



ΣΥΝΗΓΟΡΟΣ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ
ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΑΡΧΗ

Κύκλος Κοινωνικής Προστασίας

ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ

(Ν. 3094/2003 “Συνήγορος του Πολίτη και άλλες διατάξεις”, Άρθρο 3 § 5)

Αυτεπάγγελτη έρευνα του
Συνηγόρου του Πολίτη για την
Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών

Βοηθός Συνήγορος του Πολίτη: Δ.Ν. Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου

Ειδικοί Επιστήμονες: Αιμιλία Πανάγου
Ευαγγελία Σκυλλάκου
Ιωάννης Τσελεκίδης

ΜΑΪΟΣ 2007

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

I. Εισαγωγή	Σελ. 3
A. Οι στόχοι της έκθεσης	3
B. Μεθοδολογία	3
II. Θεσμικό Πλαίσιο	5
A. Σε διεθνές επίπεδο	5
B. Σε εθνικό επίπεδο	10
III. Προβλήματα στην εφαρμογή των διαδικαστικών προϋποθέσεων του Ν. 2071/1992 για ακούσιο εγκλεισμό	12
A. Ζητήματα ιατρικών γνωματεύσεων	12
B. Μεταφορά ασθενών από την Αστυνομία	16
Γ. Προθεσμία 48ώρου	18
Δ. Ενημέρωση ασθενούς	18
Ε. Δικαστικός έλεγχος	20
ΣΤ. Παράσταση του ασθενούς στη δίκη	21
Z. Διάρκεια παραμονής στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο – Κλήση για δίκη	22
Η. Η Δικαστική Απόφαση	23
IV. Στατιστική αποτίμηση δεδομένων	26
V. Διαπιστώσεις	29
VI. Προτάσεις	30
VII. Παράρτημα στατιστικών πινάκων	33

«Ακούσια νοσηλεία ψυχικά ασθενών»¹

I. Εισαγωγή

A. Οι στόχοι της έκθεσης

Σκοπός της έκθεσης αυτής είναι η διερεύνηση των προβλημάτων που ανακύπτουν κατά την εφαρμογή των άρθρων 95-100 του Ν. 2071/1992 («Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας») που αφορούν τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας ψυχικά ασθενών. Ειδικότερα, η έκθεση προσπαθεί να διερευνήσει κατά πόσον προστατεύονται τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών, τα οποία κατοχυρώνει ο εν λόγω νόμος.

Αφορμή για τη σύνταξη της έκθεσης υπήρξε η από συστάσεως του Συνηγόρου του Πολίτη τακτική διερεύνηση αναφορών που καταθέτουν οι πολίτες θέτοντας προβλήματα σχετικά με το θέμα αυτό.

B. Μεθοδολογία

Η έκθεση εκπονήθηκε με τη συνεργασία των δύο Ψυχιατρικών Νοσοκομείων της Αττικής και συγκεκριμένα, του Δρομοκαϊτείου Θεραπευτηρίου και του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «Δαφνί» (ΨΝΑ). Προηγήθηκαν συζητήσεις της Αρχής με τον Διοικητή του ΨΝΑ (13/06/2006 και 14/09/2006) καθώς και με τον Διοικητή του Δρομοκαϊτείου Θεραπευτηρίου (20/06/2006 και στις 06/07/2006).

Επίσης στις 22/06/2006 πραγματοποιήθηκε συνάντηση της Βοηθού Συνηγόρου του Πολίτη και κλιμακίου της Αρχής με την Ειδική Γραμματέα Ψυχικής Υγείας και με στελέχη της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Τέλος, την 1/08/2006 πραγματοποιήθηκε συνάντηση, στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, της Ειδικής Γραμματέως Ψυχικής

¹ «Δεν μπορούσα να διανοηθώ πόσο απάνθρωπο και ντροπιαστικό θα ήταν για μένα το ψυχιατρείο... Ένιωθα ότι είχα χάσει εν μέρει το δικαίωμά μου να είμαι κομμάτι της ανθρωπότητας... ότι είχα χάσει τα δικαιώματά μου στη ζωή και την κοινωνία και ότι για τους άλλους, τους «λογικούς» θα ήμουν για πάντα κάτι σαν υπάνθρωπος... Από τότε βαθιά συναισθήματα ντροπής βαραίνουν την ψυχή μου»: Μαρτυρία ασθενούς που νοσηλεύτηκε για σχιζοφρένεια, στο *Ψυχιατρική & Δίκαιο*, Επιμέλεια: Κ. Σολδάτος, Ι. Καρακώστας, Α. Κουτσουράδης, Μ. Μαλλιώρη, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, σελ. 223, Αθήνα 2006.

Υγείας, της Προϊσταμένης της Δ/σης Ψυχικής Υγείας, στελεχών της Δ/σης Ψυχικής Υγείας, εκπροσώπου του Υπουργείου Δικαιοσύνης, με τη Βοηθό Συνήγορο του Πολίτη και με κλιμάκιο της Αρχής.

Για τη συλλογή του προς έρευνα υλικού, πραγματοποιήθηκε σειρά επισκέψεων κλιμακίου του ΣτΠ στο Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο και στο ΨΝΑ. Με την συνεργασία των διοικητών των δύο νοσοκομείων και των αρμοδίων υπαλλήλων έγινε συλλογή υλικού με τυχαία επιλογή 89 φακέλων ασθενών και των δύο φύλων που είχαν εισαχθεί αναγκαστικά για νοσηλεία, κατά την τελευταία διετία (πρωτογενείς πηγές). Στους φακέλους των ασθενών περιέχονται και στοιχεία προηγούμενων αναγκαστικών εγκλεισμών, τα οποία έχουν περιληφθεί στη στατιστική ανάλυση. Η εξαγωγή των συμπερασμάτων της έκθεσης στηρίχθηκε συνολικά σε 179 αναγκαστικούς εγκλεισμούς που διενεργήθηκαν μετά την έναρξη ισχύος του Ν. 2071/1992.

Ειδικότερα, η στατιστική ανάλυση έγινε ως εξής: προκειμένου να αναλυθούν ποιοτικά χαρακτηριστικά δόθηκαν διακριτές τιμές (discrete nominal values), ώστε να διαχωριστούν και να αποτυπωθούν αριθμητικά οι πιθανές διαφοροποιήσεις στα χαρακτηριστικά αυτά. Τα σχετικά άρθρα του νόμου κατηγοριοποιήθηκαν σε μεταβλητές, προκειμένου να διεξαχθεί η εμπειρική διερεύνηση και κατ' επέκταση η στατιστική ανάλυση, ώστε να αποτυπωθεί αριθμητικά και να μετρηθεί η σχέση εφαρμογής των άρθρων του νόμου με τα πραγματικά δεδομένα. Προς τούτο χρησιμοποιήθηκαν τιμές 1 και 0 που απεικονίζουν αντίστοιχα, σε κάθε περίπτωση που εφαρμόστηκαν, την ορθή ή μη εφαρμογή των προβλέψεων του νόμου. Συνδύασαμε περιγραφικούς, τεχνικούς και συντελεστές συσχέτισης - σύνδεσης (coefficients of association). Δυστυχώς, δεν κατέστη δυνατό να αξιοποιηθεί το σύνολο του δείγματος σε όλο το φάσμα των περιπτώσεων που έγινε στατιστική ανάλυση, κυρίως λόγω έλλειψης δεδομένων. Γι' αυτόν τον λόγο, σε πολλούς στατιστικούς πίνακες, όπου εμφανίζονται αντίστοιχα οι «έγκυρες» και «μη έγκυρες τιμές», ουσιαστικά απεικονίζεται ο αριθμός των παρατηρήσεων που λήφθηκαν υπόψη και αποκλείστηκαν από τη στατιστική επεξεργασία.

Οι συντάκτες της ανά χείρας έκθεσης επιθυμούν στο σημείο αυτό να ευχαριστήσουν τα πρόσωπα και τους φορείς που συνέβαλαν, ώστε να καταστεί δυνατή η εκπόνηση της παρούσας έκθεσης.

II. Θεσμικό Πλαίσιο

A. Σε διεθνές επίπεδο²

Σημαντικότερα θεωρούμε τα κατωτέρω δεσμευτικά νομικά κείμενα:

1. Η Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου

Στην *Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου* (εφεξής ΕΣΔΑ) γίνεται ειδική αναφορά στην αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών: «*Παν πρόσωπο έχει δικαίωμα εις την ελευθερίαν και την ασφάλειαν. Ουδείς επιτρέπεται να στερηθεί της ελευθερίας του ειμή εις τας ακόλουθους περιπτώσεις και συμφώνως προς την νόμιμον διαδικασίαν: ...ε) όταν πρόκειται περί νομίμου κρατήσεως ...φρενοβλαβούς [άρθρο 5,1]³*». Το περιεχόμενο της διάταξης αυτής αποτυπώθηκε σε σειρά αποφάσεων του *Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου* (εφεξής ΕΔΔΑ) μετά το 1979.

² Η δυνατότητα επιβολής περιορισμών στην προσωπική ελευθερία και στην ελεύθερη άσκηση των λοιπών δικαιωμάτων του ασθενούς λόγω θεραπευτικής παρέμβασης, είχε ως αποτέλεσμα να εκδηλώνονται ιστορικά πολλές καταχρήσεις που στους πρόσφατους χρόνους βρήκαν πεδίο ανάπτυξης ιδιαίτερα στο πλαίσιο ολοκληρωτικών πολιτικών συστημάτων ή καθεστώτων [Μ. Φουκώ (1986), Η ιστορία της τρέλας, εκδ. Ηριδανός, Αθήνα]. Είναι χαρακτηριστικό ότι τα εγκλήματα κατά των ψυχικά ασθενών στη ναζιστική περίοδο οδήγησαν μεταπολεμικά στη σύνταξη του Κώδικα της Νυρεμβέργης (1948), ενός κειμένου νομικά μη δεσμευτικού, που άσκησε όμως επίδραση σε διάφορα άλλα διεθνή κείμενα. Θεωρείται ότι η αναγκαστική νοσηλεία υπαγορεύεται από την αρχή της ανάγκης θεραπείας (*parens patriae*) και την αρχή της ευθύνης του κράτους. Ειδικότερα, η αρχή της ανάγκης θεραπείας εκφράζει την υποχρέωση της πολιτείας να προστατεύσει, όπως οι γονείς φροντίζουν τα παιδιά τους, τα άρρωστα μέλη της, τα οποία χρειάζονται φροντίδα και θεραπεία και δεν μπορούν να επιβιώσουν χωρίς βοήθεια. Η αρχή της ευθύνης του Κράτους τοποθετεί το Κράτος στη θέση του προστάτη των πολιτών ή γενικότερα της κοινωνίας από τους επικίνδυνους ψυχικά ασθενείς πολίτες. Έως τα τέλη της δεκαετίας του 1960, στα κριτήρια για αναγκαστική νοσηλεία κυριαρχούσε η παραπάνω αρχή. Από τα τέλη της δεκαετίας του 1960 και παράλληλα με το προοδευτικά αυξανόμενο ενδιαφέρον για τα ανθρώπινα δικαιώματα, οι προϋποθέσεις για αναγκαστική νοσηλεία έγιναν αυστηρότερες με καθιέρωση ποινικών ευθυνών για τις περιπτώσεις που η νοσηλεία δεν πληροί τις νομικές προϋποθέσεις. Η διαδικασία αυτή υποδηλώνει τη σταδιακή επικράτηση της αρχής της ανάγκης θεραπείας.

Στο 6^ο Παγκόσμιο Συνέδριο Ψυχιατρικής (1977) υιοθετήθηκε η *Διακήρυξη της Χαβάης*. Η Διακήρυξη αυτή καθόρισε : αφενός τον σκοπό της Ψυχιατρικής – που συνίσταται στη συμβολή στην υγεία, την προσωπική αυτονομία και την ανάπτυξη του ατόμου –, αφετέρου τα καθήκοντα του ψυχιάτρου, ο οποίος πρέπει να απέχει από κάθε αναγκαστική θεραπεία, ενεργώντας αποκλειστικά και μόνο με γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς και το σεβασμό της αξιοπρέπειάς του. Αντίστοιχα, με τη Σύσταση της Γενικής Συνέλευσης του ΟΗΕ (17.12.1991), αποτυπώθηκαν οι αρχές σχετικά με την προστασία προσώπων με διανοητική ασθένεια. Αξιοσημειώτες είναι επίσης η Διακήρυξη του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών *Αρχές για την Προστασία των Προσώπων με Ψυχική Νόσο και την Βελτίωση της Φροντίδας για την Ψυχική Υγεία* (1991), καθώς και οι Συστάσεις 779 (1976) και 818 (1977) της Κοινοβουλευτικής Συνέλευσης του Συμβουλίου της Ευρώπης («*Για τα δικαιώματα των αρρώστων και των μελλοθάνατων ασθενών*» η πρώτη, και για τους ψυχικά ασθενείς η δεύτερη), ιδιαίτερα δε η Σύσταση 1235 (1994) της ίδιας Συνέλευσης για την Ψυχιατρική και τα Δικαιώματα του Ανθρώπου.

³ Ο όρος «φρενοβλαβής», (*aliéné*) στη γαλλική γλώσσα, κατακρίθηκε από πολλούς συγγραφείς, διότι σημαίνει ότι πρόκειται για πρόσωπο αποξενωμένο από την ανθρώπινη κοινωνία (από το λατινικό *aliens*). Το ΕΔΔΑ χρησιμοποίησε στην απόφαση *Winterwerp* τον ίδιο όρο (*aliéné*), εξηγώντας όμως ταυτόχρονα ότι δεν του απέδιδε την έννοια της «αποξένωσης».

