αφορμή για το εγχείρημα αυτό προήλθε μέσα από τον ίδιο τον πληθυσμό των ψυχικά ασθενών αστέγων και την ταλαιπωρία που υφίσταται στο σύστημα κοινωνικής προστασίας προκειμένου να εξασφαλιστεί μία στεγαστική λύση. Μέσα από προσωπική διερεύνηση στους φορείς που εμπλέκονται σε θέματα αστέγων, αποδείχθηκε ότι για τους ψυχικά ασθενείς αστέγους ισχύουν διαφορετικά δεδομένα τόσο στο κομμάτι των πολιτικών όσο και το τι συμβαίνει τελικά στην πράξη. Στην προσπάθεια ανεύρεσης στεγαστικής- θεραπευτικής λύσης διαπιστώθηκε ότι το σύστημα κοινωνικής προστασίας για τον πληθυσμό αυτό έχει θεσμικά κενά. Το γεγονός αυτό αποτέλεσε ουσιαστικά και το κυριότερο ερευνητικό ερώτημα που τέθηκε σύμφωνα με τον σκοπό της μελέτης, το οποίο προσπαθεί να αναδείξει την επάρκεια του πλαισίου Κοινωνικής Πολιτικής για τους αστέγους με ψυχικές διαταραχές στην Ελλάδα. Το πλαίσιο των κοινωνικών πολιτικών για τους αστέγους στην Ελλάδα είναι αρκετά υπολειμματικό και βασίζεται σε μέτρα έκτακτης

ανάγκης για την αντιμετώπιση του φαινομένου έλλειψης στέγης. Τι συμβαίνει όμως για τον πληθυσμό των αστέγων με ψυχικά νοσήματα;

Το ερώτημα αυτό αποτελεί την αφορμή για τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας, τα οποία συνοψίζονται στις βασικές πολιτικές προστασίας των ψυχικά ασθενών αστέγων, την επιρροή της οικονομικής κρίσης στο φαινόμενο έλλειψης στέγης και ψυχικής νόσου και πως αυτή επηρέασε τις πολιτικές αντιμετώπισής του.

Αναλυτικότερα, το ερώτημα που τίθεται για τις βασικές πολιτικές προστασίας των αστέγων με ψυχικά νοσήματα, έχει ως στόχο τη διεξοδική σκιαγράφηση των κοινωνικών πολιτικών γύρω από τον προβληματισμό της έρευνας. Ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη των πολιτικών πρόληψης, τα μέτρα επείγουσας διαχείρισης και των πολιτικών κοινωνικής ένταξης για τους ψυχικά ασθενείς αστέγους στη χώρα μας και πως επηρεάστηκαν από την οικονομική κρίση. Μέσα από τη διεξοδική διερεύνηση των παραπάνω πολιτικών, οι οποίες αποτελούν και βασικό κορμό ενός συστήματος κοινωνικής προστασίας, δίνεται η δυνατότητα απόκτησης μιας σφαιρικής εικόνας γύρω από το διερευνώμενο ζήτημα.

Σχετικά με το ερώτημα που τίθεται για την επιρροή της κρίσης στο φαινόμενο έλλειψης στέγης και ψυχικής νόσου, η μελέτη προσανατολίζεται στη συσχέτιση της οικονομικής κρίσης με την ψυχική υγεία των αστέγων. Πιο συγκεκριμένα, αυτό που παρουσιάζει ενδιαφέρον διερεύνησης είναι αν υπήρξε αύξηση του πληθυσμού των ψυχικά ασθενών αστέγων κατά τη διάρκεια της κρίσης ή αν εξαιτίας της κρίσης υπήρξαν αρνητικές μεταβολές στην ψυχική υγεία των αστέγων.

Το τελευταίο ερευνητικό ερώτημα σχετίζεται με την επιρροή της κρίσης στις πολιτικές για την αντιμετώπιση του φαινομένου. Η αρχική τοποθέτηση αφορούσε την ύπαρξη εστιασμένων πολιτικών για τον πληθυσμό που μελετά η έρευνα και στη συνέχεια γεννήθηκε ο προβληματισμός σχετικά με την επιρροή των πολιτικών αυτών από την οικονομική κρίση. Η ανάγκη ύπαρξης πολιτικών αντιμετώπισης του φαινομένου έλλειψης στέγης στον πληθυσμό των αστέγων με ψυχικά νοσήματα αποτελεί ίσως το σημαντικότερο μέρος ενός ολοκληρωμένου συστήματος κοινωνικής προστασίας. Το συγκεκριμένο ερευνητικό ερώτημα είναι άμεσα συνδεδεμένο με τα υπόλοιπα που αναφέρθηκαν παραπάνω και θεωρείται απόρροια αυτών, καθώς είναι αλληλένδετα μεταξύ τους. Η ύπαρξη και η επάρκεια ενός πλαισίου Κοινωνικής Πολιτικής για τους αστέγους με ψυχικές διαταραχές στην Ελλάδα, οδηγεί στην ύπαρξη βασικών πολιτικών προστασίας του πληθυσμού αυτού, όπου τα δύο αυτά

οδηγούν σε πολιτικές αντιμετώπισης του φαινομένου γενικότερα. Όταν όμως δεν υπάρχει τίποτα από όλα αυτά; Με τον προβληματισμό αυτό θα ασχοληθεί η παρούσα εμπειρική διερεύνηση.

Η εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη: το θεωρητικό και το εμπειρικό μέρος. Στο θεωρητικό μέρος και συγκεκριμένα στο πρώτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται οι εννοιολογικοί προσδιορισμοί της Κοινωνικής Πολιτικής και του Κοινωνικού Αποκλεισμού. Επιδιώκεται επίσης, ο ορισμός και η κατανόηση της έλλειψης στέγης ως κοινωνικού φαινομένου, οι αιτιολογικοί παράγοντες που οδηγούν σε αυτό και η σύνδεσή του με την ψυχική υγεία. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα δύο κυρίαρχα μοντέλα σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης για την αντιμετώπιση του φαινομένου έλλειψης στέγης. Στο τρίτο και τελευταίο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους πραγματοποιείται αναφορά στο πρόγραμμα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, στην έννοια της αποασυλοποίησης και την κοινωνική ένταξη. Στο τελευταίο μέρος του κεφαλαίου, γίνεται μία συνοπτική αναφορά στις διαθέσιμες στεγαστικές δομές για τους αστέγους με προβλήματα ψυχικής νοσήματα.

Στο εμπειρικό μέρος της εργασίας παρουσιάζονται η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε και τα ευρήματα της έρευνας. Η επιλογή της ποιοτικής μεθόδου κρίθηκε καταλληλότερη για τη διερεύνηση του ερευνητικού προβλήματος σχετικά με την ύπαρξη θεσμικού πλαισίου και κοινωνικών πολιτικών για την πληθυσμιακή ομάδα των αστέγων που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας. Η έρευνα επικεντρώθηκε στο ρόλο των φορέων που εμπλέκονται με τον πληθυσμό αυτό. Βασικές διαστάσεις της αφορούν τα χαρακτηριστικά της κοινωνικής πολιτικής για τους άστεγους με ψυχικά νοσήματα, τα προβλήματα στην άσκηση των πολιτικών, τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι άστεγοι στην πρόσβαση τους στις κοινωνικές υπηρεσίες και στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, καθώς επίσης και στις στεγαστικές δομές.

Η εμπειρική έρευνα βασίστηκε σε πρωτογενή δεδομένα που παράχθηκαν μέσα από το εργαλείο της συνέντευξης σε φορείς, δημόσιους και ιδιωτικούς, άμεσα εμπλεκόμενους στο ζήτημα των ψυχικά ασθενών αστέγων. Ειδικότερα, πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις σε στελέχη του κρατικού μηχανισμού και σε φορείς στον τομέα της ψυχικής υγείας. Δεν υπήρξαν προβλήματα και ιδιαίτερες δυσκολίες κατά την διάρκεια υλοποίησης της έρευνας με εξαίρεση να αποτελούν χρονικές καθυστερήσεις σε κρατικούς φορείς εξαιτίας της προαπαιτούμενης έγκρισης.

Α' Μέρος

1^ο Κεφάλαιο

Άστεγοι Ψυχικά Ασθενείς και Κοινωνική Πολιτική

1.1 Εννοιολογικές αποσαφηνίσεις

1.1.1 Η έννοια της Κοινωνικής Πολιτικής και του Κοινωνικού Αποκλεισμού

Στην προσπάθεια ορισμού της έννοιας της Κοινωνικής Πολιτικής εντοπίζονται δύο σταθερές. Η πρώτη ορίζει την Κοινωνική Πολιτική ως μία σχεδιασμένη κυβερνητική παρέμβαση προκειμένου να αναδιανείμει πόρους και να επηρεάσει την ευημερία με γνώμονα την κοινωνική δικαιοσύνη. Στην δεύτερη περίπτωση, η Κοινωνική Πολιτική προσδιορίζεται από ένα οργανωμένο φάσμα αλληλένδετων θεσμών και πολιτικών που επιδρούν θετικά στην ευημερία των πολιτών. Θεσμών, όπως η οικογένεια, η κοινότητα, το κράτος, η αγορά, οι κοινωνικές υπηρεσίες κα., αλλά και πολιτικών που περιλαμβάνουν όλες τις μορφές διανομής της ευημερίας για τη συλλογική κάλυψη των κοινωνικών αναγκών (Βενιέρης, 2015).

Η Κοινωνική Πολιτική αναπόφευκτα εμπλέκεται με το πλήρες φάσμα των πολιτικών και των συμπεριφορών που επιδρούν στις ανισότητες που υπάρχουν στην κοινωνία μας. Δεν ενδιαφέρεται απλώς και μόνο για τα συμπτώματα της κοινωνικής παθογένειας και την ανακούφισή τους. Εμβαθύνει, αναλύει, προκειμένου να κατανοήσει τα αίτια και να συνθέσει τη δράση για διαρθρωτική άμβλυνση των συμπτωμάτων. Η αναζήτηση της ρίζας της κοινωνικής ανισότητας βρίσκεται στον πυρήνα του προβληματισμού της Κοινωνικής Πολιτικής και συνδέεται με αυτή καθαυτή την αναζήτηση της έννοιας της ισότητας (Βενιέρης, 2013).

Πολλές φορές ωστόσο το τι επιδιώκει η Κοινωνική Πολιτική δεν συνδέεται απαραίτητα και με το τι επιτυγχάνει. Υπάρχουν αμέτρητες ενδογενείς και εξωγενείς πιέσεις που είναι αδύνατη μία συνεπής κοινωνική έκβαση σε σχέση με τις αρχικές στοχεύσεις (Blakemore, 1998). Στο πεδίο διαμόρφωσης δημόσιων πολιτικών δεν είναι πάντα σωστό να υποθέτουμε ότι οι πραγματικές επιπτώσεις είναι ενδεικτικές των αρχικών υποθέσεων (Parsons, 1995), ειδικά όταν δεν συνδυάζονται αρμονικά μεταξύ τους και δεν είναι αμοιβαία υποστηρικτικές (Hill, 1997). Οι σκοποί δηλαδή, τους οποίους υπηρετούν από τη μία συνδέονται με έννοιες αμφιλεγόμενες και διαφορούμενες και από την άλλη οι αρχές της σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής είναι

πιο πιθανό να αντιφάσκουν παρά να συγκλίνουν στην επιδίωξη των στόχων (Βενιέρης, 2013).

Τα πεδία και τα μέσα υλοποίησης της κοινωνικής πολιτικής στο πραγματικό κόσμο ποικίλουν. Η Κοινωνική Πολιτική παρεμβαίνει σε ένα ευρύ φάσμα πεδίων με διαφορετικούς τρόπους υλοποίησης, όπου τα κυριότερα από αυτά είναι η κοινωνική ασφάλεια, η υγεία, η στέγαση, η εκπαίδευση, η απασχόληση, η μετανάστευση κ.α. Τα πεδία αυτά αποτελούν τον μεγαλύτερο κορμό της κοινωνικής πολιτικής κάθε κοινωνίας και αποσκοπούν στην πρόληψη και αντιμετώπιση ενός μεγάλου φάσματος κοινωνικών κινδύνων (Κουραχάνης, 2015).

Για παράδειγμα, η εξασφάλιση αξιοπρεπούς και ασφαλούς στέγης αυτόνομης διαβίωσης είναι μια θεμελιώδης ανθρώπινη ανάγκη, η απουσία της οποίας συνιστά ένα σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα. Η Κοινωνική Πολιτική οφείλει να κατανοήσει το πρόβλημα αυτό και οι κοινωνικές πολιτικές να το αντιμετωπίσουν. Η Κοινωνική Πολιτική, από τη μια πλευρά, καλείται να εμπεδώσει τις διαστάσεις του, να ερμηνεύσει τους παράγοντες εμφάνισης του και να επισημάνει τις αξίες εκείνες που συνηγορούν στην εξασφάλιση αξιοπρεπούς κατοικίας για όλους. Οι κοινωνικές πολιτικές, από την άλλη πλευρά, καλούνται να σχεδιάσουν, να οργανώσουν και να αναδιανεύουν πόρους προς αυτή την κοινωνική παρέμβαση. Επίσης, έχουν ως στόχο την διαχείριση προγραμμάτων και την υλοποίηση δράσεων που θα απευθύνονται προς την ομάδα – στόχο των πολιτών οι οποίοι αντιμετωπίζουν κίνδυνο στεγαστικού αποκλεισμού ή είναι ήδη άστεγοι, με σκοπό την επανένταξη τους όχι μόνο στην κατοικία, αλλά, και ευρύτερα στο κοινωνικό σύνολο (Κουραχάνης, 2015).

Για τους περισσότερους αναλυτές η αναμφισβήτητη ύπαρξη αναγκών θεωρείται ως η κυριότερη αντικειμενική αιτία για την ανάπτυξη της Κοινωνικής Πολιτικής. Η ικανοποίηση των βασικών αναγκών θεωρείται κρίσιμη για την αποφυγή θεμελιωδών κοινωνικών και ατομικών διαταραχών (Doyal & Gough, 1990). Η αποστέρηση από βασικές ανθρώπινες ανάγκες για διατροφή, υγεία, κατοικία, εκπαίδευση, εργασία οδηγεί σε Κοινωνικό Αποκλεισμό. Οι άνθρωποι ουσιαστικά που έχουν τις μεγαλύτερες ανάγκες, όπως η ομάδα στόχου που μελετά η παρούσα εργασία, έχουν συγκριτικά με τους υπόλοιπους τις μικρότερες πιθανότητες να τις καλύψουν και τις μεγαλύτερες πιθανότητες κοινωνικού αποκλεισμού (Βενιέρης, 2013).

Οι ορισμοί που δίνονται στο αποκλεισμό κάθε φορά ποικίλλουν και εξαρτώνται από το συγκεκριμένο κοινωνικο-πολιτικό πλαίσιο μέσα στο οποίο χρησιμοποιούνται. Οι περισσότεροι όμως από αυτούς, σε κάποιο βαθμό, εμπεριέχουν ορισμένα ή όλα από τα παρακάτω στοιχεία. Τη διάσταση της μειονεξίας ατόμων, ομάδων ή γεωγραφικών περιοχών αναφορικά με συγκεκριμένα πρότυπα κοινωνικής, πολιτικής και οικονομικής δραστηριότητας, τις διαδικασίες μέσω των οποίων αναδύεται η μειονεξία και τις συνέπειες που αυτή επιφέρει στα κοινωνικά υποκείμενα, με την έννοια της παρεμπόδισης από το να μπορούν να ασκούν βασικά δικαιώματα και να απολαμβάνουν αγαθά που τους εξασφαλίζουν ένα ελάχιστο αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης. Επιπροσθέτως, τονίζονται η πολλαπλότητα των παραγόντων που συνδέονται με τον κοινωνικό αποκλεισμό, η πολυδιάστατη και δυναμική του φύση, καθώς και το ζήτημα των πολιτικών για την καταπολέμησή του (Οικονόμου & Φερόνας, 2006).

Η έννοια του Κοινωνικού Αποκλεισμού λοιπόν, συνδέεται με μια βαθύτερη, πιο ολοκληρωμένη και πολυεπίπεδη προσέγγιση της φτώχειας που παρατηρείται στις σύγχρονες κοινωνίες. Ο όρος χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη δυσχερή κατάσταση των ανθρώπων οι οποίοι αδυνατούν να συμμετάσχουν πλήρως στην κοινωνία ή την αγορά εργασίας και παραπέμπει πρωτίστως σε ανισότητα πρόσβασης, ευκαιριών και δικαιωμάτων. Με άλλα λόγια αδυνατούν να εκπληρώσουν τις στοιχειώδεις προϋποθέσεις για ουσιαστική κοινωνική συμμετοχή (Miller, 1999a:7-8 & Παπαδοπούλου & Κουραχάνης, 2017).

Συχνά η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού όχι μόνο συνδέεται αλλά και ταυτίζεται με την έννοια της φτώχειας, αλλά η φύση της σύνδεσης αυτής δεν είναι ξεκάθαρη. Έτσι σήμερα, έχει γίνει αποδεκτό ότι η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός αποτελούν αναλυτικά ξεχωριστές έννοιες με τη φτώχεια να επικεντρώνεται σε ζητήματα αναδιανομής πόρων και κυρίως του εισοδήματος και την έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού να επικεντρώνεται σε ζητήματα κυρίως κοινωνικής συμμετοχής και κοινωνικής ενσωμάτωσης (Walker & Walker, 1997).

Οι διαφορετικές μορφές του αποκλεισμού κατά κύριο λόγο απειλούν την κοινωνική συνοχή και διασπών τον κοινωνικό ιστό. Αυτό που θα μπορούσε να λειτουργήσει ενάντια στην εξάπλωση του αποκλεισμού είναι η ενδυνάμωση του κοινωνικού δεσμού και της κοινωνικής αλληλεγγύης των σύγχρονων κοινωνιών. Με άλλα λόγια, ο κοινωνικός δεσμός προστατεύει την κοινωνία από φαινόμενα αποκλεισμού. Το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού είναι άμεσα συνδεδεμένο

με την κρίση των κοινωνικών δεσμών και ειδικά των οικογενειακών σχέσεων. Πολλές φορές για να κατανοηθεί η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού δεν αρκεί η προσέγγιση της οποιασδήποτε μορφής ανισότητας, για παράδειγμα ανεργία, έλλειψη οικονομικών πόρων ή φτώχεια. Οι έρευνες έδειξαν ότι άτομα ευρισκόμενα σε κατάσταση φτώχειας, χωρίς εισοδήματα και εργασία, βρίσκονταν εντός του κοινωνικού ιστού λόγω των ισχυρών δεσμών που είχαν αναπτύξει, συγκριτικά με άλλα άτομα που ενώ μπορεί να ανήκαν σε κάποιο επαγγελματικό περιβάλλον, ήταν περιθωριοποιημένα και έτειναν στον αποκλεισμό, εξαιτίας της έλλειψης υποστηρικτικού πλαισίου και κοινωνικών σχέσεων (Παπαδοπούλου & Κουραχάνης, 2017).

Ο πολυδιάστατος χαρακτήρας της έννοιας συνίσταται στη συνύπαρξη διαφορετικών μορφών αποκλεισμού όπως η ελλιπής πρόσβαση σε υπηρεσίες και αγαθά, η κοινωνική απομόνωση και οι ανισότητες σε διάφορα επίπεδα (Sousa, Galante, Batel & Hespanha, 2003). Στο πνεύμα αυτό κινούνται και οι Walker A. & Walker C (1997), οι οποίοι τονίζουν τη διάσταση του αποκλεισμού ως διαδικασία αποκοπής από όλα τα κοινωνικά, πολιτικά και πολιτισμικά συστήματα που καθορίζουν την ενσωμάτωση του ατόμου στην κοινωνία. Ο κοινωνικός αποκλεισμός στην πράξη εκδηλώνεται εκεί που δεν υπάρχουν δικαιώματα ή και όταν υπάρχουν είναι αδύνατη η πρόσβαση σε αυτά. Το φαινόμενο των αστέγων και ιδιαίτερα των ψυχικά ασθενών και της έλλειψης στέγης γενικότερα, αποτελεί μία ακραία μορφή συσσωρευμένων ανισοτήτων, όχι μόνο στεγαστικών αλλά πολλαπλών, για παράδειγμα στην εργασία, στους κοινωνικούς δεσμούς, στην εκπαίδευση, στην οικογένεια, όπως επίσης αποτελεί συγκυρία καταστρατήγησης βασικών δικαιωμάτων του ανθρώπου (Παπαδοπούλου & Κουραχάνης, 2017).

1.1.2 Έλλειψης στέγης και άστεγοι: Ο ορισμός του προβλήματος

Προηγουμένως έγινε αναφορά στον όρο άστεγος, στον όρο έλλειψη στέγης. Ποιος είναι όμως ο άστεγος ή διαφορετικά το φαινόμενο έλλειψης στέγης; Πως ορίζεται και ποια είναι τα αίτια του φαινομένου αυτού; Με τις απαντήσεις των ερωτημάτων αυτών θα ασχοληθούμε στις παρακάτω γραμμές.

Η έλλειψη στέγης αποτελεί ένα δυναμικό και πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο οδηγεί σε μια κατάσταση ακραίου κοινωνικού αποκλεισμού. Η έλλειψη στέγης συνιστά την πιο ακραία και ορατή μορφή προβλημάτων στέγασης. Η περιπλοκότητα όμως του φαινομένου αυτού έχει ως συνέπεια την απουσία ενός κοινά αποδεκτού ορισμού σε διεθνές επίπεδο.

Ο ορισμός που φαίνεται να υιοθετεί η Ευρωπαϊκή Ένωση είναι η Ευρωπαϊκή Τυπολογία για τους Άστεγους και τον Στεγαστικό Αποκλεισμό (ETHOS) της FEANTSA. Η τυπολογία ETHOS δημιουργήθηκε το 2005 με στόχο να επιτύχει την απόδοση ενός λειτουργικού και περιεκτικού ορισμού για το φαινόμενο της έλλειψης στέγης. Σκοπός της είναι να συμβάλλει στη βελτίωση της κατανόησης και της μέτρησης των ανθρώπων που πλήττονται από στεγαστικό αποκλεισμό στην Ευρώπη. Επιπροσθέτως, στοχεύει στην παραγωγή μιας κοινής ορολογίας και διεθνούς επικοινωνίας για την ανταλλαγή απόψεων. Η τυπολογία αυτή φαίνεται να προσεγγίζει με μεγαλύτερη πληρότητα και διευρυμένη αντίληψη την έννοια της έλλειψης στέγης και του άστεγου και διακρίνει τέσσερις βασικές λειτουργικές κατηγορίες:

1. Άστεγοι στο δρόμο (άνθρωποι που ζουν στο δρόμο, άνθρωποι που διαμένουν σε χώρους για επείγουσες περιπτώσεις).
2. Άνθρωποι στερούμενοι κατοικίας (διαμένοντες σε ξενώνες για αστέγους, διαμένουσες σε ξενώνες γυναικών, άνθρωποι που διαμένουν σε κέντρα για μετανάστες πρόσφυγες, άνθρωποι που φεύγουν από ιδρύματα, άνθρωποι που λαμβάνουν μακροχρόνια υποστήριξη).
3. Άνθρωποι που ζουν σε επισφαλείς συνθήκες στέγασης (άνθρωποι που ζουν σε επισφαλή κατοικία, άνθρωποι που ζουν υπό την απειλή έξωσης, άνθρωποι που ζουν υπό την απειλή βίας).
4. Άνθρωποι που ζουν σε ανεπαρκή ακατάλληλα καταλύματα (άνθρωποι που ζουν σε προσωρινά ακατάλληλα καταλύματα, άνθρωποι που ζουν σε ακατάλληλα καταλύματα, διαμένοντες με υπερβολικά μεγάλο αριθμό άλλων ανθρώπων στον ίδιο χώρο).

Κατά συνέπεια η τυπολογία ETHOS κατατάσσει τους ανθρώπους που είναι άστεγοι σύμφωνα με τις συνθήκες διαβίωσης και στέγασης: Οι 4 αυτές βασικές εννοιολογικές κατηγορίες χωρίζονται σε 13 υποκατηγορίες σύμφωνα με επιμέρους λειτουργικούς ορισμούς, ώστε να μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την καταγραφή και την χαρτογράφηση του προβλήματος, την εξέλιξη και παρακολούθηση του φαινομένου και την αξιολόγησή του. Οι υποκατηγορίες αυτές παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα (FEANTSA, 2006).

Πίνακας 1: Η Τυπολογία ETHOS της FEANTSA

	Λειτουργικός Ορισμός	Συνθήκες Διαβίωσης	Γενικοί Προσδιορισμοί Όρων Κατοικίας			
Εννοιολογική Κατηγορία	ΑΣΤΕΓΟΙ ΣΤΟ ΔΡΟΜΟ	1	Άνθρωποι που ζουν στο δρόμο	1.1	Διαμονή σε δημόσιους χώρους ή εξωτερικούς χώρους	Διαμονή στο δρόμο ή σε δημόσιους χώρους, χωρίς το κατάλυμα να μπορεί να θεωρηθεί τόπος κατοικίας
		2	Διαμονή σε χώρους για επείγουσες περιπτώσεις	2.1	Διανυκτέρευση σε ξενώνες ύπνου	Άνθρωποι χωρίς σταθερό τόπο διαμονής, που χρησιμοποιούν για διανυκτέρευση υποβαθμισμένα καταλύματα.
	ΣΤΕΡΕΩΜΕΝΟΙ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	3	Διαμονή σε ξενώνες για αστέγους	3.1	Διαμονή σε ξενώνα για άστεγους	Ο χρόνος παραμονής ορίζεται να είναι σύντομος*
			3.2	Προσωρινή παραμονή σε ξενώνα για άστεγους		
			3.3	Υποστηριζόμενη διαμονή σε μεταβατικό στάδιο		
		4	Φιλοξενία σε ξενώνες γυναικών	4.1	Διαμονή σε ξενώνες για γυναίκες	Σύντομη* φιλοξενία γυναικών, που έχουν βιώσει ενδο-οικογενειακή βία.
		5	Διαμονή σε κέντρα για μετανάστες πρόσφυγες	5.1	Προσωρινή φιλοξενία σε κέντρα υποδοχής για αιτούντες άσυλο	Βραχυχρόνια φιλοξενία σε χώρους υποδοχής λόγω νομικής εκκρεμότητας.
				5.2	Προσωρινή φιλοξενία για μετανάστες	
		6	Πρόσωπα που φεύγουν από ιδρύματα	6.1	Εξιτήριο από σωφρονιστικά καταστήματα – Αποφυλακισμένοι	Δεν υπάρχει άλλη κατοικία πριν την αποφυλάκιση Παράταση της νοσηλείας λόγω της έλλειψης στέγης
	6.2			Εξιτήριο από Ψυχιατρεία και άλλα Νοσοκομεία η αποφοίτηση από Θεραπευτικά προγράμματα για χρήση ουσιών		
	7	Πρόσωπα που λαμβάνουν μακροχρόνια υποστήριξη	6.3	Λήξη φιλοξενίας σε ιδρύματα Παιδικής Προστασίας /στέγες ανηλίκων	Δεν πιστοποιείται η ύπαρξη κατοικίας (με την συμπλήρωση των 18 χρόνων)	
			7.1	Στεγαστική φροντίδα για ηλικιωμένους αστέγους	Διαμονή μακράς διάρκειας* και παροχή φροντίδας για πρώην αστέγους	
	7.2	Υποστηριζόμενη διαμονή για πρώην αστέγους				
ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΠΟΥ ΖΟΥΝ ΣΕ ΕΠΙΣΦΑΛΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΣΤΕΓΑΣΗΣ	8	Άνθρωποι που ζουν σε επισφαλή κατοικία	8.1	Προσωρινή φιλοξενία σε συγγενείς ή φίλους (από ανάγκη)	Προσωρινή διαμονή σε συμβατική κατοικία αλλά όχι σε κανονική και μόνιμη λόγω έλλειψης στέγης Διαμονή χωρίς νόμιμη ενοικίαση –παράνομη κατάληψη Καταπάτηση γης χωρίς νόμιμα δικαιώματα	
			8.2	Διαμονή σε καθεστώς παράνομης ή παράτυπης υπενοικίασης		
			8.3	Παράνομη καταπάτηση γης (για στεγαστικό σκοπό)		
9	Άνθρωποι που ζουν υπό την απειλή εξώσης	9.1	Αναγκαστική εξώση με δικαστική εντολή από ενοικιαζόμενη κατοικία	Όπου εντολές για εξώση είναι σε ισχύ		
		9.2	Εντολή κατάσχεσης ιδιόκτητης κατοικίας	Όπου υπάρχει δικαστική εντολή για κατάσχεση		
10	Πρόσωπα που ζουν υπό την απειλή βίας	10.1	Διαμονή στην οικογενειακή εστία με καταγραμμένα από την αστυνομία περιστατικά βίας	Όταν η αστυνομία λαμβάνει μέτρα για να εξασφαλίσει ασφαλή διαμονή σε θύματα ενδοοικογενειακής βίας		
ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΠΟΥ ΔΙΑΒΙΟΥΝ ΣΕ ΑΝΕΠΑΡΚΗ – ΑΚΑΤΑΛΛΗΛΑ ΚΑΤΑΛΥΜΑΤΑ	11	Άνθρωποι που ζουν σε προσωρινά ή πρόχειρα καταλύματα	11.1	Τροχόσπιτα – Αυτοκίνητα	Δεν προορίζονται για μόνιμη διαμονή Αυτοσχέδιες κατασκευές, παραπήγματα ή παράγκες Ημι-μόνιμες κατασκευές, λυόμενα ή containers	
			11.2	Μη συμβατικές κατασκευές		
			11.3	Προσωρινές κατασκευές		
12	Άνθρωποι που ζουν σε ακατάλληλα καταλύματα	12.1	Κατελημμένα κτίρια ακατάλληλα για κατοίκηση	Χώροι που θεωρούνται ακατάλληλοι για κατοίκηση σύμφωνα με την υπάρχουσα νομοθεσία		
13	Διαμονή υπερβολικά μεγάλου αριθμού ανθρώπων στον ίδιο χώρο	13.1	Υπέρβαση του ανώτατου επιτρεπτού ορίου συνωστισμού σε κατοικία	Υπέρβαση του ανώτατου επιτρεπτού εθνικού ορίου ανθρώπων ανά χρησιμοποιούμενο δωμάτιο ή επιφάνεια κατοικίας ανά άτομο.		

Σημείωση: Ως διαμονή σύντομης διάρκειας ορίζεται χρόνος λιγότερος του έτους
 Ως διαμονή μακράς διάρκειας ορίζεται χρόνος πέραν του έτους
 Αυτός ο ορισμός είναι συμβατός με τους ορισμούς των απογραφών, όπως συνιστώνται στην Έκθεση του 2006 της UNECE / EUROSTAT

Όπως φαίνεται στον παραπάνω πίνακα, η τυπολογία του ETHOS είναι αρκετά εκτεταμένη και περιλαμβάνει σχεδόν όλους τους τύπους έλλειψης στέγης, αυτό είναι και το μεγάλο της πλεονέκτημα. Ως άστεγοι λοιπόν δεν ορίζονται μόνο οι άνθρωποι που ζουν στο δρόμο ή σε δομές φιλοξενίας, αλλά και αυτοί που ζουν σε ακατάλληλες

στεγαστικές συνθήκες ή απειλούνται από στεγαστικό αποκλεισμό (Κουραχάνης, 2017)

Παρά την απήχηση που γνώρισε ο ορισμός της ETHOS, δέχτηκε αρκετές κριτικές σε διάφορα επίπεδα, όπως η αυθαίρετη η σύνδεση των αστέγων με όσους δεν είναι άστεγοι και κινδυνεύουν από απώλεια στέγης. Το κυριότερο αδιέξοδο στην κριτική που ασκήθηκε αφορά τον κατακερματισμό και την πολυδιάσπαση των εθνικών πολιτικών των κρατών μελών, καθώς δεν υπάρχει σύγκλιση όλων των κατηγοριών που περιγράφει η ETHOS. Αυτή η εστία παρεξηγήσεων ήταν η αιτία έκδοσης από την FEANTSA και μιας δεύτερης, συρρικνωμένης, εκδοχής της τυπολογίας την “ETHOS light”. Ωστόσο, παρά τις όποιες κριτικές που ασκήθηκαν, η τυπολογία ETHOS αποτελεί ένα εξαιρετικά ευρύ εργαλείο ταξινόμησης το οποίο τυγχάνει μεγάλης αποδοχής από τα κράτη και φορείς της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Με την ETHOS καθίσταται εφικτή η δυνατότητα σύγκρισης διαφορετικών μορφών έλλειψης στέγης, καθώς και η καλύτερη κατανόηση των πολλών προσώπων του φαινομένου (Κουραχάνης, 2017).

Πίνακας 2: Η τυπολογία ETHOS Light της FEANTSA

OPERATIONAL CATEGORY		LIVING SITUATION		DEFINITION
1	People living rough	1	Public spaces / external spaces	Living in the streets or public spaces without a shelter that can be defined as living quarters
2	People in emergency accommodation	2	Overnight shelters	People with no place of usual residence who move frequently between various types of accommodation
3	People living in accommodation for the homeless	3	Homeless hostels	Where the period of stay is time-limited and no long-term housing is provided
		4	Temporary accommodation	
		5	Transitional supported accommodation	
4	People living in institutions	6	Women's shelters or refuge accommodation	Stay longer than needed due to lack of housing No housing available prior to release
		7	Health care institutions	
5	People living in non-conventional dwellings due to lack of housing	8	Penal institutions	Where the accommodation is used due to a lack of housing and is not the person's usual place of residence
		9	Mobile homes	
		10	Non-conventional buildings	
6	Homeless people living temporarily in conventional housing with family and friends (due to lack of housing)	11	Temporary structures	Where the accommodation is used due to a lack of housing and is not the person's usual place of residence
		12	Conventional housing, but not the person's usual place of residence	

(FEANTSA, 2007)

1.1.3 Αιτιολογικοί παράγοντες της έλλειψης στέγης

Το πρόβλημα της έλλειψης στέγης και των αστέγων προσεγγίζεται αιτιολογικά ως το αποτέλεσμα πολλαπλών παραγόντων κινδύνου, σε μικρο και μακρο-επίπεδο, που αφορούν στο άτομο, στο περιβάλλον και στις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες (Edgar, 2009). Ειδικότερα, η έλλειψη στέγης και η συνθήκη του άστεγου θεωρείται το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης πολλαπλών κοινωνικών και ατομικών παραγόντων (Ασημόπουλος, et al, 2015).

Οι κοινωνικοί αιτιολογικοί παράγοντες του προβλήματος της έλλειψης στέγης και των αστέγων συμπεριλαμβάνουν: Τη φτώχεια, την ανεργία, την απώλεια των δικαιωμάτων και παροχών κοινωνικής πρόνοιας και υγείας και τον περιορισμό των

αντίστοιχων υπηρεσιών, τον κοινωνικό αποκλεισμό, τις διακρίσεις, τον αποϊδρυματισμό και τη μετανάστευση.

Ειδικότερα, η φτώχεια είναι παράγοντας, σύμφωνα με πολλές έρευνες (NCH, 2007), που συνδέεται άμεσα με την κατάσταση της έλλειψης στέγης και την αύξηση του αριθμού των αστέγων. Οι άνθρωποι κάτω από τα όρια της φτώχειας και σε κατάσταση απόλυτης ένδειας αδυνατούν να αντιμετωπίσουν τις βασικές τους ανάγκες για τροφή και στέγαση. Ειδικότερα, στην Ελλάδα η φτώχεια έχει αυξηθεί σημαντικά την περίοδο της οικονομικής κρίσης (Ασημόπουλος, et al, 2015).

Η ανεργία επίσης, είναι μία από τις σημαντικότερες αιτίες της έλλειψης στέγης και της αύξησης του αριθμού των αστέγων (NCH, 2007). Οι άστεγοι παραμένουν σε μεγάλα ποσοστά άνεργοι ή περιστασιακά εργαζόμενοι, ενώ είναι γνωστό ότι η ανεργία και η εργασιακή ανασφάλεια αποτελούν παράγοντες κινδύνου απώλειας στέγης (Ασημόπουλος, et al, 2015).

Ο περιορισμός των παροχών κοινωνικής πρόνοιας και των υπηρεσιών υγείας σε συνδυασμό με την απώλεια των δικαιωμάτων κοινωνικής ασφάλειας και ασφάλισης υγείας είναι παράγοντες που ενισχύουν το φαινόμενο των αστέγων (ICP, 2001, NHCHC, 2008). Ο αποκλεισμός από την κατοικία συνιστά την πιο κρίσιμη έκφραση κοινωνικού αποκλεισμού, καθώς οι συνθήκες διαβίωσης που αυτός συνεπάγεται δεν μπορούν παρά να οδηγήσουν στον αποκλεισμό από την εκπαίδευση και την εργασία. Οι άστεγοι, επιπρόσθετα του βασικού τους προβλήματος, βιώνουν και ακραίο κοινωνικό στιγματισμό που με τη σειρά του οδηγεί σε διακρίσεις στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας, στην εκπαίδευση, την εργασία και την κοινωνική προστασία καθώς και στον κίνδυνο της παραβίασης των δικαιωμάτων τους (Ασημόπουλος, et al, 2015).

Ένας ακόμη παράγοντας είναι η σχέση του αποϊδρυματισμού με το πρόβλημα των αστέγων, διότι ένα σημαντικό ποσοστό των αστέγων αντιμετωπίζουν και ψυχιατρικές διαταραχές (Nooe, 2006). Αυτές θεωρούνται ως ένας παράγοντας, που αν και δεν έχει βασικό ρόλο στην αύξηση του προβλήματος, είναι δυνατόν να ενισχύει ως ένα βαθμό το πρόβλημα (NCH, 2008). Στην Ελλάδα, παρατηρείται ανάσχεση του προγράμματος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, εκτός των άλλων και εξαιτίας της υποχρηματοδότησης αυτού του σημαντικού εγχειρήματος από την έναρξη της οικονομικής κρίσης, ενώ παράλληλα το γεγονός αυτό έχει οδηγήσει σε σοβαρά προβλήματα λειτουργίας των μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Ασημόπουλος, 2012).

