

ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ΤΟ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ*

Γεωργιάδου Ε., Μαστρογιάννη Α., Συγγελάκης Μ., Καραστεργίου Α.

Δ' Αξονας, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (ΨΝΘ) αποτελεί τον κύριο αποδέκτη ακούσιων εισαγωγών στη Βόρεια Ελλάδα, με αποτέλεσμα το προσωπικό να έρχεται σε επαφή με ένα νομικό πλαίσιο που συχνά αγνοεί ή αδυνατεί να εφαρμόσει. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της εφαρμογής της νομοθεσίας για τη νοσηλεία ψυχιατρικών ασθενών, καθώς και η αναζήτηση κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών διαφορών ανάμεσα στους ασθενείς που νοσηλεύονται εκούσια και ακούσια. Μελετήθηκαν αναδρομικά 251 νοσηλευθέντες στο Δ' Αξονα, Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας του ΨΝΘ κατά το 1999 (62,9% εισήχθησαν εκούσια, 13,5% με εισαγγελική εντολή για ακούσια νοσηλεία και 15,9% με εισαγγελική παραγγελία για εξέταση). Διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των εκούσια και των ακούσια εισαχθέντων σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση, τον τόπο διαμονής, τη διάγνωση, τη συμμόρφωση με προηγηθείσα αγωγή, τις προηγούμενες νοσηλείες, τη διάρκεια της παρούσας νοσηλείας και τη μετανοσοκομειακή παρακολούθηση. Αναφορικά με την εφαρμογή του νομοθετικού πλαισίου, διαπιστώθηκαν παραβιάσεις και εντοπίστηκαν δυσκολίες εγγενείς και πρακτικές, με αποτέλεσμα συχνά τη συρρίκνωση των δικαιωμάτων των ψυχιατρικών ασθενών νοσηλευόμενων εκούσια και ακούσια.

Λέξεις ευρητηρίου: ακούσια νοσηλεία, εισαγγελική εντολή, νομοθεσία, δικαιώματα ασθενών.

Η ψυχική διαταραχή μπορεί να επηρεάζει την κριτική ικανότητα και την εναισθησία των ασθενών με αποτέλεσμα να αρνούνται μερικές φορές την παροχή ιατρικής βοήθειας. Προκειμένου να διασφαλιστεί το δικαίωμα των ασθενών στη θεραπεία, παράλληλα με το σεβασμό των ατομικών τους ελευθεριών, καθώς και τα δικαιώματα του κοινωνικού συνόλου έχουν προβλεφθεί ειδικές νομικές διατάξεις.

Σύμφωνα με την αναθεωρημένη Ελληνική νομοθεσία (Ν.2071/92)¹ εισαγωγή ενός ασθενή σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας μπορεί να γίνει εκούσια ή ακούσια. Οι προϋποθέσεις και τα χαρακτηριστικά της εκούσιας νοσηλείας σε Ψυχιατρικό Τμήμα, καθώς και τα δικαιώματα των ασθενών, συμπίπτουν με τα ισχύοντα για τους ασθενείς του Γενικού Νοσοκομείου.

Ακούσια νοσηλεία δικαιολογείται όταν, σύμφωνα με γνωματεύσεις δύο ψυχιάτρων, το άτομο που πάσχει από ψυχική διαταραχή δεν είναι ικανό να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του και α) η έλλειψη νοσηλείας θα έχει ως συνέπεια να αποκλεισθεί η θεραπεία ή να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του, ή β) η νοσηλεία θεωρείται απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ιδίου ή τρίτων. Ακολουθεί εισαγγελική παραγγελία για μεταφορά σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας κοντά στην κατοικία του ασθενή. Κατά την εισαγωγή ο ασθενής ενημερώνεται ενυπογράφως για τα δικαιώματά του και ειδικότερα για το δικαίωμα να ασκήσει ένδικο μέσο. Μέσα στις επόμενες 10 ημέρες συνεδριάζει το πολυμελές Πρωτοδικείο, όπου ο ασθενής έχει δικαίωμα παρουσίας με συμπαραστάτες δικηγόρο και ψυχίατρο. Αν η διαδικασία ακούσιας εισαγωγής κινείται αυτεπάγγελτα από τον εισαγγελέα ή αν το άτομο αρνείται την ψυχιατρική εξέταση, ο εισαγγελέας δικαιούται να διατάξει τη μεταφορά του σε δημόσιο νοσοκομείο, για ψυχιατρική εκτίμηση εντός 48 ωρών. Αν κριθεί σκόπιμη η παράταση της νοσηλείας, πέραν των τριών μηνών, απαιτείται η υποβολή προς τον εισαγγελέα έκθεσης από το διευθυντή της

Κλινικής και έναν ψυχίατρο για την κατάσταση υγείας του ασθενή. Για να παραταθεί δε η νοσηλεία πέρα των έξι μηνών απαιτείται η σύμφωνη γνώμη επιτροπής, που αποτελείται από το θεράποντα ιατρό και δύο ακόμη ψυχιάτρους οριζόμενους από τον εισαγγελέα.