Στην υπόθεση *Winterwerp κατά The Netherlands* (αρ. αίτησης 6301/73, απόφαση 24/10/1979)⁴, το ΕΔΔΑ θεώρησε ότι η εισαγωγή ψυχικά ασθενών σε ψυχιατρικό νοσοκομείο επιτρέπεται, μόνον όταν η ψυχική διαταραχή έχει διαπιστωθεί με τρόπο αναντίρρητο στη βάση μιας αντικειμενικής ιατρικής πραγματογνωμοσύνης. Η εισαγωγή του ασθενούς δικαιολογείται, μόνον όταν κάθε άλλο λιγότερο αυστηρό μέτρο κρίνεται ανεπαρκές για τη διαφύλαξη του ατομικού ή δημοσίου συμφέροντος που απαιτεί η αναγκαία νοσηλεία. Επί πλέον, η εισαγωγή αυτή δεν μπορεί να συνεχισθεί πέραν του χρονικού διαστήματος που εξακολουθεί η διαταραχή. Σε περίπτωση επειγόντων περιστατικών, το Κράτος διαθέτει ευρεία ευχέρεια για να διατάξει την εισαγωγή σε ψυχιατρικό νοσοκομείο. Όμως, η ιατρική απόδειξη της ανάγκης για εισαγωγή πρέπει να γίνει αμέσως μετά τη σύλληψη. Τέλος, το δικαστήριο έκρινε ότι η ΕΣΔΑ «δεν δίδει το δικαίωμα στις Αρχές να κρατήσουν κάποιον σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, λόγω των ιδεών ή της συμπεριφοράς του».

Η απόφαση αυτή του ΕΔΔΑ επιβεβαιώθηκε και συμπληρώθηκε με άλλες αποφάσεις. Στις υποθέσεις λ.χ. *Herczegfalvy κατά Αυστρίας* (24/09/1992), και *Johnson κατά Ηνωμένου Βασιλείου* (24/10/1997), το δικαστήριο έκρινε ότι οι μέθοδοι σύλληψης που χρησιμοποιούνται ενδέχεται να συνιστούν αυτόνομη παραβίαση του άρθρου 3 της ΕΣΔΑ (όπου απαγορεύεται η απάνθρωπη και εξευτελιστική μεταχείριση). Στην απόφαση *Witold κατά Πολωνίας* (4/4/2000), το Δικαστήριο απεφάνθη ότι η στέρηση της ελευθερίας πρέπει να είναι απαραίτητη με βάση τις συγκεκριμένες περιστάσεις. Στην πρόσφατη υπόθεση *Gajcsi κατά Ουγγαρίας* (3/10/2006), το Δικαστήριο απεφάνθη, μεταξύ άλλων, ότι τόσο η ακούσια εισαγωγή του ψυχικά ασθενούς όσο και η παράταση της παραμονής του σε νοσοκομείο, πρέπει να αιτιολογείται πλήρως και επαρκώς, ώστε να καλύπτονται οι προϋποθέσεις του νόμου και πάντοτε υπό το ερμηνευτικό πρίσμα του άρθρου 5 παρ. 1 της ΕΣΔΑ.

Το ΕΔΔΑ αποφεύγει, κατά κανόνα, να αποφανθεί για την έννοια του «δημοσίου συμφέροντος», αφήνοντας στις εθνικές αρχές να προσδιορίζουν τα συμφέροντα που πρέπει να προστατευθούν καθώς και τα νομικά μέσα προστασίας. Από την άλλη πλευρά, όμως, το Δικαστήριο αποφαινεται, ως προς το εάν ο

⁴ Οι αποφάσεις του ΕΔΔΑ που αναφέρονται στην παρούσα έκθεση μπορούν να ανευρεθούν στον ιστοχώρο: <http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/search.asp?skin=hudoc-en>

επιδιωκόμενος σκοπός ικανοποιείται με λογικό τρόπο, και τηρείται η αρχή της αναλογικότητας από τις εθνικές αρχές.⁵

2. Η Σύσταση της Επιτροπής Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης

Η Επιτροπή Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης ασχολήθηκε, ήδη από το 1983, με τη «*νομική προστασία των προσώπων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και έχουν εισαχθεί ως ακούσιοι ασθενείς*»⁶, ενώ άλλες Συστάσεις αναφέρονται στους ευρωπαϊκούς σωφρονιστικούς κανόνες και στις ηθικές και οργανωτικές όψεις της φροντίδας υγείας σε σωφρονιστικό περιβάλλον⁷. Παράλληλα, η Κοινοβουλευτική Συνέλευση του Συμβουλίου της Ευρώπης υιοθέτησε το 1994 σύσταση σχετικά με την ψυχιατρική και τα δικαιώματα του ανθρώπου⁸.

Η Επιτροπή Υπουργών επανήλθε πρόσφατα στο θέμα, με τη Σύσταση της 22ας Σεπτεμβρίου 2004, η οποία αναφέρεται στην προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των προσώπων που έχουν προσβληθεί από ψυχικές διαταραχές⁹. Η Σύσταση αυτή αποτελεί το πληρέστερο δεσμευτικό κείμενο στο θέμα αυτό σε διεθνές επίπεδο. Έχει ενσωματώσει τις βασικές αρχές της νομολογίας του ΕΔΔΑ, ενώ έχει λάβει υπόψη τις ρυθμίσεις της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για «*τα δικαιώματα του ανθρώπου και τη βιοϊατρική*»¹⁰, καθώς και τις εργασίες της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την «*πρόληψη των βασανιστηρίων και της απάνθρωπης ή*

⁵ Έχει ενδιαφέρον να παρατεθεί ένα σχετικό απόσπασμα της απόφασης του Δικαστηρίου στην υπόθεση *Herczegfalvy κατά Αυστρίας*:

«*Για το Δικαστήριο, η κατάσταση μειονεκτικότητας και αδυναμίας που χαρακτηρίζει τους ασθενείς, οι οποίοι έχουν εισαχθεί σε ψυχιατρεία, απαιτεί μία αυξημένη επαγρύπνηση κατά τον έλεγχο του σεβασμού της ΕΣΔΑ. Αν ανήκει στην αρμοδιότητα των ιατρικών αρχών να αποφασίζουν –στη βάση κανόνων αναγνωρισμένων από την επιστήμη τους- για τα θεραπευτικά μέσα που πρέπει να χρησιμοποιήσουν, εν ανάγκη και δια της βίας, προκειμένου να διαφυλάξουν τη φυσική και πνευματική υγεία των ασθενών που είναι εξ ολοκλήρου ανίκανοι να αυτοπροσδιοριστούν και των οποίων έχουν την ευθύνη, αυτοί οι ασθενείς δεν παύουν να προστατεύονται από το άρθρο 3 (για απάνθρωπη και εξευτελιστική μεταχείριση), του οποίου οι απαιτήσεις δεν επιδέχονται καμιά εξαίρεση.*

Προσθέτει δε το Δικαστήριο:

«*Ασφαλώς, οι παραδεδομένες ιατρικές αντιλήψεις είναι κατ' αρχήν αποφασιστικές σε παρόμοια κατάσταση: δηλαδή δεν μπορεί να θεωρηθεί ως απάνθρωπο ή εξευτελιστικό ένα μέτρο που υπαγορεύεται από μία θεραπευτική ανάγκη. Όμως, ανήκει στην αρμοδιότητα του Δικαστηρίου να εξασφαλίσει ώστε αυτή η «θεραπευτική ανάγκη» να αποδεικνύεται με πειστικό τρόπο.*

⁶ Η Σύσταση αυτή περιλαμβάνει τα πιο κρίσιμα στοιχεία της ακούσιας εισαγωγής (κριτήρια λήψης αποφάσεων, νομικές εγγυήσεις, δυνατότητα εφέσεως κ.ά.).

⁷ Σύσταση R (87) 3 (1987) και Σύσταση R (98) 7 (1988) αντίστοιχα.

⁸ Σύσταση R 1235 (1994).

⁹ Comité des Ministres, Rec. (2004) 10 F.

¹⁰ Σύμβαση της 4.4.1997. Στην Ελλάδα έχει κυρωθεί με τον Ν. 2619/98.

ταπεινωτικής μεταχείρισης»¹¹. Επίσης, περιλαμβάνει κατευθυντήριες οδηγίες και χρήσιμες συστάσεις προς τα κράτη μέλη, προκειμένου να προχωρήσουν στον εκσυγχρονισμό της νομοθεσίας τους.

Ειδικότερα, οι «Κατευθυντήριες Γραμμές» αναφέρονται εξειδικευμένα στα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών που αποτελούν αντικείμενο **ακούσιας εισαγωγής ή θεραπείας** και ορίζουν ρητά ότι αυτή καθ' εαυτή η έλλειψη προσαρμογής στις ηθικές, κοινωνικές, πολιτικές ή άλλες αξίες δεν πρέπει, να θεωρείται ως ψυχική διαταραχή. Τα Κράτη-Μέλη καλούνται: α) να προσαρμόσουν τη νομοθεσία και την πρακτική τους στις κατευθυντήριες οδηγίες, β) να επανεξετάσουν τη διάθεση των πόρων που προορίζονται για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, κατά τρόπο ώστε να μπορούν να ανταποκρίνονται στις διατάξεις των «Κατευθυντήριων Γραμμών», και γ) τα Κράτη-Μέλη θα πρέπει να προάγουν την ψυχική υγεία, ενθαρρύνοντας προγράμματα που στοχεύουν στη μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση του κοινού σε σχέση τόσο με την πρόληψη όσο και με τη διαπίστωση και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών.

Η Σύσταση της Επιτροπής Υπουργών περιλαμβάνει και μία σειρά από γενικές αρχές σχετικά με τη θεραπεία ψυχικών διαταραχών και δίνει ιδιαίτερο βάρος στην *ακούσια εισαγωγή και θεραπεία* στα πρόσωπα που δεν έχουν την ικανότητα συναίνεσης και εκφράζουν την αντίθεσή τους (άρθρο 16). Σε γενικές γραμμές ακολουθείται η νομολογία του *ΕΔΔΑ*, η **σχετική όμως ρύθμιση εμπλουτίζεται ως προς τα κριτήρια ακούσιας εισαγωγής και θεραπείας, τις αρχές και τη διαδικασία που εφαρμόζονται (άρθρο 17.1).**

Ως προς τα **κριτήρια της ακούσιας εισαγωγής**, η Σύσταση αναφέρει ότι το πρόσωπο που πάσχει από ψυχική διαταραχή πρέπει να παρουσιάζει έναν πραγματικό κίνδυνο για την υγεία του ή για τους τρίτους, η εισαγωγή να γίνεται κυρίως για θεραπευτικούς λόγους, να μην υπάρχει κάποιος τρόπος λιγότερο περιοριστικός για την παροχή της κατάλληλης θεραπείας και, τέλος, να έχει ληφθεί υπόψη η γνώμη του ενδιαφερομένου προσώπου (άρθρο 17.1). Τα **κριτήρια της ακούσιας θεραπείας** είναι, δηλαδή, σχεδόν τα ίδια με αυτά της **ακούσιας εισαγωγής** (άρθρο 18).

Η **ακούσια θεραπεία** πρέπει να ανταποκρίνεται σε ειδικά κλινικά σημάδια και συμπτώματα, να είναι αναλογική προς την κατάσταση της υγείας του προσώπου,

¹¹ Για την Επιτροπή αυτή και τις δραστηριότητές της, βλ. *P.-H. Imbert, M. Kelly*, The European Convention for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment. Building an effective human rights accountability mechanism: Work in progress, Essays on international law in honour of Antonio Cassese, 2003, σ. 423 επ.

να αποτελεί μέρος ενός γραπτού σχεδίου και, στο μέτρο του δυνατού, να έχει γίνει αποδεκτή από τον ενδιαφερόμενο (άρθρο 19.1). Το σχέδιο θεραπείας πρέπει να επανεξετάζεται σε κατάλληλα χρονικά σημεία και ενδεχομένως να τροποποιείται (άρθρο 19.2).

Την απόφαση για *ακούσια εισαγωγή / θεραπεία* λαμβάνει ένα δικαστήριο ή άλλη αρμόδια αρχή, έχοντας υπόψη ορισμένα στοιχεία (άρθρο 20.1 και 2). Παράλληλα, όμως, ορίζεται ότι ο νόμος μπορεί να προβλέπει τη λήψη απόφασης για *ακούσια θεραπεία* από έναν ιατρό, ο οποίος διαθέτει τα κατάλληλα προσόντα και πείρα (άρθρο 20.2). Σε κάθε περίπτωση η απόφαση για *ακούσια εισαγωγή / θεραπεία* πρέπει να είναι γραπτή και να προσδιορίζει χρονικό σημείο, πέραν του οποίου θα υπάρχει επίσημη επανεξέταση (άρθρο 20.3). Πάντως, πρέπει να γίνονται διαβουλεύσεις με τους συγγενείς του ενδιαφερομένου και συνεννόηση με τον αντιπρόσωπό του πλην αν αυτός αντιτίθεται (άρθρο 20.5 και 6).

Σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης η *ακούσια εισαγωγή / θεραπεία* θα πρέπει να πραγματοποιείται σε σύντομο χρονικό διάστημα, στη βάση κατάλληλης ιατρικής αξιολόγησης, με τήρηση, στο μέτρο του δυνατού, της συνεννόησης με τους συγγενείς ή αντιπροσώπους του ενδιαφερομένου, να γίνεται γραπτώς και να προσδιορίζεται το μέγιστο χρονικό διάστημα, πέραν του οποίου θα πρέπει να γίνεται επίσημη επανεξέταση (άρθρο 21.2). Αν όμως χρειάζεται να συνεχισθεί ένα τέτοιο μέτρο, πέραν του χρόνου για την αντιμετώπιση της επείγουσας κατάστασης, την απόφαση λαμβάνει το δικαστήριο ή η αρμόδια δημόσια αρχή (άρθρο 21.3).

Ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον σημείο της Σύστασης αφορά το ζήτημα της ***επανεξέτασης και της προσφυγής κατά της νομιμότητας της ακούσιας εισαγωγής / θεραπείας***. Στο θέμα αυτό, τα κράτη θα πρέπει να εξασφαλίζουν στο ενδιαφερόμενο πρόσωπο το δικαίωμα να ασκήσει προσφυγή κατά μιας απόφασης, να επιτύχει από ένα δικαστήριο την επανεξέταση σε εύλογα χρονικά διαστήματα της νομιμότητας του μέτρου ή της διατήρησής του, καθώς και το δικαίωμά του να ακουστεί, είτε αυτοπροσώπως είτε μέσω προσώπου εμπιστοσύνης/αντιπροσώπου του (άρθρο 25)¹².

¹² Βλ. σχετικά: *Ψυχιατρική & Δίκαιο*, Επιμέλεια: Κ. Σολδάτος, Ι. Καρακώστας, Α. Κουτσουράδης, Μ. Μαλλιώρα, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα 2006, σελ. 215 επ.

B. Σε εθνικό επίπεδο

Από το 1862 έως και το 1992 στην Ελλάδα δύο νόμοι ρύθμισαν την εισαγωγή και μακροχρόνια παραμονή ασθενών σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία: ο ήδη επί Όθωνος νόμος ΨΜΒ του 1862 και το ΝΔ 104/1973¹³.

Ο νόμος ΨΜΒ του 1862 «περί συστάσεως Φρενοκομείων» αποτελεί το πρώτο νομοθέτημα του ελληνικού κράτους σχετικά με την ψυχική αρρώστια. Ο νόμος αυτός στην ουσία εγκαθίδρυσε και εξάπλωσε την ασυλιακή δομή στην Ελλάδα, με την έννοια ότι, όπως και όλοι οι άλλοι αντίστοιχοι ευρωπαϊκοί νόμοι του 19^{ου} αιώνα, το άσυλο θεσμοθετήθηκε ως χώρος εγκλεισμού και νοσηλείας των ψυχικά πασχόντων. Σύμφωνα με τον νόμο αυτό, δύο ήταν οι τρόποι εισαγωγής ενός φρενοβλαβούς στο φρενοκομείο: α) εισαγωγή του μετά από αίτηση ιδιωτών (συγγενείς ή οικείοι) προς τη διεύθυνση του νοσοκομείου, ή β) τοποθέτησή του στο φρενοκομείο μετά από διαταγή δημόσιας αρχής (νομάρχης, έπαρχος, διοικητής της αστυνομίας). Και στις δύο περιπτώσεις η εισαγωγή βασιζόταν σε ιατρικό πιστοποιητικό, που περιλάμβανε πλήρη περιγραφή της νόσου και κατέληγε στη διαπίστωση της ανάγκης θεραπείας και εγκλεισμού του φρενοβλαβούς στο ίδρυμα.

Ο νόμος ΨΜΒ προέβλεπε επίσης, στο άρθρο 22, το δικαίωμα άμεσης προσφυγής στο δικαστήριο για τους νοσηλευόμενους, με σκοπό να ζητήσουν την απελευθέρωσή τους. Η δικαστική αρχή μπορούσε να διατάξει, με απλή αίτηση του νοσηλευόμενου και χωρίς άλλη διαδικασία, την έξοδό του από το ίδρυμα και να ελέγξει όσα συνέβαιναν σε αυτό.

Ο νόμος ΨΜΒ ίσχυσε μέχρι τον Αύγουστο του 1973, οπότε θεσπίστηκε το ΝΔ 104/1973. Σύμφωνα με το καθεστώς του ΝΔ 104/1973 «περί ψυχικής υγιεινής και περιθάλψεως των ψυχικώς πασχόντων» και των υπουργικών αποφάσεων του Υπουργείου Υγείας που εκδόθηκαν προς εκτέλεσή του (Γ2β/3036/1973 και Α2β/5345/1978), τρεις ήταν οι τρόποι εισαγωγής του ψυχικά πάσχοντος στο άσυλο: α) με εκούσια νοσηλεία, β) με ακούσια εισαγωγή, και γ) με την υποχρεωτική εισαγωγή των «επικίνδυνων ψυχοπαθών», τα λεγόμενα «εισαγγελικά» του άρθρου 5.

Γενική αρχή και κυρίαρχη φιλοσοφία του νόμου αυτού ήταν η πλήρης εξάρτηση του ψυχικά ασθενούς από τους ψυχιάτρους, αφού ο τρόπος και η διάρκεια της νοσηλείας του εξαρτιόταν από τις γνωματεύσεις και τις αποφάσεις τους. Η εισαγωγή των ασθενών στο ψυχιατρικό νοσοκομείο συχνά ισοδυναμούσε με χρονικά

¹³ Βλ. σχετικά: *Ψυχιατρική Περίθαλψη και Ανθρώπινα Δικαιώματα στην Ελλάδα*, Ν. Μπιλανάκης, εκδ. Οδυσσέας, Αθήνα 2004.

απροσδιόριστη παραμονή τους σε αυτό, με αποτέλεσμα τα ψυχιατρικά νοσοκομεία να μετατρέπονται σε μονάδες φύλαξης και κοινωνικής περίθαλψης.

Ο κίνδυνος της αυθαιρεσίας, που περιείχε η εγκατάλειψη των εγκλειστών ψυχασθενών στην κρίση και τις αποφάσεις των ειδικών της ψυχιατρικής, η αντιμετώπισή τους αποκλειστικά ως ασθενών εκτός δικαίου και όχι ως υποκειμένων δικαίου κατέστησε αναγκαίο τον εκσυγχρονισμό του σχετικού θεσμικού πλαισίου, γενικότερα για την αντιμετώπιση της ψυχικής υγείας και ειδικότερα των ρυθμίσεων για τον ακούσιο εγκλεισμό.

Το ισχύον θεσμικό πλαίσιο, με τις σχετικές διατάξεις του Ν. 2071/1992 «*Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας*» και του Ν. 2716/1999 «*Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις*», αποσκοπεί στην προστασία των ατομικών ελευθεριών των ασθενών. Βασική αρχή του νόμου είναι ότι κάθε ασθενής πρέπει να θεραπεύεται στην κοινότητά του. Επίσης, η έκδοση του Ν. 2716/99 αποτέλεσε σοβαρή προσπάθεια βελτίωσης των αδυναμιών του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας. Ιδιαίτερα σημαντική σε αυτή τη θετική αλλαγή κατεύθυνσης ήταν η παράγραφος 2 του άρθρου 1 («*Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος Νόμου, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας*»).

Στα επιμέρους άρθρα (άρθρα 5,6,7,8) αλλά και από το γενικό πνεύμα του νόμου είναι εμφανής η προσπάθεια της παράλληλης ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με την αποασυλοποίηση, όπως επίσης και η εναρμόνιση της λειτουργίας μεταξύ των διαφόρων μονάδων.

Υπ' αυτήν την έννοια, η εσωτερική νομοθεσία εναρμονίζεται (φαινομενικά όπως ανωτέρω αναλύεται) με τις διεθνείς δεσμεύσεις της χώρας και τις διεθνώς επικρατούσες τάσεις.

Παρόλα αυτά, στην πράξη η πρωτοβάθμια φροντίδα ψυχικής υγείας ασκείται από τους Ψυχιατρικούς Τομείς των γενικών νοσοκομείων και από τα εξωτερικά ιατρεία των ψυχιατρείων, τα οποία βέβαια, δεν αποτελούν Μονάδες Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης. Όσον αφορά τους ενήλικες με ψύχωση, η περιορισμένη κάλυψη των

αναγκών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη στρέφει αναπόφευκτα τις οικογένειες και τους αρρώστους στις ψυχιατρικές κλινικές.

III. Προβλήματα στην εφαρμογή των διαδικαστικών προϋποθέσεων του Ν. 2071/1992 για ακούσιο εγκλεισμό

Σύμφωνα με το άρθρο 95, παράγρ. 2 του Ν. 2071/92, οι προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία είναι οι εξής: «*I. α. Ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή, β. Να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του, γ. Η έλλειψη νοσηλείας να έχει ως συνέπεια είτε να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του, ή II. Η νοσηλεία ασθενή που πάσχει από ψυχική διαταραχή να είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ίδιου ή τρίτου*». Επίσης, στο άρθρο 96 παράγρ. 2 αναφέρεται ότι την αίτηση για την ακούσια νοσηλεία που απευθύνεται στον εισαγγελέα πρωτοδικών «...συνοδεύουν αιτιολογημένες γραπτές γνωματεύσεις δύο ψυχιάτρων, ή επί αδυναμίας εξευρέσεως δύο ψυχιάτρων, ενός ψυχιάτρου και ενός ιατρού παρεμφερούς ειδικότητας, που θα αναφέρονται στις προϋποθέσεις της παραγράφου 2 του άρθρου 95 είτε I είτε II».

A. Ζητήματα ιατρικών γνωματεύσεων

1) Από τους φακέλους που εξετάστηκαν προκύπτει ότι σε ποσοστό 98% περίπου επί του συνόλου των έγκυρων παρατηρήσεων οι ιατρικές γνωματεύσεις υπογράφονται από δύο ψυχιάτρους (βλ. Πίνακα 1).

Σύμφωνα με το άρθρο 5 παράγρ. 3 Κ.Ι.Δ. (Ν. 3418/2005) «[...] τα ιατρικά πιστοποιητικά που αφορούν στην παρούσα κατάσταση του ασθενούς προϋποθέτουν την προηγούμενη εξέταση του ασθενούς». Επιπλέον κατά το άρθρο 28 παράγρ. 10 του ίδιου Κώδικα «[ο] Ψυχίατρος που καλείται να διατυπώσει μια εκτίμηση για ένα πρόσωπο με σκοπούς άλλους από τους θεραπευτικούς, όπως κατά τη διενέργεια ψυχιατροδικαστικής εκτίμησης, οφείλει πρώτα να το ενημερώσει και να το συμβουλευθεί για το σκοπό της εκτίμησης αυτής, τη χρήση των ευρημάτων και τις πιθανές επιπτώσεις της εκτίμησης».

Ωστόσο, από την εξέταση των φακέλων προκύπτει ότι σε κανένα από τα ιατρικά σημειώματα δεν αναγράφεται η υπηρεσιακή θέση των γιατρών που

εξέτασαν τον ασθενή. Στο κείμενο της γνωμάτευσης αναφέρονται τα ονόματά τους και η ειδικότητά τους ως «ψυχιάτρων», αλλά στην υπογραφή δεν αναφέρεται ο υπηρεσιακός βαθμός τους. **Προτείνεται** η υπογραφή να συνοδεύεται με σφραγίδα με το όνομα και τον υπηρεσιακό βαθμό των ψυχιάτρων. Η επισήμανση αυτή επιβάλλεται, διότι με βάση το άρθρο 96 παράγρ.7 του Ν. 2071/92 ορίζεται ότι «*Το δικαστήριο, που δικάζει με τη διαδικασία της εκούσιας δικαιοδοσίας, αν κρίνει ότι οι γνωματεύσεις των δύο ψυχιάτρων που προσάγονται διαφέρουν μεταξύ τους ή δεν είναι πειστικές ή ο επιστημονικός διευθυντής του νοσοκομείου στο οποίο έχει εισαχθεί ο ασθενής διατυπώνει αντίθετη προς τις γνωματεύσεις γνώμη, διατάζει την εξέταση του ασθενή και από άλλο ψυχίατρο ... κατά προτίμηση επίκουρο τουλάχιστον καθηγητή ή επιστημονικό διευθυντή Δημόσιας Μονάδας Ψυχικής Υγείας ή το νόμιμο αναπληρωτή του*».

2) Από την εμπειρική διερεύνηση προέκυψε ότι σε ποσοστό 50%, επί του συνόλου των έγκυρων παρατηρήσεων ακούσιων εγκλεισμών, δεν υπήρχε αιτιολογημένη ιατρική γνωμάτευση, αναφορικά με την ύπαρξη ή όχι συγκεκριμένης ψυχικής διαταραχής (βλ. Πίνακα 2).

Σε εκτέλεση της εισαγγελικής εντολής, οι ασθενείς μεταφέρονται στα ψυχιατρικά νοσοκομεία για εξέταση και σύνταξη των σχετικών ψυχιατρικών γνωματεύσεων. Πράγματι, συντάσσονται τα «ιατρικά πιστοποιητικά» με το ακόλουθο συνήθως περιεχόμενο: «*Οι υπογεγραμμένοι ψυχίατροι: α) και β) αφού εξετάσαμε σήμερα τον του..... κάτοικο βρήκαμε ότι πάσχει από ψυχωτικού τύπου εκδηλώσεις ή ψυχωσική συνδρομή και ότι έχει ανάγκη νοσηλείας σε ψυχιατρική κλινική, πληρεί δε τις προϋποθέσεις για ακούσια νοσηλεία βάσει της παραγράφου 2 του άρθρου 95 του Ν. 2071/92*». Με πλάγια γράμματα αναπαράγονται τα χειρόγραφα μέρη του εγγράφου, ενώ τα υπόλοιπα είναι προτυπωμένα μέρη εντύπου.

Σύμφωνα με το άρθρο 96 παράγρ. 2 Ν. 2071/1992, την αίτηση για την ακούσια νοσηλεία «πρέπει να συνοδεύουν αιτιολογημένες γραπτές γνωματεύσεις δύο ψυχιάτρων [...]». Έχει γίνει μάλιστα δεκτό (ΓνωμΕισΑΠ 19/1996) ότι «*οι ιατρικές πιστοποιήσεις των δύο γιατρών μπορεί να είναι σε κοινό έγγραφο ή σε ιδιαίτερο έγγραφο κάθε μία, επιβάλλεται όμως να είναι αιτιολογημένες, να περιέχουν δηλαδή τα πραγματικά περιστατικά (εκδηλώσεις νόσου και τυχόν πράξεων βίας, νοσηλεία άλλοτε,*

που και γιατί, για ποιό λόγο δεν είναι δυνατή η εκτός νοσοκομείου νοσηλεία, συμπέρασμα περί της ασθενείας και η επιστημονική θεμελίωσή της κ.λπ.)»

