Μ[ελέτες](https://theartofcrime.gr/category/meletes/)

Aκούσιες νοσηλείες στην Ελλάδα:
από την ανάγκη θεραπείας στον θάνατο των δικαιωμάτων

*Στέλιος Στυλιανίδης
Ψυχίατρος, Ψυχαναλυτής – Ομαδικός Αναλυτής,
Καθηγητής Κοινωνικής Ψυχιατρικής – Τμήμα Ψυχολογίας Παντείου Πανεπιστημίου,
Επιστημονικός Σύμβουλος ΕΠΑΨΥ

Αιμιλία Πανάγου
Ψυχολόγος, Ειδική Επιστημονική Συνεργάτης του Συνηγόρου του Πολίτη,
Υποψήφια Διδάκτωρ του Τμήματος Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου*

**ΜΑΪΟΣ 2018**

[Εκτύπωση](https://theartofcrime.gr/a%CE%BA%CE%BF%CF%8D%CF%83%CE%B9%CE%B5%CF%82-%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CE%AF%CE%B5%CF%82-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1-%CE%B1%CF%80%CF%8C-%CF%84%CE%B7%CE%BD/)

**Ι. Νόμος και Ψυχιατρική**

Η σχέση ανάμεσα στο σύστημα δικαιοσύνης και το ιατρικό σύστημα έχει μια ενδιαφέρουσα ιστορική γενεαλογία. Η διαμάχη πχ κατά την διάρκεια του 19ου αιώνα στην Αγγλία ανάμεσα στους νομικούς και τους “τρελο-γιατρούς” (mad doctors, alienists) για το ποιός αποφασίζει στην αντιμετώπιση της «τρέλας» είναι άκρως διαφωτιστική, όχι μόνο για ιστορικούς λόγους αλλά γιατί πτυχές αυτής της διαμάχης είναι ακόμα ζωντανές στις μέρες μας. Θα ήταν υπεραπλουστευτικό να την χαρακτηρίσουμε ως ανταγωνιστική και μόνο ή να αποφανθούμε ότι το σύστημα δικαιοσύνης υπερασπίζεται την αυτονομία του υποκειμένου, ενώ ο ιατρικός θεσμός λειτουργεί πάντα πατερναλιστικά. Πρόκειται για μια σχέση, η δυναμική εξέλιξη της οποίας αντανακλά κοινωνικές και πολιτικές εξελίξεις, συγκρούσεις, ανακατατάξεις και αναδιαρθρώσεις που ξεπερνούν κατά πολύ αυτά τα δυο υπο-συστήματα. Ο Φουκώ με το έργο του «Η ιστορία της τρέλας στην κλασσική εποχή» έχει αναδείξει και τεκμηριώσει την θεμελιακή αντίφαση μεταξύ θεραπείας και κοινωνικού ελέγχου των ψυχικά πασχόντων.

Στην εποχή μας πάντως το νομικό σύστημα επεμβαίνει και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο σε πολλούς καίριους τομείς της άσκησης της ψυχιατρικής με προβλέψεις, σε διεθνές, ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο, που αφορούν στην προστασία των δικαιωμάτων των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στην συναλλαγή τους με τις υπηρεσίες υγείας αλλά και στην εμπλοκή της δικαστικής εξουσίας σε  ζητήματα που άπτονται του αντικειμένου της ψυχιατρικής, όπως η ακούσια νοσηλεία, η απαλλαγή από την ποινή μετά από διάπραξη ποινικού αδικήματος με λήψη μέτρων για την ψυχιατρική του φροντίδα και η θέση σε δικαστική συμπαράσταση λήπτη υπηρεσιών ψυχικής υγείας .

Θα εξετάσουμε συνοπτικά τον ρόλο της δικαιοσύνης στο φλέγον ζήτημα για την Ελλάδα, αυτό της ακούσιας νοσηλείας ψυχικά ασθενών, λόγω των υψηλών ποσοστών της συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, της κατάχρησης των περιοριστικών μέτρων κατά την ακούσια νοσηλεία των ψυχικά ασθενών και της παραβίασης των θεμελιωδών δικαιωμάτων τους.

Ήδη από την δεκαετία του 1980 διατυπώθηκαν ενστάσεις για το θεσμικό πλαίσιο για τον ακούσιο ψυχιατρικό εγκλεισμό (Αλεξιάδης, 1983 & 1984, Μανιτάκης, 1983, Βαρουχάκης, 1984). Το ν.δ. 104/1973 και η Γ2β/3036 της 20-11/31-12/73 Απόφαση του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών δίκαια θεωρήθηκαν ότι κινούνται εκτός των ορίων του Συντάγματος και των διατάξεων της Ευρωπαϊκής Σύμβασης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, όπως αυτές ερμηνεύθηκαν σε σειρά αποφάσεων από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (Winterwerp/Ολλανδίας, X/Ηνωμένου Βασιλείου, Luberti/Ιταλίας, Ashindane/Αγγλίας, Nielsen/Δανίας, VanDerLeer/Ολλανδίας, E/Νορβηγίας, Wassink/Ολλανδίας, Κoendjbiharie/Ολλανδίας, Keus/Ολλανδίας, Herczegfallvy/Αυστρίας). Η μεταβολή του παραπάνω αναχρονιστικού θεσμικού πλαισίου έλαβε χώρα με την θέσπιση του έκτου κεφαλαίου του ν. 2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας (Κεφάλαιο 6, Ακούσια νοσηλεία πασχόντων από ψυχική διαταραχή  σε ψυχιατρική μονάδα).

Τα βασικά καινοτόμα χαρακτηριστικά των διατάξεων του έκτου κεφαλαίου του νόμου 2071/1992 που ρυθμίζουν την εισαγωγή, νοσηλεία και έξοδο σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας, εστιάζονται: α) στην καθιέρωση σαφών προϋποθέσεων για την επιβολή της ακούσιας νοσηλείας, β) στην καθιέρωση εγγυήσεων δικαστικού ελέγχου της νοσηλείας, γ) στην θέσπιση σύντομων προθεσμιών δικαιοδοτικού ελέγχου, δ) στην παροχή δικαιωμάτων στον ασθενή, με την παράλληλη υποχρέωση της Μονάδας Ψυχικής Υγείας που νοσηλεύεται για την ενημέρωση του ασθενή για τα δικαιώματα που του παρέχονται, ε) στον ορισμό ανώτατου χρόνου της ακούσιας νοσηλείας, στ) στην βούληση προκειμένου να λάβει η ακούσια νοσηλεία αμιγώς θεραπευτικό προσανατολισμό, ζ) στον περιορισμό της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας.

Μετά από την εμπειρία 25 χρόνων εφαρμογής των διατάξεων του ν. 2071/1992 αποτελεί πια κοινό τόπο η μη ουσιαστική εφαρμογή στην πράξη των διατάξεων που έχουν τεθεί για την διασφάλιση των δικαιωμάτων των φερομένων ως ψυχικά ασθενών. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι διατάξεις του ν. 2071/1992 έχουν κατ’ επανάληψη οδηγήσει την Εισαγγελία του Αρείου Πάγου σε έκδοση Εγκυκλίων και Γνωμοδοτήσεων (*ΓνωμΕισΑΠ 12/2006, ΠαραγγΕισΑΠ 1421/19-9-2004, ΕγκΕισΑΠ 504/13-2-1996*) και το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου σε καταδικαστικές αποφάσεις για την χώρα μας *(Υπόθεση Καραμανώφ κατά Ελλάδας- Προσφυγή αριθ. 46372/09, Απόφαση της 26 Ιουλίου 2011, Υπόθεση Βενιός κατά Ελλάδας - Προσφυγή αριθ. 33055/08, Απόφαση, Στρασβούργο, 5 Ιουλίου 2011).*Περαιτέρω αποτελεί κοινή παραδοχή ότι η μόνη πρόβλεψη του νόμου για ψυχιατρική περίθαλψη μέσω της ακούσιας νοσηλείας, χωρίς ουσιαστική θεσμική δυνατότητα για παροχή και ανάπτυξη της ψυχιατρικής φροντίδας στην κοινότητα, έχει αυξήσει τον αριθμό των ακούσιων νοσηλειών σε κλειστού τύπου δομές.

Σύμφωνα με την Αυτεπάγγελτη έρευνα του Συνηγόρου του Πολίτη για την Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών (2007), οι διαπιστώσεις που εξάγονται σχετικά με την ορθή εφαρμογή του Ν.2071/1992 είναι μάλλον απογοητευτικές: η συντριπτική πλειοψηφία των υποθέσεων εκδικάζονται χωρίς την παρουσία του ενδιαφερομένου, στις μισές περιπτώσεις δεν έχει γίνει ορθή κλήτευση του φερόμενου ασθενή, εντελώς δε σπάνια ασκείται ένδικο μέσο κατά της απόφασης που διατάσσει την ακούσια νοσηλεία. Τα παραπάνω θα πρέπει να συνδυαστούν και με την καθημερινότητα που βιώνεται στις εισαγγελίες και στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, ιδίως των μεγάλων αστικών κέντρων: συγγενείς ζητούν από τον εισαγγελέα να επιληφθεί και να κινήσει την διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας, εκείνος με τη σειρά του εκδίδει εισαγγελική παραγγελία για εξέταση, η αστυνομία επιλαμβάνεται, ο φερόμενος ως ασθενής οδηγείται με περιπολικό σε ψυχιατρική κλινική για εξέταση.

Είναι προφανές ότι τα παραπάνω κινούνται εκτός του πνεύματος του ν. 2071/1992.  Η μεταρρύθμιση του νομοθετικού πλαισίου για την ακούσια νοσηλεία και η αναγκαιότητα για μείωση της επιβολής της αρχικά θα πρέπει να δίνει και να ενδυναμώνει τη δυνατότητα για παροχή ψυχιατρικής περίθαλψης στην κοινότητα. Περαιτέρω θα πρέπει να δημιουργεί τις συνθήκες ώστε τα δικαιώματα του φερόμενου ως  ασθενούς να είναι δυνατόν να ασκηθούν αποτελεσματικά.

