



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ-ΤΡΙΩΝ
ΕΛΛΑΔΟΣ (Ε.Ν.Ε.)- Ν.Π.Δ.Δ.**

Ταχ. Δ/ση : Β. Σοφίας 47
Τ.Κ. : 106 76 Αθήνα
Τηλ . : 210- 3648044
: 210- 3648048
Φαξ : 210- 3648049
E-mail : info@enne.gr
Πληροφορίες: Α. Δάγλας

Αθήνα, 10/01/2018

Αρ. Πρωτ: 25

**ΠΡΟΣ: ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ του
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΠΡΟΕΔΡΟ Ομάδας Εργασίας για τη
μεταρρύθμιση του θεσμικού πλαισίου
για την Ακούσια Νοσηλεία
κ.Κοσμάτο**

ΥΠΟΜΝΗΜΑ

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Με αφορμή την Γ3α/ΓΠ.οικ 96377/28-12-2017 πρόσκληση της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας για την ανταλλαγή απόψεων για το θεσμικό πλαίσιο για την ακούσια νοσηλεία και της από 22/12/2017 πρόσκλησης του Προέδρου της Ομάδας εργασίας, η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος, επισημαίνει τα ακόλουθα:

I. Εισαγωγή.

Το υπό νομοθέτηση ζήτημα είναι ιδιαίζουσας σημασίας, λόγω της μεγάλης αύξησης των εισαγωγών ασθενών με εισαγγελική εντολή στα Γενικά και Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, που αποτελεί καθημερινό φαινόμενο, αλλά και «αντικειμενικό» δείκτη ανεπάρκειας της ψυχιατρικής φροντίδας στη χώρα μας.

Η ακούσια νοσηλεία αποτελεί άσκηση κρατικής εξουσίας (άρθρα 2 παρ. 1, 5, 6 Σ) και ιατρική επέμβαση χωρίς την συναίνεση του ατόμου, προσβάλλοντας πλείονα αγαθά του, όπως προσωπική ελευθερία προσωπικότητα και αξιοπρέπεια (αξία).

Επομένως, είναι μέτρο εξαιρετικό, η επιβολή του οποίου προϋποθέτει όντως ψυχική ασθένεια και λαμβάνει χώρα χάριν του θεραπευτικού αποτελέσματος αυτής, με την υπέρ της ελευθερίας επιλογή να επικρατεί σε περίπτωση αμφιβολίας.

Από τα διεθνή κείμενα για τα ανθρώπινα δικαιώματα και κυρίως 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 σχετικής 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 κείται 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 υπήρξε και σχετική καταδίκη της Ελλάδος από το ΕΔΔΑ.

II. ΤΟ ΙΣΧΥΟΝ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ- ΟΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ 2071/92

Σύμφωνα με το άρθρο 95 του Νόμου 2071/1992: «1. Ακούσια νοσηλεία είναι η χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και η παραμονή του, για θεραπεία, σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Από την Ακούσια νοσηλεία διακρίνεται η "φύλαξη" ασθενή με το άρθρο 69 επ. του Ποιν. Κώδικα. Η αντιμετώπιση τοξικομανών, διέπεται από ειδική νομοθεσία. 2. Προϋποθέσεις για την Ακούσια νοσηλεία είναι: 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. 3. Η αδυναμία ή η άρνηση προσώπου να προσαρμόζεται στις κοινωνικές ή ηθικές ή πολιτικές αξίες, που φαίνεται να επικρατούν στην κοινωνία, δεν αποτελεί καθ' αυτή ψυχική διαταραχή.

Σύμφωνα με το άρθρο 96 του Νόμου: « 1. Την Ακούσια νοσηλεία του φερομένου στην αίτηση ως ασθενή, μπορούν να ζητήσουν ο σύζυγός του ή συγγενής σε ευθεία γραμμή απεριόριστα ή συγγενής εκ πλαγίου μέχρι και το δεύτερο βαθμό ή όποιος έχει την επιμέλεια του προσώπου του ή ο επίτροπος του δικαστικά απαγορευμένου. Εάν δεν υπάρχει κανένα από τα πρόσωπα αυτά, σε επείγουσα περίπτωση, την Ακούσια νοσηλεία μπορεί να ζητήσει και αυτεπάγγελτα ο εισαγγελέας πρωτοδικών του τόπου κατοικίας ή διαμονής του ασθενή.

2. Η αίτηση για την Ακούσια νοσηλεία απευθύνεται στον εισαγγελέα πρωτοδικών του τόπου της κατοικίας ή διαμονής του προσώπου, που φέρεται στην αίτηση ως ασθενής. Την αίτηση πρέπει να συνοδεύουν αιτιολογημένες γραπτές γνωματεύσεις δύο ψυχιάτρων, ή επί αδυναμίας εξερεύσεως δύο ψυχιάτρων, ενός ψυχιάτρου και ενός ιατρού παρεμφερούς ειδικότητας, που θα αναφέρονται στις προϋποθέσεις της παραγράφου 2 του άρθρου 95 είτε I

είτε II. Οι ιατροί που συντάσσουν τις γνωματεύσεις δεν πρέπει να τελούν σε σχέση συγγενείας με τον αιτούντα ή το φερόμενο στην αίτηση ως ασθενή.

3. Οι ψυχίατροι ή παιδοψυχίατροι που συντάσσουν τις γνωματεύσεις προέρχονται από ειδικό κατάλογο, τον οποίο συντάσσουν ανά διετία οι κατά τόπους ιατρικοί σύλλογοι.

4. Ο εισαγγελέας, αφού διαπιστώσει τη συνδρομή των τυπικών προϋποθέσεων και εφόσον και οι δύο ιατρικές γνωματεύσεις συμφωνούν για την ανάγκη ακούσιας νοσηλείας, διατάσσει τη μεταφορά του ασθενή σε κατάλληλη μονάδα ψυχικής υγείας που υπάρχει στον "Τομέα" ψυχικής υγείας της κατοικίας του ασθενή, εκτός αν ειδικές συνθήκες επιβάλλουν τη νοσηλεία του άλλου. Εάν οι γνωματεύσεις των δύο ιατρών διαφέρουν μεταξύ τους, ο εισαγγελέας, μπορεί να διατάξει τη μεταφορά του φερόμενου ως ασθενή, εισάγει την αίτηση στο πολυμελές πρωτοδικείο κατά τη διαδικασία της παρ. 6 του άρθρου αυτού. Ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται αμέσως μόλις γίνει η μεταφορά του στη Μονάδα Ψυχικής Υγείας, από τον διευθυντή ή άλλο πρόσωπο στο οποίο έχει ανατεθεί το καθήκον αυτό, για τα δικαιώματά του και ειδικότερα το δικαίωμά του να ασκήσει ένδικο μέσο. Για την ενημέρωση αυτή συντάσσεται πρακτικό που υπογράφεται, εκτός από τον υποχρεωμένο να ενημερώσει και από το συνοδό του ασθενή.

