



Krótki przewodnik rezygnacji ze stosowania przymusu i ograniczania wolności w placówkach zdrowia psychicznego

**ROZPOCZNIJMY
PRACĘ**

WITAMY !

WPROWADZENIE

Niniejszy przewodnik jest czwartą publikacją z naszej serii krótkich przewodników: „**Krótki przewodnik rezygnacji ze stosowania przymusu i ograniczania wolności w placówkach zdrowia psychicznego**” jest kontynuacją „**Krótkiego przewodnika po lekach psychiatrycznych**”, „**Przewodnika po osobistym powrocie do zdrowia psychicznego**” i „**Krótkiego przewodnika po diagnozie psychiatrycznej**”.

Niniejszy przewodnik ma służyć pomocą osobom, które stykają się z systemem zdrowia psychicznego – jako korzystający z jego usług, czy też pośrednio jako przyjaciele lub rodzina osób korzystających – w poznaniu, zrozumieniu i aktywnym w nim uczestnictwie, w przeciwieństwie do pozostawania biernym odbiorcą opieki.

Dla wielu osób doświadczenie bycia pacjentem psychiatrycznym może być upokarzające i przerażające, oraz pełne samotności. Sytuację pogarsza jeszcze fakt, że proces ten nie jest w pełni dobrowolny lub wręcz przymusowy, co powoduje dodatkowy stres i prowadzi do trwałej traumy.

Niestety, większość krajów nadal zezwala na pewne formy przymusu i ograniczenia wolności w służbie zdrowia psychicznego, uznawane za uzasadnione, gdy dana osoba jest postrzegana jako stwarzająca zagrożenie dla siebie lub innych.

Obecnie środki przymusu są zwykle traktowane jako „ostateczność”, ich użycie jest określone wytycznymi i wymaga obowiązkowych szkoleń, lecz zastosowanie takich środków w charakterze rozwiązania podstawowego, bądź awaryjnego wciąż odgrywa istotną rolę. Reakcja taka jest nadal powszechna, a wręcz nasila się gdy usługi świadczone są pod silną presją.

Ten krótki przewodnik ma na celu zasugerowanie sposobów, dzięki którym ci, którzy doświadczyli kryzysów zdrowia psychicznego wraz z osobami ich wspierającymi mogliby sprawić, by ich głosy i poglądy zostały usłyszane, umożliwiając im przejęcie kontroli nad własnym ciałem i życiem.

1. Jakie formy przybierają przymus i ograniczenie wolności?

Przymus i ograniczanie wolności ma za sobą długą i niestety mroczną historię w służbie zdrowia psychicznego. Przymus może obejmować:

X Ograniczenie fizyczne: ręczne przytrzymywanie osoby w celu uniemożliwienia lub ograniczenia jej ruchu.

X Ograniczanie mechaniczne: stosowanie urządzeń (np. pasów, taśm, klatek itp.) w celu uniemożliwienia lub ograniczenia ruchu.

X Przymus chemiczny lub farmakologiczny: stosowanie leków uspokajających w celu kontrolowania lub ujarzmienia zachowania (np. szybkie uspokojenie).

X Odosobnienie: zamknięcie w pomieszczeniu lub na odosobnionym obszarze, z którego osoba nie może swobodnie wyjść.



OKREŚLENIE PRZYMUS
ODNOSI SIĘ DO SPOSOBÓW
NARUSZANIA LUB OMIJANIA
STANDARDOWYCH ZASAD
MEDYCZYNY WYMAGAJĄCYCH
W PEŁNI ŚWIADOMEJ ZGODY NA
LECZENIE.

Czyni się to grożąc konsekwencjami za nieprzestrzeganie zaleceń, takimi jak przymusowe ponowne przyjęcie do szpitala, lub lekceważąc jasno wyrażone życzenia osoby poddawanej leczeniu w jakikolwiek inny sposób (np. przymusowe zastrzyki lub nakaz leczenia środowiskowego).



