

Studiul indicatorilor de sanatate mintala in randul populatiei fara adapost din Bucuresti

I. Strategia de lucru a Echipei Mobile Psihiatrice SSR in Bucuresti

Rolul echipei mobile psihiatrice este de a **diagnostică, orienta, trata direct in strada si a monitoriza** persoanele adulte fara adapost cu tulburari psihiatrice.

Echipa mobila psihiatica Samusocial din Romania urmareste asistarea specializata a beneficiarilor cu probleme de sanatate mintala (in special din grupul schizofreniilor). Prin activitatile derulate sunt vizate urmatoarele obiective:

- Cresterea calitatii vietii persoanelor adulte fara adapost cu probleme psihice prin cresterea calitatii si numarului serviciilor care se adreseaza acestei categorii de beneficiari si prin stabilirea unor conexiuni mai stranse cu celelalte structuri din afara organizatiei;
- Utilizarea instrumentelor specifice si adaptarea lor la populatia persoanelor fara adapost din Romania, dupa modelul olandez, in special pentru persoanele cu tulburari psihiatrice diagnosticate si cele cu probleme de abuz sau dependenta de substante;
- Scaderea numarului persoanelor adulte fara adapost cu probleme psihice prin managementul eficient al afectiunii psihice, acceptarea si reinsertia acestora in societate;

Medicul psihiatru identifica beneficiarii cu probleme psihiatrice, impreuna cu asistentul social analizeaza datele personale, eventul detalii despre afectiune, daca exista, internari in antecedente - personale sau in familie, alcatuind fisa initiala a beneficiarului echipei psihiatrice. Fisa initiala completa se realizeaza la vizita initiala, de cele mai multe ori, insa sunt situatii in care nu exista suficiente acte personale sau acte medicale prezumtiv adevarate si, in aceste conditii, completarea se face ulterior, la vizita urmatoare de monitorizare, cand avem mai multe detalii.

Fisa initiala psihiatica contine datele personale, examinarea fizica, istoricul afectiunii psihice, istoricul medical care contine toate afectiunile pe care le relateaza - antecedentele personale, antecedentele heredocolaterale - cu referire la rudele de gradul intai cunoscute cu probleme psihice, tratament psihiatric urmat, internari anterioare in spitale de psihiatrie, daca au existat, intervalul de timp cu/fara tratament si evaluarea pe baza instrumentelor specifice: scalele HONOS si GAF.

Asistentul social este managerul cazului si ajuta la stabilirea identitatii beneficiarului, perfectarea actelor de identitate si a sursei de venit, realizand o legatura permanenta cu institutiile statului implicate: primarii de sector, politie, case de adapost. Relatia asistent social - beneficiar este o relatie de incredere, bazata pe responsabilitatea ambelor parti si vine in intampinarea nevoilor de baza ale persoanelor fara adapost. In afara ajutorului punctual de baza, asistentul social face primii pasi in identificare, acte, venit, si nu de putine ori are de-a face cu persoane care nu poseda nici un document care sa faca referire la identitatea lor, sau cu persoane care si-au pierdut de nenumarate ori actele pe care le-au obtinut foarte greu. Toate echipele Samusocial au intalnit un numar de **1300** persoane in perioada decembrie 2008 – noiembrie 2009.

Dintre acestia, au fost evaluati din punct de vedere al sanatatii mintale **583** persoane. Beneficiari diagnosticati in strada **329** persoane.

S-a administrat tratament unui numar de **311** persoane. Acestia au fost permanent monitorizati de catre echipa mobila psihiatica.

Au fost internati in spitale de specialitate 54 persoane.

Din punct de vedere social au fost acompaniate **78** persoane pentru obtinerea actelor de identitate, **56** persoane au fost acompaniate pentru intocmirea si depunerea dosarelor de pensionare sau obtinerii gradului de handicap, iar un numar de **59** persoane au fost sprijinite in obtinera unui adaptost.

II. Specificul persoanelor adulte fara adaptost cu probleme de sanatate mintala

Expresia „fara adaptost” defineste o conditie umana despre care este greu sa crezi ca cineva ar putea avea dificultati sa o inteleaga. Cu toate acestea, aproape toata lumea care vorbeste sau scrie despre acest fenomen foloseste o definitie diferita. Aceste definitii devin "instrumente" care justifica actiunea sau lipsa de actiune, in functie de cine le foloseste.

Problema definirii are o mare importanta in practica, deoarece descrie o arie de actiuni posibile. *De exemplu daca situatia PAFA este definita doar ca lipsa unei locuinte, atunci toate programele de interventie ar trebui sa aiba un singur obiectiv: asigurarea unui adaptost!*

Incercand sa reunim aspectul extern - lipsa locuintei, cu cel intern - factori de personalitate, dar si cu cel social - starea de criza, cu cel juridic - accesul legal la anumite drepturi), va propunem urmatoarea definitie de lucru: **PAFA este persoana care nu are efectiv unde sa locuiasca (locuinta proprie sau cu chirie de stat), iar daca totusi sta undeva nu are acceptul gazduitorului pentru intocmirea formelor legale. Aceasta persoana se afla intr-o situatie de criza la nivel psihologic, de sanatate fizica, la nivel social si juridic, situatie determinata de absenta unui adaptost sau de imposibilitatea de a-si permite unul.**

Starea de criza este inteleasa ca fiind incapacitatea de a-si mobiliza resursele interne (pentru a putea obtine un act de identitate, un loc de munca, pentru a se reintegra in familie) si excluderea de la resurse externe (servicii publice medico-sociale).

Concluzia este ca cel ce face parte din aceasta categorie sociala este afectat in planul integritatii fizice, al integrarii sociale si al echilibrului psihic. Aceste persoane nu dispun de o locuinta adevarata si permanenta, si pe de alta parte depind de institutii sociale sau profesionale pentru a-si asigura existenta.

2.1 Categorii de PAFA intalnite

Tipologiile cele mai curente ale PAFA iau drept criterii distinctive indicatori biologici sau familiali. In vreme ce categoria traditionala a PAFA, asociata figurii istorice a vagabondului, este cea a omului celibatar, incepand cu perioada de extindere a fenomenului PAFA asistam la o multiplicare a altor categorizari in care apar: tinerii, batranii si femeile.

Acestui decupaj pe baza de gen si de varsta i se adauga adesea o categorizare bazata pe clasificarea problemelor sociale sau medicale: alcoholism, toxicomanie, cazuri psihiatrice, saracie sau vagabondaj urban.

Interesul pentru constructia tipologilor stabilite pe baza de date mai mult statistice decat calitative este adesea mare printre cercetatori ca si printre profesionisti si autoritati publice. O tipologie permite sa distingem intr-un public eterogen linii de diferentiere si sa projectam, prin alegeri rationale pe baza de asemantari si de diferente, interventii eficiente in comunitate.

In descrierea pe care o fac beneficiarilor, actorii implicați in abordarea acestui fenomen puncteaza heterogenitatea publicului: nu exista o populatie PAFA, ci grupuri PAFA. Sub acest singur titlu se ascunde o multitudine de traectorii si de situatii individuale complexe, iar faptul de a fi fara locuinta nu constituie a priori criteriu determinant pentru a evalua o persoana luata in evidenta de diferite servicii. Pentru lucratormi din teren, a fi PAFA nu inseamna neaparat a fi fara locuinta, ci a prezenta un ansamblu de dificultatii economice si sociale conexe celei a locuintei.

Este important de subliniat ca efortul de a stabili categorii de beneficiari are ca rezultat o reprezentare mai utilă a necesității sau adepților unor servicii la diferite tipuri de nevoi. Prezentăm mai departe o tipologie care se sprijină pe diferite tipuri de factori (varsta, gen și problematici):

- *Femeile*, al căror număr este din ce în ce mai mare atât în stradă cât și în structurile de gazduire. Unii vad în asta un semn al unei marginalizări urbane crescănde. Rețeaua de protecție socială oferă puține posibilități pentru aceste femei, în primul rând pentru că ele nu raspund criteriilor de acces ale unor structuri destinate categoriilor specifice (a fi victimă a violenței, a fi tanar, etc.).
 - *Familii cu mulți membrii*, sunt în număr crescând și foarte vulnerabile, deoarece pe de o parte, casele de primire nu dispun de infrastructuri adecvate pentru a-i găzdui, și pe de alta parte, pentru că starea pieței locative nu le permite să-si gasească o locuință adecvată structurii și resurselor lor;
 - *Tinerii* constituie o altă categorie a carei prezenta este constantă în diferite servicii (se pare că numărul fetelor este în creștere). Argumentul invocat pentru a explica acest fenomen are în vedere degradarea contextului socio-economic care îl exclude mai mult pe tineri, în principal pe cei cu nivel slab de calificare, de la oportunități de inserție socială.
- Un alt argument este cel biologic. Tânării adulți sunt cunoscuți ca fiind mai violenti decât alții și mai implicați în activități infracționale. Acest lucru este cauzat de faptul că sunt bătrâni și de nivelul de testosteron din corp, și poate fi observat în orice societate. Din cauza comportamentului neadecvat există o probabilitate mult mai mare ca ei să fie excluși.
- *Persoanele varșnice*. Alături de creșterea numărului de tineri asistăm la un fenomen de imbatranire a publicului differitelor tipuri de servicii. Pentru mulți dintre acești beneficiari, o munca de reinserție se dovedește extrem de dificilă, mai ales din cauza problemelor de sănătate de care suferă. De altfel, lipsesc structuri pentru a-i primi și a le asigura tratarea adecvată a problemelor specifice.

