

Η Υποβάθμιση των Παρεχομένων Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας: Από την Εποχή της Οικονομικής Ευμάρειας στην Εποχή της Κρίσης;

Σταύρος Θεολόγου

**The Downgrading of the Mental
Health Services Provided:
From the Era of Prosperity
to the Era of financial crisis?**

Abstract at the end of the article

*Νοσηλεύτης ΤΕ, ΜSc, PhD(c), Ανάνηψη
Καρδιοχειρουργημένων Ασθενών (ΑΚΑ),
ΠΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα*

Υποβλήθηκε: 02/05/2019
Επανυποβλήθηκε: 21/05/2019
Εγκρίθηκε: 15/06/2019

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Σταύρος Θεολόγου
Τηλ: (+30) 6972 006 052, 210-76 00 319,
213-20 43 460
e-mail: cruxtheol@gmail.com

Εισαγωγή: Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στοχεύει στην παροχή της περίθαλψης των ασθενών σε ενδοκοινοτικές δομές ώστε σταδιακά οι τελευταίοι να αποκτήσουν μία λειτουργική καθημερινότητα στη ζωή τους. Ωστόσο οι δυσμενείς κοινωνικοοικονομικές συνθήκες στην εποχή της κρίσης επιφέρουν εμπόδια στην ομαλή υλοποίηση της μεταρρύθμισης. **Σκοπός:** Η παρούσα ανασκόπηση στοχεύει στη διερεύνηση της βιβλιογραφίας που παρήχθη τα τελευταία χρόνια αναφορικά με την αποτύπωση των αιτιών και των συνθηκών που οδήγησαν στην υποβάθμιση του επιπέδου παροχής υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στην εποχή της οικονομικής κρίσης. **Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση μέσω πολύπλευρης αναζήτησης ερευνητικών μελετών, ανασκοπικών άρθρων και δημοσιευμάτων έντυπης και ηλεκτρονικής ενημέρωσης δημοσιευμένων στην ελληνική και αγγλική γλώσσα στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων "Pubmed" καθώς και ανάλυση νομικού-θεσμικού πλαισίου των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. **Αποτελέσματα:** Ο πληθυσμός στη χαμηλότερη εισοδηματική κλίμακα έχασε το 24,2% του εισοδήματός του μεταξύ 2009–2012. Το 10% του φτωχότερου πληθυσμού απώλεσε το 56,5% του εισοδήματός του. Η χρήση αντικαταθλιπτικής αγωγής αυξήθηκε κατά 34,8% μεταξύ 2006–2011 και ο αυτοκτονικός ιδεασμός από το 4,5% του 2009, σε άτομα που λαμβάνουν ήδη αγωγή, ανήλθε στο 22,7% το 2011. Το 40–50% του αριθμού των νοσηλευθέντων σε δημόσιες δομές προέρχεται από εισαγγελικές παραγγελίες δημιουργώντας ασφυκτικές συνθήκες στις δομές. **Συμπεράσματα:** Η αυξανόμενη έλλειψη ασυλικών καθώς και ενδιάμεσων δομών και οι αυξανόμενες ακούσιες νοσηλείες, η υποστελέχωση και έλλειψη κλινών μαζί με τη μηχανική καθήλωση ως μόνη άμεση, ασφαλή λύση μαζί με τον ανεπαρκή συντονισμό δικαιοσύνης και υπηρεσιών υγείας περιστέλ-

λουν τα δικαιώματα των ασθενών. Η αδυναμία επαρκούς κάλυψης των αυξανόμενων αναγκών συγκεκριμένων πληθυσμών (νέων, ανέργων, παιδιών-οικογενειών), επιβάλλει την καλύτερη συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών υγείας, πρόνοιας και δικαιοσύνης για να ξεφύγουμε από την αίσθηση ότι «αφού υπηρετούμε μία εποχή χαμηλών προσδοκιών, θα ζούμε και σε εποχή χαμηλών απαιτήσεων».

Λέξεις-ευρητήριο: Υποβάθμιση υπηρεσιών ψυχικής υγείας, Έλλειψη ασυλικών δομών, Αύξηση μηχανικών καθηλώσεων ασθενών, Ακούσια νοσηλεία.

Εισαγωγή

Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση ξεκίνησε το 1983 με τον ιδρυτικό νόμο για το ΕΣΥ¹ και ουσιαστικά δρομολογήθηκε στη συνέχεια με τον Ν. 2071/92.² Το νομικό της πλαίσιο βελτιώθηκε στη συνέχεια με τον Ν. 2716/1993 για την «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας».³ Από τη δεκαετία του '80 λοιπόν καταγράφεται μία προσπάθεια της ελληνικής πολιτείας να αναθεωρήσει το νομικό πλαίσιο και να εκσυγχρονίσει το επίπεδο υπηρεσιών ψυχικής υγείας προς τους πολίτες. Ωστόσο σε όλη αυτή την πορεία κατεγράφησαν προβλήματα σχετικά με την ομαλή πορεία αυτής της διαδικασίας. Οι προσπάθειες για την υλοποίηση της μεταρρύθμισης αποτυπώθηκαν σε επιστημονικές μελέτες και δημοσιεύματα της έντυπης και ηλεκτρονικής ενημέρωσης που βγήκαν στην επικαιρότητα τα τελευταία 15 χρόνια. Σε αυτές τις μελέτες και δημοσιεύματα έρχεται στην επιφάνεια το πώς βίωσε και εισέπραξε η κοινωνία αυτή τη διαδικασία συνολικά.

Σκοπός

Η παρούσα ανασκόπηση στοχεύει στη διερεύνηση της βιβλιογραφίας που παρήχθη τα τελευταία 15 χρόνια αναφορικά με την αποτύπωση των αιτιών και των συνθηκών που καλλιέργησαν τις συνθήκες για την υποβάθμιση της Ψυχικής Υγείας από την εποχή ακόμα της «ευμάρειας» (δεκαετία του '90 έως το 2009) έως την πρόσφατη εποχή της οικονομικής κρίσης (2009–2018).

Η κοινωνία βίωσε με έναν δύσκολο τρόπο την υλοποίηση της μεταρρύθμισης και αυτό αποτυπώνεται σε πλήθος αναφορών από μελέτες αλλά και δημοσιεύματα της έντυπης και ηλεκτρονικής ειδησεογραφίας. Είναι σημαντικό να αναδειχθεί όλος αυτός ο πλούτος των απόψεων που διατυπώθηκαν και να παρουσιαστούν τα στοιχεία που αναδεικνύονται ώστε να αποτυπωθεί ακριβέστερα η αγωνία της κοινωνίας των υγειονομικών και των χρη-

στών υπηρεσιών ψυχικής υγείας για το επίπεδο παροχής αυτών των υπηρεσιών.