5. Στην περίπτωση που τη διαδικασία κινεί αυτεπάγγελτα ο εισαγγελέας ή που στην αίτηση αναφέρεται ότι ήταν ανέφικτη η εξέταση του ασθενή, λόγω άρνησής του να εξετασθεί, ο εισαγγελέας πρωτοδικών **δικαιούται να διατάξει τη μεταφορά του ασθενή για εξέταση και σύνταξη των γνωματεύσεων, σε δημόσια ψυχιατρική κλινική.** Η μεταφορά του διενεργείται υπό συνθήκες που εξασφαλίζουν το σεβασμό στην προσωπικότητα και την αξιοπρέπεια του ασθενή, η δε παραμονή του ασθενή εκεί για τις αναγκαίες εξετάσεις δεν μπορεί να διαρκέσει περισσότερο από 48 ώρες.

6. Σε τρεις ημέρες από τότε που ο εισαγγελέας πρωτοδικών διέταξε τη μεταφορά του ασθενή, επιμελούμενος άμα για τη μεταφορά του στο πολυμελές πρωτοδικείο, ο ίδιος με αίτησή του ζητεί να επιληφθεί το πολυμελές πρωτοδικείο στο οποίο υπηρετεί, που συνεδριάζει μέσα σε 10 ημέρες κατά την κρίση του, "κεκλεισμένων των θυρών", ώστε να προστατεύεται η ιδιωτική ζωή του ασθενή. Στη συνεδρίαση καλείται πριν από 48 ώρες και ο ασθενής, ο οποίος δικαιούται να παραστεί με δικηγόρο και με ψυχίατρο ως τεχνικό σύμβουλο. Σε περίπτωση επικινδυνότητας του φερόμενου ως ασθενή οι ανωτέρω προθεσμίες δύναται να συντμηθούν.

7. 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 εγγεγραμμένο στους καταλόγους ιατρικών συλλόγων της χώρας, κατά προτίμηση επίκουρο τουλάχιστον καθηγητή ή επιστημονικό διευθυντή δημόσιας Μονάδας Ψυχικής Υγείας ή το νόμιμο αναπληρωτή του.

8. Η απόφαση του πρωτοδικείου πρέπει να είναι ειδικά αιτιολογημένη. Αν ο ασθενής τον οποίο αφορά έχει προσαχθεί με διαταγή του εισαγγελέα σε ψυχιατρική κλινική, στην περίπτωση που η αίτηση αναγκαστικής νοσηλείας γίνεται δέκτη, συνεχίζεται η παραμονή του εκεί, ενώ στην περίπτωση που η αίτηση απορρίπτεται, διατάσσεται η άμεση έξοδος.

9. Κατά το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από την εισαγωγή του αρρώστου μέχρι την έκδοση της δικαστικής απόφασης τη θεραπευτική ευθύνη αυτού φέρει ο επιστημονικός διευθυντής της Μ.Ψ.Υ., ο οποίος και εξακολουθεί να φέρει την επιστημονική και θεραπευτική ευθύνη, εφόσον το δικαστήριο διατάξει τη συνέχιση της νοσηλείας.»

Στο άρθρο 98 προβλέπεται: «1. **Οι συνθήκες ακούσιας νοσηλείας πρέπει να εξυπηρετούν τις ανάγκες της θεραπείας. Τα αναγκαία περιοριστικά μέτρα δεν επιτρέπεται να αποκλείουν απαραίτητα για τη θεραπεία μέσα, όπως οι άδειες, οι οργανωμένες έξοδοι, η διαμονή σε χώρους που εποπτεύονται έξω από το κλειστά ιδρύματα.**

2. Οι προϋποθέσεις και ο τρόπος εφαρμογής των θεραπευτικών αυτών μέσων καθορίζονται ειδικότερα με απόφαση του Υπουργού Υγείας, και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

3. Σε κάθε περίπτωση και σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας, πρέπει να επιδεικνύεται σεβασμός προς την προσωπικότητα του ασθενή.

4. Οι περιορισμοί που επιβάλλονται στην ατομική ελευθερία του ασθενή προσδιορίζονται μόνο από την κατάσταση της υγείας του και τις ανάγκες της νοσηλείας».

Κατά το άρθρο 99: «1. Η ακούσια νοσηλεία διακόπτεται όταν πάψουν να συντρέχουν οι προϋποθέσεις της παρ. 2 του άρθρου 95 του νόμου αυτού. Στην περίπτωση αυτήν, ο επιστημονικός διευθυντής της ψυχιατρικής κλινικής, στην οποία νοσηλεύεται ο ασθενής, οφείλει να του χορηγήσει εξιτήριο και συγχρόνως να κοινοποιήσει σχετική έκθεση στον αρμόδιο εισαγγελέα. 2. **Η διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας δεν μπορεί να υπερβεί τους έξι (6) μήνες.** Μετά την πάροδο των τριών πρώτων μηνών, ο επιστημονικός διευθυντής της ψυχιατρικής κλινικής και άλλος ένας ψυχίατρος του τομέα ψυχικής υγείας, υποβάλλουν έκθεση στον εισαγγελέα για την κατάσταση της υγείας του ασθενή. ο εισαγγελέας δικαιούται να διαβιβάσει την έκθεση αυτή στο πολυμελές πρωτοδικείο της περιφέρειάς του με αίτησή του να συνεχιστεί ή να διακοπεί η Ακούσια νοσηλεία. 3. Ο ασθενής ή συγγενείς του της παρ. 1 του άρθρου 96, ή ο επίτροπός του δικαιούνται με αίτησή

τους προς τον εισαγγελέα, να ζητήσουν να διακοπεί η ακούσια νοσηλεία. Αν η αίτηση δεν γίνει δεκτή από το πρωτοδικείο, στο οποίο την υποβάλλει αμέσως ο εισαγγελέας, νέα αίτηση μπορεί να υποβληθεί μετά από τρεις (3) μήνες.

4. Σε όλως εξαιρετικές περιπτώσεις, κατά τις οποίες πρέπει να παραταθεί η νοσηλεία του ασθενή πέραν των έξι (6) μηνών, τούτο είναι δυνατό μόνο μετά από σύμφωνη γνώμη επιτροπής εκ τριών ψυχιάτρων, εκ των οποίων ένας είναι ο θεράπων ιατρός και οι έτεροι δύο ορίζονται από τον εισαγγελέα.»

Ο Νόμος 2071/92 προσδιορίζει την επικινδυνότητα και την ανάγκη για ψυχιατρική Θεραπεία σε ασθενείς με ψυχική διαταραχή, ως λόγο ακούσιας νοσηλείας. Η επικινδυνότητα είναι συνήθως αποτέλεσμα της επιθετικής συμπεριφοράς, ενώ η μη συμμόρφωση στη θεραπεία ή/και η ελλιπής ανταπόκριση στη Θεραπεία θεωρούνται ως παράγοντες που οδηγούν τον ασθενή σε επαναλαμβανόμενες νοσηλείες και στο φαινόμενο της **περιστρεφόμενης πόρτας**.

