



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

**Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης**

ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: Σωτηρία Αντωνίου-Λιόλη

ΠΕΙΡΑΙΑΣ, 2013



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Χαράλαμπος Οικονόμου
ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: Σωτηρία Αντωνίου-Λιόλη**

ΠΕΙΡΑΙΑΣ, 2013



**UNIVERSITY
OF
PIRAEUS**

**MASTER OF SCIENCE
IN HEALTH MANAGEMENT**



**TEI
OF
PIRAEUS**

**Graduate Thesis Submitted for the Degree
“Master in Health Management”**

THE RIGHTS OF THE MENTALLY ILLS

STUDENT: Sotiria Antoniou-Lioli

PIRAEUS, 2013

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας ευχαριστώ θερμά τον κ. Χαράλαμπο Οικονόμου, επιβλέποντα καθηγητή μου, για την καθοδήγηση και υποστήριξη του. Ευχαριστώ επίσης, όλους τους διδάσκοντες του μεταπτυχιακού προγράμματος για τις γνώσεις που μου μετέδωσαν. Ευχαριστώ ιδιαίτερα την οικογένεια μου για τον χρόνο που της στέρησα, κατά τη διάρκεια ενασχόλησης μου με την παρούσα εργασία.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αναγνώριση, η άσκηση και η προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές είναι ένα ευρύ νομικό και κοινωνικό θέμα στο οποίο πρέπει να συμβάλλουν, στο πλαίσιο των συνταγματικών και διεθνών σχετικών προβλέψεων, η πολιτεία με τους θεσμούς της αλλά και η κοινωνία με τους φορείς της.

Στόχος της έρευνας είναι η μελέτη της έκτασης της γνώσης των ψυχικά ασθενών για τα δικαιώματά τους και της έκτασης εφαρμογής, στην πράξη, των θεσπισμένων δικαιωμάτων. Οι παράμετροι αυτοί εξετάστηκαν αναφορικά με τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών αποασυλοποίησης έξι ξενώνων και δύο προστατευόμενων διαμερισμάτων, που έχει αναπτύξει το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο «ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ» στο πλαίσιο του εθνικού σχεδίου ψυχιατρικής μεταρρύθμισης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ».

Ζητήθηκε η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους χρήστες, σε σχέση με παραμέτρους που αναδεικνύουν την εμπειρία και τη γνώση για τα δικαιώματά τους. Με βάση τα αποτελέσματα που συγκεντρώθηκαν, επιχειρείται να αποτυπωθεί η σχέση/επίδραση μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών (φύλλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, κατάσταση εργασίας και επίπεδο εισοδήματος) και της γνώσης, προστασίας και σεβασμού των δικαιωμάτων (ενημέρωση, δυνατότητα επιλογής θεραπείας /ιατρού /νοσηλευτή, ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων εμπιστοσύνης και σεβασμού, επικέντρωση των παρεχόμενων υπηρεσιών στις προσωπικές ανάγκες, άσκηση πολιτικών δικαιωμάτων, αίσθηση στιγματισμού και ενεργειών αντιμετώπισης του).

Με βάση τα ανωτέρω δεδομένα και με στόχο την διασφάλιση και προαγωγή των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, που διαβιούν σε δομές αποασυλοποίησης, προτείνονται μέτρα όπως: η πληροφόρηση και ενημέρωση των ιδίων και των οικογενειών τους για τα δικαιώματά τους, η συνεχής εστιασμένη επιμόρφωση και εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, η ενεργός συμβολή των μηχανισμών προστασίας των δικαιωμάτων, η συνδρομή της κοινωνίας των πολιτών (ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση αυτής) και τέλος η πλήρης εναρμόνιση της νομοθεσίας στο ευρωπαϊκό δεδομένο, με σχετικές τροποποιήσεις για την άρση ασαφειών ή κενών.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: δικαιώματα ψυχικά ασθενών, ξενώνες αποασυλοποίησης, παρεχόμενες ψυχιατρικές υπηρεσίες.

Title of Thesis: "Rights of the mentally ill/Mentally ill's Rights",

Student: Sotiria Antoniou-Lioli

Graduate Thesis Submitted for the Degree "Master in Health Management"

University of Piraeus - TEI of Piraeus, Greece.

Supervisor: Dr. Charalampos Economou

ABSTRACT

The recognition, the exercise and the protection of rights of people with mental disorders is a broad legal and social issue to which should contribute, within the constitutional and international anticipation, the state with its institutions and the society with its bodies.

The aim of the research is to study the extent of knowledge of mental patients regarding their rights and the scope, in practice, of the established rights. These parameters were examined in relation to the utilization of deinstitutionalization services of six hostels and two protected apartments, developed by the Psychiatric Hospital "Dromokaitio" under the national mental health reform plan "PSYCHARGOS."

The users were asked to evaluate the services provided, in relation to parameters that highlight the experience and knowledge of their rights. Based on the results obtained, it is attempted to capture the relationship / interaction between the demographic characteristics (sex, age, educational level, employment status and income level) and the knowledge, protection and respect of the rights (information, capability of choice of therapy / doctor / nurse, development of relationships of trust and respect, focus on personal service needs, exercise of civil rights, sense of stigma and actions to address it).

Based on the above data and in order to safeguard and promote the rights of people with mental disorders who live in deinstitutionalization structures, measures are recommended such as: the information and education for themselves and their families regarding their rights, the continuous and focused education and training of mental health professionals, the active contribution of the rights protection mechanisms, the contribution of civil society (its sensitization and mobilization) and finally the complete harmonization of legislation in the European context, with relevant amendments to remove ambiguities or gaps.

KEYWORDS: Rights of the mentally ill, deinstitutionalization hostels, provided psychiatric services.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	
Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ	
1.1 Η προστασία ως βασικό ατομικό και κοινωνικό δικαίωμα.....	4
1.2 Η προστασία από την Ψυχιατρική.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	
ΤΟ ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ	
2.1 Διεθνείς συμβάσεις.....	19
2.2 Τα ειδικότερα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	
Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	
3.1 Το θεσμικό πλαίσιο.....	33
3.2 Τα όργανα προστασίας.....	42
3.3 Η πραγματικότητα - προβλήματα - ανεπάρκεια θεσμικού πλαισίου.....	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ	
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	
5.1 Δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά.....	61
5.2 Συσχετίσεις μεταβλητών.....	68
5.2.1 Στατιστική Σημαντικότητα $P < 0,05$	68
5.2.2 Κανόνες Συσχέτισης.....	69
5.3 Αυτοπροσδιορισμός των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.....	74
5.4 Επικέντρωση των υπηρεσιών στο χρήστη.....	89
5.5 Σεβασμός στο άτομο.....	100
5.6 Προστασία των δικαιωμάτων τους ως πολιτών.....	105
5.7 Φυσικό περιβάλλον.....	112
5.8 Δυνατότητες της υπηρεσίας.....	118
5.9 Στιγματισμός.....	121
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ	
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	127
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	137
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	144

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ- ΠΙΝΑΚΩΝ- ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1.....	61
Σχήμα 2.....	62
Σχήμα 3.....	64
Σχήμα 4.....	65
Σχήμα 5.....	66
Σχήμα 6.....	67
Σχήμα 7.....	105
Σχήμα 8.....	106
Σχήμα 9.....	107
Σχήμα 10.....	108
Σχήμα 11.....	109
Σχήμα 12.....	110
Σχήμα 13.....	111
Σχήμα 14.....	118
Σχήμα 15.....	119
Σχήμα 16.....	120
Πίνακας 1.....	62
Πίνακας 2.....	62
Πίνακας 3.....	65
Πίνακας 4.....	66
Πίνακας 5.....	67
Πίνακας 6.....	70
Πίνακας 7.....	72
Γράφημα 1.....	74
Γράφημα 2.....	75
Γράφημα 3.....	76
Γράφημα 4.....	77
Γράφημα 5.....	78
Γράφημα 6.....	79
Γράφημα 7.....	80
Γράφημα 8.....	81
Γράφημα 9.....	82
Γράφημα 10.....	83
Γράφημα 11.....	84
Γράφημα 12.....	85
Γράφημα 13.....	86
Γράφημα 14.....	87
Γράφημα 15.....	88
Γράφημα 16.....	89
Γράφημα 17.....	90
Γράφημα 18.....	91
Γράφημα 19.....	92
Γράφημα 20.....	93
Γράφημα 21.....	94
Γράφημα 22.....	95
Γράφημα 23.....	96
Γράφημα 24.....	97
Γράφημα 25.....	98
Γράφημα 26.....	99

Γράφημα 27.....	100
Γράφημα 28.....	101
Γράφημα 29.....	102
Γράφημα 30.....	103
Γράφημα 31.....	104
Γράφημα 32.....	112
Γράφημα 33.....	113
Γράφημα 34.....	114
Γράφημα 35.....	115
Γράφημα 36.....	116
Γράφημα 37.....	117
Γράφημα 38.....	121
Γράφημα 39.....	122
Γράφημα 40.....	123
Γράφημα 41.....	124
Γράφημα 42.....	125
Γράφημα 43.....	126

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

«Ένα βασικό δικαίωμα θέλουμε. Να έχουμε όλα τα δικαιώματα ενός πολίτη που δεν έχει χαρακτηριστεί ψυχικά πάσχων.» Γ. Γ. – πρώην χρήστης υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Η ελληνική νομοθεσία βρίσκεται σε πλήρη συνάφεια με τις διεθνείς και ευρωπαϊκές διακηρύξεις και συμβάσεις, στηρίζεται στις βασικές αρχές της προστασίας των δικαιωμάτων και του σεβασμού της αξιοπρέπειας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και θέτει τους όρους για την εφαρμογή αυτών των αρχών στη φροντίδα της ψυχικής υγείας. Παρατηρείται όμως χάσμα, μεταξύ της γενικά προοδευτικής νομοθεσίας και της προστασίας των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων στην πράξη. Οι κύριοι τομείς που παρατηρούνται παραβιάσεις των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές είναι η πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, η αναγκαστική νοσηλεία, η παραβίαση δικαιωμάτων κατά τη νοσηλεία, ο περιορισμός και η αφαίρεση δικαιωμάτων και οι κοινωνικές διακρίσεις.

Η ελληνική νομοθεσία είναι εναρμονισμένη με τις διεθνείς κατευθύνσεις. Οι βασικές διατάξεις περιέχονται στους νόμους 2071/1992, 2447/1996, 2519/1997, 2716/1999 και 3418/2005 και ρυθμίζουν αρκετά από τα προαναφερόμενα θέματα. Ο Ν. 2071/1992 (άρθρο 47), καθορίζει τα δικαιώματα του ασθενούς, ενώ οι Ν. 2519/1997 και 2716/1999 καθορίζουν ειδικότερα τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών καθώς και τα όργανα προστασίας τους. Παρατηρούνται όμως προβλήματα στην εφαρμογή της νομοθεσίας, κυρίως σε σχέση με την ακούσια νοσηλεία και θεραπεία. Τα προβλήματα αυτά απασχολούν το σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, το δικαστικό σύστημα και την αστυνομία, αλλά κυρίως τους ψυχικά ασθενείς και τις οικογένειές τους. «Η εφαρμογή των δικαιωμάτων τους, επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την προσωπική ευαισθησία του ιατρού, από την γνώση του ασθενούς, από την εξουσιαστική φύση της σχέσης του με τον ιατρό, αλλά και από το γραφειοκρατικό χαρακτήρα της θεραπευτικής διαδικασίας και τις ασάφειες του νομοθετικού πλαισίου.» (Ακινόσογλου, 2007).

Ανθρώπινα δικαιώματα και υγεία τελούν υπό καθεστώς εξάρτησης, σε μια σχέση αμφίρροπη και ουσιαστική. Σχέση η οποία έχει αναγνωριστεί και αποτυπωθεί σε κείμενα διεθνών οργανισμών αλλά και εθνικών νομοθεσιών και αποσκοπεί στην προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στο χώρο της υγείας, προκειμένου ο

ασθενής να απολαμβάνει κυρίως την ελευθερία και αξιοπρέπεια του, σε ένα χώρο τόσο ιδιαίτερο και πολύπλοκο. «Σε κάθε περίπτωση, η σχέση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων με την υγεία είναι μια σχέση αμφίδρομη, καθώς η προαγωγή και η προστασία του ενός συμβαδίζει και συμπληρώνει την προαγωγή και την προστασία του άλλου.» (Χρυσοσπάθη, 2005).

Ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, το Συμβούλιο της Ευρώπης, η Ευρωπαϊκή Ένωση, μέσω διακηρύξεων και διατάξεων, δεσμευτικών και μη, επιχείρησαν να προασπίσουν και κατοχυρώσουν τα δικαιώματα των ασθενών, αλλά και πρωτίστως το ίδιο το δικαίωμα στην υγεία. Η ελευθερία, η αυτοδιάθεση, η ανθρώπινη αξία και ο σεβασμός αυτής, αποτελούν έννοιες πανανθρώπινες, που είναι άμεσα συνυφασμένες με την απόλαυση του δικαιώματος στην υγεία και του οποίου αποτελούν κατευθυντήριες αρχές.

Στη σύγχρονη εποχή, η Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου από τον Ο.Η.Ε. το 1948, στο πρώτο άρθρο της οποίας αναφέρεται ότι «Όλοι οι άνθρωποι γεννιούνται ελεύθεροι και ίσοι στην αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα», αποτελεί την πρώτη διεθνή προσπάθεια κατοχύρωσης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η αρχή αυτή αποτελεί κατευθυντήρια οδηγία στη διαμόρφωση πολιτικών και νομοθεσιών για την υγεία και ειδικότερα για την ψυχική υγεία. «Τα Ηνωμένα Έθνη έχουν αναγνωρίσει εδώ και πολλές δεκαετίες την ανάγκη προστασίας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και σωματικές αναπηρίες. Οι εκθέσεις του Οργανισμού δείχνουν ότι ιδίως η πρώτη κατηγορία ζει συχνά στις χειρότερες κοινωνικές συνθήκες, ως αποτέλεσμα της οικονομικής περιθωριοποίησης, της διακριτικής μεταχείρισης και της έλλειψης νομικής προστασίας.» (Γκαράνη-Παπαδάτου, 2011).

Η νομοθεσία για την ψυχική υγεία πρέπει να κωδικοποιεί και να παγιώνει τις βασικές αρχές, αξίες και σκοπούς της πολιτικής για την ψυχική υγεία και να διασφαλίζει την προστασία της αξιοπρέπειας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ασθενών. Από τις 160 χώρες που έδωσαν πληροφορίες για τη νομοθεσία, σχεδόν το ένα τέταρτο δεν είχε νομοθεσία για την ψυχική υγεία, περίπου το ήμισυ της υπάρχουσας νομοθεσίας είχε δημιουργηθεί την περασμένη δεκαετία, αλλά σχεδόν κατά το ένα πέμπτο είχε δημιουργηθεί πριν σαράντα χρόνια, σε εποχές που δεν υπήρχαν οι σημερινές διαθέσιμες θεραπευτικές πρακτικές (Π.Ο.Υ., 2001).

Η παρούσα μελέτη έχει ως αντικείμενο να διερευνήσει την έκταση της γνώσης άλλα και της εφαρμογής στην πράξη, των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών. Οι συγκεκριμένες παράμετροι θα εξεταστούν αναφορικά με τη χρήση των υπηρεσιών των δομών αποασυλοποίησης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου «ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ». Η εργασία θα αναπτυχθεί σε δύο μέρη: α) στο γενικό μέρος, όπου θα παρουσιαστεί η αναγκαιότητα κατοχύρωσης και προστασίας των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών, το διεθνές και εθνικό θεσμικό πλαίσιο και η ανεπάρκεια του, τα όργανα προστασίας τους και τα προβλήματα που έχουν αναδειχτεί από αρμόδιους φορείς, και β) στο ειδικό μέρος, όπου θα παρουσιαστεί η έρευνα που διενεργήθηκε στις δομές αποασυλοποίησης, η μεθοδολογία, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα αυτής.

Ειδικότερα, στο γενικό μέρος και στο πρώτο κεφάλαιο θα γίνει αναφορά στην ανάγκη προστασίας των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών, προστασία ως βασικό ατομικό και κοινωνικό δικαίωμα, αλλά και προστασία από την ψυχιατρική επιστήμη και πρακτική. Στο δεύτερο κεφάλαιο θα παρουσιαστεί το διεθνές και το ευρωπαϊκό πλαίσιο προστασίας καθώς και τα ειδικότερα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών. Στο τρίτο κεφάλαιο θα παρουσιαστεί η κατάσταση που επικρατεί στη χώρα μας, το εθνικό πλαίσιο προστασίας, οι κύριοι φορείς που δρουν στο πεδίο της προστασίας των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών, τα προβλήματα που έχουν αναδειχτεί και η ανεπάρκεια του θεσμικού πλαισίου. Στο ειδικό μέρος, στο τέταρτο κεφάλαιο θα παρουσιαστεί η μεθοδολογία της έρευνας, στο πέμπτο κεφάλαιο τα αποτελέσματα αυτής και στο έκτο κεφάλαιο τα συμπεράσματα και οι σχετικές προτάσεις.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

1.1 Η προστασία ως βασικό ατομικό και κοινωνικό δικαίωμα

Μία από τις θεμελιώδεις έννοιες του δικαίου είναι εκείνη του δικαιώματος. Η ιστορική εξέλιξη αλλά και το πολιτιστικό επίπεδο μιας χώρας είναι παράγοντες διαφοροποίησης της αναγνώρισης, κατοχύρωσης και άσκησης των ατομικών δικαιωμάτων, τα οποία συναρτώνται με την πολιτική, κοινωνική και οικονομική κατάσταση της. Το περιεχόμενο τους σε έκταση και ποιότητα, αλλά και ο αριθμητικός προσδιορισμός τους διαφέρουν κατά τύπο και χρόνο, ενώ τα περισσότερα από αυτά είναι αποτέλεσμα κοινωνικών αγώνων και αντικείμενο διάσπασης ανάμεσα στις διάφορες κοινωνικές τάξεις.

Η έννοια των ατομικών δικαιωμάτων

«Ατομικά δικαιώματα λέγονται εκείνα που παρέχουν στο άτομο την ευχέρεια να αναπτύσσει ελεύθερα την δραστηριότητα του μέσα σε ορισμένο κύκλο ενέργειας, στον οποίο αποκλείεται ή περιορίζεται η επέμβαση του Κράτους. Με τη θέσπιση των δικαιωμάτων αυτών αναγνωρίζονται και κατοχυρώνονται αντίστοιχες ατομικές ελευθερίες.» (Γεωργόπουλος, 1996).

Τα ατομικά δικαιώματα (Σ άρθρα 4-25), κατοχυρώνονται κατ' αρχήν με το Σύνταγμα για κάθε πρόσωπο που βρίσκεται στην Ελλάδα, άσχετα αν είναι ιθαγενής ή αλλοδαπός, ενώ ξεχωρίζουν από τις δύο άλλες κατηγορίες δικαιωμάτων, τα αστικά και τα πολιτικά δικαιώματα. «Πολιτικά (Σ άρθρα 46,51,103) είναι εκείνα που παρέχουν τη συμμετοχή στην άσκηση της κρατικής εξουσίας και ειδικότερα το εκλογικό δικαίωμα και το δικαίωμα διορισμού σε δημόσιες θέσεις. (Γεωργόπουλος, 1996).

Τα ατομικά δικαιώματα σαν νομικός θεσμός, αναπτύχθηκαν για πρώτη φορά στην Αγγλία όπου το 1215 με τη Magna Charta, προστατεύτηκε η προσωπική ελευθερία, κατοχυρώθηκε η ελευθερία κίνησης των πολιτών και οργανώθηκε η απονομή της δικαιοσύνης. Το 1628 το Κοινοβούλιο ψήφισε την Αναφορά των Δικαιωμάτων (Petition of Rights) σύμφωνα με την οποία η εξουσία του βασιλιά

περιοριζόταν από τα ατομικά δικαιώματα, ενώ το 1869 το Bill of Rights αναγνώρισε το δικαίωμα των πολιτών να αναφέρονται στις αρχές. (Παπαδημητρίου, 2006).

Η πρώτη θεωρητική διακήρυξη των ατομικών δικαιωμάτων πραγματοποιήθηκε στα τέλη του 16^{ου} αρχές 17^{ου} αιώνα, όπου οι θρησκευτικοί πόλεμοι οδήγησαν στην διαμόρφωση της άποψης ότι πηγή της κρατικής εξουσίας είναι ο άνθρωπος και ότι η πολιτική κοινωνία αποτελεί θεσμό που δημιουργήθηκε από τους ανθρώπους για να διατηρήσουν τις ελευθερίες τους. Οι αντιλήψεις αυτές αναπτύχθηκαν συστηματικά τον 17^ο και 18^ο αιώνα από τη Σχολή του Φυσικού Δικαίου, με τον Μοντεσκιέ και τον Βολταίρο να είναι εκείνοι οι πολιτικοί φιλόσοφοι που υποστήριξαν εντονότερα την ανάγκη προστασίας των ατομικών δικαιωμάτων. (Παπαδημητρίου, 2006).

Το Bill of Rights της Βιρτζίνια του 1776 μαζί με την διακήρυξη της ανεξαρτησίας των Ηνωμένων Πολιτειών του 1776 και η Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και του Πολίτη της Γαλλικής Επανάστασης του 1789, αποτέλεσαν τα δύο κύρια συνταγματικά κείμενα, όπου αποτυπώνονται για πρώτη φορά οι προαναφερόμενες πολιτικές φιλοσοφίες για τα ατομικά δικαιώματα. Από τη Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και του Πολίτη και από το Σύνταγμα της Γαλλίας του 1791, δημιουργήθηκε ο λεγόμενος κλασικός κατάλογος των ατομικών δικαιωμάτων, με τα ακόλουθα κύρια δικαιώματα: την προσωπική ελευθερία και ασφάλεια, το άσυλο της κατοικίας, την ελευθερία έκφρασης, το απόρρητο των επιστολών, την θρησκευτική ελευθερία, την ελευθερία της εκπαίδευσης, του συνέρχεσαι και συνεταιρίζεσθαι, το δικαίωμα αναφοράς στις αρχές, την ελευθερία της οικονομικής κίνησης, το απαραβίαστο της ιδιοκτησίας και τη νομική και φορολογική ισότητα. Τα δικαιώματα αυτά αποτέλεσαν θεμελιακό στοιχείο και στα ελληνικά συντάγματα της επαναστατικής περιόδου και σταδιακά ενσωματώθηκαν στις νομικές διατάξεις όλων των νεότερων κρατών. (Γεωργόπουλος, 1996).

Στα σύγχρονα συνταγματικά κείμενα εκτός από τα ατομικά δικαιώματα περιέχονται και διατάξεις που αναγνωρίζουν ορισμένα κοινωνικά δικαιώματα και καθήκοντα, που συνίστανται σε θετικές υποχρεώσεις του Κράτους απέναντι των ατόμων, αλλά και των ατόμων απέναντι του Κράτους και του κοινωνικού συνόλου του οποίου αποτελούν μέλη. «Κοινωνικά δικαιώματα χαρακτηρίζονται εκείνα, με τα οποία αναγνωρίζονται στα άτομα ορισμένες εξουσίες με σκοπό να απαλλαγούν από την οικονομική καταπίεση και να εξασφαλιστεί η ευημερία τους. Τα κοινωνικά δικαιώματα έχουν θετικό περιεχόμενο: συνίστανται στην αξίωση του ατόμου απέναντι

στο Κράτος, για ορισμένες παροχές, χάρις στις οποίες θα μπορέσει να αναπτύξει καλύτερα την προσωπικότητα του.» (Γεωργόπουλος, 1996).

Το γερμανικό σύνταγμα του 1919 εισήγαγε μια σειρά διατάξεων κοινωνικού και οικονομικού περιεχομένου: εξασφάλιση στέγης, καθιέρωση συνδικαλιστικής ελευθερίας, δικαίωμα του μισθωτού για την άσκηση πολιτικών ή άλλων δημόσιων καθηκόντων, δημιουργία συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, παροχή δυνατότητας παραγωγικής εργασίας, εκπροσώπησης σε εργατικά συνδικάτα, καθήκον γονέων για ανατροφή και επιμέλεια των παιδιών τους, προστασία του γάμου, της οικογένεια και της μητρότητας κα. Μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο πολλά από τα νεώτερα Συντάγματα έχουν διατάξεις που δημιουργούν κοινωνικά δικαιώματα. Οι κοινωνικού περιεχομένου διατάξεις των σύγχρονων Συνταγμάτων όμως, στις περισσότερες περιπτώσεις, δεν θεμελιώνουν αξίωση του ατόμου απέναντι στο Κράτος για να προβεί σε κάποια παροχή ή ενέργεια. Οι σχετικές διατάξεις έχουν κυρίως χαρακτήρα κατευθυντήριων υποδείξεων προς το νομοθέτη. (Παπαδημητρίου, 2006).

Ατομικά, πολιτικά και κοινωνικά δικαιώματα τελούν υπό δυναμική αλληλουχία και είναι άμεσα συνυφασμένα με την οργάνωση και λειτουργία της κάθε κοινωνίας. Η κατάκτηση και απόλαυση των τριών μορφών δικαιωμάτων δε συμβαδίζουν πάντα, ενώ η ανάπτυξη των κοινωνικών δικαιωμάτων ουσιαστικά εξαρτάται από την αντίστοιχη αναγνώριση, προστασία και απόλαυση των πολιτικών και ατομικών δικαιωμάτων.

«Όλα τα ανθρώπινα δικαιώματα – ατομικά, πολιτικά και κοινωνικά – αναπτύσσονται διαρκώς και δε θα έπρεπε σε οποιαδήποτε ιστορική στιγμή να θεωρηθεί ότι απέκτησαν πλέον μια τελική και καθοριστική μορφή.» (Μπόττομορ, 1995). Πρόκειται για έννοια δυναμική και όχι στατική, το περιεχόμενο της οποίας διευρύνθηκε και εμβάθυνε στο πέρασμα του χρόνου.

Η κατάσταση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στον κόσμο και η ανάπτυξη τους διαφέρουν ενώ παρουσιάζουν και αντιφατικά χαρακτηριστικά. «Η προοπτική διεύρυνσης τους μακροπρόθεσμα προϋποθέτει πολιτικές που θα επιτύχουν μια πιο δίκαιη κατανομή του προϊόντος του κοινωνικού μόχθου σε όλο τον κόσμο, και εδώ βρίσκονται τα πιο τρομακτικά και δύσβατα προβλήματα.» (Μπόττομορ, 1995).

Το ατομικό και κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία

Με τη συνταγματική αναθεώρηση του 2001, άρθρο 5 παρ. 5, κατοχυρώνεται το δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής ταυτότητας του ατόμου, το οποίο αποτελεί συνέχεια της προστασία της προσωπικής ελευθερίας, δηλαδή της

φυσικής και σωματικής ελευθερίας του. Προϋπόθεση για την προστασία της υγείας είναι οι θετικές ενέργειες εκ μέρους του κράτους, όπως η οργάνωση ενός συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας.

Ωστόσο αντικείμενο του προαναφερόμενου άρθρου του Συντάγματος, δεν είναι αυτές οι θετικές ενέργειες δηλαδή το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία, αφού αυτό προβλέπεται στο άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος, αλλά το ατομικό δικαίωμα στην υγεία. Η νέα διάταξη απαγορεύει έτσι τόσο τις σκόπιμα, βλαπτικές της υγείας του ατόμου, ενέργειες τρίτων, όσο και την ιατρική επέμβαση ή περίθαλψη χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς. Η προστασία της γενετικής ταυτότητας συνεπάγεται τουλάχιστον ότι απαγορεύεται κάθε απόπειρα μεταβολής των στοιχείων αυτής, χωρίς τη βούληση του ενδιαφερόμενου. «Η διάταξη 5 παρ. 5 πρόσθεσε στο Σύνταγμα τρεις νέες προβλέψεις. Κατοχύρωσε ρητά το δικαίωμα στην υγεία ως ατομική ελευθερία, αναγνώρισε ένα δικαίωμα στην προστασία της γενετικής ταυτότητας και τόνισε την προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων.» (Βιδάλης, 2010).

Με την Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Προστασία των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων και της Αξιοπρέπειας του Ανθρώπου σε σχέση με τις εφαρμογές της Βιολογίας και της Ιατρικής, στο πλαίσιο του Συμβουλίου της Ευρώπης, επιχειρήθηκε η διεθνής δικαιοϋφή ρύθμιση και αποτελεσματική αντιμετώπιση ενός τόσο θεμελιώδους, για την ανθρώπινη ύπαρξη, θέματος. Η Σύμβαση κυρώθηκε με το Ν. 2619/1998, αποκτώντας έτσι την, κατά το άρθρο 28 παρ. 1 του Συντάγματος αυξημένη, τυπική ισχύ. Η προσθήκη της νέας παραγράφου 5 στο άρθρο 5, με την αναθεώρηση του 2001 άνοιξε και επίσημα το ελληνικό Σύνταγμα στον ευρύτατο προβληματισμό της βιοηθικής. «Αναγνώρισε δηλαδή ότι τα προβλήματα που προκύπτουν από τις διαρκώς αναπτυσσόμενες εφαρμογές της βιολογίας, είναι σε τελική ανάλυση προβλήματα θεμελιωδών δικαιωμάτων, παράμετρος που επηρεάζει και την αντιμετώπιση τους, από οποιονδήποτε επί μέρους κλάδο του δικαίου.» (Βιδάλης, 2010).

Το δικαίωμα στην υγεία ως κοινωνικό δικαίωμα κατοχυρώνεται στη διάταξη του άρθρου 21 παρ. 3 του Συντάγματος. Το κράτος υποχρεώνεται να μεριμνά για την υγεία των πολιτών, ενώ η αποτελεσματική κατοχύρωση του δικαιώματος προϋποθέτει άρτια οργανωμένες υπηρεσίες με υψηλής ποιότητας ανθρώπινο δυναμικό. Το κράτος έχει την υποχρέωση να δημιουργήσει την κατάλληλη υποδομή παροχής υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας, τόσο στο επίπεδο της θεραπείας όσο και της πρόληψης, ενώ οφείλει να ασκεί εποπτεία στους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας.

Φορέας του δικαιώματος στην υγεία είναι καταρχήν ο Έλληνας πολίτης, με βάση τη διατύπωση του άρθρου 21 παρ. 3 του Συντάγματος. Στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης εξομοιώνονται πλήρως οι Έλληνες πολίτες με τους λοιπούς πολίτες της Ε.Ε. Διαφοροποιήσεις όμως, παρατηρούνται όταν πρόκειται για αλλοδαπούς προερχόμενους από χώρες εκτός της Ε.Ε.

«Η προστασία της υγείας συναρτάται, κατ' αρχήν με τη γενική αρχή της αξίας του ανθρώπου του άρθρου 2 παρ. 1 του Σ., αφού η υλοποίηση του δικαιώματος δεν μπορεί να γίνεται με μεθόδους που υποβιβάζουν τον άνθρωπο σε αντικείμενο ή μέσο για την επίτευξη συγκεκριμένων ή άλλων σκοπών. Κατά δεύτερο λόγο, η προστασία της ανθρώπινης ζωής, κατοχυρωμένη στο άρθρο 5 παρ. 2 του Σ., αλλά και η ανθρώπινη αξιοπρέπεια, άρθρο 5 παρ. 1, αποτελούν έννοιες συνδεδεμένες με το δικαίωμα στην υγεία, καθώς η φυσική υπόσταση και η ψυχοσωματική ύπαρξη του ανθρώπου που εξασφαλίζονται με την κατάλληλη προστασία της υγείας, αποτελούν το κεντρικό περιεχόμενο του άρθρου 5 του Συντάγματος.» (Χρυσόγονος, 2006).

Το συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα του πολίτη στην υγεία, δεν πρέπει να περιορίζεται στην απαίτηση για θεραπεία και δωρεάν κρατική παροχή υπηρεσιών περίθαλψης. Το Κράτος οφείλει να εξασφαλίζει την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας σε ατομικό επίπεδο για κάθε πολίτη (π.χ. νοσοκομειακή περίθαλψη), αλλά οφείλει επίσης να λαμβάνει τα αναγκαία μέτρα για την εξασφάλιση της δημόσιας υγείας (π.χ. προστασία από επιδημίες).

Ο Ν.1397/83, που θεσμοθετεί το Εθνικό Σύστημα Υγείας, καθορίζει το πλαίσιο της συνταγματικής προστασίας της υγείας και αποτελεί πλέον πολιτική επιλογή η εγγύηση του προστατευόμενου αγαθού. «Με τον προαναφερόμενο νόμο εξειδικεύεται η συνταγματική διάταξη του άρθρου 21 παρ. 3, με βάση τις παρακάτω δύο αρχές, οι οποίες ορίζουν τον πυρήνα του δικαιώματος: α) η υγεία αντιμετωπίζεται ως δημόσιο αγαθό (ατομικό και κοινωνικό) η προστασία του οποίου τελεί υπό την εγγύηση του Κράτους και οι υπηρεσίες υγείας, σε θεραπευτικό επίπεδο (ατομικό αγαθό) αλλά και σε επίπεδο λήψης γενικών μέτρων δημόσιας υγείας (κοινωνικό αγαθό), αποτελούν δημόσια αγαθά και β) αναγνωρίζεται σε κάθε πολίτη το δημόσιο δικαίωμα σε ισότιμη και υψηλού επιπέδου περίθαλψη.» (Χρυσόγονος, 2006).

Το Κράτος με την καθιέρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, εν μέρει έχει εξασφαλίσει τον εγγυητικό του ρόλο στην κατοχύρωση του σχετικού δικαιώματος, ενώ ο ιδιωτικός τομέας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο. Η περαιτέρω οργάνωση και

ανάπτυξη του συστήματος υγείας είναι ζήτημα πολιτικής επιλογής, επί της οποίας οι πολίτες δε διαθέτουν μέσο επιβολής των αξιώσεών τους.

«Η αλληλεξάρτηση όμως μεταξύ ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων θα μπορούσε να αποτελέσει νομική βάση για την αγωγή αξίωση των πολιτών, δεδομένου ότι, τουλάχιστον σε θεωρητικό επίπεδο, από τα ατομικά δικαιώματα προκύπτουν αγωγήμες αξιώσεις. Ενώ όμως, το άρθρο 21 παρ. 3 εμποδίζει τον περιορισμό, με νομοθετικά ή άλλα μέτρα, των υπηρεσιών που εξασφαλίζει το Ε.Σ.Υ., δε θεμελιώνει αγωγήμη αξίωση των πολιτών για υψηλού επιπέδου υγειονομικές φροντίδες, από μόνο του, προκειμένου οι προσδοκίες των πολιτών, για τις σχετικές υπηρεσίες, να μην περιοριστούν στην εξειδίκευση του Ν. 1397/83, αλλά να εξελιχθούν προοδευτικά.» (Χρυσόγονος, 2006).

1.2 Η προστασία από την Ψυχιατρική

Η εξέλιξη της ψυχιατρικής συνδέεται με την πολιτική, ανθρωπολογική, επιστημονική και κοινωνιολογική εξέλιξη κάθε κοινωνίας. Δηλαδή την αντίληψη της για τον άνθρωπο και τις ελευθερίες του, για την άσκηση των δικαιωμάτων του ως πολίτη, για την κυρίαρχη στάση της κοινωνίας απέναντι στη ανθρώπινη ευτυχία και δυστυχία.

«Η ιατρική επιστήμη, όπως και κάθε άλλη επιστήμη, εγκαθιδρύεται μέσω μιας διαδικασίας που καθιερώνει μια γνώση, η οποία κατέχεται από έναν ειδικό και υποστηρίζεται από έναν θεσμό. Δημιουργεί δηλαδή και το πλαίσιο ανάδειξης μιας θεσμικής εξουσίας, προσδιορίζοντας ταυτόχρονα και το πεδίο ανατροπής τόσο της γνώσης όσο και της εξουσίας.» (Καράβατος, 2012)

«Είναι γενικά παραδεκτό σήμερα ότι η ψυχιατρική χαρακτηρίζεται από κρίση ταυτότητας στο βαθμό που βρίσκεται στο σταυροδρόμι των διαφορετικών επιστημών και των ιδεολογιών που επιδρούν τόσο στη θεωρία όσο και στην πρακτική άσκηση της.» (Στυλιανίδης, 2007).

«Ο ψυχιατρικός λόγος εξελίσσεται μέσα σε συγκεκριμένα κοινωνικο-πολιτισμικά σύνολα, διατηρώντας αλλά και διαρρηγνύοντας τις σχέσεις του με τον ιατρικό, τον ηθικό αλλά και τον θρησκευτικό λόγο. Επιπλέον οι ιδεολογικές φορτίσεις αποτελούσαν ανέκαθεν καθοριστικές συνθήκες για τον τρόπο σύλληψης των φαινομένων από το βλέμμα του κλινικού.» (Καράβατος, 2012).

« Τι είναι η ψυχιατρική; Η αντίφαση ανάμεσα στο χαρακτήρα και το αντικείμενο της παραδοσιακής ψυχιατρικής. Η δυσαρμονία της (θεωρητική και μεθοδολογική) με όλους τους άλλους κλάδους της ιατρικής. Η αξιωματική αναγωγή της «διαταραγμένης συμπεριφοράς» σε αντικείμενο της. Η αναπόδεικτη ταύτιση αυτής της συμπεριφοράς με την αρρώστια.» (Γρίβας, 1985).

Η Ψυχιατρική είναι ο κλάδος της ιατρικής επιστήμης που ασχολείται με τη διερεύνηση των αιτίων, τη διάγνωση, τη θεραπεία ή και αποκατάσταση των ψυχικών διαταραχών, οι οποίες διαταράσσουν την ψυχική ισορροπία, τις διαπροσωπικές σχέσεις, τη λειτουργικότητα και την προσαρμογή του ατόμου στο κοινωνικό, οικονομικό και πολιτισμικό περιβάλλον του. (Μαδιανός, 1994).

«Η Ψυχιατρική, ως παθολογία της ψυχικής ζωής, μελετά την παθολογία της οργάνωσης και της ανάπτυξης ενός συστήματος σχέσεων που εξασφαλίζουν στο άτομο την αυτονομία και την προσαρμογή του μέσα στις συνθήκες της ύπαρξης του.» (Καράβατος, 2012).

Στην σημερινή εποχή, η έκρηξη των δαπανών για την υγεία, η κατάρρευση του κράτους πρόνοιας, η περικοπή πόρων, οι διαρθρωτικές δυσκολίες υποστήριξης της κοινωνικής συνοχής στο πλαίσιο της παγκοσμιοποιημένης οικονομίας, δημιουργούν έντονα προβλήματα ανισοτήτων και νέες μορφές κοινωνικού αποκλεισμού, όχι μόνο ευπαθών ομάδων αλλά και ευρύτερων πληθυσμιακών στρωμάτων που ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας. «Η ψυχική οδύνη και οι κοινωνικές ανισότητες μετατρέπονται σε αντικείμενο και πρόβλημα διαχείρισης από την ψυχιατρική, αναδεικνύοντας έτσι μια σαφή εντολή κοινωνικού ελέγχου για ομάδες πολιτών που η κοινωνία και η πολιτική αδυνατούν ή δεν επιθυμούν να επανεντάξουν κοινωνικά» (Στυλιανίδης, 2007).

Στη δεκαετία του 1960 οι ψυχίατροι και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας εκδήλωσαν μια ισχυρή αντίδραση ενάντια στην ιδρυματική ψυχιατρική, υπό την επίδραση ριζοσπαστικών και αριστερών κινημάτων. Αμφισβήτησαν όχι μόνο το ολοκληρωτικό ίδρυμα αλλά και την ίδια τη θεραπευτική λειτουργία της ψυχιατρικής και την ύπαρξη της ψυχικής αρρώστιας. «Η ψυχιατρική ταυτίστηκε με μηχανισμούς κρατικής καταστολής κάθε παρέκκλισης και αμφισβήτησης της καθεστηκυίας τάξης, με στόχο την ιδεολογική χειραγώγηση κάθε ρήξης με την κυρίαρχη καπιταλιστική πραγματικότητα, με την ακύρωση του λόγου του πάσχοντος υποκειμένου μέσα από τη θετικιστική εφαρμογή του ιατρικού μοντέλου.» (Στυλιανίδης, 2007).

Από την Αρχαιότητα στον Μεσαίωνα και από την Αναγέννηση ως τη σημερινή εποχή, παρατηρούνται ριζικοί μετασχηματισμοί αντιλήψεων και στάσεων για την ψυχική ασθένεια και την τρέλα. «Μέσα από την ανάγνωση Γάλλων διανοητών, όπως του Pinel για τη δημιουργία της σύγχρονης ψυχιατρικής, του Foucault για την κοινωνιολογική ιστορία των θεσμών, του Lacan για την απόπειρα επανανάγνωσης και ανασυγκρότησης της φροϋδικής σκέψης, του Franz Fanon για τη ριζοσπαστική κριτική του ενάντια στην αποικιοκρατία, του Edouard Zarifian για την ανάλυση του σχετικά με τον εκρηκτικά αναπτυσσόμενο χώρο των νευροεπιστημών, θα διαπιστώσουμε το εξής: ότι η εξέλιξη της ψυχιατρικής ακολούθησε, ακολουθεί και θα ακολουθεί την εξέλιξη των στερεότυπων, των προκαταλήψεων, των κοινωνικών αναπαραστάσεων της τρέλας και τους ιστορικούς και πολιτισμικούς κώδικες που συνοδεύουν την προσέγγιση τους.» (Στυλιανίδης, 2007).

«Στην Αρχαία Ελλάδα η αντίληψη για την ψυχική ασθένεια αποτελεί ένα μίγμα θεολογικών, φιλοσοφικών και ορθολογικών στοιχείων. Στους βυζαντινούς χρόνους η ψυχική ασθένεια διαφοροποιείται από το δαιμονισμό και εισάγονται αυστηρά κριτήρια διαγνωστικά και διαφοροδιαγνωστικά. Μάλιστα η ψυχική ασθένεια θεωρείται βαρύτερη και σοβαρότερη της σωματικής ... αναγνωρίζεται και αντιμετωπίζεται ολιστικά και ο ψυχικά ασθενής δεν απομονώνεται, ενώ αναγνωρίζεται η σημασία του περιβάλλοντος για τη θεραπεία του.» (Θεοχαράκης, 2001).

«Τον Μεσαίωνα, με τις απόψεις περί δαιμόνων και άλλων στοιχείων να κυριαρχούν, η επιστημονική αναζήτηση και έρευνα αποδυναμώνεται και ο ψυχικά ασθενής απομονώνεται προοδευτικά από την κοινωνία σαν κάτι το μιαρό. Το πρώτο ψυχιατρικό άσυλο χτίζεται στη Βαλένθια το 1409, σε χώρο που λειτουργούσε η Ιερά Εξέταση. Τον 18^ο αιώνα σε Αγγλία, Γαλλία, Γερμανία, πύργοι μετατρέπονται σε φρενοκομεία όπου εγκαταλείπονται οι τρελοί, οι αλκοολικοί, οι πόρνες, οι κλέφτες και τα ορφανά παιδιά, σε πρωτόγονες συνθήκες και με το στίγμα της τιμωρίας από το Θεό.» (Μαδιανός, 1994).

«Στο τέλος του 18^{ου} αρχές του 19^{ου} αιώνα, αναδύονται οι απαρχές της σύγχρονης ψυχιατρικής ως αποτέλεσμα ριζοσπαστικών αλλαγών στη γνώση και τις πρακτικές, κυρίως ως προϊόν του θεωρητικού έργου του Pinel και της απορρέουσας από αυτό ηθικής θεραπείας, της δημιουργίας του Ασύλου, αλλά και των επιδράσεων του αγγλικού εμπειρισμού, της αισθησιοκρατίας και της ανατομοκλινικής μεθόδου.» (Καράβατος, 2012).

«Οι σχετικές με την τρέλα κοινωνικές αναπαραστάσεις δεν την τοποθετούν εκτός ιατρικής, το ίδιο άλλωστε είχε συμβεί και με την πανώλη, τη λέπρα και τον τύφο. Η τρέλα όμως επέσυρε και το ενδιαφέρον της δικαιοσύνης και της διοικητικής εξουσίας, που σκοπό είχαν να καθορίσουν μέσω της ιατρικής εξέτασης, μια απαγόρευση, όπως στην περίπτωση της άνοιας που δικαιολογούσε το ακαταλόγιστο.» (Καράβατος, 2012).

Στο δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα, τρεις κύριοι παράγοντες ήταν που συντέλεσαν σε μια αλλαγή στα πρότυπα της ψυχικής υγείας: α) η πρόοδος της ψυχοφαρμακολογίας με την ανακάλυψη νέων κατηγοριών φαρμάκων, ιδιαίτερα τα αντιψυχωτικά και τα αντικαταθλιπτικά, καθώς και η ανάπτυξη νέων μορφών ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, β) η προώθηση της δημοκρατίας παγκοσμίως και η ανάπτυξη του κινήματος των ανθρωπίνων δικαιωμάτων υπό την αιγίδα του νεοϊδρυθέντος Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών και γ) η ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στην αντίληψη της υγείας, όπως αυτή ορίστηκε από τον Π.Ο.Υ. Τα συμβάντα αυτά, επιστημονικά και κοινωνικοπολιτικά, συνέβαλαν ώστε στο δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα το μοντέλο περίθαλψης στην ψυχική υγεία, να μετατοπιστεί από το μεγάλο ψυχιατρικό ίδρυμα/άσυλο σε μια πιο ανοικτή και ευέλικτη φροντίδα στο επίπεδο της κοινότητας, με την ανάπτυξη κλινών σε γενικά νοσοκομεία για τα οξεία περιστατικά. Αυτή η αλλαγή βασίστηκε τόσο στην ανάγκη σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των πασχόντων όσο και στην δυνατότητα εφαρμογής σύγχρονων παρεμβάσεων και τεχνικών, στους τομείς της πρόληψης, της θεραπείας και της αποκατάστασης, με την ορθολογική χρήση φαρμακολογικών, ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων. (Π.Ο.Υ., 2001).

Τη δεκαετία 1965-76 η κριτική κατά του ψυχιατρικού ασύλου/νοσοκομείου αναπτύχθηκε εντονότερα και πήρε τη μορφή της άρνησης του ψυχιατρικού ιδρύματος, κυρίως μέσω της λεγόμενης αντιψυχιατρικής. Η ανάπτυξη των κινήματων της κοινοτικής ψυχιατρικής στις αγγλοσαξονικές χώρες και εκείνων της ιδρυματικής-θεσμικής ψυχοθεραπείας στη Γαλλία, παράλληλα με τη νέα ψυχοφαρμακολογία, έθεσαν σε νέες βάσεις το ψυχιατρικό νοσοκομείο. Αμφισβητήθηκε αρχικά ο νοσοκομειοκεντρισμός και εφαρμόστηκε σταδιακά η διάχυση της παροχής ψυχιατρικών φροντίδων στην κοινότητα (κέντρα ψυχικής υγείας, ψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων, τομεοποίηση) και επιχειρήθηκε η αλλαγή στη δομή και λειτουργία του ψυχιατρικού νοσοκομείου. «Οι αλλαγές του ψυχιατρικού ασύλου/νοσοκομείου αναπτύσσονται εντός μιας κοινωνικής πραγματικότητας με τις αντιφάσεις της και ενός διοικητικού και νομικού πλέγματος που ρυθμίζει θέματα

παροχής ψυχιατρικής φροντίδας. Οι ψυχίατροι θα συνειδητοποιήσουν τον κίνδυνο της αλλοτριωτικής λειτουργίας του ψυχιατρικού ιδρύματος, που συμβάλλει στη χρονιότητα και τον ιδρυματισμό.» (Καράβατος, 2012).

Τόσο στη νομική όσο και στην πολιτική, κυριάρχησε για μεγάλο χρόνο η ιατρική θεώρηση, των ανθρώπων που είχαν κάποια δυσχέρεια στην κίνηση /αίσθηση /αντίληψη της πραγματικότητας. Για τον ψυχικά πάσχοντα, αυτό είχε ως αποτέλεσμα η κυρίαρχη ιδεολογία να τον εκλαμβάνει ως δυστυχημένο και ανίκανο να επιμεληθεί τον εαυτό του ή ως επικίνδυνο. Επιπλέον, η κατηγοριοποίηση του σύμφωνα με την ιατρική του διάγνωση επέτεινε την ιδιότητα του «ανάπηρου» και προκαλούσε τον κοινωνικό οίκτο. Οι άνθρωποι με κινητικές δυσκολίες συνειδητοποίησαν πρώτοι την ανάγκη για αλλαγή αυτής της θεώρησης και ξεκίνησαν να κινητοποιούνται σε συλλογικό επίπεδο, στις αρχές της δεκαετίας του 1970. Ακολούθησε η εννοιολογική και ιδεολογική ανάπτυξη της κοινωνικής θεώρησης της αναπηρίας και σχηματίστηκαν ομάδες πίεσης και διεκδίκησης του δικαιώματος για ισότιμη συμμετοχή στο κοινωνικό περιβάλλον, αντικαθιστώντας την παρωχημένη ιατρική θεώρηση. Σήμερα, η κοινωνική αντίληψη για την ψυχική πάθηση κινείται γύρω από την έννοια της αναπηρίας, ενώ στερεότυπα π.χ. για την βιαιότητα του ψυχικά ασθενή, φαίνεται να έχουν μειωθεί. Όμως η γενικότητα της κατηγορίας αναπηρία αναπαράγει τα στερεότυπα και το στιγματισμό, ενώ οι ψυχικά ασθενείς θεωρούν ότι αποτελούν μια ομάδα ανθρώπων που διαφέρει στις ανάγκες και τον τρόπο αντιμετώπισης τους, από τους υπόλοιπους αναπήρους. (ΕΕΔΑ, 2011).

Σύγχρονα Νευροληπτικά

Από τη συμβατική ψυχιατρική επιστήμη υποστηρίζεται ότι τα ψυχοτρόπα φάρμακα, ιδίως τα νευροληπτικά, έχουν ωφέλιμη αντι-ψυχωσική δράση. Οι χρήστες αυτών των φαρμάκων ανταποκρίνονται στη θεραπεία, τα συμπτώματα της ψύχωσης περιορίζονται, η ασθένεια προλαμβάνεται ή και θεραπεύεται, η ποιότητα ζωής των ψυχιατρικών ασθενών βελτιώνεται, επιτρέποντας τους να ενταχθούν στην κοινωνία και να εργαστούν. Υποστηρίζεται από τους ψυχίατρους, ότι το πλήθος των νέων ψυχοφαρμάκων προκαλούν όλο και λιγότερες παρενέργειες και είναι όλο και περισσότερο ανεκτά, σύμφωνα και με τα αναφερόμενα στο έντυπο υλικό που προωθούν τα τμήματα μάρκετινγκ των φαρμακευτικών εταιρειών. Η γλώσσα όμως,

που χρησιμοποιεί σε ένα ψυχιατρικό περιοδικό το 2003 ο Gerhard Ebner, Πρόεδρος του Ελβετικού Συνδέσμου Διευθυντών Ψυχιατρικών Κλινικών, είναι διαφορετική. Στο συγκεκριμένο περιοδικό ο Ebner τονίζει ότι η βασική διαφορά μεταξύ των τυπικών και των λεγόμενων «άτυπων» νευροληπτικών έγκειται στην αύξηση της συμμόρφωσης του ασθενούς, που τα τελευταία προκαλούν. «Δεν πρόκειται για λιγότερες παρενέργειες, αλλά για διαφορετικές οι οποίες μπορεί να είναι εξίσου εξουθενωτικές για τον οργανισμό, ακόμη και αν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να τις αντιληφθεί άμεσα. Επομένως, οι ασθενείς μπορεί να είναι πρόθυμοι να πάρουν αυτά τα φάρμακα, επειδή δεν υποφέρουν πλέον άμεσα και σε τόσο μεγάλο βαθμό από τις βασανιστικές δυσκινησίες και τις εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες παρενέργειες» (Ebner, 2003) (www.psyspirosi.gr).

Οι μελέτες και οι δημοσιεύσεις δείχνουν ότι οι ασθενείς ποτέ δεν ενημερώνονται σωστά για τους κινδύνους και τις λεγόμενες παρενέργειες της ψυχιατρικής θεραπείας. Δείχνουν επίσης ότι δεν παρέχονται ούτε πληροφορίες, ούτε και βοήθεια στην περίπτωση που κάποιος προσπαθεί να «κόψει» τη θεραπεία (Lahti, 2008). (www.psyspirosi.gr). Θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική, η θεμελιωμένη επαγγελματική πληροφόρηση των ψυχιατρικών ασθενών, προκειμένου να μπορούν να σταθμίσουν τους κινδύνους και τα οφέλη των ψυχοτρόπων φαρμάκων και να αποφασίσουν οι ίδιοι αν θα τα πάρουν ή όχι.

«Τα ανθρώπινα δικαιώματα παραβιάζονται συστηματικά: τα άτομα με ψυχιατρικές διαγνώσεις βιώνουν κατάφωρες διακρίσεις στο πλαίσιο των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Βοήθεια για την επίλυση των προβλημάτων που καταρχήν οδήγησαν στην ψυχιατρική εμπειρία του ασθενούς σπάνια παρέχεται, ενώ η θεραπεία συχνά συνιστά μια τραυματική εμπειρία που οδηγεί σε χρόνια ψυχιατρικοποίηση. Όλα αυτά συμβαίνουν χωρίς να έχουν την παραμικρή επίπτωση στους ψυχιάτρους, οι οποίοι μέχρι πρόσφατα κακομεταχειριζόταν ακόμη και εφήβους ασθενείς, χωρίς οποιαδήποτε νομική συναίνεση, με ηλεκτρο-σοκ και ινσουλινο-σοκ, και οι οποίοι παραμένουν, παρόλα αυτά, αξιοσέβαστα μέλη της «αδελφότητας» τους.» (Lehmann, 2010).

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο είναι η νέα προσέγγιση της ψυχικής νόσου και αναφέρεται σ' όλες τις διακηρύξεις και αρχές άσκησης της σύγχρονης ψυχιατρικής των επίσημων θεσμών που την εκπροσωπούν (Π.Ο.Υ., Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία, Παγκόσμια Εταιρεία για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση). Το μοντέλο επιχειρεί να συνθέσει τα τελευταία δεδομένα των γενετικών ερευνών, τις τεχνικές της απεικόνισης του κεντρικού νευρικού συστήματος, τα δεδομένα της ψυχο-

ενδοκρινολογίας και της ψυχο-ανοσολογίας και μία κριτική ανάγνωση των τεχνικών και των ενδείξεων των διαφορετικών ψυχοθεραπειών. Επιπλέον, θεωρεί εξίσου σημαντικά τα δεδομένα που προέρχονται από τη σύγχρονη κοινωνιολογία, την ηθολογία και την ιστορία, όπως μία συστηματική εκτίμηση παραγόντων του οικογενειακού, επαγγελματικού, κοινωνικού και οικολογικού περιβάλλοντος που επιδρούν στον ψυχισμό. Ένα τέτοιο πρότυπο οδηγεί σε μια πολύ μεγαλύτερη πολυπλοκότητα στις παθολογίες αλλά και στην οργάνωση του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας, έτσι που να μπορεί να απαντήσει κατά το δυνατό σφαιρικά στις ανάγκες του πάσχοντος υποκειμένου. (Στυλιανίδης, 2007).

«Το ιατρικό μοντέλο της νόσου εμπεριέχει από τη γέννηση του ένα μειονέκτημα: τη σύγχυση που δυνατόν να αποκρύπτει μεταξύ του αντικειμένου του (της νόσου) και του ανθρώπινου υποκειμένου («φορέα» της νόσου). Τη σύγχυση αυτή οφείλουμε συνεχώς να αποκαλύπτουμε και να αποφεύγουμε, επανερχόμενοι σε μια ανάλυση της ολότητας Άνθρωπος- φυσικά με τους διχασμούς της.» (Καράβατος, 2012).

Η εξέλιξη της Ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα η ψυχιατρική περίθαλψη περιλάμβανε το Δρομοκαϊτειο, το Αιγινήτειο, το Ψυχιατρείο της Κέρκυρας και οχτώ μικρά άσυλα σε άλλες πόλεις. Το 1964 άρχισαν να ιδρύονται οι πρώτες ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές. Με εξαίρεση το Αιγινήτειο, όλα τα τότε ψυχιατρεία είχαν τα τυπικά χαρακτηριστικά του ασύλου, δηλαδή είχαν ελάχιστους ιατρούς και πάρα πολλούς φύλακες και οι συνθήκες διαβίωσης ήταν άθλιες.

Τις επόμενες δεκαετίες ιδρύονται το Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών στο Δαφνί (1925), το ψυχιατρικό νοσοκομείο Λέρου (1957), ενώ το 1957 αρχίζει να λειτουργεί το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής στην Αθήνα, το οποίο σηματοδοτεί την απόπειρα αλλαγής του τύπου θεραπείας, από το ίδρυμα στην κοινότητα. (Μαδιανός, 1994).

Το 1970 παρουσιάζονται κάποιες σημαντικές εξελίξεις στην ψυχιατρική στην Ελλάδα. Ιδρύεται το 1971 το πρώτο κέντρο ημέρας στο ΚΨΥ Θεσσαλονίκης, το 1977 το πρώτο νοσοκομείο ημέρας στο Αιγινήτειο και το 1979 το Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής στο Βύρωνα. Από τα μέσα του 1970 άρχισαν να αναπτύσσονται ρεύματα αμφισβήτησης και κριτικής της παραδοσιακής ψυχιατρικής στην Ελλάδα, επιχειρήθηκαν οι πρώτες απόπειρες τεχνοκρατικής ρύθμισης των ψυχιατρικών πραγμάτων και εμφανίστηκαν ομάδες συμπαράστασης στους έγκλειστους των

ψυχιατρείων. Παράλληλα έχουμε την ύπαρξη μικρών οργανωμένων ομάδων-κινήσεων για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών, χωρίς όμως σημαντικές ιδεολογικές επιρροές στην εξέλιξη της ψυχιατρικής μέχρι και το 1981.

Στην Ελλάδα παρατηρείται διαχρονικά, η εισαγωγή ψυχιατρικών θεωριών, πρακτικών και προτύπων οργάνωσης υπηρεσιών, γεγονός που είχε συνέπειες στην εξέλιξη της εγχώριας ψυχιατρικής. Αυτή η εισαγωγή χαρακτηριζόταν συνήθως από εξάρτηση, μίμηση και αναπαραγωγή των εισαγομένων θεωριών και πρακτικών.

«Η διαμόρφωση της ψυχιατρικής στην Ελλάδα ήταν αποτέλεσμα της προσαρμογής στις κοινωνικά καθυστερημένες ελληνικές συνθήκες, των προτύπων της ευρωπαϊκής ψυχιατρικής και πρωτίστως του βιολογικού-ιδρυματικού μοντέλου. Η κατάσταση στη Λέρο δεν ήταν η έκφραση μιας ελληνικής εθνοψυχιατρικής, αλλά εξέφραζε την πεμπτουσία της ευρωπαϊκής, ιδρυματικής ψυχιατρικής, του κρεπελινισμού, του βιολογισμού, του κοινωνικού δαρβινισμού, της θεραπευτικής και κοινωνικής εγκατάλειψης.» (Μπλου, 1999).