Μέθοδος

Αναζητήθηκε βιβλιογραφία πολύπλευρα σε ένα, όσο το δυνατόν, ευρύ φάσμα ερευνητικών μελετών, ανασκοπικών άρθρων και δημοσιευμάτων στην ημερήσια έντυπη και ηλεκτρονική ενημέρωση στην ελληνική και αγγλική γλώσσα. Επίσης έγινε ανασκόπηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων "Pubmed" καθώς και ανάλυση του νομικού θεσμικού πλαισίου που διέπει τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην ελληνική επικράτεια. Η βιβλιογραφική και ειδησεογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε είχε σκοπό να αποτυπώσει την κατάσταση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από την εποχή ακόμα όπου ζούσαμε ως κοινωνία σε μία τεχνητή κατάσταση «οικονομικής ευμάρειας» μέχρι την πρόσφατη εποχή της οικονομικής κρίσης. Η έκταση αλλά και το περιεχόμενο των συλλεχθέντων πληροφοριών ήταν τέτοια ώστε η παράθεσή τους διαρθρώνεται σε τρία ξεχωριστά μέρη. Το πρώτο μέρος επικεντρώνει στην έλλειψη ασυλικών δομών και την έλλειψη ψυχιατρικών κλινών σε Γενικά Νοσοκομεία. Το δεύτερο μέρος εστιάζει στην υποβάθμιση της νοσηλείας των ασθενών, τον συνωστισμό μέσα στις δομές αλλά και το φαινόμενο των μηχανικών καθηλώσεων. Στο τρίτο μέρος παρουσιάζεται η διαδικασία της εισαγγελικής εντολής και τα νομικά περίγραμμα για την ακούσια νοσηλεία.

Αποτελέσματα

Ο στόχος της αρθρωτής παρουσίασης των τριών αυτών ζητημάτων είναι να τονισθεί η λογική συνάφειά τους, καθώς η έλλειψη δομών συνεπικουρούμενη από υποστελέχωση σε προσωπικό, αύξηση περιστατικών ακούσιας νοσηλείας και αύξηση των μηχανικών καθηλώσεων των ασθενών, για τον ασφαλέστερο έλεγχο αυτών, οδήγησαν στη συνολική υποβάθμιση των δικαιωμάτων των ασθενών και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας γενικότερα.

1ον. Η έλλειψη ασυλικών δομών και η έλλειψη ψυχιατρικών κλινών σε Γενικά Νοσοκομεία.

Η βασική σκέψη της μεταρρύθμισης ήταν η σταδιακή μεταφορά της περίθαλψης των ασθενών από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία σε κοινοτικές δομές με βάση την ορθολογική διαπίστωση ότι οι πάσχοντες πρέπει να βγούνε από την απομόνωση και τον εγκλεισμό τους σε δομές που τους περιχαράκωνουν από την κοινωνία και να ενταχθούν στην κοινότητα επιτυγχάνοντας στον βαθμό του εφικτού και ανάλογα με την εκάστοτε ψυχική νόσο, μια λειτουργική καθημερινότητα στη ζωή τους.

Ήδη από τη δεκαετία του '80 είχε αρχίσει αυτή η αντίληψη να λαμβάνει σάρκα και οστά, με μειοψηφικά χαρακτηριστικά φυσικά στην αρχή, καθώς ήταν σε αντίθετη κατεύθυνση με την κυρίαρχη αντίληψη της κατεστημένης ψυχιατρικής του εγκλεισμού και απομόνωσης από την κοινωνία.^{4,5} Είναι άλλωστε έντονα εντυπωμένη στη συλλογική μνήμη η διεθνής κατακραυγή που προκλήθηκε –με τα ρεπορτάζ της βρετανικής εφημερίδας *Observer* καθώς και του *BBC*– για τις συνθήκες νοσηλείας του Ψυχιατρείου της Λέρου στα τέλη της δεκαετίας του '80⁶ αλλά ήδη είχαν δρομολογηθεί και νωρίτερα και οι διαδικασίες που ψήφισε η Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ, τότε Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα, ΕΟΚ) πιέζοντας την ελληνική πολιτεία να βελτιώσει το σύστημα ψυχικής υγείας στη χώρα μας⁷ με σκοπό την ομαλή κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα. Είναι γεγονός ότι η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση δυσκολεύτηκε να προχωρήσει και να υλοποιήσει τα προβλεπόμενα βήματά της με επάρκεια. Αιτία ήταν η χειμαζόμενη οικονομία της χώρας με τις δυσμενείς κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες στις οποίες περιήλθε η κοινωνική πλειοψηφία συνολικά.⁸ Αυτές ακριβώς οι δυσμενείς κοινωνικές-οικονομικές συνθήκες είναι που επιδείνωσαν και το επίπεδο ψυχικής υγείας στο κομμάτι της κοινωνίας που υπέστη πιο έντονα τις συνέπειες της κρίσης. Παρατηρήθηκε πιο ειδικά σε αυτό το χειμαζόμενο μέρος της κοινωνίας πως τα άτομα στη χαμηλότερη εισοδηματική κλίμακα έχασαν το 24,2% του εισοδήματος προ κρίσης στα έτη 2009–2012 και το 10% του φτωχότερου πληθυσμού απώλεσε το 56,5% του εισοδήματός του, ποσοστό που γίνεται μικρότερο όσο ανεβαίνουμε στην εισοδηματική κλίμακα.⁹ Αντίστοιχα, εμφανείς είναι και οι αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία του πληθυσμού, όπου το 2011 υπήρξε αύξηση 20,6% στο ποσοστό επικράτησης της μείζονος κατάθλιψης ενός μηνός σε σχέση με το 2009. Συγκεκριμένα, το 2009 έφτανε στο 6,8% και στο 2011 ανήλθε στο 8,2%.¹⁰ Επιπλέον, αυξήθηκε η χρήση αντικαταθλιπτικής φαρμακευτικής αγωγής κατά 34,8% μεταξύ 2006–2011, και ο αυτοκτονικός ιδεασμός

από το 4,5% του 2009, σε άτομα που λαμβάνουν ήδη φαρμακευτική αγωγή, ανήλθε στο 22,7% το 2011. Κατά τη διάρκεια όλης αυτής της περιόδου παρατηρήθηκε και αύξηση 40% στα περιστατικά ψυχοκοινωνικών προβλημάτων στα παιδιά και εφήβους, όπως αύξηση 28% στις διαταραχές συμπεριφοράς, 20% στα περιστατικά απόπειρας αυτοκτονίας, 25% στη σχολική άρνηση, και αύξηση 51% των περιπτώσεων οικογενειακών εντάσεων λόγω ανεργίας γονέα, ή λόγω σοβαρών οικογενειακών προβλημάτων και χρεών.⁹

Υπενθυμίζοντας ότι η κατάθλιψη έφτασε στο 14% του γενικού πληθυσμού πλέον λόγω της κρίσης, ο Στυλιανίδης¹¹ εντάσσει την αύξηση της αυτοκτονικότητας, της χρήσης του αλκοόλ και τις αγχώδεις διαταραχές σε έναν «κλινικό» κοινωνικό ορισμό: αυτόν της «κοινωνικής οδύνης». Και ο ορισμός της «κοινωνικής οδύνης» είναι αυτός που εμπεριέχει τη γενικευμένη κοινωνική αβεβαιότητα του ατόμου για το μέλλον του συνολικά και την αδυναμία του να ελέγξει τις εξελίξεις. Όλα τα παραπάνω δεδομένα καταδεικνύουν την αυξημένη ανάγκη για υπηρεσίες στήριξης της ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Την ίδια περίοδο, λόγω κρίσης, παρατηρήθηκε επιδείνωση και του επιπέδου παροχής δωρεάν υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Είναι χαρακτηριστικό το δημοσίευμα στην ηλεκτρονική ειδησεογραφική ιστοσελίδα *News247.gr* (3/6/2016) που προσπαθεί να αποτιμήσει το αποτέλεσμα της μεταρρύθμισης στην ψυχική υγεία τα τελευταία 30 χρόνια και μας πληροφορεί ότι «...δαπανήθηκαν 1,5 δισεκατομμύρια ευρώ από ευρωπαϊκούς πόρους και κρατικό προϋπολογισμό, χιλιάδες ασθενείς βγήκαν από τα ψυχιατρεία, ενώ εκατοντάδες εναλλακτικές στεγαστικές δομές και υπηρεσίες ιδρύθηκαν. Οι υπηρεσίες αυτές όμως εμφανίζονται σήμερα ανεπαρκείς, ασύνδετες και κατακερματισμένες, με τους ασθενείς να δυσκολεύονται να αποκτήσουν πρόσβαση σε αυτές...».¹²