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να επισημανθεί ότι με τη **Σύμβαση του Οβιέδο**, τη λεγόμενη Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και την Βιοϊατρική, που κυρώθηκε με το Ν.2619/1998, ως λόγος της ακούσιας νοσηλείας έχει απομείνει μόνο η πρώτη περίπτωση του Ν.2071/1992, δηλαδή η ψυχική διαταραχή σε συνδυασμό με την ανάγκη νοσηλείας, **οπότε οποιεσδήποτε κρίσεις σχετικά με την επικινδυνότητα του ασθενούς και της προσπάθειας αποτροπής πράξεως βίας κατά του ίδιου ή τρίτου που αιτιολογούν την ακούσια νοσηλεία του κινούνται εκτός νόμου**. Συγκεκριμένα το άρθρο 7 του Ν.2619/1998 “... 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”.

Η αποσύνδεση της διαδικασίας ακούσιας νοσηλείας από την επικινδυνότητα του ασθενούς πρέπει επομένως να αποτελέσει ένα από τα κύρια μελήματα της ομάδας εργασίας για τη μεταρρύθμιση του οικείου θεσμικού πλαισίου.

III. Η εφαρμογή των ανωτέρω διατάξεων στην πράξη

Η εφαρμογή του Νόμου 2071/92 αποδείχθηκε στην πράξη προβληματική, κυρίως λόγω της μη ολοκλήρωσης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και της δημιουργίας των κατάλληλων εναλλακτικών δομών, της περαιτέρω επιβάρυνσης των ψυχιατρικών τμημάτων των δημόσιων νοσοκομείων και της σοβαρής υποστελέχωσης σε νοσηλευτικό προσωπικό.

Το ποσοστό των ακούσιων νοσηλειών σύμφωνα με έρευνες και στατιστικές ψυχιατρικών επιστημονικών περιοδικών στην Ελλάδα, κυμαίνεται ανάμεσα σε 55% και 65%, με τα σοβαρότερα προβλήματα εφαρμογής του Νόμου 2071/1992, να εκτείνονται στην ιατρική

διάγνωση (ανεπαρκής αιτιολογία και μη εξατομικευμένη εκτίμηση), την μεταφορά του ασθενή (σε 97% των περιπτώσεων με αστυνομικό ή υπηρεσιακό όχημα), την τιθέμενη προθεσμία των σαράντα οκτώ ωρών, την ενημέρωση του ασθενή, το δικαστικό έλεγχο, τη διάρκεια της διαμονής στο ψυχιατρείο, την κλήση για παράσταση στην δίκη και την δικαστική απόφαση. Ειδικότερα:

A. Η μεταφορά του ασθενούς

Σύμφωνα με το Νόμο: «... Η μεταφορά του διενεργείται υπό συνθήκες που εξασφαλίζουν το σεβασμό στην προσωπικότητα και την αξιοπρέπεια του ασθενή ... ». Πράγματι, αρμόδια υπηρεσία που επιλαμβάνεται είναι η Αστυνομία, η οποία προβαίνει σε «σύλληψη» και μεταφορά του ασθενούς στα αστυνομικά κρατητήρια, όπου παραμένει μαζί με τους άλλους συλληφθέντες ή ποινικούς κρατούμενους για άγνωστο χρονικό διάστημα, ώσπου να γίνει η μεταγωγή κρατουμένων, ιδίως αν το Ψυχιατρείο βρίσκεται σε άλλο νομό ή μέχρι να βρεθεί δεύτερος εφημερεύων ψυχίατρος, αν τέτοιος δεν υπάρχει.

Παρατηρούμε λοιπόν ότι η πρώτη επαφή του πάσχοντα με τις υπηρεσίες υγείας δεν γίνεται με εξειδικευμένο υγειονομικό προσωπικό, αλλά με τους αστυνομικούς (και πολύ σπάνια με τους διασώστες του ΕΚΑΒ) κάτι το οποίο οφείλεται αποκλειστικά στη μη σύσταση παρά τη νομοθετική πρόβλεψη, Κέντρων Ψυχικής Υγείας στους αντίστοιχους ΤΟ.Ψ.Υ. και της επακόλουθης μη λειτουργίας κοινοτικών υπηρεσιών όπως οι Κινητές Μονάδες Παρέμβασης στην Ψυχολογική Κρίση.

Αγνοείται από θεραπευτικής άποψης παντελώς το γεγονός ότι μόνο η θέα ένστολων της ΕΛ.ΑΣ. είναι δυνατόν να επιτείνει και να επιδεινώσει την ψυχική κατάσταση του ασθενούς. Το προσωπικό των προαναφερθέντων δύο υπηρεσιών άλλωστε, δεν έχει την κατάλληλη εκπαίδευση και γνώσεις στην επιστήμη της Ψυχιατρικής και της Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας, ούτε γνώσεις σχετικά με την εφαρμογή τεχνικών αποκλιμάκωσης της ψυχολογικής έντασης διεγερτικού ασθενούς, ενώ είναι πιθανόν, ως μέλη του κοινωνικού συνόλου να αντιμετωπίζουν με φόβο και εξ'ορισμού ως επικίνδυνο τον ψυχικά πάσχοντα, εξαιτίας και του στίγματος της ψυχικής διαταραχής.

Στα παραπάνω πρέπει να συνυπολογιστεί η συχνή διακομιδή ψυχικά ασθενών σε ψυχιατρικές κλινικές και νοσοκομεία με γεωγραφική απόσταση από το χώρο κατοικίας τους. Πολύωρα και κουραστικά ταξίδια (ιδιαίτερα για τους ασθενείς των νησιωτικών περιοχών), παραμονή σε κρατητήριο με παραβάτες του κοινού ποινικού δικαίου, μη λήψη για αρκετές ημέρες φαρμακευτικής αγωγής και ψυχολογικής υποστήριξης, διακομιδή με τα περιπολικά και τις κλούβες της Διεύθυνσης Μεταγωγών, αποτελούν καθημερινό φαινόμενο.

Ο νομοθέτης, όπως συνάγεται από τη διατύπωση του νόμου, δεν είχε προβλέψει το ενδεχόμενο παραμονής του ασθενή (ο οποίος, προ της σχετικής ιατρικής γνωμάτευσης,

τυπικά, δεν λογίζεται καν ως ασθενής) σε αστυνομικό κρατητήριο. Αποτελεί συνεπώς λογικό και νομικό παράδοξο μια εγγύηση προς αποτροπή του εγκλεισμού του ασθενούς σε ψυχιατρικό περιβάλλον να απολήγει σε περιορισμό της προσωπικής ελευθερίας του σε χώρο αστυνομικής κράτησης.