Όσον αφορά τους ατομικούς αιτιολογικούς παράγοντες του προβλήματος της έλλειψης στέγης και των αστέγων συμπεριλαμβάνουν την προσωπικότητα, τις αναπτυξιακές εμπειρίες και το οικογενειακό περιβάλλον, την κατάσταση της υγείας και της ψυχικής υγείας, το προσωπικό δίκτυο υποστήριξης, την προέλευση και την εθνικότητα. Ειδικότερα, η έλλειψη στέγης και η κατάσταση του άστεγου προσδιορίζονται και με τα χαρακτηριστικά του φύλου. Η μεγάλη πλειοψηφία είναι άνδρες, όπως φαίνεται σε μελέτες από τις ΗΠΑ και την Ευρώπη (European Commission, 2013). Στην Ελλάδα σύμφωνα με την Μ.Κ.Ο. «Κλίμακα» (2012) το 75% των αστέγων είναι άνδρες με μέσο όρο ηλικίας τα 47 έτη. Μεγάλο ρόλο επίσης διαδραματίζει και η οικογενειακή κατάσταση. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα δεδομένα της έρευνας των Theodorikakou et al. (2012), το 42% των αστέγων είναι άγαμοι. Οι άστεγοι στις διεθνείς έρευνες βρίσκονται να έχουν μικρότερο δίκτυο υποστήριξης σε σχέση με τους υπόλοιπους ανθρώπους (Calsyn and Winter, 2002). Ένας άλλος ατομικός παράγοντας υψηλού κινδύνου για τη κατάσταση των αστέγων είναι και οι ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, η βία και η κακοποίηση. Στη μελέτη των Sullivan et al. (2000), η πλειοψηφία του πληθυσμού των αστέγων ψυχικά ασθενών ανέφερε ότι βίωναν επαναλαμβανόμενα περιστατικά βίας και κακοποίησης πριν οδηγηθούν στη ζωή ως άστεγοι (Ασημόπουλος et al., 2015).

Επιπρόσθετα, οι Chamberlain και Johnson (2011) εντόπισαν πέντε διαδρομές προς την έλλειψη στέγης. 1. Η στεγαστική κρίση λόγω οικονομικής κρίσης, χαμηλό εισόδημα, απώλεια εργασίας κ.α. 2. Η διατάραξη του οικογενειακού ιστού με την εγκατάλειψη του σπιτιού από τον σύντροφο. 3. Η κατάχρηση ουσιών, ναρκωτικών ή αλκοόλ, όπου η συστηματική χρήση οδηγεί στην απώλεια εργασίας και κατοικίας. 4. Τα ψυχικά νοσήματα τα οποία μετατρέπονται σε αίτιο έλλειψης στέγης όταν δεν υπάρχει υποστηρικτικό περιβάλλον. 5. Η μετάβαση από την εφηβική στην ενήλικη ηλικία, όπου η έλλειψη στέγης εκδηλώνεται όταν το ανήλικο άτομο έχει υποστεί τραυματικές οικογενειακές εμπειρίες και υπήρξε διαμονή σε κρατικά ιδρύματα (Chamberlain & Johnson, 2011).

Οι τραυματικές εμπειρίες αποτελούν μία πρόσθετη ερευνητική διάσταση της έλλειψης στέγης. Ο Maguire και οι συνεργάτες του (2009) σε μία επισκόπηση μελετών αναφέρονται στο πως οι ψυχολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με τραυματικές εμπειρίες και ατομικές δυσλειτουργίες μπορούν να οδηγήσουν σε μορφές μακροχρόνιας έλλειψης στέγης, και συμπεραίνουν ότι οι ψυχικές

δυσλειτουργίες προϋδεάζουν για τον κίνδυνο απώλειας στέγης (Παπαδοπούλου & Κουραχάνης, 2017).

Συνοψίζοντας, οι αιτιολογικοί παράγοντες του φαινομένου έλλειψης στέγης είναι πολλοί και ποικίλουν σημαντικά μεταξύ τους, ωστόσο επιχειρήθηκε μία προσπάθεια αναφοράς των κυριότερων αιτιών που οδηγούν το άτομο στην απώλεια στέγης. Πως επηρεάζεται όμως, η απώλεια στέγης από τις ψυχικές διαταραχές ή μήπως η απώλεια στέγης επηρεάζει την ψυχική υγεία και αναπτύσσει το άτομο ψυχιατρική συμπτωματολογία; Γιατί ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι εντονότερος στην συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα; Με τα ερωτήματα αυτά θα ασχοληθούμε παρακάτω.

1.2 Άστεγοι και ψυχική υγεία

Στο κείμενο παραπάνω έγινε αναφορά στους αιτιολογικούς παράγοντες που σχετίζονται με την έλλειψη στέγης και αυτό που διακρίνεται έντονα είναι ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας παίζουν καθοριστικό ρόλο στην απώλεια αυτής. Η ψυχική υγεία των αστέγων πρέπει να μας απασχολήσει από δύο διαφορετικές πλευρές: α) σε ποιο βαθμό και με ποιους τρόπους τα προβλήματα ψυχικής υγείας συντελούν στην απώλεια στέγης και β) ποια είναι τα ψυχικά προβλήματα που προκαλούνται ή επιτείνονται από τη ζωή στο δρόμο και σε ποιο βαθμό αυτά συμβάλλουν στην απομόνωση του αστέγου, στην αδυναμία του να λάβει βοήθεια και στην γενικότερη αναπαραγωγή του προβλήματος. Ο προβληματισμός αυτός δεν αφορά μόνο τις υπηρεσίες και τους ειδικούς που εμπλέκονται στο ζήτημα αυτό, αλλά τον γενικότερο σχεδιασμό πολιτικής για την αντιμετώπιση του φαινομένου, το οποίο συνεχώς διογκώνεται (Κωνσταντακόπουλος, 2003).

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία φαίνεται να προκαλούνται από παράγοντες που σχετίζονται με τη λιτότητα όπως η ανεργία, η μείωση του μέσου εισοδήματος, η οικονομική στασιμότητα και η γενικότερη δημοσιονομική λιτότητα. Σύμφωνα με την έρευνα του Οργανισμού Έρευνας και Ανάλυσης "διαΝΕΟσις" και του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (2016), η αύξηση των ψυχικών νοσημάτων κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης επηρέασε κυρίως τον γενικό πληθυσμό. Στο πληθυσμό των αστέγων συγκεκριμένα δεν φαίνεται να υπήρξε κάποια ιδιαίτερη μεταβολή ή αύξηση των ψυχιατρικών διαταραχών, γεγονός που επιβεβαιώνεται και στα ευρήματα της παρούσας έρευνας. Στις επόμενες γραμμές θα επιχειρηθεί μία προσπάθεια σύνδεσης του φαινομένου

έλλειψης στέγης με τα ψυχικά νοσήματα και τον ακραίο κοινωνικό αποκλεισμό που υφίσταται η ομάδα στόχου. Επίσης, παρουσιάζονται οι λόγοι για τους οποίους ο πληθυσμός των ψυχικά ασθενών αστέγων θα πρέπει να μελετάται ξεχωριστά ως διακριτή ομάδα.

1.2.1. Ψυχικές Διαταραχές στους αστέγους

Με την ψυχική υγεία των αστέγων έχουν ασχοληθεί πολλές έρευνες οι οποίες δείχνουν αδιαμφισβήτητα ότι η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών είναι υψηλότερη στον πληθυσμό των αστέγων, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό με ποσοστά από 58%-100% (Philippot et al, 2007). Επιπλέον σύμφωνα με την έρευνα της Χονδράκη (2012) στην Ελλάδα, γίνεται σαφές ότι η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στον άστεγο πληθυσμό φτάνει το 56,7% του δείγματος που μελετήθηκε. Είναι κοινή παρατήρηση επομένως, σε όλες τις χώρες της Δύσης ότι οι άστεγοι ψυχικά ασθενείς υπερεκπροσωπούνται στον ευρύτερο πληθυσμό των αστέγων.

Το να είναι κανείς άστεγος, σχεδόν πάντα, σημαίνει ότι αντιμετωπίζει ένα σύμπλεγμα πολλών προβλημάτων, κοινωνικών, ψυχολογικών, ιατρικών, κοινωνικού αποκλεισμού. Συνήθως, ο άστεγος εμφανίζει ένα από τα συμπτώματα κατάχρησης ουσιών, ψυχικής διαταραχής, διακοπής κοινωνικών σχέσεων και συναναστροφών ή και όλα μαζί. Οι άστεγοι με ψυχικά προβλήματα παραμένουν άστεγοι για μεγαλύτερες χρονικές περιόδους και έχουν λιγότερη επαφή με την οικογένεια και φίλους. Αντιμετωπίζουν περισσότερα εμπόδια στην εργασία, τείνουν να έχουν φτωχότερη σωματική υγεία και έχουν συχνότερα προβλήματα με το νομικό σύστημα σε σχέση με τους αστέγους που δεν πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή. Η ψυχική ασθένεια, επιπλέον, δυσχεραίνει την αυτόνομη διαβίωση και συμβάλλει στην απώλεια στέγης και τη εύρεση κατοικίας. Επίσης, η έλλειψη στέγης και η απουσία ενός ασφαλούς χώρου διαμονής, μπορεί να κάνει τα άτομα πιο ευάλωτα σε ψυχικά προβλήματα. Οι άστεγοι ψυχικά πάσχοντες αναφέρονται διεθνώς ως ο πληθυσμός που εμφανίζει τις μεγαλύτερες δυσκολίες στην προσέγγιση, τη θεραπεία και την κοινωνική επανένταξη.

Το ερώτημα που εγείρεται είναι το αν η ψυχική ασθένεια θα μπορούσε να θεωρηθεί ως παράγοντας κινδύνου για την απώλεια στέγης. Προϋπόθεση για αυτό είναι η ψυχική ασθένεια να προηγείται χρονικά της περιόδου απώλειας στέγης, πράγμα το οποίο δεν διερευνάται από την παρούσα έρευνα. Ωστόσο υπάρχουν αρκετές έρευνες που φαίνεται να συζητούν το ενδεχόμενο αυτό (North et al, 1998,

Craig & Hodson, 1998, Stein et al, 2002) συνδέοντας την ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών στην ενήλικη ζωή με την ύπαρξη ψυχικού τραύματος κατά την παιδική ηλικία. Η έρευνα των Folsom et al, (2005) καταλήγει στο συμπέρασμα ότι το φαινόμενο της απώλειας στέγης αφορά ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με ψυχικά προβλήματα πράγμα το οποίο επιβεβαιώνεται από τα ευρήματα της έρευνας αυτής και ότι οι ασθενείς με ψυχικά προβλήματα είναι εξαιρετικά ευάλωτοι στο φαινόμενο της απώλειας στέγης σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Χονδράκη, 2012).

Οι δύσκολες και ανασφαλείς συνθήκες διαβίωσης των αστέγων σε συνδυασμό με την απουσία υποστηρικτικού πλαισίου αποτελούν ενισχυτικό παράγοντα για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών όπως, κατάθλιψη, νευρώσεις, διαταραχή μετατραυματικού stress (Ασημοπούλου- Μαρίνου, 2013), κι αυτό με τη σειρά του και σε συνδυασμό με τη μικρή ή και καμία ασφαλιστική κάλυψη κάνει δυσκολότερο το έργο της θεραπείας και της ανάρρωσης. Οι άνθρωποι αυτοί είναι σχεδόν ανέφικτο να ακολουθήσουν κάποια φαρμακευτική αγωγή ή ιατρική συμβουλή για την θεραπεία τους στις συνθήκες δρόμου όπου διαβιούν, με αποτέλεσμα το πρόβλημα να διογκώνεται, καθώς η θεραπεία του ατόμου υπό αυτές τις συνθήκες καθίσταται μη εφικτή. Παρόλα αυτά σύμφωνα με έρευνα μόνο το 5-7% των ψυχικά ασθενών αστέγων χρήζουν νοσηλείας σε ψυχιατρικές δομές. Οι περισσότεροι μπορούν να ζήσουν στην κοινότητα με κατάλληλες υποστηρικτικές δομές στέγασης, γεγονός που αποδεικνύεται από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας (Federal Task Force on Homelessness and Severe Mental Illness, 1992).

Επιπλέον, ο υψηλός δείκτης νοσηρότητας από ψυχικές διαταραχές και εξαρτήσεις στον συγκεκριμένο πληθυσμό, δημιουργούν δυσκολία στην προσέγγιση των αστέγων, καθώς επίσης στην πρόσβαση και συνεργασία τους με τις δομές και υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας (Βλαντώνη, 2008).

Ένας από τους βασικότερους λόγους περί διαχωρισμού των αστέγων σε υποομάδες είναι οι διαφορετικοί τρόποι παρέμβασης, ένταξης σε δομές και αποκατάστασης του πληθυσμού αυτού σύμφωνα με τα προβλήματα που αντιμετωπίζει. Για παράδειγμα, για τους άστεγους, οι οποίοι δεν νοσούν από κάποια ψυχική διαταραχή και οι λόγοι απώλειας της στέγης τους ήταν κυρίως η ανεργία, η έλλειψη πόρων και η φτώχεια, το πλαίσιο παρέμβασης προσανατολίζεται την ανεύρεση στέγης και εργασίας. Στην περίπτωση αυτή γίνεται λόγος για στεγαστική, επαγγελματική και οικονομική επανένταξη. Αντίθετα, για τους αστέγους με

προβλήματα ψυχικής υγείας η παρέμβαση προσανατολίζεται κυρίως σε στεγαστικά προγράμματα θεραπείας και αποκατάστασης με εξειδικευμένο προσωπικό, καθώς οι ανάγκες των ψυχικά ασθενών αστέγων είναι διαφορετικές.

Μία άλλη σημαντική παράμετρος που συναντάται στην χώρα μας ανάμεσα στους αστέγους και στους ψυχικά ασθενείς αστέγους είναι η πρόσβαση σε δομές φιλοξενίας (υπνωτήρια, ξενώνες). Οι ψυχικά ασθενείς άστεγοι δεν έχουν πρόσβαση σε ξενώνες φιλοξενίας αστέγων, καθώς οι δομές δεν διαθέτουν το κατάλληλα εξειδικευμένο προσωπικό έτσι ώστε να καλύψει τις ιδιαίτερες ανάγκες του πληθυσμού αυτού. Σε ακόμη δυσκολότερη κατάσταση περιέρχονται οι άστεγοι με διπλή διάγνωση (προβλήματα ψυχικής υγείας και χρήσης ουσιών/ αλκοόλ).

Οι υπάρχουσες έρευνες παρέχουν πολλές επισημάνσεις για τις ιδιαιτερότητες στην κλινική εικόνα, το ιστορικό και την εξέλιξη των σοβαρών ψυχικών διαταραχών σε αστέγους ασθενείς. Μερικές από αυτές συνοψίζονται στις επόμενες γραμμές. Στον πληθυσμό αυτό υπάρχει σε μεγάλο βαθμό συννοσηρότητα και ιδιαίτερα μεγάλη συχνότητα "διπλής διάγνωσης", συνδυασμού δηλαδή σοβαρής ψυχικής διαταραχής με εξάρτηση από ουσίες ή αλκοόλ (Fisher, 1990). Επίσης, εμφανίζουν συνήθως ενεργό ψυχοπαθολογία και βρίσκονται χωρίς θεραπεία, γεγονός που επιτείνει τις δυσκολίες στην κάλυψη βασικών αναγκών. Συνήθως ζουν απομονωμένοι και αρκετοί δεν λαμβάνουν ούτε τα επιδόματα που μπορεί να δικαιούνται. Βρίσκονται σε χειρότερη κατάσταση σωματικής υγείας και ποιότητας ζωής ανάμεσα στους αστέγους και εμφανίζουν αυξημένη θνησιμότητα (Sullivan et al., 2000a). Επιπρόσθετα, πέφτουν συχνά θύματα βίας και έχουν περισσότερες πιθανότητες να συλληφθούν κυρίως για πταίσματα.

Με βάση τις υπάρχουσες ενδείξεις σε παγκόσμιο επίπεδο επιβεβαιώνεται ότι οι σοβαρές ψυχικές διαταραχές συμβάλλουν σημαντικά στην απώλεια στέγης. Φυσικά δεν αποτελούν επαρκή αίτια, αλλά απαιτείται συνύπαρξη και άλλων κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων, μερικοί από τους οποίους επιδρούν ήδη από την παιδική ηλικία (Sullivan et al., 2000b).

Αυτό που συμπεραίνεται από την βιβλιογραφική επισκόπηση είναι ότι ήδη από την δεκαετία του 1980 οι έρευνες για τους αστέγους επικεντρώνονται στην ψυχική υγεία και την κοινοτική φροντίδα των αστέγων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και στην Αμερική. Στη χώρα μας έχουν γίνει ελάχιστες μελέτες γύρω από το

φαινόμενο έλλειψης στέγης (ενδεικτικά Sapounakis 1994-2006, Arapoglou 2002, Arapoglou and Gounis 2015, Kourachanis, 2015), χωρίς όμως να δίνεται κάποια προτεραιότητα στα ζητήματα ψυχικής υγείας του άστεγου πληθυσμού. Αυτό που αναδεικνύεται ιδιαίτερα είναι ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας των αστέγων δεν αντιμετωπίζονται επαρκώς ούτε από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ούτε από τις υπηρεσίες απεξάρτησης, ούτε από τις κοινωνικές υπηρεσίες για τους αστέγους. Δημιουργείται λοιπόν η ανάγκη για ενοποίηση των υπηρεσιών αυτών σε θεραπευτικό και οργανωτικό επίπεδο για τη καλύτερη αντιμετώπιση των αναγκών των αστέγων (Χονδράκη, 2012). Οι υπηρεσίες, οι δομές και πολιτικές στέγασης του πληθυσμού αυτού θα μας απασχολήσουν στο επόμενο κεφάλαιο.

1.2.2 Άστεγοι Ψυχικά Ασθενείς και Κοινωνικός Αποκλεισμός

Στον καθημερινό λόγο συγχέουμε συνήθως τις "ευπαθείς ομάδες" με τις "κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες". Τα άτομα που ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες, όπως οι ψυχικά ασθενείς, τα άτομα με αναπηρία, οι μονογονεϊκές οικογένειες, ή οι μετανάστες δεν σημαίνει απαραίτητα ότι ανήκουν και σε κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες. Αυτό φαίνεται να συμβαίνει όταν τα άτομα αυτά ανήκουν σε μία ή και περισσότερες ευπαθείς ομάδες ταυτόχρονα, γεγονός που τους προσδίδει το χαρακτηριστικό του αποκλεισμού λόγω συσσώρευσης κοινωνικών μειονεκτημάτων. Αυτή είναι η βασική διαφοροποίηση βάσει της οποίας κατατάσσονται στις ευπαθείς ή στις αποκλεισμένες ομάδες. Οι άστεγοι αποτελούν μία τέτοια ομάδα. Οι αποτυχίες της ζωής τους και η συγκέντρωση πολλών κοινωνικών μειονεξιών χαρακτηρίζουν την πορεία της ζωής τους, η οποία καταλήγει συνήθως στην απώλεια στέγης. Η απώλεια στέγης συνοδεύεται με κακές συνθήκες ζωής, ευάλωτη ή κακή υγεία, χρήση ναρκωτικών ουσιών, αλκοόλ, έλλειψη οικονομικών πόρων και ανεργία, απουσία υποστηρικτικού και οικογενειακού δικτύου και διάρρηξη του κοινωνικού ιστού. Όλοι οι παραπάνω παράγοντες συνδέονται άμεσα με τις αιτίες έλλειψης στέγης και τον κοινωνικό αποκλεισμό της ομάδας αυτής (Παπαδοπούλου & Κουραχάνης, 2017).

Όσον αφορά την ομάδα στόχου που μελετά η παρούσα εργασία και σύμφωνα με την μελέτη των Cohen και Thompson (1992), οι άστεγοι με ψυχικά νοσήματα θα πρέπει να είναι μία διακριτή ομάδα από τον υπόλοιπο πληθυσμό των αστέγων. Αυτό γιατί θεωρούν ότι η αδυναμία τους για επαρκή στέγαση πηγάζει τόσο από την ψυχική δυσλειτουργία όσο και από τις αναποτελεσματικές πολιτικές αποϊδρυματοποίησης. Επιπλέον, ο Please (2005) ισχυρίζεται ότι είναι ορθότερο οι άστεγοι να μελετώνται

ως υποομάδες που η καθεμία διαθέτει διακριτά χαρακτηριστικά, παρά να θεωρούνται ένα συμπαγές κοινωνικό σώμα με ενιαία ταυτότητα (Παπαδοπούλου & Κουραχάνης, 2017).

Οι άστεγοι που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας έρχονται αντιμέτωποι με ένα ευρύ φάσμα αποκλεισμών και στιγματισμού, καθώς επίσης και έντονης καταστρατήγησης των δικαιωμάτων τους εξαιτίας της ψυχικής νόσου και της αδυναμίας των ίδιων να τα διεκδικήσουν και να τα υπερασπιστούν. Συνεπώς, τα προβλήματα ψυχικής υγείας μπορούν να θεωρηθούν τόσο μία συνέπεια όσο και μία αιτία του κοινωνικού αποκλεισμού.

Η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού έχει πλέον εισαχθεί και στον χώρο της ψυχικής υγείας επιδρώντας σημαντικά στον προβληματισμό για την οργάνωση των υπηρεσιών, για το είδος των δομών και παρεμβάσεων και γενικότερα στον σχεδιασμό πολιτικών υγείας. Η συζήτηση για τον κοινωνικό αποκλεισμό και την αντιμετώπισή του συνδέεται άμεσα με τη διερεύνηση των διαδικασιών μέσω των οποίων το κοινωνικο-οικονομικό status, τα πολιτιστικά χαρακτηριστικά και άλλες κοινωνικές παράμετροι επηρεάζουν την ψυχική υγεία (Κωνσταντακόπουλος, 2003).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας στην Έκθεση του 2001, η φτώχεια και οι συνδεδεμένες με αυτή καταστάσεις, όπως η ανεργία και η έλλειψη στέγης, καθορίζουν σημαντικά τη συχνότητα εμφάνισης των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών. Επίσης, σε μεγάλη έρευνα που έγινε στην Μεγάλη Βρετανία το 1999 στο πλαίσιο ευρύτερης μελέτης με θέμα "Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός" (Poverty and Social Exclusion Survey of Britain), βρέθηκε ότι μία μεγάλη σειρά παραγόντων, όπως χαμηλό εισόδημα, ο αποκλεισμός από την αγορά εργασίας, οι ελλείψεις στις καθημερινές ανάγκες, τα προβλήματα εύρεσης και ποιότητας της κατοικίας, οι λιγοστές ή ανύπαρκτες κοινωνικές σχέσεις, η έλλειψη συμμετοχής στην κοινότητα κα., σχετίζονται σημαντικά με την ανάπτυξη ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων. Η μελέτη αυτή επιβεβαιώνει μια σειρά επιδημιολογικών ερευνών με στόχο είτε τη συσχέτιση χαρακτηριστικών της φτώχειας και του αποκλεισμού με το επίπεδο ψυχικής υγείας στον γενικό πληθυσμό είτε ορισμένους δείκτες ψυχικής υγείας ανάμεσα σε ομάδες του πληθυσμού που βιώνουν διάφορες μορφές κοινωνικού αποκλεισμού, όπως για παράδειγμα η συσχέτιση προβλημάτων στέγασης και ελλιπούς κοινωνικής υποστήριξης με ψυχικές παθήσεις, καθώς επίσης και η αρνητική επίδραση της κακής ποιότητας κατοικίας στην ψυχική υγεία (Payne, 2000, Smith et al., 1993 & Hopton et al., 1996).

Ένας ακόμη παράγοντας που επηρεάζει και ωθεί την ομάδα των αστέγων με ψυχικά νοσήματα στον κοινωνικό αποκλεισμό είναι η μειωμένη πρόσβαση των ανθρώπων αυτών σε υπηρεσίες και δομές ψυχικής υγείας.

Η φύση του κοινωνικού αποκλεισμού στην ψυχική υγεία είναι ολιστική. Η σχέση των προβλημάτων ψυχικής υγείας με διάφορες μορφές αποκλεισμού, όπως φτώχεια, ανεργία, έλλειψη στέγης, κοινωνική απομόνωση, έλλειψη πρόσβαση σε υπηρεσίες κα., δεν είναι απλή σχέση αιτίας- αποτελέσματος, αλλά αμφίδρομη σχέση αλληλεπίδρασης. Η ολιστική φύση του κοινωνικού αποκλεισμού εισάγει ένα πεδίο στην μελέτη της σχέσης μεταξύ ψυχικής υγείας και κοινωνικών προβλημάτων (Κωνσταντακόπουλος, 2003).

Η πολυδιάστατη και ολιστική φύση του αποκλεισμού, τα πολλαπλά προβλήματα και οι διαφορετικές ομάδες που βιώνουν το αποκλεισμό, αλλά και οι διασυνδέσεις των προβλημάτων αυτών με την ψυχική υγεία, δείχνουν πόσο σύνθετα πρέπει να θεωρούνται τα ζητήματα παρέμβασης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και γενικότερα η διαμόρφωση πολιτικής για την αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής της υγείας, κατέχουν κεντρική θέση σε οποιαδήποτε πολιτική αντιμετώπισης του αποκλεισμού των ομάδων αυτών (Κωνσταντακόπουλος, 2003).

2^ο Κεφάλαιο

Πολιτικές πρόληψης και αντιμετώπισης του φαινομένου έλλειψης στέγης στον πληθυσμό των αστέγων με ψυχικά νοσήματα

Εισαγωγή

Διεθνώς και διαχρονικά έχουν αναπτυχθεί διάφορα μοντέλα πολιτικών πρόληψης και αντιμετώπισης της έλλειψης στέγης και των ψυχοκοινωνικών αναγκών των αστέγων. Οι κυριότερες προσεγγίσεις πολιτικών στέγασης καταγράφονται σε δύο βασικά μοντέλα παρεμβάσεων και παροχής υπηρεσιών για την αντιμετώπιση του προβλήματος της έλλειψης στέγης και των αστέγων (Chernega and George, 2014). Το πρώτο μοντέλο είναι αυτό της **κλιμακούμενης μετάβασης προς την κατοικία** (staircase of transition) και το δεύτερο είναι αυτό με **Προτεραιότητα στη Στέγαση** (housing first). Και τα δύο μοντέλα αποσκοπούν στην στεγαστική επανένταξη των αστέγων, αλλά έχοντας διαφορετικές στοχεύσεις και προτεραιότητες (Κουραχάνης, 2017)

2.1 Το μοντέλο της κλιμακωτής μετάβασης προς την κατοικία

Το μοντέλο της κλιμακωτής μετάβασης είναι μία παραδοσιακή μορφή στεγαστικής επανένταξης με προτεραιότητα στη θεραπεία. Βασική προϋπόθεση για την ένταξη σε αυτόνομη κατοικία αποτελεί η ετοιμότητα των αστέγων και η επίλυση των προβλημάτων που τους οδήγησαν στην απώλεια στέγης με την βοήθεια των κοινωνικών υπηρεσιών. Ακολουθείται μια σταδιακή διαδικασία αποκατάστασης από υπνωτήρια, σε οικοτροφεία, ξενώνες και προστατευμένα διαμερίσματα πριν τη σταθερή και μόνιμη κατοικία. Το μοντέλο υποστηρίζει ότι οι ανάγκες σταθερής στέγασης του ατόμου είναι δυνατόν να καλυφθούν με ασφάλεια μόνο αν αντιμετωπισθούν τα προβλήματα υγείας, ψυχικής υγείας και διαταραχών συμπεριφοράς του άστεγου (Ασημόπουλος et al., 2015, Κουραχάνης, 2017).

Το μοντέλο της κλιμακωτής μετάβασης κυριάρχησε σε πολλές χώρες, αλλά με την πάροδο του χρόνου επικρίθηκε για την αναποτελεσματικότητα και το υψηλό κόστος των παροχών του. Μελέτες στις ΗΠΑ έδειξαν ότι η προσέγγιση αυτή οδηγούσε στην αύξηση των ψυχικά ασθενών αστέγων, εξαιτίας της κατάρτησης ψυχιατρικών δομών, της αναποτελεσματικότητας και της δαπανηρότητας των κοινωνικών υπηρεσιών. Η εφαρμογή του μοντέλου αυτού σε ευρωπαϊκές χώρες υποστηρίζεται ότι οδήγησε επίσης σε αύξηση των φαινομένων έλλειψης στέγης (Κουραχάνης, 2017).

2.2 Το μοντέλο με Προτεραιότητα στη Στέγαση

Από την άλλη έχουμε το μοντέλο με Προτεραιότητα στη Στέγαση, το οποίο αποτελεί ενδεχομένως την σημαντικότερη καινοτομία στον σχεδιασμό υπηρεσιών για αστέγους με υψηλή ανάγκη υποστήριξης των τελευταίων δεκαετιών. Αναπτύχθηκε αρχικά από τον Dr. Sam Tsemberis στη Νέα Υόρκη στις αρχές της δεκαετίας του '90 και στην συνέχεια εφαρμόστηκε με επιτυχία σε άλλες πόλεις των ΗΠΑ, τον Καναδά αλλά και σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Το πρόγραμμα αναπτύχθηκε αρχικά με στόχο την παροχή βοήθειας σε άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας που ζούσαν στους δρόμους, πολλοί από τους οποίους διέμεναν κατά περιόδους σε ψυχιατρικά νοσοκομεία. Κατά την εξέλιξη του προγράμματος, προστέθηκαν στις ομάδες στόχου τα άτομα με μακροχρόνια διαμονή σε δομές αστέγων, καθώς και εκείνοι που βρίσκονται σε κατάσταση απειλής απώλειας στέγης λόγω μακροχρόνιας παραμονής τους σε ψυχιατρικές κλινικές.

Το μοντέλο με Προτεραιότητα στη Στέγαση είναι σχεδιασμένο για άτομα που χρήζουν ιδιαίτερα σημαντικό επίπεδο βοήθειας για να ξεπεράσουν την έλλειψη στέγης. Μεταξύ των ομάδων στόχου του μοντέλου αυτού βρίσκονται και οι άνθρωποι που είναι άστεγοι με σοβαρές ψυχικές ασθένειες ή προβλήματα ψυχικής υγείας. Η βασική καινοτομία του μοντέλου αυτού, έγκειται στο ότι η στέγαση αποτελεί ουσιαστικά το σημείο εκκίνησης για την βελτίωση της υγείας και της ευημερίας καθώς και την παροχή πρόσθετων υπηρεσιών κοινωνικής υποστήριξης των ψυχικά ασθενών εξ ου και ο τίτλος του μοντέλου (Housing First). Η πρακτική αυτή έρχεται σε αντιδιαστολή με το παραδοσιακό μοντέλο της κλιμακωτής μετάβασης στην κατοικία, που προαπαιτούν την θεραπεία και την μερική επανένταξη των ατόμων πριν την διαδικασία της στέγασης.

Το μοντέλο με Προτεραιότητα στη Στέγαση στηρίζεται σε οκτώ βασικές αρχές:

- 1) Η στέγαση είναι ανθρώπινο δικαίωμα.** Δίνεται έμφαση στο δικαίωμα των αστέγων στην στέγαση, η οποία παρέχεται στο αρχικό στάδιο, όχι στο τελικό, χωρίς παράλληλα να υπάρχει η απαίτηση από τον άστεγο να συμπεριφέρεται με ορισμένους τρόπους, να συμμορφώνεται με συγκεκριμένη θεραπεία, ή να απέχει από τα ναρκωτικά ή το αλκοόλ, προτού του δοθεί ένα σπίτι.
- 2) Δικαίωμα στην επιλογή και τον έλεγχο.** Βασική αρχή του μοντέλου είναι ότι οι απόψεις των ανθρώπων που χρησιμοποιούν την υπηρεσία πρέπει να ακούγονται και να γίνονται σεβαστές. Κατά συνέπεια, οι ωφελούμενοι του προγράμματος είναι σε

θέση να επιλέξουν ελεύθερα το πως θα ζουν καθώς και τα είδη υποστήριξης που θα λαμβάνουν.

3) Διαχωρισμός στέγασης και θεραπείας. Το μοντέλο με Προτεραιότητα στη Στέγαση διασφαλίζει ότι το ανθρώπινο δικαίωμα στη στέγαση δεν συμβιβάζεται από την απαίτηση προς τους ωφελούμενους να εμπλακούν σε θεραπεία για να αποκτήσουν και να διατηρήσουν πρόσβαση στην στέγαση. Ως εκ τούτου, η στέγαση διαχωρίζεται από τη θεραπεία.

4) Προσανατολισμός στην αποθεραπεία. Ως υπηρεσία προσανατολισμένη στην αποθεραπεία, επικεντρώνεται στη συνολική ευημερία των αστέγων. Αυτό περιλαμβάνει τη σωματική και ψυχική τους υγεία, το επίπεδο κοινωνικής υποστήριξής τους (από το οικογενειακό και το φιλικό του περιβάλλον) καθώς και το επίπεδο κοινωνικής ένταξής τους, δηλαδή την συμμετοχή τους στην κοινότητα και την ανάληψη ενός πιο ενεργού ρόλου εντός του κοινωνικού τους περιβάλλοντος.

5) Περιορισμός σωματικών βλαβών. Ο περιορισμός σωματικών βλαβών είναι μια ολιστική προσέγγιση που υιοθετείται από το μοντέλο αυτό για την αντιμετώπιση χρόνιων προβλημάτων των αστέγων. Η προσέγγιση αυτή βασίζεται στη ιδέα ότι η ανεξάρτηση ή η θεραπεία χρόνιων ψυχικών ασθενειών είναι περίπλοκες διαδικασίες οι οποίες απαιτούν συγκεκριμένες προϋποθέσεις για να είναι αποτελεσματικές και κατά συνέπεια, απαιτείται η διάγνωση των αιτιών αλλά και η τροποποίηση της συμπεριφοράς των αστέγων μέσω συγκεκριμένων διαδικασιών υποστήριξης.

6) Ενεργή συμμετοχή χωρίς εξαναγκασμό. Δίνεται έμφαση στην ενθάρρυνση της ενεργής συμμετοχής των ωφελούμενων του προγράμματος στην θεραπεία τους μέσω ειδικής διαχείρισης τους και όχι μέσω εξαναγκασμού. Επίσης, οι ωφελούμενοι καλούνται επίσης να εξετάσουν εποικοδομητικά όλες τις πτυχές της συμπεριφοράς τους που ενδέχεται να απειλήσουν την παραμονή τους σε στέγη ή την υγεία, την ευημερία και την ποιότητα ζωής τους.

7) Σχεδιασμός με βάση τον άνθρωπο. Οι υπηρεσίες του προγράμματος σχεδιάζονται με επίκεντρο τον άνθρωπο και περιλαμβάνουν προσωποποιημένες διαδικασίες υποστήριξης και θεραπείας. Ουσιαστικά, οι παρεχόμενες υπηρεσίες προσαρμόζονται στους ωφελούμενους, αντί να απαιτείται η δική τους προσαρμογή σε τυποποιημένες υπηρεσίες και διαδικασίες του προγράμματος.

8) Ευέλικτη υποστήριξη για όσο χρονικό διάστημα απαιτείται. Σύμφωνα με το μοντέλο Προτεραιότητα στη Στέγαση, σε περίπτωση αποχώρησης του ατόμου από την στέγη που έχει τοποθετηθεί για οποιονδήποτε λόγο, διατηρείται η επαφή με το

άτομο, επιδιώκεται η επανένταξη του σε στέγη και συνεχίζεται η υποστήριξή του για όσο χρονικό διάστημα απαιτηθεί (Pleace, 2016).

Οι βασικοί άξονες υποστήριξης του μοντέλου επικεντρώνονται στην παροχή στήριξης για την διατήρηση της στέγασης, στην προώθηση και την υποστήριξη της καλής υγείας και της ευημερίας των ωφελούμενων, την ανάπτυξη προϋποθέσεων κοινωνικής υποστήριξης και της ένταξης στην ευρύτερη κοινότητα των ατόμων που συμμετέχουν στο πρόγραμμα καθώς και την επαναλαμβανόμενη συμμετοχή σε ατομικές ή ομαδικές δραστηριότητες.

Η υποστήριξη επιτυγχάνεται μέσω ομάδων εργασίας που αποτελούνται από άτομα διαφόρων ειδικοτήτων ή/και μέσω διαφόρων υπηρεσιών διαχείρισης, εξειδικευμένες για την κάθε περίπτωση. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται προς τους ανθρώπους που εντάσσονται στο πρόγραμμα με Προτεραιότητα στη Στέγαση από κινητές ομάδες εργασίας μέσω επισκέψεων στον τόπο διαμονής τους ή οποιαδήποτε άλλη τοποθεσία.

Η αποτελεσματικότητα του μοντέλου αποτυπώνεται στατιστικά από σχετικές έρευνες στις ΗΠΑ, τον Καναδά, αλλά και την Ευρώπη, οι οποίες δείχνουν ότι το μοντέλο αυτό αποδεικνύεται αποτελεσματικό σε τουλάχιστον οκτώ στις δέκα περιπτώσεις ατόμων που ανήκουν στις ομάδες στόχους.

Όσον αφορά την Ευρώπη, τα αποτελέσματα του πιλοτικού ερευνητικού προγράμματος Housing First Europe επιβεβαίωσαν ότι η εφαρμογή του μοντέλου στις Ευρωπαϊκές χώρες θα μπορούσε να είναι πλήρως επιτυχημένη. Οι χώρες στις οποίες έχει εφαρμοστεί το μοντέλο του Housing First είναι οι εξής: Αυστρία, Βέλγιο, Δανία, Φινλανδία, Γαλλία, Ιρλανδία, Ιταλία, Κάτω Χώρες, Νορβηγία, Πορτογαλία, Ισπανία, Σουηδία, Ηνωμένο Βασίλειο, Τσεχία, Πολωνία και Ουγγαρία.

Συλλογικά, τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι στην Ευρώπη, το μοντέλο με Προτεραιότητα στη Στέγαση είναι γενικά πιο αποτελεσματικό από τις υπηρεσίες κλιμακωτής μετάβασης στην αντιμετώπιση της έλλειψης στέγης μεταξύ των ατόμων με υψηλές ανάγκες υποστήριξης, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων που αντιμετωπίζουν μακροχρόνια ή επαναλαμβανόμενη έλλειψη στέγης. Παράλληλα, η αποτελεσματικότητα του προγράμματος στην οριστική επίλυση του στεγαστικού προβλήματος των ατόμων που ανήκουν στις ομάδες-στόχου, καθιστά την εφαρμογή του οικονομικότερη καθώς δημιουργούνται αντισταθμίσεις κόστους λόγω μείωσης της χρήσης επιπρόσθετων υπηρεσιών όπως οι ψυχιατρικές υπηρεσίες για παράδειγμα (Pleace, 2016).