2.2. Situația PAFA cu probleme de sănătate psihică

Beneficiarii cu probleme psihice sunt dezavantajați față de ceilalți beneficiari din următoarele motive:

- Numărul redus, în momentul actual în România, al structurilor de gazduire sau a altor tipuri de servicii destinate persoanelor adulte fără adăpost cu probleme psihice;
- Incapacitatea de a-si îngriji locul de adăpost pus la dispoziție (datorită inertiei fizice și mentale);
- Alegerea locului de adăpostire se face deseori fără discernământ, chiar în stradă, fiind expuși pericolelor;
- Comportamentul persoanelor adulte fără adăpost (uneori violent) poate determina o reacție intolerantă a comunității locale;
- Vulnerabilitatea psihică îi face să fie categoria cel mai ușor de manipulat, escrocata și exploata.

III. Prezentarea rezultatelor obținute

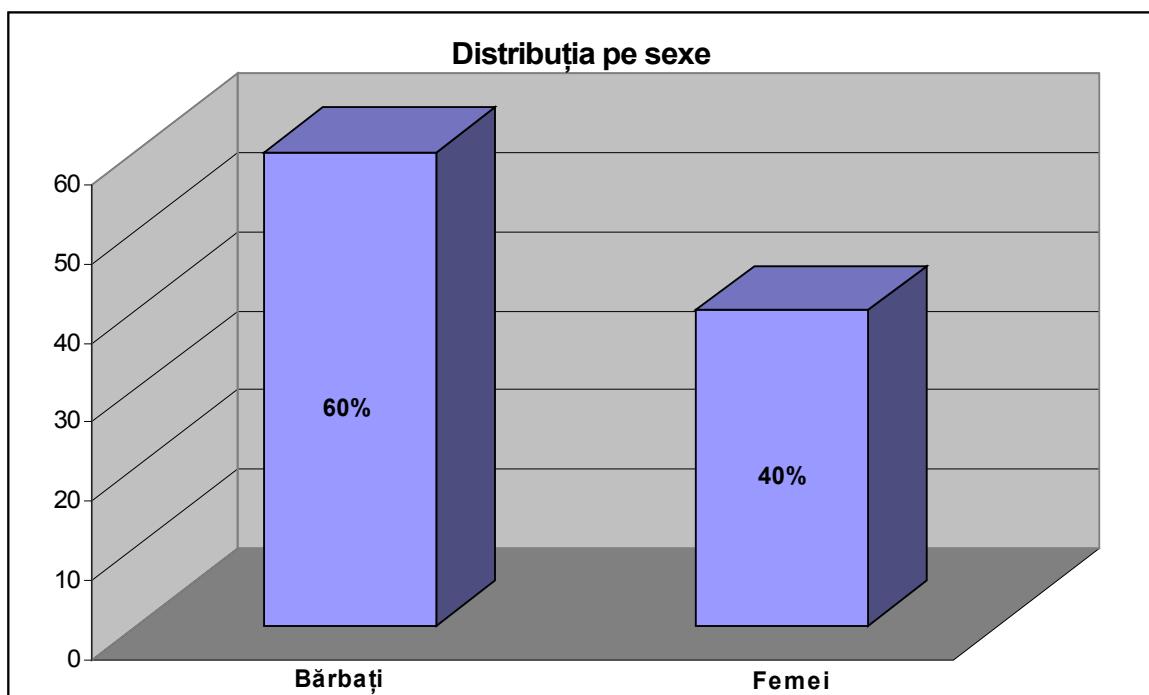
3.1. Caracteristici actuariale ale esantionului de studiu

3.1.1. Distributia pe sexe si zone de provenienta

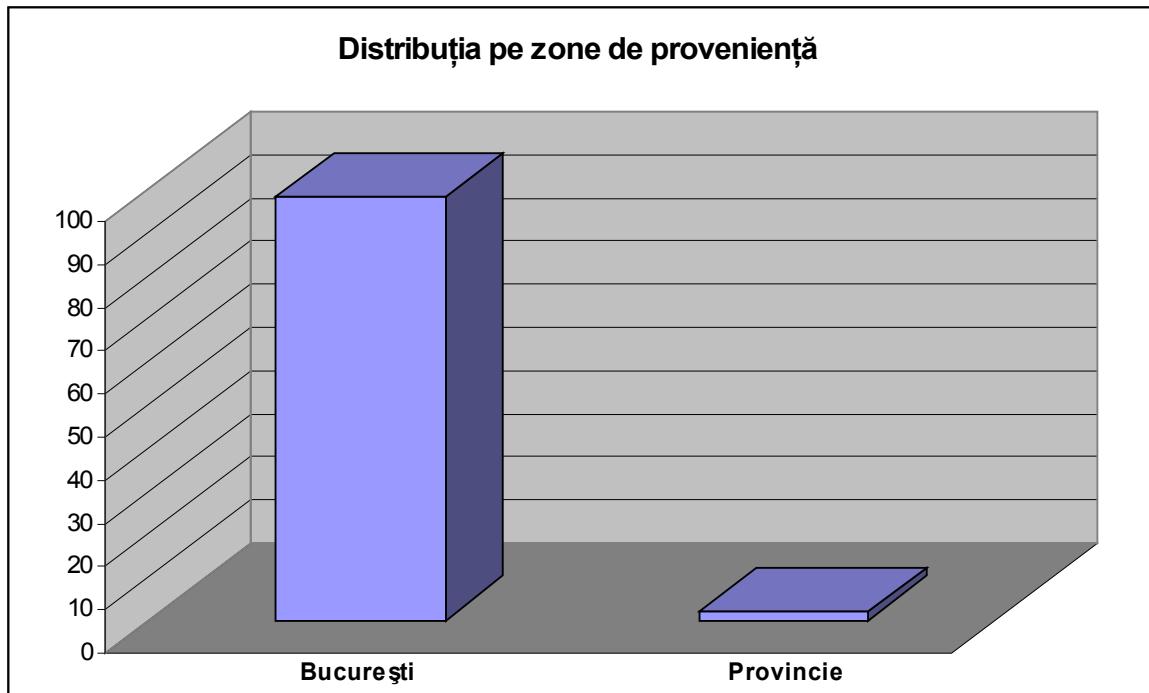
Din totalul persoanelor examineate, 40% au fost femei si 60% barbati. In categoria generala de persoane adulte fara adapost proportia este de 23% femei si 77% barbati (conform „Studiu privind indicatorii care definesc populatia de PAFA care a apelat la serviciile cabinetului Samusocial din Romania” – 2007”).

59% dintre persoanele interviewate sunt din Bucuresti, iar 41% din provincie, 98% avand ultimul domiciliu in Bucuresti, iar 2% in provincie.