2. Czy istnieją alternatywy dla stosowania przymusu i ograniczania wolności?

W 2017 roku organizacja Mental Health Europe (MHE) zajęła stanowisko w sprawie artykułu 12 Konwencji Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych (UN CRPD), popierając przesunięcie wszystkich usług w zakresie zdrowia psychicznego oraz dotyczącego go prawodawstwa w kierunku praktyk całkowicie konsensualnych, wolnych od przymusu i podejmowania decyzji za kogoś innego. Dwa lata później opublikowaliśmy raport **Promising practices in prevention, reduction and elimination of coercion across Europe (Obiecujące praktyki w zapobieganiu, ograniczaniu i eliminowaniu przymusu w Europie)**.

Raport ten zawiera listę alternatywnych rozwiązań stosowanych obecnie w krajach europejskich, zebraną przez członków i partnerów MHE. Kilka przykładów zostało tu zamieszczonych w celu zilustrowania zasad, na jakich się one opierają.

WŁOCHY

Oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych SPDC (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura)

SPDC zostały utworzone w 1978 roku we Włoszech, podczas procesu deinstytucjonalizacji na mocy tej samej ustawy, która nakazała zamknięcie szpitali psychiatrycznych na poziomie krajowym, dając tym samym wyraźny sygnał o przeniesieniu środka ciężkości usług ze szpitala na społeczność lokalną oraz oparciu się na paradygmacie społecznym zamiast medycznego. SPDC są oddziałami psychiatrycznymi szpitali ogólnych, przeznaczonymi do przyjmowania osób w sytuacjach kryzysowych, zarówno dobrowolnie, jak i przymusowo, w przypadku gdy wsparcie ze strony służb środowiskowych okazało się bezskuteczne.

Istnieją SPDC, w których oddziały są całkowicie otwarte i od wielu lat nie stosują środków przymusu bezpośredniego (“SPDC bez przymusu bezpośredniego”), podczas gdy inne SPDC nadal utrzymują oddziały zamknięte, dążąc do ograniczenia lub wyeliminowania przymusu bezpośredniego. SPDC nie uciekające się do środków przymusu stosują politykę otwartych drzwi i poszanowania praw, wolności i godności osoby ludzkiej. Program opiera się na dialogu i zachęcaniu ludzi do wzięcia odpowiedzialności za własne wyzdrowienie.

Przekształcenie się w szpital SPDC pozbawiony ograniczeń to długi proces, który wymaga edukacji oraz rozwijania nowych umiejętności u pracowników służby zdrowia psychicznego, lecz również nowych postaw wśród szerszej pojętej społeczności wobec osób z problemami ze zdrowiem psychicznym. Niezbędne są otwartość, zaufanie i współpraca z ludźmi zarówno wewnątrz, jak i na zewnątrz szpitala. Program SPDC “no re-

straint (bez przymusu)” obejmuje dużą sieć organizacji i usług zarówno na poziomie szpitala, jak i społeczności lokalnej, takich jak organizacje użytkowników usług i rodzin, władze lokalne oraz policja i wymiar sprawiedliwości. Im lepiej zorganizowane i skoordynowane są usługi lokalne, tym mniejsza jest potrzeba hospitalizacji.

FINLANDIA

Podążcie do ostrej psychozy oparte na Otwartym Dialogu

Jest to model opracowany pierwotnie w Finlandii, w którym decyzje dotyczące opieki są podejmowane przy osobistym udziale zainteresowanej osoby, wraz z wybranymi członkami jej szerszej sieci społecznej. Model Otwartego Dialogu został początkowo zaprojektowany jako alternatywa leczenia pozwalająca uniknąć hospitalizacji. W związku z tym istnieje mniejsze prawdopodobieństwo stosowania przymusu, w tym odosobnienia i przytrzymania.

Otwarty Dialog opiera się na wsparciu w domach i społecznościach, w których żyją ludzie. Organizatorzy usług mają na celu ułatwienie regularnych “spotkań w sieci” pomiędzy osobą doświadczającą kryzysu psychicznego i wybraną przez nią najbliższą grupą przyjaciół, opiekunów lub rodziną oraz kilkoma stałymi członkami zespołu opieki zdrowotnej. Duży nacisk kładzie się na wysłuchiwanie wszystkich głosów i perspektyw w równym stopniu, co jest zarówno środkiem, jak i celem leczenia. Kładzie się nacisk na przejrzystość w stosunku do osoby, empatię i prawdziwy szacunek.