Επίσης πρέπει να σημειωθεί ότι το νοσηλευτικό προσωπικό στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία παραμένει υποστελεχωμένο, με υπερβολικό φόρτο εργασίας και εξοντωμένο λόγω επαγγελματικής εξουθένωσης (σύνδρομο *burnout*).¹³ Σε πολυκεντρική μελέτη¹⁴ που διεξήχθη ανάμεσα σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες και τις ΗΠΑ, οι Έλληνες νοσηλευτές είχαν το υψηλότερο ποσοστό αναφοράς περιστατικών χαμηλής ποιότητας φροντίδας των ασθενών (47%). Επίσης, το 78% των ερωτηθέντων νοσηλευτών στην Ελλάδα δήλωσε ότι υποφέρει από σύνδρομο *burnout*, το 56% δήλωσε μη ικανοποιημένο από τη δουλειά του και τέλος το 49% δήλωσε πρόθεση να αφήσει το επάγγελμα.¹⁴

Πρέπει να υπενθυμισθεί ότι όταν το προσωπικό είναι υποστελεχωμένο και εξουθενωμένο ακολούθως υποβαθ-

μίξεται και η φροντίδα των αναγκών των ασθενών. Έτσι υποβαθμίζεται και η νοσηλεία τους φτάνοντας στα όρια κάποιες φορές να απειλείται και η ασφάλεια της ζωής τους. Επιπλέον, αυτό το συμπέρασμα για τους υγειονομικούς στην ελληνική επικράτεια ισχύει και στον υπόλοιπο κόσμο.^{15,16} Και συνδυάζοντας το προαναφερθέν φαινόμενο με την έλλειψη δομών και νοσηλευτικών κλινών για αυτούς τους ασθενείς αναδεικνύονται τα προβληματικά σημεία της μεταρρύθμισης

2ο Η υποβάθμιση της νοσηλείας των ασθενών, ο συνωστισμός και οι μηχανικές καθηλώσεις

Οι δημόσιες καταγγελίες για την επιδείνωση της νοσηλείας των ψυχικά ασθενών στα γενικά νοσοκομεία λόγω των υποβαθμισμένων υποδομών και της υποστελέχωσης είναι σύνηθες φαινόμενο πλέον και δεν φαίνεται να δημιουργεί καμία εντύπωση στην κοινωνία που έχει εθιστεί σε αυτή την κατάσταση. Πιο συγκεκριμένα, αντιμετωπίζεται σαν φυσιολογικό φαινόμενο να στοιβάζονται ασθενείς σε ράντζα των ψυχιατρικών κλινικών των γενικών νοσοκομείων σε ημέρα γενικής εφημερίας, με αποτέλεσμα να καθίσταται προβληματική η ολοκλήρωση της θεραπείας τους.¹⁷ Τα δημοσιεύματα στην έντυπη και ηλεκτρονική ενημέρωση τα τελευταία χρόνια για τις καθημερινές δραματικές συνθήκες νοσηλείας των ασθενών όπου δεν υπάρχει καν ο αναγκαίος προσωπικός ζωτικός χώρος για τον καθένα ξεχωριστά (που είναι όρος «εκ των ων ουκ άνευ» για τον ψυχικά πάσχοντα), ούτε και αξιοπρεπείς συνθήκες υγιεινής, με αποτέλεσμα πολύ συχνά να δημιουργούνται επεισόδια και διαπληκτισμοί αναμεταξύ τους προκαλώντας γενικότερη αναστάτωση.^{18,19} Κυριαρχικά πάντως, αυτό που έχει αναδειχθεί στους κύκλους των λειτουργών κι επιστημόνων της Ψυχικής Υγείας είναι το χρόνιο ζήτημα των μηχανικών καθηλώσεων ασθενών που συμβαίνουν στην ελληνική επικράτεια καταστρατηγώντας τα δικαιώματά τους. Αυτό το φαινόμενο επανειλημμένα καταγγέλθηκε από λειτουργούς υγείας που όμως δεν έχουν καταφέρει να βελτιώσουν τη δραματική κατάσταση.²⁰ Η υποστελέχωση σε εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και η έλλειψη κλινών διατήρησαν δυστυχώς αυτό το μέσο αντιμετώπισης των διεγερτικών ασθενών –τη μηχανική καθήλωση– σαν την εύκολη λύση.²¹ Ωστόσο η αίσθηση ότι η καθήλωση θεωρείται ασφαλής λύση διαψεύδεται με τραγικά περιστατικά από την καθημερινή πραγματικότητα, όπως π.χ. τον θάνατο ακόμα τριών καθηλωμένων ασθενών από πυρκαγιά που προκλήθηκε από άλλον ασθενή –οξυτάτα διεγερτικό– που δεν υπήρχαν οι υποδομές για να ελεγχθεί με τον κατάλληλο θεραπευτικό τρόπο.²² Επίσης, επανειλημμένα καταδείχθηκε ως εξαιρετικά αρνητικό το γεγονός της εκχώρησης στον

ιδιωτικό τομέα ενός μέρους της αποασυλοποίησης. Κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας χρησιμοποιήθηκαν ιδιωτικές ΜΚΟ και κατασπαταλήθηκαν κονδύλια χωρίς να εγκαθίστανται στέρεες βάσεις με μόνιμες δομές που θα συνεχίσουν τη λειτουργία τους και μετά τη λήξη των ευρωπαϊκών επιχορηγήσεων,^{23,24} ενώ επίσης είναι γνωστές οι περιπτώσεις από την ειδησεογραφία όπου συγκεκριμένες ΜΚΟ στην Ψυχική Υγεία κατηγορήθηκαν ότι απέσπασαν κολοσσιαία ποσά επιχορηγήσεων χωρίς να παραγάγουν ουσιαστικό έργο και βρίσκονται τώρα στο στάδιο της δικαστικής διερεύνησης.²⁵ Σε αυτό το σημείο καταγράφεται και η αντίθετη άποψη που θεωρεί ότι η κοινωνία των πολιτών πρέπει να αυτοοργανωθεί και με τα δικά της μέσα, τις δικές της διαδικασίες δραστηριοποίησης παρακάμπτοντας το δυσκίνητο και προβληματικό κράτος και να αναλάβει δράση –γιατί όχι και στον χώρο της Ψυχικής Υγείας– με τη μορφή των ΜΚΟ ώστε να γίνει μια σημαντική επένδυση σε αυτό το «κοινωνικό κεφάλαιο» συνδυασμένα με το κράτος και τις δυνάμεις της ελεύθερης αγοράς.²⁶

