**- Υπουργείο Υγείας - http://www.opengov.gr/yyka -**

### Άρθρο 01 – Ορισμοί – Πεδίο εφαρμογής

1. «Ακούσια ψυχιατρική περίθαλψη» ασθενή που πάσχει από ψυχιατρική διαταραχή είναι η παροχή ψυχιατρικής φροντίδας σε αυτόν χωρίς ο ίδιος να την έχει αιτηθεί, από την οποία αναμένεται θεραπευτικό αποτέλεσμα και διακρίνεται σε θεραπεία στην κοινότητα κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας και σε ακούσια νοσηλεία.  
2. «Θεραπεία στην κοινότητα κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας» είναι η παροχή θεραπείας στην κοινότητα που λαμβάνει χώρα σε κατάλληλη προς τούτο Μονάδα Ψυχικής Υγείας.  
3. «Ακούσια νοσηλεία» είναι η χωρίς την συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και νοσηλεία του σε κατάλληλη προς τούτο δημόσια Μονάδα Ψυχικής Υγείας και αποφασίζεται μόνο αν κριθεί ότι η κατάσταση του ασθενή δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με θεραπεία στην κοινότητα κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας.  
4. Η άρνηση προσώπου να προσαρμόζεται στις επικρατούσες κοινωνικές ή ηθικές ή πολιτικές αξίες, δεν συνιστά καθεαυτή ψυχική διαταραχή. Η ακούσια ψυχιατρική περίθαλψη δεν επιτρέπεται προκειμένου να καλυφθούν ανάγκες προνοιακής φροντίδας ή προστατευτικής φύλαξης ατόμων. Από την ακούσια ψυχιατρική περίθαλψη διακρίνεται η επιβολή των μέτρων θεραπείας σύμφωνα με τα άρθρα 69 επ. του Ποινικού Κώδικα.  
5. Η αντιμετώπιση της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες διέπεται από ειδική νομοθεσία και ως εκ τούτου ακούσια ψυχιατρική περίθαλψη ατόμων εξαρτημένων δεν επιτρέπεται, σε περίπτωση άρνησης ένταξης σε θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης. Επίσης, δεν επιτρέπεται ακούσια ψυχιατρική περίθαλψη σε περιπτώσεις όπου η ψυχική διαταραχή αφορά αποκλειστικά Διαταραχές της Προσωπικότητας, ή αποκλειστικά Διάχυτες Διαταραχές της Ανάπτυξης, ή αποκλειστικά Νοητική Καθυστέρηση ή αποκλειστικά Άνοια ή αποκλειστικά Διαταραχές Διαγωγής που αφορούν ανηλίκους, όπως οι παραπάνω διαταραχές και παθήσεις ορίζονται από τα διαγνωστικά κριτήρια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.  
6. Οι ανήλικοι που φέρονται ότι χρήζουν ακούσιας ψυχιατρικής περίθαλψης εξετάζονται αποκλειστικά από παιδοψυχίατρους και, μόνο όταν οι τελευταίοι ελλείπουν στην ευρύτερη περιοχή του τόπου κατοικίας ή διαμονής του ανηλίκου, από ψυχιάτρους. Η ακούσια νοσηλεία των ανηλίκων θα πρέπει να πραγματοποιείται σε κατάλληλες Μονάδες Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων, κατά προτίμηση στην περιοχή του τόπου διαμονής του ανηλίκου. Σε περίπτωση έλλειψης τέτοιων δομών, είναι δυνατή η ακούσια νοσηλεία ανηλίκων άνω των 16 ετών σε ψυχιατρικά τμήματα ενηλίκων. Σε κάθε περίπτωση η ακούσια ψυχιατρική περίθαλψη ανηλίκου απαιτείται να παρέχεται υπό συνθήκες θεραπευτικού περιβάλλοντος προσαρμοσμένου στην ανηλικότητα και να συνδέεται με δομές στην κοινότητα.

### Άρθρο 02 – Θεραπεία στην κοινότητα κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας

1. Προϋποθέσεις για την θεραπεία στην κοινότητα κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας είναι σωρευτικά οι παρακάτω:  
α. ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή,  
β. ο ασθενής να είναι σε θέση να αντιληφθεί την διάκριση μεταξύ θεραπείας στην κοινότητα κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας και ακούσιας νοσηλείας, να αποδέχεται τις υποχρεώσεις που συνεπάγεται η θεραπεία υπό την επιστημονική εποπτεία κοινοτικής δομής, και να κατανοεί ότι, σε περίπτωση μη συμμόρφωσής του στους όρους που έχουν τεθεί και αμοιβαία συμφωνηθεί, η θεραπεία στην κοινότητα κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας μπορεί να μετατραπεί σε ακούσια νοσηλεία.  
γ. να εκτιμάται ότι η έλλειψη θεραπείας θα έχει ως αποτέλεσμα σοβαρή επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του ασθενούς.  
2. Η συνδρομή των προϋποθέσεων της παρ. 1 αποδεικνύεται από δύο αιτιολογημένες ψυχιατρικές γνωματεύσεις, με τη συμπλήρωση ειδικού εντύπου, σύμφωνα με το Παράρτημα Α που προσαρτάται στον παρόντα. Για την αναγκαιότητα και τους γενικούς όρους της θεραπείας στην κοινότητα κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας απαιτείται συναίνεση του ασθενή ο οποίος συνυπογράφει με τους ψυχιάτρους που τον εξέτασαν σχετικό έντυπο, σύμφωνα με το Παράρτημα Β που προσαρτάται στον παρόντα. Οι ψυχιατρικές γνωματεύσεις και το θεραπευτικό συμβόλαιο που ακολούθως καταρτίζεται μεταξύ θεράποντος ιατρού και ασθενή υποβάλλονται στον Εισαγγελέα Πρωτοδικών του τόπου κατοικίας ή διαμονής του για την παρακολούθηση της τήρησης των υποχρεώσεων και τη διασφάλιση των δικαιωμάτων του ασθενή.  
3. Για την θεραπεία στην κοινότητα κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας, εκδίδεται διάταξη από τον Εισαγγελέα Πρωτοδικών του τόπου κατοικίας ή διαμονής του ασθενή, με περιεχόμενο τις υποχρεώσεις του ασθενή και τον προβλεπόμενο χρόνο διάρκειας της θεραπείας του.