Με την αριθ. Α1β/Γ.Π. 31142 Απόφαση Υπουργού Υγείας, ΦΕΚ 225/16-5-2017, συγκροτήθηκε Ομάδα Εργασίας για την επικαιροποίηση του θεσμικού πλαισίου για την ακούσια νοσηλεία. Έργο της Ομάδας Εργασίας ορίστηκε «η εκπόνηση σχεδίου νόμου προκειμένου να επικαιροποιηθεί το θεσμικό πλαίσιο της ακούσιας νοσηλείας (άρθρο 95 του ν. 2071/1992) και να αναπτυχθούν οι απαραίτητες ασφαλιστικές δικλείδες για τον περιορισμό των ακούσιων νοσηλειών».

**ΙΙ. Ακούσια Νοσηλεία**

Η ακούσια νοσηλεία προσλαμβάνεται από τους αστικολόγους ως «προστατευτικός θεσμός», από τους ποινικολόγους ως «κύρωση», από τους δημοσιολόγους ως διοικητική διαδικασία και από τους ψυχίατρους ως αναγκαστική θεραπεία. Σε κάθε περίπτωση, όμως, συνιστά μια διπλή ρωγμή στα δικαιώματα του ανθρώπου: στέρηση της ελευθερίας και υποβολή σε ιατρικές πράξεις χωρίς συναίνεση και χωρίς προηγούμενη διάπραξη παραβατικής πράξεως ή συμπεριφοράς (Βιδάλης, 1995; Χρυσόγονος, 2006; Φυτράκης, 2007; Giannoulis, 2018). Όμως, η στέρηση της ελευθερίας ενός ατόμου αποτελεί βάναυση προσβολή ατομικού δικαιώματος και επιβάλλεται μόνο για την τέλεση εγκλήματος, αφού μάλιστα μεσολαβήσει καταδικαστική απόφαση. Γι αυτό, η ακούσια νοσηλεία, στο πλαίσιο του Συμβουλίου της Ευρώπης, αντιμετωπίζεται κυρίως ως μορφή στέρησης της ελευθερίας, όπως η φυλάκιση (Murdoch, 2006).

Το υπό συζήτηση ζήτημα είναι ιδιάζουσας σημασίας, λόγω της μεγάλης αύξησης των εισαγωγών ασθενών με εισαγγελική εντολή στα Γενικά και Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, κρούει κώδωνα κινδύνου για το σύνολο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και αποτελεί «αντικειμενικό» δείκτη ανεπάρκειας της ψυχιατρικής φροντίδας στη χώρα μας.

Από τα διεθνή κείμενα για τα ανθρώπινα δικαιώματα και ειδικότερα από το άρθρο το άρθρο 5 παρ. 4 ΕΣΔΑ, είναι επιβεβλημένη η καθιέρωση εγγυήσεων και δη δικαστικών, με θέσπιση σύντομων προθεσμιών για την ολοκλήρωση της διαδικασίας.

Οι διατάξεις του Νόμου 2071/1992, των οποίων επίκειται η τροποποίηση, έθεσαν σε ορθολογικές βάσεις το πλαίσιο της ακούσιας νοσηλείας αλλά στην πλειοψηφία τους παρέμειναν κενό γράμμα. Είναι γεγονός αποδεικνυόμενο από τις περισσότερες σχετικές εκθέσεις ότι η πλειοψηφία των ακούσιων νοσηλειών κείνται εκτός Νόμου, ενώ τίθενται σοβαρά ζητήματα αστικής (ιατρικής) ευθύνης για αποζημίωση, αστικής ευθύνης του δημοσίου (νοσοκομείου) αλλά και ποινικής ευθύνης για παράνομη κατακράτηση (άρ. 326ΠΚ) ή ακόμα και σωματικές βλάβες (άρ. 308 ΠΚ) ή παράνομη βία (άρ. 330 ΠΚ), ενώ υπήρξαν και σχετικές καταδίκες της Ελλάδας από το ΕΔΔΑ (Υπόθεση Βενιός κατά Ελλάδας, 2011 & Υπόθεση Καραμανώφ κατά Ελλάδας, 2011).

Συγκεκριμένα, στα άρθρα 95 – 101 του Ν. 2071/1992 προβλέπονται συγκεκριμένες προϋποθέσεις για την λήψη απόφασης ακούσιας νοσηλείας λήπτη υπηρεσιών ψυχικής υγείας (διάγνωση ψυχικής διαταραχής, ανικανότητα του λήπτη να αποφασίσει για το συμφέρον του και πιθανότητα επιδείνωσης της κατάστασης της υγείας του αν δεν νοσηλευθεί, ή διάγνωση ψυχικής διαταραχής και επικινδυνότητα του λήπτη για τον εαυτό του ή τους άλλους) που καθιστούν μεν αναγκαία την ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη, ωστόσο τόσο η απόφαση για την αρχική εισαγωγή του για ακούσια εξέταση, ή νοσηλεία λαμβάνεται από δικαστικό όργανο (τον εισαγγελέα) όσο και η τελική απόφαση για την ακούσια νοσηλεία του λαμβάνεται από δικαστήριο, στο οποίο παραπέμπει την υπόθεση ο εισαγγελέας εντός οριζόμενων από τον νόμο προθεσμιών και στο οποίο κλητεύεται υποχρεωτικά ο ενδιαφερόμενος λήπτης για να παρασταθεί,  να εκφράσει τις απόψεις του και να προσκομίσει σχετικά αποδεικτικά στοιχεία. Μάλιστα, σε σχέση με τις συνέπειες άπρακτης παρόδου των προβλεπόμενων από τον νόμο προθεσμιών για την συζήτηση της υπόθεσης στο ακροατήριο, ο Εισαγγελέας του Αρείου Πάγου έχει γνωμοδοτήσει ότι η νοσηλεία του ακουσίως νοσηλευθέντος λήπτη πρέπει να τερματισθεί ανεξάρτητα από την ιατρική κρίση της αναγκαιότητας συνέχισης της νοσηλείας του, ενώ νομίμως νοσηλεύεται μέχρι την έκδοση δικαστικής απόφασης μετά την  εμπρόθεσμη συζήτηση της υποθέσεως (12/2006 γνωμοδότηση του Εισαγγελέα του Αρείου Πάγου).

Εξάλλου, ένα άλλο σημαντικό ζήτημα που επανέρχεται συχνά σε σχέση με την ακούσια νοσηλεία ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι η επικινδυνότητά τους ως προϋπόθεση της ακούσιας νοσηλείας τους, η οποία βεβαιώνεται από ψυχιατρικές γνωματεύσεις. Όσον αφορά το ζήτημα αυτό, με την 633/2000 γνωμοδότηση του Εισαγγελέα Πρωτοδικών Θεσσαλονίκης, κρίθηκε ότι η εν λόγω επικινδυνότητα πρέπει να τεκμηριώνεται επί συγκεκριμένων περιστατικών και αναφέρεται στις απαιτήσεις αιτιολόγησης της ιατρικής γνωμάτευσης σχετικά με το ζήτημα αυτό.

Με την Σύμβαση του Οβιέδο (Ν. 2619/98, αρ. 7)[[1]](https://theartofcrime.gr/a%CE%BA%CE%BF%CF%8D%CF%83%CE%B9%CE%B5%CF%82-%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CE%AF%CE%B5%CF%82-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1-%CE%B1%CF%80%CF%8C-%CF%84%CE%B7%CE%BD/%22%20%5Cl%20%22_ftn1) καταργήθηκε το δεύτερο ζεύγμα προϋποθέσεων της ακούσιας νοσηλείας, δηλ. ψυχική διαταραχή σε συνδυασμό με επικινδυνότητα (πράξεις βίας). Έτσι, έχει παραμείνει πλέον μόνο η πρώτη περίπτωση του Ν.2071/92 ως λόγος ακούσιας νοσηλείας, δηλαδή ψυχική διαταραχή και ανάγκη νοσηλείας, γεγονός ωστόσο που μάλλον δεν έχει γίνει αντιληπτό από τις εισαγγελικές αρχές της χώρας. Στην ίδια κατεύθυνση συνάδει και ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Κ.Ι.Δ., Ν. 3418/2005, άρ. 28 παρ.8) όπου η θεραπευτική ανάγκη, τίθεται ως προϋπόθεση της αναγκαστικής νοσηλείας, παράλληλα με την ψυχική διαταραχή. Τόσο οι διατάξεις της Σύμβασης του Οβιέδο, όσο και αυτές του Κ.Ι.Δ. υπερισχύουν του Ν. 2071/92, η μεν πρώτη βάσει ρητής διάταξης του Συντάγματος (άρ. 28) ενώ και οι δύο ως μεταγενέστεροι νόμοι (Σολδάτος κ. ά. (επιμ.), 2006).

Εξάλλου, στο ζήτημα πάντοτε της ακούσιας νοσηλείας, η δικαιοσύνη παρεμβαίνει, πέραν της κρίσης γενικότερα για το αναιτιολόγητο των ιατρικών γνωματεύσεων και της δυνατότητας του δικαστηρίου να διατάξει την  διεξαγωγή νέας πραγματογνωμοσύνης, με την αρμοδιότητα, επίσης, του δικαστηρίου να αποφασίσει την λήξη της ακούσιας νοσηλείας εφόσον κριθεί ότι δεν συντρέχουν πλέον οι προϋποθέσεις της, να καταδικάσει τους υπευθύνους ή να επιδικάσει αποζημίωση στον παθόντα σε περίπτωση παραβίασης της νομοθεσίας ή πρόκλησης βλάβης σε αυτόν.