Ανατρέχοντας στην ελληνική βιβλιογραφία, συναντάμε αρκετές μελέτες επικεντρωμένες στο σχολιασμό του νόμου 2071/92, στη συμβολή του στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση, καθώς και στις δυσκολίες εφαρμογής του. Κοινή παραδοχή αποτελεί το γεγονός ότι ο νόμος αποβλέπει στην προστασία της προσωπικής ελευθερίας του ατόμου που εμφανίζει ψυχική διαταραχή και κατ' επέκταση στην προστασία των ατομικών δικαιωμάτων του²⁻⁹. Στην πράξη όμως διαπιστώνεται πως η διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας προσλαμβάνει συχνά ένα δύσκαμπτο και γραφειοκρατικό χαρακτήρα, είναι απρόσωπη, τυπική και δύσκολα εφαρμόσιμη^{3,5,10}. Ο ψυχίατρος καλείται να διαδραματίσει έναν διπλό και αντιφατικό ρόλο: θεραπευτή του ασθενή, αλλά και εγγυητή της δημόσιας ασφάλειας^{5,7,8}. Η "επικινδυνότητα" (μια έννοια ιδιαίτερα δύσκολη στην πρόβλεψη της) καταλαμβάνει κυρίαρχο ρόλο στη δικαστική κρίση και απόφαση. Ως εκ τούτου, η ακούσια νοσηλεία μπορεί να εξυπηρετεί φυλακτική σκοπιμότητα σε βάρος της θεραπευτικής και τα δικαιώματα του ασθενή μπορεί να περιορίζονται μπροστά στην "ασφάλεια" του κοινωνικού συνόλου^{5,11}. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι διατάξεις του νόμου που συνήθως δεν ακολουθούνται στην πράξη αφορούν τα δικαιώματα του ασθενή (ενυπόγραφη ενημέρωση, τήρηση χρονικών προθεσμιών, ουσιαστική άσκηση ένδικων μέσων)^{3,5,11,12}.

Η εξατομίκευση της κάθε περίπτωσης, η αυτοπρόσωπη και συστηματική επικοινωνία του δικαστή με τον ψυχίατρο και τον ασθενή, η δυνατότητα επιτόπιου ελέγχου της εφαρμογής του νομικού πλαισίου και η επίσπευση των προθεσμιών προτείνονται από ερευνητές ως τρόποι διαφύλαξης του πνεύματος του

* Η εργασία παρουσιάστηκε στο XIIIth Conference of the South-East European Society for Neurology and Psychiatry. Thessaloniki 2000.

νόμου, της προστασίας δηλαδή των δικαιωμάτων του ψυχικά πάσχοντος¹¹⁻¹⁴. Ορισμένοι υποστηρίζουν την αναγωγή της επικινδυνότητας σε αναγκασία - και όχι διαζευκτική, όπως είναι τώρα - προϋπόθεση, με στόχο τον περαιτέρω περιορισμό των ακούσιων νοσηλείων.

Αναμφισβήτητα, η ιδιαιτερότητα της ψυχικής νόσου καθιστά αναγκαία την ακούσια νοσηλεία και τη χρήση περιοριστικών μέτρων προκειμένου να διασφαλιστεί το δικαίωμα ορισμένων ασθενών στη θεραπεία. Παράλληλα, η αναγνώριση και ο σεβασμός των ατομικών δικαιωμάτων των ασθενών επισημαίνονται ως υποχρέωση που πηγάζει από την ιατρική ηθική (medical ethics) αλλά και ως αναπόσπαστο κομμάτι της (ψυχο-)θεραπευτικής διαδικασίας.

Στη διεθνή βιβλιογραφία ορισμένες μελέτες διερευνούν κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών που νοσηλεύονται ακούσια ή εκούσια¹⁴⁻²¹. Η αντίστοιχη δραστηριότητα στη χώρα μας είναι περιορισμένη. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή της εφαρμογής του νομοθετικού πλαισίου σε νοσηλεύόμενους στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης και η διερεύνηση των διαφορών ανάμεσα σε εκούσια και ακούσια νοσηλευθέντες σε σχέση με κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά.

Υλικό και μέθοδος

Μελετήθηκαν αναδρομικά οι περιπτώσεις των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στο Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας του Δ' Άξονα του ΨΝΘ κατά το 1999. Το Τμήμα διαθέτει 25 κρεβάτια και αποτελεί ένα από τα έξι Τμήματα Βραχείας Νοσηλείας του ΨΝΘ που υποδέχονται νέους ασθενείς, εφημερεύοντας ανά εξαήμερο. Συνολικά, το Τμήμα δέχτηκε 387 εισαγωγές που αντιστοιχούν σε 272 ασθενείς. Μελετήθηκαν 251 ασθενείς (για 21 ασθενείς -7,7%- τα στοιχεία δεν ήταν επαρκή).

Καταγράφηκαν ο τρόπος εισαγωγής (εκούσια, εισαγγελική εντολή για νοσηλεία, εισαγγελική παραγγελία για εξέταση), η εφαρμογή των νομικών διατάξεων, τα κοινωνικο-δημογραφικά και τα κλινικά χαρακτηριστικά. Αν ο ασθενής είχε περισσότερες από μία νοσηλείες κατά το 1999, καταχωρήθηκε στον πίνακα δεδομένων μόνο η πρώτη εισαγωγή του. Πηγές πλη-

ροφοριών ήταν το ιατρικό και νοσηλευτικό ιστορικό, το ηλεκτρονικό αρχείο της Κλινικής και τα αρχεία των διοικητικών υπηρεσιών του ΨΝΘ. Διερευνήθηκαν οι διαφορές ανάμεσα στις ομάδες των ασθενών με βάση τον τρόπο εισαγωγής και νοσηλείας και τα χαρακτηριστικά του δείγματος. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS και η δοκιμασία χ^2 . Τιμή $p < 0,05$ θεωρήθηκε σημαντική.