**Άρθρο 03 – Ακούσια νοσηλεία**

Συγγραφέας: *Μιχάλης Παπαντωνόπουλος* Στις 8 Μαΐου 2019 @ 01:24 Σε Ακούσια ψυχιατρική περίθαλψη | [Τα σχόλια είναι απενεργοποιημένα](http://www.opengov.gr/yyka/?p=2829&print=1#comments_controls)

1. Προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία είναι σωρευτικά οι παρακάτω:  
α. ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή  
β. να τεκμηριώνεται σοβαρή διαταραχή του ελέγχου της πραγματικότητας και ως εκ τούτου να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του,  
γ. ο ασθενής να μην είναι σε θέση να αντιληφθεί την διάκριση μεταξύ θεραπείας στην κοινότητα κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας και ακούσιας νοσηλείας,  
δ. να εκτιμάται ότι η έλλειψη θεραπείας του θα έχει ως αποτέλεσμα να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του.  
2. Η ακούσια νοσηλεία επιβάλλεται μόνο με δικαστική απόφαση και αποτελεί το έσχατο μέσο για την παροχή ψυχιατρικής περίθαλψης, αφού προηγουμένως αποκλεισθεί η δυνατότητα θεραπείας στην κοινότητα. Η συνδρομή προϋποθέσεων της προηγούμενης παραγράφου τεκμηριώνεται με δύο αιτιολογημένες ψυχιατρικές γνωματεύσεις που υποβάλλονται με τη συμπλήρωση ειδικού εντύπου, σύμφωνα με το Παράρτημα Α.

Τα σχόλια είναι απενεργοποιημένα ([Ανοιχτό](http://www.opengov.gr/yyka/?p=2829&print=1) | [Κλείσιμο](http://www.opengov.gr/yyka/?p=2829&print=1))

### Άρθρο 04 – Ανώτατος χρόνος διάρκειας για την ακούσια ψυχιατρική περίθαλψη

Η διάρκεια της ακούσιας ψυχιατρικής περίθαλψης, είτε με την μορφή της θεραπείας στην κοινότητα κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας, είτε με την μορφή της ακούσιας νοσηλείας δεν είναι δυνατό να υπερβαίνει αθροιστικά τους τέσσερις μήνες και παύει και πριν την πάροδο του διαστήματος αυτού, αν οι θεράποντες ιατροί αποφασίσουν ότι εξέλιπαν οι λόγοι για τους οποίους αυτή επιβλήθηκε.

### Άρθρο 05 – Έναρξη διαδικασίας για την ακούσια ψυχιατρική περίθαλψη

1. Την ακούσια ψυχιατρική περίθαλψη προσώπου, μπορούν να ζητήσουν ο σύζυγος, αυτός που έχει συνάψει σύμφωνο συμβίωσης με τον φερόμενο ως ψυχικά ασθενή, ο συγγενής σε ευθεία γραμμή απεριόριστα, ο συγγενής εκ πλαγίου μέχρι και το δεύτερο βαθμό, όποιος ασκεί τη γονική μέριμνα ή ο δικαστικός του συμπαραστάτης, με αίτησή τους στον εισαγγελέα πρωτοδικών του τόπου της κατοικίας ή διαμονής του προσώπου, που φέρεται ότι χρήζει ακούσιας ψυχιατρικής περίθαλψης. Σε επείγουσα περίπτωση, αν δεν υπάρχει κανένα από τα πρόσωπα αυτά, την ακούσια ψυχιατρική περίθαλψη μπορεί να ζητήσει αυτεπάγγελτα ο εισαγγελέας του προηγούμενου εδαφίου.  
2.Την αίτηση της παρ. 1 πρέπει να συνοδεύουν πρόσφατες, γραπτές γνωματεύσεις δύο ψυχιάτρων, ή παιδοψυχίατρων, κατά περίπτωση, που θα αναφέρονται πλήρως και επαρκώς αιτιολογημένα στις προϋποθέσεις των άρθρων 1 και κατά περίπτωση 2 και 3 του παρόντος, και θα ορίζουν τη μορφή της ψυχικής ασθένειας, το είδος της ψυχιατρικής περίθαλψης που θα πρέπει να παρασχεθεί για την βελτίωση της ψυχικής υγείας του συγκεκριμένου ασθενή, καθώς και την συνιστώμενη Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Οι ψυχίατροι ή παιδοψυχίατροι, κατά περίπτωση, που συντάσσουν τις γνωματεύσεις, δεν πρέπει να τελούν σε σχέση συγγενείας με τον αιτούντα ή με το πρόσωπο που φέρεται, στην αίτηση, ότι χρήζει ακούσιας ψυχιατρικής περίθαλψης.  
3. Η αρμόδια Περιφερειακή Διοίκηση Τομέων Ψυχικής Υγείας (Πε.Δι.Το.Ψ.Υ.) και, σε περίπτωση αδυναμίας, η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας, κοινοποιεί τον Σεπτέμβριο κάθε έτους στις κατά τόπους Εισαγγελίες Πρωτοδικών κατάλογο με τα στοιχεία επικοινωνίας των αρμόδιων κοινοτικών μονάδων ψυχικής υγείας.

**Τα σχόλια είναι απενεργοποιημένα Στο "Άρθρο 03 – Ακούσια νοσηλεία"**

**#1 Σχόλιο** Από Γιάννης Χιώτης Στις 9 Μαΐου 2019 @ 17:35

Η προϋπόθεση β, περί της διαταραχής του ελέγχου της πραγματικότητας, δεν ισχύει πάντα. Υπάρχουν ασθενείς με καλό έλεγχο της πραγματικότητας που όμως χρειάζονται ακούσια νοσηλεία.