Η παραμονή και διανυκτέρευση σε αστυνομικό κρατητήριο αποτελεί έμπρακτη θεώρηση του ψυχασθενούς ως κινδύνου για την δημόσια τάξη κι ασφάλεια, θεώρηση που κείται εκτός του σκοπού του νομοθέτη του Ν.2071/92: **«Η θεραπευτική λογική και το κράτος δικαίου πρέπει να υπερισχύουν απέναντι στο άκριτο φυλακτικό πνεύμα»** (Εγκύκλιος 633/2000 Εισαγγελέα Πρωτοδικών Θεσ/νίκης). Συνεπώς, η διαπιστωθείσα πρακτική αποτελεί πλημμελή εφαρμογή του άρθρ. 96 παρ.2 Ν.2071/92.

Στις εν γένει διατάξεις περί καθηκόντων του αστυνομικού προσωπικού άλλωστε, δεν υπάρχει ρητή πρόβλεψη για την υποχρέωση μεταφοράς και τον τρόπο μεταχείρισης των διακομιζόμενων ασθενών για ακούσια εξέταση ή νοσηλεία σε ψυχιατρικό νοσοκομείο και 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.

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, με δυσμενέστατες συνέπειες για τη θεραπεία τους και υπέρμετρα και αδικαιολόγητη αύξηση του βαθμού δυσκολίας του ιατρικού και νοσηλευτικού έργου.

Η διακομιδή ασθενών στο ψυχιατρικό ΤΕΠ με χειροπέδες αποτελεί γεγονός επώδυνο σωματικά και ψυχολογικά για όλους τους ασθενείς και δεν τιμά το σύστημα υγείας και τον πολιτισμό της χώρας μας.

Η επιταγή του άρθρου 96 παρ. 2 του Ν. 2071/92 για αξιοπρεπή μεταφορά των ακούσια εγκλεισμένων ασθενών απαιτεί τη μεταφορά τους με κατάλληλο ασθενοφόρο και με τη συνοδεία επαγγελματιών ψυχικής υγείας, με σκοπό την 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, όπως συμβαίνει στο εξωτερικό.

Στην ίδια λογική είναι επιβεβλημένο να κινηθεί και η νέα διάταξη και όλα τα ανωτέρω, απόλυτα συνδεδεμένα με τη θεραπεία του ασθενούς, είναι επιβεβλημένο να ληφθούν υπόψιν και να οδηγήσουν στη θεσμοθέτηση της υποχρεωτικής μεταφοράς των ασθενών με το

ΕΚΑΒ, συνοδεία εκπαιδευμένου προσωπικού, στη διάκριση των ρόλων της ΕΛΑΣ και του ΕΚΑΒ, του περιορισμού του ρόλου της ΕΛΑΣ μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις, της ειδικής εκπαίδευσης των αστυνομικών για την αντιμετώπιση των περιστατικών αυτών, της πρόβλεψης υποβολής αιτήματος από την ΕΛΑΣ για υποστήριξη από θεραπευτικό προσωπικό και στην αποφυγή παραμονής των ασθενών σε κρατητήρια.

Χρήσιμη μπορεί να αποδειχθεί μια παρέμβαση που εφαρμόζεται στην Αγγλία και στις ΗΠΑ: **το πλάνο παρέμβασης στην κρίση (Joint Crisis Plan)**. Οι αστυνομικοί οι οποίοι εργάζονται με διεγερτικούς ασθενείς, πρέπει να κατανοήσουν ότι η μη φυσιολογική συμπεριφορά ενός ασθενούς είναι μια εκδήλωση ψυχικής ασθένειας και ότι η αποκλιμάκωση είναι η προτιμώμενη θεραπεία επιλογής. Το μοντέλο της ομάδας παρέμβασης κρίσης- Crisis Intervention Team (CIT) είναι ένα πρόγραμμα που βασίζεται στην αστυνομία, το οποίο ανταποκρίνεται σε πρώτη φάση και έχει υλοποιηθεί σε εθνικό επίπεδο. Τα άτομα που κρατούνται υπό κράτηση λόγω υποψίας ψυχικής νόσου μεταφέρονται σε ψυχιατρική υπηρεσία έκτακτης ανάγκης όπου το άτομο μπορεί να λάβει ψυχιατρική αξιολόγηση και θεραπεία. Οι αξιωματικοί της CIT συνήθως προσφέρονται εθελοντικά για αυτές τις ομάδες, έτσι ώστε ένας αξιωματικός να μην αναγκάζεται να αναλάβει κάποιο ρόλο που δεν επιθυμεί. Η εκπαίδευση των υπαλλήλων παρέχεται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας, νομικούς εμπειρογνώμονες και δικηγόρους.

Είναι επομένως **επιτακτική η ανάγκη εκπαίδευσης του υπηρετούντος προσωπικού στην ΕΛ.ΑΣ. (και στο ΕΚΑΒ)**, σε θέματα ευαισθητοποίησης και εξάλειψης του στίγματος της ψυχικής νόσου αλλά κυρίως στην εκμάθηση τεχνικών αποκλιμάκωσης της ψυχικής έντασης, σωστής επικοινωνίας με τον ψυχικά πάσχοντα και ορθής προσέγγισής του.

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδας, διαθέτοντας μέλη κατάρτισης και εμπειρίας υψηλού επιπέδου και όλα τα απαιτούμενα μέσα, είναι πρόθυμη να συμμετάσχει στην κατάρτιση και στη διενέργεια εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την εκπαίδευση των ανωτέρω υπαλλήλων και η συνεργασία της με την ΕΛΑΣ πρέπει να θεσμοθετηθεί και νομοθετικά.

Πρέπει τέλος να περιληφθεί στο Νόμο ρητή διάταξη περί του ότι η ακούσια εξέταση δεν περιλαμβάνεται στις διατάξεις του άρθρου 147 του ΠΔ 141/91, προκειμένου να διασφαλιστεί ο σεβασμός της αξιοπρέπειας, της θεραπευτικής προσέγγισης και η μη επιβάρυνση της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενή. Εξαιρέση πρέπει να αποτελεί μόνο η βίαιη ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά των ασθενών, μόνο όταν οι τεχνικές αποκλιμάκωσης και οι διαπραγματευτικές τεχνικές αποδειχθούν αναποτελεσματικές.

B. Η υποχρέωση ενημέρωσης

Από τις οικείες εκθέσεις δεν προκύπτει τήρηση της διάταξης για την ενημέρωση των ασθενών για τα δικαιώματά τους- η υποχρέωση αυτή τηρείται στο ελάχιστο. Σε ορισμένα Νοσοκομεία δε, δεν ανευρέθη καν το έντυπο του πρακτικού ενημέρωσης στον φάκελο των ασθενών ή βρέθηκε πρακτικό ενημέρωσης, στη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων, υπογεγραμμένο από τον συνοδό του ασθενούς. Ακόμα δε και όταν αυτή πραγματοποιείται, γίνεται απλώς για την τυπική εφαρμογή του νόμου χαρακτηρίζεται ως μη ουσιώδης και τυπική διαδικασία και χωρίς πρακτικό όφελος για τον ασθενή.