Επίσης, η διεθνής και ευρωπαϊκή νομοθεσία προβλέπει την λήψη των παραπάνω αποφάσεων από δικαστήριο. Το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΔΔΑ), δικαιοδοτικό όργανο που κρίνει για την ορθή εφαρμογή της Ευρωπαϊκής Σύμβασης Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και Θεμελιωδών Ελευθεριών (ΕΣΔΑ),  έχει κρίνει, στα πλαίσια του άρθρου 5 της ΕΣΔΑ για την προστασία της ελευθερίας του ανθρώπου, τόσο για τα ουσιαστικά δικαιώματα  του λήπτη κατά την ακούσια νοσηλεία του όσο και για την διαδικασία αυτής και έχει, μεταξύ άλλων, καθορίσει κατά κάποιον τρόπο τις αρμοδιότητες  ιατρών και δικαστηρίων. Έχει δώσει ιδιαίτερη έμφαση στην νόμιμη δηλαδή μη αυθαίρετη στέρηση της ελευθερίας όσον αφορά τόσο στην διαδικασία όσο και στην πλήρωση των ουσιαστικών προϋποθέσεων του εθνικού νόμου για την ακούσια νοσηλεία και το άρθρο 5 της ΕΣΔΑ. Επιπλέον, η ιατρική αξιολόγηση πρέπει να είναι επίκαιρη και να αναφέρει τις ουσιαστικές προϋποθέσεις νομιμότητας της ακούσιας νοσηλείας, οι οποίες, σύμφωνα με το ΕΔΔΑ, είναι οι εξής: α) το πρόσωπο του οποίου κρίνεται η αναγκαιότητα της ακούσιας νοσηλείας να πάσχει από ψυχική διαταραχή, β) η διαταραχή αυτή  είναι τέτοιου είδους και βαθμού που να δικαιολογεί  τον υποχρεωτικό περιορισμό και γ) η νομιμότητα της συνέχισης του περιορισμού εξαρτάται από την επιμονή της διαταραχής. Οι γνωματεύσεις πρέπει να έχουν συνταχθεί μετά από ουσιαστική εκτίμηση της κατάστασης του λήπτη και να επεξηγείται επαρκώς η ύπαρξη των προϋποθέσεων που οδηγούν στην ανάγκη ακούσιας νοσηλείας με βάση τα πραγματικά περιστατικά της υπόθεσης. Εξάλλου, δεδομένου ότι η στέρηση της ελευθερίας ενός προσώπου είναι τόσο σοβαρό μέτρο, αυτό δικαιολογείται μόνο όταν άλλα, λιγότερο περιοριστικά μέτρα, έχουν εξεταστεί και αποδείχθηκαν ανεπαρκή για την προστασία του ίδιου του λήπτη ή του δημοσίου συμφέροντος.

Υποστηρίζεται άλλωστε ότι το άρθρο 5 παρ. 1 της ΕΣΔΑ  έχει εφαρμογή και επί εκούσιας νοσηλείας όταν, κατά την διάρκειά της, επιβάλλονται περιορισμοί της ελευθερίας (π.χ. καθήλωση), ενώ δεν εφαρμόζεται όταν υπάρχει ήδη ακούσια νοσηλεία και επιβάλλονται επιπλέον περιορισμοί, περίπτωση κατά την οποία μπορεί να είναι εφαρμοστέο το άρθρο 3 της ΕΣΔΑ (Bartlett et al., 2007).

Από όλα τα παραπάνω, τόσο δηλαδή σύμφωνα με τις τιθέμενες από το εσωτερικό δίκαιο αποδιδόμενες στο δικαστήριο αρμοδιότητες όσο και με την υποχρέωση εναρμόνισης της εσωτερικής νομοθεσίας με τις διεθνείς συμβάσεις και τη νομολογία, διαφαίνεται ότι συχνά η απόφαση του δικαστηρίου μπορεί να έρχεται σε αντίθεση με την γνώμη του θεράποντος ιατρού του λήπτη υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε σχέση με την ακούσιας νοσηλεία του λήπτη. Για παράδειγμα, το δικαστήριο, με βάση διάφορα στοιχεία που θα προσκομίσει ο άμεσα ενδιαφερόμενος λήπτης (όπως εξέταση στο ακροατήριο τεχνικού συμβούλου – ψυχιάτρου ή προσκόμιση άλλων ψυχιατρικών γνωματεύσεων) μπορεί να απορρίψει την αίτηση περί ακούσιας νοσηλείας του σε αντίθεση με την γνώμη των θεραπόντων ιατρών του. Συνεπώς, το δικαστήριο είναι τελικά αρμόδιο για να αποφασίσει για τις καταστάσεις αυτές, πράγμα που δημιουργεί σύγκρουση με την αντίληψη των επαγγελματιών ψυχικής υγείας περί αποκλειστικής τους αρμοδιότητας για τα θέματα ψυχικής υγείας. Στο σημείο βέβαια αυτό, πρέπει να εκφράσουμε και τις επιφυλάξεις μας για το κατά πόσο το δικαστήριο θα εφαρμόσει όλα τα παραπάνω ή συχνά θα περιοριστεί σε ρόλο τυπικής επικύρωσης της ιατρικής γνωμάτευσης κρίνοντας τον εαυτό του αναρμόδιο για περαιτέρω ενέργειες. Στην πράξη, όπως έχει τεκμηριωθεί από τα ερευνητικά δεδομένα που συνοπτικά παρουσιάζονται σε αυτό το άρθρο, φαίνεται ότι μεταξύ δικαστικής και ψυχιατρικής εξουσίας έχει εγκατασταθεί ένας τρόπος συνέργιας «κοινωνικού αυτοματισμού», ο οποίος διαχειρίζεται γραφειοκρατικά – διοικητικά το πρόβλημα, αγνοώντας τις προαναφερθείσες προϋποθέσεις  νομιμότητας της ακούσιας νοσηλείας.

**ΙΙΙ. Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα για τις ακούσιες νοσηλείες στην Ελλάδα**

Το φαινόμενο των υψηλών ποσοστών των αναγκαστικών νοσηλειών σε σχέση με το σύνολο των εισαγωγών σε ψυχιατρικά τμήματα στην Ελλάδα, σε σύγκριση με το μέσο όρο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αποτελεί κρίσιμο διαχρονικό πρόβλημα για το σύνολο της πορείας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Παρά τη διάχυτη αντίληψη ότι τα ποσοστά αυτά αυξήθηκαν κατά τη διάρκεια της κοινωνικο-οικονομικής κρίσης (2009-2018), η μελέτη του φαινομένου αναδεικνύει ότι αποτελεί ένα συστημικό, διαχρονικό πρόβλημα δυσλειτουργίας του συστήματος υγείας και ψυχιατρικής φροντίδας στη χώρα (Stylianidis & Souliotis, 2018). Η ένταση του φαινομένου επιδεινώθηκε τα τελευταία χρόνια.

Ενδεικτικά αναφέρουμε πρόσφατα ερευνητικά στοιχεία σχετικά με την ακούσια νοσηλεία σε δημόσιες ψυχιατρικές κλινικές της Αθήνας. Σύμφωνα με τα στοιχεία από την Α΄ Φάση (2011-2016) της έρευνας “***Μελέτη ακούσιων νοσηλειών στην Αθήνα»*** (ερευνητικό πρόγραμμα που ξεκίνησε το 2011) **πάνω από τις μισές νοσηλείες του Ψ.Ν.Α. αφορούν σε ακούσιες νοσηλείες, με το 30% αυτών να εκτελούνται αυτεπάγγελτα, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά ακούσιων νοσηλειών σε Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου της Αττικής ξεπέρασαν το 68%. Στο 55% των περιπτώσεων ακούσιας νοσηλείας στο Ψ.Ν.Α., αιτία ενεργοποίησής της είναι η «επιθετικότητα» και στο 34,2% η «ασυνέχεια στην φαρμακευτική αγωγή»,**παράγοντες οι οποίοι δεν αποτελούν απαραίτητα στοιχεία ψυχοπαθολογίας του ατόμου, αλλά συχνά αποδίδονται στην αντίληψη του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος, στα κενά στην περίθαλψη και σε έλλειμμα συνέχειας στη φροντίδα στην κοινότητα. Αξίζει να σημειωθεί ότι **μόνο το 13,8% από τους ασθενείς αυτής της κατηγορίας που εξέρχονται του νοσοκομείου παραπέμπονται σε Δομές Κοινοτικής Ψυχιατρικής, ενώ χωρίς καν πρόταση παραπομπής παραμένει το 32,2%.**Επιπροσθέτως, οι ερευνητές υπογραμμίζουν το πολύ ανησυχητικό φαινόμενο της **«περιστρεφόμενης πόρτας»,** ήτοι της επανεισαγωγής των ίδιων των ασθενών εντός του ιδίου έτους, το οποίο στη συγκεκριμένη περίπτωση υπερβαίνει το 60% (Στυλιανίδης & συν., 2014; Stylianidis et al., 2017).

**ΙV. Περιοριστικά μέτρα κατά την ψυχιατρική νοσηλεία**

Η νομοθεσία για την ακούσια νοσηλεία και ο τρόπος με τον οποίο εφαρμόζονται στην πράξη οι σχετικές προβλέψεις συνδέονται στενά με τη χρήση των περιοριστικών μέτρων. Στο άρθ. 98 παρ. 4 του Ν.2071/92, αναφέρεται ότι «Οι περιορισμοί που επιβάλλονται στην ατομική ελευθερία του ασθενή προσδιορίζονται μόνο από την κατάσταση της υγείας του και τις ανάγκες της νοσηλείας». Η αναγκαστική ιατρική παρέμβαση χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς αποτελεί εξαίρεση στην αρχή ότι η υγειονομική περίθαλψη είναι εκούσια και βασίζεται στην συναίνεση.

Η αναγκαστική ιατρική παρέμβαση εφαρμόζεται στην ψυχιατρική απαρχής αυτής της ιατρικής ειδικότητας, όμως η χρήση των αναγκαστικών μέτρων παραμένει αμφιλεγόμενη και εγείρει μείζονα ηθικά διλήμματα. Σήμερα τα αναγκαστικά-περιοριστικά μέτρα εφαρμόζονται στην ψυχιατρική ως έσχατη ανάγκη για τον έλεγχο αυτο-ετεροκαταστροφικών συμπεριφορών, σε καταστάσεις όπου όλες οι άλλες στρατηγικές έχουν αποτύχει, και η ζωή ή η υγεία ασθενούς με ψυχιατρική διαταραχή βρίσκεται σε κίνδυνο.

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που επιχειρούν να αντιμετωπίσουν ασθενείς που εμφανίζουν αυτές τις ακραίες συμπεριφορές έρχονται αντιμέτωποι με το ηθικό δίλημμα να προασπίσουν την αυτονομία, την ψυχική και σωματική ακεραιότητα του ασθενούς από την μία πλευρά και να αποτρέψουν την επικείμενη βλάβη από την άλλη (Bergketal., 2011).