«Η ελληνική ψυχιατρική είναι προϊόν τριών συστατικών που αλληλοσυνδέονται: α) της ταυτότητας της ειδικότητας, β) της ακαδημαϊκής ψυχιατρικής παράδοσης και γ) της ειδίκευσης ή εκπαίδευσης.» (Μπλου, 1999). Το κοινωνικό και πολιτικό πλαίσιο μέσα στο οποίο διαμορφώθηκε η αρχική πολιτική για την ψυχική υγεία στην χώρα μας, χαρακτηριζόταν από αδυναμίες, όπως η ανεπάρκεια των υπαρχόντων υπηρεσιών, η ασυλικού τύπου φροντίδα της ψυχικής υγείας και οι αντιδράσεις που είχε προκαλέσει η δημοσιοποίηση της περίπτωσης του ψυχιατρού της Λέρου, η ελλιπής εκπαίδευση του ιατρικού και λοιπού επιστημονικού και νοσηλευτικού προσωπικού και η απαρχαιωμένη νομοθεσία.

Ως τη δεκαετία του '80 το δημόσιο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας βασιζόταν στην ιδρυματική περίθαλψη σε δέκα περίπου ψυχιατρικά νοσοκομεία - άσυλα. Στις αρχές του 1980, με βάση τις οδηγίες της Π.Ο.Υ. και την οικονομική ενίσχυση της Ε.Ε. η οποία χρηματοδότησε την Ελλάδα στο πλαίσιο του Κανονισμού 815/84, άρχισε η μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχικής υγείας, με κύριους στόχους τον αποϊδρυματισμό των χρόνιων ασθενών και την παράλληλη ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα, δηλαδή εκτός ψυχιατρείων. Το ψυχιατρείο της Λέρου είναι η πιο γνωστή εφαρμογή του προγράμματος αυτού.

«Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση αποτέλεσε αίτημα πολυάριθμων ομάδων επαγγελματιών της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, οι οποίοι απαίτησαν αλλαγή των άθλιων συνθηκών της ελληνικής ιδρυματικής ψυχιατρικής περίθαλψης.» (Μπιλανάκης, 2004)

Υπό την επήρεια των πολιτικών αλλαγών (σοσιαλιστική κυβέρνηση το 1981, ψήφιση νόμου για το ΕΣΥ το 1983), αλλά και των εξελίξεων σε επιστημονικό επίπεδο με την αντιψυχιατρική και την κοινωνική ψυχιατρική, οι επαγγελματίες αυτοί εναντιώνονται στο τότε κυρίαρχο ασυλικό μοντέλο αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας και ελπίζουν ότι μπορεί να υλοποιηθεί μια άλλη εθνική ψυχιατρική.

«Συνιστώσα αυτής της εποχής της γενικότερης ευαισθητοποίησης γύρω από τα ψυχικά και επένδυσης μέρους της πολιτικοποίησης στα αντιψυχιατρικά, ήταν και το αντιψυχιατρικό κίνημα. Οι αντιψυχίατροι πήραν τη μορφή μικρών -οργανωμένων ομάδων- κινήσεων για τα δικαιώματα των ψυχικά αρρώστων χωρίς όμως να μπορέσουν να επηρεάζουν τις εξελίξεις, όπως πχ στην Ιταλία με τον Bassaglia, Pirella κα.» (Μπιλανάκης, 2004).

Μέχρι το 1992, οι νόμοι σχετικά με διαχείριση του ψυχικά ασθενή έδιναν προβάδισμα στην φύλαξη, έναντι της θεραπευτικής λειτουργίας. Ο Ν. 2071/1992 είναι ο πρώτος που θέτει τις βάσεις μιας τομεοποιημένης φροντίδας ψυχικής υγείας σε ένα πλέγμα εξωνοσοκομειακών δομών και καθιστά τον πάσχοντα, φορέα και υποκείμενο δικαιωμάτων. Με στόχο την προστασία του, προβλέπει ένα πλέγμα εγγυήσεων αναφορικά με τις διαδικασίες της ακούσιας νοσηλείας. Όμως τόσο ο ασθενής όσο και οι εγγυήσεις που έχουν προβλεφτεί για αυτόν, προϋποθέτουν ένα πλαίσιο υπηρεσιών ψυχικής υγείας οι οποίες δεν υπάρχουν. Έτσι επί χάρτου, έχουμε την μετάβαση από ένα σύστημα όπου η κρίση του ψυχίατρου ήταν απόλυτα κυρίαρχη, σε ένα πιο δικαιοκεντρικό σύστημα, όμως στην πράξη έχουμε μια εικονική και γραφειοκρατική προστασία, που παρουσιάζει προβλήματα. Όμως και ο Ν. 2716/1999 που εισήγαγε μια σειρά θεσμικών και υλικοτεχνικών υποδομών που προέβλεπε ο προηγούμενος νόμος (νέες στεγαστικές δομές, τομεοποίηση κλπ), δεν ρύθμισε τα προβλήματα των ψυχικά ασθενών, ανάμεσα στο ψυχιατρικό και το ποινικό σύστημα. (Μεγαλοοικονόμου, 1999).

Στα τέλη του 1997 ξεκίνησε η υλοποίηση του δεκαετούς προγράμματος ψυχιατρικής μεταρρύθμισης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» με ευρωπαϊκή συγχρηματοδότηση, το οποίο περιλάμβανε την ανάπτυξη δικτύου κοινοτικών στεγαστικών δομών (ξενώνες, οικοτροφεία, διαμερίσματα) και άλλων μονάδων ψυχικής υγείας (ψυχιατρικά τμήματα σε γενικά νοσοκομεία, κέντρα ημέρας, κινητές μονάδες κα) και τη συρρίκνωση του αριθμού των ψυχιατρικών κλινών μέχρι την οριστική παύση της λειτουργίας των ψυχιατρείων.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργώς Β' (2001- 2009) αναπτύχθηκε σε δύο άξονες που αφορούσαν τόσο τη συνέχιση της αποασυλοποίησης όσο και τη δημιουργία μονάδων ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Μέρος των υπηρεσιών ψυχικής υγείας έχει ενσωματωθεί στο γενικό σύστημα υγείας (ψυχιατρικά τμήματα και ψυχιατρικά εξωτερικά ιατρεία γενικών νοσοκομείων), ενώ παράλληλα έχουν αναπτυχτεί και λειτουργούν κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας (κέντρα ψυχικής υγείας, ιατροπαιδαγωγικά κέντρα, κινητές μονάδες, κέντρα ημέρας, μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης - ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα), που στοχεύουν στην κάλυψη των αναγκών σε τοπικό επίπεδο και στην ενεργή ένταξη των ασθενών στην κοινότητα, συνηγορώντας και στην προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους.

Ειδικότερα, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργώς Γ' (2011-2020), διαρθρώνεται σε τρεις άξονες: στην ανάπτυξη δομών στην κοινότητα σε περιφερειακή βάση (σε επίπεδο νομού και τομέα), για την κάλυψη του συνόλου των αναγκών του τομέα της Ψυχικής Υγείας, στο σχεδιασμό των δράσεων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού και την πρόληψη της κακής ψυχικής υγείας και στην ανάπτυξη δράσεων που αφορούν την οργάνωση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης (τομεοποίηση, παρακολούθηση, αξιολόγηση) και την έρευνα και επιμόρφωση του προσωπικού.

«Παράγοντες που έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην αλλαγή της νοοτροπίας και στην ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την ικανοποίηση των δικαιωμάτων των ασθενών, είναι: η αυξανόμενη κοινωνική αποδοχή των αξιών των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, εννοιών που αποτελούν το βάθος των δικαιωμάτων των ασθενών, η αυξανόμενη πολυπλοκότητα των υπηρεσιών υγείας, που καθιστά τον ασθενή ολοένα και πιο αδύναμο, η συνεχής πρόοδος της ιατρικής επιστήμης που συνοδεύεται από προοδευτικά αυξανόμενο φόβο προσβολής των δικαιωμάτων, η εκλαΐκευση της ιατρικής γνώσης που δίνει στον ασθενή τη δυνατότητα να κατανοεί τι συμβαίνει και να λαμβάνει αποφάσεις για την υγεία του.» (Μπιλανάκης, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΟ ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

2.1 Διεθνείς συμβάσεις

Από την εποχή του Α΄ Παγκοσμίου Πολέμου είχε αρχίσει να διαμορφώνεται η κίνηση για την διεθνή προστασία των ατομικών δικαιωμάτων, με κυριότερη εκδήλωσή της τη Διακήρυξη των Διεθνών Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, από το Ινστιτούτο Διεθνούς Δικαίου το 1929. Μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο η κίνηση αυτή απέκτησε ουσιαστικό περιεχόμενο και άρχισε η πραγμάτωση της με τη θέσπιση σχετικών κανόνων διεθνούς δικαίου. Κατά τη διάρκεια του πολέμου είχε διακηρυχτεί με τον Χάρτη του Ατλαντικού το 1941, ότι μετά τη νίκη οι άνθρωποι θα ζήσουν «ελεύθεροι από φόβο, ανάγκη ή ένδεια», ενώ μετά το τέλος του πολέμου ο Καταστατικός Χάρτης των Ηνωμένων Εθνών διακήρυξε ως μια από τις επιδιώξεις τους την προαγωγή «του σεβασμού προς τα δικαιώματα του ανθρώπου και τις θεμελιώδεις ελευθερίες για όλους άνευ διάκρισης φυλής, φύλου, γλώσσας ή θρησκείας». Με την Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων το 1948, από τη Γενική Συνέλευση του Ο.Η.Ε. διακηρύχτηκαν όχι μόνο τα ατομικά δικαιώματα του κλασσικού καταλόγου, αλλά και ορισμένα κοινωνικά και πολιτικά δικαιώματα.

Η Διακήρυξη αυτή υιοθετήθηκε από πολλά κράτη, τα οποία διέφεραν μεταξύ τους όσον αφορά την κοινωνική και οικονομική τους οργάνωση, αντικατόπτριζε όμως την τάση της διεθνούς κοινωνίας να προχωρήσει σε ουσιαστική έννομη προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, που μέχρι τότε υπήρχαν κυρίως ως φιλοσοφική κατασκευή.

Με την Ευρωπαϊκή Διακήρυξη του 1950, για την προάσπιση των δικαιωμάτων του ανθρώπου και των θεμελιωδών ελευθεριών, από τα κράτη μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης, η οποία είναι διεξοδική σε ότι αφορά τις εγγυήσεις και την προστασία των κλασσικών ατομικών δικαιωμάτων και ελευθεριών, συστήνονται και διεθνή όργανα ελέγχου για την τήρηση των διατάξεων της. Η Επιτροπή Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και το Διεθνές Δικαστήριο Ατομικών Δικαιωμάτων είναι θεσμοί αναγνωρισμένοι από πολλά κράτη και έχουν διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην προάσπιση των ατομικών δικαιωμάτων.

Οι κυριότερες διεθνείς συμβάσεις που δεσμεύουν την Ελλάδα και περιλαμβάνουν και νομικώς δεσμευτικές διατάξεις που αναφέρονται στην υγεία είναι:

Στο πλαίσιο του ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΗΝΩΜΕΝΩΝ ΕΘΝΩΝ:

1. Διεθνές Σύμφωνο για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα, το 1966 (Ν. 2462/1997, ΦΕΚ 25/Α').
2. Προαιρετικό Πρωτόκολλο στο Διεθνές Σύμφωνο για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα (Ν. 2462/1997, ΦΕΚ 25/Α').
3. Πρόσθετο Πρωτόκολλο στο Διεθνές Σύμφωνο για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα για την Κατάργηση της Θανατικής Ποινής (Ν. 2462/1997, ΦΕΚ 25/Α').
4. Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα, το 1966 (Ν. 1532/1985, ΦΕΚ 25/Α').

Στο πλαίσιο του ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ:

1. Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Προάσπιση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών, το 1950 (ΝΔ 53/1974, ΦΕΚ 256/Α') όπως ισχύει με τις τροποποιήσεις που επέφερε το 11^ο Πρωτόκολλο, που κυρώθηκε με το Ν.2400/1996, (ΦΕΚ 96/Α').
2. Πρωτόκολλο Νο. 14 στη Σύμβαση για την Προάσπιση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών το οποίο τροποποιεί το σύστημα ελέγχου της Σύμβασης (Ν.3344/2005, ΦΕΚ 133/Α').
3. Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης, το 1961 (Ν.1426/1984, ΦΕΚ 32/Α').
4. Πρόσθετο Πρωτόκολλο στον Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη (Ν.2595/1998, ΦΕΚ 63/Α').
5. Πρωτόκολλο Τροποποίησης του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη (Ν. 2422/1996, ΦΕΚ 144/Α').
6. Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Πρόληψη των Βασανιστηρίων και της Απάνθρωπης ή Ταπεινωτικής Μεταχείρισης ή Τιμωρίας (Ν.1949/1991, ΦΕΚ 83/Α').
7. Σύμβαση για την Προστασία των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και της Αξιοπρέπειας του Ανθρώπου σε Σχέση με τις Εφαρμογές της Βιολογίας και Ιατρικής (Ν.2619/1998, ΦΕΚ 132/ Α').
8. Πρόσθετο Πρωτόκολλο της Σύμβασης για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και της Ανθρώπινης Αξιοπρέπειας αναφορικά με την Εφαρμογή της

Βιολογίας και της Ιατρικής και την Απαγόρευση της Κλωνοποίησης Ανθρώπινων Όντων (ΥΑ Φ0546/1/ΑΣ 732/Μ 4898, ΦΕΚ 244/Α'/1998).

Εκτός από τα προαναφερόμενα κείμενα που συνθέτουν τον Διεθνή Χάρτη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, σημαντικό βήμα για την διεθνή προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων αποτελεί η Απόφαση Α/RES/46/119 για την «Προστασία των Προσώπων με Ψυχική Νόσο και τη Βελτίωση της Φροντίδας για την Ψυχική Υγεία», που υιοθετήθηκε το 1991 από την Γενική Συνέλευση του Ο.Η.Ε. Πρόκειται για ένα σύνολο βασικών δικαιωμάτων, που η διεθνής κοινότητα θεωρεί απαραβίαστα, στο επίπεδο της κοινοτικής ζωής και της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Στο θεσμικό πλαίσιο του Ο.Η.Ε. υπάρχει επίσης, η Απόφαση της Γ.Σ. του 1971 για τα «Δικαιώματα των Ατόμων με νοητική υστέρηση», η Απόφαση Α/RES/48/96 το 1993, «Κανόνες για την Ισότητα των Ευκαιριών για τα Άτομα με Αναπηρίες» και η Απόφαση Α/RES/61/106 το 2006 για τα «Δικαιώματα των Ατόμων 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» το 1983, τη Σύσταση 1235 της Κοινοβουλευτικής Συνέλευσης «Για την Ψυχιατρική και τα Δικαιώματα» το 1994, 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» το 2004.

Στο πλαίσιο της Ε.Ε., θα αναφέρουμε τον Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων το 2000, την Απόφαση του Συμβουλίου για την «Προαγωγή της Ψυχικής Υγείας» το 1999, την Πράσινη Βίβλο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την «Βελτίωση της Ψυχικής Υγείας του πληθυσμού, προς μια στρατηγική για την Ψυχική Υγεία στην Ε.Ε.» το 2005, το «Ευρωπαϊκό Σύμφωνο για την Ψυχική Υγεία» που συνυπέγραψε η Ε.Ε. με τον Π.Ο.Υ. το 2008 και το «Ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου της 16/2/2009 σχετικά με την Ψυχική Υγεία». Επίσης 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 το 1989 και η Διακήρυξη της Μαδρίτης για τους «Κανόνες Δεοντολογίας και Ψυχιατρική Πρακτική» (Γ.Σ. της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρίας, 1996).

Ο Π.Ο.Υ., προκειμένου να διευκολυνθεί η κατανόηση και η εφαρμογή των Αρχών των Ηνωμένων Εθνών, εξέδωσε οδηγίες σχετικά με τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (WHO, 196a). Οι οδηγίες περιλαμβάνουν ένα κατάλογο ερωτημάτων για να διευκολυνθεί η ταχεία αξιολόγηση των συνθηκών σχετικά με τα ανθρώπινα δικαιώματα σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο. Ένα ακόμη κείμενο προς την κατεύθυνση αυτή, είναι η Νομοθεσία για την ψυχική υγεία: δέκα βασικές αρχές (WHO, 1996b). Βασίζεται σε μια συγκριτική ανάλυση των εθνικών νόμων για την ψυχική υγεία και περιγράφει δέκα βασικές αρχές για τη σχετική νομοθεσία, ανεξάρτητα από το πολιτικό ή νομικό πλαίσιο κάθε χώρας.

Σήμερα, η Σύμβαση του Ο.Η.Ε. για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρίες, που θεωρείται σταθμός 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, διανοητικές ή αισθητηριακές διαταραχές. Η σχετική με την αναπηρία νομοθεσία που πηγάζει από την εφαρμογή των κανόνων αυτών, μπορεί να προσφέρει μια δεύτερη γραμμή άμυνας ενάντια στην καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Στην Αμερικάνικη ήπειρο, τα ανθρώπινα δικαιώματα προστατεύονται με διάφορες συμβάσεις. Κυριότερες από αυτές είναι η Αμερικάνικη Διακήρυξη των Δικαιωμάτων και Υποχρεώσεων του Ανθρώπου, η Αμερικάνικη Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, το Συμπληρωματικό Πρωτόκολλο στην Αμερικάνικη Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα που αναφέρεται στους τομείς των οικονομικών, κοινωνικών και πολιτισμικών δικαιωμάτων και η Παναμερικανική Σύμβαση για την κατάργηση όλων των μορφών των διακρίσεων ενάντια στα άτομα με αναπηρίες. Η Αμερικάνικη Διακήρυξη των Δικαιωμάτων και Υποχρεώσεων του Ανθρώπου είναι ένα μη δεσμευτικό κείμενο που καλύπτει την προστασία αστικών, πολιτικών, οικονομικών, κοινωνικών και πολιτισμικών δικαιωμάτων. Το Συμπληρωματικό Πρωτόκολλο στην Αμερικάνικη Σύμβαση για τα Ανθρώπινα

Δικαιώματα παρέχει επιπλέον προστασία στα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Σκοπός της Παναμερικανικής Σύμβασης για την κατάργηση όλων των μορφών των διακρίσεων ενάντια στα άτομα με αναπηρίες, είναι να προλάβει και να καταργήσει όλες τις μορφές διακρίσεων ενάντια στα άτομα με ψυχική ή σωματική ανικανότητα και να προωθήσει την πλήρη ενσωμάτωση τους στην κοινωνία.

Η Αφρικανική Χάρτα για τα Ανθρώπινα και Λαϊκά δικαιώματα είναι ένας άλλος περιφερειακός μηχανισμός για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Είναι ένα κείμενο νομικά δεσμευτικό, η εφαρμογή του οποίου ελέγχεται από το Αφρικανικό Συμβούλιο για τα Ανθρώπινα και Λαϊκά δικαιώματα. Η Χάρτα διασφαλίζει το δικαίωμα στην καλύτερη δυνατή σωματική και ψυχική υγεία, το δικαίωμα στη ζωή και την αξιοπρέπεια του ατόμου και το δικαίωμα σεβασμού της αξιοπρέπειας που είναι σύμφυτη με την ανθρώπινη ιδιότητα και της απαγόρευσης όλων των μορφών εκμετάλλευσης και υποβιβασμού, ιδιαίτερα της δουλείας, του δουλεμπορίου, των βασανιστηρίων και της σκληρής και απάνθρωπης ή εξευτελιστικής τιμωρίας και μεταχείρισης.

2.2 Τα ειδικότερα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών

Τα κυριότερα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές καθώς και οι αρχές που διέπουν την θεραπεία - νοσηλεία τους, σύμφωνα με τις διατάξεις της διεθνούς, κοινοτικής και εθνικής νομοθεσίας και με τις κατευθυντήριες αρχές του Π.Ο.Υ, είναι τα εξής:

1. Το δικαίωμα στην αξιοπρεπή περίθαλψη (εκούσια και ακούσια)

«Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια είναι απαραβίαστη. Πρέπει να είναι σεβαστή και να προστατεύεται» (άρθρο 1 - 2007 Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης και άρθρο 2.1 Σ). «Τα βασανιστήρια, οποιαδήποτε σωματική κάκωση, βλάβη υγείας ή άσκηση ψυχολογικής βίας, καθώς και άλλη προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας απαγορεύονται και τιμωρούνται, όπως ορίζει ο νόμος» (άρθρο 7.2 Σ και άρθρο 4 - 2007 Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης).

Το δικαίωμα αυτό συνίσταται στη δυνατότητα κάθε προσώπου, να προσεγγίσει τους φορείς παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε ανθρώπινες συνθήκες και να λάβει τις κατάλληλες, για τη φύση της ασθένειας του, υπηρεσίες.

Η περίθαλψη, ως δικαίωμα ενός ασθενούς στην υγεία, πρέπει να πραγματοποιείται σε αποκεντρωμένες μονάδες, κατάλληλα εξοπλισμένες και στελεχωμένες, που αντιμετωπίζουν τον ασθενή εξατομικευμένα και με σεβασμό στην προσωπικότητα του. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να είναι προσιτές στους πολίτες, από άποψη χώρου (εγγύτητα), χρόνου (ωράριο λειτουργίας) και κουλτούρας (πολιτισμική προσβασιμότητα).

Σε κάθε περίπτωση νοσηλείας, εκούσιας ή ακούσιας, ο πάσχων δικαιούται ιατρικής, παραϊατρικής και νοσηλευτικής περίθαλψης, σε συνθήκες κατάλληλης διαμονής και επιπλέον, δικαιούται αναγνωρισμένης και επιστημονικά τεκμηριωμένης χρήσης θεραπευτικών μεθόδων και φαρμακευτικών αγωγών, λαμβανομένης υπόψη της εξέλιξης της επιστήμης και της έρευνας.

2. Το δικαίωμα για την καλύτερη δυνατή και εξειδικευμένη ατομική θεραπεία

Ο Ψυχίατρος πρέπει να προσφέρει την καλύτερη δυνατή θεραπεία σύμφωνα με τις γνώσεις του και να παρέχει τις φροντίδες του μέσα στο πλαίσιο του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, των ανθρώπινων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών των ανθρώπων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές (άρθρο 28 παρ.1 του Ν. 3418/2005).

Το δικαίωμα στην κατάλληλη και πλέον σύγχρονη φροντίδα προϋποθέτει επαγγελματίες με συνέχεια στην ενημέρωση, εκπαίδευση και κατάρτιση, ώστε να παρέχουν σύγχρονες και επιστημονικά τεκμηριωμένες θεραπείες, προς όφελος της υγείας του ασθενή. Προς την κατεύθυνση αυτή, συνηγορεί και η σταδιακή έξοδος του ψυχικά πάσχοντα από το ψυχιατρείο στην κοινότητα, σε καθεστώς υποστήριξης και προστασίας, που ελαχιστοποιεί τους κινδύνους από τυχόν αναποτελεσματικές θεραπείες. Είναι βασική προτεραιότητα για τους ψυχικά πάσχοντες, η υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων που ανάγονται στο πεδίο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Ο σεβασμός της προσωπικότητας του ψυχικά πάσχοντα αποτελεί δικαίωμα του και ταυτόχρονη υποχρέωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, οι οποίοι οφείλουν την αποφυγή: α) θεραπευτικών μεθόδων που απομακρύνουν τον ασθενή από το κοινωνικό περιβάλλον και τον τόπο διαμονής του β) βίαιων μεθόδων και μακρών

μηχανικών περιορισμών που επιφέρουν βλάβες της σωματικής του υγείας και γ) νοσηλείας σε συνθήκες κακής σωματικής ή χωρικής υγιεινής, διατροφής, ένδυσης, υπόδησης.

Οι παραπάνω αναφορές ισχύουν καταρχήν και για την ακούσια νοσηλεία. Όμως, η ακούσια ψυχιατρική εξέταση και νοσηλεία, αποτελούν διαδικασίες κατά τις οποίες διακυβεύονται τα αγαθά της προσωπικής ελευθερίας και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, λόγω του ότι πλήττεται τόσο η αρχή ότι κανείς δεν στερείται την ελευθερία του παρά μόνο εφόσον έχει τελέσει κάποιο έγκλημα, όσο και η αρχή ότι κανείς δεν υποβάλλεται σε ιατρικές πράξεις χωρίς τη συναίνεση του. Για το λόγο αυτό στα άρθρα 95 - 100 του Ν. 2071/1992, έχουν προβλεφτεί συγκεκριμένες ρυθμίσεις και νομικές διαδικασίες ως ελάχιστη δικαστική προστασία, η τήρηση των οποίων είναι υποχρεωτική για τη δικαιοσύνη και τους λειτουργούς της και για τους εμπλεκόμενους στη διαδικασία αυτή δημόσιους φορείς, καθώς οι εισαγόμενοι σε ακούσια νοσηλεία στερούνται της δυνατότητας άμεσης διεκδίκησης των δικαιωμάτων τους.

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οικογένειες των ασθενών και ευρύτερες κοινωνικές ομάδες, οφείλουν τη διεκδίκηση και προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών, ιδιαίτερα σε ότι αφορά το δικαίωμα του σεβασμού της προσωπικότητας.

Αρχή της λήψης των ελάχιστων δυνατών περιοριστικών μέτρων

Σύμφωνα με το άρθρο 1676 του ΑΚ (δικαστική συμπαράσταση), το δικαστήριο οφείλει να επιβάλλει στον συμπαραστατούμενο τους ελάχιστους δυνατούς περιορισμούς που απαιτεί το συμφέρον του.

Οι συνθήκες ακούσιας νοσηλείας πρέπει να εξυπηρετούν τις ανάγκες της θεραπείας ...

Οι περιορισμοί που επιβάλλονται στην ατομική ελευθερία του ασθενή προσδιορίζονται μόνο από την κατάσταση της υγείας του και τις ανάγκες της νοσηλείας (άρθρο 98 του Ν. 2071/1992).

Ο ψυχίατρος οφείλει να προβαίνει σε θεραπευτικές παρεμβάσεις στο μέτρο που αυτές περιορίζουν ελάχιστα την ελευθερία του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές (άρθρο 28 παρ.3 του Ν. 3418/2005).

3. Το δικαίωμα στην ισότητα

Η αρχή της ισότητας αποτελεί γενική αρχή του δικαίου ρητά κατοχυρωμένη στο Σύνταγμα (άρθρο 4 Σ). Το κανονιστικό περιεχόμενο της αρχής έχει την έννοια της εξομοίωσης των προσώπων που βρίσκονται σε όμοιες καταστάσεις. Η αρχή αυτή δεσμεύει τόσο τον νομοθέτη όσο και τη διοίκηση, ώστε να διασφαλίζεται η ισότητα όχι μόνο των πολιτών ενώπιον του νόμου, αλλά και του νόμου ενώπιον των πολιτών. Η αρχή επιβάλλει την ίση μεταχείριση προσώπων που βρίσκονται σε όμοιες συνθήκες, όπως και την ίση μεταχείριση προσώπων που για λόγους υγείας αντιμετωπίζουν καταστάσεις πολλαπλών αποκλεισμών από τις κοινωνικές δομές.

Απόρροια της αρχής της ισότητας, είναι η ρητή υποχρέωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας να συμπεριφέρονται σε όλους τους ασθενείς, με ισότιμο τρόπο, ανεξάρτητα από τα ειδικότερα χαρακτηριστικά τους, όπως η φυλετική καταγωγή, η οικονομική κατάσταση, η θρησκευτική πίστη, το μορφωτικό επίπεδο κα. Επιβάλλεται, ηθικά αλλά και νομικά, να κρατηθεί έξω από το χώρο του συστήματος της δημόσιας υγείας και ιδιαίτερα της ψυχικής υγείας, οποιαδήποτε μορφής διάκριση.

Ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας έχει υποχρέωση να τηρεί τις αρχές της ίσης μεταχείρισης αλλά και να καταβάλλει κάθε προσπάθεια για τη γενικευμένη εφαρμογή της, καθώς η παραβίαση της αρχής της ισότητας πλήττει ευθέως την αξία του προσώπου.

4. Το δικαίωμα στην ενημέρωση

Ο ιατρός έχει καθήκον αλήθειας προς τον ασθενή. Οφείλει να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινομένης ιατρικής πράξης. Αν τα πρόσωπα δεν έχουν την ικανότητα να συναινέσουν για την εκτέλεση ιατρικής πράξης, ο ιατρός τα ενημερώνει στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό. Ενημερώνει, επίσης, τα τρίτα πρόσωπα που έχουν την εξουσία να συναινέσουν για την εκτέλεση της πράξης αυτής (άρθρο 11 του Ν. 3418/2005). Η ενημέρωση των ασθενών είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη μιας σχέσης συνεργασίας ιατρού-ασθενούς, συχνά όμως είναι ασαφή τα όρια της κατάλληλης ενημέρωσης.

Ειδικότερα, ο ψυχίατρος οφείλει να ενημερώνει τον άνθρωπο που πάσχει από ψυχικές διαταραχές για τη φύση της κατάστασης του, τις θεραπευτικές διαδικασίες, καθώς και τις τυχόν εναλλακτικές αυτών, όπως επίσης και την πιθανή έκβαση των θεραπευτικών διαδικασιών (άρθρο 28 παρ.5 του Ν. 3418/2005).

Σε περίπτωση ακούσιας νοσηλείας, ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται αμέσως μόλις γίνει η μεταφορά του στη Μονάδα Ψυχικής Υγείας, από τον διευθυντή ή άλλο πρόσωπο στο οποίο έχει αναθέσει το καθήκον αυτό, για τα δικαιώματά του και ειδικότερα το δικαίωμα του να ασκήσει ένδικο μέσο (άρθρο 96 παρ.4 του Ν 2071/1992).

Το δικαίωμα για ενημέρωση περιλαμβάνει και το δικαίωμα πρόσβασης στα ιατρικά αρχεία, καθώς και λήψης αντιγράφων του φακέλου του (άρθρο 14 παρ.8 του Ν 3418/2005).

Ο ψυχίατρος οφείλει, στις έρευνες που διεξάγονται σε ανθρώπους που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, να επιδεικνύει ιδιαίτερη προσοχή, ώστε να διαφυλάσσεται η αυτονομία τους, καθώς και η ψυχική και σωματική τους ακεραιότητα. Επίσης, οφείλει να ενημερώνει τους ανθρώπους αυτούς για τους σκοπούς της έρευνας και τις ενδεχόμενες ανεπιθύμητες επιδράσεις της και να εξασφαλίζει μετά από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση, τη συγκατάθεση των ασθενών, αναφορικά με τη συμμετοχή τους σε ερευνητικό πρόγραμμα (άρθρο 28 παρ.11 του Ν. 3418/2005).

Η συγκατάθεση είναι ο κανόνας για οποιασδήποτε ιατρική πράξη (άρθρο 12 του Ν 3418/2005) και εκούσια θεραπεία (άρθρο 94 του Ν 2071/1992). Ο ψυχίατρος δεν χορηγεί καμία θεραπεία χωρίς τη θέληση του πάσχοντα, εκτός εάν η άρνηση θεραπείας θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του ίδιου και εκείνων που τον περιβάλλουν ή συνεπάγεται σοβαρή επιβάρυνση της πορείας της ψυχικής του διαταραχής. Αν καθίσταται επιτακτική ή αναγκαστική η νοσηλεία, αυτή πρέπει να είναι σύμφωνη με τους όρους και τις προϋποθέσεις που ορίζονται από την ισχύουσα νομοθεσία (άρθρο 28 παρ.8 του Ν. 3418/2005).

Οι εξαιρέσεις ρυθμίζονται αυστηρά: επείγουσες περιπτώσεις, περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας, κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του ασθενή (άρθρο 12 παρ.3 του Ν. 3418/2005). Αν ο ασθενής δεν διαθέτει ικανότητα συναίνεσης, η συναίνεση για την εκτέλεση ιατρικής πράξης δίδεται από τον δικαστικό συμπαραστάτη ή τους οικείους του ασθενή, αν δεν υπάρχει δικαστικός συμπαραστάτης (άρθρο 12 του Ν. 3418/2005).

5. Το δικαίωμα στην προστασία των προσωπικών δεδομένων

Ο ιατρός οφείλει να τηρεί αυστηρά απόλυτη εχεμύθεια για οποιοδήποτε στοιχείο υποπίπτει στην αντίληψη του ή του αποκαλύπτει ο ασθενής ή τρίτοι, στο πλαίσιο της άσκησης των καθηκόντων του και το οποίο αφορά τον ασθενή ή τους οικείους του (άρθρο 13 του Ν. 3418/2005).

Τα προσωπικά δεδομένα που αφορούν την υγεία κάθε προσώπου εμπίπτουν στην κατηγορία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων και ως εκ τούτου η διαφύλαξη του ιατρικού απόρρητου αποτελεί ιδιαίτερη νομική υποχρέωση του ιατρικού κόσμου και λόγω της εξέλιξης της τεχνολογίας και των δυνατοτήτων επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων. Ειδικότερα στο πεδίο της ψυχικής υγείας, αποτελεί υποχρέωση όλων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτικό προσωπικό κλπ).

Το ιατρικό απόρρητο καθιερώθηκε με τον Α.Ν. 1565/1939 «Κώδικας ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος» και επαναριοθετήθηκε με το Β.Δ. 25/1955 «Κανονισμός ιατρικής δεοντολογίας». Στο άρθρο 47 παρ.6 του Ν. 2071/1992, ρητά αναφέρεται ότι ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχόμενου των εγγράφων που αφορούν τον ασθενή, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και ευρημάτων, πρέπει να είναι εγγυημένος. Η διάταξη αυτή, συμπληρώνεται από τη διάταξη του άρθρου 371 του Ποινικού Κώδικα, σύμφωνα με την οποία τιμωρείται όποιος ανακοινώνει σε τρίτους ιδιωτικά απόρρητα που του έχουν εμπιστευθεί λόγω του επαγγέλματος ή της ιδιότητας του. Ειδικά για τα θέματα της προστασίας των πολιτών από τη διακίνηση των προσωπικών τους δεδομένων, αρμόδια είναι η Ανεξάρτητη Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, του Ν. 2472/1997.

Δημόσια χρήση ψυχιατρικών περιστατικών, επιτρέπεται αποκλειστικά και μόνο για επιστημονικούς/ερευνητικούς σκοπούς και υπό την αναγκαία προϋπόθεση της μη αποκάλυψης της ταυτότητας του ασθενούς. Σε κάθε περίπτωση, θα πρέπει να υπάρχει η συγκατάθεση του προσώπου του οποίου θα ανακοινωθούν τα προσωπικά δεδομένα, με την έννοια της ελεύθερης, ρητής και ειδικής δήλωσης βούλησης η οποία εκφράζεται με τρόπο σαφή και με πλήρη επίγνωση, μετά από προηγούμενη ενημέρωση. Ο ασθενής διατηρεί πάντοτε το δικαίωμα της ανάκλησης οποτεδήποτε της συγκατάθεσης του. Υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες επιτρέπεται κατ' εξαίρεση η άρση του ιατρικού απόρρητου. Στις περιπτώσεις αυτές πρέπει να συντρέχει κίνδυνος για τη ζωή του ασθενή ή τη ζωή άλλων, γεγονός που κρίνει μόνο ο ιατρός. Αλλά και

στις περιπτώσεις αυτές ο ιατρός οφείλει να έχει ενημερώσει πρωτίστως τον ασθενή για τις ενέργειες που πρόκειται να ακολουθήσει.

Υπάρχει συνεπώς ένα πλέγμα υποχρεώσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, που συνδέεται με την ουσιαστική και εγγυημένη εκ μέρους τους τήρηση του απορρήτου, καθώς και με την υποχρέωσή τους να γνωστοποιούν στους ψυχικά πάσχοντες την ηθική και νομική τους αυτή υποχρέωση.

6. Το δικαίωμα στην αποκατάσταση.

Σε περιόδους ύφεσης και υψηλής ανεργίας, τα άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχικά προβλήματα, έχουν πολλαπλού χαρακτήρα δυσκολίες στην κοινωνική και οικονομική τους ένταξη, σε συνδυασμό με το στίγμα και την προκατάληψη που αντιμετωπίζουν. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση στοχεύει στο να βοηθά τα άτομα να απολαμβάνουν το σύνολο των δικαιωμάτων τους, στη μείωση του στίγματος και την προαγωγή της ισότητας και των ευκαιριών.

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια πολυδιάστατη διαδικασία που προσφέρει ευκαιρίες σε χρόνιους ψυχικά ασθενείς με έκπτωση λειτουργικότητας, ανικανότητα ή αναπηρία, να πετύχουν όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας και ενσωμάτωσης στην κοινότητα. Στοχεύει στη βελτίωση των ικανοτήτων των ατόμων ώστε να ενισχυθεί η λειτουργικότητά τους, στην εισαγωγή αλλαγών στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον προκειμένου να δημιουργηθούν ποιοτικότερες συνθήκες ζωής και στη μείωση των προβλημάτων που προέρχονται είτε από την ψυχική νόσο είτε από τον κοινωνικό περίγυρο, ώστε να άτομα να ενταχθούν επιτυχώς στην κοινότητα.

Πρόκειται για διαδικασία που συμπεριλαμβάνει πολλούς διαφορετικούς τομείς και επίπεδα, από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μέχρι τους χώρους διαβίωσης και εργασίας, καθώς και το σύνολο των κοινωνικών συντελεστών. Λόγω της πολυπλοκότητας αυτής, οι δυνατότητες και τα μέσα για την παροχή ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης διαφέρουν, ανάλογα με τη χώρα όπου αυτή αναπτύσσεται (γεωγραφικά, πολιτισμικά, οικονομικά, πολιτικά, κοινωνικά και οργανωτικά χαρακτηριστικά.)

Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.), (άρθρο 12 του Ν. 2716/1999) οι οποίοι λειτουργούν ως Μονάδα Ψυχικής Υγείας και ως

κοινωνική επιχείρηση ταυτόχρονα, αποτελούν τον κύριο μηχανισμό επαγγελματικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών και εφαρμογή των αρχών της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Στους Κοι.Σ.Π.Ε. μπορούν να απασχολούνται με καθεστώς εξαρτημένης εργασίας ή με συμβάσεις παροχής υπηρεσιών, ψυχικά ασθενείς. Τα άτομα αυτά με την υποστήριξη των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και συμμετέχοντας στις εσωτερικές διαδικασίες του Συνεταιρισμού (Γενική Συνέλευση, Διοικητικό Συμβούλιο, εργασιακές επιτροπές), αποκτούν κοινωνικές δεξιότητες και εργασιακή εμπειρία, μέσα από την παραγωγική απασχόληση και την συμμετοχή στις συλλογικές δραστηριότητες του Συνεταιρισμού και αυτονομούνται στην καθημερινή τους ζωή.

7. Το δικαίωμα στην ζωή στην κοινότητα

Το δικαίωμα αυτό εντάσσεται στο γενικότερο κοινωνικό δικαίωμα για την εφαρμογή πολιτικών αποασυλοποίησης – αποϊδρυματισμού και καταπολέμησης του στίγματος.

Με βάση τον Π.Ο.Υ., ως αποασυλοποίηση ή αποϊδρυματισμός ορίζεται η κατάργηση των παραδοσιακών ιδρυμάτων για τη φροντίδα των ψυχικά ασθενών και η προοδευτική έξοδος των ασθενών από αυτά, με ταυτόχρονη ανάπτυξη δομών στην κοινότητα. Η ανάπτυξη και λειτουργία κοινοτικών δομών στοχεύει στην αποφυγή της μακροχρόνιας νοσηλείας και θεραπείας των ψυχικά ασθενών σε χώρους και δομές, που μπορεί να συντελέσουν στην εμφάνιση φαινομένων ιδρυματισμού.

Το δικαίωμα στη ζωή στην κοινότητα, σημαίνει ότι ο ψυχικά ασθενής μπορεί να μένει σε ένα σπίτι όπως κάθε άνθρωπος. Όταν δεν υπάρχει αυτή η δυνατότητα, ο ψυχικά ασθενής μπορεί να κάνει χρήση στεγαστικών δομών και παράλληλης υποστήριξης στον ευρύτερο κοινωνικό χώρο, με την εξασφάλιση αξιοπρεπών συνθηκών καθημερινής ζωής. Στεγαστικές δομές στην κοινότητα είναι οι ξενώνες, τα οικοτροφεία και τα προστατευόμενα διαμερίσματα, η λειτουργία των οποίων εντάσσεται στο ευρύτερο οικιστικό περιβάλλον της κοινότητας και οι ένοικοι διαμορφώνουν τις καθημερινές δραστηριότητες τους με επίκεντρο το οίκημα που στεγάζει τη δομή και την ευρύτερη περιοχή στην οποία εντάσσεται.

Η άσκηση του παραπάνω δικαιώματος, συνδέεται με την διεκδίκηση της λήψης συγκεκριμένων μέτρων εκ μέρους του Κράτους, το οποίο είναι υπεύθυνο για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας με σκοπό την πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και

ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Το Κράτος που έχει την ευθύνη για την υλοποίηση και υποστήριξη προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, έχει την υποχρέωση υποστήριξης των δομών αυτών και της ανάσχεσης των αντιστάσεων που προβάλλονται από κατοίκους, φορείς ή και την Τοπική Αυτοδιοίκηση μερικές φορές. Αντιστάσεων που οφείλονται στο στίγμα και τις προκαταλήψεις για την ψυχική ασθένεια (ανίατο, επικινδυνότητα, βίαιη συμπεριφορά).

Η καταπολέμηση του στίγματος και των προκαταλήψεων, συμβάλλει στην προάσπιση του δικαιώματος τους της ζωής στην κοινότητα και πρέπει να αποτελεί συνεχή μέριμνα της κρατικής πολιτικής για την ψυχική υγεία, καθημερινή υποχρέωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αλλά και δικαίωμα και απαίτηση των ψυχικά ασθενών.

8. Το δικαίωμα στη διεκδίκηση αξιώσεων

Τα επιμέρους δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων προστατεύονται από τις διατάξεις του Συντάγματος 1975/1986/2001/2008 και απορρέουν από τη διάταξη του άρθρου 5 του Συντάγματος, όπου ορίζεται ότι «καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας».

Η προστασία των δικαιωμάτων αυτών σχετίζεται με την εκ μέρους του Κράτους και των λοιπών φορέων άσκησης δημόσιας εξουσίας, εκπλήρωσης των υποχρεώσεών τους να παρέχουν με συγκεκριμένα μέτρα, μέσα και πολιτικές, κάθε αναγκαία εγγύηση ανεμπόδιστης άσκησής τους και σε κάθε περίπτωση σύγκρουσης ή διαφωνίας, αυτή να επιλύεται υπέρ του δικαιώματος. Οι άμεσα ενδιαφερόμενοι, οι ψυχικά ασθενείς και οι οικογένειές τους, όπως και αυτοί που τους επικουρούν στην προσπάθεια της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, επιβάλλεται να ασκούν το δικαίωμα της διεκδίκησης στη λήψη συγκεκριμένων μέτρων και πολιτικών αποτελεσματικής εφαρμογής των επιμέρους δικαιωμάτων τους. Είναι απαραίτητη μια διεκδίκηση με έντονο κοινωνικό χαρακτήρα, με την έννοια ότι η διατύπωση αιτημάτων θα προσλαμβάνει συνεχώς ευρύτερα κοινωνικό χαρακτήρα, με την ενσωμάτωση στο ρεύμα της μεγάλων κοινωνικών ομάδων.

9. Νομικά, δικονομικά δικαιώματα

- ✓ Δικαίωμα να αμφισβητεί ο ασθενής στο δικαστήριο την ακούσια νοσηλεία.
- ✓ Δικαίωμα, με αίτηση προς τον εισαγγελέα, να ζητήσει να διακοπεί η ακούσια νοσηλεία (άρθρο 99.3, Ν. 2071/1992). Αν η αίτηση δεν γίνει δεκτή από το πρωτοδικείο, τότε ο ασθενής μπορεί να υποβάλει νέα αίτηση μετά από 3 μήνες.
- ✓ Δικαίωμα να συνομιλεί κατ' ιδίαν με δικηγόρο.
- ✓ Συνεδρίαση των δικαστηρίων (π.χ. για ακούσια νοσηλεία) «κεκλεισμένων των θυρών» ώστε να προστατεύεται η ιδιωτική ζωή του ασθενή (άρθρο 96.6 και 97.2, Ν. 2071/1992).
- ✓ Δικαίωμα να παραστεί σε συνεδρίαση πρωτοδικείου (ακούσια νοσηλεία) με δικηγόρο και με ψυχίατρο ως τεχνικό σύμβουλο (άρθρο 96.6, Ν. 2071/1992).
- ✓ Δικαίωμα να ασκήσει ένδικα μέσα (έφεση, ανακοπή, κλπ).
- ✓ Δικαίωμα να ασκήσει ένδικο μέσο σε σχέση με την ακούσια νοσηλεία (άρθρο 96.4, Ν. 2071/1992).
- ✓ Δικαίωμα να ασκήσει έφεση και ανακοπή κατά της απόφασης -ακούσια νοσήλια - του πρωτοδικείου (άρθρο 97, Ν. 2071/1992).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1 Το θεσμικό πλαίσιο

Το Σύνταγμα της Ελλάδος του 1975/1986/2001/2008 ως ο ανώτατος νόμος του κράτους, παρέχει το γενικό πλαίσιο προστασίας των δικαιωμάτων του ανθρώπου. Ειδικότερα, το άρθρο 2 παρ. 1 εγγυάται «τον σεβασμό και την προστασία της αξίας του ανθρώπου», ως μία από τις θεμελιώδεις αρχές και πρωταρχική υποχρέωση του Ελληνικού Κράτους.

Σύμφωνα με το άρθρο 5 παρ.1 του Συντάγματος, «Καθένας έχει δικαίωμα να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά του και να συμμετέχει στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της Χώρας, εφόσον δεν προσβάλλει τα δικαιώματα των άλλων και δεν παραβιάζει το Σύνταγμα ή τα χρηστά ήθη», ενώ η παράγραφος 2 του ίδιου άρθρου προβλέπει ότι «Όλοι όσοι βρίσκονται στην Ελληνική Επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής, της τιμής και της ελευθερίας τους, χωρίς διάκριση εθνικότητας, φυλής, γλώσσας και θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων», με εξαιρέσεις να επιτρέπονται στις περιπτώσεις που προβλέπει το διεθνές δίκαιο. Η διάταξη του άρθρου 5 παρ. 5 ορίζει ότι «Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων».

Το άρθρο 25 παρ. 1 του Συντάγματος ορίζει ότι «τα δικαιώματα του ανθρώπου ως ατόμου και ως μέλους του κοινωνικού συνόλου και η αρχή του κοινωνικού κράτους δικαίου τελούν υπό την εγγύηση του Κράτους» και στη συνέχεια εγγυάται την ισχύ αυτών των δικαιωμάτων και στις σχέσεις μεταξύ ιδιωτών.

Επιπλέον, το ίδιο το κείμενο του Συντάγματος διευρύνει το πλαίσιο προστασίας των θεμελιωδών δικαιωμάτων, καθώς το άρθρο 28 παρ. 1 προβλέπει ότι «Οι γενικά παραδεδεγμένοι κανόνες του διεθνούς δικαίου, καθώς και οι διεθνείς συμβάσεις από την επικύρωσή τους με νόμο και τη θέση τους σε ισχύ σύμφωνα με τους όρους καθεμιάς, αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του εσωτερικού ελληνικού δικαίου και υπερισχύουν από κάθε άλλη αντίθετη διάταξη νόμου». Έτσι, το συνταγματικό πλαίσιο προστασίας των θεμελιωδών δικαιωμάτων, σε συνδυασμό με

τις διεθνείς συμβάσεις που σχετίζονται με την προστασία τους και δεσμεύουν την Ελλάδα, αποτελούν ένα πλαίσιο αποτελεσματικής προστασίας, εάν επιτευχθεί στην πράξη η εφαρμογή όλων των διατάξεων, παράλληλα με την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για την πλήρη αποδοχή των ατόμων με ψυχική ασθένεια.

Οι κοινωνικού περιεχομένου διατάξεις του ισχύοντος Συντάγματος περιέχονται στο Μέρος Δεύτερο με τον τίτλο «Ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα» και κάποιες θεσπίζουν κοινωνικά δικαιώματα, άλλες κοινωνικά καθήκοντα και άλλες είναι μόνο κατευθυντήριες. Κοινωνικά δικαιώματα θεσπίζονται με το άρθρο 16 παρ.1 (ελεύθερη ανάπτυξη της τέχνης και της επιστήμης, της έρευνας και της διδασκαλίας), το άρθρο 21 παρ. 3 (μέριμνα για την υγεία των πολιτών και λήψη ειδικών μέτρων για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων) και παρ.4 (η απόκτηση κατοικίας αποτελεί αντικείμενο ειδικής φροντίδας του Κράτους) και το άρθρο 22 παρ.1 (προστασία της εργασίας και δημιουργία συνθηκών απασχόλησης) και παρ.4 (φροντίδα για την κοινωνική ασφάλιση των εργαζομένων).

«Με τις διατάξεις του άρθρου 21 παρ. 3 και 4, δημιουργείται κοινωνικό δικαίωμα, με την έννοια ότι το Κράτος αναλαμβάνει την υποχρέωση να φροντίσει για τη νοσοκομειακή περίθαλψη του πληθυσμού, την προστασία των ανηλίκων, των υπερήλικων, των αναπήρων και των απόρων, καθώς για την εξασφάλιση στέγης τόσο σε αυτούς που δεν έχουν καθόλου, όσο και σε εκείνους που η στέγασή τους χαρακτηρίζεται ανεπαρκής.» (Κ. Γεωργόπουλος, 1996).

Νομοθετική κατοχύρωση

Εκτός από τις συνταγματικές διατάξεις που παρέχουν το γενικό πλαίσιο προστασίας των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων, νόμοι, προεδρικά διατάγματα και κανονισμοί έχουν θεσπισθεί, προκειμένου να εξειδικεύσουν τη απόλαυση των θεμελιωδών δικαιωμάτων, να οργανώσουν και ρυθμίσουν την παροχή της ψυχιατρικής περίθαλψης και φροντίδας και να προάγουν τη συμμετοχή των ατόμων με ψυχική ασθένεια σε διάφορους τομείς, όπως εκπαίδευση, απασχόληση κα.

Στην Ελλάδα, δύο ήταν οι νόμοι που ρύθμισαν την εισαγωγή και παραμονή ασθενών σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, από το 1862 έως το 1992: ο επί Όθωνος νόμος ΨΜΒ του 1862 και το ΝΔ 104/1973.

Ο νόμος ΨΜΒ του 1862 «Περί συστάσεως Φρενοκομείων» αποτελεί το πρώτο νομοθέτημα του ελληνικού κράτους σχετικά με την ψυχική ασθένεια. Ο νόμος αυτός

εγκαθίδρυσε και εξάπλωσε την ασυλιακή δομή στην Ελλάδα, καθώς το άσυλο θεσμοθετήθηκε ως χώρος εγκλεισμού και νοσηλείας των ψυχικά πασχόντων, όπως είχε ήδη συμβεί και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Σύμφωνα με τον νόμο αυτό, δύο ήταν οι τρόποι εισαγωγής ενός φρενοβλαβούς στο φρενοκομείο: α) η εισαγωγή του μετά από αίτηση ιδιωτών (συγγενείς ή οικείοι) προς τη διεύθυνση του νοσοκομείου, ή β) η τοποθέτησή του στο φρενοκομείο μετά από διαταγή δημόσιας αρχής (νομάρχης, έπαρχος, διοικητής της αστυνομίας). Και στις δύο περιπτώσεις η εισαγωγή βασιζόταν σε ιατρικό πιστοποιητικό, που περιλάμβανε πλήρη περιγραφή της νόσου και κατέληγε στη διαπίστωση της ανάγκης θεραπείας και εγκλεισμού του φρενοβλαβούς στο ίδρυμα.

Ο νόμος ΨΜΒ προέβλεπε επίσης, το δικαίωμα άμεσης προσφυγής στο δικαστήριο για τους νοσηλευόμενους, με σκοπό να ζητήσουν την έξοδο τους. Η δικαστική αρχή μπορούσε να διατάξει, με απλή αίτηση του νοσηλευόμενου και χωρίς άλλη διαδικασία, την έξοδο του από το ίδρυμα και να ελέγξει όσα συνέβαιναν σε αυτό.

Το 1973 θεσπίστηκε το ΝΔ 104. Σύμφωνα με το ΝΔ 104/1973 «Περί ψυχικής υγιεινής και περιθάλψεως των ψυχικώς πασχόντων» και των υπουργικών αποφάσεων του Υπουργείου Υγείας που εκδόθηκαν προς εκτέλεση του (Γ2β/3036/1973 και Α2β/5345/1978), τρεις ήταν οι τρόποι εισαγωγής του ψυχικά πάσχοντος στο άσυλο: α) με εκούσια νοσηλεία, β) με ακούσια εισαγωγή και γ) με την υποχρεωτική εισαγωγή των «επικίνδυνων ψυχοπαθών», τα λεγόμενα «εισαγγελικά» του άρθρου 5.

Γενική αρχή και κυρίαρχη φιλοσοφία του νόμου ήταν η πλήρης εξάρτηση του ψυχικά ασθενή από τους ψυχιάτρους, αφού ο τρόπος και η διάρκεια της νοσηλείας του εξαρτιόταν από τις γνωματεύσεις και τις αποφάσεις τους. Η εισαγωγή των ασθενών στο ψυχιατρικό νοσοκομείο συχνά ισοδυναμούσε με χρονικά απροσδιόριστη παραμονή τους σε αυτό, με αποτέλεσμα τα ψυχιατρικά νοσοκομεία να μετατρέπονται σε μονάδες φύλαξης και κοινωνικής περίθαλψης. Ο κίνδυνος της αυθαιρεσίας ήταν μεγάλος καθώς οι έγκλειστοι ψυχικά ασθενείς εγκαταλείπονταν στην κρίση και τις αποφάσεις των ειδικών της ψυχιατρικής και αντιμετωπίζονταν αποκλειστικά ως ασθενείς εκτός δικαίου και όχι ως υποκείμενα δικαίου.

Τα ανωτέρω κατέστησαν αναγκαίο τον εκσυγχρονισμό του σχετικού θεσμικού πλαισίου, γενικότερα για την αντιμετώπιση της ψυχικής υγείας και ειδικότερα των ρυθμίσεων για τον ακούσιο εγκλεισμό.

Με τον Ν.1397/1983 «Εθνικό σύστημα υγείας» (ΦΕΚ 143/Α'/1983) θεμελιώνεται για πρώτη φορά στην ελληνική έννομη τάξη το δικαίωμα στην υγεία.

Σύμφωνα με τις δύο κύριες αρχές του, το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες και η παροχή αυτή γίνεται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση. Η φροντίδα και τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων ρυθμίζονται κυρίως από τους νόμους: 2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστήματος υγείας» (ΦΕΚ123/Α'/1992), 2519/1997 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του συστήματος υγείας και οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 165/Α'/1997) και 2716/1999 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 96/Α'/1999) και συμπληρώνονται από διατάξεις του Αστικού και Ποινικού Κώδικα.

Ο Ν. 2071/1992 θεσμοθετεί τις μονάδες ψυχικής υγείας και αναδιαμορφώνει το καθεστώς που διέπει τις ακούσιες νοσηλείες.

Βασική αρχή που διέπει τις διατάξεις του (άρθρα 91-101) είναι ότι το Κράτος μεριμνά για την προώθηση και το συντονισμό της πρόληψης, της περίθαλψης και της κοινωνικής αποκατάστασης παιδιών, εφήβων και ενηλίκων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Για το σκοπό αυτό εφαρμόζονται οι αρχές της διάρθρωσης σε τομείς, της προτεραιότητας της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποασυλοποίησης και της ευαισθητοποίησης και συμμετοχής των κοινωνικών ομάδων σε θέματα ψυχικής υγείας. Προβλέφθηκε η σύσταση τομέα ψυχικής υγείας σε κάθε νοσοκομείο και η δημιουργία μονάδων ψυχικής υγείας, ενώ έγινε ιδιαίτερη μεία στον εκούσιο και ακούσιο εγκλεισμό, που πλέον αναφέρεται ως εκούσια και ακούσια νοσηλεία. Η οργάνωση της ψυχιατρικής περίθαλψης προέβλεπε τη σύσταση τομέα ψυχικής υγείας σε κάθε νομό, ο οποίος περιλάμβανε τις μονάδες ψυχικής υγείας που θα παρείχαν τις ψυχιατρικές υπηρεσίες. Στην έδρα κάθε τομέα συγκροτούνταν Τοπική Επιτροπή Ψυχικής Υγείας (ΤΕΨΥ) με γνωμοδοτικές και εποπτικές αρμοδιότητες για τις μονάδες ψυχικής υγείας. Στις μονάδες αυτές διενεργείται η πρόληψη και η διάγνωση της ψυχικής ασθένειας, η θεραπεία και η συνέχιση της, η κοινωνική επανένταξη και η επαγγελματική αποκατάσταση των ασθενών.

Ο νόμος ρυθμίζει λεπτομερώς το καθεστώς της ακούσιας νοσηλείας.

Η εκούσια νοσηλεία αφορά την εισαγωγή του ασθενή σε κατάλληλη μονάδα αφού αυτός έχει δώσει τη συγκατάθεσή του. Προϋποθέσεις για την εκούσια νοσηλεία είναι α) ο ασθενής να είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του και β) να συμφωνήσει ο επιστημονικός διευθυντής για την ανάγκη παροχής θεραπείας. Ο εκούσια νοσηλευόμενος έχει όλα τα δικαιώματα που συνδέονται με την άσκηση των

ατομικών του ελευθεριών, τα οποία έχουν και οι ασθενείς που νοσηλεύονται για άλλη αιτία εκτός ψυχικής ασθένειας.

Η ακούσια νοσηλεία αφορά τη χωρίς συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και θεραπεία σε κατάλληλη μονάδα ψυχικής υγείας. Στην περίπτωση αυτή ο ασθενής βρίσκεται σε πλήρη αδυναμία αφού άλλοι αποφασίζουν για αυτόν, καθώς ο ίδιος δεν συναινεί στον εγκλεισμό του είτε γιατί δεν θέλει, είτε επειδή δεν μπορεί και ο νόμος αυστηρά ορίζει τις προϋποθέσεις και ρυθμίζει τη διαδικασία αυτής της νοσηλείας, προκειμένου να προστατευθεί ο ασθενής. Πρέπει λοιπόν α) ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή, να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του και η μη νοσηλεία να έχει ως συνέπεια τον αποκλεισμό της θεραπείας του ή την επιδείνωση της υγείας του ή β) η νοσηλεία του να είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του εαυτού του ή τρίτου προσώπου.