Η ενημέρωση του ασθενούς πρέπει να καταστεί υποχρεωτική, με πρόβλεψη έννομων συνεπειών σε περίπτωση παραβίασης της σχετικής υποχρέωσης και παράλληλα να προβλεφθεί τι θα συμβαίνει σε περιπτώσεις έκπτωσης των γνωστικών και αντιληπτικών λειτουργιών, του επιπέδου συνείδησης, οργανικών ψυχοσυνδρόμων, οξέων ψυχωτικών επεισοδίων, ψυχοκινητικής ανησυχίας, συγχυτικοδιεγερτικής συμπεριφοράς, κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ κ.α., οι οποίες καθιστούν την άμεση ενημέρωση του ασθενή πρακτικά ανέφικτη.

Προτείνεται, σε περιπτώσεις κατά τις οποίες είναι αδύνατη, για τους λόγους που προαναφέραμε, η αρχική ενημέρωση του ασθενή για τα δικαιώματά του, **η αδυναμία ενημέρωσής του να καταγράφεται στην ιατρική γνωμάτευση που αποστέλλεται στον εισαγγελέα και την ευθύνη της ενημέρωσης να αναλαμβάνει πλέον η θεραπευτική ομάδα της κλινικής**, η οποία με εκπρόσωπο τον Επιστημονικό Διευθυντή να είναι υποχρεωμένη να γνωστοποιήσει στην αρμόδια δικαστική αρχή, εντός συγκεκριμένου χρονικού ορίου και μέσω του γραφείου κινήσεως ασθενών, εάν και πότε τελικώς αυτή επιτεύχθηκε.

Γ. Η διάρκεια ισχύος της εισαγγελικής παραγγελίας για ακούσια ψυχιατρική εκτίμηση

Στο νόμο δεν προσδιορίζεται η χρονική διάρκεια ισχύος από της εισαγγελικής παραγγελίας για ακούσια ψυχιατρική εκτίμηση, ενώ είναι πιθανόν ο ασθενής να έχει ήδη τακτική παρακολούθηση και βελτιωμένη κλινική εικόνα η οποία απέχει κατά πολύ από τις συνθήκες οι οποίες επέβαλλαν την εισαγγελική παρέμβαση και να μην απαιτείται πλέον η παρέμβαση της αστυνομικής αρχής.

Σημειώνεται ότι το εισαγγελικό έγγραφο για ακούσια ψυχιατρική εκτίμηση η οποία δεν έχει εκτελεσθεί, χρησιμοποιείται ορισμένες φορές από συγγενικά πρόσωπα του ασθενή ως μέσον για τον εξαναγκασμό του σε θεραπευτικό πλαίσιο ή τον εκφοβισμό και εκβιασμό του στις διαπροσωπικές τους σχέσεις.

Είναι επομένως επιβεβλημένος ο προσδιορισμός στο Νόμο της χρονικής διάρκειας της εισαγγελικής παραγγελίας για εξέταση.

Δ. Η έλλειψη δομών

Η σοβαρότερη ίσως αιτία της αποτυχίας εφαρμογής του συστήματος του Νόμου 2071/1992 αφορά **στην έλλειψη και ανεπάρκεια των υφιστάμενων δομών και στη μη εισέτι δημιουργία νέων, περισσότερο κατάλληλων.**

Οι χώροι νοσηλείας και οι συνθήκες που επικρατούν στις ψυχιατρικές κλινικές ποικίλουν ως προς τις ξενοδοχειακές συνθήκες/εξοπλισμό κλπ. ενώ πολλές φορές μπορεί η νοσηλεία να γίνεται σε βοηθητικά κρεβάτια/«ράντζα» ακόμη και στο διάδρομο. Οι συνθήκες νοσηλείας είναι συχνά άθλιες και μη αρμόζουσες στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

Παρά τις επιμέρους διαφοροποιήσεις, κατά κανόνα οι χώροι στους οποίους τοποθετούνται τα περιστατικά της ακούσιας νοσηλείας είναι περιοριστικοί, είτε με «κλειστή πόρτα» όλο το 24ωρο είτε μόνο το βράδυ. Επιπλέον, υπάρχουν συγκεκριμένα ωράρια που ορίζουν ασφυκτικά κάθε πτυχή της καθημερινότητας της νοσηλείας. Η πρόσβαση ή η επικοινωνία «προς τα έξω» μπορεί να εμποδίζεται κατόπιν εντολής των γιατρών ή με διάφορους εσωτερικούς κανονισμούς, οι οποίοι εφαρμόζονται ανάλογα με την πολιτική που ακολουθεί η κάθε κλινική, ενώ μπορεί να υπάρχουν κλειστά παντζούρια ή τοποθέτηση κιγκλιδωμάτων στα παράθυρα, μπορεί να υπάρχουν ελεύθερα (χωρίς εποπτεία) προσβάσιμοι χώροι προαυλισμού ή και όχι, να επιτρέπεται η πρόσβαση σε τηλέφωνο κοινής χρήσης όλες τις ώρες ή και όχι, να έχει κανείς δικαίωμα κατοχής και χρήσης κινητού τηλεφώνου ή και όχι, να υπάρχουν ντουλάπια για διατήρηση προσωπικών αντικειμένων ή και όχι κλπ κλπ. Όλοι αυτοί οι πιθανοί περιορισμοί που μπορεί να επιβάλλονται, με τον ένα ή τον άλλο τρόπο, «επιτρέπονται» είτε ως αυθαίρετες ερμηνείες του νόμου της ακούσιας νοσηλείας που βρίσκουν έδαφος στην έμμεση παραδοχή στο σχετικό νόμο της «αναγκαιότητας λήψης περιοριστικών μέτρων» (π.χ. «Τα αναγκαία περιοριστικά μέτρα δεν επιτρέπεται να αποκλείουν απαραίτητα για τη θεραπεία μέσα όπως οι άδειες κλπ...») είτε ως ιατρικές αποφάσεις περιορισμού της ατομικής ελευθερίας εξαιτίας της «κατάστασης της υγείας του ασθενή». Όλα αυτά τα ζητήματα, άμεσα συνεχόμενα με την ανθρώπινη αξιοπρέπεια πρέπει να ρυθμιστούν λεπτομερώς.

Στο άρθρο 96 παρ. 4 του νόμου 2071/92 προσδιορίζεται η μεταφορά για ακούσια νοσηλεία σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας στον Τομέα ψυχικής υγείας της κατοικίας του ασθενή. Δεδομένης της μη ορθής, πλήρους και αναποτελεσματικής λειτουργίας των ΤΟ.Ψ.Υ., του κλεισίματος των ειδικών ψυχιατρείων της επαρχίας και της μη σύστασης και λειτουργίας ψυχιατρικών κλινικών σε αρκετά γενικά νοσοκομεία, παρατηρείται η νοσηλεία ψυχικά ασθενών σε ψυχιατρικές κλινικές οι οποίες απέχουν γεωγραφικά εκατοντάδες χιλιόμετρα από τον τόπο κατοικίας τους.