Η έρευνα των Sadowski et al (2009) έδειξε ότι οι χρόνιοι άστεγοι και με χρόνια προβλήματα υγείας που δέχθηκαν υπηρεσίες του προγράμματος με Προτεραιότητα στη Στέγαση σε σύγκριση με αυτούς που αντιμετωπίστηκαν με το μοντέλο της κλιμακωτής μετάβασης είχαν 29% λιγότερες εισαγωγές για νοσηλεία, 29% λιγότερες ημέρες παραμονής σε νοσοκομεία και 24% λιγότερες εισαγωγές σε τμήματα επειγόντων περιστατικών. Η έρευνα των Sosin et al (2012) έδειξε τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα του μοντέλου με Προτεραιότητα στη Στέγαση σε σύγκριση με αυτό της κλιμακωτής μετάβασης ως προς την προσβασιμότητα των αστέγων και τη σταθερή παραμονή τους σε μόνιμη κατοικία (Ασημόπουλος et al., 2015)

Συνοψίζοντας, το μοντέλο με Προτεραιότητα στη Στέγαση προκρίνεται ως προς την αποτελεσματικότητα, αποτελεί τη σύγχρονη προσέγγιση και υιοθετείται πλέον τόσο διεθνώς όσο και από την Ε.Ε. στον σχεδιασμό των πολιτικών πρόληψης και αντιμετώπισης της έλλειψης στέγης και των προβλημάτων του πληθυσμού των αστέγων και ειδικά αυτών με ψυχικά νοσήματα.

3^ο Κεφάλαιο

Το πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης και η εφαρμογή του στην Ελλάδα

Εισαγωγή

Θα αναρωτιόταν κανείς για ποιο λόγο να ασχοληθούμε με το πρόγραμμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, ενώ αναφερόμαστε στους άστεγους και στο φαινόμενο έλλειψης στέγης. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, οι άστεγοι με προβλήματα ψυχικής υγείας διαφέρουν και θα πρέπει να διαφοροποιούνται από την υπόλοιπη ομάδα των αστέγων, καθώς έχουν διακριτές διαφορές σε πολλά πεδία, όπως στεγαστική αποκατάσταση, παρέμβαση, θεραπεία, εργασιακή αποκατάσταση κ.α. Πριν γίνει μία συνοπτική παρουσίαση του προγράμματος Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα αλλά και του εθνικού προγράμματος Ψυχαργός, κρίνεται σκόπιμη η αναφορά της σύνδεσης των ψυχικά ασθενών αστέγων με το πρόγραμμα αυτό. Η κοινωνική πολιτική για τους άστεγους στην Ελλάδα είναι εστιασμένη σε προγράμματα στεγαστικής πολιτικής, εργασιακής επανένταξης και αντιμετώπισης της φτώχειας. Ωστόσο, δεν λαμβάνονται πρόσθετα μέτρα για τις ειδικές ανάγκες των αστέγων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Η στεγαστική πολιτική για τον πληθυσμό αυτό υλοποιείται κυρίως μέσα από το πρόγραμμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και τις μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

3.1 Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα

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 ψυχικά ασθενών και των ατόμων με νοητική υστέρηση, 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 χρόνιων 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, οικοτροφείων και προστατευμένων διαμερισμάτων στην κοινότητα.

«Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση» λοιπόν, είναι το σύνολο των παρεμβάσεων που επιτρέπουν στον ψυχικά ασθενή να είναι ενεργός πολίτης μέσα στην κοινότητα, στο οικογενειακό του περιβάλλον, να είναι αυτόνομος, με οικονομική δράση και κοινωνική ένταξη. Η δυνατότητα δηλαδή για μια ζωή εντελώς διαφορετική από εκείνη που θα είχε ένας μακροχρόνια έγκλειστος σε ένα ψυχιατρικό άσυλο. Κεντρικός άξονας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ήταν η αποασυλοποίηση και η κοινωνικοοικονομική επανένταξη των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα. Αυτό θα πραγματοποιείτο με τη δημιουργία κατάλληλων κοινοτικών δομών και υπηρεσιών, με την ενεργοποίηση και υποστήριξη από καταρτισμένο προσωπικό και με την χρήση νέων μοντέλων θεραπευτικών προσεγγίσεων. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα θεσπίστηκε με την ψήφιση του νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ν.1397/83), διευρύνθηκε με τον Ν.2071/92 και παγιώθηκε με το Ν.2716/99 περί «Ανατύξεως και εκσυγχρονισμού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις» και ο εποπτικός έλεγχος περιήλθε στο Υπουργείο Υγείας και συγκεκριμένα από το 1990 στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας (Δεπάστας, 2018).

Βασικός στόχος ήταν η ανάπτυξη ενός δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών σε γεωγραφικώς καθορισμένους τομείς με σκοπό το σταδιακό κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρικών νοσοκομείων των οποίων οι συνθήκες ήταν ακατάλληλες. Η πρώτη φάση (1984-1989) εστίαζε στον εκσυγχρονισμό των ψυχιατρικών νοσοκομείων και στη δημιουργία νέων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ενώ στη δεύτερη φάση (1989-1995) δόθηκε βάρος στην προώθηση της αποϊδρυματοποίησης χρόνιων ψυχικά ασθενών των ψυχιατρικών νοσοκομείων προς στεγαστικές δομές. Την ίδια περίοδο δημιουργήθηκαν πολλές νέες δομές όπως μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, κέντρα ψυχικής υγείας, Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία της χώρας, Εργαστήρια Επαγγελματικής Κατάρτισης, Κινητές Μονάδες για τις απομακρυσμένες περιοχές, Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε) κα. (Δεπάστας, 2018).

Το Εθνικό Πρόγραμμα Ψυχαργός

Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης μετά τη λήξη της ειδικής χρηματοδότησης από την Ε.Ε., το Υπουργείο Υγείας 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 κινήθηκε σε δύο άξονες, αυτόν της αποασυλοποίησης των ασθενών από τα

ψυχιατρικά νοσοκομεία και τον άξονα της δημιουργίας Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην κοινότητα. Το πρόγραμμα χωρίστηκε σε τρεις φάσεις: Η πρώτη φάση ξεκίνησε την περίοδο 2000-2001 όπου έμφαση δόθηκε στον τρόπο εφαρμογής και την αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών από τα ψυχιατρεία στην κοινότητα. Στην φάση αυτή δημιουργούνται πολλές μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και Εργαστήρια Επαγγελματικής Κατάρτισης. Στην δεύτερη φάση του προγράμματος 2002-2006 δίνεται προτεραιότητα στην ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Στην Γ' Φάση του προγράμματος που αφορά την περίοδο 2011-2020 οι στόχοι του προσανατολίστηκαν στον προγραμματισμό των δράσεων για την ανάπτυξη δομών στην κοινότητα για την κάλυψη του συνόλου των αναγκών του τομέα της Ψυχικής Υγείας, στον σχεδιασμό δράσεων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και της πρόληψης της κακής ψυχικής υγείας και τέλος στην οργάνωση του συστήματος ψυχιατρικής φροντίδας.

Συνοψίζοντας, πλέον οι ασθενείς μακράς διαμονής νοσηλεύονται στα υπάρχοντα ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας και εξωνοσοκομειακά λειτουργούν Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Ημέρας και Κινητές Μονάδες. Αποστολή των υπηρεσιών αυτών είναι η έγκαιρη παρακολούθηση και θεραπεία των ψυχικά ασθενών σε υπηρεσίες που είναι κοντά στην οικία τους, η μετανοσοκομειακή παρακολούθηση των νοσηλευθέντων για την πρόληψη υποτροπής τους και η προαγωγή της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού. Ο κύριος στόχος λοιπόν της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, που ήταν η κατάργηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων, έχει επιτευχθεί σε μεγάλο βαθμό. Μέχρι σήμερα, πέντε από τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία έχουν κλείσει τα ασυλικά τους τμήματα, ενώ τα εναπομείναντα τρία (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής-Δαφνί, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Δρομοκαϊτειο, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσ/νίκης), έχουν μειώσει κατά πολύ τον αριθμό των κλινών του ασυλικού τμήματος. Στόχος ήταν μέχρι το 2015 να κλείσουν και τα υπόλοιπα όμως αντί για παύση της λειτουργίας τους, σήμερα εξετάζεται ο πιθανός μετασχηματισμός τους (Δεπάστας, 2018).

Με τους αστέγους όμως τι συμβαίνει; Σύμφωνα με την βιβλιογραφική επισκόπηση και τα αποτελέσματα της έρευνας, οι άστεγοι με ψυχικές διαταραχές δεν αναφέρονται ως μία ξεχωριστή ομάδα και δεν φαίνεται να συμπεριλαμβάνονται ούτε στην τελευταία αναθεώρηση του προγράμματος Ψυχαργός Γ φάση 2011-2020. Αυτό συμβαίνει διότι οι άστεγοι με προβλήματα ψυχικής υγείας στο σύστημα ψυχικής

υγείας της χώρας μας αντιμετωπίζονται κυρίως ως ψυχικά ασθενείς χωρίς να δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στα υπόλοιπα κοινωνικά ζητήματα που τους συνοδεύουν.

3.2 Αποασυλοποίηση και Κοινωνική Ένταξη

Η ανεπάρκεια των ψυχιατρείων σε συνδυασμό με την ιδρυματοποίηση, την μονιμοποίηση δηλαδή της ανικανότητας, η οποία οφείλεται στην κοινωνική απομόνωση και στην ιδρυματική φροντίδα, οδήγησε στο κίνημα της αποασυλοποίησης. Ουσιαστικά είναι η διαδικασία εξόδου των χρόνιων ασθενών από τα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα και η διαμονή τους στην κοινότητα και αποτελεί ουσιαστικά την σημαντικότερη πτυχή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, καθώς βοηθά τον ασθενή στην ψυχοκοινωνική του αποκατάσταση και επανεντάσσοντας τον στην κοινότητα (Υφαντής, 2005). Η διαδικασία αυτή αποτελείται από τη μεταφορά των ασθενών από το νοσοκομείο στην κοινότητα, την εδραίωση και διατήρηση των κοινοτικών υπηρεσιών υποστήριξης για τους μη ασυλοποιημένους ασθενείς, το κλείσιμο των ασύλων με τη δημιουργία δομών και υπηρεσιών στήριξης στην κοινότητα και τέλος τη πρόληψη μη αναγκαίων εισαγωγών σε ψυχιατρικά νοσοκομεία με την παροχή υπηρεσιών στην κοινότητα (Γκρουτσής, 2010). Για τους παραπάνω λόγους, η αποασυλοποίηση είναι μία σύνθετη διαδικασία, αρκετά χρονοβόρα, καθώς έχει στην πλάτη της την επιτυχία ολόκληρου του προγράμματος της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.

Θεσμικός πυλώνας της μεταρρύθμισης που αφορά την εργασιακή ένταξη των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές αποτέλεσε ο Ν. 2716/99, ο οποίος θεσμοθετεί τους Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙΣΠΕ). Σύμφωνα με το άρθρο 12 του Ν. 2716/99, οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙΣΠΕ) είναι παραγωγικές, εμπορικές και κοινωνικές μονάδες οι οποίες αναπτύσσουν οποιαδήποτε οικονομική δραστηριότητα και συνιστούν μια μορφή απασχόλησης που παρέχει ψυχοκοινωνική υποστήριξη και εποπτεία των απασχολούμενων με προβλήματα ψυχικής υγείας με βασικό στόχο την κοινωνικοοικονομική ενσωμάτωση και η επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, συμβάλλοντας στη θεραπεία τους και στην κατά το δυνατόν οικονομική τους αυτάρκεια. Δυστυχώς, αυτή η μορφή απασχόλησης στην Ελλάδα δεν έχει αναπτυχθεί σε μεγάλο βαθμό και οι διαθέσιμοι ΚΟΙΣΠΕ μέχρι σήμερα ανέρχονται μόλις στους 29, με αποτέλεσμα η επαγγελματική ένταξη των ανθρώπων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα να υστερεί σημαντικά στη χώρα

μας. Ωστόσο, παραμένει μία πολλά υποσχόμενη μορφή απασχόλησης, ένταξης και αυτονομίας και η μοναδική πολιτική κοινωνικής και εργασιακής ένταξης των αστέγων με ψυχικά νοσήματα.

3.3 Δομές Υποστήριξης Ψυχικά Ασθενών Αστέγων

Ο πληθυσμός των αστέγων με ψυχικές διαταραχές αντιμετωπίζει πολλά εμπόδια-φραγμούς στην προσέγγιση των κατάλληλων δομών και υπηρεσιών υποστήριξης. Τα αίτια είναι πολλά και ποικίλουν. Μεγάλο ρόλο ενίοτε διαδραματίζουν και οι ίδιοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι πολλές φορές είτε διστάζουν είτε δεν γνωρίζουν τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να βοηθήσουν τον πληθυσμό αυτό εξαιτίας της μεγάλης ιδιαιτερότητας που έχει, ή δεν διαθέτουν την κατάλληλη εξειδίκευση ή κατάρτιση για να το κάνουν. Η κατάσταση αυτή προκύπτει κυρίως γιατί στη χώρα μας δεν είναι σαφές εάν ο πληθυσμός των αστέγων με ψυχικές παθήσεις θα πρέπει να εξυπηρετείται από δομές αστέγων και κοινωνικές υπηρεσίες, από ψυχιατρικές στεγαστικές δομές και υπηρεσίες ψυχικής υγείας ή από τον συνδυασμό αυτών των δύο. Οι δημόσιες υπηρεσίες δεν είναι σε επαρκή βαθμό έτοιμες να υποδεχθούν και να περιθάλψουν αστέγους με σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Πολύ συχνά το πρόβλημα της στέγης δεν αναγνωρίζεται σε νοσηλευόμενους ή αντίστροφα το γεγονός ότι είναι άστεγοι αποτρέπει την παροχή υπηρεσιών, ειδικά σε ζητήματα στέγασης, διότι θεωρείται ότι ο ασθενής αιτείται περίθαλψης λόγω έλλειψης στέγης (Κωνσταντακόπουλος, 2003).

Δυσκολία προσέγγισης των κοινωνικών υπηρεσιών και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας αντιμετωπίζουν για διάφορους λόγους και οι ίδιοι οι άστεγοι. Η κυριότερη αιτία είναι ότι πιστεύουν ότι δεν θα μπορέσουν να εξυπηρετηθούν και ίσως φοβούνται ακόμη μία ματαιώση, κάτι που δυστυχώς συμβαίνει πολύ συχνά, καθώς πολλοί μπορεί να είχαν κάποια προηγούμενη αρνητική εμπειρία σε άλλη υπηρεσία. Άλλος ένας παράγοντας που εμφανίζεται συχνά είναι η έλλειψη γνώσης γύρω από το σύστημα κοινωνικής προστασίας και ψυχικής υγείας και των αντίστοιχων δομών και υπηρεσιών τους, αλλά και η άγνοια ακόμη και για πιθανά επιδόματα που μπορεί να δικαιούνται είτε ως άστεγοι και άνθρωποι ευρισκόμενοι σε κατάσταση ακραίας φτώχειας είτε ως άνθρωποι με ψυχικές παθήσεις.

Στην έρευνα των Applebay & Desai (1985), βρέθηκε ότι οι άστεγοι με ψυχικές ασθένειες είχαν χαμηλότερα ποσοστά εισαγωγών σε ψυχιατρικά νοσοκομεία σε σχέση με τους ανθρώπους με στέγη και ψυχικές ασθένειες, ότι έπαιρναν εξιτήριο

πιο συχνά και πολύ λίγοι παραπέμπονταν σε δομές στην κοινότητα. Η κατάσταση αυτή κυριαρχεί και στη χώρα μας σύμφωνα και με τα ευρήματα της έρευνας. Φαίνεται επίσης, ότι το χρονικό διάστημα που μένει κανείς στο δρόμο ή τουλάχιστον χωρίς στέγη επιδεινώνει την κλινική του εικόνα και συντελεί στην αύξηση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας. Σύμφωνα με την έρευνα της Χονδράκη (2012) το εύρημα αυτό σε συνδυασμό με τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας για την ύπαρξη ψυχικής ασθένειας ως παράγοντα κινδύνου στην απώλεια στέγης φαίνεται να δημιουργεί ένα φαύλο κύκλο όπου η παραμονή στους δρόμους αυξάνει την ψυχοπαθολογία και η ψυχοπαθολογία οδηγεί στην απώλεια στέγης και την παραμονή στους δρόμους, χωρίς να γνωρίζει κανείς τι προηγείται και τι ακολουθεί.

Σχετικά με τις δομές υποστήριξης των ψυχικά ασθενών αστέγων στην Ελλάδα επικρατεί το δίπολο που αναφέρθηκε στις παραπάνω γραμμές. Ποιες είναι οι κατάλληλες δομές, κυρίως στεγαστικές, για τον πληθυσμό αυτό; Οι δομές αστέγων, οι στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ή καμία από τις δύο; Πριν την συνοπτική παρουσίαση των δομών υποστήριξης στις οποίες έχουν πρόσβαση οι άστεγοι με ψυχικές διαταραχές, κρίνεται σκόπιμη μία σύντομη ανάλυση του συστήματος στεγαστικής πολιτικής που βρίσκεται σε ισχύ στην Ελλάδα για τον συγκεκριμένο πληθυσμό.

Το ζήτημα των αστέγων με προβλήματα ψυχικής υγείας δεν έχει μελετηθεί σχεδόν καθόλου στην Ελλάδα και οι διαθέσιμες πολιτικές στέγασης αφορούν τον ευρύτερο πληθυσμό των αστέγων. Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, οι άστεγοι με ψυχικές διαταραχές δεν εντάσσονται, ούτε έχουν πρόσβαση σε ξενώνες φιλοξενίας αστέγων καθώς βασική προϋπόθεση εισαγωγής σε ένα τέτοιο ξενώνα είναι η απουσία ψυχιατρικής συμπτωματολογίας. Από την άλλη στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, τα οποία είναι αρμόδια σύμφωνα με το πρόγραμμα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, για την παραπομπή και εισαγωγή ασθενών σε στεγαστικές δομές, αντιμετωπίζουν τους περισσότερους ψυχικά ασθενείς αστέγους με την ιδιότητα του αστέγου και όλων των κοινωνικών προβλημάτων που τον συνοδεύουν χωρίς να δίνουν ιδιαίτερη βαρύτητα στην ψυχική νόσο. Επιπρόσθετα, εξαιτίας του Ψυχαργός και της αποασυλοποίησης προτεραιότητα δίνεται στους χρόνιους ασθενείς των ψυχιατρείων και όχι απαραίτητα στους αστέγους. Αποτέλεσμα όλων των παραπάνω, οι άστεγοι με ψυχικές διαταραχές να βρίσκονται στο κενό, χωρίς στεγαστική κάλυψη και φροντίδα και να γίνονται "μπαλάκι" μεταξύ των υπηρεσιών.

Οι δομές υποστήριξης και στεγαστικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών αστέγων παρέχονται κυρίως μέσα από το σύστημα ψυχικής υγείας. Μέχρι και τώρα, για την πιθανότητα εισαγωγής του ασθενή σε στεγαστική δομή θα έπρεπε να υπάρξει τουλάχιστον μία νοσηλεία σε ψυχιατρικό νοσοκομείο. Αυτό φαίνεται να τροποποιείται σε πρόσφατη εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας (Γ3α,β/Γ.Π.οικ.96899/2018), καθώς σύμφωνα με αυτή αλλάζει η διαδικασία μετάβασης του ψυχικά ασθενή σε μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, δίνοντας προτεραιότητα στα αιτήματα που αφορούν αστέγους ψυχικά ασθενείς.

Οι δομές που δύνανται να υποστηρίξουν στεγαστικά τους αστέγους με ψυχικές παθήσεις είναι οι μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (οικοτροφεία, ξενώνες και προστατευόμενα διαμερίσματα) και τα υπνωτήρια του Πειραιά και της Νίκαιας, οι οποίες παρουσιάζονται συνοπτικά παρακάτω.

Ξενώνες: Φιλοξενούν άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη με στόχο το μέγιστο βαθμό ανεξαρτητοποίησης τους.

Οικοτροφείο: Είναι Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης υψηλού βαθμού προστασίας, στο οποίο φιλοξενούνται για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη άτομα με ψυχικές διαταραχές με σκοπό να διασφαλισθεί η παραμονή τους στην κοινότητα. Δεν υπάρχει περιορισμός στο χρόνο παραμονής τους σε αυτό.

Προστατευόμενο Διαμέρισμα: Το προστατευόμενο διαμέρισμα είναι χώρος στέγασης σε πολυκατοικίες ή μονοκατοικίες, ατόμων με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές τα οποία έχουν αυξημένες αλλά όχι πλήρεις ικανότητες αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης. Η ψυχοκοινωνική φροντίδα που παρέχεται στα άτομα που διαμένουν στα προστατευόμενα διαμερίσματα έχει σκοπό την επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής ανεξαρτησίας, αυτονομίας και αποτελεσματικότητάς τους, ώστε να λειτουργήσουν στην κοινότητα με επιτυχία και στόχο την πλήρη αυτόνομη διαβίωση (Γκρουτσής, 2010).

Υπνωτήριο: Αφορά εκείνο το μέρος του πληθυσμού που δεν μπορεί να καλύψει τη βασική ανάγκη στέγασης. Ειδικότερα τα «Υπνωτήρια» είναι δομές άμεσης φιλοξενίας που λειτουργούν μόνο κατά τη διάρκεια της νύχτας και καλύπτουν επείγουσες στεγαστικές ανάγκες όσων διαβιούν στο δρόμο. Παρέχουν υπηρεσίες διανυκτέρευσης, ατομικής φροντίδας και υγιεινής, ψυχοκοινωνικής στήριξης και διασύνδεσης με υπηρεσίες στέγασης, σίτισης, ψυχολογικής υποστήριξης, νομικής

συνδρομής, συμβουλευτικής, υγείας, πρόνοιας και κοινωνικής επανένταξης. Στα υπνωτήρια του Πειραιά και της Νίκαιας γίνονται δεκτοί άστεγοι με προβλήματα ψυχικής υγείας με την προϋπόθεση ότι είναι λειτουργικοί, δεν έχουν υποτροπές και παρακολουθούνται από Κέντρο Ψυχικής Υγείας.

Από την άλλη πλευρά, οι κοινοτικές δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι ανοιχτές και προσβάσιμες για όλο τον πληθυσμό με προβλήματα ψυχικής υγείας, παρόλα αυτά οι άστεγοι δύσκολα θα προσεγγίσουν και αυτές τις δομές καθώς αρχική προτεραιότητά τους είναι η εξασφάλιση της στέγης και η κάλυψη των βασικών τους αναγκών. Η κοινοτική φροντίδα διαθέτει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών ψυχικής υγείας και συμβουλευτικής υποστήριξης, όπως τα Κέντρα Ημέρας, τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, τις κινητές μονάδες, το πρόγραμμα στήριξης αστέγων της ΚΛΙΜΑΚΑ, τις κοινωνικές υπηρεσίες, ΜΚΟ που δραστηριοποιούνται σε ζητήματα αστέγων κ.α.

Σύμφωνα με τον Clark & Rich (2003) η αποτελεσματικότητα και τελικά το κόστος των υπηρεσιών για τον άστεγο πληθυσμό μπορεί να βελτιωθεί αν αντιστοιχηθεί ο τύπος της υπηρεσίας με τον βαθμό ανικανότητας, όσον αφορά τα προβλήματα ψυχικής υγείας και κατάχρησης ουσιών του άστεγου πληθυσμού, αντί να αντιμετωπίζεται ο πληθυσμός αυτός ως ομοιογενής. Οι ψυχικές ασθένειες και η ανάγκη για υπηρεσίες υγείας είναι σημαντικά θέματα για τον άστεγο πληθυσμό. Οι Padgett et al, (1990) αναφέρουν ότι παρά τις μεγάλες ανάγκες του πληθυσμού αυτού σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, η χρήση των υπηρεσιών αυτών είναι πολύ μικρή και ότι το πιθανότερο σενάριο είναι οι ψυχικά ασθενείς άστεγοι να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες επειγόντων περιστατικών και την νοσηλεία έναντι των υπολοίπων αστέγων (Χονδράκη, 2012).

Κλείνοντας, αυτό που αξίζει να αναφερθεί είναι ότι υπάρχει ανάγκη για δημιουργία ειδικών υπηρεσιών και δομών για τον άστεγο πληθυσμό με ψυχικές διαταραχές που θα περιλαμβάνει και προγράμματα ανίχνευσης και προσέγγισης του πληθυσμού αυτού (Nordentoft, 1994, Harris et al, 1994). Επίσης, πολλοί ερευνητές συγκλίνουν στη θέση ότι η ψυχοκοινωνική στήριξη θα πρέπει να συνδυάζεται με την κάλυψη των άμεσων αναγκών σε προγράμματα με στόχο την κοινωνική ένταξη (Culhane et al., 2002). Τέλος, αναγνωρίζεται από πολλούς η ανάγκη διασύνδεσης των υπηρεσιών προκειμένου να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά τα πολλαπλά προβλήματα των ψυχικά ασθενών αστέγων (Morrissey et al., 2002).

Β' ΜΕΡΟΣ

4^ο Κεφάλαιο

Μεθοδολογία της έρευνας

4.1 Εισαγωγή

Το δεύτερο μέρος της παρούσας διπλωματικής εργασίας έχει ως αντικείμενο την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της εμπειρικής έρευνας που πραγματοποιήθηκε στους φορείς ψυχικής υγείας στο Λεκανοπέδιο Αττικής. Με την παρούσα έρευνα πεδίου επιδιώκεται η απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων που αναφέρθηκαν στην εισαγωγή.

Σε αυτό το κεφάλαιο θα τεκμηριωθεί η μεθοδολογία έρευνας που ακολουθήθηκε. Για την καλύτερη δυνατή τεκμηρίωση των ερευνητικών διαδικασιών που επιλέχθηκαν, αρχικά θα αποσαφηνιστούν όροι όπως "ποιοτική έρευνα", "ποιοτικές μέθοδοι έρευνας", "ημιδομημένες συνεντεύξεις". Επιπρόσθετα, γίνεται αναφορά στον σκοπό και τα ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας, τα στάδια και τη διαδικασία, τις μεθόδους και τις τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν στην εκπόνησή της. Τέλος, η ενότητα ολοκληρώνεται με την πρακτική περιγραφή των μεθοδολογικών βημάτων που ακολουθήθηκαν για την εκπλήρωση της παρούσας έρευνας.

Σκοπός της παρούσας έρευνας αποτελεί η εμπειρική διερεύνηση της επάρκειας του συστήματος κοινωνικής προστασίας για την πληθυσμιακή ομάδα των αστέγων που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας. Η ύπαρξη ενός δημοσίου λόγου σχετικά με τη δυσκολία ένταξης των ατόμων αυτών σε δομές κοινωνικής φροντίδας και η έλλειψη κατάλληλων κοινωνικών πολιτικών οδήγησε στην ανάγκη για διερεύνηση του συγκεκριμένου ζητήματος. Πρέπει να τονιστεί ότι η υφιστάμενη εγχώρια επιστημονική βιβλιογραφία είναι ιδιαίτερα περιορισμένη (Κωνσταντακόπουλος, 2003). Αποτέλεσμα αυτού είναι να εντοπίζεται ένα σημαντικό βιβλιογραφικό κενό σχετικά με τη στεγαστική μέριμνα για τους άστεγους με ψυχικά νοσήματα. Επομένως, η διατύπωση ενός τέτοιου ερευνητικού ερωτήματος ενσωματώνει στοιχεία πρωτοτυπίας.

Η επιλογή της ποιοτικής μεθόδου έχει ως κριτήριο την εξέταση της οπτικής των εκπροσώπων φορέων (stakeholders) σχετικά με την επάρκεια των κοινωνικών πολιτικών στέγης για τους ψυχικά ασθενείς. Αυτή η έρευνα πεδίου μπορεί να

αναπτύξει επομένως, μια σύνθετη εικόνα για το υπό διερεύνηση φαινόμενο, όπως η παρουσίαση των πολλαπλών του πτυχών ή προοπτικών και ο εντοπισμός των σύνθετων παραγόντων που το διαμορφώνουν. Η ποιοτική έρευνα είναι καταλληλότερη όταν το πρόβλημα ή το ζήτημα που επιδιώκει να μελετήσει δεν έχει διερευνηθεί ή έχει διερευνηθεί ανεπαρκώς (Ισαρη & Πούρκος, 2015, Camic, Rhodes & Yardley, 2003). Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι, ακριβώς, η ανακάλυψη νέων πτυχών και διαστάσεων του εξεταζόμενου φαινομένου και η σε βάθος κατανόησή του. Επομένως η ποιοτική μέθοδος έρευνας προκρίνεται ως καταλληλότερη.

4.2 Η ποιοτική έρευνα

Η ποιοτική κοινωνική έρευνα αποτελεί σχηματικά ένα από τα δύο μεθοδολογικά υποδείγματα και ερευνητικά εργαλεία στις κοινωνικές επιστήμες. Τα βασικά ζητήματα που σχετίζονται με τη ποιοτική μεθοδολογία είναι η ερευνητική και μεθοδολογική προσέγγιση, το ερευνητικό πρόβλημα, η θεωρητική αφετηρία του ερευνητή και τα συγκεκριμένα μεθοδολογικά εργαλεία άντλησης γνώσης από το ερευνητικό πεδίο (Ιωσηφίδης, 2003).

Οι ποιοτικές μέθοδοι έχουν στόχο την αποκάλυψη σχέσεων ή συσχετίσεων ανάμεσα σε κοινωνικά υποκείμενα και κοινωνικές ομάδες, την περιγραφή, ανάλυση και κατανόηση κοινωνικών διαδικασιών, τη διατύπωση ή αναδιατύπωση υποθέσεων και θεωρητικών θέσεων για το κοινωνικό γίνεσθαι και τη διακρίβωση κοινωνικών σχέσεων, θέσεων και ρόλων. Η ποιοτική έρευνα στοχεύει στην περιγραφή, ανάλυση, ερμηνεία και κατανόηση κοινωνικών φαινομένων, καταστάσεων και ομάδων απαντώντας στα ερωτήματα «πως» και «γιατί» (Silverman, 1997).

Επιπρόσθετα, ανάλογα με την οπτική του εκάστοτε ερευνητή έμφαση μπορεί να δίδεται στα ποιοτικά, μη μετρήσιμα χαρακτηριστικά κάποιου κοινωνικού φαινομένου με στόχο την εξήγηση, την ερμηνεία, την κατανόηση, την ανάπτυξη ή την επιβεβαίωση μιας θεωρίας ή την αποκάλυψη αιτιακών σχέσεων (Flick, 1998). Συγκεντρώνεται επίσης, εμπειρικό υλικό που στις ποσοτικές έρευνες δεν λαμβάνεται υπόψη ή θεωρείται ως πηγή λάθους, όπως οι ασυνέπειες και αντιφάσεις στον λόγο ή στη συμπεριφορά του άλλου, οι παύσεις και οι σιωπές του, τα οποία θεωρούνται αξιόλογα αναφοράς και σχολιασμού σε μία ποιοτική έρευνα (Ισαρη & Πούρκος, 2015).

Το κύριο χαρακτηριστικό της ποιοτικής έρευνας σύμφωνα με την Κυριαζή (1994) είναι ότι βασίζεται σε συγκριτικά μικρότερο αριθμό περιπτώσεων με στόχο όχι την ανακάλυψη γενικών τάσεων αλλά τη διαμόρφωση ολικής εικόνας για κάθε περίπτωση και την ανεύρεση των κοινών τους στοιχείων. Καθώς η μελέτη βάθους που συνεπάγεται η ποιοτική έρευνα οδηγεί στη συγκέντρωση λεπτομερών στοιχείων για πολλαπλές πτυχές των υπό έρευνα περιπτώσεων, διευκολύνεται έτσι η διαδικασία ανάπτυξης και αποσαφήνισης εννοιολογικών κατηγοριών. Η ποιοτική έρευνα τονίζει τη σημασία που έχει το ιστορικό και το κοινωνικό πλαίσιο για την ερμηνεία που αποδίδουν τα υποκείμενα στη συμπεριφορά των άλλων. Επιπλέον, σύμφωνα με την Καλλινικάκη (2010) η ποιοτική έρευνα στοχεύει στον εντοπισμό, την περιγραφή και την ερμηνεία των κοινωνικών φαινομένων, αλλά και στην σημασία που έχουν αυτά για τα άτομα που τα βιώνουν.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η ποιοτική έρευνα στόχο έχει να μελετήσει σε βάθος τα χαρακτηριστικά ενός κοινωνικού φαινομένου δίνοντας βάση στα αίτια κυρίως που το δημιουργούν. Μέσα από τη διαδικασία μιας ποιοτικής έρευνας, ο ερευνητής έχει τη δυνατότητα διαμόρφωσης μιας ολοκληρωμένης εικόνας για το υπό διερεύνηση ζήτημα και τη συγκέντρωση λεπτομερών στοιχείων για πολλές πτυχές του ζητήματος. Τέλος, με την ποιοτική μεθοδολογία ο ερευνητής έχει τη δυνατότητα να επιβεβαιώσει μία θεωρία ή παγιωμένη κατάσταση που επικρατεί γύρω από το ζήτημα που μελετά.

Η θεωρητική αφετηρία και το υπόβαθρο της ποιοτικής μεθοδολογίας παίζουν το βασικότερο ίσως ρόλο στον ερευνητικό σχεδιασμό, στην επιλογή των ερευνητικών και μεθοδολογικών εργαλείων, στην διατύπωση των ερευνητικών ερωτημάτων και γενικότερα στην σύνδεση θεωρίας και πράξης (Ιωσηφίδης, 2003).

Η επιλογή της ποιοτικής μεθόδου για την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας κρίθηκε καταλληλότερη για τη μελέτη του ερευνητικού προβλήματος σχετικά με την ύπαρξη θεσμικού πλαισίου και κοινωνικών πολιτικών στην πληθυσμιακή ομάδα των αστέγων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Ο ερευνητής επιδιώκει να διερευνήσει την ιδιαιτερότητα του ερευνητικού προβλήματος, αλλά και να εκπονήσει μία σε βάθος, λεπτομερή μελέτη και κατανόηση των επιμέρους πτυχών του υπό διερεύνηση ζητήματος (Ισαρη & Πουρκός, 2015).

4.3 Σχεδιασμός της Έρευνας Πεδίου στους Φορείς Ψυχικής Υγείας

Η πρώτη φάση της παρούσας έρευνας επικεντρώθηκε στο ρόλο των εμπλεκόμενων φορέων σε ζητήματα αστέγων με ψυχικά νοσήματα και με την ψυχική υγεία γενικότερα. Επίσης, εστίασε στο ρόλο των φορέων χάραξης και άσκησης κοινωνικής πολιτικής. Για την επιλογή των φορέων τέθηκαν μόνο γεωγραφικοί περιορισμοί, το Λεκανοπέδιο Αττικής. Γεωγραφικός προσδιορισμός που αποτυπώνει ωστόσο ένα σημαντικό μέρος της κρατούσας πραγματικότητας, καθώς συγκεντρώνει μία μεγάλη και ποικιλόμορφη μερίδα των φορέων ψυχικής υγείας της χώρας. Παρακάτω περιγράφονται οι υποθέσεις εργασίας και τα ερευνητικά ερωτήματα, καθώς επίσης οι μέθοδοι και οι τεχνικές της έρευνας, το περιεχόμενο και οι άξονες του οδηγού συνέντευξης και τέλος, η επιλογή του πληθυσμού της έρευνας.

4.4 Καθορισμός ερευνητικού προβλήματος

Στο στάδιο αυτό διατυπώνεται το ερευνητικό πρόβλημα, σχηματίζονται οι ερευνητικές ερωτήσεις και οι υποθέσεις που θα πρέπει εμπειρικά να επιβεβαιωθούν ή να διαψευστούν από την έρευνα πεδίου. Το κρίσιμο στοιχείο του σταδίου αυτού είναι η τεκμηρίωση της καταλληλότητας της εφαρμογής της μεθοδολογίας της συνέντευξης για το εκάστοτε ερευνητικό εγχείρημα (Ιωσηφίδης, 2003).

Αρχική υπόθεση της έρευνας αποτέλεσε η επάρκεια του πλαισίου κοινωνικής προστασίας των αστέγων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα αποτέλεσαν οι βασικές πολιτικές προστασίας των ψυχικά ασθενών αστέγων, η επιρροή της κρίσης στο φαινόμενο έλλειψης στέγης και ψυχικής νόσου και ποιες οι κοινωνικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση του.

4.5 Επιλογή του Ερευνώμενου Πληθυσμού

Η επιλογή του ερευνώμενου πληθυσμού αναφέρεται στη μέθοδο που χρησιμοποιείται από τους ερευνητές για την επιλογή ενός δεδομένου αριθμού ανθρώπων από έναν πληθυσμό για να συμπεριληφθούν σε μια μελέτη. Με άλλα λόγια, η μέθοδος αφορά στην στρατηγική για την επιλογή του πληθυσμού της έρευνας ο οποίος χρησιμοποιείται για πρακτικούς λόγους, αφού συνήθως δεν είναι εφικτό να συλλεχθούν δεδομένα από όλα τα άτομα σε έναν πληθυσμό. Ο όρος «πληθυσμός» εδώ αναφέρεται στο σύνολο των περιπτώσεων που μπορεί να ενδιαφέρουν τους ερευνητές, είτε πρόκειται για ανθρώπους είτε για ομάδες,

οργανισμούς, χώρες, ή ακόμη και για καταστάσεις, γεγονότα, χρονικές περιόδους ή κοινωνικό-πολιτισμικές διαδικασίες, κ.ά. (Marshall, 1996, Robson, 2007). Γενικά, η διαδικασία της επιλογής του πληθυσμού της έρευνας αποτελεί ένα σημαντικό μέρος του ερευνητικού σχεδιασμού καθώς η επιλογή αυτή επηρεάζει τόσο την ποιότητα των δεδομένων όσο και τα συμπεράσματα της έρευνας (Ισαρη & Πούρκος, 2015).

Η επιλογή της μεθόδου συλλογής των δεδομένων στην ποιοτική έρευνα αποσκοπεί, κυρίως, να εντοπίσει αυτό που ο Patton (2002:230) ονομάζει πλούσιες σε πληροφορία περιπτώσεις (information rich cases), δηλαδή περιπτώσεις οι οποίες «προσφέρονται για μελέτη εις βάθος» και από τις οποίες «κάποιος μπορεί να μάθει πολλά σχετικά με ζητήματα κεντρικής σημασίας για τον σκοπό της έρευνας». Ο ερευνητής που εφαρμόζει τη στρατηγική της σκόπιμης επιλογής του πληθυσμού της έρευνας (purposeful ή αλλιώς purposive ή judgmental sampling) επιλέγει ενεργητικά και σκόπιμα το πληθυσμό εκείνο του οποίου τα μέλη θα εξυπηρετούν με τον καλύτερο τρόπο τους σκοπούς και τα ερωτήματα της έρευνάς του. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτό, ο ερευνητής μπορεί να βασιστεί στη γνώση που διαθέτει για το υπό μελέτη φαινόμενο, στην υπάρχουσα βιβλιογραφία ή ακόμη και σε κάποια πρώτα δεδομένα της ίδιας της έρευνας (Marshall, 1996).