Την ακούσια νοσηλεία προσώπου που φέρεται ως ασθενής μπορούν να ζητήσουν οι στενοί συγγενείς με αίτηση στον αρμόδιο Εισαγγελέα Πρωτοδικών, ή σε περίπτωση απουσίας συγγενών την ακούσια νοσηλεία μπορεί να ζητήσει ο ίδιος ο Εισαγγελέας. Η αίτηση πρέπει να είναι αιτιολογημένη και να συνοδεύεται από γραπτές γνωματεύσεις δύο ψυχιάτρων και εφόσον ο Εισαγγελέας κρίνει ότι συντρέχουν οι νόμιμες προϋποθέσεις διατάσει τη μεταφορά του ασθενούς σε μονάδα ψυχικής υγείας. Εκεί ο ασθενής πρέπει να ενημερωθεί από το διευθυντή της μονάδας για τα δικαιώματά του και να συνταχθεί σχετικό πρακτικό για την ενημέρωση, με υπογραφή του διευθυντή και του συνοδού του ασθενή. Αν η εξέταση του ασθενή δεν είναι εφικτή, ο Εισαγγελέας μπορεί να διατάξει τη μεταφορά για εξέταση και σύνταξη των γνωματεύσεων σε δημόσια ψυχιατρική κλινική, ενώ η εκεί παραμονή για τις εξετάσεις δεν μπορεί να υπερβεί τις 48 ώρες. Μέσα σε τρεις μέρες από τη μεταφορά του ασθενή, ο ίδιος Εισαγγελέας ζητά να επιληφθεί της υπόθεσης το Πολυμελές Πρωτοδικείο, το οποίο αποφαινεται σχετικά σε διάστημα δέκα ημερών. Στη συνεδρίαση δικαιούται να παρευρεθεί και ο ασθενής με δικηγόρο και ψυχίατρο, ως τεχνικό σύμβουλο.

Οι συνθήκες της ακούσιας νοσηλείας πρέπει να εξυπηρετούν τις ανάγκες της θεραπείας. Τα αναγκαία περιοριστικά μέτρα δεν επιτρέπεται να αποκλείσουν τα απαραίτητα θεραπευτικά μέσα, όπως άδειες, έξοδοι κα. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας πρέπει να επιδεικνύεται σεβασμός στην προσωπικότητα του ασθενή, ενώ οι περιορισμοί στην ατομική του ελευθερία προσδιορίζονται μόνο από την κατάσταση της υγείας του και τις ανάγκες της νοσηλείας.

Η έκδοση του Ν. 2716/99 αποτέλεσε προσπάθεια βελτίωσης των προβλημάτων του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας. Θέτει μια σειρά θεμάτων, η πραγματοποίηση των οποίων θα έχει ως αποτέλεσμα την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην πράξη. Τα κύρια ζητήματα που τίθενται και αφορούν τα άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχική ή διανοητική ασθένεια, είναι: η διασφάλιση ίσων ευκαιριών πρόσβασης σε κατάλληλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρωμένες και οργανωμένες στη βάση της τομεοποίησης, η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας, η ενίσχυση της ισότητας και ισονομίας κατά την παροχή των υπηρεσιών μεταξύ ενηλίκων, ηλικιωμένων και παιδιών, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, η κοινωνικο-οικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη στην αγορά εργασίας και η σύνδεση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας με την κοινωνία των πολιτών, μέσω της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Από το γενικό πνεύμα του νόμου αλλά και από επιμέρους άρθρα (άρθρα 5,6,7,8) είναι φανερό η προσπάθεια της παράλληλης ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με την αποασυλοποίηση, όπως επίσης και η εναρμόνιση της λειτουργίας μεταξύ των διαφόρων μονάδων. Υπ' αυτήν την έννοια, η εσωτερική νομοθεσία εναρμονίζεται, φαινομενικά, με τις διεθνείς δεσμεύσεις της χώρας και τις διεθνώς επικρατούσες τάσεις. Στην πράξη όμως, η πρωτοβάθμια φροντίδα ψυχικής υγείας ασκείται από τους ψυχιατρικούς τομείς των γενικών νοσοκομείων και από τα εξωτερικά ιατρεία των ψυχιατρείων, τα οποία δεν αποτελούν μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Επιπλέον, η περιορισμένη κάλυψη των αναγκών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη στρέφει τους ασθενείς στις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές.

Ο Ν. 2071/1992 (άρθρο 47) καθιέρωσε για πρώτη φορά τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενή, ενώ αργότερα ο Ν. 2519/1997 πρόβλεψε για την υλοποίηση των δικαιωμάτων αυτών όργανα προστασίας τους, την Αυτοτελή Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων των Ασθενών και την Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων Ασθενών. Έργο της Αυτοτελούς Υπηρεσίας είναι η παρακολούθηση και ο έλεγχος της προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, η εξέταση παραπόνων και καταγγελιών που αφορούν την παροχή υπηρεσιών προς τους ασθενείς και η εισήγηση προς το Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας, σχετικά με τα θέματα. Έργο της Επιτροπής Ελέγχου είναι η εξέταση, κατόπιν καταγγελίας ή αυτεπάγγελτα, της

παρακολούθηση της τήρησης των κανόνων για την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, η σύνταξη σχετικών πορισμάτων και η υποβολή τους στο Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου, ο οποίος αποφασίζει για τις κατά νόμο περαιτέρω ενέργειες.

Ο ανωτέρω νόμος προέβλεψε επίσης, τη σύσταση Γραφείου Επικοινωνίας με τον Πολίτη, υπό την άμεση εποπτεία και ευθύνη του Προέδρου του ΔΣ, καθώς και τη σύσταση Τριμελούς Επιτροπής Προάσπισης των Δικαιωμάτων του Πολίτη σε κάθε νοσοκομείο, με αρμοδιότητα αλλά και υποχρέωση να παρακολουθεί και να ελέγχει την τήρηση και το σεβασμό των δικαιωμάτων του πολίτη, που προσφεύγει στο συγκεκριμένο νοσοκομείο για περίθαλψη και ιατρική φροντίδα.

Ο Ν. 2716/1999 προβλέπει ειδικότερα τα όργανα προστασίας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Σύμφωνα με το άρθρο 2, στο Υπουργείο Υγείας, στην Αυτοτελή Υπηρεσία προστασίας δικαιωμάτων των ασθενών, συνιστάται α) Γραφείο προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές και β) Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, στην Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων Ασθενών. Η προαναφερόμενη Επιτροπή εποπτεύει και ελέγχει την υλοποίηση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, όπως το δικαίωμα για αξιοπρεπή διαβίωση στις μονάδες ψυχικής υγείας, το δικαίωμα για ειδική ατομική θεραπεία, το δικαίωμα για αμφισβήτηση στο δικαστήριο της ακούσιας νοσηλείας, το δικαίωμα της κατ' ιδίαν συνομιλίας με το δικηγόρο, της πρόσβασης στα αρχεία, της προστασίας της παρουσίας και το δικαίωμα της κοινωνικής επανένταξης. Δέχεται παράπονα, αναφορές ή καταγγελίες από κάθε πολίτη, οργάνωση, φορέα ή οποιαδήποτε επιτροπή ή αρχή, πραγματοποιεί τακτικές και έκτακτες επισκέψεις σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ενημερώνει τους πολίτες για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών και υποβάλλει ετήσιες εκθέσεις αλλά και έκθεση κάθε φορά που διαπιστώνει σχετική παραβίαση.

Ο Ν. 2447/1996, «Υιοθεσία, επιτροπεία και αναδοχή ανηλίκου, δικαστική συμπαράσταση, δικαστική επιμέλεια ξένων υποθέσεων και συναφείς ουσιαστικές, δικονομικές και μεταβατικές διατάξεις» (ΦΕΚ 278/Α'/1996), αναμόρφωσε σημαντικούς θεσμούς του οικογενειακού δικαίου και εισήγαγε το 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 τη βούληση τους, αδυνατούν να εξυπηρετήσουν τα ίδια, τα προσωπικά και περιουσιακά τους συμφέροντα. Η προστασία αυτή, στο πλαίσιο του αστικού δικαίου, εκδηλώνεται μέσα από τη στέρηση ή τον περιορισμό της

δικαιοπρακτικής ικανότητας. Το μέτρο αυτό, έστω και αν αποσκοπεί στην προστασία του προσώπου, δεν παύει να είναι μειωτικό για την προσωπικότητά του και να εγκυμονεί σοβαρούς κινδύνους καταχρήσεων.

Το άρθρο 1666 του Αστικού Κώδικα ορίζει πως «σε δικαστική συμπαράσταση υποβάλλεται ο ενήλικος: όταν λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής ή λόγω σωματικής αναπηρίας αδυνατεί εν όλω ή εν μέρει να φροντίζει μόνος για τις προσωπικές και περιουσιακές υποθέσεις του». Όσον αφορά ειδικότερα τους ενήλικες ψυχικά πάσχοντες, με το Ν.2447/1996 βελτιώθηκε σημαντικά η σχετική νομοθεσία με την προσαρμογή της στα σύγχρονα δεδομένα της ψυχιατρικής επιστήμης. Το όλο πνεύμα του θεσμού της δικαστικής συμπαράστασης είναι τέτοιο, που αντιμετωπίζει τον πάσχοντα ως άτομο που έχει ανάγκη προστασίας, δεν υστερεί από άποψη ανθρώπινης αξίας έναντι των υγιών, δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν παθητικό αντικείμενο της όλης διαδικασίας, ούτε να τίθεται στο περιθώριο της κοινωνικής ζωής. Ο νόμος διαπνέεται, από τις ανθρωπιστικές ιδέες του σεβασμού της προσωπικότητας και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

«Ο Ν. 3418/2005 «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας» (ΦΕΚ 287/Α' /2005), αναθεώρησε ριζικά μια παρωχημένη νομοθεσία που ίσχυε από το 1955. Ο νόμος, οργανώνοντας τη σχέση ασθενούς /γιατρού σε όλους τους τομείς, επηρεάζει άμεσα την προστασία του νέου ατομικού δικαιώματος στην υγεία. Ωστόσο, η εφαρμογή του θα εξαρτηθεί από τη θεσμική εμπέδωση της δεοντολογίας κατά την άσκηση της ιατρικής στη χώρα μας.» (Βιδάλης, 2010). Το άρθρο 28 του νόμου θέτει πολύ αναλυτικά το πλαίσιο της φροντίδας ψυχικής υγείας που ο ιατρός οφείλει να παράσχει στον ασθενή του (σεβασμός της των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, της αξιοπρέπειας, πλήρης ενημέρωση, περιορισμός ελευθερίας κλπ).

«Με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας το ελληνικό δίκαιο απέκτησε ένα σύγχρονο πλαίσιο νομικής ρύθμισης των σχέσεων ασθενούς / ιατρού. Κύριο χαρακτηριστικό του νόμου αυτού είναι η ρητή εισαγωγή της «συναίνεσης ύστερα από πληροφόρηση», σε συνδυασμό πάντως με τη διατήρηση διατάξεων που αντανάκλουν την παλαιότερη πατερναλιστική αντίληψη.» (Βιδάλης, 2010).

Βασικός στόχος κάθε σύγχρονου Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας είναι η προστασία της αυτονομίας του ασθενούς. Η αυτονομία του ασθενούς εκφράζεται με την αρχή της «συναίνεσης ύστερα από ενημέρωση», η οποία πρέπει να επισφραγίζει την σχέση εμπιστοσύνης προς τον ιατρό, καθιστώντας τον ασθενή από απλό αποδέκτη, ενεργό συμμετοχο της θεραπευτικής αγωγής καθ' όλη τη διάρκειά της. «Οι δεοντολογικοί

κανόνες που διέπουν την άσκηση της ψυχιατρικής έχουν ως θεμέλιο αρχές που είναι κοινές για όλη την Ιατρική. Οι αρχές αυτές είναι η αρχή της ωφέλειας, η αρχή της αυτονομίας, η αρχή της ισοτιμίας και η αρχή της δικαιοσύνης.» (Μπιλανάκης, 2004).

Απόρροια των ανωτέρω αρχών αλλά και γενικότερα των αρχών που είναι αποδεκτές στο σύγχρονο κόσμο είναι μια σειρά ανθρωπίνων δικαιωμάτων που αφορούν και την ψυχιατρική δεοντολογία και συγκεκριμένα, η υποβολή σε θεραπεία όταν απαιτείται, η ενημέρωση του ασθενή για την κατάσταση της υγείας του και τις υπάρχουσες θεραπείες, η ίση με τους άλλους ανθρώπους, δυνατότητα διατήρησης ή αποκατάστασης της υγείας, η διατήρηση από τον ασθενή των ατομικών, πολιτικών και άλλων δικαιωμάτων του, η προστασία του απορρήτου της ιδιωτικής ζωής και της επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας και η προστασία του ως ασθενή από τυχόν εξαπάτηση, εκβιασμό, εκμετάλλευση και χειραγώγηση από τις υπηρεσίες υγείας.

Ανάμεσα στους λόγους που οδήγησαν τους ψυχιάτρους από τη δεκαετία του 1960, να ενδιαφερθούν για τις ηθικές αρχές του επαγγέλματος τους, μπορούμε να διακρίνουμε και τους εξής: «τη μεταβολή των αντιλήψεων της κοινωνίας για τις κοινωνικές και ηθικές αξίες και την υιοθέτηση των αρχών των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, που είχαν σαν αποτέλεσμα οι ασθενείς και οι οικογένειες τους να διεκδικούν μεγαλύτερο μερίδιο ευθύνης και συμμετοχής στην θεραπεία, να αποδέχονται λιγότερο την ψυχιατρική γνώμη και να κατηγορούν τους ψυχιάτρους για στέρηση των δικαιωμάτων τους, τις μεγάλες προόδους στις φαρμακευτικές και άλλες βιολογικές θεραπείες που προκάλεσαν αυξημένο ενδιαφέρον και ανάγκη επαγρύπνησης για περιορισμό στους τυχόν κινδύνους από τις θεραπείες, την κατάχρηση της Ψυχιατρικής για πολιτικές σκοπιμότητες και τη γέννηση της αντιψυχιατρικής μέσα στους κόλπους της ψυχιατρικής, σαν αντίδραση στην αυταρχική διαχείριση του ασθενή, η οποία συνέβαλε στην υιοθέτηση ασφαλέστερων κριτηρίων επέμβασης στον ασθενή.» (Αλεβίζος, 1990).

Το ζήτημα της δεοντολογίας απασχολεί, έντονα τη βιοϊατρική. Ειδικότερα θέματα βιοϊατρικής, όπως αυτό των κλινικών μελετών φαρμάκων ρυθμίζεται από την υπουργική απόφαση ΔΥΓ/89292/2003, η οποία ενσωματώνει στο εθνικό μας δίκαιο την κοινοτική οδηγία 2001/20, όπως και από την πρόσφατη κοινοτική οδηγία 2005/28 που ενσωματώθηκε με την υπουργική απόφαση ΔΥΓ/79602/2007. Έτσι, ο νομοθέτης συμπλήρωσε το θεσμικό πλαίσιο στη χώρα μας, ορίζοντας την διαδικασία ελέγχου των ερευνητικών πρωτοκόλλων για τα πειράματα σε νέα φάρμακα.

Η προστασία των γενετικών δεδομένων καλύπτεται από τη διάταξη για την προστασία των προσωπικών δεδομένων (άρθρο 9Α Σ.), η δε προστασία από αυθαίρετες τροποποιήσεις της γενετικής ταυτότητας καταλαμβάνεται από την αρχή της ανθρώπινης αξίας (άρθρο 2 παρ.1 Σ.). Νομοθετικά, το ζήτημα των ιατρικών και γενετικών δεδομένων των προσώπων, ρυθμίζεται κυρίως από το Ν.2472/1997 που προστατεύει όλα τα προσωπικά δεδομένα, και δη τα ευαίσθητα όπως τα ιατρικά και γενετικά. Υπεύθυνη Εθνική Αρχή για την εφαρμογή του νόμου είναι η Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα. Τέλος, το μοναδικό αλλά μη δεσμευτικό, κείμενο που αναφέρεται ειδικά στα γενετικά δεδομένα είναι η Διακήρυξη της UNESCO για τα Γενετικά Δεδομένα.

Επιπλέον, ο Π.Ο.Υ. το 2000, στο πλαίσιο της αξιολόγησης των συστημάτων υγείας διεθνώς, χρησιμοποίησε σαν βασικό κριτήριο την «υπευθυνότητα». Το κριτήριο αυτό περιλαμβάνει το σεβασμό της αξιοπρέπειας των προσώπων και των οικογενειών τους και την προστασία της αυτονομίας τους στη λήψη αποφάσεων για την υγεία τους. Με τον τρόπο αυτόν, ο Π.Ο.Υ. θέτει την αυτονομία του ασθενούς και τον ιατρικό ανθρωπισμό στο επίκεντρο των συστημάτων υγείας.

3.2 Τα όργανα προστασίας

Θα παρουσιαστούν οι κύριοι φορείς (αρχές – υπηρεσίες – επιτροπές), που δρουν στο πεδίο της προστασίας των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και δραστηριοποιούνται για την προστασία τους.

Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές

Στο Υπουργείο Υγείας έχει συσταθεί Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, η οποία υπάγεται στη Γενική Δ/ση Υγείας και απαρτίζεται από τα τμήματα: Νοσοκομειακής Περιθαλψης, Εξωνοσοκομειακής Φροντίδας και Αντιμετώπισης εξαρτησιογόνων ουσιών. Για την προστασία των δικαιωμάτων ψυχικά πασχόντων, έχει συσταθεί, στην Αυτοτελή Υπηρεσία Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών, Γραφείο για την Προστασία των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές (Ν. 2716/1999, άρθρο1, 2παρ.) 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 (Ν.2716/1999, άρθρο 2, παρ.2). Σημειώνεται ότι η Ειδική 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», αποτελούμενη από εμπειρογνώμονες του χώρου της ψυχικής υγείας και άλλους θεσμικούς παράγοντες, συμπεριλαμβανόμενου του Συνηγόρου Υγείας. Αυτή η αναθεώρηση κρίθηκε αναγκαία, αφού ο κύριος άξονας του αρχικού προγράμματος, η αποασυλοποίηση, θεωρείται δεδομένος στην παρούσα φάση. Ταυτόχρονα, είναι σημαντικό να αναζητηθεί η συμβολή και συνεργασία νέων φορέων, μεταξύ των οποίων και οι ίδιοι οι ψυχικά πάσχοντες και οι οικογένειες τους.

Ο Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Ο Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης θεσπίστηκε με το άρθρο 18 του Ν.3293/2004 «Πολυκλινική Ολυμπιακού Χωριού, Συνήγορος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ 231/Α'/2004). Ο Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει ενταχθεί στον Κύκλο Κοινωνικής Προστασίας της Ανεξάρτητης Αρχής του Συνηγόρου του Πολίτη, εξετάζοντας αναφορές που έχουν ως αντικείμενο το δικαίωμα για προστασία της υγείας και για κοινωνική πρόνοια των πολιτών, Ελλήνων ή αλλοδαπών. Κατά την άσκηση των αρμοδιοτήτων του σχετικά με τα δικαιώματα της υγείας, πρόνοιας και κοινωνικής αλληλεγγύης, εισηγείται προς το αρμόδιο υπουργείο μέτρα για την αποκατάσταση και προστασία των δικαιωμάτων των πολιτών, την εξάλειψη των φαινομένων κακοδιοίκησης και τη βελτίωση της λειτουργίας των αρμοδίων υπηρεσιών και των σχέσεων τους με τον πολίτη.

Η διαμεσολαβητική του δραστηριότητα επικεντρώνεται κυρίως στην προστασία των δικαιωμάτων των ευαίσθητων κοινωνικά ομάδων, όπως είναι οι ηλικιωμένοι, τα άτομα με αναπηρίες, οι σωματικά και ψυχικά ασθενείς, και αφορά σε υποθέσεις του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, της τοπικής και περιφερειακής αυτοδιοίκησης, των ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων, των νοσοκομείων, των ψυχιατρικών νοσοκομείων, του ΕΚΑΒ, κα.

Η Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων

Αποστολή της Αρχής αποτελεί η προστασία των δικαιωμάτων της προσωπικότητας και της ιδιωτικής ζωής του ατόμου στην Ελλάδα, σύμφωνα με τις διατάξεις των νόμων 2472/1997 «Προστασία του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα» (ΦΕΚ 50/Α΄/1997) και 3471/2006 «Προστασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και της ιδιωτικής ζωής στον τομέα των ηλεκτρονικών επικοινωνιών και τροποποίηση του ν. 2472/97» (ΦΕΚ 133/Α΄/2006). Πρωταρχικός σκοπός της Αρχής είναι η προστασία του πολίτη από την παράνομη επεξεργασία των προσωπικών του δεδομένων αλλά και η συνδρομή προς αυτόν σε κάθε περίπτωση που διαπιστώνεται παραβίαση των σχετικών δικαιωμάτων του σε κάθε επιχειρησιακό τομέα (χρηματοπιστωτικά, υγεία, ασφάλιση, εκπαίδευση, δημόσια διοίκηση, μεταφορές, ΜΜΕ, κ.α.).

Επίσης, σκοπός της Αρχής είναι η υποστήριξη και καθοδήγηση των υπεύθυνων επεξεργασίας στην εκπλήρωση των υποχρεώσεων τους απέναντι στο νόμο, λαμβάνοντας υπόψη τις νέες ανάγκες υπηρεσιών της ελληνικής κοινωνίας, καθώς και την διείσδυση των σύγχρονων ψηφιακών επικοινωνιών και δικτύων. Ως εκ τούτου, η Αρχή στρέφει ιδιαίτερα την προσοχή της μεταξύ άλλων στην παρατήρηση και αντιμετώπιση ζητημάτων που προκύπτουν με την εξέλιξη των νέων τεχνολογιών και εφαρμογών.

Η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής

Η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, συστάθηκε με το Ν.2667/1998 (ΦΕΚ 281/Α΄/1998) και ασκεί αποκλειστικά συμβουλευτικές αρμοδιότητες, απευθυνόμενη, είτε με δική της πρωτοβουλία είτε εφόσον της ζητηθεί, προς οποιοδήποτε όργανο της Πολιτείας. Αποστολή της είναι η ανάδειξη της στενής σύνδεσης των εφαρμογών των βιολογικών επιστημών με τις σύγχρονες κοινωνικές αξίες. Αναγκαία στοιχεία αυτής της αποστολής είναι τόσο η έγκυρη ενημέρωση των πολιτών, όσο και η κατάλληλη υποστήριξη των συναφών κρατικών πολιτικών.

Στο πλαίσιο αυτό, η Επιτροπή παρακολουθεί και επεξεργάζεται τα ηθικά, κοινωνικά και νομικά ζητήματα που προκύπτουν με εντεινόμενο ρυθμό από την διαρκή εξέλιξη της βιολογίας, της βιοϊατρικής, της γενετικής και της βιοτεχνολογίας, εκδίδοντας σχετικές εισηγήσεις. Συνεργάζεται, επίσης, με αρμόδιους φορείς στη χώρα μας και διατυπώνει προτάσεις για τη θέσπιση νομοθεσίας ή τη λήψη άλλων μέτρων πολιτικής από την Πολιτεία. Συνεργάζεται εξάλλου με αρμόδιους φορείς σε διεθνές επίπεδο.

Εξασφαλίζει, επίσης, με κάθε πρόσφορο τρόπο, κατάλληλη ενημέρωση για τις εξελίξεις που αφορούν το αντικείμενο της βιοηθικής στην Ελλάδα και στο εξωτερικό.

Το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας - Πρόνοιας

Το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας αποτελεί υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας, υπαγόμενη απευθείας στον Υπουργό Υγείας και ιδρύθηκε με το Ν.2920/2001 «Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 131/Α'/2001). Αποστολή του ΣΕΥΥΠ είναι η ανάπτυξη και λειτουργία κεντρικού και περιφερειακού μηχανισμού για τη διενέργεια συστηματικών επιθεωρήσεων, ελέγχων και ερευνών σε όλες τις υπηρεσίες και τους φορείς που υπάγονται στην αρμοδιότητα ή την εποπτεία του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθώς και στις υπηρεσίες υγείας των ασφαλιστικών φορέων. Σκοπός του, είναι η βελτίωση της παραγωγικότητας και αποτελεσματικότητας των ανωτέρω υπηρεσιών και φορέων, η ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, η εξάλειψη της κακοδιοίκησης και η προστασία της υγείας και της περιουσίας των πολιτών από την παροχή υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας με καταχρηστικό τρόπο.

Η Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου

Η Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου αποτελεί συμβουλευτικό όργανο της Πολιτείας σε θέματα προστασίας των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, που συνεστήθη με το Ν. 2667/1998(ΦΕΚ 281/Α'/1998). Σκοπός της ΕΕΔΑ είναι η συνεχής επισήμανση σε όλα τα όργανα της Πολιτείας της ανάγκης αποτελεσματικής κατοχύρωσης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, όλων όσων διαβιούν στην ελληνική επικράτεια. Σύμφωνα με τον ιδρυτικό της νόμο οι κυριότερες αρμοδιότητες της είναι: α) η εξέταση ζητημάτων που αφορούν στην προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, β) η υποβολή συστάσεων και προτάσεων, η εκπόνηση μελετών, η υποβολή εκθέσεων και γνωμοδοτήσεων για τη λήψη νομοθετικών, διοικητικών ή άλλων μέτρων που συμβάλλουν στη βελτίωση της προστασίας των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου γ) η ανάπτυξη πρωτοβουλιών για τη ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης και των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης και για την καλλιέργεια του σεβασμού των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου στο πλαίσιο του εκπαιδευτικού συστήματος και ε) η επικοινωνία και συνεργασία με διεθνείς οργανισμούς, παρεμφερή όργανα άλλων χωρών καθώς και εθνικές ή διεθνείς Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις.

Η Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία

Η Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία ιδρύθηκε το 1986 στην Αθήνα. Σκοπός της ΕΨΕ είναι η προαγωγή της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα, η ενίσχυση της επικοινωνίας και της συνεργασίας των ελλήνων ψυχιάτρων τόσο μεταξύ των όσο και με τους συναδέλφους τους των άλλων χωρών καθώς και με τις άλλες ιατρικές ή μη ειδικότητες που σχετίζονται με την Ψυχιατρική. Ανάμεσα στους κύριους στόχους της ΕΨΕ είναι η προαγωγή και η ενίσχυση της ψυχιατρικής κλινικής πρακτικής στην Ελλάδα και της πρόληψης στην Ψυχική Υγεία, η διασφάλιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και η προώθηση της Ψυχιατρικής εκπαίδευσης και έρευνας στην Ελλάδα. Η Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία είναι επίσημος σύμβουλος του Υπουργείου Υγείας. Αντιπροσωπεύει την Ελληνική Ψυχιατρική και τους Έλληνες ψυχιάτρους στους διεθνείς οργανισμούς και έχει ρόλο πραγματογνώμονα για τις εθνικές αρχές και τους άλλους ιατρικούς ή κοινωνικούς οργανισμούς.

3.3 Η πραγματικότητα - προβλήματα - ανεπάρκεια θεσμικού πλαισίου

Θα επιχειρήσουμε να αποτυπώσουμε τα κυριότερα προβλήματα που σχετίζονται με την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στο πεδίο της ψυχικής υγείας, όπως αυτά αναδύθηκαν από την εφαρμογή του ισχύοντος θεσμικού πλαισίου και του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» και έτσι όπως τα έχουν προσδιορίσει οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι ίδιοι οι ψυχικά πάσχοντες και οι φορείς που δραστηριοποιούνται για την προστασία τους. Μελετήθηκαν εκθέσεις φορέων που δρουν στο πεδίο της προστασίας των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών, προκειμένου να παρουσιαστούν τα κύρια προβλήματα και συγκεκριμένα της Εθνικής Επιτροπής για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, του Συνηγόρου της Υγείας, του Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας, της Επιτροπής Βιοηθικής, της Αρχής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, της Ειδικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές και της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας.

Τα κυριότερα προβλήματα που ανακύπτουν είναι τα ακόλουθα:

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

Η νομοθεσία προβλέπει δύο τρόπους αναγκαστικού εγκλεισμού των ψυχικά πασχόντων: τον προληπτικό που ρυθμίζει ο Ν. 2071/1992 στις διατάξεις για την ακούσια νοσηλεία και εφαρμόζεται ανεξάρτητα από την τέλεση αξιόποινης πράξης και τον ποινικό που ρυθμίζουν τα άρθρα 69 & 70 ΠΚ και αφορά αυτούς που έχουν τελέσει αδίκημα, έχουν κριθεί ακαταλόγιστοι και χαρακτηρίζονται επικίνδυνοι. Το άρθρο 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 έχει κριθεί επικίνδυνος για την δημόσια ασφάλεια. Η απόφαση για την επιβολή του μέτρου ασφαλείας αθώνει τον δράστη για το αδίκημα που διέπραξε, ενώ το μέτρο διαρκεί «όσο χρόνο το επιβάλλει η δημόσια ασφάλεια» (άρθρο 70 ΠΚ).

Το μέτρο αποσκοπεί όχι στην τιμωρία του δράστη, όπως στην ποινή, αλλά στην προφύλαξη της κοινωνίας από την επικίνδυνη συμπεριφορά του και τη θεραπεία του. Ωστόσο, σύμφωνα με το άρθρο 70, αποκλειστικό κριτήριο για την συνέχιση ή μη του μέτρου, αποτελεί η επικινδυνότητα του εγκλειστού 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 εγκλειστος ακαταλόγιστος ψυχικά πάσχων να έχει πρόσβαση στα ευεργετήματα του ποινικού κρατουμένου (αναστολή της ποινής, υπ' όρον απόλυση, άδειες, κλπ).

Ανεπάρκεια θεσμικού πλαισίου

Οι ειδικοί της ψυχικής υγείας που έχουν την εμπειρία της εφαρμογής του μέτρου στον χώρο του ψυχιατρείου, επισημαίνουν το γεγονός ότι η φύλαξη εκ προοιμίου ακυρώνει τη θεραπευτική αγωγή, καθώς σήμερα δεν νοείται θεραπεία δίχως κοινωνικοποιητικές δραστηριότητες, ενώ ταυτόχρονα δημιουργεί δυσκολίες στο ψυχιατρείο, το οποίο υποχρεώνεται να επιτελέσει λειτουργίες φύλαξης και εξαναγκάζεται να καταφεύγει στο μέτρο της μηχανικής καθήλωσης του ασθενούς. Υποστηρίζεται επίσης από ψυχιατρικής πλευράς, ότι ο χαρακτηρισμός του ασθενή ως

«ακαταλόγιστου» και η αντίστοιχη θεσμική μεταχείριση, του στερεί εκ προοιμίου την δυνατότητα να αναγνωρίσει την πράξη του και να αναλάβει την ευθύνη για την πράξη του, μαζί με τις προσωπικές και κοινωνικές της συνέπειες. Επίσης, η εξολοκλήρου, απόδοση των παραβατικών πράξεων στην ψυχοπαθολογία και η αναγωγή της σε συνήθη υπερασπιστική γραμμή από τους συνηγόρους των δραστών, συμβάλλει στην διαιώνιση του στερεοτύπου της επικινδυνότητας του «τρελού». Επιπλέον, ο στιγματισμός που προκαλείται από την προκατάληψη, οδηγεί τον ψυχικά πάσχοντα να τείνει να συμπεριφέρεται σύμφωνα ακριβώς με τον χαρακτηρισμό που του έχει αποδοθεί, δηλαδή ως άτομο επικίνδυνο αλλά ανεύθυνο, του οποίου οι πράξεις δεν θα έχουν ποινικές συνέπειες.

β) Οι ακούσιες νοσηλείες

Τα άρθρα 95-100 του Ν.2071/1992 ρυθμίζουν τα σχετικά με την ακούσια νοσηλεία. Το γράμμα του νόμου δίνει προτεραιότητα όχι στη φύλαξη του ασθενή αλλά στη θεραπεία του, με παράλληλη προστασία της αξιοπρέπειάς του, θέτοντας τη διαδικασία του ακούσιου εγκλεισμού υπό τον έλεγχο της δικαστικής αρχής. Θεσπίζονται κανόνες που κάνουν πιο πολύπλοκη την όλη διαδικασία της υποβολής του ασθενή σε καθεστώς ακούσιας νοσηλείας, σε σχέση με προηγούμενες ρυθμίσεις. Στην πραγματικότητα όμως ο αριθμός των ακούσιων νοσηλειών είναι τεράστιος: το ποσοστό κυμαίνεται από 55 ως 65%, ενώ σε καμιά χώρα της ΕΕ το αντίστοιχο ποσοστό δεν ξεπερνά το 7- 8%. Ο αριθμός από μόνος του δείχνει ότι καταστρατηγείται η πρόθεση του νόμου για δικαστική προστασία. 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.

Ανεπάρκεια θεσμικού πλαισίου

Η εφαρμογή του νόμου αποδείχτηκε προβληματική, κυρίως επειδή δεν έχουν δημιουργηθεί όλες εκείνες οι εκτός ψυχιατρείου υπηρεσίες που θα μπορούσαν να δώσουν λύσεις, εκτός του εγκλεισμού. Ο Ν. 2716/1999 εισήγαγε τις νέες ψυχιατρικές δομές και τις εναλλακτικές διαθέσιμες υπηρεσίες (τομεοποίηση, κοινοτική ψυχιατρική, πρωτοβάθμια περίθαλψη, κλπ) που θα λειτουργούσαν ως φίλτρο, για να λειτουργήσει

σωστά η προβλεπόμενη από τον 2071 διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας, ως «έσχατης λύσης» για την διαχείριση του ψυχικά πάσχοντος.

Το κλείσιμο όμως, 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 έπρεπε να εφαρμόζουν υποστηρικτικές ψυχοθεραπείες, αναγκάζονται να λειτουργήσουν ως κλειστά συστήματα, με μέτρα ασφαλείας ακόμα και για την αποφυγή της απόδρασης των πασχόντων. Άλλη 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 επαφή με τους θεραπευτές τους, μέχρις ότου μια νέα "κρίση" τους οδηγήσει σε νέα εισαγωγή.

Τα προβλήματα στην εφαρμογή του Ν. 2071 για τον ακούσιο εγκλεισμό, εκτείνονται σε όλο το φάσμα των προβλέψεων του, δηλαδή: στην ιατρική γνωμάτευση, τη μεταφορά του πάσχοντος, την προθεσμία του 48ωρου, την ενημέρωση του πάσχοντος, τον δικαστικό έλεγχο, την παράσταση του ασθενή στη δίκη, τη διάρκεια της παραμονής του στο ψυχιατρείο, την κλήση του σε δίκη και την δικαστική απόφαση.

Ειδικότερα:

1) **Ιατρικές γνωματεύσεις:** Οι ψυχίατροι, ως πραγματογνώμονες, πρέπει να αιτιολογήσουν πλήρως και επαρκώς την κρίση τους (άρθρο 95 παρ.2, του Ν. 2071/92), ώστε να είναι δυνατή η ορθή άσκηση των αρμοδιοτήτων του εισαγγελέα. Οι γνωματεύσεις στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, δεν περιέχουν ένα σκεπτικό με αιτιολογικές και ψυχοδυναμικές υποθέσεις που αποτυπώνουν την εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης του προσώπου, του οποίου η εξέταση ζητήθηκε από τον εισαγγελέα. Από το κείμενο τους δεν προκύπτει εξατομικευμένη εκτίμηση, για το αν ο ασθενής είναι ικανός να κρίνει για την κατάσταση της υγείας του και για το αν η έλλειψη νοσηλείας μπορεί να επιδεινώσει την κατάστασή του. Αντίθετα,

χρησιμοποιείται έντυπο με τη γενική προτυπωμένη διατύπωση ότι «τηρούνται οι προϋποθέσεις του Ν. 2071/92».

Ανεπάρκεια θεσμικού πλαισίου

Δεν καλύπτεται ούτε η απαίτηση του νόμου (άρθρο 96 παρ.2, Ν. 2071/1992), για αιτιολογημένες γνωματεύσεις, ούτε η δεοντολογία που επιτάσσει την πλήρη επιστημονική τεκμηρίωση της κρίσης που εκφέρεται για την κατάσταση της υγείας του ασθενούς και που θα έχει ενδεχομένως ως αποτέλεσμα τον ακούσιο εγκλεισμό του σε ψυχιατρικό νοσοκομείο.

Επιπλέον, η παραμονή και διανυκτέρευση σε αστυνομικό κρατητήριο του προσαγόμενου προς ψυχιατρική εξέταση, πρακτική που ακολουθείται σήμερα όταν δεν βρίσκεται δεύτερος εφημερεύων ιατρός ψυχιατρικής ή παρεμφερούς ειδικότητας, δεν μπορεί να θεωρηθεί ως προσήκουσα εφαρμογή του άρθρ. 96 παρ.2 Ν. 2071/92, αλλά κατ' αρχήν ως παραβίασή του και αναξιοπρεπή μεταχείριση.

2) **Μεταφορά ασθενών:** Η μεταφορά των ακούσια εγκλεισμένων, σχεδόν πάντα γίνεται από την αστυνομία και όχι από το ΕΚΑΒ. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει την αντιμετώπιση των ψυχικά πασχόντων ως «δυνάμει επικίνδυνων προσώπων» και όχι ως ασθενών. Η αδικαιολόγητη αυτή αντιμετώπιση των ψυχασθενών ως επικινδύνων για τη δημόσια τάξη κι ασφάλεια εκδηλώνεται με τη μεταγωγή τους με περιπολικό ή με κλούβα, τη δέσμευσή τους με χειροπέδες και τη συνοδεία τους από αστυνομικό προσωπικό.

Η μεταφορά των ακούσια εγκλεισμένων με ασθενοφόρο ή με συμβατικό όχημα (όπως προβλέπεται στα Προγράμματα Παρέμβασης στην Κρίση), αντί του περιπολικού ή της κλούβας, θα μπορούσε να εισαχθεί ως γενική αρχή και να τηρείται ως πρακτική, κατόπιν εξέτασης της διαθεσιμότητας των μέσων. Η όλη διαδικασία θα πρέπει στην πράξη, να αποσκοπεί στην μεταχείριση του ακούσια εγκλεισμένου ως ασθενούς και στην αποσύνδεσή του από το στερεότυπο του κινδύνου για τη δημόσια τάξη κι ασφάλεια.

3) **Ενημέρωση ασθενών:** Δεν προκύπτει με βεβαιότητα ότι οι ασθενείς ενημερώνονται επαρκώς για τα δικαιώματά τους και ειδικότερα για το δικαίωμά τους να ασκήσουν ένδικο μέσο. Σύμφωνα με το (άρθρο 96 παρ.4, Ν. 2071/92) για την

ενημέρωση αυτή συντάσσεται πρακτικό που υπογράφεται, εκτός από τον υποχρεωμένο να ενημερώσει και από τον συνοδό του ασθενή.

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα εφαρμογής της αυτονομίας στην ιατρική πράξη στη χώρα μας είναι η διαφαινόμενη από εμπειρικά δεδομένα, διάσταση απόψεων ως προς την έκταση της ενημέρωσης μεταξύ ιατρών και ασθενών. Οι τελευταίοι επιθυμούν περισσότερη ενημέρωση από αυτή που παρέχουν οι πρώτοι. Οι σημαντικότερες αιτίες της διάστασης αυτής στις απόψεις ιατρών-ασθενών, είναι η έλλειψη κατάλληλης εκπαίδευσης των ιατρών και η έλλειψη χρόνου. Σημαντικό είναι η αυτονομία του ασθενούς να γίνεται σεβαστή στην πράξη, όχι μόνον ως αυτοτελής αξία, αλλά και διότι αποτελεί δικλείδα ασφαλείας για την ίδια την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας.

4) **Δικαστικός έλεγχος:** α) Σε πολύ υψηλό ποσοστό υπάρχει εισαγγελική εντολή για εγκλεισμό, αλλά δεν υπάρχει δικαστική απόφαση περί εγκλεισμού, ούτε προηγουμένως κλήση για δίκη. Επιπλέον, παρατηρείται η υπέρβαση του χρονικού διαστήματος των 10 ημερών που ορίζει ο νόμος (άρθρο 96 παρ.6, Ν. 2071/92), ενώ η μέση διάρκεια από την ημερομηνία εισαγωγής των ασθενών μέχρι τον ορισμό δικάσιμου είναι περίπου 41 ημέρες.

β) Στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων ο ασθενής δεν παρίσταται στη δίκη.
γ) Το διατακτικό των δικαστικών αποφάσεων στηρίζεται στις αρχικές συνοπτικές γνωματεύσεις που γίνονται κατά την εισαγωγή του ασθενούς και δεν υπάρχει νεότερη γνωμάτευση – εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς, ακόμη και σε περιπτώσεις που ο εγκλεισμός έχει πολύ μεγάλη διάρκεια. Ειδικότερα, σε καμία από τις περιπτώσεις που ο εγκλεισμός παρατάθηκε πέραν των 3 μηνών, δεν βρέθηκε η προβλεπόμενη από το άρθρο 99 του Ν. 2071/92 έκθεση για την κατάσταση της υγείας του ασθενούς, την οποία συντάσσει ο επιστημονικός διευθυντής και ένας άλλος ψυχίατρος του τομέα ψυχικής υγείας και απευθύνουν στον εισαγγελέα.

δ) Σε αρκετές περιπτώσεις το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ της συνεδρίασης και της δημοσίευσης της δικαστικής απόφασης υπερβαίνει τον ένα μήνα, ενώ στις περιπτώσεις που υπάρχει δικαστική απόφαση, η μέση χρονική διάρκεια, από την εισαγωγή του ασθενούς στο ψυχιατρικό νοσοκομείο μέχρι τη δημοσίευση της δικαστικής απόφασης, είναι 76 ημέρες περίπου.

Στην πράξη, αναιρείται η βασική επιδίωξη του Ν. 2071/92, δηλαδή ο δικαστικός έλεγχος του ακούσιου εγκλεισμού των ψυχικά ασθενών.

γ) Οι δυσλειτουργίες του συστήματος της δικαστικής συμπαράστασης

Ο θεσμός της δικαστικής συμπαράστασης εισήχθη με τον Ν.2447/1996. Πρόκειται για έναν θεσμό που αποσκοπεί στην προστασία του συμπαραστατούμενου (του ψυχικά πάσχοντος), στην εφαρμογή του όμως πάσχει 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 αρμόδιων ιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών για τη νοητική και ψυχική κατάσταση του. Το άρθρο 1674 ΑΚ καθιερώνει την έκθεση της κοινωνικής υπηρεσίας ως βασικό στοιχείο που συνεκτιμάται από το δικαστήριο. Τα άτομα που βρίσκονται στις Μ.Ψ.Υ. αντιμετωπίζουν πολλές φορές τεράστια προβλήματα επειδή απουσιάζει το υποστηρικτικό περιβάλλον. Κάποιες φορές ο διορισμός συγγενικών προσώπων δεν ενδείκνυται για λόγους που αφορούν στην διαχείριση της περιουσίας του πάσχοντος. Βέβαια, το θεσμικό πρότυπο της δικαστικής συμπαράστασης έχει προβλέψει (άρθρο 64 του Ν. 2447/1996, άρθρο 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 ». Όμως, πολλές από τις Μ.Ψ.Υ. στις οποίες βρίσκονται οι ψυχικά ασθενείς, δεν διαθέτουν κατάλληλο προσωπικό και υποδομή, ώστε να αναλαμβάνει αυτό το έργο. Και αφού η κοινωνική υπηρεσία αδυνατεί να αντεπεξέλθει στο λειτούργημά της, δημιουργούνται προβλήματα και καθυστερήσεις στην ρύθμιση των υποθέσεων των ψυχικά πασχόντων.

Ανεπάρκεια θεσμικού πλαισίου

Στην περίπτωση του θεσμού της δικαστικής συμπαράστασης, παρατηρείται το φαινόμενο μια θετικότερη, σε σχέση με το παρελθόν, ρύθμιση 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 φανερά

δεν ικανοποιούν τις ανάγκες του συμπαραστατούμενου, σπάνια κάποιος προσφεύγει για ακύρωση του διορισμού τους.

Ακόμα κρισιμότερο είναι το ζήτημα της άρσης της υποβολής ενός προσώπου σε καθεστώς δικαστικής συμπαράστασης (άρθ. 1685 Α.Κ.), 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, χρήζει ειδικών πιο ευέλικτων προβλέψεων.

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

Ένα ζήτημα το οποίο έχει αναδειχθεί από αναφορές ψυχικά ασθενών σε ψυχιατρικές δομές, αφορά την πρόσβαση τους στον ιατρικό τους φάκελο. Οι αρμόδιες υπηρεσίες, επικαλούμενες την τήρηση του ιατρικού απορρήτου, αρνούνται να τους χορηγήσουν αντίγραφα, τα οποία τους είναι αναγκαία για διάφορες χρήσεις.

Ωστόσο, το άρθρο 47 παρ. 4, Ν. 2071/1992 ορίζει ότι ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ότι αφορά στην κατάστασή του και μάλιστα η πληροφόρηση πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα της κατάστασης του. Ταυτόχρονα, ο Κώδικας Διοικητικής Διαδικασίας 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 και ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας 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.

ε) Οι συνθήκες νοσηλείας

Τα μέτρα και τα μέσα που εφαρμόζονται για την θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικά πασχόντων, είναι ένα ακόμη 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 Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και όχι μόνο στα κλειστά τμήματα των λεγόμενων «ακαταλόγιστων». Η μη αυστηρή τήρηση πρωτοκόλλων θεραπείας και η πάγια επίκληση της έλλειψης προσωπικού ή της πραγματοποίησης εφημερίας, συντελούν, στις μεθόδους αυτές να υποβάλλονται και άλλοι ασθενείς που μπορεί να εκδηλώνουν απλούστερα συμπτώματα, ενώ σε περίπτωση που θα επέλθει δυσμενές αποτέλεσμα για τον ασθενή λόγω της επιλογής αυτών των μεθόδων, ο έλεγχος και η ευθύνη είναι αμφισβητούμενα.

Γενικότερα προβλήματα, που προκύπτουν από την αξιολόγηση της πορείας της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης (ΥΥΚΑ, 2010), είναι:

1. Η μη εδραίωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, με εμφανή την έλλειψη μιας ιδεολογίας, ενός κινήματος, το οποίο θα επικεντρώνει στη συνεργασία των εργαζομένων στον τομέα της ψυχικής υγείας με τους πάσχοντες και τις οικογένειες τους.
2. Η μη επίτευξη της επιδιωκόμενης ιδεολογικής και θεσμικής αλλαγής (αμφισβήτηση της λογικής του ιδρύματος, αναδιαμόρφωση των σχέσεων εξουσίας, κυριαρχία της πρακτικής της κλίνης) και η αποϊδρυματοποίηση χωρίς τη λήψη μέτρων κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης των ασθενών, έχει ως αποτέλεσμα την μετεγκατάσταση τους, με τις συνθήκες αποκλεισμού και περιθωριοποίησης να εξακολουθούν.
3. Η απουσία μακροχρόνιου και σαφούς πολιτικού σχεδιασμού και η έλλειψη κατευθυντήριων γραμμών σε βασικά ζητήματα. Προβληματική θεωρείται η παράλληλη ύπαρξη ασυλικού συστήματος και κοινοτικών υπηρεσιών παροχής φροντίδας, ενώ ως «χάσματα στην ψυχική υγεία» αναφέρονται η έλλειψη πρόληψης, η ανεπαρκής προσβασιμότητα στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης.
4. Η υποτυπώδης δικτύωση των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών με τις μονάδες νοσηλείας και η ανεπαρκής οριζόντια επικοινωνία ανάμεσα στις εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες, με προβληματική την τομεοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα.

5. Η μη θεσμική κατοχύρωση του ρόλου των μη κερδοσκοπικών κοινωνικών φορέων, με παράλληλη απουσία διαδικασίας πιστοποίησης και αξιολόγησης των υπηρεσιών τους και ελέγχου της λειτουργία τους.
6. Η παραμέληση της κρατικής ευθύνης για την προστασία και προαγωγή της ψυχικής υγείας Παιδιών και Εφήβων.
7. Η συνεχιζόμενη κοινωνική περιθωριοποίηση των ασθενών με τα εντονότερα προβλήματα ψυχικής υγείας, μπορεί να γεννήσει νέες μορφές στιγματισμού. Η ενίσχυση των οργανώσεων των οικογενειών και των χρηστών των ψυχιατρικών υπηρεσιών αποτελεί σημαντική εγγύηση για την καταπολέμηση του στίγματος, την προάσπιση των δικαιωμάτων τους και την βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών.
8. Ο αποκλεισμός των ασθενών και των συγγενών τους από οποιαδήποτε επιτροπή ή ομάδα ασχολείται με την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με εξαίρεση την Επιτροπή για τα Δικαιώματα των Ψυχικά Ασθενών, τους στερεί από το δικαίωμα να έχουν λόγο σε θέματα που τους αφορούν.
9. Το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, σε όλους τους κλάδους των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, συμβάλλει στα σημερινά προβλήματα που παρουσιάζει το σύστημα ψυχικής υγείας.
10. Η μη θεμελίωση ερευνητικής παράδοσης στο σύστημα ψυχικής υγείας της χώρας, καθώς παρατηρείται περιορισμένη ενασχόληση τόσο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας όσο και των ακαδημαϊκών ψυχιατρικών υπηρεσιών, με την έρευνα που αφορά στις ίδιες τις υπηρεσίες αυτές καθαυτές.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Τα ανθρώπινα δικαιώματα και μεταξύ αυτών, ένα από τα θεμελιωδέστερα, το δικαίωμα στην υγεία, προστατεύονται από όλους τους διεθνείς οργανισμούς. Ο Ο.Η.Ε., ο Π.Ο.Υ., το Συμβούλιο της Ευρώπης, η Ε.Ε. διαθέτουν σχετική νομοθεσία, διακηρυγμένες αρχές και κατευθυντήριες οδηγίες, προκειμένου ο σεβασμός των ανθρώπινων δικαιωμάτων και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, σε όλες τις εκφάνσεις τους και κυρίως στο πεδίο της υγείας, να πραγματώνονται ανεμπόδιστα και απερίσπαστα. Το αναφαίρετο δικαίωμα στην υγεία, ανεξαρτήτως καταγωγής, θρησκείας, φυλής, οικονομικής κατάστασης ή άλλων κριτηρίων, πρέπει να διασφαλίζεται ελεύθερα και καθολικά.

Πέρα από τη θεσμική κατοχύρωση του δικαιώματος στην υγεία, ένα βασικό ερώτημα είναι το κατά πόσο αυτό εφαρμόζεται στην πράξη και κυρίως στο πεδίο της ψυχικής υγείας. Η ιδιαιτερότητα και πολυπλοκότητα του χώρου ήταν το έναυσμα που οδήγησε στη διεξαγωγή της έρευνας, που είχε σκοπό να μελετήσει την υφιστάμενη πραγματικότητα, έτσι όπως οι ίδιοι οι χρήστες την αξιολογούν μέσω των υπηρεσιών ψυχικής υγείας που τους προσφέρονται. Η σημασία της έρευνας έγκειται στο ότι επιχειρεί την εμπειρική διερεύνηση του κατά πόσο θεσμικά και νομικά κατοχυρωμένα δικαιώματα τηρούνται στην πράξη και την εξέταση της απόστασης μεταξύ διακηρυγμένων και πραγματικών στόχων της πολιτικής της ψυχικής υγείας.

Κάθε δομή στο χώρο της ψυχικής υγείας εγκαθιδρύει, εμπεριέχει αλλά και χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο σχέσεων, από κάποιες μορφές οργάνωσης των σχέσεων και από κάποιους τρόπους λειτουργίας, που έχουν σχέση και με το θεραπευτικό ρόλο της. Στη βάση αυτή, επιλέχτηκε για τη διεξαγωγή της έρευνας, να χρησιμοποιηθούν οι υπηρεσίες αποασυλοποίησης που έχουν αναπτυχθεί από το δημόσιο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο «ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ». Συγκεκριμένα, οι έξι ξενώνες και τα δύο, από τα τέσσερα, διαμερίσματα που έχουν δημιουργηθεί στο πλαίσιο του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ».

Το Πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης με την ονομασία «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», είναι ένα εθνικό σχέδιο για την αλλαγή του τρόπου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με

μετάθεση του κέντρου βάρους από την παρεχόμενη ασυλικού τύπου περίθαλψη, όπως συνέβαινε ως τώρα, στην κοινοτική φροντίδα.

Στόχος είναι η δημιουργία αποτελεσματικών δικτύων κοινοτικών δομών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ώστε κάθε άτομο που αντιμετωπίζει πρόβλημα ψυχικής υγείας, να λαμβάνει τις σχετικές υπηρεσίες στον τόπο που κατοικεί και εργάζεται, μέσα στην κοινότητα και όχι στο ασυλικού τύπου ψυχιατρικό νοσοκομείο, με τις ελάχιστες δυνατές επιπτώσεις στιγματισμού, περιθωριοποίησης και αποκλεισμού.

Με βάση αυτούς τους στόχους το Πρόγραμμα "Ψυχαργός" δημιουργεί δομές αποκατάστασης (Ξενώνες, Οικοτροφεία, Διαμερίσματα) για τον αποϊδρυματισμό των χρόνιων ασυλικών ασθενών που ζούσαν στα Ψυχιατρεία και ταυτόχρονα κοινοτικές δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Ψυχιατρικά Τμήματα στα Γενικά Νοσοκομεία, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Ημέρας, Κινητές Μονάδες, κ.α.).

Γενικός σκοπός της μελέτης

Αντικείμενο της μελέτης είναι η διερεύνηση της έκτασης στην οποία οι χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας έχουν γνώση των θεσπισμένων δικαιωμάτων τους και του βαθμού που αυτά πραγματώνονται. Χρησιμοποιήθηκαν οι υπηρεσίες ενός δημόσιου ψυχιατρικού νοσοκομείου και συγκεκριμένα έξι ξενώνες και σε δύο διαμερίσματα που έχει αναπτύξει στο πλαίσιο του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ». Επιχειρείται να αναδειχθεί εκ του αποτελέσματος της έρευνας, εάν η πολιτική ψυχικής υγείας στο πεδίο της προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών θέτει στο επίκεντρο της τον άνθρωπο, παρέχοντας του την απαραίτητη πληροφόρηση και την πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες.

Ερευνητικά ερωτήματα

Τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα της εργασίας είναι τα εξής:

- α) Οι ένοικοι των συγκεκριμένων δομών, άτομα με ψυχική διαταραχή, γνωρίζουν τα δικαιώματά τους;
- β) Η πληροφόρηση και ενημέρωση που λαμβάνουν συμβάλλει, στην πράξη, στην προστασία των δικαιωμάτων τους;
- γ) Τα δικαιώματά τους γίνονται στην πράξη σεβαστά;

Πεδίο διεξαγωγής και πληθυσμός της μελέτης

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε έξι ξενώνες και σε δύο εκ των τεσσάρων διαμερισμάτων, τα οποία έχει αναπτύξει το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο «ΔΡΟΜΟΚΑΙΤΕΙΟ», στο πλαίσιο του προγράμματος αποασυλοποίησης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ». Ο συνολικός πληθυσμός των ανωτέρω δομών είναι 110 ένοικοι. Για την πραγματοποίηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε από τους ενοίκους των προαναφερομένων δομών. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική, ενώ προηγήθηκε ενημέρωση σχετικά με την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα των απαντήσεων. Υπήρξαν ένοικοι που μετά τη σχετική ενημέρωση αρνήθηκαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια και αποχώρησαν. Η συγκέντρωση των ερωτηματολογίων έγινε από τον Μάιο έως τον Ιούλιο του 2012 και συμπληρώθηκαν σαράντα εφτά ερωτηματολόγια.

Για τη διεξαγωγή της έρευνας ζητήθηκε και χορηγήθηκε η από 25-4-2012 άδεια από την Διοίκηση του Ψ.Ν.Α. «ΔΡΟΜΟΚΑΙΤΕΙΟ», με την «προϋπόθεση να υπάρχει η συγκατάθεση των ασθενών». Ενημερώθηκαν σχετικά οι υπεύθυνοι των δομών αποασυλοποίησης και ζητήθηκε η ηθική συνδρομή τους.

Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε φέρει τον τίτλο «Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τους χρήστες τους» και είναι έκδοση του Conseil Regional Europeen της Παγκόσμιας Οργάνωσης Ψυχικής Υγείας. Η μετάφραση / προσαρμογή του, έγινε από τον κ. Δημήτρη Κανδύλη, Καθηγητή Ψυχιατρικής στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης και πρόεδρο της Θεσσαλικής Εταιρείας Ψυχικής Υγείας, Περίθαλψης και Αποκατάστασης και την κα Άννα Τσιαλάφα. Η χρήση του στην παρούσα εργασία έγινε κατόπιν σχετικής ενημέρωσης και συγκατάθεσης.

Το ερωτηματολόγιο (ενότητες αυτού), έχει χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση των προσφερόμενων ψυχιατρικών φροντίδων από τους ίδιους τους χρήστες, ψυχιατρικών υπηρεσιών Θεσσαλίας και Κεντρικής Μακεδονίας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον κ. Θ. Μαυρίδη και συν., σε χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας των κάτωθι ψυχιατρικών δομών: Ψυχιατρικός Τομέας Νοσοκομείου Α.Χ.Ε.Π.Α., Ψυχιατρικός Τομέας Νοσοκομείου Βόλου, Υπηρεσίες της Θεσσαλικής Εταιρείας Ψυχικής Υγείας, Περίθαλψης, Αποκατάστασης και Υπηρεσίες της Εταιρείας Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Αποκατάστασης. Τα αποτελέσματα της έρευνας έχουν ανακοινωθεί με τη

μορφή πόστερ, στο 16^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, στην Πάφο Κύπρου τον Μάιο 2000.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από εννέα επιμέρους ενότητες.

Η πρώτη ενότητα αφορά ερωτήσεις αυτο-προσδιορισμού των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, προκειμένου να διερευνηθεί κατά πόσο ο ερωτώμενος ενημερώθηκε για θεραπευτική αγωγή και το εύρος των διαθέσιμων θεραπειών από την υπηρεσία ψυχικής υγείας.

Η δεύτερη ενότητα αφορά την επικέντρωση των υπηρεσιών στο χρήστη και σκοπός των ερωτήσεων είναι να καθορίσει κατά πόσο η παροχή των υπηρεσιών επικεντρώνεται στις προσωπικές ανάγκες του χρήστη.

Η τρίτη ενότητα αφορά στο σεβασμό προς το άτομο και επιζητά να διερευνήσει αν ο χρήστης έχει τον απαιτούμενο σεβασμό, ανεξάρτητα από το γεγονός της ύπαρξης ψυχικής διαταραχής.

Η τέταρτη ενότητα αφορά την προστασία των δικαιωμάτων του ως πολίτη και μελετάται αν εξασκεί και σε ποιο βαθμό τα δικαιώματα του καθημερινά, αν δεν κατέχει τέτοια δικαιώματα ως ψυχικά ασθενής και αν η υπηρεσία παροτρύνει το χρήστη στην εξάσκηση τους.

Η πέμπτη ενότητα αφορά την διατήρηση/προώθηση κοινωνικών υποστηρικτικών δικτύων και εξετάζεται αν η υπηρεσία αποθαρρύνει/εμποδίζει ή αντίθετα βοηθά τον χρήστη να έχει δεσμούς με τέτοια δίκτυα.

Η έκτη ενότητα αφορά το φυσικό περιβάλλον και τους χώρους της υπηρεσίας και αποσκοπεί στο να συλλέξει τις γνώμες των χρηστών σχετικά με την ποιότητα τους.

Η έβδομη ενότητα αφορά τις δυνατότητες της υπηρεσίας και διερευνά τις απόψεις των χρηστών σχετικά με τις δυνατότητες της υπηρεσίας αλλά και με την ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών.