Αποτέλεσμα των ανωτέρω είναι ότι δυσχεραίνεται η προσέλευση των συγγενών για παροχή πληροφοριών και για τη δημιουργία θεραπευτικού πλάνου ή συναισθηματικής και οικονομικής υποστήριξης των ασθενών και να δυσκολεύεται το θεραπευτικό συνεχές μετά τη νοσηλεία, η κοινοτική ψυχιατρική και η διασύνδεση της με την κλινική: το αποτελεσματικότερο μέσο για την πρόληψη της υποτροπής και για τη μείωση του φαινομένου της περιστρεφόμενης πόρτας.

Στην πράξη η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Ψυχικής Υγείας ασκείται από τους Ψυχιατρικούς Τομείς των Γενικών Νοσοκομείων και τα εξωτερικά ιατρεία των ψυχιατρείων, τα οποία βέβαια, δεν αποτελούν Μονάδες Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης και ιδίως κατά τις ημέρες εφημερίας, αντιμετωπίζουν μεγάλα προβλήματα λόγω πληρότητας. Η μετακύληση του βάρους της ανεπάρκειας της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης και της ανυπαρξίας των Προγραμμάτων Παρέμβασης στην Κρίση στα Ψυχιατρεία και τα Γενικά Νοσοκομεία, ακόμα και σε περιπτώσεις που δε λειτουργεί Τμήμα Οξέων Συμβάντων, αποτελεί το σημαντικότερο ίσως παράγοντα της αποτυχίας του συστήματος του Νόμου 2071/1992.

Η επικείμενη μεταρρύθμιση είναι επομένως επιβεβλημένο να επικεντρωθεί στην αναδιοργάνωση των υφιστάμενων δομών και στη δημιουργία νέων, ιδίως σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ώστε να εκλείψει το φαινόμενο των μεταγωγών και της πραγματοποίησης τεράστιων αποστάσεων με περιπολικά, λόγω μη ύπαρξης κατάλληλων δομών στον τόπο διαβίωσης του ασθενούς.

Απαιτείται άμεση υλοποίηση των δεσμεύσεων και άμεση εφαρμογή των νομοθετικών προβλέψεων για την τομεοποίηση των ψυχιατρικών υπηρεσιών, την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τη διασύνδεση των ψυχιατρικών υπηρεσιών, ώστε να εξασφαλιστούν οι κατάλληλοι όροι νοσηλείας για τον ασθενή, να αποσυμφορηθούν οι νοσοκομειακές δομές και να καταστούν αξιοπρεπείς οι συνθήκες ακούσιας νοσηλείας, σύμφωνα με τη στρατηγική του Παγκόσμιου Οργανισμού (ΠΟΥ) για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) που στοχεύει στον αναπροσανατολισμό των στόχων του τομέα της υγείας και τη στροφή προς την ΠΦΥ, η οποία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του υγειονομικού συστήματος μιας χώρας και οριοθετείται ως το σύστημα παροχής μιας δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο που αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας.

Η επείγουσα ψυχιατρική κατάσταση πρέπει να ανιχνεύεται, να προλαμβάνεται και να αντιμετωπίζεται **στην κοινότητα** στα αρχικά της στάδια, προκειμένου να προλαμβάνονται οι υποτροπές, να αποφεύγεται η όξυνση της ψυχοπαθολογίας και να αποφεύγεται η ακούσια νοσοκομειακή νοσηλεία με όλα τα δυσάρεστα επακόλουθα της. Έτσι διασφαλίζεται το θεραπευτικό συνεχές για τον ασθενή, σε όλα τα στάδια της θεραπευτικής διαδικασίας με

χαρακτηριστικό σημείο αναφοράς την κοινότητα και τις διαβαθμισμένες και εξειδικευμένες υπηρεσίες προς τον πολίτη

Με τον τρόπο αυτό, θα εξασφαλιστούν οι κατάλληλοι όροι εργασίας στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι στις παρούσες συνθήκες επιβαρύνονται ιδιαίτερα, εργαζόμενοι σε περιβάλλον ανεπαρκούς υποδομής για τις προκύπτουσες ανάγκες, με την παραδοχή αυτή να υποδεικνύει έναν ακόμη σημαντικό λόγο αποτυχίας του συστήματος.

Προτείνεται επομένως άμεση λειτουργία των Τομέων Ψυχικής Υγείας, σύσταση και λειτουργία των προβλεπόμενων Κέντρων Ψυχικής Υγείας και των υπηρεσιών τις οποίες παρέχουν προς τον πολίτη (όπως η Βραχεία Νοσηλεία πλησίον του τόπου κατοικίας του και οι Μονάδες Παρέμβασης στην Ψυχολογική Κρίση στην οικία του) αλλά και άμεση διασύνδεση των ψυχιατρικών δομών.

Στις υπό θέσπιση διατάξεις είναι απαραίτητη η σύνδεση της παραγγελίας με την εξέταση - εισαγωγή του ασθενούς υποχρεωτικά σε δομή πρωτοβάθμιας φροντίδας της περιοχής του, έστω σε αρχική φάση της διαδικασίας.

Δ. Η υποστελέχωση και η εξουθένωση του νοσηλευτικού προσωπικού.

Λόγω της επιβάρυνσης των νοσοκομειακών δομών κατά τα ανωτέρω με όλα τα περιστατικά ακούσιας νοσηλείας και της τραγικής υποστελέχωσης των Τμημάτων, **το προσωπικό έχει οδηγηθεί σε πλήρη εξουθένωση και ψυχική εξόντωση, μη δυνάμενο να ανταποκριθεί στις θεραπευτικές ανάγκες, οι οποίες ολοένα και αυξάνονται.**

Οι οφειλόμενες ημέρες ανάπαυσης και αδειών στους Νοσηλευτές ανέρχονται σε εκατοντάδες και είναι αδύνατη η έκδοση των προγραμμάτων κατά τις επιταγές της Νομοθεσίας αναφορικά με την οργάνωση του χρόνου εργασίας, ενώ οι Νοσηλευτές, δεν λαμβάνουν τις κανονικές τους άδειες, εργαζόμενοι χωρίς να αναπαύονται επαρκώς και υπερβάλλοντας εαυτόν, προκειμένου να ανταποκριθούν στις αυξημένες απαιτήσεις θεραπείας.

Συνέπεια της εξουθένωσης στην οποία έχουν οδηγηθεί, σε συνδυασμό με την ίδια τη φύση της εργασίας του Νοσηλευτή, είναι η διακινδύνευση της ίδιας της υγείας των ασθενών, **ιδίως της ευπαθούς ομάδας των ακουσίως νοσηλευομένων**, χωρίς φυσικά να συντρέχει ουδεμία υπαιτιότητα των νοσηλευτών.