Distributia pe sexe	% Procente
Barbati	60
Femei	40
Total	100



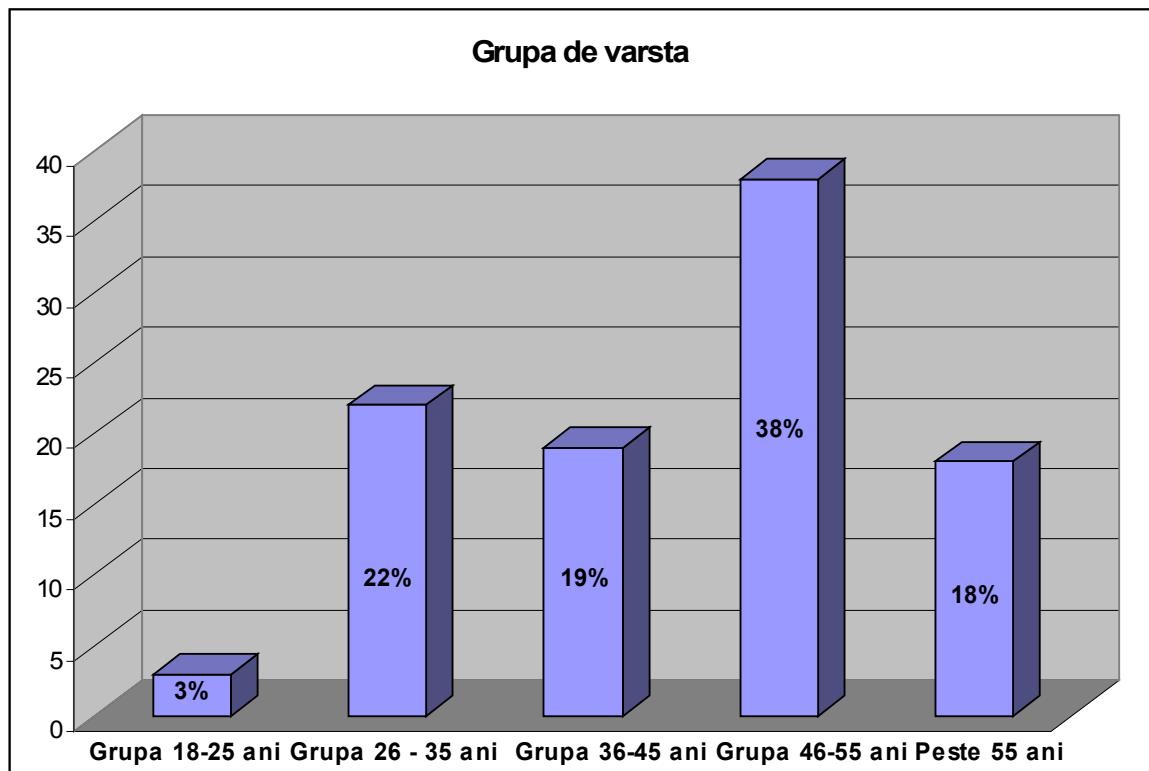
Distributia pe zone de provenienta	% Procente
Bucuresti	98
Provincie	2
Total	100



3.1.2. Varsta:

Varsta a fost stabilita, pentru cele 100 de persoane interviewate, pe baza actelor de identitate sau a declaratiilor acestora. Persoanele studiate au avut varsta cuprinsa intre 19 si 71 de ani.

Grupa de varsta	Procente
18 – 25	3
26 – 35	22
36 – 45	19
46 – 55	38
Peste 55	18
Total	100

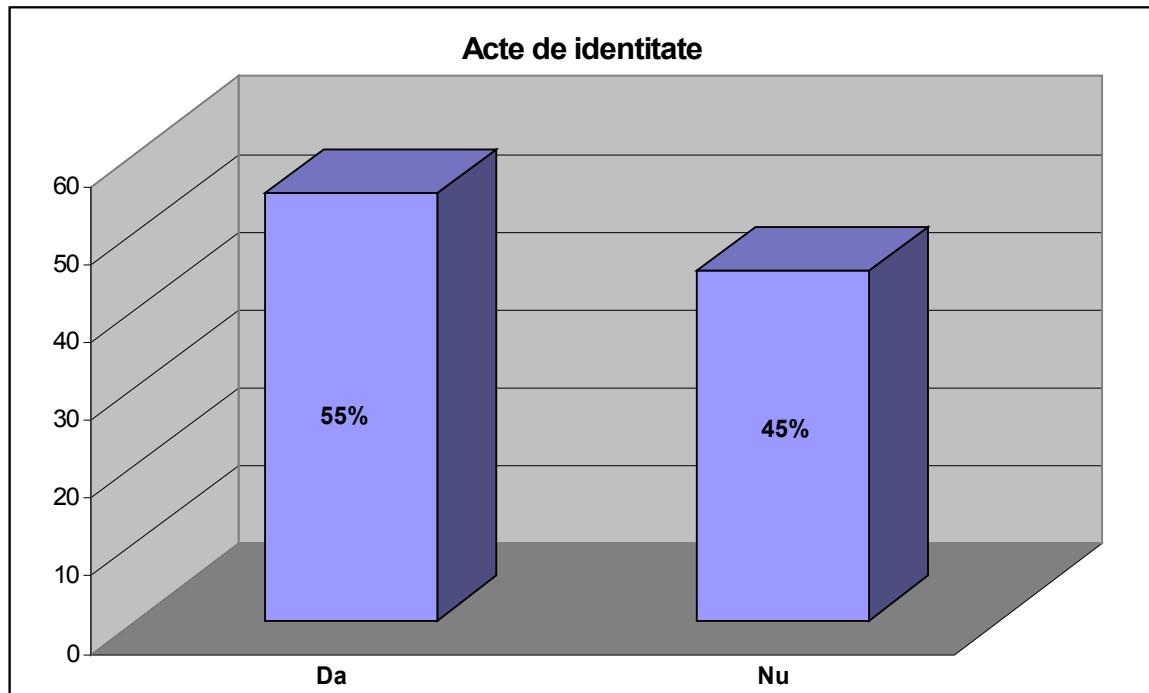


3.1.3. Acte de identitate:

Din lotul analizat 45% nu aveau carte provizorie de identitate si nici certificat de nastere, nefiind practic capabili sa isi dovedeasca identitatea. Motivul cel mai frecvent invocat pentru lipsa lor a fost pierderea documentelor.

Un procent de 55% au prezentat o carte provizorie de identitate sau certificat de nastere. O mare parte dintre acestia le-au obtinut cu sprijinul echipei mobile psihiatriche, la momentul luarii in evidenta de catre echipa Samusocial, neavand un astfel de document. Tot din „Studiu privind indicatorii care definesc populatia de PAFA care a apelat la serviciile cabinetului Samusocial din Romania – 2007”, stim ca 39 % dintre persoanele adulte fara adopost nu detin nici un act.

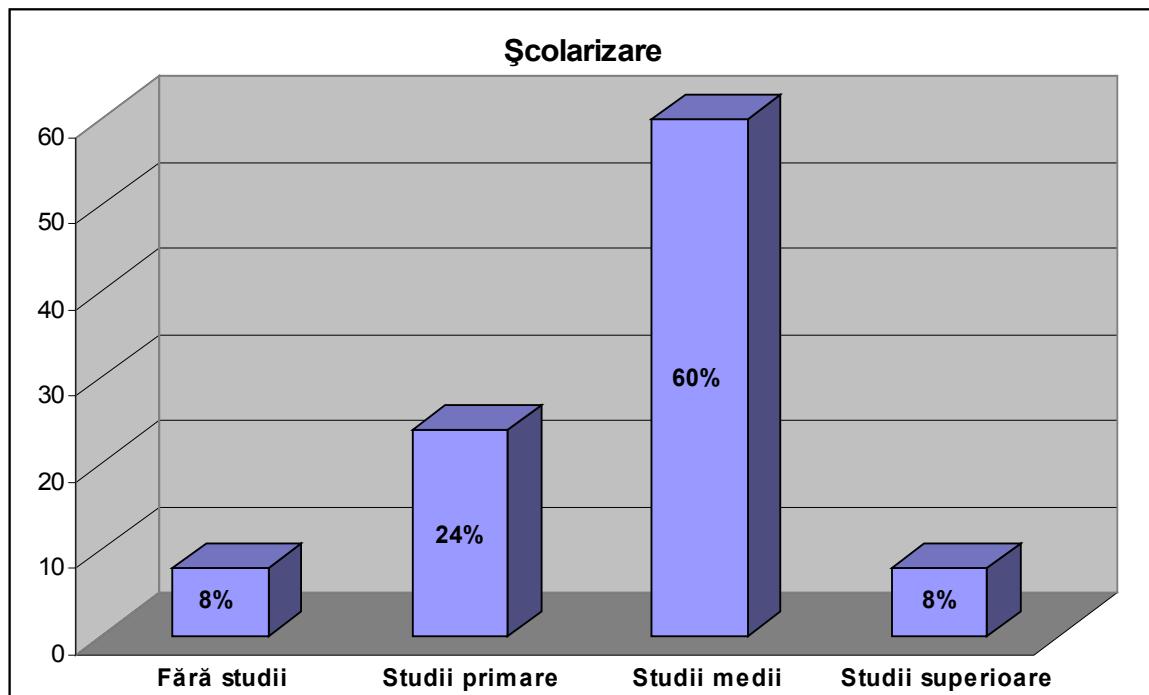
Acte de identitate	Procente
Da	55
Nu	45
Total	100



