

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΓΙΑ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ

Νεοφύτου Βάμβα 6, 106 74 Αθήνα

Τηλ: 210 7233 221, fax: 210 7233 217, e-mail: info@nchr.gr

**ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ  
ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ  
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ\***

*«Μεταβλήθη εντός μου και ο ρυθμός του κόσμου»*

*Γ. Βιζυηνός, Στίχοι του Φρενοκομείου*

Διάγραμμα:

- A. Ιστορικό ενασχόλησης της ΕΕΔΑ με τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχιατρική εμπειρία.**
  - B. Θέματα ορισμών και συλλογικοτήτων. Στίγμα.**
  - Γ. Διεθνές και εγχώριο θεσμικό περιβάλλον**
  - Δ. Παρατηρήσεις της CPT και απαντήσεις ελληνικών αρχών. Προσφυγές στο ΕΔΔΑ.**
  - Ε. Η διαδρομή της Ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα**
  - ΣΤ. Συνδέοντας την ψυχική υγεία με τα ανθρώπινα δικαιώματα: κύρια σημεία τριβής: α) φύλαξη ακαταλόγιστων, β) ακούσιες νοσηλείες, γ) δικαστική συμπαράσταση, δ) πρόσβαση στον ιατρικό και διοικητικό φάκελο του ψυχικά πάσχοντος, ε) Οι συνθήκες νοσηλείας**
  - Z. Συμπεράσματα/προτάσεις**
- 
- A. Ιστορικό ενασχόλησης ΕΕΔΑ με τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχιατρική εμπειρία**

Το ιστορικό της ενασχόλησης της ΕΕΔΑ με το θέμα ξεκινά το 2003, όταν η Επιτροπή υιοθέτησε θέσεις για «Ζητήματα προστασίας ΔτΑ σε περιπτώσεις φύλαξης ποινικά ακαταλόγιστων προσώπων σε δημόσιο θεραπευτικό κατάστημα»<sup>1</sup>, και κατέληξε σε προτάσεις αναθεώρησης της ποινικής νομοθεσίας που αφορούσε την προαναφερθείσα κατηγορία προσώπων.

Στην συνέχεια, τον Ιανουάριο του 2004 η ΕΕΔΑ επεξεργάστηκε και κατέθεσε προς τους αρμόδιους φορείς, πρόταση κύρωσης από την Ελλάδα του *Προαιρετικού Πρωτοκόλλου(18/12/2002) της Σύμβασης του ΟΗΕ κατά των Βασανιστηρίων*

\*Το παρακάτω κείμενο εγκρίθηκε ομοφώνως στην από 14.4.2011 συνεδρίαση της Ολομέλειας της ΕΕΔΑ. Εισηγητές: Κ. Παπαϊωάννου, Πρόεδρος ΕΕΔΑ, Χρ. Παπαδοπούλου, Επιστημονική Συνεργάτιδα.

<sup>1</sup> Βλ. Ετήσια Έκθεση ΕΕΔΑ 2003, σελ. 165-172.

(UNCAT, 1984, N. 1782/1988)<sup>2</sup>. Το Πρωτόκολλο<sup>3</sup> (ή OPCAT, όπως έχει διεθνώς καθιερωθεί να αποκαλείται χάριν συντομίας) αποσκοπεί στην ενδυνάμωση της αποτελεσματικής εφαρμογής της Σύμβασης, μέσω της δημιουργίας ενός προληπτικού συστήματος επισκέψεων σε χώρους κράτησης, *συμπεριλαμβανομένων και των ψυχιατρείων, κλινικών και άλλων δομών φροντίδας ψυχικής υγείας* από ένα ανεξάρτητο διεθνές όργανο (την Υπο-Επιτροπή Πρόληψης) και από ανεξάρτητα εθνικά όργανα (τους Εθνικούς Μηχανισμούς Πρόληψης: National Preventive Mechanisms). Σημειώνεται ότι η Ελλάδα υπέγραψε το Πρωτόκολλο στις 3/3/2011<sup>4</sup>.

Τον Σεπτέμβριο του 2004, η ΕΕΔΑ διερεύνησε το θέμα που έθιγε επιστολή/αναφορά του ψυχιάτρου κ. Χαρ. Βαρουχάκη (προέδρου του Σωματίου 'Ευνομία' για την υποστήριξη των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων και νοητικά υστερούντων προσώπων, και πρώην Διευθυντού της Ιατρικής Υπηρεσίας του ΨΝΑ), σχετικά με τις συνθήκες διαβίωσης των ψυχικά πασχόντων που νοσηλεύονταν σε τρία κεντρικά ξενοδοχεία της Αθήνας, μεταστεγασμένοι 'προσωρινά' σε αυτά από το ΨΝΑ Δαφνίου μετά από τις καταστροφικές ζημιές που αυτό είχε υποστεί από τον σεισμό του 1999. Η ΕΕΔΑ, μετά από μια σειρά in situ επισκέψεων, διατύπωσε τις «Παρατηρήσεις»<sup>5</sup> της για αυτό το πολύ εξειδικευμένο ζήτημα, αλλά κυρίως της δόθηκε η ευκαιρία να έχει μια πρώτη επαφή με τον χώρο των ψυχικά πασχόντων και μια πρώτη ανάγλυφη απεικόνιση της ύπαρξης πολλών διαφορετικών αντιλήψεων ως προς την εργώδη και πολύπλοκη διαδικασία και δυναμική της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα και τα πολυεπίπεδα προβλήματα που ανακύπτουν και πρέπει να αντιμετωπιστούν.

Τον Σεπτέμβριο του 2005, η ΕΕΔΑ υπέβαλε παρατηρήσεις, όπως της είχε ζητηθεί από το ΥΥΚΑ, πάνω στο 'Σχέδιο Οδηγού Διασφάλισης Ποιότητας στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης', ο οποίος σε μεγάλη έκταση περιέγραφε δείκτες και κριτήρια αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών.<sup>6</sup>

---

<sup>2</sup> Βλ. ετήσια έκθεση ΕΕΔΑ 2003, σελ. 245

<sup>3</sup> Τέθηκε σε ισχύ στις 22/6/2006. 16 χώρες της ΕΕ το έχουν κυρώσει και άλλες 8 το έχουν υπογράψει.

<sup>4</sup> Για αναλυτικά στοιχεία σχετικά με την κύρωση του Πρωτοκόλλου και τους θεσμούς που επελέγησαν ως ΕΜΠ (ή δημιουργήθηκαν), βλ. <http://www.apt.ch/content/view/40/82/lang.en/>

<sup>5</sup> Βλ. Ετήσια Έκθεση ΕΕΔΑ 2004, σελ 151-164: «Παρατηρήσεις επί των συνθηκών διαβίωσης των ψυχικά πασχόντων τροφίμων του ΨΝΑ που έχουν μεταστεγαστεί σε ξενοδοχεία».

<sup>6</sup> Σημειώνεται ότι ο εν λόγω Οδηγός έχει υιοθετηθεί, αλλά δεν έχει αξιοποιηθεί, καθώς δεν έχουν εκπαιδευτεί οι επαγγελματίες υγείας στο πώς να εφαρμόσουν στην πράξη όλους αυτούς τους εξαντλητικούς δείκτες παρακολούθησης και μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών.

Η ενασχόληση με το πεδίο αυτό επανεκκίνησε στα μέσα του 2009, στο πλαίσιο της διερεύνησης από την ΕΕΔΑ αναφοράς που κατέθεσε το Δίκτυο Φορέων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Ψυχικής Υγείας 'Αργώς', σχετικά με τα παρατεταμένα προβλήματα στα οποία αυτοί οι φορείς είχαν οδηγηθεί λόγω ασυνέπειας και ασυνέχειας στην χρηματοδότησή τους, με καταστροφικά αποτελέσματα στην ποιότητα της θεραπευτικής φροντίδας που προσέφεραν οι δομές. Για την κατάσταση αυτή παρενέβη, τελικά, ο Ευρωπαϊός Επίτροπος Απασχόλησης και Κοινωνικών Υποθέσεων και Ίσων Ευκαιριών κ. V. Spidla, με τον οποίο η τότε ηγεσία του ΥΥΚΑ υπέγραψε Συμφωνία για την αποκατάσταση της εμπλοκής, την ολοκλήρωση του προγράμματος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και την συνέχιση του προγράμματος 'Ψυχαργώ'. Η Επιτροπή, κρίνοντας πως το ζήτημα υπερέβαινε τις διαθέσιμες στο εσωτερικό της γνωστικές δυνατότητες, αποφάσισε να συγκαλέσει σε διαβούλευση ένα ευρύ φάσμα αρχών και εξειδικευμένων φορέων που σχετίζονται με την παροχή και διαχείριση υπηρεσιών ψυχικής υγείας και με την προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων. Πραγματοποιήθηκαν δύο συναντήσεις εργασίας (στις 25/6/2009 και την 1/10/2009), εκ των οποίων η πρώτη αφορούσε επαγγελματίες ψυχικής υγείας, εκπροσώπους της διοίκησης ψυχιατρικών και ψυχιατρικών τμημάτων δημόσιων νοσοκομείων, ανεξάρτητες αρχές, και σειρά άλλων συλλογικοτήτων, ενώ η δεύτερη απευθύνθηκε στους συλλόγους εκπροσώπησης των ίδιων των ατόμων με ψυχιατρική εμπειρία και των οικογενειών τους.<sup>7</sup> Μέσω αυτών

---

<sup>7</sup> Στις δύο αυτές διαβουλεύσεις/συναντήσεις εργασίας προσκλήθηκαν και προσήλθαν εκπρόσωποι των ακόλουθων φορέων: Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του ΥΥΚΑ και της Ειδικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, ΠΟΣΟΨΥ (Πανελλήνια Ομοσπονδία Συλλόγων Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία), ΔΥΨΑ (Δικαιώματα και Υποχρεώσεις Ψυχικά Ασθενών), ΑΥΤΟΕΚΠΡΩΣΩΠΗΣΗ, Σύλλογος Εργαζομένων Ψυχικής Υγείας Μακεδονίας-Θράκης, Σύλλογος ΠΕΡΙΒΟΛΑΚΙ, ΣΨΥΚΑ, ΠΕΨΑΕΕ (Πανελλαδική Ένωση για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και την Επαγγελματική Επανάταξη), ΨΝΑ Δρομοκαΐτειο, ΨΝΑ Λαφνίου, Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Κέντρο Ψυχικής Υγείας Νοσοκομείου Χανίων, Ι8ΑΝΩ, Συνήγορος της Υγείας (Συνήγορος του Πολίτη), Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία, Δίκτυο 'Αργώ', Κέντρο Ψυχικής Υγείας Χαλανδρίου, Παρατηρητήριο για τα Δικαιώματα στο Χώρο της Ψυχικής Υγείας, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας Παιδιού και Εφήβου, Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας, ΚΛΙΜΑΚΑ, Ελληνική Παιδοψυχιατρική Εταιρεία, Ένωση Ψυχιάτρων Παιδιών και Εφήβων. Η Επιτροπή επιθυμεί να ευχαριστήσει όλους τους συμμετέχοντες και τους συνομιλητές της κατά τις συναντήσεις στον χώρο των ψυχιατρικών νοσοκομείων και των δομών, όπως και όσους κατέθεσαν και γραπτώς τις θέσεις και τις απόψεις τους. Ιδιαίτερως θερμές ευχαριστίες στους κυρίους Χαρ. Βαρουχάκη και Μεν. Θεοδωρουλάκη, οι ενέργειες των οποίων έδωσαν το εναρκτήριο λάκτισμα στην Επιτροπή να ασχοληθεί με το ζήτημα, τον κ. Λεονάρδο Σκόρδο από την 'Αυτοεκπροσώπηση', τον κ. Γ. Ασρινάκη, Αν. Διευθυντή του 'ΨΝΑ Δρομοκαΐτειο', τους φύλακες του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου των Φυλακών Κορυδαλλού, και τις κυρίες Αιμ. Πανάγου & Μ. Βουτσίνου, όπως και τον κ. Ευτ.

των συναντήσεων η ΕΕΔΑ, διαμόρφωσε μια σαφέστερη εικόνα των προκλήσεων αναφορικά με την προστασία των δικαιωμάτων στον συγκεκριμένο χώρο, και συγκέντρωσε ένα πλούσιο κεφάλαιο επί μέρους προτάσεων. Στην συνέχεια, με την αλλαγή της διακυβέρνησης της χώρας (και κατά συνέπεια, και των αρμόδιων διευθύνσεων του ΥΥΚΑ) και την είσοδο σε μια περίοδο μειζόνων προβληματισμών αναφορικά με τα πραγματικά περιθώρια κοινωνικών και προνοιακών πολιτικών και δράσεων, η ΕΕΔΑ αποφάσισε να μεταθέσει την παρέμβασή της μέχρις ότου να διαμορφωθεί ένα πιο σταθερό διοικητικό πλαίσιο αναφοράς. Ωστόσο, στο μεσοδιάστημα πραγματοποιήθηκε μια σειρά από *in situ* επισκέψεις σε ψυχιατρικά νοσοκομεία και δομές παροχής ψυχικής φροντίδας (ΝΠΔΔ και ΝΠΙΔ), όπως και κατ' ιδίαν συναντήσεις εργασίας με επιστημονικούς υπεύθυνους και επαγγελματίες ψυχικής υγείας στους χώρους αυτούς.

Αρκετοί φορείς/μέλη της ΕΕΔΑ (ΣτΠ<sup>8</sup>, Διεθνής Αμνηστία, ΙΜΔΑ, Ελληνική Ένωση για τα Δτα, ΕΣΠ, ΣΥ.ΡΙΖ.Α, ΠΑΣΟΚ κ.ά.) έχουν επεξεργαστεί θέσεις και κατά καιρούς και κατά περίπτωση παρεμβαίνουν σχετικά με τους ψυχικά πάσχοντες. Ειδικότερα, ο ΣτΠ έχει εξετάσει πλήθος αναφορών περί ακούσιας νοσηλείας (ο Κύκλος Κοινωνικής Προστασίας έχει συντάξει και Ειδική Έκθεση για το θέμα, το 2007<sup>9</sup>), σχετικά με τη διαδικασία επιβολής και άρσης του μέτρου της φύλαξης των ποινικώς ακαταλόγιστων ατόμων (σύμφωνα με το άρθ. 69 Π.Κ.), σχετικά με την πρόσβαση στον ιατρικό φάκελλο του ψυχικά πάσχοντος, ενώ τον Μάρτιο του 2009 διοργάνωσε Ημερίδα με αντικείμενο την αξιολόγηση της πορείας της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.

## **B. Θέματα ορισμών και συλλογικοτήτων. Στίγμα.**

Η ψυχική υγεία είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα επίπεδο γνωστικής και συναισθηματικής ευεξίας, και απουσίας μιας ψυχικής διαταραχής. Πολιτιστικές διαφορές, υποκειμενικές εκτιμήσεις και ανταγωνιστικές επιστημονικές θεωρίες επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο η ψυχική υγεία γίνεται αντιληπτή από το κοινωνικό σύνολο.