3ο Τα όρια της εισαγγελικής παραγγελίας για ακούσια νοσηλεία

Όλη την προηγούμενη περίοδο της κρίσης (2009–2018) καταγράφηκαν αναφορές για την δραματική αύξηση του αριθμού των εισαγγελικών παραγγελιών για ακούσια νοσηλεία. Την τριετία 2009–2012 τα αιτήματα για νοσηλεία στις ψυχιατρικές κλινικές αυξήθηκαν κατά 120%, και ειδικά εντός του 2012 το 60% των περιστατικών εισαγωγής σε ψυχιατρικά νοσοκομεία της Αττικής προέρχονταν από εισαγγελικές παραγγελίες,²⁷ και καθώς το 40–50% του αριθμού των νοσηλευθέντων σε δημόσιες δομές προέρχεται από εισαγγελικές παραγγελίες για ακούσια νοσηλεία, ο αριθμός αυτός φτάνει στο τετραπλάσιο του μέσου ευρωπαϊκού όρου.²⁷ Παράλληλα κατά τη διαδικασία αυτή καταγράφεται αρκετές φορές μία αδυναμία των δημοσίων φορέων να έχουν μία αгаσθή συνεργασία μεταξύ τους.²⁸ Από την οπτική του κλινικού διαχωρισμού των ασθενών που εισάγονται για νοσηλεία σε τμήματα οξέων περιστατικών σημειώνεται ότι οι ακούσιες νοσηλείες είναι κλινικά περιστατικά με υψηλά ποσοστά παραληρήματος, σύγχυσης, και αυξημένης επιθετικότητας καθώς εισάγονται παρά την θέλησή τους επειδή δεν διαθέτουν νοσογνωσία της κατάστασής τους. Αντίθετα οι ασθενείς που εισάγονται εκούσια έχουν γνώση της κλινικής διαδρομής της διαταραχής τους, πιθανόν έχουν διαπράξει και πρόσφατα απόπειρα αυτοκτονίας οπότε και αναζητούν ιατρική βοήθεια στις ψυχιατρικές δομές με τη θέλησή τους.²⁹

Ένα ακόμα στοιχείο είναι η περιστολή των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών κατά τη διαδικασία της νοση-

λείας εκούσια ή ακούσια στις δημόσιες δομές. Συγκεκριμένα, οι Lykouras & Douzenis σε δημοσίευσή τους το 2008 παρατήρησαν ότι σε γενικές γραμμές δεν καταδείχθηκε σαφές όφελος από τη νοσηλεία των ασθενών σε ψυχιατρικά τμήματα εντός γενικών νοσοκομείων και πρέπει να δοθεί περαιτέρω έμφαση και στη συνολική παρακολούθηση της γενικής κατάστασης της υγείας τους με συστηματικό έλεγχο της αρτηριακής τους πίεσης, του σακχάρου καθώς και του Δείκτη Μάζας Σώματός τους.³⁰ Ειδικά πάντως για το ζήτημα της ακούσιας νοσηλείας, η Mitrossili σε δημοσίευση του 2014 καταγράφει τον προβληματισμό, πώς δύναται να συνδυασθεί η ακούσια νοσηλεία στην κοινότητα, τη στιγμή που η νοσηλεία με συγκατάθεση και η ακούσια νοσηλεία είναι ξεκάθαρα διακριτές έννοιες,³¹ και παρατηρεί ότι σε ένα περιβάλλον που η νοσηλεία με συγκατάθεση του πάσχοντα, ή η άρνησή του, είναι βασικοί κανόνες στο νομικό σύστημα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη οποιαδήποτε παρέκκλιση από αυτή τη διαδικασία. Επίσης, διατυπώνει τη σκέψη να λαμβάνει πρόνοια η πολιτεία ώστε να ορίζεται πληρεξούσιος εκπρόσωπος για τον ασθενή που παραγγέλλεται ακούσια νοσηλεία. Επιπροσθέτως, ένα ακόμα παράδειγμα περιστολής των δικαιωμάτων των πασχόντων είναι η πρόβλεψη οι ψυχικά ασθενείς που νοσηλεύονται σε κοινοτικές μονάδες ψυχικής υγείας να στερούνται της σύνταξής τους καθώς αυτή θα παρακρατείται από την πολιτεία.³² Αυτό το γεγονός είναι μία συχνή κατάσταση και υπάρχουν μαρτυρίες για δομές με προβληματική οικονομική λειτουργία που χρησιμοποιώντας τα χρήματα των ασθενών που δίνει το υπουργείο μπορούν και καλύπτουν μέρος των εξόδων λειτουργίας τους.²⁴ Σε μια συνολική εκτίμηση της αναγκαστικής ακούσιας νοσηλείας παρατηρείται η διαχρονικότητά της, απασχολώντας την κοινωνία από τον 19ο αιώνα, σχεδόν από συστάσεως του ελληνικού κράτους.³³ Είναι ένα ευαίσθητο κοινωνικό θέμα και ο ερευνητής πρέπει να συνδυάσει στην οπτική του την υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών αλλά και τη διασφάλιση από την πλευρά της κοινωνίας, με τον νομικό πολιτισμό που έχει αναπτύξει, το δικαίωμα στα μέλη της να ζούνε με αρμονία και σε καθεστώς γαλήνης ώστε να αναπτύξουν ελεύθερα τις κοινωνικές τους δραστηριότητες. Αρχικά, με τον προαναφερθέντα νόμο του 1862 αλλά και πολύ αργότερα στον 20ό αιώνα^{34,35} τέθηκαν στοιχειακά τα θεμέλια για την αντιμετώπιση του κοινωνικού αυτού ζητήματος.³ Είχε θεσμοθετηθεί ο αναγκαστικός εγκλεισμός και το αποτέλεσμα ήταν να καθίσταται ο ψυχικά πάσχων μη δυνάμενος να ορίζει την τύχη του αλλά ήταν εξαρτώμενος από την βούληση και τις επιλογές της ιατρικής κοινότητας της εποχής καθώς και από τη βούληση και τις επιλογές κρατικών υπαλλήλων. Υφίστατο δηλαδή μια