Nie przeprowadzono jeszcze szeroko zakrojonej oceny bezpośredniego wpływu podejścia Otwartego Dialogu na zastosowanie przymusu, lecz w Laponii model ten całkowicie zastąpił zmedykalizowane leczenie nagłych przypadków. Ogólne korzyści z dwuletniej obserwacji to mniejsza ilość hospitalizacji, więcej spotkań z rodzinami, mniej stosowanych leków, rzadsze nawroty choroby i lepszy status zawodowy.



ZJEDNOCZONE KRÓLESTWO (UK)

Inicjatywa “No Force First (Przed wszystkim nie siłą)”

Inicjatywa ta ma na celu zmianę kultury oddziału zamkniętej na sprzyjającą zdrowieniu, a ostatecznie stworzenie środowiska wolnego od przymusu. Podejście to, wywodzące się ze Stanów Zjednoczonych, jest przyjmowane przez niektóre brytyjskie oddziały zdrowia psychicznego. Podstawową ideą jest to, że “nie ma czegoś takiego jak przymusowy powrót do zdrowia”. Polityka “No Force First” ma na celu stworzenie środowisk wolnych od przymusu poprzez następujące inicjatywy:

- ✓ promowanie współpracy pomiędzy korzystającymi z usług systemu zdrowia psychicznego i jego pracownikami, aby oddziały były bardziej skoncentrowane na zdrowieniu;
- ✓ opracowywanie programów szkoleniowych we współpracy z korzystającymi z usług systemu zdrowia psychicznego i promowanie szkoleń w zakresie technik deeskalacji;

✓ **ozwijanie kultury współpracy, zamiast kultury restrykcyjnej, w celu zmniejszenia liczby przypadków agresji, samookaleczeń i interwencji fizycznych;**

✓ **rozwijanie głębszego zrozumienia osób korzystających z usług systemu zdrowia psychicznego, aby spojrzeć na ich doświadczenia w sposób empatyczny, świadomy traumy, oraz podjęcie wspólnego wysiłku nad budowaniem odporności psychicznej;**

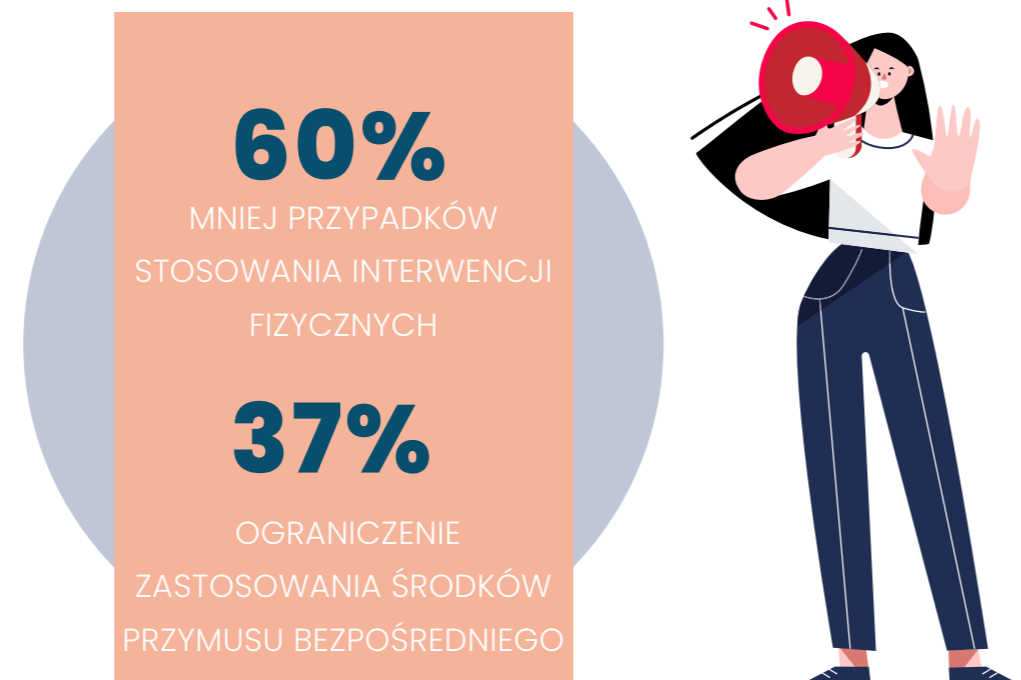
✓ **uwzględnianie doświadczeń osób korzystających z usług systemu zdrowia psychicznego i angażowanie się we współtworzenie efektów;**