Αποτελέσματα

Τα κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρατίθενται στους Πίνακες 1 και 2. Αναφορικά με τον τρόπο εισαγωγής διαπιστώθηκε ότι 158 ασθενείς (62,9%) εισήχθησαν εκούσια, 34 (13,5%) μετά από εισαγγελική εντολή για νοσηλεία, 40 (15,9%) μετά από εισαγγελική παραγγελία για εξέταση, ενώ για 19 (7,6%) υπήρχε εκκρεμότητα στην εισαγωγή (π.χ. "ακούσια" χωρίς να τηρηθούν οι διαδικασίες που ορίζει ο νόμος). Για τους μισούς από τους ασθενείς που εισήχθησαν ακούσια για εξέταση εκτιμήθηκε ότι δεν ήταν απαραίτητη η ακούσια νοσηλεία και είτε νοσηλεύτηκαν εκούσια, είτε έλαβαν εξιτήριο. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ζητήθηκε μεταβολή του τρόπου νοσηλείας (από ακούσια σε εκούσια ή το αντίστροφο) για 15 ασθενείς (6,5%) με συνέπεια την ημέρα της εξόδου να νοσηλεύονται εκούσια 175 ασθενείς (74,5%).

Διερευνώντας την εφαρμογή του νομοθετικού πλαισίου, διαπιστώθηκε ότι κανένας από τους ακούσια νοσηλεύόμενους (ή ο συνοδός του) δεν είχε υπογράψει το σχετικό έγγραφο ενημέρωσης για τα δικαιώματά του. Δεν ήταν δυνατό να εκτιμηθεί αναδρομικά, πόσοι από τους ασθενείς ενημερώθηκαν προφορικά. Το χρονικό όριο των 48 ωρών, για την ολοκλήρωση της διαγνωστικής διαδικασίας δεν τηρήθηκε σε 13 ασθενείς (31,6%) που εισήχθησαν με εισαγγελική εντολή για εξέταση (εύρος 0-5 ημέρες). Το χρονικό όριο των 10 ημερών για την εκδίκαση της υπόθεσης στο Πρωτοδικείο δεν τηρήθηκε για 12 ασθενείς (34,6%) που εισήχθησαν για ακούσια νοσηλεία και για 36 ασθενείς (89,5%) που νοσηλεύτηκαν μετά από εισαγγελική εντολή για εξέταση (εύρος 1-60 ημέρες). Κανένας από τους ακούσια νοσηλεύόμενους ασθενείς δεν παρέστη στην εκδίκαση στο δικαστήριο. Στις περισσότε-

Πίνακας 1.
Κοινωνικά και Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Φύλο	Άνδρες	174	69,3%
	Γυναίκες	77	30,7%
Υπηκοότητα	Ελληνική	238	96%
Θρήσκευμα	Χριστιανός Ορθόδοξος	237	95,9
Ηλικία		40,1±12,79 (18-86 έτη)	
Εκπαίδευση		9,07 ±3,96 (0-20 έτη)	
Οικογενειακή Κατάσταση	Έγγαμοι	68	28,6%
	Άγαμοι	135	56,7%
	Άλλο	35	14,7%
Κατοικία	Ν. Θεσσαλονίκης	139	56,3%
	Άλλοι Νομοί	106	43,7%
Διαβιούν	Μόνοι	37	15,0%
	Με οικείους	198	80,5%
Εργασιακή Κατάσταση	Πλήρης Απασχόληση	46	22,7%
	Μερική Απασχόληση	39	19,2%
	Άνεργοι	97	47,8%
Λαμβάνουν Επίδομα Ανικανότητας		90	40,3%

Πίνακας 2.
Κλινικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος

Τρόπος Εισαγωγής	Εκούσια	158	62,9%
	Εισαγγελική Εντολή Νοσηλείας	34	13,5%
	Εισαγγελική Παραγγελία για Εξέταση ‘Σε εκκρεμότητα’	40	15,9%
		19	7,6%
Διάγνωση	Ψυχωτική Διαταραχή	128	57,7%
	Συναισθηματική Διαταραχή	80	18,0%
	Άλλη	54	24,3%
Διάρκεια Νόσου	<5 έτη	75	32,5%
	>5 έτη	156	67,5%
Πρώτη Εισαγωγή			28,6%
	πρώτη εισαγωγή στο ΨΝΘ		36,9%
	πρώτη εισαγωγή στο Τμήμα		44,4%
Προηγούμενο Ιστορικό	Ναι	193	80,1%
	Όχι	43	17,8%
Διάρκεια Νοσηλείας		27,2 ημ.+ 26 (1-136)	

ρες περιπτώσεις δόθηκε γνωμάτευση από το θεράποντα γιατρό ότι η ψυχική νόσος δεν επέτρεπε την παράσταση του ασθενή στο δικαστήριο, ενώ σε λίγες περιπτώσεις οι ασθενείς δήλωσαν ότι δεν επιθυμούν να παραστούν. Στις περιπτώσεις παράστασης της νοσηλείας πέραν των τριών μηνών (4 ασθενείς) δεν ζητήθηκε ανανέωση της εισαγγελικής εντολής. Αναφορικά με τους εκούσια νοσηλευόμενους διαπιστώθηκε πως καθηλώθηκαν 39 (24,7%) ασθενείς και 23 (14,7%) έφυγαν από το νοσοκομείο χωρίς τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος γιατρού και κηρύχθηκαν “σε φυγή” (ειδοποιήθηκε το οικείο Αστυνομικό Τμήμα, το οποίο μπορούσε να τους επαναφέρει στο Νοσοκομείο παρά τη θέλησή τους).

Στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των εκούσια και ακούσια νοσηλευθέντων διαπιστώθηκαν σε σχέση με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά του δείγματος (Πίνακας 3). Οι εκούσια νοσηλευόμενοι ασθενείς ήταν συχνότερα έγγαμοι, με τόπο κατοικίας το νομό Θεσσαλονίκης, με μικρή διάρκεια νοσηλείας, με προηγούμενες εισαγωγές μόνο στο ΨΝΘ, με καλή συμμόρφωση στην προηγηθείσα φαρμακευτική αγωγή και μετανοσοκομειακή παρακολούθηση από υπηρεσίες του ΨΝΘ. Οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν ακούσια (είτε με εισαγγελική εντολή για νοσηλεία, είτε για εξέταση) συχνότερα έπασχαν από ψυχωτική διαταραχή. Δε διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές σε σχέση με το φύλο, την ηλικία, την υπηκοότητα, το θρήσκευμα, την εκπαίδευση, τις συνθήκες διαβίωσης, την εργασιακή κατάσταση, το εισόδημα, τη διάρκεια της νόσου ή το οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό.

Συζήτηση

Κατά τη διάρκεια του 1999, η πλειονότητα των ασθενών του Δ' Τμήματος Βραχείας Νοσηλείας του ΨΝΘ νοσηλεύτηκε εκούσια. Το αποτέλεσμα είναι σύμφωνο με στοιχεία από το αρχείο του Νοσοκομείου για το σύνολο των εισαγωγών (N=2768, 76% εκούσιες, 24% ακούσιες), με παλαιότερη εργασία της Κλινικής²² [αναδρομική μελέτη 1988-1993: εκούσιες 63%, ακούσιες 23%, ειδικά για το 1993: εκούσιες 82%, ακούσιες 18%], αλλά και με έρευνες άλλων Ψυχιατρικών Νοσοκομείων^{23,24}. Αντιθέτως μια μελέτη²⁵ που έγινε στο ΨΝΘ για τα έτη 1992-1993 είχε δείξει σαφή υπερίσχυση των ακούσιων

εισαγωγών. Τα αποτελέσματα συμφωνούν με τη διεθνή βιβλιογραφία^{14,18,26} αλλά τα στοιχεία παρουσιάζονται με κάθε επιφύλαξη λόγω των σημαντικών διαφορών στη νομοθεσία και στην οργάνωση των υπηρεσιών.

Στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκαν διαφοροποιήσεις ως προς τη διάγνωση και την οικογενειακή κατάσταση ανάμεσα σε εκούσια και ακούσια νοσηλευόμενους. Τα χαρακτηριστικά του δείγματός μας (μικρή εκπροσώπηση εθνοτικών μειονοτήτων, στην πλειοψηφία νέοι άνδρες, χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, με διάγνωση ψυχωτική διαταραχή και μεγάλη διάρκεια νόσου), πιθανόν αιτιολογούν τη διαφορά με δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας (όπως η σύνδεση του τρόπου νοσηλείας με το φύλο, την εργασιακή κατάσταση, τις συνθήκες διαβίωσης, την εθνότητα και τη διάρκεια της νόσου)^{13,14,16-19,22,27}. Η εκούσια νοσηλεία εύλογα είχε μικρότερη διάρκεια και ήταν αναλογικώς συχνότερη σε ασθενείς που ήδη είχαν καλές σχέσεις με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (ασθενείς που συμμορφώνονταν με τη φαρμακευτική αγωγή, νοσηλεύτηκαν μόνο στο ΨΝΘ). Η ακούσια νοσηλεία σχετίστηκε με τον τόπο διαμονής και τη μετανοσοκομειακή παρακολούθηση των ασθενών, πιθανόν λόγω του τρόπου οργάνωσης των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στη Β. Ελλάδα. Συγκεκριμένα, ενώ σε πολλές πόλεις υπάρχουν ψυχιατρικές δομές όπου είναι δυνατή η έκδοση γνωματεύσεων για ακούσια νοσηλεία, οι ασθενείς νοσηλεύονται στο ΨΝΘ, διότι το σύνολο, σχεδόν, των δομών εκείνων δε νοσηλεύουν ασθενείς με το καθεστώς της ακούσιας νοσηλείας. Μετανοσοκομειακά, η παρακολούθησή τους αναλαμβάνεται και πάλι από τις ψυχιατρικές υπηρεσίες του τόπου διαμονής τους. Τα αποτελέσματα συμφωνούν με την παλαιότερη εργασία της Κλινικής (1993)²², όπου είχε διαπιστωθεί στατιστική σύνδεση του τρόπου νοσηλείας με οικογενειακή κατάσταση, διάγνωση, συμμόρφωση στη θεραπεία, διάρκεια νοσηλείας και μετανοσοκομειακή παρακολούθηση. Αντιθέτως προς την παρούσα εργασία, το 1993 είχε παρατηρηθεί σύνδεση και με την ηλικία του ασθενή καθώς και με τη διάρκεια της νόσου.