Η επαγγελματική εξουθένωση οδηγεί σε νοσηλευτικά λάθη, αύξηση των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, αύξηση των ενδονοσοκομειακών υποτροπών και επιπλοκών, χαμηλό βαθμό ικανοποίησης των ασθενών και των συγγενών, αύξηση ασθενειών του προσωπικού και απουσία από την εργασία του, χαμηλό δείκτη ποιότητας κ.ά.

Είναι επομένως επιβεβλημένη η νομοθετική καθιέρωση ειδικής και σύμφωνης με τις επιταγές του ΠΟΥ αναλογίας νοσηλευτή-κλίνης στα ψυχιατρικά τμήματα των Νοσοκομείων και στα τμήματα των ψυχιατρικών νοσοκομείων που φιλοξενούν περιστατικά ακούσιας νοσηλείας, με πρόβλεψη συνεπειών σε περίπτωση μη τήρησης της αναλογίας αυτής.

Ε. Η ασφάλεια στο χώρο εργασίας.

Δεν πρέπει να υποτιμάται τέλος το γεγονός ότι τα περιστατικά βίας και επιθέσεων εναντίον του προσωπικού, αποτελούν πλέον, σχεδόν καθημερινό φαινόμενο, χωρίς δυστυχώς να καταγράφονται στο βιβλίο συμβάντων (που παρά τις προτάσεις μας, είναι ανύπαρκτο).

Όπως είναι ευρέως γνωστό, οι νοσηλευτές των ψυχιατρικών δομών, στηρίζουν με όλες τους τις δυνάμεις ένα σύστημα ψυχικής υγείας με πάρα πολλά προβλήματα. Πασχίζουν και μοχθούν καθημερινά για τη παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στο καταρρέον ΕΣΥ και όχι μόνο δεν ανταμείβονται, έστω ηθικώς, όχι μόνο δεν έχει ληφθεί καμία μέριμνα για την ασφάλειά τους κατά την παροχή της εργασίας τους, αλλά σε κάποιες περιπτώσεις οδηγούνται στα δικαστήρια ως κατηγορούμενοι, αντιμετωπιζόμενοι σαν κοινοί εγκληματίες και ως τα εξιλαστήρια θύματα για όλα τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο χώρος της ψυχικής υγείας.

Αν και είναι αυτονόητο, σημειώνουμε ότι οι αρμοδιότητες των Νοσηλευτών **αφορούν αποκλειστικά και μόνο στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας** σύμφωνα με τα διδάγματα της νοσηλευτικής επιστήμης και σε αυτήν πρέπει να περιοριστούν, προς όφελος των ασθενών, εφόσον εξασφαλιστεί η εργασία τους σε περιβάλλον ασφαλές.

Για το λόγο αυτό, είναι περισσότερο από επιβεβλημένη η **πρόβλεψη μέτρων ασφαλείας, σε συμμόρφωση με τη Νομοθεσία για την υγιεινή και ασφάλεια, με θετική διάταξη που να λύνει άπαξ και δια παντός το σοβαρό αυτό πρόβλημα**, που συνδέεται τόσο με την ασφάλεια των εργαζομένων, όσο και με το σεβασμό των ανθρώπινων δικαιωμάτων και την προστασία της αξιοπρέπειας των ασθενών, όπως θα αναφερθεί αμέσως κατωτέρω.

ΣΤ. Οι περιορισμοί της ατομικής ελευθερίας

Με την επικείμενη μεταρρύθμιση πρέπει να διασφαλιστεί η αυστηρή τήρηση της επιβολής μόνο των περιορισμών της ατομικής ελευθερίας που προσδιορίζονται από την κατάσταση της υγείας του ασθενούς και τις ανάγκες της νοσηλείας, με την εφαρμογή από όλες τις ψυχιατρικές κλινικές ενιαίου πρωτοκόλλου προστατευτικού κλινοστατισμού ή απομόνωσης.

Για την αντιμετώπιση των βίαιων ασθενών θα πρέπει να χρησιμοποιούνται τεχνικές αποκλιμάκωσης και διαχείρισης της κρίσης από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό.

Μόνο στην περίπτωση που οι τεχνικές αυτές αποδειχθούν αναποτελεσματικές και κινδυνεύει άμεσα η ζωή του ασθενή ή άλλων, μπορούν να επιλέγονται οι μέθοδοι φυσικού περιορισμού με μακρόχρονη εφαρμογή στην ψυχιατρική: ο εγκλεισμός σε δωμάτιο απομόνωσης και η περιορισμός επί κλίνης.

Η εισαγωγή του ασθενή στην απομόνωση είναι μια ψυχοτραυματική εμπειρία με αρνητικά συναισθήματα για αυτόν, όπως φόβο, ενοχή, επιθετικότητα. Ακόμη προφανείς είναι οι συνέπειες των περιοριστικών μέτρων στη διάθεση θεραπευτικής συνεργασίας αλλά και παραμονής και ολοκλήρωσης της θεραπείας εκ μέρους του ασθενή, παράγοντες καθοριστικοί για την προθυμία ψυχιατρικής παρακολούθησης μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο και επανάληψης της νοσηλείας σε περίπτωση υποτροπής. Η καθήλωση βιώνεται από τον ασθενή ως εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς από το προσωπικό και περιορίζει ακόμη περισσότερο τη δυνατότητα δημιουργίας θεραπευτικής σχέσης.

Τονίζουμε ότι, τόσο η χρήση της απομόνωσης όσο και η καθήλωση πρέπει να είναι λύσεις τελευταίας επιλογής και να εκτελούνται από εκπαιδευμένο προσωπικό.

Στην εκπαίδευση του προσωπικού επομένως βρίσκεται και η διέξοδος για τη βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης και τη δημιουργία θεραπευτικής συμμαχίας με τον ασθενή που αποτελεί το πιο κατάλληλο μέσο αντιμετώπισης των επιθετικών ασθενών.

Καθώς οι νοσηλευτές είναι σε ζωτική θέση σχετικά με την απόφαση που λαμβάνεται για περιορισμό του ασθενή, είναι πολύ σημαντικό να έχουν τις γνώσεις, την εμπειρία και την ηθική κρίση ώστε να κρίνουν ποιες παρεμβάσεις θα έχουν ωφέλειες για τους ασθενείς και να μπορέσουν να τις εφαρμόσουν. **Η εκπαίδευση και η γνώση είναι το κλειδί που θα βοηθήσει το νοσηλευτικό προσωπικό στην πρόληψη και αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών.**

Προτείνεται επομένως η θεσμοθέτηση ειδικής εκπαίδευσης σχετικά με τη διαχείριση και την αποκλιμάκωση της διέγερσης και την αντιμετώπιση των σχετικών καταστάσεων, τόσο σε προπτυχιακό επίπεδο (σπουδές νοσηλευτικής), όσο και σε επίπεδο ειδικότητας, αλλά και δια βίου επιμόρφωσης, με την ΕΝΕ να δύναται να πραγματοποιήσει ρυθμιστικό και κυρίαρχο ρόλο στην πραγματοποίηση σχετικών επιμορφωτικών προγραμμάτων και πιστοποίησης των νοσηλευτών.