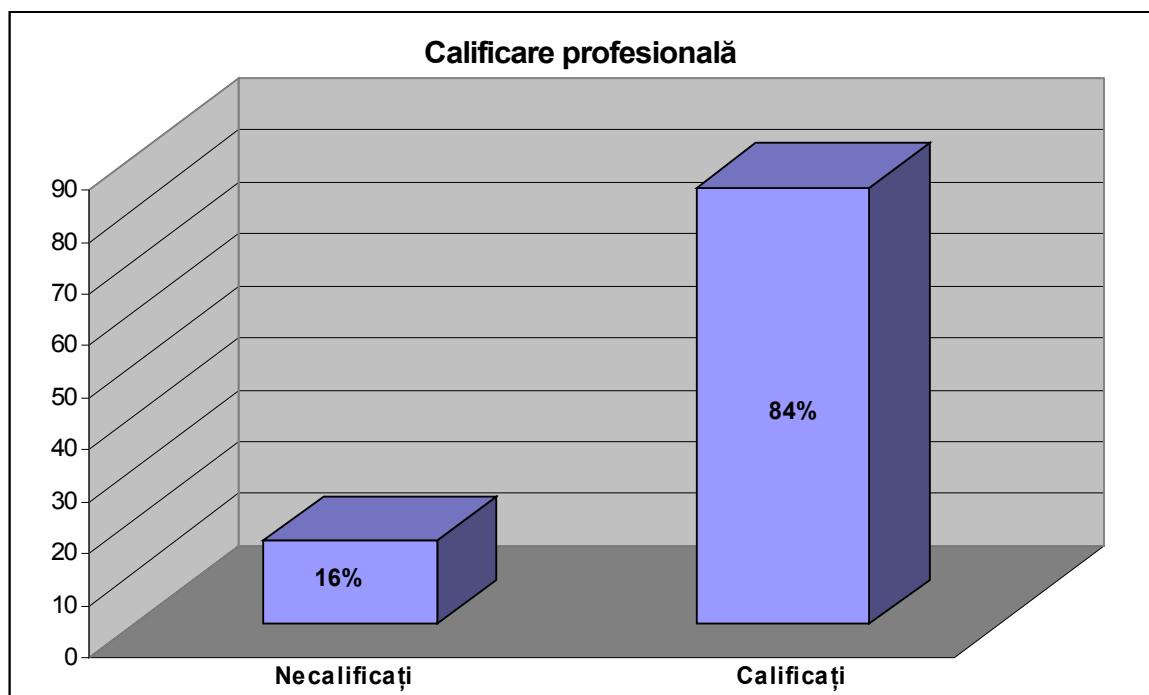
3.1.4. Scolarizare. Calificare:

Nivelul de scolarizare al beneficiarilor Samusocial evidentaiza un procent de 60% cu studii medii si 24% cu studii primare. De remarcat procentul de 8% cu studii superioare. In aceeasi ordine de idei, 84% dintre beneficiari sunt calificati profesional si doar 16% declara ca sunt necalificati.

Scolarizare	Procente
Fara studii	8
Studii primare	24
Studii medii	60
Studii superioare	8
Total	100



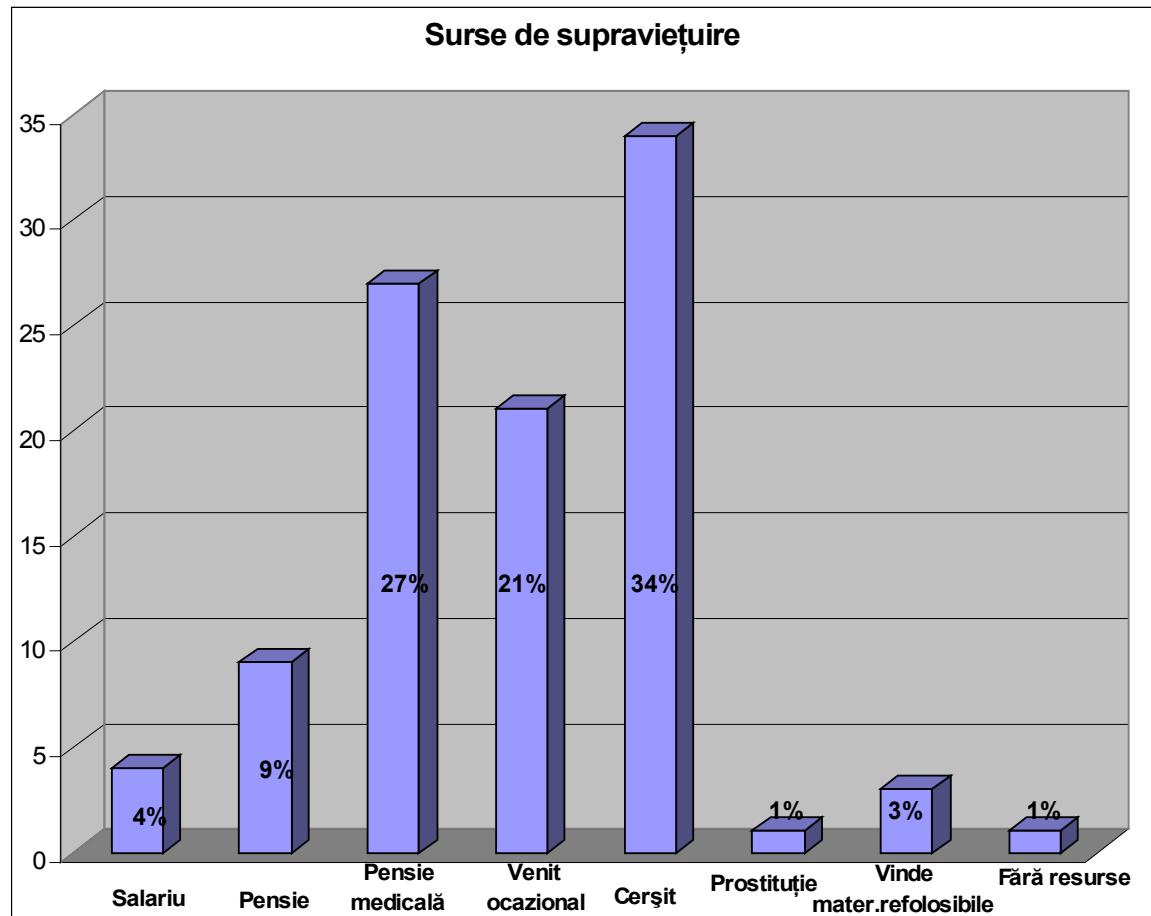
Calificare profesională	Procente
Necalificați	16
Calificați	84
Total	100



3.1.5. Surse de supravietuire:

Principalele surse financiare sunt: cersit, pensie, veniturile ocazionale, vanzarea materialelor refolosibile. Comparativ cu sursele de supravietuire ale categoriei generale de persoane adulte fara adaptost, persoanele cu probleme de sanatate mentala au ca principala sursa de supravietuire cersitul in timp ce la populatia generala pe primul loc se afla veniturile ocazionale.

Surse de supravietuire	Procente
Salariu	4
Pensie	9
Pensie medicala	27
Venit ocazional	21
Cersit	34
Prostitutie	1
Vinde materiale refolosibile	3
Fara resurse	1
Total	100



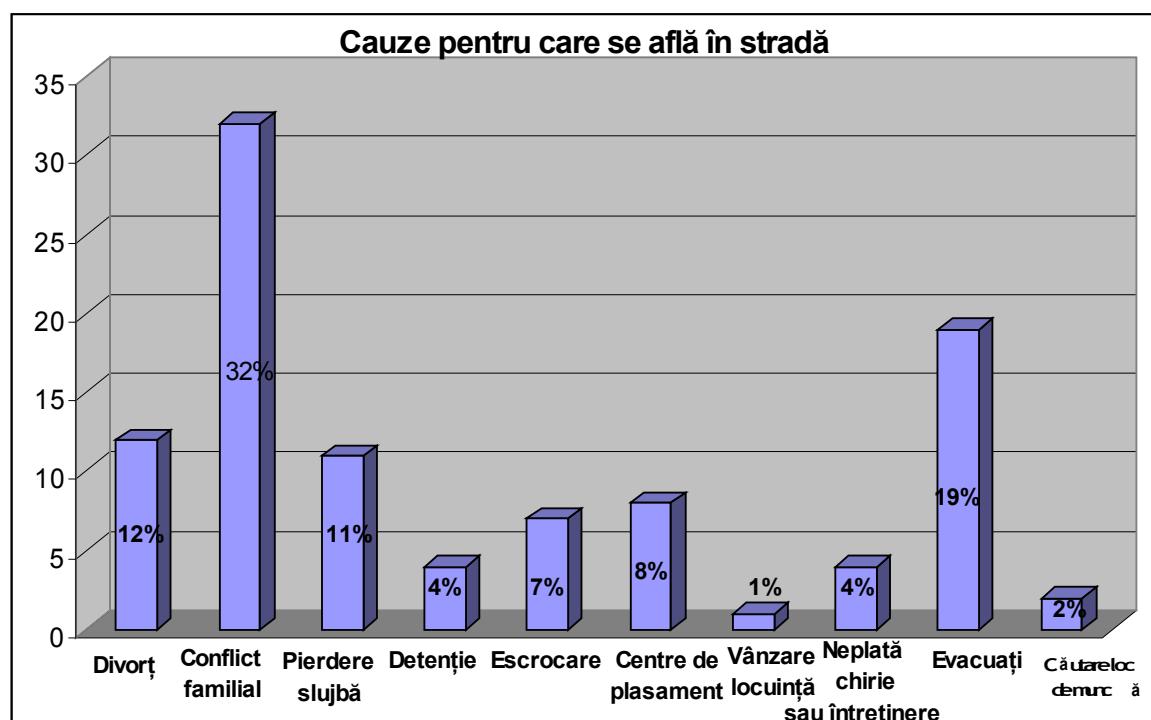
3.1.6. Cauze pentru care se afla in strada:

Principalele cauze pentru care se ajunge in strada sunt: conflictele familiale, divortul, evacuarile, pierderea locului de munca si, specific pentru persoanele cu probleme de sanatate mintala, escrocheriile.