Διερευνώντας την εφαρμογή του νομικού πλαισίου, διαπιστώθηκε ότι αυτό δεν τηρείται επακριβώς σε σημαντικό ποσοστό των ακούσια νοσηλευόμενων ασθενών, όπως αναφέρεται

Πίνακας 3.
Σημαντικές σχέσεις τρόπου νοσηλείας με χαρακτηριστικά των ασθενών

	Εκούσια Νοσηλεία	Ακούσια Νοσηλεία	Παραγγελία για Εξέταση	
Οικογενειακή κατάσταση				
Έγγαμοι	47 (31,5%)	2 (6,3%)	10 (25,6%)	$\chi^2(4)=11,34$ $p=0,02$
Άγαμοι	78 (52,3%)	25 (78,1%)	26 (66,7)	
Διαζευγμένοι	24 (16%)	5 (15,6%)	3 (7,7%)	
Τόπος κατοικίας				
Νομός Θεσσαλονίκης	101 (65,2)	2 (5,9%)	29 (72,5%)	$\chi^2(2)=44,5$ $p=0,000$
Άλλοι νομοί	54 (34,8%)	32 (94,1%)	11 (27,5%)	
Προηγούμενες νοσηλείες				
Πρώτη νοσηλεία	44 (29,3%)	9 (27,3%)	10 (28,6%)	$\chi^2(4)=10,6$ $p=0,03$
Μόνο στο ΨΝΘ	91 (60,7%)	16 (48,5%)	15 (42,9%)	
Νοσηλείες (και) σε άλλο ίδρυμα	15 (10%)	8 (24,2%)	10 (28,6%)	
Διάρκεια νοσηλείας				
< 1 μήνα	80 (54,8%)	7 (22,6%)	10 (28,6%)	$\chi^2(4)=21,4$ $p=0,003$
1-2 μήνες	48 (32,9%)	12 (38,7%)	14 (40,0%)	
>2 μήνες	18 (12,3%)	12 (38,7%)	11 (31,4%)	
Συμμόρφωση με θεραπεία				
Ναι	72 (65,5%)	9 (40,9%)	7 (41,2%)	$\chi^2(2)=7,1$ $p=0,028$
Όχι	38 (34,5%)	13 (59,1%)	10 (58,8%)	
Μετανοσοκομειακή Παρακολούθηση				
Στο ΨΝΘ	88 (59,1%)	6 (19,4%)	25 (65,8%)	$\chi^2(4)=28,8$ $p=0,000$
Άλλη υπηρεσία	16 (10,7%)	14 (45,2%)	6 (15,8%)	
Με ευθύνη δική του	45 (30,2%)	11 (35,5%)	7 (18,4%)	
Διάγνωση				
Ψυχωτική Διαταραχή	69 (50%)		47 (68,1%)	$\chi^2(2)=6,58$ $p<0,05$
Συναισθηματική Διαταραχή	31 (22,5%)		8 (11,6%)	
Άλλη διάγνωση	38 (27,5%)		14 (20,3%)	

και σε ανάλογες μελέτες στην ψυχιατρική αλλά και νομική βιβλιογραφία^{2,3,5,6,8,9,11,12,28,29}. Ο θεράπων ιατρός καλείται να εφαρμόσει νομικές επιταγές, χωρίς ανάλογη υποστήριξη από διοικητικές υπηρεσίες του Νοσοκομείου. Αν και κάποτε ο ίδιος πλημμελώς ενημερωμένος, είναι υπεύθυνος για την ενν-μέρωση των ασθενών για τα δικαιώματά τους, ακόμα κι όταν η κατάσταση τους δεν το επιτρέπει (σύγχυση, διέγερση) και παρά τις συνέπειες για τη θεραπευτική διαδικασία. Η παράσταση του ασθενή στο αρμόδιο δικαστήριο (του τόπου κατοικίας του) καθίσταται δυσχερής, επειδή οι ακούσιες νοσηλείες στη Β. Ελλάδα παραπέμπονται στο ΨΝΘ, παρά τη νομική επιταγή για νοσηλεία του ασθενή πλησίον του τόπου κατοικίας του.

Η επίσημη αιτιολόγηση της απουσίας των ασθενών από το δικαστήριο ακολουθούσε παγίως το γράμμα του νόμου ("δεν το επιτρέπει η ψυχική κατάσταση του ασθενή"), ενώ δεν καταγράφονταν άλλες αιτίες (όπως αδυναμία συνοδείας από μέλος του προσωπικού, έλλειψη μεταφορικού μέσου, μακρινή απόσταση) οι οποίες συχνά συντελούν καθοριστικά. Η παραβίαση του χρονικού ορίου των 48 ωρών για την ολοκλήρωση της ψυχιατρικής εκτίμησης σχετίζεται με την καθημερινή πρακτική που θεωρεί ότι αναφέρεται σε εργάσιμες ημέρες, το οποίο, όμως, δεν προκύπτει από τη διατύπωση του νόμου. Η έλλειψη εξοικείωσης των εμπλεκόμενων δικαστικών λειτουργών με τις ιδιαιτερότητες του χώρου της ψυχικής υγείας, η γραφειοκρατική διεκπεραίωση της διαδικασίας, αλλά και πρακτικοί λόγοι, σχετιζόμενοι με τη το συνωστισμό των υποθέσεων και τη λειτουργία του δικαστικού συστήματος^{3,6,8}, αιτιολογούν την καθυστέρηση της εκδίκασης εκ μέρους των Πρωτοδικείων.

Με το ισχύον σύστημα, ο ψυχικά ασθενής βρίσκεται μπροστά στο παράδοξο να αναζητεί "το δίκιο του" από το σύστημα εκείνο που είναι υπεύθυνο για την ακούσια νοσηλεία του.

Αυτό, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι η επαφή με το δικαστικό σύστημα συχνά κινητοποιεί -ιδίως στη χώρα μας- επιφυλάξεις και φόβους, κάνει τον ασθενή να νιώθει κάθε άλλο παρά ασφαλώς σε σχέση με τη διαφύλαξη των δικαιωμάτων του. Ανάλογες διαπιστώσεις αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία^{30,31}, όπου τονίζεται η επιθυμία των ασθενών να αποφασίζει ο ιατρός και όχι οι νομικές αρχές για την αναγκαιότητα της ακούσιας νοσηλείας.