**#2 Σχόλιο** Από ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΠΑΡΕΛΛΗ Στις 10 Μαΐου 2019 @ 05:42

Εχω κάνει σχετική καταγγελία στο Συνήγορο του Πολίτη για το ΨΝΑ Δαφνί… Δεν έγινε ενημέρωση σχετικά με τα δικαιώματά μου τα οποία καταπατήθηκαν πληρως κατά τη διάρκεια νοσηλείας μου 5/4/2018 -10/4/18 Δε τηρήθηκε καμμιά προθεσμία το δικαστήριο έγινε το Νοέμβριο του 2018. Εχω αποστείλει σχετική επιστολή διαμαρτυρίας στον αξιότιμο κύριο Πρωθυπουργό της χώρας Υγείας και δεν έχω λάβει καμμιά απάντηση…. Ενα θα πω μόνο εάν υπάρχει ιστορικό οι γιατροί που εξετάζουν τον ασθενή δε λαμβάνουν το ρίσκο όσο και καλά να φαίνεται να τον κρίνουν ικανό να μη νοσηλευθεί…. σε περίπτωση που κάτι συμβεί θα τους καταλογήσουν ευθύνες οι αιτούντες την ακούσια νοσηλεία του ατόμου όπως είχε γίνει στον ασθενή που είχε πάει εκούσια στο Δρομοκαίτειο  
[1]  
Και κάτι τελευταίο δεν ισχύει τίποτα στη χώρα μας οι νόμοι είναι για να παραβιάζονται από τους ιθύνοντες

**#3 Σχόλιο** Από Στέλιος Στυλιανίδης Στις 15 Μαΐου 2019 @ 15:22

Παράγραφος 2: Οι δύο αιτιολογημένες ψυχιατρικές γνωματεύσεις πρέπει να υποβάλλονται, ει δυνατόν, από ψυχιάτρους που δεν εργάζονται στο ίδιο τμήμα του ψυχιατρικού νοσοκομείου ή/και να έχουν μια τεκμηριωμένη αιτιολόγηση, συμπληρωματική μεταξύ τους.

Για την Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (Ε.Π.Α.Ψ.Υ.),  
Στέλιος Στυλιανίδης  
Καθ. Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Πάντειο Πανεπιστήμιο

**#4 Σχόλιο** Από Αλέξης Κροκιδάς Στις 15 Μαΐου 2019 @ 16:02

Πως τεκμηριώνεται η σοβαρή διαταραχή ελέγχου της πραγματικότητας? Δεν υπάρχει διεθνώς καμμία κλίμακα, κανένα σταθμισμένο αξιόπιστο και έγκυρο ψυχομετρικό εργαλείο που να τεκμηριώνει σοβαρή διαταραχή ελέγχου της πραγματικότητας. Ο όρος είναι εξόχως προβληματικός, ασαφής και ρευστός και επαφίεται στην διακριτική ευχέρεια του εκάστοτε ψυχιάτρου να κρίνει τι είναι σοβαρή και τι λιγότερο σοβαρή διαταραχή ελέγχου προσωπικότητας και ως εκ τούτου ο κίνδυνος για αυθαιρεσία είναι τεράστιος. Στον βαθμό που αυτό αποτελεί μια απο τις προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία, η οποία εξ ορισμού σημαίνει στέρηση ελευθερίας, δεν μπορεί να αφήνει τέτοια τεράστια περιθώρια αυθαιρεσίας. Ακόμα και αν μπορούσαμε να συμφωνήσουμε σε έναν γενικά αποδεκτό ορισμό της διαταραχής του ελέγχου της πραγματικότητας, πάλι δεν συνεπάγεται, παρά μόνο ταυτολογικά, οτι κάποιος δεν είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του. Η κάποιος μπορεί να είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του αλλά να αποφασίζει να πάρει ρίσκα, πχ ένας καπνιστής που πάσχει απο ψυχική διαταραχή και κρίνεται οτι η σχέση του με την πραγματικότητα είναι σοβαρά διαταραγμένη αλλά ο οποίος ξέρει πολύ καλά οτι είναι για το συμφέρον τη υγείας του να σταματήσει να καπνίζει αλλά αποφασίζει να το ρισκάρει, η μπορεί να μην τον ενδιαφέρει ιδιαιτερα αν θα πεθάνει πιό νωρίς απο έναν μη καπνιστή.

Η προύπόθεση γ είναι επίσης άκρως προβληματική. Κάποιος μπορεί να αντιλαμβάνεται κάλιστα την διάκριση ανάμεσα σε ακούσια περίθαλψη στην κοινότητα και ακούσια νοσηλεία αλλά να αρνείται και τις δυο παρεμβάσεις. Πώς κρίνουμε αν κάποιος αντιλαμβάνεται την διάκριση? Εκτός αν το γνωσιακό έλλειμα είναι τόσο μεγάλο απο άνοια, οργανικό ψυχοσύνδρομο, βαρειά νοητική στέρηση και συναφείς διαταραχές.

**#5 Σχόλιο** Από ΜΙΧΑΗΛ Στις 15 Μαΐου 2019 @ 16:29

Πιο ανακουφιστικό το βρίσκω

**#6 Σχόλιο** Από Μυρτώ Παπακωνσταντίνου Στις 16 Μαΐου 2019 @ 11:04

η γνωματευσης πρέπει να είναι ανεξάρτητες και πλήρως τεκτμηριωμένες

**#7 Σχόλιο** Από Μυρτώ Παπακωνσταντίνου Στις 17 Μαΐου 2019 @ 11:29

Σε συνέχεια όσων είπα ήδη προηγουμένως, επειδή το να μπεί κάποιος είτε σε κατ’οικον νοσηλεία είτε σε κάποιο ψυχιατρείο είναι σοβαρή υπόθεση, θα πρέπει να διασφαλιστεί ότι η δύο γνωματεύσεις των ψυχιάτρων θα διακατέχονται από αμεροληψία και δε θα γίνεται τυποποιημένα.  
Κάποιες προτάσεις για να διασφαλιστεί η αμεροληψία είναι οι εξής:  
Α) οι ψυχιατροί να μην εργάζονται στην ίδια δομή.  
Β) ο ένας να μη μπορεί να δεί την γνωμάτευση του άλλου, να υπάρχει απόρρητο στις γνωματευσεις.  
Γ) Οι γνωματευσεις να ανοίγονται από έναν τρίτο ανεξάρτητο ψυχίατρο που θα κάνει την τελική εισήγηση.

Επείδη ίσως ήταν ένα μεμονομένο γεγονός το να έφτασε ένας άνθρωπος σε κρίση καλό θα ήτανε πριν τους ψυχιατρούς, να υπάρχει ένας ψυχολόγος που θα μιλάει με τον ασθενή σε κρίση και θα προσπαθήσει να τον ηρεμήσει για να καταλάβει γιατί έφτασε σε αυτή την κατάσταση.