---

*Φυτράκη από τον ΣτΠ, με τους οποίους ανηλλάγησαν εξαιρετικά γόνιμες απόψεις, πληροφορίες και επιχειρήματα.*

<sup>8</sup> Ειδικότερα μετά τις προβλέψεις του Ν. 3293/2004, που επεξέτειναν τις αρμοδιότητες του ΣτΠ και σε θέματα υγείας, πρόνοιας και κοινωνικής αλληλεγγύης.

<sup>9</sup> Αυτεπάγγελτη έρευνα του ΣτΠ για την Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών, Μάιος 2007.

Είναι εμφανής η αμηχανία και η απουσία consensus για την επιλογή των όρων που θα χρησιμοποιηθούν και για το περιεχόμενο που θα τους αποδοθεί, από την πλευρά του νομοθέτη, της κοινωνίας, αλλά και μέσα στην ίδια την ‘κοινότητα’ των ψυχικά πασχόντων (πράγμα που, πάντως, αποτελεί κοινό χαρακτηριστικό όλων των υπό διαμόρφωση συλλογικών ταυτοτήτων και ‘ομαδικών’ διεκδικήσεων, και αντανακλά την ίδια την δυναμική τους)<sup>10</sup>. Με δεδομένη την σημασία της επιλογής της γλώσσας, όταν πραγματεύεται κανείς θέματα σχετικά με την ανθρώπινη εμπειρία, οι σχετικές δυσκολίες αναφορικά με την εμπειρία της ψυχικής πάθησης είναι μεγαλύτερες, ίσως, ακόμα και από αυτές του χώρου της αναπηρίας. *Λήπτες ή χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, ψυχικά πάσχοντες, ψυχικά διαταραγμένοι, ασθενείς, ψυχοασθενείς, επιζώντες της ψυχιατρικής, άτομα με ψυχιατρική εμπειρία*, είναι μερικοί από τους όρους που χρησιμοποιούνται σήμερα, που δεν μιλάμε πια για ‘φρενοβλάβεια’, ‘παραφροσύνη’, ή ‘τρέλα’<sup>11</sup>. Ο περιφραστικός όρος «*άτομο με ψυχιατρική εμπειρία*», μοιάζει να κυριαρχεί τελευταία στον χώρο της ψυχικής υγείας, καθώς δεν αποδίδει έναν καθολικό -άρα και στιγμιστικό- χαρακτηρισμό στο άτομο, αλλά αναφέρεται σ’ αυτή την εμπειρία ως τμήμα ενός ευρύτερου συνόλου χαρακτηριστικών και εμπειριών.

Η ιατρική θεώρηση των ανθρώπων με κάθε μορφής δυσχέρειες κίνησης/αίσθησης/αντίληψης της πραγματικότητας, κυριάρχησε για πολύ καιρό τόσο στην νομική αντιμετώπιση, όσο και στις πολιτικές.<sup>12</sup> Ειδικά για τον ψυχικά πάσχοντα, αυτό είχε ως αποτέλεσμα η μυθοπλασία της τρέχουσας ιδεολογίας να εκλαμβάνει τον ‘τρέλο’ ως δυστυχισμένο και ανίκανο να φροντίσει τον εαυτό του, ή ως επικίνδυνο.<sup>13</sup> Όμως, κανείς «πάσχων» δεν επιθυμεί να κατατάσσεται ανάλογα με την ιατρική του διάγνωση, καθώς κάτι τέτοιο επιτείνει την ιδιότητα του ‘ανάπηρου’, απομονώνοντας και εστιάζοντας στην δυσλειτουργία του, και τροφοδοτώντας, έτσι, μια χρόνια

---

<sup>10</sup> Βλ. σχετικά με την χρήση των όρων και τις αναπαραστάσεις τους, [www.sou.edu/.../theory/explained/queer.htm](http://www.sou.edu/.../theory/explained/queer.htm), και την έρευνα του Joint Equality & Human Rights Forum: ‘Rethinking identity: the challenge of diversity’, UK & Ireland, June 2003. Ακόμη, τον συλλογικό τόμο: ‘Ταυτότητες: ψυχοκοινωνική συγκρότηση’, Κ. Ναυρίδης-Ν.Χρηστάκης (επιμ), Καστανιώτης 1997, και ειδικότερα το κείμενο του Ν. Χρηστάκη: ‘Ομοιότητα και διαφορά, ομαδικότητα και ατομικότητα: ορισμένα από τα παράδοξα της ταυτότητας’.

<sup>11</sup> Από το αρχαίο ρήμα «τρέω» (=φεύγω φοβισμένος), τρηρός = τρελός, στην μεταγενέστερη ελληνική.

<sup>12</sup> Ειδικότερα για την νοητική υστέρηση και την διεκδίκηση δικαιωμάτων, βλ. Α.Χ. Δημόπουλος: «Μία εισαγωγή στην έννοια της αναπηρίας και το άρθρο 5α του Συντάγματος», περ. Το Σύνταγμα, ιαν-Φεβ.2009.

<sup>13</sup> Για μια εμβάθυνση στις ιδεοληψίες περί ψυχικά πασχόντων σε σχέση με την πορεία της κατοχύρωσης των ατομικών τους ελευθεριών, βλ.: Τάκη Βιδάλη : «Εμμένοντας στον αυτοκαθορισμό: Οι ατομικές ελευθερίες των εγκλείστων ψυχοασθενών», σε Το Σύνταγμα 2/1995.

αντίδραση οίκτου από την κοινωνία, με χαρακτηριστικά φιλανθρωπικού συντηρητισμού ή κολακευτικού λαϊκισμού.

Θεμέλιο των μεταρρυθμιστικών κινήματων αποτέλεσε η ιδεολογική πεποίθηση και η διαπίστωση ότι η κοινωνία διαθέτει την ικανότητα να αναζωογονεί τα πιο αδύναμα μέλη της και να τα καθιστά ενεργά μέσα από μηχανισμούς κοινωνικής αλληλεγγύης. Είναι γνωστό πως οι βασικές ανησυχίες για τους ψυχικά πάσχοντες περιστρέφονται γύρω από την εν δυνάμει επικινδυνότητά τους και το απρόβλεπτο στην εκδήλωση της πάθησής τους. Είναι, όμως, επιστημονικά τεκμηριωμένο πως εκεί όπου υπάρχει ένα ισχυρό κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα που δεν απομονώνει/αποκλείει τον «διαφορετικό», εκλαμβάνοντάς τον ως 'ελαττωματική βιολογική μονάδα', η ευαλωτότητα στην ψυχική νόσο είναι χαμηλή. Ταυτόχρονα, μέσα σε αυτό το πλαίσιο, ακόμα και όταν εκδηλώνεται μια διαταραχή, ο πάσχων μπορεί να ανακτήσει την λειτουργικότητά του πιο εύκολα. Με την κατάλληλη και έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση, ακόμα και οι πάσχοντες από ψυχωσική συνδρομή (σχιζοφρένεια) - οι οποίοι ήταν οι πιο συνήθεις έγκλειστοι των ασύλων- αποδείχθηκε ότι μπορούν να είναι κατά τις μεγαλύτερες χρονικές περιόδους της νόσου κοινωνικά βιώσιμοι, και μάλιστα ακόμα και μετά από επανειλημμένες προσβολές μπορούν να επανέλθουν πλήρως.

Οι άνθρωποι με κινητικές δυσχέρειες ήταν αυτοί που πρώτοι συνειδητοποίησαν την ανάγκη για αλλαγή αυτής της θεώρησης, και ξεκίνησαν να κινητοποιούνται σε συλλογικό επίπεδο περίπου στις αρχές της δεκαετίας του '70. Η κοινωνική θεώρηση της αναπηρίας αναπτύχθηκε σιγά-σιγά εννοιολογικά και ιδεολογικά και προκάλεσε τον σχηματισμό ομάδων πίεσης και διεκδίκησης του δικαιώματος για ισότιμη συμμετοχή στο κοινωνικό περιβάλλον -με όποιες 'θετικές διακρίσεις' είναι αναγκαίες για αυτό-, αντικαθιστώντας την παρωχημένη ιατρική θεώρηση.<sup>14</sup>

Σήμερα, η κοινωνική απεικόνιση για την ψυχική πάθηση τείνει να κινείται γύρω από την έννοια της αναπηρίας, ενώ παλιότερα στερεότυπα που προεξοφλούσαν π.χ την βιαιότητα του ψυχικά πάσχοντος, φαίνεται να έχουν μειωθεί. Ωστόσο, η γενικότητα της κατηγορίας 'αναπηρία', ενέχει τον κίνδυνο «ομογενοποίησης» μιας

---

<sup>14</sup> Για έναν περαιτέρω προβληματισμό πάνω στις αντιστάσεις στην αλλαγή των θεσμών και τις νέες πολιτικές ψυχικής υγείας, βλ. Στ. Στυλιανίδη, «Οι μεταμορφώσεις της ψυχιατρικής: αναζητώντας νέα παραδείγματα για μια νέα πολιτική ψυχικής υγείας», στο Στ. Στυλιανίδη, Μ.Στυλιανούδη (επιμ.): «Κοινότητα και Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. Η εμπειρία της Εύβοιας 1988-2008», εκδ. Τόπος, 2008.

διαφοροποιημένης, κατά τις ανάγκες, τα ζητήματα, και τον τρόπο αντιμετώπισής της, ομάδας ανθρώπων, που είναι οι ψυχικά πάσχοντες. Οι ψυχικά πάσχοντες ανησυχούν πως μια αναγωγή της ψυχικής οδύνης σε ‘αναπηρία’ αναπαράγει τα στερεότυπα της μειονεκτικότητας, επισύροντας έτσι μια επιπλέον μορφή στιγματισμού από αυτήν που ήδη τους ταλανίζει.

Αυτός ο φόβος βρίσκεται στον πυρήνα της αντίστασης μιας μεγάλης μερίδας των ψυχικά πασχόντων να συγχωνευτούν στο λεγόμενο ‘αναπηρικό κίνημα’. Οι συλλογικές εκφράσεις ψυχικά πασχόντων και των οικογενειών τους είναι πολύ πρόσφατες και επιθυμούν να επιχειρήσουν ανεξάρτητα την ενδυνάμωσή τους, να εδραιωθούν και να αποσαφηνίσουν τους στόχους και τις μεθόδους τους, πριν μπορέσουν να αγωνιστούν από κοινού με το αναπηρικό κίνημα, στο πλαίσιο της ΕΣΑμεΑ<sup>15</sup>.

Το υπόβαθρο αυτού του φόβου, αντανακλάται στα αποτελέσματα της έρευνας της Metron Analysis του Ιουνίου του 2009 στον Δήμο Αθηναίων (στο πλαίσιο του προγράμματος ‘Αντιστίγμα-Αθήνα’: Πόλη χωρίς διακρίσεις): το 35% του δείγματος θεωρούσε ότι οι ψυχικά ασθενείς αποτελούν δημόσιο κίνδυνο «πάντα» ή «συχνά», 62% θεωρούσε ότι οι ψυχικά ασθενείς δεν μπορούν «σπάνια» ή «ποτέ» να εργασθούν σε κανονικές δουλειές, 26% δεν θα καθόταν στο λεωφορείο δίπλα σε έναν ψυχικά ασθενή (μάλλον όχι ή σίγουρα όχι), ενώ 88% απάντησε ότι δεν θα παντρευόταν (μάλλον όχι ή σίγουρα όχι) έναν ψυχικά ασθενή {ποσοστό σημαντικά μεγαλύτερο από αυτούς που εμφανίζονται ότι θα ήταν διατεθειμένοι να παντρευτούν μετανάστη (!) (45%), ή άτομο με σωματική αναπηρία (48%)}. Η μόνη κατηγορία απέναντι στην οποία η διστακτικότητα του δείγματος πληθυσμού είναι μεγαλύτερη (κατά δύο, μόλις, ποσοστιαίες μονάδες: 90%), είναι οι οροθετικοί. Ένα 41% δεν θα έδινε δουλειά σε ψυχικά ασθενή (σίγουρα όχι και μάλλον όχι), ποσοστό που ξεπερνά μόνο η ομάδα των χρηστών ουσιών (54%). Το 31% (σίγουρα όχι ή μάλλον όχι) δεν θα ήθελε να διαμένει δίπλα σε ψυχικά ασθενή, ενώ το 44% των ερωτηθέντων δεν θα τους νοίκιαζε το σπίτι του (σίγουρα όχι ή μάλλον όχι). Κατά τι μεγαλύτερη διστακτικότητα εκφράζεται απέναντι στους αποφυλακισμένους και στους χρήστες ουσιών. Ωστόσο, μόνο το 16% του δείγματος θα ήταν αρνητικό στην δημιουργία υπηρεσίας για ψυχικά

---

<sup>15</sup> Για αρκετές ομάδες ψυχικά πασχόντων δεν είναι ευπρόσδεκτο αυτό που εκλαμβάνουν ως ‘άσκηση πίεσης’ από την πλευρά της ΕΣΑμεΑ να προχωρήσουν στον σχηματισμό Ομοσπονδίας, έτσι ώστε να εκπροσωπηθούν στο τριτοβάθμιο όργανο. Εκτιμούν πως αυτό θα γίνει όταν οι συνθήκες θα ωριμάσουν εκ των έσω, αντί να τους επιβληθούν άνωθεν.

ασθενείς στην γειτονιά του, ενώ το 94% θα συμφωνούσε με πρωτοβουλίες του Δήμου Αθηναίων για δράσεις για τις ομάδες αυτές και 74% εμφανίζεται φίλα διακείμενο να συμμετάσχει σε αυτές τις δράσεις. Συνδυαστικά, οι παραπάνω μετρήσεις τοποθετούν τον λεγόμενο 'Δείκτη Κοινωνικής Απόστασης' από τους ψυχικά ασθενείς, στο 27% (η μόνη ομάδα που υπερβαίνει αυτό το ποσοστό είναι οι χρήστες ουσιών -41%-, ενώ οι αποφυλακισμένοι, οι οροθετικοί, οι άστεγοι, οι μετανάστες και τα άτομα με σωματική αναπηρία, είναι ομάδες απέναντι στις οποίες το κοινωνικό σώμα μοιάζει να έχει μικρότερη απόσταση).

### **Γ. α) Το διεθνές πλαίσιο προστασίας**

Εκτός από την ενότητα των κειμένων που συνθέτουν τον Διεθνή Χάρτη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, σημαντικό βήμα για την διεθνή προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων αποτελεί η Απόφαση A/RES/46/119 για την «Προστασία των Προσώπων με Ψυχική Νόσο και τη Βελτίωση της Φροντίδας για την Ψυχική Υγεία», που υιοθετήθηκε στις 17/12/ 1991 από την Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ. Στο θεσμικό περιβάλλον του ΟΗΕ υπάρχει ακόμη η Απόφαση της Γ.Σ. του 1971 για τα «Δικαιώματα των ατόμων με νοητική υστέρηση», και η Απόφαση A/RES/48/96 (20/12/1993), «Κανόνες για την Ισότητα των Ευκαιριών για τα Άτομα με Αναπηρίες».