La categoria evaciati am inclus persoanele care au declarat ca au ajuns in strada pentru ca au fost dati afara din casa de catre propria famile (persoanele varstnice – 10 cazuri), dar si cei care au detinut o casa care a fost retrocedata fostului proprietar (in urma Legii caselor nationalizate - 9 cazuri).

Cauze pentru care se afla in strada	Procente
Divort	12

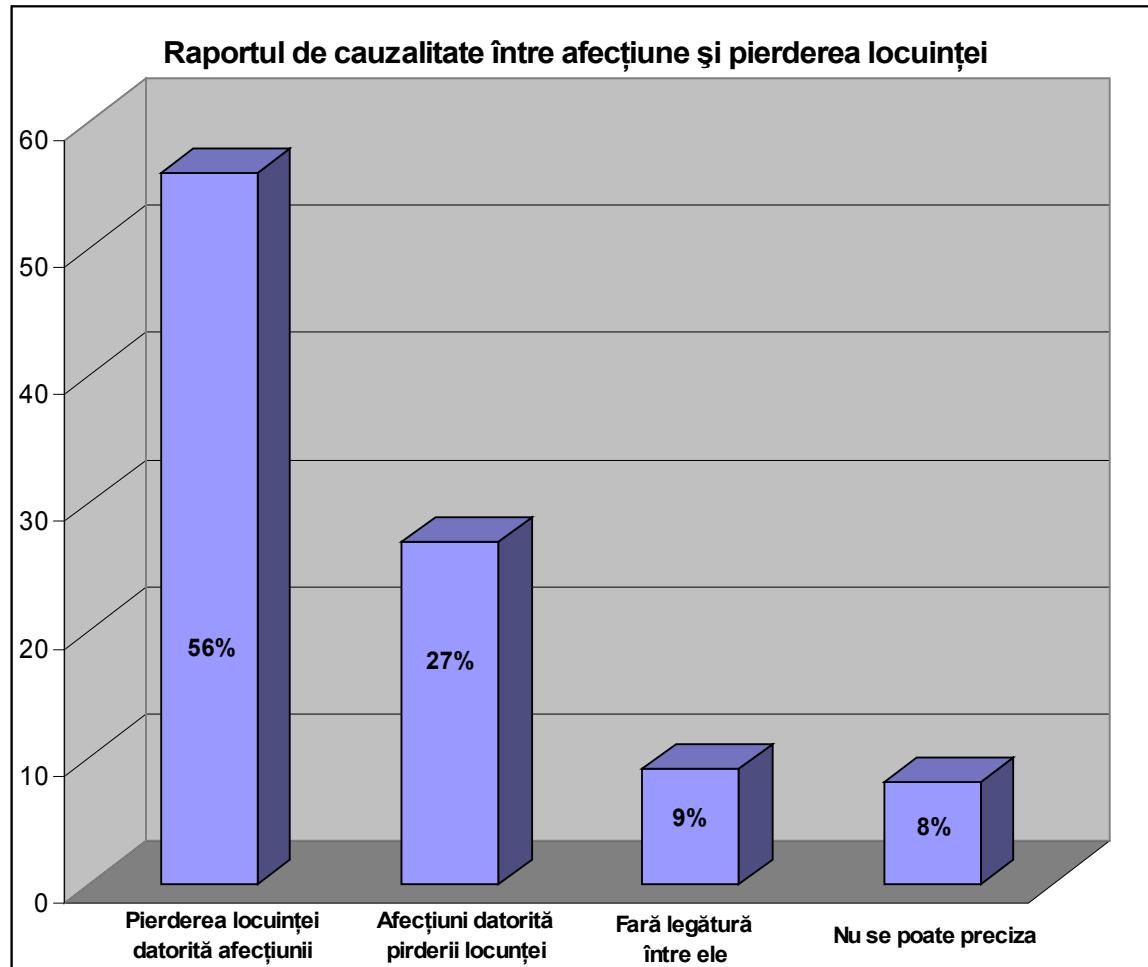
Conflict familial	32
Pierdere slujba	4
Detentie	4
Escrocare	7
Provenienta din Centre de Plasament	8
Vanzare locuinta	1
Neplată chirie sau intretinerii	4
Evacuati	19
Plecat de acasa in cautare loc de munca	2
Total	100



Legatura dintre afectiune si pierderea locuintei

	<i>Procante</i>
Pierderea locuintei datorita afectiunii	56
Afectiune datorita pierderii locuintei	27
Fara legatura intre ele	9
Nu se poate preciza	8

Total	100
-------	-----

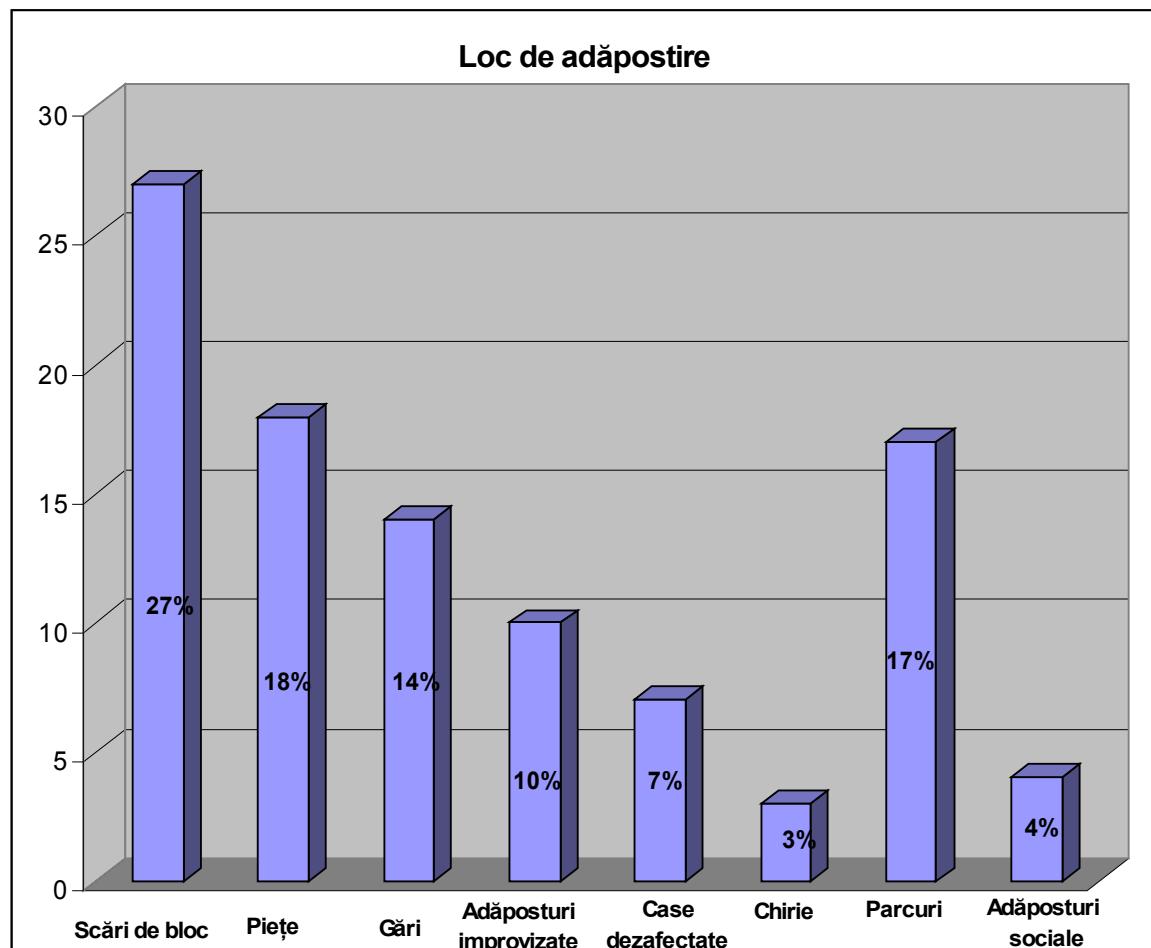


3.1.7. Loc de adăpostire:

Principalele locuri de adăpostire peste noapte sunt: scările de bloc, parcuri, gari și piețe. În funcție de sezon, parcurile sunt înlocuite cu adăposturi improvizate sau scări de bloc.