**#8 Σχόλιο** Από ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΙΝΟΥΡΗ Στις 17 Μαΐου 2019 @ 11:55

Αγαπητοί Κύριοι,  
Η επιβεβαίωση της αναγκαιότητας κάθε ακούσιας νοσηλείας λαμβάνει χώρα ούτως ή άλλως σε δημόσια Ψυχιατρική κλινική. Γεννάται λοιπόν το ερώτημα γιατί να μη μπορεί να λάβει χώρα η περαίωση της ακούσιας νοσηλείας, σε ιδιωτική κλινική ιδιαίτερα αν αυτό αποτελεί επιλογή του συγγενικού περιβάλλοντος του εκάστοτε ασθενούς. Οι νομικά καθορισμένες συνθήκες και όροι της διεκπεραίωσης μιας ακούσιας νοσηλείας, πληρούνται εξ’ ορισμού ανεξαρτήτως πλαισίου (δημόσιου ή ιδιωτικού) γιατί υπόκεινται σε νομικά καθορισμένο καθεστώς.  
Κατ’ επέκτασιν, αδυνατούμε να αντιληφθούμε, με δεδομένο ότι δεν έχει «ποινικοποιηθεί» η άσκηση της ιδιωτικής ιατρικής στην Ελλάδα, αλλά και με δεδομένο ότι δεν τίθεται θέμα ανεπάρκειας των ιατρών που εργάζονται στις ιδιωτικές κλινικές, για ποιο λόγο δεν διεκπεραιώνονται οι ακούσιες νοσηλείες σε αυτές.  
Θέλουμε να τονίσουμε ότι είμαστε υπέρ οποιουδήποτε ελέγχου ύπαρξης και κάλυψης αναγκαίων συνθηκών νοσηλείας, και ιδιαίτερα σε κλινικές όπως η δική μας, και είμαστε στη διάθεσή σας για καλοπροαίρετη, ειλικρινή ακόμα και συγκριτική «αντιπαράθεση» των δυνατοτήτων που παρέχει η κλινική μας έναντι του υπερφορτωμένου εκάστοτε Δημόσιου Ψυχιατρικού τμήματος.  
Θα θέλαμε επίσης να σας τονίσουμε ότι γινόμαστε καθημερινά αποδέκτες της απελπισίας των συγγενών ασθενών, που αδυνατούν να νοσηλεύσουν οξέα ψυχιατρικά περιστατικά σε εμάς και τα οποία σύμφωνα με αναφορές των συγγενών νοσηλεύονται ολιγοήμερα σε δημόσιες ψυχιατρικές κλινικές (παρά του ότι έχει επιβεβαιωθεί η αναγκαιότητα της ακούσιας νοσηλείας, η διάρκεια της οποίας υπενθυμίζουμε ότι νομικά μπορεί να φτάσει ως και τους έξι μήνες) και εξέρχονται προ του απαιτούμενου χρόνου νοσηλείας μ’ ότι αρνητικό αυτό συνεπάγεται για την υγεία του ασθενούς.  
Είμαστε υπέρ κάθε διαφανούς διαδικασίας διεκπεραίωσης ακούσιας νοσηλείας σύμφωνα με τα ηθικά, νομικά και δεοντολογικά standards που επιβάλλονται και επιθυμούμε τη στενή συνεργασία με την επιτροπή για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών και με το ίδιο το Υπουργείο.  
Αδυνατούμε όμως να δεχτούμε ότι χαρακτηριζόμαστε από «ίδιον όφελος» ή ότι είμαστε δεύτερης κατηγορίας ιατροί, που δεν μπορούν να επιτελέσουν το ίδιο έργο ή και περισσότερο, σε σχέση με τους συναδέλφους μας των Δημοσίων Νοσοκομείων, ιδιαίτερα δε όταν όλοι μας σπουδάσαμε, διδαχθήκαμε και μάθαμε σε Δημόσιες δομές υγείας.

**#9 Σχόλιο** Από Κατερίνα Χατζή Στις 17 Μαΐου 2019 @ 12:08

Τι σημαίνει διαταραχή ελέγχου της πραγματικότητας και πώς είναι δυνατόν αυτή να τεκμηριωθεί; Υπάρχουν ασθενείς , ακόμα και με ψυχωσικά συμπτώματα (πχ φωνές, ) που έχουν καταφέρει τόσο καλά να τα διαχειριστούν και να τα ελέγξουν που είναι πλήρως λειτουργικοί ακόμα και χωρίς τη χρήση φαρμάκων. Ποιοί θα είναι αυτοί οι γιατροί που θα κρίνουν όλα τα παραπάνω ως αδέκαστοι κριτές; Θα έχουν κάποια επιπλέον εξειδίκευση, θα ελέγχεται από κάποιο φορέα; ( ως προς την καταλληλότητα και την επάρκειά τους;)  
Αυτή η θεραπεία στην κοινότητα τελικά εκτός από χορήγηση αντιψυχωσικού τι άλλο θα περιλαμβάνει για να νοείται ως θεραπεία; Ξέρουμε ότι το φάρμακο από μόνο του δεν αποτελεί θεραπεία. Θα προσφέρονται στον ασθενή άλλες επικουρικές μορφές θεραπείας; Πχ ψυχοθεραπεία, εργοθεραπεία κτλ;  
Κατερίνα Χατζή: Μέλος του υπό σύσταση σωματείου ΔΑΛΥΨΥ. (Δράση- Αλληλεγγύη Ληπτών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας)

**#10 Σχόλιο** Από Άννα Εμμανουηλίδου Στις 18 Μαΐου 2019 @ 18:47

Είναι συνολικότερα απαραίτητο να διασφαλιστεί ώστε η όποια μετακίνηση στην κοινότητα της φροντίδας σε περιπτώσεις ψυχικής κρίσης να μην ταυτιστεί σε καμιά περίπτωση με την αναγκαστική επιβολή κατασταλτικών μέσων εντός της οικίας των φερόμενων ως ασθενών, πράγμα που θα αποτελούσε κατάφωρη παραβίαση και του οικογενειακού ασύλου και όλων των ανθρώπινων δικαιωμάτων. Η ‘αναγκαστική φροντίδα στην κοινότητα» θα πρέπει να οριστεί ως εναλλακτική εκδοχή που θα επιλέγει ελεύθερα ο φερόμενος ως ασθενής αντί της κλειστής ψυχιατρικής νοσηλείας και θα προσφέρει εχέγγυα θεραπείας και όχι κοινωνικού ελέγχου και βίας. Αν δεν διασφαλιστεί αυτό, η επέκταση «στην κοινότητα» επί της ουσίας τελματώνει και τις όποιες (τυχαίες) εναλλακτικές δυνατότητες μπορεί να έχει σήμερα ο πολίτης που βρίσκεται σε μια προσωπική ψυχική κρίση. Σ’ αυτό το πνεύμα κινούνται όλα τα σχόλια στα επιμέρους άρθρα του ΣχΝ.