ουσιαστική στέρηση της ελευθερίας του δίχως να του δίνεται το πολιτικό δικαίωμα να παρασταθεί σε δικαστήριο να υπερασπισθεί τον εαυτό του, ή να έχει μαζί του συνήγορο και ψυχίατρο εάν επιθυμούσε να αντικρούσει την εισαγγελική απόφαση για εγκλεισμό σε ψυχιατρικό ίδρυμα. Στη δημοσιευμένη μελέτη του Φυτράκη το 2007 γίνεται προσπάθεια να καταδειχθούν οι αλλαγές που τονίζεται ότι ακόμα και στην εποχή μας τα όρια και οι αρμοδιότητες ανάμεσα στη δικαιοσύνη και στην ιατρική κοινότητα σχετικά με το πότε, πώς και με ποιες διαδικασίες θα δρομολογηθεί η ακούσια νοσηλεία του ασθενούς καθίστανται δυσδιάκριτα.³⁶ Έναν σημαντικό συλλογισμό που καταθέτει ο εν λόγω συγγραφέας είναι ότι το ζήτημα της ακούσιας νοσηλείας ερμηνεύεται με ιδιαίτερο τρόπο από τρεις διαφορετικές οπτικές γωνίες: στο αστικό δίκαιο ερμηνεύεται σαν «προστατευτικός θεσμός», στο ποινικό δίκαιο χαρακτηρίζεται σαν «στέρηση της ελευθερίας» και στο δημόσιο δίκαιο απλώς περιγράφεται σαν μια διοικητική διαδικασία. Περαιτέρω τονίζει ότι παρόλο που ο νόμος 2071 του 1992 θεμελιώνει μία ορθολογική διαχείριση αυτού του τραγικού κοινωνικού θέματος,² όπου αποσαφηνίζεται ότι η θεραπεία του πάσχοντα είναι ο τελικός αντικειμενικός στόχος και ο εγκλεισμός με τη φύλαξη έχουν απλώς «εργαλειακό» χαρακτήρα και είναι δηλαδή το «μέσον» και «οδός» προς αυτόν τον σκοπό, στην πράξη δεν τηρούνται όλες αυτές οι προβλεπόμενες διαδικασίες κατά γράμμα με αποτέλεσμα να επιστρέψουμε στην προηγούμενη κατάσταση. Επίσης, υπενθυμίζεται ότι ουσιαστικά είναι δυνατόν, χωρίς να υπάρχει η οπτική εικόνα του συγκεκριμένου πάσχοντα καθώς δεν προσάγεται ο ίδιος στον εισαγγελέα, ζητείται η ακούσια μεταφορά του στο ψυχιατρείο για εξέταση για το ενδεχόμενο να είναι επικίνδυνος για τη δημόσια τάξη και την ασφάλεια του εαυτού του ή και των πολιτών. Σε καμία περίπτωση δηλαδή δεν ζητείται ψυχιατρική γνωμάτευση για τη συνολική κατάσταση της υγείας του ή και για το ενδεχόμενο θεραπείας του εναλλακτικά αλλά απλώς ζητείται η επίνευση για τη δρομολόγηση του εγκλεισμού του στο ίδρυμα. Στη συνέχεια, επισημαίνει ο Φυτράκης ότι η μεταφορά του πάσχοντα γίνεται με τα συνήθη μέσα σύλληψης, προσαγωγής και φύλαξης και άλλων κρατούμενων που έχουν διαπράξει ποινικά κολάσιμες πράξεις χωρίς να υπάρχει εκπαιδευμένο προσωπικό και φυσικά ούτε χώροι ειδικοί –αλλά τα συνήθη αστυνομικά κρατητήρια με ό,τι αυτό συνεπάγεται– για το μεσοδιάστημα της μεταγωγής στο ψυχιατρείο. Κι επίσης ένα ακόμα σημαντικό θέμα είναι το πρακτικό γεγονός ότι χωρίς να υπάρχουν δύο διαφορετικές ξεχωριστές γνωματεύσεις από διαφορετικούς ειδικευμένους ψυχιάτρους που να είναι αιτιολογημένες και αναλυτικές ως προς την περι-

γραφή των κλινικών εκδηλώσεων και των κοινωνικών συμβάντων που προκλήθηκαν, καταλήγει να πραγματοποιείται ο εγκλεισμός με συνοπτικές διαδικασίες. Τις περισσότερες φορές περιγράφεται η εκάστοτε κλινική περίπτωση σαν «ψυχωσική συνδρομή» ή «διαταραχές συμπεριφοράς» και ανοίγει ο δρόμος για την περαιτέρω ακούσια νοσηλεία.

Και καταλήγει ο Φυτράκης, στο ερώτημα πώς μπορεί, με συνοπτικές διαδικασίες, να τεκμηριώνεται επιστημονικά η δικαστική απόφαση για ακούσια νοσηλεία στη βάση τέτοιων γενικών, ασαφών και όχι αναλυτικών κλινικών διαγνώσεων που αφορούν στη στέρηση της ελευθερίας ενός ατόμου και τον εγκλεισμό του σε ψυχιατρικό ίδρυμα.

Και ειδικά όταν ούτε και το 48ωρο τηρείται που προβλέπει ο νόμος, σαν μέγιστη διάρκεια ακούσιας εξέτασης, καθώς αφενός παρατείνεται με το αιτιολογικό της «παρατήρησης» των γενικών κλινικών εκδηλώσεων του πάσχοντα και αφετέρου ο χρόνος κράτησης και εξέτασης μετρίεται από την εισαγωγή στο ψυχιατρείο και όχι από την στιγμή της προσαγωγής στο κρατητήριο – αστυνομικό τμήμα (πολύ παραπάνω χρόνος αν μεσολαβεί αργία και η μεταγωγή στο ίδρυμα γίνεται τις επόμενες ημέρες). Στα θετικά σημεία της ανάλυσης της ακούσιας νοσηλείας, μια σημαντική εξέλιξη είναι ότι τροποποιήθηκε επανειλημμένα η διάταξη αναφορικά με τη δικαστική συμπάρασταση και τελικά θεσπίστηκε η ακούσια νοσηλεία να επιβάλλεται μετά από άδεια δικαστηρίου (Μονομελούς Πρωτοδικείου, ενώ αρχικά ήταν Πολυμελές) (Ν.2447/1996) κι όχι μόνο από εισαγγελέα (παλαιότερη ισχύουσα κατάσταση) αλλά και επιπλέον θα πρέπει να λαμβάνει πρόνοια το δικαστήριο να αποφασίζει εντός δεκαήμερου από του αιτήματος του εισαγγελέα.³⁷

Ωστόσο, αυτή η σημαντική λεπτομέρεια δεν τηρείται στις περισσότερες των περιπτώσεων, όπως πληροφορεί ο συγγραφέας, και τελικά δεν τηρούνται τα όρια που περιγράφει η πολιτεία για τον σεβασμό της προσωπικότητας και αξιοπρέπειας του πολίτη – ψυχικά πάσχοντα ασθενούς. Εν κατακλείδι, ο συγκεκριμένος νομικός επισημαίνει ότι «όλες οι ακούσιες νοσηλείες που έχουν διαταχθεί από εισαγγελέα είναι εκτός νόμου και κατ'αποτέλεσμα, όπως υποστηρίζεται στη βιβλιογραφία, δημιουργούνται ζητήματα αστικής (ιατρικής) ευθύνης για αποζημίωση, αστικής ευθύνης του δημοσίου (νοσοκομείου) αλλά και ποινικής ευθύνης για παράνομη κράτηση³⁸ ή ακόμα και σωματικές βλάβες³⁹ ή παράνομη βία.⁴⁰ Κι επίσης υποδεικνύεται ότι «εκτός νόμου φαίνονται και όλες οι νοσηλείες που αποφασίστηκαν με την επίκληση της επικινδυνότητας του ασθενούς» καθώς η επίκληση της τελευταίας καταργήθηκε με τον νόμο που κύρωσε τη Σύμβαση του Οβιέδο όπου πλέον απαλειφθη-