Η ψυχιατρική διάγνωση αντιπροσωπεύει την πρώτη πράξη στην άσκηση της ψυχιατρικής. Στην περίπτωση της ακούσιας εξέτασης, η ψυχιατρική γνωμάτευση αποτελεί καθοριστική πράξη πάνω στην οποία βασίζεται η εισαγγελική παραγγελία για τον ακούσιο εγκλεισμό ενός ανθρώπου σε ψυχιατρικό νοσοκομείο. Το είδος των πληροφοριών που θα επιδιώξει να συλλέξει ο ψυχίατρος σε μια πρώτη εξέταση, θα εξαρτηθεί από τον σκοπό που η εξέταση αυτή έχει και φυσικά από τον διαθέσιμο χρόνο. Γενικά, κάθε ιατρική εξέταση αποβλέπει στη διάγνωση του προβλήματος που παρουσιάζει ο ασθενής. Μια ολοκληρωμένη διάγνωση απαιτεί ένα σκεπτικό με αιτιολογικές και ψυχοδυναμικές υποθέσεις, που θα βοηθήσουν αφενός στην προγνωστική διάγνωση και εκτίμηση του προβλήματος, αφετέρου στην επιλογή θεραπευτικής αγωγής.

Στο πλαίσιο της διαδικασίας του ακούσιου εγκλεισμού, ο ψυχίατρος έχει τον ρόλο του πραγματογνώμονα, η κρίση του οποίου θα αιτιολογήσει την απάντηση στο «ερώτημα» του εισαγγελέα για αναγκαστική ή μη νοσηλεία του «ασθενούς» βάσει των προϋποθέσεων του νόμου (2071/92).

Η Παρούσα Ψυχική Κατάσταση (ΠΨΚ) είναι το μέρος εκείνο της κλινικής εκτίμησης, το οποίο περιγράφει το συνολικό άθροισμα των παρατηρήσεων και των εντυπώσεων του γιατρού για τον ψυχικά ασθενή κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Η ΠΨΚ καταγράφει την εμφάνιση, τον λόγο, τις πράξεις και τις σκέψεις του ασθενούς, κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Οι οργανωτικές φόρμες που χρησιμοποιούν οι ψυχίατροι για να καταγράφουν την ΠΨΚ πρέπει να περιέχουν συγκεκριμένες κατηγορίες πληροφοριών, όπως:

- I. Γενική περιγραφή (εμφάνιση, συμπεριφορά και ψυχοκινητική δραστηριότητα, στάση απέναντι στον εξεταστή),
- II. Διάθεση και συναίσθημα,
- III. Λόγος,
- IV. Αντιληπτικές διαταραχές,
- V. Σκέψη (διεργασία και περιεχόμενο της σκέψης),
- VI. Αισθητηριακή κατάσταση και γνώση (εγρήγορση και επίπεδο συνείδησης, προσανατολισμός, μνήμη, συγκέντρωση, κ.ά.),
- VII. Έλεγχος παρορμήσεων,
- VIII. Κρίση και εναισθησία,

IX. Αξιοπιστία ¹⁴.

Επομένως, με βάση τις ανωτέρω παρατηρήσεις, οι γενικές και αόριστες διαγνώσεις «*ψυχωτικού τύπου εκδηλώσεις*» ή «*ψυχωσική συνδρομή*» δεν καλύπτουν την απαίτηση του νόμου για «*αιτιολογημένες γνωματεύσεις*», αφού δεν καταγράφονται το πραγματολογικό υλικό, η σχετική μεθοδολογία, οι τυχόν πράξεις βίας, η αδυναμία εξωνοσοκομειακής νοσηλείας, ούτε περιέχουν συμπεράσματα με επιστημονική θεμελίωση.

Επί των ακουσίων εγκλεισμών που εξετάστηκαν δεν εμφανίζεται εξατομικευμένη για κάθε ασθενή αναφορά στα κριτήρια αυτά. Οι γνωματεύσεις περιορίζονται στη γενική προτυπωμένη διατύπωση, ότι πληρούνται οι προϋποθέσεις των σχετικών άρθρων του Ν. 2071/1992, η οποία δεν συνιστά νόμιμη αιτιολογία της γνωματεύσεως, δηλαδή δεν είναι ούτε ειδική ούτε εμπειριστατωμένη.

3) Αναφορικά με τα λοιπά κριτήρια του νόμου (δηλαδή, την ικανότητα του ασθενούς να κρίνει για την υγεία του και την πιθανή επιδείνωση της υγείας του από την έλλειψη νοσηλείας, βλ. Πίνακες 3 και 4) δεν φαίνεται να υπάρχει αναφορά σχετικής εκτίμησης στη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων που εξετάστηκαν.

Όπως φαίνεται αναλυτικά στον Πίνακα 3, σε ποσοστό 89% περίπου από τις έγκυρες παρατηρήσεις, φαίνεται ότι δεν υπάρχει καμία αναφορά στην ιατρική γνωμάτευση ως προς την ικανότητα του ασθενούς να κρίνει για την υγεία του. Αντίστοιχα, όπως εμφανίζεται στον Πίνακα 4, σε ποσοστό 60% περίπου επί των έγκυρων παρατηρήσεων του δείγματός μας, δεν υπάρχει ιατρική γνωμάτευση ως προς την πιθανή επιδείνωση της κατάστασης του ασθενούς από την έλλειψη νοσηλείας.

Εν κατακλείδι, δεν αιτιολογείται επαρκώς η ανάγκη για ακούσια νοσηλεία του ασθενούς, ως ενδεδειγμένη θεραπευτική μέθοδος που καλύπτει τις δύο βασικές προϋποθέσεις που ορίζει ο νόμος: α) την αδυναμία του ψυχικά ασθενούς να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του, έτσι ώστε η έλλειψη νοσηλείας του να έχει ως συνέπεια είτε τον αποκλεισμό της θεραπείας του είτε την επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του, και β) την ανάγκη ακούσιας νοσηλείας για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ιδίου ή τρίτων.

¹⁴ *Ψυχιατρική*, Kaplan and Sadock's, Τόμος Α', έβδομη έκδοση, σελ. 413, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1996.

B. Μεταφορά ασθενών από την Αστυνομία

1) Από τη στατιστική επεξεργασία των φακέλων προέκυψε ότι σε ποσοστό 97% περίπου επί των έγκυρων παρατηρήσεων η μεταφορά των ασθενών έγινε από την αστυνομία (βλ. Πίνακα 5).

Στις εν γένει διατάξεις περί καθηκόντων του αστυνομικού προσωπικού δεν υπάρχει ρητή πρόβλεψη για την υποχρέωση μεταφοράς και τον τρόπο μεταχείρισης των διακομιζόμενων ασθενών για ακούσια εξέταση ή νοσηλεία σε ψυχιατρικό νοσοκομείο. Από τα στοιχεία των φακέλων που εξετάστηκαν, φαίνεται ότι η πρακτική αυτή στηρίζεται στο γεγονός, ότι η μεταφορά γίνεται κατόπιν παραγγελίας του εισαγγελέα που απευθύνεται προς το αστυνομικό τμήμα και όχι προς το ΕΚΑΒ. Χαρακτηριστικά, το έντυπο που χρησιμοποιείται εκδίδεται από το αστυνομικό τμήμα, απευθύνεται προς το ψυχιατρικό νοσοκομείο, μνημονεύει ως σχετικό έγγραφο την παραγγελία του εισαγγελέα και αναφέρει ότι σε εκτέλεση της παραγγελίας αυτής ...*«Παρακαλούμε όπως προβείτε στην εξέταση του/της...και γνωματεύσετε αν αυτός/αυτή συνεπεία της πάθησής του/της είναι επικίνδυνος/η για τη δημόσια τάξη, την προσωπική του/της ασφάλεια και την ασφάλεια των πολιτών»*. Η αστυνομία καλείται να επιστρέψει στον εισαγγελέα τη συνημμένη αλληλογραφία μαζί με τη γνωμάτευση των ψυχιάτρων. Από τα στοιχεία των φακέλων που εξετάστηκαν, φαίνεται ότι η αστυνομία κατά κανόνα συνόδευσε τον ασθενή και κατ' εξαίρεση ο ασθενής μεταφέρεται από ασθενοφόρο συνοδεία αστυνομίας.

Φαίνεται, επίσης, ότι χρησιμοποιείται η πρόβλεψη που αναφέρεται στις διατάξεις της προστατευτικής φύλαξης: ο αστυνομικός σκοπός *«θέτει υπό προστατευτική φύλαξη τα παιδιά και τους μεθυσμένους που περιπλανώνται μέχρι παραλαβής τους από τους οικείους τους...»* (άρθρο 74 παράγρ.15 περίπτ. ιδ του ΠΔ 141/91), και της προληπτικής ενέργειας της αστυνομίας *«Προστατεύει τους ανήλικους και άλλα πρόσωπα που μπορεί εύκολα να καταστούν θύματα εγκληματικών πράξεων»* (άρθρο 94 περίπτ. β. ΠΔ 141/91).

Η αδικαιολόγητη αυτή αντιμετώπιση των ψυχασθενών ως επικινδύνων για τη δημόσια τάξη κι ασφάλεια εκδηλώνεται με τη μεταγωγή τους με περιπολικό ή με κλούβα, τη δέσμευσή τους με χειροπέδες (ενεργοποίηση του άρθρου 147 του ΠΔ 141/91 περί δεσμεύσεως σε κάθε περίπτωση των μεταγομένων με χειροπέδες) και τη συνοδεία τους από αστυνομικό προσωπικό, ακόμη και όταν η θέα του ένστολου

προσωπικού επιτείνει την ταραχή τους και τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν ή επιδεινώνει την κατάσταση της υγείας τους.

Η επιταγή του άρθρου 96 παράγρ. 2 Ν. 2071/92 για αξιοπρεπή μεταφορά των ακούσια εγκλεισμένων ασθενών θα συνεπαγόταν τη μεταφορά τους με ασθενοφόρο ή με συμβατικά αυτοκίνητα (όπως προβλέπεται στα Προγράμματα Παρέμβασης στην Κρίση¹⁵) και με τη συνοδεία νοσηλευτών.

Τα τελευταία χρόνια, κυρίως στις ΗΠΑ, παράλληλα με την ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης ή θεραπευτικής αντιμετώπισης κρίσεων, αναπτύσσονται εξειδικευμένα προγράμματα Παρέμβασης στην Κρίση με στόχο, μεταξύ άλλων, την αξιοπρεπή, ασφαλή και σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής άμεση αντιμετώπιση των επικίνδυνων ψυχικά ασθενών. Στο πλαίσιο αυτό πραγματοποιείται η μεταφορά για ψυχιατρική εξέταση και εισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας.

Η πολιτική υπηρεσιών υγείας αποσκοπεί στην εξασφάλιση συνεχούς φροντίδας υπέρ του πάσχοντος και στη δημιουργία ενός υπαρκτού χώρου διαπραγμάτευσης μεταξύ του ίδιου, της οικογένειάς του, των εισαγγελικών αρχών και των ειδικών ψυχικής υγείας. Η λειτουργία των Προγραμμάτων Παρέμβασης στην Κρίση παρέχει στοιχεία και εμπειρία για μελέτη και αξιοποίηση. Κανένα όμως από τα προγράμματα που υλοποιούνται στο εξωτερικό δεν μπορεί απλώς να «αντιγραφεί», ώστε να καλύψει τις ανάγκες της χώρας μας, επειδή κάτι τέτοιο δεν θα ήταν λειτουργικό ούτε μεθοδολογικά ορθό, αφού διαφέρουν οι ανάγκες, η νομοθεσία, τα προσφερόμενα μέσα κ.ά.¹⁶

¹⁵ Σε γενικές γραμμές τα Προγράμματα Παρέμβασης στην Κρίση που υλοποιούνται, θα μπορούσαν να ταξινομηθούν ως εξής: α) *Police based specialized police response*, β) *Police based specialized mental health response*, γ) *Mental health based specialized mental health response*. (Για περισσότερες πληροφορίες βλ. ενδεικτική ζένη βιβλιογραφία: 1) Borum R., Degne M.W., Steadman H.J., Morrissey J., *Police perspectives on responding to mentally ill people in Crisis: Perceptions of Program Effectiveness, Behavioral Sciences and the Law* 16: 393-405, 1998, 2) Dupont R., Cochran S., *Police Response to Mental Health Emergencies-Barriers to change. J. American Academy of Psychiatry and the Law* 28: 338-344, 2000, 3) Lamb R., Weinberger L., De Cuir W., *The Police and Mental Health. Psychiatric Services, Vol 53*, 2000 κ.ά.).

¹⁶ «Παρέμβαση στην Κρίση. Ζητήματα σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών και την Αστυνομία», Αφιερώματα «Κλίμακα», Περιοδική έκδοση, τεύχος 3, Μάρτιος – Απρίλιος 2003.

Γ. Προθεσμία 48ωρου

Στο σύνολο των παρατηρήσεων επί των έγκυρων τιμών (ποσοστό 100%) προέκυψε ότι τηρήθηκε η προβλεπόμενη προθεσμία των 48 ωρών για να διατυπωθεί η κατ' αρχάς ιατρική εκτίμηση του περιστατικού (βλ. Πίνακα 6).