Loc de adăpostire	Procente
Scări de bloc	27
Piețe	18
Gari	14
Adăposturi improvizate	10
Case dezafectate	7
Chirie	3

Parcuri	17
Adăposturi sociale	4
Total	100



3.2. Caracteristici clinice ale esantionului de studiu

Persoanele adulte fara adapost cu probleme psihice sunt de 2 tipuri: cele care ajung in strada datorita afectiunii psihice si cele care se imbolnavesc datorita vietii in strada. Cei care ajung in strada datorita bolii psihice sunt majoritatea (56% din totalul persoanelor adulte fara adapost cu afectiuni psihice) si sufera de boli precum schizofrenie, tulburari de personalitate, diferite grade de retard si consum de alcool. Schizofrenia este prezenta la 16% dintre oamenii strazii cu afectiuni psihice, iar cea mai frecventa forma de schizofrenie este cea paranoida (9%).

De obicei, acesti beneficiari ajung in strada pentru ca nu se pot adapta mediului familial din care fac parte, locului de munca si cerintelor sociale. Pe de alta parte, si pentru familie ingrijirea acestor bolnavi este o mare povara, deoarece sunt imprevizibili, starnesc teama si au un mare potential agresiv. Beneficiarii cu tulburari de personalitate reprezinta 20% din totalul celor afectati psihic si ajung in strada, de cele mai multe ori, datorita conflictelor familiale pe care le provoaca si le intretin, majoritatea provenind din familii dezorganizate si avand un caracter iritabil si irascibil.

Pacientii cu retard mental (13%) ajung in strada deoarece, cei mai multi dintre ei, nu pot supravietui in societate fara un ajutor din partea familiei, ajutor pe care nu il primesc, familiile abandonandu-i. Alcoolul reprezinta un factor organic distructiv, consumul cronic, abuziv, ducand la psihopatizarea caracterului cu pierderea abilitatilor, saracirea aptitudinilor si deteriorarea preciziei de realizare a activitatilor, alcoolul in sine fiind un viciu si generand o stare psihopatoida care in timp, se complica atat somatic (hepatopatie cronica anemie toxic carentiala gastrita cronica), cat si psihic, cu stari confuzionale si epilepsie secundara.

Cei care se imbolnavesc datorita vietii in strada reprezinta 27% si sufera de diferite forme de depresie, tulburari anxioase, insomnie si alcoolism. Cea mai frecventa forma de depresie este cea reactiva (16%); starea acestor pacienti poate fi ameliorata cu tratament adevarat, dar de cele mai multe ori, se remite abia dupa ce se realizeaza primii pasi spre reintegrarea in societate si anume intocmirea actelor pierdute sau expirate, primirea intr-un adaptost si gasirea unui loc de munca. Tulburarile anxioase sunt destul de rare in randul acestor persoane (3%) si reprezinta o faza adaptativa fata de noua conditie sociala. Ele pot fi insotite de reactii neurovegetative si uneori depressive, cu tendinte suicidare. Ulterior, se realizeaza o adaptare relativa, pacientul reusind sa-si accepte noua conditie umana.

Insomnia este o tulburare frecventa in randul acestor persoane, deoarece nu se respecta indeajuns conditiile si necesitatile de somn, de pe alta parte, ei trebuind sa fie tot timpul in alerta si sa se trezeasca daca acest lucru este necesar, prin urmare avand un somn fragmentat, neodihnitor.

Alcoolul reprezinta un refugiu pentru aceasta categorie de persoane, de cele mai multe ori fiind singurul, care ii ajuta sa gaseasca un echilibru eutimic aparent si le ofera sensatia usurarii disconfortului afectiv, reusind astfel sa faca fata mediului ostil si amenintator in care traiesc. Exista si pacienti la care nu se pot preciza cauzele care au condus la lipsa adaptostului si acestia sunt beneficiarii cu dementa, care sunt 9% din totalul beneficiarilor diagnosticiati cu boli psihice.

Afectiunile precum epilepsia - 11% si boala Parkinson - 3%, nu au o legatura directa cu cauzele pierderii locuintei, insa intretin aceasta situatie prin incapacitatea obtinerii unui loc de munca.

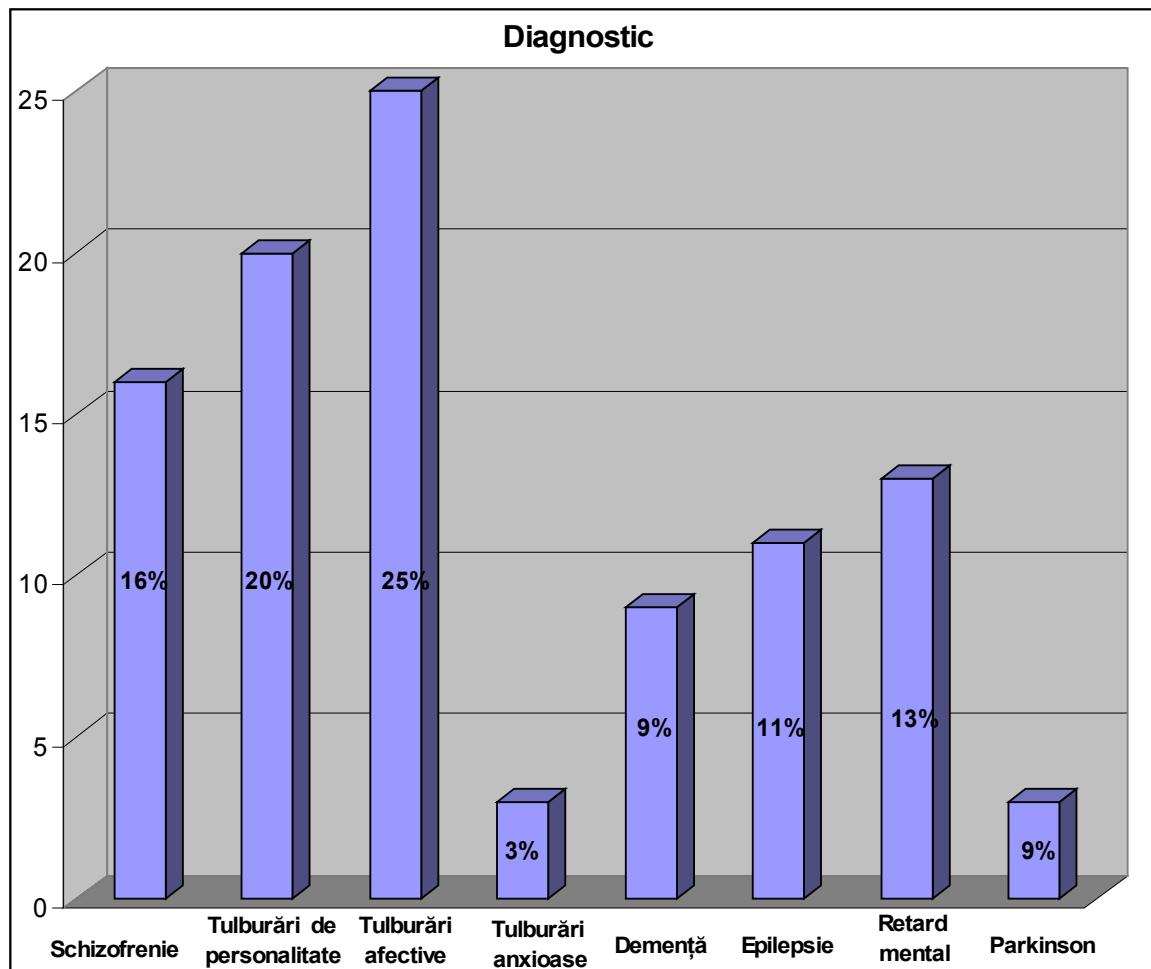
Prin urmare, aceste persoane sunt de doua ori stigmatizate de societate, o data pentru ca reprezinta persoane adulte fara adopost si in al doilea rand datorita afectiunii psihice.

O mare parte din acest tip de beneficiari - 53% - au fost internati in institutii de specialitate, unde au fost investigati, diagnosticiati si au primit tratament de specialitate, dar foarte putini dintre acestia - 5% - au o legatura de durata cu medicul curant. La fel de putini au un medic de familie - 5% - deoarece acest lucru implica detinerea unei asigurari medicale si numai 1% dintre acestia au contact cu un psiholog sau au facut o forma de terapie ocupationala.