Στο περιβάλλον του Συμβουλίου της Ευρώπης, έχουμε τη Σύσταση R(83)2 της Επιτροπής Υπουργών για την «Νομική Προστασία Προσώπων που πάσχουν από Ψυχική Διαταραχή και νοσηλεύονται ακουσίως» (22/2/1983), τη Σύσταση 1235 (1994) της Κοινοβουλευτικής Συνέλευσης (12/4/1994) «Για την Ψυχιατρική και τα Δικαιώματα», τα «Κριτήρια» της Επιτροπής για την Πρόληψη των Βασανιστηρίων (CPT) «για την ακούσια νοσηλεία σε ψυχιατρικές μονάδες» {CPT/Inf(98)12}, τη Λευκή Βίβλο για την «Προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας ατόμων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή και ειδικότερα αυτών που τοποθετούνται ακουσίως σε ψυχιατρικά ιδρύματα» (3/1/2000, ομάδα εργασίας για την Ψυχιατρική και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα στο πλαίσιο της Επιτροπής Βιοηθικής του ΣτΕυρ), και τη Σύσταση (2004)10 της Επιτροπής Υπουργών σχετικά με την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (22/9/2004).

Στο πλαίσιο της ΕΕ, αξίζει να αναφέρουμε τον Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων, την Απόφαση του Συμβουλίου για την «Προαγωγή της ψυχικής υγείας» (18/11/1999), την



*Πράσινη Βίβλο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής {COM(2005)484} για την «Βελτίωση της Ψυχικής Υγείας του πληθυσμού, προς μια στρατηγική για την Ψυχική Υγεία στην ΕΕ» (14/10/2005), το «Ευρωπαϊκό Σύμφωνο για την Ψυχική Υγεία» που συνυπέγραψε η ΕΕ με τον ΠΟΥ στις Βρυξέλλες στις 13/6/2008, και το «Ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου της 16/2/2009 σχετικά με την ψυχική υγεία» {2008/2209(INI)}. Ακόμη, σημαντικά, αν και όχι δεσμευτικά, κείμενα για την ψυχιατρική κοινότητα σχετικά με τον σεβασμό των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων είναι η Διακήρυξη της Χαβάης/Π (Διεθνές Συνέδριο Ψυχιατρικής 1983), η Διακήρυξη της Αθήνας για τα «Δικαιώματα και τη Νομική Προστασία του Ψυχικά Ασθενούς» της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρίας (Αθήνα, 17/12/1989), και η Διακήρυξη της Μαδρίτης για τους «Κανόνες Δεοντολογίας και Ψυχιατρική Πρακτική» (Γ.Σ. της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρίας 25/8/1996).*

Αξίζει να σημειωθεί πως ο Οργανισμός Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της ΕΕ, καθώς η Σύμβαση του ΟΗΕ για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρίες είναι η πρώτη διεθνής συνθήκη ανθρωπίνων δικαιωμάτων στην οποία η ΕΕ αποφάσισε να προσχωρήσει, έχει ξεκινήσει ερευνητικό πρόγραμμα για θέματα ψυχικής υγείας, ενώ έχει ήδη δημοσιεύσει τα αποτελέσματα του πρώτου μέρους της έρευνας, σχετικά με την πολιτική συμμετοχή των ψυχικά πασχόντων στις χώρες/μέλη.<sup>16</sup>

Σήμερα, η Σύμβαση του ΟΗΕ για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρίες,<sup>17</sup> που θεωρείται σταθμός και ορόσημο στην παγκόσμια ιστορία της αναπηρίας, αλλά και χάρτης πορείας για τη διαχείρισή της, αποτελεί το πλέον δεσμευτικό διεθνές κείμενο αναφοράς. Το πεδίο προστασίας της Σύμβασης περιλαμβάνει και τα άτομα με πνευματικές (mental), διανοητικές (intellectual) ή αισθητηριακές (sensory) διαταραχές.<sup>18</sup>

## ***β) Το εγχώριο θεσμικό περιβάλλον***

---

<sup>16</sup> Βλ.: [http://fra.europa.eu/fraWebsite/research/publications/publications\\_per\\_year/pub-vote-disability\\_en.htm](http://fra.europa.eu/fraWebsite/research/publications/publications_per_year/pub-vote-disability_en.htm)

<sup>17</sup> Η Ελλάδα έχει υπογράψει την Σύμβαση από τις 30/3/2007, ενώ στις 29/9/2010 υπέγραψε και το Προαιρετικό Πρωτόκολλο της Σύμβασης, το οποίο αναγνωρίζει την αρμοδιότητα της Επιτροπής για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρίες να εξετάζει ατομικές ή ομαδικές αναφορές (communications) περί παραβιάσεων της Σύμβασης. 21 χώρες της ΕΕ, έχουν ήδη επικυρώσει την Σύμβαση.

<sup>18</sup> Άρθρο 1: «Τα άτομα με αναπηρίες περιλαμβάνουν εκείνα τα άτομα τα οποία έχουν μακροχρόνιες σωματικές, πνευματικές, διανοητικές ή αισθητηριακές διαταραχές οι οποίες, κατά την αλληλεπίδρασή τους με διάφορα εμπόδια, δυνατόν να εμποδίσουν την πλήρη και αποτελεσματική συμμετοχή τους στην κοινωνία σε ίση βάση με άλλους».

Με τον Ν. 1397/1983<sup>19</sup> θεμελιώνεται για πρώτη φορά στην ελληνική έννομη τάξη το δικαίωμα στην υγεία. Η φροντίδα και τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων ρυθμίζονται κυρίως από τους Ν. 2071/1992<sup>20</sup>, 2519/1997<sup>21</sup> και 2716/1999<sup>22</sup>, και συμπληρώνονται από διάσπαρτες επιμέρους διατάξεις του Αστικού και Ποινικού Κώδικα.

Ο Ν.2071/1992 θεσμοθετεί τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας και αναδιαμορφώνει το καθεστώς που διέπει τις ακούσιες νοσηλείες.

Ο Ν.2716/1999 αναφέρεται εξ ολοκλήρου στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, τις οποίες σχεδιάζει πάνω στις αρχές της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Σύμφωνα με τις διατάξεις του, το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας με σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα.<sup>23</sup> Βάσει του ανωτέρω Νόμου και προς επίτευξη των σκοπών της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, συγκροτείται το Σύστημα Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, υπό κρατική εποπτεία και επιχορήγηση, στο οποίο εντάσσονται οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οι οποίες λειτουργούν στο πλαίσιο του δημόσιου αλλά και του ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού τομέα.

Ο Ν.2447/1996, ο οποίος μεταρρύθμισε και αναμόρφωσε σημαντικούς θεσμούς του Οικογενειακού Δικαίου, εισήγαγε και τον θεσμό της δικαστικής συμπαράστασης. Στόχος του θεσμού ήταν η βελτίωση της αστικής προστασίας και ο σεβασμός της προσωπικότητας εκείνων των ενηλίκων ατόμων που, για λόγους πέρα από την βούλησή τους, αδυνατούν να εξυπηρετήσουν τα ίδια τα προσωπικά και περιουσιακά τους συμφέροντα. Το άρθρ. 1666.1 του Αστικού Κώδικα ορίζει πως «σε δικαστική συμπαράσταση υποβάλλεται ο ενήλικος: 1.Όταν λόγω ψυχική ή διανοητικής

---

<sup>19</sup> Εθνικό Σύστημα Υγείας, ΦΕΚ Α' 143/7-10-1983.

<sup>20</sup> Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας, ΦΕΚ Α' 123/15-7-1992

<sup>21</sup> Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ Α' 165/21-8-1997

<sup>22</sup> Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ Α' 96/17-5-1999.

<sup>23</sup> Στην παρ.2, του άρθρου 1 του Ν.2716/99 ορίζονται οι κάτωθι αρχές: «Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας.»

διαταραχής ή λόγω σωματικής αναπηρίας αδυνατεί εν όλω ή εν μέρει να φροντίζει μόνος για τις υποθέσεις του».

Το άρθρο 28 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας του 2005<sup>24</sup> θέτει πολύ αναλυτικά το πλαίσιο της φροντίδας ψυχικής υγείας που ο ιατρός οφείλει να παράσχει στον ασθενή του (πλήρης ενημέρωση του ασθενούς, σεβασμός της αξιοπρέπειάς του, κλπ).

Στο ΥΥΚΑ έχει συσταθεί Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας η οποία υπάγεται στην Γεν. Δ/ση Υγείας και απαρτίζεται από το Τμήμα Νοσοκομειακής Περιθαλψης και το Τμήμα Εξωνοσοκομειακής Φροντίδας. Για την προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων, έχει συσταθεί (στην Αυτοτελή Υπηρεσία Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών), *Γραφείο για την Προστασία των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές* (παρ. 1 άρθ. 2 του Ν. 2716/1999) και *Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές*, η οποία λειτουργεί στο πλαίσιο της συστημένης με το Ν. 2519/1997 Εθνικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών<sup>25</sup> (παρ. 2 άρθ. 2 του Ν. 2716/1999). Σημειώνεται ότι η Ειδική αυτή Επιτροπή επαναλειτουργεί με νέα σύνθεση από τον Ιανουάριο του 2011, ενώ από τον Οκτώβριο του 2009 είχε παύσει να επιτελεί έργο. Επιπλέον, έχει συσταθεί 17μελής Επιτροπή Αναθεώρησης του Προγράμματος 'Ψυχαργώ' (με 5 υπο-επιτροπές), αποτελούμενη από εμπειρογνώμονες του χώρου της ψυχικής υγείας και άλλους θεσμικούς παράγοντες - συμπεριλαμβανομένου και του Συνηγόρου Υγείας-, η οποία πρέπει να έχει ολοκληρώσει το έργο της μέχρι τον Σεπτέμβριο του 2011. Αυτή η αναθεώρηση κρίθηκε αναγκαία μετά από 14 χρόνια εφαρμογής (και δυσλειτουργιών) του προγράμματος, αφού στην παρούσα φάση ο κύριος άξονας του αρχικού προγράμματος, που ήταν η αποασυλοποίηση, θεωρείται πια δεδομένος. Ταυτόχρονα, είναι σημαντικό να αναζητηθεί η συμβολή και συνέργεια νέων φορέων, μεταξύ των οποίων και οι ίδιοι οι ψυχικά πάσχοντες και οι οικογένειές τους.

#### ***Δ. α) Παρατηρήσεις της CPT και απάντηση των ελληνικών αρχών***

Ήδη από την πρώτη της επίσκεψη στη χώρα το 1993, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή για την Πρόληψη των Βασανιστηρίων (εφεξής CPT) διενήργησε αυτοψίες, μεταξύ άλλων, σε

<sup>24</sup> Ν. 3418/2005 - ΦΕΚ 287/Α'/28.11.2005

<sup>25</sup> Βλ. και Η. Νικολακοπούλου-Στεφάνου, «Δικαιώματα Ασθενούς και Αποτελεσματικές Υπηρεσίες Υγείας», ΕΔΚΑ, 7/1999, 505-517.

χώρους όπου παρέχεται ψυχιατρική φροντίδα. Σ' αυτή την αποστολή, η CPT είχε επισκεφτεί το Ψυχιατρείο των Φυλακών Κορυδαλλού, το ΨΝΑ Δαφνίου, το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Ραφήνας, το Ψυχιατρείο Λέρου και το ΠΙΚΠΑ Λέρου. Για το Ψυχιατρείο του Κορυδαλλού, οι εκτεταμένες παρατηρήσεις της<sup>26</sup> εστίαζαν στις ελλείψεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, στον υπερπληθυσμό, στην μεγάλη ομάδα ουσιοεξαρτημένων κρατούμενων, στην υπερβολική χρήση μηχανικών καθηλώσεων και της απομόνωσης ως 'θεραπευτικού' μέτρου, στην εμφανώς υπερβολική χορήγηση κατασταλτικών φαρμάκων στους νοσηλευόμενους/κρατούμενους, στην μη τήρηση εμπεριστατωμένων ιατρικών φακέλων, και, τέλος, στην απαράδεκτη από πάσης πλευράς κατάσταση στο τμήμα οξέων περιστατικών. Οι -επίσης εκτεταμένες- παρατηρήσεις της σχετικά με τα υπόλοιπα ιδρύματα/νοσοκομεία αφορούσαν και πάλι την υπερβολική χρήση καθηλώσεων και απομόνωσης, την υποστελέχωση, την έλλειψη εκπαίδευσης του προσωπικού, και τον υπερβολικά μεγάλο αριθμό ακούσιων νοσηλειών. Η έκθεση εξέφραζε την προσδοκία για ικανοποιητικότερη εφαρμογή των ευρωπαϊκών χρηματοδοτήσεων, την δημιουργία μηχανισμού καταγγελιών για παραβιάσεις (προς εξυπηρέτηση των νοσηλευόμενων), και συνιστούσε εποπτεία των χώρων από εξωτερικό ανεξάρτητο όργανο.

Στην έκθεση για την επίσκεψη του 1996<sup>27</sup> στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Ραφήνας, η CPT παρατηρούσε κάποιες βελτιώσεις στις υλικές συνθήκες διαβίωσης και στην επάρκεια του προσωπικού. Ωστόσο, σημείωνε την απουσία θεραπευτικών δραστηριοτήτων εκτός της φαρμακοθεραπείας και τον ανεπαρκή αυλισμό των νοσηλευόμενων. Η γενική αξιολόγηση ήταν πως το υποτιθέμενο 'παιδοψυχιατρικό' νοσοκομείο, στην πραγματικότητα λειτουργούσε ως άσυλο διαμονής παιδιών και ενηλίκων με βαριές νοητικές υστερήσεις, αυτισμό, κλπ.

Το 1997 η CPT επισκέφθηκε εκ νέου το Ψυχιατρείο Κορυδαλλού και το ΨΝΑ Δαφνίου, και για πρώτη φορά το Ψυχιατρείο Θεσσαλονίκης. Για τον Κορυδαλλό οι παρατηρήσεις της<sup>28</sup> ήταν πανομοιότυπες με αυτές του 1993, ενώ για τα δύο ψυχιατρεία υπογράμμιζε τις ίδιες ελλείψεις, το θέμα του υπερβολικού αριθμού καθηλώσεων και του αριθμού ακούσιων νοσηλειών.

---

<sup>26</sup> CPT/Inf(94)20

<sup>27</sup> CPT/Inf(2001)17

<sup>28</sup> CPT/Inf(2001)18 {Part 1}

Το 1999<sup>29</sup> και το 2001<sup>30</sup> η CPT διενήργησε δύο follow-up επίσκεψη στο Ψυχιατρείο Φυλακών Κορυδαλλού, χωρίς να παρατηρήσει κάποια αξιοσημείωτη αλλαγή επί τα βελτίω, εκτός ίσως από την μικρή αύξηση του αριθμού του προσωπικού.