Η επιλογή του πληθυσμού στην παρούσα έρευνα έγινε με τη μέθοδο της σκόπιμης επιλογής και τη μέθοδο της χιονοστιβάδας, διότι η παρούσα εμπειρική διερεύνηση επιδιώκει να κατανοήσει το νόημα ενός φαινομένου από την πλευρά των εμπλεκόμενων φορέων. Οπότε κρίνεται σημαντικό να επιλεγεί ο κατάλληλος πληθυσμός από τον οποίο θα μπορέσει ο ερευνητής να αντλήσει την πληροφορία και να συλλέξει τα δεδομένα που του είναι απαραίτητα για τη διεξαγωγή των αποτελεσμάτων (Καλλινικάκη, 2010).

Ο Patton (1990) υποστηρίζει ότι είναι σημαντικό να επιλεγούν οι περιπτώσεις, οι οποίες μπορούν να δώσουν περιεκτικές πληροφορίες για μία εις βάθος μελέτη. Οι περιπτώσεις που είναι πλούσιες σε πληροφορία είναι αυτές από τις οποίες ο ερευνητής μπορεί να εκμαιεύσει αρκετά στοιχεία σχετικά με τα ζητήματα υψηλής σημασίας για το σκοπό της έρευνας και έτσι προκύπτει ο όρος "κατευθυνόμενη επιλογή του πληθυσμού της έρευνας". Εξάλλου, στην ποιοτική έρευνα το μέγεθος του πληθυσμού δεν έχει σημασία. Το υλικό δεν στοχεύει στη μεγέθυνση των αριθμών, αλλά στην επάρκεια του περιεχομένου που δύναται να αντληθεί από αυτό.

Με τη σκόπιμη επιλογή του πληθυσμού της έρευνας (purposive sample), ο ερευνητής επιλέγει περιπτώσεις που θεωρεί ότι είναι χαρακτηριστικές σχετικά με το θέμα που θέλει να ερευνήσει. Παρότι δεν πρόκειται για μέθοδο δειγματοληψίας πιθανοτήτων, ωστόσο οδηγεί συχνά σε αξιόπιστα αποτελέσματα (Κυριαζή, 1999).

Σύμφωνα με τη μέθοδο της χιονοστιβάδας, ο ερευνητής αρχικά επιλέγει ορισμένα άτομα-κλειδιά από τον πληθυσμό που τον ενδιαφέρει, τα οποία διαθέτουν τα χαρακτηριστικά, τη γνώση και την κοινωνική δικτύωση ώστε να τον οδηγήσουν στον εντοπισμό και άλλων μελών του πληθυσμού. Η στρατηγική αυτή εφαρμόζεται συνήθως όταν υπάρχει δυσκολία να εντοπιστούν τα μέλη ενός συγκεκριμένου πληθυσμού ή όταν ο ερευνητής δεν γνωρίζει ποιος έχει τις πληροφορίες που είναι σημαντικές για τη μελέτη του (Ισαρη & Πούρκος, 2015).

Η επιλογή του πληθυσμού πραγματοποιήθηκε με γνώμονα τη δημιουργία μιας σφαιρικής εικόνας του υπό διερεύνηση ζητήματος, αλλά και της μεγαλύτερης δυνατής συμπερίληψης μεταξύ φορέων κρατικού σχεδιασμού, επιστημονικής κοινότητας και των φορέων που εμπλέκονται στο σύστημα κοινωνικής προστασίας της πληθυσμιακής ομάδας των αστέγων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Έτσι, ο πληθυσμός της εμπειρικής έρευνας συγκροτήθηκε από Ιδιωτικούς φορείς- ΜΚΟ και δημόσιους φορείς άμεσα εμπλεκόμενους στο σχεδιασμό πολιτικών γύρω από το διερεύνηση ζήτημα, καθώς επίσης και φορείς ψυχικής υγείας, οι οποίοι είναι οι αποδέκτες της παρούσας υφιστάμενης κατάστασης.

Ο πληθυσμός που επιλέχθηκε σύμφωνα με τη μέθοδο της σκόπιμης επιλογής αφορούσε δέκα επαγγελματίες εκπροσώπους των φορέων- ιδιωτικών και δημόσιων- ψυχικής υγείας, καθώς επίσης και εκπρόσωπο της επιστημονικής κοινότητας. Όσον αφορά τα κριτήρια επιλογής του διερωτώμενου πληθυσμού, αφορούσαν την άμεση εμπλοκή των φορέων με το εξεταζόμενο πρόβλημα. Κλείνοντας, αξίζει να σημειωθεί ότι δεν υπήρξαν ιδιαίτερα προβλήματα στην εύρεση του πληθυσμού για την επιτυχή διεξαγωγή της παρούσας έρευνας.

4.6 Κατασκευή Ερευνητικών Εργαλείων

Το εργαλείο της συνέντευξης αποτελεί ίσως την πιο διαδεδομένη τεχνική άντλησης ποιοτικού υλικού και πληροφοριών στις κοινωνικές επιστήμες. Η συνέντευξη ως ερευνητικό εργαλείο παίρνει πολλές μορφές: μπορεί να είναι αυστηρά

δομημένη δηλαδή βασισμένη σε ένα δομημένο σχέδιο συνέντευξης ή ερωτηματολόγιο, μπορεί να είναι συνέντευξη πρόσωπο με πρόσωπο, τηλεφωνική συνέντευξη κτλ. Στην ποιοτική έρευνα επίσης, χρησιμοποιείται ευρέως η συνέντευξη σε βάθος, όπου σκοπός της είναι η συλλογή όσο το δυνατόν πλουσιότερων πληροφοριών, για τις εμπειρίες, τις απόψεις, τις στάσεις και τις αναπαραστάσεις των συμμετεχόντων (Ιωσηφίδης, 2003).

Σύμφωνα με τον Woods (1992) οι συνεντεύξεις είναι ο μόνος τρόπος για να προσεγγιστούν οι αντιλήψεις των ανθρώπων και ταυτόχρονα ένας τρόπος για να προκληθούν καταστάσεις και να κινηθεί η ροή των στοιχείων. Η ροή αυτή είναι μεγαλύτερη στις ημιδομημένες συνεντεύξεις όπου υπάρχει ένας σημαντικός βαθμός ευελιξίας τόσο του ερευνητή όσο και του υποκειμένου της έρευνας.

Η ημιδομημένη συνέντευξη αποτελείται από ένα σύνολο προκαθορισμένων ερωτήσεων. Ο συγκεκριμένος τύπος συνέντευξης παρουσιάζει ευελιξία ως προς την τροποποίηση του περιεχομένου των ερωτήσεων ανάλογα με τον ερωτώμενο, ως προς τη σειρά με την οποία τίθενται οι ερωτήσεις και ως προς την πρόσθεση ή αφαίρεση ερωτήσεων ή θεμάτων για συζήτηση (Ισαρη & Πουρκός, 2015).

Η συλλογή των ποιοτικών δεδομένων στην παρούσα εμπειρική έρευνα διεξήχθη με την εφαρμογή του εργαλείου της ημιδομημένης συνέντευξης με τη χρήση μαγνητοφώνου. Το εργαλείο αυτό κρίθηκε καταλληλότερο, καθώς βοηθά στην απόσπαση αρκετών πληροφοριών και την ανάδειξη των ποιοτικών χαρακτηριστικών που φέρει ο εκπρόσωπος κάθε φορέα. Με την ημιδομημένη συνέντευξη μπορεί το περιεχόμενο, ο λόγος, η σειρά των ερωτήσεων να είναι προκαθορισμένα από τον ερευνητή όμως την ίδια στιγμή ο ερωτώμενος έχει τη δυνατότητα να αναπτύξει τα θέματα όπως εκείνος επιθυμεί, περιγράφοντας ελεύθερα τις εμπειρίες του και εκφράζοντας τις απόψεις του.

Πιο συγκεκριμένα, στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας πραγματοποιήθηκαν συνολικά δέκα ημιδομημένες συνεντεύξεις (παράρτημα 2) από εκπροσώπους των παρακάτω φορέων: 1. ΜΚΟ Κλίμακα, 2. Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής & Ψυχικής Υγείας, 3. Οικοτροφείο της ΕΠΑΨΥ-Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης & Ψυχικής Υγείας, 4. Κοινωνική Υπηρεσία της Ψυχιατρικής Κλινικής του Σισμανόγλειου Γενικού Νοσοκομείου Αττικής, 5. ΠΕΨΑΕΕ-Πανελλαδική Ένωση για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και την Επαγγελματική Επανάταξη, 6.

Κοινωνική Υπηρεσία του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής "Δρομοκαΐτειο", 7. Κοινωνική Υπηρεσία του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής "Δαφνί" και 8. Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας.

Για την υλοποίηση των συνεντεύξεων κατασκευάστηκε οδηγός με ημιδομημένες ερωτήσεις ανοιχτού τύπου, ο οποίος κρίθηκε καταλληλότερος για την αποτελεσματικότερη έκβαση της έρευνας. Ο οδηγός αποτυπώνει προκαθορισμένες ερωτήσεις ενώ παράλληλα, υπάρχει την ευελιξία στη διαμόρφωση των ερωτήσεων και δίνει τη δυνατότητα στον ερευνητή να αισθάνεται ελεύθερος να αλλάξει τη σειρά των ερωτήσεων ή και τη διατύπωσή τους ανάλογα με την πορεία της συζήτησης. Επιπρόσθετα, έχει ιδιαίτερα πλούσιο περιεχόμενο απαντήσεων και μπορεί να παρέχει πολλές πληροφορίες για το υπό μελέτη φαινόμενο (Παπαστάμου, 2001).

4.6.1 Οδηγός συνέντευξης & θεματικοί άξονες

Η κατασκευή οδηγού συνέντευξης αποτελεί βασικό εργαλείο για τη διεξαγωγή της συνέντευξης στην ποιοτική έρευνα. Η κατασκευή των οδηγών συνέντευξης βασίζεται σε πλήθος πηγών και ερεθισμάτων που προέρχονται από τη συστηματική επισκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, τη συγκέντρωση και τη διεξοδική ανάλυση πληροφοριών για το υπό διερεύνηση ζήτημα στο συγκεκριμένο γεωγραφικό και κοινωνικό πλαίσιο αντιμετώπισής του. Ακόμη, η κατασκευή του οδηγού επηρεάζεται από τις αξίες και την εμπειρία του ερευνητή. Οι οδηγοί, επίσης, περιλαμβάνουν τα ζητήματα-κλειδιά που εκ πρώτης όψεως παρέχουν τα κεντρικά νοήματα του φαινομένου που μελετάται, καθώς επίσης και θεματικές περιοχές που θα πρέπει να καλυφθούν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης (Καλλινικάκη, 2010).

Στην παρούσα εμπειρική έρευνα ο οδηγός συνέντευξης σχεδιάστηκε βασισμένος σε τρεις θεματικούς άξονες. Το περιεχόμενο των θεματικών αξόνων είναι α) η ιστορική πορεία των Κοινωνικών Πολιτικών για τους αστέγους με ψυχικά νοσήματα μέχρι την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης, β) οι επιπτώσεις της κρίσης και των πολιτικών λιτότητας στους αστέγους με ψυχικά νοσήματα και γ) η πρόσβασή τους σε κοινωνικές δομές φροντίδας και υπηρεσίες.

1^{ος} Θεματικός Άξονας: Ιστορική πορεία των κοινωνικών πολιτικών για τους αστέγους με ψυχικά νοσήματα μέχρι την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης.

Στον πρώτο άξονα διερευνώνται τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετώπιζε ο χώρος της ψυχικής υγείας στη χώρα μας μέχρι την έναρξη της οικονομικής κρίσης, αλλά και οι τυχόν μεταρρυθμίσεις στις πολιτικές για τους άστεγους με ψυχικά νοσήματα που μπορεί να υπήρχαν.

2^{ος} Θεματικός Άξονας: Οι επιπτώσεις της κρίσης και των πολιτικών λιτότητας στους αστέγους με ψυχικά νοσήματα.

Στον δεύτερο και σημαντικότερο άξονα της εμπειρικής μελέτης εξετάζονται καίρια δεδομένα που αφορούν τον ερευνητικό προβληματισμό. Κυριότερα ζητήματα αποτελούν η πρακτική εφαρμογή των πολιτικών, αλλά και το υπάρχον θεσμικό πλαίσιο στο χώρο της ψυχικής υγείας για τους αστέγους με ψυχικές διαταραχές. Αρχικά, μελετώνται οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην πληθυσμιακή ομάδα των αστέγων με ψυχικές παθήσεις, αλλά και το πώς επηρεάστηκαν οι κοινωνικές πολιτικές για τον πληθυσμό αυτό την ίδια περίοδο. Επιπρόσθετα, ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσιάζει το Πρόγραμμα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, οι αλλαγές που επιφέρει γενικότερα στον χώρο της ψυχικής υγείας, αλλά και πως αυτό επηρεάζει την συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα. Επιπλέον, επιχειρείται μία επισκόπηση στις πολιτικές για την πρόληψη, επείγουσα διαχείριση και κοινωνική ένταξη των αστέγων με ψυχικά νοσήματα. Τέλος, κρίνεται επιθυμητός ο σχολιασμός για τη διαμόρφωση του συγκεκριμένου πλαισίου παρεμβάσεων και αν αυτό ακολουθεί τις τάσεις που διαμορφώνονται στο σύστημα κοινωνικής προστασίας.

3^{ος} Θεματικός Άξονας: Πρόσβαση σε δομές φροντίδας και υπηρεσίες

Ο τρίτος και τελευταίος άξονας της εμπειρικής μελέτης πραγματεύεται το ζήτημα της πρόσβασης των αστέγων με ψυχικά νοσήματα σε στεγαστικές δομές και δομές κοινωνικής φροντίδας, καθώς επίσης και υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Τέλος, γίνεται αναφορά στις προτάσεις για την καλύτερη αντιμετώπιση του φαινομένου μέσω καλύτερου κρατικού σχεδιασμού.

4.7 Πρόσβαση στο πεδίο της έρευνας

Η προσέγγιση του πεδίου κατέστη επιτυχής με πολλές προσπάθειες από την πλευρά του ερευνητή. Ο εντοπισμός των αρμόδιων φορέων για την υλοποίηση των συνεντεύξεων πραγματοποιήθηκε με την υπόδειξη προσώπων κλειδιών για τις αρχικές συνεντεύξεις, μέσω του εργασιακού πλαισίου του ερευνητή και τέλος με την

τεχνική της χιονοστιβάδας, όπου ένας ερωτώμενος υποδείκνυε κάποιον άλλον που θεωρούσε ότι θα μπορούσε να συνεισφέρει σε αυτήν την ερευνητική προσπάθεια.

Η πρόσβαση στο πεδίο της έρευνας χαρακτηρίστηκε από ιδιαίτερη δυσκολία σε δύο συγκεκριμένες περιπτώσεις. Η δυσκολία αυτή διαπιστώθηκε κυρίως στους κρατικούς φορείς εξαιτίας της μεγάλης γραφειοκρατίας που υπάρχει στη δημόσια διοίκηση. Το γεγονός αυτό επιβάρυνε χρονικά και καθυστέρησε την ολοκλήρωση των συνεντεύξεων της παρούσας εμπειρικής μελέτης. Στους ιδιωτικούς φορείς- ΜΚΟ δεν υπήρξαν ιδιαίτερες δυσκολίες και οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σχετικά άμεσα. Αξιοσημείωτο εμπόδιο, το οποίο διευθετήθηκε, παρουσιάστηκε σε μεγάλο ψυχιατρείο όπου αποτέλεσε βασική προϋπόθεση για την πραγματοποίηση της συνέντευξης, η κατάθεση ολοκληρωμένου φακέλου και αίτησης του ερευνητή προκειμένου να εξεταστεί το αίτημα και να δοθεί η απαιτούμενη έγκριση από τη Διοίκηση του νοσοκομείου.

4.8 Απομαγνητοφώνηση του διαθέσιμου υλικού και προετοιμασία ομαδοποίησης και επεξεργασίας των δεδομένων

Η μαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων εξασφαλίζει την ακριβή καταγραφή των ερωταποκρίσεων μεταξύ των μετεχόντων. Η ακριβής, αυτολεξεί μεταγραφή, χωρίς αλλοιώσεις ή τροποποιήσεις αποδίδει τη ζωντάνια και την αυθεντικότητα του λόγου των ερωτώμενων. Ταυτόχρονα, εξασφαλίζεται η πρόσβαση στο "πραγματικό υλικό", στη δομή και στο περιεχόμενο της συνέντευξης (Καλλινικάκη, 2010).

Πριν τη διαδικασία ομαδοποίησης και ανάλυσης των ποιοτικών δεδομένων της παρούσας έρευνας, πραγματοποιείται η απομαγνητοφώνηση του διαθέσιμου υλικού που συλλέχθηκε από τις συνεντεύξεις και μετατρέπεται από προφορικό σε γραπτό κείμενο. Η απομαγνητοφώνηση ήταν μία επίπονη και χρονοβόρα διαδικασία, η οποία αποτέλεσε μία αρχική προετοιμασία του υλικού για επεξεργασία. Η απομαγνητοφώνηση των δεδομένων συνοδεύτηκε με ταυτόχρονη καταγραφή και σχολιασμό των βασικών στοιχείων που προέκυπταν από τις συνεντεύξεις, γεγονός το οποίο θα μπορούσε να θεωρηθεί η βάση για τη συνολική ομαδοποίηση και επεξεργασία των δεδομένων, καθώς επίσης και μετατροπής τους σε εμπειρικά ευρήματα.

4.9 Ομαδοποίηση και Επεξεργασία των Δεδομένων

Το στάδιο αυτό της έρευνας είναι εξαιρετικά σημαντικό και αφορά ουσιαστικά την απόδοση νοήματος στα εμπειρικά ποιοτικά δεδομένα που έχουν συγκεντρωθεί από τις συνεντεύξεις. Η απόδοση του νοήματος στην παρούσα έρευνα θα πραγματοποιηθεί μέσω της ομαδοποίησης των δεδομένων με στόχο την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων που είχαν διατυπωθεί στην αρχή της ερευνητικής αυτής προσπάθειας (Ιωσηφίδης, 2003).

Η ομαδοποίηση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τον οδηγό συνέντευξης σε τρεις θεματικές ενότητες με βάση τα ευρήματα από τις συνεντεύξεις. Ο χωρισμός των ενοτήτων με αυτό τον τρόπο κρίνεται πιο αποτελεσματικός για την καλύτερη παρουσίαση των ευρημάτων διατηρώντας μία χρονική σειρά των ερευνητικών δεδομένων. Οι ενότητες αυτές σχετίζονται κυρίως με την ιστορική πορεία των κοινωνικών πολιτικών για τους αστέγους με ψυχικά νοσήματα την περίοδο πριν την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, τις επιπτώσεις που επέφερε η κρίση στην ομάδα στόχου, το πρόγραμμα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης αλλά και πιο ειδικά ζητήματα που ανήκουν στον ευρύτερο πυρήνα του ερευνητικού προβληματισμού.

Αναλυτικότερα, η πρώτη θεματική ενότητα αναφέρεται στην ιστορική πορεία των κοινωνικών πολιτικών για τους αστέγους με προβλήματα ψυχικής υγείας πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης το 2009. Ειδικότερα, οι ερωτώμενοι αναφέρθηκαν στα κυριότερα προβλήματα που υπήρχαν στον χώρο της ψυχικής υγείας εκείνη την περίοδο, αλλά και στις μεταρρυθμίσεις (αν υπήρχαν) στις πολιτικές για τους αστέγους με ψυχικά νοσήματα.

Η δεύτερη θεματική ενότητα συνδέει δύο από τους σημαντικότερους πόλους της έρευνας, τις επιπτώσεις που επέφερε η οικονομική κρίση στην ομάδα στόχου και τις κοινωνικές πολιτικές που υπάρχουν, αλλά και πως επηρεάστηκαν από την οικονομική κρίση. Πιο συγκεκριμένα, στην ενότητα αυτή γίνεται προσπάθεια συσχέτισης διαφορετικών ζητημάτων που αφορούν κυρίως τις υπάρχουσες Κοινωνικές Πολιτικές για τους αστέγους με προβλήματα ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, όπως είναι οι πολιτικές πρόληψης του προβλήματος, τα μέτρα επείγουσας διαχείρισης αλλά και οι πολιτικές Κοινωνικής Ένταξης, καθώς επίσης τον ρόλο των εμπλεκόμενων φορέων, αλλά και πιθανές προτάσεις και καλές πρακτικές με στόχο τη

χάραξη πολιτικής και τη διαμόρφωση ενός σχεδίου δράσης προκειμένου να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα.

Στην τρίτη θεματική ενότητα γίνεται αναφορά στο Πρόγραμμα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης και πως αυτό επηρεάζει την ομάδα στόχου. Ειδικότερα, γίνεται μία προσπάθεια παρουσίασης του εθνικού προγράμματος Ψυχαργός και των γενικών στόχων του προγράμματος, αλλά του τρόπου με τον οποίο επηρεάζονται θετικά ή αρνητικά οι άστεγοι με ψυχικά νοσήματα. Παράλληλα, παρουσιάζονται τα ευρήματα που αφορούν την πρόσβαση και αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών αστέγων σε στεγαστικές δομές και υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Στο επόμενο κεφάλαιο πραγματοποιείται η παρουσίαση των σημαντικότερων ευρημάτων της έρευνας σύμφωνα με την ομαδοποίηση των δεδομένων. Τα αποσπάσματα των συνεντεύξεων εξαιτίας της έκτασης τους παραθέτονται στο παράρτημα 3.

Κεφάλαιο 5^ο

Παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας

5.1 Ιστορική πορεία των Κοινωνικών Πολιτικών για τους αστέγους με ψυχικά νοσήματα πριν την εμφάνιση της Οικονομικής Κρίσης.

5.1.1 Τα κυριότερα προβλήματα στο χώρο της ψυχικής υγείας πριν την εμφάνιση της Οικονομικής Κρίσης.

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων της παρούσας εμπειρικής διερεύνησης ξεκινά με τη μελέτη των κυριότερων προβλημάτων που επικρατούσαν στον χώρο της ψυχικής υγείας την περίοδο πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Το ερώτημα αυτό παρουσιάζει ενδιαφέρον καθώς διαφαίνεται διάσταση απόψεων μεταξύ των επαγγελματιών σχετικά με τα προβλήματα που υπήρχαν. Κάποιοι από αυτούς θεωρούν ότι δεν υπήρχαν ιδιαίτερα ζητήματα στο χώρο της ψυχικής υγείας πριν την κρίση και αντιθέτως υπήρχαν παροχές προς τους ασθενείς που έχουν διακοπεί με την εμφάνισή της.

Από την άλλη πλευρά, γίνεται αναφορά σε προβλήματα που φαίνεται να είναι σταθερά μέσα στο χρόνο και να μην επηρεάζονται ιδιαίτερα από την οικονομική κρίση. Οι ερωτώμενοι εξηγούν ότι προβλήματα στην ψυχική υγεία υπήρχαν ανέκαθεν, είτε αυτά αφορούσαν σε στεγαστικές δομές είτε σε προσωπικό. Επίσης, και τα προβλήματα των ψυχικά ασθενών αστέγων φαίνεται να είναι σταθερά μέσα στο χρόνο. Ένα σημαντικό εύρημα που προκύπτει είναι ότι τα προηγούμενα χρόνια υπήρχαν σαφώς λιγότερες στεγαστικές δομές απ' ότι σήμερα.

5.1.2 Κυριότερες μεταρρυθμίσεις στις πολιτικές για τους Άστεγους με ψυχικά νοσήματα πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης.

Στη χώρα μας η έννοια του αστέγου μπήκε πολύ πρόσφατα στην ελληνική νομοθεσία με το νόμο 4052/2012, όπου ορίζονται οι άστεγοι ως ευπαθής κοινωνική ομάδα. Η αντιμετώπιση του φαινομένου της έλλειψης στέγης στην Ελλάδα ως ένα ιδιαίτερο κοινωνικό πρόβλημα, είναι επίσης σχετικά πρόσφατη (Παπαδοπούλου & Κουραχάνης, 2017). Οι πολιτικές και η παροχή υπηρεσιών παραμένουν ανεπαρκείς και αποσπασματικές. Δεν υπήρχαν επίσης, εστιασμένες πολιτικές ούτε στον τομέα της στέγασης και κυρίαρχο ρόλο έπαιζαν φιλανθρωπικές οργανώσεις ή ΜΚΟ

παρέχοντας βασική υλική υποστήριξη. Άρα δεν θα μπορούσαμε να αναφερθούμε σε μεταρρυθμίσεις ή πολιτικές πριν την περίοδο της οικονομικής κρίσης και ιδιαίτερα για τον πληθυσμό των αστέγων με ψυχικά νοσήματα. Η μοναδική μεταρρύθμιση στον χώρο της ψυχικής υγείας και που ίσως επηρέασε την πληθυσμιακή ομάδα των ψυχικά ασθενών αστέγων ήταν το πρόγραμμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, σύμφωνα με το οποίο επωφελήθηκε ένα μέρος του πληθυσμού αυτού με την εισαγωγή του σε στεγαστικές δομές, όπως ξενώνες και οικοτροφεία.

Σύμφωνα με τα ευρήματα συμπεραίνεται η απουσία στοχευμένων πολιτικών για τους ψυχικά ασθενείς αστέγους. Η οποιαδήποτε παρέμβαση γινόταν μέσα από το σύστημα ψυχικής υγείας και των ψυχιατρικών νοσοκομείων. Ένας αριθμός αστέγων με ψυχικές διαταραχές εντάχθηκε σε κάποια στεγαστική δομή (ξενώνα ή οικοτροφείο) μέσω του Ψυχαργός, αυτό όμως σύμφωνα με τα ευρήματα, φαίνεται να εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό και από τον αντίστοιχο επαγγελματία που διαχειρίζεται την περίπτωση. Παρόλα αυτά δεν προβλεπόταν κάποια ειδική ρύθμιση ή πολιτική ξεχωριστά για τον πληθυσμό αυτό.

5.2 Η Κοινωνική Πολιτική την περίοδο της Κρίσης και οι επιπτώσεις της στους αστέγους με ψυχικά νοσήματα.

Σκοπός της ενότητας αυτής είναι η παρουσίαση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στους αστέγους με προβλήματα ψυχικής υγείας, πως αυτές επηρέασαν τον πληθυσμό αυτό, αλλά και πως το σύστημα κοινωνικής προστασίας επηρεάστηκε από την οικονομική κρίση με άμεσο αντίκτυπο στους ψυχικά ασθενείς αστέγους. Επιπλέον, σημαντικοί παράγοντες διερεύνησης αποτελούν οι υφιστάμενες Κοινωνικές Πολιτικές για την ομάδα στόχου και πιο συγκεκριμένα πολιτικές που αφορούν την πρόληψη, τα μέτρα επείγουσας διαχείρισης και πολιτικές κοινωνικής ένταξης. Επίσης, οι ερωτώμενοι αναφέρονται σε καλές πρακτικές και προτάσεις με στόχο τη χάραξη πολιτικής και την εκπόνηση ενός σχεδίου δράσης εστιασμένο στα ζητήματα που αντιμετωπίζει ο πληθυσμός ψυχικά ασθενών αστέγων, προκειμένου να δοθεί μία απάντηση στο πρόβλημα.

5.2.1 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ομάδα αστέγων με ψυχικά νοσήματα

Ενδιαφέρον παρουσιάζεται και στα ευρήματα αυτής της ενότητας καθώς οι απόψεις των φορέων για το ερωτώμενο ζήτημα δίστανται. Ορισμένοι υποστηρίζουν

ότι η κρίση δεν επηρέασε ιδιαίτερα την ομάδα των αστέγων με προβλήματα ψυχικής υγείας και ότι η κατάσταση των ανθρώπων αυτών δεν σχετίζεται με την οικονομική κρίση.

Ωστόσο, κάποιοι άλλοι υποστηρίζουν ότι η οικονομική κρίση επηρέασε σημαντικά τον πληθυσμό των αστέγων με προβλήματα ψυχικής υγείας με ποικίλους τρόπους. Τα κυριότερα ευρήματα αναφέρονται σε προνοιακά ζητήματα, όπως η μείωση των συντάξεων και των επιδομάτων και η αυστηροποίηση των προϋποθέσεων για τη λήψη επιδομάτων αναπηρίας. Ένα ακόμη σημαντικό εύρημα αποτελεί η συρρίκνωση των υπηρεσιών και των υποστηρικτικών δομών καθώς και η μείωση του προσωπικού κυρίως των ψυχιατρικών μονάδων, γεγονός που δυσχεραίνει την κατάσταση σε συνδυασμό με την αύξηση του αριθμού των ανθρώπων που καταλήγει στις ψυχιατρικές μονάδες για νοσηλεία. Επίσης, υπογραμμίζεται και η έλλειψη υποστηρικτικού- οικογενειακού- κοινωνικού περιβάλλοντος, παράγοντας αρκετά σημαντικός καθώς φαίνεται να επηρεάζεται από την οικονομική κρίση, η οποία εκτός των άλλων επιφέρει αποδυνάμωση του κοινωνικού ιστού και των κοινωνικών σχέσεων.

5.2.2 Κοινωνικές Πολιτικές για αστέγους με προβλήματα ψυχικής υγείας και πως αυτές επηρεάστηκαν από την οικονομική κρίση

Στόχος της παρούσας ενότητας είναι η διερεύνηση των κοινωνικών πολιτικών για τους αστέγους με ψυχικά νοσήματα και κατά πόσο αυτές επηρεάστηκαν την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Από τα ευρήματα της έρευνας διαφαίνεται μία σύγκλιση απόψεων για το ερωτώμενο θέμα. Από τις απαντήσεις προκύπτει η απουσία ενός πλαισίου κοινωνικών πολιτικών προσανατολισμένων στο διερευνώμενο ζήτημα, με μοναδική εξαίρεση να αποτελεί το Πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, το οποίο δεν φαίνεται να βοήθησε πρακτικά τον πληθυσμό των αστέγων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Επιπλέον, γίνεται αναφορά και στην εκπόνηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τους αστέγους, όπου υπήρχε πρόβλεψη για τα άτομα με ψυχικά νοσήματα, το οποίο εν τέλει δεν υλοποιήθηκε.

Η περίοδος της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα συνέβαλε στην αύξηση του φαινομένου έλλειψης στέγης καθώς αυξήθηκαν τα ποσοστά φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού, ανεργίας και αποδυναμώθηκαν οι κοινωνικές σχέσεις. Οι κοινωνικές πολιτικές για τους αστέγους την περίοδο της κρίσης προσανατολίστηκαν κυρίως σε

μέτρα επείγουσας παρέμβασης, με τη δημιουργία του "Εθνικού Δικτύου Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης" και τις "Κοινωνικές Δομές Άμεσης Αντιμετώπισης της Φτώχειας", όπως Κοινωνικά Παντοπωλεία, Συσσίτια, Ανοιχτά Κέντρα Ημερήσιας Υποδοχής Αστέγων, Υπνωτήρια κα., τα οποία υλοποιούνταν κυρίως μέσα από μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (Παπαδοπούλου & Κουραχάνης, 2017:129). Μία ακόμη πολιτική που περιλαμβάνει τον πληθυσμό των αστέγων και αυτό με προϋποθέσεις, είναι η εφαρμογή του Κοινωνικού Εισοδήματος Αλληλεγγύης.

Οι παραπάνω κοινωνικές πολιτικές έχουν ως επίκεντρο τη διαχείριση της έκτακτης ανάγκης, οι οποίες δεν ωφελούν στην πράξη τον πληθυσμό των αστέγων με ψυχιατρικές διαταραχές. Ειδικότερα, οι κοινωνικές πολιτικές στέγασης, για παράδειγμα τα υπνωτήρια, δεν συμπεριλαμβάνουν τους αστέγους με ψυχιατρική συμπτωματολογία. Η μοναδική κοινωνική πολιτική στέγασης (αν μπορεί να χαρακτηριστεί έτσι) που ασκείται για τον πληθυσμό αυτό γίνεται καθαρά και μόνο μέσα από τα ψυχιατρεία και τις μονάδες που έχουν δημιουργηθεί στο πλαίσιο του προγράμματος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Οι προαναφερόμενες πολιτικές που απευθύνονται στον άστεγο πληθυσμό, δεν μπορούν να απευθύνονται παράλληλα στον πληθυσμό των ψυχικά ασθενών αστέγων, διότι οι ανάγκες είναι διαφορετικές.

5.2.3 Μηχανισμοί συγκέντρωσης στοιχείων για ψυχικά ασθενείς αστέγους

Η ενότητα αυτή παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον ως προς την μελέτη του εμπειρικού υλικού. Σύμφωνα με τα ευρήματα, οι απαντήσεις των ερωτώμενων συγκλίνουν στην απουσία ενός μηχανισμού καταγραφής και συγκέντρωσης στοιχείων για την ομάδα των αστέγων. Οι μοναδικοί φορείς που πραγματοποιούσαν καταγραφές άστεγου πληθυσμού μέχρι σήμερα στο κέντρο της Αθήνας ήταν η ΜΚΟ ΚΛΙΜΑΚΑ και το Κέντρο Υποδοχής και Αλληλεγγύης του Δήμου Αθηναίων.

Για πρώτη φορά υλοποιήθηκε τον Μάιο του 2018 πιλοτική καταγραφή των αστέγων στο δρόμο και σε δομές φιλοξενίας σε επτά Δήμους της χώρας. Είναι σημαντικό ότι για την καταγραφή συνεργάστηκαν σχεδόν το σύνολο των φορέων που εμπλέκονται με τους αστέγους, συνδιαμόρφωσαν τη μεθοδολογία και τα ερωτηματολόγια, και συμμετείχαν όλοι μαζί σε μια κοινή προσπάθεια. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας σε συνεργασία με το Πάντειο Πανεπιστήμιο. Ήταν η πρώτη ουσιαστική προσπάθεια καταγραφής του πληθυσμού των αστέγων δίνοντας τη δυνατότητα και την επιλογή μέσω του

ερωτηματολογίου και της ηλεκτρονικής πλατφόρμας που χρησιμοποιήθηκε, η περιγραφή κοινωνικών και ψυχικών προβλημάτων του πληθυσμού αυτού. Στόχοι του Υπουργείου Εργασίας είναι να δημιουργηθεί ένας μόνιμος ψηφιακός μηχανισμός παρακολούθησης της αστεγίας που θα λειτουργεί στα πλαίσια του Εθνικού Μηχανισμού για την κοινωνική ένταξη και συνοχή.

5.2.4 Πολιτικές Πρόληψης του προβλήματος απώλειας στέγης για άτομα με ψυχικά νοσήματα και εμπλεκόμενοι φορείς

Από τα ευρήματα της έρευνας προκύπτει ότι δεν υπάρχει ένα οργανωμένο πλαίσιο προληπτικών μέτρων για την προστασία της στέγης και τους αστέγους με προβλήματα ψυχικής υγείας. Μέσα από τις συνεντεύξεις συμπεραίνεται ότι τα μέτρα προληπτικού χαρακτήρα σχετίζονται κυρίως με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας κατατάσσονται δομές με προληπτικό χαρακτήρα, όπως τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Ημέρας, οργανωμένες Κοινωνικές Υπηρεσίες Δήμων, κινητές μονάδες κα. Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας αποτελούν μονάδες των νοσοκομείων ή ΝΠΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και έργο τους είναι η παροχή υπηρεσιών πρόληψης, νοσηλείας και ειδικής φροντίδας κατ' οίκον, ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και αγωγής κοινότητας σε δυσπρόσιτες περιοχές. Οι μονάδες αυτές θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως προληπτικά μέτρα της απώλειας στέγης για τους ανθρώπους με ψυχικές παθήσεις.

Παρόλα αυτά, σύμφωνα με το πρόγραμμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης δεν δόθηκε η βαρύτητα στον τομέα της πρόληψης και δεν λειτούργησε με τον τρόπο που είχε αρχικά σχεδιαστεί. Σύμφωνα και με τις απαντήσεις των φορέων, αν είχε δοθεί η πέπουσα σημασία στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, όπως δόθηκε στην τριτοβάθμια φροντίδα υγείας (μετανοσοκομειακή φροντίδα και στεγαστική αποκατάσταση), θα είχε επιλυθεί ένα πολύ μεγάλο μέρος του προβλήματος για τους αστέγους με ψυχικές παθήσεις.

Η ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού και τομεοποιημένου δικτύου μονάδων ψυχικής υγείας σε κοινοτικό επίπεδο (Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Ημέρας, Μονάδες Επαγγελματικής Επανάταξης, Κινητές Μονάδες, Ειδικές Μονάδες για τον αυτισμό, Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης κλπ.) συντελεί στην πρόληψη, την άμεση παρέμβαση, την παροχή φροντίδας και υποστήριξης στους

ψυχικά ασθενείς καθώς και στην ανάπτυξη δράσεων και προγραμμάτων σε τοπικό επίπεδο που διευκολύνουν τη σταδιακή κοινωνικοοικονομική επανένταξη των ασθενών. Με το μοντέλο αυτό, το οποίο προέρχεται μέσα από το πρόγραμμα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, προβλέπεται η ανάπτυξη προληπτικών μέτρων στον τομέα της ψυχικής υγείας μέσα από δομές, από τις οποίες θα επωφελείται και ο πληθυσμός των αστέγων με ψυχικά νοσήματα. Το πολλά υποσχόμενο μοντέλο κοινοτικής φροντίδας στην ψυχική υγεία μέσω της τομεοποίησης δεν έχει εφαρμοστεί ακόμα.

Ως πιθανή λύση προληπτικού χαρακτήρα προτείνεται η συνεργασία τοπικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών Δήμων με στόχο την παρακολούθηση της πορείας των ασθενών μέσω της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η συνέργεια αυτή θα βοηθούσε και στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων, αλλά ταυτόχρονα θα έδινε και τη δυνατότητα στο προσωπικό των ψυχιατρικών νοσοκομείων να ασχοληθούν αποκλειστικά με τις περιπτώσεις που χρήζουν άμεσης νοσηλείας και ακολούθως στεγαστική αποκατάσταση.

Όλα τα παραπάνω ωστόσο, προϋποθέτουν αρχικά την εισαγωγή του ψυχικά ασθενή αστέγου σε στεγαστική δομή, προκειμένου να εξασφαλισθεί πρωτίστως η στέγη και η κατάλληλη θεραπεία.