Το Διεθνές Σύμφωνο για τα ατομικά και πολιτικά δικαιώματα της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών, το οποίο κυρώθηκε με το ν.2462/1997, στο άρθρο 7 αναφέρει: *«Κανείς δεν υποβάλλεται σε βασανιστήρια ούτε σε ποινές ή μεταχειρίσεις  σκληρές, απάνθρωπες ή εξευτελιστικές».*

Επίσης, η Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία του Ο.Η.Ε., η οποία κυρώθηκε με το ν. 4074/2012, στο άρθρο 15 «Απαλλαγή από βασανιστήρια ή σκληρή, απάνθρωπη ή ταπεινωτική μεταχείριση ή τιμωρία» αναφέρει: *«Κανείς δεν υποβάλλεται σε βασανιστήρια ή σε σκληρή, απάνθρωπη ή εξευτελιστική μεταχείριση ή ποινή».*

Τέλος, το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων υποστηρίζει ένα ιατρικό μέτρο που αποτελεί θεραπευτική ανάγκη (όσον αφορά τη διατήρηση της σωματικής ή ψυχικής υγείας των ασθενών) και εφαρμόζεται σύμφωνα με τις ορθές ιατρικές πρακτικές που δεν μπορούν να θεωρηθούν ως απάνθρωπες. Όμως, η ιατρική θεραπευτική ανάγκη πρέπει να καταδειχθεί με πειστικό τρόπο και επιπλέον η κατάσταση κατά την οποία επιβάλλεται η αναγκαστική θεραπεία πρέπει να αξιολογείται (να είναι σύμφωνη με τα πρότυπα ενός θεραπευτικού πλαισίου) και επίσης εκτιμάται και το μέγεθος της εφαρμοζόμενης δύναμης (και ενδεχομένως ο πόνος που προκύπτει από τη βία καθώς και από την ίδια τη θεραπεία). Η διαχείριση των ασθενών που προσάγονται στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (με βίαιη ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά) και ιδιαίτερα η αναγκαστική χορήγηση φαρμακοθεραπείας, έχει ως αποτέλεσμα κάποιες φορές τη χρήση σωματικής ή μηχανικής καθήλωσης, καταστολής ή απομόνωσης. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή για την Πρόληψη των Βασανιστηρίων εξετάζει τη χρήση περιορισμών και άλλων μορφών φυσικού εξαναγκασμού. Τονίζει την ανάγκη ανάπτυξης ειδικών στρατηγικών για τη χρήση των διάφορων μορφών περιοριστικών μέτρων και τη λειτουργία συστημάτων πληροφόρησης που να καταμετρούν τον αριθμό και τον τύπο των περιοριστικών μέτρων που εφαρμόζονται (CPT, 2015). Ωστόσο, έχουν αναφερθεί δυσκολίες στην εύρεση έστω και απλών περιγραφικών δεδομένων σχετικά με διάφορες μορφές περιοριστικών μέτρων που χρησιμοποιούνται στα ψυχιατρικά νοσοκομεία (Stewart et al., 2009).

Τα περιοριστικά μέτρα μπορεί να δικαιολογηθούν από δύο οπτικές. Είτε σε περίπτωση επείγουσας κατάστασης που κινδυνεύει η ζωή του ασθενούς ή άλλων, είτε για θεραπευτικούς λόγους που βέβαια υπόκεινται εκτενώς και σε νομική αξιολόγηση που θα εξαρτηθεί από την καλή ιατρική ή ψυχιατρική πρακτική (χρήση τεχνικών αποκλιμάκωσης της βίας, συνεργασία με οικογενειακό δίκτυο ασθενών, πρόληψη υποτροπών με επαρκή εκπαίδευση θεραπευτικής ομάδας, ενίσχυση προσωπικού στα τμήματα που εφημερεύουν, κυρίως αλλαγή παραδοσιακής ψυχιατρικής κουλτούρας). Αυτό σημαίνει ότι τα πρότυπα της χρήσης των περιοριστικών μέτρων υπόκεινται σε μεταβολές και τέτοια τροποποίηση προτάθηκε από την Επιτροπή για την Πρόληψη των Βασανιστηρίων σχετικά με την σαφή τάση της σύγχρονης ψυχιατρικής να αποφεύγει την απομόνωση (CPT, 2015).

Το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων έκρινε ότι κατά την αξιολόγηση της κακομεταχείρισης μέσω της χρήσης περιοριστικών μέτρων που εμπίπτουν στην απαγόρευση της απάνθρωπης ή ταπεινωτικής μεταχείρισης (Άρθρο 3 ΕΣΔΑ – Bures κατά Czech Republic, 2012), εκτός από αντικειμενικούς παράγοντες (διάρκεια των περιοριστικών μέτρων, σωματικές ή ψυχικές επιπτώσεις), αξιολογείται ο σκοπός της εφαρμογής περιοριστικών μέτρων, τα κίνητρα του προσωπικού και το πλαίσιο της κατάστασης όπου εφαρμόζονται τα περιοριστικά μέτρα.

Συνοψίζοντας τα ευρωπαϊκά και τα εθνικά πρότυπα σχετικά με τη χρήση περιοριστικών μέτρων, το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο δήλωσε ομοφώνως ότι**«οι φυσικοί περιορισμοί μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνο κατ’ εξαίρεση, ως έσχατη λύση και όταν η εφαρμογή τους είναι το μόνο διαθέσιμο μέσο που μπορεί να αποτρέψει την άμεση ή επικείμενη βλάβη στον ασθενή ή σε άλλους».**Όταν χρησιμοποιούνται τα περιοριστικά μέτρα τα νομικά πρότυπα περιλαμβάνουν περιοδικούς ελέγχους και στενή εποπτεία από το ιατρικό προσωπικό (Bures κατά Czech Republic, 2012).

Σύμφωνα με τη νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, ο περιορισμός ενός απλώς ανήσυχου ασθενούς για περίοδο 2 ωρών αποτελεί απάνθρωπη μεταχείριση και παραβιάζει το άρθρο 3 ΕΣΔΑ. Αποτυχία κατάδειξης επικείμενης βλάβης στον ασθενή ή σε άλλους θα εγείρει πάντοτε ένα ζήτημα βάσει του άρθρου 3 ΕΣΔΑ (Υπόθεση M.S. κατά Κροατίας, 2015).

Η άσκηση της ψυχιατρικής δυστυχώς έχει συνδεθεί με ένα ιστορικό παραβιάσεων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και το παρελθόν της ασυλικής ψυχιατρικής δημιούργησε ένα καθεστώς άβατου στην ψυχιατρική περίθαλψη. Σε αντίθεση με άλλες ειδικότητες, η βλάβη του ασθενούς δεν συνίσταται πάντα σε βλάβη της υγείας ή της ζωής αλλά και, κάτι που συμβαίνει μόνο στην ψυχιατρική, της ελευθερίας του. Έτσι, οι διαμαρτυρίες ασθενών συχνά αφορούν όχι το αποτέλεσμα αλλά τη διαδικασία της θεραπείας. Αξίζει να αναφερθεί ότι σε πρόσφατη μελέτη των αφηγήσεων ασθενών, οι οποίοι έχουν βιώσει πρόσφατα αναγκαστική νοσηλεία και μέτρα περιορισμού της ελευθερίας τους, αναδύεται έντονα η ψυχική οδύνη και ο κοινωνικός στιγματισμός, που προκαλούνται από αυτές τις περιοριστικές ψυχιατρικές πρακτικές (Stylianidis et al., 2017).

Η άσκηση της ψυχιατρικής φροντίδας ρυθμίζεται ειδικά με ένα ιδιαίτερο νομικό καθεστώς, στο άρθρο 28 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, το οποίο ουσιαστικά συνιστά έναν αυτοτελή «Κώδικα Ψυχιατρικής Δεοντολογίας». Στο άρθρο 28 παρ. 1 του Κ.Ι.Δ. (ν. 3418/2005) ρητώς αναφέρεται ότι ο ψυχίατρος παρέχει το θεραπευτικό του έργο «στο πλαίσιο του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών των ανθρώπων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές».

Επίσης, στο άρθρο 28 παρ. 3 του Κ.Ι.Δ. κατοχυρώνεται η αρχή του ελάχιστου περιορισμού στην ψυχιατρική περίθαλψη, καθορίζοντας το καθήκον του ψυχίατρου «να προβαίνει σε θεραπευτικές παρεμβάσεις στο μέτρο που αυτές περιορίζουν ελάχιστα την ελευθερία του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές». Με τον τρόπο αυτό εκφράζεται στο πεδίο της ψυχιατρικής περίθαλψης η πρώτη από τις αρχές δεοντολογίας της ιατρικής, αυτή του σεβασμού της αυτονομίας του ασθενούς. Στο νομικό πλαίσιο διαγράφεται μια μορφή ισορροπίας ανάμεσα στα αγαθά της υγείας και της ελευθερίας, δοθέντος άλλωστε ότι αυτά στο Σύνταγμα είναι ισότιμα. Το άτομο με ψυχική διαταραχή δικαιούται περίθαλψη ως ασθενής και ελευθερία ως πολίτης.

Οι συνήθεις συνθήκες κατά την κλινική πρακτική στις οποίες ο ακούσια εγκλεισθείς σε μονάδα ψυχικής υγείας, χωρίς την απαραίτητη ιατρική ένδειξη, υπόκειται σε περιοριστικά μέτρα, καθήλωση ή απομόνωση σε ειδικό χώρο, αποτελούν συνθήκες που αντιβαίνουν στο πρωτόκολλο που έχει καθιερώσει η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές (άρ. 2 Ν. 2716/1999) του Υπουργείου Υγείας για τη λήψη και εφαρμογή των περιοριστικών μέτρων. Το πρωτόκολλο αυτό δεν μπορεί παρά να έχει την έννοια του standard, δηλ. του ελάχιστου προτύπου ποιότητας, η τήρηση του οποίου είναι υποχρέωση του ψυχιάτρου. Αντίστροφα, η κατά παράβαση των ορισμών του πρωτοκόλλου τελούμενη καθήλωση, συνιστά πρακτική που δεν τελείται lege artis και ως εκ τούτου, μπορεί να θεμελιώσει παράνομη βία ή παράνομη κατακράτηση, αν πληρούνται και οι λοιποί όροι των αντίστοιχων ποινικών υποστάσεων.