Η τελευταία από τις επισκέψεις της CPT σε ψυχιατρικό περιβάλλον, ήταν το 2005,<sup>31</sup> και πάλι στο Ψυχιατρείο Φυλακών Κορυδαλλού και στο Ψυχιατρείο της Κέρκυρας. Οι παρατηρήσεις για τον Κορυδαλλό ήταν παρεμφερείς με τις προηγούμενες, προσθέτοντας ότι οι ιατρικοί φάκελλοι των νοσηλεύομενων ήταν ελλιπέστατοι και συνιστώντας της εισαγωγή προγραμμάτων απεξάρτησης. Για το Ψυχιατρείο Κέρκυρας, τα βασικά προβληματικά θέματα είναι και πάλι οι καθηλώσεις, οι ακούσιες νοσηλείες (συμπεριλαμβανομένης και της μεταφοράς των ασθενών με περιπολικά), η απουσία θεραπευτικών δραστηριοτήτων, και η απουσία διεπιστημονικής ομάδας στην διαχείριση των περιστατικών.

Η απάντηση της ελληνικών αρχών στην τελευταία αυτή έκθεση της CPT που αφορά ψυχιατρικό περιβάλλον είναι εκτεταμένη και οργανωμένη γύρω από τον άξονα των προγραμματισμένων δράσεων της Ψυχαργούς και της γενικότερης ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και του τερματισμού της λειτουργίας των ψυχιατρειών. Αναφέρει την εισαγωγή του θεσμού των ΚοιΣΠΕ (Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης) και των νέων προγραμμάτων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης για τους ψυχικά πάσχοντες, και τις συντονισμένες προσπάθειες του ΥΥΚΑ και του Υπουργείου Δικαιοσύνης για τις νομοθετικές τροποποιήσεις για την λύση των θεμάτων που σχετίζονται με την ποινική μεταχείριση των ακαταλόγιστων. Επίσης, αναφέρεται στην ενίσχυση του προγράμματος θεραπευτικών δραστηριοτήτων και δράσεων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, στην εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού για τα δικαιώματα των ασθενών και την απαγόρευση της κακομεταχείρισής τους, στον προγραμματισμό προσλήψεων προσωπικού διαφόρων ειδικοτήτων και την ειδική εγκύκλιο του ΥΥΚΑ προς όλα τα ψυχιατρικά νοσοκομεία σχετικά με την μηχανική καθήλωση. Τέλος, κάνει ιδιαίτερα εκτενή περιγραφή των συντονισμένων ενεργειών όλων των αρμόδιων ελληνικών αρχών για την σωστή εφαρμογή των προβλέψεων του νόμου για τις ακούσιες νοσηλείες και για την ενημέρωση όλων των νοσοκομείων για τις παρατηρήσεις της CPT. Αξίζει να σημειωθεί, ότι το ύφος που διέπει το σύνολο της απάντησης που έχει συνταχθεί από

---

<sup>29</sup> CPT/Inf(2001)18 {Part 2}

<sup>30</sup> CPT/Inf(2002)31

<sup>31</sup> CPT/Inf(2006) 41

το ΥΥΚΑ είναι δια γυμνού οφθαλμού διαφορετικό από αυτό των Υπουργείων Δικαιοσύνης και Δημόσιας Τάξης.

## **β) Προσφυγές στο ΕΔΔΑ**

Μέχρι σήμερα, δεν υπάρχει καταδίκη της Ελλάδας από το ΕΔΔΑ για θέματα που σχετίζονται με τα δικαιώματα ψυχικά πασχόντων. Ωστόσο, δύο προσφυγές<sup>32</sup> έχουν κατατεθεί στο Δικαστήριο, και αμφότερες αφορούν την μη τήρηση των προβλέψεων του νόμου περί ακούσιας νοσηλείας (επίκληση των άρθρων 5 παρ.1 και 5 παρ. 4 της Σύμβασης). Ειδικά για το θέμα του ακούσιου εγκλεισμού, είναι σημαντικό να σημειωθεί πως, όπως αποτυπώνεται σε μια σειρά αποφάσεων του ΕΔΔΑ,<sup>33</sup> αυτός επιτρέπεται μόνο όταν η ψυχική διαταραχή έχει διαπιστωθεί κατά αναντίρρητο τρόπο στη βάση μιας εμπεριστατωμένης ιατρικής πραγματογνωμοσύνης και δικαιολογείται μόνον όταν κάθε άλλο μέτρο κρίνεται ανεπαρκές για τη διαφύλαξη του δημοσίου ή του ατομικού συμφέροντος.

## **Ε. Η διαδρομή της Ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα**

Στην Ελλάδα -αλλά όχι μόνον-, οι ψυχικά πάσχοντες, στο ιστορικό βίωμα της πάθησής τους και πριν αποτελέσουν υποκείμενα και φορείς δικαιωμάτων, ήταν αντικείμενα άσκησης διπλού ελέγχου –πάντα υπό το ένδυμα της προστασίας- από την ψυχιατρική και από το δίκαιο.<sup>34</sup> Η Ψυχιατρική<sup>35</sup> -πριν την καταλυτική επίδραση των νέων αντιλήψεων της ‘αντιψυχιατρικής’, και στην συνέχεια, των νέων προτάσεων διάφορων σχολών της ‘δημοκρατικής’ και ‘κοινοτικής’ ψυχιατρικής’ σε θεραπευτικό και ιδεολογικό επίπεδο στην δυτική Ευρώπη-, ήταν ο φορέας μιας ιδιότυπης ‘ανάθεσης’ στο εσωτερικό του συστήματος, που στόχευε στον έλεγχο αυτών που διασαλεύουν τον κοινωνικό ιστό μέσω εκφράσεων κοινωνικής αταξίας.<sup>36</sup>

<sup>32</sup> *Requête n. 46372/09, présentée par Alexandros KARAMANOF contre la Grèce, introduite le 22 juillet 2009, και Requête n° 33055/08, présentée par Ioannis VENIOS, contre la Grèce, introduite le 5 juillet 2008.*

<sup>33</sup> *Ενδεικτικά, Winterwerp vs The Netherlands 24/10/1979, Herczegfalvy vs Austria 24/9/1992, Gajcsi vs Hungary 3/10/2006).*

<sup>34</sup> *Για μια διεξοδική προσέγγιση του προβληματισμού γύρω από την σχέση δικαίου και ψυχιατρικής, βλ. τους τέσσερις συλλογικούς τόμους «Ψυχιατρική και Δίκαιο» I. I. Γενικό πλαίσιο και προβληματισμοί (2006), II. Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (2008), III. Μειωμένη νοητική επάρκεια (2008), & IV. Αυτοκαταστροφικότητα: μια επιστημονική προσέγγιση (2009), των εκδ. Αντ. Σάκκουλα.*

<sup>35</sup> *Ας υπενθυμίσουμε εδώ, ότι στην χώρα μας, η Ψυχιατρική διαχωρίστηκε από την Νευρολογία και έγινε αυτοτελής κλάδος μόλις το 1963.*

<sup>36</sup> *Βλ. σχετικά, την ανάλυση του Θ. Μεγαλοοικονόμου : «Ψυχιατρική και Δίκαιο, Μια ιερή συμμαχία για τον κοινωνικό έλεγχο», που δημοσιεύεται στις ιστοσελίδες της Πανελλαδικής Συσπείρωσης για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, [www.psySpirosi.gr](http://www.psySpirosi.gr)*

Ως την δεκαετία του '80 το δημόσιο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας βασιζόταν στην ιδρυματική περίθαλψη σε δέκα περίπου ψυχιατρικά νοσοκομεία-άσυλα.<sup>37</sup> Στις αρχές του '80, με γνώμονα τις οδηγίες του ΠΟΥ και την οικονομική ενίσχυση της ΕΕ, η οποία χρηματοδότησε την Ελλάδα στο πλαίσιο του Κανονισμού 815/84<sup>38</sup>, ξεκίνησε η μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχικής υγείας, με κύριους στόχους τον αποϊδρυματισμό των χρονίων ασθενών και την παράλληλη ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα, δηλαδή εκτός ψυχιατρείων. Η πιο ευρέως γνωστή εφαρμογή του προγράμματος είναι αυτή του Ψυχιατρείου της Λέρου.<sup>39</sup>

Μέχρι το 1992, οι νόμοι σχετικά με την διαχείριση του ψυχικά πάσχοντος, έδιναν προβάδισμα στην «φύλαξη» έναντι της θεραπευτικής λειτουργίας. Πρώτος ο Ν. 2017/1992 θέτει τις βάσεις μιας τομεοποιημένης φροντίδας ψυχικής υγείας, σε ένα πλέγμα εξωνοσοκομειακών δομών και καθιστά τον πάσχοντα φορέα και υποκείμενο δικαιωμάτων.<sup>40</sup> Στοχεύοντας στην προστασία του, δημιουργεί ένα πλέγμα εγγυήσεων αναφορικά με τις διαδικασίες της ακούσιας νοσηλείας, τοποθετώντας τον, όμως, και τον ίδιο και τις εγγυήσεις τις σχεδιασμένες γι' αυτόν, σε ένα πλαίσιο υπηρεσιών ψυχικής υγείας οι οποίες, απλώς, δεν υπάρχουν. Έτσι, ενώ παρακολουθούμε επί χάρτου την μετάβαση από ένα σύστημα όπου η κρίση και η εξουσία του ψυχιάτρου ήταν απόλυτα κυρίαρχη, σε ένα πιο δικαιοκεντρικό σύστημα, στην πράξη βλέπουμε την μετατροπή των εγγυήσεων του νόμου σε μια εικονική και γραφειοκρατική προστασία που αποδεικνύεται εξόχως προβληματική. Ακόμα, όμως, και με τον Ν.2716/1999 που εισήγαγε μια σειρά θεσμικών και υλικοτεχνικών υποδομών που προέβλεπε ο προηγούμενος νόμος (νέες στεγαστικές δομές, τομεοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας κλπ), οι ψυχικά πάσχοντες δεν είδαν τα προβληματικά σημεία της διαδρομής τους ανάμεσα στο ψυχιατρικό και το ποινικό σύστημα να ρυθμίζονται.

---

<sup>37</sup> Για μια διεξοδική και κριτική εξιστόρηση της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα, βλ. Ν. Μπιλανάκης, 'Ψυχιατρική Περίθαλψη και Ανθρώπινα Δικαιώματα στην Ελλάδα', εκδ. Οδυσσέας, 2004.

<sup>38</sup> Επίσημη εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων αρ. L88/2, 31.3.84 (όπως τροποποιήθηκε και παρατάθηκε η ισχύς του το 1988 με τον Κανονισμό 4130, Επίσημη εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων αρ. L362/1, 30.12.88).

<sup>39</sup> Με το γνωστό πρωτοσέλιδο δημοσίευμα στον *Observer* στις 10/9/89, τα ντοκουμαντέρ του Κωστή Ζώνη 'Οι αζήτητοι' και αυτό του *Channel 4* του *BBC* που ακολούθησαν, τις παρεμβάσεις στο Ευρωκοινοβούλιο, κλπ). <sup>39</sup> Βλ. σχετικά, 'Μελέτη της νομικής και κοινωνικής θέσης των ασθενών στο κρατικό θεραπευτήριο Λέρου', Μαρία Μητροσύλη, εκδ. Αιβάλη, Αθήνα 1995, σελ. 10-24, περί της ιστορίας των παρεμβάσεων αποϊδρυματοποίησης στο θεραπευτήριο Λέρου.

<sup>40</sup> Βλ. *inter alia*, Αντ. Μανιτάκη, Τα δικαιώματα του ψυχασθενούς: δικαιώματα ενός προσώπου στην ελευθερία ή ενός ασθενούς στην υγεία;, στα *Τετράδια Ψυχιατρικής* Νο 60/199, σελ. 54-68.

Την ίδια περίοδο (προς το τέλος του 1997), ξεκίνησε η υλοποίηση του δεκαετούς (αρχικά) Προγράμματος Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης με την κωδική ονομασία ‘Ψυχαργώ’(ενώ αναθεωρήθηκε το 2001),<sup>41</sup> με ευρωπαϊκή συγχρηματοδότηση, το οποίο περιλάμβανε την ανάπτυξη δικτύου κοινοτικών στεγαστικών δομών (Ξενώνες, Οικοτροφεία, Διαμερίσματα) και άλλων μονάδων ψυχικής υγείας (Ψυχιατρικά Τμήματα στα Γενικά Νοσοκομεία, Κέντρα Ημέρας, Κινητές Μονάδες, Κέντρα Ψυχικής Υγείας κ.α.), και την συρρίκνωση του αριθμού ψυχιατρικών κλινών, μέχρι την επαγγελλλόμενη οριστική παύση της λειτουργίας των ψυχιατρείων.

Σήμερα λειτουργούν σε όλη την Ελλάδα συνολικά άνω των 450 Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης στην κοινότητα, που στελεχώνονται από 3.600 εργαζόμενους ειδικούς ψυχικής υγείας, εκ των οποίων 1.950 σε νομικά πρόσωπα του ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού τομέα. Σήμερα, στα εναπομείναντα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και στα Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων περιθάλπονται περί τους 1.500 ψυχικά πάσχοντες. Στις εξωνοσοκομειακές δομές των νοσοκομείων και στα 67 περίπου ΝΠΙΔ διαφόρων τύπων παρέχεται φροντίδα σε 3.500 περίπου άτομα, ενώ οι νοσηλευόμενοι και διαμένοντες σε ιδιωτικές κλινικές υπολογίζονται μέχρι και σε 5.000 (ενώ υπάρχουν άδειες για 1.800 κλίνες). Ο πληθυσμός αυτός αποτελεί το 10% περίπου των ατόμων με διαγεγνωσμένα προβλήματα ψυχικής υγείας. Το υπόλοιπο 90% διαβιώνει στον ιδιωτικό του χώρο.

Σύμφωνα με το Country Report για την Ελλάδα (Μάρτιος του 2008) της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την «Ποιότητα και ισότιμη πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας», οι ψυχικά ασθενείς φαίνεται να έρχονται αντιμέτωποι με σοβαρά οργανωτικά εμπόδια κατά την προσπάθεια πρόσβασής τους σε υπηρεσίες υγείας, καθώς τα νοσοκομεία επιμένουν να συνιστούν ψυχιατρική νοσηλεία, ακόμα και όταν η ψυχική διαταραχή είναι υπό έλεγχο. Επιπλέον η έρευνα έδειξε πως οι ψυχικά πάσχοντες είναι θύματα μεταχείρισης που ενέχει διάκριση, όταν επισκέπτονται γενικά νοσοκομεία.