Η όγδοη ενότητα αφορά τον στιγματισμό και αναζητείται να οριστεί τόσο η εμπειρία του ερωτώμενου όσο και η γνώση/αντιμετώπιση του προβλήματος από το προσωπικό της υπηρεσίας.

Η ένατη ενότητα αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ενοίκων των δομών και συγκεκριμένα το φύλο, την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, την κατάσταση στην αγορά εργασίας, τη θέση στο επάγγελμα και το επίπεδο εισοδήματος.

Συλλογή δεδομένων

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους ενοίκους στον ελεύθερο χρόνο τους, απογευματινές ώρες, αφού προηγήθηκε σχετική συζήτηση και ανάλυση. Μέρος αυτών συμπληρώθηκαν με τη βοήθεια της διενεργούσας την έρευνα, για λόγους υγείας των συμμετεχόντων (προβλήματα όρασης) ή άλλους (αναλφαβητισμός).

Ανάλυση δεδομένων

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν, καταχωρήθηκαν αρχικά σε φύλλο Excel και στη συνέχεια επεξεργάστηκαν στατιστικά με τη βοήθεια των στατιστικών πακέτων SPSS 19 και Statistica 8. Οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών έγιναν με chi square test. Το $p < 0,05$ χρησιμοποιείται για να εκτιμηθεί η στατιστική σημαντική διαφορά μεταξύ των μεταβλητών (ποσοστό 95%).

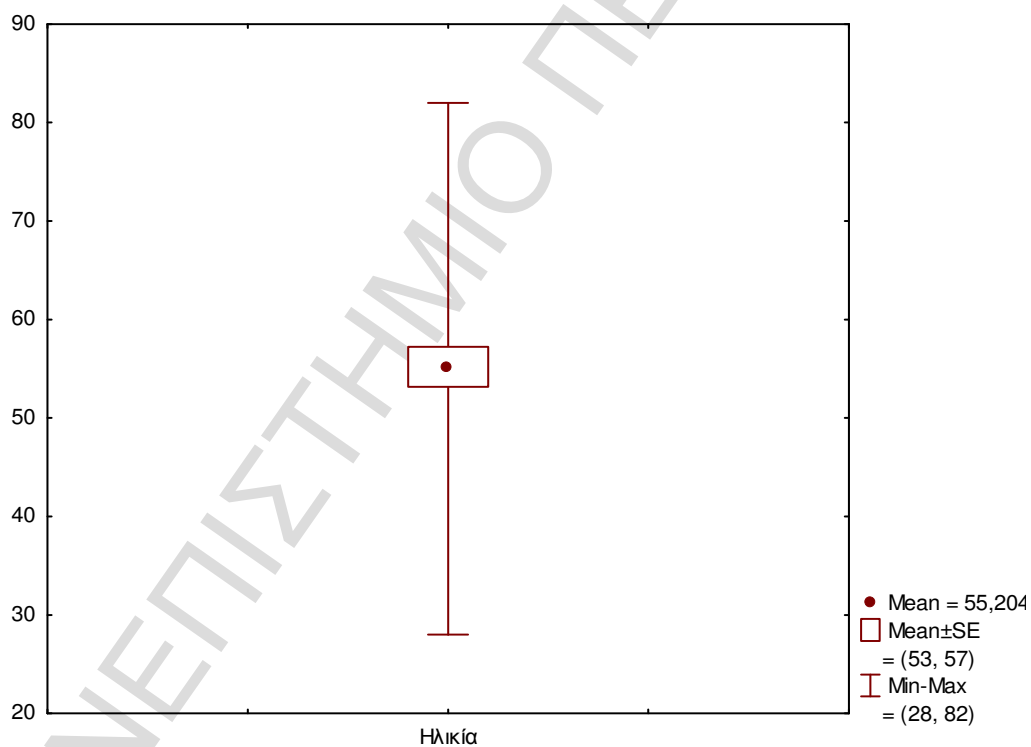
Οι υπολογισμοί έγιναν με το λογάριθμο “apriori” θέτοντας ως ελάχιστο ποσοστό υποστήριξης, εμπιστοσύνης και συσχέτισης το 80%. Ο αλγόριθμος αυτός εντοπίζει τις πιο συχνές περιπτώσεις και απορρίπτει τις υπόλοιπες σύμφωνα με ένα ελάχιστο ποσοστό υποστήριξης. Μετά δημιουργεί συνδυασμούς ανάμεσα στις περιπτώσεις αυτές, υπολογίζει ξανά το ποσοστό υποστήριξης και, αν δεν τους απορρίψει, υπολογίζει το ποσοστό εμπιστοσύνης και συσχέτισης τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 Δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά

Στο σχήμα 1 μπορούμε να δούμε ότι ο μέσος όρος των ερωτηθέντων είναι τα 55 χρόνια με το πλήθος αυτών, να κυμαίνεται από 53 έως 57 χρόνια. Ο νεότερος ερωτηθείς που συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο ήταν 28 ετών και ο μεγαλύτερος ερωτηθείς 82 ετών.

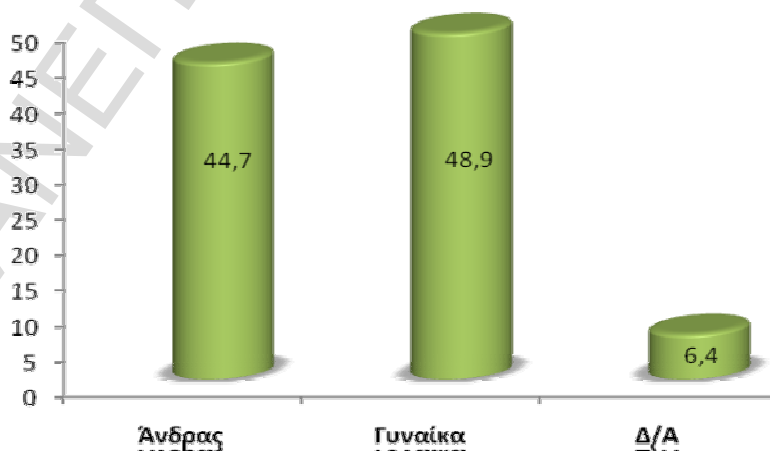


ΣΧΗΜΑ 1

Στον πίνακα 1, μπορούμε να δούμε ότι το 48,9% των ερωτηθέντων που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο ήταν γυναίκες, όπου αποτελεί και το μεγαλύτερο ποσοστό και το 44,7% άνδρες. Το 6,4% από το συνολικό δείγμα που συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο δεν απάντησε εάν ήταν άνδρας ή γυναίκα. Δεδομένου του γεγονότος ότι η διαφορά του ποσοστού μεταξύ των ανδρών και των γυναικών είναι κάτω από 10%, τα αποτελέσματα τα οποία θα εξαχθούν, θα έχουν την ίδια βαρύτητα ως προς τα δύο φύλα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 - Φύλο			
	Μετρήσεις	Αθροιστικές Μετρήσεις	Ποσοστό
ΑΝΔΡΑΣ	21	21	44,7
ΓΥΝΑΙΚΑ	23	44	48,9
Δ/Α	3	47	6,4

Τα εν λόγω δεδομένα απεικονίζονται και στο κατωτέρω σχήμα 2.

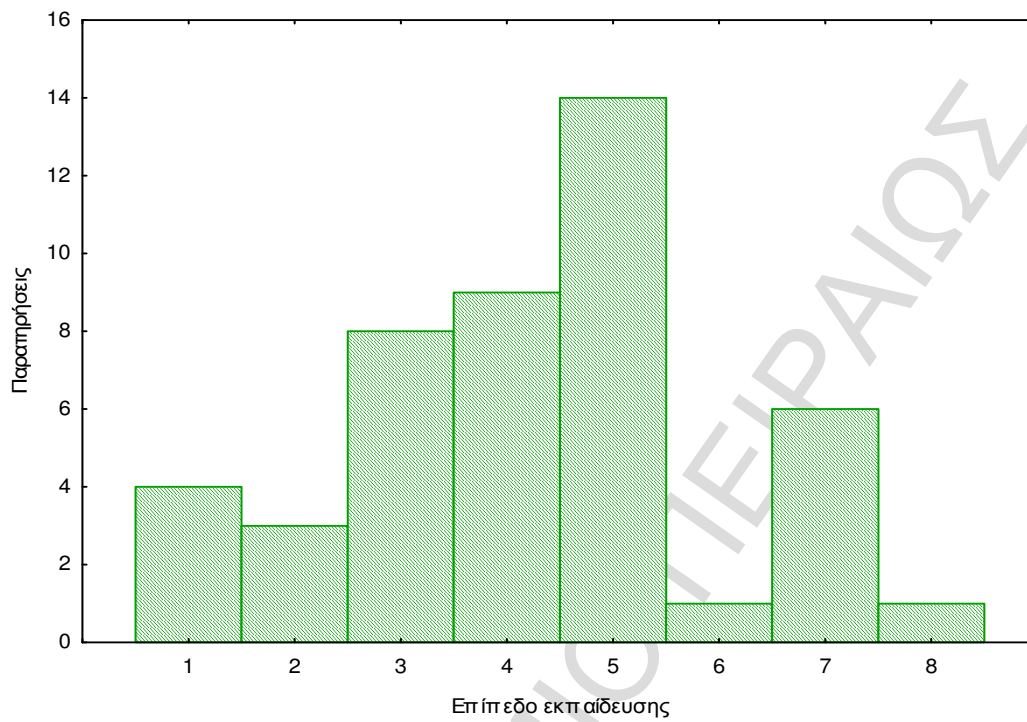


ΣΧΗΜΑ 2

Στον πίνακα 2, μπορούμε να δούμε ότι όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης το 29,8% των ερωτηθέντων έχει απολυτήριο Λυκείου, το 19,2% απολυτήριο Γυμνασίου και το 17% απολυτήριο Δημοτικού, αντίστοιχα. Το μικρότερο ποσοστό, εμφανίστηκε στο επίπεδο σπουδών μεταλυκειακής εκπαίδευσης (ΙΕΚ κλπ) και μεταπτυχιακού – διδακτορικού τίτλου και ανέρχεται σε 2,1%, αντίστοιχα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 - Επίπεδο εκπαίδευσης			
	Μετρήσεις	Αθροιστικές Μετρήσεις	Ποσοστό
ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΙ	4	4	8,5
ΔΕΝ ΤΕΛΕΙΩΣΑΝ ΔΗΜΟΤΙΚΟ	3	7	6,4
ΕΧΟΥΝ ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	8	15	17,0
ΕΧΟΥΝ ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ	9	24	19,2
ΕΧΟΥΝ ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΛΥΚΕΙΟΥ	14	38	29,8
ΕΧΟΥΝ ΠΤΥΧΙΟ ΜΕΤΑΛΥΚΕΙΑΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	1	39	2,1
ΕΧΟΥΝ ΠΤΥΧΙΟ ΤΕΙ/ΑΕΙ	6	45	12,8
ΕΧΟΥΝ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ/ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ ΤΙΤΛΟ	1	46	2,1
Δ/Α	1	47	2,1

Αυτό μπορούμε να το δούμε και στο κατωτέρω σχήμα 3.

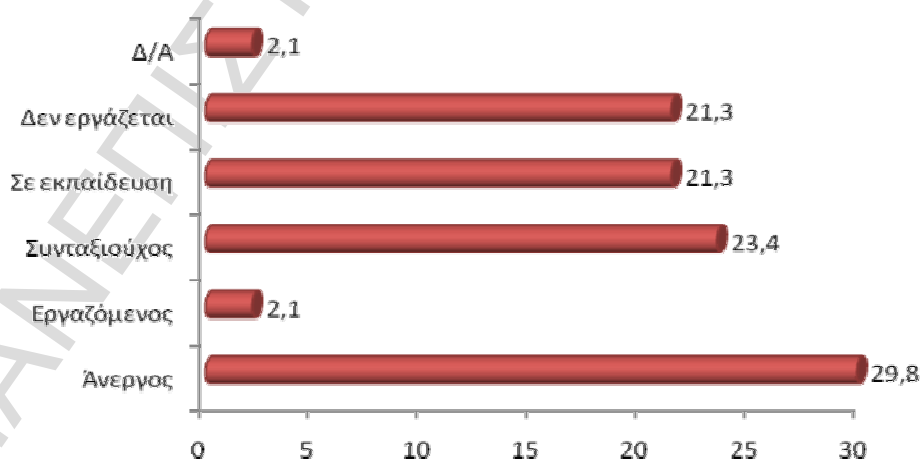


ΣΧΗΜΑ 3

Στο πίνακα 3, παρατηρούμε ότι το 29,8% των ερωτηθέντων είναι άνεργοι, το 23,4% συνταξιούχοι και το 21,3% συγκεντρώνουν τόσο αυτοί που βρίσκονται σε εκπαίδευση – κατάρτιση όσο και αυτοί που δεν εργάζονται και δεν αναζητούν εργασία. Το μικρότερο ποσοστό, εμφανίστηκε σε αυτούς που εργάζονται και ανέρχεται σε 2,1%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 - Κατάσταση στην αγορά εργασίας			
	Μετρήσεις	Αθροιστικές Μετρήσεις	Ποσοστό
ΑΝΕΡΓΟΣ	14	14	29,8
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ	1	15	2,1
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	11	26	23,4
ΣΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ / ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ	10	36	21,3
ΔΕΝ ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ ΚΑΙ ΔΕΝ ΑΝΑΖΗΤΑ ΕΡΓΑΣΙΑ	10	46	21,3
Δ/Α	1	47	2,1

Αυτό μπορούμε να το δούμε και στο κατωτέρω σχήμα 4.

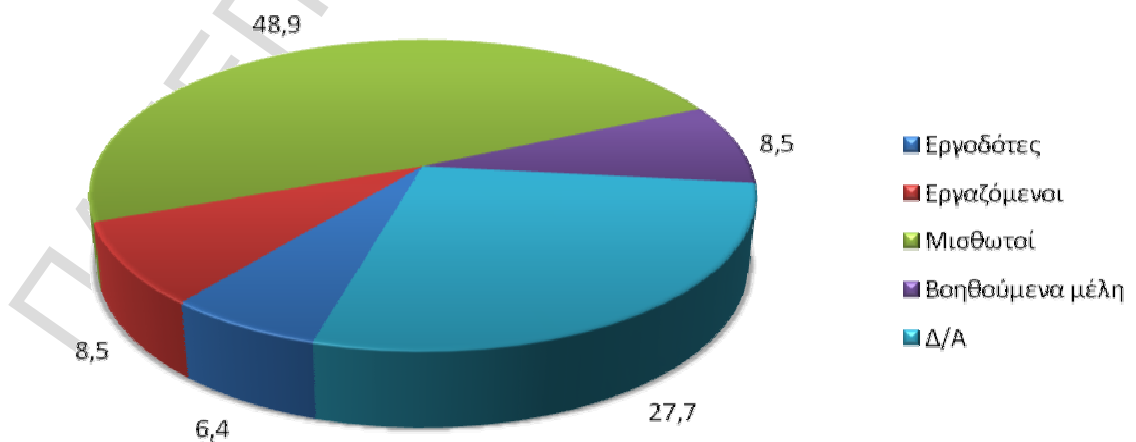


ΣΧΗΜΑ 4

Στο πίνακα 4, παρατηρούμε ότι το 48,9 % των ερωτηθέντων ήταν μισθωτοί (με μισθό ή ημερομίσθιο), όπου είναι και το μεγαλύτερο. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 27,7% δεν απάντησε σε επιβεβαίωση του μεγάλου ποσοστού ανέργων στο πίνακα 3.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 - Θέση στο επάγγελμα (τώρα ή όταν εργαζόνταν)			
	Μετρήσεις	Αθροιστικές Μετρήσεις	Ποσοστό
ΕΡΓΟΔΟΤΕΣ	3	3	6,4
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΓΙΑ ΔΙΚΟΣ ΤΟΥΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟ	4	7	8,5
ΜΙΣΘΩΤΟΙ (ΜΙΣΘΟ/ΗΜΕΡΟΜΙΣΘΙΟ)	23	30	48,9
ΒΟΗΘΟΥΝΤΑ ΜΗ ΑΜΕΙΒΟΜΕΝΑ ΜΕΛΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	4	34	8,5
Δ/Α	13	47	27,7

Αυτό μπορούμε να το δούμε και στο κατωτέρω σχήμα 5.

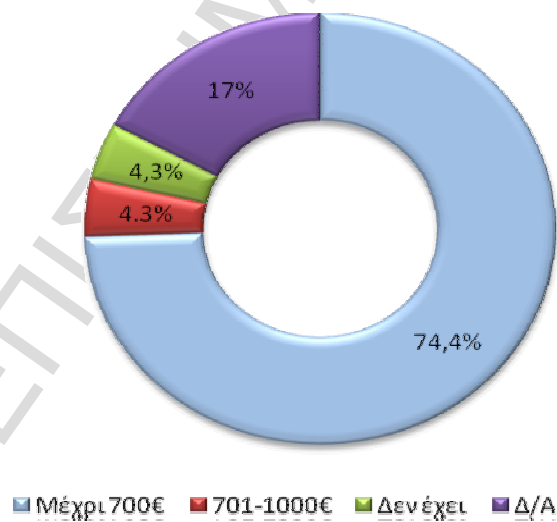


ΣΧΗΜΑ 5

Στον πίνακα 5, παρατηρούμε ότι το 74,4% δεν συγκεντρώνει καθαρό μηνιαίο εισόδημα άνω των 700 Ευρώ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5- Επίπεδο εισοδήματος			
	Μετρήσεις	Αθροιστικές Μετρήσεις	Ποσοστό
Μέχρι 700€	35	35	74,4
701-1000€	2	37	4,3
Δεν έχει	2	39	4,3
Δ/Α	8	47	17,0

Αυτό μπορούμε να το δούμε και στο κατωτέρω σχήμα 6.



ΣΧΗΜΑ 6

5.2 Συσχετίσεις μεταβλητών

5.2.1 Στατιστική Σημαντικότητα $P < 0,05$

Οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών έγιναν με chi square test. Το $p < 0,05$ χρησιμοποιείται για να εκτιμηθεί η στατιστική σημαντικότητα. Παρατηρούμε ότι:

- Η σχέση της ηλικίας με το άτομο που συνέστησε τη θεραπεία στους ερωτηθέντες έχει στατιστική σημαντική διαφορά ($P=0,05$). Συνεπώς, η ηλικία παίζει σημαντικό ρόλο στο τρόπο επιλογής της θεραπείας, δηλαδή όσο πιο μικρός είναι ο ερωτηθείς τόσο πιο πιθανό είναι, τη θεραπεία να τη διάλεξε άλλο άτομο για αυτόν.
- Η σχέση της ηλικίας με τη φροντίδα που δείχνει η υπηρεσία για τις ατομικές υποθέσεις των ερωτηθέντων έχει στατιστική σημαντική διαφορά ($P=0,00$). Συνεπώς, η ηλικία παίζει σημαντικό ρόλο στη φροντίδα που δείχνει η υπηρεσία για τις ατομικές υποθέσεις των ερωτηθέντων.
- Η σχέση του επιπέδου εκπαίδευσης με την επιλογή του επαγγελματία που έχει αναλάβει τις νοσηλευτικές ανάγκες των ερωτηθέντων, έχει στατιστική σημαντική διαφορά ($P=0,00$). Συνεπώς, το επίπεδο εκπαίδευσης παίζει σημαντικό ρόλο στην επιλογή του επαγγελματία που έχει αναλάβει τις νοσηλευτικές ανάγκες των ερωτηθέντων.
- Η σχέση του επιπέδου εκπαίδευσης με την επιλογή του επαγγελματία που έχει αναλάβει να φροντίζει γενικά τους ερωτηθέντες, έχει στατιστική σημαντική διαφορά με ($P=0,00$). Συνεπώς, το επίπεδο εκπαίδευσης παίζει σημαντικό ρόλο στην επιλογή του επαγγελματία που έχει αναλάβει να φροντίζει γενικά τους ερωτηθέντες.
- Η σχέση του επιπέδου εκπαίδευσης με το βαθμό ικανοποίησης των ερωτηθέντων σχετικά με το χρόνο που τους αφιερώνεται σε κάθε ραντεβού, έχει στατιστική σημαντική διαφορά ($P=0,00$). Συνεπώς, το επίπεδο εκπαίδευσης παίζει σημαντικό ρόλο στο βαθμό ικανοποίησης των ερωτηθέντων σχετικά με το χρόνο που τους αφιερώνεται σε κάθε ραντεβού.
- Η σχέση του επιπέδου εκπαίδευσης με το βαθμό ικανοποίησης των ερωτηθέντων σχετικά με τη συχνότητα προγραμματισμού ραντεβού, έχει

στατιστική σημαντική διαφορά ($P=0,02$). Συνεπώς, το επίπεδο εκπαίδευσης παίζει σημαντικό ρόλο στο βαθμό ικανοποίησης των ερωτηθέντων σχετικά με τη συχνότητα προγραμματισμού ραντεβού.

- Η σχέση της κατάστασης στην αγορά εργασίας με το βαθμό ικανοποίησης των ερωτηθέντων σχετικά με το χρόνο που τους αφιερώνεται σε κάθε ραντεβού, έχει στατιστική σημαντική διαφορά ($P=0,00$). Συνεπώς, η κατάσταση στην αγορά εργασίας των ερωτηθέντων παίζει σημαντικό ρόλο στο βαθμό ικανοποίησης των ερωτηθέντων σχετικά με το χρόνο που τους αφιερώνεται σε κάθε ραντεβού.
- Η σχέση της κατάστασης στην αγορά εργασίας με το βαθμό ικανοποίησης των ερωτηθέντων σχετικά με τη συχνότητα προγραμματισμού ραντεβού, έχει στατιστική σημαντική διαφορά ($P=0,00$). Συνεπώς, η κατάσταση στην αγορά εργασίας παίζει σημαντικό ρόλο στο βαθμό ικανοποίησης των ερωτηθέντων σχετικά με τη συχνότητα προγραμματισμού ραντεβού.
- Η σχέση του επιπέδου εισοδήματος με το βαθμό ικανοποίησης των ερωτηθέντων σχετικά με τη ποιότητα των χώρων της υπηρεσίας, έχει στατιστική σημαντική διαφορά με ($P=0,00$). Συνεπώς, το επίπεδο εισοδήματος παίζει σημαντικό ρόλο στο βαθμό ικανοποίησης των ερωτηθέντων σχετικά με τη ποιότητα των χώρων της υπηρεσίας.

5.2.2 Κανόνες Συσχέτισης

Οι υπολογισμοί γίνανε με το λογάριθμο «arlogit» θέτοντας ως ελάχιστο ποσοστό υποστήριξης, εμπιστοσύνης και συσχέτισης το 80%. Ο αλγόριθμος αυτός εντοπίζει τις πιο συχνές περιπτώσεις και απορρίπτει τις υπόλοιπες σύμφωνα με ένα ελάχιστο ποσοστό υποστήριξης. Μετά δημιουργεί συνδυασμούς ανάμεσα στις περιπτώσεις αυτές, υπολογίζει ξανά το ποσοστό υποστήριξης και, εάν δεν τους απορρίψει, υπολογίζει το ποσοστό εμπιστοσύνης και συσχέτισης τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6 - Οι πιο συχνές περιπτώσεις			
	Παράμετροι	Συχνότητα	Υποστήριξη (%)
11	A1A == OXI	41,00000	87,23404
22	A3A == OXI	43,00000	91,48936
33	A3B == ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	41,00000	87,23404
44	A4A == OXI	42,00000	89,36170
55	A4B == OXI	40,00000	85,10638
66	A7A == ΝΑΙ	42,00000	89,36170
77	A7B == ΝΑΙ	42,00000	89,36170
88	Δ1Α == ΝΑΙ	40,00000	85,10638
99	Δ1Γ == ΝΑΙ	42,00000	89,36170
110	ΣΤ2 == ΝΑΙ	45,00000	95,74468
111	A3A == OXI, A7A == ΝΑΙ	40,00000	85,10638
112	A3A == OXI, A7B == ΝΑΙ	40,00000	85,10638
113	A7A == ΝΑΙ, A7B == ΝΑΙ	42,00000	89,36170
114	A3A == OXI, A7A == ΝΑΙ, A7B == ΝΑΙ	40,00000	85,10638

Ο ανωτέρω πίνακας δείχνει τις πιο συχνές περιπτώσεις που συναντάμε για να σχηματιστούν οι κανόνες συσχέτισης. Παρατηρείται ότι:

1. Από τους 47 ερωτηθέντες οι 41 απάντησαν ότι η υπηρεσία με την οποία συνεργάζονται δε τους πρότεινε μια μεγάλη ποικιλία από θεραπείες.
2. Από τους 47 ερωτηθέντες οι 43 απάντησαν ότι δε διάλεξαν οι ίδιοι τη θεραπεία που ακολουθούν.
3. Από τους 47 ερωτηθέντες οι 41 απάντησαν ότι ο ψυχίατρος διάλεξε τη θεραπεία που ακολουθούν.

4. Από τους 47 ερωτηθέντες οι 42 απάντησαν ότι δε διάλεξαν τον επαγγελματία που έχει αναλάβει τη θεραπεία τους.
5. Από τους 47 ερωτηθέντες οι 40 απάντησαν ότι δε διάλεξαν τον επαγγελματία που έχει αναλάβει τις νοσηλευτικές τους ανάγκες.
6. Από τους 47 ερωτηθέντες οι 42 απάντησαν ότι οι θεράποντες νοιάζονται να μάθουν τις απόψεις ή τις εμπειρίες τους, για τις υπηρεσίες που τους παρέχουν.
7. Από τους 47 ερωτηθέντες οι 42 απάντησαν ότι οι θεράποντες νοιάζονται να μάθουν τις απόψεις ή τις εμπειρίες τους, για τις υπηρεσίες που τους παρέχουν, για να τις τροποποιήσουν και να τις βελτιώσουν.
8. Από τους 47 ερωτηθέντες οι 40 απάντησαν ότι διαχειρίζονται οι ίδιοι τα χρήματα τους.
9. Από τους 47 ερωτηθέντες οι 42 απάντησαν ότι μπορούν να ψηφίζουν.
10. Από τους 47 ερωτηθέντες οι 45 απάντησαν ότι παρέχεται σε αυτούς γεύμα ή πρόγευμα από την υπηρεσία.
11. Από τους 47 ερωτηθέντες οι 40 απάντησαν ότι δε διάλεξαν οι ίδιοι τη θεραπεία που ακολουθούν και ότι οι θεράποντες νοιάζονται να μάθουν τις απόψεις ή τις εμπειρίες τους, για τις υπηρεσίες που τους παρέχουν.
12. Από τους 47 ερωτηθέντες οι 40 απάντησαν ότι δε διάλεξαν οι ίδιοι τη θεραπεία που ακολουθούν και ότι οι θεράποντες νοιάζονται να μάθουν τις απόψεις ή τις εμπειρίες τους, για τις υπηρεσίες που τους παρέχουν, για να τις τροποποιήσουν και να τις βελτιώσουν.
13. Από τους 47 ερωτηθέντες οι 42 απάντησαν ότι οι θεράποντες νοιάζονται να μάθουν τις απόψεις ή τις εμπειρίες τους, για τις υπηρεσίες που τους παρέχουν και αυτό συμβαίνει γιατί θέλουν να τις τροποποιήσουν και να τις βελτιώσουν.
14. Από τους 47 ερωτηθέντες οι 40 απάντησαν ότι δε διάλεξαν οι ίδιοι τη θεραπεία που ακολουθούν, ότι οι θεράποντες νοιάζονται να μάθουν τις απόψεις ή τις εμπειρίες τους, για τις υπηρεσίες που τους παρέχουν και αυτό συμβαίνει γιατί θέλουν να τις τροποποιήσουν και να τις βελτιώσουν.

Ο πίνακας δείχνει τους κανόνες συσχέτισης μεταξύ των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.

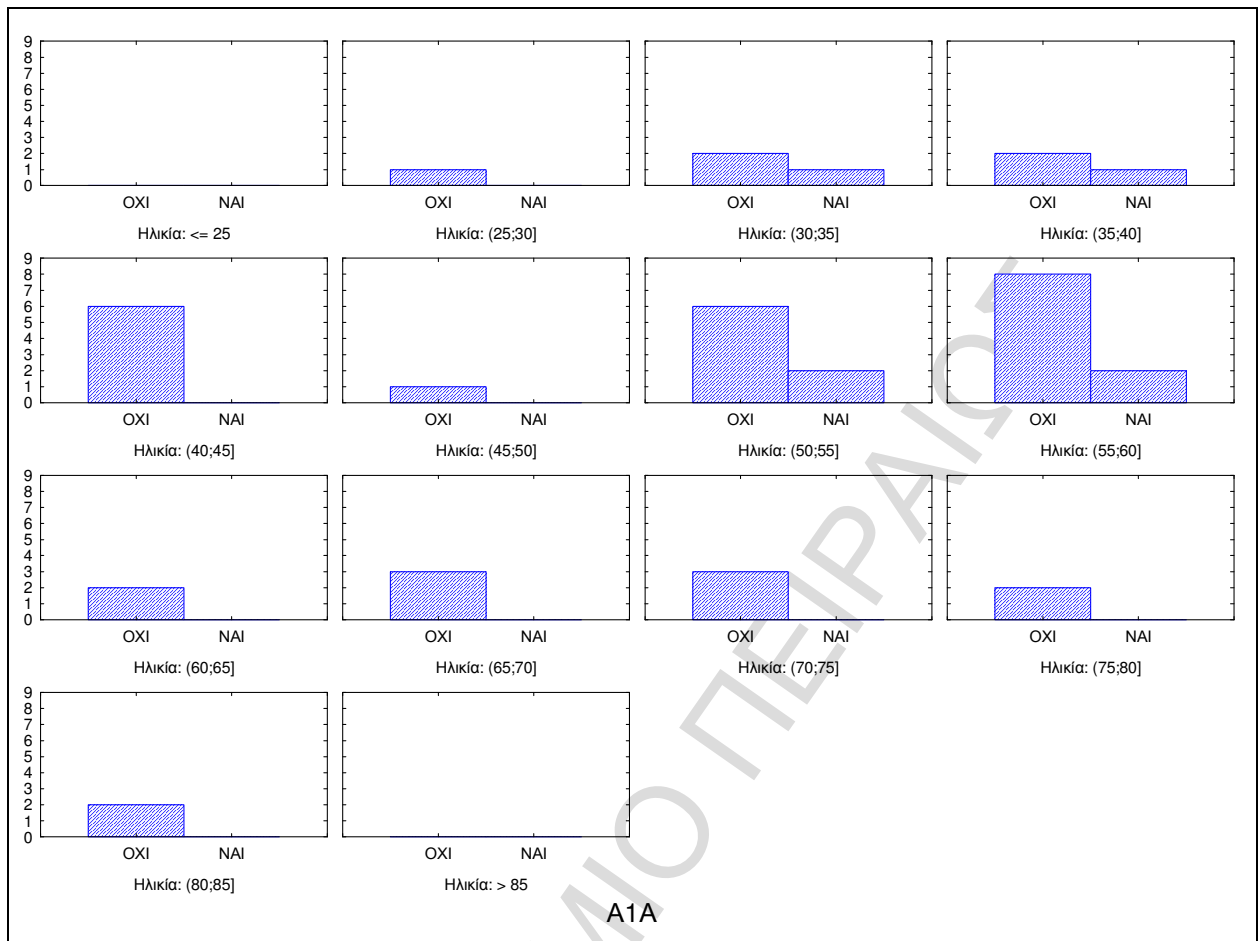
	Εάν	=>	Τότε	Υποστήριξη (%)	Εμπιστοσύνη (%)	Συσχέτιση (%)
1	A7A == NAI	=>	A7B == NAI	89,36170	100,0000	100,0000
2	A7A == NAI	=>	A3A == OXI, A7B == NAI	85,10638	95,2381	97,5900
3	A7B == NAI	=>	A3A == OXI	85,10638	95,2381	94,1242
4	A7B == NAI	=>	A7A == NAI	89,36170	100,0000	100,0000
5	A7B == NAI	=>	A3A == OXI, A7A == NAI	85,10638	95,2381	97,5900
6	A3A == OXI, A7B == NAI	=>	A7A == NAI	85,10638	100,0000	97,5900
7	A4A == OXI, A7A == NAI	=>	A7B == NAI	80,85106	100,0000	95,1190
8	A4A == OXI, A7B == NAI	=>	A7A == NAI	80,85106	100,0000	95,1190
9	A7A == NAI, A7B == NAI	=>	A3A == OXI	85,10638	95,2381	94,1242

Παρατηρείται ότι:

1. Εάν ισχύει ότι οι θεράποντες νοιάζονται να μάθουν τις απόψεις ή τις εμπειρίες των ερωτηθέντων, για τις υπηρεσίες που τους παρέχουν, τότε αυτό συμβαίνει γιατί θέλουν να τις τροποποιήσουν και να τις βελτιώσουν.
2. Εάν ισχύει ότι οι θεράποντες νοιάζονται να μάθουν τις απόψεις ή τις εμπειρίες των ερωτηθέντων, για τις υπηρεσίες που τους παρέχουν, τότε δε διάλεξαν οι ίδιοι οι ασθενείς τη θεραπεία που ακολουθούν και επίσης θέλουν οι θεράποντες να βελτιώσουν και να τροποποιήσουν τις υπηρεσίες.

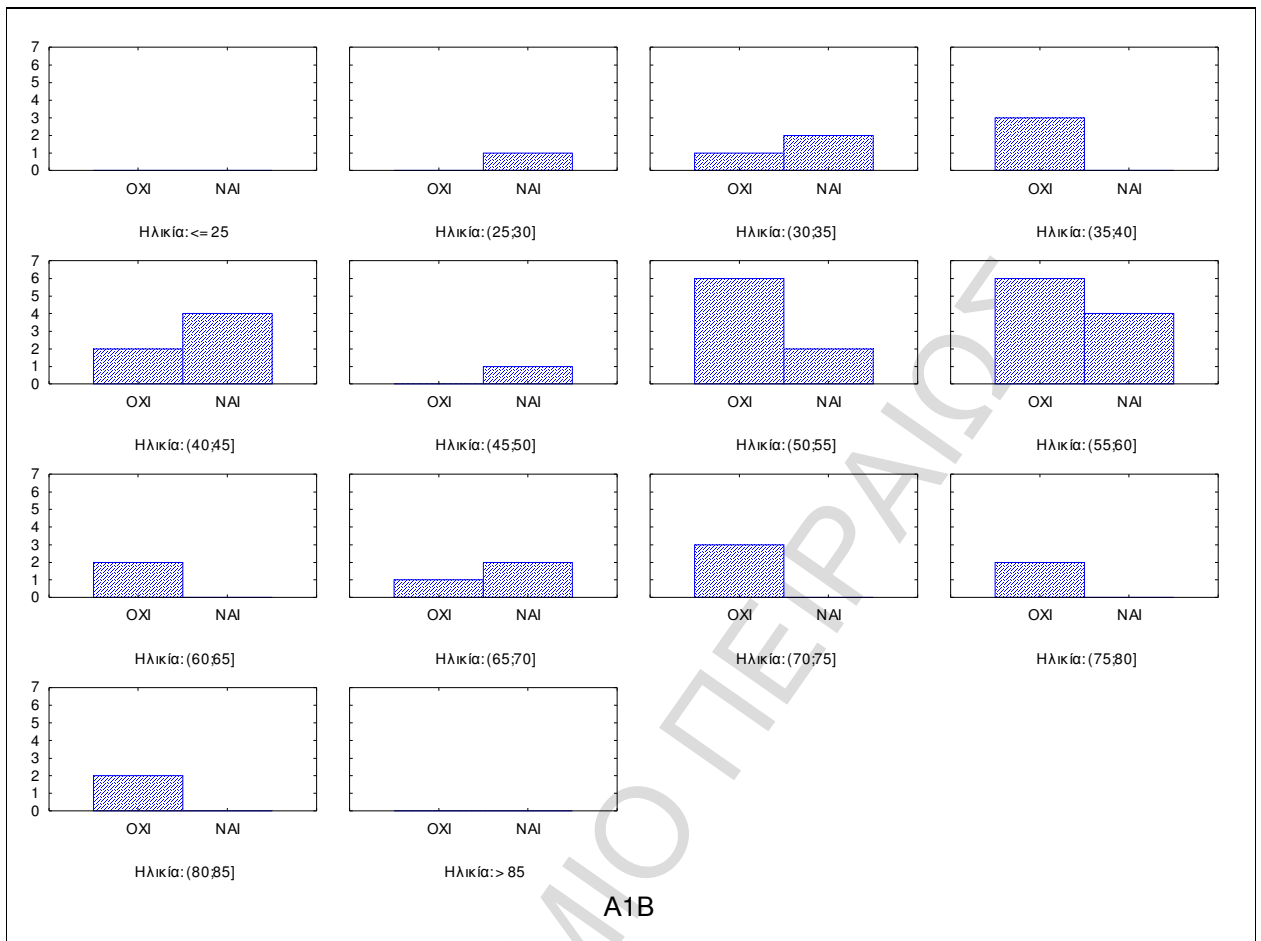
3. Εάν ισχύει ότι οι θεράποντες νοιάζονται να τροποποιήσουν και να βελτιώσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες στους ερωτηθέντες, τότε δε διάλεξαν οι ίδιοι οι ασθενείς τη θεραπεία που ακολουθούν.
4. Εάν ισχύει ότι οι θεράποντες έχουν σκοπό να τροποποιήσουν και να βελτιώσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες στους ερωτηθέντες, τότε νοιάζονται να μάθουν τις απόψεις ή τις εμπειρίες των ασθενών για αυτές.
5. Εάν ισχύει ότι οι θεράποντες νοιάζονται να τροποποιήσουν και να βελτιώσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες στους ερωτηθέντες, τότε δε διάλεξαν οι ίδιοι οι ασθενείς τη θεραπεία που ακολουθούν και νοιάζονται να μάθουν τις απόψεις ή τις εμπειρίες τους, για αυτές.
6. Εάν ισχύει ότι δε διάλεξαν οι ίδιοι οι ασθενείς τη θεραπεία που ακολουθούν και οι θεράποντες θέλουν να τροποποιήσουν και να βελτιώσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες, τότε νοιάζονται να μάθουν τις απόψεις ή τις εμπειρίες των ασθενών για αυτές.
7. Εάν ισχύει ότι ο ψυχίατρος διάλεξε τη θεραπεία που ακολουθούν οι ασθενείς και οι θεράποντες νοιάζονται να μάθουν τις απόψεις ή τις εμπειρίες τους, για τις υπηρεσίες που παρέχουν στους ερωτηθέντες τότε αυτό συμβαίνει για να τις τροποποιήσουν και να τις βελτιώσουν.
8. Εάν ισχύει ότι ο ψυχίατρος διάλεξε τη θεραπεία που ακολουθούν οι ασθενείς και οι θεράποντες θέλουν να τροποποιήσουν και να βελτιώσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες τότε νοιάζονται να μάθουν τις απόψεις ή τις εμπειρίες των ασθενών για αυτές.
9. Εάν ισχύει ότι ο ψυχίατρος διάλεξε τη θεραπεία που ακολουθούν οι ασθενείς και οι θεράποντες νοιάζονται να τροποποιήσουν και να βελτιώσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες, τότε δε διάλεξαν οι ίδιοι οι ασθενείς τη θεραπεία που ακολουθούν.

5.3 Αυτοπροσδιορισμός των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας



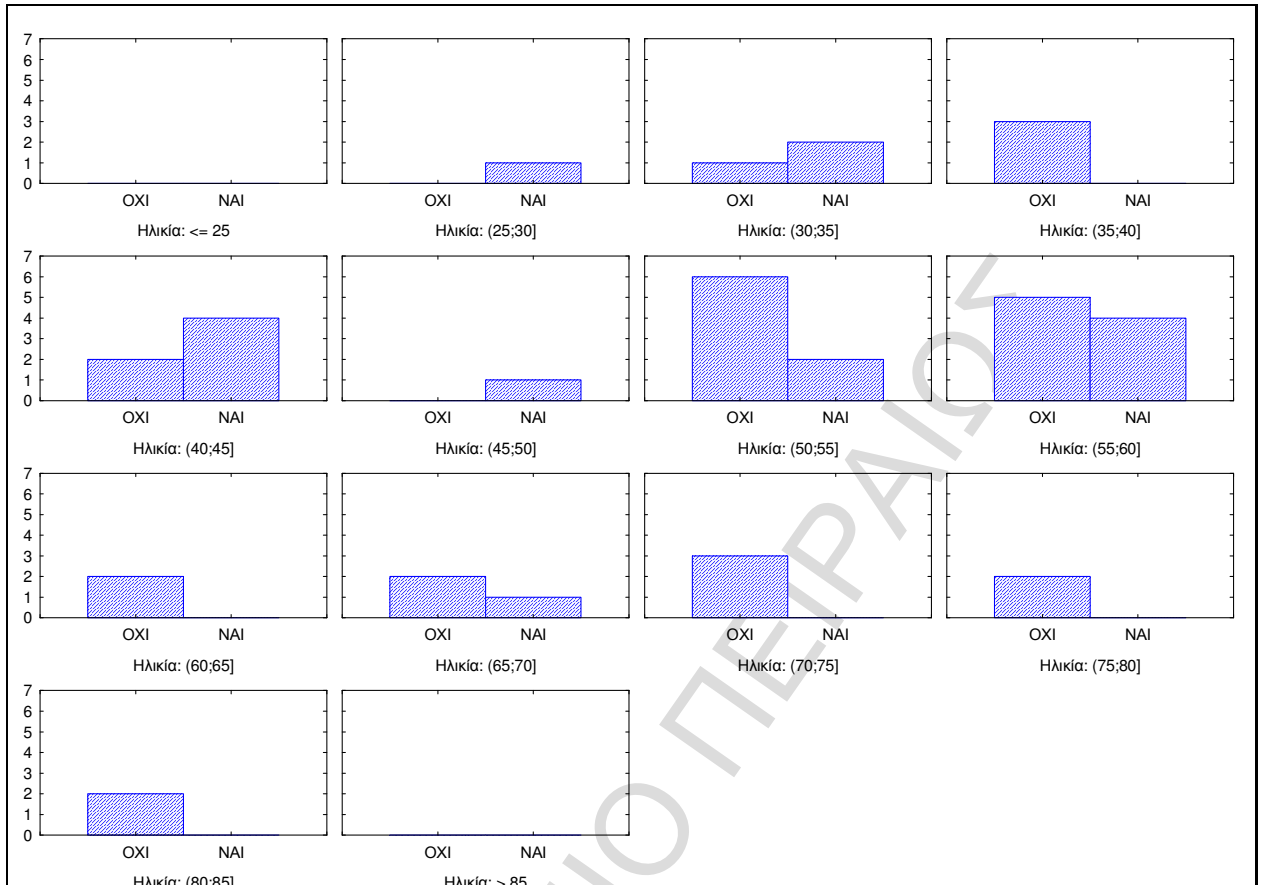
Α1Α
ΓΡΑΦΗΜΑ 1

Στο ανωτέρω γράφημα μπορούμε να δούμε ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό, στα άτομα ηλικίας 40-45 ετών, 50-55 ετών και 55-60 ετών, δεν προτάθηκε από την υπηρεσία με την οποία συνεργάζονται, μία μεγάλη ποικιλία θεραπειών. Ομοίως και στο εύρος ηλικιών 25-40 ετών και 60-85 ετών δεν προτάθηκε επίσης μία μεγάλη ποικιλία θεραπειών.



ΓΡΑΦΗΜΑ 2

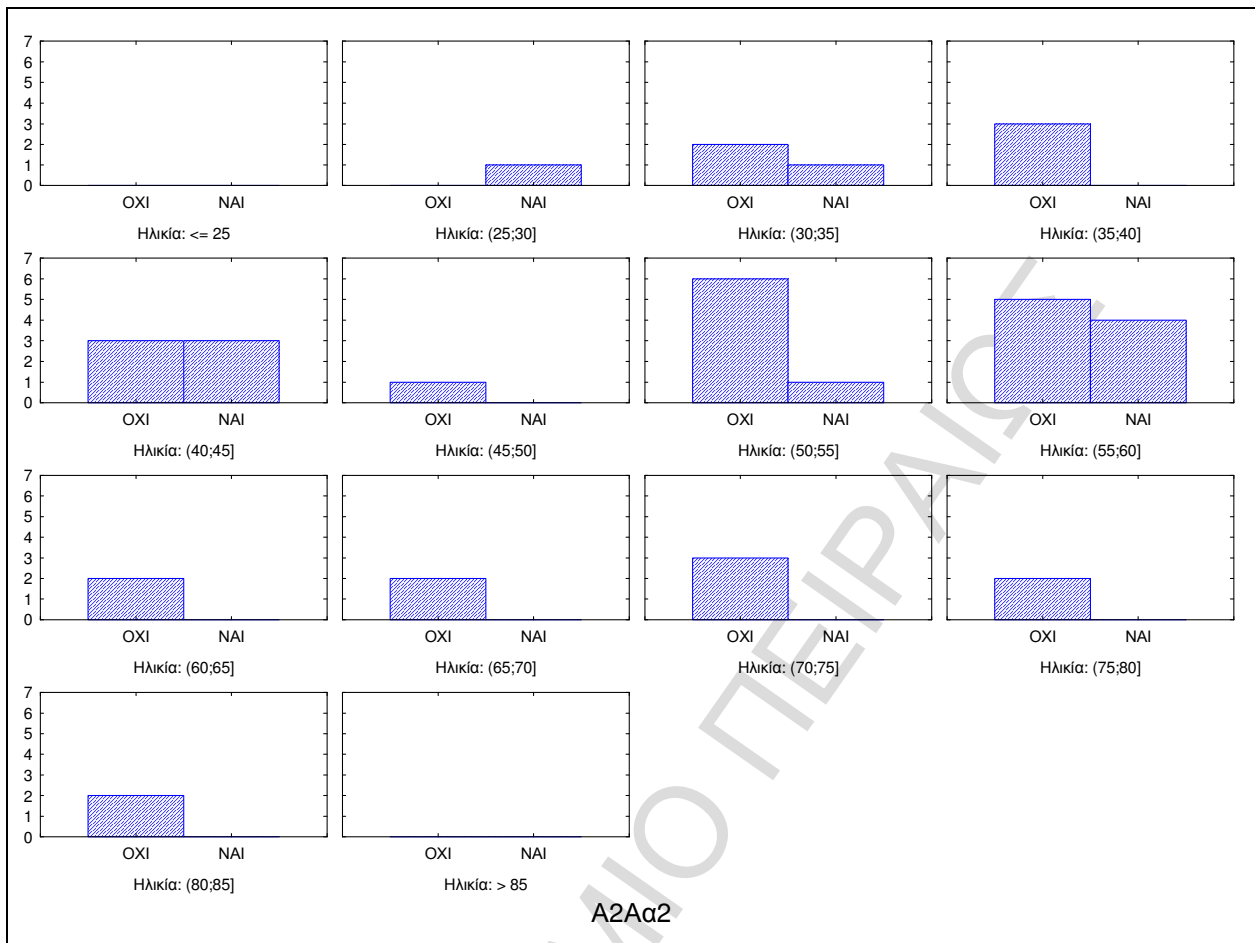
Στο γράφημα παρατηρούμε ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό, στα άτομα ηλικίας 40-45 ετών, δόθηκαν όλες οι πληροφορίες που ήθελαν αυτά για την ή τις θεραπείες τους. Εν αντιθέσει με τα άτομα ηλικίας 50-55 ετών και 55-60 ετών που απάντησαν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, ότι δεν τους δόθηκαν όλες οι πληροφορίες που ήθελαν για την ή τις θεραπείες τους. Επίσης, ενώ στα άτομα ηλικίας 65-70 ετών δόθηκαν οι εν λόγω πληροφορίες για τη θεραπεία, αυτές δε δόθηκαν αντίστοιχα για τα άτομα ηλικίας 75-80 ετών.



A2Aα1

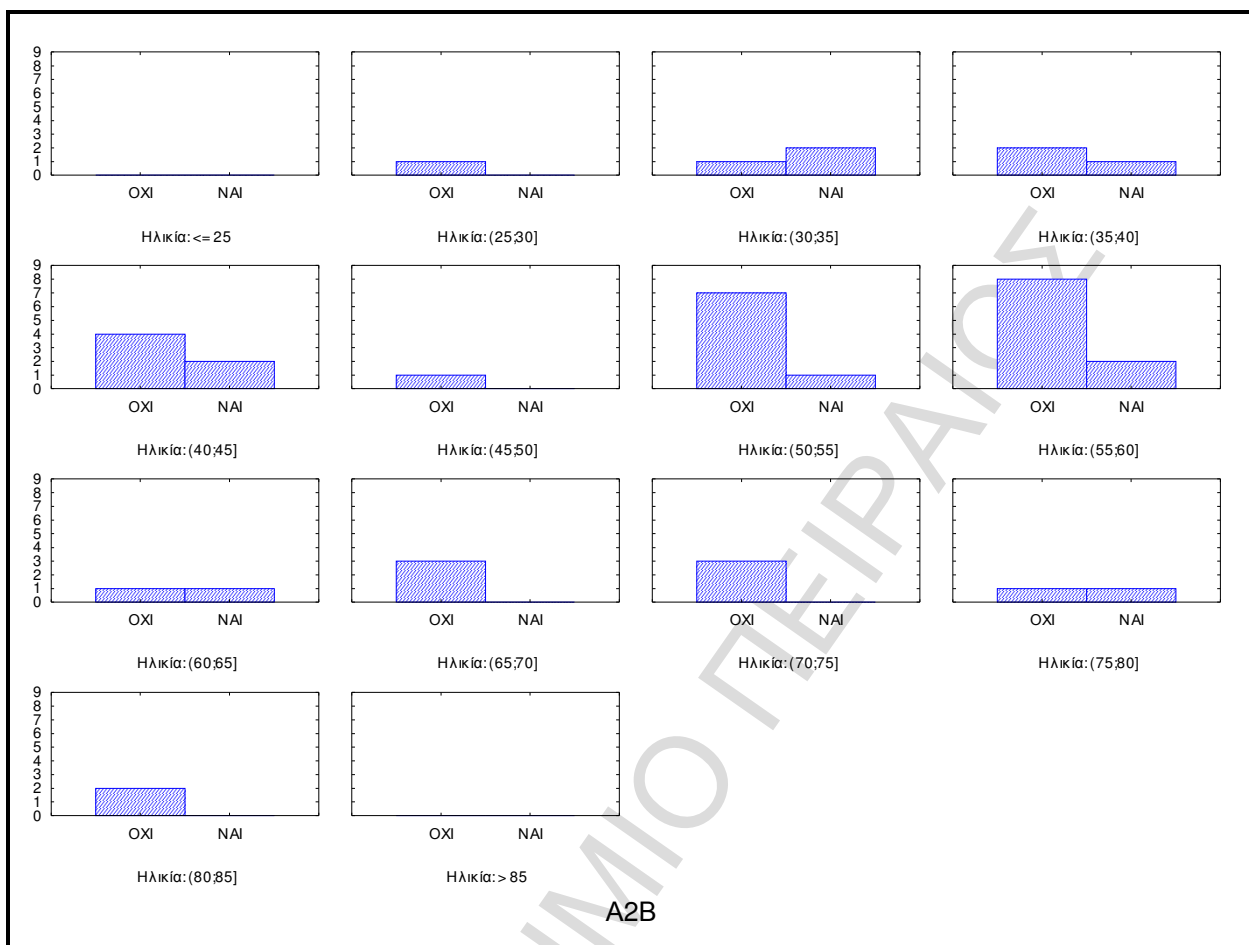
ΓΡΑΦΗΜΑ 3

Στον γράφημα μπορούμε να δούμε ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό, τα άτομα ηλικίας 40-45 ετών, έχουν ενημερωθεί επαρκώς για τα αποτελέσματα των φαρμάκων που λαμβάνουν. Εν αντιθέσει με τα άτομα ηλικίας 50-55 ετών και 55-60 ετών, που δεν έχουν ενημερωθεί επαρκώς για τα αποτελέσματα των φαρμάκων που λαμβάνουν.



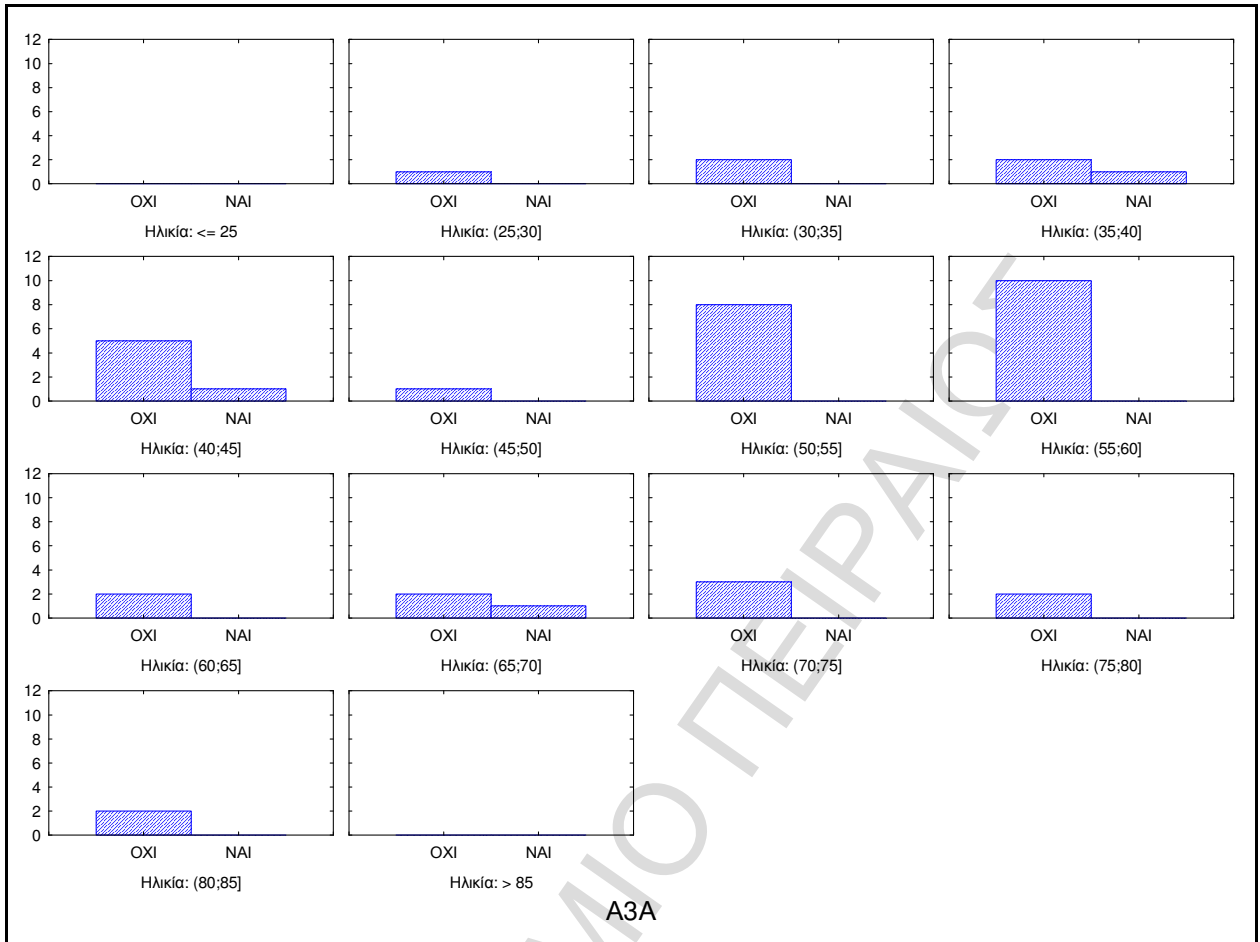
ΓΡΑΦΗΜΑ 4

Στο ανωτέρω γράφημα μπορούμε να δούμε ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό, τα άτομα ηλικίας 40-45 ετών, έχουν ή δεν έχουν ενημερωθεί στο ίδιο ποσοστό, επαρκώς για τις παρενέργειες των φαρμάκων που λαμβάνουν. Στα άτομα ηλικίας 50-55 ετών και 55-60 ετών, δεν έχει δοθεί επαρκής ενημέρωση για τις παρενέργειες των λαμβανομένων φαρμάκων. Τέλος, δεν έχουν ενημερωθεί επαρκώς για τα αποτελέσματα των φαρμάκων που λαμβάνουν τα άτομα ηλικίας 60-80 ετών.



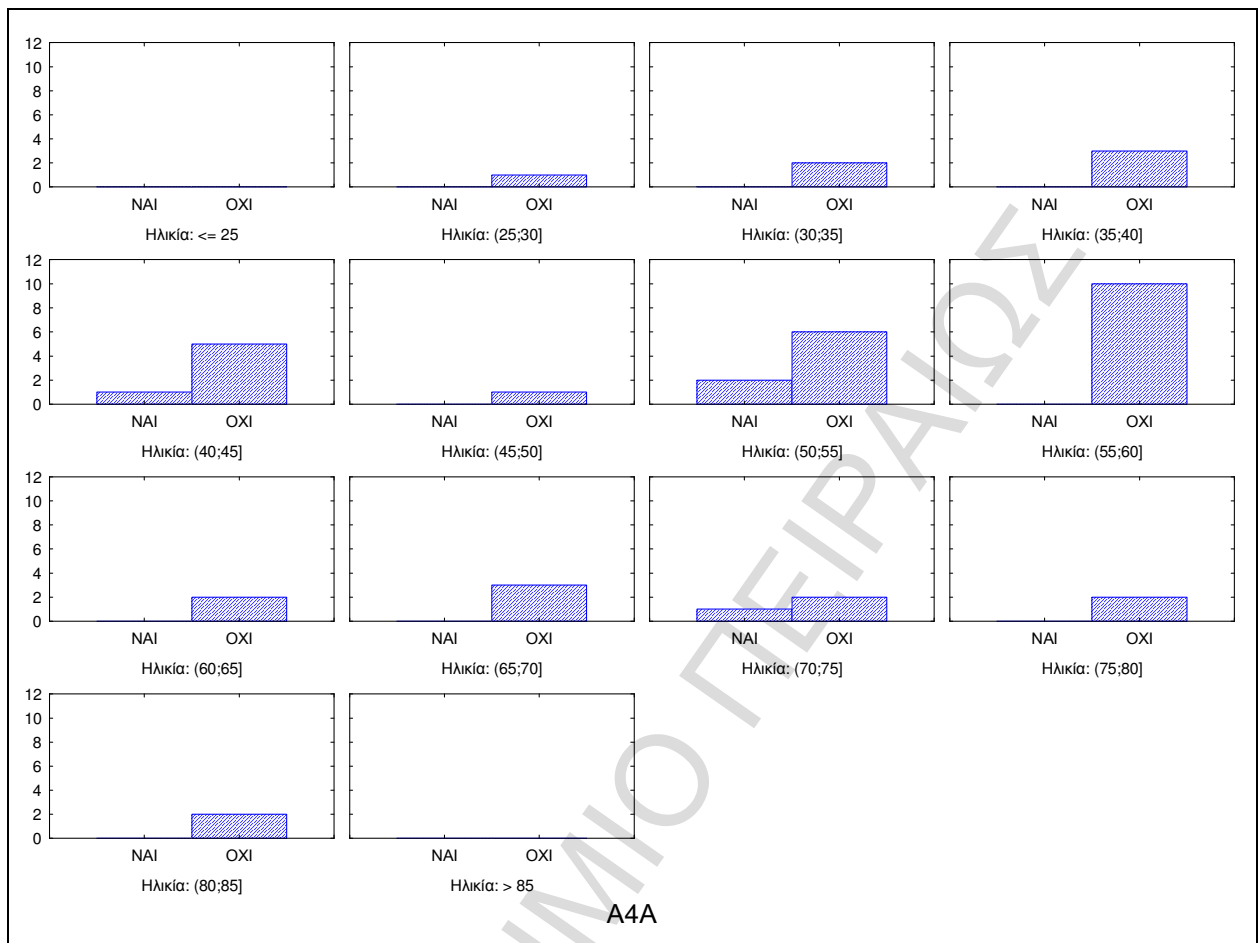
ΓΡΑΦΗΜΑ 5

Στο γράφημα παρατηρούμε ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό, τα άτομα ηλικίας 40-45, 50-55 και 55-60 ετών, δεν γνωρίζουν εάν μπορούν να αρνηθούν τη λήψη των φαρμάκων που τους συστήθηκαν, εφόσον το επιθυμούν. Αξίζει να αναφερθεί ότι τα άτομα ηλικίας 60-65 ετών και 75-80 ετών, απάντησαν στο ίδιο ποσοστό ότι γνωρίζουν ή δε γνωρίζουν εάν μπορούν να αρνηθούν τη λήψη των φαρμάκων που τους συστήθηκαν εφόσον το επιθυμούν.