5.2.5 Μέτρα επείγουσας διαχείρισης των αστέγων με ψυχικά νοσήματα

Από τα ευρήματα της έρευνας συμπεραίνεται ότι δεν υπάρχει ένα οργανωμένο πλαίσιο μέτρων επείγουσας διαχείρισης των άστεγων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Κυρίαρχο ρόλο εδώ διαδραματίζει ο Εισαγγελέας, ο οποίος είναι το αρμόδιο όργανο που καλείται να διαχειριστεί επείγοντα θέματα ψυχικά ασθενών αστέγων κατόπιν σχετικής καταγγελίας. Οι εισαγγελικές παραγγελίες για τους αστέγους με ψυχικά νοσήματα καταλήγουν συνήθως σε κάποιο εφημερεύον ψυχιατρικό νοσοκομείο ή σε ψυχιατρική κλινική γενικού νοσοκομείου, τα οποία καλούνται να διαχειριστούν στη συνέχεια όλο το φάσμα του προβλήματος. Αυτό που διαφαίνεται έντονα μέσα από τις απαντήσεις των φορέων είναι η μετατόπιση της ευθύνης στα ψυχιατρικά νοσοκομεία για την ολική αντιμετώπιση του προβλήματος των ψυχικά ασθενών αστέγων.

Οι περισσότερες εισαγγελικές παραγγελίες σύμφωνα με τις απαντήσεις των επαγγελματιών γίνονται από τη γειτονία και πολλές από τις περιπτώσεις των αστέγων που καταλήγουν στα ψυχιατρικά νοσοκομεία δεν χρήζουν νοσηλείας, διότι τα κοινωνικά ζητήματα που αντιμετωπίζουν υπερσχύουν των ψυχιατρικών θεμάτων.

Το αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης έχει πολλές πιθανές εκβάσεις. Η πιο αισιόδοξη είναι η εισαγωγή του ψυχικά ασθενή αστέγου στο νοσοκομείο, η παραμονή του στην κλινική και η προσπάθεια ένταξης του σε κάποια στεγαστική δομή μετά τη νοσηλεία του. Αυτή αποτελεί την ιδανική λύση στο πλαίσιο της επείγουσας διαχείρισης και της στεγαστικής αποκατάστασης του ασθενή στη συνέχεια. Δυστυχώς όμως, σύμφωνα με έρευνα, κάτι τέτοιο δεν φαίνεται να συμβαίνει συχνά, διότι οι άστεγοι δεν εξυπηρετούνται κατά προτεραιότητα, τουλάχιστον έως τώρα, εξαιτίας της αποασυλοποίησης των χρόνιων ασθενών.

Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία καλούνται καθημερινά να διαχειριστούν δεκάδες εισαγγελικές παραγγελίες χωρίς να διαθέτουν ουσιαστικά το απαιτούμενο προσωπικό, τη δυνατότητα νοσηλείας λόγω έλλειψης διαθέσιμων κλινών και τη δυνατότητα μετανοσοκομειακής αποκατάστασης εξαιτίας έλλειψης κενών θέσεων στις στεγαστικές δομές. Αυτό που συμβαίνει συνήθως στη πράξη με τις εισαγγελικές παραγγελίες είναι η εισαγωγή και η νοσηλεία του ασθενή στο νοσοκομείο τις είκοσι ημέρες που προβλέπει ο νόμος, στη συνέχεια ο ασθενής λαμβάνει εξιτήριο χωρίς να υπάρχει ουσιαστικά μία προοπτική μετανοσοκομειακής φροντίδας με αποτέλεσμα ο ψυχικά ασθενής άστεγος να ξαναβγεί στο δρόμο, να υποτροπιάσει και να επιστρέψει ξανά στο νοσοκομείο μετά από κάποιο χρονικό διάστημα (φαινόμενο περιστρεφόμενης πόρτας). Δυστυχώς δεν υπάρχει ένα οργανωμένο δίκτυο δομών και υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας για τον πληθυσμό αυτό και σε συνδυασμό με την απουσία εστιασμένων κοινωνικών πολιτικών οι άνθρωποι αυτοί βρίσκονται στο κενό.

Οι φορείς που εμπλέκονται κυρίως στα ζητήματα επείγουσας διαχείρισης ψυχικά ασθενών αστέγων είναι κυρίως τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία. Είναι αυτά που καλούνται να διαχειριστούν όλο το εύρος των εισαγγελικών παραγγελιών και έχουν ουσιαστικά το μεγαλύτερο βάρος της φροντίδας των ανθρώπων αυτών, οι οποίοι είτε εκούσια είτε ακούσια φτάνουν στην πόρτα του νοσοκομείου γιατί δεν υπάρχει κάποια άλλη πρόβλεψη.

5.2.6 Πολιτικές κοινωνικής ένταξης αστέγων με ψυχικά νοσήματα

Η απουσία ενός πλαισίου πολιτικών ένταξης για τους ψυχικά ασθενείς αστέγους υπογραμμίζεται από τις απαντήσεις των φορέων. Ωστόσο, οι απόψεις των ερωτηθέντων εξαρτώνται από την οπτική γωνία, την επαγγελματική εμπειρία και τις εργασιακές συνθήκες που βιώνουν και ως εκ τούτου παρουσιάζουν κάποιες επιμέρους διαφοροποιήσεις. Σαφέστατα όμως συνηγορούν στο ότι δεν υπάρχουν εστιασμένες πολιτικές ένταξης με στόχο την επιστροφή και την ομαλή επανένταξη των ανθρώπων αυτών στον κοινωνικό ιστό.

Εξαίρεση αποτελούν οι μορφές Κοινωνικής Οικονομίας μέσω Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Κοινωνικής Ευθύνης (ΚΟΙΣΠΕ), μέσω των οποίων επιχειρείται μία προσπάθεια εργασιακής και κοινωνικής ένταξης των ψυχικά ασθενών, χωρίς να αποκλείονται οι άστεγοι με ψυχικά νοσήματα. Βασικό ρόλο παίζουν οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί που διαθέτουν μη Κυβερνητικές Οργανώσεις και τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, οι οποίοι όμως δεν επαρκούν έτσι ώστε να καλύψουν όλο το φάσμα του πληθυσμού αυτού. Επιπρόσθετα, η λειτουργία τους θα έλεγε κανείς ότι επιφέρει κυρίως αποτελέσματα εξατομικευμένης ενεργοποίησης χωρίς να συνεισφέρει στην διαμόρφωση πολιτικών ένταξης. Παρόλα αυτά, φαίνεται μία υποσχόμενη μορφή κοινωνικοποίησης και παραγωγικότητας των ασθενών, που προσφέρει ταυτόχρονα μία μικρή εισοδηματική ενίσχυση, χωρίς να στερεί και να διακόπτεται από τον πληθυσμό αυτό προνοιακά επιδόματα που δυνητικά λαμβάνουν.

Βασικός στόχος των πολιτικών κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης μέσω κάποιου Κοινωνικού Συνεταιρισμού ή επιχείρησης είναι η εκμάθηση δεξιοτήτων και ο τρόπος με τον οποίο οι ψυχικά ασθενείς άστεγοι θα μπορέσουν σταδιακά να χειραφετηθούν. Βασική προϋπόθεση στην κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση αποτελεί η εξασφάλιση σταθερής στέγης και μετανοσοκομειακής παρακολούθησης του ασθενή και εδώ συναντάται το μεγαλύτερο πρόβλημα. Η επανένταξη προϋποθέτει αρχικά τη στέγηση, τη κατάλληλη περίθαλψη και στη συνέχεια τα προγράμματα εργασιακής αποκατάστασης.

Μία ακόμη υποσχόμενη πολιτική κοινωνικής ένταξης αποτελεί το Πρόγραμμα Στέγαση- Επανένταξη, το οποίο θα μπορούσε να λειτουργήσει ως μέτρο στεγαστικής και εργασιακής επανένταξης αστέγων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Βασική προϋπόθεση αποτελεί η θεραπευτική προσέγγιση του ζητήματος, θα πρέπει δηλαδή ο

άστεγος με ψυχική διαταραχή να ρυθμίσει αρχικά την φαρμακευτική του αγωγή και να παρακολουθείται σταθερά από μονάδα ψυχικής υγείας. Δεν είναι εφικτή η άμεση ένταξή του σ' ένα αντίστοιχο πρόγραμμα.

Το βασικότερο πρόβλημα που διαπιστώθηκε από την έρευνα στην εφαρμογή του Προγράμματος Στέγαση - Επανένταξη, ήταν το ότι ακολουθούσε μία διευρυμένη προσέγγιση σε επίπεδο ωφελουμένων, συμπεριλαμβάνοντας ετερογενείς ομάδες αστέγων και το ότι διέθετε τις ίδιες παροχές (κυρίως στέγαση και εργασία) για ανόμοιες κατηγορίες αστέγων, όπως άτομα με ψυχιατρική συμπτωματολογία, χρήστες ουσιών ή άστεγοι με αναπηρία. Έτσι, ενώ φαινόταν ότι το πρόγραμμα ενσωμάτωνε όλες τις κατηγορίες έλλειψης στέγης, εμμέσως απέκλειε πολλές από αυτές. Ο τρόπος με τον οποίο διαμορφώθηκε έμμεσα ευνοούσε τους αστέγους με οικονομικά κυρίως προβλήματα (Παπαδοπούλου & Κουραχάνης, 2017:151&152).

5.2.7 Διαμόρφωση του παρόντος πλαισίου παρεμβάσεων

Σε συνολικό επίπεδο η αντιμετώπιση της έλλειψης στέγης για πολλούς λόγους δεν αποτέλεσε προτεραιότητα της κοινωνικής πολιτικής στην Ελλάδα μέχρι την εμφάνιση της κρίσης. Αυτό που συμπεραίνεται από τα ευρήματα είναι η διαμόρφωση ενός μοντέλου έκτακτης ανάγκης για την αντιμετώπιση του προβλήματος με τους μη κερδοσκοπικούς φορείς να βρίσκονται στο προσκήνιο.

Ειδικότερα όμως, για την πληθυσμιακή ομάδα των αστέγων με ψυχικές διαταραχές δεν έχει υπάρξει ειδική πρόβλεψη έως τώρα, ούτε αποτελεί ο πληθυσμός αυτός προτεραιότητα σε καμία πολιτική ατζέντα. Οι λόγοι για τους οποίους συμβαίνει αυτό, σύμφωνα με τις απαντήσεις της έρευνας, είναι ίσως η πολιτική βούληση, ο λανθασμένος ή μη προσανατολισμένος στις ανάγκες των ανθρώπων αυτών κρατικός σχεδιασμός, η έλλειψη δυνατότητας των ίδιων των αστέγων να ασκήσουν επιρροή στην πολιτική ηγεσία και να διεκδικήσουν το δικαίωμα τους στη στέγη, την θεραπεία και την κοινωνική ένταξη, καθώς επίσης και η μη ύπαρξη υποστηρικτικού οικογενειακού περιβάλλοντος, κάτι που λειτουργεί κατασταλτικά.

5.3 Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα και πρόσβαση των αστέγων με προβλήματα ψυχικής υγείας σε δομές και υπηρεσίες κοινοτικής φροντίδας

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα ξεκίνησε επί της ουσίας με την ένταξη της χώρας στην Ευρωπαϊκή Ένωση (1981). Αναδείχθηκε η ανάγκη και τέθηκε

ως στόχος η αλλαγή της θεραπευτικής προσέγγισης των ψυχικά ασθενών. Κεντρικός άξονας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ήταν η αποασυλοποίηση και η κοινωνικοοικονομική (επαν)ένταξη των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα μέσω της δημιουργίας κατάλληλων κοινοτικών δομών και υπηρεσιών, με την ενεργοποίηση και υποστήριξη από καταρτισμένο προσωπικό και με την χρήση νέων μοντέλων θεραπευτικών προσεγγίσεων. Ένα μεγάλο εγχείρημα για το εθνικό σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με τη μεταβίβαση της θεραπευτικής παρέμβασης από το ψυχιατρείο στην κοινότητα (Δεπάστας, 2018).

5.3.1 Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και πως αυτή επηρεάζει τους ψυχικά ασθενείς αστέγους.

Το πρόγραμμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και το εθνικό πρόγραμμα Ψυχαργός είναι ένα 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. Επιπρόσθετα, αφορά την 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, όπως ξενώνες, οικοτροφεία και προστατευόμενα 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).

Το Ψυχαργός αποτελεί ένα αρκετά υποσχόμενο πρόγραμμα για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, που όμως δεν εξελίχθηκε σύμφωνα με τους

αρχικούς στόχους του. Σύμφωνα με την έρευνα, δόθηκε η μεγαλύτερη βαρύτητα στην τριτοβάθμια μετανοσοκομειακή φροντίδα με την δημιουργία στεγαστικών δομών και το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης απορροφήθηκε εκεί, χωρίς να υπάρχει σωστός κεντρικός σχεδιασμός ο οποίος να συμπεριλαμβάνει δομές και υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Επίσης, γίνεται αναφορά πληθώρας σοβαρών προβλημάτων που προέκυψαν από την εφαρμογή του Προγράμματος. Η έλλειψη κεντρικού σχεδιασμού και συντονισμού σε συνδυασμό με τις απαιτήσεις του πληθυσμού και των αιτημάτων για στεγαστική συνδρομή, η επιλογή των ασθενών από τις μη κυβερνητικές οργανώσεις και η παραμονή των "δύσκολων" περιστατικών στο ψυχιατρείο συνεχίζει δε να δημιουργεί πολλαπλά προβλήματα στο ήδη ταλαιπωρημένο προσωπικό των ψυχιατρικών νοσοκομείων, καθώς επίσης και στους ίδιους τους ασθενείς.

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των φορέων, η αποτελεσματικότητα του Προγράμματος στην αντιμετώπιση των προβλημάτων των ψυχικά ασθενών αστέγων τίθεται σε αμφιβολία, καθώς οι απόψεις τους δίστανται.

Από τα ευρήματα της έρευνας διαπιστώνεται ο αποκλεισμός που υφίσταται η πληθυσμιακή ομάδα των αστέγων με ψυχικά νοσήματα, καθώς το ίδιο το πρόγραμμα Ψυχαργός δεν βοηθά την ένταξή τους σε στεγαστικές δομές. Υπογραμμίζεται αφενός η ανάγκη για αποασυλοποίηση των χρόνιων ασθενών των ψυχιατρικών νοσοκομείων και αφετέρου, η προσέγγιση των ψυχικά ασθενών αστέγων στο δρόμο κρίνεται ιδιαίτερα δύσκολη καθώς δεν υπάρχει ούτε το κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό, αλλά ούτε και ειδικές μονάδες οι οποίες θα μπορούσαν να διαχειρίζονται τις περιπτώσεις αυτές.

Από την άλλη πλευρά το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής Δαφνί προσπαθεί να δώσει μία διαφορετική εικόνα του ζητήματος, παλεύοντας για την στεγαστική αποκατάσταση των ανθρώπων που δεν διαθέτουν υποστηρικτικό περιβάλλον και αντιμετωπίζουν προβλήματα στεγαστικού αποκλεισμού. Προτεραιότητα για το προσωπικό του νοσοκομείου παραμένουν οι άστεγοι και προσπαθούν με ότι μέσα διαθέτουν για την αποκατάστασή τους. Η εικόνα που παρουσίασε το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής- Δαφνί δείχνει μία κατεύθυνση, όπου δίνεται προτεραιότητα στους ψυχικά ασθενείς αστέγους για στεγαστική αποκατάσταση. Κάτι που δεν επιβεβαιώνεται από το Δρομοκαΐτειο. Παρατηρείται επίσης, ένα τεράστιο πρόβλημα

που καλούνται τα δύο ψυχιατρικά νοσοκομεία να διαχειριστούν, καθώς οι κενές θέσεις που υπάρχουν σε οικοτροφεία και ξενώνες για την μετανοσοκομειακή φροντίδα των ασθενών, αλλά και την στεγαστική τους αποκατάσταση είναι σχεδόν ανύπαρκτες.

Όσον αφορά τις απαντήσεις από τους υπευθύνους χάραξης πολιτικής και την κεντρική διοίκηση, η κατάσταση φαίνεται να είναι ακόμα στο στάδιο σχεδιασμού και μελλοντικής υλοποίησης προγραμμάτων από τα οποία όταν τεθούν σε εφαρμογή, θα υπάρξει μία έμμεση ωφέλεια για την ομάδα στόχου.

Επιπρόσθετα, από τα ευρήματα της έρευνας διαπιστώνεται ένα ακόμη εξίσου σημαντικό ζήτημα, εκείνο των ψυχιατρικών κλινικών των Γενικών Νοσοκομείων. Οι ψυχιατρικές κλινικές των Γενικών Νοσοκομείων δεν έχουν πρόσβαση στις διαθέσιμες θέσεις των εξωνοσοκομειακών στεγαστικών δομών (ξενώνες και οικοτροφεία). Για να μπορέσουν οι ασθενείς να παραπεμφθούν σε κάποια στεγαστική δομή θα πρέπει να έχει πραγματοποιηθεί τουλάχιστον μία νοσηλεία αποκλειστικά σε κάποιο από τα δύο Ψυχιατρικά Νοσοκομεία (Δρομοκαΐτειο- Δαφνί). Το πρόβλημα που έχει δημιουργηθεί με τα γενικά νοσοκομεία οφείλεται σε λανθασμένους χειρισμούς του Υπουργείου Υγείας και σε μη ορθολογικό κεντρικό σχεδιασμό. Η τοποθέτηση της Κεντρικής Διοίκησης ανάγει το ζήτημα αυτό σε λανθασμένους σχεδιασμούς του ρυθμιστικού πλαισίου, το οποίο όπως ανέφερε στέλεχος του Υπουργείου Υγείας πρόκειται να αλλάξει, εννοώντας την εγκύκλιο που δίνει προτεραιότητα μόνο στα Ψυχιατρεία για τα αιτήματα μετάβασης των ασθενών σε στεγαστικές δομές. Άλλος παράγοντας που δρα κατασταλτικά είναι το ενίοτε πελατειακής μορφής σύστημα που υπάρχει και επηρεάζει την ένταξη κάποιου ασθενή σε στεγαστική δομή. Οι άστεγοι ψυχικά ασθενείς για ακόμη μία φορά αποτελούν μία ομάδα χωρίς φωνή, διεκδίκηση και υποστήριξη.

5.3.2 Πρόσβαση των αστέγων με προβλήματα ψυχικής υγείας σε δομές και υπηρεσίες κοινοτικής φροντίδας

Φτάνοντας προς το τέλος των ερευνητικών δεδομένων, στη θεματική ενότητα αυτή παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που αφορούν την πρόσβαση των αστέγων με προβλήματα ψυχικής υγείας σε κοινωνικές υπηρεσίες, στεγαστικές δομές κοινοτικής φροντίδας και δομές αστέγων.

Από τα ευρήματα συμπεραίνεται ότι οι άστεγοι ψυχικά ασθενείς αποκλείονται από τις δομές αστέγων, όπως υπνωτήρια και κοινωνικούς ξενώνες, καθώς κριτήριο ένταξης αποτελεί η ψυχιατρική εκτίμηση. Άστεγοι με ψυχιατρική συμπτωματολογία δεν εντάσσονται ούτε έχουν πρόσβαση στις δομές αστέγων, εκτός από τα Κέντρα Ημέρας Αστέγων και κάποια υπνωτήρια (Πειραιά και Νίκαιας) και αυτό με επιφύλαξη και προϋποθέσεις. Αυτό φαίνεται συμβαίνει και εξαιτίας της μη κατάλληλης εξειδίκευσης του προσωπικού που εργάζεται στις δομές αστέγων. Από την άλλη οι ΜΚΟ στον τομέα της ψυχικής υγείας διαθέτουν τεράστια τεχνογνωσία και εξειδίκευση στην αντιμετώπιση των ψυχιατρικών ζητημάτων των ανθρώπων αυτών, αλλά δεν έχουν τη δυνατότητα να δεχτούν τους ασθενείς απευθείας από την κοινότητα.

Από τις απαντήσεις αναδεικνύεται η προσφυγή σε μη επαγγελματικές λύσεις ένταξης λειτουργικών αστέγων με ψυχικά νοσήματα σε υπνωτήρια κυρίως, προκειμένου να εξασφαλίσουν το πιο βασικό αγαθό πρώτης ανάγκης και το κυριότερο δικαίωμα που έχει ένας άνθρωπος, το δικαίωμα στη στέγη. Η επιστροφή λειτουργικών ψυχικά ασθενών αστέγων στο δρόμο λειτουργεί ως ένας μόνιμος φαύλος κύκλος αστεγίας- νοσηλείας. Με την επιστροφή του στο δρόμο ο άστεγος μπαίνει ξανά με μία διαδικασία αναζήτησης του τρόπου κάλυψης των άμεσων βιοτικών αναγκών του για τροφή και μέρος που θα κοιμηθεί. Σταματάει τις περισσότερες φορές τη φαρμακευτική αγωγή που του έχει δοθεί από το νοσοκομείο και σταδιακά επανέρχεται στην προηγούμενη κατάσταση που βρισκόταν πριν τη νοσηλεία.

Όσον αφορά τις στεγαστικές δομές των ψυχιατρικών νοσοκομείων, από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει ότι γίνεται μεγάλη προσπάθεια από τα δύο ψυχιατρεία στο να παραπέμψουν περιπτώσεις ψυχικά ασθενών αστέγων σε οικοτροφεία ή ξενώνες, παρόλα τα τεράστια προβλήματα και ελλείμματα που αντιμετωπίζουν.

Παράλληλα, η Κεντρική Διοίκηση αναφέρει ότι υπάρχει έλλειμμα εξωστρέφειας των δομών, περιορισμένη διασύνδεση των Κοινωνικών Υπηρεσιών, αλλά και προβλήματα σχετικά με τη διάχυση των ευθυνών. Γεννιούνται ερωτήματα σχετικά με το ποιες είναι κατάλληλες δομές για την αντιμετώπιση του ζητήματος των αστέγων με ψυχικά νοσήματα, οι δομές ψυχικής υγείας ή οι δομές αστέγων; Καθώς

το ίδιο το θεσμικό πλαίσιο δεν είναι σαφές, οι άστεγοι συνεχίζουν να πέφτουν θύματα αυτού του θεσμικού ελλείμματος και αυξάνονται οι πιθανότητες να μείνουν χωρίς υποστήριξη.

5.4 Προτάσεις για τη δημιουργία ολοκληρωμένης στρατηγικής στην αντιμετώπιση του φαινομένου απώλειας στέγης στο πληθυσμό των αστέγων με ψυχικά νοσήματα

Το τελικό στάδιο της παρούσας εμπειρικής διερεύνησης αποτελείται από την παρουσίαση των σημαντικότερων προτάσεων που προέκυψαν από τα ευρήματα. Οι προτάσεις που ακολουθούν αποβλέπουν σε μία ολιστική αντιμετώπιση του φαινομένου και ποικίλουν ως προς τη θεματολογία. Εστιάζονται κυρίως σε πιθανούς τρόπους επίλυσης του προβληματισμού της έρευνας, αλλά και στην ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος κοινωνικής προστασίας εναρμονισμένο με τις ανάγκες της ομάδας στόχου. Κοινή παραδοχή από όλο το εύρος των συνεντεύξεων αποτέλεσαν οι πολιτικές πρόληψης και η ανάπτυξη ενός πλαισίου προληπτικών δράσεων και ευαισθητοποίησης ως παράγοντες μείωσης του φαινομένου.

Πολιτικές Πρόληψης και Ανάπτυξη Προληπτικών Δράσεων

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των φορέων, η πρόληψη αποτελεί ένα από τα βασικότερα εργαλεία μείωσης του φαινομένου έλλειψης στέγης στον πληθυσμό των αστέγων με προβλήματα ψυχικά νοσήματα. Για να συμβεί αυτό ωστόσο, θα πρέπει να σχεδιαστεί και να εφαρμοστεί ένα πλαίσιο πολιτικών που θα στοχεύει σε προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας. Ακόμη, θα πρέπει να υπάρξει μεγαλύτερη ανάπτυξη και οργάνωση των δομών στην κοινότητα σε προληπτικό πλαίσιο και ενίσχυση των κινητών μονάδων ψυχικής υγείας, προκειμένου να αποφεύγεται το φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας. Απαραίτητη προϋπόθεση παρόλα αυτά, αποτελεί σε αρχικό στάδιο η εξασφάλιση της στέγης. Σχετικά με το πρόγραμμα Ψυχαργός ενώ προβλεπόταν από τον σχεδιασμό του προγράμματα πρόληψης, το μεγαλύτερο βάρος δόθηκε τελικά στα στεγαστικά προγράμματα και όχι την ανάπτυξη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Πρόγραμμα Ολοκληρωμένης Κοινοτικής Φροντίδας

Σύμφωνα με τις απαντήσεις Στελέχους του Υπουργείου Εργασίας έχει προβλεφθεί για κάποιες κοινοτικές δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως είναι

τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και οι Κινητές Μονάδες να υπάρχουν ομάδες ολοκληρωμένης κοινοτικής φροντίδας, οι οποίες θα είναι αρμόδιες να πραγματοποιούν στοχευμένες παρεμβάσεις σε ανθρώπους που διαθέτουν ιστορικό πολλών νοσηλειών, ώστε να αποτρέπονται περαιτέρω νοσηλείες και να μην εγκαταλείπονται οι ασθενείς μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Αυτό θεωρείται από το Υπουργείο ως ένα πρόγραμμα που θα ωφελήσει σημαντικά τον πληθυσμό των αστέγων με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Γενικότερα, αυτό που προτείνεται είναι η ανάπτυξη ενός δικτύου υπηρεσιών στις οποίες θα μπορεί να απευθυνθεί η ομάδα στόχου και να εξυπηρετηθεί, αλλά και η εξωστρέφεια των υπηρεσιών προς τους ψυχικά ασθενείς αστέγους, καθώς είναι μία ομάδα δύσκολα προσεγγίσιμη και χρήζει ειδικών χειρισμών.

Στέγαση

Την σημαντικότερη παράμετρο για την αντιμετώπιση του φαινομένου αποτελεί το κομμάτι των πολιτικών στέγασης των αστέγων με ψυχικά νοσήματα. Σύμφωνα με τα ευρήματα και όπως έχει αναφερθεί παραπάνω, δεν υπάρχουν εστιασμένες πολιτικές στέγασης για τον πληθυσμό αυτό και ούτε κατάλληλες στεγαστικές δομές. Οι απαντήσεις της έρευνας συγκλίνουν στη ανάγκη δημιουργίας νέων εξειδικευμένων δομών για τον πληθυσμό των αστέγων με προβλήματα ψυχικής υγείας ή στην δημιουργία περισσότερων στεγαστικών δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Αυτό που διαφαίνεται από την έρευνα είναι ότι οι άστεγοι ψυχικά ασθενείς δεν μπορούν να ενταχθούν σε ξενώνες φιλοξενίας αστέγων, καθώς χρήσουν ιδιαίτερης φροντίδας όσον αφορά την ψυχική πάθηση. Από την άλλη υπάρχουν και οι απόψεις που υποστηρίζουν ότι ούτε οι στεγαστικές δομές και τα ψυχιατρικά νοσοκομεία αποτελούν λύση για τον πληθυσμό αυτό. Αυτό που προτείνεται είναι δομές, οι οποίες θα είναι προσανατολισμένες σε τρεις κεντρικούς πυλώνες: την ψυχιατρική υποστήριξη- παρακολούθηση και θεραπεία του ατόμου, την κοινωνική υποστήριξη του ατόμου και την επαγγελματική του αποκατάσταση.

Σημαντική πρόταση αποτελεί και η υιοθέτηση προγραμμάτων με Προτεραιότητα στη Στέγαση, καθώς θεωρούνται καταλληλότερα και θα μπορούσαν να είναι μία σημαντική λύση την αντιμετώπιση του στεγαστικού προβλήματος του πληθυσμού αυτού. Το Πρόγραμμα με Προτεραιότητα στη Στέγαση συνδυάζει την άμεση στεγαστική αποκατάσταση και εξασφάλιση των βασικών αναγκών του

ανθρώπου και στη συνέχεια μέσα από τη σχέση που δημιουργείται με το προσωπικό γίνεται προσπάθεια θεραπείας. Το μοντέλο αυτό αποτελεί την καλύτερη δυνατή λύση στεγαστικής πολιτικής για τους αστέγους με ψυχικά νοσήματα.

Διασύνδεση και Συνεργασία Υπηρεσιών

Ένα ακόμη σημαντικό θέμα που αναδείχθηκε από την έρευνα είναι η ανάγκη ύπαρξης καλής δικτύωσης και συνεργασίας μεταξύ των δομών και των κοινωνικών υπηρεσιών. Επιπρόσθετα, απαραίτητη κρίνεται η σωστή ενημέρωση από τα στελέχη των κοινωνικών και δημόσιων υπηρεσιών, έτσι ώστε να αποφεύγεται πιθανή ταλαιπωρία του ατόμου στην επαφή του με αυτές. Επίσης, η μείωση της γραφειοκρατίας θα ενίσχυε την προσέλευση του άστεγου πληθυσμού στις υπηρεσίες, καθώς αυτό μέχρι τώρα λειτουργεί αποθαρρυντικά. Μία ακόμη διαπίστωση, είναι ότι ο άστεγος πληθυσμός είναι ο κατεξοχήν πληθυσμός, ο οποίος υστερεί δημοσίων εγγράφων, παρόλα αυτά μέχρι και σήμερα υπάρχουν υπηρεσίες οι οποίες ζητούν έγγραφα προκειμένου να εξυπηρετήσουν ανθρώπους, οι οποίοι βρίσκονται σε συνθήκες δρόμου. Σημαντική επίσης, είναι η ανάγκη υιοθέτησης ενός κοινωνικού προσώπου τόσο και από τις "σκληροπυρηνικές" δημόσιες υπηρεσίες, όπως εφορία, ασφαλιστικά ταμεία κα.

Κοινωνική Ένταξη

Από την έρευνα προκύπτει ότι η μοναδική πολιτική κοινωνικής και εργασιακής ένταξης γίνεται μέσω των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙΣΠΕ). Ωστόσο, ο περιορισμένος αριθμός των ΚΟΙΣΠΕ που δραστηριοποιούνται στην Ελλάδα σήμερα κρίνεται ανεπαρκής για να καλύψει τις υπάρχουσες ανάγκες του πληθυσμού, κάτι που επισημάνθηκε από όλους τους φορείς που συμμετείχαν στην έρευνα. Για τον παραπάνω λόγο, προτείνεται η περαιτέρω ανάπτυξη του θεσμού των ΚΟΙΣΠΕ με τη δημιουργία νέων εστιασμένων στους ψυχικά ασθενείς αστέγους.

Το σύνολο των προτεινόμενων λύσεων που αναφέρθηκαν παραπάνω, θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως αλληλένδετες δέσμες ενεργειών συνυφασμένες σε ένα συνολικό πλέγμα κοινωνικής προστασίας και οι οποίες θα μπορούσαν με την σειρά τους να αποτελέσουν την βάση για την δημιουργία και εφαρμογή ενός Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Κοινωνική πολιτική των αστέγων με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Συμπεράσματα

Τα ευρήματα που προέκυψαν από την ποιοτική έρευνα που προηγήθηκε, δίνουν την δυνατότητα εξαγωγής ορισμένων σημαντικών διαπιστώσεων και συμπερασμάτων για την Κοινωνική Πολιτική των αστέγων με προβλήματα ψυχικής υγείας στην Ελλάδα.

Η οικονομική κρίση την οποία βιώνει η ελληνική κοινωνία τα τελευταία χρόνια έχει προκαλέσει σωρεία κοινωνικών προβλημάτων όπως τα ακραία φαινόμενα φτώχειας, η διάρρηξη των κοινωνικών δικαιωμάτων και η διάσπαση των κοινωνικών δεσμών, τα οποία οδηγούν σε διάφορες μορφές κοινωνικού αποκλεισμού. Οι άστεγοι αποτελούν την πληθυσμιακή ομάδα που πλήττεται άμεσα από τα παραπάνω φαινόμενα σε συνδυασμό με την αποδυνάμωση του κοινωνικού ιστού, των κοινωνικών σχέσεων και την έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Ωστόσο, το κοινωνικό κράτος στην Ελλάδα παρουσιάζεται αδύναμο στον περιορισμό και την αντιμετώπιση του φαινομένου της έλλειψης στέγης. Οι παράγοντες που προαναφέρθηκαν πολλαπλασιάζουν τις συνέπειες για τους ψυχικά ασθενείς άστεγους, οι οποίοι σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας φαίνεται να υπερεκπροσωπούνται στον ευρύτερο πληθυσμό των αστέγων.

Οι άστεγοι με ψυχικά νοσήματα αποτελούν ένα επιδεινούμενο πρόβλημα που απαιτεί ολοκληρωμένες κοινωνικές πολιτικές ώστε να αντιμετωπισθούν οι πολύπλευρες και σύνθετες επιπτώσεις του. Οι σχετικές κοινωνικές πολιτικές που αναδεικνύονται από τα ευρήματα τις έρευνας απέχουν πολύ από ένα συνεκτικό και οργανωμένο πλαίσιο στρατηγικής εναρμονισμένο στα προβλήματα και τις ανάγκες του πληθυσμού αυτού.

Συμπερασματικά διαπιστώνεται ότι η αντιμετώπιση του φαινομένου έλλειψης στέγης δεν αποτέλεσε προτεραιότητα της Κοινωνικής Πολιτικής στην Ελλάδα μέχρι και την εμφάνιση της κρίσης. Με την έλευση της κρίσης εφαρμόστηκε ένα μοντέλο έκτακτης ανάγκης και μέτρα πυροσβεστικού χαρακτήρα για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Ωστόσο, από τα ευρήματα προκύπτει η έλλειψη ενός πλαισίου κοινωνικών πολιτικών προσανατολισμένων στην ομάδα των αστέγων με ψυχικά νοσήματα.

Τα αποτελέσματα της έρευνας κινούνται κατά κύριο λόγο σε τέσσερις βασικούς άξονες: τις πολιτικές πρόληψης, τα μέτρα επείγουσας διαχείρισης, τις πολιτικές κοινωνικής ένταξης και την πρόσβαση σε στεγαστικές δομές και υπηρεσίες.

Όσον αφορά την πρόληψη διαπιστώνεται η απουσία ενός οργανωμένου πλαισίου προληπτικών μέτρων για τους αστέγους με προβλήματα ψυχικής υγείας. Τα ελάχιστα υφιστάμενα μέτρα προληπτικού χαρακτήρα συνδέονται κατά κύριο λόγο με το πρόγραμμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και υλοποιούνται μέσω της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Αναφορικά με την επείγουσα διαχείριση των αστέγων με ψυχικά νοσήματα διαπιστώνεται για ακόμη μια φορά η απουσία ενός πλαισίου κοινωνικών πολιτικών προσανατολισμένων στην αντιμετώπιση του φαινομένου. Όλες οι παρεμβάσεις για τον πληθυσμό αυτό πραγματοποιούνται κατά αποκλειστικότητα μέσω του συστήματος ψυχικής υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η μοναδική πολιτική έκτακτης ανάγκης προέρχεται από την παρέμβαση του Εισαγγελέα ο οποίος τείνει να αναδειχθεί ως «λειτουργός ευημερίας». Οι εισαγγελικές παραγγελίες για τους ψυχικά ασθενείς αστέγους έχουν συνήθως ως αποτέλεσμα την κατάληξη αυτών στο εφημερεύον ψυχιατρείο με μεγάλο ποσοστό των περιστατικών να μην χρήζουν τελικά νοσηλείας.

Στην πράξη, η συχνότερη έκβαση είναι η εισαγωγή και η νοσηλεία του ψυχικά ασθενή άστεγου στο ψυχιατρείο για ελάχιστο χρονικό διάστημα που καταλήγει σε εξιτήριο χωρίς την προοπτική μετανοσοκομειακής φροντίδας. Αποτέλεσμα του συστήματος αυτού είναι να δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος αστεγίας-νοσηλείας, με τον ασθενή να επιστρέφει στον δρόμο, να υποτροπιάζει και να καταλήγει πάλι στο νοσοκομείο (φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας).

Όσον αφορά την Κοινωνική Ένταξη των ψυχικά ασθενών αστέγων, αναδεικνύεται για ακόμα μια φορά η απουσία εστιασμένων πολιτικών με στόχο την επιστροφή και την ομαλή επανένταξη των ανθρώπων αυτών στον κοινωνικό ιστό. Εξαιρεση αποτελούν οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙΣΠΕ), ο περιορισμένος αριθμός των οποίων όμως δεν επαρκεί για την κάλυψη των απαιτούμενων αναγκών.

Όσον αφορά τη στεγαστική πολιτική, έως τώρα, δεν έχει επιδιωχθεί η ανάπτυξη ολοκληρωμένων σύγχρονων πολιτικών που να στοχεύουν στην όσο το δυνατόν ταχύτερη πρόσβαση των αστέγων σε ασφαλή, σταθερή και μόνιμη στέγαση.

Η πρόσβαση των ψυχικά ασθενών αστέγων σε στεγαστικές δομές, μέσω του συστήματος ψυχικής υγείας, παραμένει δύσκολη καθώς η προτεραιότητα μέχρι σήμερα δίνεται στους χρόνιους ασθενείς των ψυχιατρείων. Επιπροσθέτως, οι ψυχιατρικές κλινικές των γενικών νοσοκομείων δεν έχουν τη δυνατότητα διαχείρισης των κενών θέσεων στις μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Επίσης, για να υπάρξει ενδεχόμενη εισαγωγή των ψυχικά ασθενών αστέγων σε στεγαστική δομή προαπαιτείται – επί του παρόντος – τουλάχιστον μια νοσηλεία σε ψυχιατρείο. Όλα τα παραπάνω δεδομένα ενδέχεται να τροποποιηθούν με την νέα εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας για την διαδικασία μετάβασης ψυχικά ασθενών σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Σύμφωνα με τη εγκύκλιο αυτή τα αιτήματα που θα αφορούν άστεγους ασθενείς θα διεκπεραιώνονται κατά προτεραιότητα ενώ παράλληλα και τα γενικότερα κριτήρια μετάβασης είναι πιο ευνοϊκά για τον πληθυσμό αυτό.

Όσον αφορά στην πρόσβαση σε δομές αστέγων (υπνωτήρια και ξενώνες), διαπιστώνεται ο αποκλεισμός των ψυχικά ασθενών αστέγων καθώς βασική προϋπόθεση για να γίνει κάποιος δεκτός είναι η απουσία ψυχιατρικής συμπτωματολογίας. Όλα τα ευρήματα της έρευνας συνηγορούν στην ανάγκη δημιουργίας νέων εξειδικευμένων στεγαστικών δομών στα πρότυπα του μοντέλου με Προτεραιότητα στη Στέγαση.

Ένα ζήτημα που αναδεικνύεται σε όλο το φάσμα της έρευνας είναι ο προβληματισμός για το ζήτημα της διάχυσης ευθυνών σε επίπεδο κεντρικής διοίκησης και ο καθορισμός των κατάλληλων δομών και υπηρεσιών για την αντιμετώπιση του φαινομένου έλλειψης στέγης και ψυχικής νόσου. Όσο το θεσμικό πλαίσιο παραμένει ασαφές, οι άστεγοι ψυχικά ασθενείς θα συνεχίζουν να πέφτουν θύματα αυτού ενώ ταυτόχρονα θα αυξάνονται οι πιθανότητες να παραμένουν χωρίς υποστήριξη.