Εξάλλου, η έρευνα του OECD (Νοέμβριος 2010) για την Ψυχική Υγεία στις χώρες/μέλη του Οργανισμού ( σε σύνδεση με τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης σε παγκόσμιο επίπεδο) κατέδειξε κατακόρυφη αύξηση προβλημάτων ψυχικής υγείας σε αρκετές χώρες, με πρώτη της Ελλάδα.

---

<sup>41</sup> Η ονομασία που δόθηκε στο πρόγραμμα προέρχεται από τον συμβολισμό στον οποίο παραπέμπει η μυθολογική «Αργώ», ως όχημα επιστροφής των ψυχικά πασχόντων στην κοινότητα.



## **ΣΤ. Συνδέοντας την ψυχική υγεία με τα ανθρώπινα δικαιώματα. Κύρια σημεία τριβής.**

Στην εποχή κρίσης, συσσώρευσης των κοινωνικών δεινών και ασφυκτικών πιέσεων για εξοικονόμηση πόρων, η ψυχική οδύνη του πάσχοντος εντείνεται, ενώ ταυτόχρονα αυξάνεται το έλλειμμα της κοινωνικής ανοχής. Όταν και ο ‘υγιής’ περισσεύει, ο πάσχων καταδικάζεται σε ακόμα πιο βάρβαρα απόρριψη και η φροντίδα για τον ίδιο και τα δικαιώματά του κινδυνεύει να συρρικνωθεί. Ωστόσο, η δικαιωματική μας αξιοπιστία δοκιμάζεται, φεύ, και σε αυτό το πεδίο.

Τα πιο ακανθώδη προβλήματα που αναδύθηκαν στην μέχρι τώρα εφαρμογή του υπάρχοντος θεσμικού πλαισίου και του προγράμματος «Ψυχαργώ», έτσι όπως τα έχουν προσδιορίσει οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι ίδιοι οι ψυχικά πάσχοντες, και οι φορείς που δραστηριοποιούνται για την προστασία τους, είναι τα εξής<sup>42</sup>:

### ***α) Η μεταχείριση και φύλαξη των ποινικά ακαταλόγιστων ψυχικά πασχόντων προσώπων σε δημόσιο θεραπευτικό κατάστημα***

Στην ελληνική νομοθεσία προβλέπονται δύο τρόποι αναγκαστικού εγκλεισμού των ψυχικά πασχόντων: ο προληπτικός (δηλ. αυτός που ρυθμίζεται από τις προβλέψεις του Ν. 2071/1992 περί ακούσιας νοσηλείας), που εφαρμόζεται ανεξάρτητα από την τέλεση αξιόποινης πράξης, και ο ποινικός (που ρυθμίζεται από τα άρθρα 69 & 70 ΠΚ),<sup>43</sup> που αφορά αυτούς που έχουν τελέσει αδίκημα, έχουν κριθεί ακαταλόγιστοι και χαρακτηρίζονται επικίνδυνοι.<sup>44</sup> Το μέτρο ασφαλείας του άρθρου 69 ΠΚ προβλέπει τη φύλαξη (σε δημόσιο θεραπευτικό κατάστημα) του ακαταλόγιστου δράστη που απαλλάχθηκε από την ποινή ή τη δίωξη για το αδίκημα που τέλεσε (λόγω νοσηρής διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών ή της συνείδησης), και που έχει κριθεί επικίνδυνος για την δημόσια ασφάλεια. Η απόφαση για την επιβολή του

<sup>42</sup> Η ΕΕΔΑ σκοπεύει να επεκτείνει την διερεύνηση και διαμόρφωση θέσεων για τρεις πιο εξειδικευμένους τομείς που άπτονται της ψυχικής υγείας: ο πρώτος είναι αυτός της μεταχείρισης των ατόμων με την λεγόμενη συννοσηρότητα, δηλ. ουσιοεξαρτημένων ατόμων με παράλληλη διάγνωση κάποιας ψυχικής διαταραχής. Το ζήτημα αυτό θα το εξετάσει στο πλαίσιο των θέσεων που ετοιμάζει σχετικά με τις ουσιοεξαρτήσεις, δεδομένου μάλιστα ότι η νομοπαρασκευαστική επιστροφή που έχει συσταθεί για το θέμα, πρόκειται σύντομα να ολοκληρώσει το έργο της. Το δεύτερο ζήτημα αφορά τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων. Και το τρίτο αφορά το πεδίο της ψυχικής υγείας των μεταναστών και προσφύγων που ζουν δίπλα μας.

<sup>43</sup> Η πρόσκληση των διατάξεων αυτών με βασικές αρχές προστασίας των δικαιωμάτων του ανθρώπου, αναπτύσσεται διεξοδικά στις θέσεις της ΕΕΔΑ του 2003

<sup>44</sup> Για μια ανάλυση των συγκρούσεων ανάμεσα στην φυλακτική και θεραπευτική λογική των προβλέψεων του νόμου, βλ. Ν. Παρασκευόπουλος: «Ο εγκλεισμός σε Ψυχιατρείο ως προληπτικό μέτρο και ως μέτρο ασφαλείας του ΠΚ», σε Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 60 (1997).

μέτρου ασφαλείας αθώνει τον δράστη για το αδίκημα που διέπραξε, ενώ το μέτρο διαρκεί «όσο χρόνο το επιβάλλει η δημόσια ασφάλεια» (άρθρο 70 Π.Κ.). Σκοπός του μέτρου είναι όχι ο κολασμός του δράστη (όπως στην ποινή) αλλά η προφύλαξη της κοινωνίας από την επικίνδυνη συμπεριφορά του και η θεραπεία του τελευταίου. Ωστόσο, σύμφωνα με το άρθρο 70, αποκλειστικό κριτήριο για την συνέχιση ή μη του μέτρου αποτελεί η επικινδυνότητα του εγκλείστου και όχι η κατάσταση της υγείας του. Στην πράξη, δηλαδή, μπορεί να διατυπωθεί ο ισχυρισμός ότι το μέτρο ασφαλείας του εγκλεισμού σε ψυχιατρείο, αποτελεί ουσιαστικά μια συγκεκριμένη ποινή, χωρίς μάλιστα ο έγκλειστος ακαταλόγιστος ψυχικά πάσχων να έχει πρόσβαση στα «ευεργετήματα» του ποινικού κρατουμένου (αναστολή της ποινής, υφ' όρον απόλυση, άδειες, κλπ).<sup>45</sup>

Η ΕΕΔΑ, ήδη από το 2003, διατύπωσε εμπειριστατωμένες προτάσεις αναθεώρησης της σχετικής ποινικής νομοθεσίας,<sup>46</sup> Ακολουθούν, σε συνοπτική μορφή, οι προτάσεις της ΕΕΔΑ, ενώ στο τέλος της παρούσας εισήγησης συνάπτονται στις υπόλοιπες προτάσεις της Επιτροπής για το σύνολο των θεμάτων, σε αναλυτικότερη μορφή:

- να υποβληθεί η φύλαξη σε θεραπευτικές αρχές, και όχι θέτοντας τη «δημόσια ασφάλεια», έναν ιδιαίτερα αόριστο και ασαφή όρο, ως το μόνο κριτήριο της έναρξης και της συνέχισης της.
- Επιπλέον, ο νομοθέτης οφείλει να θέσει ρητά, όπως το κάνει στον Ν. 2071/1992 (άρθρα 95-99 που αφορούν στην προληπτική ακούσια νοσηλεία ψυχασθενών),<sup>47</sup> ως κύρια προϋπόθεση έναρξης και συνέχισης της φύλαξης την ύπαρξη ή συνέχιση ύπαρξης συγκεκριμένης ασθένειας των ακαταλόγιστων προσώπων η οποία καθιστά τους ασθενείς επικίνδυνους.
- Δεδομένου δε ότι στην πράξη η εφαρμογή αυτών των άρθρων έχει οδηγήσει σε μακροχρόνιο εγκλεισμό, θεωρείται επίσης απαραίτητη η θέσπιση ανώτατου ορίου φύλαξης και θεραπείας των ακαταλόγιστων προσώπων και της δυνατότητας επέκτασης αυτού του ορίου, βάσει σχετικής δικαστικής απόφασης.
- Επιπλέον, η δικαστική απόφαση φύλαξης (και της συνέχισής της) ακαταλόγιστων θα πρέπει να υπόκειται διά νόμου σε δευτεροβάθμιο δικαστικό έλεγχο, μέσω διαθέσιμου ενδίκου μέσου.

---

<sup>45</sup> Βλ. Κ. Κοσμάτος, *Η Διάρκεια του Εγκλεισμού σε Ψυχιατρικό Κατάστημα κατά το Άρθρο 70 ΠΚ*, Αθήνα, εκδ. Σάκκουλας, 1998, σελ. 29-38.

<sup>46</sup> Βλ. Έκθεση ΕΕΔΑ 2003, σελ. 165-172.

<sup>47</sup> Βλ. Κ. Κοσμάτος, *Η Ακούσια Νοσηλεία σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας*, Αθήνα, Αντ. Ν. Σάκκουλας, 2002.

Αυτά τα επιχειρήματα νομικής έμπνευσης και δικαιωματικής κατεύθυνσης, συμπληρώνονται και ενισχύονται από τις απόψεις των ειδικών της ψυχικής υγείας που έχουν την εμπειρία της εφαρμογής του μέτρου στον χώρο του ψυχιατρείου. Επισημαίνουν το γεγονός ότι η φύλαξη εκ προοιμίου ακυρώνει την θεραπευτική αγωγή που θα αποφασιστεί για τον ακαταλόγιστο κρατούμενο, δεδομένου ότι σήμερα δεν νοείται καμιά θεραπεία που δεν συνοδεύεται από κοινωνικοποιητικές δραστηριότητες, ενώ ταυτόχρονα δημιουργεί έντονες δυσκολίες στην πραγματικότητα του ψυχιατρείου, το οποίο υποχρεώνεται να επιτελέσει λειτουργίες φύλαξης, και εξαναγκάζεται να καταφεύγει στο μέτρο της μηχανικής καθήλωσης του ασθενούς.

Από ψυχιατρικής/θεραπευτικής πλευράς, ο χαρακτηρισμός (και η αντίστοιχη θεσμική μεταχείριση) του ασθενή ως 'ακαταλόγιστου' του στερεί εκ προοιμίου την δυνατότητα να αναγνωρίσει τις πιο σημαντικές -και δραματικές, ίσως- στιγμές της ίδιας του της ύπαρξης. Μη καταλογίζοντάς του την πράξη, δυσχεραίνουμε την αναγνώρισή της από τον ίδιο ως *δικής του ενέργειας*, και υπονομεύουμε την ανάληψη της ευθύνης γι' αυτήν του την πράξη, μαζί με τις προσωπικές και κοινωνικές της συνέπειες. Η, συλλήβδην, απόδοση των παραβατικών πράξεων στην ψυχοπαθολογία και μόνον και η αναγωγή της σε συνήθη υπερασπιστική γραμμή από τους συνηγόρους των δραστών (ενίοτε με δικαιωματικό συνεπιχείρημα) συμβάλλει στην διαιώνιση του στερεοτύπου της επικινδυνότητας του 'τρελού'. Ακόμα χειρότερα, ο στιγματισμός τον οποίο προκαλεί αυτή η συνέχιση της προκατάληψης οδηγεί τον ψυχικά πάσχοντα να τείνει να συμπεριφέρεται σύμφωνα ακριβώς με τον χαρακτηρισμό/ετικέτα που του έχει αποδώσει το κοινωνικό πλαίσιο (ο γνωστός μηχανισμός του labeling), δηλαδή ως άτομο επικίνδυνο μεν ανεύθυνο δε, του οποίου οι πράξεις δεν θα έχουν ποινικές συνέπειες.

Αν και 'Τμήμα Ακαταλόγιστων' υπάρχει σήμερα μόνο στο Ψυχιατρείο Θεσσαλονίκης -καθώς τα άλλα εναπομείναντα Ψυχιατρεία τα έχουν καταργήσει-, όταν αυτά αναγκάζονται να 'παραλάβουν' και να φυλάξουν ακαταλόγιστο δράστη, συστηματικά εκδηλώνουν την απροθυμία τους γι' αυτό.<sup>48</sup>

---

<sup>48</sup> Βλ. Πόρισμα Αναφοράς του ΣτΠ, περί «φύλαξης ποινικά ακαταλόγιστων ασθενών» (31/10/2005), όπου γίνεται αναφορά σε έγγραφο του Τμήματος Ακαταλόγιστων του Ψ.Ν. Θεσ/κης, όπου οι θεράποντες ιατροί και νοσηλευτές διατυπώνουν το -εύλογο- ερώτημα: «Είμαστε φύλακες, σωφρονιστικοί υπάλληλοι ή νοσηλευτές'».

Η διερεύνηση σχετικών αναφορών από τον ΣτΠ αναδεικνύει, επιπλέον, προβλήματα που ανακύπτουν από το γεγονός ότι η φύλαξη των ακαταλόγιστων εκ των πραγμάτων καταλήγει σε σύγκυση αρμοδιοτήτων μεταξύ του ΥΥΚΑ (και των Ψυχιατρείων όπου αυτοί φυλάσσονται) και του Υπουργείου Δικαιοσύνης, στο οποίο κατ' αρχήν εμπίπτει η αρμοδιότητα διαχείρισης των ακαταλόγιστων.<sup>49</sup> Για παράδειγμα, η Διοίκηση και το προσωπικό του ΨΝΑ Δαφνίου, στο πλαίσιο του οποίου λειτουργεί 'στεγνό' πρόγραμμα απεξάρτησης του 18ΑΝΩ, εκφράζουν με κάθε τρόπο την δυσφορία τους για το γεγονός ότι υποχρεώνονται να δεχθούν στους χώρους τους εξαρτημένους ακαταλόγιστους δράστες, οι οποίοι αξιώνουν την συνέχιση της συμμετοχής τους σε πρόγραμμα υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ, πράγμα το οποίο έρχεται σε σύγκρουση με την θεραπευτική μέθοδο την οποία έχει επιλέξει το Ψυχιατρείο για τους νοσηλευόμενους (αρκετοί, μάλιστα, από τους οποίους είναι ασθενείς με διπλή διάγνωση ψυχικής νόσου και ουσιοεξάρτησης). Σε κάθε περίπτωση, η καταλληλότητα των Ψυχιατρείων να φυλάξουν ακαταλόγιστους ελέγχεται τόσο από δικαιοσύνη, όσο και από θεραπευτικής πλευράς, αφού απλώς αναγκάζονται να δεχτούν ακαταλόγιστους ασθενείς ελλείψει ειδικών θεραπευτικών σωφρονιστικών καταστημάτων.<sup>50</sup>

Ένα επιπλέον αξιοσημείωτο παράδοξο αναφορικά με τον ποινικό εγκλεισμό, που αναδεικνύει ταυτόχρονα και τις αντιφάσεις και δυσλειτουργίες του συστήματος, είναι η μέχρι τώρα απόρριψη, από το Υπουργείο Δικαιοσύνης, του αιτήματος της αρμόδιας Ειδικής Επιτροπής Προστασίας Δικαιωμάτων Ατόμων με Ψυχικές διαταραχές του ΥΥΚΑ να επισκεφθεί και να ελέγξει το Ψυχιατρείο Κρατουμένων Κορυδαλλού.<sup>51</sup> Ειδικά για το Ψυχιατρείο Κορυδαλλού σημειώνεται πως από τις συνεντεύξεις που η ΕΕΔΑ είχε την δυνατότητα να κάνει με σωφρονιστικούς υπαλλήλους, σχηματίζεται μια εικόνα που μοιάζει με αυτήν του φυλακών γενικότερα (ανεπάρκεια φυλακτικού προσωπικού, υπερκορεσμός, κλπ), και που ταυτόχρονα λειτουργεί ως μοχλός ευθυγραμμισμού των εγκλείστων και ως προσωρινή βαλβίδα αποσυμπίεσης της δικαστικής φυλακής.