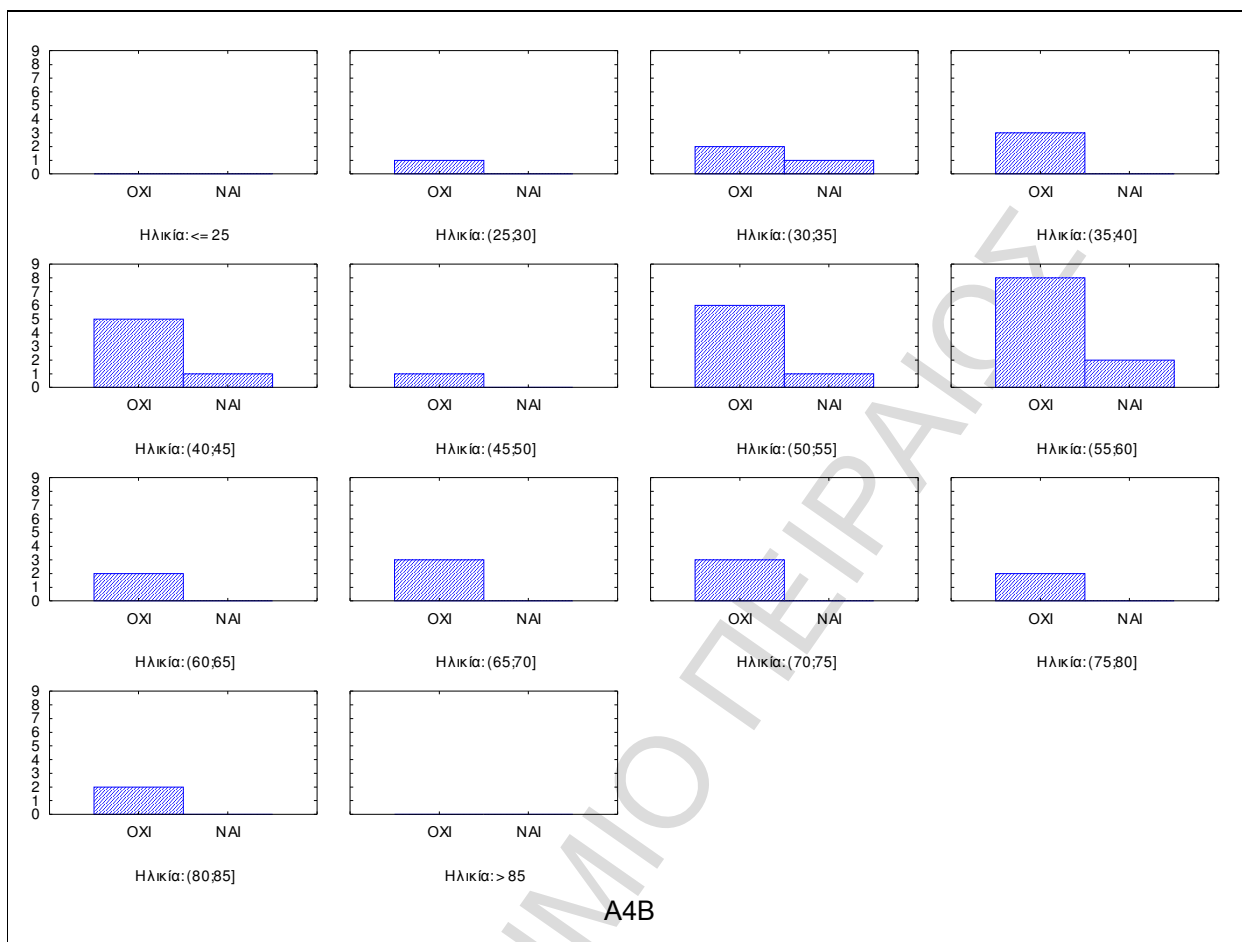
Α3Α
ΓΡΑΦΗΜΑ 6

Στο παραπάνω γράφημα παρατηρούμε ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό, τα άτομα ηλικίας 40-45, 50-55 και 55-60 ετών, δε διάλεξαν οι ίδιοι τη θεραπεία που επιθυμούσαν. Σε όλο το εύρος των ηλικιών δε βρέθηκε να υπερτερεί το ποσοστό των ερωτηθέντων που τελικά διάλεξαν οι ίδιοι τη θεραπεία που ακολουθούν τώρα.



Α4Α
ΓΡΑΦΗΜΑ 7

Στο ανωτέρω γράφημα παρατηρούμε ότι σε όλο το εύρος των ηλικιών από 25-85 ετών, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, τα άτομα απάντησαν ότι δε διάλεξαν οι ίδιοι τον επαγγελματία που έχει αναλάβει τη θεραπεία τους.



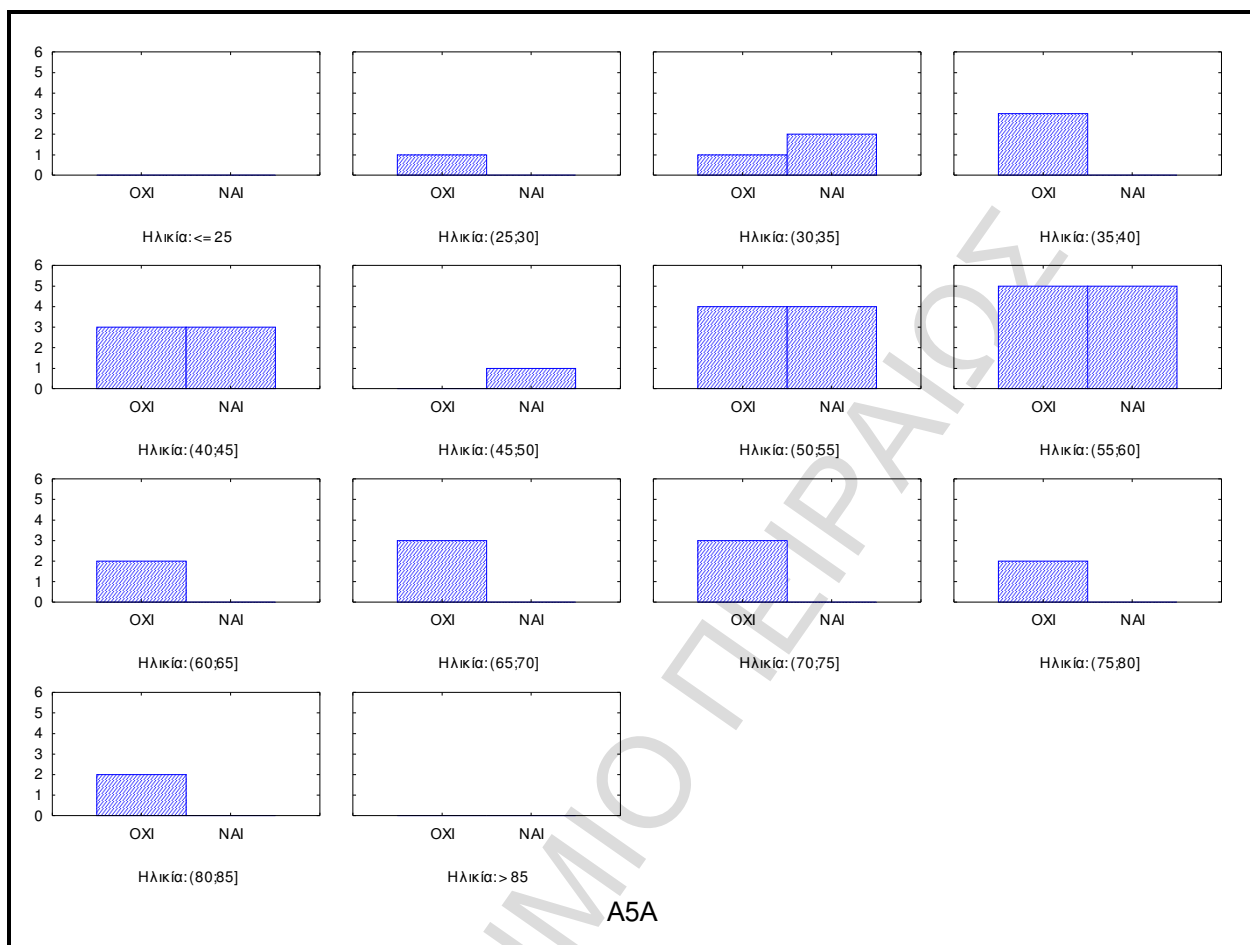
Α4Β
ΓΡΑΦΗΜΑ 8

Στο παραπάνω γράφημα παρατηρούμε ότι σε όλο το εύρος των ηλικιών από 25-85 ετών, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, τα άτομα απάντησαν ότι δε διάλεξαν οι ίδιοι τον επαγγελματία που έχει αναλάβει τις νοσηλευτικές ανάγκες τους.



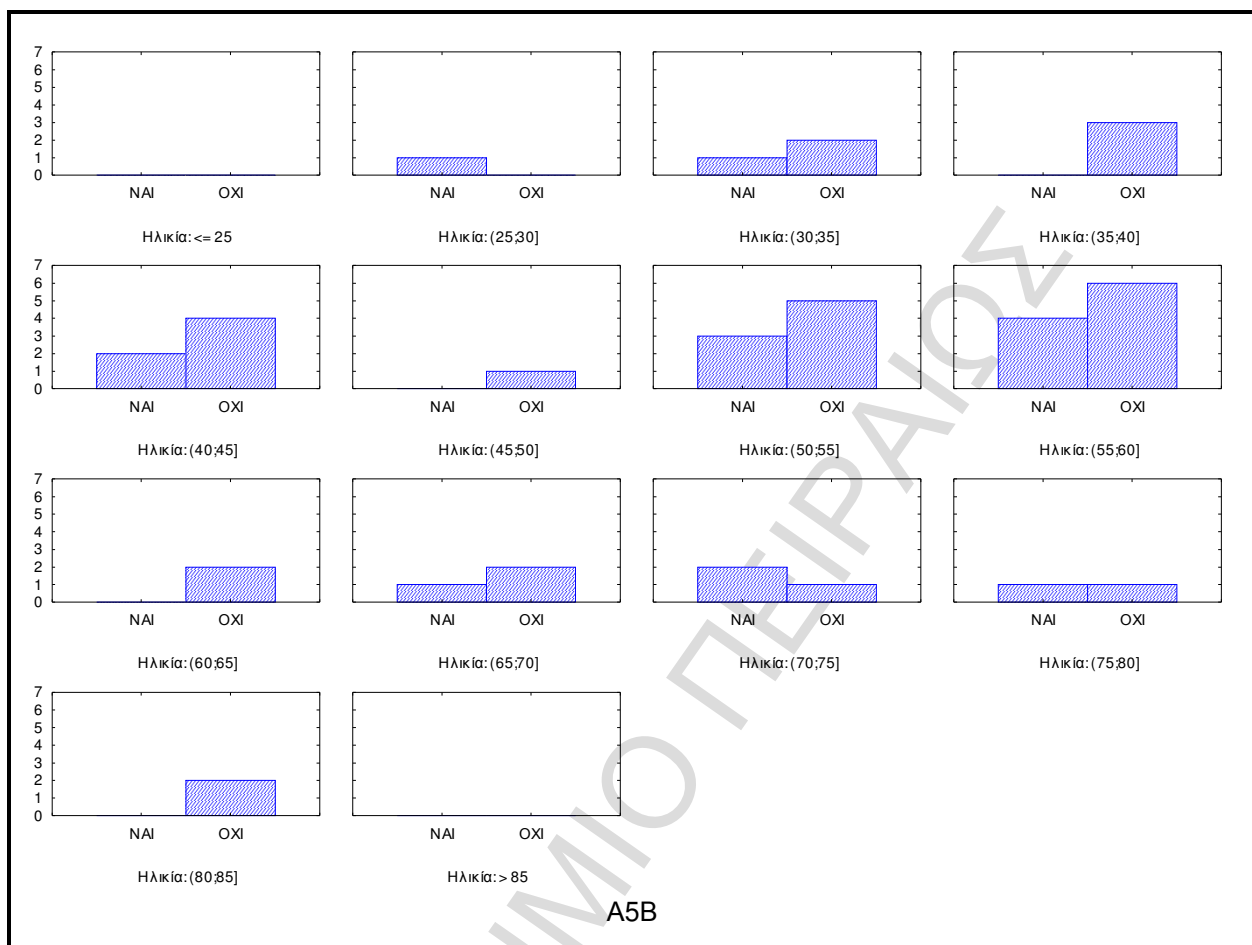
Α4Γ
ΓΡΑΦΗΜΑ 9

Στο γράφημα παρατηρούμε ότι σε όλο το εύρος των ηλικιών από 25-85 ετών, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, τα άτομα απάντησαν ότι δε διάλεξαν οι ίδιοι τον επαγγελματία που έχει αναλάβει να τους φροντίζει γενικά.



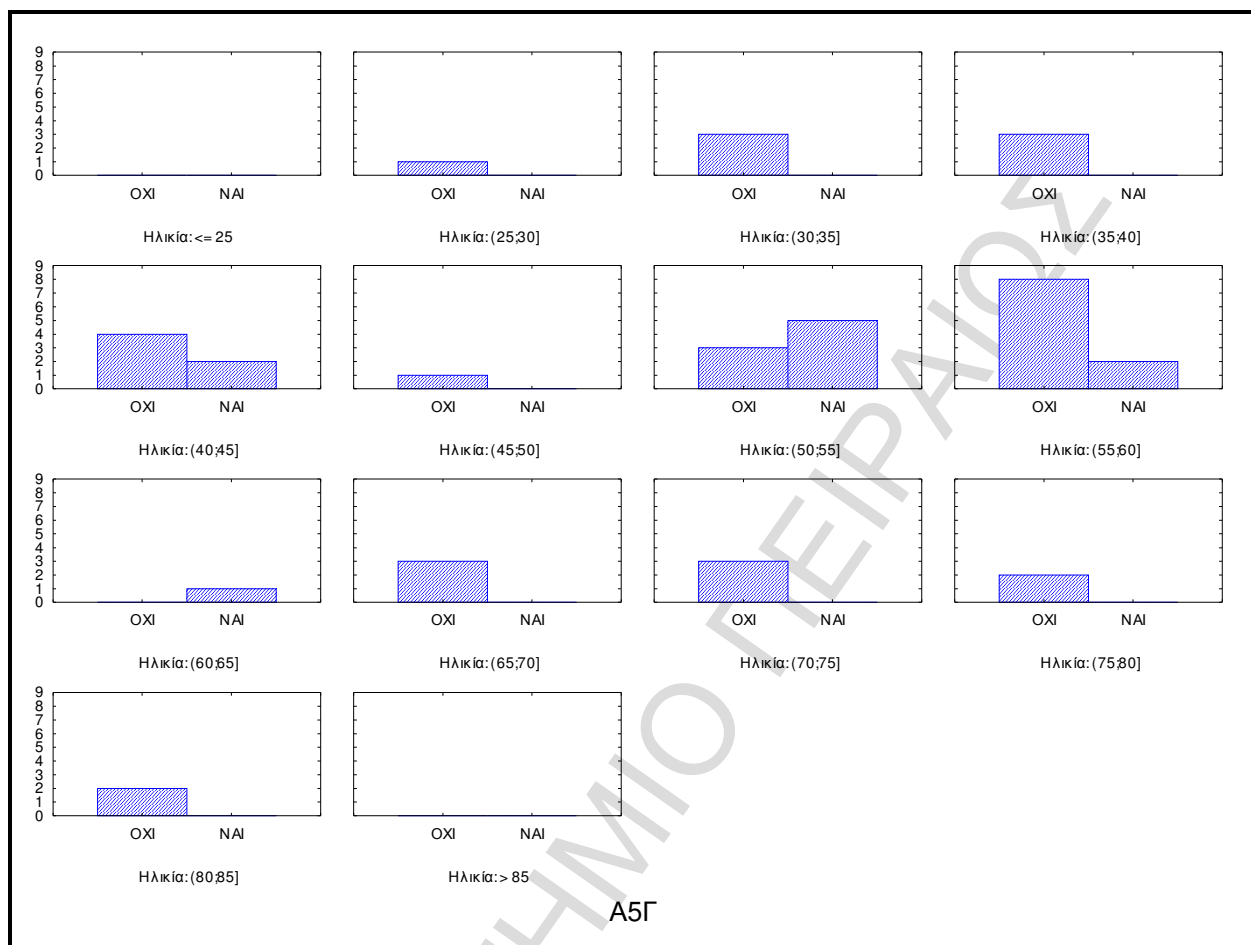
ΓΡΑΦΗΜΑ 10

Στο γράφημα μπορούμε να δούμε ότι τα άτομα ηλικιών από 40-45, 50-55, 55-60 ετών, έδωσαν στο ίδιο ποσοστό, την απάντηση ότι είτε γνωρίζουν ή δε γνωρίζουν, εάν έχουν το δικαίωμα να αναζητήσουν μία δεύτερη γνώμη, σε περίπτωση που αμφισβητήσουν το θεράποντα ιατρό τους. Ενδεικτικά, τα άτομα ηλικίας 30-35 ετών, γνωρίζουν ότι έχουν το προαναφερόμενο δικαίωμα της αναζήτησης δεύτερης γνώμης, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, ενώ τα άτομα ηλικίας 75-80 ετών, απάντησαν ότι δε γνωρίζουν εάν έχουν το δικαίωμα να αναζητήσουν μία δεύτερη γνώμη, σε περίπτωση που αμφισβητήσουν το θεράποντα ιατρό τους.



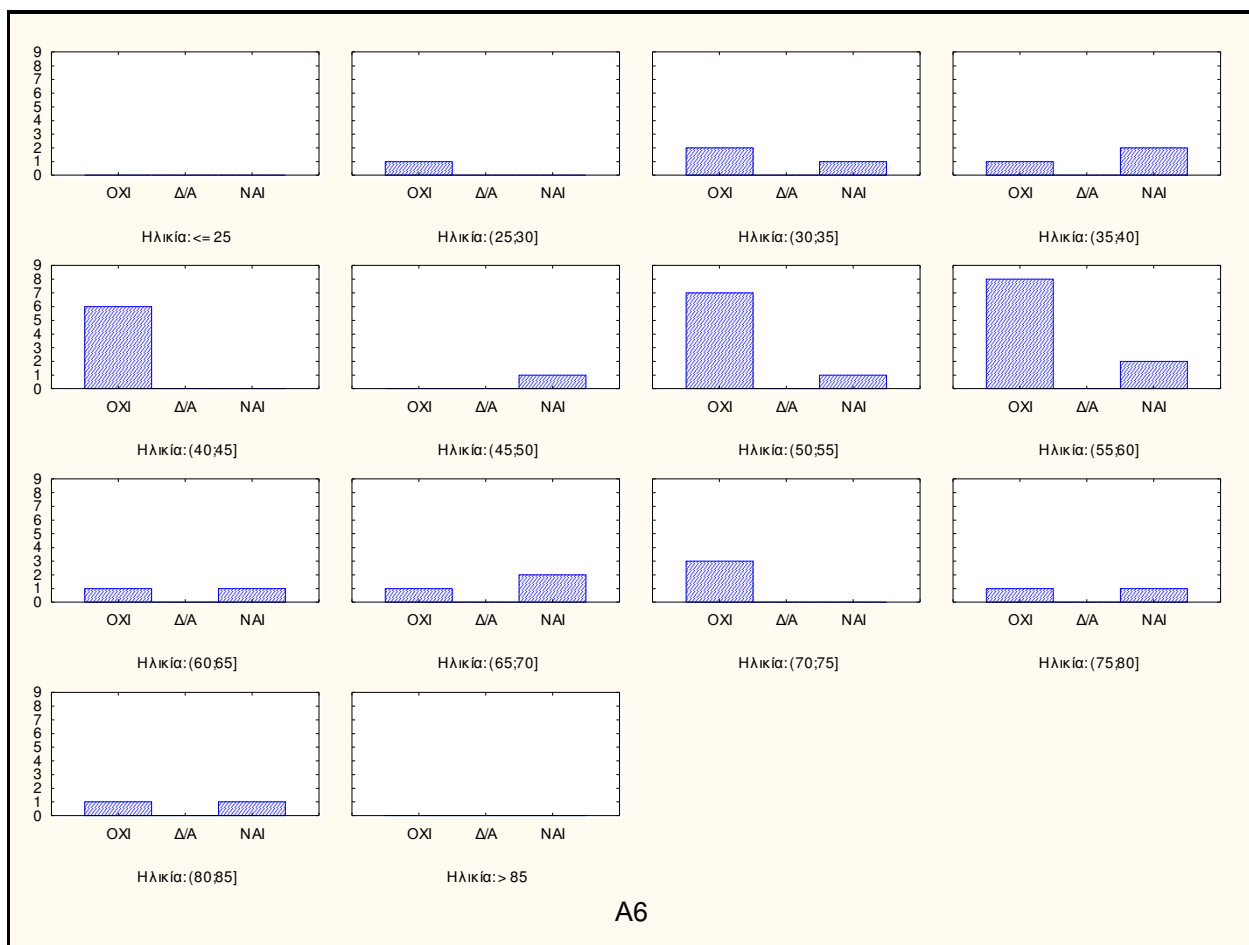
ΓΡΑΦΗΜΑ 11

Στο γράφημα μπορούμε να δούμε ότι τα άτομα ηλικιών από 40-45, 50-55, 55-60 ετών, έδωσαν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, την απάντηση ότι δε μπορούν να αλλάξουν το θεράποντα ιατρό τους, εάν το επιθυμούν. Επίσης, στην ηλικία 25-30 ετών απάντησαν μόνο ναι στην ερώτηση εάν μπορούν να αλλάξουν το θεράποντα ιατρό τους και στην ηλικία 70-75 ετών, έδωσαν επίσης θετική απάντηση στο μεγαλύτερο ποσοστό τους.



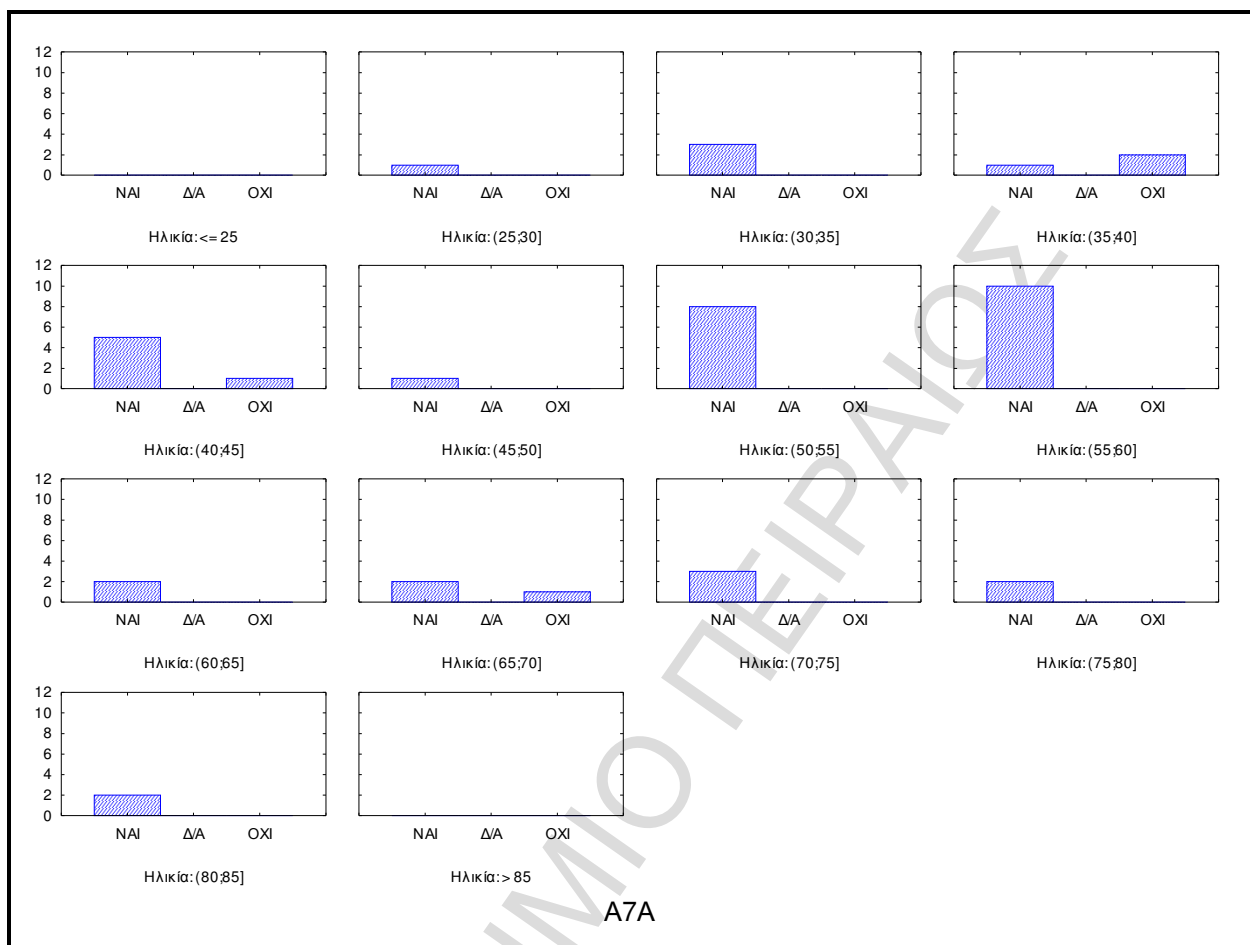
ΓΡΑΦΗΜΑ 12

Στο γράφημα παρατηρούμε ότι τα άτομα ηλικιών από 40-45 ετών και 55-60 ετών, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση εάν έχουν τη δυνατότητα να διακόψουν τη συνεργασία ή να σταματήσουν τη θεραπευτική αγωγή που τους υποδείχθηκε, χωρίς να φοβούνται ότι θα υπάρξουν αρνητικές επιπτώσεις εάν στο μέλλον ζητήσουν νέα συνεργασία. Αντίθετα, στην ηλικία 50-55 ετών τα άτομα έδωσαν θετική απάντηση στην ίδια ερώτηση, ότι δηλαδή μπορούν όποτε θελήσουν να διακόψουν τη συνεργασία χωρίς να φοβούνται τις αρνητικές επιπτώσεις σε περίπτωση που επιθυμούσαν μελλοντική συνεργασία.



ΓΡΑΦΗΜΑ 13

Στο ανωτέρω γράφημα παρατηρούμε ότι τα άτομα ηλικιών από 40-45, 50-55 και 55-60 ετών, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, απάντησαν ότι δεν αισθάνονται πίεση όταν συμμορφώνονται με τις συστάσεις του προσώπου που έχει την ευθύνη της θεραπείας τους. Ενώ, στην ίδια ερώτηση τα άτομα ηλικιών 35-40 ετών και 65-70 ετών, απάντησαν αντίθετα ότι αισθάνονται πίεση.



Α7Α
ΓΡΑΦΗΜΑ 14

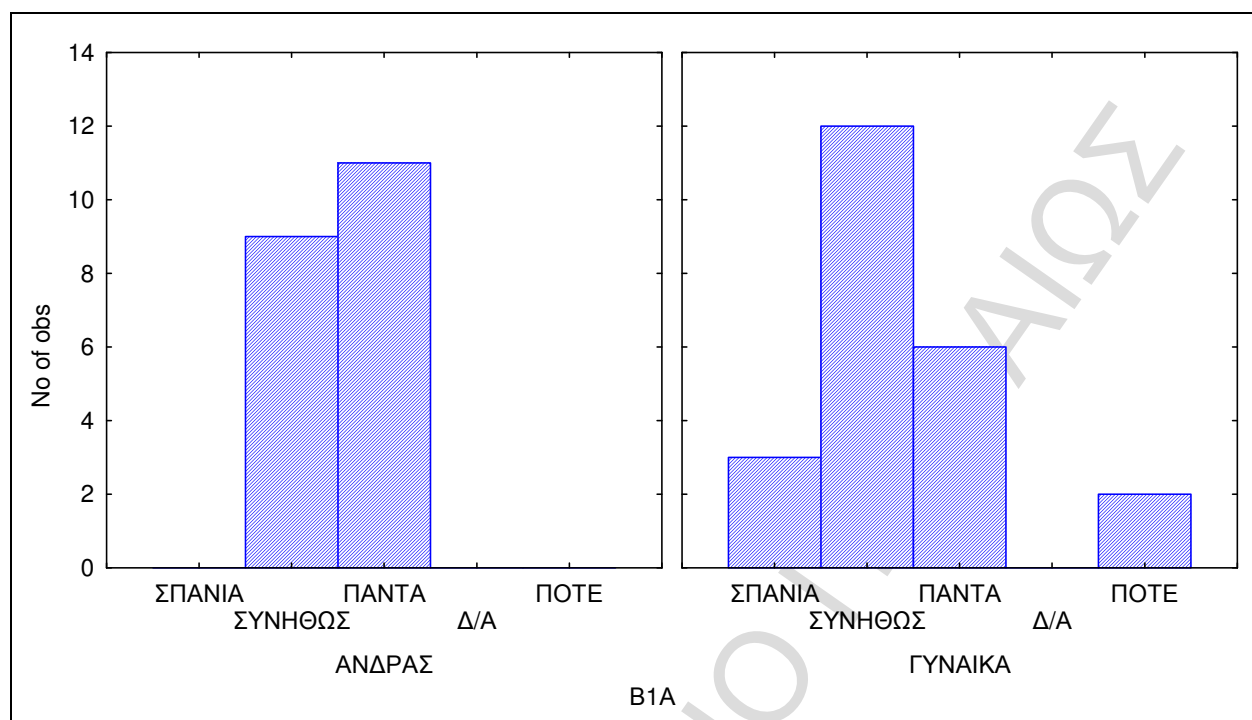
Στο γράφημα παρατηρούμε ότι σε όλο το εύρος των ηλικιών, τα άτομα στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, απάντησαν ότι νοιάζονται οι θεράποντες να μάθουν τις απόψεις τους και τις εμπειρίες τους, για τις υπηρεσίες που τους παρέχουν, πλην των ατόμων, ηλικίας 35-40 ετών που απάντησαν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, ότι οι θεράποντες δε νοιάζονται να μάθουν τις εν λόγω απόψεις και εμπειρίες.



ΓΡΑΦΗΜΑ 15

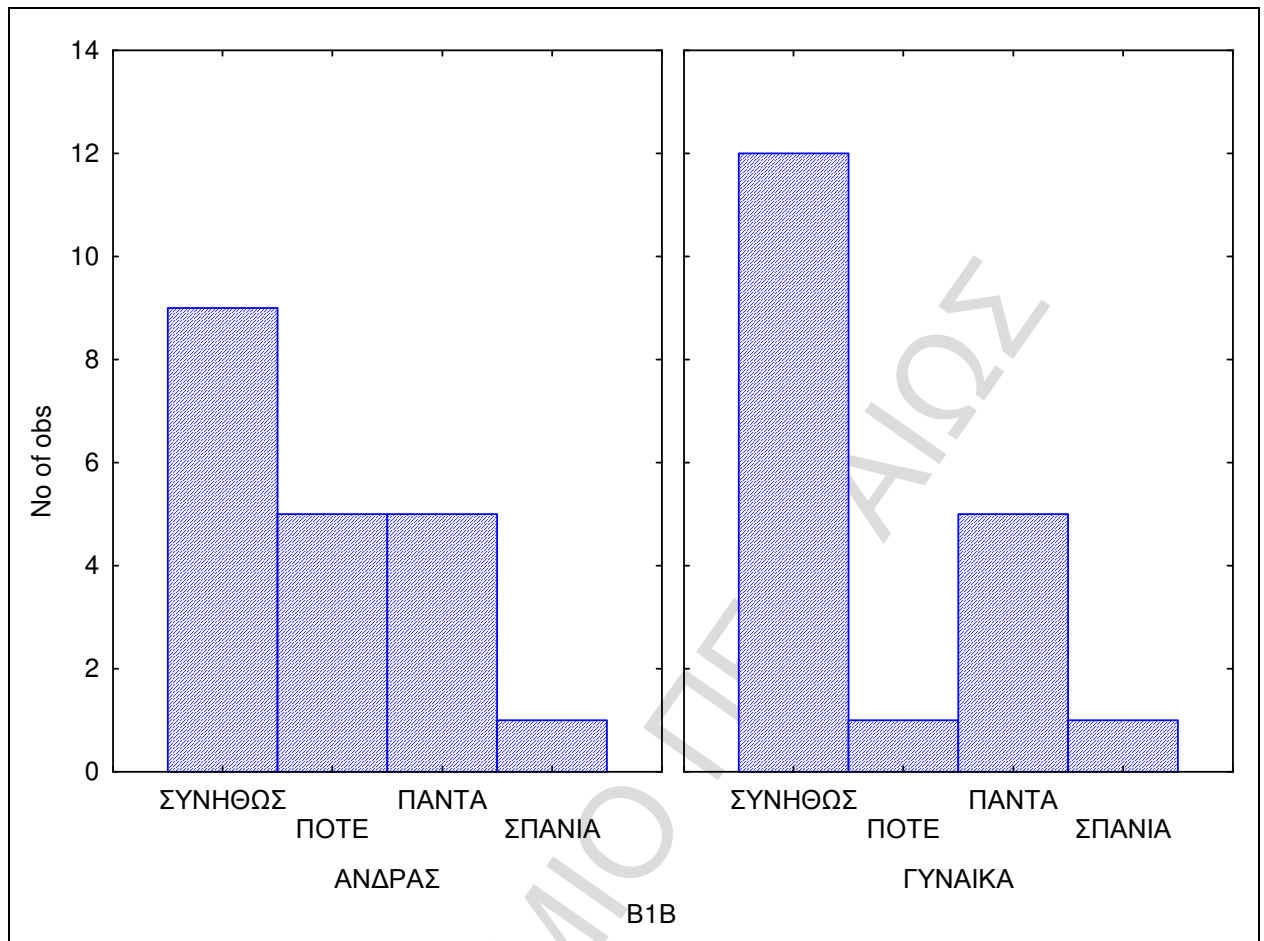
Στο γράφημα παρατηρούμε ότι σε όλο το εύρος των ηλικιών, τα άτομα, απάντησαν μόνο θετικά στην ερώτηση ότι οι θεράποντες νοιάζονται να μάθουν τις απόψεις τους και τις εμπειρίες τους, για τις υπηρεσίες που τους παρέχουν για να τις τροποποιήσουν και να τις βελτιώσουν.

5.4 Επικέντρωση των υπηρεσιών στο χρήστη



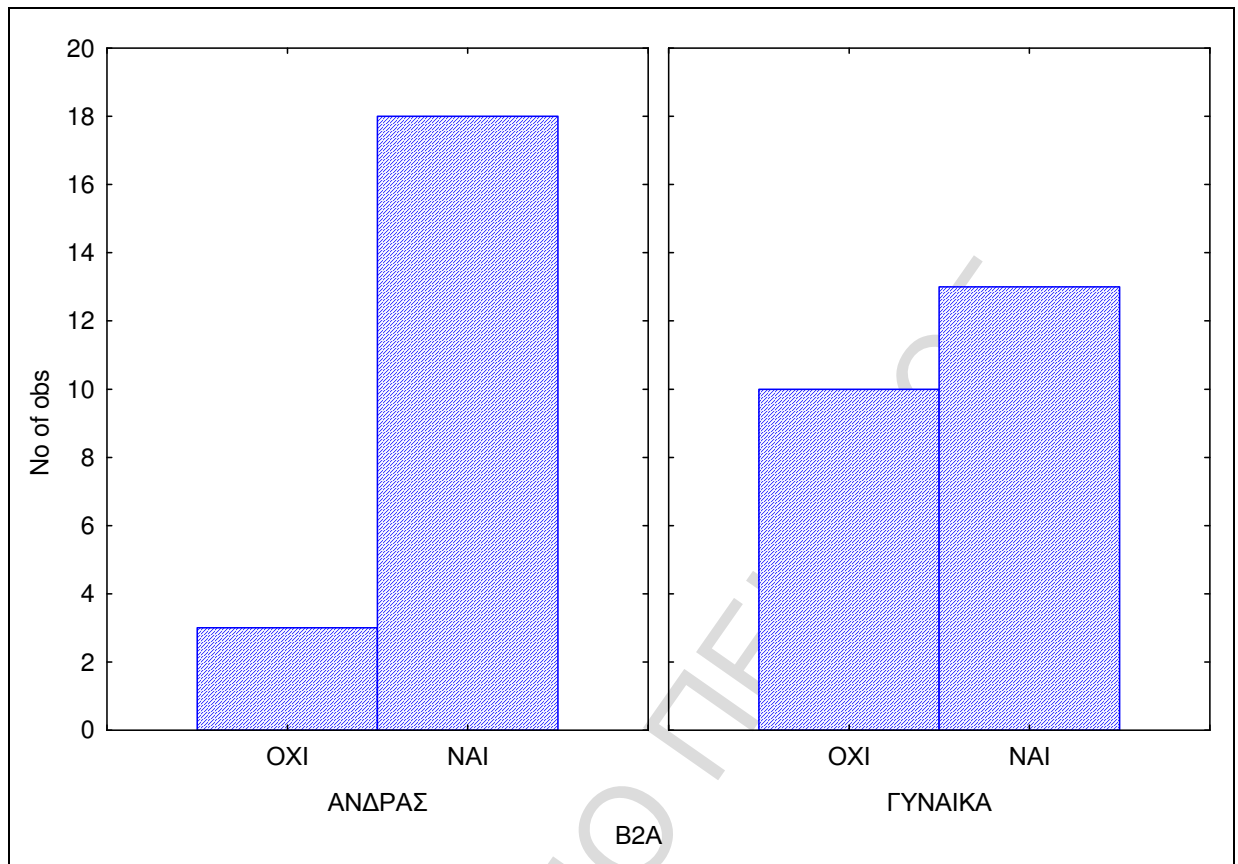
ΓΡΑΦΗΜΑ 16

Όπως μπορούμε να δούμε στο γράφημα, οι άνδρες απάντησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι τα άτομα που έχουν αναλάβει τη θεραπεία τους, νοιάζονται πάντα να μάθουν τις ατομικές τους ανάγκες και ακολουθεί σε μικρότερο ποσοστό η απάντηση ότι τα άτομα που έχουν αναλάβει τη θεραπεία τους, νοιάζονται συνήθως να μάθουν τις ατομικές ανάγκες τους. Αντίστροφα, οι γυναίκες απάντησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι τα άτομα που έχουν αναλάβει τη θεραπεία τους, νοιάζονται συνήθως να μάθουν τις ατομικές τους ανάγκες και έπειτα ότι τα άτομα που έχουν αναλάβει τη θεραπεία τους, νοιάζονται πάντα να μάθουν τις ατομικές τους ανάγκες. Τέλος, οι άνδρες δεν έδωσαν καθόλου την απάντηση, σπάνια ή ποτέ, σε αντίθεση με τις γυναίκες.



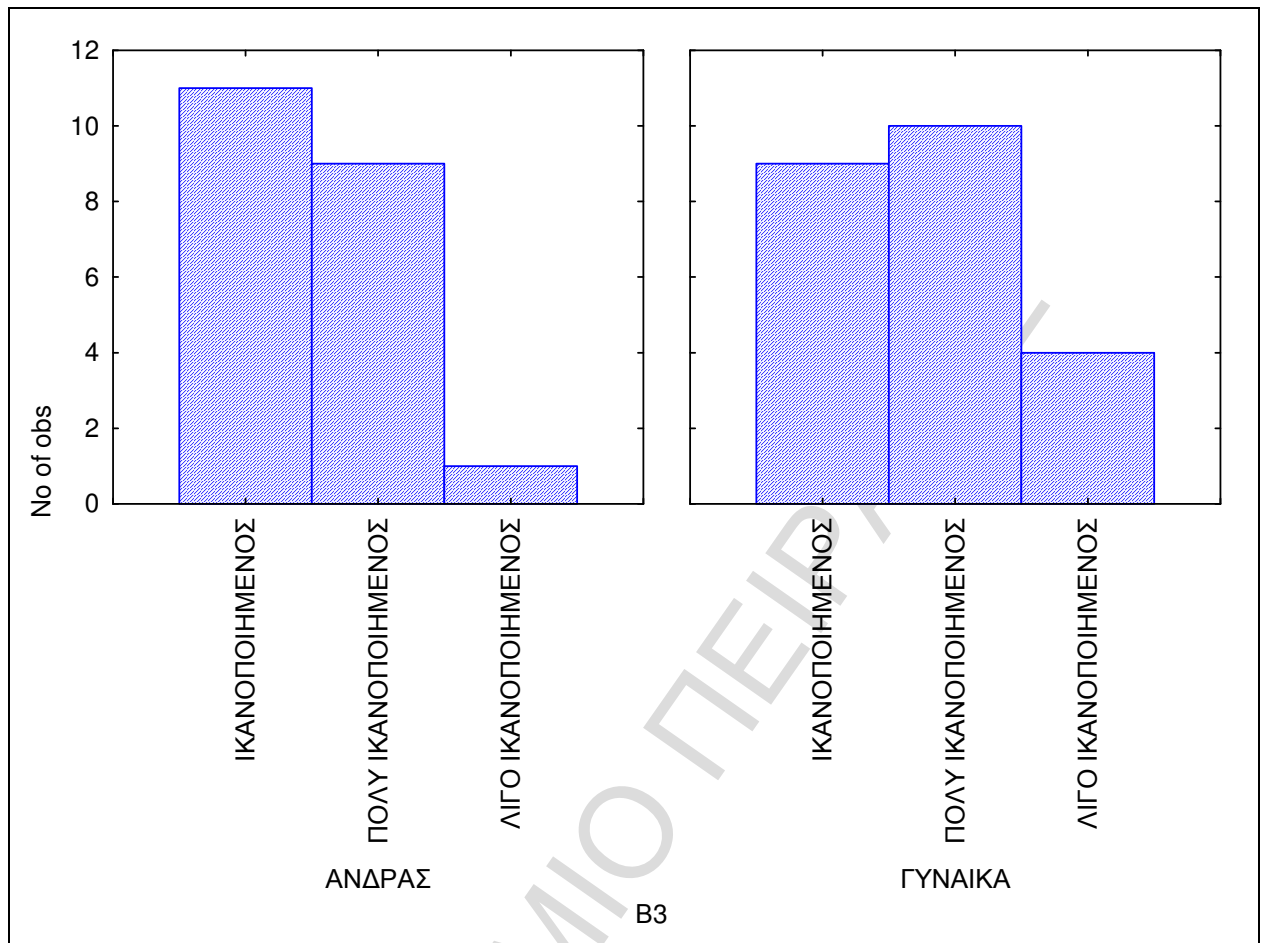
ΓΡΑΦΗΜΑ 17

Όπως παρατηρούμε στο ανωτέρω γράφημα, οι άνδρες και οι γυναίκες στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, απαντούν ότι όταν γνωρίζουν ότι τα άτομα που έχουν αναλάβει τη θεραπεία τους, νοιάζονται *συνήθως*, να μάθουν τις ατομικές τους ανάγκες, τότε η γνώση αυτή, *συνήθως* επηρεάζει και τον τρόπο που τους παρέχονται οι διάφορες υπηρεσίες. Ακολουθούν σε μικρότερα ποσοστά οι απαντήσεις, *ποτέ*, *πάντα* και *σπάνια*.



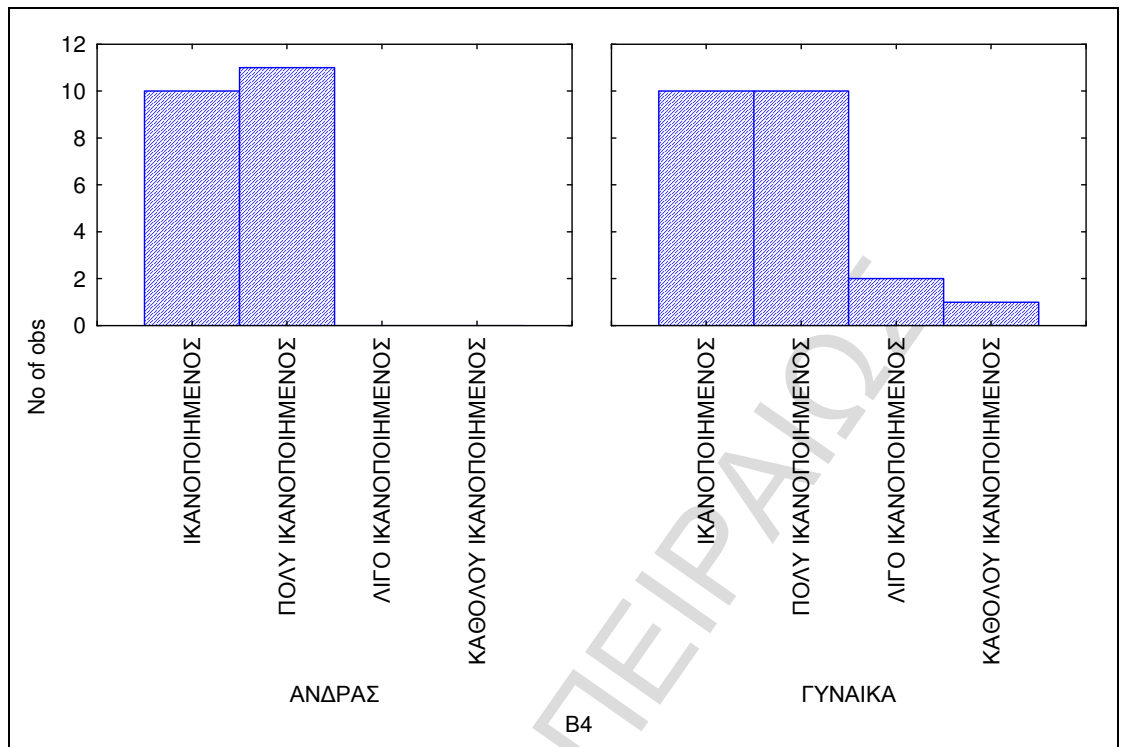
ΓΡΑΦΗΜΑ 18

Στο γράφημα, παρατηρούμε ότι τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες απάντησαν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, ότι όταν αλλάζουν οι ανάγκες τους, η ψυχιατρική υπηρεσία με την οποία συνεργάζονται, ανταποκρίνεται σε αυτές.



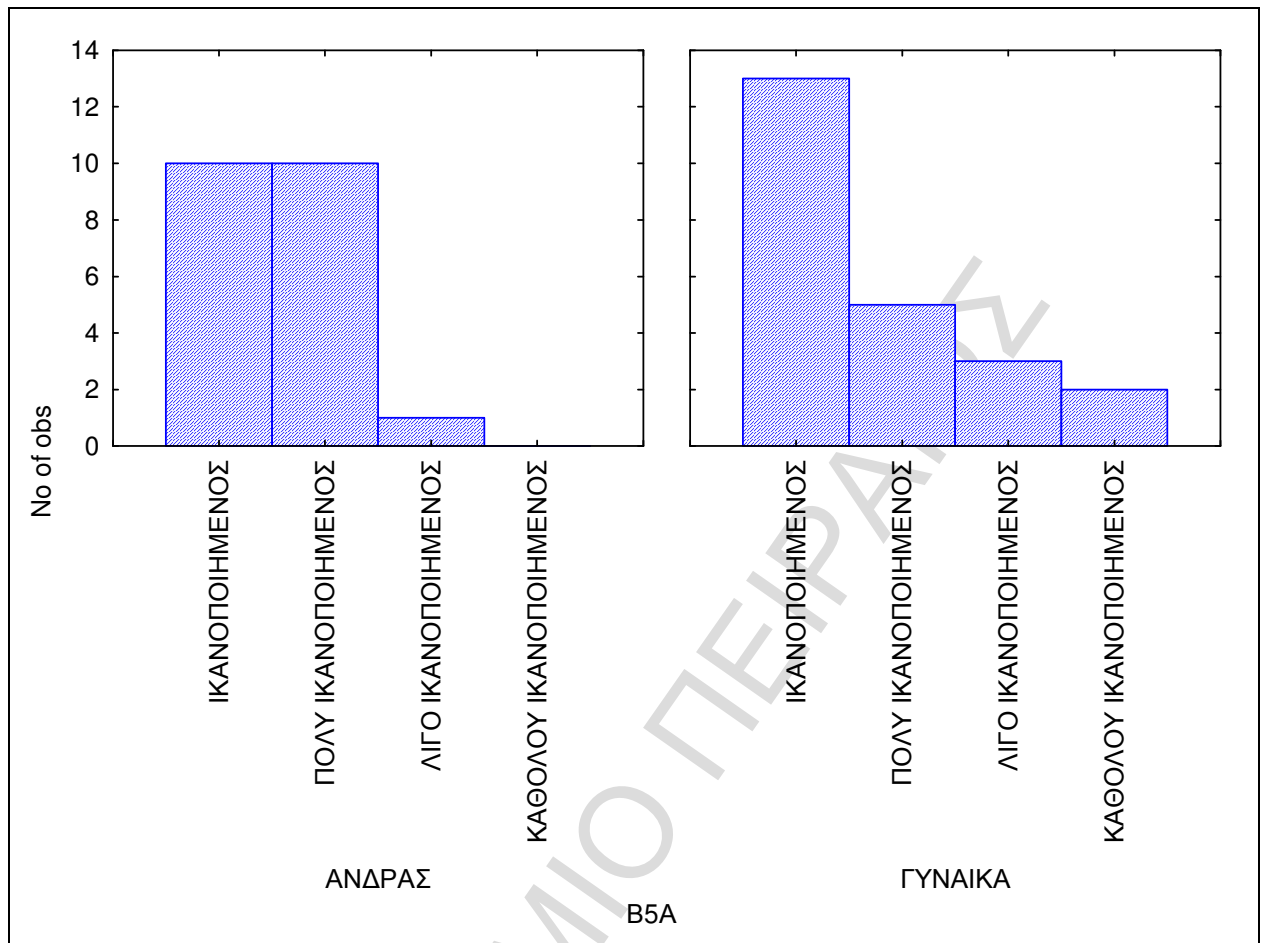
ΓΡΑΦΗΜΑ 19

Στο ανωτέρω γράφημα, παρατηρούμε ότι όταν ζητείται ραντεβού, οι άνδρες, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, είναι *ικανοποιημένοι* από το πόσο γρήγορα αυτό πραγματοποιείται, ενώ οι γυναίκες στο μεγαλύτερο ποσοστό των απαντήσεων τους, είναι *πολύ ικανοποιημένες* από τη ταχύτητα που πραγματοποιείται το ραντεβού, όταν αυτές το ζητούν.



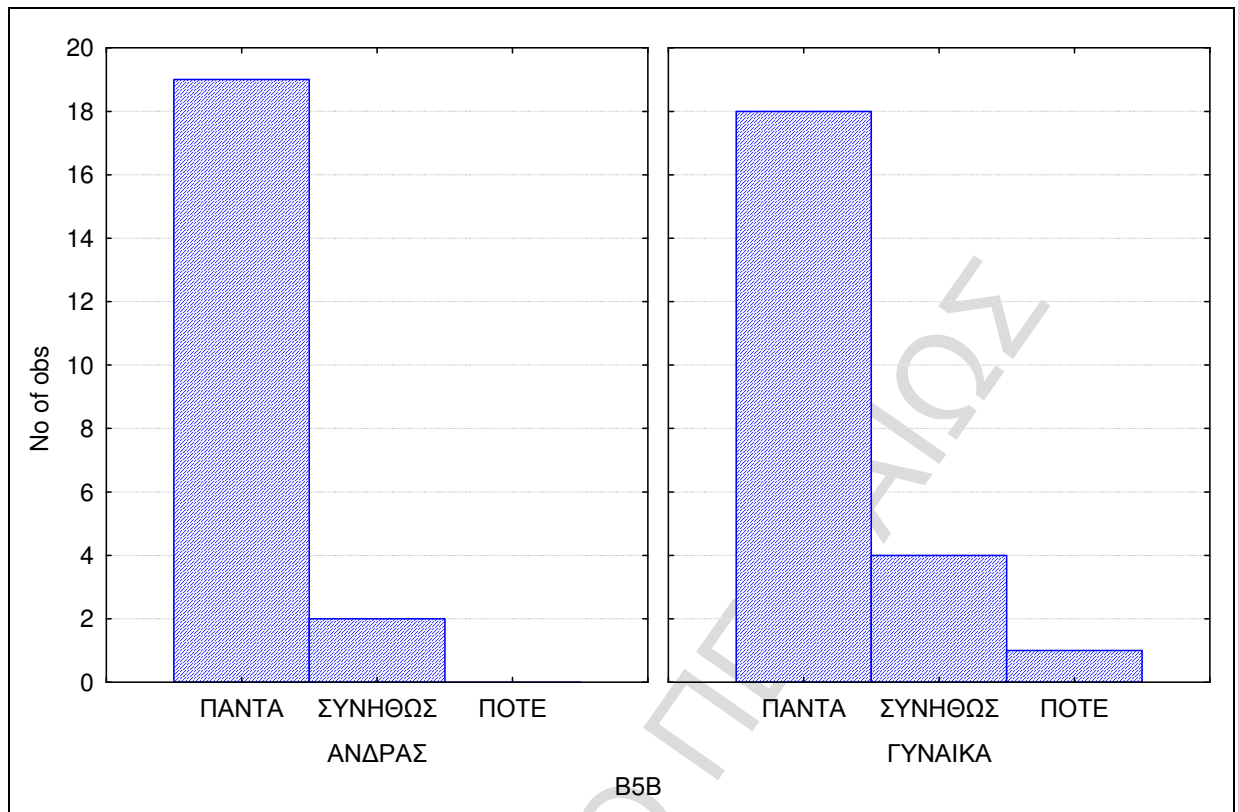
ΓΡΑΦΗΜΑ 20

Στο παραπάνω γράφημα, οι άνδρες είναι *πολύ ικανοποιημένοι* από το χρόνο που τους αφιερώνεται στο κάθε ραντεβού, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, ενώ οι γυναίκες απάντησαν στο ίδιο ποσοστό, ότι είναι *ικανοποιημένες και πολύ ικανοποιημένες* από το χρόνο που τους αφιερώνεται στο κάθε ραντεβού.



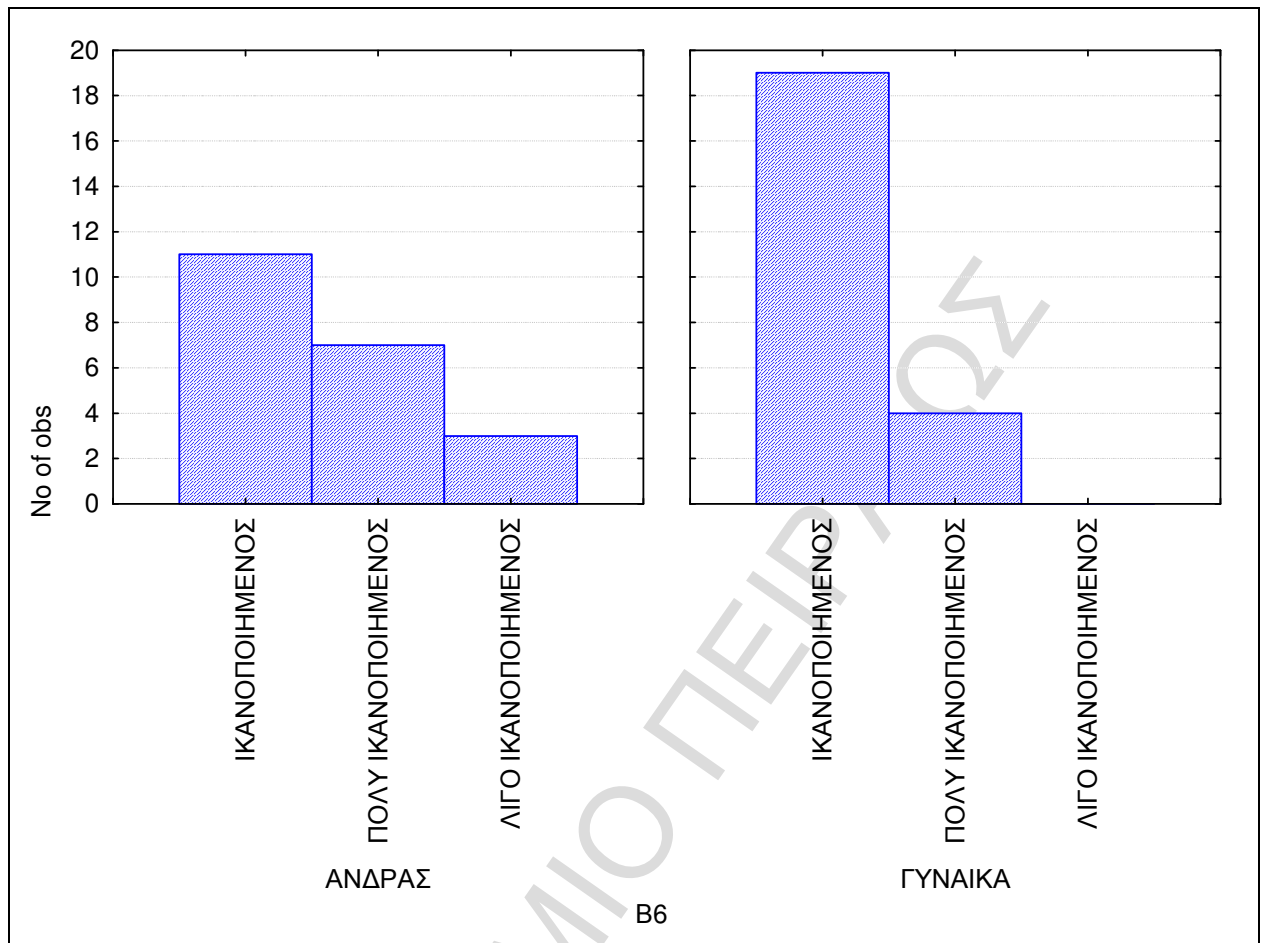
ΓΡΑΦΗΜΑ 21

Στο παραπάνω γράφημα, μπορούμε να δούμε ότι οι άνδρες απάντησαν στο ίδιο ποσοστό, ότι είναι *ικανοποιημένοι* και *πολύ ικανοποιημένοι* με τη συχνότητα που μπορούν να προγραμματίζουν τα ραντεβού τους. Ενώ, οι γυναίκες είναι στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, *ικανοποιημένες* από το πόσο συχνά μπορούν να έχουν ραντεβού.