Tratamentul pe care il primesc este ajustat, tinand seama de consumul de alcool (se incearca administrarea de medicamente care sa nu interfereze cu acesta), de comorbiditatile somatice multiple si de conditiile sociale precare (nu pot fi puternic sedati, deoarece, dormind in strada devin foarte vulnerabili fata de ceilalti beneficiari si reprezinta posibile victime ale diverselor tipuri de abuzuri - violenta, furt, crime).

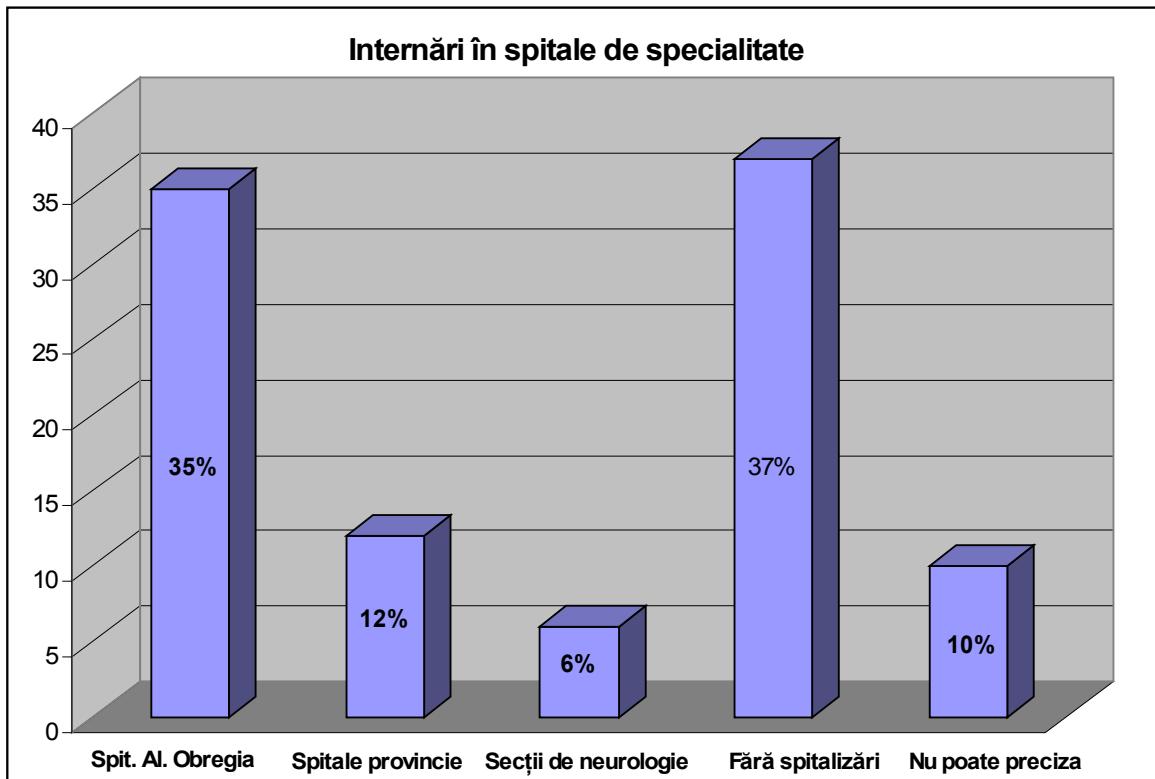
3.2.1. Diagnostic:

Diagnostic	Procente
Schizofrenie (paranoida, nediferentiata, reziduala), tulburarile psihotice, tulburarile delirante si tulburarea schizoafectiva	16
Tulburarile de personalitate	20
Tulburarile afective depresive (tulburare depresiva majora cu sau fara manifestari psihotice, episoade depresive medii, etc.), bipolar (episoade maniacale, depresive sau mixte in cadrul tulburarii afective bipolare)	25
Tulburarile anxioase (anxietate generalizata, atac de panica, fobii)	3
Demente	9
Epilepsie	11
Retard mental	13
Boala Parkinson	3
Total	100



3.2.2. Internari in spitalele de specialitate:

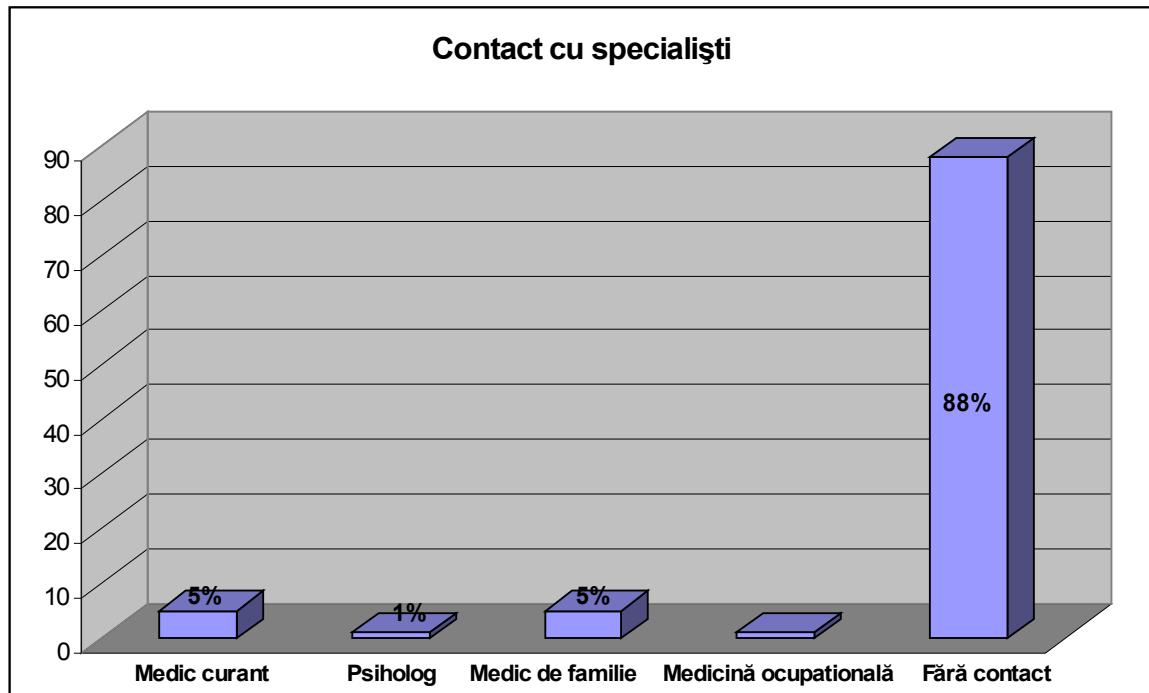
	Procente
Spitalul. " Al. Obregia"	35
Spitale de psihiatrie din provincie	12
Sectii de neurologie	6
Fara spitalizari	37
Nu se poate preciza	10
Total	100



3.2.3. Contact cu specilisti:

Se remarcă procentul scazut al persoanelor care au contact cu specialistii în domeniu sau (ce nu reiese din statistică), care au apelat vreodata la un profesionist, dacă abordarea a fost accidentală și nu cu caracter permanent.