Σχετικά με το άρθρο 1.1: Η λέξη «ψυχιατρική φροντίδα» είναι καλό αντικατασταθεί από τις λέξεις «ψυχιατρική, ψυχοθεραπευτική και ψυχοκοινωνική φροντίδα», ώστε να εμπεριεχθεί στο πνεύμα του ΣχΝ η συμμετοχή σε όλη τη διαδικασία και των υπόλοιπων μάχιμων ειδικοτήτων,δηλαδή κλινικών ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών,ψυχιατρικών νοσηλευτών και ψυχοθεραπευτών με βασικό πτυχίο/επαγγελματική ιδιότητα σε κάποιους από τους προαναφερθέντες επιστημονικούς τομείς.  
Καλό είναι συνολικότερα να ορίζεται α) τι θα γίνεται με τα πρόσωπα που ασκούν πχ βία ή θεωρούνται επικίνδυνα για τον εαυτό τους ή τους άλλους και βρίσκονται σε κατάσταση που μπορούν να λάβουν διάγνωση. Θα ισχύει γι’ αυτούς ό,τι και τους υπόλοιπους πολίτες, πχ αυτόφωρο, δίκη κλπ; Η γνώμη μου είναι ναι, για να αποσυνδεθεί μεσοπρόθεσμα η βία από την ψυχική διαταραχή, αλλά καλό είναι κάπως να διατυπώνεται στο νόμο, διαφορετικά δημιουργείται νομικό κενό, που θα δώσει το χώρο για κατάχρηση και εν μέρει μη εφαρμογή του νέου νόμου. β) Επί του συνόλου: Δεν αναφέρεται πουθενά στον ΣχΝ, σχετικά με τις νομικές διαδικασίες (προθεσμίες, ενημέρωση για τα δικαιώματα από τα ιδρύματα κλπ) τι συνέπειες θα έχει η μη εφαρμογή τους. Είναι ένα κενό και του προηγούμενου νόμου, που άφησε όλα τα περιθώρια της μη εφαρμογής του  
Άρθρο 1.2: Είναι αναγκαίο να οριστεί υπό ποιες προϋποθέσεις ορίζεται μια μονάδα ψυχικής υγείας στην κοινότητα «κατάλληλη για τούτο», έτσι ώστε να μην έχουμε απλή μετακύληση της σημερινής ψυχιατρικής βίας στην κοινότητα και τους πιο ανοιχτούς της θεσμούς. Προτείνεται αυτό να διασφαλιστεί με την υποχρεωτική στελέχωση των εξωνοσοκομειακών μονάδων ψυχικής υγείας με εκπαιδευμένους σε θέματα ψυχώσεων και ψυχιατρικών κρίσεων, καθώς και έμπρακτης στήριξης της οικογένειας θεραπευτές. Αυτό απαιτεί από πλευράς υπουργείου μιας συντονισμένη πρωτοβουλίας προσλήψεων εξειδικευμένου προσωπικού ή μετεκπαιδεύσεων του υπάρχοντος θεραπευτικού προσωπικού σε συνεργασία με υφιστάμενες δομές/πρωτοβουλίες στην κοινότητα, όπως ομάδες αυτοβοήθειας, συλλόγους και εκπαιδευτικά προγράμματα ψυχοθεραπευτών, που θα δηλώσουν αρμοδιότητα και διαθεσιμότητα εξειδικευμένης ενασχόλησης με θέματα ψυχώσεων.Το Παρατηρητήριο για τα Δικαιώματα στο Χώρο της Ψυχικής Υγείας θα μπορούσε να αναλάβει την ανάθεση εξεύρεσης και συντονισμού αυτής της δικτύωσης, βάσει της μακρόχρονης εμπειρίας του στο χώρο και του ειδικού εκπαιδευτικού προγράμματος που εκπονεί από το 2018. Η εφαρμοσιμότητα αυτών των πρακτικών αντλείται από την παγκόσμια εμπειρία, ενδεικτικά αναφέρεται το παράδειγμα του Ανοιχτού Διαλόγου, του Hearing voices Network και της οικογενειακής θεραπείας των ψυχώσεων της Ν. Σχολής της ΧαΪδελβέργης κ.α., πρακτικές οι οποίες εκπροσωπούνται αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα και μπορούν να αξιοποιηθούν.

Άρθρο 1.3 Πρέπει να διευκρινιστεί πώς “θα κριθεί ότι” δεν μπορεί να αποδώσει μια θεραπεία στην κοινότητα και να οριστεί ένα εύλογο χρονικό διάστημα που αυτό θα δοκιμαστεί. Προτείνουμε αυτό να το κρίνουν οι εκάστοτε ειδικά εκπαιδευμένοι θεραπευτές (η ιδιότητα του ψυχιάτρου δεν είναι από μόνοη της επαρκής) και το ελάχιστο χρονικό διάστημα να είναι 2 μήνες.

Άρθρο 2.2 Στη θέση “δύο ψυχιατρικών γνωματεύσεων” προτείνουμε να μπει “μίας ψυχιατρικής γνωματεύσεων και μίας γνωμάτευσης κλινικού ψυχολόγου”, για να διασφαλιστεί η διεπιστημονικότητα στην εκτίμηση της κατάστασης, που θα διευκολύνει τους λειτουργούς που θα κληθούν να την κάνουν και θα διασφαλίσει το νέο σύστημα από τρέχουσες συνήθεις πρακτικές ρουτίνας αυτόματης συμφωνίας του ενός με τον δεύτερο ψυχίατρο.  
Επίσης: κατά την συνυπογραφή της συναίνεσης του ασθενούς με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, είναι απαραίτητο ο ασθενής να έχει κοντά του πρόσωπο της εμπιστοσύνης του (φίλο, συγγενή της επιλογής του, δικηγόρο) και αν δεν υπάρχει τέτοιο, ειδικό εκπαιδευμένο μέλος του προσωπικού, το οποίο θα συνδιαλλαγεί με ηρεμία και χρόνο μαζί του επ’ αυτού, ώστε ο ασθενής να κατανοήσει την συνολική κατάσταση. Αυτό το θεωρούμε αναγκαίο, δεδομένης της αναμενόμενης σύγχυσης ή/και φόβου του ασθενούς, λόγω τόσο της ψυχικής κατάστασης κρίσης στην οποία βρίσκεται, όσο και της ακούσιας συνθήκης στην οποία εκ των πραγμάτων θα βρίσκεται την στιγμή που καλείται να υπογράψει.