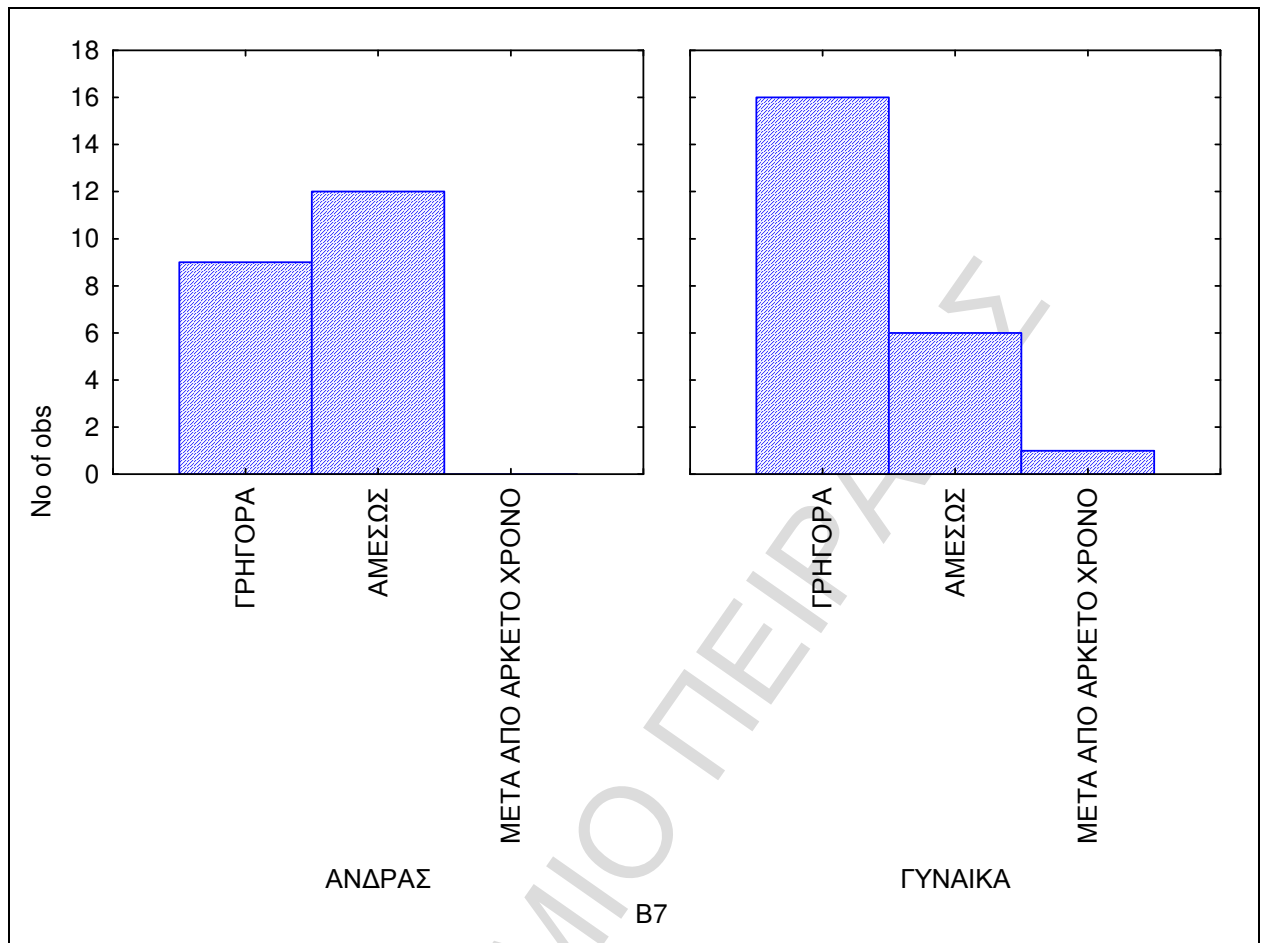
ΓΡΑΦΗΜΑ 22

Στο ανωτέρω γράφημα, παρατηρούμε, ότι οι άνδρες και οι γυναίκες στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, ενημερώνονταν για τυχόν αλλαγή στο ραντεβού που είχαν προγραμματίσει *πάντα*. Οι άνδρες δεν έδωσαν καθόλου την απάντηση ότι δεν ενημερώνονταν *ποτέ* για την αλλαγή του ραντεβού, σε αντίθεση με τις γυναίκες.



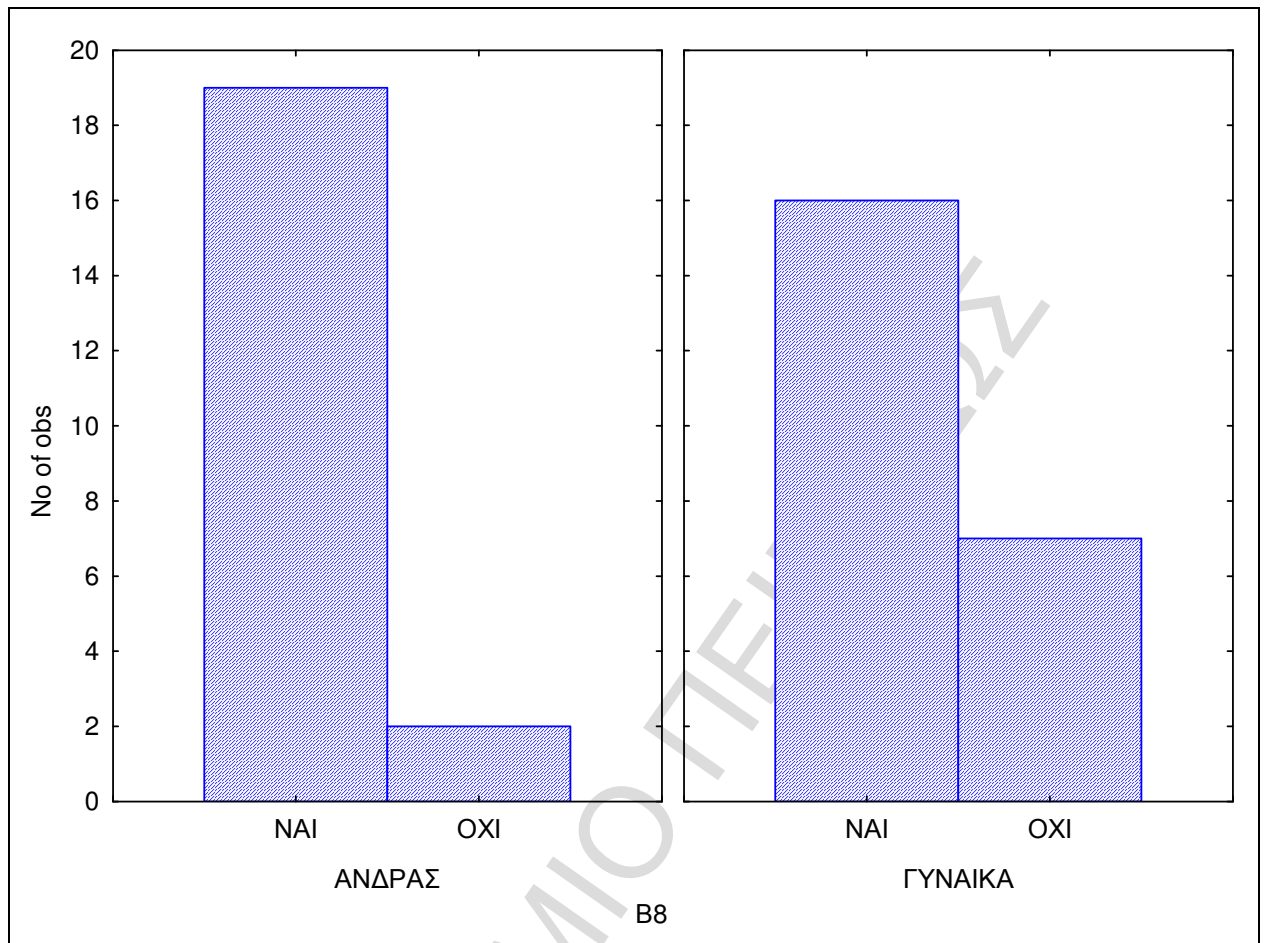
ΓΡΑΦΗΜΑ 23

Στο γράφημα φαίνεται ότι και τα δύο φύλα απάντησαν, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, ότι είναι *ικανοποιημένοι* από τον τρόπο με τον οποίο η υπηρεσία καθορίζει τις ανάγκες τους.



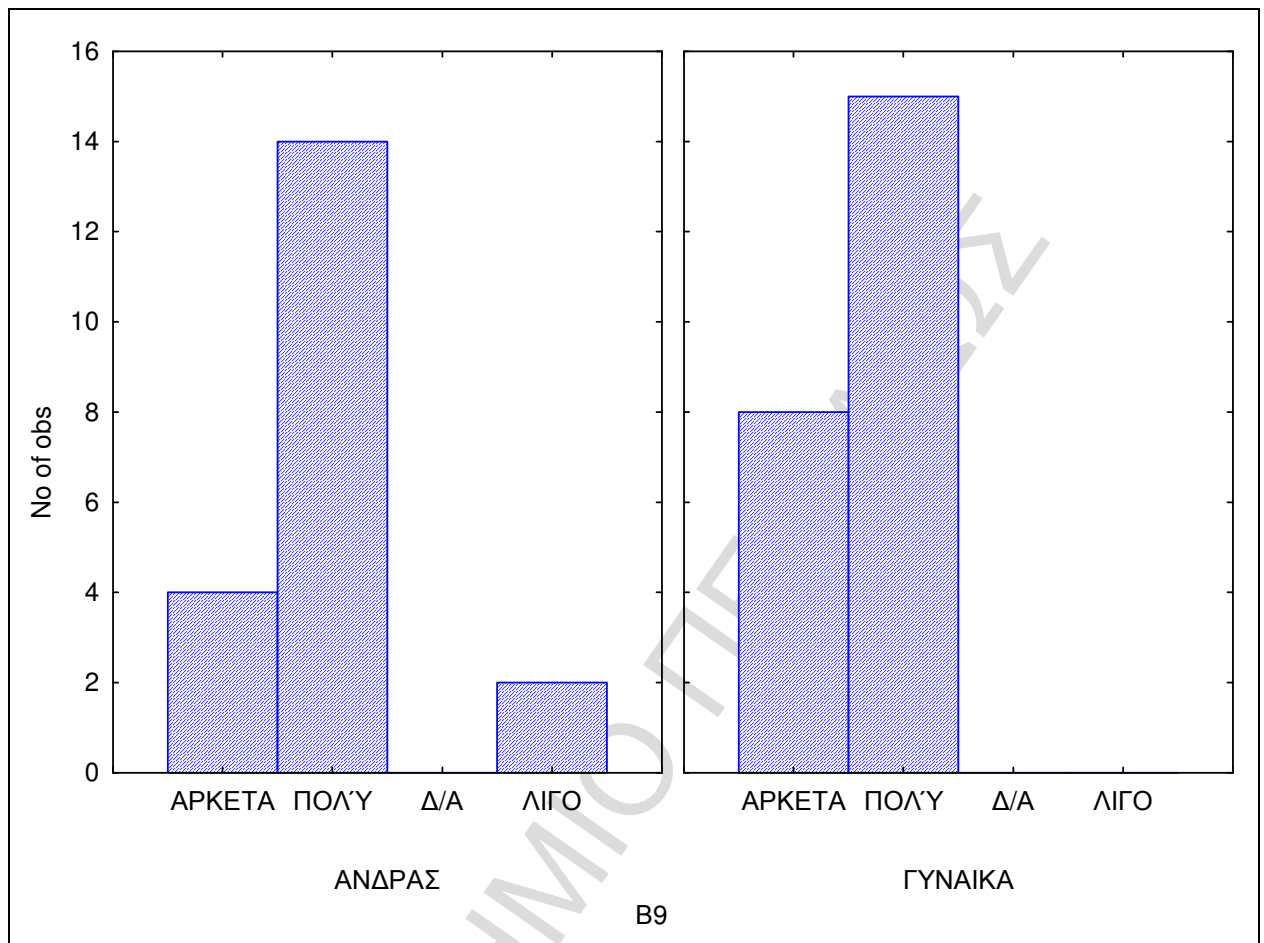
ΓΡΑΦΗΜΑ 24

Στο παραπάνω γράφημα, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, οι μεν άνδρες απάντησαν ότι σε επείγουσα περίπτωση η θεραπευτική ομάδα έρχεται *αμέσως*, σε επαφή μαζί τους, οι δε γυναίκες, ότι η θεραπευτική ομάδα έρχεται *γρήγορα* σε επαφή μαζί τους.



ΓΡΑΦΗΜΑ 25

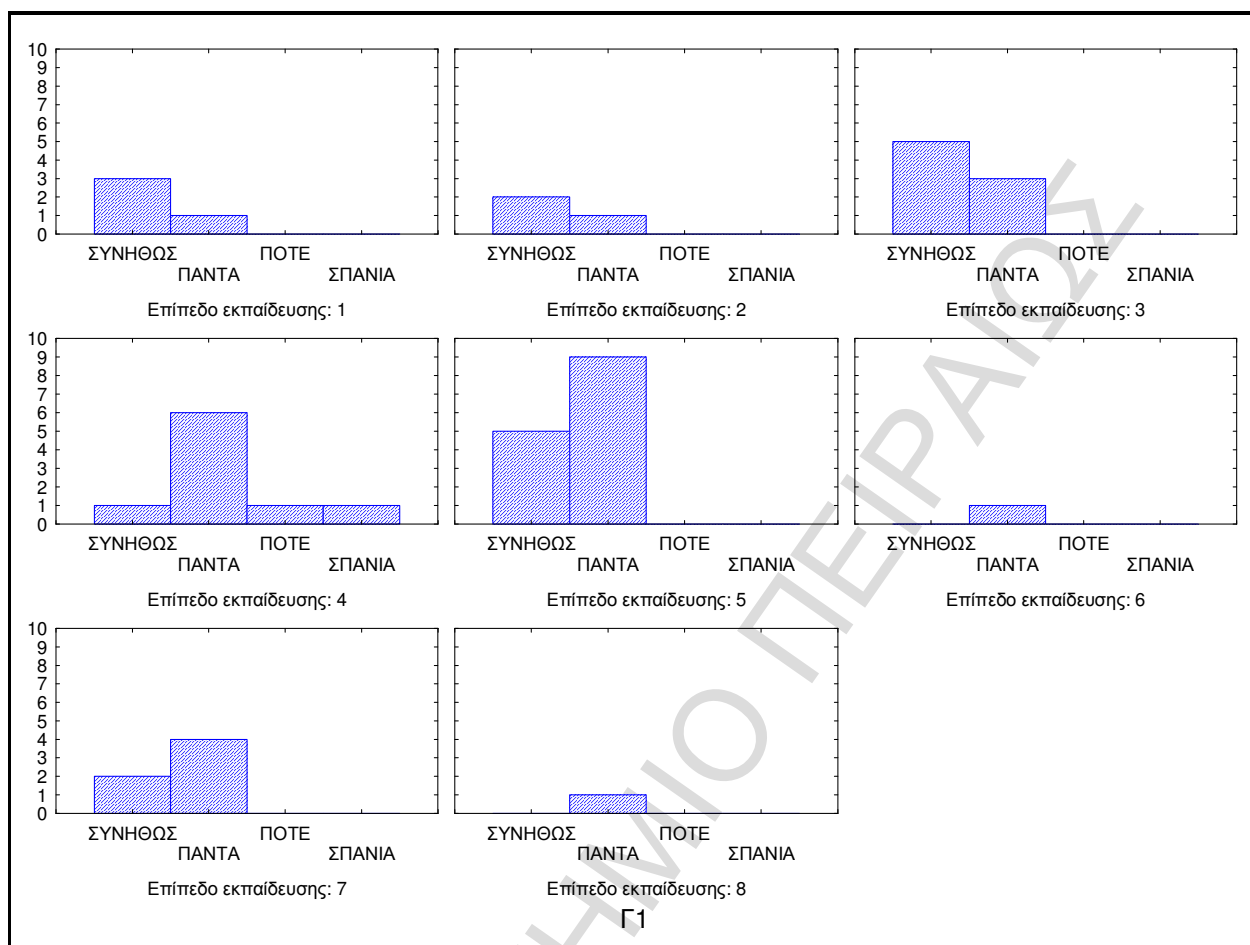
Στο γράφημα βλέπουμε ότι τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες απάντησαν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, ότι η υπηρεσία πρέπει να είναι διαθέσιμη σε αυτούς *όποτε* και εάν το ζητήσουν.



ΓΡΑΦΗΜΑ 26

Στο ανωτέρω γράφημα, οι άνδρες και οι γυναίκες, απάντησαν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, ότι η υπηρεσία τους έχει βοηθήσει *πολύ*.

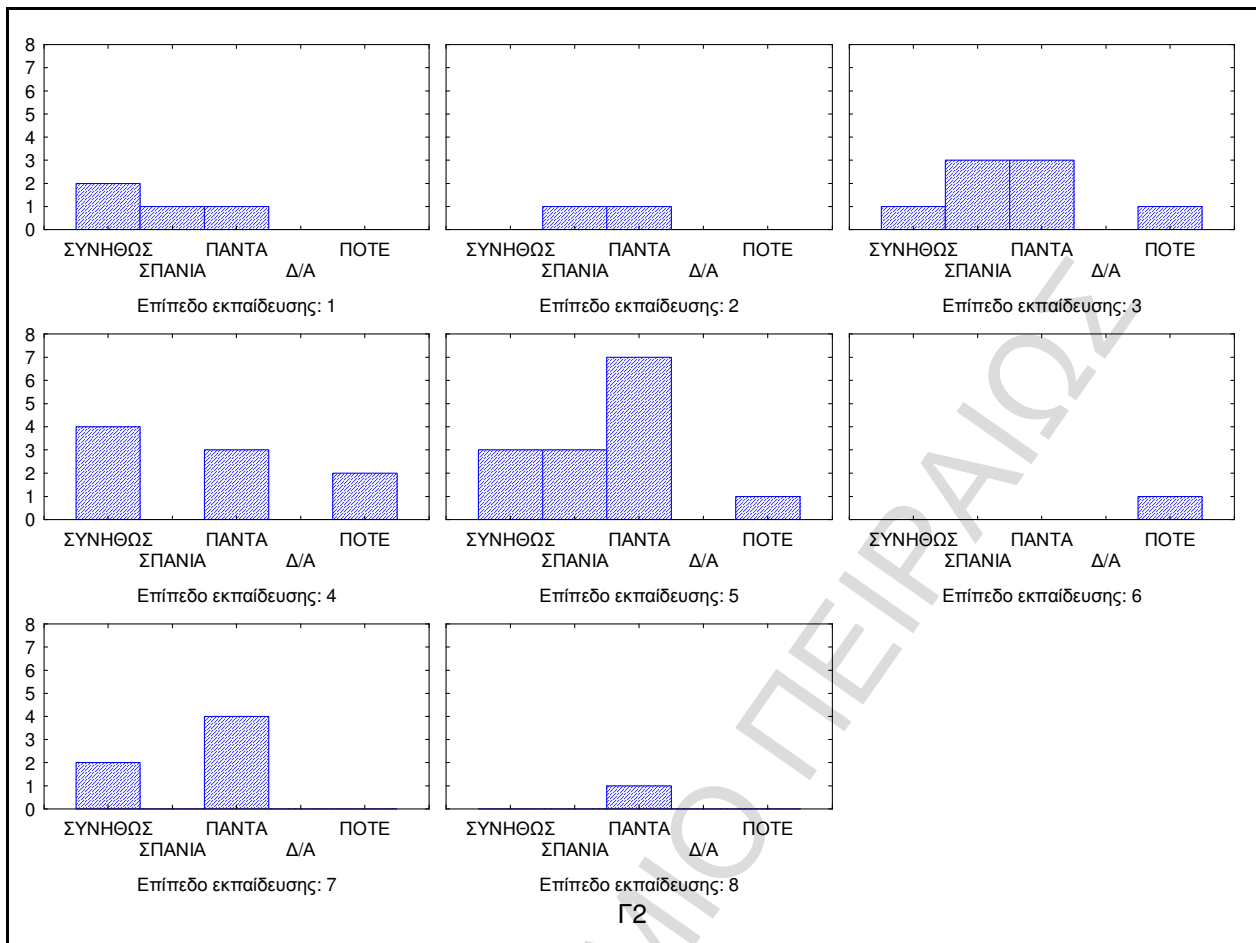
5.5 Σεβασμός στο άτομο



ΓΡΑΦΗΜΑ 27

Στο παραπάνω γράφημα μπορούμε να δούμε ότι στην ερώτηση, εάν το προσωπικό της ψυχιατρικής υπηρεσίας, σε γενικές γραμμές, συμπεριφέρεται με ευγένεια και σεβασμό στους ασθενείς, αυτοί απάντησαν ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσής τους, ως εξής:

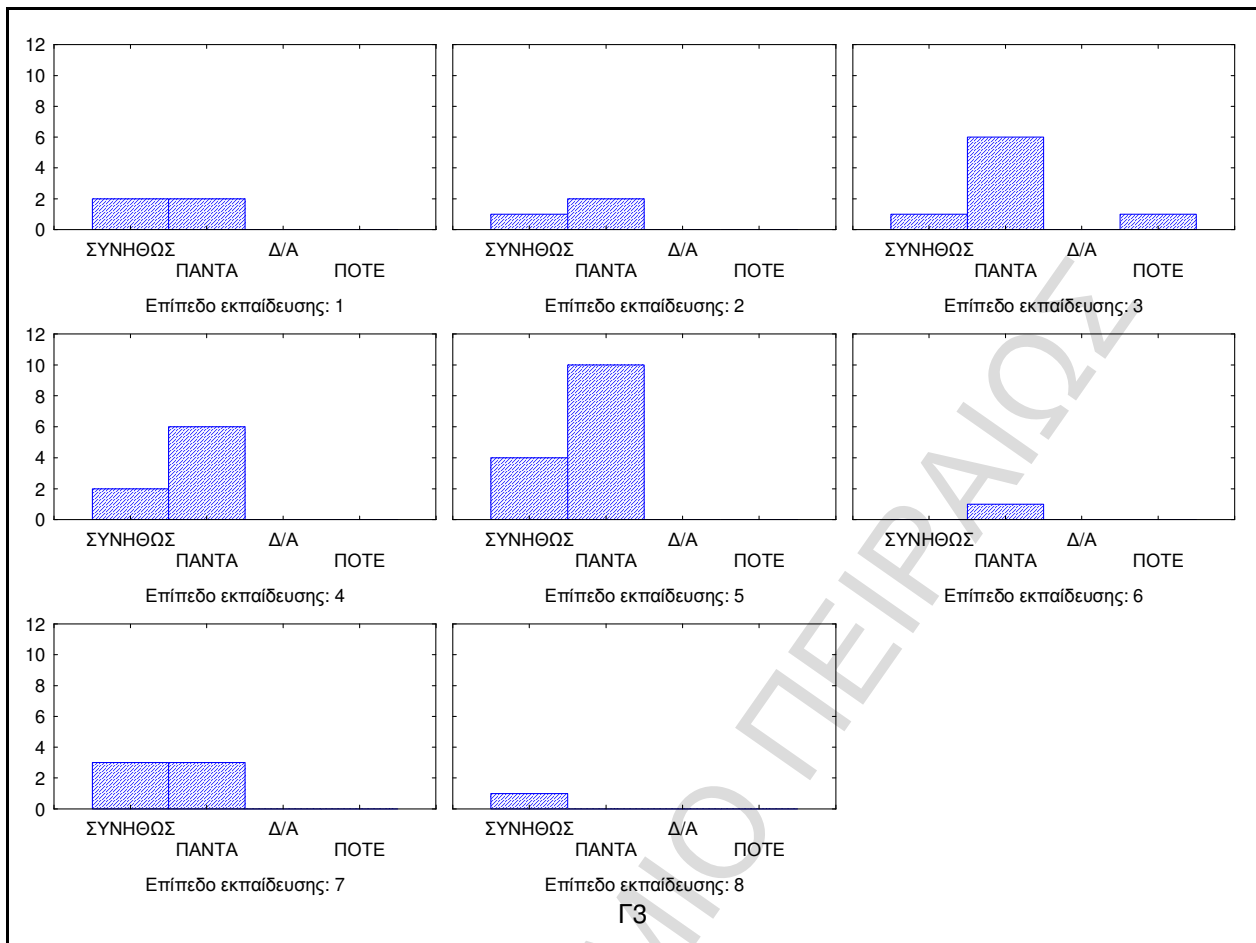
- *Συνήθως*, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, οι αναλφάβητοι, όσοι δε τελείωσαν δημοτικό και οι απόφοιτοι αυτού.
- *Πάντα*, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, οι απόφοιτοι Γυμνασίου, Λυκείου και οι απόφοιτοι ΤΕΙ και ΑΕΙ.
- *Πάντα*, ως μοναδική απάντηση, οι απόφοιτοι μεταλυκειακής εκπαίδευσης (ΙΕΚ κλπ.) και κάτοχοι μεταπτυχιακού και δικτατορικού τίτλου.



ΓΡΑΦΗΜΑ 28

Στο παραπάνω γράφημα μπορούμε να δούμε ότι στην ερώτηση, εάν οι ασθενείς πιστεύουν ότι οι πληροφορίες που δίνουν στο προσωπικό της ψυχιατρικής υπηρεσίας, παραμένουν εμπιστευτικές, αυτοί απάντησαν ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσής τους, ενδεικτικά, ως εξής:

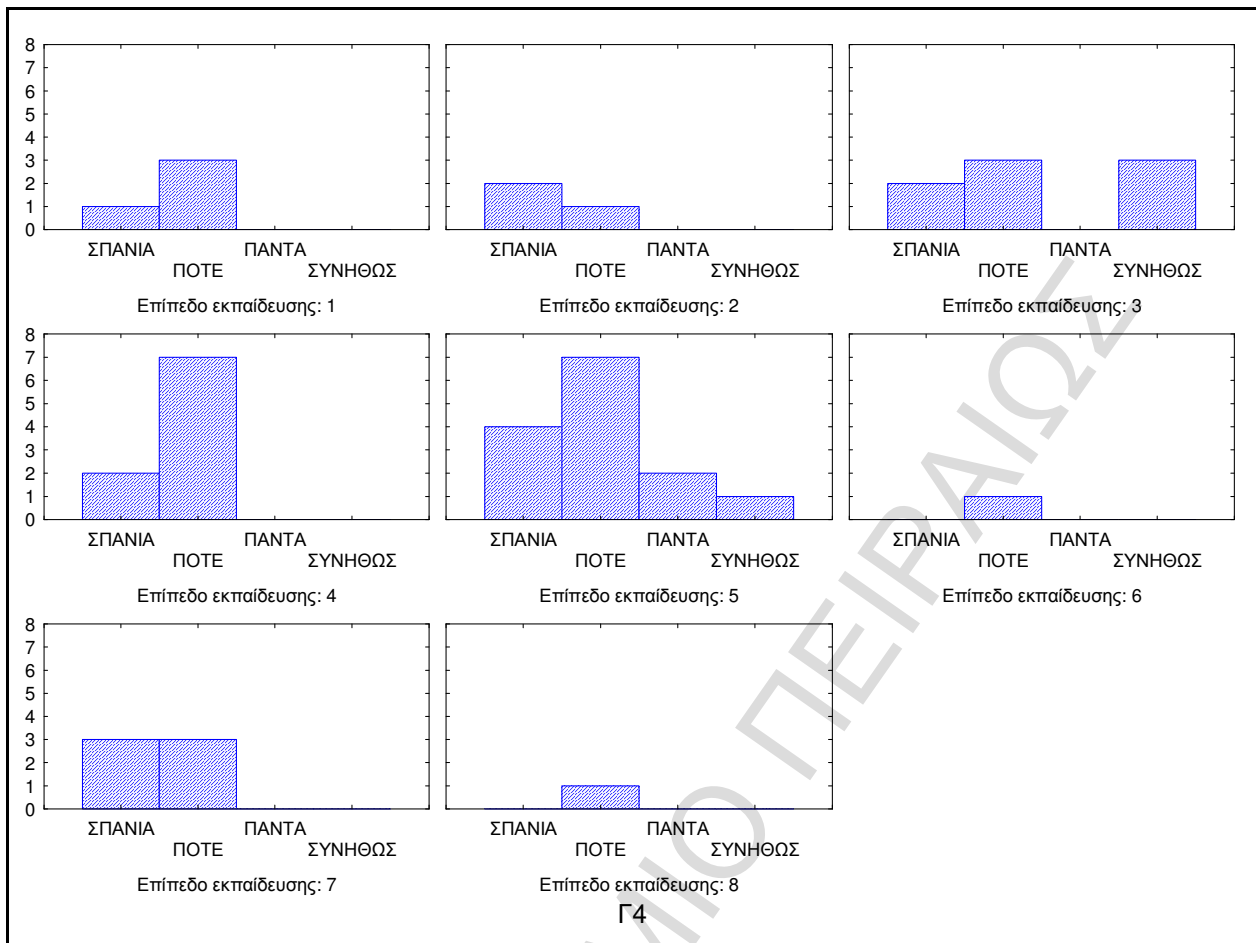
- *Συνήθως*, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, οι αναλφάβητοι και οι απόφοιτοι Γυμνασίου.
- *Πάντα*, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, οι απόφοιτοι Λυκείου και οι απόφοιτοι ΤΕΙ και ΑΕΙ.
- *Πάντα*, ως μοναδική απάντηση, οι κάτοχοι μεταπτυχιακού και δικτατορικού τίτλου.



ΓΡΑΦΗΜΑ 29

Στο γράφημα μπορούμε να δούμε ότι στην ερώτηση, εάν το προσωπικό της ψυχιατρικής υπηρεσίας κρατάει τις υποσχέσεις που δίνει στους ασθενείς, αυτοί απάντησαν ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσής τους, ενδεικτικά, ως εξής:

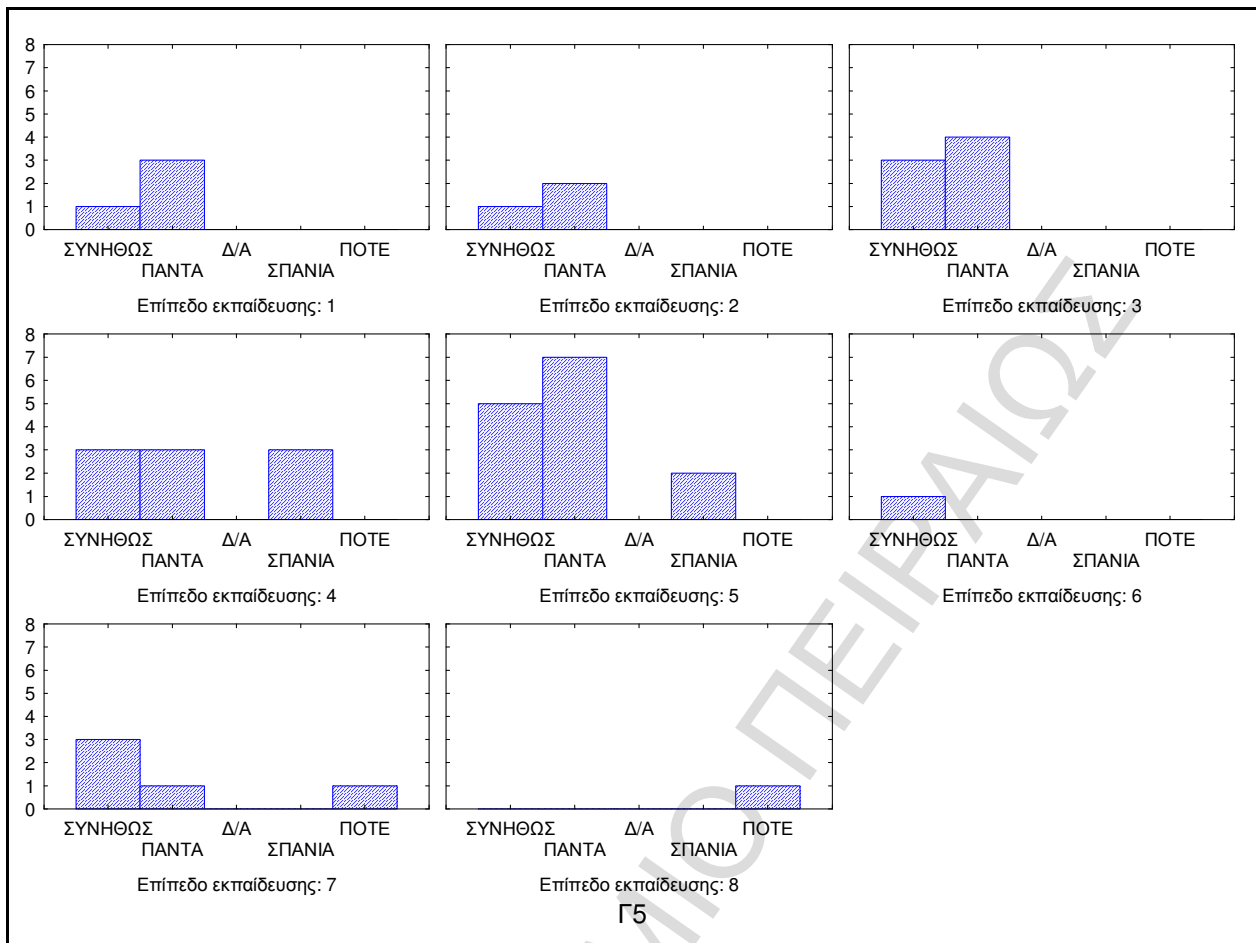
- *Συνήθως*, ως μοναδική απάντηση, οι κάτοχοι μεταπτυχιακού και διδακτορικού τίτλου σπουδών.
- *Πάντα*, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, όσοι δεν έχουν τελειώσει το Δημοτικό, οι απόφοιτοι Δημοτικού, Γυμνασίου, Λυκείου.
- *Πάντα*, ως μοναδική απάντηση, οι απόφοιτοι μεταλυκειακής εκπαίδευσης (ΙΕΚ κλπ.)



ΓΡΑΦΗΜΑ 30

Στο παραπάνω γράφημα μπορούμε να δούμε ότι στην ερώτηση, εάν οι ασθενείς αισθάνθηκαν ότι το προσωπικό της ψυχιατρικής υπηρεσίας, τους «μεταχειρίζεται» ή τους «πιέζει» συναισθηματικά, αυτοί απάντησαν ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσής τους, ενδεικτικά, ως εξής:

- *Ποτέ*, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, οι αναλφάβητοι, οι απόφοιτοι Γυμνασίου, Λυκείου.
- *Σπάνια*, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, όσοι δεν έχουν τελειώσει το Δημοτικό.

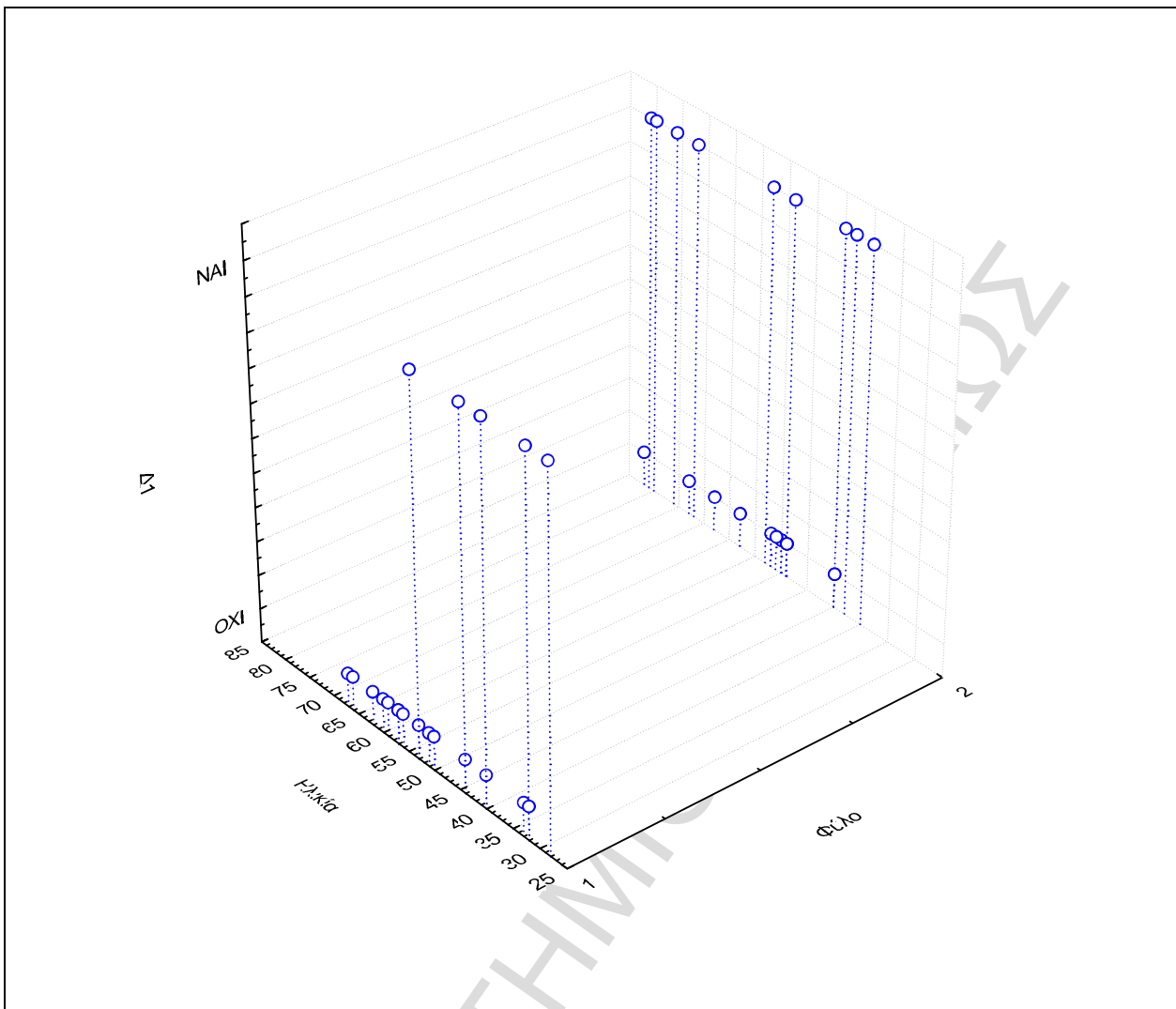


ΓΡΑΦΗΜΑ 31

Στο γράφημα μπορούμε να δούμε ότι στην ερώτηση, εάν υπήρχε σύγκρουση ενδιαφερόντων των ασθενών και της οικογενείας ή των συγγενών τους, τότε το προσωπικό θα έβαζε τα συμφέροντα των ερωτηθέντων σε προτεραιότητα, οι ασθενείς απάντησαν, ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσής τους, ενδεικτικά, ως εξής:

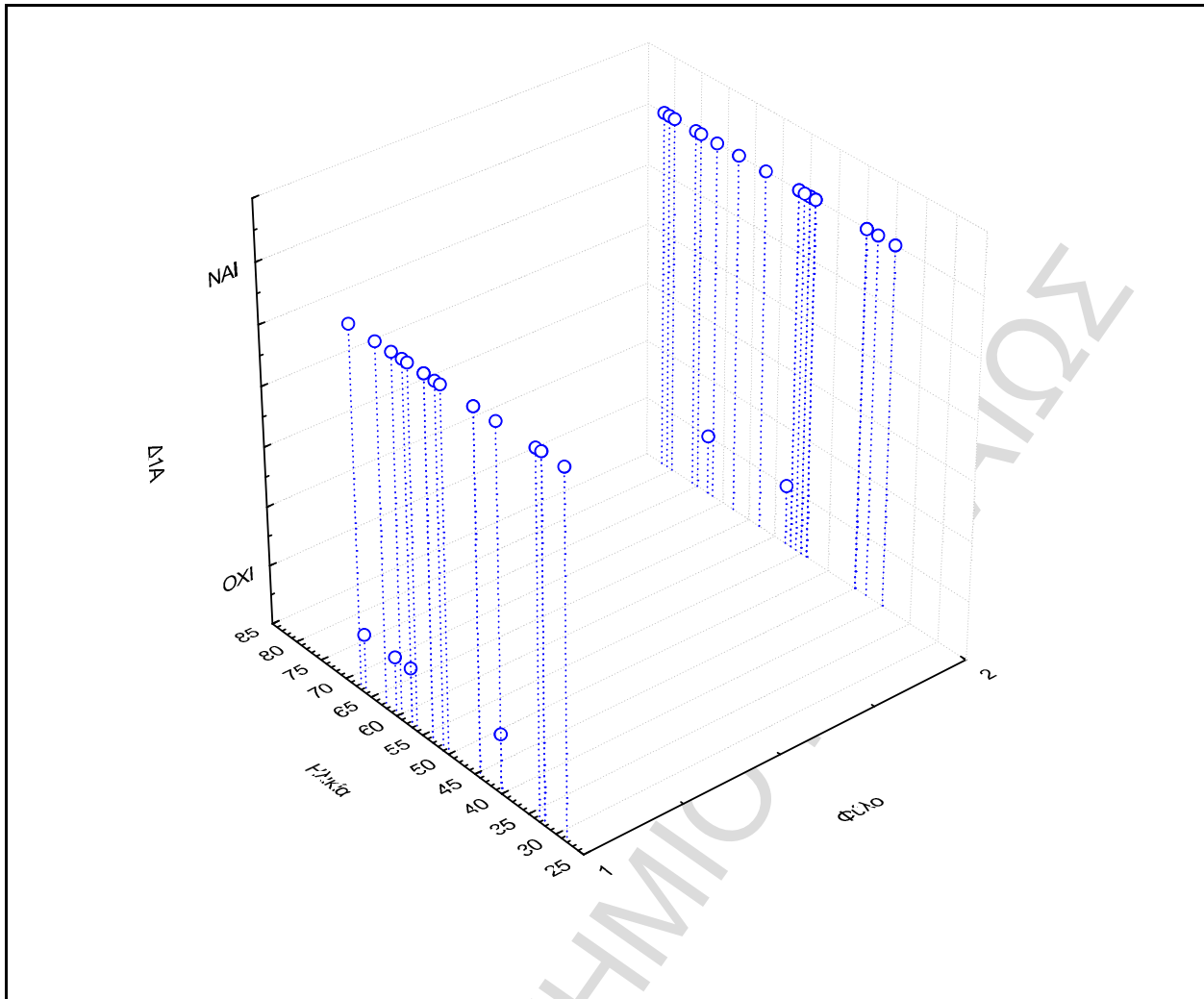
- *Πάντα*, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, οι αναλφάβητοι, όσοι δεν έχουν τελειώσει το δημοτικό, οι απόφοιτοι Δημοτικού, Λυκείου.
- *Συνήθως*, ως μοναδική απάντηση, οι απόφοιτοι μεταλυκειακής εκπαίδευσης (ΙΕΚ κλπ.)
- *Ποτέ*, ως μοναδική απάντηση, οι κάτοχοι μεταπτυχιακού και δικτατορικού τίτλου.

5.6 Προστασία των δικαιωμάτων τους ως πολιτών



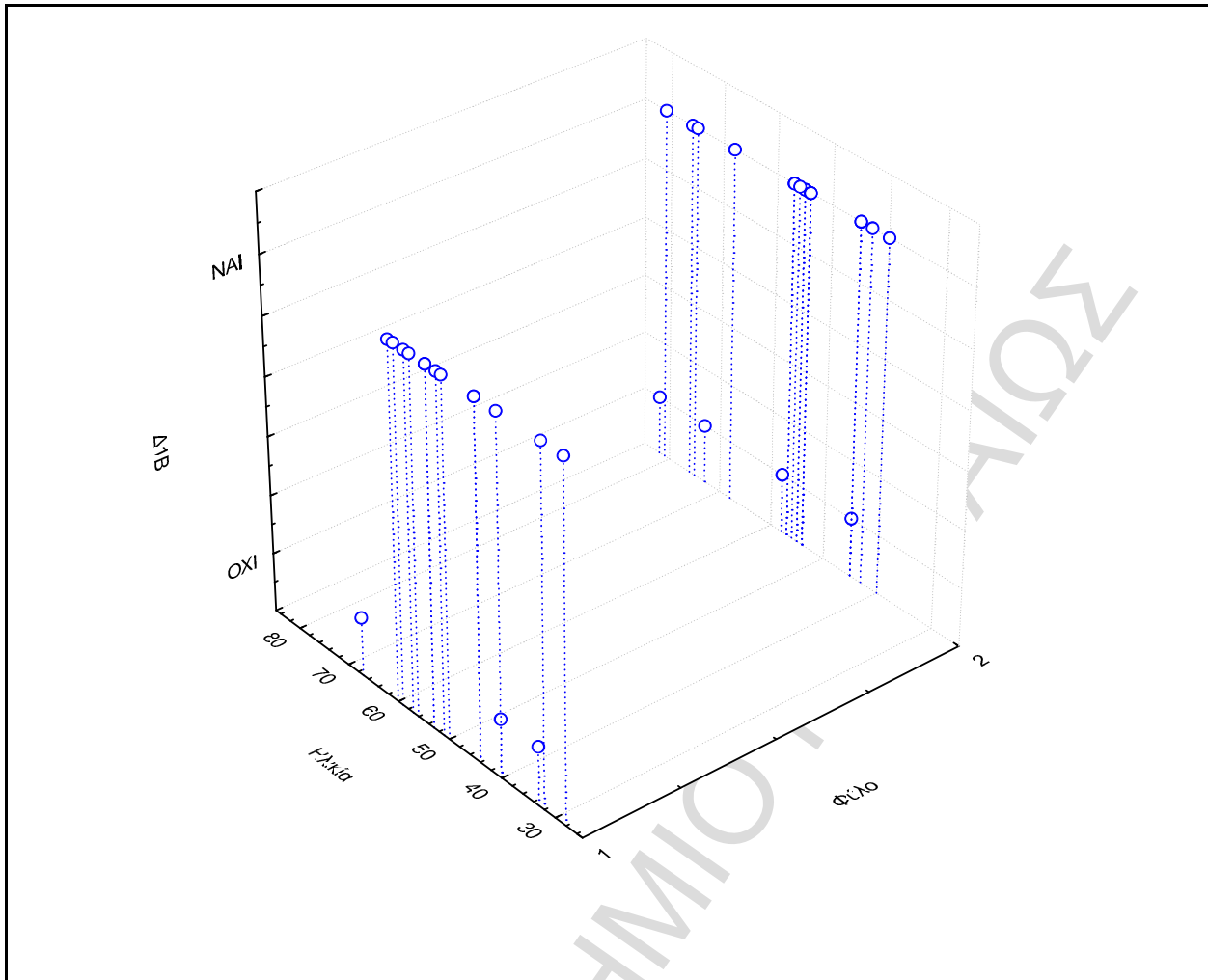
ΣΧΗΜΑ 7

Στο παραπάνω σχήμα μπορούμε να δούμε ότι για τους άνδρες που είχαν ηλικία 50-60 ετών, δεν τους επηρέαζε το γεγονός ότι ήταν ψυχιατρικά άρρωστοι στην άσκηση των πολιτικών δικαιωμάτων τους. Σε αντίθεση οι γυναίκες που είχαν ηλικία από 70-80 ετών, το γεγονός ότι ήταν ψυχιατρικά άρρωστες, τους επηρέαζε στην άσκηση των πολιτικών τους δικαιωμάτων. Το ίδιο συνέβαινε στις ηλικίες 40-45 ετών για τις γυναίκες.



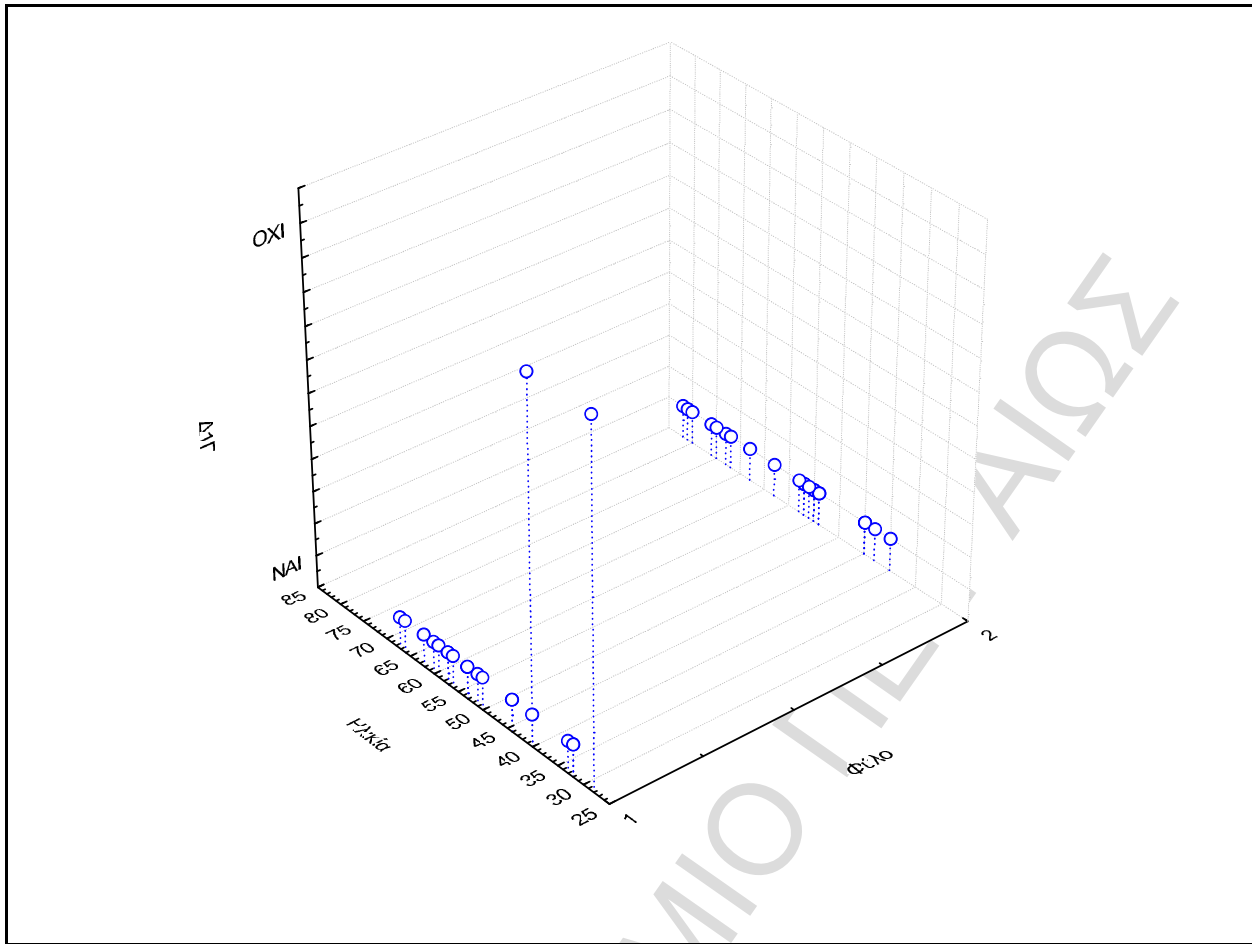
ΣΧΗΜΑ 8

Στο παραπάνω σχήμα παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των δυο φύλων μπορούσε να χειριστεί τα χρήματά του, ανεξαρτήτου ηλικίας.



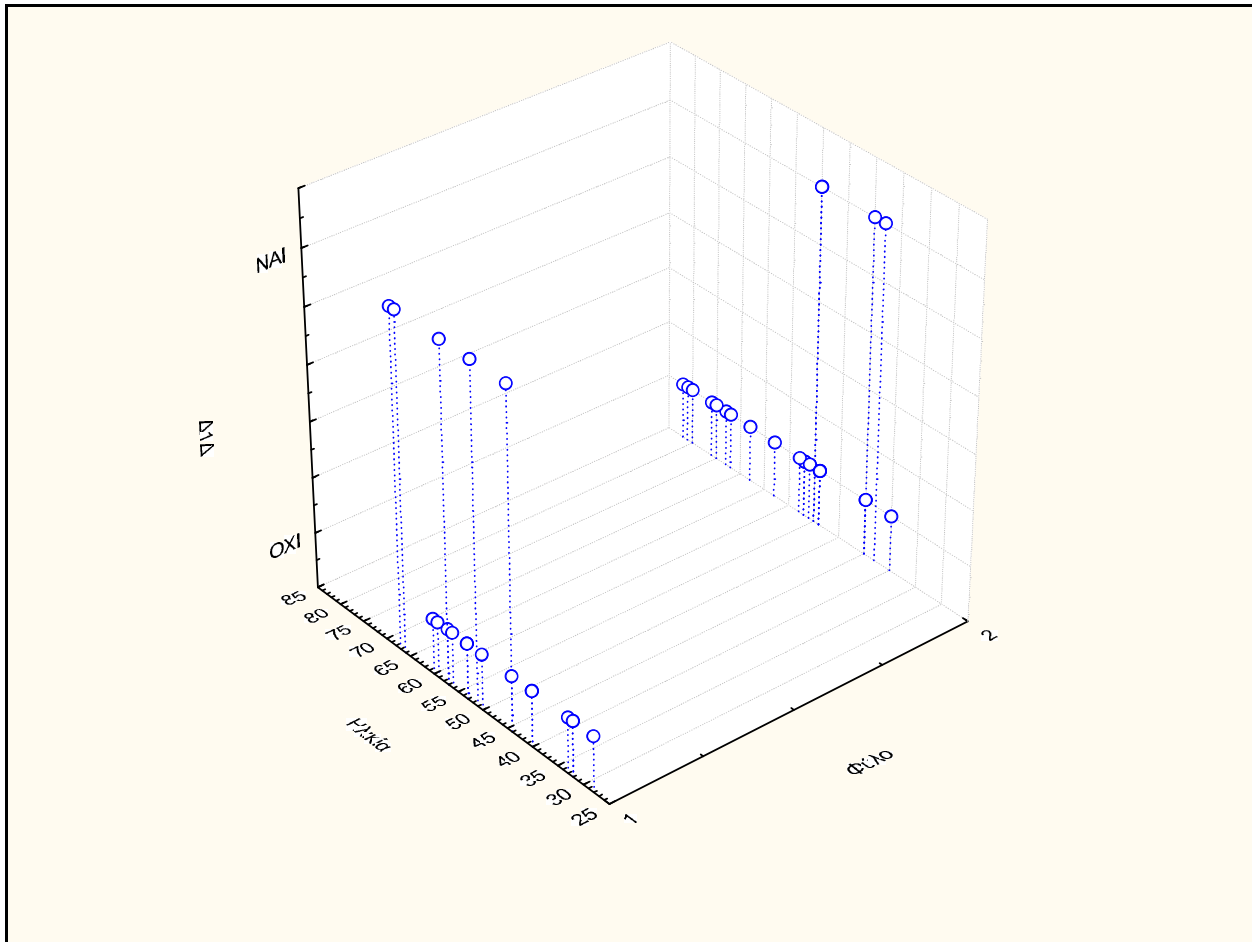
ΣΧΗΜΑ 9

Στο παραπάνω σχήμα μπορούμε να δούμε ότι τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες επιτρέπεται να χειρίζονται τη περιουσία τους εκτός ελαχίστων περιπτώσεων, όπου υπήρχαν αρνητικές απαντήσεις για τους μεν άνδρες στην ηλικία 30-40, 40-50 και 60-70 ετών και για τις δε γυναίκες στην ηλικία 40-50 και 50-60 ετών.



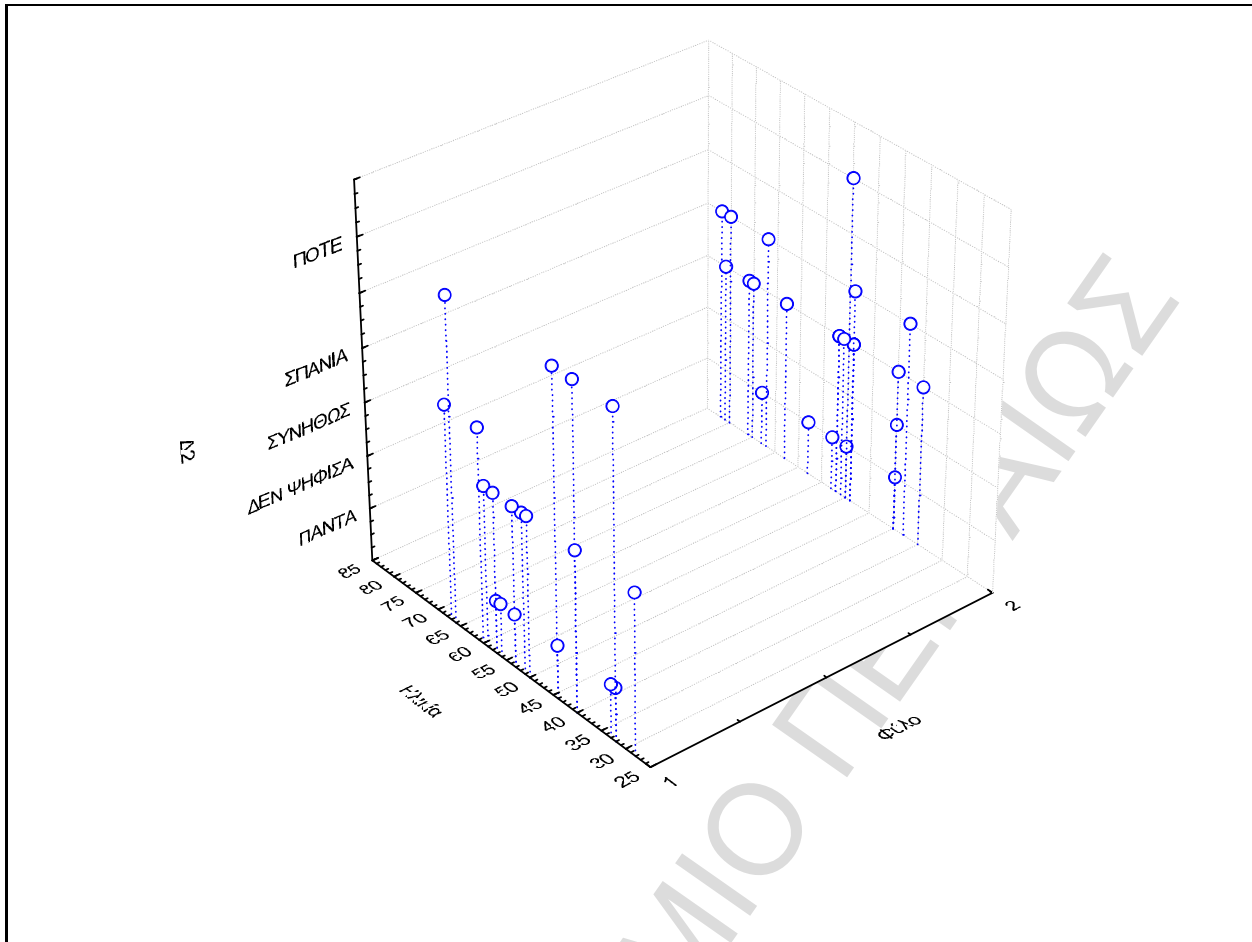
ΣΧΗΜΑ 10

Όπως παρατηρούμε από το παραπάνω σχήμα, το σύνολο των απαντήσεων και για τα δυο φύλα ήταν ότι τους επιτρέπεται να ψηφίζουν εκτός δυο αρνητικών απαντήσεων που υπήρχαν στο φύλο των ανδρών στις ηλικίες 25-30 και 40-45 ετών.