Σκεπτικισμό προκαλεί το εύρημα ότι ένας στους επτά εκούσια νοσηλευόμενους κηρύχθηκε σε φυγή και ένας στους τέσσερις καθηλώθηκε, χωρίς να υπάρξει αίτηση για εισαγγελική παραγγελία ακούσιας νοσηλείας. Τα αποτελέσματά μας ενισχύουν τη διαπίστωση πως στην κλινική πράξη δε δίνεται έμφαση στα δικαιώματα των ασθενών. Ο τρόπος εισαγωγής και νοσηλείας αντιμετωπίζονται ως "τυπικό" και "γραφειοκρατικό" ζήτημα, αποκομμένο και ανεξάρτητο από τη θεραπευτική διαδικασία. Μέσα στο πλαίσιο αυτό αιτιολογούνται ευρήματα, όπως η μη-παράσταση των ασθενών στο δικαστήριο, το μικρό ποσοστό μετατροπής του τύπου νοσηλείας από ακούσια σε εκούσια και το αντίθετο, ή η παραμέληση ενημέρωσης του εισαγγελέα για ανάγκη παράστασης της νοσηλείας. Η αισιόδοξη προοπτική που επισημάνθηκε λίγο μετά την ψήφιση του νόμου, εξαιτίας της αύξησης των εκούσιων εισαγωγών και της παράστασης ενός αριθμού ασθενών στα δικαστήρια²², δεν επιβεβαιώθηκε.

Ορισμένοι μεθοδολογικοί περιορισμοί θα πρέπει να αναφερθούν. Η μελέτη μας είναι αναδρομική και κατά συνέπεια αρκετά στοιχεία ελλείπουν ή είναι αναξιόπιστα (π.χ. διαπιστώσαμε ότι ορισμένοι αλλοδαποί είχαν δηλώσει Ελληνική υπηκοότητα). Το δείγμα δεν είναι αντιπροσωπευτικό των νοσηλευόμενων σε ψυχιατρικά ιδρύματα, καθώς αφορά Κλινική Βραχείας Νοσηλείας δημόσιου Ψυχιατρικού Νοσοκομείου.

Ορισμένες εκτιμήσεις, ίσως, ήταν διαβλητές (biased), όπως η διαπίστωση της συμμόρφωσης, η οποία βασίστηκε στην υποκειμενική εκτίμηση του ιατρού που γνώριζε τον τρόπο εισαγωγής και νοσηλείας. Επιπρόσθετα, ως τρόπος νοσηλείας αναφέρεται η επίσημη καταχώρηση στα έντυπα του Νοσοκομείου και κατά συνέπεια δεν υπολογίσθηκε το ζήτημα του πιθαναναγκασμού (perceived coercion). Καθώς ο αριθμός των ακούσιων εισαγωγών αποτελεί μικρό ποσοστό του συνόλου, το μέγεθος του δείγματος πιθανώς ήταν ανεπαρκές για την αξιόπιστη διερεύνηση των διαφορών των χαρακτηριστικών ανάμεσα σε εκούσια και ακούσια νοσηλευόμενους.

Στη διεθνή βιβλιογραφία επισημαίνεται η συχνή αποδοχή της "εκούσιας" νοσηλείας από τον ασθενή, όχι γιατί πραγματικά την επιθυμεί, αλλά διότι γνωρίζει ότι δεν έχει δυνατότητα επιλογής. Η υποκειμενική εμπειρία του ασθενή και η εκτίμηση του για τις συνθήκες νοσηλείας αποτελεί αντικείμενο διερεύνησης^{15,24,30,31,32,33}. Προοπτική μελέτη βρίσκεται σε εξέλιξη στην

Κλινική μας όπου διερευνώνται παράλληλα απόψεις και συναισθήματα των ασθενών, καθώς και όσων εμπλέκονται στην ευρύτερη θεραπευτική διαδικασία (συγγενών, προσωπικού).

Ο Νόμος 2071/92 έχει συμπληρώσει ήδη δέκα έτη ζωής. Αποτέλεσε αναντίρρητα ένα μεγάλο βήμα στο χώρο της ψυχικής υγείας και έφερε στο προσκήνιο το θέμα των δικαιωμάτων του ψυχιατρικού ασθενή. Παρόλα αυτά, οι αδυναμίες του είναι πλέον εμφανείς και η αναθεώρησή του επιτακτική. Θεωρούμε ως αναγκαίο βήμα τη δημιουργία, μέσα στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας, επιτροπής αρμόδιας για το χειρισμό των νομικών ζητημάτων (ενημέρωση νοσηλευόμενου για τα δικαιώματά του και παροχή νομικής βοήθειας, επίβλεψη της εφαρμογής του νόμου, ενημέρωση ιατρών). Εναλλακτικές πρακτικές που ενδεχόμενα θα μείωναν τις ακούσιες εισαγωγές, ενώ ταυτόχρονα θα διασφάλιζαν το δικαίωμα στη θεραπεία (π.χ. ακούσια χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής στο σπίτι^{34,35}) θα ήταν ευπρόσδεκτες. Η επανεξέταση του νομοθετικού πλαισίου και η ουσιαστική εφαρμογή του, από ιατρούς και νομικούς, θα μπορούσε να συμβάλει στη βελτίωση της περιθαλψής και στη διαφύλαξη των ατομικών δικαιωμάτων των νοσηλευόμενων ασθενών.

Ευχαριστούμε τον κ. Γιώργο Τριανταφύλλου, δικηγόρο, για τη συμβολή του.

INVOLUNTARY HOSPITALIZATION: THE LEGAL FRAMEWORK AND ITS APPLICATION

Georgiadou E., Mastrogianni A., Syngelakis M., Karastergiou A.