Στη συντριπτική πλειονότητα των ακουσίων εγκλεισμών, η εξέταση πραγματοποιείται την ημέρα που ο ασθενής διακομίζεται στο ψυχιατρικό νοσοκομείο, καθώς η ημερομηνία που έχει τεθεί στην ιατρική γνωμάτευση και η ημερομηνία του δελτίου εισαγωγής του ασθενούς στο ψυχιατρικό νοσοκομείο συμπίπτουν. Αυτή η διαπίστωση προκύπτει πάντως από την έρευνα των φακέλων ασθενών που νοσηλεύονται στα δύο ψυχιατρικά νοσοκομεία της Αττικής, όπου η ανεύρεση δύο ψυχιάτρων για την εκτίμηση των περιστατικών είναι εφικτή.

Ωστόσο, με αφορμή την υπ' αριθ. πρωτ. 20051/2003 αναφορά που εξετάστηκε από τον Συνήγορο του Πολίτη και κατόπιν αυτοψίας στους εμπλεκόμενους φορείς, έχει διαπιστωθεί ότι σε γενικά νοσοκομεία δεν είναι πάντοτε εφικτή η τήρηση της προθεσμίας του 48ώρου, εξαιτίας της έλλειψης εφημερευόντων ψυχιάτρων. Στη συγκεκριμένη υπόθεση ο Συνήγορος του Πολίτη προχώρησε στην σύνταξη σχετικού πορίσματος¹⁷.

Δ. Ενημέρωση ασθενούς

Από τα υφιστάμενα στοιχεία δεν προκύπτει ότι οι ασθενείς ενημερώθηκαν επαρκώς *«για τα δικαιώματά τους και ειδικότερα για το δικαίωμά τους να ασκήσουν ένδικο μέσο»* από πρόσωπο στο οποίο έχει ανατεθεί αυτό το καθήκον (άρθρο 96 παράγρ. 4, Ν. 2071/92).

Σύμφωνα με τον νόμο, για την ενημέρωση αυτή *«συντάσσεται πρακτικό που υπογράφεται, εκτός από τον υποχρεωμένο να ενημερώσει και από τον συνοδό του ασθενή»*.

Παρατηρείται διαφοροποίηση στα στοιχεία που μας δόθηκαν από τα δύο ψυχιατρικά νοσοκομεία στα οποία πραγματοποιήθηκε η έρευνα. Στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής δεν ανευρέθη το έντυπο του πρακτικού ενημέρωσης στον διοικητικό φάκελο των ασθενών μαζί με τα συμπληρωμένα έντυπα του εισιτηρίου και

¹⁷ Βλ. σχετικό πόρισμα του Συνηγόρου του Πολίτη με θέμα: *Έκθεση Αυτοψίας στις νοσοκομειακές μονάδες και στα αστυνομικά κρατητήρια Ιωαννίνων σχετικά με τη διαδικασία ακούσιου εγκλεισμού ψυχασθενών*, αρ. πρωτ. 20051/03, Δεκέμβριος 2004.
http://www.synigoros.gr/reports/ioannina_psych.pdf

του δελτίου εισαγωγής αρρώστου. Αντίθετα, σε κάποιους φακέλους ασθενών υπάρχει χειρόγραφη σημείωση στο δελτίο εισαγωγής του αρρώστου με την ένδειξη «*το πρακτικό στην κλινική*». Ενδεχομένως, το πρακτικό ενημέρωσης εκτιμήθηκε από το ιατρικό προσωπικό του εν λόγω Νοσοκομείου ότι αποτελεί ιατρικό προσωπικό δεδομένο, που αφορούσε θέματα άσχετα με τον σκοπό της παρούσας έρευνας, με αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή η εξαγωγή συμπεράσματος για την τήρηση ή όχι της προβλεπόμενης από τις σχετικές διατάξεις ενημέρωσης του ασθενούς. Συνεπώς, στη στατιστική αποτίμηση που συνοδεύει την παρούσα έκθεση, δεν μπορεί να γίνει, δυστυχώς, καμία διαπίστωση ή αξιολόγηση για το θέμα αυτό όσον αφορά το ΨΝΑ, παρά τις επίμονες προσπάθειες των μελών της ομάδας σύνταξης της έκθεσης να πείσουν τους αρμοδίους υπαλλήλους ότι η πλήρης πρόσβαση στους φακέλους των ασθενών είναι απαραίτητη για την εξαγωγή ολοκληρωμένων συμπερασμάτων για την εφαρμογή του σχετικού θεσμικού πλαισίου.

Το γεγονός αυτό ωστόσο δεν εμποδίζει να αναφερθεί η εμπειρία του Συνηγόρου του Πολίτη από συγκεκριμένη υπόθεση που διερεύνησε στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (αρ. πρωτ. 2709/2006), από την οποία προέκυψε ότι σε περίπτωση που ο ασθενής δεν είναι σε θέση να υπογράψει το πρακτικό, αυτό διαβιβάζεται στο Ψυχιατρικό Τμήμα στο οποίο εισάγεται, προκειμένου να υπογραφεί όταν τούτο καταστεί δυνατόν. Στη διερευνηθείσα υπόθεση το πρακτικό ενημέρωσης των ασθενών είχε παραμείνει ασυμπλήρωτο και ανυπόγραφο – άρα και ο ασθενής δεν είχε ενημερωθεί για τα δικαιώματά του – παρά την ήδη μακρόχρονη παραμονή του στο Ψυχιατρικό Τμήμα.

Αντίθετα, στα αντίγραφα των φακέλων των ασθενών του Δρομοκαϊτείου Θεραπευτηρίου, υπήρχε πρακτικό ενημέρωσης, στη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων, υπογεγραμμένο από τον συνοδό του ασθενούς.

Επειδή κατά κανόνα η μεταφορά του ασθενούς γίνεται από την αστυνομία (σε πολύ λίγες περιπτώσεις συνοδεύει τον ασθενή κάποιος οικείος του), στο πρακτικό δεν αναφέρεται συνήθως το όνομα του συνοδού, παρά μόνον τίθεται στις περισσότερες περιπτώσεις μια δυσδιάκριτη υπογραφή, με αποτέλεσμα να είναι δύσκολη η διαπίστωση της ταυτότητας του υπογράφοντος.

E. Δικαστικός έλεγχος

Ο Συνήγορος του Πολίτη δεν έχει την αρμοδιότητα να εξετάσει την τήρηση της ακολουθούμενης ενδο-δικαστηριακής διαδικασίας και συγκεκριμένα, αν ο ορισμός δικασίμου γίνεται έγκαιρα¹⁸ από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Μονομελούς Πρωτοδικείου με την παραλαβή της σχετικής αίτησης του Εισαγγελέα.

Ο ρόλος του δικαστικού ελέγχου κατά το ανωτέρω θεσμικό πλαίσιο (Ν. 2071/1992, άρθρο 96) είναι κρίσιμος σε όλη την διαδικασία.

Από τις σχετικές διατάξεις δεν προκύπτει ρητώς ο χρόνος, εντός του οποίου ο εισαγγελέας οφείλει να στείλει την παραπάνω εντολή για μεταγωγή και τακτοποίηση του ασθενούς¹⁹. Εάν ο Εισαγγελέας αποφασίσει τον εγκλεισμό του προσώπου, οφείλει μέσα σε τρεις (3) ημέρες να υποβάλει αίτημα στο αρμόδιο Πρωτοδικείο, προκειμένου το τελευταίο να επιληφθεί της υπόθεσης (άρθρο 96 § 6 Ν. 2071/92). Το Πρωτοδικείο συνεδριάζει μέσα σε δέκα (10) ημέρες. Συνεπώς, από τη στιγμή της εισαγγελικής παραγγελίας για εισαγωγή και νοσηλεία απαιτείται οπωσδήποτε δικαστική απόφαση εντός των επόμενων δεκατριών (13) ημερών (3 ημέρες προθεσμία στον Εισαγγελέα για εισαγωγή της αίτησης στο Πρωτοδικείο + 10 ημέρες προθεσμία για τη συνεδρίαση του Πρωτοδικείου). Εξάλλου, κατά το άρθρο 1687 ΑΚ *«Όταν η κατάσταση ενός προσώπου επιβάλλει την ακούσια νοσηλεία του σε μονάδα ψυχικής υγείας αυτή γίνεται μετά προηγούμενη άδεια του δικαστηρίου και κατά τις διατάξεις ειδικών νόμων.»* Σε διαφορετική περίπτωση δεν υπάρχει νομιμοποιητικός λόγος για τη ακούσια νοσηλεία του ασθενούς στο ψυχιατρικό κατάστημα, αφού δε νοείται *«σιωπηρή ή αυτοδίκαιη παράταση της αναγκαστικής νοσηλείας»* (βλ. έτσι ΓνωμΕισΑΠ 1421/2004, Πόρισμα ΣτΠ 7967.4/01/6.4.2004). Αυτό άλλωστε επαληθεύεται και με τη νεώτερη ΓνωμΕισΑπ 12/2006 (Ποιν. Δικ 2006 σελ. 1403), η οποία αναφέρει *«Σε περίπτωση που δεν τηρηθεί η παραπάνω δεκαήμερη προθεσμία, η περαιτέρω παραμονή του φερόμενου ως ασθενή δεν νομιμοποιείται από την εισαγγελική παραγγελία μεταφοράς, έστω και αν είναι σαφές ότι το πρόσωπο πάσχει»*.

¹⁸ Οι σχετικές διατάξεις του Ν. 2071/1992 είναι ατελείς, δεν ορίζουν συνέπειες στην περίπτωση της υπέρβασής τους και ως εκ τούτου έχουν ενδεικτικό χαρακτήρα.

¹⁹ Βλ. σχετικό πόρισμα του Συνηγόρου του Πολίτη με θέμα: *Ακούσια Εξέταση και Νοσηλεία σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο*, αρ.πρωτ. 7967/01, Απρίλιος 2004, http://www.synigoros.gr/reports/akousia_eksetasi.pdf

Κατά τον έλεγχο των φακέλων που μας παρέδωσαν τα παραπάνω ψυχιατρικά νοσοκομεία, δεν ανευρέθηκαν εξιτήρια ασθενών με την παρέλευση του 48ώρου, δηλαδή της προθεσμίας που ορίζει η σχετική διάταξη του Ν. 2071/1992 ως προς τη διάρκεια παραμονής του ασθενούς στο ψυχιατρικό νοσοκομείο. Συνάγεται ότι οι ασθενείς παρέμειναν στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο. Στους φακέλους περιέχεται εντολή του Εισαγγελέα που διατάζει τον αστυνόμο και τον Δ/ντή του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου «να μεριμνήσουν για τη μεταγωγή και τακτοποίηση του πάσχοντος».

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 7, η ύπαρξη εισαγγελικής εντολής για εγκλεισμό ανέρχεται στο 94% περίπου των έγκυρων περιπτώσεων. Από την εξέταση των φακέλων προκύπτει ότι σε αρκετές περιπτώσεις μεσολαβεί χρονικό διάστημα που μπορεί να φθάσει και τον ένα μήνα.

Η τυχόν υπέρβαση των προθεσμιών που ορίζονται στις σχετικές διατάξεις του Ν.2071/92 από τη δικαστική εξουσία θα μπορούσε να θεμελιώσει ευθύνη για παράνομη στέρηση της ελευθερίας του ακούσια νοσηλευόμενου ψυχικά ασθενούς. Η μη τήρηση των προβλεπόμενων δικαστικών διαδικασιών εκθέτει τα ψυχιατρικά νοσοκομεία και τους ιατρούς, καθώς τους μετακυλίζει την ευθύνη απόδειξης, ότι υπήρχε κίνδυνος ζωής ή σοβαρής βλάβης της υγείας του ίδιου του ασθενή.

Για παράδειγμα, αν δοθεί εξιτήριο σε ασθενή, επειδή δεν τηρήθηκαν οι δικαστικές διαδικασίες που προβλέπονται από τον Ν. 2071/1992 και αμέσως μετά ο ασθενής αυτοκτονήσει, μπορεί να εγερθεί θέμα ευθύνης των ιατρών που του χορήγησαν εξιτήριο. Το θέμα αυτό, ενόψει του ότι ο Συνήγορος του Πολίτη δεν μπορεί να ελέγξει τα δικαστήρια, θα έπρεπε να απασχολήσει το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ώστε να συνεργαστεί με το Υπουργείο Δικαιοσύνης προς τον σκοπό της πιστής εφαρμογής των διατάξεων του Ν. 2071/92, λαμβανομένων υπόψη των συνεπειών που έχει η μη τήρηση της δικαστικής διαδικασίας για τον ψυχικά ασθενή (στέρηση ελευθερίας) και για τα ψυχιατρεία (ευθύνη για μη νόμιμη κράτηση).

ΣΤ. Παράσταση του ασθενούς στη δίκη

Σε κάποιους από τους φακέλους που εξετάστηκαν συμπεριλαμβάνονται «ιατρικά σημειώματα», με τα οποία βεβαιώνεται ότι «[ό]πως έχει η ψυχική του κατάσταση στην παρούσα φάση δε δύναται να παραστεί στη δικάσιμο». Τα σημειώματα αυτά, τα οποία διαβιβάζονται στην Εισαγγελία Πρωτοδικών, υπογράφονται από «ειδικευμένο

ψυχίατρο» ή από τον διευθυντή της κλινικής, χωρίς να εξειδικεύεται εάν η εκτίμηση έχει γίνει από τον θεράποντα ιατρό, δηλαδή ιατρό που έχει ασχοληθεί εκτενώς με τον συγκεκριμένο ασθενή σε όλα τα στάδια της θεραπευτικής διαδικασίας.