**#11 Σχόλιο** Από Άννα Εμμανουηλίδου Στις 18 Μαΐου 2019 @ 19:02

Είναι συνολικότερα απαραίτητο να διασφαλιστεί ώστε η όποια μετακίνηση στην κοινότητα της φροντίδας σε περιπτώσεις ψυχικής κρίσης να μην ταυτιστεί σε καμιά περίπτωση με την αναγκαστική επιβολή κατασταλτικών μέσων εντός της οικίας των φερόμενων ως ασθενών, πράγμα που θα αποτελούσε κατάφωρη παραβίαση και του οικογενειακού ασύλου και όλων των ανθρώπινων δικαιωμάτων. Η ‘αναγκαστική φροντίδα στην κοινότητα» θα πρέπει να οριστεί ως εναλλακτική εκδοχή που θα επιλέγει ελεύθερα ο φερόμενος ως ασθενής αντί της κλειστής ψυχιατρικής νοσηλείας και θα προσφέρει εχέγγυα θεραπείας και όχι κοινωνικού ελέγχου και βίας. Αν δεν διασφαλιστεί αυτό, η επέκταση «στην κοινότητα» επί της ουσίας τελματώνει και τις όποιες (τυχαίες) εναλλακτικές δυνατότητες μπορεί να έχει σήμερα ο πολίτης που βρίσκεται σε μια προσωπική ψυχική κρίση. Σ’ αυτό το πνεύμα κινούνται όλα τα σχόλια στα επιμέρους άρθρα του ΣχΝ.

Σχετικά με το άρθρο 1.1: Η λέξη «ψυχιατρική φροντίδα» είναι καλό αντικατασταθεί από τις λέξεις «ψυχιατρική, ψυχοθεραπευτική και ψυχοκοινωνική φροντίδα», ώστε να εμπεριεχθεί στο πνεύμα του ΣχΝ η συμμετοχή σε όλη τη διαδικασία και των υπόλοιπων μάχιμων ειδικοτήτων,δηλαδή κλινικών ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών,ψυχιατρικών νοσηλευτών και ψυχοθεραπευτών με βασικό πτυχίο/επαγγελματική ιδιότητα σε κάποιους από τους προαναφερθέντες επιστημονικούς τομείς.  
Καλό είναι συνολικότερα να ορίζεται α) τι θα γίνεται με τα πρόσωπα που ασκούν πχ βία ή θεωρούνται επικίνδυνα για τον εαυτό τους ή τους άλλους και βρίσκονται σε κατάσταση που μπορούν να λάβουν διάγνωση. Θα ισχύει γι’ αυτούς ό,τι και τους υπόλοιπους πολίτες, πχ αυτόφωρο, δίκη κλπ; Η γνώμη μου είναι ναι, για να αποσυνδεθεί μεσοπρόθεσμα η βία από την ψυχική διαταραχή, αλλά καλό είναι κάπως να διατυπώνεται στο νόμο, διαφορετικά δημιουργείται νομικό κενό, που θα δώσει το χώρο για κατάχρηση και εν μέρει μη εφαρμογή του νέου νόμου. β) Επί του συνόλου: Δεν αναφέρεται πουθενά στον ΣχΝ, σχετικά με τις νομικές διαδικασίες (προθεσμίες, ενημέρωση για τα δικαιώματα από τα ιδρύματα κλπ) τι συνέπειες θα έχει η μη εφαρμογή τους. Είναι ένα κενό και του προηγούμενου νόμου, που άφησε όλα τα περιθώρια της μη εφαρμογής του

Άρθρο 1.3 Πρέπει να διευκρινιστεί πώς “θα κριθεί ότι” δεν μπορεί να αποδώσει μια θεραπεία στην κοινότητα και να οριστεί ένα εύλογο χρονικό διάστημα που αυτό θα δοκιμαστεί. Προτείνουμε αυτό να το κρίνουν οι εκάστοτε ειδικά εκπαιδευμένοι θεραπευτές (η ιδιότητα του ψυχιάτρου δεν είναι από μόνοη της επαρκής) και το ελάχιστο χρονικό διάστημα να είναι 2 μήνες.

Άρθρο 2.2 Στη θέση “δύο ψυχιατρικών γνωματεύσεων” προτείνουμε να μπει “μίας ψυχιατρικής γνωματεύσεων και μίας γνωμάτευσης κλινικού ψυχολόγου”, για να διασφαλιστεί η διεπιστημονικότητα στην εκτίμηση της κατάστασης, που θα διευκολύνει τους λειτουργούς που θα κληθούν να την κάνουν και θα διασφαλίσει το νέο σύστημα από τρέχουσες συνήθεις πρακτικές ρουτίνας αυτόματης συμφωνίας του ενός με τον δεύτερο ψυχίατρο.  
Επίσης: κατά την συνυπογραφή της συναίνεσης του ασθενούς με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, είναι απαραίτητο ο ασθενής να έχει κοντά του πρόσωπο της εμπιστοσύνης του (φίλο, συγγενή της επιλογής του, δικηγόρο) και αν δεν υπάρχει τέτοιο, ειδικό εκπαιδευμένο μέλος του προσωπικού, το οποίο θα συνδιαλλαγεί με ηρεμία και χρόνο μαζί του επ’ αυτού, ώστε ο ασθενής να κατανοήσει την συνολική κατάσταση. Αυτό το θεωρούμε αναγκαίο, δεδομένης της αναμενόμενης σύγχυσης ή/και φόβου του ασθενούς, λόγω τόσο της ψυχικής κατάστασης κρίσης στην οποία βρίσκεται, όσο και της ακούσιας συνθήκης στην οποία εκ των πραγμάτων θα βρίσκεται την στιγμή που καλείται να υπογράψει.