---

<sup>49</sup> Βλ. [http://www.synigoros.gr/pdf\\_01/8784\\_2\\_akatalogistoi\\_egkleistoi.pdf](http://www.synigoros.gr/pdf_01/8784_2_akatalogistoi_egkleistoi.pdf)

<sup>50</sup> Βλ. και επιχειρηματολογία του ΣτΠ για το νομικό παράδοξο της ανάθεσης στα ψυχιατρεία να φυλάσσουν ακαταλόγιστους: [http://www.synigoros.gr/reports/akatalogistoi\\_astheneis\\_porisma.pdf](http://www.synigoros.gr/reports/akatalogistoi_astheneis_porisma.pdf)

<sup>51</sup> Βλ. σχετικό έγγραφο του Συνηγόρου προς τους Γεν. Γραμματείς Υπουργείων Δικαιοσύνης και Υγείας, 5751/08/01/14-7-2008, στο Β. Καρύδη-Ευτ. Φυτράκη (εισαγωγή-επιμ.) «Ποινικός Εγκλεισμός Και Δικαιώματα: Η οπτική του Συνηγόρου του Πολίτη», εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, 2011, σελ. 16-21.

Η ΕΕΔΑ, δεδομένου ότι το Ψυχιατρείο Κρατουμένων έχει πλέον υπαχθεί στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Δικαιοσύνης, και η Ειδική Επιτροπή Προστασίας Δικαιωμάτων Ατόμων με Ψυχικές διαταραχές επανασυστάθηκε τον Ιανουάριο του 2011:

➤ **προτείνει την διασφάλιση της απρόσκοπτης άσκησης του θεσμικού ρόλου της εν λόγω Επιτροπής.**

Από όλα τα παραπάνω, προκύπτει πως η μεταχείριση των ακαταλόγιστων –και η τροποποίηση των προβλέψεων του νόμου γι’ αυτούς- βρίσκεται στον πυρήνα των προβλημάτων όχι μόνο του νόμου, αλλά και της Ψυχιατρικής. Είναι ζήτημα βαθύτατου επιστημονικού προβληματισμού, και συγχρόνως, βαθύτατα κοινωνικό και πολιτικό, το οποίο προϋποθέτει τη μεταβολή της κυρίαρχης άποψης για τον «επικίνδυνο» ψυχικά ασθενή.

➤ **Η ΕΕΔΑ προτείνει την επεξεργασία ενός ειδικού πλαισίου νοσηλείας, το οποίο θα εγγράφεται στο πλαίσιο εναλλακτικής σωφρονιστικής μεταχείρισης, που θα διασφαλίζει την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών θεραπευτικής φροντίδας.<sup>52</sup>**

➤ **Σε διαχειριστικό επίπεδο επισημαίνεται η ανάγκη συντονισμού και τακτικής συνεργασίας των αρμόδιων Υπηρεσιών του ΥΥΚΑ και του Υπουργείου Δικαιοσύνης.** Το ζήτημα αυτό θα πρέπει να είναι στις άμεσες προτεραιότητες της συσταθείσας νομοπαρασκευαστικής επιτροπής για την αναμόρφωση διατάξεων του Ποινικού Κώδικα, που δεν έχει ακόμα ολοκληρώσει το έργο της.<sup>53</sup>

## **β) Οι ακούσιες νοσηλείες**

Όπως προαναφέρθηκε, τα άρθρα 95-100 του 2071/1992 είναι αυτά που ρυθμίζουν τα σχετικά με την ακούσια νοσηλεία. Στο γράμμα του, ο νόμος ανταποκρίνεται σε ένα σύστημα φροντίδας ψυχικής υγείας που δεν δίνει προτεραιότητα στη φύλαξη του πάσχοντος, με παράλληλη προστασία της αξιοπρέπειάς του, θέτοντας τη διαδικασία

<sup>52</sup> Σύμφωνα και με τις παρατηρήσεις του CPT, βλ. παρ.43 της 3<sup>ης</sup> Γενικής έκθεσης της Επιτροπής, CPT/Inf (93) 12.

<sup>53</sup> Εξάλλου, όπως πληροφορεί ο ΣτΠ, αναφορικά με την εξέλιξη αναφορών περί «Φύλαξης ποινικά ακαταλόγιστων ασθενών σε ΨΝ» ([http://www.synigoros.gr/reports/akatalogistoi\\_astheneis\\_exelixi.pdf](http://www.synigoros.gr/reports/akatalogistoi_astheneis_exelixi.pdf)): «Η Διεύθυνση Νομοθετικού Συντονισμού και Ειδικών Διεθνών Νομικών Σχέσεων καθώς και η Δ/ση Λειτουργίας Δικαστηρίων και Δικαστικών Λειτουργιών του Υπ. Δικαιοσύνης έθεσαν υπ’ όψιν της Ειδικής Νομοπαρασκευαστικής Επιτροπής Αναμόρφωσης του Π.Κ. τις προτάσεις του ΣτΠ ώστε να αποτελέσει αντικείμενο ευρύτερης νομοθετικής επεξεργασίας».

του ακούσιου εγκλεισμού υπό τον έλεγχο της δικαστικής αρχής, και ενσωματώνοντας εν πολλοίς τα πορίσματα της (μέχρι τότε) νομολογίας του ΕΔΔΑ. Γι' αυτό και θεσπίζει κανόνες που κάνουν πιο πολύπλοκη την όλη διαδικασία της υποβολής του πάσχοντος σε καθεστώς ακούσιας νοσηλείας, σε σχέση με προηγούμενες ρυθμίσεις.

Η εφαρμογή του, ωστόσο, αποδείχτηκε προβληματική, και ως διαδικασία *per se*, αλλά και κυρίως επειδή δεν έχουν δημιουργηθεί όλες εκείνες οι εκτός ψυχιατρείου υπηρεσίες που θα μπορούσαν να δώσουν απαντήσεις/λύσεις εκτός του εγκλεισμού. Όπως έχει προειπωθεί, ο Ν. 2716/1999 εισήγαγε τις νέες ψυχιατρικές δομές και το φάσμα των εναλλακτικών διαθέσιμων υπηρεσιών (τομεοποίηση, κοινοτική ψυχιατρική, πρωτοβάθμια περίθαλψη, κλπ) που θα λειτουργούσαν ως ηθμός για να λειτουργήσει σωστά η προβλεπόμενη από τον 2071 διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας, ως 'έσχατης λύσης' για την διαχείριση του ψυχικά πάσχοντος. **Η σημερινή όμως πραγματικότητα του αριθμού των ακούσιων νοσηλειών είναι αμείλικτη: το ποσοστό κυμαίνεται από το 55 ως το 65%, ενώ σε καμιά χώρα της ΕΕ το αντίστοιχο ποσοστό δεν ξεπερνά το 7 ή 8%.** Ο αριθμός από μόνος του δείχνει ότι καταστρατηγείται η πρόθεση του νόμου για δικαστική προστασία. Είναι δε διαπιστωμένο πως τα Γενικά Νοσοκομεία δυσανασχετούν όταν αναγκάζονται να δεχτούν ακούσιες νοσηλείες, όταν μάλιστα έχουν πληρότητα κλινών και εξαναγκάζονται να νοσηλεύσουν το περιστατικό αυτό σε ράντζο, ενίοτε και με την παρουσία συνοδών αστυνομικών. Το κλείσιμο των περισσότερων Ψυχιατρείων της χώρας, ακριβώς επειδή δεν είχε προηγηθεί η δημιουργία δομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και κοινοτικών δομών, προκάλεσε μεγάλες πιέσεις προς τα Γενικά Νοσοκομεία να δέχονται ακούσιους εγκλεισμούς, με αποτέλεσμα την αλλοίωση του ρόλου τους: αντί για συστήματα ανοιχτών θυρών που (οφείλουν να) εφαρμόζουν υποστηρικτικές ψυχοθεραπείες, αναγκάζονται να λειτουργήσουν ως κλειστά συστήματα, με μέτρα ασφαλείας για την αποφυγή της απόδρασης (!) των πασχόντων.<sup>54</sup> Άλλη ορατή συνέπεια είναι το φαινόμενο της "περιστρεφόμενης πόρτας", με τους ψυχωσικούς κυρίως ασθενείς να μην έχουν άλλη δυνατότητα από το μονόδρομο της, συνήθως, ακούσιας νοσηλείας σε μονάδες με ράντζα, με μηχανικές καθηλώσεις και κλειδωμένες πόρτες, απ' όπου συνήθως παίρνουν εξιτήριο λόγω της πίεσης για κρεβάτι, και στη συνέχεια χάνουν την θεραπευτική συνέχεια και την

---

<sup>54</sup> Βλ.Γ. Κοκκινάκος: «Σημειώσεις για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση: το παράδειγμα της Κρήτης», Χανιά, 2007.

επαφή με τους θεραπευτές τους, μέχρις ότου μια νέα "κρίση" τους οδηγήσει σε νέα εισαγωγή.

Το υψηλό ποσοστό ακούσιων νοσηλειών υποδηλώνει ακόμα πως στην πράξη η εν δυνάμει επικινδυνότητα του πάσχοντος παραμένει ως ανακλαστικό του εισαγγελέα, του δικαστή και του ψυχιάτρου.<sup>55</sup>

Τα προβλήματα στην εφαρμογή του 2071 για τον ακούσιο εγκλεισμό εκτείνονται σε όλο το φάσμα των προβλέψεών του,<sup>56</sup> δηλαδή, στην φάση της ιατρικής γνωμάτευσης (μη επαρκής αιτιολόγηση, μη εξατομικευμένη εκτίμηση για τον ασθενή) της μεταφοράς του πάσχοντος (97% με περιπολικό ή κλούβα), της προθεσμίας του 48ωρου, της ενημέρωσης του πάσχοντος (δεν προκύπτει με βεβαιότητα), του δικαστικού ελέγχου, της παράστασης του ασθενούς στη δίκη, της διάρκειας της παραμονής του στο Ψυχιατρείο, της κλήσης του σε δίκη, και της δικαστικής απόφασης.<sup>57</sup>

➤ **Η ΕΕΔΑ προτείνει**, προκειμένου να τηρούνται οι προστατευτικές για τον ψυχικά πάσχοντα προβλέψεις του 2071, **τη δημιουργία ειδικού εισαγγελέα –στο πρότυπο του θεσμού του εισαγγελέα ανηλίκων- για τις υποθέσεις ακούσιας νοσηλείας.**

➤ Επιπλέον, **προτείνεται η άμεση εφαρμογή της τομεοποίησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.** Αν και αυτή προβλέπεται από το άρθ. 3 του 2716/1999, σήμερα οι τομεακές επιτροπές ή δεν έχουν ακόμα ιδρυθεί, ή έχουν ιδρυθεί και δεν έχουν λειτουργήσει, ή έχουν λειτουργήσει χωρίς έργο.

➤ **Για την αντιμετώπιση των κρίσεων (acute cases), προτείνεται η ανάπτυξη προγραμμάτων εξειδικευμένης εκπαίδευσης του νοσηλευτικού -κυρίως- προσωπικού σε δεξιότητες συμβουλευτικής υποστήριξης και αντιμετώπισης κρίσεων.**

➤ **Προτείνεται ακόμη η εκπαίδευση των αστυνομικών που καλούνται να έλθουν σε επαφή ψυχικά πάσχοντες σε κρίση στο πλαίσιο ακούσιων νοσηλειών, σε προγράμματα «παρέμβασης στην κρίση» (Crisis Intervention). Η ΕΕΔΑ υπενθυμίζει**

---

<sup>55</sup> «Όταν το νοσοκομείο εφημερεύει και έχεις απ' έξω τρείς κλούβες και δύο περιπολικά... μπορείς να να τηρήσεις με ευλάβεια τις διαδικασίες;», ή με παρεμφερείς διατυπώσεις, εκφράζει το ιατρικό προσωπικό των νοσοκομείων τις σχετικές δυσκολίες.

<sup>56</sup> Είναι αξιοσημείωτο ότι το CPT, στην έκθεσή του 2005 (βλ. σημ. 31) ζητά από τις ελληνικές αρχές να εφαρμόσουν τον 2071/1992

<sup>57</sup> Βλ. αναλυτικά για κάθε σημείο, την Ειδική Έκθεση του Συνηγόρου του Πολίτη: [http://www.synigoros.gr/reports/Eidiki\\_Ekthesi\\_Akousia\\_Nosileia\\_17\\_5\\_07.pdf](http://www.synigoros.gr/reports/Eidiki_Ekthesi_Akousia_Nosileia_17_5_07.pdf)

την ολοκληρωμένη πρότασή της για αναδιάρθρωση του προγράμματος εκπαίδευσης των αστυνομικών στα ανθρώπινα δικαιώματα, πρόταση την οποία είχε διαμορφώσει Ειδική Ομάδα Εργασίας που η Επιτροπή είχε συστήσει για αυτό το σκοπό το 2009, και την οποία κατέθεσε και στην πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Προστασίας του Πολίτη το 2010.<sup>58</sup>

➤ **Προτείνεται, τέλος, η δημιουργία ανεξάρτητου διοικητικού οργάνου που θα έχει αρμοδιότητα να εξετάζει σε πρώτο στάδιο την ορθότητα και νομιμότητα των ακούσιων νοσηλειών, πριν από την προσφυγή σε δικαστήριο.**

### γ) Οι δυσλειτουργίες του συστήματος της δικαστικής συμπαράστασης

Όπως προαναφέρθηκε, ο θεσμός της δικαστικής συμπαράστασης εισήχθη με τον Ν.2447/1996. Παρά το γεγονός ότι πρόκειται για έναν θεσμό τον οποίο ο νομοθέτης εμπνεύστηκε για την προστασία του συμπαραστατούμενου (εν προκειμένω, του ψυχικά πάσχοντος), στην εφαρμογή του παρουσιάζει κι αυτός, εξαιτίας της μη πλήρους ή/και ορθής λειτουργίας των προβλεπομένων από το νόμο Κοινωνικών Υπηρεσιών και των Εποπτικών, της δικαστικής συμπαράστασης, Συμβουλίων.