Ως εκ τούτου οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να διασφαλίζουν ότι οι ασθενείς δεν στερούνται την ελευθερία τους παράνομα ή αυθαίρετα, ότι οποιαδήποτε στέρηση της ελευθερίας τους είναι σύμφωνη με το νόμο και ότι η ύπαρξη  ψυχικής διαταραχής δεν αποτελεί, από μόνη της το δικαιολογητικό λόγο για τη στέρηση της ελευθερίας του ατόμου. Επομένως, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας οφείλουν να σέβονται την ελευθερία των ατόμων με ψυχική αναπηρία και να μην την περιορίζουν παρά μόνο όταν είναι απολύτως αναγκαίο επιστημονικά και δικαιολογημένο νομικά. Η αναγκαστική νοσηλεία δικαιολογείται μόνο με τις ουσιαστικές προϋποθέσεις του νόμου και κατόπιν δικαστικής απόφασης. Τα περιοριστικά μέτρα δικαιολογούνται μόνο όταν είναι απολύτως αναγκαία και με σχολαστική τήρηση του εκάστοτε πρωτοκόλλου.

Η ύπαρξη σαφών «Κατευθυντήριων Οδηγιών» που να βασίζονται στο νόμο, την «ορθή ιατρική πρακτική» (Good Clinical Practice – GCP), καθώς και την «τεκμηριωμένη ιατρική» (Evidence Based Medicine) συμβάλλει στην ασφάλεια των ασθενών, την ποιότητα της ψυχιατρικής φροντίδας και τελικά στην προστασία και των ψυχιάτρων από την ιατρική ευθύνη.

Η **Ευρωπαϊκή Επιτροπή για την πρόληψη των βασανιστηρίων και της απάνθρωπης ή εξευτελιστικής μεταχείρισης ή τιμωρίας**(CPT -ΕΠΒ), η οποία επισκέφθηκε πρόσφατα τη χώρα μας, εξέδωσε αναθεώρηση για τα περιοριστικά μέτρα (CPT, 2017) χαρακτηρίζοντάς τα ως μέτρα ασφαλείας και όχι θεραπείας, τα οποία όταν εφαρμόζονται θα πρέπει να είναι σε συμφωνία με τις αρχές της νομιμότητας, αναγκαιότητας, αναλογικότητας και του καταλογισμού. Στο πλαίσιο αυτό, έχει εκπονήσει συστάσεις και πρότυπα αναφορικά με τον περιορισμό και την αυστηρή παρακολούθηση της χρήσης μέτρων περιορισμού κατά την ψυχιατρική νοσηλεία, και τις ασφαλιστικές δικλείδες του πλαισίου εφαρμογής αυτών σε εξαιρετικές περιπτώσεις.

Ειδικότερα για την χώρα μας, τα τελευταία στοιχεία της “***Μελέτης ακούσιων νοσηλειών στην Αθήνα»*** καταδεικνύουν **χρήση καθήλωσης σε ποσοστό 25% των ακουσίως νοσηλευομένων ασθενών**, συχνά χωρίς αιτιολόγηση, καθώς και πλημμελή τήρηση του βιβλίου καθηλώσεων σε κάποιες περιπτώσεις. Οι προηγούμενες ακούσιες νοσηλείες και η σοβαρότητα της νόσου σχετίζονται με τη χρήση της μηχανικής καθήλωσης. Το «ανοιχτό» / «κλειστό» Τμήμα δεν φαίνεται να επηρεάζει την ιατρική κρίση ως προς την απόφαση για χρήση του μέτρου. Η ανεπάρκεια νοσηλευτικού προσωπικού και η δυσκολία εφαρμογής τεχνικών αποκλιμάκωσης φαίνεται να επηρεάζουν τη χρήση του μέτρου σε ασθενείς (Πανάγου, 2018).

Τα αποτελέσματα αυτά αναδεικνύουν δομικές δυσλειτουργίες σε όλο το «σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας» στη χώρα μας. Ενδεικτικά, αναφέρεται η **πλημμελής ή μη εφαρμογή του νόμου περί αναγκαστικών νοσηλειών**, ο **«κοινωνικός αυτοματισμός»** μεταξύ ψυχιατρικού και δικαστικού συστήματος, ώστε να προκρίνεται ως μέσο ρουτίνας η «λύση» της αναγκαστικής νοσηλείας, το **έλλειμμα συνέχειας της φροντίδας και των κοινοτικών δομών ψυχιατρικής φροντίδας**, ο **κατακερματισμός και ο χαμηλού επιπέδου συντονισμός μεταξύ των υπηρεσιών**, καθώς και η **ανεπαρκής εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας**(Stylianidis et al., 2017; Πανάγου, 2018))**.**

**V. Συζήτηση**

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. Είναι άραγε δυνατόν να κάνει κανείς λόγο για προστασία των δικαιωμάτων, την στιγμή που στην Ελλάδα ο ακούσιος εγκλεισμός κινείται μεταξύ του 50-60% 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.

Η απαίτηση για την τήρηση του νόμου, μπορεί κανείς να πει ότι είναι μια εμμονή ορισμένων νομικών, που παραβλέπουν την πραγματικότητα και τους ανθρώπους που υποφέρουν και χρειάζονται βοήθεια. Έτσι, συχνά ακούγεται το επιχείρημα από τους ψυχιάτρους του Νοσοκομείου ότι *«έναν άνθρωπο σε κρίση δεν τον βοηθάς με τα άρθρα και τις παραγράφους αλλά με την κατάλληλη θεραπεία».* Ακόμα και ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν.3418/2005, άρ. 28 παρ. 8) απαιτεί η αναγκαστική νοσηλεία *«να είναι σύμφωνη με τους όρους και τις προϋποθέσεις που ορίζονται από την ισχύουσα νομοθεσία»* καθιστώντας έτσι τον γιατρό υπεύθυνο να δρα όταν και όπως προβλέπει ο νόμος. Ωστόσο, οι γνώσεις των ψυχιάτρων για τον ακούσιο εγκλεισμό και τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών παραμένουν ακόμα ελλιπείς.

Βέβαια, και η εξοικείωση των εισαγγελικών ή δικαστικών λειτουργών με το συγκεκριμένο ζήτημα είναι μάλλον μηδαμινή αφού η εκπαίδευση και η ενημέρωσή τους για την συγκεκριμένη διαδικασία είναι ανύπαρκτη και η όποια εμπειρία αποκτάται στο πεδίο ενόσω προσλαμβάνεται μάλλον ως πάρεργο δίπλα στα άλλα σημαντικά καθήκοντα. Έτσι, ο αφορισμός του Thomas Szasz για την απειλή των ατομικών ελευθεριών από μια συνωμοσία μεταξύ κρατικής εξουσίας και ψυχιατρικής ηχεί όχι πια απειλητικά αλλά μια απτή πραγματικότητα (Szasz, 2007).

Η ratio των νόμων για την ψυχική υγεία είναι η προστασία της υγείας, της αξίας της αξιοπρέπειας, της προσωπικής ελευθερίας του ψυχικά ασθενούς και ταυτόχρονα η εξασφάλιση των δικαιωμάτων των τρίτων. Τούτο δεν έχει εμπεδωθεί από την ελληνική κοινωνία και μερικές φορές φαίνεται ότι δεν έχει καν εμπεδωθεί από τους αρμόδιους Δικαστές. Η Ομπέση Φ. (2002) αναφέρει χαρακτηριστικά ότι *«… χρόνια μετά την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα τα συμπεράσματα από τη μελέτη της θέσπισης και της εφαρμογής της είναι δύο ειδών. Σε ό,τι αφορά τη θεσμική υλοποίηση παρατηρούμε ότι ο Έλληνας νομοθέτης έκανε σημαντικές προσπάθειες και παρέδωσε στους πολίτες κείμενα που και στο σύνολο, αλλά και στα επιμέρους σημεία τους αποδεικνύονται συμβατά, τόσο προς το ελληνικό Σύνταγμα όσο και προς την Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, όπως αυτή εφαρμόζεται από την σχετική νομολογία του Δικαστηρίου της».*Ωστόσο, όπως εύστοχα επισημαίνει ο Μανιτάκης Α. (1998) *«…η  μετάθεση της ευθύνης εγκλεισμού και φύλαξης των ψυχασθενών στις πλάτες των δικαστικών αρχών υπήρξε εν πολλοίς εικονική ή εντελώς τυπική, λειτουργεί δε στην πράξη προσχηματικά, αφού οι εισαγγελικές αρχές είτε αδυνατούν είτε αδιαφορούν είτε αποποιούνται συνειδητά την ευθύνη είτε – και αυτό είναι το πιο ανησυχητικό και επικίνδυνο – αρνούνται να εφαρμόσουν τον νόμο ή τον εφαρμόζουν στρεβλά απομονώνοντας από αυτόν και αξιοποιώντας μόνο ό,τι έχει σχέση με την άσκηση της εισαγγελικής εξουσιαστικής αποστολής, αγνοώντας τη βαθύτερη ratio του νόμου που είναι η προστασία της προσωπικής ελευθερίας του ψυχασθενούς».* Ο συγγραφέας με βάση τα έννομα αγαθά που διακυβεύονται δηλαδή την προσωπική ελευθερία του ψυχικά ασθενούς και την ψυχική υγεία του προσώπου και τέλος τα δικαιώματα – την ασφάλεια των τρίτων καταλήγει πως οτιδήποτε έχει σχέση με την υγεία ανήκει κατά τεκμήριο στην δικαιοδοσία του ψυχιάτρου, ενώ τα λοιπά στη δικαιοδοσία της δικαστικής εξουσίας.