Ειδικότερα, από τα ιατρικά αυτά σημειώματα ή από το σύνολο των στοιχείων των φακέλων, δεν προκύπτει ότι έγινε ειδική εξέταση (από ειδικό ψυχίατρο), ότι ο ασθενής ενημερώθηκε για την εκτίμηση που επρόκειτο να διατυπωθεί ως προς τη δυνατότητά του να παρίσταται στο δικαστήριο, στο οποίο κρινόταν η υπόθεσή του. Επίσης, δεν προκύπτει ότι παρασχέθηκε συμβουλευτική στον ασθενή για τον σκοπό της εκτίμησης, τη χρήση των ευρημάτων και τις πιθανές επιπτώσεις της εκτίμησης. Η συνέπεια της εκτίμησης αυτής άπτεται της άσκησης του θεμελιώδους δικαιώματος του ασθενούς να παρίσταται στο δικαστήριο και να αντιλέξει στην αίτηση για την ακούσια νοσηλεία του. Επίσης, παρατηρήθηκε σε κάποιους φακέλους του ΨΝΑ, ότι υπήρχε υπεύθυνη δήλωση υπογεγραμμένη από τον ασθενή και από τον ιατρό, το όνομα του οποίου όμως δεν αναφέρεται. Το περιεχόμενο της δήλωσης έχει ως εξής: *ο ασθενής ενημερώθηκε για το δικαίωμά του να παραστεί ενώπιον του «πολυμελούς πρωτοδικείου για τη διαδικασία επικύρωσης ή μη της Εισαγγελικής πράξεως και δηλώνει ότι «δεν επιθυμώ να παραστώ».* **Από τα παραπάνω πρέπει να επισημάνουμε ότι δεν προκύπτει με ασφάλεια, ότι ο ίδιος ο ασθενής έχει ενημερωθεί για τη δυνατότητά του να παρίσταται στο δικαστήριο, καθώς δεν αποδεικνύεται από οποιοδήποτε έγγραφο ότι έχει λάβει γνώση για τον ορισμό δικασίμου.**

Z. Διάρκεια παραμονής στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο - Κλήση για δίκη

Σύμφωνα με τον Πίνακα 8, στις μισές περίπου από τις εξεταζόμενες περιπτώσεις εγκλεισμών δεν υπήρχε κλήση για δίκη. Από τα διαθέσιμα στοιχεία δεν μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα. Ωστόσο, μπορεί να πιθανολογηθεί ότι η ανυπαρξία κλήσης στους μισούς περίπου φακέλους είναι δυνατόν να οφείλεται στα εξής:

- α) Δεν έχει ορισθεί δικάσιμος.
- β) Έχει ορισθεί δικάσιμος αλλά η κλήση δεν έφθασε στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο.

Πρέπει να επισημανθεί ότι ο Συνήγορος του Πολίτη δεν έχει την αρμοδιότητα να εξετάσει την τήρηση της ακολουθούμενης ενδο-δικαστηριακής διαδικασίας και, συγκεκριμένα, εάν ο ορισμός δικασίμου γίνεται έγκαιρα και εντός των νομίμων προθεσμιών από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Μονομελούς Πρωτοδικείου με την παραλαβή της σχετικής αίτησης του Εισαγγελέα.

Από την εμπειρική ανάλυση προέκυψε πάντως ότι η μέση διάρκεια παραμονής των ψυχικά ασθενών στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο είναι 52 ημέρες περίπου, ενώ το μέγιστο χρονικό διάστημα που προέκυψε από τις περιπτώσεις του δείγματος που εξετάστηκαν έφτασε τις 540 ημέρες (βλ. Πίνακα 9.1).

Επιπλέον, από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων (Πίνακας 9.2) προκύπτει ότι ποσοστό 19% περίπου επί του συνόλου των έγκυρων περιπτώσεων παρέμειναν στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο έως 20 ημέρες, ποσοστό 18% περίπου παρέμειναν από 21 έως 30 ημέρες και από 51 ημέρες και πάνω περίπου 33%.

H. Η Δικαστική Απόφαση

1) Σύμφωνα με τον Πίνακα 10, η έλλειψη δικαστικών αποφάσεων στους φακέλους ανέρχεται στο 84% περίπου επί του συνόλου των έγκυρων υποθέσεων εγκλεισμού ψυχικά ασθενών που εξετάστηκαν.

2) Επίσης, όπως προκύπτει από τον Πίνακα 11.1, η μέση διάρκεια από την ημερομηνία εισαγωγής των ασθενών μέχρι τον ορισμό δικασίμου είναι περίπου 41 ημέρες με ελάχιστο χρονικό διάστημα τις 7 ημέρες και μέγιστο τις 118 ημέρες και τυπική απόκλιση 18,79. Στον Πίνακα 11.2, ομαδοποιήθηκαν οι έγκυρες περιπτώσεις ακούσιων εγκλεισμών (90 περιπτώσεις) που αφορούν το χρονικό διάστημα που διανύθηκε από την ημερομηνία εισαγωγής μέχρι τη δικάσιμο. Έτσι, για παράδειγμα από 0-25 ημέρες έχουμε 19 περιπτώσεις εγκλεισμών, από 26-35 έχουμε 21 περιπτώσεις, ενώ από 36 ημέρες και πάνω έχουμε 50 περιπτώσεις. Το ποσοστό αυτό ανέρχεται σε 56% περίπου.

Επιπλέον, διεξήχθη στατιστικός έλεγχος, προκειμένου να διαπιστωθεί, εάν επιβεβαιώνεται στατιστικά η υπέρβαση ή όχι επί του συνόλου των διαθέσιμων παρατηρήσεων, του χρονικού διαστήματος των 10 ημερών που ορίζει ο νόμος (άρθρο

96 παράγρ. 6 Ν. 2071/92). Με βάση τους Πίνακες 12.1 (περιγραφικά στατιστικά δεδομένα) και 12.2 (one sample mean T test statistic) προκύπτει ότι η υπέρβαση του συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο μικρότερο του 0,01%.

3) Στις περιπτώσεις που υπάρχει δικαστική απόφαση στον φάκελο του ασθενούς, η μέση χρονική διάρκεια από την εισαγωγή του ασθενούς στο ψυχιατρικό νοσοκομείο μέχρι τη δημοσίευση της δικαστικής απόφασης είναι 76 ημέρες περίπου, με ελάχιστη διάρκεια τις 35 ημέρες και μέγιστη τις 179 ημέρες και τυπική απόκλιση 37,86 (βλ. Πίνακα 13.1).

Επιπρόσθετα, επιχειρήθηκε ομαδοποίηση των διαθέσιμων παρατηρήσεων σε σχέση με τους ακούσιους εγκλεισμούς, ανάλογα με τη χρονική διάρκεια που μεσολάβησε από την ημερομηνία εισαγωγής του ασθενούς μέχρι την ημερομηνία έκδοσης της δικαστικής απόφασης. Στα αποτελέσματα που παρατίθενται στον Πίνακα 13.2, εμφανίζεται ότι 8 περιπτώσεις εγκλεισμού είχαν διάρκεια από 0 έως 50 ημέρες, 8 περιπτώσεις είχαν διάρκεια από 51 έως 70 ημέρες και τέλος από 71 ημέρες και πάνω είναι 13 περιπτώσεις, ήτοι ποσοστό 45% επί του συνόλου των 29 έγκυρων παρατηρήσεων.

4) Σχετικά με την ύπαρξη δικαστικών αποφάσεων στους φακέλους ψυχικά ασθενών που εξετάστηκαν στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας πρέπει να παρατηρηθούν τα εξής:

A) Στη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων δεν παραστάθηκε κατά τη δικάσιμο ούτε ο εισαγγελέας ούτε ο ίδιος ασθενής, συγγενής ή άλλος εκπρόσωπος του.

B) Από τα κείμενα των αποφάσεων που ανευρέθηκαν στους φακέλους προέκυψε ότι αναφέρονται στο σώμα της απόφασης ως βάση για το διατακτικό οι αρχικές γνωματεύσεις που έγιναν κατά την εισαγωγή του ασθενούς στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο συνεπεία της εισαγγελικής πράξης για εισαγωγή για εξέταση. Σημειώνεται ότι στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων το δικαστήριο αποφάσισε την παράταση του εγκλεισμού.

Πρέπει ωστόσο να διατηρηθεί η επιφύλαξη, μήπως τυχόν υπάρχει σχετική με την εξέλιξη της υγείας του ασθενούς αλληλογραφία μεταξύ του δικαστηρίου και του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου, η οποία δεν

βρίσκεται στους φακέλους των ασθενών που αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας.

Γ) Στους φακέλους που παραδόθηκαν για μελέτη δεν υπάρχει νεότερη γνωμάτευση-εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς, ακόμη και σε περιπτώσεις που φαίνεται ότι ο εγκλεισμός έχει παραταθεί για πολύ μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από τις προβλεπόμενες, σύμφωνα με τις σχετικές διατάξεις, χρονικές προθεσμίες παραμονής, ενόψει της δικαστικής εκτίμησης σχετικά με την αναγκαιότητα του εγκλεισμού. **Ειδικότερα, σε καμία από τις περιπτώσεις που ο εγκλεισμός παρατάθηκε πέραν των 3 μηνών, δεν ανευρέθη στους φακέλους η προβλεπόμενη από το άρθρο 99 του Ν. 2071/92 έκθεση για την κατάσταση της υγείας του ασθενούς, την οποία συντάσσει ο επιστημονικός διευθυντής και ένας άλλος ψυχίατρος του τομέα ψυχικής υγείας και απευθύνουν στον εισαγγελέα.**

Δ) Παρότι ο Συνήγορος του Πολίτη δεν νομιμοποιείται να εκφέρει άποψη για τη δικαστηριακή πρακτική, πρέπει να επισημανθεί ότι σε αρκετές περιπτώσεις το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ της συνεδρίασης του δικαστηρίου και της δημοσίευσης της απόφασης υπερβαίνει τον μήνα. **Από τις σχετικές διατάξεις είναι αμφίβολη η νομιμότητα της παραμονής του ασθενούς στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο για το διάστημα αυτό (βλ. ΓνωμΕισΑπ 12/2006 ό.π.). Εξάλλου, η πρόβλεψη του Ν. 2071/92 (παράγρ. 9 άρθρο 96), ότι κατά το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από την εισαγωγή του ασθενούς μέχρι την έκδοση της δικαστικής απόφασης, τη θεραπευτική ευθύνη αυτού φέρει ο επιστημονικός διευθυντής της ΜΨΥ, δεν πρέπει ερμηνευτικά να οδηγήσει στην υποκατάσταση του δικαστικού ελέγχου της παραμονής του ασθενούς στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο.**

IV. Στατιστική αποτίμηση δεδομένων

Με βάση τον Πίνακα 14 διπλής εισόδου (cross tabulation), φαίνεται ότι από το σύνολο των έγκυρων παρατηρήσεων σε 85 περιπτώσεις δεν υπήρχε κλήση για δίκη ούτε και δικαστική απόφαση. Από τις 90 έγκυρες παρατηρήσεις που υπήρχε κλήση για δίκη, μόνο στις 29 έγκυρες περιπτώσεις υπήρξε δικαστική απόφαση (ποσοστό 32,22%).

Κύριος σκοπός του νόμου ήταν να θεσπίσει μία διαδικασία που να εξασφαλίζει τα ουσιαστικά και δικονομικά δικαιώματα του ψυχικά ασθενούς. Βάσει των σχετικών διατάξεων, η ύπαρξη δικαστικής απόφασης είναι προαπαιτούμενο του εγκλεισμού. Επομένως, πρέπει να υποθεθεί ότι: *όσο μεγαλύτερη είναι η θετική σχέση ακούσιου εγκλεισμού και ύπαρξης δικαστικής απόφασης τόσο πιστότερη είναι και η εφαρμογή των σχετικών διατάξεων. Δηλαδή, με τη χρήση των στατιστικών εργαλείων αποτυπώνεται με συνοπτικό και εύληπτο τρόπο η ουσιαστική υλοποίηση του δικαστικού ελέγχου των προϋποθέσεων του εγκλεισμού, καθώς μέσω της ποσοτικοποίησης γίνεται προσπάθεια εξαγωγής συμπερασμάτων των χαρακτηριστικών του πληθυσμού μέσω του δείγματος.*

Προκειμένου να γίνει έλεγχος της παραπάνω υπόθεσης, διαμορφώθηκε μία νέα μεταβλητή (χ_2), η οποία είναι το προϊόν της διαφοράς της μεταβλητής «διάρκεια του ακούσιου εγκλεισμού» με τη μεταβλητή «χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από την εισαγωγή των ασθενών μέχρι την κλήση σε δίκη». Σκοπός της δημιουργίας αυτής της μεταβλητής είναι να διακρίνουμε τις περιπτώσεις, όπου η διάρκεια του ακούσιου εγκλεισμού είναι μεγαλύτερη, ίση ή μικρότερη του χρονικού διαστήματος που απαιτήθηκε από την ημερομηνία εισαγωγής των ασθενών στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο μέχρι τον ορισμό της δικασίμου. Η διάκριση αυτή είναι σημαντική, γιατί από τη μελέτη των δεδομένων δημιουργήθηκε το ερώτημα τι γίνεται στις περιπτώσεις όπου, ενώ υπάρχει κλήση για δίκη, δεν υπάρχει δικαστική απόφαση. Σημειώνεται ότι οι περιπτώσεις αυτές υπολείπονται του 1/3 των παρατηρήσεων όπου υπάρχει κλήση για δίκη. Μία πιθανή ερμηνεία θα ήταν ότι οι ασθενείς εξήλθαν από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο πριν από τη δικάσιμο και επομένως δεν υφίσταται λόγος να πραγματοποιηθεί η συνεδρίαση του δικαστηρίου. Μία άλλη πιθανή ερμηνεία, που αποτυπώνει άλλου είδους παθογένεια στην εφαρμογή του νόμου, είναι ότι υφίστανται δικαστικές αποφάσεις, αλλά δεν έχει γίνει η επίδοσή τους στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο και ως εκ τούτου δεν βρίσκονται στους φακέλους των ασθενών (υπόθεση που δεν κατέστη εφικτό να ελεγχθεί στο πλαίσιο της παρούσας έκθεσης).