Συνοψίζοντας, για την αντιμετώπιση του προβλήματος της έλλειψης στέγης και των σύνθετων ψυχοκοινωνικών αναγκών των αστέγων απαιτείται μια ολιστική – θεραπευτική προσέγγιση. Για τον λόγο αυτό, κρίνεται αναγκαία η θέσπιση κοινωνικών πολιτικών που θα περιλαμβάνουν αφενός μέτρα που να λειτουργούν προληπτικά και να αποτρέπουν την απώλεια της κατοικίας και αφετέρου

προγράμματα και υπηρεσίες υποστήριξης των βασικών και επείγουσών αναγκών των αστέγων, με κύριο στόχο την ταχεία πρόσβαση σε προσιτή και σταθερή στέγη.

Κλείνοντας, οι άστεγοι με ψυχικά νοσήματα στην Ελλάδα είναι ένας πληθυσμός αφανής, για τον οποίο δεν υπάρχει ουσιαστική κρατική μέριμνα. Είναι άνθρωποι ανύπαρκτοι για το σύστημα κοινωνικής προστασίας και η πλειονότητα αυτών εξακολουθεί να ζει και να πεθαίνει στο δρόμο. Αποτελούν μια ομάδα ανθρώπων χωρίς φωνή, οι οποίοι δεν μπορούν να διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους στην στέγη, τη θεραπεία και την περίθαλψη. Ο στόχος της παρούσας έρευνας είναι να ευαισθητοποιήσει και να προβληματίσει για το σοβαρό αυτό κοινωνικό φαινόμενο, με την ευχή να αποτελέσει την αρχή μιας καινούριας μέρας για το ζήτημα των ψυχικά ασθενών αστέγων. Μιας μέρας που θα αποκτήσουν οι άνθρωποι αυτοί το δικαίωμά τους στη ζωή!

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Ασημόπουλος, Χ. (2012). Οικονομική κρίση, ψυχική υγεία και κοινωνική εργασία. *Κοινωνική Εργασία*, 107: 167-180.
- Ασημοπούλου-Μαρίνου, Α. (2013). *Άστεγοι ψυχικά ασθενείς την περίοδο της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα*. Αδημοσίευτη Πτυχιακή Εργασία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Ασημόπουλος, Χ., Μαρτινάκη, Σ., & Ασημοπούλου-Μαρίνου, Α. (2015). Το Πρόβλημα της Έλλειψης Στέγης και οι Άστεγοι στην Ελλάδα: Αιτιολογικοί παράγοντες, ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις και οι δημόσιες πολιτικές πρόληψης και αντιμετώπισης. *Κοινωνική Εργασία*, 117: 48-43.
- Βενιέρης, Δ. (2013). *Ευρωπαϊκή Κοινωνική Πολιτική και Κοινωνικά Δικαιώματα. Το Τέλος των Ύμνων*, Β' έκδοση, Αθήνα: Τόπος.
- Βενιέρης, Δ. (2015). *Κοινωνική Πολιτική: Έννοιες & Σχέσεις*. Αθήνα: Τόπος.
- Βλαντώνη, Δ. (2008). *"Οργάνωση μονάδων κοινωνικής φροντίδας: Η περίπτωση των αστέγων στην Ελλάδα"*. Διπλωματική Εργασία. Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών.
- Γκρουτσής, Ν. (2010). *"Αξιολόγηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα"*. Μεταπτυχιακή Εργασία. Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιώς.
- Δεπάστας, Χ. (2018). Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 17(2):119-124.
- ΔιαΝΕΟσις, & Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (2016). *Έρευνα: Η υγεία των Ελλήνων στην Κρίση*. Αθήνα.
- Ίσαρη, Φ., & Πούρκος, Μ. (2015). *Ποιοτική Μεθοδολογία Έρευνας-Εφαρμογές στην Ψυχολογία και την Εκπαίδευση*. Αθήνα: Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα.
- Ιωσηφίδης, Θ. (2003), *Ανάλυση Ποιοτικών Δεδομένων στις Κοινωνικές Επιστήμες*, Αθήνα: Κριτική.
- Καλλινικάκη, Θ. (2010). *Ποιοτικές μέθοδοι στην έρευνα της κοινωνικής εργασίας (2η εκδ.)*. Αθήνα: Τόπος.
- Κατσαδώρας, Κ., Κυράνα, Ν., Λίνου, Ε., Φουράκη, Π., Στάμου, Ε., Παπαγιάννης, Β., Μανάτου, Ε., & Κλείτσα, Λ. (2006). *Έρευνα: Άστεγοι στην Ελλάδα: Ψυχοκοινωνικό Προφίλ και Συνθήκες Διαβίωσης στο Δρόμο*, ΜΚΟ Κλίμακα, Αθήνα.
- Κατσαδώρας, Κ., Σαραντίδης, Δ., Καρύδη, Κ., Τούρκου, Α., Σταματογιαννοπούλου, Α., Αλαμάνου, Α., & Θεοδωρικάκου Ο. (2012). *Έρευνα: Η Έλλειψη Στέγης στην Ελλάδα του 2012*, ΜΚΟ Κλίμακα, Αθήνα.

- Κουραχάνης, Ν. (2015). *Η Κοινωνική Πολιτική για τους Αστέγους στην Ελλάδα: Ποιοτική και Κριτική Ανάλυση ενός Ακραίου Κοινωνικού Αποκλεισμού*. Διδακτορική Διατριβή. Κόρινθος: Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.
- Κουραχάνης, Ν. (2017). *Κοινωνικές Πολιτικές Στέγασης: Η Ελληνική υπολειμματική προσέγγιση*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Κυριαζή, Ν. (2006), *Η Κοινωνιολογική Έρευνα. Κριτική Επισκόπηση των Μεθόδων και των Τεχνικών*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κωνσταντακόπουλος, Γ. (2003). *Αφιερώματα: "Άστεγοι. Ζητείται Ελπίς"*, τεύχος 2^ο. Αθήνα: ΚΛΙΜΑΚΑ.
- Κωνσταντακόπουλος, Γ. (2003). *Αφιερώματα: "Κοινωνικός αποκλεισμός & Ψυχική υγεία"*, τεύχος 3^ο. Αθήνα: ΚΛΙΜΑΚΑ.
- Οικονόμου, Χ., & Φερόνας, Α. (2006), «Εισαγωγή», στο Οικονόμου Χ. – Φερόνας Α. (επιμ.), *Οι Εκτός των Τειχών. Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός στις Σύγχρονες Κοινωνίες*, Αθήνα: Διόνικος.
- Παπαδοπούλου, Δ., & Κουραχάνης, Ν. (2017). *Άστεγοι και Κοινωνικός Αποκλεισμός στην Ελλάδα της Κρίσης*. Αθήνα: Τόπος.
- Παπαστάμου, Σ., (2001). *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Robson, C. (2007). *Η έρευνα του πραγματικού κόσμου* (μτφρ. Β. Νταλάκου και Κ. Βασιλικού, επιμ. Κ. Μιχαλοπούλου). Αθήνα: Gutenberg.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011). *Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000– 2009*.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011). *ΨΥΧΑΡΓΩΣ Γ' (2011-2020) – Σχέδιο αναθεώρησης του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ*.
- Υφαντής Θ., (2005). Αποασυλοποίηση, Αποϊδρυματοποίηση και Ετερότητα. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 22(6): 525-527.
- Χονδράκη, Π. (2012). *Επιδημιολογική Μελέτη της Ψυχοπαθολογίας σε δείγμα αστέγων στο Δήμο Αθηναίων*. Διδακτορική Διατριβή. Αθήνα: Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Appleby, L., Desai, P.N. (1985). Documenting the relationship between homelessness and psychiatric hospitalization. *Hospital and Community Psychiatry*, 36:732–737.
- Calsyn, R. And Winter, J.P. (2006). Predictors of past and current homelessness. *Journal of Community Psychology*. 22 (3): 272-278.

- Camic, P.M., Rhodes, J.E. & Yardley, L. (Eds.) (2003) *Qualitative Research in Psychology: Expanding Perspectives in Methodology and Design*. Washington, DC: American Psychological Association (315 p.)
- Chamberlain, C., & Johnson, G. (2011). Pathways into Adult Homelessness. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 49(1):60-77.
- Chernega, J. and George, C.G. (2014). Works in progress: Searching for solutions to the difficult problems of homelessness, *Journal of Poverty*, 18: 227-230.
- Clark C., & Rich A.R. (2003). Outcomes of homeless adults with mental illness in a housing program and in case management only. *Psychiatric Services* (Washington, DC), 2003, 54, 78–83. doi: 10.1176/appi.ps.54.1.78.
- Culhane, DP., Metreaux, S., & Hadley, T., (2002). Supportive housing for people with severe mental illness. *LDI Issue Brief*, 7(5):1-4.
- Edgar, B., (2009). European Review of Statistics on Homelessness, European Observatory on Homelessness, Brussels.
- Harris, S.N., Mowbray, C.T., Solarz, A. (1994). Physical health, mental health and substance abuse problems of shelter users. *Health Soc Work*, 1994, 19(1): 37-45.
- Hopton, JL., & Hunt, SM. (1996). Housing conditions and mental health in a disadvantaged area in Scotland. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50, 56-61.
- Human Rights and Equal Opportunity Commission. (2008). Homelessness is a human rights issue. www.hreoc.gov.au/human_rights/housing/homeless_2008.html
- Institute for Children and Poverty. (2001). A shelter is not a home: Or is it? www.homesforthehomeless.com
- FEANTSA (2006), “ETHOS – Taking Stock”, Brussels. (Available at: <https://www.feantsa.org/en/toolkit/2005/04/01/ethos-typology-on-homelessness-and-housing-exclusion>).
- FEANTSA (2007), ETHOS Light- A Harmonised Definition of Homelessness for Statistical Purposes. (Available at: <https://www.feantsa.org/download/fea-002-18-update-ethos-light-0032417441788687419154.pdf>).
- Federal Task Force on Homelessness and Severe Mental Illness, (1992). *Outcasts on Main Street: A report of the Federal Task Force on Homelessness and Severe Mental Illness*.
- Fischer P.J. (1990). *Alcohol and drug abuse and mental health problems among homeless persons: A review of the literature, 1980-1990*. Rockville. MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism and National Institute of Mental Health.

- Flick, U. (1998). *An Introduction to qualitative research (3rd ed.)*. London: Sage Publication.
- Marshall, M. N. (1996). Sampling for qualitative research. *Family Practice*, 13(6), 522-525.
- Miller, D. (1999). *Principles of Social Justice*. London: Harvard University Press.
- Miles, M.B., & Huberman, M.A. (1994). *Qualitative Data Analysis, An Expanded Sourcebook*. Second Edition. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Morrissey, JP., Calloway, MO., Thakur, N., Coccozza, J., Steadman, HJ. & Dennis, D., (2002). Integration of service systems for homeless person with serious mental illness through the ACCESS program. *Psychiatr Serv*, 53(8): 949-957.
- National Health Care for the Homeless Council. (2008). The basics of homelessness, www.nhchc.org/publications/basics-of-homelessness.html
- Nooe, R.M., (2006). Homelessness in Knoxville-Knox County Q: A twenty year perspective 1986-2006, Coalition to End Homelessness, Knoxville East Tennessee.
- Nordentoft , M., (1994). Homeless on the streets of Copenhagen. *Ugeskr Laeger*, 156(20): 3032-3039.
- Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. London: Sage.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods (3rd ed.)*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Payne, S. (2000). *Poverty, social exclusion and mental health: Findings from the 1999 PSE Survey*, University of Bristol.
- Philippot , P., Lecocq, C., Sempoux, F., Nachtergaeel, H., Galand, B. (2007). Psychological research on homelessness in Western Europe: A review from 1970-2001. *Journal of Social Issues*, 63, 3, 483-504.
- Pleace, N. (2016). *Housing First Guide Europe*. Housing First Europe & FEANTSA (Available at: <https://housingfirsteurope.eu/guide/>).
- Silverman, D. (2000). *Doing Qualitative Research. A Practical Handbook*. London: Sage Publications.
- Silverman, D. (1997). *Qualitative Research. Theory, Method and Practice*. London: Sage Publications.
- Smith, CA., Smith, CJ., Kearns, RA., & Abbott, MW. (1993). Housing stressors, social support and psychological distress. *Social Science and Medicine*, 37, 603-612.
- Sullivan, G., Burnan, A., and Koegel, P. (2000). Pathways to homelessness among the mentally ill. *Social Psychiatry Epidemiology*, 35, 444-450.

- Sullivan G., Burnam A., Koegel P., Hollenberg J. (2000). Quality of life of homeless persons with mental illness: results from the course of homelessness study. *Psychiatr Serv.*, 51,1135-1141.
- Sousa, L., Galante, H., Batel, A. & Hespanha, P., (2003). Observing cities' social inequalities: a cartographic case study of Aveiro, Portugal, *Cities*, 20(4): 241-252.
- Walker, A. and Walker, C., (1997). *Britain Divided: The Growth of Social Exclusion in the 1980s and 1990s*. CPAG: London.
- Woods, P. (1992). *Symbolic interactionism: Theory and method*. In M. LeCompte, W. Millroy & J. Preissle (Eds.), *The handbook of qualitative research in education*. London: Academic Press.

Παράρτημα 1

Οδηγός Συνέντευξης

Κοινωνικές Πολιτικές για τους Άστεγους με Προβλήματα Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα της Κρίσης

A. Ιστορική Πορεία των Κοινωνικών Πολιτικών για τους Άστεγους με ψυχικά νοσήματα μέχρι την Εμφάνιση της Οικονομικής Κρίσης

1. Ποια είναι τα κύρια χαρακτηριστικά των προβλημάτων ψυχικής υγείας στη χώρα μας μέχρι το 2009;
2. Μπορείτε να αναφέρετε τις κυριότερες μεταρρυθμίσεις (αν υπάρχουν) στις πολιτικές για τους Άστεγους με ψυχικά νοσήματα μέχρι το 2009;
3. Μπορείτε να αναφέρετε συνοπτικά μερικές πληροφορίες για την κάθε μια; Πως μπορεί να εξηγηθεί η διαμόρφωση αυτού του πλαισίου;

B. Επιπτώσεις της Κρίσης και των Πολιτικών Λιτότητας στους Άστεγους με Ψυχικά Νοσήματα

1. Ποιες είναι οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ομάδα αστέγων με ψυχικά νοσήματα;
2. Πως επηρεάζονται γενικά οι κοινωνικές πολιτικές για τους άστεγους με ψυχικά νοσήματα από την οικονομική κρίση;
3. Τι αλλάζει με το Πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης "Ψυχαργός" και πως επηρεάζεται η ομάδα των αστέγων με προβλήματα ψυχικής υγείας;
4. Υπάρχουν συγκεκριμένοι μηχανισμοί συγκέντρωσης στοιχείων και μέτρησης των αστέγων με ψυχικά νοσήματα; Και με ποιους τρόπους συλλέγονται;
5. Υπάρχουν μέτρα πρόληψης του προβλήματος απώλειας στέγης για άτομα με ψυχικά νοσήματα; Αν ναι ποια είναι τα βασικά μέτρα για την πρόληψη του προβλήματος που εφαρμόζονται στη χώρα μας; Υπάρχουν συγκεκριμένες αλλαγές λόγω της οικονομικής κρίσης; Ποιοι φορείς εμπλέκονται (κρατικοί, ΜΚΟ, ιδιωτικοί);
6. Ποια είναι τα βασικά μέτρα για την επείγουσα διαχείριση των αστέγων με ψυχικά νοσήματα; Υπάρχουν συγκεκριμένες αλλαγές λόγω της οικονομικής κρίσης; Ποιοι φορείς εμπλέκονται;

7. Ποιες είναι οι πολιτικές για την κοινωνική ένταξη των αστέγων με ψυχικά νοσήματα; Υπάρχουν συγκεκριμένες αλλαγές λόγω της οικονομικής κρίσης; Ποιοι φορείς εμπλέκονται στο σχεδιασμό και την υλοποίησή τους;
8. Πως θα ερμηνεύατε την διαμόρφωση του συγκεκριμένου πλαισίου παρεμβάσεων την περίοδο της οικονομικής κρίσης;

Γ. Πρόσβαση σε δομές και υπηρεσίες

1. Έχουν τελικά πρόσβαση οι άστεγοι με προβλήματα ψυχικής υγείας σε υπηρεσίες και δομές κοινοτικής φροντίδας (π.χ. Ψυχιατρικοί ξενώνες, Οικοτροφεία);
2. Έχει παρατηρηθεί είναι ότι η συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα αποκλείεται τόσο από τις δομές Ψυχικής Υγείας όσο και από τις στεγαστικές δομές για τους Αστέγους. Ποιες είναι οι πολιτικές στο σύστημα κοινωνικής προστασίας γι' αυτούς τους ανθρώπους;
3. Τι καλύτερο θα μπορούσε να γίνει σε επίπεδο κρατικού σχεδιασμού;

Παράρτημα 2

Συνεντεύξεις με τους φορείς

1. Συνέντευξη με Κοινωνικό Λειτουργό από Οικοτροφείο ΜΚΟ- ΕΠΑΨΥ
2. Συνέντευξη με Κοινωνικό Λειτουργό Κοινωνικής Υπηρεσίας Ψυχιατρικής Κλινικής Γενικού Νοσοκομείου- Σισμανόγλειο/Αμαλεία Φλέμινγκ
3. Συνέντευξη με Κοινωνικό Επιστήμονα Υπεύθυνο για το πρόγραμμα στήριξης αστέγων ΜΚΟ ΚΛΙΜΑΚΑ
4. Συνέντευξη με Ψυχολόγο σε ΜΚΟ- Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής & Ψυχικής Υγείας
5. Συνέντευξη με Επίκουρη Καθηγήτρια Δικαίου της Υγείας & Κοινωνιολογίας Δικαίου, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
6. Συνέντευξη με Εκπρόσωπο της Πανελλαδικής Ένωσης για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και την Επαγγελματική Επανάταξη-ΠΕΨΑΕΕ
7. Συνέντευξη με Κοινωνικό Λειτουργό της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής Δρομοκαΐτειο
8. Συνέντευξη με Ψυχίατρο στην Ψυχογηριατρική Κλινική του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής Δρομοκαΐτειο
9. Συνέντευξη με Στέλεχος του Υπουργείου Υγείας- Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας
10. Συνέντευξη με Κοινωνικό Λειτουργό της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής Δαφνί

Παράρτημα 3

Αποσπάσματα των συνεντεύξεων

Ιστορική πορεία των Κοινωνικών Πολιτικών για τους αστέγους με ψυχικά νοσήματα πριν την εμφάνιση της Οικονομικής Κρίσης.

Τα κυριότερα προβλήματα στο χώρο της ψυχικής υγείας πριν την εμφάνιση της Οικονομικής Κρίσης.

Ερ. Ποια είναι τα κύρια χαρακτηριστικά των προβλημάτων ψυχικής υγείας στη χώρα μας μέχρι το 2009;

Απ. Δεν νομίζω ότι υπήρχαν ιδιαίτερα προβλήματα, τουλάχιστον δεν ήταν τόσο έντονα όπως τώρα.

(Συνέντευξη 2: Κοινωνική Λειτουργός, Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου- Σισμανόγλειο/ Αμαλία Φλέμινγκ)

Απ. Υπήρχαν παροχές που δεν υπάρχουν τώρα, δαπανούνταν περισσότερα χρήματα για τις ανάγκες των οικότροφων, όπως για παράδειγμα ψυχαγωγία των ενοίκων, διακοπές κα., υποστηρίζονταν δηλαδή το ψυχοκοινωνικό έργο οικονομικά.

(Συνέντευξη 1: Κοινωνική Λειτουργός, Οικοτροφείο ΕΠΑΨΥ)

Απ. Εννοείτε ότι υπήρχαν. Δεν έχουν αλλάξει τα προβλήματα των ασθενών, τα ίδια που υπήρχαν, υπάρχουν και τώρα. Η επιπλέον δυσκολία είναι ο όγκος πλέον της δουλειάς μας, ο αριθμός δηλαδή των ανθρώπων που καταλήγουν πια στο νοσοκομείο χωρίς να έχουν ρυθμισμένα τα ζητήματα της ζωής τους, ο χρόνος νοσηλείας που έχει μικρύνει λόγω του μεγάλου αριθμού των ασθενών και έχουμε δει βασικά μια διαφορά στον τρόπο αντιμετώπισης του οικείου περιβάλλοντος των ασθενών όπου οι αντοχές είναι μικρότερες λόγω των οικονομικών συνθηκών.

(Συνέντευξη 7: Κοινωνική Λειτουργός, Κοινωνική Υπηρεσία, ΨΝΑ Δρομοκαϊτσειο)

Απ. Νομίζω κρίση στο χώρο της ψυχικής υγείας υπήρχε ανέκαθεν, δηλαδή αυτοί που είχαν σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας σαν κι αυτά που ανέφερα (σχιζοφρένεια και διπολική διαταραχή), πάντα ζούσαν σε ένα καθεστώς κρίσης, αλλά δεν έμπαινε σε αμφισβήτηση το ποσοστό των πόρων που διατίθενται σε αυτούς. Αυτό είναι το πρόβλημα που δημιούργησε η κρίση, αλλά για τους ανθρώπους αυτούς η πλειοψηφία τους εξακολουθούσε με κάποιο τρόπο να είναι εκτός συστήματος, από αυτούς που είχαν σοβαρές ψυχικές διαταραχές ένα ποσοστό εξυπηρετούνταν στα ψυχιατρικά νοσοκομεία ή στις μονάδες ψυχικής υγείας.

(Συνέντευξη 9: Στέλεχος του Υπουργείου Υγείας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας)

Απ. Και βέβαια υπήρχαν. Αλλά τώρα έχουμε σαφώς περισσότερα. Παλιότερα για παράδειγμα είχαμε σοβαρές ελλείψεις σε στεγαστικές δομές, τώρα έχουμε σαφώς περισσότερες. Οι περισσότερες στεγαστικές δομές έγιναν με το πρόγραμμα ΨΥΧΑΡΓΩΣ..

(Συνέντευξη 10: Κοινωνική Λειτουργός, Κοινωνική Υπηρεσία, ΨΝΑ Δαφνί)

Κυριότερες μεταρρυθμίσεις στις πολιτικές για τους Άστεγους με ψυχικά νοσήματα πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης.

Ερ. Μπορείτε να αναφέρετε τις κυριότερες μεταρρυθμίσεις (αν υπάρχουν) στις πολιτικές για τους Άστεγους με ψυχικά νοσήματα μέχρι το 2009;

Απ. Ειδικά γι' αυτήν την ομάδα στόχου δεν υπήρχε ποτέ μία εξειδικευμένη πολιτική.

(Συνέντευξη 9: Στέλεχος του Υπουργείου Υγείας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας)

Απ. Οι άστεγοι ως ευάλωτη κοινωνική ομάδα δεν είχαν οριστεί και δεν περιλαμβάνονταν στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες πριν βγει ο Ν.4052, το 2012. Δεν υπήρχαν δηλαδή καν στην νομοθεσία, ούτε ως ορισμός. Για τους ψυχικά ασθενείς ανθρώπους πραγματικά υπήρχαν αρκετά προγράμματα... Ο συνδυασμός όμως άστεγος με προβλήματα ψυχικής υγείας δεν έχει συμπεριληφθεί επίσημα σε κάποιο πρόγραμμα, ούτε πριν, ούτε μετά το 2009. Στην πραγματικότητα, θα λέγαμε ότι η ομάδα αυτή αποκλείεται, εντός εισαγωγικών, από τα προγράμματα.

(Συνέντευξη 4: Ψυχολόγος, Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής & Ψυχικής Υγείας)

Απ. Δεν υπήρχαν ούτε πολιτικές ούτε μεταρρυθμίσεις ούτε πριν ούτε μετά την έναρξη της κρίσης το 2009. Δεν υπάρχει μία στοχευμένη κοινωνική πολιτική για τους αστέγους με προβλήματα ψυχικής υγείας και οι περισσότερες δράσεις γίνονται από τις ΜΚΟ και την Εκκλησία. Τα τελευταία χρόνια έχουν μπει κι άλλες υπηρεσίες στο προσκήνιο, για παράδειγμα οι Δήμοι.

(Συνέντευξη 3: Υπεύθυνη του προγράμματος στήριξης αστέγων, ΚΛΙΜΑΚΑ)

Απ. Δεν υπήρχαν και ούτε τώρα υπάρχουν, γι' αυτό και είχαμε και συνεχίζουμε να έχουμε πάρα πολλά περιστατικά με κοινωνικά προβλήματα, όχι ότι δεν έχουν ψυχιατρικό νόσημα, αλλά παρέμεναν στο νοσοκομείο για κοινωνικούς λόγους. Και στην ουσία οι στεγαστικές δομές αυτές δεν έγιναν με σκοπό την αποκατάσταση των αστέγων, αλλά έγιναν για την αποασυλοποίηση των ασθενών, το οποίο δεν συμβαίνει όμως γιατί απαραίτητη προϋπόθεση για να μπει κάποιος είναι να είναι άστεγος, αν κάποιος έχει ένα σπίτι πρέπει να γυρίσει στο σπίτι του.

(Συνέντευξη 10: Κοινωνική Λειτουργός, Κοινωνική Υπηρεσία ΨΝΑ Δαφνί)

Απ. Έτσι σε όλες τις πολιτικές που ασκούνταν και συνεχίζουν να ασκούνται στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, θα έπρεπε να προσμετρηθεί ο παράγοντας της αστεγίας, που δεν είχε προσμετρηθεί μέχρι τώρα.... Απ' όσο ξέρω σε στεγαστικές δομές υπάρχουν άνθρωποι που διαμένουν για κοινωνικούς λόγους, όπως και στα νοσοκομεία, οι οποίοι βέβαια διαβιούν με την ταυτότητα του ψυχικά ασθενή, όχι του άστεγου ή του άπορου.

(Συνέντευξη 6: Εκπρόσωπος Πανελλαδικής Ένωσης για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και την Επαγγελματική Επανάταξη-ΠΕΨΑΕΕ)

Απ... Επειδή ήταν τα προγράμματα ΨΥΧΑΡΓΩΣ Α & Β Φάση ήταν στα πάνω τους τότε, η αποκατάσταση γινόταν αμέσως. Έβλεπε δηλαδή τα μεγάλα ψυχιατρεία να συνεργάζονται με τις ψυχιατρικές κλινικές γενικών νοσοκομείων για την άμεση αποκατάσταση αυτών των ανθρώπων και έδιναν προτεραιότητα στους ψυχικά ασθενείς αστέγους και σ' αυτούς που δεν είχαν οικογενειακό-υποστηρικτικό περιβάλλον. Τώρα δεν ισχύει αυτό.

(Συνέντευξη 2: Κοινωνική Λειτουργός, Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου- Σισμανόγλειο/ Αμαλία Φλέμινγκ)

Η Κοινωνική Πολιτική την περίοδο της Κρίσης και οι επιπτώσεις της στους αστέγους με ψυχικά νοσήματα.

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ομάδα αστέγων με ψυχικά νοσήματα

Ερ. Ποιες είναι οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ομάδα αστέγων με ψυχικά νοσήματα;

Απ. Δεν νομίζω ότι έχει επηρεαστεί πολύ. Δεν θέλω να πω ότι ήταν καλά τα πράγματα και παρέμειναν καλά, εννοώ ότι υπάρχει ένα υποσύνολο αυτών των ασθενών-αστέγων, το οποίο έχει διοχετευθεί στις μονάδες που έχουμε και ένα άλλο παραμένει ακάλυπτο.

(Συνέντευξη 9: Στέλεχος του Υπουργείου Υγείας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας)

Επίσης:

Απ. Εγώ νομίζω ότι δεν υπάρχει άμεση συσχέτιση. Σίγουρα έχει πολλαπλασιαστεί ο αριθμός των ασθενών και μαζί μ' αυτό και ο αριθμός των αιτημάτων στα νοσοκομεία για νοσηλεία, αλλά κυρίως στο κομμάτι της ψυχικής υγείας, όχι όμως τόσο των αστέγων.

(Συνέντευξη 5: Επίκουρη Καθηγήτρια Δικαίου της Υγείας & Κοινωνιολογίας του Δικαίου ΤΕΙ Αθήνας)

Απ. Τα προβλήματα ψυχικής υγείας είναι άμεσα συνδεδεμένα με την έλλειψη στέγης, αλλά η κρίση ενδυνάμωσε τα προβλήματα ψυχικής υγείας στον γενικό πληθυσμό με αύξηση ψυχιατρικών διαταραχών.. Τώρα όσον αφορά την ψυχική υγεία των αστέγων, οι άστεγοι που ήταν από πριν στο δρόμο σε τι να τους επηρεάσει η κρίση; Αυτό βλέπουμε εμείς είναι ότι αυτοί που μένουν στο δρόμο και στο υπογράφο 99,9% έχουν ψυχιατρική διαταραχή και δεν μπορούν να ενταχθούν για διάφορους λόγους...

(Συνέντευξη 3: Υπεύθυνη του προγράμματος στήριξης αστέγων, ΚΛΙΜΑΚΑ)

Ερ. Ποιες είναι οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ομάδα αστέγων με ψυχικά νοσήματα;

Απ. Η επίπτωση της οικονομικής κρίσης αυτό που σίγουρα θα έχει επιδεινωθεί είναι για παράδειγμα το εξής: ξέρουμε πολύ καλά ότι αυτοί οι άνθρωποι καταλήγουν πολύ συχνά στα οξεία στα ψυχιατρεία. Η πίεση που δέχονται οι γιατροί, είτε στις ψυχιατρικές κλινικές, είτε στα γενικά νοσοκομεία, λόγω της συρρίκνωσης του προσωπικού και της λειτουργίας είναι μεγάλη. Πολύ απλά, ενδεχομένως να λάβουν εξιτήριο πολύ πιο γρήγορα επειδή έχει 120% πληρότητα η κλινική και δεν θα υπάρχει αρκετός χρόνος – να μια επίπτωση της κρίσης, φεύγουν πιο εύκολα και πιο γρήγορα εφόσον υπάρχει τέτοια πίεση και τέτοια στενότητα δομών, χώρου και προσωπικού – χωρίς να προλάβει να διερευνηθεί περισσότερο η κατάστασή τους... Τώρα, εάν κάτι άλλο επηρέασε αυτήν την ομάδα στην κρίση, είναι ίσως τα όποια υποστηρικτικά συστήματα μπορεί να έχουν, αν έχουν και αυτά πλέον να μην μπορούν να βοηθήσουν. Η πιο μεγάλη συρρίκνωση των υπηρεσιών, πιο μεγάλη συρρίκνωση των υποστηρικτικών δικτύων που θα μπορούσαν να έχουν (και δεν έχουν), ακόμα και η απλή, πρόσκαιρη βοήθεια που θα μπορούσε να τους παρέχει κάτι, δεν είναι εφικτό να την έχουν τώρα.

(Συνέντευξη 4: Ψυχολόγος, Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής & Ψυχικής Υγείας)

Απ. Είναι ο πρώτος πληθυσμός που επηρεάζεται. Επίσης ένα άλλο σημαντικό της κρίσης ήταν η μείωση των συντάξεων και των επιδομάτων, δυσκολία ένταξης σε κάποιο επίδομα και μεγάλη γραφειοκρατία που αν δεν υπάρχει ένας κοινωνικός λειτουργός να βοηθήσει αυτούς τους ανθρώπους δεν μπορούν μόνοι τους να τα βγάλουν πέρα ειδικά σε ότι αφορά τα επιδόματα...

(Συνέντευξη 10: Κοινωνική Λειτουργός, Κοινωνική Υπηρεσία, ΨΝΑ Δαφνί)

Απ. : Ένας παράγοντας που έχουμε διαπιστώσει είναι ότι το οικείο περιβάλλον έχει αποθαρρυνθεί με την κρίση και συχνά δεν μπορεί να αναλάβει την φροντίδα του ασθενούς, στις περιπτώσεις των αστέγων δεν μπορείς να βρεις ούτε οικογενειακό περιβάλλον, αλλά ούτε υποστηρικτικό-κοινωνικό, ενώ παλιότερα πριν την κρίση μπορεί να υπήρχε. Υπάρχει επίσης χρονικό όριο 20 ημερών που μπορεί κάποιος να νοσηλευτεί, καθώς όταν εφημερεύει το νοσοκομείο θα πρέπει να υπάρχουν και κενά κρεβάτια προκειμένου να νοσηλευτεί κάποιος που εισέρχεται με εισαγγελική παραγγελία. Αυτό επίσης λειτουργεί αρνητικά προς τους ανθρώπους αυτούς, που πολλές φορές μπορεί να φτάσουν στην πόρτα του νοσοκομείου και να μην νοσηλευτούν.

(Συνέντευξη 7: Κοινωνική Λειτουργός, Κοινωνική Υπηρεσία, ΨΝΑ Δρομοκαΐτειο)

Κοινωνικές Πολιτικές για αστέγους με προβλήματα ψυχικής υγείας και πως αυτές επηρεάστηκαν από την οικονομική κρίση

Ερ. Πως επηρεάζονται γενικά οι κοινωνικές πολιτικές για τους άστεγους με ψυχικά νοσήματα από την οικονομική κρίση;

Απ. Αυτό που βλέπουμε είναι ότι μέχρι τώρα στην Ελλάδα δεν αντιμετωπίζεται θεσμικά το πρόβλημα έλλειψης στέγης με παρεμβάσεις σε όλους τους τομείς φροντίδας, από την πρόληψη μέχρι την αποκατάσταση τα μέτρα είναι πυροσβεστικά και ουσιαστικά αντιμετωπίζεται η ακραία μορφή φτώχειας... Θέλω να πω ότι έχουν γίνει βήματα, αλλά όχι τόσα έτσι ώστε να μπορούμε να πούμε ότι έχει έρθει η επόμενη μέρα στο θέμα των αστέγων. Οι υπηρεσίες υπάρχουν μέσα από τις Κοινωνικές Δομές, αλλά αν θες είναι μέσα στο φιλανθρωπικό πλαίσιο.

(Συνέντευξη 3: Υπεύθυνη του προγράμματος στήριξης αστέγων, ΚΛΙΜΑΚΑ)

Απ. Δεν υπήρχαν πολιτικές για τη συγκεκριμένη ομάδα. Η όποια συζήτηση ξεκίνησε το 2012 στο πλαίσιο του επανασχεδιασμού και του ΕΣΠΑ που ήταν τότε σε εξέλιξη και απ' όσο ξέρω δεν έγινε καμία εστιασμένη πολιτική παρόλο που μιλούσαμε για εκτίναξη του αριθμού των αστέγων στην Ελλάδα. Ίσως η μόνη πολιτική που να τους έχει αγγίξει είναι το ΚΕΑ, αλλά σίγουρα δεν επαρκεί. Και δυστυχώς αποκλείστηκαν από τις δυνατότητες που τους έδινε το καθεστώς πριν από το σχεδιασμό της ολοκλήρωσης του προγράμματος ψυχιατρικής μεταρρύθμισης για μετανοσοκομειακή φροντίδα σε κάποιο ξενώνα για ένα σοβαρό διάστημα.

(Συνέντευξη 6: Εκπρόσωπος Πανελλαδικής Ένωσης για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και την Επαγγελματική Επανάταξη-ΠΕΨΑΕΕ)

Απ. Δεν υπάρχουν στοχευμένες κοινωνικές πολιτικές για τους αστέγους με ψυχικά νοσήματα.

(Συνέντευξη 10: Κοινωνική Λειτουργός, Κοινωνική Υπηρεσία ΨΝΑ Δαφνί)

Απ. Οι στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, δηλαδή οικοτροφεία, ξενώνες, προστατευόμενα διαμερίσματα είναι ταυτόχρονα ένα κομμάτι στεγαστικής πολιτικής για τους ψυχικά ασθενείς αστέγους..

(Συνέντευξη 5: Επίκουρη Καθηγήτρια Δικαίου της Υγείας & Κοινωνιολογίας του Δικαίου ΤΕΙ Αθήνας)

Απ. Παρότι δεν υπάρχουν, στ' αλήθεια, πολιτικές, θα λέγαμε όμως ότι επειδή υπάρχουν προτάσεις, επηρεάστηκαν κατά έναν τρόπο καθώς, ενώ έχουν προταθεί συγκεκριμένα προγράμματα, αυτά δεν μπήκαν ποτέ σε εφαρμογή. ...Συνεπώς, αν μπορεί να πει κανείς τι επηρέασε, θεωρητικά η κρίση θα μπορούσε να έχει εμποδίσει την υλοποίηση ενός Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τους αστέγους, γιατί σε αυτό το Σχέδιο Δράσης, το γνωρίζω επειδή παραβρέθηκα σε όλες τις συνεδριάσεις, υπήρχε ολόκληρη πρόβλεψη για τους αστέγους με προβλήματα ψυχικής υγείας. Συνεπώς, προτάσεις πολιτικών υπήρχαν και στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης. Άρα με έναν τρόπο, εάν πω καλοπροαίρετα ότι δεν ήταν θέμα έλλειψης πολιτικής βούλησης να προχωρήσει, θα πω ότι μάλλον η οικονομική κρίση επηρέασε.

(Συνέντευξη 4: Ψυχολόγος, Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής & Ψυχικής Υγείας)

Μηχανισμοί συγκέντρωσης στοιχείων για ψυχικά ασθενείς αστέγους

Ερ. Υπάρχουν συγκεκριμένοι μηχανισμοί συγκέντρωσης στοιχείων και μέτρησης των αστέγων με ψυχικά νοσήματα; Και με ποιους τρόπους συλλέγονται;

Απ. Δεν υπάρχει ένα τέτοιο κεντρικό σύστημα καταγραφής, εξάλλου δεν υπάρχει κεντρικό σύστημα καταγραφής των αστέγων γενικότερα. Τώρα δημιουργήθηκε αυτή η νέα ομάδα στο Υπουργείο Εργασίας που θα ασχοληθεί με την δημιουργία ενός συστήματος αξιόπιστης καταγραφής αστέγων. Ακόμα και ερευνητικά να προσπαθούσε να το ψάξει κάποιος, θα μπορούσε να πάρει στοιχεία από όλα τα νοσοκομεία, από όλες τις ψυχιατρικές κλινικές γενικών νοσοκομείων, από όλα τα ψυχιατρεία, γιατί σίγουρα τα κρατάνε αυτά στα αρχεία τους, αυτός ο άνθρωπος παίρνει εξιτήριο... Αλλά αυτά θα πρέπει να τα ψάξει κανείς «πόρτα-πόρτα» να το πω πολύ απλά, δεν υπάρχουν επίσημα καταγεγραμμένα στοιχεία.