Οι προϋποθέσεις του νόμου δεν είναι παρά η συμφωνία μας ως κοινωνία για τη μεταχείριση αυτών των καταστάσεων. Έτσι, η τήρηση των νόμων δεν είναι ένα τυπικό ζήτημα αλλά θέμα ουσίας, είναι αυτό που διακρίνει την ψυχιατρική πράξη από την αυθαίρετη βία. Ωστόσο, η βίαιη επέμβαση και ο εγκλεισμός ενός ανθρώπου χρειάζονται τη διαμεσολάβηση της αληθινής ψυχιατρικής αλλά και την πιστοποίηση της νομιμότητας για να μετατραπούν από εγκληματικές πράξεις σε ανεκτές θεραπευτικές ενέργειες. Εδώ ακριβώς απαιτείται η ενίσχυση, μέσα από ειδικά μέτρα, της ουσιαστικής άσκησης των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών (όπως π.χ. η δωρεάν υποχρεωτική παράσταση δικηγόρου).

Η έννοια της επικινδυνότητας, ακολουθώντας κάθε σχετικό νομοθέτημα για την ψυχική υγεία (Ν. ΨΜΒ του 1862, ν.δ. 104/73), αποτελεί ατυχώς και στο Ν.2071/1992 προϋπόθεση για την επιβολή της ακούσιας νοσηλείας. Η αδυναμία οριοθέτησής της από το νομοθέτη και οι αόριστες αξιολογήσεις από την πλευρά της νομολογίας, καθιέρωσαν την επικινδυνότητα ως ταυτόσημη της «πιθανότητας» ή της «ροπής προς το έγκλημα» ή «της πρόγνωσης της μελλοντικής συμπεριφοράς του δράστη» (Πανούσης, 2000). Έχει επανειλημμένα τονιστεί ότι η χρήση της έννοιας της επικινδυνότητας ως διαζευκτικής προϋπόθεσης για την ακούσια νοσηλεία είναι δυνατόν να οδηγήσει σε αυθαιρεσίες. Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω, επιβάλλεται είτε η απάλειψη της επικινδυνότητας ως διαζευκτικής προϋπόθεσης για την επιβολή της ακούσιας νοσηλείας είτε η θέσπισή της ως σωρευτικής προϋπόθεσης για την επιβολή της ακούσιας νοσηλείας. Και τούτο – πέρα από το γεγονός ότι η έννοια της επικινδυνότητας ενέχει περιθώρια αυθαιρεσίας – διότι το βασικό καινοτόμο  στοιχείο του νόμου αποτελεί η ανάγκη ψυχιατρικής φροντίδας και θεραπείας και όχι η αντιμετώπιση (ή η φύλαξη) της επικίνδυνης συμπεριφοράς.

Η θέση αυτή όχι μόνο κινείται στο πνεύμα του νόμου προκειμένου να λάβει η ακούσια νοσηλεία αμιγώς θεραπευτικό προσανατολισμό χωρίς φυλακτικά ή τιμωρητικά χαρακτηριστικά, αλλά εντάσσεται πλήρως στο πλέγμα των διατάξεων της ΕΣΔΑ και των δικαιοδοτικών κρίσεων του ΕΔΔΑ.

Το άρθρο 95 παρ. 8α του Ν. 2071/1992 ορίζει ότι η απόφαση που εκδίδεται για την ακούσια νοσηλεία θα πρέπει να είναι αιτιολογημένη. Όμοια θα πρέπει να είναι αιτιολογημένη και η Εισαγγελική Παραγγελία κατά το προηγούμενο της απόφασης στάδιο, αυτό της κίνησης της διαδικασίας για την ακούσια νοσηλεία από τον αρμόδιο Εισαγγελέα. Ο Εισαγγελέας Πρωτοδικών, σύμφωνα με το άρθρο 96 παρ. 2 του Ν.2071/1992, αφού δεχθεί την αίτηση για την ακούσια νοσηλεία οφείλει να προβεί σε έλεγχο όλων των προϋποθέσεων του νόμου και στην συνέχεια να την εισάγει προς συζήτηση στο αρμόδιο δικαστήριο, διατάσσοντας παράλληλα την μεταφορά του φερόμενου ως ασθενούς στην κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας (άρθρο 96 παρ. 4). Είναι εμφανές λοιπόν ότι ο ρόλος του Εισαγγελέα Πρωτοδικών είναι καθοριστικός. Για τον λόγο αυτό ο έλεγχος για την συνδρομή των προϋποθέσεων για την ακούσια νοσηλεία θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός. Στο μέτρο όπου από την κρίση αυτή διακυβεύονται σημαντικά αγαθά, όπως αυτά της προσωπικής ελευθερίας και της τιμής, η εισαγγελική κρίση αποτελεί και πράξη ουσιαστικής και «αυθεντικής προστασίας του πολίτη» (Μανωλεδάκης, 1992). Και στην κατεύθυνση αυτή η αιτιολόγηση της εισαγγελικής κρίσης είναι επιβεβλημένη. Και τούτη μπορεί να περιλαμβάνει αρκετά και κρίσιμα στοιχεία όπως την αναλυτική περιγραφή της ασθένειας και της κατάστασης του φερόμενου ως ασθενούς, την διερεύνηση του ιατρικού ιστορικού του, καθώς και την έγκυρη πληροφόρηση για έμπρακτη εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς. Ο Εισαγγελέας Πρωτοδικών που θα επιληφθεί προφανώς δεν θα υποκαταστήσει τον ψυχίατρο και δεν θα μετέλθει ιατρικών κρίσεων. Ωστόσο είναι αυτός που θα εγγυηθεί ότι – για οποιοδήποτε χρονικό διάστημα, έστω και ελάχιστο – δεν θα υποστεί κανένα άτομο καταχρηστικά την αναγκαστική νοσηλεία.

Ο νομοθέτης προέβλεψε την παροχή συγκεκριμένων ουσιαστικών δικαιωμάτων στον φερόμενο ως ασθενή, η υλοποίηση των οποίων –δηλαδή η άσκησή τους- προϋποθέτει δύο στοιχεία.

Το πρώτο έχει σχέση με την πλήρη ενημέρωση του ασθενή για τα δικαιώματα που του παρέχει ο νομοθέτης από την Μονάδα Ψυχικής Υγείας όπου έχει εισαχθεί. Ο νόμος βεβαίως κάνει ρητή μνεία στο άρθρο 96 παρ. 4 για την υποχρέωση σύνταξης σχετικού πρακτικού ενημέρωσης, ωστόσο η υποχρέωση αυτή δεν φαίνεται να τηρείται. Αυτή η πρόβλεψη ωστόσο και στο μέτρο που η εμπειρία από την εφαρμογή του νόμου είναι απογοητευτική, θα πρέπει να συνοδεύεται από δικλείδες ασφαλείας. Και αυτές θα πρέπει να ανιχνευθούν είτε στις ρητές ποινικές ευθύνες από την μη τήρηση της ενημέρωσης του ασθενή από την Μονάδα Ψυχικής Υγείας, είτε στην εισαγωγή αυτής της υποχρέωσης ως προϋπόθεσης για το παραδεκτό της συζήτησης της αίτησης ακούσιας νοσηλείας από το Πρωτοδικείο.

Το δεύτερο στοιχείο αφορά στην υπαγωγή του θεσμού της δωρεάν παροχής νομικής βοήθειας σε άτομα που έχει κινηθεί η διαδικασία για την ακούσια νοσηλεία τους (νομική συμβουλή, παράσταση στον Εισαγγελέα Πρωτοδικών, αίτηση για σύντομη δικάσιμο, παράσταση κατά την εκδίκαση της υπόθεσης στην Εκούσια Διαδικασία του Μονομελούς Πρωτοδικείου, άσκηση ενδίκων μέσων). Ο αυτεπάγγελτος διορισμός συνηγόρου στις περιπτώσεις της ακούσιας νοσηλείας και μάλιστα κατά τον χρόνο όπου διατάσσεται η μεταφορά του φερόμενου ως ασθενούς στη Μονάδα Ψυχικής Υγείας αποτελεί σίγουρα μια ασφαλιστική δικλείδα προς αποφυγή αυθαιρεσιών σε βάρος των ατομικών δικαιωμάτων. Η στέρηση της προσωπικής ελευθερίας – ακόμη και για θεραπευτικούς σκοπούς – σε ένα φιλελεύθερο κράτος δικαίου δεν μπορεί παρά να περιβάλλεται από αυξημένες εγγυήσεις. Η υπεράσπιση του ασθενούς δεν αποτελεί μόνο δικαίωμα του ίδιου αλλά και υποχρέωση της πολιτείας, υπό την έννοια της διασφάλισης στα πλαίσια ενός κράτους δικαίου μιας «δίκαιης δίκης», όπως αυτή προσδιορίζεται στο άρθρο 6 της ΕΣΔΑ και ερμηνεύεται από την νομολογία του ΕΔΔΑ.

**VI. Δίκην Συμπεράσματος**

Καταλήγοντας, προτείνουμε να θεσμοθετηθεί άμεση τακτική συνεργασία και να συντονισθούν οι αρμόδιες υπηρεσίες των Υπουργείων Υγείας & 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. Η συνεργασία δεν πρέπει να καθιερωθεί μόνο σε επιτελικό επίπεδο αλλά είναι απαραίτητη η αλληλοενημέρωση των εμπλεκομένων οργάνων και λειτουργών σε επίπεδο νοσοκομείων, εισαγγελικών και λοιπών δικαστικών αρχών. Στο πλαίσιο αυτό, κρίνεται επιτακτική η ανάγκη εκπαίδευσης τόσο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, όσο και των δικαστικών/εισαγγελικών λειτουργών για τις νομοθετικές προβλέψεις σχετικά με την ακούσια νοσηλεία και τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών.

Επίσης, η ανάπτυξη εκτεταμένων σε εθνικό επίπεδο προγραμμάτων έρευνας και τεκμηρίωσης, παρακολούθησης και παρέμβασης σχετικά με το ζήτημα της ακούσιας νοσηλείας ψυχικά ασθενών, καθώς και η ανάπτυξη πιλοτικών προγραμμάτων πρώιμης παρέμβασης στην ψύχωση από πανεπιστημιακές ψυχιατρικές κλινικές σε συνεργασία με πιλοτικές κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας αποτελούν απαραίτητες θεσμικές και τεχνικές προϋποθέσεις προκειμένου οι οποιεσδήποτε επιχειρούμενες μεταρρυθμίσεις να υλοποιηθούν στην πράξη και να μην αποτελέσουν θλιβερή επανάληψη μη εφαρμογής των σχετικών νομοθετικών προβλέψεων για τις ακούσιες νοσηλείες.