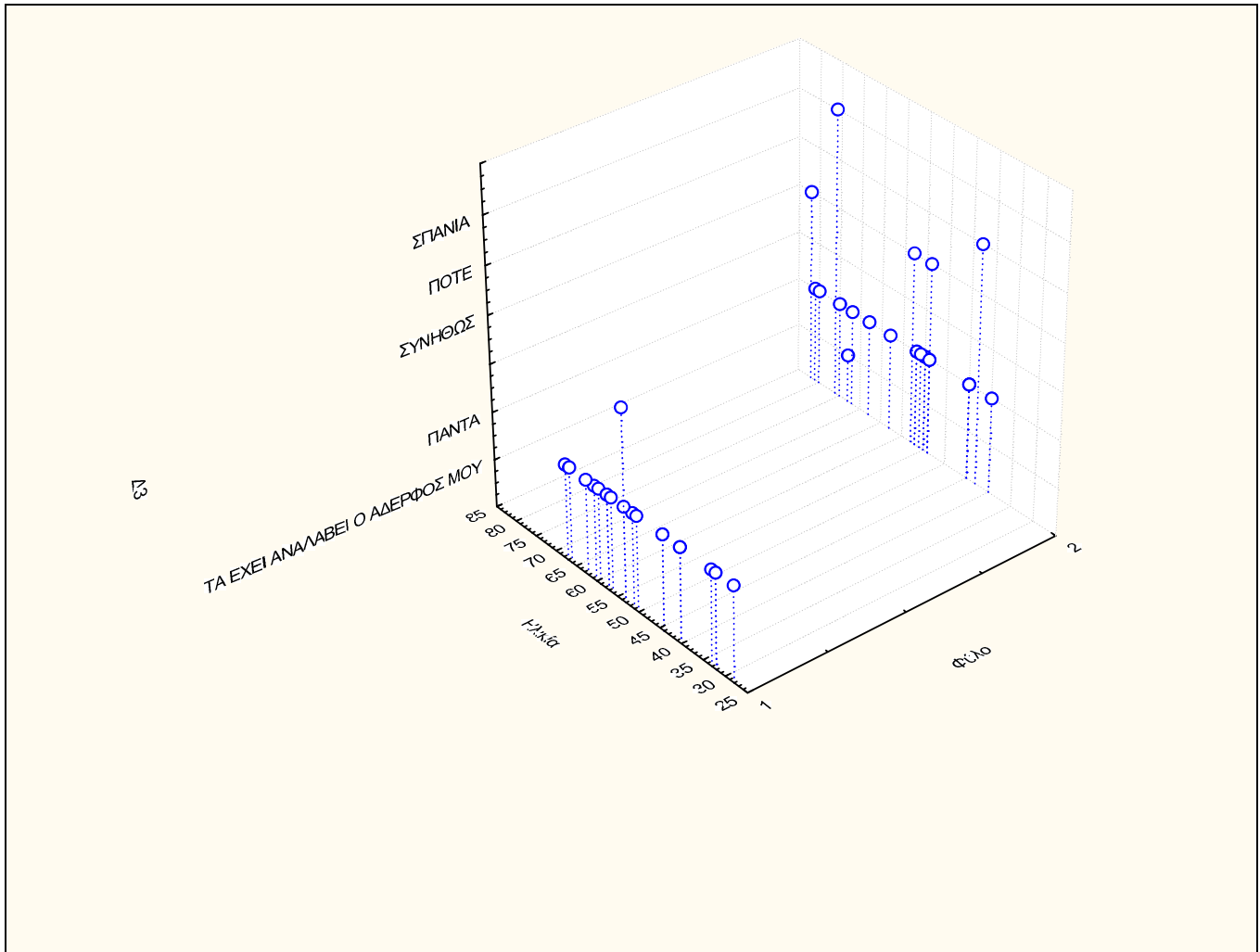
ΣΧΗΜΑ 11

Στο παραπάνω σχήμα, εντοπίζουμε ότι για το φύλο των γυναικών από ηλικία 55 και άνω δεν τους επιτρέπεται να οδηγούν, εν αντιθέσει με τους άνδρες, όπου στην ηλικία των 55 ετών και άνω υπήρχαν θετικές απαντήσεις ως προς τη κατοχή άδειας οδήγησης.



ΣΧΗΜΑ 12

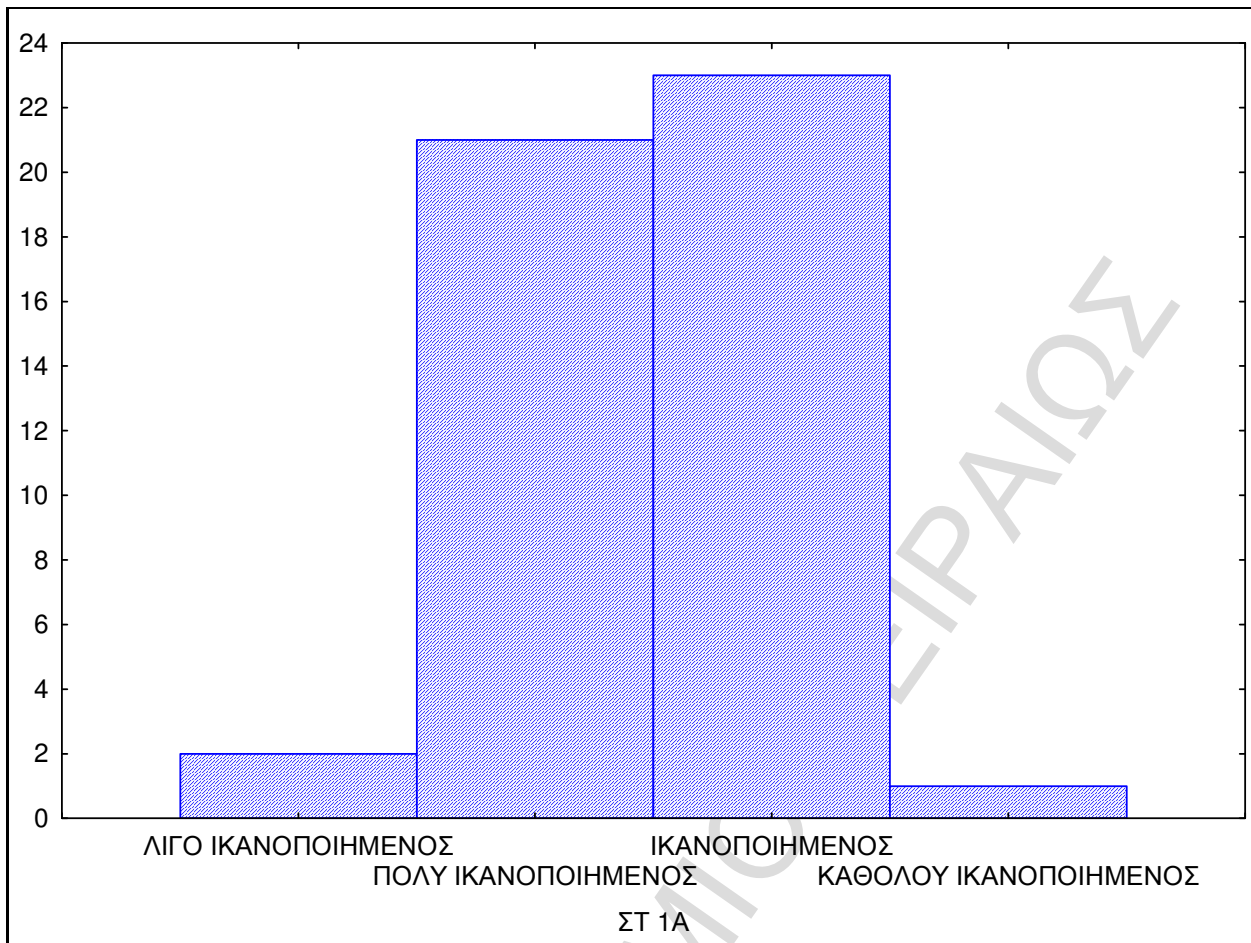
Όπως παρατηρούμε από το παραπάνω σχήμα και στα δυο φύλα, το μεγαλύτερο ποσοστό των απαντήσεων έτεινε στο ότι συνήθως, η υπηρεσία τους ενθάρρυνε να ασκούν τα πολιτικά τους δικαιώματα. Οι περισσότερες αρνητικές απαντήσεις, δόθηκαν από τους άνδρες.



ΣΧΗΜΑ 13

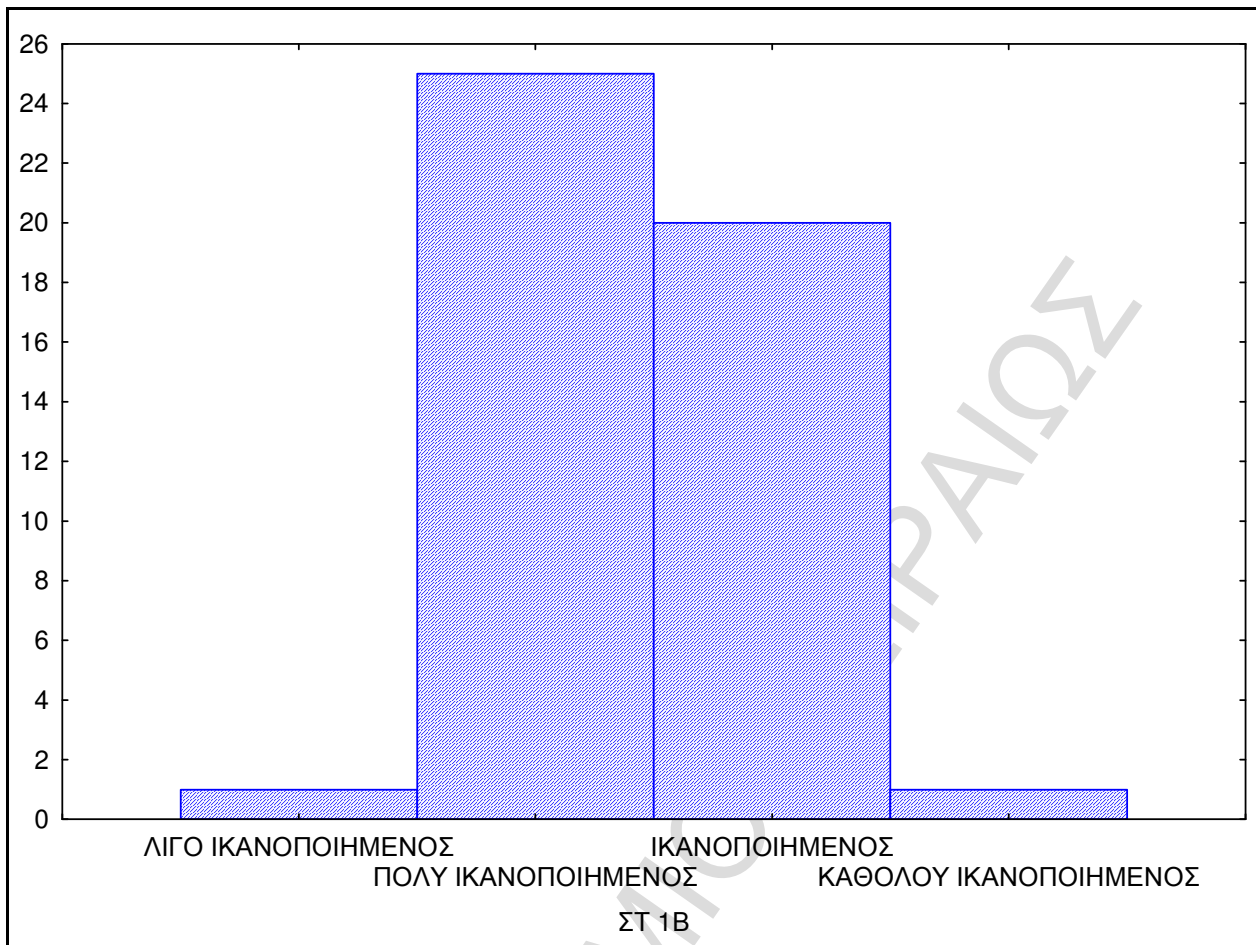
Όπως παρατηρούμε από το παραπάνω σχήμα, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων απάντησε ότι η υπηρεσία πάντα μεριμνά για τις ατομικές υποθέσεις τους, (εξεύρεση κατοικίας, κοινωνική ασφάλιση). Στο φύλο των γυναικών παρατηρήθηκαν απαντήσεις ποτέ και σπάνια εν αντιθέσει με τους άνδρες που δεν παρατηρήθηκαν απαντήσεις τέτοιου είδους.

5.7 Φυσικό περιβάλλον



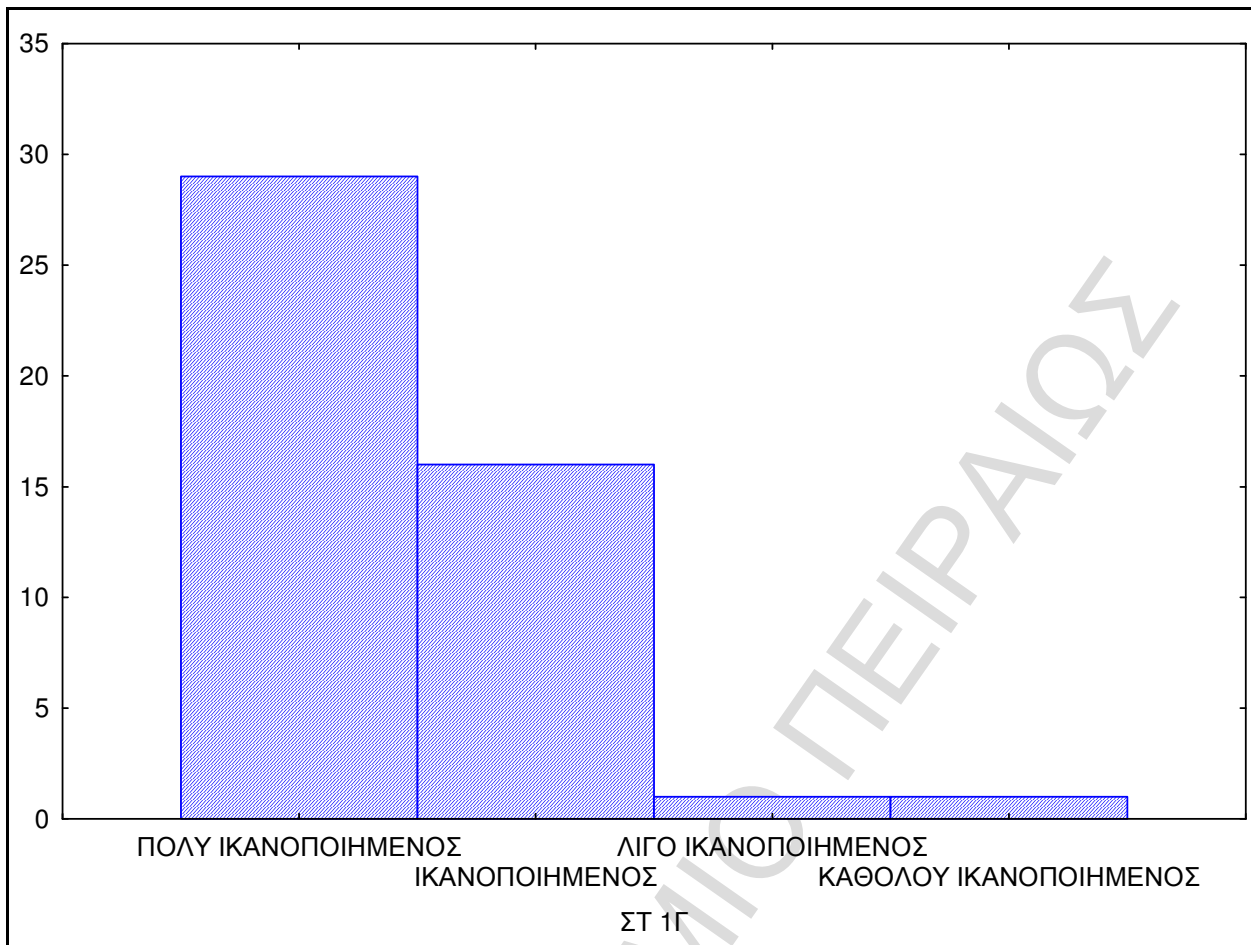
ΓΡΑΦΗΜΑ 32

Στο παραπάνω γράφημα μπορούμε να δούμε ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, οι ερωτηθέντες είναι ικανοποιημένοι από τη ποιότητα του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο βρίσκεται η ψυχιατρική υπηρεσία με την οποία συνεργάζονται. Ακολουθεί, η απάντηση ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι από τη ποιότητα του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο βρίσκεται η υπηρεσία.



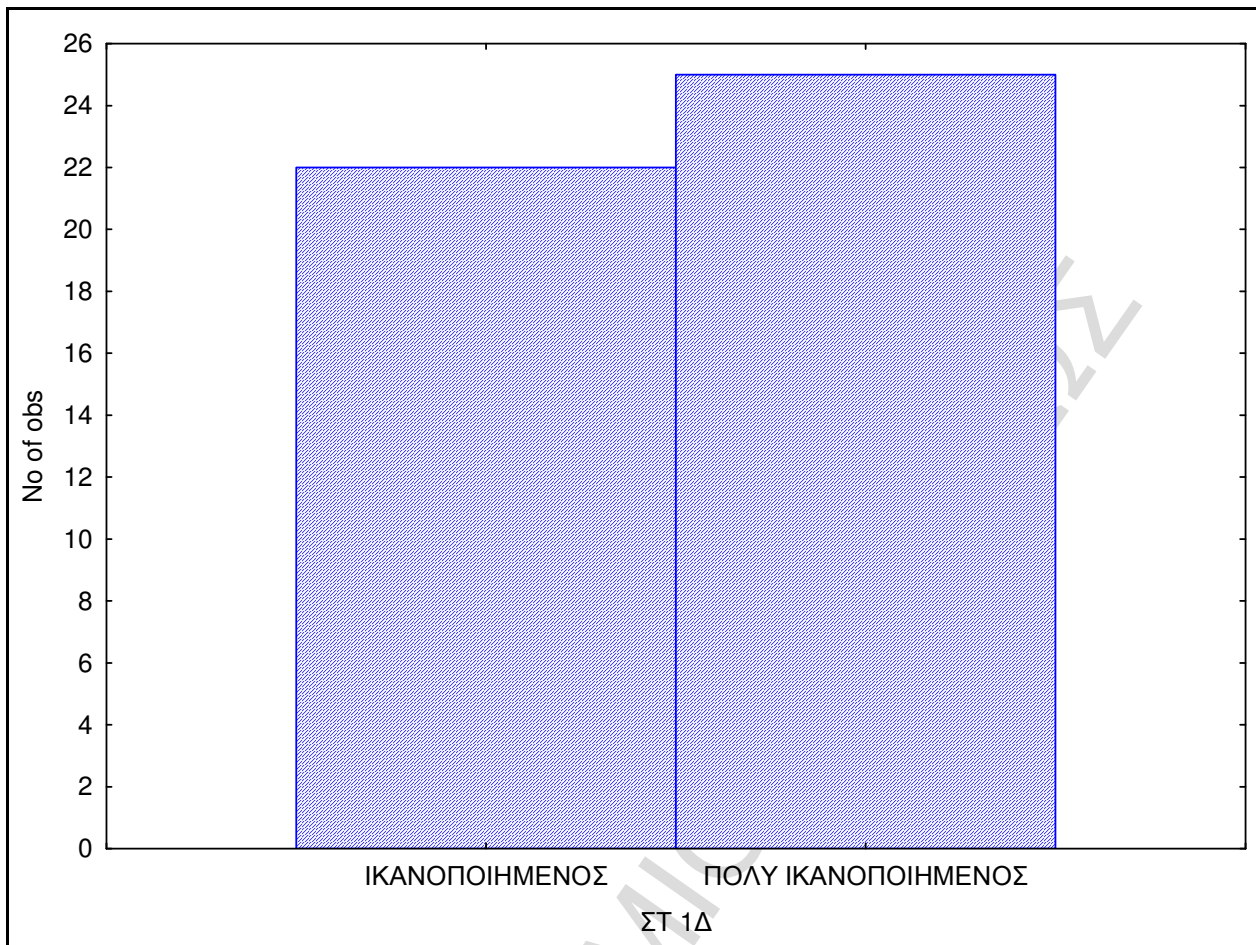
ΓΡΑΦΗΜΑ 33

Στο ανωτέρω γράφημα μπορούμε να δούμε ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, οι ερωτηθέντες είναι πολύ ικανοποιημένοι από τη ποιότητα των χώρων της υπηρεσίας με την οποία συνεργάζονται. Ακολουθεί, η απάντηση ότι είναι ικανοποιημένοι από τη ποιότητα των χώρων της υπηρεσίας.



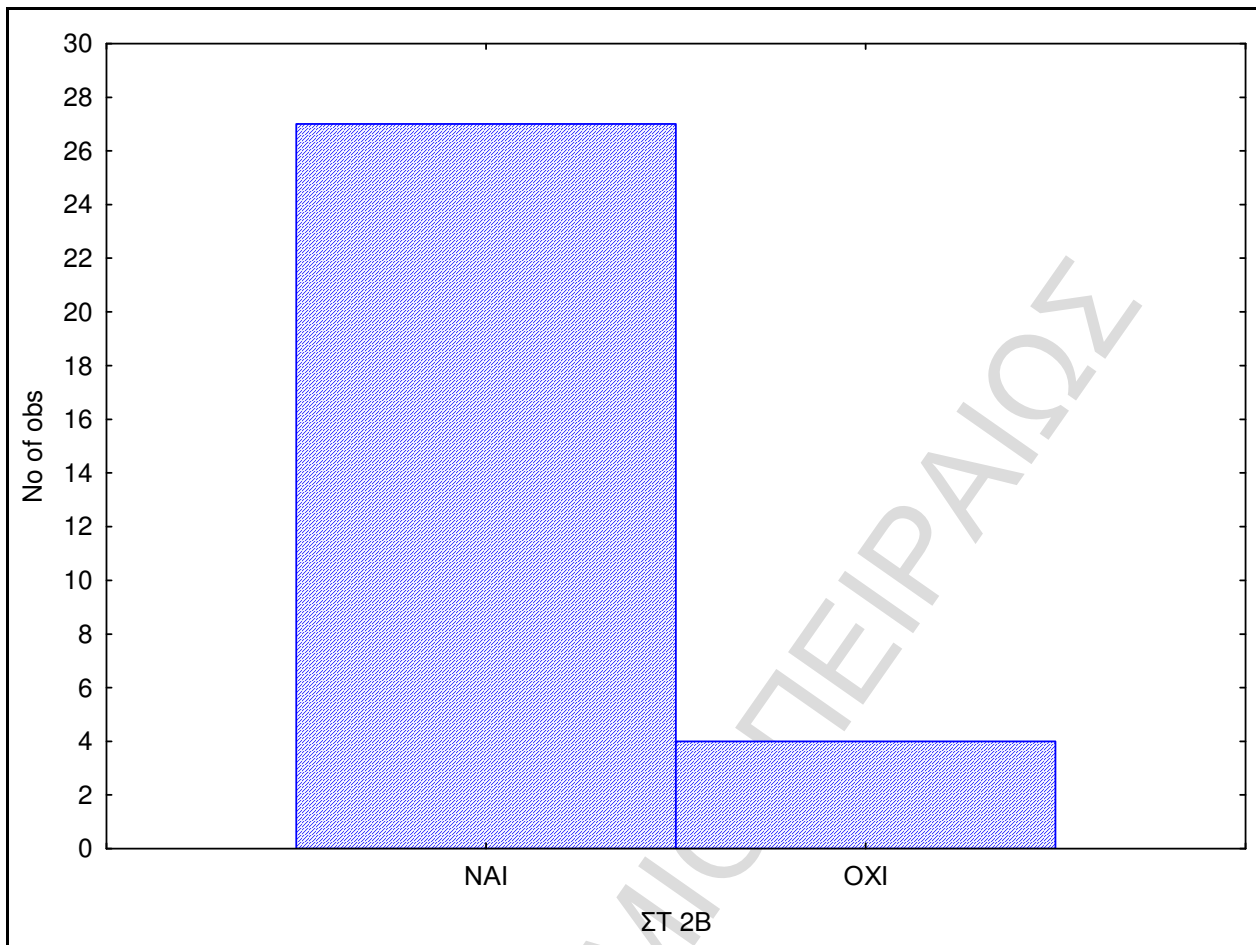
ΓΡΑΦΗΜΑ 34

Στο γράφημα μπορούμε να δούμε ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, οι ερωτηθέντες είναι πολύ ικανοποιημένοι από τη καθαριότητα των χώρων της υπηρεσίας. Ακολουθεί, η απάντηση ότι είναι ικανοποιημένοι από τη καθαριότητα των χώρων της υπηρεσίας με την οποία συνεργάζονται.



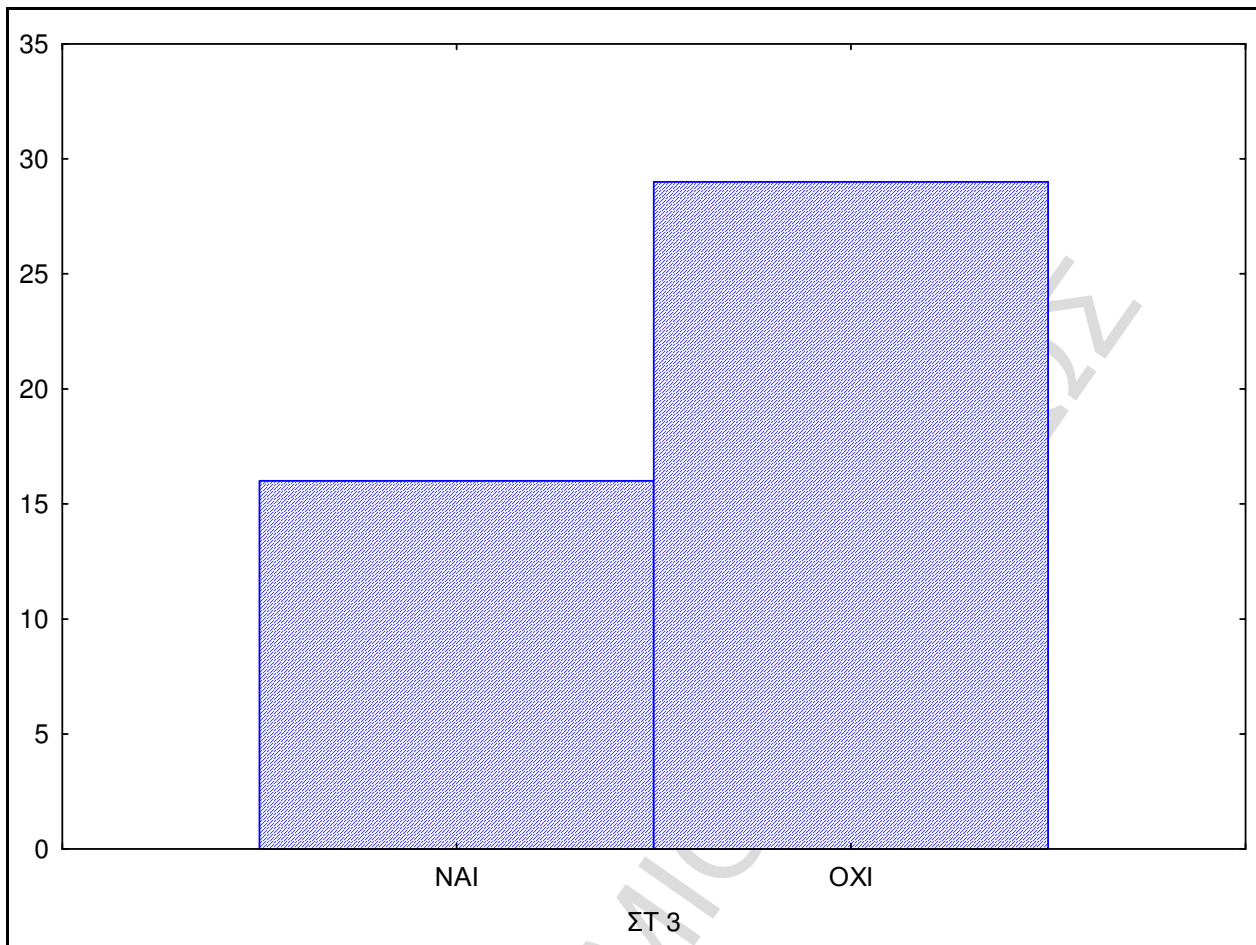
ΓΡΑΦΗΜΑ 35

Στο παραπάνω γράφημα παρατηρούμε ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, οι ερωτηθέντες είναι πολύ ικανοποιημένοι από την ευκολία πρόσβασης στους χώρους της υπηρεσίας. Ακολουθεί, η απάντηση ότι είναι ικανοποιημένοι από την ευκολία πρόσβασης στους χώρους της υπηρεσίας με την οποία συνεργάζονται.



ΓΡΑΦΗΜΑ 36

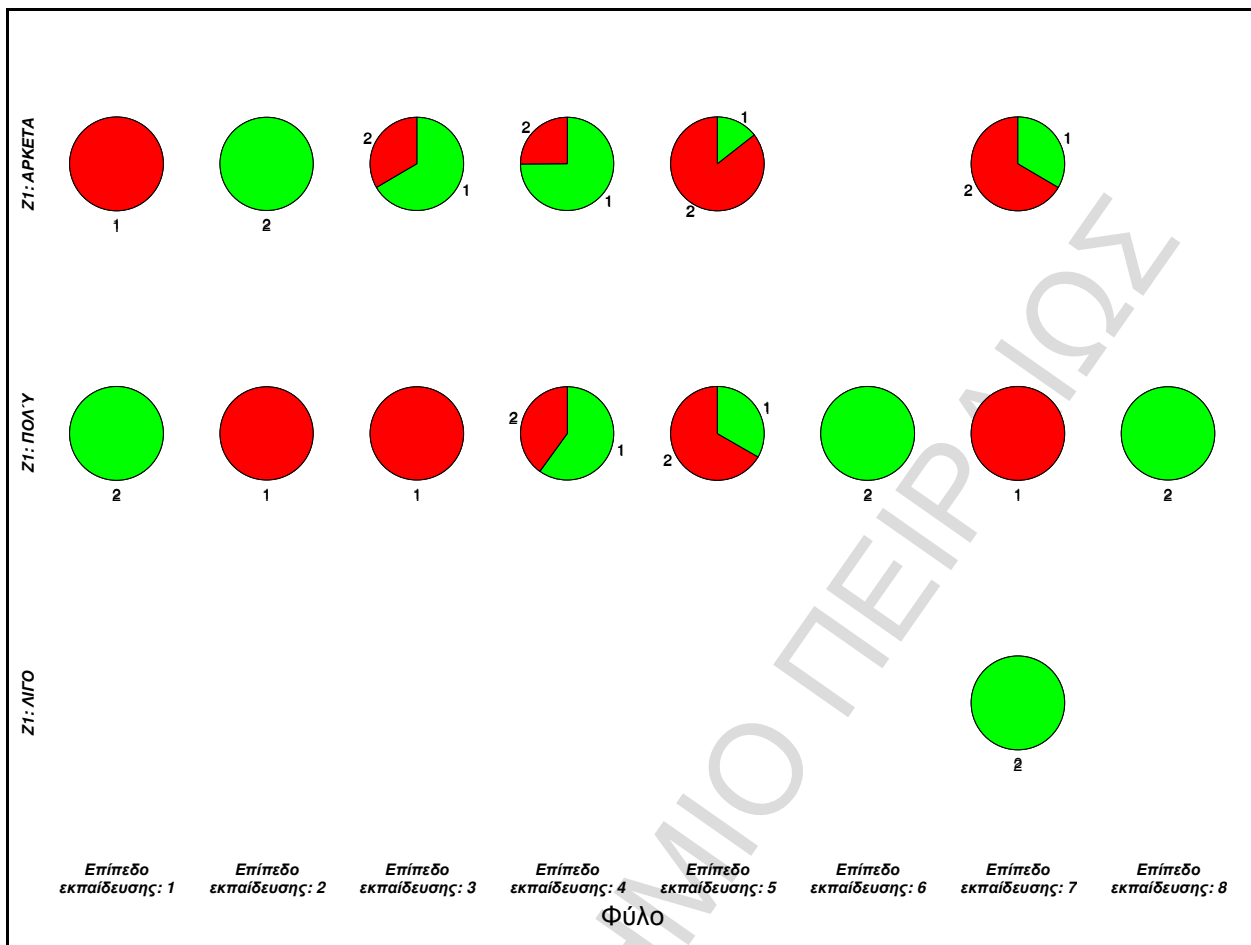
Στο ανωτέρω γράφημα παρατηρούμε ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, οι ερωτηθέντες, απάντησαν θετικά, δηλαδή ότι θα επιθυμούσαν, η υπηρεσία να τους παρέχει γεύμα ή πρόγευμα, στη περίπτωση που δε συνέβαινε κάτι τέτοιο.



ΓΡΑΦΗΜΑ 37

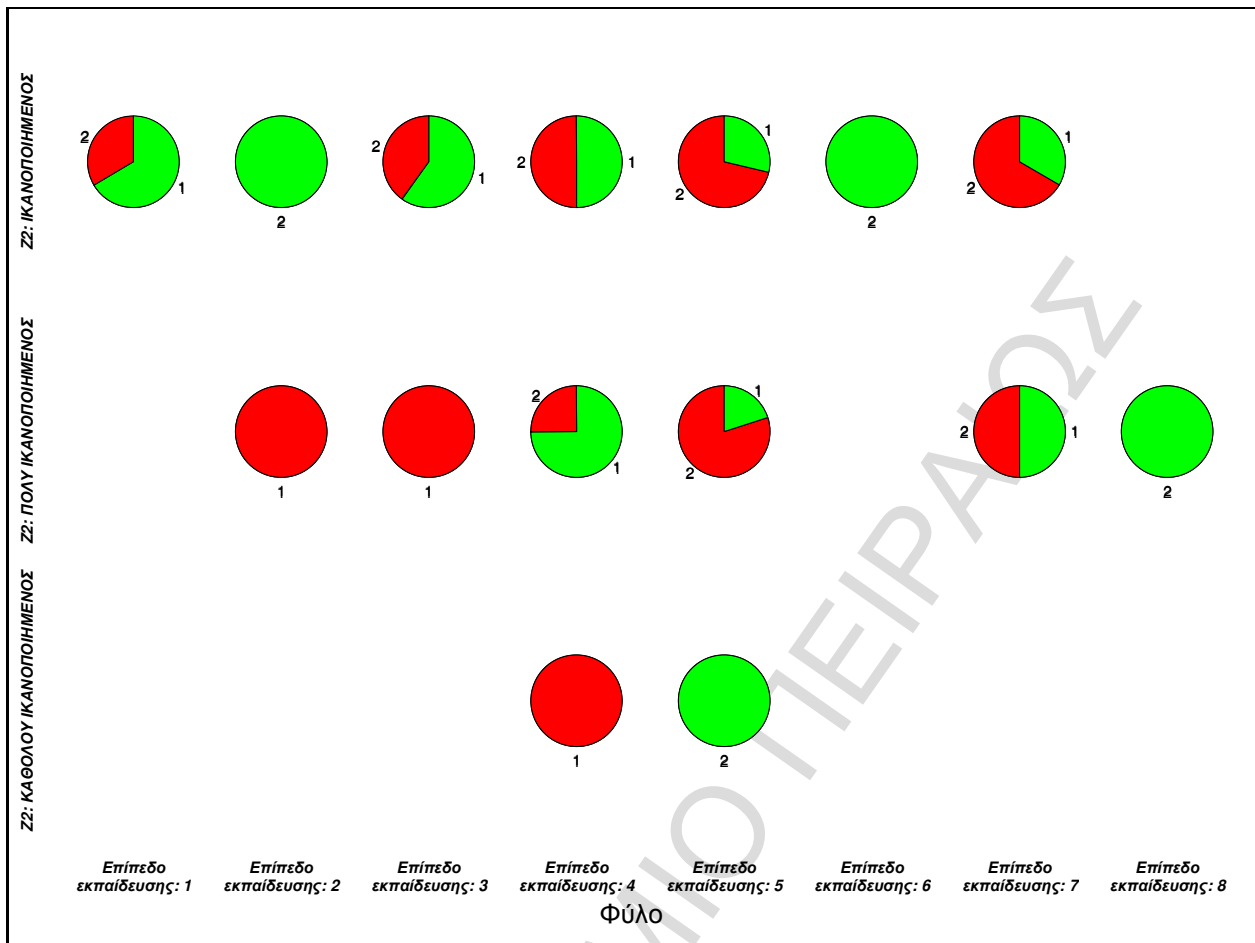
Στο γράφημα παρατηρούμε ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, οι ερωτηθέντες, απάντησαν αρνητικά, δηλαδή ότι δεν επιτρέπεται κάποιοι κοινόι χώροι (όπως τουαλέτες, τηλέφωνα κλπ) να χρησιμοποιούνται κι από το προσωπικό και από τους χρήστες της υπηρεσίας.

5.8 Δυνατότητες της υπηρεσίας



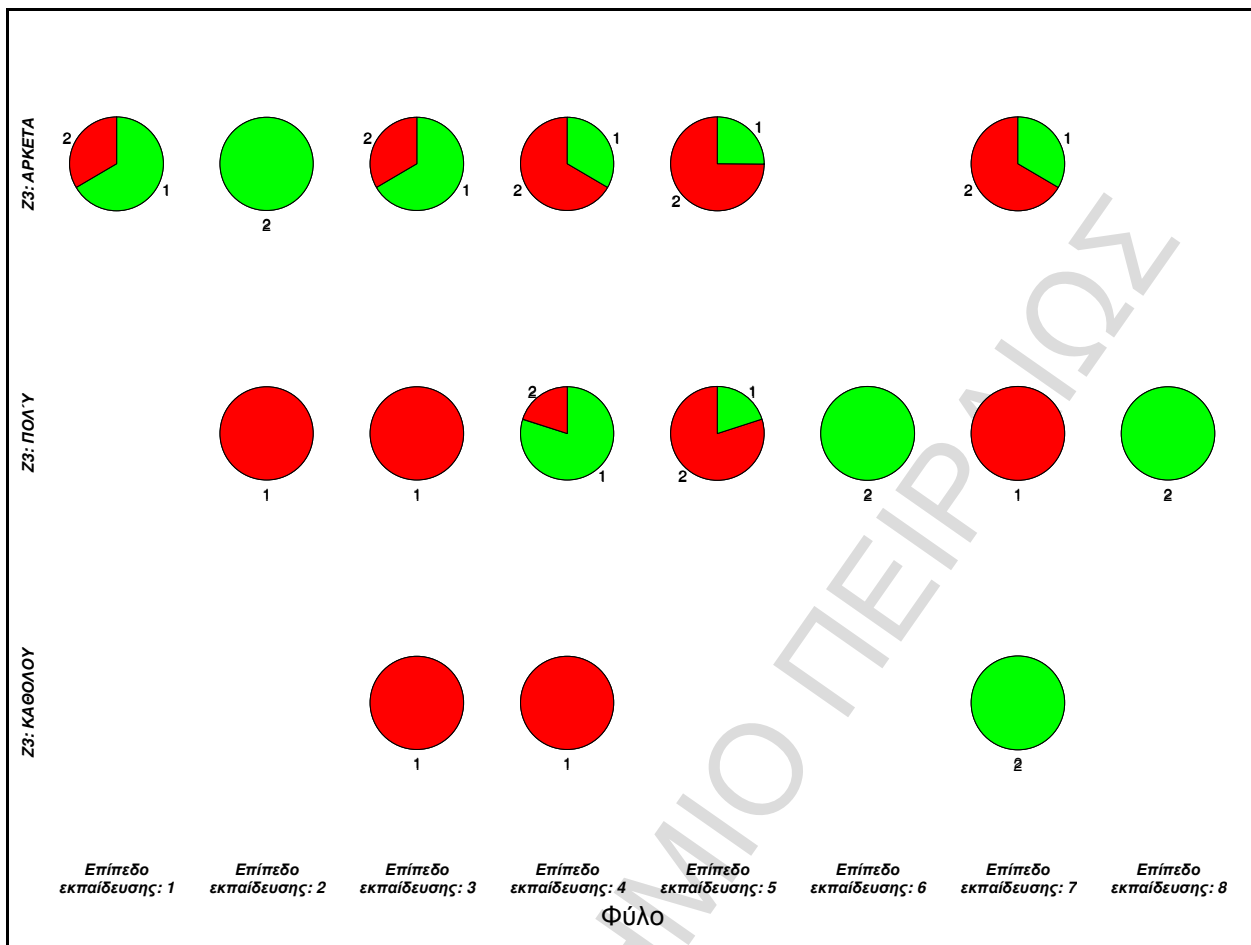
ΣΧΗΜΑ 14

Από το παραπάνω σχήμα παρατηρούμε ότι οι γυναίκες με επίπεδο εκπαίδευσης πτυχίου ΑΕΙ-ΤΕΙ, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, εμπιστεύονταν λίγο τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Εν αντιθέσει με τους άνδρες με επίπεδο εκπαίδευσης πτυχίου ΑΕΙ-ΤΕΙ που εμπιστευόντουσαν αρκετά έως πολύ τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Επίσης συγκρίνοντας τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, αυτών με επίπεδο εκπαίδευσης αναλφάβητων και αυτών που δεν έχουν τελειώσει δημοτικό, είναι αντίθετες πράγμα που σημαίνει ότι οι γυναίκες στο επίπεδο εκπαίδευσης των αναλφάβητων, εμπιστεύονταν πολύ τις υπηρεσίες και οι άνδρες αρκετά σε αντίθεση με το επίπεδο εκπαίδευσης, αυτών που δεν έχουν τελειώσει δημοτικό, όπου οι άνδρες εμπιστεύονταν πολύ και οι γυναίκες αρκετά τις εν λόγω υπηρεσίες.



ΣΧΗΜΑ 15

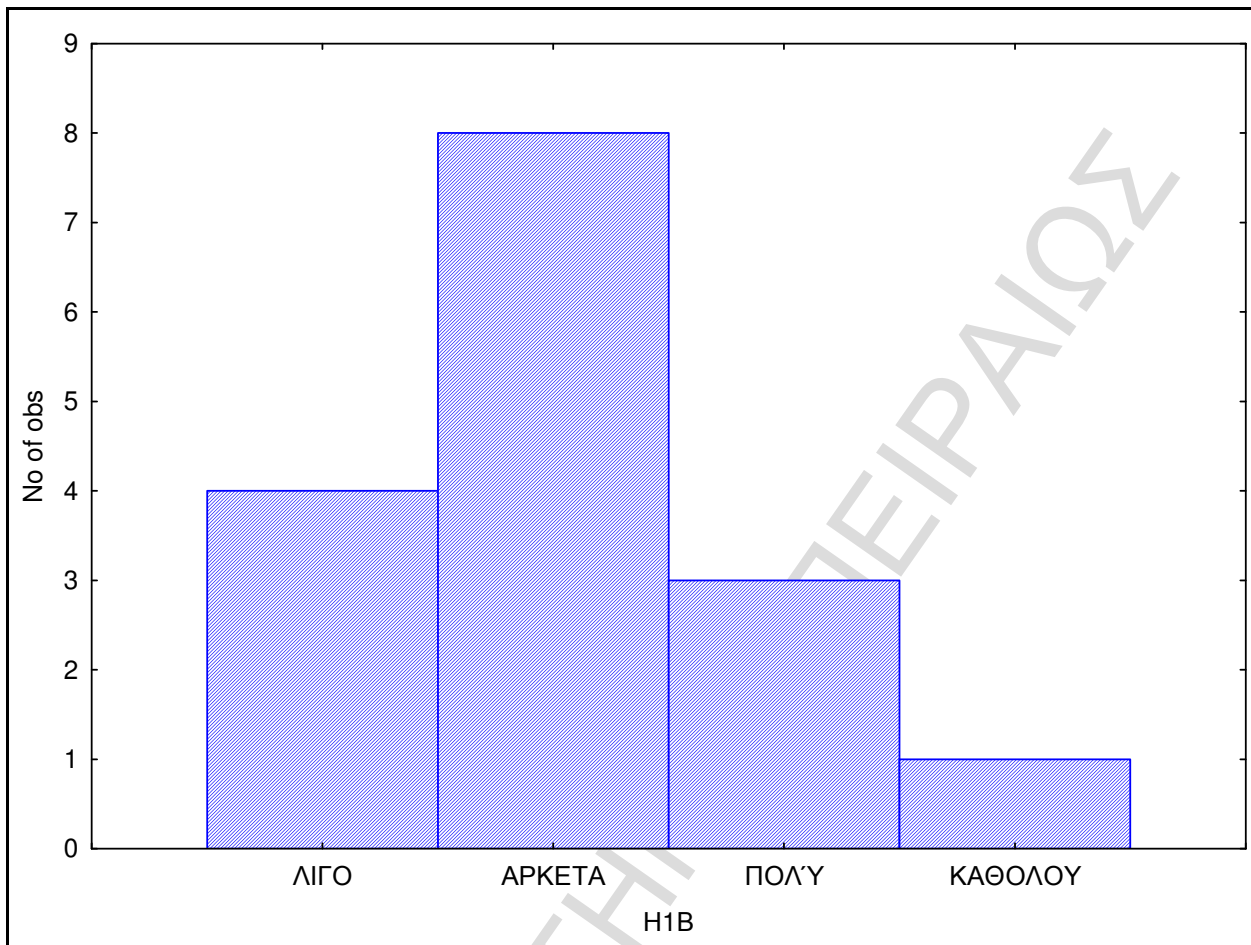
Στο παραπάνω σχήμα παρατηρούμε ότι γυναίκες και άνδρες με επίπεδο εκπαίδευσης πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ, είναι πολύ ικανοποιημένοι με τη ποιότητα των σχέσεων με τους θεραπευτές τους. Επίσης, οι άνδρες με επίπεδο εκπαίδευσης, απόφοιτοι δημοτικού είναι πολύ ικανοποιημένοι με τη ποιότητα των σχέσεων ανάμεσα σε αυτούς και τους θεραπευτές τους, σε αντίθεση με τις γυναίκες του ίδιου επιπέδου εκπαίδευσης, που είναι απλά ικανοποιημένες. Τέλος παρατηρούμε ότι υπάρχει ένα ποσοστό ανδρών με επίπεδο εκπαίδευσης, απόφοιτοι γυμνασίου, που δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι με τη ποιότητα των εν λόγω σχέσεων και οι γυναίκες με επίπεδο εκπαίδευσης, απόφοιτες Λυκείου, που επίσης δεν είναι καθόλου ικανοποιημένες.



ΣΧΗΜΑ 16

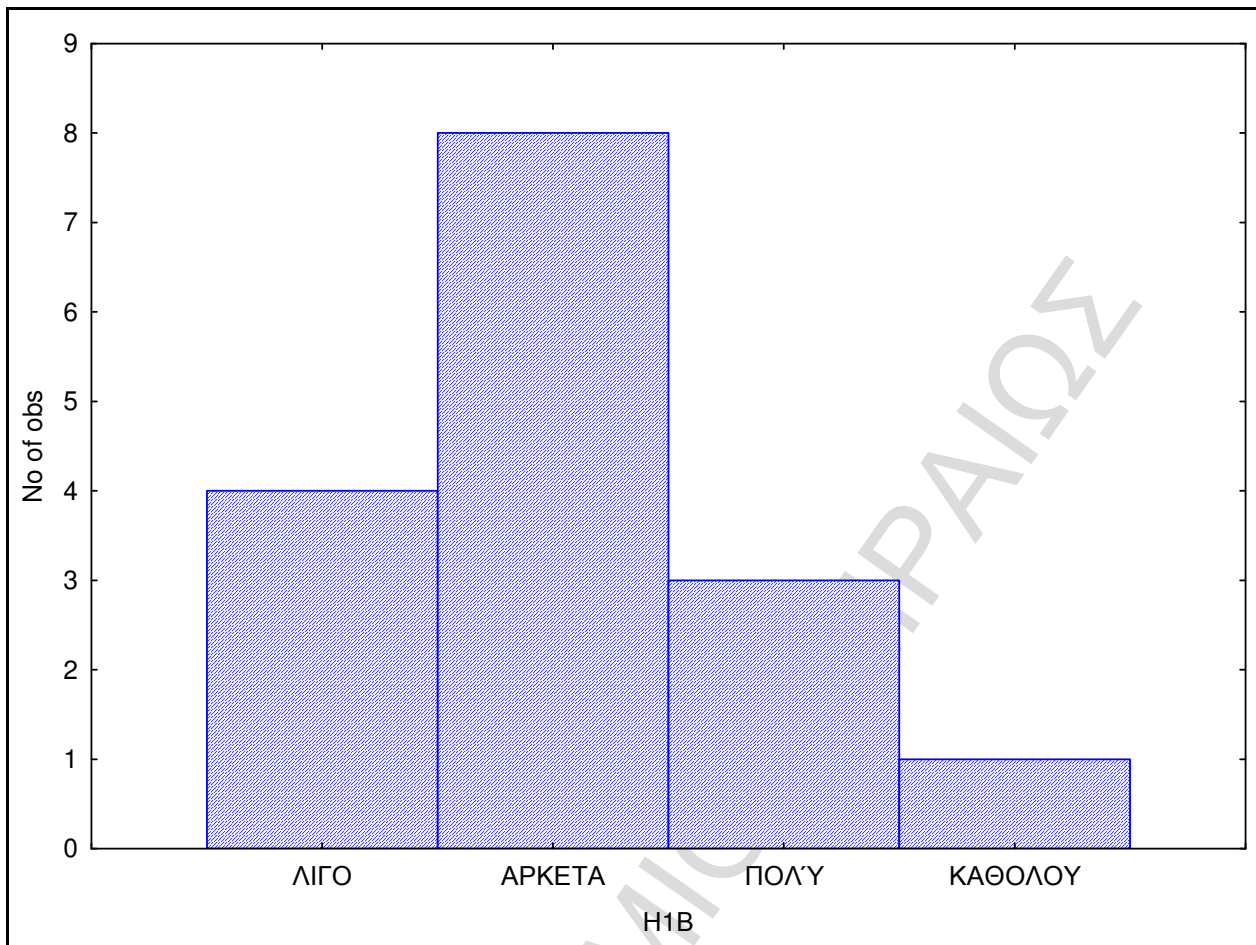
Όπως παρατηρούμε από το παραπάνω σχήμα, οι γυναίκες μεταλυκειακής εκπαίδευσης (IEK κλπ), απάντησαν ότι η θεραπευτική ομάδα ενδιαφέρεται πολύ για τη ποιότητα των σχέσεων μεταξύ τους. Επίσης, οι άνδρες με επίπεδο εκπαίδευσης 2, δηλαδή δεν έχουν τελειώσει το δημοτικό, απάντησαν ότι η θεραπευτική ομάδα ενδιαφέρεται πολύ για τη ποιότητα των σχέσεων μεταξύ τους, σε αντίθεση με τις γυναίκες του ίδιου επιπέδου εκπαίδευσης, που απάντησαν ότι η θεραπευτική ομάδα ενδιαφέρεται αρκετά για τη ποιότητα των σχέσεων μεταξύ τους. Τέλος, αξιοσημείωτο είναι να αναφερθεί ότι άνδρες με επίπεδο εκπαίδευσης, απόφοιτοι δημοτικού και γυμνασίου, απάντησαν ότι η θεραπευτική ομάδα δεν ενδιαφέρεται καθόλου για τη ποιότητα των σχέσεων μεταξύ τους, ενώ την ίδια απάντηση έδωσαν και οι γυναίκες με επίπεδο εκπαίδευσης, πτυχίου ΑΕΙ-ΤΕΙ.

5.9 Στιγματισμός



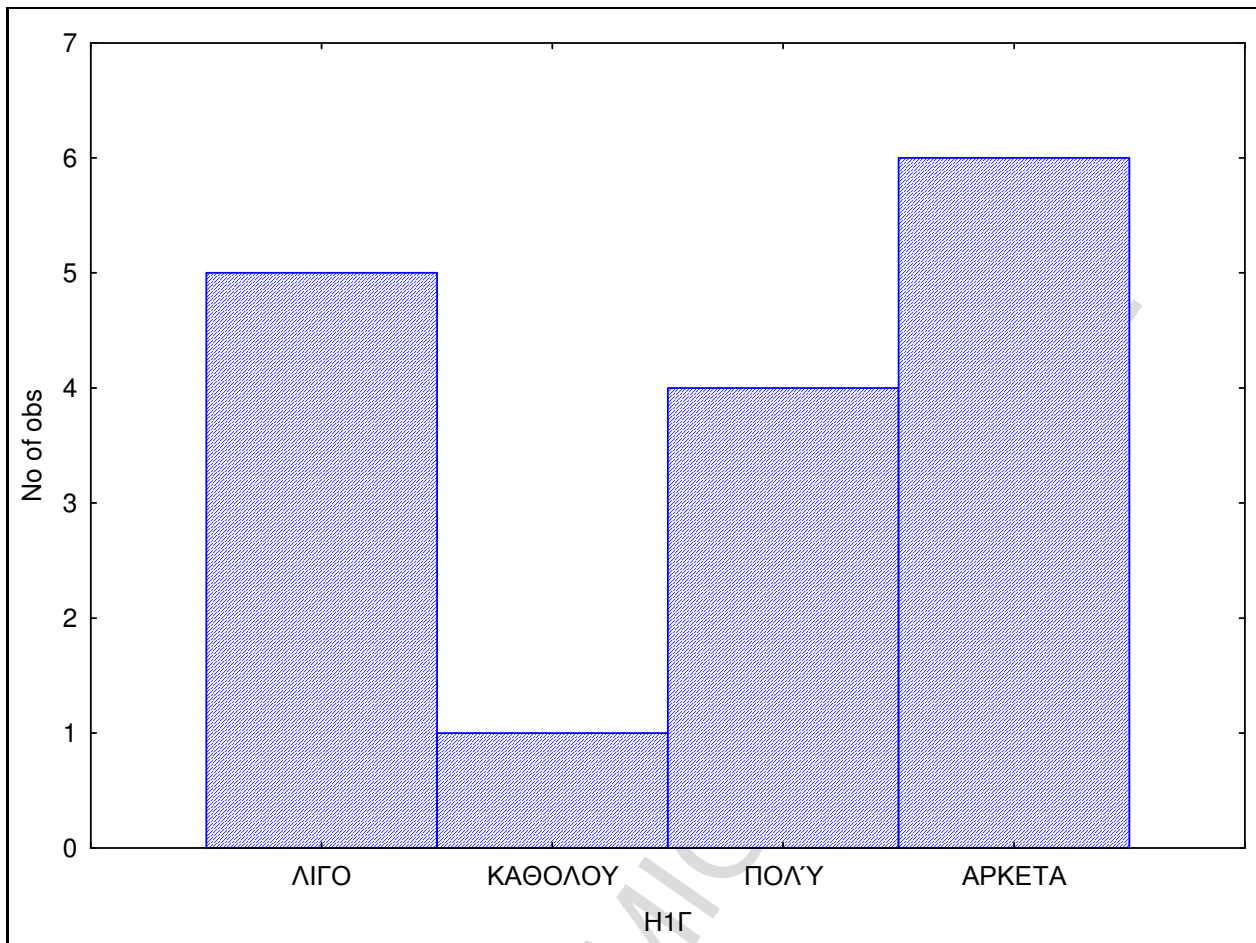
ΓΡΑΦΗΜΑ 38

Στο ανωτέρω γράφημα παρατηρούμε ότι στην ερώτηση, εάν οι ασθενείς αισθάνονται ότι οι άνθρωποι, τους «βλέπουν με άλλο μάτι» εξαιτίας των ψυχιατρικών υπηρεσιών, που δέχονται, αυτοί απάντησαν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, αρκετά. Ακολουθούν οι απαντήσεις, καθόλου και πολύ, στο ίδιο ποσοστό.



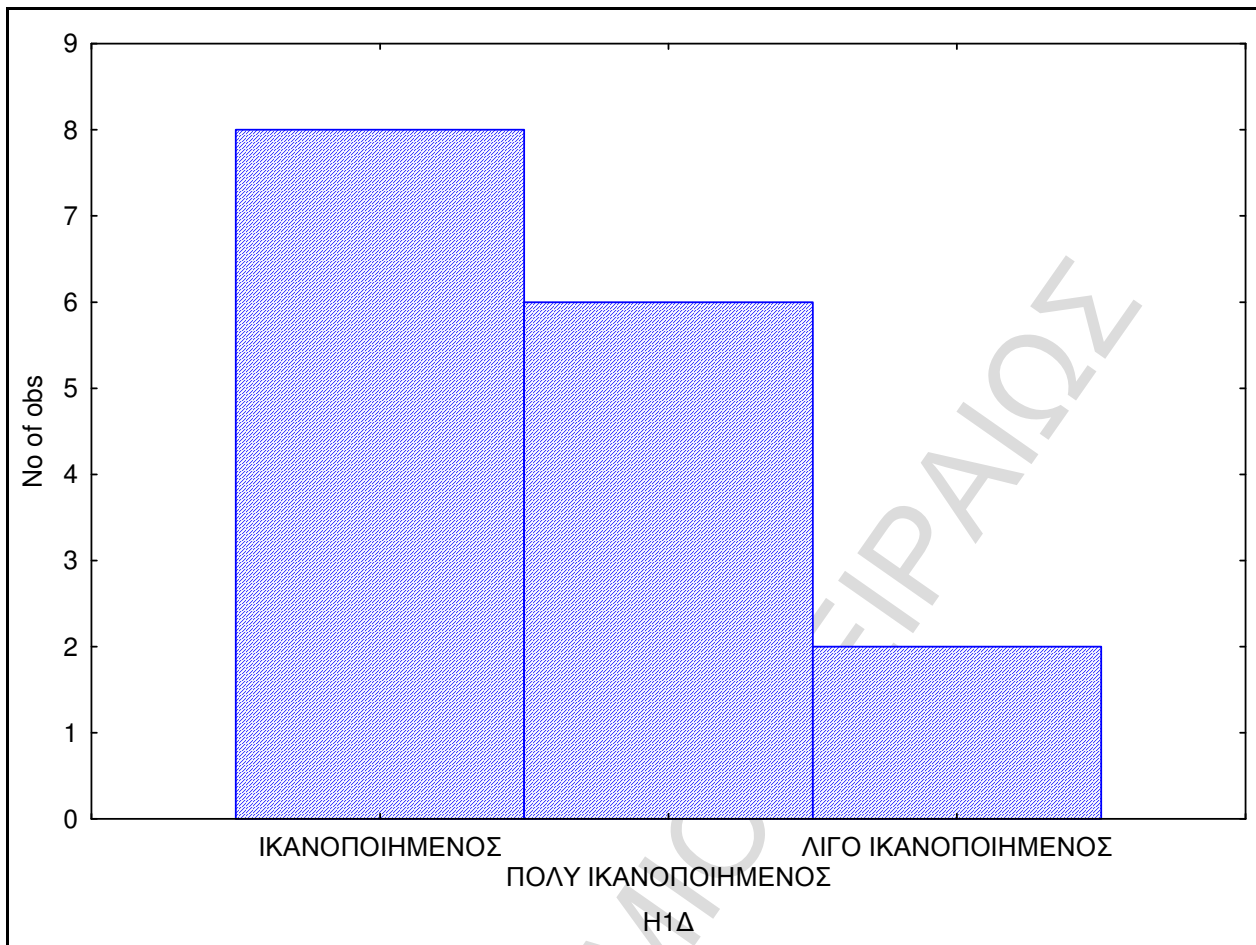
ΓΡΑΦΗΜΑ 39

Στο παραπάνω γράφημα παρατηρούμε ότι στην ερώτηση, εάν οι ασθενείς αισθάνονται ότι οι άνθρωποι, τους «βλέπουν αρκετά ή πολύ με άλλο μάτι» εξαιτίας των ψυχιατρικών υπηρεσιών, τότε απάντησαν στο μεγαλύτερο και με διαφορά ποσοστό τους, ότι το προσωπικό της υπηρεσίας, ασχολείται με αυτό το ζήτημα *αρκετά*.