(Συνέντευξη 4: Ψυχολόγος, Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής & Ψυχικής Υγείας)

Απ. Οι ασθενείς κατηγοριοποιούνται και καταγράφονται από εμάς, όχι όμως ως άστεγοι, δεν υπάρχει ξεχωριστή κατηγορία γι' αυτούς. Υπάρχει το ηλεκτρονικό σύστημα όπου καταγράφονται οι ασθενείς, αλλά οι βασικές κατηγορίες είναι κυρίως που νοσηλεύτηκε και τι διάγνωση έχει. Δεν καταγράφεται ως άστεγος κάποιος, παρόλο που θα είχε μεγάλη σημασία.

(Συνέντευξη 1: Κοινωνική Λειτουργός, Οικοτροφείο ΕΠΑΨΥ)

Απ. Επίσημος μηχανισμός καταγραφής δεν υπάρχει. Καταγραφές έχουν γίνει στο παρελθόν και από μας και από τον Δήμο Αθηναίων. Αυτό που μπορώ να σου πω εγώ για την ποιοτική καταγραφή που έχουμε κάνει είναι ότι οι περισσότεροι άστεγοι που θα δεις στον δρόμο είναι άνδρες είτε με προβλήματα ψυχικής υγείας είτε προβλήματα εξαρτήσεων ναρκωτικά, αλκοόλ.

(Συνέντευξη 3: Υπεύθυνη του προγράμματος στήριξης αστέγων, ΚΛΙΜΑΚΑ)

Απ. Όχι βέβαια, ίσα ίσα που προλαβαίνουμε να γράψουμε με όλον αυτόν τον όγκο πραγμάτων που έχουμε. Ενημερώνουμε δηλαδή τους φακέλους, γράφουμε τα ιστορικά, γράφουμε τις κινήσεις μας αυτά.

(Συνέντευξη 7: Κοινωνική Λειτουργός, Κοινωνική Υπηρεσία ΨΝΑ Δρομοκαΐτειο)

Πολιτικές Πρόληψης του προβλήματος απώλειας στέγης για άτομα με ψυχικά νοσήματα και εμπλεκόμενοι φορείς

Ερ. Υπάρχουν μέτρα πρόληψης του προβλήματος απώλειας στέγης για άτομα με ψυχικά νοσήματα; Αν ναι ποια είναι τα βασικά μέτρα για την πρόληψη του προβλήματος που εφαρμόζονται στη χώρα μας;

Απ. Λείπει μία οργανωμένη δομή σε προληπτικό πλαίσιο, δηλαδή Κέντρα Ημέρας, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Στήριξης Οικογενειών, ο Δήμος..... Επίσης, γενικά νομίζω ότι θα πρέπει να υπάρξουν μέτρα για την Προαγωγής της Ψυχικής Υγείας και να φροντίσουν την ψυχική ασθένεια. Αν υπάρχουν αυτά εγώ πιστεύω θα λυθεί το θέμα των αστέγων. Από εκεί ξεκινάει το πρόβλημα.

(Συνέντευξη 10: Κοινωνική Λειτουργός, Κοινωνική Υπηρεσία ΨΝΑ Δαφνί)

Απ. Στοχευμένες παρεμβάσεις ειδικά στην συγκεκριμένη ομάδα δεν υπάρχουν. Έκανε η κλίμακα μία εποχή, πιθανόν να έχουν ατονήσει οι αντίστοιχες δράσεις. Λίγο πολύ όλοι οι φορείς θα μπορούσαν να έχουν ασχοληθεί, αλλά νομίζω το βασικό χαρακτηριστικό που θα πρέπει να έχει μία τέτοια μονάδα για να έρθει σε επαφή με αυτόν τον πληθυσμό είναι η εξωστρέφεια και να μην είναι στατική, καθώς επίσης και καλύτερη διασύνδεση με κοινωνικές υπηρεσίες. Αυτό που είχαμε εισηγηθεί εμείς ως προληπτικό μέτρο κάποια στιγμή είναι να υπάρχει ένα κοινωνικό ΤΑΥΠΕΔ, δηλαδή όλες αυτές οι στέγες που μένουν αναξιοποίητες ή νοικιάζονται σε πελάτες να διατίθενται για την κάλυψη των αναγκών ευπαθών ομάδων όχι μόνο ψυχικά ασθενείς, μπορεί να είναι φυλακισμένοι, μονογονεϊκές οικογένειες κλπ. Αν γινόταν αυτό πιστεύω σε κάποιο βαθμό θα απαντούσε στο πρόβλημα.

(Συνέντευξη 9: Στέλεχος του Υπουργείου Υγείας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας)

Απ. Δεν υπάρχει κάτι οργανωμένο. Εμείς εδώ δεν μπορούμε να κάνουμε κάτι, απλώς έρχονται τα περιστατικά εδώ σε οξεία φάση και καλούμαστε να τα αποκαταστήσουμε. Αυτό που βλέπω ότι γίνεται στην πράξη στο τομέα της πρόληψης προέρχεται κυρίως από κάποιες δράσεις ΜΚΟ, όπως ΚΛΙΜΑΚΑ, και οι Κοινωνικές Υπηρεσίες των Δήμων, όταν είναι κι αυτές οργανωμένες και έχουν έναν συνάδελφο που ενδιαφέρεται να βοηθήσει.

(Συνέντευξη 2: Κοινωνική Λειτουργός, Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου- Σισμανόγλειο/
Αμαλία Φλέμινγκ)

Απ. Που είναι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα όμως;; Δηλαδή που θα πάει αυτός ο άνθρωπος τώρα που έχει ψυχιατρική συμπτωματολογία, ποιος θα τον εξετάσει, που δεν μπορεί να μπει στο ψυχιατρείο; Η πρωτοβάθμια φροντίδα, η πρόληψη ουσιαστικά που είναι;; Δεν δόθηκε κανένα βάρος σ' αυτό όπως επίσης και στον συντονισμό των φορέων. Ο καθένας κάνει τη δουλειά του όπως εκείνος νομίζει, χωρίς να υπάρχει ένας κεντρικός σχεδιασμός. Σχετικά με την τομεοποίηση, ο κύριος Μοσχοβάκης έχει κάνει πολλή δουλειά πάνω σ αυτό, τώρα βέβαια πως θα εφαρμοστεί δεν γνωρίζω. Αυτή τη στιγμή έχουν κάνει την τομεοποίηση με βάση την οποία έχουν χωρίσει την Περιφέρεια Αττικής σε 10 τομείς, ο κάθε τομέας τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας δηλαδή οφείλουν να γνωρίζουν όλες τις μονάδες της περιοχής τους και αυτοί ουσιαστικά θα πρέπει να αναλαμβάνουν τη φροντίδα των ανθρώπων της περιοχής τους με ψυχικά προβλήματα. Το κέντρο ψυχικής υγείας σε συνεργασία με το Δήμο θα πρέπει να βλέπει το περιστατικό. Στις περιπτώσεις των αστέγων εκκρεμούν όλα τα ζητήματα της ζωής τους (φορολογική δήλωση, σχέσεις

με την οικογένεια, ταυτότητα, επιδόματα), η λύση στην περίπτωση των αστέγων δεν είναι το ψυχιατρείο.

(Συνέντευξη 7: Κοινωνική Λειτουργός, Κοινωνική Υπηρεσία ΨΝΑ Δρομοκαΐτειο)

Απ. Ένα άλλο μοντέλο που είναι πάρα πολύ σημαντικό είναι οι κινητές μονάδες ψυχιατρικής περίθαλψης, οι οποίες συναντούν τους ανθρώπους εκεί που βρίσκονται. Αυτό είναι κάτι που χρησιμοποιείται ως πρόληψη στην αστεγία για ανθρώπους με προβλήματα ψυχικής υγείας. ...Ωστόσο, θα' θελα να τονίσω, πρέπει να μετακινηθούμε λίγο από το μοντέλο «φιλανθρωπία» στο μοντέλο «δικαίωμα», είναι δηλαδή δικαίωμα του ανθρώπου να ζει στην κοινότητά του και δικαίωμα να αξιοποιούνται όλοι οι πόροι και οι υπηρεσίες της κοινότητας για να μπορεί να στηριχθεί σε αυτό. ... Χωρίς αυτό το μοντέλο μέσα από το οποίο επιτυγχάνουμε να κρατήσουμε την φαρμακευτική του αγωγή, να πηγαίνουμε να τον βλέπουμε, να έχουμε συνεννοηθεί με κάποιον να τον προσέχει, να τον βοηθάμε να διαχειριστεί ακόμα και τα απλά πράγματα του νοικοκυριού και τα οικονομικά του, ο άνθρωπος αυτός θα έμεινε στον δρόμο, ενδεχομένως και με υποτροπή. Δηλαδή στην πραγματικότητα, βεβαίως, το μοντέλο της κινητής μονάδας λειτουργεί όχι μόνο προσεγγίζοντας τον άστεγο και παρεμβαίνοντας υποκαταστασιακά αλλά και προληπτικά εντελώς.

Ερ.: Ποιοί φορείς είναι αυτοί που συνήθως εμπλέκονται σε προληπτικά μέτρα;

Απ.: Μέχρι στιγμής, το μοντέλο που ξέρω για προληπτικά μέτρα είναι αυτό των κινητών μονάδων, τα οποία νομίζω είναι 25 ανά την Ελλάδα. Κάποια νοσοκομεία διαθέτουν κινητές μονάδες, ο κύριος όμως όγκος των μονάδων ανήκει σε μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Έτσι και αλλιώς, η ιδιαιτερότητα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα είναι αυτή, δηλαδή ένα πολύ μεγάλο μέρος της έχει υλοποιηθεί από αυτούς τους φορείς, γιατί είχαν και την επιστημονική γνώση και την τεχνογνωσία και όπως έγινε και λίγο πιεστικά από την Ευρώπη, είχαν και την ευελιξία να ανταποκριθούν πιο γρήγορα στο κάλεσμα.

(Συνέντευξη 4: Ψυχολόγος, Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής & Ψυχικής Υγείας)

Μέτρα επείγουσας διαχείρισης των αστέγων με ψυχικά νοσήματα

Ερ. Ποια είναι τα βασικά μέτρα για την επείγουσα διαχείριση των αστέγων με ψυχικά νοσήματα;

Απ.: Κάποιος ενοχλείται είτε μαγαζάτορας είτε περίοικος απευθύνεται στον εισαγγελέα και ο άνθρωπος καταλήγει σ' ένα ψυχιατρικό ή προνοιακό τμήμα ή σε κάποιο κρατητήριο εν πάση περιπτώσει και κάποια στιγμή ξαναβρίσκεται στον δρόμο. Δεν ξέρω αν κάνω λάθος διόρθωσέ με.

(Συνέντευξη 9: Στέλεχος του Υπουργείου Υγείας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας)

Απ. Αν δεν προχωρήσει κάποια εισαγγελική εντολή, που έχουμε αναγάγει τον εισαγγελέα στον λειτουργό ευημερίας της χώρας, αυτός κρίνει σχεδόν για τα πάντα, δυστυχώς είναι μονόδρομος ο έναστρος ουρανός. Δεν υπάρχει κάτι άλλο.

(Συνέντευξη 6: Εκπρόσωπος Πανελλαδικής Ένωσης για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και την Επαγγελματική Επανάταξη-ΠΕΨΑΕΕ)

Απ. Η διαδικασία για τους αστέγους με ψυχική υγεία είναι εισαγγελικό και νοσοκομείο. Βέβαια, κατά τη γνώμη μου, το επείγον είναι να βρεθεί μακροχρόνια λύση, αυτό είναι το κατεπείγον κατά την άποψή μου, γιατί αυτοί οι άνθρωποι έχουν την ιδιαιτερότητα ότι εκτός από την μόνιμη στέγη, που είναι δικαίωμα όλων των ανθρώπων, έχουν και την ανάγκη για μόνιμη υποστήριξη, μόνιμη φροντίδα. Θα μπορούσαν να υπάρχουν και καλύτερα μέτρα επείγουσας αντιμετώπισης και όχι μόνο εισαγγελική εντολή, γιατί επείγον είναι και όταν για παράδειγμα βγαίνει από το νοσοκομείο και δεν ξέρει τι να κάνει.

(Συνέντευξη 4: Ψυχολόγος- Ψυχοθεραπεύτρια, Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής & Ψυχικής Υγείας)

Απ. Εισαγγελική εντολή. Τους φέρνει εδώ η αστυνομία, εξετάζονται από τους ψυχιάτρους στα επείγοντα, γίνεται εισαγωγή τις περισσότερες φορές και μετά ξεκινάει ο αγώνας!

(Συνέντευξη 2: Κοινωνική Λειτουργός, Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου- Σισμανόγλειο/
Αμαλία Φλέμινγκ)

Απ. Η λύση για την άμεση και επείγουσα διαχείριση είναι η εισαγγελική εντολή, αλλά γενικά είναι ένας φαύλος κύκλος, νοσοκομείο-δρόμος-νοσοκομείο, και πάει λέγοντας. Και γενικά στα νοσοκομεία δεν τους κρατάνε, θα τους βγάλουν σε 15 μέρες. Εδώ σε εμάς έχουν συμβεί τα απίστευτα στο Κέντρο Αστέγων που έχουμε, έμπαινε μέσα ένας ταξιτζής έφερνε άστεγο από το νοσοκομείο. Ο άλλος είχε έρθει με τον ορό, ανάπηρος. Τρελά πράγματα, δεν ξέρεις τι να κάνεις... Το τι έχουμε ζήσει οι φορείς και τι ζούμε είναι τρομερό!

(Συνέντευξη 3: Υπεύθυνη του προγράμματος στήριξης αστέγων, ΚΛΙΜΑΚΑ)

Απ. Όλοι καταλήγουν εδώ, μετά τι γίνεται είναι το θέμα. Καλούν συνήθως και την Κοινωνική Υπηρεσία στο εφημερίο γιατί προσπαθούν να σταματήσουν τις εισαγωγές όταν πρόκειται κυρίως για κοινωνικούς λόγους και βλέπουν ότι το άτομο δεν χρειάζεται νοσηλεία. Και φυσικά εμείς δεν μπορούμε να βοηθήσουμε, γιατί εδώ και τώρα κοινωνική αποκατάσταση δεν γίνεται, γιατί και οποιαδήποτε δομή ακόμη κι αν δεν έχει ψυχιατρικό πρόβλημα, θα πρέπει να εξασφαλίσει αυτούς που ήδη έχει, θέλουν χαρτιά για μεταδιδόμενα νοσήματα και νυχιατρική εκτίμηση. Αλλά και να μην έχει ψυχιατρικό πρόβλημα το περιστατικό, ο γιατρός με μία φορά που τον βλέπει δεν μπορεί να δώσει κανένα τέτοιο χαρτί...Ε και πολλές φορές έχουμε την εικόνα του ανθρώπου με τα υπάρχοντα του στο γραφείο μας και να μην φεύγει.

Ερ. Δηλαδή και να έχει κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας ένας άστεγος, δεν σημαίνει απαραίτητα ότι θα νοσηλευτεί, σωστά;

Απ. Εξαρτάται τι έχει. Αν δηλαδή το άτομο αυτό ζει μια ζωή έτσι, θα προσπαθήσουν να αποφύγουν την εισαγωγή, γιατί πάντα έχουν στο μυαλό τους τι θα γίνει μετά... Και πάλι εξαρτάται τη ψυχική πάθηση έχει. Είναι κατάθλιψη, είναι ψύχωση, είναι άνοια, είναι διαταραχή; Τι είναι; Το καθένα θέλει διαφορετική αντιμετώπιση. Σε κάποια χρειάζεται να μείνει κάποιος αρκετό καιρό στο νοσοκομείο, σε άλλη περίπτωση σε λίγο καιρό συνέρχεται το άτομο και πάει λέγοντας.

(Συνέντευξη 10: Κοινωνική Λειτουργός, Κοινωνική Υπηρεσία ΨΝΑ Δαφνί)

Απ. Η διαδικασία για τους αστέγους με ψυχική ασθένεια είναι εισαγγελικό και νοσοκομείο. Βέβαια, κατά τη γνώμη μου, το επείγον είναι να βρεθεί μακροχρόνια λύση, αυτό είναι το κατεπείγον κατά την άποψή μου, γιατί αυτοί οι άνθρωποι έχουν την ιδιαιτερότητα ότι εκτός από την μόνιμη στέγη, που είναι δικαίωμα όλων των ανθρώπων, έχουν και την ανάγκη για μόνιμη υποστήριξη, μόνιμη φροντίδα. Θα μπορούσαν να υπάρχουν και καλύτερα μέτρα επείγουσας αντιμετώπισης και όχι μόνο εισαγγελική εντολή, γιατί επείγον είναι και όταν για παράδειγμα βγαίνει από το νοσοκομείο και δεν ξέρει τι να κάνει.

(Συνέντευξη 4: Ψυχολόγος, Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής & Ψυχικής Υγείας)

Απ. Το μεγαλύτερο βάρος της φροντίδας πέφτει στα ψυχιατρεία, με εισαγγελική ή χωρίς υπάρχουν άνθρωποι που φτάνουν στην πόρτα των ψυχιατρείων και λένε "Θέλω να νοσηλευτώ γιατί θα παγώσω το βράδυ" και ευτυχώς υπάρχουν ακόμα κάποιοι φιλόδοξοι γιατροί που καταπατούν το γράμμα του νόμου, διότι είχε υπάρξει και ρητή εντολή ότι μόνο σοβαρά περιστατικά θα νοσηλεύονται. Οι ΜΚΟ στο χώρο είναι η ΚΛΙΜΑΚΑ από τους πρωτοπόρους έχει βοηθήσει αρκετά, οι ΓΕΦΥΡΕΣ μία άλλη ΜΚΟ που κάνει streetwork προσφέρει κάποια φροντίδα και σε ψυχιατρικά περιστατικά. Οι δικοί μας φορείς (ΠΕΨΑΕΕ) παρόλο που δειλά δειλά είχαμε πει ότι πρέπει να ασχοληθούμε με το θέμα δεν έχει γίνει κάτι ουσιαστικό.

(Συνέντευξη 6: Εκπρόσωπος Πανελλαδικής Ένωσης για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και την Επαγγελματική Επανεκπαίδευση-ΠΕΨΑΕΕ)

Απ. Η Εισαγγελική Εντολή είναι κυρίως, καθώς οι ίδιοι οι άστεγοι πολύ δύσκολα μπαίνουν στο νοσοκομείο. Θέλω να πω ότι δύσκολα οι ίδιοι ζητούν βοήθεια για την ασθένειά τους, οπότε συνήθως η γειτονιά, καταγγελίες στην αστυνομία, εισαγγελική και νοσοκομείο. Αυτή είναι η διαδικασία. Και νομίζω το μετά έχει νόημα, όταν είναι δηλαδή ξεκάθαρο ότι ο άνθρωπος είναι άστεγος και δεν έχει υποστηρικτικό περιβάλλον, πληροί δηλαδή ένα κοινωνικό κριτήριο παραπάνω για ένταξη σε κάποια στεγαστική δομή, να έχει προτεραιότητα. Τώρα αν έχει αυτό είναι άλλο θέμα!

(Συνέντευξη 1: Κοινωνική Λειτουργός, Οικοτροφείο ΕΠΑΨΥ)

Απ. Το 70% των περιστατικών μας είναι με εισαγγελική παραγγελία. Υπάρχει μία μεγάλη κόντρα μεταξύ των γιατρών και των νοσηλευτών με την Κοινωνική Υπηρεσία, ειδικά στις περιπτώσεις των αστέγων, καθώς οι λόγοι παραμονής τους στο ψυχιατρείο είναι συνήθως κοινωνικοί, και η επιθετικότητα είναι τρομακτική από τις άλλες ειδικότητες (οι γιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό). Για μας όλα τα περιστατικά κρίνονται επείγοντα και τα περισσότερα θα μπου για νοσηλεία. Για παράδειγμα μπορεί να έρθει ένα περιστατικό που να γνωρίζεις από την αρχή ότι δεν έχει επείγον ψυχιατρικό θέμα και ότι είναι ένα κοινωνικό περιστατικό. Η πλειοψηφία των περιστατικών μας έρχονται μ' ένα χαρτί στο χέρι, έρχονται με την αστυνομία η οποία τους αφήνει και φεύγει. Μετά την εξέταση μπορεί να μην προκύψει νοσηλεία γιατί ο γιατρός κρίνει ότι δεν χρειάζεται, αλλά που θα πάει αυτός ο άνθρωπος; Θα μείνει αναγκαστικά εδώ, που και πάλι όμως δεν μπορεί να μείνει, το ξαναλέω!

Για να καταλάβετε το πρόβλημα, στις 140 εισαγγελικές παραγγελίες που έχουμε τον μήνα, ο μέσος όρος κενών διαθέσιμων θέσεων σε μετανοσοκομειακά πλαίσια (ξενώνες, οικοτροφεία) είναι 3-4 και πολλές σας λέω. Υπάρχει μία διαστρεβλωμένη εικόνα σχετικά με ψυχιατρική πραγματικότητα. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και τα κονδύλια μετά το 2000 χρησιμοποιήθηκαν μόνο σε στεγαστικά προγράμματα, δεν έγινε πράξη καθόλου η πρωτοβάθμια φροντίδα, με αποτέλεσμα να συσσωρεύεται τεράστιος όγκος ασθενών μέσω εισαγγελέα εδώ και ουσιαστικά να ξαναβγαίνουν οι άνθρωποι χωρίς προοπτικές και γι' αυτό είμαστε μονίμως αντιμέτωποι με το φαινόμενο της κυλιόμενης πόρτας. Οι άνθρωποι αυτοί ουσιαστικά "ανακυκλώνονται". Η κοινωνική υπηρεσία με τα 7 στελέχη της στο σύνολο δίνει έναν καθημερινό αγώνα, να κάνουν ότι καλύτερο μπορούν με το περιβάλλον, να υποστηρίζουν στο βαθμό που μπορεί ο καθένας για να βγουν αυτοί οι άνθρωποι έξω. Και αυτή τη στιγμή δεν διαθέτουμε και εργασία δουλειάς, δεν έχουμε κενές θέσεις σε σχέση με τον αριθμό των αναγκών, αλλά ούτε και το επαρκές προσωπικό για να δουλέψουμε.

(Συνέντευξη 7: Κοινωνική Λειτουργός, Κοινωνική Υπηρεσία ΨΝΑ Δρομοκαΐτειο)

Πολιτικές κοινωνικής ένταξης αστέγων με ψυχικά νοσήματα

Ερ. Ποιες είναι οι πολιτικές για την κοινωνική ένταξη των αστέγων με ψυχικά νοσήματα;

Απ. Για τους αστέγους συγκεκριμένα δεν ξέρω κάτι ειδικό. Δεν νομίζω ότι υπάρχει κάτι.

(Συνέντευξη 2: Κοινωνική Λειτουργός, Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου- Σισμανόγλειο/
Αμαλία Φλέμινγκ)

Αντιστοίχως:

Απ. Δεν νομίζω ότι υπάρχει μία εξειδικευμένη παρέμβαση ή πολιτική κοινωνικής ένταξης για τον πληθυσμό αυτό.

(Συνέντευξη 1: Κοινωνική Λειτουργός, Οικοτροφείο ΕΠΑΨΥ)

Απ. Όσον αφορά τις πολιτικές αν ακούς κάποια πράγματα είναι για να απενοχοποιείται ένα σύστημα ότι διαθέτει, στην πράξη και με την εμπειρία μου όλα αυτά τα χρόνια εδώ, αστεγία και ψυχιατρικό νόσημα= άλλα προβλήματα. Δεν υπάρχει τίποτα!

(Συνέντευξη 7: Κοινωνική Λειτουργός, Κοινωνική Υπηρεσία ΨΝΑ Δρομοκαΐτειο)

Ερ. Τι υπάρχει σε εργασιακό επίπεδο; Που θα μπορούσαν να δραστηριοποιηθούν ώστε να υπάρξει και επαγγελματική αποκατάσταση;

Απ. Μοιάζει να ανοίγουν θέσεις εργασίας σε ΚΟΙΣΠΕ, καθώς έχει παρατηρηθεί ότι οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί ανοίγονται. Εάν αυτές οι ομάδες που ανέφερα κοινοτικής φροντίδας διασυνδεθούν με τους ΚΟΙΣΠΕ και παραπέμπουν περιστατικά σ' αυτούς υπάρχει μία ευκαιρία κάποιοι από αυτούς να

βρουν δουλειά. Βέβαια δεν ξέρω και ποια είναι η διαθεσιμότητα της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας για εργασία.

(Συνέντευξη 9: Στέλεχος του Υπουργείου Υγείας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας)

Απ. Υπάρχουν, πάλι βέβαια για να λειτουργήσουν πρέπει να είναι μέσα στο ψυχιατρικό σύστημα. Το ένα είναι οι κοινωνικοί συνεταιρισμοί περιορισμένης ευθύνης, οι ΚΟΙΣΠΕ δηλαδή, αυτοί που νομίζω ότι είναι ένα πολύ καλό εργαλείο επανένταξης για σοβαρές περιπτώσεις και σήμερα υπάρχουν και οι κοινωνικές επιχειρήσεις που μπορούν να αξιοποιηθούν. Υπάρχει και η ελεύθερη αγορά εργασίας βέβαια, έτσι, που μέσα στα πλαίσια της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης μπορεί να γίνουν διάφορα πράγματα και εξαρτάται βέβαια πάντα και από το πόσο ο ασθενής είναι λειτουργικός, τι δεξιότητες αναπτύσσει, χρειάζεται υποστήριξη για να τις αναπτύξει και αυτές. Αλλά νομίζω γενικά ότι θεσμικά δεν υπάρχουν μεγάλα ελλείμματα, το πρόβλημα είναι η υλοποίηση όλων αυτών στη πράξη... Γενικά νομίζω ότι υπάρχει ένα κενό μεταξύ κάποιου άστεγου που έχει και ένα ψυχιατρικό πρόβλημα, αλλά που δεν μπαίνει με ένα παράδοξο τρόπο στο δίκτυο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είτε γιατί η νομοθεσία δεν το επιτρέπει είτε γιατί καμία φορά και οι επαγγελματίες είναι επιλεκτικοί.

(Συνέντευξη 5: Επίκουρη Καθηγήτρια Δικαίου της Υγείας & Κοινωνιολογίας του Δικαίου ΤΕΙ Αθήνας)

Απ. Υπήρχαν πολιτικές για την κοινωνική επανένταξη εστιασμένες στην επαγγελματική αποκατάσταση, χωρίς βέβαια καμία φοβερή επιτυχία, ούτε οι ΚΟΙΣΠΕ κατάφεραν να απορροφήσουν και να καλύψουν όλες τις ανάγκες. Υπάρχει μία πρόσφατη αλλαγή που θα τους ευνοήσει διότι πλέον στους εργαζόμενους ψυχικά ασθενείς με ποσοστό αναπηρίας 50% και άνω δίνεται η δυνατότητα χωρίς να κόβεται το επίδομα της πρόνοιας να εργάζονται με παράλληλη λήψη του, κάτι το οποίο αποτελεί μία πολύ μεγάλη ενίσχυση ακόμη και για τους ανθρώπους που δουλεύουν στη σχεδία. Σίγουρα θα πρέπει να υπάρξει μία πολιτική που συνδυάζει όπως στο εξωτερικό, την παροχή στέγης και εργασίας, διότι όπως λέει και μία κινέζικη παροιμία σκοπός δεν είναι να ταΐσεις μία και δύο φορές έναν άνθρωπο, σκοπός είναι να του μάθεις πως θα το κάνει μόνος του. Οπότε οι πολιτικές θα πρέπει να είναι εστιασμένες και να απαντούν στο δίπολο στέγη και εργασία.

(Συνέντευξη 6: Εκπρόσωπος Πανελλαδικής Ένωσης για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και την Επαγγελματική Επανένταξη-ΠΕΨΑΕΕ)

Απ. Τώρα με την κρίση είναι πάρα πολύ δύσκολο. Εμείς έχουμε προγράμματα μέσω ΚΟΙΣΠΕ (συνεργεία καθαρισμού, αγροτικές δραστηριότητες) πάρα πολύ ωραία, δουλεύουν αρκετοί, είναι πολύ οργανωμένα και έχουν αποτέλεσμα. Και το feedback που παίρνουμε είναι πολύ θετικό. Βέβαια είναι μετρημένα και γίνεται επιλογή, δεν καλύπτουν τους περισσότερους... Πάντως νομίζω το κομμάτι της στεγαστικής αποκατάστασης πήγε καλύτερα σε σχέση με την επαγγελματική αποκατάσταση, εκεί υστερήσαμε και πραγματικά αυτό είναι ένα μεγάλο πρόβλημα.

(Συνέντευξη 10: Κοινωνική Λειτουργός, Κοινωνική Υπηρεσία ΨΝΑ Δαφνί)

Απ. Το πρόγραμμα Στέγαση- Επανάταξη θα μπορούσε να είναι μία λύση. Βέβαια συνήθως ρόλο παίζει η εργασία, όταν όμως κάποιο άτομο αντιμετωπίζει κι άλλα θέματα που το έχουν οδηγήσει στην αστεγία, ακόμη και να του δώσεις εργασία δεν αποτελεί λύση. Εμείς προτείνουμε κυρίως Κοινωνικές Επιχειρήσεις, είναι μία απάντηση αν θέλεις στο πρόβλημα. Αλλά δυστυχώς δεν υπάρχουν αρκετές και ούτε είναι και τόσο αναπτυγμένο το κομμάτι αυτό ακόμα στην Ελλάδα. Και από την άλλη, δεν είναι δυνατόν ένας άνθρωπος που είναι στο δρόμο και έχει όλα αυτά τα προβλήματα μπορεί να ενταχθεί σε μία δουλειά κατευθείαν. Θέλω να πω ότι χρειάζεται μία θεραπευτική προσέγγιση σ' αυτούς τους ανθρώπους, πολύ συγκεκριμένη και δυστυχώς βλέπουμε ότι ούτε οι φορείς που ασχολούνται με τους αστέγους το καταλαβαίνουν.

(Συνέντευξη 3: Υπεύθυνη του προγράμματος στήριξης αστέγων, ΚΛΙΜΑΚΑ)

Απ. Για την ένταξη πράγματι θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν μοντέλα όπως, Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙΣΠΕ) για την επαγγελματική αποκατάσταση, όπως επίσης και η εμπειρία των κέντρων ημέρας, των κέντρων κοινωνικοποίησης, απλώς το μόνο που χρειάζεται είναι να υπάρξουν συγκεκριμένα προγράμματα που να επιτρέψουν και την ένταξη των αστέγων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Για παράδειγμα, πως θα μπορούσες να βάλεις έναν άνθρωπο σε μία ΚΟΙΣΠΕ, όταν δεν έχει περίθαλψη, στέγη και να ήθελες δεν μπορείς. Η επανένταξη για μένα προϋποθέτει αρχικά τη στέγαση,

τη σωστή περιθάλψη και μετά τα προγράμματα αποκατάστασης, στα οποία έχουμε εμπειρία στην ψυχική υγεία (κέντρα ημέρας, δομές προεπαγγελματικής και επαγγελματικής κατάρτισης, προστατευμένης εργασίας), υπάρχει η τεχνογνωσία. Αν με ρωτάς τι υπάρχει τώρα για τους ανθρώπους, δεν υπάρχει κάτι που να μπορείς να τους εντάξεις, θεωρητικά δεν αποκλείονται, αλλά πρακτικά δεν μπορούν να ενταχθούν. Ένα πολύ πετυχημένο παράδειγμα ήταν η συνεργασία με την Praksis στο πρόγραμμα Στέγαση και Επανάταξη όπου το στεγαστικό κομμάτι το είχε η Praksis, εμείς το υποστηρικτικό στα θέματα ψυχικής υγείας που αντιμετώπιζε το άτομο και στο κομμάτι της αποκατάστασης εντάχθηκε σε Κοινωνικό Συνεταιρισμό δικό μας. Η παρέμβαση πήγε πάρα πολύ καλά, ο άνθρωπος εντάχθηκε πλήρως και διατήρησε και τη θέση εργασίας του και μετά. Αυτό πήγε αν και πιλοτικά εξαιρετικά γιατί ο ένας φορέας είχε την τεχνογνωσία και τη δυνατότητα να υλοποιήσει ένα πρόγραμμα στέγασης, εμείς είχαμε την τεχνογνωσία για να καλύψουμε την ψυχολογική υποστήριξη του ατόμου, αλλά είχαμε και την δυνατότητα της εργασιακής αποκατάστασης λόγω των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης που έχουμε. Επειδή πολύ συχνά ένας φορέας δεν μπορεί να τα ξέρει και να τα κάνει, είναι πολύ πιο αποδοτική η συνεργασία.

(Συνέντευξη 4: Ψυχολόγος, Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής & Ψυχικής Υγείας)

Διαμόρφωση του παρόντος πλαισίου παρεμβάσεων

Ερ. Πως θα ερμηνεύατε την διαμόρφωση του συγκεκριμένου πλαισίου παρεμβάσεων την περίοδο της οικονομικής κρίσης; Γιατί δεν συμπεριλαμβάνεται ο πληθυσμός των αστέγων με προβλήματα ψυχικής υγείας σε κανένα σχεδιασμό, αλλά ούτε ως ξεχωριστή ομάδα στην αναθεώρηση του Ψυχαργός Γ φάση;

Απ. Νομίζω το σκάνδαλο στην Ελλάδα ήταν το Ψυχιατρείο και αυτό αποτέλεσε τη βάση πάνω στην οποία διαμορφώθηκαν οι πολιτικές. Οι άστεγοι ψυχικά ασθενείς ήταν το χθες, δηλαδή πριν γίνουν τα ψυχιατρεία πολλοί περισσότεροι ψυχικά ασθενείς ήταν στο δρόμο, αλλά από ότι φαίνεται το χθες υπάρχει και σήμερα αλλά δεν είναι τόσο ορατό όσο ήταν κάποτε και επειδή δεν είναι ορατό δεν αποτελεί και μία διακριτή παράμετρο της πολιτικής. Γιατί αφενός ούτε οι ίδιοι μιλάνε για το πρόβλημά τους, ούτε υπάρχει κάποιο υποστηρικτικό δίκτυο να μιλήσει για τα δικά τους τα προβλήματα.

(Συνέντευξη 9: Στέλεχος του Υπουργείου Υγείας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας)

Απ. Στην Ελλάδα για πάρα πολλά χρόνια ο άστεγος είχε ταυτιστεί με τον παραβατικό, αλκοολικό, τοξικομανή και ψυχικά ασθενή και δεν ήταν προτεραιότητα σε καμιά πολιτική ατζέντα. Η διόγκωση του προβλήματος το 2012 οδήγησε σε μία πιο ενεργή ενασχόληση την πολιτεία, έγινε και το νομοθετικό πλαίσιο, αλλά στην ουσία μείναμε εκεί. Ακόμα και κάποια πράγματα που πολυδιαφημίστηκαν όπως το λεωφορείο «Φροντίδα Εν Κινήσει» του ΟΑΣΑ για τους αστέγους δεν έχει μπει σε λειτουργία ακόμα. Και ξέρω και πάρα πολλοί δήμοι που ξεκίνησαν πωλητήρια ή κέντρα ημέρας αστέγων έκλεισαν, οπότε αυτή τη στιγμή πιστεύω είμαστε σε χειρότερη φάση και από το 2012.

(Συνέντευξη 6: Εκπρόσωπος Πανελλαδικής Ένωσης για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και την Επαγγελματική Επανάταξη-ΠΕΨΑΕΕ)

Απ. Πιστεύω ότι είναι μία επιλεγμένη πολιτική, γιατί η απόφαση ήταν να μην ασχοληθούν με την ουσία του πράγματος που περιελάμβανε κεντρικό σχεδιασμό και κεντρική παρακολούθηση. Δεν υπήρξε ούτε κατάλληλος σχεδιασμός, αλλά ούτε παρακολούθηση.

(Συνέντευξη 7: Κοινωνική Λειτουργός, Κοινωνική Υπηρεσία ΨΝΑ Δρομοκαΐτειο)

Ερ. Αυτό που βλέπουμε τον τελευταίο καιρό είναι ότι το κράτος δίνει προτεραιότητα σε άλλο τύπου δομές για την καταπολέμηση της φτώχειας, το κοινωνικό εισόδημα αλληλεγγύης, αλλά πέρα από το πρόγραμμα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης δεν βλέπω να υπάρχει κάτι άλλο που να κατευθύνεται προς τα εκεί. Προτεραιότητα κράτους= αντιμετώπιση της φτώχειας και επιδοματική πολιτική. Εσείς πως το βλέπετε αυτό; Και Πως θα ερμηνεύατε την διαμόρφωση του συγκεκριμένου πλαισίου παρεμβάσεων την περίοδο της οικονομικής κρίσης για τους ψυχικά ασθενείς αστέγους;

Απ. Έτσι όπως το βλέπω εγώ, νομίζω συμβαίνει για δύο λόγους, ο ένας είναι γιατί οι πιο ευάλωτοι ανάμεσα στους ευάλωτους δεν έχουν φωνή και δυνατότητα διεκδίκησης, δηλαδή ο άστεγος ψυχωτικός ασθενής δεν έχει φωνή και διεκδίκηση και γίνεται αντικείμενο ανησυχίας όταν γίνεται διαταρακτικός, στην πραγματικότητα κανείς δεν ασχολείται πιο πριν. Και ο δεύτερος είναι ότι οι προτεραιότητες είναι

ένα ερώτημα εάν αφορούν συνολικούς, μακροπρόθεσμους και συγκροτημένους σχεδιασμούς του κράτους ή αν είναι λύσεις από χρηματοδοτήσεις που έρχονται κατευθείαν από την Ευρώπη και πιεζόμαστε στην υλοποίησή τους. Κάπως έτσι δυστυχώς ξεκίνησε και η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, παρότι ξεκίνησε από ευαισθητοποιημένους έλληνες γιατρούς με την ιστορία της Λέρου, η οποία όταν βγήκε προς τα έξω υπήρξε η επιβολή από την ευρωπαϊκή ένωση ότι πρέπει να γίνει η αποασυλοποίηση εδώ και τώρα, αντί για να κάνουμε ένα σχέδιο που να περιλαμβάνει και την αποασυλοποίηση, αλλά και την πρωτοβάθμια και τη δευτεροβάθμια, για πάρα πολλά χρόνια είχαμε άπειρα οικοτροφεία και διαμερίσματα για να αποασυλοποιηθούν οι άνθρωποι και καμία για να μην ασυλοποιηθούν οι καινούργιοι, δηλαδή στην ουσία έμπαινε κάποιος στο ψυχιατρείο και έβγαινε αλλά δεν υπήρχε μετανοσοκομειακή παρακολούθηση πριν από 20 χρόνια. Άρα λοιπόν, αυτό γίνεται γιατί οι άνθρωποι αυτοί δεν έχουν φωνή και κυρίως γιατί οι παρεμβάσεις δεν ακολουθούν ένα μακροπρόθεσμο εθνικό σχέδιο που να δίνει προτεραιότητα σύμφωνα με τις ανάγκες που έχουμε ξεκινώντας από κάτω. Ξέρουμε πόσοι είναι; Τους έχουμε καταγράψει; Τι υπηρεσίες θέλουμε να έχουμε γι' αυτούς; Άρα φτιάχνουμε ένα σχέδιο που να τους περιλαμβάνει και ψάχνουμε χρηματοδότηση. Εδώ γίνεται το ακριβώς ανάποδο. Αυτή την εποχή είναι δύσκολο να ασχοληθείς με κάτι άλλο γιατί έρχονται χρηματοδοτήσεις μόνο για τους πρόσφυγες και τους μετανάστες οπότε είναι αρκετά δύσκολο να ασχοληθείς μ' αυτό.