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 15 διπλής εισόδου (cross tabulation) παρατίθενται τα δεδομένα του συνδυασμού των μεταβλητών χ_2 και ύπαρξης δικαστικής απόφασης. Για παράδειγμα, η πρώτη τιμή (-63) που λαμβάνει η νέα μεταβλητή χ_2 σημαίνει ότι το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε, στη συγκεκριμένη περίπτωση ακούσιου εγκλεισμού, από την ημέρα εισαγωγής στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο μέχρι τον ορισμό της δικασίμου, υπερέβη την πραγματική διάρκεια εγκλεισμού του ασθενούς κατά 63 ημέρες, δηλαδή ο συγκεκριμένος ασθενής εξήλθε 63 μέρες πριν τη δικάσιμο. Γι' αυτόν τον λόγο το πρόσημο είναι αρνητικό. Αντίστοιχα, στις περιπτώσεις που η μεταβλητή χ_2 έχει θετικό πρόσημο σημαίνει ότι η ασθενής παρέμενε στο ψυχιατρείο κατά ή και μετά την ημερομηνία της δικασίμου. Κατόπιν αυτών διενεργήθηκε έλεγχος της παραπάνω υπόθεσης μέσω της εφαρμογής της μεθόδου «συντελεστής Eta». Ως εξαρτημένη μεταβλητή στην παρούσα διερεύνηση θεωρήθηκε η χ_2 και ως ανεξάρτητη - ερμηνευτική μεταβλητή η ύπαρξη δικαστικής απόφασης. Η επιλογή του παραπάνω συντελεστή για τη διερεύνηση της διατυπωθείσας υπόθεσης έγινε, γιατί: α) είναι κατάλληλη για τις περιπτώσεις που η συναρτησιακή σχέση είναι μη γραμμική πέρα από τη γραμμική και β) γιατί η μία μεταβλητή « χ_2 » λαμβάνει συνεχείς τιμές, ενώ η άλλη «Υπαρξη δικαστικής απόφασης» διακριτές. Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 16, ο συντελεστής Eta λαμβάνει την τιμή 0,123, το οποίο σημαίνει ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών (η ελάχιστη τιμή που λαμβάνει ο συντελεστής Eta είναι 0 και η μέγιστη 1, όπου στην τιμή 0 δεν προκύπτει καμία σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών και στην τιμή 1 υπάρχει πλήρης σύνδεση μεταξύ των δύο μεταβλητών). Οφείλουμε να σημειώσουμε ότι αυτή η μέθοδος είναι η πλέον ενδεδειγμένη στις περιπτώσεις όπου η ύπαρξη πιθανής σχέσης μεταξύ των δύο μεταβλητών είναι μη γραμμική. Προκειμένου να διαπιστωθεί αν η παρούσα σχέση είναι γραμμική ή μη γραμμική, απασχολήσαμε και τον συντελεστή συσχέτισης Pearson (βλ. Πίνακα 17) από τον οποίο προκύπτει ότι η τιμή που λαμβάνει είναι η ίδια που λαμβάνει ο Eta, δηλαδή 0,123 και ως εκ τούτου η σχέση είναι γραμμική και μη στατιστικά σημαντική.

Από την εφαρμογή λοιπόν της παραπάνω μεθοδολογίας δεν διαπιστώθηκε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών (ύπαρξη δικαστικής απόφασης και διάρκεια ακούσιου εγκλεισμού). Κατά συνέπεια, με βάση τα στατιστικά αποτελέσματα απορρίπτουμε την διατυπωθείσα υπόθεση εργασίας, καθώς δεν προκύπτει στην πράξη ότι ελέγχεται δικαστικά ο εγκλεισμός των ψυχικά ασθενών. Ως εκ τούτου, δεν επιτυγχάνεται η βασική επιδίωξη του Ν.

2071/92 που επιτάσσει και προϋποθέτει ως βασική εγγύηση της προάσπισης των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών την ύπαρξη δικαστικού ελέγχου.

Στη συνέχεια διερευνήθηκε μια επιπλέον συσχέτιση που αφορά τη σχέση αριθμού εγκλεισμών ανά ασθενή και διάρκεια ακούσιας νοσηλείας ανά εγκλεισμό. Όπως φαίνεται από τον συντελεστή συσχέτισης Pearson (βλ. Πίνακα 18), ο οποίος έχει θετικό πρόσημο και λαμβάνει την τιμή 0,20 και είναι στατιστικά σημαντικός σε επίπεδο μικρότερο του 0,01, **όσο περισσότεροι είναι οι εγκλεισμοί ενός ατόμου στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να αυξηθεί η διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας ανά εγκλεισμό.**

Άλλωστε, όπως προκύπτει και από τον Πίνακα 19, οι περιπτώσεις ασθενών όπου παρατηρούνται περισσότεροι από έναν εγκλεισμοί ανά ασθενή ανέρχεται στο ποσοστό του 45% περίπου επί του συνόλου των 89 περιπτώσεων ασθενών.

Τούτο ενδεχομένως καταδεικνύει την έλλειψη θεραπευτικού πλαισίου στην κοινότητα, που θα παρείχε κατάλληλη φροντίδα στους ψυχικά ασθενείς και θα αναχαίτιζε τις υποτροπές τους. Στην πράξη, η νοσηλεία στα ψυχιατρικά νοσοκομεία φαίνεται να αποτελεί διαχείριση καταστάσεων κρίσης των ασθενών και όχι θεραπευτική διαδικασία, δεδομένου του μεγάλου αριθμού υποτροπών που παρουσιάζουν οι ασθενείς και κατά συνέπεια της ανάγκης που προκύπτει για επανεισαγωγή τους.

Το εκτεταμένο άρθρο 2 του Ν. 2716/1999, που ρυθμίζει με κάθε λεπτομέρεια τα δικαιώματα των ασθενών, σύμφωνα με τους αντίστοιχους κανονισμούς της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αποτελεί ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα απόκλισης της ρύθμισης από την εφαρμογή της. Τίποτε από όσα στη διάταξη αναφέρονται δεν έχει πραγματικά τεθεί στην υπηρεσία του ασθενούς. Είναι άραγε δυνατόν να κάνει κανείς λόγο για προστασία των δικαιωμάτων, τη στιγμή που στην Ελλάδα ο ακούσιος εγκλεισμός κινείται μεταξύ του 40-50% των εισαγωγών; Σε κανένα από τα Κράτη - Μέλη της Ε.Ε. ο αριθμός αυτός δεν ξεπερνά το 7-8%. Στις χώρες αυτές η πρωτοβάθμια περίθαλψη λειτουργεί ως ηθμός των εισαγωγών και ιδιαίτερα των ακούσιων εγκλεισμών.

V. Διαπιστώσεις

Η παρούσα έκθεση αναδεικνύει τα προβλήματα της εφαρμογής των διατάξεων του Ν. 2071/92 που αφορούν τον ακούσιο εγκλεισμό ψυχικά ασθενών και έχουν ως αποτέλεσμα την αναποτελεσματική προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων. Τα συμπεράσματα της έκθεσης στηρίζονται στην έρευνα και στατιστική αποτίμηση 179 ακούσιων εγκλεισμών.

Ειδικότερα, διαπιστώθηκε ότι:

- 1) **Ιατρικές γνωματεύσεις:** Οι ψυχίατροι, ως «οιονεί πραγματογνώμονες», πρέπει να αιτιολογήσουν πλήρως και επαρκώς την κρίση τους, ώστε να καταστεί δυνατή η ορθή άσκηση των αρμοδιοτήτων του εισαγγελέα. Σε μεγάλο ποσοστό δεν περιέχουν ένα σκεπτικό με αιτιολογικές και ψυχοδυναμικές υποθέσεις που αποτυπώνουν την εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης του προσώπου, του οποίου η εξέταση ζητήθηκε από τον εισαγγελέα.

Από το κείμενο των γνωματεύσεων δεν προκύπτει εξατομικευμένη εκτίμηση για το αν ο ασθενής είναι ικανός να κρίνει για την κατάσταση της υγείας του και για το αν η έλλειψη νοσηλείας μπορεί να επιδεινώσει την κατάστασή του. Αντίθετα, χρησιμοποιείται έντυπο με τη γενική προτυπωμένη διατύπωση ότι «τηρούνται οι προϋποθέσεις του Ν. 2071/92».

Συνεπώς, δεν καλύπτεται ούτε η απαίτηση του νόμου για «αιτιολογημένες γνωματεύσεις» ούτε η δεοντολογία που επιτάσσει την πλήρη επιστημονική θεμελίωση της κρίσης που εκφέρεται για την κατάσταση της υγείας του ασθενούς και που θα έχει ενδεχομένως ως αποτέλεσμα τον ακούσιο εγκλεισμό του σε ψυχιατρικό νοσοκομείο. Ο Συνήγορος του Πολίτη επισημαίνει τις ελλείψεις στην αιτιολογία των γνωματεύσεων, ενόψει του ότι η αιτιολογία δεν αποτελεί τυπικότητα, αλλά εξασφαλίζει ουσιαστικά την προστασία των ψυχικά ασθενών.

- 2) **Μεταφορά ασθενών:** Σε ποσοστό 97% η μεταφορά έγινε από την αστυνομία και όχι από το ΕΚΑΒ. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει την αντιμετώπιση των ψυχικά πασχόντων ως «δυνάμει επικίνδυνων προσώπων» και όχι ως ασθενών.
- 3) **Ενημέρωση ασθενών:** Δεν προκύπτει με βεβαιότητα ότι οι ασθενείς ενημερώθηκαν επαρκώς «για τα δικαιώματά τους και ειδικότερα για το δικαίωμά τους να ασκήσουν ένδικο μέσο».

- 4) **Δικαστικός έλεγχος:** α) Ενώ σε ποσοστό 94% βρέθηκε εισαγγελική εντολή για εγκλεισμό, στις μισές περίπου περιπτώσεις των εξετασθέντων φακέλων δεν βρέθηκε κλήση για δίκη και σε ποσοστό 84% περίπου δεν βρέθηκε δικαστική απόφαση περί εγκλεισμού. Επιπλέον, διαπιστώθηκε και επιβεβαιώθηκε στατιστικά η υπέρβαση του χρονικού διαστήματος των 10 ημερών που ορίζει ο νόμος (άρθρο 96 παράγρ. 6 Ν. 2071/92). β) Στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων δεν παραστάθηκε στη δίκη ο ασθενής, γ) το διατακτικό των δικαστικών αποφάσεων στηρίχθηκε στις αρχικές συνοπτικές γνωματεύσεις που έγιναν κατά την εισαγωγή του ασθενούς. Δεν βρέθηκε νεότερη γνωμάτευση – εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς, ακόμη και σε περιπτώσεις που ο εγκλεισμός είχε πολύ μεγάλη διάρκεια, δ) σε αρκετές περιπτώσεις το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ της συνεδρίασης και της δημοσίευσης της δικαστικής απόφασης υπερβαίνει τον ένα μήνα.
- 5) Τέλος, το γεγονός ότι δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ύπαρξης δικαστικής απόφασης και της διάρκειας ακούσιου εγκλεισμού, σημαίνει ότι στην πράξη αναιρείται η βασική επιδίωξη του Ν. 2071/92, δηλαδή ο δικαστικός έλεγχος του ακούσιου εγκλεισμού των ψυχικά ασθενών.

VI. Προτάσεις

1) Ο Συνήγορος του Πολίτη **προτείνει να θεσμοθετηθεί άμεση τακτική συνεργασία και να συντονισθούν οι αρμόδιες υπηρεσίες των Υπουργείων Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και του Υπουργείου Δικαιοσύνης**. Μόνον μέσα από μία τέτοια συνεργασία είναι εφικτό να αντιμετωπιστούν τα σύνθετα ζητήματα που αναφύονται από την εφαρμογή των διατάξεων του Ν. 2071/92. Επίσης, θεωρεί αναγκαία την εκ νέου διεξαγωγή συναντήσεων εργασίας για την ακούσια νοσηλεία, που είχαν διενεργηθεί με πρωτοβουλία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, στις οποίες κλήθηκαν να συμμετάσχουν εμπλεκόμενες υπηρεσίες και φορείς (στις δύο συναντήσεις που πραγματοποιήθηκαν το 2005 και 2006 συμμετείχαν και εκπρόσωποι του Συνηγόρου του Πολίτη).

2) Ο Συνήγορος του Πολίτη προτείνει ότι η συνεργασία δεν πρέπει να καθιερωθεί μόνο σε επιτελικό επίπεδο, αλλά **είναι απαραίτητη η αλληλοενημέρωση των εμπλεκόμενων οργάνων και λειτουργών σε επίπεδο νοσοκομείων, εισαγγελικών και λοιπών δικαστικών αρχών.** Διαπιστώνουμε ότι προκύπτει ανάγκη τήρησης της διαδικασίας του Ν. 2071/1992, όπως ενδεικτικά με την καθιέρωση ειδικών τμημάτων στα δικαστήρια ή ειδικού εισαγγελέα (τούτο προβλέπεται για θέματα ανηλίκων), ώστε να εκδικάζονται άμεσα οι υποθέσεις αυτές.

3) Ο Συνήγορος του Πολίτη **προτείνει συνεχή ενημέρωση και επιμόρφωση των ψυχιάτρων για την ανάγκη πληρότητας στην αιτιολογία των ιατρικών γνωματεύσεων και βελτίωση των εντύπων με προτυπωμένες αναλυτικές οδηγίες και παραδείγματα .**

4) Ο Συνήγορος του Πολίτη επισημαίνει την **επιτακτική ανάγκη για τη δημιουργία Προγραμμάτων Παρέμβασης στην Κρίση, ώστε να υλοποιηθούν οι σχετικές διατάξεις του Ν. 2071/92** για σεβασμό της αξιοπρέπειας και προσωπικότητας των ψυχικά ασθενών.