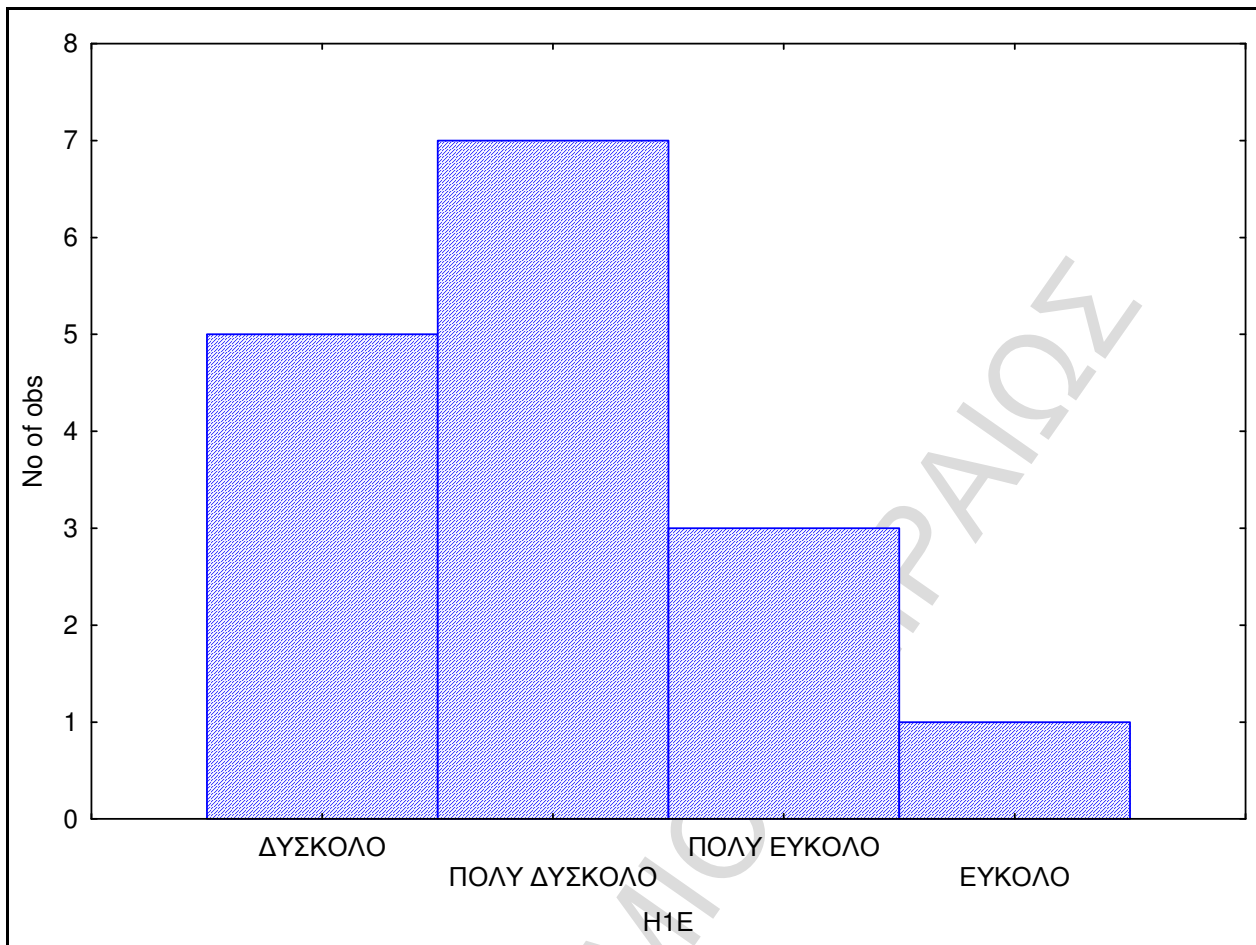
ΓΡΑΦΗΜΑ 40

Στο γράφημα παρατηρούμε ότι στην ερώτηση, εάν το προσωπικό έχει κάνει κάτι για να μειώσει τη πιθανότητα να περιφρονούνται οι ασθενείς, εξαιτίας της χρήσης ψυχιατρικών υπηρεσιών, οι ερωτηθέντες απάντησαν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, *αρκετά* και ακολουθεί η απάντηση *λίγο*.



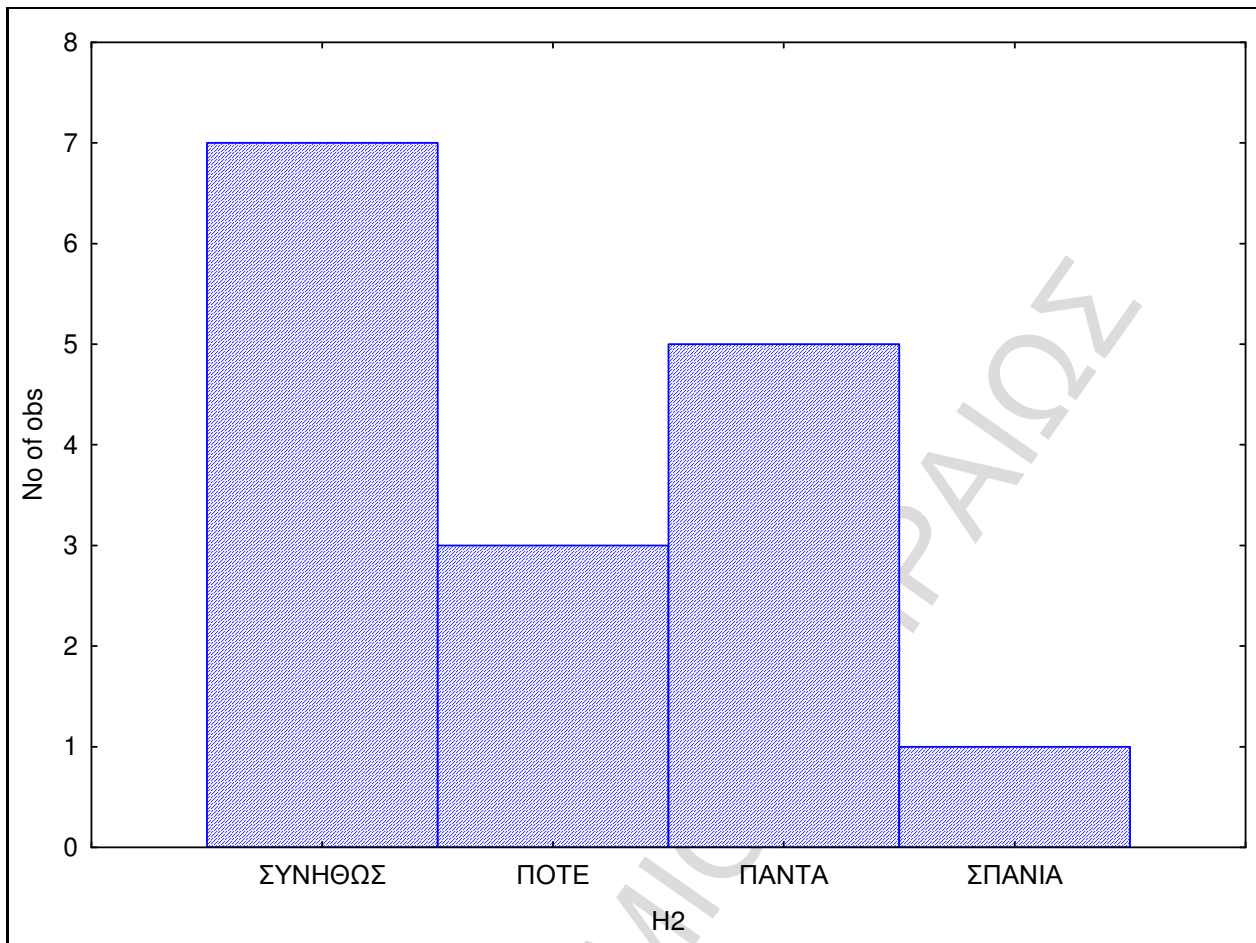
ΓΡΑΦΗΜΑ 41

Στο ανωτέρω γράφημα παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είναι ικανοποιημένο από τον τρόπο που ενέργησε το προσωπικό σε περίπτωση περιστατικών κοινωνικού «στιγματισμού».



ΓΡΑΦΗΜΑ 42

Στο ανωτέρω γράφημα παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων, απάντησε ότι είναι πολύ δύσκολο να «στιγματιστούν» από τη μορφή των χώρων και των κτιρίων που στεγάζουν την υπηρεσία με την οποία συνεργάζονται.



ΓΡΑΦΗΜΑ 43

Στο γράφημα παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων, απάντησε ότι *συνήθως*, η ψυχιατρική υπηρεσία που συνεργάζονται, αναφέρεται με θετικά σχόλια σε δημόσιες δηλώσεις για τους χρήστες της (π.χ. Φυλλάδια, μέσα μαζικής ενημέρωσης, συνεντεύξεις, δημοσιεύσεις). Ακολουθεί η απάντηση, *πάντα*.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Α. Στη χώρα μας υπάρχει ικανοποιητικός αριθμός ερευνών σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών και την αντίστοιχη προστασία των δικαιωμάτων τους στις υπηρεσίες υγείας, δε συμβαίνει το ίδιο όμως στο πεδίο της ψυχικής υγείας. Η βασική έρευνα με την οποία αντιπαραβάλλονται τα αποτελέσματα της παρούσας, και στην οποία έχει χρησιμοποιηθεί το ίδιο ερευνητικό εργαλείο, είναι αυτή που διενεργήθηκε από τον Μαυρίδη και συν, το 2000 και αφορούσε την αξιολόγηση των προσφερόμενων ψυχιατρικών φροντίδων από τους ίδιους τους χρήστες τους, όπως έχει προαναφερθεί.

Από τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων που αφορούν τους 47 ερωτηθέντες, προκύπτει ότι ο μέσος όρος ηλικίας είναι τα 55 χρόνια, το 48,9% είναι γυναίκες και το 44,7% άντρες, με επίπεδο εκπαίδευσης 29,8% απόφοιτοι Λυκείου, 19,2% με απολυτήριο Γυμνασίου και 17% με απολυτήριο Δημοτικού. Το 29,8% των ερωτηθέντων είναι άνεργοι, το 23,4% συνταξιούχοι, το 21,3% άτομα που βρίσκονται σε εκπαίδευση/κατάρτιση ενώ το ίδιο ποσοστό συγκεντρώνουν και όσοι δεν εργάζονται και δεν αναζητούν εργασία, με το 74,4% να συγκεντρώνει καθαρό μηνιαίο εισόδημα κάτω των 700 Ευρώ.

Αναλυτικότερα, συσχετίζοντας τα δημογραφικά χαρακτηριστικά με την γνώση, την προστασία και το σεβασμό των δικαιωμάτων στην πράξη, παρατηρούνται τα ακόλουθα:

1. Η ηλικία παίζει σημαντικό ρόλο στον τρόπο επιλογής της θεραπείας καθώς και στη φροντίδα που δείχνει η υπηρεσία για τις ατομικές υποθέσεις των ενοίκων.
2. Το επίπεδο εκπαίδευσης επιδρά στην επιλογή του επαγγελματία που αναλαμβάνει τις νοσηλευτικές και τις γενικότερες ανάγκες του ενοίκου, ενώ παίζει σημαντικό ρόλο στο βαθμό ικανοποίησης από τη συχνότητα και το χρόνο των ραντεβού με επαγγελματίες υγείας.
3. Το επίπεδο εκπαίδευσης παίζει σημαντικό ρόλο στην σχέση εμπιστοσύνης προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες και την ποιότητα των σχέσεων με τους θεραπευτές.
4. Η κατάσταση στην αγορά εργασίας και το επίπεδο εισοδήματος παίζουν σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση από τη συχνότητα και τον χρόνο των ραντεβού.

5. Το επίπεδο εισοδήματος επιδρά στην ικανοποίηση σχετικά με την ποιότητα των χώρων της υπηρεσίας.

6. Στο μεγαλύτερο ποσοστό τους οι ένοικοι δεν διάλεξαν την θεραπεία που ακολουθούν, ούτε τους επαγγελματίες υγείας που τους περιθάλπουν, ούτε επίσης τους προτάθηκε ποικιλία θεραπειών. Στο μεγαλύτερο ποσοστό, στα άτομα ηλικίας 40-45 ετών, 50-55 ετών και 55-60 ετών, δε προτάθηκε από την υπηρεσία με την οποία συνεργάζονται, μία μεγάλη ποικιλία θεραπειών. Επίσης, τα άτομα ηλικίας 50-55 ετών και 55-60 ετών απάντησαν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, ότι δεν τους δόθηκαν όλες οι πληροφορίες που ήθελαν για την ή τις θεραπείες τους, σε αντίθεση με τα άτομα ηλικίας 40-45 ετών, που τους δόθηκαν όλες οι πληροφορίες που ήθελαν αυτά για την ή τις θεραπείες τους. Σε προηγούμενη έρευνα και σε ποσοστό 69% οι ερωτηθέντες απάντησαν ότι δεν τους προτάθηκε ποικιλία θεραπειών. Επίσης, στην ίδια έρευνα σε ποσοστό 40%, 44% και 70% αντίστοιχα, οι ερωτώμενοι δεν έχουν επιλέξει το θεραπευτή, το νοσηλευτή και τον φροντιστή τους (Μαυρίδης και συν, 2000).

Τα άτομα ηλικιών 40-45 ετών και 55-60 ετών, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση εάν έχουν τη δυνατότητα να διακόψουν τη συνεργασία ή να σταματήσουν τη θεραπευτική αγωγή, που τους υποδείχθηκε χωρίς να φοβούνται ότι θα υπάρξουν αρνητικές επιπτώσεις, εάν στο μέλλον ζητήσουν νέα συνεργασία. Αντίθετα, στην ηλικία 50-55 ετών τα άτομα έδωσαν θετική απάντηση στην ίδια ερώτηση. Στην έρευνα του Μαυρίδη και συν, 2000, και σε ποσοστό 45% οι ερωτηθέντες απάντησαν ότι δεν έχουν τη δυνατότητα διακοπής της συνεργασίας ή της θεραπευτικής αγωγής χωρίς το φόβο των αρνητικών επιπτώσεων σε μελλοντική νέα συνεργασία.

Στο μεγαλύτερο ποσοστό, τα άτομα ηλικίας 40-45 ετών, έχουν ενημερωθεί επαρκώς για τα αποτελέσματα των φαρμάκων που λαμβάνουν, σε αντίθεση με τα άτομα ηλικίας 50-55 ετών και 55-60 και 60-80 ετών, που δεν έχουν ενημερωθεί επαρκώς για τα αποτελέσματα των φαρμάκων που λαμβάνουν. Στο μεγαλύτερο ποσοστό, τα άτομα ηλικίας 40-45 ετών, έχουν ή δεν έχουν ενημερωθεί στο ίδιο ποσοστό, επαρκώς για τις παρενέργειες των φαρμάκων που λαμβάνουν. Στα άτομα ηλικίας 50-55 ετών και 55-60 ετών, δεν έχει δοθεί επαρκής ενημέρωση για τις παρενέργειες των φαρμάκων. Στην έρευνα του Μαυρίδη και συν, 2000, και σε ποσοστό 75% οι ερωτηθέντες απάντησαν ότι έχουν ενημερωθεί επαρκώς για τα αποτελέσματα της φαρμακευτικής τους αγωγής.

Στο μεγαλύτερο ποσοστό, τα άτομα ηλικίας 40-45, 50-55 και 55-60 ετών, δεν γνωρίζουν εάν μπορούν να αρνηθούν τη λήψη των φαρμάκων που τους συστήθηκαν εφόσον το επιθυμούν, ενώ οι ίδιες ηλικιακές κατηγορίες 40-45, 50-55, 55-60 ετών, έδωσαν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, την απάντηση ότι δε μπορούν να αλλάξουν το θεράποντα, ιατρό τους, εάν το επιθυμούν. Στην έρευνα του Μαυρίδη και συν, 2000, όμως και σε ποσοστό 74% οι ερωτηθέντες απάντησαν ότι γνωρίζουν ότι μπορούν να αρνηθούν τη λήψη φαρμάκων. Επίσης, στην ηλικία 25-30 ετών απάντησαν μόνο ναι στην ερώτηση εάν μπορούν να αλλάξουν το θεράποντα ιατρό τους και στην ηλικία 70-75 ετών, έδωσαν επίσης θετική απάντηση, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους.

Τα άτομα ηλικιών από 40-45, 50-55, 55-60 ετών, έδωσαν στο ίδιο ποσοστό, την απάντηση ότι είτε γνωρίζουν ή δε γνωρίζουν, εάν έχουν το δικαίωμα να αναζητήσουν μία δεύτερη γνώμη, σε περίπτωση που αμφισβητήσουν το θεράποντα ιατρό τους. Ενδεικτικά, τα άτομα ηλικίας 30-35 ετών, γνωρίζουν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους ότι έχουν το προαναφερόμενο δικαίωμα της αναζήτησης δεύτερης γνώμης, ενώ τα άτομα ηλικίας 75-80 ετών, απάντησαν ότι δε γνωρίζουν εάν έχουν το δικαίωμα να αναζητήσουν μία δεύτερη γνώμη. Στην έρευνα του Μαυρίδη και συν, 2000, και σε ποσοστό 79% οι ερωτηθέντες απάντησαν ότι γνωρίζουν το δικαίωμα τους για αναζήτηση δεύτερης γνώμης.

7. Στο μεγαλύτερο ποσοστό οι θεράποντες ενδιαφέρονται για τις απόψεις/εμπειρίες των ενοίκων σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες και η γνώση αυτή συντελεί στην τροποποίηση/βελτίωση τους. Οι άντρες σε μεγαλύτερο ποσοστό απάντησαν ότι τα άτομα που έχουν αναλάβει τη θεραπεία τους, νοιάζονται πάντα να μάθουν τις ατομικές τους ανάγκες ενώ οι γυναίκες απάντησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι τα άτομα που έχουν αναλάβει τη θεραπεία τους, νοιάζονται συνήθως να μάθουν τις ατομικές τους ανάγκες.

Τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, απαντούν ότι όταν τα άτομα που έχουν αναλάβει τη θεραπεία τους, νοιάζονται συνήθως, να μάθουν τις ατομικές τους ανάγκες, τότε η γνώση αυτή, συνήθως επηρεάζει και τον τρόπο που τους παρέχονται οι διάφορες υπηρεσίες. Στην έρευνα του Μαυρίδη και συν, 2000, και σε ποσοστό 76% οι ερωτηθέντες απάντησαν ότι οι θεράποντες ενδιαφέρονται για τις απόψεις/εμπειρίες τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες και σε ποσοστό 51% ότι η γνώση αυτή συντελεί στην τροποποίηση/βελτίωση τους.

8. Στο μεγαλύτερο ποσοστό οι ένοικοι και των δυο φύλων και ανεξαρτήτου ηλικίας απάντησαν ότι διαχειρίζονται οι ίδιοι τα χρήματα τους και ότι τους επιτρέπεται να χειρίζονται τη περιουσία τους, εκτός ελαχίστων περιπτώσεων.

Στο μεγαλύτερο ποσοστό οι ένοικοι απάντησαν ότι τους επιτρέπεται να ψηφίζουν. Οι άνδρες ηλικίας 50-60 ετών, δεν επηρεάζονταν από το γεγονός ότι ήταν ψυχιατρικά άρρωστοι στην άσκηση των πολιτικών δικαιωμάτων τους, σε αντίθεση με τις γυναίκες 40-45 και 70-80 ετών, που επηρεάζονταν αρνητικά. Και στα δυο φύλα, το μεγαλύτερο ποσοστό των απαντήσεων έτεινε στο ότι συνήθως, η υπηρεσία τους ενθάρρυνε να ασκούν τα πολιτικά τους δικαιώματα.

9. Τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες, απάντησαν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, ότι η υπηρεσία τους έχει βοηθήσει πολύ και ότι είναι ικανοποιημένοι από τον τρόπο με τον οποίο η υπηρεσία καθορίζει τις ανάγκες τους. Και τα δύο φύλα απάντησαν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, ότι η υπηρεσία πρέπει να είναι διαθέσιμη σε αυτούς όποτε και εάν το ζητήσουν, ενώ απάντησαν ότι όταν αλλάζουν οι ανάγκες τους, η ψυχιατρική υπηρεσία με την οποία συνεργάζονται, ανταποκρίνεται σε αυτές. Σε έρευνα το 2000 και σε ποσοστό 69% οι ερωτώμενοι απάντησαν θετικά στην ανταπόκριση της υπηρεσίας στις νέες ανάγκες τους, ενώ σε ποσοστό 28% και 38% θεωρούν ότι η υπηρεσία τους έχει βοηθήσει πολύ και αρκετά αντίστοιχα (Μαυρίδης και συν, 2000).

10. Στο μεγαλύτερο ποσοστό τους οι απόφοιτοι Γυμνασίου, Λυκείου και οι απόφοιτοι ΤΕΙ και ΑΕΙ καθώς οι απόφοιτοι μεταλυκειακής εκπαίδευσης (ΙΕΚ κλπ.) και κάτοχοι μεταπτυχιακού και δικτατορικού τίτλου, απάντησαν ότι το προσωπικό της ψυχιατρικής υπηρεσίας τους φέρεται με ευγένεια και σεβασμό. Σε προηγούμενη έρευνα και σε ποσοστό 55% οι ερωτώμενοι απάντησαν θετικά στην ίδια ερώτηση (Μαυρίδης και συν, 2000).

11. Συναισθηματική πίεση ή μεταχείριση από το προσωπικό της υπηρεσίας, δεν ένιωσαν ποτέ, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, οι αναλφάβητοι, οι απόφοιτοι Γυμνασίου, Λυκείου και σπάνια, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, όσοι δεν έχουν τελειώσει το Δημοτικό. Σε προγενέστερη έρευνα και σε ποσοστό 57% οι ερωτώμενοι απάντησαν ότι σπάνια ένιωσαν πίεση ή μεταχείριση από το προσωπικό της υπηρεσίας (Μαυρίδης και συν, 2000).

12. Στο στο μεγαλύτερο ποσοστό τους οι ερωτηθέντες και των δύο φύλων, είναι ικανοποιημένοι από τη ποιότητα του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο βρίσκεται η ψυχιατρική υπηρεσία με την οποία συνεργάζονται. Επίσης, είναι πολύ ικανοποιημένοι από τη ποιότητα του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο βρίσκεται η ψυχιατρική υπηρεσία,

ενώ στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, οι ερωτηθέντες είναι πολύ ικανοποιημένοι από τη ποιότητα των χώρων της υπηρεσίας.

13. Οι γυναίκες με επίπεδο εκπαίδευσης πτυχίου ΑΕΙ-ΤΕΙ, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, εμπιστεύονταν λίγο τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Εν αντιθέσει με τους άνδρες με αντίστοιχο επίπεδο εκπαίδευσης που εμπιστευόντουσαν αρκετά έως πολύ τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Επίσης συγκρίνοντας τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, αυτών με επίπεδο εκπαίδευσης αναλφάβητων και αυτών που δεν έχουν τελειώσει δημοτικό, είναι αντίθετες πράγμα που σημαίνει ότι οι γυναίκες στο επίπεδο εκπαίδευσης των αναλφάβητων, εμπιστεύονταν πολύ τις υπηρεσίες και οι άνδρες αρκετά, σε αντίθεση με το επίπεδο εκπαίδευσης αυτών που δεν έχουν τελειώσει δημοτικό, όπου οι άνδρες εμπιστεύονταν πολύ και οι γυναίκες αρκετά τις εν λόγω υπηρεσίες. Σε προηγούμενη έρευνα σε ποσοστό 32% και 28% οι ερωτώμενοι απάντησαν ότι εμπιστεύονταν πολύ και αρκετά αντίστοιχα, τις παρεχόμενες υπηρεσίες (Μαυρίδης και συν, 2000).

14. Οι γυναίκες με επίπεδο μεταλυκειακής εκπαίδευσης (ΙΕΚ κλπ), είναι πολύ ικανοποιημένες με την ποιότητα των σχέσεων ανάμεσα σε αυτές και τους θεραπευτές τους. Επίσης, οι άνδρες με επίπεδο εκπαίδευσης απόφοιτοι δημοτικού, είναι πολύ ικανοποιημένοι με την ποιότητα των σχέσεων ανάμεσα σε αυτούς και τους θεραπευτές τους, σε αντίθεση με τις γυναίκες του ίδιου επιπέδου εκπαίδευσης, που είναι απλά ικανοποιημένες. Στην έρευνα του Μαυρίδη και συν, 2000 και σε ποσοστό 32% οι ερωτώμενοι απάντησαν ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι από την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων με τους θεραπευτές, ενώ σε ποσοστό 28% απάντησαν ότι είναι αρκετά ικανοποιημένοι.

Οι γυναίκες με επίπεδο μεταλυκειακής εκπαίδευσης (ΙΕΚ κλπ), απάντησαν ότι η θεραπευτική ομάδα ενδιαφέρεται πολύ για τη ποιότητα των σχέσεων μεταξύ τους. Επίσης, οι άνδρες που δεν έχουν τελειώσει το δημοτικό απάντησαν ότι η θεραπευτική ομάδα ενδιαφέρεται πολύ για τη ποιότητα των σχέσεων μεταξύ τους, σε αντίθεση με τις γυναίκες του ίδιου επιπέδου εκπαίδευσης, που απάντησαν ότι η θεραπευτική ομάδα ενδιαφέρεται αρκετά για τη ποιότητα των σχέσεων μεταξύ τους. Σε προγενέστερη έρευνα σε ποσοστό 46% και 35% αντίστοιχα οι ερωτώμενοι απάντησαν ότι η θεραπευτική ομάδα ενδιαφέρεται πολύ και αρκετά για τη ποιότητα των σχέσεων μεταξύ τους (Μαυρίδης και συν, 2000).

15. Στο αν οι άνθρωποι τους «βλέπουν με άλλο μάτι» εξαιτίας των ψυχιατρικών υπηρεσιών που δέχονται, απάντησαν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, αρκετά. Στην έρευνα του Μαυρίδη και συν, 2000 και σε ποσοστό 37% και 28% αντίστοιχα οι ερωτώμενοι απάντησαν αρκετά και πολύ, στην αντίστοιχη ερώτηση. Εάν οι ασθενείς αισθάνονται ότι οι άνθρωποι τους «βλέπουν αρκετά ή πολύ με άλλο μάτι» εξαιτίας των ψυχιατρικών υπηρεσιών, τότε απάντησαν στο μεγαλύτερο και με διαφορά ποσοστό τους, ότι το προσωπικό της υπηρεσίας, ασχολείται με αυτό το ζήτημα αρκετά. Επίσης, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είναι ικανοποιημένο από τον τρόπο που ενέργησε το προσωπικό σε περίπτωση περιστατικών κοινωνικού «στιγματισμού». Σε προηγούμενη έρευνα σε ποσοστό 56% οι ερωτώμενοι είναι ικανοποιημένοι από τον τρόπο που ενέργησε το προσωπικό σε περίπτωση περιστατικών κοινωνικού «στιγματισμού» (Μαυρίδης και συν, 2000).

16. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων, απάντησε ότι είναι πολύ δύσκολο να στιγματιστούν από τη μορφή των χώρων και των κτιρίων που στεγάζουν την υπηρεσία με την οποία συνεργάζονται. Σε προηγούμενη έρευνα σε ποσοστό 77% οι ερωτώμενοι απάντησαν ότι είναι δύσκολο ως πολύ δύσκολο να στιγματιστούν από τη μορφή των χώρων και των κτιρίων που στεγάζουν την υπηρεσία (Μαυρίδης και συν, 2000).

B. Αντικείμενο της μελέτης ήταν η διερεύνηση της έκτασης στην οποία οι χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας έχουν γνώση των θεσπισμένων δικαιωμάτων τους και του βαθμού που αυτά πραγματώνονται. Σε σχέση με τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα της εργασίας: α) αν οι ένοικοι των συγκεκριμένων δομών, άτομα με ψυχική ασθένεια, γνωρίζουν τα δικαιώματά τους, β) αν η πληροφόρηση και η ενημέρωση που λαμβάνουν συμβάλλει στην πράξη, στην προστασία των δικαιωμάτων τους και γ) αν τα δικαιώματά τους γίνονται στην πράξη σεβαστά, μπορεί να υποστηριχτεί:

1. Στο μεγαλύτερο ποσοστό τους και ανεξαρτήτως ηλικίας και φύλου, επιπέδου εκπαίδευσης και εργασίας, γενικά γνωρίζουν μέρος των δικαιωμάτων τους και κυρίως αυτά που αφορούν οικονομικά και πολιτικά θέματα (διαχείριση χρημάτων, δικαίωμα ψήφου), τα οποία και παροτρύνονται στην άσκηση τους από το προσωπικό της υπηρεσίας. Από έρευνα το 2011 που αφορούσε τις απόψεις των ασθενών για τον βαθμό προστασίας των δικαιωμάτων τους σε δύο ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, προκύπτει ότι το νοσοκομείο ενημερώνει τους ασθενείς για τα δικαιώματά τους σε ποσοστό 38,1%, ενώ ο ιατρός, το προσωπικό και ο διευθυντής της κλινικής γίνονται

αποδέκτες καταγγελιών και παραπόνων σε ποσοστό 35,3%, 29,9% και 26,1% αντίστοιχα (Κουλίζος, Χριστοπούλου, 2011).

2. Ως θετικά για τους ενοίκους των δομών στο πλαίσιο της προστασίας των δικαιωμάτων τους, μπορούν να καταγραφούν οι διαπροσωπικές σχέσεις εμπιστοσύνης, σεβασμού και εχεμύθειας που θεωρεί το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων, ότι αναπτύσσονται με το προσωπικό με το οποίο συνεργάζεται καθώς και οι ενέργειες αυτού σε περιπτώσεις κοινωνικού στιγματισμού. Σε έρευνα το 2011 το 73,9% απάντησε ότι από το νοσοκομείο τηρήθηκε το απόρρητο (Κουλίζος, Χριστοπούλου, 2011). Σε άλλη έρευνα το 2005 οι ασθενείς δήλωσαν σε ποσοστό 41% - 78% ότι το προσωπικό έλαβε μέτρα προστασίας της ιδιωτικότητάς τους (Κοντέλη, 2005).

Επίσης, ως θετικά καταγράφονται η αίσθηση ότι προσωπικό ενδιαφέρεται για την ποιότητα των διαπροσωπικών τους σχέσεων και το ενδιαφέρον αυτό συντελεί στη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών καθώς και η επικέντρωση των παρεχόμενων υπηρεσιών στις προσωπικές τους ανάγκες και το εν γένει καλό που τους έχει προσφέρει στη ζωή τους η συγκεκριμένη υπηρεσία. Σε έρευνα το 2004 σχετική με την ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες ενός κοινοτικού κέντρου ψυχικής υγείας στη Βόρεια Ελλάδα, η ικανοποίηση των χρηστών ήταν υψηλή στους τομείς της υποδομής και των προσφερόμενων διοικητικών υπηρεσιών και ακόμη περισσότερο στο κλινικό έργο. Σε ότι αφορά το επίπεδο υγείας τους ασθενούς, αυτό βελτιώθηκε αρκετά μετά τις επισκέψεις στο Κέντρο. Επίσης, η ικανοποίηση από το κλινικό έργο δείχνει να έχει θετική συσχέτιση με το αποτέλεσμα της υγείας, όπως το αντιλαμβάνονται οι ασθενείς (Καμπάντα και συν., 2004).

3. Παρατηρούνται όμως, ελλείψεις στην ενημέρωση/πληροφόρηση που αφορά τα θέματα θεραπείας, από την δυνατότητα επιλογής θεραπόντων, θεραπευτικής αγωγής, φαρμακευτικής αγωγής αλλά και της δυνατότητας αλλαγής των προαναφερομένων σε περίπτωση αμφισβήτησής τους. Σε έρευνα το 2011 ποσοστό μόλις 14,8% των ασθενών αρνήθηκαν κάποιου είδους θεραπεία, ενώ ποσοστό 23,5% των ασθενών δήλωσαν ότι η θεραπεία συνεχίστηκε χωρίς τη συγκατάθεσή τους (Κουλίζος, Χριστοπούλου, 2011).

Σε έρευνα το 2011 που αφορούσε τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας 6 γενικών δημόσιων νοσοκομείων της Αθήνας, συνολικά, το 67% των ασθενών δεν έμεινε καθόλου ικανοποιημένο από την ενημέρωση που τους παρείχε το νοσοκομείο σχετικά με το πρόβλημα υγείας, τη διάγνωση, τη θεραπεία και τις πιθανές δυνατότητες αντιμετώπισής του, καθώς ανέφεραν παραβίαση των δικαιωμάτων λήψης συγκατάθεσης για διαγνωστικές και

θεραπευτικές πράξεις. Επίσης, ποσοστό 82,7% ανέφερε παράπονα σχετικά με τις συνθήκες καθαριότητας, διαμονής και την ποιότητα του φαγητού, ενώ 160 συνολικά ασθενείς δεν έμειναν καθόλου ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά του προσωπικού του νοσοκομείου (Καλογεροπούλου, 2011).

Επίσης, από έρευνα το 2011 σχετικά με τη διαχείριση παραπόνων ασθενών σε τρία δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα, προκύπτει ότι τα σημαντικότερα προβλήματα που καταγγέλλονται και στα τρία υπό μελέτη νοσοκομεία είναι το αναποτελεσματικό πλαίσιο λειτουργίας των διοικητικών υπηρεσιών (32,1%), η ανάρμοστη συμπεριφορά του προσωπικού (24,7%), η ανεπαρκής ή ακατάλληλη ιατρονοσηλευτική περίθαλψη των ασθενών (21,8%), η ελλιπής ή λανθασμένη επικοινωνία με τους πολίτες (20,6%) και ο υπερβολικός χρόνος αναμονής (19,0%), τα οποία συναντώνται σε πλήθος σχετικών ερευνών (Μινάκη, 2011). Επιγραμματικά, οι Taylor et al. υποστηρίζουν ότι τα παράπονα γενικώς έχουν σχέση με την επικοινωνία, την πρόσβαση και την αντιμετώπιση των ασθενών, ενώ οι Daniel et al. αναφέρουν την κλινική φροντίδα, την επικοινωνία και τη συμπεριφορά ως πηγές προέλευσης παραπόνων (Μινάκη, 2011).

4. Τέλος, ως κύριο αρνητικό δεδομένο μπορεί να καταγραφεί η αίσθηση στιγματισμού που βιώνουν οι ένοικοι των δομών σε σχέση με τους τρίτους. Από τα αποτελέσματα έρευνας το 2008, σχετικά με τις στάσεις έναντι των ψυχικά ασθενών σε ομάδες γενικού πληθυσμού, φάνηκε ότι α) προκύπτουν ενδείξεις ότι μέρος των ερωτηθέντων διατηρεί αρνητικές στάσεις έναντι πολλών θεμάτων που αφορούν τους ψυχικά ασθενείς, β) τα ευρήματα ανέδειξαν ένα επαναλαμβανόμενο μοτίβο σε κάποιες υποκατηγορίες και συγκεκριμένα: οι γυναίκες, τα άτομα άνω των τριάντα ετών και οι υπάλληλοι με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης παρουσιάζουν υψηλότερη βαθμολογία στην κοινωνική διάκριση, στον κοινωνικό περιορισμό και στην κοινωνική φροντίδα και γ) η εκπαίδευση και η εξοικείωση με την ψυχική νόσο παίζουν σημαντικό ρόλο στη θετικοποίηση των στάσεων έναντι των ψυχικά ασθενών (Αρβανίτη, 2008).

Επίσης, έρευνα το 2006 σε μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης που αφορούσε τη στάση των εφήβων προς τους ψυχικά ασθενείς και την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, έδειξε ότι τα κορίτσια έχουν πιο ανθρωπιστική στάση, υιοθετούν λιγότερο αυταρχική συμπεριφορά και απορρίπτουν εντονότερα τον κοινωνικό αποκλεισμό των ψυχικά ασθενών. Επίσης τα παιδιά γονιών αποφοίτων γυμνασίου-λυκείου έχουν θετικότερη στάση, ενώ οι μαθητές – έφηβοι που έχουν μέλος οικογένειας, γνωστό ή γείτονα ψυχικά ασθενή, έχουν πιο ανθρωπιστική στάση, λιγότερο φόβο και είναι πιο φιλικοί (Ασημόπουλος και συν, 2006).

Γ. Οι σύγχρονοι προσανατολισμοί στον τομέα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, σε διεθνές και σε εθνικό επίπεδο, επιβάλλουν την επανεξέταση και σε πολλές περιπτώσεις την αναθεώρηση παγιωμένων αντιλήψεων και πρακτικών που αφορούν την παροχή φροντίδας υγείας στον πολίτη. Στο πεδίο της ψυχικής υγείας, το ζητούμενο είναι η ανάπτυξη και διασφάλιση ποιοτικής περίθαλψης στον ψυχιατρικό ασθενή, η προστασία των δικαιωμάτων του και η υλοποίηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Δηλαδή, η εφαρμογή της τομεοποίησης και η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας, η διασφάλιση της θεραπευτικής συνέχειας στην παροχή φροντίδας, η ανάπτυξη δικτύου υπηρεσιών στήριξης των οικογενειών των ψυχικά πασχόντων, η δημιουργία δικτύου υπηρεσιών πρόληψης, η εφαρμογή προγραμμάτων ευαισθητοποίησης και αγωγής υγείας στην κοινότητα, με τη λήψη μέτρων για την καταπολέμηση του στίγματος να είναι απαραίτητα συστατικό των πολιτικών του κράτους. Απαιτείται μια ψυχιατρική μεταρρύθμιση ανθρωποκεντρικού χαρακτήρα, με παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής που στοχεύουν στην ενίσχυση της κοινωνικής αλληλεγγύης.

Για την προστασία και προαγωγή των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών ειδικότερα, τα θέματα που πρέπει να εξεταστούν και αφορούν το νομικό πλαίσιο και την εφαρμογή του, είναι τα ακόλουθα:

- Η νομοθεσία για την αναγκαστική νοσηλεία και η παρακολούθηση της εφαρμογής των σχετικών διατάξεων του νόμου.
- Η εφαρμογή περιοριστικών μέτρων κατά τη νοσηλεία.
- Η νοσηλεία σε αξιοπρεπές και ασφαλές περιβάλλον.
- Η αναγκαστική ή μη λήψη θεραπείας κατά τη αναγκαστική νοσηλεία.
- Η προάσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών υπό δικαστική συμπαράσταση.
- Πολυφαρμακία και υπερσυνταγογράφηση.

Επίσης, απαιτείται η υλοποίηση δράσεων για την προαγωγή της αυτοεκπροσώπησης των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των οικογενειών τους, σε κρατικούς ή μη φορείς που επιλαμβάνονται των θεμάτων τους, η συνεχής και εστιασμένη εκπαίδευση και επιμόρφωση όλων των κλάδων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας αλλά και άλλων επαγγελματιών που συνεργάζονται με ψυχικά ασθενείς (πχ αστυνομία, εισαγγελία), η ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση της κοινωνίας των πολιτών, η ενεργός συμβολή των μηχανισμών προστασίας των δικαιωμάτων και η προαγωγή της έρευνας στην ψυχική υγεία τόσο από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, όσο και από την ακαδημαϊκή ψυχιατρική.

Τέλος, η προώθηση γενικότερων νομοθετικών αλλαγών και παρεμβάσεων, ώστε η εθνική νομοθεσία να αναπροσαρμοστεί στις νέες συνθήκες και να εναρμονιστεί με τα ισχύοντα ευρωπαϊκά και διεθνή κριτήρια, όπως:

- Επικαιροποίηση των Ν.2071/92 και Ν.2716/99.
- Τροποποίηση του Ποινικού Κώδικα
- Τροποποίηση της νομοθεσίας για την ιδιωτική ψυχιατρική περίθαλψη.

«Η προαγωγή και η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών και η εφαρμογή τους στην πράξη μπορούν να επιτευχθούν με τη θέσπιση νομοθεσίας και κανονισμών που καθορίζουν δικαιώματα και υποχρεώσεις ασθενών και επαγγελματιών υγείας, την υιοθέτηση ιατρικών και άλλων επαγγελματικών κωδίκων και χαρτών ασθενών, την επίτευξη συνεργασίας μεταξύ ομάδων ασθενών και προμηθευτών υπηρεσιών υγείας, την λειτουργία ΜΚΟ για τα δικαιώματα των ασθενών, την ενημέρωση του κοινού και την προαγωγή της έρευνας για την αξιολόγηση και καταγραφή της αποτελεσματικότητας των νομικών και άλλων μορφών προστασίας τους.» (Μπιλανάκης, 2004).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ακινόσογλου Κ., Αποστολάκης Ε., Δουγένης Δ., «Τα δικαιώματα του ασθενούς και ποιος τα προστατεύει», Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Αθήνα, τόμος 24(τεύχος 6), 2007, σελ.605-611.
- Αλεβίζος Β., «Δεοντολογικά και νομικά προβλήματα στην άσκηση της ψυχιατρικής», Ψυχιατρική, τόμος 1 (τεύχος 2), 1990, σελ. 39-43.
- Αρβανίτη Αικ., Στάσεις έναντι των ψυχικά ασθενών σε ομάδες γενικού πληθυσμού, διδακτορική διατριβή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, 2008.
- Ασημόπουλος Χ. και συν, «Η στάση των εφήβων προς τους ψυχικά ασθενείς και την ψυχιατρική μεταρρύθμιση», έρευνα-παρέμβαση της Ε.Ψ.Υ.Π.Ε., 2006. www.epsype.gr
- Βαρουχάκης Χ., «Το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο και η πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης», Ψυχιατρική, τόμος 18(τεύχος 1) σελ. 80-85.
- Βιδάλης Τ., «Συνταγματική πρόσληψη των τεχνολογικών εξελίξεων και «νέα» δικαιώματα», σε Ξ. Κοντιάδη (επιμ.), Πέντε χρόνια μετά τη συνταγματική αναθεώρηση – Τόμος Α΄, Αθήνα-Κομοτηνή 2006, σελ. 273-312.
- Βιδάλης Τ., Συναίνεση στη σχέση ιατρού – ασθενούς, Έκθεση της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής, 2010.
- Γεωργόπουλος Κ., Επίτομο Συνταγματικό Δίκαιο, Αθήνα, Σάκουλας, 1996.
- Γκαράνη-Παπαδάτου Τ., Δίκαιο Υγείας και Βιοηθική, σημειώσεις στο μάθημα: Βασικές αρχές Δημόσιας Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα 2004.
- Γκαράνη-Παπαδάτου Τ., Θέματα ηθικής και δεοντολογίας στην ψυχιατρική, Αθήνα, Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, 2011.
- Γρίβας, Κλ., Ψυχιατρικός Ολοκληρωτισμός: ιστορική και κοινωνική θεώρηση της ψυχιατρικής, Θεσσαλονίκη, Ιανός 1985.
- Θεοχαράκης Ν., Ψυχολογία του Βάθους και Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση των Ασθενών στο Βυζάντιο, διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων 2001.
- Τλις Ι., Περιορισμοί στην ιατρική, Ιατρική νέμεση, Η απαλλοτρίωση της υγείας, Θεσσαλονίκη, Εκδοτική Ομάδα, 1986.
- Καλογεροπούλου Μ., Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών, Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων, ερευνητική εργασία, Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2011.

Καμπάντα Μ, Νιάκας Δ., «Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες ενός Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα», Αρχαία Ελληνική Ιατρική, τόμος 21 (τεύχος 4), 2004, σελ. 354-362.

Κάπας Κ, Διερεύνηση της Ικανοποίησης των Χρηστών από τις Υπηρεσίες Υγείας, Διπλωματική Εργασία, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, 2006.

Καράβατος Θ., Για μια Μη α-θεωρητική ψυχιατρική, Αθήνα, Κοινός Τόπος Ψυχιατρικής, Νευροεπιστημών και Επιστημών του Ανθρώπου, 2012.

Καραποστόλης Β., Μορφές της κοινωνικής δράσης, Αθήνα, Θεμέλιο, 1984.

Κουλίζος Μ, Χριστοπούλου Μ, Απόψεις των ασθενών για τον βαθμό προστασίας των δικαιωμάτων τους στα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία: Η περίπτωση ενός νοσοκομείου του κέντρου και ενός της περιφέρειας, Διπλωματική Εργασία, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία, 2011.

Κουτουβίδης Ν., «Σκέψεις για τη φιλοσοφία της ψυχιατρικής πράξης», Ψυχιατρική, τόμος 21 (τεύχος 3) σελ.247-252.

Κυριόπουλος Γ., (επιμ) Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών, Αθήνα, Θεμέλιο, 2006.

Λειβαδίτη Μ., «Η ακούσια ψυχιατρική νοσηλεία στη σύγχρονη Ελλάδα», Ψυχιατρική, τόμος 21 (τεύχος 1), σελ.13-14.

Lehmann P., «Διεθνής μη συμμόρφωση και ανθρωπιστική αντιψυχιατρική», www.psypirosi.gr

Μαδιανός Μ., Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η Ανάπτυξή της, από τη Θεωρία στη Πράξη, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα 1994.

Μαδιανός Μ., Κοινοτική Ψυχιατρική και Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή, Αθήνα, Καστανιώτης, 2006.

Μαδιανός Μ., «Η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα του 21ου αιώνα», Ψυχιατρική, τόμος 13(τεύχος 4) σελ.297-300.

Μαδιανός Μ., «Ψυχιατρική, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και παγκοσμιοποίηση», Ψυχιατρική, τόμος 15(τεύχος 3), 2010

Marshall T. – Bottomore T., Ιδιότητα του πολίτη και κοινωνική τάξη, Αθήνα, Gutenberg, 2001.

Μαγγανάρη Ε., Δικαιώματα χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ερευνητική εργασία, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, 2007.

Μαυρίδης Θ., Κανδύλης Δ., Κυζιρίδου Σ., Ιακωβίδης Α., Κώνστα Α., Καπρίνης Γ., Η αξιολόγηση προσφερόμενων ψυχιατρικών φροντίδων από τους ίδιους τους χρήστες ψυχιατρικών υπηρεσιών της Θεσσαλίας και της Κεντρικής Μακεδονίας, 16^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Κύπρος, 2000.

Μεγαλοοικονόμου Θ., «Ιδεολογίες του Ψυχιατρικού Εκσυγχρονισμού», www.psypirosi.gr

Μεγαλοοικονόμου Θ., «Ψυχιατρική και Δίκαιο, Μια ιερή συμμαχία για τον κοινωνικό έλεγχο», www.psypirosi.gr

Μινάκη Π., Διαχείριση παραπόνων ασθενών σε τρία δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα, Διπλωματική Εργασία, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία, 2011.

Montenegro R., «Εξελίξεις και προοπτικές στην ψυχική υγεία: Υπάρχει προκατάληψη για την ψυχιατρική;», Ψυχιατρική, τόμος 22 (τεύχος 4) σελ.283-289.

Μουρελή Φ. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση προς αναζήτηση του υποκειμένου, Αθήνα, Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, 2011.

Μπαζάλια Φ., Εναλλακτική Ψυχιατρική: Ενάντια στην απαισιοδοξία της λογικής για την αισιοδοξία της πράξης, Αθήνα, Καστανιώτης.

Μπιλανάκης Ν., Ψυχιατρική Περίθαλψη και Ανθρώπινα Δικαιώματα στην Ελλάδα, Αθήνα, Οδυσσέας, 2004.

Μπιλανάκης Ν., «Ακούσια νοσηλεία: Μια περίπτωση σύγκρουσης εισαγγελέα και ψυχιάτρου στην ερμηνεία του νόμου», Ψυχιατρική, τόμος 23(τεύχος 3), 2012 σελ.255-261.

Μπλου Ε., Η δημιουργία της ελληνικής ψυχιατρικής, Αθήνα, Εξάντας 1999.

Μπούρας Ν., «Η παγκόσμια ψυχική υγεία», Ψυχιατρική, τόμος 20 (τεύχος 4) σελ 293-294.

Οικονόμου Χ., Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις ευρωπαϊκές κοινωνίες, Αθήνα, Διόνικος, 2004.

Ομπέση Φ., Στοιχεία Δικαίου και Νοσηλευτική Νομοθεσία, Παραδόσεις 2003, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλονίκης.

Πάλλης Δ., Ν. Αποστόλου, Μ. Οικονόμου, Κ.Ν. Στεφανή, «Αναγκαστική νοσηλεία και βέλτιστη φροντίδα ψυχικής υγείας: Η ευρωπαϊκή προοπτική και το παράδειγμα της Ελλάδος», Ψυχιατρική, τόμος 18(τεύχος 4) σελ 307-314.

Πανάγου Α., «Η συμβολή του ΣτΠ στην πρόσβαση στον ιατρικό φάκελο του ψυχικά ασθενή: ιατρικό απόρρητο vs πρόσβαση σε έγγραφο», στον τόμο: «Ιατρικό Απόρρητο», Σάκκουλας, 2006, σελ.230-237.

Παπαδημητρίου Γ., Τα θεμελιώδη Δικαιώματα στην Εποχή μας, Πανεπιστημιακές Παραδόσεις, Αθήνα 2006.

Πλουμπίδης Δ., Τ. Γκαράνη-Παπαδάτου, Μ. Οικονόμου, «Αποϊδρυματισμός στην Ελλάδα: Ηθικά προβλήματα», Ψυχιατρική, τόμος 19 (τεύχος 4) σελ.320-329.

Pilgrim David, Rogers Anne, Κοινωνιολογία της ψυχικής υγείας και ασθένειας, Αθήνα, Τυπωθύτω, 2004.

Πολίτης Α., Γ. Τρίκκας, Α. Πεχλιβανίδης, Π. Μουρτζούχου, Γ.Ν. Χριστοδούλου – «Ακούσια νοσηλεία: Η αναγκαιότητα για εναλλακτική προσέγγιση», Περιοδικό Ψυχιατρική, τόμος 14 (τεύχος 2) σελ 101-109.

Πολύζος Ν, Μπαρτσώκας Δ, Πιερράκος Γ, Ασημακοπούλου Ι, Υφαντόπουλος Ι, «Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τόμος 22(τεύχος 3), σελ.284-295, 2005,

Ρούκουνας Ε., Διεθνής Προστασία των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, Αθήνα, Εστία 1995.

Σακέλλης Γ.- Βοηθός Συνήγορος του Πολίτη, Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: ανάγκες – προτάσεις – λύσεις, Θεσσαλονίκη, Σάκκουλας, 2009.

Στυλιανίδης Σ., Πολιτική Ψυχικής Υγείας, στο Κ. Σουλιώτης (επιμ.) Πολιτική και οικονομικά της υγείας, Αθήνα, Παπαζήσης, 2006.

Στυλιανίδης Σ., Ν. Θεοχαράκης, Π. Χονδρός, «Το μετέωρο βήμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα», Αρχαιολογία και Τέχνες, τεύχος 105, 2007, σελ.45-54.

Szasz T., Laing R., Δύο δοκίμια για την ψυχιατρική καταπίεση.

S. P. K. (Σοσιαλιστική Κοινότητα Ασθενών), Οι ψυχασθενείς ενάντια στο κεφάλαιο. Να μεταβάλουμε την αρρώστια σε όπλο, Αθήνα, Κομμούνα.

Τετράδια Ψυχιατρικής, «Ψυχική Υγεία και Δικαιώματα Ψυχασθενών», τεύχος 60, 1997.

Τετράδια Ψυχιατρικής, «Αποκατάσταση, Ψυχική Υγεία, Νομικό Πλαίσιο», τεύχος 46, 1994.

Τομαράς Β., Α. Παπαγεωργίου, Μ. Σολδάτου, Ρ. Γουρνέλλης, Γ.Ν. Χριστοδούλου – «Προς την επανένταξη του χρόνιου ψυχικά αρρώστου: Ένα πιλοτικό πρόγραμμα αναδοχής», Ψυχιατρική, τόμος 16 (τεύχος 3), σελ.217-224.

Thornicroft, G., Tansella M., Στυλιανίδης Σ. (επιμ.), Για μια καλύτερη φροντίδα της ψυχικής υγείας: Ηθική και Δεοντολογία, Τεκμήρια και Εμπειρία, Αθήνα, Μοτίβο Εκδοτική, 2010.

Υ.Υ.Κ.Α, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. *Εκθεση για την Παγκόσμια Υγεία, Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα*. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2001.

Υ.Υ.Κ.Α, Πακέτο οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας «Βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας», Ελληνική έκδ. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης- Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2004.

Υ.Υ.Κ.Α., Πακέτο οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας «Πολιτική, Σχέδια δράσης και προγράμματα ψυχικής υγείας», Ελληνική έκδ. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης- Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2004.

Υ.Υ.Κ.Α., Πακέτο οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας «Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας», Ελληνική έκδ. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης- Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2004.

Υ.Υ.Κ.Α., Πακέτο οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας «Νομοθεσία για την Ψυχική Υγεία και ανθρώπινα δικαιώματα», Ελληνική έκδ. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης- Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2004.

Υ.Υ.Κ.Α., Πακέτο οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας «Το πλαίσιο της Ψυχικής Υγείας», Ελληνική έκδ. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης- Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2004.

Υ.Υ.Κ.Α., Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης Ψυχαργώς – Β' φάση 2005, «Με το Ψυχαργώς για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα», ΠΥΠ, Αθήνα.

Υ.Υ.Κ.Α., «Υγεία, φροντίδα υγείας και πρόνοια στην Ελλάδα», Αθήνα, 2003.

Υ.Υ.Κ.Α. Έκθεση αξιολόγησης (προσχέδιο) των παρεμβάσεων εφαρμογής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000-2009, Αθήνα, 2010.

Υ.Υ.Κ.Α. «Δεκαετής πρόγραμμα ανάπτυξης μονάδων και δράσεων ψυχικής υγείας», ΨΥΧΑΡΓΩΣ Γ (2011-2020), 2012.

Φουκώ Μ., "Ιστορία της τρέλας στην κλασική εποχή", Αθήνα, Καλέντης, 2007.

Χριστοφιλόπουλος Δ., Εισαγωγή στο Δίκαιο, Πανεπιστημιακές Παραδόσεις, Αθήνα, Σάκουλας, 1986.

Χρυσόγονος Κ., Ατομικά και Κοινωνικά Δικαιώματα, Τρίτη αναθεωρημένη έκδοση, Αθήνα, Νομική Βιβλιοθήκη 2006.

Χρυσοσπάθη Σ., Εντατική θεραπεία: Δικαιώματα ασθενών και νοσηλευτική ηθική, διπλωματική εργασία, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, 2005.

Χρυσοσπάθη Σ., «Η Διαχρονική Εξέλιξη της Νομοθετικής Κατοχύρωσης των Δικαιωμάτων των Ασθενών», Νοσηλευτική, τόμος 48 (τεύχος 3), 2009, σελ. 284-291.

Εκθέσεις Φορέων

Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές,

- Διευκρινήσεις σχετικά με νομικά δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές παθήσεις, 2013.

- Κράτηση από τους δικαστικούς συμπαραστάτες της σύνταξης των ενοίκων που διαβιούν σε στεγαστικές δομές του Ν. 2716/1999 και κατοχή του Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας από τους ενοίκους αυτούς, 2013

- Έκθεση επίσκεψης στο 7^ο τμήμα του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, 2012

- Έκθεση πεπραγμένων, Οκτώβριος 2008 – Σεπτέμβριος 2009

- Εφαρμογή Περιοριστικών Μέτρων κατά την εκούσια εξέταση ή και νοσηλεία, 2008

Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, Αποφάσεις ετών 2001 - 2013 για θέματα που ανάγονται στο χώρο της υγείας.

Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, Έκθεση: Συναίνεση στη σχέση ιατρού-ασθενούς, 2010.

Εθνική Επιτροπή Δικαιωμάτων Ανθρώπου, Ζητήματα προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχιατρική εμπειρία στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, 2011.

ΕΕΔΑ, Συνδέοντας την ψυχική υγεία με τα ανθρώπινα δικαιώματα, 2011.

ΕΕΔΑ, Προτάσεις για την προστασία των δικαιωμάτων των ποινικά ακαταλόγιστων προσώπων υπό φύλαξη σε δημόσιο θεραπευτικό κατάστημα, 2003.

Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία, Έκθεση της επιτροπής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, 2006-2008.

Συνήγορος του Πολίτη, Αυτεπάγγελτη έρευνα για την Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών, 2007. <http://www.synigoros.gr>

Συνήγορος του Πολίτη, Έκθεση αυτοψίας στις νοσοκομειακές μονάδες και στα αστυνομικά κρατητήρια Ιωαννίνων σχετικά με τη διαδικασία ακούσιου εγκλεισμού ψυχασθενών, 2004. <http://www.synigoros.gr>

Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας-Πρόνοιας: Ετήσιες εκθέσεις πεπραγμένων, ετών 2002 – 2012.

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Πράσινο Βιβλίο, Βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Προς μια στρατηγική σχετικά με την ψυχική υγεία για την Ευρωπαϊκή Ένωση, Βρυξέλλες, 2005.

European Commission, Special Eurobarometer 345, Mental Health, 2010.

European Commission, Special Eurobarometer, Mental Well-being, 2006.

European Commission, Eurobarometer The mental health status of the European population, 2003.

European Commission Eurobarometer Attitudes of Europeans to disability, 2001.

http://ec.europa.eu/health/mental_health/eurobarometers/index_en.htm

Report and recommendations of the EU consultative platform on mental health, response to the ec Green Paper com (2005) 484, improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union, 2006.

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental_health

European Commission, Promoting Social Inclusion and Combating Stigma for better Mental Health and Well-being, Lisbon, 2010.

http://ec.europa.eu/health/mental_health/policy/index_en.htm

World Health Organization, Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group, 2010.

WHO, Improving health systems and services for mental health, 2009.

http://www.who.int/mental_health/en/

World Health Organization, Mental health policy, plans and programmes, 2005

World Health Organization, Mental Health Policy and Service Guidance Package, 2007, http://www.who.int/mental_health/policy/en/

WHO Quality Rights: act, unite and empower for better mental health

http://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/en/index.html

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