✓ **podnoszenie świadomości wśród użytkowników i ich krewnych;**

✓ **rejestrowanie danych dotyczących stosowania przymusu i natychmiastowa analiza po wystąpieniu takiego zdarzenia.**

Brytyjski organ opieki zdrowotnej Mersey Care NHS Foundation Trust zastosował politykę „No Force First (Przede Wszystkim Nie Siłą)” wraz z innymi inicjatywami, odnotowując redukcję interwencji

fizycznych o około 60% w ciągu pierwszych dwóch lat od jego wprowadzenia. Podejście to zostało następnie wdrożone na wszystkich oddziałach prowadzonych przez Trust i w okresie od kwietnia 2016 r. do sierpnia 2017 r. odnotowano 37% redukcję w zakresie stosowania środków przymusu bezpośredniego, a także zmniejszenie liczby zwolnień lekarskich i rotacji personelu.



3. Wspieranie prawa do wyboru i świadomej zgody

Opisane powyżej programy dotyczą zmiany kultury usług w zakresie zdrowia psychicznego, a w przypadku dwóch pierwszych – kultury całej społeczności i instytucji, w których usługi są osadzone.

Istnieje jednak także potrzeba wspierania osób, które pragną by ich preferencje i wybory były uznawane i realizowane w sytuacji gdy kultura nie jest tak sprzyjająca.

Wsparcie prawa wyboru w postaci rzecznictwa zaufanej osoby, kogoś dysponującego podobnym doświadczeniem, lub dokumentu, w którym osoba wyraża zgodę lub zakaz stosowania na niej zabiegów może być niezwykle pomocne, co widać na przykładzie poniższych programów.

SZWECJA

Program szwedzkiego rzecznika praw obywatelskich

Personligt Ombud Skane” lub “PO” to program zapoczątkowany w 1995 roku przez osoby z niepełnosprawnością psychospołeczną jako “Usługa kontrolowana przez użytkownika usług wraz z osobistymi rzecznikami”. Jego celem jest ułatwienie osobom z niepełnosprawnością psychospołeczną i znajdującym się w trudnej sytuacji życiowej podejmowania decyzji odnośnie tego, jakiego rodzaju wsparcia potrzebują ze strony władz publicznych i służb socjalnych. Rzecznik jest profesjonalistą o wysokich kwalifikacjach, zazwyczaj prawnikiem lub pracownikiem socjalnym, pracującym wyłącznie dla swojego klienta i nie działającym w porozumieniu ze służbami psychiatrycznymi, socjalnymi lub jakimikolwiek innymi organami, ani też z krewnymi klienta lub innymi osobami.

Rzecznik poświęca wiele uwagi i czasu, aby zbudować zaufanie i sprawić, by osoby te otrzymały taką pomoc i usługi, do których są uprawnione i których sobie życzą. Ten model wspieranego podejmowania decyzji uważany jest za odpowiedni przez Komitet ONZ do spraw Praw Osób Niepełnosprawnych oraz Światową Organizację Zdrowia (WHO), ponieważ Rzecznik Praw Obywatelskich umożliwia osobom niepełnosprawnym składanie wniosków i wyrażanie opinii, oraz informowanie o decyzjach dotyczących kwestii osobistych lub prawnych. W związku z tym instytucja Rzecznika Praw Obywatelskich jest sposobem na ograniczenie stosowania przymusu i zmniejszenie liczby występujących kryzysów zdrowia psychicznego.