κε η διάταξη που προϋπέθετε το δίπολο ψυχικής διαταραχής συνδυασμένης με επικινδυνότητα (πράξεις βίας) σαν αιτία για εισαγγελική εντολή ακούσιας νοσηλείας.⁴¹ Και με αυτό το δεδομένο, έχοντας μείνει μόνο η πρώτη διάταξη του ν. 2071/92 ως αιτία για εισαγγελική εντολή ακούσιας νοσηλείας (η ψυχική διαταραχή δηλαδή συνδυασμένη με ανάγκη νοσηλείας) οδηγούμαστε σε ένα δεδομένο που φαίνεται να αγνοείται από το δικαίκο σύστημα της ελληνικής επικράτειας.² Παρόμοια δεδομένα αποκάλυψε και σχετική ειδική έκθεση του Συνηγόρου του Πολίτη μετά από αυτεπάγγελτη έρευνα⁴² που διεξήγαγε για τις συνθήκες διεξαγωγής της «ακούσιας νοσηλείας ψυχικά ασθενών». Αντικειμενικός στόχος ήταν ο εντοπισμός των προβλημάτων που εμφανίζονται από την εφαρμογή του Ν. 2071 για την ακούσια νοσηλεία ψυχικά ασθενών.² Το ζητούμενο ήταν να έρθουν στην επιφάνεια τα προβλήματα που οδηγούν στην καταστρατήγηση των δικαιωμάτων των ασθενών. Επιλέχθηκε τυχαίο δείγμα από τα δύο ψυχιατρικά νοσοκομεία της Αττικής, συνολικά 89 ατόμων και από τα δύο φύλα, που εισήχθησαν ακούσια για νοσηλεία. Έγινε ανάλυση των φακέλων των ασθενών, όπου επεριέχοντο και στοιχεία από προηγούμενους αναγκαστικούς εγκλεισμούς τους, οπότε εξήχθησαν συμπεράσματα επί συνόλου 179 αναγκαστικών εγκλεισμών. Συγκεκριμένα, στο 48,6% των εντολών για ακούσια νοσηλεία δεν υπήρχε αιτιολογημένη ιατρική γνώμатеυση για την ύπαρξη ψυχικής διαταραχής, κι επίσης στο 86,6% των εντολών δεν υπήρχε ιατρική γνώμатеυση για την ικανότητα του ασθενούς να κρίνει για την υγεία του. Επιπλέον, στο 58,1% των εντολών δεν υπήρχε αιτιολογημένη ιατρική γνώμатеυση για την επιδείνωση της κατάστασης του ασθενούς από την έλλειψη νοσηλείας. Επίσης, το 95,5% των περιστατικών εγκλεισμού έγινε με αστυνομικό περιπολικό με τα συνηθισμένα κατασταλτικά μέσα. Ένα ακόμα στοιχείο είναι ότι στο 47,5% των εντολών δεν υπήρξε ακολούθως κλήση για δίκη, και στο 81,6% δεν υπήρξε τελεσίδικη δικαστική απόφαση. Είναι κατανοητό δηλαδή με πόσο απλό τρόπο, και με συνοπτικές στην ουσία διαδικασίες, παραβιάζονται κατάφωρα βασικά συνταγματικά δικαιώματα των ασθενών – καθώς η απόφαση για εγκλεισμό θα έπρεπε να εκδικάζεται μέσα στις πρώτες δέκα ημέρες της νοσηλείας του πάσχοντα και όχι να έρχεται η κλήτευση για το δικαστήριο 3 και 4 μήνες μετά από την αναγκαστική εισαγωγή του ασθενούς.¹¹ Επιπλέον, είναι εμφανής η πιεστική κατάσταση που έχουν περιέλθει οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας συνολικά ώστε να διεκπεραιώνουν αυτές τις υποθέσεις σε συνεργασία με τη δικαιοσύνη και τη δημόσια διοίκηση. Επίσης, καθώς αναφέρεται στη μελέτη του Φυτράκη ότι σε πρόσφατη έρευνα σε ψυχιάτρους ανακοινώθηκε ότι «μόνο το 50%

εξ αυτών γνώριζε ποιος αποφασίζει τον εγκλεισμό, μόνο το 46,2% τον σκοπό του εγκλεισμού και τέλος μόνο το 34,6% το ανώτατο όριο εγκλεισμού», γίνεται αντιληπτή η ευθύνη της πολιτείας για την προσοχή που οφείλει να επιδείξει με όλους τους θεσμούς της για την προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων.

Αντί επιλόγου

Πέρα από όλες τις παραπάνω δημοσιευμένες πηγές πληροφόρησης είναι σημαντικό να τονισθεί ο κομβικός και σημαντικός ρόλος στην απεικόνιση των δυσλειτουργιών και στην προσπάθεια διόρθωσης των βημάτων της μεταρρύθμισης που έχουν οι διαδοχικές εκθέσεις αξιολόγησης του έργου συνολικά, από το 2000 έως το 2015, αλλά και τα συμπεράσματα όπως αποτυπώθηκαν στο συγκεκριμένο κείμενο⁴³ που εκπονήθηκαν από το υπουργείο το ίδιο καθώς και άλλους δημόσιους, ιδιωτικούς φορείς αλλά και ακαδημαϊκούς φορείς του εξωτερικού που συνεργάστηκαν όλοι μαζί.⁴⁴ Σε αυτά τα κείμενα αξιολόγησης καταδεικνύεται η ελλιπή υλοποίηση των πρωτοβάθμιων ασυλικών δομών στην κοινότητα αλλά και ενδονοσοκομειακής νοσηλείας παρόλο το σχετικά επιτυχημένο πρώτο στάδιο της αποασυλοποίησης και επίσης η ημιτελής στελέχωση των δομών με ικανό αριθμό άρθια εξειδικευμένου προσωπικού, όπως επίσης τονίζεται και ο αυξανόμενος αριθμός των ακούσιων αναγκαστικών νοσηλείων τα τελευταία χρόνια. Επιπλέον, αναδεικνύεται η αναγκαιότητα ανασχεδιασμού της ψυχιατρικής εφημερίας στο λεκανοπέδιο της Αττικής για την αποτελεσματικότερη διαχείριση της ροής των οξέων περιστατικών και των αναγκαστικών ακούσιων νοσηλείων σε ψυχιατρικές δομές. Τα παραπάνω στοιχεία έρχονται προς επιβεβαίωση και των ευρημάτων που εντοπίστηκαν στην παρούσα ανασκόπηση από τις προαναφερθείσες πηγές πληροφόρησης, μελέτες και δημοσιεύματα. Από την άλλη πλευρά, τα τελευταία δύο χρόνια καταγράφηκε μια νέα προσπάθεια από την Πολιτεία να αναδιοργανώσει και να επανακαθορίσει το πλαίσιο λειτουργίας στην ψυχική υγεία.⁴⁵ Επιπλέον, έγινε μια αναδιοργάνωση της ψυχιατρικής εφημερίας στο λεκανοπέδιο της Αττικής στο μεταβατικό στάδιο υλοποίησης και εφαρμογής του νέου νόμου⁴⁶ μέχρι την ολοκλήρωση της συγκρότησης των Περιφερειακών Διοικήσεων Τομέων Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων που περιγράφει ο νόμος. Και κατεγράφησαν καταρχήν αισιόδοξες προθέσεις για τη βελτίωση των υπαρχουσών συνθηκών.⁴⁷ Κατεγράφησαν όμως και αντιδράσεις από συλλόγους εργαζομένων στην ψυχική υγεία⁴⁸ καθώς με τον συγκεκριμένο σχεδιασμό ενισχύεται ο ρόλος των ΜΚΟ και του ιδιωτικού τομέα όπως επίσης κατεγράφησαν και αντιδράσεις από τη