Απαιτείται λοιπόν, άμεση υλοποίηση των δεσμεύσεων για την **Τομεοποίηση**, την **Διασύνδεση** και τον καλύτερο συντονισμό των ψυχιατρικών δομών και την ανάπτυξη της **Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**, τη βελτίωση της εκπαίδευσης των λειτουργών ψυχικής υγείας και τη συστηματική αξιολόγηση των υπηρεσιών, ώστε να εξασφαλιστούν οι κατάλληλοι όροι νοσηλείας για τον ασθενή, να αποσυμφορηθούν οι νοσοκομειακές δομές, να καταστούν αξιοπρεπείς οι συνθήκες νοσηλείας όλων των ασθενών και δη των ακουσίως νοσηλευομένων.

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**- Αλεξιάδη, Σ. (1983). Εισαγγελικές εξουσίες και ατομικές ελευθερίες. *Δίκαιο  και Πολιτική, τεύχος 5*, 273 επ.
- Αλεξιάδη, Σ. (1984). Η πρόσφατη νομολογία του ΕυρΔΔΑ σχετικά με τις εγγυήσεις προσωπικής ελευθερίας και ασφάλειας των κρατουμένων ψυχασθενών (Με αφορμή την απόφαση Luberti του ΕυρΔΔΑ), ΕΕΕυρΔ 1984, 180 επ.
- Βαρουχάκη, Χ. (1984). Το ν.δ.104/73, Τετράδια Ψυχιατρικής, 2 επ.
- Βιδάλη, Τ. (1995). Εμμένοντας στον αυτοκαθορισμό: Οι ατομικές ελευθερίες των εγκλείστων ψυχασθενών. *Το Σύνταγμα*, 263 επ.
- Βούλτσος, Π., &Χατζητόλιος, Α. (2006). Η συναίνεση του ασθενούς στα πλαίσια του νέου Κ.Ι.Δ.. *Ιατρικό Βήμα*, *4-5*, 34-38.
- Βρατσίστα, Α., Καλαμπόκης, Γ., Παπαμιχαήλ, Γ., &Μπιλανάκης, Ν. (2011). Χαρακτηριστικά Ακουσίως Νοσηλευομένων ασθενών σε Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου. *Περιλήψεις Εργασιών 21ου Πανελλήνιου Συνεδρίου Ψυχιατρικής*. Αθήνα 5-8 Μαϊου 2011. *Ψυχιατρική, Παράρτημα (1), Μάιος 2011,* 240 επ.
- Γκούνη, Π., & Ζαρζώνη – Αναγνωστοπούλου, Σ. (2001). Ιστορικο-κοινωνιολογική ανάλυση των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων – Δικαιώματα Νοσηλευομένων Ασθενών. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, *73*, 181-191.
- Κοκκινάκος, Γ. (2008). Περιοριστικά μέτρα: μέτρα προφύλαξης του ασθενούς ή ακύρωση της θεραπείας;. *Τετράδια Ψυχιατρικής*,*103,* 21-25.
- Κοσμάτος, Κ. (2002). *Η ακούσια νοσηλεία σε μονάδα ψυχικής υγείας – Ερευνητικές διαπιστώσεις και προοπτικές από την εφαρμογή του Ν. 2071/1992*. Αθήνα-Κομοτηνή: Αντ. Ν. Σάκκουλας.
- Κοσμάτος, Κ. (1998). Η ακούσια νοσηλεία σε ψυχιατρική μονάδα. *Υπεράσπιση*, 913 επ.
- Κοσμάτος, Κ. (1994). Το έκτο κεφάλαιο του Ν. 2071/92 μετά από ένα έτος εφαρμογής. *Υπεράσπιση*, 195 επ.
- Κουνιάκης, Φ., Ριζογιάννης, Χ., Γαλανοπούλου, Π., Καλλικούρδη, Μ., &Χατζηασλάνης, Α. (2008). Μηχανική Καθήλωση: Ο μύθος του αναπόφευκτου. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, *103,*26-30.
- Μανιτάκης, Αντ. (1998). Τα δικαιώματα του ψυχασθενούς: δικαιώματα ενός προσώπου στην ελευθερία ή δικαιώματα ενός ασθενούς στην υγεία;. *Το Σύνταγμα*, 23-45.
- Μανιτάκη;, Α. (1983). Οι εγγυήσεις προσωπικής ελευθερίας της ΕυρΣΔΑ και η κράτηση "ψυχασθενούς" σε ψυχιατρικό ίδρυμα. Η συνταγματικότητα της ισχύουσας σχετικής νομοθεσίας, ΕΕΕυρΔ 1983, 539 επ.
- Μεγαλοοικονόμου, Θ. (2008). «Οι συστάσεις για την ορθή» εφαρμογή των περιοριστικών μέτρων και άλλοθι για την καταπάτησή τους.*Τετράδια Ψυχιατρικής, 101,*16-22.
- Μπιλανάκης, Ν. (2011). *Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών-Ιατρικά και Νομικά Ζητήματα στην εφαρμογή του Ν.2071/92*.Αθήνα: ΒΗΤΑ.
- Μπιλανάκης, Ν. (2004).*Ψυχιατρική Περίθαλψη και Ανθρώπινα Δικαιώματα στην Ελλάδα*. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Μπιλανάκης, Ν., & Ζαχαριάδης, Ν. (1990). Η γνώμη για την ψυχική αρρώστια ψυχιάτρων και νοσηλευτών στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια ψυχιατρική περίθαλψη. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, *32*, 19-22.
- Μπλου, Έ. (1999). *Η δημιουργία της ελληνικής ψυχιατρικής*. Αθήνα: Εξάντας-Τρίαψις Λόγος.
- Μποζίκα, Β., Τσιπροπούλου, Β., Δεσερή, Χ., Κοσμίδου, Μ., Μπογιατζή, Μ., Πιτσάβα, Σ., &Καράβατου, Θ.(2003). Μελέτη Παραγόντων που επηρεάζουν την ακούσια νοσηλεία ασθενών σε μία ψυχιατρική κλινική, Ερευνητική Εργασία της Α’ Ψυχιατρικής Κλινικής Αριστοτελείου Παν/μίου Θεσσαλονίκης & του Τμήματος Ψυχολογίας Αριστοτελείου Παν/μίου Θεσσαλονίκης. *Ψυχιατρική, 14(2)*, 110 επ..
- Μπρεδήμας, Α. (2006). Η προστασία των ψυχικά ασθενών στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου και άλλων ρυθμίσεων του Συμβουλίου της Ευρώπης. Στο Κ. Σολδάτος κ.ά. (Επιμ.), *Ψυχιατρική και Δίκαιο* (Τόμ. Α, σελ. 207-222). Αθήνα: Αντ. Ν. Σάκκουλας.
- Νικολόπουλος, Γ. (2003). Επικρίσεις και αντιστάσεις γύρω από την έννοια της επικινδυνότητας: από το θετικιστικό παράδειγμα στις θεωρίες της διακινδύνευσης. Στο Α. Μαγγανάς (Επιμ.), *Δικαιώματα του Ανθρώπου, Έγκλημα-Αντεγκληματική Πολιτική, Τιμητικοί Τόμοι για την Αλ. Γιωτοπούλου-Μαραγκοπούλου* (Τόμ. Β, σελ. 951 επ.). Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.
- Ομπέση, Φ. (2002). Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση δέκα χρόνια μετά: Η νομική άποψη. *Επετηρίδα  Αρμενόπουλου*, *23,* 185-197.
- Πανάγου Α., Παπαρρηγοπούλου Π., Τάκης Α., Χατζή Χ. (2004),«Παραβίαση ανθρωπίνων δικαιωμάτων κατά την προσαγωγή πολιτών για εξέταση από ψυχιάτρους μετά από εισαγγελική παραγγελία», Περιοδικό Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 94, σελ. 61-67, 2006.
- Πανάγου Α., Μητροσύλη Μ., Κοσμάτος Κ., Χαραλαμπίδης Θ., Λαμπάκης Χ. (2012), Εγχειρίδια Εκπαιδευτή και Εκπαιδευόμενων του Υποέργου 2 της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρία (Ε.Σ.Α.μεΑ.), με θέμα: Εκπαίδευση σε θέματα Αυτοσυνηγορίας και σε θέματα αλλαγών που επιφέρει στο χώρο της ψυχικής αναπηρίας η Διεθνής Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία.
- Πανάγου, Α. (2018). Διδακτορική διατριβή: Περιοριστικά μέτρα κατά την ψυχιατρική νοσηλεία – Δικαιώματα ψυχικά ασθενών (υπό έκδοση).
- Πανούσης, Γ. (2000). *Θεμελιώδη ζητήματα της εγκληματολογίας* (2η έκδ.). Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλας.
- Παρασκευόπουλος, Ν., &Κοσμάτος, Κ. (1997). *Ο Αναγκαστικός Εγκλεισμός του Ψυχικά Ασθενή σε Ψυχιατρείο – Νομοθετική Ρύθμιση, Πρακτική Εφαρμογή*. Αθήνα-Κομοτηνή: Αντ. Ν. Σάκκουλας.
- Παρασκευόπουλος, Ν. (1993). Παρατηρήσεις στο Ν. 2071/1992. *Υπεράσπιση*, 207 επ.
- Παρασκευόπουλος, Ν. (1994). Η εφαρμογή του έκτου κεφαλαίου του Ν. 2071/92. *Υπεράσπιση*, 195 επ.
- Πολίτης, Α., Τρίκκας, Γ., Πεχλιβανίδης, Α., Μουρτζούχου, Π., & Χριστοδούλου, Γ.Ν., (2003). Ακούσια νοσηλεία: Η αναγκαιότητα για εναλλακτική προσέγγιση, *Ψυχιατρική, 14(2),* 101-109.
- Szasz, T. S. (2007). *Αφορισμοί: Για την ψυχιατρική και την ψυχανάλυση* (Κ. Γρίβας, Επιμ.). Θεσσαλονίκη:Εκδοτική Θεσσαλονίκης.
- Σολδάτος, Κ., Καρακώστας, Ι., Κουτσουράδης, Α., &Μαλλιώρη, Μ. (Επιμ.). (2006). *Ψυχιατρική & Δίκαιο* (Τόμ. Α & Β). Αθήνα: Αντ. Ν. Σάκκουλας.
- Στυλιανίδης, Σ., Πέππου, Λ.-Ε., Δρακωνάκης, Ν., Πανάγου, Α. (2014). Ακούσια Νοσηλεία: Νομοθετικό πλαίσιο, Επιδημιολογία και Έκβαση. Στο Σ. Στυλιανίδης& συν. (Επιμ.), *Σύγχρονα θέματα κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής* (σελ. 649-668). Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.
- Συνήγορος του Πολίτη. (2004). *Ακούσια Εξέταση και Νοσηλεία σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο*. Πόρισμα από <http://www.synigoros.gr/reports/akousia_eksetasi.pdf>.
- Συνήγορος του Πολίτη. (2004). *Έκθεση Αυτοψίας στις νοσοκομειακές μονάδες και στα αστυνομικά κρατητήρια Ιωαννίνων σχετικά με τη διαδικασία ακούσιου εγκλεισμού ψυχασθενών*. Πόρισμα από <http://www.synigoros.gr/reports/ioannina_psych.pdf>.
- Συνήγορος του Πολίτη. (2007). *Αυτεπάγγελτη Έρευνα της Ανεξάρτητης Αρχής του Συνηγόρου του Πολίτη για την Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών*. Ειδική Έκθεση από <http://www.synigoros.gr/reports/Eidiki_Ekthesi_Akousia_Nosileia_17_5_07.pdf>.
- Τομαράς, Β. (2008). Περιοριστικά μέτρα κατά την ψυχιατρική νοσηλεία. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, *101,*14-15.
- Thornicroft, G., &Tansella, M. (2010). *Για μια καλύτερη φροντίδα της Ψυχικής Υγείας* (Στ. Στυλιανίδης, Επιμ.). Αθήνα: Τόπος.
- Φουκώ, Μ. (1975). *Η ιστορία της τρέλας*(Φ. Αμπατζοπούλου, Μετάφ.). Αθήνα: Ηριδανός.
- Φυτράκης, Ε. (2007). Εισαγγελική αρμοδιότητα και δικαστική εγγύηση στον ψυχιατρικό εγκλεισμό. *Ποινικά Χρονικά*, *10,* 952 επ.
- Φυτράκης, Ε. (2007). Η ακούσια νοσηλεία σήμερα: Μια μαύρη τρύπα στο κράτος δικαίου. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, *100*, 109-120.
- Φυτράκης, Ε. (2007). Από τον επικίνδυνο στο μέσο συνετό άνθρωπο: Μυθολογία και εμπειρισμός στο (ποινικό) δίκαιο. Στο Συλλογικό Έργο *Τιμητικός Τόμος για τον Ιωάννη Μανωλεδάκη* (Τόμ. Β, σελ. 684 επ.). Αθήνα-Θεσ/κη: Σάκκουλας.
- Φυτράκης, Ε. (2008). Ο Εισαγγελέας και το κράτος δικαίου. *Τριμηνιαία Επιθεώρηση Ελληνικής και Ευρωπαϊκής Συνταγματικής Θεωρίας και Πράξης Το Σύνταγμα*, *2*, 351 επ.

**ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**- Bartlett, P., Lewis, O. & Thorold, O. (2007). Mental Disability and the European Convention on Human Rights.
- Bergk, J.,  Einsiedler, B.,  Flammer, E. &[Steinert](https://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.62.11.pss6211_1310), T. (2011). [A Randomized Controlled Comparison of Seclusion and Mechanical Restraint in Inpatient Settings](https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.62.11.pss6211_1310). PsychiatricServices 62:1310-1317, 2011
- Black, N.,&Gruen, R. (2005). *UnderstandingHealthServices*. England: OpenUniversity Press.
- Borum, R., Degne, M.W., Steadman, H.J., & Morrisey, J. (1998).Police perspectives on responding to mentally ill people in Crisis: Perceptions of Program Effectiveness.*Behavioral Sciences and the Law*, 16: 393-405.
- Dupont, R., &Cochran, S. (2000). Police Response to Mental Health Emergencies-Barriers to change.*J. American Academy of Psychiatry and the Law,* 28: 338-344.
- Melvyn Colin Freeman, KavithaKolappa, Jose Miguel Caldas de Almeida, Arthur Kleinman, Nino Makhashvili, Sifi so Phakathi, Benedetto Saraceno, Graham Thornicroft, Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Lancet Psychiatry 2015.
**-**Giannoulis, G. Criminological, legal and (bio-)ethical aspects of involuntary psychiatric hospitalization and the problem of paternalism, 2018 (under publication).
- Imbert, Η.,& Kelly, Μ. (2003). 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*, p. 423.
- Lamb, R., Weinberger, L., & De Cuir W. (2000). The Police and Mental Health. *PsychiatricServices*, 53(10): 1266-1271.
- Murdoch, J., (2006). *Thetreatment of prisoners. European standards*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Report to the Government of Greece on the visit to Greece carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman of Degrading treatment or punishment (2005), Adopted on 10 March 2006, § 151.
- Salize, H.-J., Dressing, H.,&Peitz, M., *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients –Legislation and Practice in EU-Member States/Final Report*, Mannheim 2002, p. 22.
- Stylianidis, S., Peppou, E., Drakonakis, N., Douzenis, A., Panagou, A., Tsikou, K., Pantazi, A., Rizavas, Y., Saraceno, B. (2017). Mental health care in Athens: Are compulsory admissions in Greece a one-way road?. *International Journal of Law and Psychiatry, 52*, p.28-34
- Stylianidis, S., & Souliotis, K. (2018). The impact of the long-lasting socioeconomic crisis in Greece. *BJPsych International, 1-3*, doi:10.1192/bji.2017.31 .
- Stylianidis, S., Peppou, L.E., Drakonakis, N., Iatropoulou, G., Nikolaidi, S., Tsikou, K. & Souliotis, K. (2017).Patients’ views and experiences of involuntary hospitalization in Greece: a focus group study*. International Journal of Culture and Mental Health*, DOI: 10.1080/17542863.2017.1409778.

**ΠΗΓΕΣ**- Αποφάσεις Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (Ε.Δ.Δ.Α.) σχετικές με την ακούσια νοσηλεία ψυχικά ασθενών. Από  <http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/search.asp?skin=hudoc-en>
- Γνωμοδότηση Εισαγγελέα Αρείου Πάγου 12/1999. ΓνωμΕισΑΠ 12/2006, ΠοινΔικ 2006, σελ. 1403=ΠοινΧρ 2007, σελ. 946, ΠαραγγΕισΑΠ 1421/19-9-2004, ΠοινΔικ 2004, σελ. 1386 επ., ΕγκΕισΑΠ 504/13-2-1996  Υπεράσπιση 1996, σελ. 698 επ.
Διακήρυξη του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών Αρχές για την Προστασία των Προσώπων με Ψυχική Νόσο και την Βελτίωση της Φροντίδας για την Ψυχική Υγεία, Ψήφισμα 46/119 της Γενικής Συνόδου του ΟΗΕ (17 Δεκεμβρίου 1991).
- Διακήρυξη της Χαβάης - 6ο Παγκόσμιο Συνέδριο Ψυχιατρικής (1977).
- Εγκύκλιος Εισαγγελέα Αρείου Πάγου 2/1996.
- Εγκύκλιος 19/1996 (συμπληρωματική της Εγκυκλίου 2/1996).
- Εγκύκλιος Εισαγγελέα Πρωτοδικών Θεσ/νίκης 633/2000.
- Εγκύκλιος Εισαγγελέα Αρείου Πάγου 1421/2004.
- Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΣΔΑ) άρθρο 5,1.
- Ν. 2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας», Κεφάλαιο Στ΄ για την Ψυχική Υγεία (ΦΕΚ Α΄ 123/15-7-1992).
- Ν. 2519/1997 «Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Οργάνωση των Υγειονομικών Υπηρεσιών, Ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις», το άρθρο 1 για την Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών (ΦΕΚ Α΄ 165 /21-8-1997).
- Ν. 2716/1999 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ Α΄ 96/17-5-1999).
- Ν. 3418/2005 «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας» (Κ.Ι.Δ.) (ΦΕΚ Α΄ 287/28-11-2005).
- Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για «τα δικαιώματα του ανθρώπου και τη βιοϊατρική» (4.4.1997), στην Ελλάδα έχει κυρωθεί με τον Ν. 2619/98.
- Σύσταση 818 (1977) της Κοινοβουλευτικής Συνέλευσης του Συμβουλίου της Ευρώπης για τους ψυχικά ασθενείς.
- Σύσταση 1235 (1994) της Κοινοβουλευτικής Συνέλευσης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την Ψυχιατρική και τα Δικαιώματα του Ανθρώπου.
- Σύσταση της Επιτροπής Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης της 22ας Σεπτεμβρίου 2004 σχετικά με την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των προσώπων που έχουν προσβληθεί από ψυχικές διαταραχές (Commité desMinistres, Rec. (2004) 10 F).
- Σύσταση R (83) 2 (1983) της Επιτροπής Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης για «τη νομική προστασία των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και έχουν εισαχθεί ως ακούσιοι ασθενείς».

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ**[[1]](https://theartofcrime.gr/a%CE%BA%CE%BF%CF%8D%CF%83%CE%B9%CE%B5%CF%82-%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CE%AF%CE%B5%CF%82-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1-%CE%B1%CF%80%CF%8C-%CF%84%CE%B7%CE%BD/%22%20%5Cl%20%22_ftnref1) «Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική»: *«Άρθρο 7.Με την επιφύλαξη των προστατευτικών διατάξεων που ορίζονται από το νόμο, συμπεριλαμβανομένης της εποπτικής, ελεγκτικής και αναιρετικής διαδικασίας, το πρόσωπο που πάσχει από διανοητική διαταραχή σοβαράς 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».*