Od 2000 r. system PO został rozszerzony na cały kraj. Choć nie ma jeszcze dostępnych dowodów na to, że wywiera wpływ na stosowanie przymusu, pięcioletnia rządowa ocena programu wykazała, że jest on mniej kosztowny pod względem społeczno-ekonomicznym, ponieważ osoby korzystające ze wsparcia PO szybko stają się mniej zależne od usług psychiatrycznych, zyskując większą kontrolę nad własnym życiem, a ich sytuacja psychospołeczna ulega poprawie. W rezultacie Krajowa Rada Zdrowia i Opieki Społecznej zaczęła promować PO jako nowe stanowisko w sektorze pomocy społecznej, a w 2013 roku weszło w życie nowe rozporządzenie, które

ustanowiło stałe finansowanie systemu PO. System spotkał się z dużym zainteresowaniem i stał się inspiracją dla usług zewnętrznych typu outreach w innych krajach.

Planowanie z wyprzedzeniem

Planowanie z wyprzedzeniem oznacza, że dana osoba podejmuje decyzje z wyprzedzeniem w stosunku do siebie lub innych, szczególnie na czas kryzysu, poprzez wyrażone wcześniej wytyczne lub oświadczenia. Planowanie z wyprzedzeniem może dotyczyć preferencji co do rodzaju leczenia, informacji o niepożądanych reakcjach na poprzednio przyjmowane leki oraz wszelkich innych informacji, takich jak wskazanie, z kim się kontaktować, a z kim nie. Może to pomóc w działaniu z poszanowaniem woli i preferencji danej osoby.

Formalną odmianą planowania z wyprzedzeniem jest umowa o rzecznictwie, w której dana osoba wyznacza inną osobę do pomocy w razie przyszłego kryzysu. Nieformalną odmianą natomiast jest plan kryzysowy, opracowywany przez użytkownika usług, wraz z pracownikami służby zdrowia, osobą zaufaną, osobami o podobnym doświadczeniu lub krewnymi, jeśli jest to pożądane lub konieczne. Plan zawiera sporządzone z wyprzedzeniem oświadczenia dotyczące preferencji w zakresie opieki w przypadku nawrotu choroby w przyszłości.

PLANOWANIE Z WYPRZEDZENIEM UWAŻA SIĘ ZA ŚRODEK OGRANICZAJĄCY PRZYMUSOWE PRZYJĘCIA I PRZYMUSOWE LECZENIE, PONIEWAŻ UŻYTKOWNICY MAJĄ POCZUCIE WIĘKSZEJ KONTROLI I SPRAWCZOŚCI, A TAKŻE SĄ SPOKOJNIEJSI JEŚLI CHODZI O POSZANOWANIE ICH POTRZEB W PRZYSZŁOŚCI.

Nie zawsze postępuje się zgodnie z wytycznymi, a pracownicy służby zdrowia często nie uwzględniają życzeń swoich klientów/pacjentów, kierując się ich "najlepszym interesem". Należy jednak pamiętać, że usługobiorcy mają takie samo prawo do zmiany zdania jak wszyscy inni ludzie i nie powinno to być pretekstem do pozbawiania ich możliwości planowania z wyprzedzeniem, którego wytyczne w niektórych krajach mogą być egzekwowane przez prawo i muszą być przestrzegane przez pracowników służby zdrowia.

Celowe wsparcie osób z doświadczeniem

Celowe Wsparcie Osób z Doświadczeniem kryzysu psychicznego to sposób myślenia i zapraszania do budowania relacji, które są wzajemne, odkrywcze i świadome sprawczości. Osoby o podobnych doświadczeniach łączą się wokół wspólnych im przeżyć oraz, niejednokrotnie, wokół pragnienia zmiany swojego życia. Uczą się wykorzystywać

relacje, by spojrzeć na wszystko z nowej perspektywy, rozwijać większą świadomość osobistych i relacyjnych wzorców oraz wspierać się i stawiać sobie wyzwania związane z testowaniem nowych rozwiązań.