Κρίσιμο στοιχείο για την υποβολή ενός προσώπου σε καθεστώς δικαστικής συμπαράστασης αποτελεί η κρίση των αρμοδίων ιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών περί της νοητικής και ψυχικής κατάστασής του. Την σημασία της εν λόγω κρίσης έρχεται να επιβεβαιώσει το άρθρο 1674 ΑΚ το οποίο καθιερώνει την έκθεση της κοινωνικής υπηρεσίας ως βασικού στοιχείου που συνεκτιμάται από το δικαστήριο. Τα άτομα που βρίσκονται (σε καθεστώς είτε νοσηλείας, είτε διαμονής) στις Μ.Ψ.Υ. διαφόρων τύπων, έρχονται πολλές φορές αντιμέτωπα με αξεπέραστα προβλήματα εξ' αιτίας της απουσίας υποστηρικτικού περιβάλλοντος (ή αδιαφορίας, όταν αυτό υπάρχει). Σε κάποιες περιπτώσεις ο διορισμός συγγενικών προσώπων δεν ενδείκνυται για λόγους που αφορούν στην διαχείριση της περιουσίας του πάσχοντος. Βέβαια, το θεσμικό πρότυπο της δικαστικής συμπαράστασης είχε προβλέψει (στο άρθρο 64 εδ. α' ν. 2447/1996, βλ. άρθ. 1671 ΑΚ) ότι, για "τις περιπτώσεις εκείνες για τις οποίες δεν βρίσκεται κατάλληλο φυσικό πρόσωπο να ορισθεί δικαστικός συμπαραστάτης, να ανατίθεται η δικαστική συμπαράσταση σε κατάλληλο σωματείο ή ίδρυμα, που έχουν συσταθεί ειδικά για το σκοπό αυτόν και διαθέτουν κατάλληλο προσωπικό και υποδομή, άλλως στην κοινωνική υπηρεσία". Ωστόσο, η ΜΨΥ στην οποία βρίσκεται ο ψυχικά

<sup>58</sup> Βλ. Ετήσια Έκθεση 2009, σελ. 28



πάσχων (σε αρκετές περιπτώσεις, ακόμα και μεγάλων δομών, όπως π.χ. το Κέντρο Ψυχικής Υγείας του ΓΝΑ 'Ο Ευαγγελισμός'), δεν διαθέτει κατάλληλο προσωπικό και υποδομή, ώστε να αναλαμβάνει αυτό το έργο. Και αφού η κοινωνική υπηρεσία υπολειτουργεί και αδυνατεί να αντεπεξέλθει στο λειτούργημά της, δημιουργούνται αδιέξοδα και μεγάλες καθυστερήσεις στην ρύθμιση των υποθέσεων των ψυχικά πασχόντων.

Δηλαδή, στην περίπτωση του θεσμού της δικαστικής συμπαράστασης, για ακόμη μια φορά, παρατηρείται το φαινόμενο μια κατ' αρχήν θετικότερη σε σχέση με το παρελθόν ρύθμιση (όπως στην περίπτωση του 2071 περί ακούσιας νοσηλείας), να ακυρώνεται στην πράξη. Η επιλογή των 'κατάλληλων' ατόμων να λειτουργήσουν ως συμπαραστάτες γίνεται βιαστικά, το δικαστήριο εκδικάζει την υπόθεση διεκπεραιωτικά, οι κοινωνικές υπηρεσίες υπολειτουργούν, ομοίως και ο ελεγκτικός μηχανισμός για την επίβλεψη της λειτουργίας των συμπαραστατών, εναντίον των οποίων, ακόμα και όταν αυτοί εμφανώς δεν ικανοποιούν τις ανάγκες του συμπαραστατούμενου (ή, ακόμη, σφετερίζονται τα περιουσιακά του στοιχεία), σπάνια κάποιος κάνει προσφυγή για ακύρωση του διορισμού τους.

Ακόμα κρισιμότερο είναι το ζήτημα της άρσης της υποβολής ενός προσώπου σε καθεστώς δικαστικής συμπαράστασης (άρθ. 1685 ΑΚ), καθώς αυτό συμβαίνει σπάνια. Η άρση του δικαιώματος της δικαιοπραξίας είναι σχεδόν πάντα μόνιμη για τον ψυχικά πάσχοντα, καθώς πολύ σπάνια βρίσκονται άτομα που θα την αιτηθούν.

Επιπλέον, η αντιμετώπιση των περιπτώσεων των ψυχικά πασχόντων με διακυμάνσεις των εκδηλώσεων της ψυχικής πάθησης (καταστάσεις κρίσης, υποτροπές, κλπ, αλλά που οι νοητικές και βουλευτικές τους λειτουργίες δεν είναι τέτοιες που να δικαιολογούν υποβολή σε μόνιμο καθεστώς άρσης της δικαιοπρακτικής τους ικανότητας), χρήζει ειδικών, πιο ευέλικτων προβλέψεων.

➤ **Προτείνεται η εισαγωγή ευέλικτου συστήματος, που θα μπορεί να τίθεται σε λειτουργία με ταχείες διαδικασίες για τα διαστήματα των κρίσεων και θα είναι ανενεργό κατά τον υπόλοιπο χρόνο.**

➤ **Γενικότερα, είναι επιτακτική η ανάγκη να λειτουργήσουν αποτελεσματικά όλες εκείνες οι υπηρεσίες που προβλέπονται από το ισχύον θεσμικό πλαίσιο, οι οποίες θα διασφαλίζουν την ορθή εφαρμογή της δικαστικής προστασίας των ψυχικά πασχόντων.**

#### **δ) Δικαίωμα πρόσβασης στον ιατρικό και διοικητικό φάκελο του ψυχικά πάσχοντος**

Ένα ζήτημα το οποίο έχει αναδειχθεί από αναφορές που απευθύνουν στον ΣτΠ ψυχικά πάσχοντες σε ψυχιατρικές δομές<sup>59</sup> αφορά την πρόσβαση (των ιδίων) στον ιατρικό τους φάκελο, καθώς οι αρμόδιες υπηρεσίες αρνούνται να τους χορηγήσουν (επικαλούμενες την τήρηση του ιατρικού απορρήτου) αντίγραφα, τα οποία τους είναι αναγκαία για διάφορες χρήσεις.<sup>60</sup>

Ωστόσο, το άρθρ. 47 παρ. 4, του 2071/1992 ορίζει πως ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ό,τι αφορά στην κατάστασή του, και μάλιστα η πληροφόρηση πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα της κατάστασής του. Ταυτόχρονα, ο Κώδικας Διοικητικής Διαδικασίας<sup>61</sup> προβλέπει ότι κάθε ενδιαφερόμενος έχει το δικαίωμα, ύστερα από γραπτή αίτησή του, να λαμβάνει γνώση των διοικητικών εγγράφων που τον αφορούν, και αν πρόκειται για πληροφορίες ιατρικού χαρακτήρα, οι πληροφορίες γνωστοποιούνται στον αιτούντα με τη βοήθεια γιατρού. Εξάλλου, δικαίωμα πρόσβασης σε δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα θεσπίζει το άρθρο 12 του Ν. 2472/1997 (για την προστασία του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα), ενώ, τέλος, ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας<sup>62</sup> προβλέπει ότι ο ψυχίατρος οφείλει να ενημερώνει τον πάσχοντα. Η κάμψη του απορρήτου και η πρόσβαση σε τρίτο στα ιατρικά αρχεία ασθενή επιτρέπεται μόνο στις δικαστικές και εισαγγελικές αρχές.

➤ **Η ΕΕΔΑ υπογραμμίζει την σημασία της αναγνώρισης και της τήρησης των προβλέψεων του νόμου από όλες τις αρμόδιες αρχές του δικαιώματος πρόσβασης του ψυχικά ασθενούς στον ιατρικό του φάκελο, καθώς, εξ ορισμού, το απόρρητο αντιτάσσεται στους τρίτους, αποσκοπώντας ακριβώς στην προστασία του πάσχοντος, και όχι στον ίδιο τον πάσχοντα.**

#### **ε) Οι συνθήκες νοσηλείας**

---

<sup>59</sup> Βλ. σχετικά: Αιμ. Πανάγου, «Η συμβολή του ΣτΠ στην πρόσβαση στον ιατρικό φάκελο του ψυχικά ασθενή: ιατρικό απόρρητο vs πρόσβαση σε έγγραφο;», στον τόμο: «Ιατρικό Απόρρητο» (πρακτικά ημερίδας του ΣτΠ στις 29/5/2006) Εκδ. Σάκκουλα, 2006, σελ.230-237.

<sup>60</sup> Πάνω στο ίδιο επιχείρημα στηρίζεται και η άρνηση χορήγησης αντιγράφων ιατρικών φακέλων ασθενών εκ μέρους διοικητικών και ιατρικών υπηρεσιών προς τον ίδιο τον ΣτΠ, κατά την διερεύνηση αναφορών ψυχικά ασθενών για ακούσιες νοσηλείες, συνθήκες νοσηλείας, κλπ.: βλ. *op.cit.* σημ.55.

<sup>61</sup> Ν. 2690/1999, άρθρο 5.

<sup>62</sup> Βλ. *op. cit.* σημ. 24.

Τα μέτρα και τα μέσα που εφαρμόζονται για την θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικά πασχόντων,<sup>63</sup> είναι ακόμη ένα πεδίο στο οποίο κάμπτεται ο σεβασμός των δικαιωμάτων. Η κατάχρηση των μηχανικών καθηλώσεων και της απομόνωσης, όπως και η υπερβολική χορήγηση κατασταλτικών φαρμάκων για την αντιμετώπιση περιστατικών με προβλήματα επιθετικότητας/διαταρακτικότητας, παρατηρούνται σε αρκετά Τμήματα των ΨΝ, και όχι μόνο στα «κλειστά τμήματα» των λεγόμενων ‘ακαταλόγιστων’. Καταγγέλλεται, όμως πως εξ αιτίας της μη αυστηρής τήρησης πρωτοκόλων θεραπείας, και με την πάγια επίκληση της έλλειψης προσωπικού, ή όταν το ψυχιατρικό τμήμα του νοσοκομείου εφημερεύει και έχουν προστεθεί 20 ράντζα/κλίνες, στις μεθόδους αυτές υποβάλλονται και άλλοι ασθενείς που μπορεί να εκδηλώσουν απλούστερα συμπτώματα αποπροσανατολισμού ή υπερκινητικότητας. Είναι, δε, ασαφές το πώς γίνεται ο έλεγχος, και μεταξύ ποιών επιμερίζεται η ευθύνη στην περίπτωση που θα επέλθει δυσμενές αποτέλεσμα για τον ασθενή, λόγω της επιλογής αυτών των μεθόδων (έχουν γίνει ευρέως γνωστές οι ιστορίες νοσηλευόμενων που πριν από λίγα χρόνια κήκαν ζωντανοί, όντας καθηλωμένοι στον Ψυχιατρείο).

➤ **Η ΕΕΔΑ προτείνει την διενέργεια τακτικών, αλλά και χωρίς προειδοποίηση, επισκέψεων από την Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές.**

➤ **Υπενθυμίζει δε, πως η ταχεία επικύρωση του OPCAT, μέσω της δημιουργίας προληπτικού συστήματος επισκέψεων σε χώρους από εξειδικευμένο όργανο, θα θωρακίσει την χώρα ώστε να προλαμβάνει τέτοιου τύπου παραβιάσεις.**

## **Z. Συμπεράσματα.**

Η απόπειρα της ΕΕΔΑ να προσεγγίσει συνολικά τα ζητήματα των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων, την οδήγησε σε μια σειρά από διαπιστώσεις και συμπεράσματα τα οποία συνοψίζονται ως εξής:

1. Η σύνθετη διαδικασία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης την οποία έχει ξεκινήσει η Ελλάδα εδώ και μια εικοσαετία, έχει αναπτυχθεί άνισα. Οι προκλήσεις

---

<sup>63</sup> Για το θέμα του σεβασμού των δικαιωμάτων στην θεραπευτική αντιμετώπιση, βλ. Φωτ. Τσαλίκoglou: «Ψυχιατρική Βία. Ο διάτρητος εφησυχασμός των ομάδων», *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, εκδ. ΕΚΚΕ, 1988, σελ. 227-231.

είναι πράγματι μεγάλες, καθώς η μεταρρύθμιση αποτελεί μια καθολικά νέα προσέγγιση, και όχι απλώς μια οργανωτική λύση. Είναι αλήθεια πως αν συγκρίνει κανείς το τοπίο του 1990 με αυτό του 2011, θα μπορούσε να διατυπωθεί ο ισχυρισμός πως σε ό,τι αφορά την ψυχική υγεία, έχουν υπάρξει περισσότερες βελτιώσεις απ' ό,τι στην φροντίδα γενικής υγείας στο πλαίσιο του ΕΣΥ. Ωστόσο, δεν έχουν εδραιωθεί οι δομές, οι μηχανισμοί και τα εργαλεία που προαπαιτούνται και να τελεσφορήσει η μεταρρύθμιση.

2. Ενώ το κανονιστικό πλαίσιο είναι σε γενικές γραμμές επαρκές, πολλές διατάξεις παραμένουν ανενεργές, είτε λόγω ανεπαρκούς πολιτικής βούλησης (που θα προϋπέθετε, για παράδειγμα, σύγκρουση με εδραιωμένα συμφέροντα π.χ. με επαγγελματικές συντεχνίες ή με τις φαρμακοβιομηχανίες), είτε λόγω αβελτηρίας της διοίκησης να λειτουργήσει με γνώμονα την προστασία των ψυχικά πασχόντων, και των δικαστικών λειτουργιών να εφαρμόσουν τις δικαιοκρατικές αρχές που διέπουν τους σχετικούς νόμους. Τούτο, σε συνδυασμό με την πανθομολογούμενη απουσία αποδοχής του αναγκαίου της αξιολόγησης και την επίσης διάχυτη κουλτούρα της ατιμωρησίας που έχει εμφιλοχωρήσει σε όλους τους επαγγελματικούς κλάδους στην Ελλάδα, δεν αποτελεί καλό έδαφος ώστε να εφαρμοστεί σωστά η μεταρρύθμιση. Επιπλέον, όπως ισχύει και για άλλα ζητήματα, απουσιάζει ο μακροχρόνιος και σαφής σχεδιασμός πολιτικών, από την πλευρά του κράτους.