(Συνέντευξη 4: Ψυχολόγος, Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής & Ψυχικής Υγείας)

Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα και πρόσβαση των αστέγων με προβλήματα ψυχικής υγείας σε δομές και υπηρεσίες κοινοτικής φροντίδας

Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και πως αυτή επηρεάζει τους ψυχικά ασθενείς αστέγους.

Ερ. Τι συμβαίνει με το Πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης; Τι αλλάζει στην ψυχική υγεία;

Απ. Ποιο πρόγραμμα;; Το Ψυχαργός από την αρχή της λειτουργίας του δεν έλαβε καθόλου υπόψη έναν κεντρικό σχεδιασμό, έναν έλεγχο και μία εποπτεία όλων των παραγόντων της περιθάλψης. Ασχολήθηκε με τη τριτοβάθμια μετανοσοκομειακή φροντίδα, όλα τα χρήματα δόθηκαν εκεί. Αυτή τη στιγμή οι ΜΚΟ που υπάρχουν ζιτάνε από μας ανθρώπους που έχουν σύνταξη, αυτά είναι απαραίτητα πράγματα. Δεν αποτελεί προϋπόθεση να έχει σύνταξη ο ασθενής προκειμένου να ενταχθεί σε ξενώνα ή οικοτροφείο που διαθέτει ΜΚΟ, παρόλα αυτά το ζητάνε. Εμείς βέβαια δεν το λαμβάνουμε καθόλου υπόψη. Με το Ψυχαργός και η σχέση μεταξύ ιδιωτικού και δημοσίου τομέα είναι αστεία. Για παράδειγμα εμείς το δεύτερο μεγαλύτερο ψυχιατρείο της χώρας έχει 8 ξενώνες και 1 οικοτροφείο, αυτά έγιναν με χρήματα του Ψυχαργός.

Ερ. Στις δομές που έχει το ψυχιατρείο ποιοι ήταν αυτοί που εντάχθηκαν; Χρόνιοι ασθενείς;

Απ. Κανονικά τα προγράμματα αυτά αφορούν το κλείσιμο και με το μετασηματισμό του ψυχιατρείου. Αυτό ήταν το φιλόδοξο πρόγραμμα Ψυχαργός, η κατάργηση των ασύλων. Παρόλα αυτά κάτι τέτοιο δεν λειτούργησε. Σε μας εδώ κάθε χρόνος είναι και πιο επιβεβαρυσμένος σχετικά με τις απαιτήσεις που έχει ο πληθυσμός μας. Η βασική απαίτηση είναι στεγαστική συνδρομή και μετανοσοκομειακή φροντίδα με την έννοια της κατ' οίκον επίσκεψης. Επομένως, σχετικά με το Ψυχαργός, έγιναν πράγματα, έφυγαν κάποιοι χρόνιοι ασθενείς σε ξενώνες και οικοτροφεία. Στην πραγματικότητα όμως, δεν έφυγαν αυτά που λέμε δύσκολα περιστατικά... Και πάλι σου λέω ότι το θέμα των ψυχιατρικών ασθενών είναι σκόπιμα σε μία ασάφεια, το στίγμα υπάρχει, ότι δουλεύει και να έχει γίνει, έχει γίνει μισή και επί της ουσίας τίποτα δεν έχει γίνει. Το ψυχιατρείο είναι μία λύση για όλες τις περιπτώσεις. Τα οικοτροφεία από την άλλη που διαθέτουν οι ΜΚΟ έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν ασθενείς και συνήθως προτιμούνται οι πιο λειτουργικοί άνθρωποι και τα δύσκολες περιπτώσεις εξακολουθούν να παραμένουν στο νοσοκομείο.

(Συνέντευξη 7: Κοινωνική Λειτουργός, Κοινωνική Υπηρεσία ΨΝΑ Δρομοκαϊτείο)

Ερ. Τι συμβαίνει με το Πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης; Τι αλλάζει στην ψυχική υγεία; Πως επηρεάζεται η ομάδα των ψυχικά ασθενών αστέγων;

Απ. Το πρόγραμμα Ψυχαργός ξεκίνησε με πολύ περιορισμένο τρόπο δίνοντας έμφαση στην αποασυλοποίηση και την τριτοβάθμια περίθαλψη. Αυτό που έλειπε και λείπει πάρα πολύ ακόμα, φυσικά

έχουν γίνει πολλά βήματα, είναι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έτσι ώστε να περιοριστεί το φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας, όπου κάποιος βγαίνει από το νοσοκομείο μεν άλλα υποτροπιάζει δε, μονάδες πρόληψης-έγκαιρης παρέμβασης-παρακολούθησης στην κοινότητα. Ουσιαστικά, στόχος είναι μια ολοκληρωμένη κοινοτική φροντίδα και η τομεοποίηση, όπου ουσιαστικά σε κάθε τομέα θα υπάρχουν οι αναγκαίες υπηρεσίες ψυχικής υγείας όπου και θα καλύπτεται ο πληθυσμός-στόχος, με έμφαση φυσικά στις εξωνοσοκομειακές δομές. Έχει υπάρξει όμως πρόοδος, αυτό είναι αλήθεια. Οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όπως και οι άστεγοι, είναι άνθρωποι των όποιων η φωνή δεν ακούγεται πολύ δυνατά, άρα το θέμα της συνηγορίας που θέλουμε να οδηγήσει στην αυτοσυνηγορία είναι ένα ζητούμενο καθώς αυτοί δεν ξέρουν και τα δικαιώματά τους. Σε ότι αφορά το ερώτημα για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και το τι σχέση έχει με την συζήτηση μας για τους αστέγους με προβλήματα υγείας, νομίζω ότι έχει πολύ μεγάλη, γιατί οι κοινοτικές υπηρεσίες και η προσπάθεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα μπορεί να μας δώσει πολύ μεγάλη βοήθεια σε υπηρεσίες που μπορούν να καλύψουν ανθρώπους αστέγους με προβλήματα ψυχικής υγείας που έτσι και αλλιώς είναι πάρα πολλοί, αλλά και γενικότερα για την υποστήριξη των αστέγων, για παράδειγμα υπάρχουν και πολιτικές αλλά και υπηρεσίες ψυχικής υγείας που μας δίνουν ιδέες για το πως θα μπορούσαμε να προσεγγίσουμε ανθρώπους αστέγους. Αυτό που μένει είναι να μπορέσουμε με έναν θεσμικό τρόπο να υλοποιηθούν αυτές οι ιδέες. Αφού υπάρχουν δοκιμασμένες στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση, γιατί να μην δοκιμαστούν και στο ζήτημα στέγασης και επανένταξης.

(Συνέντευξη 4: Ψυχολόγος, Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής & Ψυχικής Υγείας)

Απ. Στόχος του προγράμματος ήταν η αποκατάσταση των χρονίων, οι οποίοι έπρεπε να μπου σε δομές στην κοινότητα, άρα προτεραιότητα δινόταν εκεί. Οι άστεγοι που οι περισσότεροι είναι έξω στην κοινότητα δεν ανήκουν στο πλαίσιο αυτό και γενικότερα δεν υπάρχουν και ψυχιατρικές δομές για τους αστέγους, το οποίο είναι τεράστιο θεσμικό κενό στην Ελλάδα που δεν έχει λυθεί και δεν το βλέπω να λύνεται. Δηλαδή για τους αστέγους ψυχικά ασθενείς γενικότερα η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η αποασυλοποίηση δημιούργησε κι εκείνη από μόνη της αστέγους. Πολλοί μένουν στον δρόμο γιατί δεν υπάρχει η δυνατότητα φιλοξενίας σε κάποια δομή, δεν έχουν υποστηρικτικό περιβάλλον, παίρνουν εξιτήριο από το νοσοκομείο και μετά τι; Πολλοί από αυτούς καταλήγουν στον δρόμο.

(Συνέντευξη 3: Υπεύθυνη του προγράμματος στήριξης αστέγων, ΚΛΙΜΑΚΑ)

Ερ. Διαβάζοντας το πρόγραμμα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και την τελευταία αναθεώρησή του, διαπίστωσα ότι δεν περιλαμβάνει την κατηγορία των αστέγων, ενώ έχει ένα ευρύτερο πλαίσιο για τις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες, γιατί πιστεύετε συμβαίνει αυτό;

Απ. Ναι, δεν υπάρχει μέσα και νομίζω ότι αυτό είναι μια πρόταση η οποία θεωρώ ότι είναι πολύ σημαντική, δηλαδή τι ενέργειες θα πρέπει να γίνουν είτε για την πρόληψη είτε για την αποκατάσταση. Στην πραγματικότητα βέβαια, αυτό που συμβαίνει είναι ότι η ομάδα των αστέγων με ψυχικές παθήσεις αποκλείεται με δύο τρόπους. Ο ένας τρόπος είναι η όλη απαίτηση για να κλείσουν τα ψυχιατρεία πρέπει με απόλυτη προτεραιότητα, υπάρχουν υπουργικές αποφάσεις που το ορίζουν αυτό, να βγαίνουν οι χρόνιοι ασθενείς από τα ψυχιατρεία, οπότε είναι σα να λέμε ότι δεν υπάρχουν θέσεις κενές για ανθρώπους από την κοινότητα όπως είναι οι άστεγοι ή εκείνοι που έχουν πιο βραχύχρονες νοσηλείες. Και ο δεύτερος τρόπος που αποκλείονται είναι ουσιαστικός και όχι μόνο τυπικός ή θεσμικός, γιατί για να προσεγγιστούν οι άνθρωποι που είναι στον δρόμο ή να γίνει ένα μακροπρόθεσμο στάδιο αποκατάστασης γι' αυτούς του ανθρώπους και στέγασης και αποκατάστασης, χρειάζονται εξειδικευμένοι χειρισμοί και δεν υπάρχουν οι εκπαιδευμένοι άνθρωποι σε ειδικές μονάδες για να τους προσεγγίσουν. Ειδικά οι άνθρωποι που είναι στον δρόμο δεν είναι εύκολο να προσεγγιστούν γιατί φοβούνται.

(Συνέντευξη 4: Ψυχολόγος, Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής & Ψυχικής Υγείας)

Απ. Είναι οι δομές που έχουμε ουσιαστικά, οι οποίες δεν επαρκούν. Τα αιτήματα είναι πάρα πολλά, απ' όλη την Ελλάδα. Στην επαρχία δεν υπάρχουν δομές. Παρόλα αυτά δίνεται προτεραιότητα στους αστέγους ψυχικά ασθενείς.

Ερ. Στους ξενώνες που διαχειρίζεται το Δαφνί εισάγονται ψυχικά ασθενείς άστεγοι;

Απ. Μα κυρίως αυτοί είναι. Να ξεχωρίσουμε λίγο τα είδη των δομών που έχουμε. Υπάρχουν δύο είδη αυτή τη στιγμή, είναι οι ξενώνες, τα οικοτροφεία και τα διαμερίσματα (που δεν θυμάμαι τον αριθμό, αλλά είναι πάρα πολλά) και είναι μόνο για τα δικά μας περιστατικά και είναι και οι ΜΚΟ, οι οποίες απευθύνονται αποκλειστικά και μόνο στα τρία ψυχιατρεία (της Θεσσαλονίκης, το Δρομοκαΐτειο και το Δαφνί). Οπότε τι σημαίνει αυτό; Το Σισμανόγλειο για παράδειγμα έχει να δουλέψει μόνο με τον δικό του ξενώνα, δεν μπορεί με δομές που έχουν οι ΜΚΟ. Κανένα νοσοκομείο δεν μπορεί να στείλει αίτημα για στεγαστική δομή που διαθέτει ΜΚΟ παρά μόνο τα δύο μεγάλα ψυχιατρεία. Επίσης, είναι πολύ άσχημο να γίνεται διαλογή των ασθενών, καθώς υπάρχει ματαίωση των υπολοίπων. Μόνο η θεραπευτική ομάδα θα πρέπει να έχει λόγο για τον ποιον ασθενή θα προτείνει σε ξενώνα ή οικοτροφείο, όχι η ΜΚΟ. Και όλα αυτά γίνονται κατόπιν αξιολόγησης, δεν μπορούν όλοι οι ασθενείς να πάνε σε στεγαστικές δομές.

Ερ. Ουσιαστικά δηλαδή τα περιστατικά προκειμένου να ενταχθούν σε μία στεγαστική δομή θα πρέπει πρώτα να νοσηλευτούν στο ψυχιατρείο;

Απ. Ναι, αλλά αυτό πάλι δεν είναι σενάριο. Αλλά είναι η πιο πιθανή λύση.

(Συνέντευξη 10: Κοινωνική Λειτουργός, Κοινωνική Υπηρεσία ΨΝΑ Δαφνί)

Ερ. Τι γίνεται με τους ασθενείς αστέγους μετά τη νοσηλεία; Που καταλήγουν; Ποια η διαδικασία;

Απ. Αυτός είναι ο μεγάλος όγκος των προβλημάτων που έχουμε εμείς, διότι δεν είναι μόνο οι άστεγοι.. Βέβαια, θα πρέπει να καταλάβετε ένα πράγμα. Η διαδικασία που γίνεται στην αποκατάσταση έχει έναν γραφειοκρατικό κορμό, την οποία οφείλουμε να διεκπεραιώσουμε με βάση την εγκύκλιο του υπουργείου, όπου τα κενά στους ξενώνες και τα οικοτροφεία μοιράζονται ανάμεσα με εμάς και το Δαφνί (τα δύο ψυχιατρεία), πολλές φορές μου έχει τύχει να υπάρχει μόλις ένα κενό το μήνα. Υπάρχει μία διαστρεβλωμένη εικόνα σχετικά με ψυχιατρική πραγματικότητα. Τι μπορείς να κάνεις με μία κενή θέση τον μήνα;

Ερ. Αναφέρατε ότι οι κενές θέσεις είναι ελάχιστες κατά μέσο όρο τον μήνα έναντι των εισαγγελικών παραγγελιών που καταφτάνουν στο ψυχιατρείο. Με τους υπόλοιπους ασθενείς τι γίνεται;

Απ. Η κοινωνική υπηρεσία με τα 7 στελέχη της στο σύνολο δίνει έναν καθημερινό αγώνα, να κάνουν ότι καλύτερο μπορούν με το περιβάλλον, να υποστηρίξουν στο βαθμό που μπορεί ο καθένας για να βγουν αυτοί οι άνθρωποι έξω.

(Συνέντευξη 7: Κοινωνική Λειτουργός, Κοινωνική Υπηρεσία ΨΝΑ Δρομοκαΐτειο)

Ερ. Στο πρόγραμμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης υπάρχει κάποια ειδική πρόβλεψη για τους αστέγους με ψυχικά νοσήματα;

Απ. Μία έμμεση ωφέλεια για τον πληθυσμό αυτό είναι ότι έχει προβλεφθεί μια μερίδα των κοινοτικών δομών (μη νοσοκομειακές- μη στεγαστικές δομές) που έχουν πρωτοβάθμιο χαρακτήρα (κέντρα ψυχικής υγείας, κέντρα ημέρας, κινητές μονάδες) να υπάρχουν ομάδες, τις έχουμε ονομάσει ομάδες ολοκληρωμένης κοινοτικής φροντίδας, οι οποίες θα κάνουν στοχευμένες παρεμβάσεις σε ανθρώπους που έχουν ιστορικό πολλών νοσηλείων ώστε να μην εγκαταλείπονται όταν θα τελειώνει η νοσηλεία. Αυτό μας δίνει κάποιες εγγυήσεις ότι το συγκεκριμένο κέντρο, η συγκεκριμένη ομάδα θα έχει ένα συγκεκριμένο "πελατολόγιο", που θα είναι άνθρωποι με αυτά τα χαρακτηριστικά και ανάμεσα σ' αυτούς τους ανθρώπους θα είναι και οι άστεγοι.

Ερ. Αυτό υπάρχει στον σχεδιασμό προς υλοποίηση;

Απ. Ναι, αυτό έχει γίνει πιλοτικά στο προηγούμενο ΕΣΠΑ και προβλέπεται να επεκταθεί και στο τωρινό.

(Συνέντευξη 9: Στέλεχος του Υπουργείου Υγείας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας)

Ερ. Τι συμβαίνει με τις ψυχιατρικές κλινικές των Γενικών Νοσοκομείων;

Απ. Το πρόγραμμα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης δημιούργησε σοβαρά προβλήματα στις μικρές ψυχιατρικές κλινικές των γενικών νοσοκομείων. Δημιουργήθηκε μια επιτροπή από τα μεγάλα

ψυχιατρεία, η οποία παρεμβαίνει στην αποκατάσταση των ασθενών που έχουμε, με τη λογική ότι από μας δεν μπορεί να μπει κάποιος σε στεγαστική δομή. Το μπλοκάρουν από το υπουργείο. Στο Δρομοκαΐτειο και στο Δαφνί βλέπεις ότι τους αστέγους δεν τους διοχετεύουν σε δομές, τους ξαναβγάζουν στο δρόμο και ανακυκλώνεται αυτό το πράγμα, δηλαδή θα πάει ο άστεγος στο Δρομοκαΐτειο που υποτίθεται υπάρχει δομή ή που μπορούν να τον βάλουν σε κάποια δομή, θα τον βγάλουν πάλι έξω, με αποτέλεσμα να έρθει σε μας ή σε κάποια άλλη κλινική κι εμείς με την σειρά μας δεν μπορούμε να κάνουμε κάτι και συνεχώς γίνεται αυτό το πράγμα.

Ερ. Αυτό ίσχυε και παλιότερα;

Απ. Όχι, δεν ίσχυε, με μία εγκύκλιο που έβγαλε το υπουργείο η οποία λέει ότι θα πρέπει να δίνεται προτεραιότητα στα μεγάλα ψυχιατρεία, όσον αφορά την αποκατάσταση, πήραν αυτή την εγκύκλιο και την έκαναν Ευαγγέλιο. Οι απαντήσεις που παίρνω συνήθως για τα αιτήματα σε στεγαστικές δομές είναι "Οι κενές θέσεις καλύπτονται από τα Δημόσια Ψυχιατρικά Νοσοκομεία με τα οποία συνεργαζόμαστε".

(Συνέντευξη 2: Κοινωνική Λειτουργός, Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου- Σισμανόγλειο/
Αμαλία Φλέμινγκ)

Απ. Εκεί είναι ακόμη μεγαλύτερο το πρόβλημα και το πρόβλημα δεν είναι μόνο για τα γενικά νοσοκομεία, ούτε στο Αιγινήτειο που είναι το κατεξοχήν ψυχιατρικό- νευρολογικό και πανεπιστημιακό νοσοκομείο δεν δίνονται θέσεις για στεγαστικές δομές. Η λύση για πάρα πολλούς ασθενείς σ' αυτές τις περιπτώσεις είναι μονόδρομος. Στα ψυχιατρεία μπορεί ένας ασθενής να έχει μία πιθανότητα ένταξης σε δομή μετά τη νοσηλεία.

(Συνέντευξη 6: Εκπρόσωπος Πανελλαδικής Ένωσης για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και την
Επαγγελματική Επανάταξη-ΠΕΨΑΕΕ)

Απ. Μ' αυτό το θέμα γίνεται ένας χαμός! Αυτό είναι ένα πρόβλημα του υπουργείου που αδυνατεί να το λύσει και το μπαλάκι το ρίχνει σε μας. Καλό θα ήταν να έχουν όλοι τις δικές τους δομές. Και να πούμε εδώ ότι τα περισσότερα περιστατικά στις ψυχιατρικές κλινικές είναι για οικοτροφείο και αυτό συμβαίνει γιατί πηγαίνει ανάλογα και με τον βαθμό λειτουργικότητας. Κι εμείς εδώ για παράδειγμα έχουμε πολλά διαμερίσματα που δεν τα έχουμε γεμίσει, γιατί οι μεγαλύτερες ανάγκες μας είναι για οικοτροφεία και ξενώνες.

(Συνέντευξη 10: Κοινωνική Λειτουργός, Κοινωνική Υπηρεσία ΨΝΑ Δαφνί)

Απ. Αυτό είναι ένα λάθος δικό μας. Ενωώ ένα λάθος του ρυθμιστικού πλαισίου που υπάρχει, αλλά πρόκειται να αλλάξει. Υπάρχει μία εγκύκλιος που ορίζει ότι κατά προτεραιότητα οι ασθενείς των ψυχιατρικών νοσοκομείων θα διοχετεύονται στις στεγαστικές δομές. Πράγμα που θίγει ανθρώπους σαν αυτόν που ανέφερες που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικές κλινικές γενικών νοσοκομείων και υπάρχει και το άλλο που λειτουργεί κάτω από το τραπέζι, δηλαδή αυτοί που λαμβάνουν τις αποφάσεις για το ποιος θα παραπεμφθεί είναι οι ψυχίατροι. Αυτοί κρίνουν ότι αυτός πρέπει να πάει σ' ένα οικοτροφείο, σ' έναν ξενώνα. Επειδή στην Ελλάδα λειτουργεί λίγο πολύ το πελατειακό σύστημα ή επηρεάζεται από συγγενικά δίκτυα, οπότε πολλές από αυτές τις αποφάσεις νοθεύονται από αυτούς τους παράγοντες, δηλαδή ένας άστεγος κατά τεκμήριο δεν έχει κάποιον να πιέσει για την δική του περίπτωση.

(Συνέντευξη 9: Στέλεχος του Υπουργείου Υγείας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας)

Πρόσβαση των αστέγων με προβλήματα ψυχικής υγείας σε δομές και υπηρεσίες κοινοτικής φροντίδας

Ερ. Έχουν τελικά πρόσβαση οι άστεγοι με προβλήματα ψυχικής υγείας σε υπηρεσίες και δομές κοινοτικής φροντίδας, αλλά και δομές αστέγων;

Απ. Το πρόβλημα βέβαια ήταν ότι άνθρωποι που έχουν γνωματεύσεις ή είχαν νοσηλευτεί και κατέληξαν μετά από ένα τρίμηνο πχ νοσηλείας έξω και δεν έχουν υποστηρικτικό περιβάλλον, οι άνθρωποι αυτοί δεν μπορούν να ενταχθούν πουθενά -ούτε σε ξενώνα, ούτε υπνωτήριο- εξαιτίας της ψυχιατρικής εξέτασης, η οποία είναι υποχρεωτική για τους ξενώνες. Οπότε ουσιαστικά και αυτό που υπάρχει για να παρέχει στους αστέγους μία κοινωνική προστασία, δεν υπάρχει για τους ψυχικά ασθενείς αστέγους. Από την άλλη, δεν είναι και σίγουρο ότι θα έχει πρόσβαση στις στεγαστικές δομές των ψυχιατρείων. Δεν

γίνονται εύκολα δεκτοί. Έχει παρατηρηθεί να είναι ένας άνθρωπος άστεγος, να νοσεί ψυχικά, να μην έχει υποστηρικτικό περιβάλλον και να τσεκάρεται το αν είναι επικίνδυνος. Αν είναι επικίνδυνος υπάρχει ένας λόγος να μείνει μέσα περισσότερο διάστημα, αν όχι θα ξαναβγεί στο δρόμο.

(Συνέντευξη 1: Κοινωνική Λειτουργός, Οικοτροφείο ΕΠΑΨΥ)

Απ. Εγώ τους συμβουλεύω όπου μπορούν να μην δείξουν γνωμάτευση ή το εξιτήριό τους προκειμένου να μπουν σ' ένα υπνωτήριο για να κοιμηθούν. Γιατί είναι αρκετοί που είναι καλά, δεν είναι επικίνδυνοι, είναι αρκετά λειτουργικοί και το μόνο που θέλουν είναι ένα κρεβάτι να κοιμηθούν... Για τους ξενώνες βέβαια δεν το συζητώ εκεί είμαστε αποκλεισμένοι. Αυτό ισχύει μόνο για τα υπνωτήρια.

(Συνέντευξη 2: Κοινωνική Λειτουργός, Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου- Σισμανόγλειο/ Αμαλία Φλέμινγκ)

Απ. Για να ενταχθεί ένας άστεγος σε ξενώνα χρειάζεται ψυχιατρική εξέταση. Σίγουρα κάποιοι δεν θέλουν να ενταχθούν και αυτό είναι αλήθεια, ωστόσο δεν είναι σύμφωνα με ένα φιλοσοφικό πλαίσιο η επιλογή τους να μείνουν στο δρόμο.. Μένουν στο δρόμο γιατί έχουν συγκεκριμένη ψυχιατρική διαταραχή, είναι αποκομμένοι από την κοινωνία. Για μας έτσι είναι. Επίσης, στα υπνωτήρια δεν θέλουν ανθρώπους να κάνουν μανούρες και φασαρίες, εμείς είχαμε όμως μία περίπτωση, τον οποίο τον είχαν κρατήσει στο υπνωτήριο γιατί ήταν ήσυχος, αλλά γενικότερα κι εκείνοι τους περνούσαν από συνέντευξη, οπότε δύσκολα κι εκεί.

(Συνέντευξη 3: Υπεύθυνη του προγράμματος στήριξης αστέγων, ΚΛΙΜΑΚΑ)

Απ. Και θα σου πω γιατί αποκλείονται και από τις μονάδες των αστέγων και έχουμε και πραγματικά παραδείγματα σε αυτό. Ας πούμε για παράδειγμα μονάδες επείγουσας στέγασης ή μονάδες πιο μεσοπρόθεσμης στέγασης δεν έχουν και εκεί το εξειδικευμένο προσωπικό για να τους υποδεχθεί... Ακόμα και το γεγονός ότι πρέπει να περάσει πρώτα από ψυχιατρείο κάποιος, πολλές φορές είναι επειδή ακριβώς υπάρχει ένα κενό στην δικτύωση και την αλυσίδα των υπηρεσιών, όχι πως θα χρειαζόταν πάντα. Άρα, εκείνοι που απασχολούνται στις δομές στέγασης δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν το θέμα το ψυχιατρικό και εμείς που μπορούμε να αντιμετωπίσουμε το ψυχιατρικό, δεν μπορούμε να δεχτούμε τους ασθενείς απ' ευθείας από την κοινότητα. Κι αυτό γιατί υπάρχει το θεσμικό κενό. Αυτοί οι άνθρωποι είναι πραγματικά σαν το μετρό και την αποβάθρα: mind the gap. Αυτοί οι άνθρωποι πέφτουν στο κενό. Ούτε οι δομές του housing μπορούν να τους συμπεριλάβουν, ούτε οι ψυχιατρικές δομές. Και όσον αφορά τις ψυχιατρικές δομές, προτεραιότητα παραμένουν οι χρόνιοι, δεν γράφει η απόφαση ότι αποκλείονται, γράφει όμως ότι δίνεται προτεραιότητα στους χρόνιους. Άρα πρακτικά δεν είναι τόσο εύκολη η πρόσβαση.

(Συνέντευξη 4: Ψυχολόγος, Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής & Ψυχικής Υγείας)

Απ. Εντάξει έχουν μία σχετική πρόσβαση. Έχουμε παραπέμψει περιπτώσεις αστέγων που έχουν γίνει δεκτές. Στην πραγματικότητα όμως οι ανάγκες είναι πολύ μεγαλύτερες.

(Συνέντευξη 7: Κοινωνική Λειτουργός, Κοινωνική Υπηρεσία ΨΝΑ Δρομοκαΐτειο)

Απ. Το έλλειμμα που υπάρχει, ο λόγος για τον οποίο άστεγοι δεν εξυπηρετούνται είναι το γεγονός ότι δεν γίνεται street work, δεν έχουμε εξωστρεφής δομές και δεν υπάρχει και διασύνδεση ανάμεσα στις κοινωνικές υπηρεσίες, που πιθανόν θα μπορούσαν να αντιληφθούν το πρόβλημα με τις μονάδες ψυχικής υγείας, οι οποίες κατά βάση είναι στατικές. Και υποθέτω ότι ένας άστεγος πέφτει θύμα της διάχυσης των ευθυνών, δηλαδή πρέπει να πάει σε μια δομή για άστεγους; Πρέπει να πάει σε μια δομή προνοιακή; Πρέπει να πάει σε μια δομή ψυχικής υγείας; Σε κανένα απ' όλα αυτά; Και κάπως έτσι αυξάνονται οι πιθανότητες να παραμείνει χωρίς υποστήριξη. Για να έχουμε μία επαρκή υποστήριξη των αστέγων με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας, γιατί θεωρώ η αστεγία από μόνη της δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται από τις μονάδες μας, θα πρέπει να αντιμετωπίζεται από τις κοινωνικές υπηρεσίες, για το ποσοστό των αστέγων τώρα που έχουν σοβαρά ψυχικά προβλήματα, να θα πρέπει να διοχετεύονται στις στεγαστικές μονάδες που έχουμε για ψυχικά ασθενείς (οικοτροφεία, ξενώνες). Αλλά κατά βάση θα πρέπει να εξυπηρετούνται σε μονάδες αστέγων....

Ερ. Στην πράξη συμβαίνει; Διοχετεύονται άστεγοι σε στεγαστικές δομές;

Απ. Μονό κατόπιν νοσηλείας τους σε ψυχιατρικό νοσοκομείο. Οι ασθενείς πρέπει να περάσουν από μία νοσηλευτική μονάδα για να εξεταστεί μετά το ενδεχόμενο παραπομπής τους σε μία στεγαστική δομή. Αυτό είναι το μεγάλο έλλειμμα που υπάρχει.

(Συνέντευξη 9: Στέλεχος του Υπουργείου Υγείας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας)

Προτάσεις για τη δημιουργία ολοκληρωμένης στρατηγικής στην αντιμετώπιση του φαινομένου απώλειας στέγης στο πληθυσμό των αστέγων με ψυχικά νοσήματα

Πολιτικές Πρόληψης και Ανάπτυξη Προληπτικών Δράσεων

Απ. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και τα κονδύλια μετά το 2000 χρησιμοποιήθηκαν μόνο σε στεγαστικά προγράμματα, δεν έγινε πράξη καθόλου η πρωτοβάθμια φροντίδα.... Θα πρέπει να γίνει ένας σωστός σχεδιασμός που να περιλαμβάνει όχι μόνο στεγαστική συνδρομή, αλλά και άριστη συνεργασία της πρωτοβάθμιας με τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας.

(Συνέντευξη 7: Κοινωνική Λειτουργός, Κοινωνική Υπηρεσία ΨΝΑ Δρομοκαΐτειο)

Απ. ... οργανωμένες δομή σε προληπτικό πλαίσιο, δηλαδή Κέντρα Ημέρας, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Στήριξης Οικογενειών, ο Δήμος. Επίσης, προγράμματα Προαγωγή της Ψυχικής Υγείας καταρχάς και μετά περισσότερη φροντίδα του ασθενή, καλύτερη ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας. Τέλος, οι κινητές μονάδες θα βοηθούσαν πολύ την κατάσταση, ειδικά στην πρόληψη, αλλά και την αποφυγή του φαινομένου της περιστρεφόμενης πόρτας που λέμε και το πώς μπορούμε να αποφύγουμε τις επανεισόδους των ασθενών.

(Συνέντευξη 10: Κοινωνική Λειτουργός, Κοινωνική Υπηρεσία ΨΝΑ Δαφνί)

Πρόγραμμα Ολοκληρωμένης Κοινοτικής Φροντίδας

Απ. Μία έμμεση ωφέλεια για τον πληθυσμό αυτό είναι ότι έχει προβλεφθεί μια μερίδα των κοινοτικών δομών (μη νοσοκομειακές- μη στεγαστικές δομές) που έχουν πρωτοβάθμιο χαρακτήρα (κέντρα ψυχικής υγείας, κέντρα ημέρας, κινητές μονάδες) να υπάρχουν ομάδες, τις έχουμε ονομάσει ομάδες ολοκληρωμένης κοινοτικής φροντίδας, οι οποίες θα κάνουν στοχευμένες παρεμβάσεις σε ανθρώπους που έχουν ιστορικό πολλών νοσηλειών ώστε να μην εγκαταλείπονται όταν θα τελειώνει η νοσηλεία. Αυτό μας δίνει κάποιες εγγυήσεις ότι το συγκεκριμένο κέντρο, η συγκεκριμένη ομάδα θα έχει ένα συγκεκριμένο "πελατολόγιο", που θα είναι άνθρωποι με αυτά τα χαρακτηριστικά και ανάμεσα σ' αυτούς τους ανθρώπους θα είναι και οι άστεγοι. Αυτό έχει γίνει πιλοτικά στο προηγούμενο ΕΣΠΑ και προβλέπεται να επεκταθεί και στο τωρινό.

(Συνέντευξη 9: Στέλεχος του Υπουργείου Υγείας- Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας)

Απ. Να δημιουργηθεί ένα πλαίσιο υπηρεσιών όπου θα μπορεί ο άστεγος να απευθυνθεί και να εξυπηρετηθεί, είτε οι ίδιες οι υπηρεσίες να προσεγγίσουν τους αστέγους, μιας και είναι μία ομάδα που χρειάζεται συγκεκριμένη προσέγγιση ειδικά όταν υπάρχει και ψυχική ασθένεια.

(Συνέντευξη 1: Κοινωνική Λειτουργός, Οικοτροφείο ΕΠΑΨΥ)

Στέγαση

Απ. Λύση θα ήταν η δημιουργία κατάλληλων δομών με στόχο και την θεραπευτική αλλά και κοινωνική στήριξη των ανθρώπων αυτών.

(Συνέντευξη 1: Κοινωνική Λειτουργός, Οικοτροφείο ΕΠΑΨΥ)

Απ. Καταρχήν οι άνθρωποι που έχουν ψυχιατρικά ζητήματα θα πρέπει να φιλοξενούνται σε συγκεκριμένες δομές και ξενώνες, καθώς είναι δύσκολο να ενταχθούν. Λύση είναι η δημιουργία εξειδικευμένων δομών. Εμείς το λέμε συνέχεια αυτό.

(Συνέντευξη 3: Υπεύθυνη του προγράμματος στήριξης αστέγων, ΚΛΙΜΑΚΑ)

Απ. Υπάρχει ανάγκη για νέες και πιο εξειδικευμένες δομές.

(Συνέντευξη 10: Κοινωνική Λειτουργός, Κοινωνική Υπηρεσία ΨΝΑ Δαφνί)

Αντιστοίχως:

Απ. Και βέβαια το επίσης σημαντικό θα πρέπει να υπάρξουν δυνατότητες φιλοξενίας των ανθρώπων αυτών σε εξειδικευμένες δομές, άρα δημιουργία τέτοιων δομών. Δεν μπορούν να φιλοξενούνται ψυχιατρικά περιστατικά σε δομές γενικού πληθυσμού αστέγων, διότι χρειάζονται περισσότερη φροντίδα στο κομμάτι της ψυχιατρικής πάθησης.

(Συνέντευξη 6: Εκπρόσωπος Πανελλαδικής Ένωσης για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και την Επαγγελματική Επανάταξη-ΠΕΨΑΕΕ)

Απ. Αυτό που χρειάζεται είναι μεγαλύτερη ανάπτυξη των νοσοκομείων και των στεγαστικών δομών γιατί συνεχώς υπάρχουν αυξανόμενες ανάγκες.

(Συνέντευξη 8: Ψυχίατρος, Ψυχογητριάτρική Κλινική ΨΝΑ Δρομοκαΐτειο)

Απ. Θεωρητικά, τα μοντέλα housing first, θα μπορούσαν να είναι μια σημαντική λύση για ανθρώπους που έχουν προβλήματα ψυχικής υγείας και δεν μπορούν να προσεγγιστούν εύκολα, δηλαδή να τους δοθεί η ευκαιρία να έχουν μια στέγη και εκεί να δουλευτεί το θέμα τους, να μπου σε μια σταθερή παρακολούθηση. Με την ιδιαιτερότητα ότι δεν μπορείς να έχεις ένα πρόγραμμα ακριβώς ίδιο με τους ανθρώπους που είναι χωρίς στέγη αλλά δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας, χρειάζεται να έχεις ένα προσωπικό που, αν μη τι άλλο, να είναι, αν όχι απόλυτα εξειδικευμένο, σε θέση να καταλάβει τους ιδιαίτερους χειρισμούς που χρειάζονται αυτοί οι άνθρωποι.

(Συνέντευξη 4: Ψυχολόγος, Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής & Ψυχικής Υγείας)

Διασύνδεση και Συνεργασία Υπηρεσιών

Απ. Θα έπρεπε να υπάρχει μία καλύτερη διασύνδεση του νοσοκομείου με τους Δήμους και τις κοινωνικές υπηρεσίες, οι οποίες θα πρέπει να είναι καλά στελεχωμένες και οργανωμένες για να μπορούν κι αυτές με τη σειρά τους να βοηθήσουν, έτσι ώστε να μην πέφτει όλο το βάρος στα ψυχιατρεία. Επίσης, θα έπρεπε το ίδιο το κράτος να μεριμνά γι' αυτούς τους ανθρώπους που μπορεί να μην έχουν ούτε ταυτότητα, δεν αναφέρομαι στα φορολογικά τους θέματα, θα έπρεπε δηλαδή να υπάρχει ένα μέτρο γι' αυτούς τους ανθρώπους.

(Συνέντευξη 10: Κοινωνική Λειτουργός, Κοινωνική Υπηρεσία ΨΝΑ Δαφνί)

Απ. Οι άστεγοι γίνονται μπαλάκι μεταξύ κοινωνικών υπηρεσιών... Άσε που κανείς δεν θέλει να αναλάβει ευθύνη την ευθύνη. Σε όλες τις υπηρεσίες που πηγαίνουν τους ζητάνε χαρτιά, πρέπει να δώσουν ξανά κοινωνικό ιστορικό, μία συνεχόμενη δηλαδή διαδικασία η οποία κουράζει και θα πρέπει να αλλάξει.

(Συνέντευξη 3: Υπεύθυνη του προγράμματος στήριξης αστέγων, ΚΛΙΜΑΚΑ)

Κοινωνική Ένταξη

Απ. Θα μπορούσαν να δημιουργηθούν Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί εστιασμένοι στο πρόβλημα αυτό που θα μπορούσαν να παρέχουν φιλοξενία και επαγγελματική αποκατάσταση μαζί.

(Συνέντευξη 6: Εκπρόσωπος Πανελλαδικής Ένωσης για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και την
Επαγγελματική Επανάταξη-ΠΕΨΑΕΕ)