Celowe Wsparcie Osób z Doświadczeniem kryzysu psychicznego promuje między innymi sposób odnoszenia się do siebie uwzględniający przebytą traumę: zamiast pytania "Co ci dolega?", należy zadać pytanie "Co ci się przydarzyło?". Celowe Wsparcie Osób z Doświadczeniem zapewnia silne podstawy do tworzenia relacji, w których osoby uczą się i rozwijają razem. W ten sposób pojawia się możliwość odnajdywania i tworzenia nowych znaczeń na drodze relacji i rozmów, co prowadzi do nowych sposobów rozumienia kryzysu. Wzajemność i wspólna sprawczość są przedstawiane jako czynniki przyczyniające się do zapobiegania interwencjom opartym na przymusie.

Celowe Wsparcie Osób z Doświadczeniem (Intentional Peer Support) zostało opracowane jako alternatywa dla tradycyjnych praktyk wsparcia osób z doświadczeniem kryzysu w ramach usług zdrowia psychicznego. Zostało ono rozwinięte przez Centrum Praw Człowieka dla Użytkowników i Ocalałych z Psychiatrii oraz Europejską Sieć (Byłych) Użytkowników i Ocalałych z Psychiatrii jako dobra praktyka w zakresie "Wspieranego podejmowania decyzji i alternatyw dla przymusu".

4. Co jest potrzebne by zmniejszyć lub wyeliminować przymus i ograniczanie wolności?

Stosowanie przymusu i ograniczania wolności jest wpisane w kulturę i procedury usług w zakresie zdrowia psychicznego oraz społeczności lokalnych. Nie pozostaje ono jednak bezsporne. W 2019 r. były specjalny sprawozdawca ONZ ds. prawa do zdrowia fizycznego i psychicznego, Dainius Puras, przedstawił przełomową propozycję **podjęcia opartego na zasadzie Rights-first (Najpierw prawa)**, aby przeciwdziałać wzrastającemu poleganiu na przymusowym leczeniu na całym świecie.

PIERWSZYM KROKIEM W KIERUNKU ZMIAN JEST WSPÓLNE UZNANIE, ŻE PRZYMUSOWE LECZENIE JEST ZŁE ORAZ ZAANGAŻOWANIE ZE STRONY OSÓB NA SZCZEBLU KIEROWNICZYM W ELIMINACJĘ WSZELKICH FORM PRZYMUSU I OGRANICZENIA.



Działania będą obejmować:

KONCENTRACJĘ NA UŻYTKOWNIKACH USŁUG

koncentrowanie się na preferencjach użytkowników usług, poświęcanie im większej ilości czasu oraz angażowanie pracowników i osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego w podejmowane inicjatywy

BUDOWANIE POTENCJAŁU PRACOWNIKÓW I URZĘDNIKÓW PUBLICZNYCH,

szkolenie personelu, a także funkcjonariuszy policji i innych urzędników publicznych, z udziałem ekspertów poprzez doświadczenie

POPRAWA KOMUNIKACJI Z UŻYTKOWNIKAMI

poświęcenie czasu na poprawę komunikacji z użytkownikami usług służby zdrowia psychicznego w kontekście ich rodzin i sieci społecznych oraz skupienie się na współpracy w ramach podjęcia opartego na wyzdrowieniu

ŚRODOWISKO FIZYCZNE MA ZNACZENIE

poprawa środowiska fizycznego

ZAPEWNIENIE WSPÓŁPRACY MIĘDZYAGENCYJNEJ

skuteczna praca na poziomie społeczności lokalnej oraz współpraca pomiędzy różnymi służbami (np. usługami socjalnymi, służbą zdrowia, pracownikami urzędu zatrudnienia, lokalnymi placówkami oferującymi możliwości spędzania wolnego czasu)

MONITOROWANIE STOSOWANIA PRZYMUSU

monitorowanie i gromadzenie danych dotyczących stosowania przymusu oraz wspólne analizowanie incydentów w celu sprawdzenia, czego można się z nich nauczyć.

5. Co możemy zrobić jako użytkownicy usług lub osoby ich wspierające?

ZNALEŹĆ SOJUSZNIKÓW

Zrób rozpoznanie i przyłącz się do lokalnych i/lub krajowych grup, zwłaszcza tych prowadzonych przez osoby z podobnym doświadczeniem życiowym, które są zaangażowane w promowanie opartego na prawach człowieka podejścia do łagodzenia cierpienia psychicznego.