νοσοκομειακή ιατρική κοινότητα για την υλοποίηση του νέου νόμου.⁴⁹

Συμπεράσματα

Διαπιστώνεται λοιπόν ότι το επίπεδο αντιμετώπισης των ασθενών ειδικά στο θέμα της ακούσιας νοσηλείας ήταν ήδη σχετικά χαμηλό από την εποχή ακόμα «της ευμάρειας», και με μία συνολική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναφορικά με το πώς βίωσε η κοινωνία τη μεταρρύθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας διαχρονικά, γίνεται διακριτό ότι ήδη ακόμα από την εποχή «της ευμάρειας» και της «Ελλάδας της ανάπτυξης» συγκεκριμένοι τομείς στην ψυχική υγεία ήταν ήδη υποβαθμισμένοι. Άρα στην ουσία δεν μπορεί να υπάρξει τεχνητός διαχωρισμός, στην ανάλυση του επιπέδου υπηρεσιών της Ψυχικής Υγείας σε «εποχή προ κρίσης» και «εποχή κρίσης», ειδικά στο θέμα της ακούσιας νοσηλείας, καθώς δε μπορεί μάλλον να διανοηθεί κανείς πόσο περαιτέρω μπορεί να υποβαθμισθεί η αντιμετώπιση και προστασία αυτής της ομάδας ασθενών όταν έχουμε αυτά τα ποσοστά με αυτές τις στατιστικές που προκαλούν εντύπωση.

Το συμπέρασμα είναι ότι επιβάλλεται η καλή διάθεση και ο συντονισμός με πνεύμα συνεργασίας μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων θεσμών –και όχι ευθυνοφοβίας, βλ. σύνδρομο «καυτής πατάτας»– (δηλαδή μεταξύ ιατρικής κοινότητας, δικαιοσύνης, δημόσιας κρατικής μηχανής) ώστε να τηρηθούν όλες οι προβλεπόμενες διαδικασίες και να μην περιστέλλονται περαιτέρω τα δικαιώματα των πολιτών-ψυχικά ασθενών. Με έντονες τις συνέπειες από την υποβάθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην «εποχή της κρίσης» γίνεται κατανοητή η ανάγκη συλλογικής κινητοποίησης για τον αφουγκρασμό της αγωνίας της κοινωνίας για το ζήτημα αυτό. Οπότε εξυπακούεται ότι πρέπει να αυξηθεί ο αριθμός των κλινών που διατίθενται στα δημόσια νοσοκομεία και τις δημόσιες δομές γενικά για οξέα περιστατικά που χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης και νοσηλείας, όπως επίσης είναι ανάγκη να αυξηθεί και το προσωπικό με προσλήψεις νέων άρθια εκπαιδευμένων συναδέλφων (νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών, ψυχολόγων, εργοθεραπευτών) σε μόνιμες θέσεις εργασίας.

Με αυτόν τον τρόπο θα καταγραφούν θετικά δείγματα γραφής και θα φροντίζεται πλέον αποτελεσματικότερα αυτή η ευαίσθητη και ευάλωτη ομάδα ασθενών. Διότι είναι αναγκαία αυτή η συνεργασία ειδικά αυτήν την περίοδο όπου όλοι μας παλεύουμε να διατηρήσουμε την αξιοπρέπειά μας είτε ως λειτουργοί Υγείας είτε ως ασθενείς/χρήστες υπηρεσιών υγείας, καθώς αναγκαζόμαστε να την αισθανόμαστε σαν «εποχή χαμηλών προσδοκιών, άρα και εποχή χαμηλών απαιτήσεων».

ABSTRACT

**The Downgrading of the Mental Health Services Provided:
From the Era of Prosperity to the Era of Financial Crisis?**

Stavros Theologou

Registered Nurse, MSc, PhD(c), Cardiac Surgery ICU, "Evangelismos" General Hospital of Athens, Athens, Greece

Introduction: The Psychiatric Reform aims to provide psychiatric patients' treatment within the community. In that way, patients will succeed in living with a functional ordinary everyday activity. Harsh socio-economic conditions in the era of crisis though pose serious obstacles towards the implementation of this reform. Aim: The current review aims to investigate the literature created in the recent years in order to depict causes and circumstances which downgraded the level of Mental Health services provided in the era of financial crisis. **Method:** There was conducted literature review through multifaceted search within research studies, review papers and reports published in print and digital form in both Greek and English languages. There were also investigated information sources in Pubmed and there was also analyzed the legal and institutional framework on which the mental health services were based upon. **Results:** Certain parts of population with low income have lost of 24,2% of their income in years between 2009-2012. A 10% of the most destitute part of population lost a 56,5% of their income. The use of antidepressant medication was increased by 34,8% in years between 2006-2011 and suicidal ideas amongst individuals under treatment were increased from 4,5% in 2009 up to 22,7% in 2011. A 40-50% of inpatients in public institutions derives from public prosecutor's order for involuntary hospitalization which in turn results in asphyxiating conditions within those institutions. **Conclusions:** The increasing shortage of institutional hospices, the increasing number of involuntary hospitalization, the understaffness along with forced restriction of patients as an immediate and safe solution for treatment, accompanied with inadequate coordination of health and general justice services tend to the restrict altogether the judicial and civil rights of inpatients. The inefficient coverage of basic needs in certain parts of population, (youth unemployed, children and their families) requires a more adequate cooperation between health and social welfare professionals and ministry of justice officers in order to wear off the general feeling that "since we serve in an era of low expectations, then we will have low demands as well".

Key-words: *Downgrading of mental health services, Shortage of institutional hospices, Increase of forced restriction incidents, Involuntary hospitalization.*

✉ **Corresponding Author:** Stavros Theologou, Tel: (+30) 6972 006 052, 210-76 00 319, 213-20 43 460, e-mail: cruxtheol@gmail.com

Βιβλιογραφία

1. Νόμος 1397, ΦΕΚ 143, Τεύχος πρώτο, Εθνικό Σύστημα Υγείας, Αθήνα 1983
2. Νόμος 2071, ΦΕΚ 123, Τεύχος πρώτο, 1992
3. Νόμος 2716, ΦΕΚ 96, Τεύχος πρώτο, 17-05-1999
4. Σακελλαρόπουλος, Π, «Στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση υπάρχουν ακόμη αντιστάσεις», συνέντευξη στην «Καθημερινή», 15/2/2015
5. Μεγαλοικονόμου Θ, Ασρινάκης Γ. «Στο άσυλο η ψυχιατρική μεταρρύθμιση», συνέντευξη στην «Εφημερίδα των Συντακτών», 22/9/2014
6. Ramsay R. Banished to a Greek island. *Psychiatr Bull* 1990, 14:134-135
7. Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, απόφαση 815/1984
8. Μητροσύλη Μ. «Ψυχιατρείο Λέρου και Μεταρρύθμιση». Παπαζήση, Αθήνα, 2015
9. Στυλιανίδης Σ. «Σύγχρονα θέματα κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής – Για μια κριτική ανθρωποκεντρική ψυχιατρική». Τόπος, Αθήνα, 2014
10. Οικονόμου Μ, Πέππου Λ, Φουσκετάκη Σ, Θελερίτης Χ, Πατελάκης Α, Αλεξίου Τ και συν. «Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία: Επιπτώσεις στην επικράτηση κοινών ψυχικών διαταραχών». *Ψυχιατρική* 2013, 24:4
11. Στυλιανίδης, Σ, «Να αλλάξει η Ελλάδα, αλλά όχι εμείς», συνέντευξη στην Καθημερινή, 19/09/2015
12. Μπρατσιάκου, Ι, «Το κόστος της (ανολοκλήρωτης) μεταρρύθμισης: 1,5 δισ. ευρώ και χιλιάδες τσακισμένες ψυχές», *News247.gr*, 3/6/2016
13. Κουτελέκος, Ι, Πολυκανδριώτη, Μ. (2007) «Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών», Το βήμα του Ασκληπιού | τεύχος 2 | Ιανουάριος-Μάρτιος (www.vima-asklipiou.gr)
14. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ Mar* 2012, 20, 344:e1717, doi: 10.1136/bmj.e1717
15. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. *N Engl J Med* 2002, 346:22