D' Unit, Psychiatric Hospital of Thessaloniki

The Psychiatric Hospital of Thessaloniki (P.H.T.) is the main recipient of compulsory admissions in the public sector in Northern Greece (population of 2,5 million) as Psychiatric Wards in General Hospitals rarely accept involuntary patients. According to the legal framework in Greece (Act 2071/92) admission in mental health units can be voluntary or involuntary (judicial order for hospitalization or for psychiatric assessment). The aim of the present study is the scrutiny of the application of the mental health legislation for admissions in the P.H.T and in addition the assessment of differences in socio-demographic and clinical characteristics between patients involuntarily and voluntarily hospitalized.

The sample of this retrospective study consisted of 251 patients admitted in the D' Acute Ward of the P.H.T. during 1999; 62,9% voluntarily, 13,5% after judicial order for involuntary hospitalization, and 15,9% after judicial order for psychiatric assessment. Significant differences (p<.05) between patients admitted voluntarily and involuntarily were found in the following variables: marital status, place of residence, diagnosis, previous treatment compliance, previous admissions, duration of hospitalization and follow-up care. Some of these findings are consistent with the literature, while other differences found in the literature were not confirmed in this study (e.g. in relation to age, sex, occupational status, ethnicity) probably because of the characteristics of the sample.

With regard to the legal framework the findings suggest that it is not applied properly for a substantial proportion of patients admitted voluntarily or involuntarily. One fourth of the voluntarily hospitalized patients had at least one incidence of physically restraining. None of the involuntarily admitted patients signed the document informing them about their rights neither attended the court hearing (held outside the hospital) about their involuntary admission and in addition, violations in the time-framework ruled by law were detected. Mental Health Specialized Tribunals held in the Hospital and independent advocate offering legal aid and information about their rights to the patients are some suggestions that would improve the application of the mental health law and the protection of psychiatric patients' civil rights. (*Hellenic J Gen Hosp Psychiatry 2003; 1:24-29.*)

Key words: compulsory admission, involuntary admission, mental health law, patients' civil rights.