ZBIERAĆ HISTORIE

Nic nie przemawia głośniejsz niż doświadczenie. Dzielenie się tym, co poszło nie tak i wskazywanie przykładów sytuacji, w których odmienne podejście mogłoby być skuteczne, to potężne motywatory zmian. Rozwój mediów społecznościowych dostarcza narzędzi zarówno do gromadzenia, jak i rozpowszechniania informacji i pomysłów.

GROMADZIĆ DANE

Wiele krajów wymaga od służb gromadzenia i publikowania danych na temat stosowania przymusu w różnych formach. Możliwość dowiedzenia się, co się dzieje, zapewnia punkt odniesienia, w stosunku do którego można mierzyć postęp.

ZIDENTYFIKOWAĆ OSOBY PEŁNIĄCE ROLE PRZYWÓDCZE W TWOJEJ OKOLICY I ROZMAWIAĆ Z NIMI

Dowiedzcie się, kto jest zainteresowany wprowadzeniem zmian, ponieważ mogą istnieć sojusznicy, w tym organizacje pracowników służby zdrowia, prawnicy, organy zajmujące się prawami człowieka i zaangażowani decydenci. Nikt nie lubi używać siły – pomijając fakt, że jest to niewiarygodnie szkodliwe dla osób wobec których się ją stosuje, przyczynia się to do znacznego stresu u tych, którzy czują się zmuszeni do jej użycia. Filozofia „No Force First (Przede Wszystkim Nie Siłą)”, nie tylko przyniosła znaczącą poprawę w zakresie doświadczeń pacjentów, ale także pozytywnie wpłynęła na personel.

Ciągłe stosowanie przymusowego ograniczania i leczenia jest międzynarodowym skandalem. Zawsze istnieją możliwe alternatywy, a każdy przypadek jest okazją do wyciągnięcia nauki na temat tego, co można było zaplanować lub zrobić lepiej. Przyłączcie się do nas w dziele zmiany naszej kultury na taką, w której lekceważenie zasady świadomej zgody na leczenie nie jest już akceptowalne, zaś podpisanie UNCRPD oznacza zobowiązanie do przestrzegania praw osób niepełnosprawnych w każdych okolicznościach, a zwłaszcza w momentach kryzysu.

Organizacja Mental Health Europe jest zaangażowana w ograniczanie i eliminowanie wszelkich form przymusu w zakresie zdrowia psychicznego, zarówno poprzez monitorowanie przypadków zastosowania przymusu, jak i zachęcanie do korzystania z alternatywnych sposobów.

PRZYŁĄCZ SIĘ DO NAS, ABY ZMIENIĆ NASZĄ KULTURĘ NA TAKĄ, W KTÓREJ LEKCEWAŻENIE ZASADY ŚWIADOMEJ ZGODY NA LECZENIE NIE JEST JUŻ AKCEPTOWALNE.





O MENTAL HEALTH EUROPE (MHE)

Łącząca ponad 70 organizacji w ponad 30 krajach, MHE jest największą niezależną siecią działającą na rzecz zdrowia i dobrostanu psychicznego oraz ochrony praw osób z zaburzeniami psychicznymi. Nieustannie walczymy o integrację społeczną, deinstytucjonalizację i poszanowanie praw człowieka w stosunku do osób z niepełnosprawnością psychospołeczną. Podnosimy świadomość, aby położyć kres stygmatyzacji w sferze zdrowia psychicznego w całej Europie.

Więcej informacji można znaleźć na stronie:



Działania Mental Health Europe są wspierane przez Komisję Europejską w ramach programu Rights, Equality and Citizenship Programme. Informacje zawarte w niniejszym dokumencie nie muszą odzwierciedlać stanowiska lub opinii Komisji Europejskiej.

Działania Mental Health Europe są częściowo wspierane przez dotację z Foundations Open Society Institute we współpracy z Public Health Program Open Society Foundations.+