5) Τέλος, τα υπερβολικά υψηλά ποσοστά ακούσιων εγκλεισμών στη χώρα μας (40-50% των εισαγωγών) συγκριτικά με τα αντίστοιχα ποσοστά σε ευρωπαϊκό επίπεδο (7-8% των εισαγωγών) καταδεικνύουν την έλλειψη δομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και την ανυπαρξία Προγραμμάτων Παρέμβασης στην Κρίση, τα οποία θα λειτουργούσαν ως ηθμός στην ακούσια εισαγωγή ψυχικά ασθενών για νοσηλεία. Αναδεικνύεται λοιπόν και πάλι, η ανάγκη για ανάπτυξη ενός κεντρικά σχεδιασμένου, με βάση την εκτίμηση των πραγματικών αναγκών του κοινωνικού συνόλου, πλήρους δικτύου υπηρεσιών κοινοτικής φροντίδας, που θα διασφαλίζει την ποιοτική παροχή περίθαλψης στον ψυχιατρικό ασθενή, την προστασία των δικαιωμάτων του και την υλοποίηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Ο Συνήγορος του Πολίτη προτείνει την **ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας, διασφάλιση της θεραπευτικής συνέχειας στην παροχή φροντίδας πρωτοβάθμιας,**

δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας, ανάπτυξη δικτύου υπηρεσιών στήριξης των οικογενειών των ψυχικά πασχόντων, καθώς και προγράμματα ευαισθητοποίησης και αγωγής υγείας στην κοινότητα.

VII. Παράρτημα Στατιστικών Πινάκων

Πίνακας 1. Ύπαρξη υπογραφής 2 ψυχιάτρων

		Συχνότητα	Ποσοστό	Σωρευτικό Ποσοστό
Έγκυρες Τιμές	0	3	1,7	1,7
	1	172	96,1	100,0
	Σύνολο	175	97,8	
Μη Έγκυρες Τιμές	-9	4	2,2	
Σύνολο		179	100,0	

Όπου: 0=έλλειψη υπογραφής από δύο ψυχιάτρους & 1=ύπαρξη υπογραφής από δύο ψυχιάτρους

Πίνακας 2. Ιατρική Γνωμάτευση (ύπαρξη ψυχικής διαταραχής)

		Συχνότητα	Ποσοστό	Σωρευτικό Ποσοστό
Έγκυρες Τιμές	0	87	48,6	49,7
	1	88	49,2	100,0
	Σύνολο	175	97,8	
Μη Έγκυρες Τιμές	-9	4	2,2	
Σύνολο		179	100,0	

Όπου: 0=έλλειψη αιτιολογημένης ιατρικής γνωμάτευσης για την ύπαρξη ψυχικής διαταραχής & 1=ύπαρξη αιτιολογημένης ιατρικής γνωμάτευσης για την ύπαρξη ψυχικής διαταραχής

Πίνακας 3. Ιατρική Γνωμάτευση (ασθενής ικανός να κρίνει για την υγεία του)

		Συχνότητα	Ποσοστό	Σωρευτικό Ποσοστό
Έγκυρες Τιμές	0	155	86,6	88,6
	1	20	11,2	100,0
	Σύνολο	175	97,8	
Μη Έγκυρες Τιμές	-9	4	2,2	
Σύνολο		179	100,0	

Όπου: 0=έλλειψη αιτιολογημένης ιατρικής γνωμάτευσης για την ικανότητα του ασθενούς να κρίνει για την υγεία του & 1=ύπαρξη αιτιολογημένης ιατρικής γνωμάτευσης για την ικανότητα του ασθενούς να κρίνει για την υγεία του

Πίνακας 4. Ιατρική Γνωμάτευση (η έλλειψη νοσηλείας μπορεί να επιδεινώσει την κατάσταση του)

		Συχνότητα	Ποσοστό	Σωρευτικό Ποσοστό
Έγκυρες Τιμές	0	104	58,1	59,8
	1	70	39,1	100,0
	Σύνολο	174	97,2	
Μη Έγκυρες Τιμές	-9	5	2,8	
Σύνολο		179	100,0	

Όπου: 0=έλλειψη αιτιολογημένης ιατρικής γνωμάτευσης για την επιδείνωση της κατάστασης του ασθενούς από την έλλειψη νοσηλείας & 1=ύπαρξη αιτιολογημένης ιατρικής γνωμάτευσης για την επιδείνωση της κατάστασης του ασθενούς από την έλλειψη νοσηλείας

Πίνακας 5. Τρόπος μεταφοράς ασθενών (αστυνομία ή άλλος τρόπος)

		Συχνότητα	Ποσοστό	Σωρευτικό Ποσοστό
Έγκυρες Τιμές	0	5	2,8	2,9
	1	168	93,9	100,0
	Σύνολο	173	96,6	
Μη Έγκυρες Τιμές	-9	6	3,4	
Σύνολο		179	100,0	

Όπου: 0=η μεταφορά του ασθενούς δεν έγινε από την αστυνομία & 1= η μεταφορά του ασθενούς έγινε από την αστυνομία

Πίνακας 6. Τήρηση 48ώρου για εξέταση

		Συχνότητα	Ποσοστό	Σωρευτικό Ποσοστό
Έγκυρες Τιμές	0	0	0	0
	1	171	95,5	100,0
Μη Έγκυρες Τιμές	-9	8	4,5	
Σύνολο		179	100,0	

Όπου: 0=μη τήρηση 48ώρου για την εξέταση του ασθενούς & 1=τήρηση 48ώρου για την εξέταση του ασθενούς

Πίνακας 7. Ύπαρξη Εισαγγελικής Εντολής για Εγκλεισμό

		Συχνότητα	Ποσοστό	Σωρευτικό Ποσοστό
Έγκυρες Τιμές	0	11	6,1	6,4
	1	160	89,4	100,0
	Σύνολο	171	95,5	
Μη Έγκυρες Τιμές	-9	8	4,5	
Σύνολο		179	100,0	

Όπου: 0=έλλειψη εισαγγελικής εντολής για τον εγκλεισμό του ασθενούς & 1= εισαγγελικής εντολής για τον εγκλεισμό του ασθενούς

Πίνακας 8. Ύπαρξη Κλήσης για Δίκη

		Συχνότητα	Ποσοστό	Σωρευτικό Ποσοστό
Έγκυρες Τιμές	0	85	47,5	48,0
	1	92	51,4	100,0
	Σύνολο	177	98,9	
Μη Έγκυρες Τιμές	-9	2	1,1	
Σύνολο		179	100,0	

Όπου: 0=έλλειψη κλήσης για δίκη & 1=ύπαρξη κλήσης για δίκη

Πίνακας 9.1 Διάρκεια Ακούσιας Νοσηλείας

N	Έγκυρες Τιμές	170
	Μη Έγκυρες Τιμές	9
Μέση Τιμή		51,91
Τυπική Απόκλιση		57,617
Ελάχιστη Τιμή		1
Μέγιστη Τιμή		540

Πίνακας 9.2 Διάρκεια Ακούσιας Νοσηλείας

		Συχνότητα	Ποσοστό	Σωρευτικό Ποσοστό
Έγκυρες Τιμές	0 - 20	32	17,9	18,8
	21 - 30	30	16,8	36,5
	31 - 40	30	16,8	54,1
	41 - 50	21	11,7	66,5
	51 - 70	28	15,6	82,9
	71 - άνω	29	16,2	100,0
	Σύνολο	170	95,0	
Μη Έγκυρες Τιμές	-9	9	5,0	
Σύνολο		179	100,0	

Πίνακας 10. Ύπαρξη Δικαστικής Απόφασης

		Συχνότητα	Ποσοστό	Σωρευτικό Ποσοστό
Έγκυρες Τιμές	0	146	81,6	83,4
	1	29	16,2	100,0
	Σύνολο	175	97,8	
Μη Έγκυρες Τιμές	-9	4	2,2	
Σύνολο		179	100,0	

Όπου: 0=έλλειψη δικαστικής απόφασης & 1=ύπαρξη δικαστικής απόφασης

Πίνακας 11.1 Χρονικό Διάστημα από την Ημερομηνία Εισαγωγής μέχρι τη Δικάσιμο

N	Έγκυρες Τιμές	90
	Μη Έγκυρες Τιμές	89
Μέση Τιμή		41,22
Τυπική Απόκλιση		18,785
Ελάχιστη Τιμή		7
Μέγιστη Τιμή		118

Πίνακας 11.2 Χρονικό Διάστημα από την Ημερομηνία Εισαγωγής μέχρι τη Δικάσιμο

		Συχνότητα	Ποσοστό	Σωρευτικό Ποσοστό
Έγκυρες Τιμές	0 - 25	19	10,6	21,1
	26 - 35	21	11,7	44,4
	36 - 45	20	11,2	66,7
	46 - 55	15	8,4	83,3
	56 - άνω	15	8,4	100,0
	Σύνολο	90	50,3	
Μη Έγκυρες Τιμές	-9	89	49,7	
Σύνολο		179	100,0	

Πίνακας 12.1

	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα Μέση Τιμή
Μέρες που πέρασαν από την ημερομηνία εισαγωγής μέχρι τη δικάσιμο	90	41,22	18,785	1,980

Πίνακας 12.2 One-Sample Test

	Τιμή Ελέγχου = 10					
	t	B. E.	Σημ. (2-tailed)	Διαφορά Τιμής Ελέγχου από τη Μέση Τιμή	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης της Διαφοράς	
					Κατώτερο	Ανώτερο
Μέρες που πέρασαν από την ημερομηνία εισαγωγής μέχρι τη δικάσιμο	15,768	89	,000	31,222	27,29	35,16

Πίνακας 13.1 Χρονικό Διάστημα από την Ημερομηνία Εισαγωγής μέχρι τη Δικαστική Απόφαση

N	Έγκυρες Τιμές	29
	Μη Έγκυρες Τιμές	150
Μέση Τιμή		76,10
Τυπική Απόκλιση		37,863
Ελάχιστη Τιμή		35
Μέγιστη Τιμή		179

Πίνακας 13.2 Χρονικό Διάστημα από την Ημερομηνία Εισαγωγής μέχρι τη Δικαστική Απόφαση

		Συχνότητα	Ποσοστό	Σωρευτικό Ποσοστό
Έγκυρες Τιμές	0 - 50	8	4,5	27,6
	51 - 70	8	4,5	55,2
	71 - 100	7	3,9	79,3
	101 - άνω	6	3,4	100,0
	Σύνολο	29	16,2	
Μη Έγκυρες Τιμές	-9	150	83,8	
Σύνολο		179	100,0	

Πίνακας 14. Ύπαρξη Κλήσης για Δίκη (1-0) * Ύπαρξη Δικαστικής Απόφασης

		Ύπαρξη δικαστικής απόφασης (1-0)		Σύνολο
		0	1	
Ύπαρξη κλήσης για τη δίκη (1-0)	0	85	0	85
	1	61	29	90
Σύνολο		146	29	175

Πίνακας 15. χ^2 * Ύπαρξη Δικαστικής Απόφασης

		Ύπαρξη δικαστικής απόφασης (1-0)		Σύνολο
		0	1	
χ^2	-63	1	0	1
	-45	1	0	1
	-44	1	0	1
	-43	1	0	1
	-35	1	0	1
	-32	1	0	1
	-31	3	0	3
	-30	1	0	1
	-29	1	0	1
	-28	1	0	1
	-26	2	0	2
	-19	1	0	1
	-18	1	0	1
	-17	1	0	1
	-16	1	0	1
	-15	1	0	1
	-14	1	0	1
	-12	2	0	2
	-11	1	0	1
	-10	1	0	1
	-9	2	0	2
	-8	1	0	1
	-6	1	0	1
	-5	2	0	2
	-4	2	0	2
	-2	1	0	1
	-1	0	1	1
	0	2	0	2
	2	1	2	3
	3	0	1	1
	5	1	1	2
	6	0	1	1
7	0	2	2	
8	2	0	2	
9	2	0	2	
11	0	1	1	
12	1	0	1	
14	1	1	2	
16	0	2	2	
17	1	0	1	
18	1	1	2	
19	1	0	1	
20	0	1	1	
21	0	1	1	

22	0	1	1
25	1	0	1
26	0	1	1
27	0	1	1
28	1	1	2
29	0	1	1
30	0	1	1
34	1	0	1
36	1	0	1
43	0	1	1
46	0	1	1
51	1	0	1
67	0	1	1
68	1	0	1
69	1	0	1
85	0	2	2
108	0	1	1
120	0	2	2
164	1	0	1
168	1	0	1
284	1	0	1
496	1	0	1
Σύνολο	57	29	86

Πίνακας 16. Συντελεστής Eta

			Τιμή
Nominal by Interval	Eta	x2 Εξαρτημένη Μεταβλητή	,123

Πίνακας 17. Συντελεστής Pearson

		Υπαρξη δικαστικής απόφασης (1-0)
x2	Συντελεστής Pearson	,123
	Σημ. (2-tailed)	,258
	N	88

Πίνακας 18. Συντελεστής Συσχέτισης Pearson

		Συχνότητα
Διάρκεια ακούσιας νοσηλείας (αριθμός ημερών)	Συντελεστής Pearson	,201(**)
	Σημ. (2-tailed)	,009
	N	170

** Στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας 19. Συχνότητα Ακούσιων Εγκλεισμών

	Συχνότητα	Ποσοστό	Σωρευτικό Ποσοστό
1,00	49	55,06	55,06
2,00	19	21,34	76,40
3,00	10	11,24	87,64
4,00	2	2,25	89,89
5,00	4	4,49	94,38
6,00	2	2,25	96,63
7,00	2	2,25	98,88
8,00	1	1,2	100,0
Σύνολο	89	100,0	