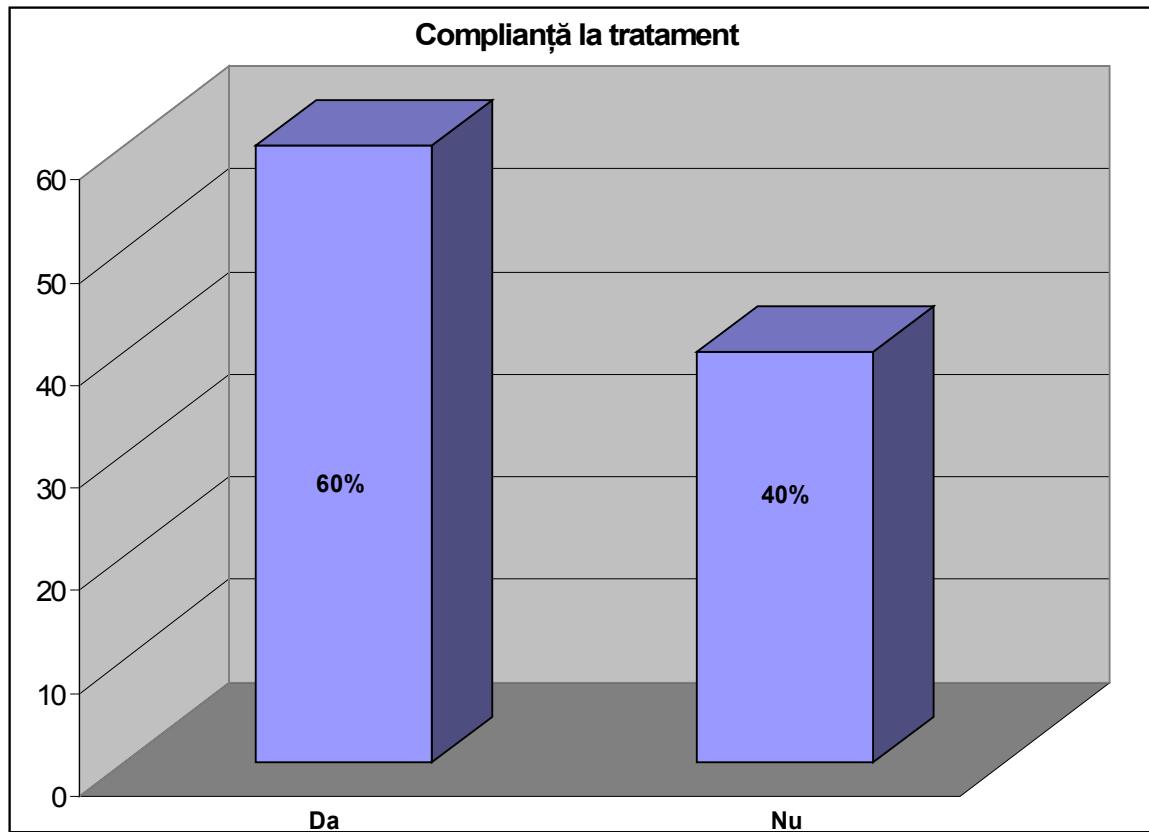
Contact cu specialisti	Procente
Medic curant	5
Psiholog	1
Medic de familie	5
Medicina occupatională	1
Fără contact	88
Total	100



3.2.4. Complianța :

Din cele 100 de persoane interviewate, 40 au fost complinente la tratament, ceea ce inseamna ca au dorit sa inceapa sau sa continue un tratament, au avut posibilitatea sa il primeasca saptamanal, stiu sa si-l administreze si, in plus, o mare parte dintre ei au renuntat la consumul de alcool pe perioada administrarii tratamentului.

Complianța la tratament	Da	40
	Nu	60
TOTAL		100



V. Concluzii

Avand în vedere faptul că sănătatea mintală este considerată o prioritate națională încă din anul 2004, fiind inclusă și în Capitolul VIII al Strategiei Naționale a Sănătății Mintale (2006), includerea persoanelor fără adăpost printre grupurile sociale prioritare ale acestei strategii este absolut necesară. Strategia Națională a Sănătății vizează atât scăderea morbidității cauzate de bolile psihice, cât și îmbunătățirea indicatorilor de sănătate mintală. Populația fără adăpost înregistrează o morbiditate generată de problemele de sănătate mintală mult mai mare decât populația generală (estimată de către cabinetul medico-psihosocial al Samusocial undeva între 25% și 80%) fără ca situația să fie monitorizată adecvat și fără să existe niciun serviciu de asistență specializat nici în București, unde se estimează că locuiesc peste 33% dintre adulții fără adăpost. În aceste condiții, indicatorii de sănătate mintală referitori la această populație prezintă aspecte mult mai ingrijorătoare decât în randul populației generale, situația continuând să se deprecieze în lipsa unui serviciu de asistență primară destinat acestei categorii de populație.

În sensul acelieiși strategii naționale a sănătății, dezvoltarea îngrijirii psihiatricice ambulatorii reprezintă o prioritate, echipile mobile fiind unul dintre cele mai eficiente mijloace de intervenție de acest tip și perfect adaptate condițiilor de viață ale acestei categorii de beneficiari.

Gravitatea problemelor psihice în randul persoanelor fără adăpost, asociate cu condițiile de viață, fac necesară, prin urmare, o intervenție specializată și complexă.

Putem identifica doua niveluri de dificultate: in primul rand, complexitatea ingrijirii (unde este important sa avem in vedere pierderile legaturilor sociale si implicarea mai multor boli) si, in al doilea rand, necesitatea unor echipe de teren care sa lucreze in amonte de ofertantii de servicii. Echipele mobile psihiatriche au deci un rol foarte important si anume acela de a **diagnostică, orienta, trata direct in strada si monitoriza** persoanele adulte fara adapost cu tulburari psihiatriche. Caracteristic echipelor mobile sunt cele doua metodologii de interventie ce si-au dovedit eficacitatea in Olanda si Franta: metodologia "assertive community treatment" (tratarea beneficiarilor in cadrul comunitatii) dezvoltata de organizatia Altrecht, care a devenit metodologia oficiala de asistare a acestor persoane in orasul Utrecht (Olanda) si metodologia "urgentei sociale" dezvoltata de Samusocial din Paris, in peste 11 ani de interventie directa si continua pentru salvarea celor mai vulnerabile persoane fara adapost.

Doar in acest mod putem preveni ruperea de ingrijire psihiatrica a pacientilor cu risc.

Boala psihica severa presupune modificarea in mod semnificativ a gandirii, emotiilor, perceptiilor si motivatiei. Fara tratament, toate aspectele vietii de zi cu zi sunt susceptibile de a fi perturbate: locul de munca, familie, relatii sociale, management financiar si capacitatea de a avea grija de propria persoana. Cu atat mai mult, aceste aspecte se amplifica in cazul unei persoane fara adapost. Aceasta poate deveni o potentiala persoana generatoare de conflict sau violenta dar, intr-o si mai mare masura, este o persoana supusa violentei si actelor de agresiune.

Stigmatizarea persoanelor cu probleme de sanatate mintala, dar si a celor care lucreaza in domeniu, este un fapt deseori intalnit. In Romania, conceptul de sanatate mintala este adesea considerat inca un subiect „tabu”.

Conform Planului de actiune pentru implementarea reformei in sanatatea mintala, factorii care mentin stigmatizarea sunt: lipsa interesului din partea ministerelor si a publicului, institutii in stare de degradare, lipsa de resurse, sisteme inadecvate de gestionare a informatiei, legislatie inadecvata.

VI. Recomandari

Propunem dezvoltarea unui serviciu comunitar complex de integrare a adultilor cu probleme de sanatate mintala (echipe mobile, centre socio-medicale, centre sociale de terapie ocupationala, ateliere de reinserție), centrat pe nevoile acestora si advocacy pentru persoanele cu probleme de sanatate mintala pentru conștientizarea membrilor comunitatii asupra problemelor pe care acestia le au, pentru schimbarea atitudinii si mentalitatii.

Este importanta, de asemenea, dezvoltarea parteneriatului si cooperarii cu institutiile guvernamentale si actorii sociali implicați in oferirea de servicii specializate pentru dezvoltarea structurii comunitare de servicii de ingrijire pentru adultii cu probleme de sanatate mintala, un parteneriat bazat pe un model de buna practica acceptat la nivel european.

Pentru a asigura servicii de calitate, este important ca in domeniile sociale si de sanatate sa existe suficienti profesionisti formati corespunzator, care sa dispuna de instrumente si de sprijin pentru rezolvarea problemelor specifice persoanelor adulte fara adapost dar si a problemelor de co-morbiditate. Acestia ar trebui sa prezinte o mai buna intelegerere si abilitate de a preventi probleme de sanatate mintala.

Monitorizarea pacientilor ce parasesc institutia trebuie sa fie mai atent luata in considerare in lupta impotriva excluderii persoanelor fara adapost. In majoritatea situatiilor, pacientii care cu greu au fost spitalizati si carora li se termina cura medicamentoasa parasesc spitalul si ajung inapoi in strada fara a avea alternativa centrelor de continuare a tratamentului si recuperarii.

In cele din urma, este necesar sa se incurajeze cooperarea intre factorii de decizie politica din diferite domenii, cum ar fi politica sociala, de locuinte, de sanatate publica, de sanatate mentala si fizica, astfel incat sa se aplice o abordare holistica in domeniu.

In prezent, ar putea fi pusa in discutie intarzierea in gasirea unui nou echilibru intre nevoia de a ingriji si de a proteja drepturile individuale a celor mai vulnerabile categorii, a celor mai saraci dintre saraci, un echilibru bazat pe o abordare deschisa si umanista. In aceasta categorie sociala se inscriu si persoanele fara adopost cu probleme grave de sanatate mintala.

Rabdare, realism si angajament sunt atitudini ce se impun a fi concentrate pentru a lucra cu aceste persoane. In urma unei reticente greu de inteles din partea sistemului sanitara, in general, si a serviciilor socio-medicale, in special, ramane deschisa intrebarea legata de disponibilitatea sistemului amintit de a pune in practica cadrul legislativ existent care permite infiintarea de servicii specializate si adaptate categoriei de persoane fara adopost.