3. Το μοντέλο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, παραμένει ιατροκεντρικό (και 'νοσοκομοκεντρικό'), σε πείσμα των εξαγγελιών, με ανύπαρκτη, την πρόληψη και απολύτως υποβαθμισμένη την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Τα ελλείμματά στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας τροφοδοτούν την παραγωγή του «επείγοντος», κι έτσι ένα μεγάλο μέρος του συστήματος ψυχιατρικής φροντίδας λειτουργεί μόνο για την αντιμετώπιση επειγουσών καταστάσεων. Χωρίς πρόληψη και έγκαιρη παρέμβαση στα πρώτα στάδια μιας διαταραχής μέσα στο πεδίο όπου ζει και λειτουργεί ο ψυχικά πάσχων, η νοσοκομειακή φροντίδα γίνεται, στην πράξη, μονόδρομος και η μοίρα του ψυχικά πάσχοντος σφραγίζεται από τις υποτροπές και τις επανεισαγωγές στα δημόσια ή/και ιδιωτικά Ψυχιατρεία.

4. Η τομεοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας δεν έχει λειτουργήσει, ενώ υποτυπώδης είναι η δικτύωση των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών με τις μονάδες νοσηλείας, αλλά και η επικοινωνία ανάμεσα στις εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες.

Όμως, όσο δεν εφαρμόζεται ένα δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών ανά τομέα, ο ψυχικά πάσχων θα συνεχίσει να αναζητεί 'κλίνη', έστω σε μια μονάδα μικρότερης κλίμακας απ' ό, τι παλιότερα.

**Για να αντιμετωπιστούν αυτές οι στρεβλώσεις, θα πρέπει:**

- Η αναθεώρηση του 'Ψυχαργώ' να γίνει στη βάση της συνεπούς και ειλικρινούς αξιολόγησης της μέχρι τώρα πορείας.
- Η εφαρμογή της τομεοποίησης είναι απόλυτη προτεραιότητα, σε συνδυασμό με την δημιουργία δικτύου υπηρεσιών πρόληψης και πρωτοβάθμιας φροντίδας στην κοινότητα, όπως και παιδοψυχιατρικής φροντίδας.
- Ο έλεγχος της ποιότητας, καθώς και της διασφάλισης των όρων αμοιβής και εργασίας του προσωπικού των στεγαστικών δομών και των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης πρέπει να συνδεθεί με την χρηματοδότησή τους.
- Θα πρέπει να αποσαφηνιστεί θεσμικά το καθεστώς κάτω από το οποίο διαμένουν οι ασθενείς στις στεγαστικές δομές των ΝΠΔΔ και των ΝΠΙΔ, για να αντιμετωπιστούν οι συνέπειες της σύγχυσης μεταξύ 'νοσηλείας' και 'διαμονής'. Παράλληλα, θα πρέπει άμεσα να διαμορφωθούν οι κανονισμοί λειτουργίας για τις ΜΨΥ και για τις στεγαστικές δομές διαφόρων τύπων.
- Οι κρατικοί και οι μη κερδοσκοπικοί φορείς παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τη μια, και οι ιδιωτικοί φορείς από την άλλη θα πρέπει να πάψουν να αλληλοαγνοούνται. Ο έλεγχος της ποιότητας των υπηρεσιών και του σεβασμού των δικαιωμάτων των νοσηλευομένων στις ιδιωτικές κλινικές πρέπει να περάσει στην αρμοδιότητα του ΥΥΚΑ.
- Επιβεβλημένη είναι η ενίσχυση των ομάδων εκπροσώπησης των ψυχικά πασχόντων, ώστε να αναλάβουν ρόλους διεκδίκησης και να καλλιεργήσουν τις συμμαχίες που εκείνοι θα επιλέξουν. Το βίωμα είναι αυστηρά προσωπικό και δεν μοιράζεται, αλλά τα αιτήματα είναι κοινά. Επιπλέον, είναι αναγκαία η διασφάλιση πλήρους ενημέρωσής τους αναφορικά με τα δικαιώματά τους κατά την (ακούσια ή εκούσια) νοσηλεία τους.
- Είναι μεγάλη η ανάγκη για ψυχοεκπαιδευτικές και υποστηρικτικές παρεμβάσεις για τις οικογένειες των ψυχικά πασχόντων. Στο πλαίσιο

αυτό, είναι αναγκαία η δημιουργία δομών βραχείας φιλοξενίας πασχόντων, ώστε να ανακουφίζεται η οικογένεια και να μπορεί να συνεχίσει την φροντίδα.

- Θεωρούνται, ακόμα απαραίτητες, επιμορφωτικές δράσεις τόσο για τους Εισαγγελείς, όσο και για τους γιατρούς που χειρίζονται ακούσιες νοσηλείες.
- Τα μέτρα για την καταπολέμηση του στίγματος είναι απαραίτητο συστατικό των πολιτικών του κράτους και της αυτοδιοίκησης.
- Εξίσου επιβεβλημένη είναι η ενίσχυση της λειτουργίας των Δομών Κοινωνικής Επιχειρηματικότητας, που ενισχύουν την επανένταξη των ψυχικά πασχόντων.
- Η θεσμοθέτηση ειδικού ανεξάρτητου οργάνου ελέγχου λειτουργίας των μονάδων ψυχικής υγείας με ευρείες αρμοδιότητες, είναι απαραίτητη. Ωστόσο, η διενέργεια τακτικών, αλλά και χωρίς προειδοποίηση, επισκέψεων από την υπάρχουσα Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές είναι αναγκαία.
- Η επικύρωση του CRPD και του OPCAT είναι απαραίτητα για τη θεσμική θωράκιση των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων.

Ειδικότερα, αναφορικά με τους ποινικά ακαταλόγιστους, η ΕΕΔΑ προτείνει:

- Την τροποποίηση του άρθρου 69 ΠΚ, σε συνδυασμό με το άρθρο 310 παρ. 1 ΚΠΔ, ούτως ώστε σε περιπτώσεις ακαταλόγιστων προσώπων που διαπράττουν πλημμελήματα ή κακουργήματα, το δικαστικό συμβούλιο να μην απαλλάσσει τα ανωτέρω πρόσωπα από τη δίωξη διατάσσοντας ταυτόχρονα τη φύλαξή τους, όπως συμβαίνει σήμερα, αλλά να παραπέμπει τα πρόσωπα αυτά στο αρμόδιο δικαστήριο «με επιφύλαξη απαλλαγής». Μόνο αυτό το δικαστήριο, μετά από διαδικασία ενώπιον ακροατηρίου, θα πρέπει να έχει την αρμοδιότητα να διατάξει τη φύλαξη, αφού απαλλάξει τα ακαταλόγιστα πρόσωπα από τη σχετική ποινή.
- Την τροποποίηση των άρθρων 69 και 70 ΠΚ το γράμμα των οποίων θέτει τη «δημόσια ασφάλεια», έναν ιδιαίτερα αόριστο και ασαφή όρο, ως το μόνο κριτήριο της έναρξης και της συνέχισης της φύλαξης ακαταλόγιστων. Ο νομοθέτης οφείλει να υποβάλει τη φύλαξη σε θεραπευτικές αρχές και να θέσει ρητά και εδώ (όπως έχει ήδη γίνει με το Ν. 2071/1992, στα άρθρα 95-99 που

αφορούν στην προληπτική ακούσια νοσηλεία), ως κύρια προϋπόθεση έναρξης και συνέχισης της φύλαξης την ύπαρξη ή συνέχιση ύπαρξης συγκεκριμένης ασθένειας των ακαταλόγιστων προσώπων η οποία σε είδος ή/και βαθμό να τους καθιστά επικίνδυνους για την κοινωνία, σύμφωνα με τις προαναφερθείσες βασικές αρχές αρμόδιων οργάνων και οργανισμών του ΟΗΕ, τις θεμελιώδεις σχετικές διατάξεις του Συντάγματος και της ΕΣΔΑ.

➤ Δεδομένου ότι στην πράξη η εφαρμογή των άρθρων 69 και 70 ΠΚ μπορεί να οδηγήσει σε μακροχρόνιο εγκλεισμό (ακόμη και για το υπόλοιπο της ζωής), θεωρείται απαραίτητη η διά νόμου θέσπιση ανώτατου ορίου φύλαξης και θεραπείας των ακαταλόγιστων και της δυνατότητας επέκτασης αυτού του ορίου, βάσει σχετικής δικαστικής απόφασης, εφόσον αυτό επιβάλλεται για τη θεραπεία τους.

➤ Η δικαστική απόφαση φύλαξης (και συνέχισης φύλαξης) ακαταλόγιστων προσώπων σε θεραπευτικό ίδρυμα είναι σκόπιμο να υπόκειται διά νόμου σε δευτεροβάθμιο δικαστικό έλεγχο, μέσω ενδίκου μέσου διαθέσιμου στα υπό φύλαξη και θεραπεία πρόσωπα και σε νόμιμους εκπροσώπους τους, σύμφωνα με τις προαναφερθείσες βασικές αρχές του ΣτΕυρ και του Διεθνούς Οργανισμού Υγείας. Σε κάθε περίπτωση, σύμφωνα και με τη νομολογία του ΕΔΔΑ, το βάρος απόδειξης περί της ανάγκης ή συνέχισης του εγκλεισμού πρέπει να φέρουν οι αρχές και όχι ο εφεσιβάλλων. Επιπλέον, ο δευτεροβάθμιος δικαστικός έλεγχος πρέπει να λαμβάνει χώρα σε ιδιαίτερα σύντομο χρονικό διάστημα, όπως επιβάλλει το άρθρο 5 παρ.4 ΕΣΔΑ.

➤ Το ποινικά ακαταλόγιστο πρόσωπο είναι σκόπιμο να έχει ρητά εκ του νόμου το δικαίωμα αυτοπρόσωπης παράστασης σε όλα τα στάδια των σχετικών διαδικασιών, προς διασφάλιση των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων του που απορρέουν, μεταξύ άλλων, από τα άρθρα 2 παρ. 1, 5 παρ. 1, 3 και 5, 21 παρ. 3 και 25 παρ. 1 Σ, αλλά και για να έχει τη δυνατότητα η αρχή που ερευνά το θέμα να έχει αυτοπροσώπως αντίληψη της πνευματικής και ψυχικής του κατάστασης. Για τους ίδιους λόγους κρίνεται σκόπιμη η πρόβλεψη από το νόμο υποχρέωσης του δικαστηρίου να εξετάσει το ακαταλόγιστο πρόσωπο στον χώρο κράτησής του, σε περίπτωση που η μεταφορά του στο δικαστήριο έχει κριθεί ως αδύνατη για οποιοδήποτε λόγο.

➤ Τέλος, κρίνεται απαραίτητη η διά νόμου πρόβλεψη της υποχρέωσης του δικαστηρίου, πριν από τη διαταγή (συνέχισης) φύλαξης του ποινικά

ακαταλόγιστου προσώπου, να διατάσσει αυτεπάγγελτα τη γνωμάτευση δύο ψυχιάτρων που δεν πρέπει να τελούν σε σχέση συγγένειας με το ακαταλόγιστο πρόσωπο (κατ' αναλογία του άρθρου 96 παρ. 2 του Ν. 2071/1992). Οι σχετικές ψυχιατρικές γνωματεύσεις θα πρέπει να συνιστούν στοιχεία για την αιτιολόγηση της δικαστικής απόφασης φύλαξης.

➤ Για το θέμα αυτό, η ΕΕΔΑ προτείνει την επεξεργασία ενός ειδικού πλαισίου νοσηλείας, το οποίο θα εγγράφεται στο πλαίσιο εναλλακτικής σωφρονιστικής μεταχείρισης, που θα διασφαλίζει την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών θεραπευτικής φροντίδας, ενώ σε διαχειριστικό επίπεδο επισημαίνεται η ανάγκη συντονισμού και τακτικής συνεργασίας των αρμόδιων Υπηρεσιών του ΥΥΚΑ και του Υπουργείου Δικαιοσύνης.

**Αναφορικά με τις ακούσιες νοσηλείες:**

➤ Η ΕΕΔΑ προτείνει, προκειμένου να τηρούνται οι προστατευτικές για τον ψυχικά πάσχοντα προβλέψεις του 2071, τη δημιουργία ειδικού εισαγγελέα –στο πρότυπο του θεσμού του εισαγγελέα ανηλίκων- για τις υποθέσεις ακούσιας νοσηλείας.

➤ Επιπλέον, προτείνεται η άμεση εφαρμογή της τομεοποίησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

➤ Για την αντιμετώπιση των κρίσεων (acute cases), προτείνεται η ανάπτυξη προγραμμάτων εξειδικευμένης εκπαίδευσης του νοσηλευτικού -κυρίως- προσωπικού σε δεξιότητες συμβουλευτικής υποστήριξης και αντιμετώπισης κρίσεων.

➤ Προτείνεται ακόμη η εκπαίδευση των αστυνομικών που καλούνται να έλθουν σε επαφή ψυχικά πάσχοντες σε κρίση στο πλαίσιο ακούσιων νοσηλειών, σε προγράμματα «παρέμβασης στην κρίση» (Crisis Intervention). Η ΕΕΔΑ υπενθυμίζει την ολοκληρωμένη πρότασή της για αναδιάρθρωση του προγράμματος εκπαίδευσης των αστυνομικών στα ανθρώπινα δικαιώματα, πρόταση την οποία είχε διαμορφώσει Ειδική Ομάδα Εργασίας που η Επιτροπή είχε συστήσει για αυτό το σκοπό το 2009, και την οποία κατέθεσε και στην πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Προστασίας του Πολίτη το 2010.

➤ Προτείνεται, τέλος, η δημιουργία ανεξάρτητου διοικητικού οργάνου που θα έχει αρμοδιότητα να εξετάζει σε πρώτο στάδιο την ορθότητα και νομιμότητα των ακούσιων νοσηλειών, πριν από την προσφυγή σε δικαστήριο.



**Αναφορικά με την δικαστική συμπαράσταση:**

- **Προτείνεται η εισαγωγή ευέλικτου συστήματος, που θα μπορεί να τίθεται σε λειτουργία με ταχείες διαδικασίες για τα διαστήματα κατά τα οποία οι ψυχικά πάσχοντες βρίσκονται σε κρίση, και θα είναι ανενεργό κατά τον υπόλοιπο χρόνο.**
- **Γενικότερα, είναι επιτακτική η ανάγκη να λειτουργήσουν αποτελεσματικά όλες εκείνες οι υπηρεσίες που προβλέπονται από το ισχύον θεσμικό πλαίσιο, οι οποίες θα διασφαλίζουν την ορθή εφαρμογή της δικαστικής προστασίας των ψυχικά πασχόντων.**

**Αναφορικά με το δικαίωμα πρόσβασης στον ιατρικό και διοικητικό φάκελο του ψυχικά πάσχοντος:**

- **Η ΕΕΔΑ υπογραμμίζει την σημασία της αναγνώρισης και της τήρησης των προβλέψεων του νόμου από όλες τις αρμόδιες αρχές του δικαιώματος πρόσβασης του ψυχικά ασθενούς στον ιατρικό του φάκελο, καθώς, εξ ορισμού, το απόρρητο αντιτάσσεται στους τρίτους, αποσκοπώντας ακριβώς στην προστασία του πάσχοντος, και όχι στον ίδιο τον πάσχοντα.**

Αθήνα, 9 Μαΐου 2011