Z. Η μετατροπή εκούσιας νοσηλείας σε ακούσια

Στο άρθρο 94 παρ.5 του Νόμου προβλέπεται η μετατροπή της ακούσιας σε εκούσια νοσηλεία. Στην παρ. 4 όπου αναφέρονται οι προϋποθέσεις για εξιτήριο ασθενούς ο οποίος νοσηλεύεται εκούσια (αίτηση ασθενούς ή σύμφωνη γνώμη του επιστημονικού διευθυντή ή του αναπληρωτή του), δεν προβλέπεται η περίπτωση κατά την οποία ο ασθενής αιτείται εξιτήριο αλλά ο επιστημονικός διευθυντής ή ο αναπληρωτής του πιστεύουν στην αναγκαιότητα για συνέχιση της νοσηλείας του, με γνώμονα πάντα του συμφέρον του ασθενούς και του κοινωνικού συνόλου.

Ομοίως, δεν υπάρχει πρόβλεψη για την εκούσια προσέλευση ασθενούς σε ψυχιατρικό Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), του οποίου η κλινική εικόνα και η ψυχιατρική εκτίμηση μετά την κλινική εξέταση συντείνουν στο συμπέρασμα ότι ο ασθενής λόγω της ψυχοπαθολογίας του μπορεί να προβεί άμεσα σε αυτο-ετεροκαταστροφική συμπεριφορά. Είναι δε αρκετές οι περιπτώσεις εκδηλώσεως τέτοιων συμπεριφορών κατά τη διάρκεια της εκούσιας προσέλευσης και παραμονής ασθενών στο ΤΕΠ για ψυχιατρική εκτίμηση.

Παρατηρείται επομένως νομικό κενό για τους νοσηλευόμενους ασθενείς που **χρειάζονται να μετατραπούν οι νοσηλείες τους από εκούσιες σε ακούσιες**, ενώ οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δεν έχουν δικαίωμα να επέμβουν θεραπευτικά όταν δεν έχει εκδοθεί ακόμα εντολή για ακούσια νοσηλεία.

Πρόβλεψη δεν υπάρχει επίσης για την περίπτωση που νοσηλευόμενος ασθενής παίρνει άδεια και δεν επιστρέφει και ο γιατρός ζητά να μετατραπεί η νοσηλεία του σε ακούσια, αλλά και την περίπτωση που κάποιος ασθενής με ακούσια νοσηλεία παίρνει άδεια και δεν επιστρέφει

Όλα τα ανωτέρω νομοθετικά κενά πρέπει να ληφθούν υπόψιν κατά τη διαμόρφωση των νέων διατάξεων.

Η. Επικινδυνότητα και ακούσια νοσηλεία

Αναφορικά με την «επικινδυνότητα» του ασθενούς, προς επίρρωση όσων προαναφέραμε, πρέπει να επισημάνουμε ότι εξαιτίας του κριτηρίου της «επιθετικότητας» και «επικινδυνότητας»- που μετά τη Σύμβαση του Οβιέδο κείται εκτός νόμου- για την ακούσια νοσηλεία, εισάγονται στις ψυχιατρικές κλινικές ασθενείς με ψυχιατρικές διαταραχές όπως οργανικές διαταραχές συμπεριφοράς που οφείλονται στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς στον ενήλικα, νοητική υστέρηση, διαταραχές της φυσιολογικής ανάπτυξης κα. Πρόκειται για ψυχιατρικές διαταραχές οι οποίες αντιμετωπίζονται σε εξειδικευμένες θεραπευτικές δομές ή προνοιακά ιδρύματα και για τις οποίες αναμένεται βελτίωση από τη νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική μόνο στην περίπτωση κατά την οποία υπάρχει συννόσηση.

Ως εκ τούτου θεωρούμε αυτονόητο ότι στις διατάξεις του καινούργιου νομοσχεδίου η επικινδυνότητα δεν θα εμπεριέχεται ως κριτήριο για την ακούσια νοσηλεία ψυχικά ασθενή και θα υπάρξει πλήρης εναρμόνιση με τις διεθνείς συμβάσεις.

Θ. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η νομοθετική μεταρρύθμιση της ακούσιας νοσηλείας πρέπει να λάβει χώρα με προτεραιότητα στην **ακούσια εξωνοσοκομειακή δέσμευση στη Θεραπεία** (outpatient commitment) όπου η θεραπεία διασφαλίζεται στην **Κοινότητα** σε ασθενείς που πληρούν τα κριτήρια για ακούσια νοσηλεία. Η ακούσια εξωνοσοκομειακή δέσμευση στη θεραπεία έχει αποδειχθεί ότι μειώνει το σύνδρομο της περιστρεφόμενης πόρτας, ενώ παράλληλα βελτιώνει τη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία.

Απαιτείται επομένως, παράλληλα με την υπό συζήτηση μεταρρύθμιση, άμεση υλοποίηση των δεσμεύσεων για την **Τομεοποίηση**, την **Διασύνδεση** των ψυχιατρικών δομών και την **Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**, ώστε να εξασφαλιστούν οι κατάλληλοι όροι νοσηλείας για τον ασθενή, να αποσυμφορηθούν οι νοσοκομειακές δομές και να καταστούν αξιοπρεπείς οι συνθήκες μεταφοράς και νοσηλείας όλων των ασθενών και δη των ακουσίως νοσηλευομένων.

Πάγια θέση της ΕΝΕ αποτελεί ο συνδυασμός της διασφάλισης των **δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών** και της απρόσκοπτης παροχής υπηρεσιών από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας **με ασφάλεια και αξιοπρέπεια**.

Κρίνοντας ως απόλυτα γόνιμη την πραγματοποιηθείσα στις 10/1/2018 συνάντηση των φορέων Ψυχικής Υγείας με σκοπό την ανταλλαγή απόψεων ενόψει της επικείμενης μεταρρύθμισης και ως ιδιαίτερα θετική την εξαγγελία των στόχων της ομάδας εργασίας, δεδομένου ότι κύριο μέλημα όλων μας αποτελεί η προστασία της ευάλωτης ομάδας των ασθενών που υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές, είμαστε στη διάθεσή σας για κάθε διευκρίνιση και παρέμβαση, στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων μας ως το επαγγελματικό επιμελητήριο των Νοσηλευτών της χώρας.

Για το Διοικητικό Συμβούλιο της Ε.Ν.Ε

Πρόεδρος

Ο Γεν. Γραμματέας

Δημήτριος Σκουτέλης

Αριστείδης Δάγλας