Βιβλιογραφία

1. Νόμος 2071/92, Κεφάλαιο ΣΤ'. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως Α', 123/1992.
2. Αλεβίζος Β. Δεοντολογικά και νομικά προβλήματα στην άσκηση της Ψυχιατρικής. Ψυχιατρική 1996. 7: σ.123-128.
3. Κοσμάτος Κ. Το έκτο κεφάλαιο του ν. 2071/1992 μετά από ένα έτος εφαρμογής: Έρευνα της δοκιμασίας του στην πράξη. Υπεράσπιση 1994. σ.195-211.
4. Λυκέτσος ΓΚ. Ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα στην Ψυχιατρική. Ψυχιατρική 1996. 7: σ.110-112.
5. Μανιτάκης Α. Τα δικαιώματα του ψυχασθενούς: Δικαιώματα ενός προσώπου στην ελευθερία ή δικαιώματα ενός ασθενούς στην υγεία; Τετράδια Ψυχιατρικής 1997. 60: σ.54-67.
6. Μεγαλοοικονόμου Θ. Προβλήματα εφαρμογής του νόμου 2071 για την Ψυχική Υγεία στην περιφέρεια Δωδεκανήσου. Τετράδια Ψυχιατρικής 1997. 60: σ.141-146.
7. Μπρσούλη Μ. Παρουσίαση της προβληματικής της διημερίδας. Τετράδια Ψυχιατρικής 1997. 60: σ.12-16.
8. Παρασκευόπουλος ΝΑ. Ν2071/1992, Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας (Κεφάλαιο 6, Ακούσια νοσηλεία πασχόντων από ψυχική διαταραχή σε ψυχιατρική μονάδα). Υπεράσπιση 1993. σ.199-212.
9. Βριβιδάκης Σ. Ηθικά προβλήματα κατά τη θεραπεία της ψυχικής ασθένειας: Η φιλοσοφική παρέμβαση. Ψυχιατρική 1996; 7:113-118.
10. Λειβαδίτης Μ. Η εφαρμογή του μέτρου της ακούσιας νοσηλείας σε ένα περιφερειακό νοσοκομείο. Τετράδια Ψυχιατρικής 1997. 60: σ.137-140.
11. Μποζίκας Β, Βαρτζόπουλος Δ, Τούσινα Α, Καραβάτος Α, Καπρίνης Γ. Ακούσια νοσηλεία: Επικινδυνότητα ή/και ανάγκη νοσηλείας. Εγκέφαλος 1999. 36: σ.34-38.
12. Παπαδημητρίου Χ, Μποζίκας Β, Γεωργίου Γ, Βαρτζόπουλος Δ. Αδυναμία εφαρμογής διατάξεων του Νόμου 2071/92 περί αναγκαστικής νοσηλείας. Γαλήνη 1998. 40: σ.443-447.
13. Λειβαδίτης Μ. Ψυχιατρική και Δίκαιο. Αθήνα: Παπαζήσης 1994. σ.420-438.
14. Harrison G, Ineichen B, Smith J, Morgan HG. Psychiatric Hospital Admissions in Bristol II: Social and Clinical Aspects of Compulsory Admission. Br J Psychiatry 1984; 145:605-611.
15. Bebbington PE, Feeney ST, Flannigan CB, Glover GR, Lewis SW, Wing JK. Inner London collaborative audit of admissions in two Health Districts II: Ethnicity and the use of the Mental Health Act. Br J Psychiatry 1994; 165:743-749.
16. Isohanni M, Nieminen P, Moring J, Pylkkanen K, Spalding M. The dilemma of civil rights versus the right to treatment: Questionable involuntary admissions to a mental hospital. Acta Psychiatr Scand 1991; 83:256-261.
17. Kjellin L, Westrin C-G. Involuntary Admissions and Coercive Measures in Psychiatric Care. Registered and reported. International Journal of Law and Psychiatry 1998; 21:31-42.
18. Riecher-Rossler A, Rossler W. Compulsory admission of psychiatric patients. An international comparison. Acta Psychiatr Scand 1993; 87:231-236.
19. Riecher A, Rossler W, Loffler W, Fatkenheuer B. Factors influencing compulsory admission of psychiatric patients. Psychological Medicine 1991; 21:197-208.
20. Saarento O, Rasanen S, Nieminen P, Hakko H, Isohanni M. Sex differences in the contact rates and utilization of psychiatric services. A three-year follow-up study in northern Finland. Eur Psychiatry 2000; 15:205-212.
21. Sanguineti VR, Samuel SE, Schwartz SL, Robeson MR. Retrospective study of 2200 involuntary psychiatric admissions and readmissions. Am J Psychiatry 1996; 153:392-396.
22. Βαλουμάς Γ, Μαστρογιάννη Α, Καραστεργίου Α, Ζαμπιόγλου Γ, Καλλίνης Χ, Αλαγκιοζίδου Ε. Η ψυχιατρική φροντίδα σε Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας του ΨΝΘ: Η Εκούσια και υποχρεωτικές εισαγωγές. Περιλήψεις 13ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ψυχιατρικής, 1994. σ.70.
23. Γονιδάκης Φ, Πεχλιβανίδης Α, Πολίτης Α, Δικαίος Δ, Τρίκκας Γ, Χριστοδούλου ΓΝ. Διαφοροποίηση χαρακτηριστικών σε ασθενείς που κρίθηκε απαραίτητη η νοσηλεία τους ανάλογα με τον τρόπο προσέλευσής τους. Περιλήψεις 16ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ψυχιατρικής, 2000. σ.98.
24. Μασδράκης Β, Πολίτης Α, Δικαίος Δ, Πεχλιβανίδης Α, Τρίκκας Γ, Χριστοδούλου ΓΝ. Ακούσια - Εκούσια επείγουσα ψυχιατρική εξέταση: Δημογραφικά, κλινικά και συμπεριφορικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Περιλήψεις 16ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ψυχιατρικής, 2000. σ.99.
25. Σκαραγκάς Δ. Η εφαρμογή του νόμου 2071/92 για την ψυχική υγεία. Ψυχιατρική 1996. 7: σ.199-203.
26. Hoge SK, Lidz CW, Eisenberg M, Monahan J, Bennet N, Gardner W, Mulvey E, Roth L. Family, clinician and patient perceptions of coercion in mental hospital admission. International Journal of Law and Psychiatry 1998; 21:131-147.
27. Μούζας Ο, Μαντάς Χ, Λιάκος Α. Ψυχιατρική εκτίμηση μετά από εισαγγελική παραγγελία. Τρίχρονη εμπειρία στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Περιλήψεις 14ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ψυχιατρικής, 1996. σ.126.
28. Μιχαλακάς Α, Χαράλάμπους Α, Δουλιγέρη Γ, Μερκούρη Ι, Γκότσης Γ, Σπυλιάνη Μ. Υλοποίηση του Νόμου 2071/92 για την Ψυχική Υγεία. Περιλήψεις 15ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ψυχιατρικής, 1998. σ.136.
29. Πλουμπιδής Δ. Παρατηρήσεις για την εφαρμογή του νόμου 2071/92, σχετικά με την αναγκαστική νοσηλεία σε ψυχιατρικά ιδρύματα. Τετράδια Ψυχιατρικής 1997. 60: σ.147-151.
30. Nilstun T, Syse A. The right to accept and the right to refuse. Acta Psychiatr Scand 2000; 101 Suppl 399: 31-34.
31. Westrin CG, Nilstun T. Psychiatric ethics and health services research. Concepts and research strategies. Acta Psychiatr Scand 2000; 101 Suppl 399: 47-50.
32. Hoge SK, Lidz CW, Eisenberg M, Gardner W, Monahan J, Mulvey E, Roth L, Bennet N. Perceptions of Coercion in the Admission of Voluntary and Involuntary Psychiatric Patients. International Journal of Law and Psychiatry 1997; 20:167-181.
33. Melamed Y, Kimchi R, Shnit D, Moldavski D, Elizur A. Clinical Assessment of Competency to Consent to Psychiatric Hospitalization. International Journal of Law and Psychiatry 1999; 22:55-64.
34. Μουρτζούχου Π, Πολίτης Α, Πεχλιβανίδης Α, Δικαίος Δ, Τρίκκας Γ, Χριστοδούλου ΓΝ. Ακούσια νοσηλεία ή και ακούσια εξωνοσοκομειακή δέσμευση σε θεραπεία, Περιλήψεις 16ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ψυχιατρικής, 2000. σ.100.
35. Λειβαδίτης Μ. Ακούσια νοσηλεία και πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Στο: Βιδάλης Α., Διδασκάλου Θ, Τσιλικής Σ. Εκδ. Θέματα Ψυχιατρικής στο Γενικό Νοσοκομείο. Θεσσαλονίκη: Σύγχρονες Εκδόσεις 2001. σ.177-181.

Αθήνηλογογραφία

Εύενα Γεωργιάδου

Αγ. Σοφίας 44, 546 22 Θεσσαλονίκη

e-mail: gaganaki@otenet.gr