16. Παππά ΕΑ, Αναγνωστόπουλος Φ, Νιάκας Δ. Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. *Αρχ Ελλην Ιατρ* 2008, 25:94–101
17. Φυντανίδου Ε. *Τα ψυχιατρεία κλείνουν, τα νοσοκομεία στενάζουν*. Εφημερίδα «Το Βήμα», 2/11/2014
18. *Η Ψυχιατρική Κλινική Ευαγγελισμού εκπέμπει SOS: Κινδυνεύουν ασθενείς, εργαζόμενοι* (4/10/2104) <http://www.iefimerida.gr/news/172831/h>
19. Μπρεγιάννη Ε. *Μια μικρή Λέρος στην ψυχιατρική κλινική του Ευαγγελισμού! Εικόνες Ντροπής*. www.healthreport.gr/μια-μικρή-λέρος-στην-ψυχιατρικ, 11/3/2015
20. Μεγαλοοικονόμου Θ. *Ένας στους δύο σε μηχανική καθήλωση*. Συνέντευξη στην εφημερίδα «Ελευθεροτυπία», 10/3/2011
21. Παπαδόπουλος Γ. *Από την καθήλωση στο ήσυχο δωμάτιο*. εφημερίδα. «Καθημερινή», 9/8/2015
22. *Ποινική δίωξη κατά 14 γιατρών, νοσηλευτών και διοικητικών στο Δαφνί - Για τον θάνατο 3 ασθενών στην πυρκαγιά* (19/10/2016) <http://www.iefimerida.gr/news/295534/>
23. Μεγαλοοικονόμου Θ. *Τα ψυχιατρεία κλείνουν, τα νοσοκομεία στενάζουν*. Συνέντευξη στην εφημερίδα «Το Βήμα», 2/11/2014
24. Παρρά Α. *Μετάβασεις σε υπόγειες διαδρομές*. Εφημερίδα «Εφημερίδα των Συντακτών», 24/1/2017
25. Λαμπρόπουλος Β. *Στο στόχαστρο του εισαγγελέα διαφθοράς δύο ΜΚΟ στην ψυχική υγεία, Ο έλεγχος στη Βουλή ολοκληρώθηκε*. Εφημερίδα «Το Βήμα» 15/6/2016
26. Μπιλανάκης Ν. *Μη κυβερνητικές οργανώσεις και υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η απάντηση της κοινωνίας των πολιτών στο κράτος και την αγορά*. Αρχιπέλαγος, Αθήνα 2006
27. *Αύξηση σοκ 120% στα αιτήματα για νοσηλεία σε ψυχιατρικές κλινικές!* www.iatropedia.gr > ΕΙΔΗΣΕΙΣ, 30/3/2012
28. Μπιλανάκης Ν. *Ακούσια νοσηλεία: Μία περίπτωση σύγκρουσης εισαγγελέα και ψυχιάτρου στην ερμηνεία του νόμου*. *Ψυχιατρική* 2012, 23:2
29. Douzenis A, Michopoulos I, Gournellis R, Christodoulou C. Differences between elderly voluntary and involuntary admitted psychiatric patients in Greece. *International Psychogeriatrics* 2013, 25:1
30. Lykouras L, Douzenis A. Do psychiatric departments in general hospitals have an impact on the physical health of mental patients? *Curr Opin Psychiatry* 2008, 21:398–402
31. Mitrossili M. Involuntary treatment of mental patients in the community: legal and ethical dilemmas. *Psychiatriki* 2014, 25:285–292
32. Μητροσύλη Μ. *Ψυχιατρείο Λέρου και Μεταρρύθμιση*. Παπαζήση, Αθήνα, 2015
33. Νόμος ΨΜΒ΄, ΦΕΚ 28, Τεύχος πρώτο, Αθήνα, 1862
34. Νόμος 6077, ΦΕΚ 74, Τεύχος πρώτο, Αθήνα, 1934
35. Νομοθετικό Διάταγμα 104, ΦΕΚ 177, Τεύχος πρώτο/ 16-8-1973. *Περί ψυχικής υγιεινής και περιθάλψεως των ψυχικών πασχόντων*
36. Φυτράκης Ε. *Εισαγγελική αρμοδιότητα και δικαστική εγγύηση στον ψυχιατρικό εγκλεισμό*. *Ποινικά Χρονικά ΝΖ* 2007: 952–958
37. Νόμος 2447, ΦΕΚ 278, Τεύχος πρώτο, 1996
38. ΦΕΚ Α-106/1985, άρθρο 326
39. ΦΕΚ Α-106/1985, άρθρο 308
40. ΦΕΚ Α-106/1985, άρθρο 330
41. Νόμος 2619, ΦΕΚ 132, Τεύχος Πρώτο, 1998
42. *Συνήγορος του Πολίτη, Ειδική Έκθεση-Αυτεπάγγελτη Έρευνα για την Ακούσια Νοσηλεία των Ψυχικά Ασθενών*, Μάιος, 2007
43. *Συμπεράσματα & Προτάσεις, Οngoing αξιολόγηση 2010–2015, Αξιολόγηση κατά την διάρκεια της εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» από το 2011 μέχρι και το 2015», Νοέμβριος 2012*
44. Consulting Management Group «Προοπτική», King's College London, Πρόγραμμα ΕΣΠΑ, Πρόγραμμα Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού, Ευρωπαϊκή Ένωση, 2011
45. Νόμος 4461, Μεταρρύθμιση της Διοικητικής Οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ΦΕΚ Α' 38/ 28-03-2017
46. *Αλλαγές στις εφημερίες των ψυχιατρικών τμημάτων και κλινικών στην Αττική*. Εφημερίδα «Το Βήμα», 19/10/2017
47. *Το πλάνο για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση*, 17.10.2017, Ντάνι Βέργου. Εφημερίδα «Εφημερίδα των Συντακτών»
48. *Σύσκεψη εργαζομένων σε ψυχιατρεία και ψυχιατρικές κλινικές*. Εφημερίδα «Ριζοσπάστης», 25/4/2018
49. Ένωση Ιατρών Νοσοκομείων Αθήνας Πειραιά, 29/10/2017 «Προς τον Υπουργό Υγείας για τις Εφημερίες των Ψυχιατρικών Κλινικών