**#12 Σχόλιο** Από Αννα Εμμανουηλίδου Στις 18 Μαΐου 2019 @ 19:04

Άρθρο 3.2 Στη θέση “δύο ψυχιατρικών γνωματεύσεων” προτείνουμε να μπει “δύο ψυχιατρικών γνωματεύσεων και μίας γνωμάτευσης κλινικού ψυχολόγου”, για να διασφαλιστεί η διεπιστημονικότητα στην εκτίμηση της κατάστασης, που θα διευκολύνει τους λειτουργούς που θα κληθούν να την κάνουν και θα διασφαλίσει το νέο σύστημα από τρέχουσες συνήθεις πρακτικές ρουτίνας αυτόματης συμφωνίας του ενός με τον δεύτερο λειτουργό.

**#13 Σχόλιο** Από ΦΑΝΟΥΡΑΚΗ ΣΜΑΡΑΓΔΑ Στις 19 Μαΐου 2019 @ 17:28

Θα πρέπει να επιτρέπεται και να δίδεται η επιλογή στον ασθενή να νοσηλευτεί στη μονάδα ψυχικής υγείας που εργάζεται ο ψυχίατρος που τον παρακολουθεί, εφόσον βέβαια τον παρακολουθεί κάποιος . Είτε πρόκειται για δημόσια είτε πρόκειται για ιδιωτική. Θα πρέπει να επιτρέπονται ακούσιες νοσηλείες και στις ιδιωτικές κλινικές, κάτι που δεν ισχύει τώρα.

**#14 Σχόλιο** Από Γεώργιος Κακαβούλιας Στις 20 Μαΐου 2019 @ 11:50

Παρ.1  
Αυτό το «σωρευτικά» αυτοαναιρείται ,γιατί κάλλιστα μπορεί κάποιος να διακρίνει τη διαφορά μεταξύ «ακούσιας θεραπείας στην κοινότητα» και «ακούσιας νοσηλείας», αλλά να αρνείται ότι πάσχει ή να αποδέχεται ότι το όποιο ψυχολογικό του πρόβλημα δεν απαιτεί κατά τη γνώμη του κανενός είδους θεραπεία  
Για τη β προϋπόθεση. Έχει γίνει ουσιαστικά αντικατάσταση του όρου «εναισθησία» με τον όρο «πραγματικότητα». Προτείνω να διατηρηθεί ο όρος εναισθησία , καθώς «η σοβαρή διαταραχή του ελέγχου της πραγματικότητας » δεν αποδίδει περιγεγραμμένα την έλλειψη ικανότητας να αντιληφθεί ότι νοσεί. Εξάλλου μπορεί να διατηρεί άριστα πλείστα όσα στοιχεία της πραγματικότητας, καθώς δεν πρόκειται για συγχυτική κατάσταση (εξαιρουμένης της οργανικότητας) και με την απώλεια ενός και μόνου στοιχείου – σε σχέση με τη νόσο- να παρασύρεται στο σύνολό της η πραγματικότητα.  
.  
Παρ.2  
Εφόσον η ακούσια νοσηλεία επιβάλλεται μόνο με δικαστική απόφαση, τότε μέχρι την έκδοσή της (τουλάχιστον 15νθήμερο) ο θεράπων ιατρός έχει τη νομική κάλυψη για την ενδεικνυόμενη θεραπεία? Ο φερόμενος ασθενής έχει δικαίωμα να αρνηθεί την προτεινόμενη θεραπεία? Επίσης και μετά την έκδοση της δικαστικής απόφασης μπορεί να επιλέγει ενδεικνυόμενες θεραπείες ή φαρμακευτικές αγωγές/σχήματα έναντι άλλων ??

**#15 Σχόλιο** Από Παρατηρητήριο για τα Δικαιώματα στον χώρο της Ψυχικής Υγείας Στις 21 Μαΐου 2019 @ 00:24

Κατόπιν του γενικού σχολιασμού περνάμε στον σχολιασμό των επιμέρους άρθρων:

Άρθρο 3  
Τα κριτήρια α και δ, βάσει των οποίων θα εξαναγκαστεί κάποιος σε “θεραπεία”, αφήνουν χώρο για αυθαιρεσία. Ας μην ξεχνάμε ότι οι διαγνώσεις είναι κατασκευές με μικρή εσωτερική εγκυρότητα (εξού και οι πολλές διαφορετικές διαγνώσεις που δέχονται νοσηλευόμενοι από διαφορετικούς γιατρούς που τους εξετάζουν διαχρονικά) που δεν μπορούν να είναι επαρκή κριτήρια για τη στέρηση της ελευθερίας των ανθρώπων.

Άρθρο 3.2  
-Στη θέση “δύο ψυχιατρικών γνωματεύσεων” προτείνουμε να μπει “δύο γνωματεύσεων ψυχιάτρων ή/και μίας κλινικού ψυχολόγου”, για να διασφαλιστεί η διεπιστημονικότητα στην εκτίμηση της κατάστασης, που θα διευκολύνει τους λειτουργούς που θα κληθούν να την κάνουν και θα διασφαλίσει το νέο σύστημα από τρέχουσες συνήθεις πρακτικές ρουτίνας αυτόματης συμφωνίας του ενός με τον δεύτερο λειτουργό.  
-Επίσης, δεν έχει κανένα νόημα οι γνωματεύσεις να είναι δύο αν δεν είναι «τυφλές», αν δηλαδή δεν διασφαλιστεί πως ο δεύτερος ψυχίατρος/κλινικός ψυχολόγος δεν γνωρίζει τη γνωμάτευση του πρώτου.

**#16 Σχόλιο** Από ΕΝΩΣΗ ΙΑΤΡΩΝ Ε.ΚΕ.ΨΥ.Ε. Στις 21 Μαΐου 2019 @ 14:02

Το ΔΣ της Ένωσης Ιατρών του Ελληνικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών συνήλθε την 21/05/2019 και αφού μελέτησε το σχέδιο Νόμου κάνει καταρχήν τις εξής παρατηρήσεις:

– Άρθρο 6.1:  
Δεν είναι δυνατόν να γίνεται κατ’ οίκον εξέταση χωρίς την σύμφωνη γνώμη του ασθενούς. Πρόκειται για παραβίαση δικαιωμάτων του ασθενούς (εισβολή στον προσωπικό του χώρο, με όλους τους κινδύνους που αυτό συνεπάγεται καθώς και παραβίαση κάθε θεραπευτικού πλαισίου).  
Θεωρούμε ορθό να καλείται πρώτα ο ασθενής για εξέταση και σε περίπτωση άρνησής του να ενεργοποιείται η διαδικασία αναγκαστικής εξέτασης στην επιτόπια Μονάδα Ψυχικής Υγείας αφού έχουν ληφθεί όλα τα μέτρα ασφαλείας τόσο για τον ασθενή όσο και για το προσωπικό.  
Γενικά στο νομοσχέδιο φαίνεται να αγνοείται εντελώς η έννοια της επικινδυνότητας, ενώ η κλινική εμπειρία αποδεικνύει το αντίθετο.

– Άρθρο 7  
Οι προϋποθέσεις που περιγράφονται σχετικά με τη μεταφορά του ασθενούς και την εξέτασή του πρέπει πρώτα να υλοποιηθούν πριν εφαρμοσθεί ο νόμος (δηλαδή επαρκές και εξειδικευμένο προσωπικό που θα αναλαμβάνει να συνοδεύει τον ασθενή σε όλα τα στάδια της πορείας του από την εξέτασή του μέχρι την ενδεχόμενη νοσηλεία).  
Χρειάζονται επίσης ειδικά διαμορφωμένοι χώροι εξέτασης ώστε να εξασφαλίζεται η ασφάλεια του ασθενούς αλλά και η απρόσκοπτη λειτουργία της Υπηρεσίας, όπου οι ασθενείς προσέρχονται αυτοβούλως και ανήκουν σε όλες τις ηλικιακές ομάδες (ηλικιωμένοι, έφηβοι, παιδιά).

– Άρθρο 9  
Υπάρχει κάποια επιστημονική τεκμηρίωση σχετικά με τον ανώτατο χρόνο τεσσάρων μηνών ακούσιας ψυχιατρικής περίθαλψης;

– Άρθρο 16  
&1: Πρέπει να διευκρινισθεί τι ακριβώς εννοεί ως προς την θεραπευτική ευθύνη για ασθενή ο οποίος δεν συνεργάζεται.

– Άρθρο 17  
&2: Να διευκρινισθεί επακριβώς τι εννοεί ως προς τις «επιθυμίες του ασθενή» και σε τι μπορεί να αναφέρονται.  
Ως γενικό σχόλιο αναφέρουμε ότι το νομικό πλαίσιο που περιγράφεται στο  
νομοσχέδιο είναι εξαιρετικά πολύπλοκο και γραφειοκρατικό. Ως εκ τούτου θεωρούμε ότι είναι χρονοβόρο και καθιστά δυσλειτουργική την εφαρμογή της όλης διαδικασίας.

**#17 Σχόλιο** Από Ένωση Επαγγελματιών Ψυχιάτρων Ελλάδας Στις 21 Μαΐου 2019 @ 17:07

Μια άλλη σημαντική αλλαγή του υπό διαβούλευση νομοσχεδίου είναι η αναθεώρηση των κριτηρίων που πρέπει να πληροί κάποιος ώστε να διαταχθεί ακούσια νοσηλεία. Πλέον καταργείται το κριτήριο του Νόμου 2071/1992 «η νοσηλεία ασθενή που πάσχει από ψυχική διαταραχή να είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ίδιου ή τρίτου» που ορίζει ότι η νοσηλεία έχει ως σκοπό τον περιορισμό της επικινδυνότητας του ασθενούς, παρά τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας του. Ο διαχωρισμός της επικινδυνότητας από την ανάγκη νοσηλείας καθιστά τη νομοθεσία της χώρας μας σύμφωνη με τη συνθήκη του Οβιέδο (η όποια κυρώθηκε στη χώρα μας με το Νόμο 2619/1998 ΦΕΚ Α’132), όπου αναφέρεται ότι το μόνο κριτήριο για θεραπεία χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς πρέπει να είναι το συμφέρον της υγείας του («με επιφύλαξη των προστατευτικών διατάξεων που ορίζονται από το νόμο, συμπεριλαμβανομένου της εποπτικής, ελεγκτικής και αναιρετικής διαδικασίας, το πρόσωπο που πάσχει από διανοητική διαταραχή σοβαρής μορφής δύναται να υποβληθεί, χωρίς τη συγκατάθεσή του, σε επέμβαση που αποσκοπεί στη θεραπεία της διανοητικής του διαταραχής, μόνο στις περιπτώσεις κατά τις οποίες, χωρίς αυτή τη θεραπεία, είναι πιθανόν να ανακύψει σοβαρή βλάβη της υγείας του»). Όσον αφορά το κριτήριο της αδυναμίας ελέγχου της πραγματικότητας, είναι πιθανό να δημιουργηθεί σύγχυση, καθώς υπάρχουν ψυχιατρικές παθήσεις όπου διατηρείται ο έλεγχος της πραγματικότητας αλλά υφίσταται ανάγκη νοσηλείας (σοβαρές διαταραχές άγχους, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, διαταραχές πρόσληψης τροφής κλπ). Θα μπορούσε επομένως να διατηρηθεί μόνο το δεύτερο σκέλος του κριτηρίου, που αφορά την ικανότητα του ασθενούς να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του.

**#18 Σχόλιο** Από ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ Στις 22 Μαΐου 2019 @ 12:40

Αναφορικά με το άρθρο 3, επισημαίνουμε ότι απαιτείται εξειδίκευση της έννοιας της «σοβαρής διαταραχής του ελέγχου της πραγματικότητας» δια της νομοθετικής πρόβλεψης επιστημονικών κριτηρίων.

Άρθρο εκτυπωμένο από Υπουργείο Υγείας: **http://www.opengov.gr/yyka**

URL άρθρου: **http://www.opengov.gr/yyka/?p=2829**

URLs στο άρθρο:

[1] : **https://www.newsbeast.gr/greece/arthro/733736/eleutheri-me-perioristikous-orous-i-psuhiatros-tou-dromokaiteiou**

[Πατήστε εδώ για εκτύπωση.](http://www.opengov.gr/yyka/?p=2829&print=1#Print)

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης .