

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Καταγραφή και μελέτη των ακουσίων ψυχιατρικών νοσηλειών κατοίκων του Νομού Κυκλάδων κατά τα έτη 2000 -2005»

Από τις

Δρομπόνη Φωτεινή Παπασάικα Ερασμιά

Α.Μ.:06020019

Α.Μ.:06020102

Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών
Τμήμα Ψυχολογίας

Ιούλιος 2007



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ	3
A. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	4
B. ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΟ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ ΠΑΡΕΛΘΟΝΤΟΣ.....	4
Γ. ΤΟ ΙΣΧΥΟΝ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ.....	6
Δ. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΚΑΙ ΚΡΙΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΣΧΥΟΥΣΑΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ	8
Ε. Η ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΥΠΟ ΤΟ ΠΡΙΣΜΑ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ.....	13
ΣΤ. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ: Η ΕΡΕΥΝΑ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ.....	16
II. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΚΥΚΛΑΔΩΝ:ΟΙ ΚΙΝΗΤΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ..	25
<i>i) Η ΚΜΨΥ Δυτικών Κυκλάδων</i>	<i>26</i>
<i>ii) Η ΚΜΨΥ Βορειοανατολικών Κυκλάδων.....</i>	<i>29</i>
<i>iii) Η ΚΜΨΥ Νοτιοανατολικών Κυκλάδων</i>	<i>31</i>
III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	33
A. ΤΥΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	34
B. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	34
Γ. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	36
Δ. ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ	36
IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	38
A. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΩΝ ΚΥΚΛΑΔΩΝ	39
B. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ.....	40
Γ. Η ΠΟΡΕΙΑ ΤΩΝ ΑΚΟΥΣΙΩΝ ΝΟΣΗΛΕΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 2000-2005.....	40
<i>i) Ακούσιες νοσηλείες από το νομό Κυκλάδων.....</i>	<i>40</i>
<i>ii) Ακούσιες και εκούσιες νοσηλείες ψυχικά ασθενών από το νομό Κυκλάδων</i>	<i>41</i>
<i>iii) Ακούσιες και εκούσιες νοσηλείες στα τρία Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της Αττικής.....</i>	<i>43</i>
Δ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ ΤΩΝ ΚΑΤΑΓΕΓΡΑΜΜΕΝΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	45
<i>i) Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά.....</i>	<i>45</i>
<i>ii) Κλινικά χαρακτηριστικά.....</i>	<i>47</i>
Ε. ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΝΗΣΙΩΝ ΤΩΝ ΚΥΚΛΑΔΩΝ.....	50
<i>i) Συγκρίσεις μεταξύ νησιών και ζωνών κάλυψης από τις ΚΜΨΥ.....</i>	<i>51</i>
<i>ii) Οι ακούσιες νοσηλείες σε αναλογία με τον πληθυσμό των νησιών στο σύνολο της εξαιτίας.....</i>	<i>54</i>
V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	57
A. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΙ ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	60

Β. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ	61
Γ. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΚΥΚΛΑΔΩΝ	62
Δ. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ	63
VI. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	65

ΔΡΟΜΠΟΝΗ & ΠΑΠΑΣΑΪΚΑ ΔΙΔΑΚΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑ

I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ-
ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ

A. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα έρευνα, που αποτελεί αντικείμενο της διπλωματικής μας εργασίας ως τελειοφοίτων του τμήματος Ψυχολογίας, έχει ως θέμα την καταγραφή και την μελέτη των ακούσιων νοσηλειών ψυχικά ασθενών προερχομένων από το Νομό Κυκλάδων σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας του νομού Αττικής.

Αφορμή για την συγκεκριμένη έρευνα αποτέλεσε η σχετικά πρόσφατη έναρξη λειτουργίας Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας στο νομό από την Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ) και από την ΚΛΙΜΑΚΑ. Οι μονάδες αυτές είναι οι πρώτες που παρέχουν υπηρεσίες κοινοτικής ψυχιατρικής στα νησιά των Κυκλάδων.

Είναι φανερό πως ο αριθμός των νοσηλειών σε ψυχιατρικά καταστήματα, και δη ο αριθμός των ακούσιων νοσηλειών, αποτελεί πάντα ένα δείκτη του επιπέδου ψυχικής υγείας ενός πληθυσμού, της ποιότητας των δομών και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ενός τόπου αλλά και της απόστασης που απέχει από το όραμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο επιχειρήσαμε να διερευνήσουμε τις επιδράσεις που άσκησαν οι νέες ΚΜΨΥ στο νομό μέσω της μελέτης της πορείας του αριθμού των αναγκαστικών νοσηλειών κατά τα έτη 2000-2005, δηλαδή 3 χρόνια πριν και 3 χρόνια μετά την έναρξη λειτουργίας τους.

Εκτός από τα αριθμητικά δεδομένα των ακούσιων εισαγωγών κατ' έτος, αξιολογήσαμε κάποια δημογραφικά χαρακτηριστικά των εισαχθέντων (φύλο, ηλικία, τόπος μόνιμης κατοικίας, οικογενειακή κατάσταση, ταμείο ασφάλισης), όπως και κάποια κλινικά χαρακτηριστικά (διάγνωση, διάρκεια νοσηλείας, μήνα εισαγωγής). Επίσης υπήρξαν συγκρίσεις με τα ποσοστά των εκούσιων εισαγωγών και επιδημιολογικές προεκτάσεις. Σαν ομάδα ελέγχου τέθηκε ο Νομός Δωδεκανήσου απουσία κοινοτικών υπηρεσιών.

Κεντρικός σκοπός της έρευνας είναι η ανάδειξη των αναγκών του νομού Κυκλάδων σε επίπεδο υπηρεσιών ψυχικής υγείας και η βελτίωση του σχεδιασμού των υπηρεσιών αυτών κεντρικά αλλά και τοπικά. Παράλληλα, μια μελέτη πάνω στις ακούσιες νοσηλίες δεν μπορεί παρά να αποκαλύψει την κατάσταση που επικρατεί στον Ελληνικό χώρο αναφορικά με την τήρηση του σχετικού νομικού πλαισίου, το σεβασμό στα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών, την έλλειψη κατάλληλων υποδομών, τις ανεπάρκειες στην περίθαλψη όλων των βαθμίδων.

B. ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΟ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ ΠΑΡΕΛΘΟΝΤΟΣ

Την ακούσια νοσηλεία αντιμετώπισε ήδη από τα μέσα του 19^{ου} αιώνα η ελληνική έννομη τάξη. Ο πρώτος ειδικός νόμος για την ψυχική υγεία στην Ελλάδα ήταν ο Ν. ΨΜΒ/186 «περί συστάσεως Φρενοκομείων». Ο νόμος αυτός ψηφίσθηκε το 1862 και ήταν ουσιαστικά αντιγραφή του γαλλικού νόμου του 1838.

Στην περίοδο της στρατιωτικής δικτατορίας, ο νόμος αυτός αντικαταστάθηκε από το Ν.Δ. 104/1973 «περί ψυχικής υγιεινής και περιθάλψεως των ψυχικώς πασχόντων», το άρθρο 4 του οποίου προέβλεπε ότι με αποφάσεις του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών «ρυθμίζονται τα της εισαγωγής και εξόδου εις τα εν άρθρω 1 καταστήματα των ψυχικώς νοσούντων ή πασχόντων...τα της νοσηλείας των, της καταβολής ή μη νοσηλείων ως και πάσα συναφής λεπτομέρεια». Σύμφωνα με ρητή επιφύλαξη που περιέχει η διάταξη αυτή, οι υπουργικές αποφάσεις δεν αφορούν τους ψυχικώς πάσχοντες που εγκλείονται στα ψυχιατρικά καταστήματα είτε με δικαστικές αποφάσεις είτε κατά το άρθρο 5 του νόμου με απόφαση του Εισαγγελέα Πρωτοδικών «ως επικίνδunami εις την δημοσίαν τάξην ή προσωπικήν ασφάλειαν των πολιτών ή δι' εαυτούς».

Βάσει του άρθρου 4 του ανωτέρω νόμου, εκδόθηκε η Γ2B/3036/1973 απόφαση του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών, το άρθρο 2 της οποίας ρύθμιζε την αναγκαστική νοσηλεία και αντικαταστάθηκε με την Α2B/οικ.5345/1978 απόφαση του ίδιου Υπουργού. Η αναγκαστική νοσηλεία μπορούσε να ζητηθεί είτε από συγγενή ορισμένου βαθμού είτε από τον Εισαγγελέα Πρωτοδικών. Προβλεπόταν μάλιστα διαδικασία διαπίστωσης της ψυχικής νόσου και θεώρησης της απόφασης του ή των ψυχιάτρων από τον Εισαγγελέα Πρωτοδικών, ο οποίος διέτασσε την εισαγωγή του ασθενή στο ψυχιατρείο δια της αστυνομικής αρχής. Την διαδικασία αυτή μπορούσε να κινήσει και κάθε τρίτος ή η αστυνομική αρχή σε περίπτωση που ο ασθενής μπορούσε να βλάψει τον εαυτό του ή τρίτο και είχε ανάγκη επείγουσας νοσηλείας. Κατά της απόφασης των ψυχιάτρων για αναγκαστική νοσηλεία προβλεπόταν δικαίωμα ένστασης των συγγενών, του ασθενή και τρίτων, η οποία εξεταζόταν από Επιτροπή υπό την προεδρία καθηγητή Ψυχιατρικής ή αναπληρωτή.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι, σύμφωνα με το Ν.Δ. 104/1973, η αναγκαστική νοσηλεία ψυχικά ασθενών αποφαιζόταν από τους ψυχιάτρους, θεωρείτο δε μόνο η γραπτή απόφασή τους από τον αρμόδιο Εισαγγελέα Πρωτοδικών (άρθρο 4), προφανώς για να διαπιστωθεί αν τηρήθηκε η οριζόμενη από το νόμο διαδικασία. Ο Εισαγγελέας Πρωτοδικών είχε αποφασιστική αρμοδιότητα μόνο για την αναγκαστική νοσηλεία των επικίνδυνων ψυχοπαθών σε κατεπείγουσες περιπτώσεις (άρθρο 5). Δικαστική απόφαση προβλεπόταν μόνο για να κριθεί αίτηση εκείνων που δικαιούνταν να ζητήσουν την ακούσια νοσηλεία περί εξόδου του ασθενή από το ψυχιατρείο.¹

Καθίσταται λοιπόν φανερό ότι ο παραπάνω νόμος παρουσίαζε σημαντικά προβλήματα. Σύμφωνα με την από 8/2/1992 εισηγητική έκθεση επί του Ν. 2071/1992 (κεφάλαιο περί ψυχικής υγείας), «το Ν.Δ. 104/1973... αγνοεί τα θεμελιώδη δικαιώματα του ανθρώπου για σεβασμό της αξιοπρέπειας και της ελευθερίας του. Συγκεκριμένα το Ν.Δ. αυτό με το άρθρο 4 δε διαγράφει κανένα πλαίσιο εγγυήσεων των θεμελιωδών δικαιωμάτων του ανθρώπου και αναθέτει σε υπουργικές αποφάσεις να καθορίζουν την εισαγωγή των ασθενών σε ψυχιατρικό κατάστημα, χωρίς να αντιμετωπίζει ουσιαστικά την έξοδο τους. Έτσι, όμως, η εισαγωγή καταλήγει συχνά σε χρονικά απροσδιόριστη παραμονή, με συνέπεια τα ψυχιατρικά νοσοκομεία να είναι συγχρόνως, και μάλιστα κυρίως, άσυλα». Είναι σαφείς οι λόγοι για τους οποίους ο νόμος αυτός έπρεπε να αντικατασταθεί άμεσα, και πόσο μάλλον υπό την αυξανόμενη πίεση της τότε ΕΟΚ.

Γ. ΤΟ ΙΣΧΥΟΝ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Η ανάγκη για ουσιαστική αναμόρφωση της ελληνικής νομοθεσίας για την αναγκαστική νοσηλεία επιβλήθηκε από τα προγράμματα που προωθήθηκαν από τον κανονισμό 815/1984 της ΕΟΚ για την «επαγγελματική κατάρτιση και την κοινωνική αποκατάσταση των προσώπων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές»². Με την εφαρμογή του Ν. 2071/1992 υπό τον γενικό τίτλο «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας» γίνεται μια απόπειρα προσαρμογής της ελληνικής νομοθεσίας που διέπει το θεσμικό πλαίσιο για την ψυχική υγεία προς τις αντίστοιχες ευρωπαϊκές νομοθεσίες.

Ήδη το 1983 έγινε αποδεκτή από την Επιτροπή των Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης η πρόταση κανονισμού R (83) 2 για την «νομική προστασία προσώπων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή και εισάγονται ως ακούσιοι πάσχοντες»³. Βασικά σημεία της πρότασης είναι τα ακόλουθα:

- η πολιτική, θρησκευτική ή άλλη διαφωνία δεν μπορεί να θεωρείται λόγος εγκλεισμού και η δυσκολία προσαρμογής σε ηθικές, κοινωνικές, πολιτικές ή άλλες αξίες αυτή καθαυτή δεν πρέπει να θεωρείται ψυχική διαταραχή (άρθρο 2)
- η απόφαση για την ακούσια νοσηλεία πρέπει να λαμβάνεται από ένα δικαστικό όργανο ή κάθε άλλη αρμόδια αρχή που θα καθορίζεται από το Νόμο (άρθρο 4, παρ.1)
- ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται αμέσως για το δικαίωμα του να ασκήσει ένδικο μέσα ενώπιον του δικαστηρίου με απλή και σύντομη διαδικασία. Οι δικαστικές αποφάσεις πρέπει να είναι εφέσιμες. Επίσης πρέπει να υποδεικνύεται ένα πρόσωπο που καθήκον του είναι να βοηθήσει τον ασθενή να αποφασίσει αν θα κάνει έφεση (άρθρο 4, παρ.2)
- ο ασθενής διατηρεί το δικαίωμα να επικοινωνεί με κάθε αρμόδια αρχή ή με δικηγόρο και να ταχυδρομεί επιστολές χωρίς να παραβιάζεται το απόρρητο (άρθρο 6)
- η ακούσια νοσηλεία πρέπει να έχει περιορισμένη διάρκεια ή να επανεξετάζεται κατά συχνά χρονικά διαστήματα. Μπορεί να διακοπεί ανά πάσα στιγμή με απόφαση ενός γιατρού ή μιας αρμόδιας αρχής^{4, 5}

Ανάλογες θέσεις διατυπώθηκαν κι αργότερα με κύριο γνώμονα το σεβασμό στα ανθρώπινα δικαιώματα και την μεγαλύτερη ελευθερία του ψυχιάτρου να εκτιμήσει ευρύτερα την ανάγκη θεραπείας, όπως οι οδηγίες του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (1986) ή η Διακήρυξη για τα δικαιώματα και τη νομική προστασία του ψυχικά ασθενούς (1989)⁶. Ωστόσο βάση για τη διαμόρφωση του Ν. 2071/1992 αποτέλεσε ξεκάθαρα η πρόταση R (83) 2.

Για την αναμόρφωση της ελληνικής νομοθεσίας για την ακούσια νοσηλεία συστάθηκε επιτροπή αποτελούμενη από ψυχιάτρους και νομικούς κι εκπόνησε κείμενο, που μετά από νομοτεχνική επεξεργασία, ενσωματώθηκε στον ισχύοντα Νόμο του Κράτους 2071/1992 (άρθρα 95-100)⁵.

Ακούσια νοσηλεία, όπως αναφέρεται στο άρθρο 95, είναι η χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς εισαγωγή και παραμονή του, για θεραπεία, σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία είναι το άτομο να πάσχει από ψυχική διαταραχή, να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του εξαιτίας της διαταραχής αυτής και η έλλειψη νοσηλείας να έχει ως συνέπεια είτε να αποκλεισθεί η θεραπεία του είτε να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του. Ο νομοθέτης αναφέρει ρητά ότι η αδυναμία ή η άρνηση προσώπου να προσαρμόζεται στις κοινωνικές ή ηθικές ή πολιτικές αξίες, που φαίνεται να επικρατούν στην κοινωνία δεν αποτελεί καθαυτή ψυχική διαταραχή (όπως πρότεινε και η R (83) 2).

Η αίτηση για ακούσια νοσηλεία του φερόμενου ως ασθενή, που απευθύνεται προς τον Εισαγγελέα Πρωτοδικών του τόπου κατοικίας, μπορεί να γίνει από σύζυγο, συγγενή σε ευθεία γραμμή απεριόριστα, συγγενή εκ πλαγίου μέχρι και το β' βαθμό, από τον έχοντα την επιμέλεια του προσώπου ή τον επίτροπο δικαστικά απαγορευμένου. Σε επείγουσα μόνο περίπτωση, αν δεν υπάρχει κανένα από αυτά τα πρόσωπα, την ακούσια νοσηλεία μπορεί να ζητήσει αυτεπάγγελα ο Εισαγγελέας Πρωτοδικών. Την ακούσια νοσηλεία δεν μπορεί να ζητήσει και «πας τρίτος» όπως επιτρεπόταν από τον προηγούμενο νόμο. (άρθρο 96, παρ.1)

Την αίτηση πρέπει να συνοδεύουν αιτιολογημένες γραπτές γνωματεύσεις δυο ψυχιάτρων ή ενός ψυχιάτρου κι ενός γιατρού παρεμφερούς ειδικότητας σε περίπτωση που δεν υπάρχει δεύτερος ψυχίατρος. Ο νομοθέτης τονίζει πως οι παραπάνω γιατροί δεν πρέπει να έχουν συγγενική σχέση με τον εξεταζόμενο ή τον αιτούντα. (άρθρο 96, παρ.2)

Εάν οι γνωματεύσεις συμπίπτουν και συμφωνούν για την ανάγκη ακούσιας νοσηλείας και ο εισαγγελέας διαπιστώσει ότι τηρήθηκαν οι οριζόμενες από το νόμο προϋποθέσεις, διατάζει τη μεταφορά του ασθενούς σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Εάν οι γνωματεύσεις διαφέρουν, ο εισαγγελέας μπορεί να διατάξει τη μεταφορά του φερόμενου ως ασθενή εισάγοντας οπωσδήποτε την αίτηση στο Πολυμελές Πρωτοδικείο. (άρθρο 96, παρ.4)

Η σημαντική, από άποψη καινοτομίας, υποχρέωση που ορίζεται σε αυτή την παράγραφο είναι η *ενημέρωση του ασθενούς αμέσως μόλις γίνει η μεταφορά του στην ΜΨΥ*, από το διευθυντή ή άλλο πρόσωπο στο οποίο έχει ανατεθεί το καθήκον αυτό, *για τα δικαιώματά του και ειδικότερα το δικαίωμά του να ασκήσει ένδικο μέσο*. Για την ενημέρωση αυτή μάλιστα συντάσσεται πρακτικό που υπογράφεται από τον υποχρεωμένο να ενημερώσει και από τον συνοδό του ασθενή.

Σε περίπτωση που η διαδικασία κινείται αυτεπάγγελα από τον εισαγγελέα ή που η εξέταση του ασθενή είναι ανέφικτη, λόγω άρνησης του να εξεταστεί, ο εισαγγελέας πρωτοδικών δικαιούται να διατάξει τη μεταφορά του ασθενή για εξέταση σε δημόσια ψυχιατρική κλινική. Η παραμονή όμως εκεί δεν μπορεί να ξεπεράσει το χρονικό όριο των 48 ωρών (και φυσικά δεν τίθεται εδώ θέμα εργασιμων ή μη ημερών!). (άρθρο 96, παρ. 5)

Σε τρεις ημέρες από τη μεταφορά του ασθενή στη ΜΨΥ, ο εισαγγελέας με αίτησή του εισάγει την υπόθεση στο πολυμελές πρωτοδικείο, το οποίο πρέπει να συνεδριάσει μέσα σε δέκα ημέρες κλεισμένων των θυρών. Στη συνεδρίαση καλείται πριν από 48 ώρες ο ασθενής, οποίος δικαιούται να παραστεί με δικηγόρο και με ψυχίατρο ως τεχνικό

σύμβουλο. Μάλιστα οι προθεσμίες αυτές μπορούν να συντμηθούν σε περίπτωση επικινδυνότητας του φερόμενου ως ασθενή. (άρθρο 96, παρ. 6)

Το δικαστήριο, σε περίπτωση που οι ιατρικές γνωματεύσεις διαφέρουν ή δεν είναι πειστικές ή όταν ο επιστημονικός διευθυντής της ΜΨΥ διατυπώνει αντίθετη γνώμη, διατάζει την εξέταση του ασθενή κι από άλλο ψυχίατρο, κατά προτίμηση επίκουρο τουλάχιστον καθηγητή ή επιστημονικό διευθυντή δημόσιας ΜΨΥ ή το νόμιμο αναπληρωτή του. Αν απορριφθεί η αίτηση για ακούσια νοσηλεία, διατάσσεται η άμεση έξοδος του ασθενή. (άρθρο 96, παρ. 7, 8)

Μέσα σε προθεσμία δυο μηνών από τη δημοσίευση της δικαστικής απόφασης, μπορεί ο ασθενής να ασκήσει έφεση και ανακοπή κατά της απόφασης του πρωτόδικείου. Ανακοπή μπορεί να ασκήσει και ο επιστημονικός διευθυντής της ΜΨΥ. Το εφετείο μπορεί αν ζητήσει και νέα γνωμάτευση ψυχιάτρου ή ό,τι άλλο κρίνει απαραίτητο. (άρθρο 97)

Ο νομοθέτης καθιστά σαφές ότι προτεραιότητα δίνεται στη θεραπεία του ασθενούς. Οι συνθήκες ακούσιας νοσηλείας συνεπώς πρέπει να εξυπηρετούν τις ανάγκες της θεραπείας. Οι αναγκαίοι περιορισμοί που επιβάλλονται στην ατομική ελευθερία του ασθενή προσδιορίζονται μόνο από την κατάσταση της υγείας του και τις ανάγκες νοσηλείας και δεν επιτρέπεται να αποκλείουν απαραίτητα για τη θεραπεία μέσα, όπως άδειες, οργανωμένες εξόδους, κλπ. (άρθρο 98)

Η ακούσια νοσηλεία παύει όταν παύουν να συντρέχουν και οι λόγοι που την προκάλεσαν. Ο επιστημονικός διευθυντής της ΜΨΥ οφείλει να χορηγήσει εξιτήριο και συγχρόνως να κοινοποιήσει σχετική έκθεση στον εισαγγελέα. Μετά τη πάροδο των τριών πρώτων μηνών, αυτός κι ένας ακόμη ψυχίατρος υποβάλουν έκθεση στον εισαγγελέα για την κατάσταση της υγείας του ασθενή, στην οποία δικαιολογούν την ανάγκη παράτασης της νοσηλείας. (άρθρο 99, παρ. 1, 2)

Η διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας πάντως δεν μπορεί να υπερβεί τους έξι μήνες. Σε όλως εξαιρετικές περιπτώσεις, αυτό είναι δυνατό μόνο μετά από σύμφωνη γνώμη επιτροπής τριών ψυχιάτρων, εκ των οποίων ένας είναι ο θεράπων και οι υπόλοιποι ορίζονται από τον εισαγγελέα. (άρθρο 99, παρ.2, 4)⁷

Δ. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΚΑΙ ΚΡΙΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΣΧΥΟΥΣΑΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Ο ακούσιος εγκλεισμός των ψυχικά ασθενών σε ψυχιατρικά καταστήματα, ένα μέτρο εξαιρετικά επαχθές για τα θεμελιώδη δικαιώματα του ανθρώπου, ως στερητικό της ελευθερίας του και συνεπαγόμενο σοβαρή επέμβαση στην προσωπικότητα και την κοινωνική ταυτότητά του, πράγματι υπό το προηγούμενο νομοθετικό καθεστώς λαμβανόταν χωρίς εγγυήσεις ελέγχου της ορθότητάς του από τις υπουργικές αποφάσεις που όριζαν τους ουσιαστικούς όρους εφαρμογής του². Ήδη όμως από το 1992 αυτό το μέτρο τελεί υπό τις εγγυήσεις του νόμου που αναλύσαμε στην προηγούμενη ενότητα.

Η κατάργηση του Ν.Δ.104/1973, που δεν παρείχε δικαιοκρατικές εγγυήσεις, και η εισαγωγή δικαστικών εγγυήσεων για τον έλεγχο της ορθότητας των εγκλεισμών με τα άρθρα 95-100 του Ν.2071/1992 ήταν βήμα ουσιαστικά αλλά και τοπικά αναγκαίο για την προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας προς το ισχύον Σύνταγμα αλλά και προς τη Σύμβαση της Ρώμης. Ο δικαστικός έλεγχος του ακούσιου εγκλεισμού στα ψυχιατρεία δεν οφείλεται βέβαια στην αντίληψη ότι η δικαστική κρίση θα μπορούσε εν προκειμένω να είναι εγκυρότερη επιστημονικά από την ιατρική. Καταξιώνεται χάρη στις διαδικαστικές εγγυήσεις που περιβάλλουν τη δίκη: δυνατότητα που κρινόμενος να υπερασπίσει τον εαυτό του είτε με αυτοπρόσωπη παράσταση είτε με δικηγόρο, δυνατότητά του να τεκμηριώσει τις αντιρρήσεις του με προσαγωγή τεχνικού συμβούλου-ψυχιάτρου, δυνατότητα να ασκήσει έφεση, κλπ.⁸

Για πρώτη φορά ο ακουσίως εγκλειόμενος σε ψυχιατρικό ίδρυμα αντιμετωπίζεται ως άτομο με δικαιώματα, με δικαίωμα ατομικής- ψυχιατρικής υπεράσπισης κατά του ακούσιου εγκλεισμού του και, πάνω απ' όλα, με δυνατότητα χρήσης ένδικων μέσων κατά της απόφασης του εγκλεισμού του. Επίσης, για πρώτη φορά ορίζεται ως ανώτατο όριο της ακούσιας νοσηλεία αυτό των 6 μηνών. Αυτή είναι, κατά τη γνώμη μας η σημαντικότερη καινοτομία του ανωτέρω νομοθετήματος.

Δυστυχώς, όμως, αν εστιάσουμε στο πώς λειτουργεί ο νόμος αυτός στην πρακτική εφαρμογή του, τα συμπεράσματα είναι το λιγότερο απογοητευτικά και οδηγούν πράγματι σε σκεπτικισμό και προβληματισμό για τη σκοπιμότητα περαιτέρω ισχύος του. Κι αυτό γιατί παρά τις όποιες θετικές ρυθμίσεις πέραν των άλλων σκοντάφτει στην έλλειψη αναγκαίας υποδομής για την πιστή τήρησή του.

Έλεγχος των στοιχείων κίνησης των εισαγωγών στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης για το χρονικό διάστημα 7/1992 - 12/1993, δηλαδή αμέσως μετά την έναρξη ισχύος του νόμου, οδήγησε στις εξής διαπιστώσεις:

- ✓ παρά τη δημοσίευση και ισχύ του νέου νόμου 2071/92, σημαντικός αριθμός ακούσιων εισαγωγών (12,1% επί του συνόλου των εισαγωγών) έγινε με τον προηγούμενο νόμο 104/73. Μάλιστα με το νόμο αυτό εξακολουθούσαν να γίνονται οι εισαγωγές μέχρι τα τέλη του 1993, δηλαδή ενάμισο έτος μετά την έναρξη εφαρμογής του νέου νόμου.
- ✓ από τους εισαχθέντες με τη διαδικασία του νέου νόμου, μόνο ένα ποσοστό 4,8% παρίστατο στη δίκη αυτοπροσώπως. Ενώ το υπόλοιπο ποσοστό (95,2%) με ποικίλους τρόπους (όπως η ιατρική γνωμάτευση περί αδυναμίας παραστάσεως στο δικαστήριο λόγω της ψυχικής τους κατάστασης, η μετατροπή της εισαγωγής σε εκούσια με πειθαναγκασμό, εξιτήριο ή φυγή πριν από την εκδίκαση της υπόθεσης) δεν κατέστη δυνατόν να παραστεί στο δικαστήριο.
- ✓ από τα άτομα που προαναφέρθηκαν, στη δικαστική διαδικασία κανένα δεν είχε νομική υποστήριξη ή ψυχίατρο σύμβουλο, ενώ κανένας από τους εγκλεισθέντες δεν χρησιμοποίησε ένδικα μέσα (έφεση, ανακοπή).

- ✓ οι ακουσίως εγκλεισθέντες, στο μεγαλύτερο αριθμό τους, δεν είχαν ενημερωθεί για τα δικαιώματά τους. Αυτό αποδεικνύεται από το γεγονός ότι σε κανένα φάκελο νοσηλευθέντος δεν υπήρχε το οριζόμενο από το νόμο πρακτικό ενημέρωσης.⁴

Από αναδρομική έρευνα για την ακούσια νοσηλεία σε συνολικά 251 ασθενείς, και πάλι στο ΨΝΘ, κατά το έτος 1999, προέκυψαν τα εξής:

- ✓ κανένας από τους εκούσια νοσηλευομένους ή ο συνοδός του δεν είχε υπογράψει το σχετικό πρακτικό ενημέρωσης για τα δικαιώματά του
- ✓ το χρονικό όριο των 48 ωρών για την ολοκλήρωση της διαγνωστικής διαδικασίας δεν τηρήθηκε σε 13 από τους 40 ασθενείς που εισήχθησαν με εισαγγελική εντολή για εξέταση (εύρος 0-5 ημέρες)
- ✓ το χρονικό όριο των 10 ημερών για την εκδίκαση της υπόθεσης στο Πρωτοδικείο δεν τηρήθηκε για 48 ασθενείς από τους 74 που εισήχθησαν μετά από εισαγγελική εντολή είτε για εξέταση είτε για νοσηλεία (εύρος 1-60 ημέρες)
- ✓ κανένας από τους εκούσια νοσηλευομένους ασθενείς δεν παρέστη στο δικαστήριο
- ✓ στις περιπτώσεις παράτασης της νοσηλείας πέραν των τριών μηνών δεν ζητήθηκε ανανέωση της εισαγγελικής εντολής

Σκεπτικισμό προκαλεί το εύρημα ότι ένας στους επτά εκούσια νοσηλευομένους κηρύχθηκε σε φυγή και ένας στους τέσσερις καθελώθηκε (!), χωρίς να υπάρξει αίτηση για εισαγγελική παραγγελία ακούσιας νοσηλείας.⁹

Συμπληρωματικά, αξίζει να αναφερθούν κάποια στοιχεία μιας μη ολοκληρωμένης μελέτης σε ασθενείς που εξετάστηκαν μετά από εισαγγελική εντολή στα εξωτερικά ιατρεία του Αιγινήτειου νοσοκομείου, το μήνα Οκτώβριο τριών διαδοχικών ετών (1994 - 1996). Σε μεγάλο ποσοστό των πιστοποιητικών που σχετιζόνταν με την ακούσια νοσηλεία συνέχιζε να υπάρχει μια υπογραφή ψυχιάτρου κι όχι δύο, όπως ορίζει ο νόμος. Αυτό συνέβαινε κυρίως τις απογευματινές και βραδινές ώρες, όπου δεν εφημέρευε δεύτερος ψυχίατρος. Το ποσοστό αυτό σταδιακά μειώθηκε μέσα στην τριετία.²⁰

Με βάση έρευνα σε σχετικές αποφάσεις που εκδόθηκαν από το Μονομέλές Πρωτοδικείο Αθηνών, όπου ο νέος νόμος άρχισε να εφαρμόζεται με κάποια καθυστέρηση από το 1996 και μετά, κατά το έτος 2002 παρατηρήθηκαν τα ακόλουθα:

- ✓ από τις 90 δικαστικές αποφάσεις που έκαναν δεκτές τις αιτήσεις για ακούσια νοσηλεία, στις 60 ο φερόμενος ως ασθενής είχε ερημοδικασθεί, μόνον δε στις λοιπές 30 ήταν παρών και συνοδευόταν από συνοδό του νοσοκομείου κι όχι από συνήγορο ή τεχνικό σύμβουλο
- ✓ στο σύνολο τους οι αποφάσεις που δέχονταν τις αιτήσεις για ακούσια νοσηλεία έκαναν απλή μνεία της κατάθεσης του φερόμενου ως ασθενή, χωρίς στην πραγματικότητα να την αξιολογούν, αφού συμφωνούσαν πάντα με τις γνωματεύσεις των ψυχιάτρων, στις οποίες και εξ ολοκλήρου θεμελιώναν την κατάφαση των αιτήσεων

- ✓ μετά από τόσα εφαρμογής του νόμου, όχι μόνο δεν υπήρξε προσαρμογή στις προθεσμίες που έτασε, αντίθετα αυτές είχαν συλλήβδην σε όλες σχεδόν τις υποθέσεις του δείγματος από το Πρωτοδικείο Αθηνών καταστρατηθεί.

Κατά τα έτη 2002-2004, ο χρόνος που μεσολαβούσε από την υποβολή της αίτησης αναγκαστικής νοσηλείας μέχρι και την έκδοση αποφάσεως ανερχόταν κατά μέσο όρο στους 5 μήνες. Η εισαγγελέας που διεξήγαγε την έρευνα εδστοχα θέτει τον προβληματισμό: «Υπό το πρίσμα των σοβαρών καθυστερήσεων που με βεβαιότητα θα προκύψουν, κατά ως άνω, στο μέλλον μέχρι την έκδοση δικαστικών αποφάσεων επί αιτήσεων αναγκαστικής νοσηλείας, διερωτάται κανείς εάν είναι ποτέ δυνατόν να υπάρξει απορριπτική απόφαση με το αιτιολογικό ότι ο φερόμενος ως ψυχοπαθής δεν έχρηζε εξ αρχής αναγκαστικής νοσηλείας, στην περίπτωση που αυτός κατά το χρόνο έκδοσης της σχετικής απόφασης θα έχει ήδη νοσηλευτεί επί εξάμηνο σε ψυχιατρική κλινική!»².

Τέλος, ο Συνήγορος του Πολίτη έχει επανειλημμένως διερευνήσει τα προβλήματα που ανακύπτουν κατά την εφαρμογή των άρθρων 95-100 του Ν2071/92, αφού έχει κατ' επανάληψη δεχτεί αναφορές πολιτών σχετικά με θέματα που αφορούν στη διαδικασία ακούσιου εγκλεισμού ψυχικά ασθενών. Σε πόρισμά του, μετά την ολοκλήρωση έρευνας για την εισαγωγή και παραμονή πολίτη στο Δρομοκαΐτειο ΨΝΑ, διαπιστώνει τα εξής:

- ✓ αν και η μεταφορά της ενδιαφερόμενης έγινε αποκλειστικά για λόγους εξέτασης και ακολούθως σύνταξης ιατρικών γνωματεύσεων, εντούτοις αυτή εισήχθη αμέσως και άρχισε η αναγκαστική νοσηλεία της, χωρίς να υπάρχει σχετικό νομικό έρεισμα
- ✓ το όριο των 48 ωρών μέσα στο οποίο οφείλει να γίνει η εξέταση, καθώς και το όριο των 13 συνολικά ημερών μέχρι την εκδίκαση της υπόθεσης παραβιάστηκαν

Όπως αναφέρεται στο κείμενο, πέραν των χρονικών ορίων που θέτει ο νόμος «...δεν υπάρχει νομιμοποιητικός λόγος για την ακούσια νοσηλεία του ασθενούς στο ψυχιατρικό κατάστημα. Συνεπώς δε νοείται αυτοδίκαιη παράταση της αναγκαστικής νοσηλείας του εισαχθέντος στο ψυχιατρικό κατάστημα». Καταλήγει στο συμπέρασμα ότι παρουσιάζονται αστοχίες στη συνεννόηση των εμπλεκόμενων υπηρεσιών (Εισαγγελικής αρχής, Αστυνομίας, Νοσοκομείου) κατά τη διάρκεια ακούσιας εξέτασης και νοσηλείας και ότι η μη τήρηση των όρων της νομοθεσίας για την ακούσια νοσηλεία φαίνεται να αποτελεί γενικευμένη πρακτική¹⁰.

Σε πρόσφατη ειδική έκθεση που υπέβαλλε στον Πρωθυπουργό, την Πρόεδρο της Βουλής και τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης παρουσίασε συμπεράσματα που στηρίχθηκαν στη μελέτη 179 αναγκαστικών εγκλεισμών που διενεργήθηκαν μετά την έναρξη ισχύος του Ν.2071/92 στο Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο και στο ΨΝΑ. Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι:

- ✓ από τα κείμενα των γνωματεύσεων 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, όπως ορίζει ο νόμος. Συνεπώς, δεν καλύπτεται η απαίτηση του νόμου για αιτιολογημένες γνωματεύσεις.

- ✓ στο 97% των περιπτώσεων η μεταφορά των ασθενών έγινε από την αστυνομία κι όχι από το ΕΚΑΒ, γεγονός που υποδηλώνει την αντιμετώπιση των ψυχικά πασχόντων ως «δυνάμει επικίνδυνων προσώπων» και όχι ασθενών.
- ✓ δεν προκύπτει με βεβαιότητα ότι οι ασθενείς ενημερώθηκαν επαρκώς για τα δικαιώματά τους και ειδικότερα για το δικαίωμά τους να ασκήσουν ένδικο μέσο.
- ✓ στις μισές περιπτώσεις που εξετάστηκαν δεν βρέθηκε κλήση για δίκη, σε ποσοστό 84% δεν βρέθηκε δικαστική απόφαση περί εγκλεισμού, το διατακτικό των δικαστικών αποφάσεων στηρίχθηκε στις αρχικές συνοπτικές γνωματεύσεις που έγιναν κατά την εισαγωγή του ασθενούς. Ακόμη και σε περιπτώσεις που ο εγκλεισμός είχε πολύ μεγάλη διάρκεια, δεν βρέθηκε νεότερη γνωμάτευση-εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή.

Ο Συνήγορος του Πολίτη καταλήγει στο συμπέρασμα ότι στην πράξη αναιρείται η βασική επιδίωξη του νόμου, δηλαδή ο δικαστικός έλεγχος του ακούσιου εγκλεισμού, που αποτελεί βασική εγγύηση της προστασίας των δικαιωμάτων του ψυχικά ασθενή¹¹.

Απ' όσα προηγήθηκαν, διαπιστώνουμε ότι, κατά την πρακτική εφαρμογή του Ν.2071/92, οι διατάξεις που τις περισσότερες φορές δεν ακολουθούνται είναι αυτές που κυρίως φροντίζουν για την προστασία των ατομικών και συνταγματικών δικαιωμάτων του ασθενή. Στην κλινική πράξη, ο τρόπος εισαγωγής και νοσηλείας αντιμετωπίζονται ως τυπικό και γραφειοκρατικό ζήτημα, αποκομμένο κι ανεξάρτητο από τη θεραπευτική διαδικασία⁹.

Ο ψυχίατρος καλείται να διαδραματίσει έναν διπλό κι αντιφατικό ρόλο: θεραπευτή αλλά και εγγυητή της δημόσιας ασφάλειας¹². Συνεπώς, η έννοια της «επικινδυνότητας» καταλαμβάνει σημαντικό ρόλο, όχι μόνο στη δικαστική κρίση, αλλά και στην κρίση του ψυχιάτρου. Επιπλέον, συχνά η λεπτομερής διερεύνηση της επικινδυνότητας προς τρίτους θέτει σε δεύτερη μοίρα αυτή της πιο εκτεταμένης επικινδυνότητας προς εαυτό και της ανάγκης πρόληψής της¹³. Ως εκ τούτου, η ακούσια νοσηλεία μπορεί να εξυπηρετεί *φυλακτική σκοπιμότητα*, σε βάρος της θεραπευτικής και τα δικαιώματά του ασθενή μπορεί να περιορίζονται μπροστά στην «ασφάλεια» του κοινωνικού συνόλου.

Για το πόσο γενικευμένο είναι το πρόβλημα σχετικά με το ρόλο του ψυχιάτρου στην ακούσια νοσηλεία, ενδεικτική είναι η άποψη του Γάλλου Gerald Rossinelli (2006) που χαρακτηρίζει την ψυχιατρική ως *ιατρικο-νομική επιστήμη* που περνάει κρίση. Τονίζει ότι ο ρόλος του νομικού πλαισίου συνεχώς υποβαθμίζεται και εγκομονεί ο κίνδυνος της ψυχιατροποίησης των παράνομων πράξεων. Αναφέρεται και αυτός στην πολυπλοκότητα των δραστηριοτήτων των ψυχιάτρων που αναλαμβάνουν την φροντίδα του αρρώστου από την μια και τον τιμωρούν τοποθετώντας τον σε νοσοκομείο χωρίς την έγκρισή του από την άλλη. Γι' αυτό τον λόγο, κρίνεται απαραίτητη η πλήρης κατάρτιση, σε θεωρητικό και πρακτικό επίπεδο, των ψυχιάτρων²¹.

Παρατηρείται επίσης συχνά ότι τα δικαστήρια δεν μπορούν να αντιληφθούν το θεραπευτικό χαρακτήρα μιας υποχρεωτικής εισαγωγής στο νοσοκομείο. Λειτουργώντας κυρίως γραφειοκρατικά δεν αποτυγχάνουν να αναλάβουν το ρόλο μεσολαβητικής αρχής ανάμεσα στο πρόσωπο που υποφέρει, τον περίγυρο και τις ψυχιατρικές υπηρεσίες. Έτσι,

υπάρχει ο κίνδυνος για τον ασθενή να αισθάνεται ότι κρίνεται για την ίδια του την αρρώστια, αν το δικαστήριο δεν περιορίσει το ρόλο του σε αυτόν του εγγυητή των ατομικών ελευθεριών, προστατεύοντας το άτομο από ένα παράνομο εγκλεισμό¹⁴.

Ωστόσο, η δυσκολία προσαρμογής στο νόμο δεν σημαίνει αναγκαία ότι ο νόμος αυτός δεν έκανε σημαντικά βήματα προς την κατεύθυνση της περιφρούρησης των δικαιωμάτων του φερόμενου ως ψυχικά ασθενή, εναπόκειται δε στους εφαρμοστές του νόμου, αλλά και στον φερόμενο ως ψυχικά ασθενή, να δώσουν σάρκα και οστά στα δικαιώματα αυτά¹⁵.

Πιστεύουμε ότι ο Ν.2071/1992, παρά την «απροθυμία» των εμπλεκόμενων φορέων για την ουσιαστική εφαρμογή του, παρά την έλλειψη υποδομών έμψυχων και υλικοτεχνικών, περιέχει δυναμική δεδομένου ότι κινείται προς τη σωστή κατεύθυνση της αναγνώρισης των δικαιωμάτων των ακουσίως εγκλεισμένων και ευθυγραμμίζεται με την σχετική ευρωπαϊκή πολιτική.

Πιθανόν να έχει ανάγκη σήμερα από αναθεώρηση, αλλά αναμφίβολα η αναθεώρηση καθ' αυτή, όσο προοδευτική και ελπιδοφόρα κι αν θεωρηθεί, δεν θα φέρει καμία ουσιαστική αλλαγή στην καθημερινή πρακτική της ακούσιας νοσηλείας, αν δεν υπάρχει διάθεση για δράση, διάθεση για υιοθέτηση των αλλαγών.

Η ανάγκη επιμόρφωσης των κλινικών ψυχιάτρων αλλά και των δικαστών στη Δικαστική Ψυχιατρική και Ψυχολογία για έναν επικοινωνητικότερο μεταξύ τους διάλογο εκεί όπου τα αντικείμενά τους συναντώνται, όσο και η δημιουργία ειδικής Ψυχιατροδικαστικής Κρατικής Υπηρεσίας για τη διενέργεια αυξημένου κύρους ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης είναι επιτακτική². Η σύσταση επιτροπής αρμόδιας για τον χειρισμό νομικών ζητημάτων μέσα σε κάθε ΜΨΥ είναι επίσης ένα σημαντικό βήμα. Σε κάθε περίπτωση, η ενημέρωση των εμπλεκόμενων φορέων θα καταστήσει εμφανή τα πλεονεκτήματα που προκύπτουν προς την κατεύθυνση της υπεράσπισης των δικαιωμάτων μιας μερίδας πολιτών, οι οποίοι με τις προϋπάρχουσες νομοθεσίες υπέστησαν σημαντικές αυθαιρεσίες.

Ε. Η ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΥΠΟ ΤΟ ΠΡΙΣΜΑ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ

Η ακούσια νοσηλεία συνεπάγεται μια ante delictum στέρηση της προσωπικής ελευθερίας και ιατρική επέμβαση χωρίς τη συναίνεση του ατόμου και στις δυο περιπτώσεις. Μόλις χρειάζεται να σημειωθεί ότι αυτή η ενέργεια προσβάλλει πλειονα αγαθά του ατόμου: την προσωπική (φυσική) ελευθερία, την προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια. Παραβιάζει βασικά ατομικά ανθρώπινα δικαιώματα: το δικαίωμα του ανθρώπου να αυτό-ορίζεται ως ασθενής ελέγχων τον εγκέφαλό του, το δικαίωμά του να επιλέγει τον ψυχίατρο του, το δικαίωμα

στην αποδοχή ή όχι θεραπείας, η οποία σκοπό έχει να του αλλάξει την πεμπτουσία της ύπαρξής του, δηλαδή τον τρόπο που σκέπτεται και αισθάνεται¹⁶.

Αν προσθέσουμε στα παραπάνω και το γεγονός ότι παριστά άσκηση κρατικής εξουσίας (άρθρα 2, 5, 6 του Συντάγματος), κατανοούμε ότι πρέπει να είναι μέτρο εξαιρετικό και να λαμβάνει χώρα χάριν του θεραπευτικού αποτελέσματος. Επομένως, σε περίπτωση αμφιβολίας πρέπει να επικρατεί η υπέρ της ελευθερίας επιλογή. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο ο νόμος που προβλέπει τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας καθιερώνει εγγυήσεις και δη δικαστικές με θέσπιση και συντόμων προθεσμιών για την ολοκλήρωση αυτής.

Έτσι την ακούσια νοσηλεία τη διατάσσει μόνο το δικαστήριο. Ακόμα και η παρέμβαση του εισαγγελέα, που προπαρασκευάζει και εισάγει την αίτηση ακούσιας νοσηλείας στο δικαστήριο και δίνει εντολή για μεταφορά του φερόμενου ως ψυχικά ασθενή σε ΜΨΥ για εξέταση, αποτελεί μορφή βίαιης επέμβασης στην ελευθερία του ατόμου.

Η συχνή δε παραβίαση των προθεσμιών που ορίζει ο νόμος αφήνει το άτομο απροστάτευτο. Μάλιστα, σε μια τέτοια περίπτωση, όταν το δικαστήριο απορρίπτει την αίτηση διότι δεν συντρέχουν οι προϋποθέσεις αναγκαστικής νοσηλείας και δη ύπαρξης ψυχικής διαταραχής, τότε η προσβολή του ατόμου είναι αθεράπευτη¹⁷.

Οι λόγοι αναγκαστικής νοσηλείας, που θα μπορούσαν να συνοψιστούν στην επικινδυνότητα και την ανάγκη για θεραπεία, σχετίζονται κι αυτοί με τα συνταγματικά δικαιώματα ενός ατόμου.

Η επικινδυνότητα αφορά το άτομο και ορίζεται ως η αυξημένη πιθανότητα διάπραξης κάποιας άδικης πράξης (πρόκληση σημαντικής σωματικής ή ψυχολογικής βλάβης ή σημαντική καταστροφή περιουσίας) που χαρακτηρίζει το άτομο αυτό. Ο γιατρός καλείται να *προβλέπει* αν υπάρχει μελλοντική απειλή για τη ζωή και την ασφάλεια του ασθενή και των άλλων. Με το χαρακτηρισμό ενός ατόμου ως επικινδυνου δεν εκτιμάται η παρούσα κατάσταση, αλλά πιθανολογείται η μελλοντική του συμπεριφορά. Η έννοια της επικινδυνότητας δεν έχει μια αυτοδύναμη δυνατότητα ύπαρξης, αντιθέτως γεννιέται μέσα στο πλαίσιο συγκεκριμένων ιδεολογικο-κοινωνικών προσδιορισμών^{18,19}. Εύλογα ξεπηδούν προβληματισμοί του τύπου: κατά πόσο έγκορη μπορεί να είναι μια τέτοια πρόβλεψη, ακόμα κι αν περιβάλλεται από «επιστημονικά» κριτήρια; για πόσο καιρό μπορεί να ισχύει; πώς μπορεί να προσδιοριστεί μια σχέση αιτίου-αιτιατού μεταξύ μιας ψυχικής πάθησης και μιας μελλοντικής βίαιης συμπεριφοράς; Συχνά, η ανάλυση της επικινδυνότητας προς τους άλλους απορροφά όλη την προσοχή μας και παραβλέπουμε την διερεύνηση της πιο εκτεταμένης επικινδυνότητας που στρέφεται ενάντια στον εαυτό. *Γεννάται λοιπόν το ερώτημα αν η σχετικότητα που έχει η ιατρική πρόβλεψη για την επικινδυνότητα ενός συγκεκριμένου ψυχικά ασθενή, είναι γνωστή και αποδεκτή από τη νομική επιστήμη που απαιτεί ακρίβεια στις διατυπώσεις της και πέρα κάθε λογικής αμφιβολίας δεδομένα για να δικαιολογηθεί η παραβίαση των συνταγματικών ελευθεριών ενός ατόμου¹³.*

Όσον αφορά στην ανάγκη θεραπείας ψυχικά ασθενών, μόνο η αδυναμία κρίσης με βάση το συμφέρον τους αίρει την αρχή της αυτονομίας, καθώς τότε, ούτως ή άλλως δεν

μπορούμε να μιλήσουμε για αυτονομία του ατόμου. Ορισμένες φορές οι γιατροί έχουν την τάση να αξιολογούν πέρα από το νόμο την ανάγκη θεραπείας, χωρίς όμως να δέχονται μετέπειτα παράπονα από τον ασθενή ή τους συγγενείς. Κι αυτό διότι φαίνεται να γίνεται δεκτή η λύση που δίνουν οι γιατροί στο δίλημμα μεταξύ της ανάγκης θεραπείας και των δικαιωμάτων του ατόμου. Η πατερναλιστική στάση της ψυχιατρικής απέναντι στον ψυχικά ασθενή φαίνεται να επιβεβαιώνεται εδώ, καθώς όπως έδειξε και πρόσφατη έρευνα, οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους αισθάνονται να βρίσκονται σε θέση αδυναμίας, εξάρτησης, ιδρυματοποίησης, χωρίς εναλλακτικές λύσεις.

Σημαντική νομική προσπάθεια προστασίας των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων, πέρα από την πρόταση R(83)2 στην οποία έχουμε ήδη αναφερθεί, αποτελεί η απόφαση 46/119 της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών για την «Προστασία προσώπων με ψυχική νόσο και τη βελτίωση της φροντίδας για την ψυχική υγεία», που υιοθετήθηκε στις 17 Δεκεμβρίου 1991. Η απόφαση αυτή καθορίζει ένα σύνολο βασικών δικαιωμάτων που θεωρούνται διεθνώς απαραβίαστα και συνάδουν με προηγούμενα συναφή γενικότερου ενδιαφέροντος ή ειδικότερου χαρακτήρα διεθνή κείμενα για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, όπως το Διεθνές Χάρτη Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (1976), τη Διακήρυξη της Χαβάης I/II (1977/1983), τη Διακήρυξη για τα δικαιώματα και τη νομική προστασία του ψυχικά ασθενούς (1989), κ.ά.

Με βάση κείμενα σαν τα παραπάνω, καταλήγουμε απαριθμώντας τα ειδικότερα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών που αποτελούν ταυτόχρονες υποχρεώσεις του Κράτους των Μονάδων Ψυχικής Υγείας και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας:

- το δικαίωμα στην αξιοπρεπή περίθαλψη (εκούσια και ακούσια)
- το δικαίωμα στην ισότιμη μεταχείριση
- το δικαίωμα στην ενημέρωση για τα δικαιώματά τους, την κατάσταση της υγείας τους και τη θεραπεία τους
- το δικαίωμα στην προστασία των προσωπικών δεδομένων
- το δικαίωμα στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση
- το δικαίωμα στην ζωή στην κοινότητα, που εντάσσεται στο γενικότερο κοινωνικό δικαίωμα για την εφαρμογή πολιτικών αποασυλοποίησης και καταπολέμησης του στίγματος
- το δικαίωμα στη διεκδίκηση αξιώσεων. ⁶

Τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων και η άσκησή τους κατά τρόπο ουσιαστικό και αποτελεσματικό είναι μια δυναμική διαδικασία που περικλείει αντίστοιχα δικαιώματα και υποχρεώσεις των επαγγελματιών. Το θεσμικό πλαίσιο στη Ελλάδα αξιολογείται ως επαρκές στο βαθμό που εγγυάται τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, τα οποία στο ευρύτερο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης δεν βρίσκονται πλέον στο περιθώριο του δικαίου και της δικαιοσύνης. Εναπόκειται πια στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας να ενθαρρύνουν την άσκηση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και κυρίως να απέχουν από πρακτικές περιορισμού τους. Ειδικά όταν πρόκειται για εξαιρετικές, από άποψη σπουδαιότητας για την ελευθερία και την αξιοπρέπεια του

ατόμου, περιπτώσεις, σαν την ακούσια νοσηλεία, η συμβολή των επαγγελματιών είναι ζωτικής σημασίας.

ΣΤ. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ: Η ΕΡΕΥΝΑ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Το θέμα της ακούσιας νοσηλείας έχει προβληματίσει πολλούς ερευνητές λόγω του διττού του χαρακτήρα ως μέτρου στερητικού της ελευθερίας και ταυτόχρονα απαραίτητου για την εξασφάλιση του δικαιώματος στη θεραπεία. Κατά συνέπεια, υπάρχει πλήθος ερευνών που έχουν ασχοληθεί με αυτή, από τις οποίες εμείς θα παραθέσουμε, σε αυτό το σημείο, αυτές που θεωρήσαμε πιο σημαντικές μέσα από την ανασκόπηση της ελληνικής, αγγλικής και γαλλικής βιβλιογραφίας.

Ξεκινώντας, θα παρουσιάσουμε μια αντίστοιχη έρευνα με τη δική μας, ιδιαίτερα ως προς τον στόχο, η οποία διενεργήθηκε από τον Μιχάλη Μαδιανό και την Μαρίνα Οικονόμου (1999)^{22,23}. Στο πλαίσιο της ανάπτυξης των κοινοτικών υπηρεσιών και της αποασυλοποίησης, δημιουργήθηκε το 1979 το πρώτο Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (ΚΚΨΥ) στην Ελλάδα, το οποίο εξυπηρετεί δύο δήμους, του Βύρωνα και της Καισαριανής.

Επιδιώκοντας να μετρήσουν την επίδραση του ΚΚΨΥ στην συχνότητα χρήσης ψυχιατρικών υπηρεσιών από τους κατοίκους, οι ερευνητές συνέλεξαν στοιχεία εισαγωγών από δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία για τα έτη 1979, 1985, 1991 και 1995. Επίσης, για τα έτη 1978-1986, ο Δήμος Ζωγράφου χρησιμοποιήθηκε ως ομάδα ελέγχου γιατί μέχρι το 1986 δεν λειτουργούσε καμία υπηρεσία Κοινοτικής Ψυχιατρικής.

Τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν τα εξής: στην διαχρονική μελέτη για τα έτη 1979-1995 σημειώθηκε στατιστικά σημαντική μείωση της τάξεως 61%, 93,5%, 73,1% και 71,8% ως προς τον αριθμό εισαγωγών (συμπεριλαμβανομένων και των επανεισαγωγών), των ακούσιων νοσηλείων, των εισαγωγών στον δημόσιο τομέα και τη διάρκεια νοσηλείας, αντίστοιχα. Οι εισαγωγές στον ιδιωτικό τομέα δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική μείωση. Σχετικά με την κατανομή των διαγνώσεων, μείωση άνω της τάξεως του 50% υπήρξε για τα οργανικά ψυχοσύνδρομα (-88,4%), το σύνδρομο εξάρτησης από αλκοόλ (-80%), την εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες (-60%), τις νευρωτικές διαταραχές και τις διαταραχές προσωπικότητας (50%). Αύξηση, ωστόσο, παρατηρήθηκε στις συναισθηματικές ψυχώσεις (+13,8%). Επίσης μόνο για τα έτη 1985 και 1991, σημειώθηκε αύξηση στον αριθμό εισαγωγών ασθενών που έπασχαν από σχιζοφρένεια. Το ίδιο συνέβη το 1985 για το σύνδρομο εξάρτησης από αλκοόλ και το 1991 για την εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες.

Τέλος, όσον αφορά στα αποτελέσματα της έρευνας συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, υπήρξε σαφής μειωτική τάση όλων των ψυχιατρικών εκτάκτων περιστατικών ατόμων που ήταν κάτοικοι στην περιοχή ευθύνης του Κέντρου. Σημαντική ήταν, επίσης, η μείωση των εισαγγελικών περιστατικών καθώς, μεταξύ 1978 και 1986, η εκατοστιαία

διαφορά των δύο συγκρινόμενων περιοχών (Δήμοι Βύρωνα – Καισαριανής και Δήμος Ζωγράφου) έφθασε το 66%.

Σε αντιδιαστολή με την θετική επίδραση του ΚΚΨΥ, θα αναφέρουμε την μειωμένη επίδραση των αντίστοιχων κοινοτικών μονάδων και Κέντρων Ημέρας στη Γαλλία. Ο Charles Alezrah²⁴ διαπίστωσε ότι οι ακούσιες νοσηλίες ενός Τομέα στην πόλη Thuir, ο πληθυσμός της οποίας είναι 67.000, συνεχίζονται να αυξάνονται για τα έτη 1992-2002, παρά το ψήφισμα των νόμων 30/6/1990 και 4/3/2002 που πριμοδοτούν την έννοια της ελευθερίας και των δικαιωμάτων του ατόμου. Ωστόσο, οι υπηρεσίες των νοσοκομείων είναι πλέον κορεσμένες και, αρκετές φορές, δεν υπάρχουν διαθέσιμα κρεβάτια. Έτσι, ο ασθενής είναι πιθανό να νοσηλευθεί σε άλλου είδους υπηρεσία από αυτή που τον εξυπηρετεί.

Παράλληλα, οι ανάγκες κι οι επισκέψεις σε εξω-νοσοκομειακές δομές αυξάνονται για τα έτη 1992-2002. Η επείγουσα ανάγκη για φροντίδα γίνεται όλο και πιο έντονη αλλά κι ο χρόνος που προσφέρεται είναι περιορισμένος, λόγω των μη επαρκών υπηρεσιών. Επόμενο είναι η ποιότητα της προσφερόμενης φροντίδας να φθίνει. Στην έρευνα, όμως, προέκυψαν και δύο αισιόδοξα ευρήματα: α) οι ενδο-νοσοκομειακές και οι εξω-νοσοκομειακές δομές μπορούν να καλύπτουν ασθενείς με το ίδιο φάσμα διαγνώσεων και β) τα οργανικά ψυχοσύνδρομα χρήζουν νοσηλείας σε μικρό βαθμό.

Συνεχίζοντας την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, θα αναφερθούμε σε μελέτες που προσπάθησαν να αποτυπώσουν το προφίλ των ασθενών που νοσηλεύθηκαν ακούσια. Μία από αυτές έλαβε χώρα στην Α' Ψυχιατρική Κλινική του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (2003)²⁵. Συγκεκριμένα, διερευνήθηκαν οι παράγοντες, δημογραφικοί και κλινικοί, που επηρεάζουν την ακούσια νοσηλεία ασθενών.

Βρέθηκε ότι αυτοί που νοσηλεύθηκαν ακούσια, είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι άνδρες (53%), να πάσχουν από ψυχωτικές διαταραχές (63,4%), και από διπολική διαταραχή (16%). Αντίθετα, το μικρότερο ποσοστό διαγνώσεων ήταν η μείζονα κατάθλιψη και οι νευρώσεις (2,7%), διότι αυτές επικρατούσαν στις εκούσιες νοσηλίες. Επίσης, όσοι εργάζονταν, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους ήταν εργάτες (17%) και αυτοαπασχολούμενοι (14,3%). Υπήρχε ιστορικό ακούσιας νοσηλείας σε διπλάσιο ποσοστό απ' ότι στους εκουσίως νοσηλευόμενους. Η διάρκεια νοσηλείας ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στην περίπτωση των ακούσιων περιστατικών.

Αξιοσημείωτο εύρημα είναι, τέλος, ότι στο σύνολο των ασθενών ο τρόπος εισαγωγής (ακούσια ή εκούσια) συσχετιζόταν σημαντικά με τον αριθμό των προηγούμενων ακούσιων νοσηλείων, οριακά με τη διάγνωση και το επάγγελμα και καθόλου με την οικογενειακή κατάσταση. Ωστόσο, στην μερίδα των ασθενών που νοσηλεύθηκαν για πρώτη φορά, ο τρόπος εισαγωγής δεν συσχετιζόταν με τη διάγνωση και την κατάχρηση ουσιών.

Τον ίδιο χρόνο δημοσιεύθηκε η έρευνα των Γεωργιάδου Ε., Μαστρογιάννη Α., Συγγελάκη Μ. και Καραστεργίου Α.,⁹ η οποία συμφωνεί με κάποια από τα παραπάνω αποτελέσματα. Μελέτησαν 251 νοσηλευθέντες στο Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης που αποτελεί τον κύριο αποδέκτη ακούσιων

εισαγωγών στη Βόρεια Ελλάδα. Συγκεκριμένα, το 78,1% των εισαγωγών με εισαγγελική παρέμβαση ήταν άγαμοι και το 68,1% έπασχε από ψυχωσική διαταραχή. Η διάρκεια νοσηλείας, όταν ξεπερνούσε τους δύο μήνες, ήταν τρεις φορές πιο πιθανό να αφορά ασθενείς με ακούσια νοσηλεία.

Επιπρόσθετα, άλλη μία έρευνα πάνω στις αναγκαστικές εισαγωγές κατέγραψε τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών που νοσηλεύθηκαν στο Ψυχιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας, «Αγ. Παντελεήμων». ^{26,27} Συγκρίθηκαν τα χαρακτηριστικά των ακουσίων κι εκουσίων νοσηλειών που έλαβαν χώρα το διάστημα από 1/6/2000 έως 31/12/2002. Ανάμεσα στις δύο ομάδες βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την ηλικία και τη διάγνωση «Σχιζοφρένεια κι άλλες ψυχωτικές διαταραχές», γεγονός που μαρτυρά την συσχέτιση χρόνιας ψύχωσης και ακούσιας νοσηλείας.

Σχετικά με τα εισαγγελικά περιστατικά, διαπιστώθηκε ότι άνδρες ήταν εκείνοι που παραπέμπονταν συχνότερα κι ότι η πλειοψηφία των ασθενών είχε διάγνωση «Σχιζοφρένεια κι άλλες ψυχωτικές διαταραχές» (79,19%). Ακολούθησαν με εντοπωσιακή διαφορά οι διαταραχές προσωπικότητας (5,43%), οι συναισθηματικές διαταραχές (4,52%), τα οργανικά ψυχοσύνδρομα (4,52%), ο χρόνιος αλκοολισμός (2,26%) και η τοξικομανία (1,36%). Σημαντικό εύρημα, τέλος, είναι η εκρηκτική αύξηση των ακούσιων κι εκουσίων εισαγωγών από τις 1/6/2000 έως τις 31/12/2002.

Αξίζει να διευκρινιστεί ότι, σύμφωνα με απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας που ελήφθη στις 1/6/2000, οι Ψυχιατρικοί Τομείς των Γενικών Νοσοκομείων υποχρεούνται να δέχονται ακούσιες νοσηλείες, εκτός από τις εκουσίες που δέχονταν μέχρι τότε. Αυτό συνέβη με αφορμή τον σεισμό στην Αττική το 1999 και τις υλικές συνέπειες που προκλήθηκαν στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής και στο Δρομοκαϊτειο. Παρόλο που στις 13/7/2001 με υπουργική απόφαση αυξήθηκαν οι εισαγωγές στα ψυχιατρεία σε 30 ανά εβδομάδα, αυτό δεν στάθηκε εμπόδιο *τα ανοιχτά ψυχιατρικά τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων να μετατραπούν σε ανοιχτά-κλειστά*, όπου οι ασθενείς που νοσηλεύονται εκούσια εκ των πραγμάτων υφίστανται τα «αστυνομικά» μέτρα που εφαρμόζονται τους εισαγγελικούς ασθενείς. Τέλος, θλιβερό είναι το φαινόμενο των ράντζων που άρχισε από τότε να επικρατεί λόγω της ανεπάρκειας των κλινών. Η τελευταία είναι αυτή που, κάποιες φορές, αναγκάζει τους συγγενείς χρόνιων, κυρίως, αρρώστων να επιδιώκουν την έκδοση εισαγγελικής παραγγελίας, ώστε να «εκβιάζονται» οι γιατροί για να τους δεχτούν.

Στοιχεία που μαρτυρούν την έλλειψη υπηρεσιών ψυχικής υγείας και αποκατάστασης παραθέτει ο Δημήτρης Πλουμπίδης, Επίκουρος Καθηγητής του Πανεπιστημίου Αθηνών, τα οποία ήρθαν στην επιφάνεια μέσω της καταγραφής ακούσιων εξετάσεων στα εξωτερικά ιατρεία του Αιγινήτειου Νοσοκομείου τα έτη 1994, 1995 και 1996. ²⁰

Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι περισσότεροι ασθενείς (άνδρες και γυναίκες) με ψυχωτικές διαταραχές είναι άνεργοι κι ανεπάγγελτοι. Επιπλέον, η συντριπτική πλειοψηφία των ανδρών με ψυχωτικές διαταραχές είναι οι άγαμοι. Η υψηλή συσχέτιση ακούσιων εξετάσεων κι ακούσιων νοσηλειών αποτελεί, επίσης, δείκτη μη επαρκών

κοινοτικών δομών: α) σχεδόν όλοι οι εξεταζόμενοι με διάγνωση μείζονος ψυχικής διαταραχής εισάγονται και β) ένας σημαντικός αριθμός εξεταζόμενων εισάγεται για νοσηλεία καθώς η ακούσια εξέταση αποτελεί την πρώτη επαφή με την ψυχιατρική φροντίδα.

Στο ίδιο νοσοκομείο, λίγα χρόνια αργότερα (1997-1998), η επιστημονική ομάδα της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, προσπάθησε να αναπτύξει μια εναλλακτική πρόταση που ονομάστηκε *ακούσια εξω-νοσοκομειακή δέσμευση στη θεραπεία*.²⁸ Αρχικά ο ασθενής προσερχόταν ακουσίως, κατόπιν όμως συμφωνούσε να συνεργαστεί στην εφαρμογή εκούσιας θεραπείας στην κοινότητα κι επανεξεταζόταν τακτικά πάλι με τη διαδικασία της ακούσιας εξέτασης. Σκοπός της έρευνας ήταν η κατάγραφή χαρακτηριστικών των ασθενών που προσήλθαν για ακούσια εξέταση και ακολούθησαν την εξω-νοσοκομειακή θεραπεία και η σύγκριση τους με τους ασθενείς που έλαβαν ενδο-νοσοκομειακή ή και εκούσια θεραπεία.

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι ασθενείς που ακολούθησαν την εναλλακτική προσέγγιση ήταν άνδρες, μέσης ηλικίας, αρκετά λειτουργικοί και είχαν λιγότερες νοσηλείες στο ενεργητικό τους απ' ότι εκείνοι της ενδο-νοσοκομειακής θεραπείας, αλλά περισσότερες από τους ασθενείς που νοσηλεύονταν εκούσια. Σύντομο ήταν επίσης το διάστημα που μεσολάβησε από την έναρξη των ενοχλητικών συμπεριφορών έως την εξέταση.* Ωστόσο, η παραληρητική συμπεριφορά ήταν εντονότερη στις ομάδες της ακούσιας δέσμευσης και νοσηλείας.

Η κλινική πρακτική αποκαλύπτει ότι η εναλλακτική προσέγγιση δεν εφαρμόζεται και οι πιθανοί λόγοι είναι αρκετοί : η μη συνεργασία του υποστηρικτικού περιβάλλοντος και ο φόβος που επικρατεί, η αδυναμία να εφαρμοσθεί σε όλους τους ασθενείς, η αδυναμία παροχής εξω-νοσοκομειακής φροντίδας γενικότερα, η απροθυμία των κοινοτικών φορέων και η έλλειψη σχετικής νομοθετικής ρύθμισης.

Νομοθετικό πλαίσιο που να ορίζει μία παρόμοια προσέγγιση έχει εφαρμοστεί στην Γαλλία στην περίπτωση όμως διάπραξης βίαιων πράξεων.²⁹ Σύμφωνα με τον νόμο 4/3/2002, όπως τον αναφέρει ο Jean-Louis Senon σε μια εργασία του, η ακούσια νοσηλεία των ψυχικά ασθενών δεν είναι υποχρεωτική και δεν επιβάλλεται από τον αρμόδιο δικαστή. Η ακούσια κράτηση ενδέχεται να γίνει στην περίπτωση ισχύος και των τριών προϋποθέσεων: ύπαρξη ψυχικής ασθένειας, επιτακτική ανάγκη φροντίδας του ασθενούς και δημιουργία ταραχών στη δημόσια τάξη. Εάν δεν πληρούνται οι τρεις προϋποθέσεις, τότε οι υπηρεσίες των Κινητών Μονάδων αναλαμβάνουν την ακούσια θεραπεία του. Η Γαλλία είναι η μόνη ευρωπαϊκή χώρα στην οποία ισχύει αυτός ο νόμος και διαφοροποιείται από τις υπόλοιπες στις οποίες επιβάλλεται πιο εύκολα ο ακούσιος εγκλεισμός από τον δικαστή στην περίπτωση νομικών παραβάσεων του ψυχικά ασθενούς. Προτείνεται η ακούσια θεραπεία να πραγματοποιείται χωρίς διακοπή της εργασίας των ασθενών, επιτρέποντάς τους να διατηρούν παράλληλα την οικογενειακή και κοινωνική τους ζωή.

* *Σημείωση* : Στην συγκεκριμένη έρευνα, οι ενοχλητικές συμπεριφορές αναφέρονται στην επιθετική και παραληρητική συμπεριφορά.

Επιπλέον, κρίνεται απαραίτητη η περαιτέρω ανάπτυξη νοσοκομειακών και κοινοτικών μονάδων με στόχο την επιτυχή αποκατάσταση κι επανένταξη των ασθενών. Ωστόσο η πραγματικότητα της Γαλλίας δε διαφέρει κατά πολύ από αυτή της Ελλάδος : τόσο η έλλειψη κατάλληλων υποδομών όσο και η παγιωμένη αντίληψη της κοινωνίας περί επικινδυνότητας των ψυχικά νοσούντων δεν επιτρέπουν την εξέλιξη τέτοιων πρωτοποριακών ιδεών.

Οι επόμενες δύο έρευνες ασχολήθηκαν με την αναθεώρηση της άποψης των ασθενών περί της ακούσιας νοσηλείας τους.

Η πρώτη έρευνα είναι ελληνική και πραγματοποιήθηκε για το Γ' Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.³⁰ Βρέθηκε πως οχτώ στους δέκα ασθενείς, που είχαν αρχικά νοσηλευθεί ακούσια, θεώρησαν αργότερα πως ήταν αναγκαίο να γίνει. Η αλλαγή της γνώμης σχετίστηκε με την αποδοχή της ύπαρξης ψυχικής νόσου κατά την εισαγωγή (ύπαρξη εναισθησίας). Πολλοί από τους ασθενείς που δεν άλλαξαν γνώμη, είχαν διαγνωστική εκτίμηση σχιζοφρένειας (71,4%). Ωστόσο τα αρνητικά συναισθήματα του θυμού, της εξαπάτησης και της αίσθησης απόδοσης μειωμένης δικαισύνης, φάνηκε να εξακολουθούν να υπάρχουν και η θεώρηση ότι η διαδικασία νοσηλείας τους ήταν αρνητική γι' αυτούς, δεν άλλαξε. Συμπερασματικά, εκτός του μεγάλου ηθικού ζητήματος, αναδεικνύεται η προβληματική του κατά πόσον είναι εφικτό να δημιουργηθεί το κατάλληλο θεραπευτικό πλαίσιο όταν η νοσηλεία γίνεται ακούσια. Σε αυτό το σημείο, γίνεται έκδηλη η αναγκαιότητα για μια εναλλακτική προσέγγιση.

Πιο διεξοδικά με το θέμα της μετατροπής της ακούσιας νοσηλείας σε εκούσια ασχολήθηκαν, στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, οι J. Crow και M. Compton.³¹ Μέτρησαν όχι μόνο τα κοινωνικοδημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ακούσια και εκούσια νοσηλευόμενων, αλλά και των ασθενών που η ακούσια νοσηλεία τους μετετράπη σε εκούσια κατά τη διάρκεια παραμονής τους στο νοσοκομείο. Η τελευταία ομάδα για να διαφοροποιείται ευκρινώς από τις άλλες δύο θα αναφέρεται ως ομάδα ΑΚΟΥΣ→ΕΚΟΥΣ.

Από το σύνολο των ασθενών, το 24,7% άνηκε στην ομάδα των εκούσιων νοσηλείων, το 35,7% στην ομάδα ΑΚΟΥΣ→ΕΚΟΥΣ και το 39,6% στην ομάδα των εισαγγελικών περιστατικών. Όσον αφορά στην τελευταία ομάδα, βρέθηκε ότι ήταν εκείνοι που ήταν πιο πιθανό να παίρνουν επίδομα από το κράτος σε ποσοστό 61,1%. Επίσης, η διάρκεια παραμονής τους στο νοσοκομείο ήταν η μικρότερη κι αυτό πιθανώς να σχετίζεται με νομικούς περιορισμούς. Εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι οι ασθενείς με εισαγγελική παρέμβαση πρέπει να επανεξεταστούν μετά από το μικρό διάστημα των πέντε ημερών για να διαπιστωθεί αν χρειάζεται να συνεχιστεί η ακούσια νοσηλεία τους. Το μικρό διάστημα νοσηλείας τους (Μ.Ο. 8,4 μέρες) σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες συνδέεται με μεγαλύτερο αριθμό νοσηλείων στο παρελθόν, εξαιτίας του ότι η θεραπεία δεν προλαβαίνει να ολοκληρωθεί. Συνέπεια αυτού, όπως διαπιστώνεται στην έρευνα, είναι να παρουσιάζουν περισσότερα ψυχωτικά συμπτώματα στην έξοδο τους. Ωστόσο, είναι 4,5 φορές λιγότερο πιθανό, συγκριτικά με τις άλλες δύο ομάδες, να αναφερθούν πιθανά ιατρικά προβλήματα που χρειάζονται φαρμακοθεραπεία.

Οι ομάδες της ακούσιας νοσηλείας και ΑΚΟΥΣ→ΕΚΟΥΣ δεν διέφεραν σημαντικά στην εμφάνιση ψυχωτικών συμπτωμάτων και στην αναφορά ιατρικών προβλημάτων. Όμως, στην ομάδα ΑΚΟΥΣ→ΕΚΟΥΣ συνταγογραφούνταν τα λιγότερα φάρμακα κατά την έξοδό τους. Πιθανώς οι ψυχίατροι τα μείωναν από την στιγμή της αλλαγής του τρόπου νοσηλείας τους.

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι τρεις παράγοντες συμβάλλουν στον τρόπο νοσηλείας (ακούσια ή εκούσια) κατά την είσοδο και την έξοδο των ασθενών: α) ο αριθμός των ψυχωτικών συμπτωμάτων, β) ο αριθμός των αναφερόμενων ιατρικών προβλημάτων που χρειάζονται φαρμακευτική αγωγή και γ) ο αριθμός των χορηγούμενων φαρμάκων.

Στο επόμενο μέρος της βιβλιογραφίας, θα ασχοληθούμε με τις *αναγκαστικές νοσηλείες ασθενών προερχόμενων από μειονοτικές ομάδες* καθώς τα αποτελέσματα των ερευνών χρήζουν προσοχής.

Εκκινώντας της ανασκόπηση της ελληνικής βιβλιογραφίας, θα αναφερθούμε στην ανακοίνωση των αποτελεσμάτων μιας έρευνας σε τοπικό συνέδριο που πραγματοποιήθηκε στην Θράκη. Έγινε καταγραφή των εισαγωγών στο Ψυχιατρικό Τμήμα του Πανεπιστημίου Γενικού Νοσοκομείου της Αλεξανδρούπολης κατά τη διάρκεια των ετών 1999-2003.³² Χαρακτηριστικό γνώρισμα της περιοχής είναι ότι στο γενικό πληθυσμό περιλαμβάνονται, εκτός από Χριστιανοί, Μουσουλμάνοι και Πόντιοι. Έτσι μετρήθηκε η επίδραση του πολιτισμικού υποβάθρου. Όπως ήταν αναμενόμενο, υπήρξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων. Συγκεκριμένα, το ποσοστό των αναγκαστικών νοσηλείων ήταν μεγαλύτερο για τους Πόντιους. Από την άλλη, οι Μουσουλμάνοι είχαν το μικρότερο ποσοστό εισαγωγών. Αξίζει να σημειωθεί ότι καμία γυναίκα Μουσουλμάνα δεν νοσηλεύθηκε ακούσια.

Σε Έλληνα ερευνητή ανήκει και η μελέτη που ασχολείται με τα κοινωνικοδημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ακούσια νοσηλευόμενων προερχόμενων από μειονοτική ομάδα στην Κάτω Σαξονία της Γερμανίας.³³ Ο Κωνσταντίνος Λαζαρίδης, καθηγητής της Ιατρικής Σχολής Ανοβέρου, βρήκε ότι το 61,5% των συνολικών ακούσιων νοσηλείων προερχόταν από αλλοδαπούς, ποσοστό μεγαλύτερο από αυτό του αυτόχθονα πληθυσμού. Προέκυψε, επίσης, ότι η πλειοψηφία ήταν νέοι, άνδρες, έγγαμοι, εργάτες και είχαν νοσηλευθεί μια φορά στο παρελθόν. Υπήρχε επομένως μια ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στα ποσοστά αναγκαστικής νοσηλείας και τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού των εθνικών μειονοτήτων.

Ανάλογη έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο για τους έγχρωμους μετανάστες από Άγγλους ερευνητές (Morgan et al,2005).³⁴ Οι πιο εντοπιστικές διαφορές εντοπίστηκαν στους έγχρωμους που προέρχονταν από τις νήσους της Καραϊβικής. Σχεδόν το 70% από αυτούς ήταν άνεργοι, το 56% ζούσαν μόνοι τους και το 80% είχε διάγνωση σχιζοφρένειας. Επίσης, σημαντική διαφορά σε σχέση με τους λευκούς ήταν ο λόγος κράτησης των έγχρωμων: θεωρούνταν περισσότερο επικίνδυνοι. Οι παραπάνω παράγοντες συνδέονται, εκ των πραγμάτων, με την διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας. Γι' αυτό, σύμφωνα με την μελέτη, οι έγχρωμοι ασθενείς, άνδρες και γυναίκες, ήταν πιο πιθανό να νοσηλεύονται ακούσια σε σχέση με τους λευκούς. Παλιότερη μελέτη (Dunn &

Fahy, 1990) είχε εντοπίσει τις ίδιες διαφορές μεταξύ έγχρωμων και λευκών στα ποσοστά των ακούσιων νοσηλειών.³⁵ Το διάστημα των δεκαπέντε χρόνων που μεσολάβησε από την μία έρευνα στην άλλη, δεν φάνηκε αρκετό ώστε να παρατηρηθούν αλλαγές στην αντιμετώπιση των έγχρωμων ατόμων από την κοινωνία.

Τέλος, σημαντική διαφορά στο ποσοστό των ακούσια νοσηλευομένων βρέθηκε ανάμεσα σε ασθενείς Ινδικής καταγωγής και αυτοχθόνων Βρετανών σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Bristol της Μεγάλης Βρετανίας το 1984.³⁶ Η διάγνωση της σχιζοφρένειας επικράτησε σε ποσοστό 77% στους αρρώστους Ινδικής καταγωγής. Ωστόσο, δε βρέθηκε να εμφανίζουν συχνότερα βίαιη συμπεριφορά σε σχέση με την άλλη ομάδα. Άρα η συχνότητα των ακούσιων εγκλεισμών και η εμφάνιση «επικίνδυνων» συμπεριφορών δεν αποδεικνύεται ότι σχετίζονται.

Σε αυτό το συμπέρασμα καταλήγει και η έρευνα που διεξήχθη, επίσης, στη Μεγάλη Βρετανία αλλά δεκαέξι χρόνια αργότερα (2000).³⁷ Στις ερευνητικές ομάδες των έγχρωμων και λευκών ασθενών, προστέθηκαν και οι Ασιάτες. Δεν βρέθηκε ότι οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες και το κριτήριο επικινδυνότητας προκαλούν τις διαφορές μεταξύ των ομάδων. Παρόλο που και οι Ασιάτες και οι έγχρωμοι αντιμετώπιζαν δύσκολες συνθήκες ζωής, οι έγχρωμοι ήταν εκείνοι που ήταν πιο πιθανό να νοσηλευθούν ακούσια.

Αυτό που προκαλεί εντύπωση είναι τα εξής δύο ευρήματα: α) βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη διάγνωση «διαταραχές προσωπικότητας» υπέρ των λευκών που είχαν προβάλλει βίαιη συμπεριφορά σε σχέση με τους μαύρους και β) η παρουσία δικηγόρου ήταν λιγότερη συχνή στην περίπτωση των έγχρωμων μεταναστών.

Σε μια άλλη εργασία του, ο Jean-Louis Senon, μαζί με τους συνεργάτες του αυτή την φορά (2006), επιχείρησε να απαντήσει στο ερώτημα της επικινδυνότητας των ψυχικά ασθενών.³⁸

Αν και ο Παγκόσμιος Οργανισμός της Υγείας δήλωσε το 1987 ότι «τα άτομα με ψυχική ασθένεια δεν βρίσκονται πιο κοντά στον κίνδυνο διάπραξης ενός εγκλήματος από ότι τα υπόλοιπα άτομα του γενικού πληθυσμού», η κοινή γνώμη δεν ενστερνίζεται αυτή την άποψη. Σε αυτό φαίνεται να συμβάλλει πλήθος ερευνών που συσχετίζουν την εμφάνιση βίαιων πράξεων με την διάγνωση είχε σχιζοφρένειας, είτε διπολικής διαταραχής. Αναμφισβήτητα, η παραπάνω συσχέτιση αποτελεί ένα τρόπο ερμηνείας του μεγαλύτερου αριθμού ακούσιων νοσηλειών έναντι των εκούσιων.

Οι Jean-Louis Senol et al σημειώνουν, ωστόσο, ότι οι παραπάνω έρευνες παρουσιάζουν ετερογένεια στην μεθοδολογία τους, στο περιεχόμενο της έννοιας της βίας και στα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία. Επίπλέον, παρατηρούν στις έρευνες του Steadman et al (1998) και του Monahan ότι το χρονικό διάστημα που διαπράττονται βίαιες πράξεις είναι οι πρώτες είκοσι βδομάδες μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Οπότε ίσως είναι φρονιμότερο η ψυχιατρική κοινότητα να ασχοληθεί με την πρόωμη διακοπή της θεραπείας, την επανένταξη και την αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών. Ιδιαίτερα στις περιπτώσεις των ακούσιων νοσηλειών που η θεραπεία είναι εκ των

πραγμάτων πιο δύσκολη, υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος εμφάνισης βίας μετά το τέλος της νοσηλείας τους.

Η επόμενη μελέτη των Mulder, Koormans και Selten, η οποία σχετίζεται με μετανάστες, αφορά στην *χρήση επείγουσας ψυχιατρικής* και την ακόλουθη πιθανή ακούσια νοσηλεία των ασθενών.³⁹ Συγκρίθηκαν οι αλλοδαποί με τους αυτόχθονες της Ολλανδίας και βρέθηκε ότι το 33% των χρηστών επείγουσας ψυχιατρικής ήταν μετανάστες. Οι ψυχωτικές διαταραχές (76%) ήταν ο κύριος λόγος εγκλεισμού τους και ιδιαίτερα για τους μετανάστες που προέρχονταν από την Ανατολή. Η ακούσια νοσηλεία προέκυψε από τα σοβαρότερα ψυχιατρικά συμπτώματα, από τη μεγαλύτερη αίσθηση απειλής που προκαλούσαν και από την γενική έλλειψη κινήτρου για θεραπεία.

Γενικά αυτό που ισχύει για τους αλλοδαπούς είναι ότι χρησιμοποιούν λιγότερο τις υπηρεσίες υγείας, κι ιδιαίτερα τις ψυχιατρικές, και ότι η *καθυστερημένη ιατρική παρέμβαση* είναι αυτή που δημιουργεί κατάσταση έκτακτης ανάγκης. Είναι πιθανώς ένας από τους λόγους που τα ποσοστά των ακούσιων νοσηλειών για τους μετανάστες είναι μεγάλα.

Ολοκληρώνοντας την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διαπιστώνουμε δυστυχώς ότι λίγες είναι οι επιδημιολογικές έρευνες για τις ακούσιες νοσηλείες που έχουν γίνει σε διεθνές επίπεδο. Μια από αυτές πραγματοποιήθηκε χάρη στην επιχορήγηση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής.⁴⁰ Συγκεντρώθηκαν στοιχεία για την δεκαετία του '90 από επίσημες πηγές των περισσότερων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η Ελλάδα φάνηκε ανίκανη να συμμετάσχει σε αυτή την έρευνα εξαιτίας της ανυπαρξίας επίσημου φορέα υπεύθυνου για τη συγκέντρωση δεδομένων. Παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στα ποσοστά ακούσια νοσηλευόμενων ανάμεσα στις ευρωπαϊκές χώρες. Η Γερμανία, η Γαλλία και η Αγγλία είχαν το μεγαλύτερο αριθμό εισαγωγών ενώ η Ιρλανδία, η Δανία και το Λουξεμβούργο, το μικρότερο κι αυτό βέβαια συνάδει και με τον πληθυσμό τους.

Ομοιότητες παρατηρήθηκαν στην επικρατούσα διάγνωση μεταξύ των χωρών (ψυχωτικές διαταραχές) και στην σχετική σταθερότητα των ποσοστών των ακούσιων νοσηλειών κάθε χώρας για τα έτη 1990 έως 2000. Σημαντικές διαφορές, ωστόσο, παρατηρήθηκαν στα ποσοστά ακούσιων νοσηλειών μεταξύ των χωρών κι αυτό γιατί υπάρχουν διαφοροποιήσεις στις νομοθετικές ρυθμίσεις σε εθνικό επίπεδο. Αν και η σοβαρή ψυχική διαταραχή θεωρείται βασικός παράγοντας κράτησης ασθενών, υπάρχουν επιπρόσθετα κριτήρια για κάθε κράτος:

- ✓ Το κριτήριο της επικινδυνότητας υφίσταται σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες εκτός από την Ιταλία, την Ισπανία και την Σουηδία. Σε μερικές χώρες μάλιστα, όπως στη Δανία, τη Φινλανδία, την Ελλάδα, την Ιρλανδία, την Πορτογαλία και το Ηνωμένο Βασίλειο, αποτελεί επαρκή λόγο για την αναγκαστική κράτηση του ασθενούς.
- ✓ Το κριτήριο περί ανάγκης για θεραπεία υπάρχει, επίσης, σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες και αντίστοιχα στην Ιταλία, την Ισπανία και τη Σουηδία είναι επαρκές κριτήριο.

Τέλος, λόγος διαφοροποίησης των ποσοστών μεταξύ των χωρών είναι ότι σε μερικές χώρες η τελική απόφαση για ακούσια εισαγωγή λαμβάνεται από αντιπρόσωπο του νομικού συστήματος (συνήθως δικαστή) ενώ σε άλλες από ψυχίατρο (Βέλγιο, Φινλανδία,

Ιρλανδία, Λουξεμβούργο, Σουηδία). Αξίζει να επισημανθεί ότι σε αυτές δεν αναφέρεται η Γαλλία, ενώ στην έρευνα του ο Senon τονίζει ότι στην Γαλλία ο δικαστής αποποιείται της δικαστικής του εξουσίας στην απόφαση της ακούσιας κράτησης.²⁹

ΔΡΟΜΙΟΝΗ & ΠΑΤΙΑΣ ΑΙΚΑ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΑΣΙΑ

II. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΜΟ
ΚΥΚΛΑΔΩΝ:
οι κινητές μονάδες

Το Γενικό Νοσοκομείο Σύρου, το μοναδικό στο Νομό Κυκλάδων, διαθέτει μεν ψυχίατρο και παιδοψυχίατρο, αλλά δεν διαθέτει καμία ψυχιατρική κλίνη, με συνέπεια όλα τα περιστατικά που χρήζουν νοσηλείας να μεταφέρονται σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας του νομού Αττικής. Σε επίπεδο κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ο νομός καλύπτεται σχεδόν αποκλειστικά από τρεις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, των οποίων η λειτουργία ξεκίνησε σχετικά πρόσφατα (οι δυο μέσα στο 2003 και η μια τον Ιανουάριο του 2004). Οι μονάδες αυτές εμπνέονται από τη φιλοσοφία και τις αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής και αναπτύσσουν δράση κλινική-θεραπευτική, κοινοτική, ερευνητική. Γι' αυτές τις μονάδες φέρουν επιστημονική και διοικητική ευθύνη δύο διαφορετικοί Μη Κυβερνητικοί Οργανισμοί, η ΕΠΑΨΥ και η ΚΛΙΜΑΚΑ. Συμβατικά έχουν δημιουργηθεί τρεις ξεχωριστοί τομείς ευθύνης, τρεις ζώνες κάλυψης από τις ΚΜΨΥ.

Σύμφωνα με το Νόμο 2716/1999 περί «Ανάπτυξης και εκσυγχρονισμού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας», οι ΚΜΨΥ συνιστώνται για την εξυπηρέτηση των αναγκών ψυχικής υγείας των περιοχών με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης σε τέτοιες υπηρεσίες. Έργο των ΚΜΨΥ είναι η παροχή υπηρεσιών πρόληψης και νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας κατ' οίκον σε συγκεκριμένο Τομέα ψυχικής υγείας.⁴¹

Εκεί ακριβώς έγκειται και η χρησιμότητα των Κινητών Μονάδων που δρουν στις Κυκλάδες. Καλύπτουν περιοχές απομακρυσμένες και δυσπρόσιτες σε ορισμένες περιπτώσεις, που χαρακτηρίζονται από έλλειψη κουλτούρας και συγκροτημένων δράσεων από την τοπική κοινωνία γύρω από θέματα δημόσιας ψυχικής υγείας και κοινωνικού αποκλεισμού. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι Κυκλάδες κατά τους χειμερινούς μήνες, σε αντίθεση με τον κοσμικό θερινό χαρακτήρα τους, είναι κυριολεκτικά αποκομμένες από την Ηπειρωτική χώρα.

Κρίθηκε σκόπιμο να σταλεί ερωτηματολόγιο μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στους υπευθύνους των Κινητών Μονάδων ώστε κάθε μία να παρουσιάσει η ίδια τους στόχους, τη φιλοσοφία, τις δράσεις της. Οι απαντήσεις στα ερωτηματολόγια, μετά από μερική επεξεργασία, παρουσιάζονται παρακάτω.

ι) Η ΚΜΨΥ Δοτικών Κυκλάδων

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Δοτικών Κυκλάδων, με έδρα την Μήλο, δημιουργήθηκε από την Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ) στις 30/12/2003. Στόχος της ΚΜΨΥ είναι η παροχή ενός μοντέλου ολοκληρωμένης φροντίδας ψυχικής υγείας στην κοινότητα, η αποκατάσταση των ικανοτήτων των ατόμων που έχουν ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες και η επανένταξή τους στην ομαλή, καθημερινή ζωή της κοινότητας. Επίσης, πρωταρχικό μέλημα της ΚΜΨΥ είναι η ευαισθητοποίηση της κοινότητας σε θέματα που αφορούν στην ψυχική υγεία, κάτι που συντελεί και στην καταπολέμηση του στίγματος που φέρει η ψυχική νόσος.

Η λειτουργία της ΚΜΨΥ εντάσσεται στο πλαίσιο εφαρμογής ενός φιλόδοξου προγράμματος, που χρηματοδοτείται από εθνικούς και κοινοτικούς πόρους, το οποίο φέρει την ονομασία «ΨΥΧΑΡΙΩΣ». Συγκεκριμένα, η ΚΜΨΥ έχει ενταχθεί στο επιχειρησιακό πρόγραμμα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης «Υγεία-Πρόνοια 2000-2006», που συγχρηματοδοτείται κατά 75% από το Ευρωπαϊκό Κοινοτικό Ταμείο και κατά 25% από το ελληνικό δημόσιο για τον πρώτο 1,5 χρόνο λειτουργίας, και από τον κρατικό προϋπολογισμό στην συνέχεια.

Η ΚΜΨΥ έχει ως τομέα ευθύνης τις Δυτικές Κυκλάδες, δηλαδή τα νησιά Μήλο, Κίμωλο, Σίφνο, Σέριφο, Κύθνο και Κέα (εκτιμώμενος πληθυσμός 12.000 μόνιμοι κάτοικοι). Τα νησιά αυτά καλύπτονται από κλιμάκια επιστημόνων ψυχικής υγείας με την εξής συχνότητα:

Μήλος (έδρα της ΚΜΨΥ): Καθημερινή κάλυψη από ψυχολόγο και διοικητική υπάλληλο. Κλιμάκιο (που παραμένει έως και 3 μέρες) από παιδοψυχιάτρους, ψυχίατρο, κλινικούς και σχολικούς ψυχολόγους ανά 15 μέρες.

Κίμωλος: Εβδομαδιαία

Σίφνος: Ανά 15 μέρες

Σέριφος: Ανά 15 μέρες

Κύθνος: 1 φορά/ μήνα

Κέα: Ανά 15 μέρες

Οι υπηρεσίες της ΚΜΨΥ παρέχονται δωρεάν στους κατοίκους των νησιών του τομέα ευθύνης. Στην Μήλο παρέχονται υπηρεσίες διαγνωστικής εκτίμησης και θεραπείας στα γραφεία της ΚΜΨΥ, ενώ στα υπόλοιπα νησιά σε διαθέσιμους χώρους της κοινότητας, όπως σε κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία, κοινοτικά καταστήματα, ή σε άλλους χώρους που διατίθενται στα κλιμάκια από την Τοπική Αυτοδιοίκηση. Γίνονται, επίσης, και κατ' οίκον επισκέψεις, σε περιπτώσεις που υπάρχει σημαντική δυσκολία μετακίνησης των ασθενών.

Η ΚΜΨΥ στελεχώνεται από επιστημονικό και διοικητικό προσωπικό. Συγκεκριμένα, από ειδικευμένους ψυχιάτρους παιδιών, εφήβων και ενηλίκων, κλινικούς και σχολικούς ψυχολόγους και διοικητική υπεύθυνη.

Η ΚΜΨΥ παρέχει τις ακόλουθες υπηρεσίες :

- Αγωγή και προαγωγή ψυχικής υγείας - Ευαισθητοποίηση της κοινότητας και εκπαίδευση των πολιτών σε θέματα ψυχικής υγείας, μέσα από ομιλίες, εκπαιδευτικά σεμινάρια, καθώς και δημοσιεύσεις σχετικών άρθρων στον τοπικό τύπο
- Ψυχιατρική και ψυχολογική εκτίμηση, πρόληψη, διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικών νόσων
- Συμβουλευτική, υποστηρικτική και βραχεία ψυχοθεραπεία σε ατομικό επίπεδο
- Μαθησιακή εκτίμηση και διαμόρφωση προγραμμάτων για την αποκατάσταση των μαθησιακών δυσκολιών
- Παροχή συμβουλευτικής σε ομάδες εκπαιδευτικών και Σχολές γονέων
- Συνεργασία με οργανισμούς και επαγγελματίες του ευρύτερου χώρου της υγείας (Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας) και με κοινωνικούς φορείς στην κοινότητα, με σκοπό την κάλυψη των αναγκών των ασθενών

Σε κανένα από τα νησιά του τομέα ευθύνης δεν υπάρχει ψυχιατρική κάλυψη, ούτε σε δημόσιο ούτε σε ιδιωτικό επίπεδο. Υπάρχει, ωστόσο, ένα πολύ καλό δίκτυο συνεργασίας με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Κέντρα Υγείας και Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία). Η διασύνδεση της ΚΜΨΥ με την ΠΦΥ έχει θεμελιώδη σημασία για την σωστή εφαρμογή των αρχών της Κοινωνικής Ψυχιατρικής και την ευρύτερη χρήση των υπηρεσιών της πρώτης από τους ψυχικά πάσχοντες. Για τον λόγο αυτό, γίνονται σε τακτική βάση επαφές με τους γιατρούς της ΠΦΥ και τα κλιμάκια λειτουργούν κατά κανόνα σε δικούς της χώρους. Επίσης, στα περισσότερα νησιά του τομέα ευθύνης λειτουργεί το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι, με το προσωπικό του οποίου υπάρχει συνεργασία, όταν προκύπτει η ανάγκη για από κοινού αντιμετώπιση περιστατικών.

Η τοπική κοινωνία στην πλειοψηφία της δείχνει αποδοχή και εμπιστοσύνη στο έργο, τους σκοπούς και την δράση της ΚΜΨΥ. Με το πέρασμα του χρόνου η κοινότητα όλο και περισσότερο στηρίζει την Μονάδα, τόσο ηθικά όσο και οικονομικά. Οι τοπικοί φορείς, αλλά και οι κάτοικοι-χρήστες της ΚΜΨΥ, θεωρούν την Μονάδα ως αναπόσπαστο κομμάτι του δικτύου των υπηρεσιών υγείας που πρέπει να παρέχονται στην τοπική κοινωνία.

Στα δυνατά σημεία της Μονάδας συγκαταλέγονται η συστηματική παρουσία και κάλυψη των αναγκών των κατοίκων των Κυκλάδων από εξειδικευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, καθώς και η καλή συνεργασία και το κλίμα εμπιστοσύνης που υπάρχει μεταξύ των μελών της ομάδας.

Κατά καιρούς, παρουσιάζονται διάφορα προβλήματα, που άλλοτε έχουν να κάνουν με τις φυσικές δυσκολίες που ένας νησιωτικός χώρος μπορεί να έχει και άλλοτε με παραμέτρους που αφορούν στο ανθρώπινο δυναμικό. Πιο αναλυτικά, το έργο της Μονάδας δυσχεραίνουν παράγοντες όπως η ανάγκη να καλυφθεί ένας σχετικά μικρός πληθυσμός διασπαρμένος σε πολλά νησιά με ανεπαρκή συγκοινωνιακή κάλυψη (ιδίως κατά τους χειμερινούς μήνες), η αύξηση των λειτουργικών εξόδων (εισιτήρια, διαμονή, επικοινωνία του προσωπικού), κάτι που δεν εξασφαλίζει πάντα μια cost-effective λειτουργία, η μη σταθερή χρηματοδοτική ροή από την διαχειριστική αρχή. Παράλληλα, οι δυσκολίες που έχουν να κάνουν με τους εργαζόμενους σχετίζονται με το θέμα ανεύρεσης έμπειρου και εξειδικευμένου προσωπικού για πλήρη απασχόληση, καθώς και με την κόπωση ή τα προβλήματα στην προσαρμογή του προσωπικού στην ζωή σε έναν νησιωτικό χώρο.

Οι αρχικοί στόχοι της Μονάδας έχουν σε μεγάλο βαθμό προσεγγιστεί, κάτι που αποδεικνύει η ίδια η θέση που η ΚΜΨΥ έχει στην τοπική κοινωνία. Πρωταρχική ανάγκη και επιδίωξη της ΚΜΨΥ είναι η συνέχιση της λειτουργίας της, πράγμα που καθιστά αυτονόητη την συνέχιση της χρηματοδότησης. Επιπλέον, βασικό μέλημα είναι η κατά το δυνατόν σταθερότητα της παρουσίας των θεραπειών. Αυτό αφενός μεν σχετίζεται με την σταθερή παρουσία της Ομάδας με την παροχή ουσιαστικής της, αφετέρου δε υπογραμμίζει και την ανάγκη για σταθερή παρουσία επιστημόνων με συγκεκριμένες ειδικότητες, προκειμένου να καλύπτονται σφαιρικά οι ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους. Τέλος, η ΚΜΨΥ θα συνεχίσει το έργο της σε τομείς που αφορούν στην

ευαισθητοποίηση των κατοίκων των Δυτικών Κυκλάδων, μέσα από την διοργάνωση εκπαιδευτικών σεμιναρίων, ομιλιών και ημερίδων.

Αριθμός περιστατικών στην ΚΜΨΥ από 30/12/2003 έως 31/12/2005:

Μήλος:	273
Κίμωλος:	46
Σίφνος:	104
Σέριφος:	43
Κύθνος:	53
Κέα:	57

Σύνολο περιστατικών: 547 άτομα (ενήλικες: 405, παιδιά-έφηβοι μέχρι 18χρ.: 142).

Πηγή: ΚΜΨΥ Δυτικών Κυκλάδων της ΕΠΑΨΥ

ii) Η ΚΜΨΥ Βορειοανατολικών Κυκλάδων

Η Κινητή Μονάδα ΒΑ Κυκλάδων της ΕΠΑΨΥ ξεκίνησε να λειτουργεί τον Ιούλιο του 2003.

Οι βασικοί στόχοι που τέθηκαν είναι οι εξής:

- Παροχή υπηρεσιών διαγνωστικής εκτίμησης και θεραπευτικής αντιμετώπισης προβλημάτων ψυχικής υγείας παιδιών, εφήβων και ενηλίκων
- Εκτίμηση αναγκών σε επίπεδο ψυχικής υγείας στον τομέα ευθύνης
- Ανάπτυξη δράσεων προαγωγής ψυχικής υγείας στο γενικό πληθυσμό και σε ευπαθείς ομάδες
- Ανάπτυξη καλής διασύνδεσης με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τις κοινωνικές υπηρεσίες και την τοπική αυτοδιοίκηση

Στην Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας ΒΑ Κυκλάδων (ΕΠΑΨΥ) εργάζονται 14 επαγγελματίες ψυχικής υγείας (6 ψυχολόγοι, 3 παιδοψυχίατροι, 4 ψυχίατροι, 1 κοινωνική λειτουργός), 1 διοικητικός υπάλληλος και 2 επόπτες ψυχίατροι. Η έδρα της ΚΜΨΥ είναι στην Πάρο όπου υπάρχει η διοικητική υπηρεσία της Μονάδας και τα αρχεία που σχετίζονται με τις δράσεις σε όλα τα νησιά, καθώς και οι φάκελοι των ασθενών. Στα υπόλοιπα νησιά του τομέα ευθύνης οι συνεδρίες με τους ειδικούς γίνονται σε χώρους που παραχωρούνται από τα Κέντρα Υγείας ή τους Δήμους.

Η χρηματοδότηση για τους πρώτους 12 μήνες έγινε κατά 75% από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και κατά 25% από το Υπουργείο Υγείας. Στη συνέχεια η χρηματοδότηση πέρασε αποκλειστικά στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Μετά τις σημαντικές περικοπές που προέκυψαν σε αυτή, η τοπική αυτοδιοίκηση, η Εκκλησία και άλλοι τοπικοί φορείς σε ορισμένα νησιά ανέλαβαν την κάλυψη μέρους των λειτουργικών εξόδων των κλιμακίων.

Τα νησιά που καλύπτονται από την ΚΜΨΥ ΒΑ Κυκλάδων είναι: Πάρος-Αντίπαρος, Τήνος, Μύκονος, Σύρος και Άνδρος. Σε κάθε νησί μεταβαίνει κλιμάκιο ειδικών που αποτελείται από ψυχολόγο, ψυχίατρο, παιδοψυχίατρο και κοινωνικό

λειτουργό (σε κάποια νησιά) με συχνότητα 2 ημέρες την εβδομάδα ή ανά 15 ημέρες (η συχνότητα έχει καθοριστεί ανάλογα με τις ανάγκες).

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας ΒΑ Κυκλάδων απευθύνεται σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες με προβλήματα ψυχικής υγείας και παρέχει τις παρακάτω υπηρεσίες:

- διαγνωστική εκτίμηση
- συμβουλευτική, ψυχολογική υποστήριξη ατόμων και οικογενειών
- φαρμακευτική αγωγή
- κατ' οίκον επισκέψεις σε περιπτώσεις δυσκολίας μετακίνησης

Επιπρόσθετα η Κινητή Μονάδα αναπτύσσει τις εξής δράσεις:

- Υποστήριξη των ευπαθών κοινωνικών ομάδων και δικτύωση με επαγγελματικούς και κοινωνικούς φορείς
- Προγράμματα αγωγής και προαγωγής ψυχικής υγείας στο γενικό πληθυσμό
- Ειδικές δράσεις προαγωγής ψυχικής υγείας στην εκπαίδευση και σε τοπικούς κοινωνικούς φορείς
- Ανάπτυξη της διασύνδεσης με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας για την αποτελεσματικότερη απάντηση στις θεραπευτικές ανάγκες σε επίπεδο ψυχικής υγείας
- Ερευνητικές δράσεις καταγραφής αναγκών και αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών με στόχο τη βελτίωση των παρεμβάσεων

Από τα νησιά του τομέα ευθύνης, μόνο στη Σύρο υπάρχει ψυχίατρος, παιδοψυχίατρος και ψυχολόγος στο Γενικό Νοσοκομείο. Δεν υπάρχουν άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Στη Σύρο υπάρχει επίσης ΚΔΑΥ, ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ (Κέντρο για άτομα με ειδικές ανάγκες), Κέντρο Πρόληψης Χρήσης Ουσιών (ΘΗΣΕΑΣ) και κοινωνικές υπηρεσίες. Στα υπόλοιπα νησιά υπάρχουν κοινωνικές υπηρεσίες της Πρόνοιας και του Δήμου (Βοήθεια στο Σπίτι, ΚΑΠΗ), εθελοντικό Κέντρο ΑΜΕΑ και Κέντρο Πρόληψης ΘΗΣΕΑΣ (στην Πάρο).

Η συνεργασία μας με όλες τις υπηρεσίες και με τα Κέντρα Υγείας είναι πολύ καλή. Οργανώνουμε τακτικές θεσμικές συναντήσεις με τους άλλους φορείς, αναπτύσσουμε κοινές δράσεις προαγωγής υγείας, συνεργαζόμαστε για την παροχή ολοκληρωμένης και συνεχούς φροντίδας στους ασθενείς που ζητούν θεραπεία, αναπτύσσουμε οργανωμένο σύστημα παραπομπών ασθενών, συμμετέχουμε σε κοινά εκπαιδευτικά προγράμματα.

Η στάση της τοπικής κοινωνίας είναι πολύ θετική, γεγονός που φαίνεται από την καλή συνεργασία που έχουμε με όλους τους φορείς, καθώς και από την οικονομική στήριξη που παρέχουν στην κινητή μονάδα. Για παράδειγμα, στην Πάρο, από τον Απρίλιο του 2006, καλύπτονται όλα τα έξοδα μετακίνησης και διαμονής των ειδικών του κλιμακίου. Αυτό δείχνει την αναγνώριση του έργου μας από την τοπική κοινωνία και το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η λειτουργία της Μονάδας στην κάλυψη των αναγκών ψυχικής υγείας της περιοχής.

Στα δυνατά σημεία της ΚΜΨΥ συγκαταλέγονται:

- η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών σε περιοχές απομακρυσμένες από την ηπειρωτική Ελλάδα, με ελάχιστες άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας
- η αποτελεσματική αξιοποίηση πόρων της τοπικής αυτοδιοίκησης για τη συνέχιση των δράσεων της Κινητής Μονάδας μετά τις περικοπές από το Υπουργείο Υγείας
- η ανάπτυξη κοινοτικών και ερευνητικών δράσεων στα νησιά

- η πολύ καλή συνεργασία με τοπικούς φορείς
- η ανάπτυξη διαδικασιών αξιολόγησης της λειτουργίας της ΚΜΨΥ και η οργάνωση βελτιωτικών παρεμβάσεων στον τρόπο λειτουργίας της

Οι αδυναμίες προκύπτουν από την ασταθή ροή της χρηματοδότησης από το Υπουργείο Υγείας, που έχει ως αποτέλεσμα την οικονομική ανασφάλεια και την αποθάρρυνση των επαγγελματιών. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τη φύση της δουλειάς (συχνά και πολύωρα ταξίδια, αντιμετώπιση δύσκολων περιστατικών) μπορεί να οδηγήσουν στην επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού.

Η βασική δυσκολία που αντιμετωπίσαμε σχετίζεται με το οικονομικό ζήτημα που προανέφερα. Επιπρόσθετα, τους πρώτους μήνες υπήρχαν προβλήματα που σχετιζόνταν με το στίγμα απέναντι στην ψυχική ασθένεια, κάτι που αποθάρρυνε κάποιους ασθενείς να αναζητήσουν βοήθεια. Με την ανάπτυξη όμως δράσεων προαγωγής ψυχικής υγείας και καταπολέμησης του στίγματος, η δυσκολία αυτή έχει περιοριστεί.

Σήμερα σε μεγάλο βαθμό οι αρχικοί στόχοι έχουν επιτευχθεί κι εξακολουθούμε να προγραμματίζουμε νέες δράσεις για μελλοντικές παρεμβάσεις. Πέρα από τους αρχικούς στόχους που αναφέρθηκαν παραπάνω, νέοι στόχοι έχουν τεθεί για την υλοποίηση επιδημιολογικών ερευνών στο γενικό πληθυσμό και στα σχολεία, την υλοποίηση ημερίδων και εκπαιδευτικών σεμιναρίων στο γενικό πληθυσμό, τους εκπαιδευτικούς, τους επαγγελματίες υγείας κλπ. Επιπλέον, βασικό στόχο αποτελεί η ένταξη δράσεων της Κινητής Μονάδας στην Κοινωνική Πολιτική των Δήμων και της Νομαρχίας, όπως έχει ήδη γίνει στην Πάρο με την ένταξη της ΚΜΨΥ στη Δημοτική Επιχείρηση Υγείας και Πρόνοιας.

Αριθμός περιστατικών από την έναρξη λειτουργίας των ΚΜΨΥ έως το 2006

Αριθμός περιστατικών	ΚΜΨΥ ΒΑ Κυκλάδων	ΚΜΨΥ Δ Κυκλάδων	Σύνολο
Ενήλικοι	1621	525	2153
Παιδιά, έφηβοι	380	177	550
Σύνολο	2001	702	2703

*όσον αφορά στις θεραπευτικές πράξεις (συνεδρίες διάγνωσης, θεραπευτικής αντιμετώπισης κατ' οίκον επισκέψεις), έχουν γίνει συνολικά 17.805 συνεδρίες (12.132 για τις ΒΑ Κυκλάδες και 5.673 για τις Δ Κυκλάδες).

Πηγή: ΕΠΑΨΥ

iii) Η ΚΜΨΥ Νοτιοανατολικών Κυκλάδων *

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Νοτιοανατολικών Κυκλάδων λειτουργεί, με τη διοικητική και επιστημονική ευθύνη της ΚΛΙΜΑΚΑΣ, από τα τέλη του 2002. Η ΚΜΨΥ συγχρηματοδοτήθηκε για 12 μήνες από την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΚΤ) στο πλαίσιο του Ε.Π «Υγεία - Πρόνοια 2000-2006».

Πρόκειται για μια πρότυπη δομή παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας με έδρα τη Νάξο και ακτίνα δράσης τα νησιά των Ν.Α. Κυκλάδων: Σαντορίνη, Ίο, Φολέγανδρο, Σίκινο, Αμοργό, Ανάφη, Δονούσα, Σχοινούσα, Κουφονήσια και Ηρακλεία.

Έργο της Κινητής Μονάδας αποτελεί η προαγωγή της ψυχικής υγείας στην περιοχή σε συνεργασία με τους τοπικούς φορείς, την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την

κοινότητα. Το ανθρώπινο δυναμικό που στελεχώνει την Μονάδα αποτελείται από επαγγελματίες της ψυχικής υγείας με εμπειρία από τη λειτουργία αντίστοιχων δομών του εξωτερικού. Μόνιμο επιστημονικό προσωπικό υπάρχει στη Νάξο, στη Σαντορίνη και στην Αμοργό, το οποίο μεταβαίνει στα υπόλοιπα νησιά των Ν.Α Κυκλάδων σε συχνότητα που προσδιορίζεται από τις εκάστοτε ανάγκες. Σε περιπτώσεις όπου η φυσική επαφή ή η μετάβαση δεν είναι εφικτή, η Μονάδα εφαρμόζει το σύστημα παροχής ψυχιατρικής υποστήριξης μέσω τηλεδιάσκεψης (τηλεψυχιατρική).

Οι υπηρεσίες της Μονάδας παρέχονται δωρεάν στους κατοίκους των νησιών και αφορούν :

- την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ανάλογα με τις ανάγκες της περιοχής παρέμβασης, σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο, τριτοβάθμιο και τεταρτοβάθμιο επίπεδο
- τον σχεδιασμό και εφαρμογή προγράμματος προληπτικής ιατρικής στον τομέα της ψυχικής υγείας
- την παροχή υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικοοικονομικής επανένταξης
- την πληροφόρηση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα και τη διευκόλυνσή τους στη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας και πρόνοιας
- τη συνεργασία και βοήθεια στους φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας για την αναβάθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας
- την υλοποίηση προγραμμάτων ευαισθητοποίησης, ενημέρωσης και αγωγής υγείας της τοπικής κοινότητας
- τη συμβολή στη δημιουργία υποστηρικτικών δομών για τα άτομα και τις ομάδες υψηλού κινδύνου για την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού
- τη συγκρότηση και το συντονισμό τοπικού υποστηρικτικού δικτύου εθελοντών, που μπορούν να συνεισφέρουν στο έργο της ευαισθητοποίησης, της αγωγής κοινότητας και της ψυχοκοινωνικής στήριξης και επανένταξης.

Η χρήση νέων μεθόδων, όπως αυτή της τηλεψυχιατρικής, της «παρέμβασης στην κρίση», και η εκπαίδευση σύμφωνα με τα πρότυπα δομών του εξωτερικού, σε συνδυασμό με την παράλληλη ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση του γενικότερου πληθυσμού (π.χ. ίδρυση δικτύου εθελοντών) καθιστά περισσότερο αποτελεσματικό στην κοινότητα το έργο της Κινητής Μονάδας.

* Λόγω απουσίας έγκαιρης απάντησης από υπεύθυνο της ΚΛΙΜΑΚΑΣ, το κείμενο λήφθηκε από την ιστοσελίδα του οργανισμού (www.klimaka.org.gr).

III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

A. ΤΥΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα σχεδιάστηκε με στόχο να καταγραφούν οι ακούσιες νοσηλείες ασθενών προερχόμενων από το νομό των Κυκλάδων για το διάστημα 2000 έως 2005 και να ελεγχθούν οι πιθανές μεταβολές στο διάστημα αυτό, υπό την επίδραση της έναρξης λειτουργίας των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας στα μέσα του 2003. Αποτελεί, λοιπόν, μια αναδρομική μελέτη, εφόσον τα αποτελέσματα που προέκυψαν αντλήθηκαν από στοιχεία του παρελθόντος, και είναι επίσης περιγραφική καθώς γίνεται καταγραφή περιστατικών από αρχεία διαφόρων υπηρεσιών.

B. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Τα στοιχεία που συλλέχθηκαν είναι κοινωνικοδημογραφικά (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, τόπος μόνιμης κατοικίας, ταμείο ασφάλισης) και κλινικά χαρακτηριστικά (διάγνωση, διάρκεια νοσηλείας, μήνας εισαγωγής) των ακούσια νοσηλευόμενων ασθενών ανά έτος για το διάστημα 2000-2005. Η διάγνωση έγινε βάσει της διαγνωστικής κλίμακας DSM-IV. Επίσης, συλλέχθηκαν αριθμητικά δεδομένα ανά έτος ακούσιων κι εκούσιων νοσηλείων που αφορούσαν τον πληθυσμό των Κυκλάδων αλλά και όλης της περιοχής κάλυψης των τριών δημόσιων ψυχιατρειών της Αττικής, η οποία, ελλείπει τομεοποίησης, δεν μπορεί να προσδιοριστεί σαφώς. Αξίζει να επισημανθεί ότι μετρήθηκε ο συνολικός αριθμός εισαγωγών συμπεριλαμβανομένων και των επανεισαγωγών.

Μετά από επικοινωνία με το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Λέρου, αναμένουμε αριθμητικά δεδομένα ακούσιων κι εκούσιων νοσηλείων ασθενών προερχόμενων από το νομό των Δωδεκανήσων, με δεδομένο ότι ο νομός αυτός θα χρησιμοποιηθεί ως ομάδα ελέγχου. Σε αντίθεση με το νομό Κυκλάδων, δεν υφίσταται η λειτουργία κάποιας κοινοτικής δομής που να παρέχει υπηρεσίες ψυχικής υγείας, να φροντίζει για την ενημέρωση της τοπικής κοινωνίας σε αντίστοιχα θέματα, να επιτελεί έργο πρόληψης. Ομάδα ελέγχου θα είναι, επίσης, ο αριθμός των εισαγγελικών περιστατικών που συνέβησαν πριν την έναρξη παροχών φροντίδας των Κινητών Μονάδων (διάστημα 2000 έως μέσα 2003).

Δεδομένου ότι, σύμφωνα με το Ν. 2071/1992, η μεταφορά των ακούσια εξεταζομένων σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας με σκοπό να νοσηλευθούν γίνεται κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας, απευθυνθήκαμε στις δύο Εισαγγελίες Πρωτοδικών του νομού Κυκλάδων που αναλαμβάνουν όλα τα εισαγγελικά περιστατικά του νομού. Αυτές οι δύο Εισαγγελίες εδράζονται στην Σύρο και στην Νάξο. Έπειτα από επιστολή που στάλθηκε στους Εισαγγελλείς Πρωτοδικών, λάβαμε ταχυδρομικώς τα στοιχεία που ζητήσαμε σε πίνακες.

Στην συνέχεια, επιδιώξαμε να γίνει διασταύρωση των στοιχείων των Εισαγγελιών με τα αρχεία των νοσοκομείων στα οποία έλαβε χώρα η ακούσια νοσηλεία. Εφόσον το μοναδικό Γενικό Νοσοκομείο των Κυκλάδων, που βρίσκεται στην Σύρο, δεν έχει

Ψυχιατρικό Τμήμα, τα εισαγγελικά περιστατικά μεταφέρονται στα μεγάλα ψυχιατρεία της Αττικής (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Δρομοκαΐτειο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής και Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής) και στα Ψυχιατρικά Τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων. Διαπιστώσαμε, από τα δεδομένα των Εισαγγελιών, ότι το μεγαλύτερο μέρος τους καλύπτεται από το ΨΝΑ και το Δρομοκαΐτειο.

Η αρχική μας προσέγγιση ήταν το Δρομοκαΐτειο, στο οποίο η πρόσβαση στα αρχεία των ασθενών (που μάλιστα ήταν σε ηλεκτρονική μορφή) ήταν άμεση, γεγονός που διευκόλυνε το έργο της συγκέντρωσης των δεδομένων. Κρίναμε σκόπιμο να διασταυρωθούν τα στοιχεία αλλά και να συλλεχθούν κάποια που έλλειπαν μέσω της προσωπικής μελέτης του ιατρικού φακέλου κάθε ασθενούς που προερχόταν από το νομό Κυκλάδων. Στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, η αίτηση για πρόσβαση στα ιστορικά των νοσηλευόμενων εγκρίθηκε μετά από έξι μήνες, μετά από αρχική απόρριψη του επιστημονικού συμβουλίου, από φόβο παραβίασης του ιατρικού απόρρητου. Χρειάστηκε η συνεργασία του Γραφείου Κινήσεως του νοσοκομείου με το Κέντρο Ηλεκτρονικών Υπολογιστών Κοινωνικών Υπηρεσιών (ΚΗΥΚΗ), το οποίο λειτουργεί ως φορέας παροχής υπηρεσιών πληροφορικής, διότι δεν υπήρχε ηλεκτρονικό πρόγραμμα διαφύλαξης στοιχείων των ασθενών ούτε βιβλίο εισαγωγών. Πάλι όμως, η προσωπική μελέτη και πρόσβαση στους ιατρικούς φακέλους θεωρήθηκε απαραίτητη. Από το ΨΝΑ, αναμένουμε ακόμη ένα στοιχείο απαραίτητο για την έρευνά μας (τον αριθμό των εκούσια νοσηλευόμενων κατ' έτος από τις Κυκλάδες). Ανάλογες ενέργειες έγιναν και στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, διότι μας ενδιαφέρει όλος ο πληθυσμός των Κυκλάδων.

Επομένως, συγκεντρώθηκαν τα κοινωνικοδημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά όλων των ασθενών από τις Κυκλάδες που είχαν νοσηλευθεί ακουσίως την περίοδο 2000-2005 στα τρία ψυχιατρικά νοσοκομεία που αναφέρθηκαν, σύμφωνα με το σύστημα αρχειοθέτησης του καθενός. Ακολούθως, οι σχετικές πληροφορίες μεταφέρθηκαν σε ένα ειδικά σχεδιασμένο και κατηγοριοποιημένο δελτίο.

Πρέπει να σημειωθεί ότι στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο, το οποίο δε διαθέτετε στοιχεία σε ηλεκτρονική μορφή ούτε καταγράφονταν οι εισαγωγές στο βιβλίο εισαγωγών σύμφωνα με τον τόπο μόνιμης κατοικίας. Επιπροσθέτως, απευθυνθήκαμε στο Πνευμονολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Σωτηρία», το οποίο απέρριψε την αίτησή μας για την προστασία των προσωπικών δεδομένων των ασθενών. Στον αρχικό σχεδιασμό της έρευνας είχε συμπεριληφθεί η καταγραφή των ακούσιων εισαγωγών στις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, η οποία όμως εγκαταλείφθηκε εξαιτίας της αδυναμίας πρόσβασης στα αρχεία τους.

Κρίθηκε σκόπιμο να σταλεί ερωτηματολόγιο μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στους υπευθύνους των Κινητών Μονάδων ώστε κάθε μία να παρουσιάσει η ίδια τους στόχους, τη φιλοσοφία, τις δράσεις της.

Τέλος, προς αναζήτηση στατιστικών δεδομένων, ανατρέξαμε στην βιβλιοθήκη της Γενικής Γραμματείας της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδος (Γ.Γ. ΕΣΥΕ), από την οποία λάβαμε αριθμητικά στοιχεία εξελθόντων ασθενών ανά κατηγορία νόσων και τόπο

μόνιμης κατοικίας. Τα στοιχεία ήταν για τα έτη 2000 και 2001, διότι δεν υπήρχαν διαθέσιμα για τα 2002-2005.

Γ. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Τα δεδομένα αξιολογήθηκαν από ηλεκτρονικό υπολογιστή μέσω του προγράμματος *Windows Excell*. Χρησιμοποιήθηκαν μέθοδοι περιγραφικής στατιστικής και έγιναν οι παρακάτω αναλύσεις:

- ✓ Καταγράφηκαν δημογραφικά και επιδημιολογικά στοιχεία για τον πληθυσμό των Κυκλάδων ως μια αναγνωριστική ματιά στην υπό μελέτη περιοχή.
- ✓ Καταγράφηκε η πορεία του αριθμού των αναγκαστικών εισαγωγών των ψυχικά ασθενών από το νομό Κυκλάδων. Πρέπει να τονιστεί ότι μετρήθηκε ο συνολικός αριθμός εισαγωγών κι όχι ο αριθμός των ασθενών. Για παράδειγμα, αν ο ίδιος ασθενής νοσηλεύθηκε δύο φορές, καταγράφουμε τον αριθμό 2.
- ✓ Συλλέχθηκαν κοινωνικοδημογραφικά και κλινικά δεδομένα των ασθενών.
- ✓ Συγκρίθηκαν ανά έτος τα αριθμητικά στοιχεία ακουσίων κι εκουσίων νοσηλειών κατοίκων των Κυκλάδων αλλά κι όλης της περιοχής που καλύπτουν τα τρία δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία της Αττικής.
- ✓ Ο νομός Κυκλάδων χωρίστηκε σε τρεις γεωγραφικές ζώνες (βορειοανατολικές, νοτιοανατολικές και δυτικές), ανάλογα με την περιοχή ευθύνης κάθε Κινητής Μονάδας, ώστε να είναι δυνατή η αξιολόγηση του έργου τους. Αξιολογήθηκαν αριθμητικά οι ακούσιες νοσηλείες κατ' έτος, νησί και ζώνη.
- ✓ Μελετήθηκε ο αριθμός των εισαγγελικών περιστατικών σε αναλογία προς τον πραγματικό πληθυσμό κάθε νήσου των Κυκλάδων.

Για να γίνουν πιο ευκρινή τα αποτελέσματα, χρησιμοποιήθηκαν απεικονιστικές τεχνικές όπου κρίθηκε απαραίτητο, όπως πίνακες, γραφικές παραστάσεις και ραβδογράμματα.

Δ. ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ

Η γενική υπόθεση είναι ότι οι τρεις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας των Κυκλάδων μετά την έναρξη της λειτουργίας τους θα ασκήσουν κάποιου είδους επίδραση στον αριθμό των εισαγγελικών περιστατικών. Ωστόσο, η επίδραση αυτή δεν αναμένεται να επιφέρει θεαματικά αποτελέσματα, δηλαδή να παρατηρηθεί μείωση των ακούσιων νοσηλειών, λόγω του μικρού χρονικού διαστήματος παροχής των κοινοτικών υπηρεσιών. Αντιθέτως, από τα μέσα του 2003 ο αριθμός αυτός ενδέχεται να έχει αυξηθεί. Η λειτουργία των ΚΜΨΥ έχει σαν συνέπεια την αυξανόμενη πληροφόρηση κι ευαισθητοποίηση των οικογενειών και της τοπικής κοινωνίας γενικότερα, καθώς και τη μείωση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας. Ελλείψει άλλων υπηρεσιών, η οικογένεια στρέφεται εκ των πραγμάτων στην νοσηλεία του

ψυχικά πάσχοντος μέλους της σε ψυχιατρικό νοσοκομείο (και δη στην ακούσια, σαν επείγον μέτρο) βλέποντάς την σαν μοναδικό μέσο πρόσβασης σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Ως προς το κοινωνικοδημογραφικό και κλινικό προφίλ των ακούσια νοσηλευομένων, η διεθνής και η ελληνική βιβλιογραφία μας επιτρέπει να υποθέσουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ακούσιων νοσηλειών θα έχουν οι άγαμοι άνδρες, μέσης ηλικίας, με διάγνωση ψυχωσικής συνδρομής. Η διάρκεια νοσηλείας, τέλος, αναμένεται να είναι μικρή αφού, όπως αναφέρθηκε, η ακούσια νοσηλεία χρησιμοποιείται ως εργαλείο εκτόνωσης της κρίσης.

ΛΕΩΝΤΙΟΣ Κ. ΠΑΛΕΣΑΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Α. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΩΝ ΚΥΚΛΑΔΩΝ

Πριν περάσουμε στην ανάλυση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από την καταγραφή των περιστατικών, θεωρούμε χρήσιμο να παρουσιάσουμε κάποια δημογραφικά στοιχεία που θα μπορούσαν πιθανώς να φωτίσουν την εικόνα του υπό μελέτη πληθυσμού.

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 1, ως προς το φύλο, ο πληθυσμός είναι σχεδόν μοιρασμένος στα δύο, με τους άνδρες να είναι λίγο περισσότεροι (σε ποσοστό 3,4%) από τις γυναίκες.

Παρότι μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού της χώρας είναι άνω των 65, δεν ισχύει το ίδιο για τις Κυκλάδες. Η τρίτη ηλικία αποτελεί λιγότερο από το 1/5 του πληθυσμού, ενώ τα παιδιά και οι νέοι έως 34 χρόνων αποτελούν σχεδόν το μισό πληθυσμό (45,1%).

Το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού είναι έγγαμοι. Η συντριπτική πλειοψηφία των εργαζομένων είναι άνδρες, γεγονός που μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι στο νομό συναντάμε κυρίως τον παραδοσιακό τύπο ελληνικής οικογένειας. Η ανεργία πλήττει το 9,8% του πληθυσμού χωρίς να κάνει διάκριση ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες (στοιχεία από την απογραφή του 2001), όταν ο αντίστοιχος δείκτης για την Ελλάδα ήταν 10,4%.

Πίνακας 1: Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού των Κυκλάδων

ΦΥΛΟ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	%
άνδρες	58.237	51,7
γυναίκες	54.378	48,3
	112.615	100

ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	%
<18	24.522	21,8
20-34	26.227	23,3
35-49	23.306	20,7
50-64	18.912	16,8
>65	19.648	17,4
	112.615	100

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	%
άγαμοι	30.540	30,4
έγγαμοι	60.250	60,0
χήροι ή διαζευγμένοι	9.677	9,6
	100.467	100

ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΑΝΔΡΕΣ	%	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	%	ΣΥΝΟΛΟ	%
απασχολούμενοι	29.064	69,8	12.590	30,2	41.654	90,2
άνεργοι	1.485	49,1	1.542	50,9	3.027	6,6
άνεργοι νέοι	820	54,6	683	45,4	1.503	3,3
ΣΥΝΟΛΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΣ ΕΝΕΡΓΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	31.369		14.815		46.184	100

Πηγή: Γ. Γ. ΕΣΥΕ (απογραφή πληθυσμού 2001)

B. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Με βάση τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία από τη Γ.Γ. ΕΣΥΕ, το 2001 στο σύνολο της Ελλάδος (πραγματικός πληθυσμός 10.964.020 κατ.) υπήρχαν 35.278 εξελθόντες ασθενείς με ψυχικές διαταραχές. Ο αντίστοιχος αριθμός για το Νομό Κυκλάδων ήταν 135 (με πραγματικό πληθυσμό 112.615 κατ.). Αυτό σημαίνει ότι ο ρυθμός νοσηλείων για ψυχικές παθήσεις στην Ελλάδα ήταν 3,2 στους 1000 κατοίκους, ενώ για τις Κυκλάδες ήταν 1,2 στους 1000 κατοίκους. Αυτός ο ρυθμός ήταν 2,5 στους 1000 κατοίκους για το Νομό Δωδεκανήσου, την ομάδα ελέγχου, συχνότητα κάτω από το μέσο όρο της Ελλάδας αλλά διπλάσια του Ν. Κυκλάδων.

Γ. Η ΠΟΡΕΙΑ ΤΩΝ ΑΚΟΥΣΙΩΝ ΝΟΣΗΛΕΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 2000-2005

Στην παρούσα ενότητα θα παρακολουθήσουμε την πορεία των αναγκαστικών νοσηλείων των ψυχικά ασθενών από τις Κυκλάδες μέσα στην υπό μελέτη εξαετία. Για τον αριθμό τους διαθέτουμε δεδομένα από δυο διαφορετικές πηγές (αρχεία Νοσοκομείων, αρχεία Εισαγγελιών Σύρου και Νάξου), τα οποία αξίζει εξίσου να παραθέσουμε διότι εντοπίζουμε διαφορές ανάμεσά τους ως προς τον αριθμό και ως προς κάποια χαρακτηριστικά των ακούσια νοσηλευομένων. Αυτό πιθανώς να οφείλεται στο ότι το αρχείο των εισαγγελιών περιλαμβάνει επιπλέον τις εισαγωγές που έγιναν σε ψυχιατρικές κλινικές γενικών νοσοκομείων και σε ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές (35% επί του συνόλου των εισαγωγών της εξαετίας). Από τα νοσοκομεία εξασφαλίσαμε επιπλέον τον αριθμό των εκούσιων νοσηλείων αυτής της περιόδου (από Κυκλάδες κι από όλη την περιοχή που καλύπτουν) γεγονός που θα μας επιτρέψει να κάνουμε περαιτέρω συγκρίσεις.

ι) Ακούσιες νοσηλείες από το νομό Κυκλάδων

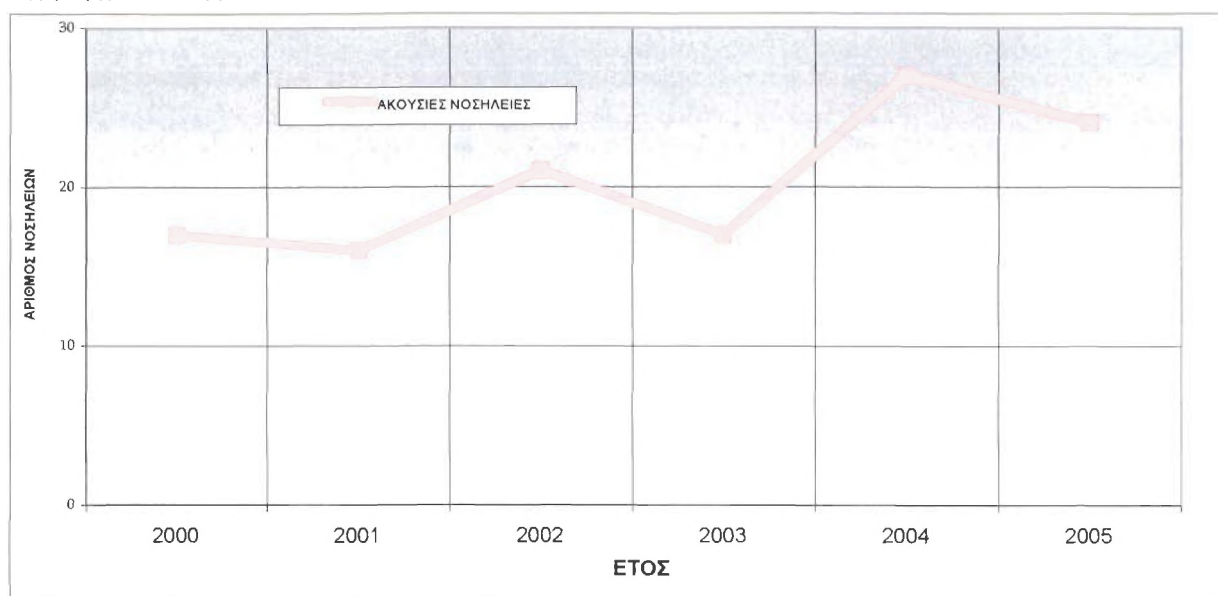
Όπως διαφαίνεται από τον πίνακα 2 και το διάγραμμα 1, ο αριθμός των ακούσιων νοσηλείων ακολουθεί μια σχετικά σταθερή πορεία μέχρι το 2003. Τα τελευταία δυο έτη παρατηρείται μια μικρή αύξηση. Με βάση μια πληροφορία που συμπληρωματικά λάβαμε από την Εισαγγελία Πρωτοδικών Σύρου, κατά το έτος 2006 ο αριθμός των ακούσιων νοσηλείων παρουσίασε αύξηση πέραν του 100% του μέσου όρου νοσηλείων κατά τα έτη 2000-2005. Αυτό το στοιχείο, πέρα από το ότι χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση, ενισχύει και την υπόθεση της αυξητικής τάσης. Η κατάσταση με βάση το θεραπευτήριο καθιστά εμφανή την υπερίσχυση της χρήσης των ψυχιατρικών υπηρεσιών του δημόσιου τομέα.

Πίνακας 2: Ακούσιες νοσηλίες από το Ν. Κυκλάδων ανά έτος και θεραπευτήριο του Ν. Αττικής

ΕΤΟΣ	ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΨΝΑ	Δρομοκαΐτειο	Ψυχιατρικές κλινικές γενικών νοσοκομείων*	Ιδιωτικές κλινικές	
2000	1	10	6	0	17
2001	7	4	5	0	16
2002	6	8	6	1	21
2003	5	6	6	0	17
2004	12	10	5	0	27
2005	5	5	13	1	24
ΣΥΝΟΛΟ	36 (29,5%)	43 (35,3%)	41 (33,6%)	2 (1,6%)	122

* σε αυτές περιλαμβάνονται η ψυχιατρική κλινική του Σισμανογλείου, του Γ.Κ.Ν.Ν. «Αγ. Παντελεήμονα», του Π.Γ.Ν.Α «Γ. Γεννηματάς», του Ευαγγελισμού, του «Σωτηρία», του «Αγ. Όλγα», του Θριασίου, του Αιγινητείου και σε μια περίπτωση το ΨΝΘ.

Πηγή: αρχεία Εισαγγελιών Σύρου και Νάξου



Διάγραμμα 1: Ακούσιες νοσηλίες από το Ν. Κυκλάδων ανά έτος

ii) Ακούσιες και εκούσιες νοσηλίες ψυχικά ασθενών από το νομό Κυκλάδων

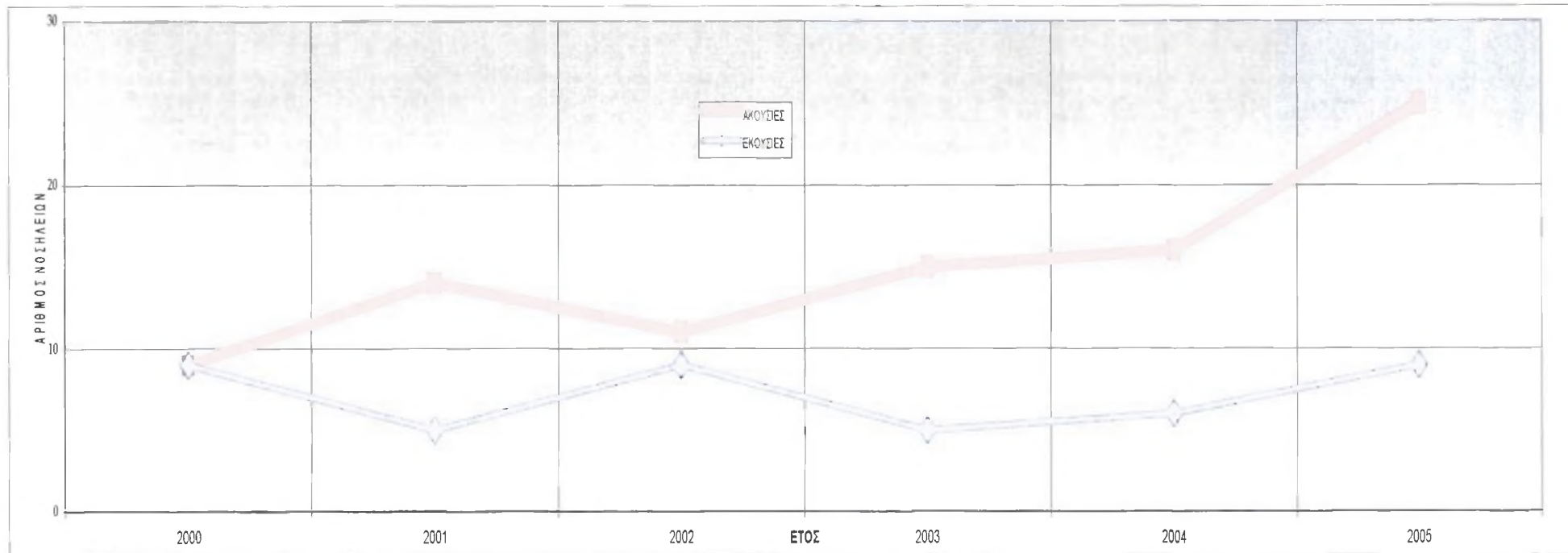
Ο πίνακας 3 και το διάγραμμα 2 κάνουν φανερή την ανοδική τάση των ακούσιων νοσηλειών μετά το 2002. Παράλληλα οι εκούσιες νοσηλίες ακολουθούν μια σχετικά σταθερή πορεία αυτά τα χρόνια. Θα μπορούσαμε να μιλήσουμε για σταδιακό «άνοιγμα της ψαλίδας» μετά το 2002 ανάμεσα σε ακούσιες και εκούσιες νοσηλίες από τα νησιά των Κυκλάδων στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία της Αττικής. Η διαφορά είναι της τάξεως του 45% και άνω.

Πίνακας 3: Ακούσιες και εκούσιες νοσηλίες από το Ν. Κυκλάδων ανά έτος και θεραπευτήριο του Ν. Αττικής

ΕΤΟΣ	ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ						ΣΥΝΟΛΟ			
	ΨΝΑ		ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ		ΠΝΑ		ΑΚΟΥΣΙΕΣ	%	ΕΚΟΥΣΙΕΣ	%
2000	0	*	9	9	0	0	9	50,0	9	50,0%
2001	3	*	11	4	0	1	14	73,7	5	26,3%
2002	4	*	7	8	0	1	11	55,0	9	45,0%
2003	5	*	10	4	0	1	15	75,0	5	25,0%
2004	11	*	5	5	0	1	16	72,7	6	27,3%
2005	6	*	13	7	6	2	25	73,5	9	26,5%
ΣΥΝΟΛΟ	29	*	55	37	6	6	90	67,7	43	32,3%

*αναμένονται στοιχεία

ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ 133



Διάγραμμα 2: Ακούσιες και εκούσιες νοσηλίες από το Ν. Κυκλάδων ανά έτος

Πηγή: αρχεία Νοσοκομείων (ΨΝΑ, Δρομοκαΐτειο, ΠΝΑ)

iii) Ακούσιες και εκούσιες νοσηλίες στα τρία Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της Αττικής

Γίνεται φανερό από τον πίνακα 4 και το διάγραμμα 3 ότι τα δύο είδη νοσηλειών στα τρία ψυχιατρεία, που δέχονται το μεγαλύτερο όγκο ψυχικά ασθενών στην Αττική, ακολουθούν μια σχεδόν παράλληλη ανοδική πορεία μετά τα μέσα του 2001. Η εισαγωγή στα μεγάλα ψυχιατρεία είναι όλο και συχνότερα η απάντηση στο αίτημα για θεραπεία του ψυχικά ασθενή. Οι ακούσιες νοσηλίες στο σύνολο του κάθε έτους είναι σαφώς περισσότερες από τις εκούσιες με τη διαφορά μεταξύ τους να ξεπερνά το 10%. Εξαιρέση βέβαια σε αυτή την αναλογία αποτελεί το ΠΝΑ όπου έχουμε να κάνουμε με ανηλικούς και είναι αναμενόμενο ο αριθμός των εκουσίων εισαγωγών να είναι μεγαλύτερος.

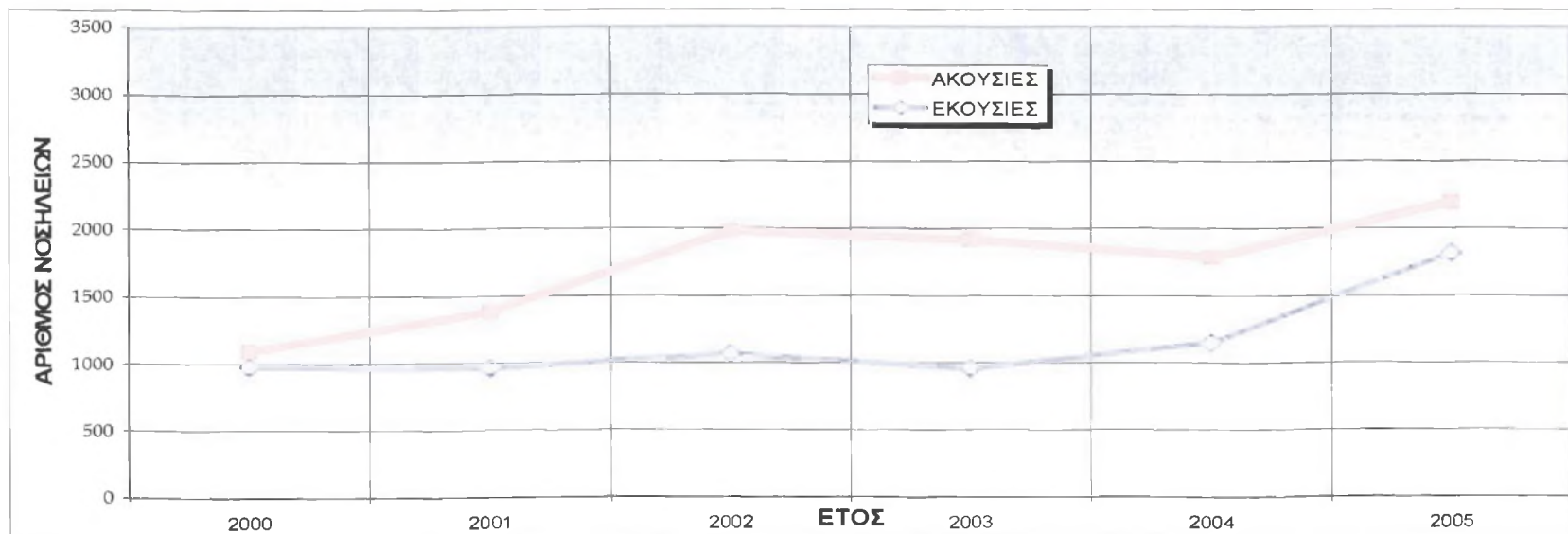
Η εικόνα που παρουσιάζει το 2000 και οι αρχές του 2001 δεν είναι ενδεικτική της πορείας των νοσηλειών διότι αντανακλά τις προσωρινές αλλαγές στο καθεστώς των εφημεριών και του αριθμού εισαγωγών που δέχονταν τα νοσοκομεία της Αττικής. Ο σεισμός του 1999 προκάλεσε ζημιές στα δύο ψυχιατρεία, κυρίως στο ΨΝΑ, με αποτέλεσμα μεγάλος αριθμός περιστατικών να παραπέμπεται στις ψυχιατρικές κλινικές των γενικών νοσοκομείων οι οποίες αντιμετώπισαν πρόβλημα υπερπλήρωσης^{26, 27}.

Η εικόνα των εισαγωγών που παρουσιάζει το ΠΝΑ μετά το 2002 αποτυπώνει την πίεση που υφίσταντο οι γιατροί από το επικείμενο κλείσιμο του νοσοκομείου. Ειδικότερα, το έτος 2004 ήταν και για τρία ψυχιατρεία έτος αλλαγών στη διοίκηση που είχαν σαν συνέπεια μια μεταβολή στο καθεστώς και τη ροή των εισαγωγών. Επρόκειτο ωστόσο για μια μεταβολή παροδική αφού από τον αμέσως επόμενο χρόνο επανήλθε το σύνηθες μοτίβο ακούσιων και εκουσίων εισαγωγών.

Πίνακας 4: Ακούσιες και εκούσιες νοσηλίες από όλη την περιοχή ευθύνης των τριών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων της Αττικής ανά έτος και θεραπευτήριο

ΕΤΟΣ	ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ						ΣΥΝΟΛΟ			
	ΨΝΑ		ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ		ΠΝΑ		ΑΚΟΥΣΙΕΣ	%	ΕΚΟΥΣΙΕΣ	%
2000	168	239	907	701	15	35	1090	52,8	975	47,2
2001	603	422	768	516	14	23	1385	59,0	961	41,0
2002	949	415	1021	623	9	28	1979	65,0	1066	35,0
2003	894	347	1010	599	11	10	1915	66,7	956	33,3
2004	958	566	821	577	6	8	1785	60,8	1151	39,2
2005	1121	996	1063	791	9	28	2193	54,7	1815	45,3
	4693	2985	5590	3807	64	132	10347	59,9	6924	40,1
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ							17.271			

Πηγή: Αρχεία Νοσοκομείων (ΨΝΑ, Δρομοκαΐτειο, ΠΝΑ)



Διάγραμμα 3: Ακούσιες και εκούσιες νοσηλίες από όλη την περιοχή ευθύνης των τριών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων της Αττικής ανά έτος

Δ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ ΤΩΝ ΚΑΤΑΓΕΓΡΑΜΜΕΝΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Σε αυτή την ενότητα θα παρουσιαστούν τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ακούσια νοσηλευομένων από το νομό Κerkλάδων. Χρησιμοποιούμε παράλληλα τις δυο πηγές δεδομένων διότι, τουλάχιστον σε αυτό το στάδιο, είναι εξαιρετικά δύσκολο να αξιολογηθεί η αξιοπιστία των πηγών και να αποκλειστεί μια εκ των δυο.

ι) Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

Όπως φαίνεται από τους πίνακες 5 και 6, οι άνδρες αποτελούν την πλειοψηφία των εισαγωγών, γεγονός που συνάδει με ευρήματα προηγούμενων ερευνών^{9,25,26,27}. Συνήθως η μεγαλύτερη συχνότητα ακούσιων νοσηλειών στον ανδρικό πληθυσμό αποδίδεται στην μεγαλύτερη βιαιότητα/ επικινδυνότητα των ανδρών ασθενών και συνεπώς στην μεγαλύτερη ανησυχία που βιώνει το περιβάλλον τους, με αποτέλεσμα να ζητά συχνότερα ιατρική βοήθεια μέσω εισαγγελικής εντολής. Εμείς θα προτεινάμε το συχνότερο αίσθημα αδυναμίας που πιθανώς βιώνουν οι συγγενείς απέναντι τους λόγω της μεγαλύτερης σωματικής διάπλασης των ανδρών. Άνδρες και γυναίκες ψυχικά ασθενείς μπορεί να γίνουν εξίσου βίαιοι, αλλά συνήθως νιώθουμε ότι μια γυναίκα μπορούμε να τη «χειριστούμε» καλύτερα.

Με βάση τα δεδομένα των νοσοκομείων, ο μέσος όρος ηλικίας είναι τα 46,6 χρόνια με τυπική απόκλιση 15,8 έτη. Με βάση τις εισαγγελίες, ο μέσος όρος είναι τα 41,5 έτη με τυπική απόκλιση 12 έτη. Ωστόσο εξαιτίας του μεγάλου εύρους των ηλικιών (13-81 έτη, στην πρώτη περίπτωση, και 19-71 στη δεύτερη), θεωρούμε περισσότερο ενδεικτικά τα ποσοστά. Και από τα δυο αρχεία φαίνεται να υπάρχει μεγαλύτερη συχνότητα ακούσιων νοσηλειών στις ηλικίες 35-50. Για τις μικρότερες ηλικίες όπου τοποθετείται συνήθως το πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο, οι συχνότητες είναι μικρότερες αλλά καθόλου ασήμαντες, γεγονός που φανερώνει την ανεπάρκεια στο τομέα της πρόληψης και την έλλειψη κατάλληλων υπηρεσιών.

Η οικογενειακή κατάσταση ήταν διαθέσιμη μόνο στα αρχεία των νοσοκομείων, από την ανάλυση των οποίων προκύπτει ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ακούσια νοσηλευομένων είναι άγαμοι. Αυτό επιβεβαιώνεται κι από την ελληνική βιβλιογραφία^{20, 25}. Αυτό το εύρημα θεωρούμε ότι σχετίζεται με το κυρίαρχο οικογενειακό μοντέλο της περιοχής, το οποίο θέλει παραδοσιακά τον άνδρα να εξασφαλίζει την επιβίωση της οικογένειας. Αυτή η απαίτηση, κυρίως σύμφωνα με τα στερεότυπα, δύσκολα μπορεί να καλυφθεί από ένα άτομο που αντιμετωπίζει ένα ψυχολογικό πρόβλημα και, έως ένα βαθμό, αποτελεί αιτία κοινωνικού αποκλεισμού του.

Η εργασιακή κατάσταση είχε καταγραφεί για ελάχιστα περιστατικά στα αρχεία των νοσοκομείων και εναλλακτικά καταγράψαμε το ταμείο ασφάλισης των ασθενών. Το μεγαλύτερο ποσοστό είναι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ, με το ποσοστό ασφαλισμένων του ΟΓΑ να ακολουθεί. Αυτό συνάδει με τα αποτελέσματα της απογραφής του 2001 που δείχνουν μεγάλο ποσοστό των κατοίκων να είναι μισθωτοί στον κλάδο των κατασκευών, του εμπορίου, των τουριστικών επιχειρήσεων, των μεταφορών.

Πίνακας 5: Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ακούσια νοσηλευθέντων από το Ν. Κυκλάδων

ΦΥΛΟ	Αριθμός	%
άνδρας	84	68,9
γυναίκα	38	31,1
ΣΥΝΟΛΟ	122	100

ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ	Αριθμός	%
18-34	30	24,6
35-50	48	39,3
51-65	24	19,7
>66	2	1,6
άγνωστο	18	14,8
ΣΥΝΟΛΟ	122	100

Πηγή: αρχεία Εισαγγελιών Σύρου και Νάξου

Πίνακας 6: Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ακούσια νοσηλευθέντων από το Ν. Κυκλάδων

ΦΥΛΟ	Αριθμός	%
άνδρας	62	68,9
γυναίκα	28	31,1
ΣΥΝΟΛΟ	90	100

ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ	Αριθμός	%
<18	6	6,7
19-34	13	14,4
35-50	32	35,6
51-65	30	33,3
>66	9	10,0
ΣΥΝΟΛΟ	90	100

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Αριθμός	%
άγαμος	56	62,2
έγγαμος	15	16,7
χήρος	3	3,3
διαζευγμένος	8	8,9

χωρίς στοιχεία	8	8,9
ΣΥΝΟΛΟ	90	100

ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	Αριθμός	%
Δημοσίων υπαλλήλων	4	4,4
Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων	36	40,0
Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων	20	22,2
λοιπά ταμεία	10	11,1
άποροι	17	18,9
ιδία δαπάνη	3	3,3
ΣΥΝΟΛΟ	90	100

Πηγή: Αρχεία Νοσοκομείων (ΨΝΑ, Δρομοκαΐτειο, ΠΙΝΑ)

ii) Κλινικά χαρακτηριστικά

Όπως είναι φανερό από τους πίνακες 7 και 8, η διάγνωση που κυριαρχεί στις ακούσιες εισαγωγές είναι η ψυχωσική συνδρομή. Ίσως ο όρος να μοιάζει γενικός, αλλά ήταν αυτός που χρησιμοποιείται κατά κύριο λόγο στο βιβλίο κίνησης ασθενών των νοσοκομείων και ομοίως στις διαγνώσεις των ψυχιάτρων που επισυνάπτονταν στις αιτήσεις ακούσιας νοσηλείας προς τον εισαγγελέα. Η διεθνής και ελληνική βιβλιογραφία έχει επανειλημμένως δείξει την σύνδεση μεταξύ βαρύτητας της νόσου και ακούσιας νοσηλείας^{20,25,26,27}. Οι ακούσια νοσηλευόμενοι είναι πιθανότερο να πάσχουν από ψυχωσικές διαταραχές και να είναι περισσότερο χρόνιοι από αυτούς που εισάγονται εκουσίως. Με την πάροδο του χρόνου οι συγγενείς ευκολότερα καταφεύγουν στην εισαγγελική εντολή για τον ψυχωσικό ασθενή⁹.

Επιπλέον, στα αποτελέσματα που προκύπτουν από το αρχείο των εισαγγελιών κρίθηκε απαραίτητο να προστεθεί η κατηγορία «ασαφής διάγνωση» για διαγνώσεις ψυχιάτρων του τύπου «επιθετικότητα», «απώλεια ελέγχου πραγματικότητας» σε ποσοστό περίπου 6%. Εδώ υπάρχουν σαφείς προεκτάσεις ως προς την εφαρμογή του νόμου 2071/92 που επιτάσσει σαφή αιτιολόγηση και ακριβείς γνωματεύσεις που να δικαιολογούν την αναγκαιότητα ακούσιας νοσηλείας. Μας προβληματίζει το γεγονός ότι ο εισαγγελέας, έστω και σε ένα μικρό αριθμό περιπτώσεων, πιθανόν εξαιρετικά επειγουσών, στηρίχθηκε σε τέτοιες «επιστημονικές» διαγνώσεις.

Σχετικά με τη διάρκεια νοσηλείας, τα ευρήματα είναι για άλλη μια φορά αρκετά αποκαλυπτικά για την εφαρμογή του νομοθετικού πλαισίου. Τα στοιχεία που προκύπτουν από τις δυο πηγές προκαλούν σύγχυση ως προς τη μέση διάρκεια νοσηλείας. Από το αρχείο των νοσοκομείων προκύπτει ότι στο 40% των περιπτώσεων, η νοσηλεία διήρκεσε περισσότερο από 41 ημέρες. Από το αρχείο της εισαγγελίας, το οποίο δεν έχει ενημέρωση για το 1/3 των περιστατικών, προκύπτει ότι οι περισσότερες από τις νοσηλείες για τις οποίες

υπάρχουν στοιχεία διήρκεσαν λιγότερο από 20 ημέρες. Η συντριπτική πλειοψηφία των νοσηλειών διήρκεσε έως 3 μήνες. Ωστόσο ένα 28% των νοσηλειών από το αρχείο των νοσοκομείων και ένα 22% από το αρχείο των εισαγγελιών διήρκεσε περισσότερο. Από αυτές, υπήρξαν 4 και 2 νοσηλείες αντίστοιχα, οι οποίες είχαν διάρκεια άνω των 6 μηνών, χωρίς να έχει σημειωθεί μετατροπή της ακούσιας σε εκούσια. Αυτό μπορεί να σημαίνει κάποια αμέλεια στην αρχειοθέτηση των νοσοκομείων ή σαφή παραβίαση του ανώτατου χρονικού ορίου που θεσπίζει ο νόμος για την ακούσια νοσηλεία.

Ως προς το μήνα εισαγωγής, η ανάλυση των δεδομένων από το αρχείο των νοσοκομείων παρουσιάζει μια περίεργη κατανομή των εισαγωγών, υπό την έννοια ότι διακρίνουμε μια ισοπεδωτική εικόνα για τους μήνες Αύγουστο έως Νοέμβριο και τον μήνα Μάρτιο να έρχεται πρώτος με μικρή διαφορά. Περισσότερο νόημα βγαίνει από τα αρχεία της εισαγγελίας, που περιλαμβάνουν επιπλέον τους μήνες εισαγωγής στις ψυχιατρικές κλινικές γενικών νοσοκομείων και στις ιδιωτικές κλινικές, όπου διαπιστώνουμε ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά εισαγωγών συγκεντρώνονται τους θερινούς μήνες (1/3 επί του συνόλου) με κορύφωση το μήνα Ιούλιο. Οι συνθήκες ζωής και εργασίας στα ελληνικά νησιά μας επιτρέπουν να κατανοήσουμε τα αυξημένα ποσοστά ακούσιων νοσηλειών το καλοκαίρι. Η εποχιακή απασχόληση για ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού και το άγχος για την εξασφάλιση των προς το ζην για όλη την υπόλοιπη χρονιά είναι παράγοντες που οδηγούν πιο εύκολα την οικογένεια στη λύση της ακούσιας νοσηλείας του ψυχικά πάσχοντος μέλους της. Ο ελεύθερος χρόνος κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού είναι εξαιρετικά περιορισμένος σε σύγκριση με τους χειμερινούς μήνες όπου η οικογένεια είναι περισσότερο συγκεντρωμένη στο σπίτι και τα προβλήματα του.

Η εισαγγελική εντολή γίνεται συνήθως μέσω αιτήσεων των συγγενών ή συζύγων, γεγονός που επιβεβαιώνει αφενός τον κεντρικό ρόλο που διαδραματίζει η οικογένεια στη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας, αφετέρου την έλλειψη διαμεσολάβησης μεταξύ του αιτήματος των οικογενειών, της κοινότητας και των εισαγγελιών. Ταυτόχρονα, η αυτεπάγγελτη εισαγωγή κατόπιν καταγγελιών δεν είναι καθόλου σπάνια και έχει πιθανώς να κάνει με τον κλειστό χαρακτήρα των μικρών κοινωνιών των νησιών, αλλά και με την έλλειψη κατάλληλων υπηρεσιών διαχείρισης της κρίσης και συνεχούς φροντίδας στην κοινότητα, πράγμα που θα συγκρατούσε τη μείζονα ψυχοπαθολογία πριν φτάσει σε ακραίες καταστάσεις που κάνουν την προσφυγή στον εισαγγελέα να μοιάζει μονόδρομος.

Πίνακας 7: Κλινικά χαρακτηριστικά των ακούσια νοσηλεομένων από το Ν. Κυκλάδων

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	Αριθμός	%
Ψυχωσική συνδρομή	89	73,0
Καταθλιπτική συνδρομή	6	4,9
Διπολική διαταραχή	9	7,4
Διαταραχές που σχετίζονται με ουσίες	5	4,1
Διαταραχές προσωπικότητας	4	3,3
Οργανικά ψυχοσύνδρομα	1	0,8
ασαφής διάγνωση	7	5,7
άγνωστο	1	0,8
ΣΥΝΟΛΟ	122	100,0

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΕ ΗΜΕΡΕΣ	Αριθμός	%
<20	33	27,0
21-40	25	20,5
>41	22	18,0
άγνωστο	42	34,4
ΣΥΝΟΛΟ	122	100

ΜΗΝΑΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	Αριθμός	%
Ιανουάριος	5	4,1
Φεβρουάριος	10	8,2
Μάρτιος	9	7,4
Απρίλιος	7	5,7
Μάιος	9	7,4
Ιούνιος	15	12,3
Ιούλιος	22	18,0
Αύγουστος	19	15,6
Σεπτέμβριος	6	4,9
Οκτώβριος	6	4,9
Νοέμβριος	8	6,6
Δεκέμβριος	6	4,9
ΣΥΝΟΛΟ	122	100

ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΕΙΣΑΓΓΕΛΙΚΗΣ ΕΝΤΟΛΗΣ	Αριθμός	%
αυτεπάγγελτα κατόπιν καταγγελιών	53	43,4
κατόπιν αιτήσεως οικείων	61	50,0
κατόπιν αιτήσεως τρίτων	1	0,8
άγνωστο	7	5,7
ΣΥΝΟΛΟ	122	100

Πηγή: αρχεία Εισαγγελιών Σύρου και Νάξου

Πίνακας 8: Κλινικά χαρακτηριστικά των ακούσια νοσηλευομένων από το Ν. Κυκλάδων

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	Αριθμός	%
Ψυχώσική συνδρομή	65	72,2
Καταθλιπτική συνδρομή	6	6,7
Διπολική διαταραχή	6	6,7
Διαταραχές που σχετίζονται με ουσίες	5	5,6
Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές	4	4,4
Διαταραχές προσωπικότητας	1	1,1
Νοητική καθυστέρηση	1	1,1
Οργανικά ψυχοσύνδρομα	2	2,2
ΣΥΝΟΛΟ	90	100

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	Αριθμός	%
<20	29	32,2
21-40	25	27,8
>41	36	40,0
ΣΥΝΟΛΟ	90	100

ΜΗΝΑΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	Αριθμός	%
Ιανουάριος	6	6,7
Φεβρουάριος	8	8,9
Μάρτιος	12	13,3
Απρίλιος	8	8,9
Μάιος	3	3,3
Ιούνιος	4	4,4
Ιούλιος	8	8,9
Αύγουστος	9	10,0
Σεπτέμβριος	9	10,0
Οκτώβριος	9	10,0
Νοέμβριος	9	10,0
Δεκέμβριος	5	5,6
ΣΥΝΟΛΟ	90	100

Πηγή: Αρχεία Νοσοκομείων (ΨΝΑ, Δρομοκαΐτειο, ΠΙΝΑ)

E. ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΝΗΣΙΩΝ ΤΩΝ ΚΥΚΛΑΔΩΝ

Αυτή η ενότητα στόχο έχει να αναδείξει τις ειδικές ανάγκες των νησιών του νομού σε επίπεδο υπηρεσιών ψυχικής υγείας, συνεισφέροντας παράλληλα στην αξιολόγηση του έργου των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας που δρουν από τα μέσα του 2003 στην περιοχή. Για το λόγο αυτό, γίνονται συγκρίσεις μεταξύ

των νησιών και μεταξύ των ζωνών κάλυψης από τις ΚΜΨΥ κατ' έτος και σε σύνολο. Πρέπει να διευκρινιστεί ότι για το διαχωρισμό σε ζώνες δεν υπάρχει καθαρά γεωγραφικό έρεισμα. Ο διαχωρισμός είναι κυρίως συμβατικός και πρακτικός για την διαμοιρασμένη παροχή υπηρεσιών από τις τρεις κινητές μονάδες. Επιπλέον, υπολογίζεται η αναλογία των ακούσιων εισαγωγών προς τον πραγματικό πληθυσμό των νησιών. Οι απόλυτοι αριθμοί δεν είναι τόσο αποκαλυπτικοί όσο ο ρυθμός των εισαγωγών ανά 1000 κατοίκους. Για άλλη μια φορά, παραθέτουμε δεδομένα και από τις δυο πηγές λόγω αδυναμίας ανάδειξης της περισσότερο αξιόπιστης.

ι) Συγκρίσεις μεταξύ νησιών και ζωνών κάλυψης από τις ΚΜΨΥ

Από τους πίνακες 9 και 10, προκύπτει ότι οι δύο πηγές δεδομένων συμφωνούν στο ότι πάνω από τις μισές ακούσιες νοσηλίες κατά τη διάρκεια της εξαετίας προέρχονται από τις Βορειοανατολικές Κυκλάδες. Αυτά τα νησιά παρουσιάζουν συστηματικά, κάθε χρόνο, περιστατικά που νοσηλεύονται ακούσια σε αντίθεση με την σποραδικότητα που παρουσιάζουν τα νησιά των Δυτικών Κυκλάδων. Όπως είναι αναμενόμενο, η Σύρος και η Νάξος, τα δυο μεγαλύτερα σε πληθυσμό νησιά του νομού, παρουσιάζουν τους μεγαλύτερους αριθμούς ακούσιων εισαγωγών.

Πίνακας 9: Ακούσιες νοσηλίες από το Ν. Κυκλάδων ανά ζώνη κάλυψης, νησί και έτος εισαγωγής

ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ		ΕΤΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ							ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	%
ΖΩΝΗ ΚΑΛΥΨΗΣ	ΝΗΣΙ	2000	2001	2002	2003	2004	2005			
Βορειοανατολικές Κυκλάδες	Άνδρος	1	1	1		2	2	7	5,7	
	Μύκονος	4	1	1	3	2	3	14	11,5	
	Πάρος	3	4	2	2	5	2	18	14,8	
	Σύρος	3	2	4	3	5	3	20	16,4	
	Τήνος	1	3	2	1		4	11	9,0	
ΣΥΝΟΛΟ ΖΩΝΗΣ		12	11	10	9	14	14	70	57,4	
Δυτικές Κυκλάδες	Κύθνος			1		1		2	1,6	
	Μήλος						1	1	0,8	
	Σέριφος		1		2	1		4	3,3	
ΣΥΝΟΛΟ ΖΩΝΗΣ			1	1	2	2	1	7	5,7	
Νοτιοανατολικές Κυκλάδες	Αμοργός	1						1	0,8	
	Θήρα		1	5	4	2	5	17	13,9	
	Ίος	1					1	2	1,6	
	Νάξος	3	2	5	2	7	2	21	17,2	
	Ανάφη		1					1	0,8	
ΣΥΝΟΛΟ ΖΩΝΗΣ		5	4	10	6	9	8	42	34,4	
άγνωστο						2	1	3	2,5	
	ΣΥΝΟΛΟ ΕΤΟΥΣ	17	16	21	17	27	24	122	100	

Πηγή: αρχεία Εισαγγελιών Σύρου και Νάξου

Πίνακας 10: Ακούσιες νοσηλείες από το Ν. Κυκλάδων ανά ζώνη κάλυψης, νησί και έτος εισαγωγής

ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ		ΕΤΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ							ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	%
ΖΩΝΗ ΚΑΛΥΨΗΣ	ΝΗΣΙ	2000	2001	2002	2003	2004	2005			
Βορειοανατολικές Κυκλάδες	Άνδρος	2	2	1	3	1	4	13	14,4	
	Μύκονος				2		2	4	4,4	
	Πάρος			3		4	3	10	11,1	
	Σύρος	3	3	1	2	3	7	19	21,1	
	Τήνος						2	2	2,2	
ΣΥΝΟΛΟ ΖΩΝΗΣ		5	5	5	7	8	18	48	53,3	
Δυτικές Κυκλάδες	Κέα				1			1	1,1	
	Κύθνος		1					1	1,1	
	Μήλος	1	1					2	2,2	
	Σέριφος		1		1			2	2,2	
ΣΥΝΟΛΟ ΖΩΝΗΣ		1	3	0	2	0	0	6	6,7	
Νοτιοανατολικές Κυκλάδες	Αμοργός				1			1	1,1	
	Θήρα			1	1	3	3	8	8,9	
	Νάξος	3	5	4	4	5	2	23	25,6	
	Ανάφη		1					1	1,1	
	Φολέγανδρος			1				1	1,1	
ΣΥΝΟΛΟ ΖΩΝΗΣ		3	6	6	6	8	5	34	37,8	
άγνωστο							2	2	2,2	
	ΣΥΝΟΛΟ ΕΤΟΥΣ	9	14	11	15	16	25	90	100	

Πηγή: αρχεία Νοσοκομείων (ΨΝΑ, Δρομοκαΐτειο, ΠΝΑ)

ii) Οι ακούσιες νοσηλίες σε αναλογία με τον πληθυσμό των νησιών στο σύνολο της εξαιτίας

Και εδώ παραθέτουμε την ανάλυση των δεδομένων από τις δυο διαθέσιμες πηγές για το λόγο που έχουμε προαναφέρει. Ωστόσο σε αυτό το σημείο θεωρούμε περισσότερο αντιπροσωπευτικά τα στοιχεία που προκύπτουν από την ανάλυση των δεδομένων από τις Εισαγγελίες (πίνακας 12, διάγραμμα 5) καθώς σε αυτά περιέχονται επιπλέον οι εισαγωγές στις ψυχιατρικές κλινικές γενικών νοσοκομείων και στις ιδιωτικές κλινικές.

Η συχνότητα των ακούσιων νοσηλειών στο σύνολο του νομού Κυκλάδων (1,2 στους 1000 κατοίκους) μας θυμίζει την συχνότητα των εξελθόντων ασθενών με ψυχικές παθήσεις το έτος 2001 που αντλήσαμε από τα στοιχεία της Γ.Γ. ΕΣΥΕ. Η αντίστοιχη συχνότητα για τις εκούσιες νοσηλίες σε αναλογία με το συνολικό πληθυσμό των Κυκλάδων είναι 0,4 προς 1000 κατοίκους.

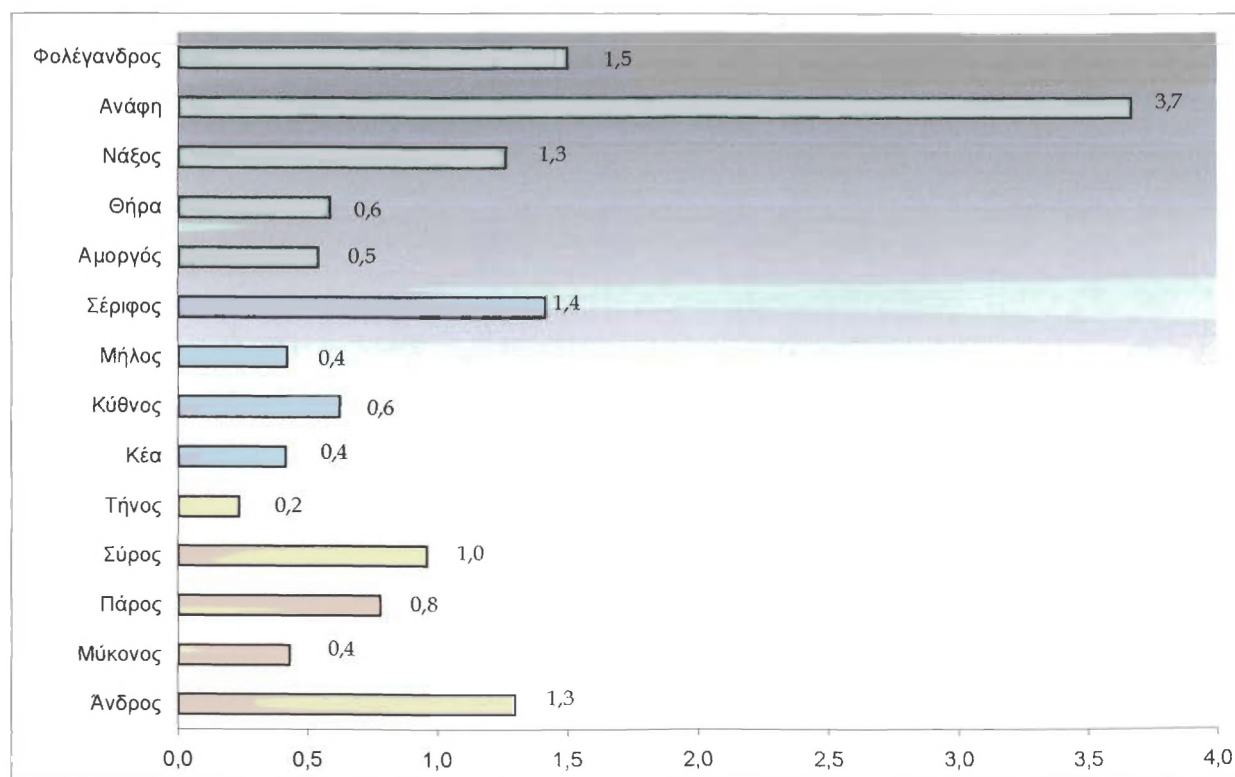
Τα νησιά των 1.500-2.000 κατοίκων παρουσιάζουν μικρές συχνότητες, κοντά στο μέσο όρο του νομού, με εξαίρεση τη Σέριφο που παρουσιάζει εξαιρετικά αυξημένη συχνότητα ακούσιων νοσηλειών (γεγονός που επιβεβαιώνεται και από τις δυο πηγές). Είναι ενδιαφέρον το γεγονός ότι τα δύο μεγαλύτερα νησιά των Κυκλάδων, η Σύρος και η Νάξος, παρουσιάζουν μικρότερες συχνότητες από την Πάρο και τη Μύκονο. Η χαμηλή συχνότητα εισαγγελικών από τη Μήλο, που αποτελεί έδρα ΚΜΨΥ, ενδεχομένως να είναι ένα αισιόδοξο εύρημα για την δράση αυτής της κοινοτικής δομής.

Οι μεγάλες συχνότητες που αποδίδονται στην Ανάφη και την Φολέγανδρο είναι ασφαλώς πλασματικές εξαιτίας του πολύ μικρού αριθμού κατοίκων των νησιών αυτών. Ωστόσο το στοιχείο αυτό δεν μειώνει τη σημασία της ανάγκης αυτών των νησιών για υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Πίνακας 11: Συχνότητα ακουσιών νοσηλείων ανά 1000 κατοίκους του Ν. Κυκλάδων ανά ζώνη κάλυψης και νησί

ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ				
ΖΩΝΗ ΚΑΛΥΨΗΣ	ΝΗΣΙ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΚΟΥΣΙΩΝ ΝΟΣΗΛΕΙΩΝ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΙΩΝ ΑΝΑ 1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ
Βορειοανατολικές Κυκλάδες	Άνδρος	10.009	13	1,3
	Μύκονος	9.320	4	0,4
	Πάρος	12.853	10	0,8
	Σύρος	19.782	19	1,0
	Τήνος	8.574	2	0,2
ΣΥΝΟΛΟ ΖΩΝΗΣ		60.538	48	0,8
Δυτικές Κυκλάδες	Κέα	2.417	1	0,4
	Κύθνος	1.608	1	0,6
	Μήλος	4.771	2	0,4
	Σέριφος	1.414	2	1,4
ΣΥΝΟΛΟ ΖΩΝΗΣ		10.210	6	0,6
Νοτιοανατολικές Κυκλάδες	Αμοργός	1.859	1	0,5
	Θήρα	13.670	8	0,6
	Νάξος	18.188	23	1,3
	Ανάφη	273	1	3,7
	Φολέγανδρος	667	1	1,5
ΣΥΝΟΛΟ ΖΩΝΗΣ		34.657	34	1,0
άγνωστο			2	
ΣΥΝΟΛΟ		105.405	90	0,9

Πηγή: Αρχεία Νοσοκομείων (ΨΝΑ, Δρομοκαΐτειο, ΠΙΝΑ)

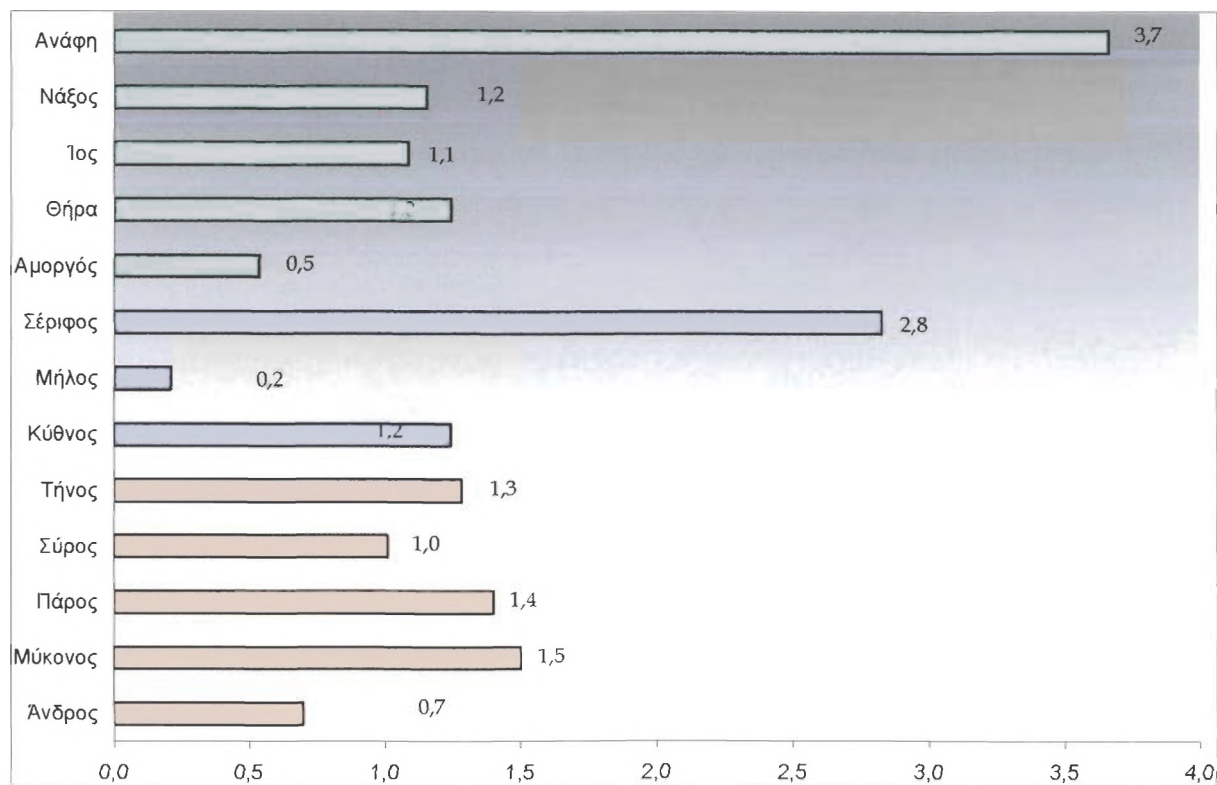


Διάγραμμα 4: Συχνότητα ακουσιών νοσηλείων ανά 1000 κατοίκους του Ν. Κυκλάδων ανά ζώνη κάλυψης και νησί

Πίνακας 12: Συχνότητα ακουσίων νοσηλειών ανά 1000 κατοίκους του Ν. Κυκλάδων ανά ζώνη κάλυψης και νησί

ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ				
ΖΩΝΗ ΚΑΛΥΨΗΣ	ΝΗΣΙ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΚΟΥΣΙΩΝ ΝΟΣΗΛΕΙΩΝ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΙΩΝ ΑΝΑ 1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ
Βορειοανατολικές Κυκλάδες	Άνδρος	10.009	7	0,7
	Μύκονος	9.320	14	1,5
	Πάρος	12.853	18	1,4
	Σύρος	19.782	20	1,0
	Τήνος	8.574	11	1,3
ΣΥΝΟΛΟ ΖΩΝΗΣ		60.538	70	1,2
Δυτικές Κυκλάδες	Κύθνος	1.608	2	1,2
	Μήλος	4.771	1	0,2
	Σέριφος	1.414	4	2,8
ΣΥΝΟΛΟ ΖΩΝΗΣ		7.793	7	0,9
Νοτιοανατολικές Κυκλάδες	Αμοργός	1.859	1	0,5
	Θήρα	13.670	17	1,2
	Τος	1.838	2	1,1
	Νάξος	18.188	21	1,2
	Ανάφη	273	1	3,7
ΣΥΝΟΛΟ ΖΩΝΗΣ		35.828	42	1,2
άγνωστο			3	
ΣΥΝΟΛΟ		104.159	122	1,2

Πηγή: αρχεία Εισαγγελιών Σύρου και Νάξου



Διάγραμμα 5: Συχνότητα ακουσίων νοσηλειών ανά 1000 κατοίκους του Ν. Κυκλάδων ανά ζώνη κάλυψης και νησί

V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Αυτό που αποκομίζει ο αναγνώστης από την ανάλυση των αποτελεσμάτων είναι μια μάλλον απογοητευτική εικόνα για την πορεία των ακούσιων νοσηλειών γενικότερα, στα τρία δημόσια ψυχιατρεία, και ειδικότερα, όσον αφορά στις Κυκλάδες.

Από την ανάλυση στοιχείων που συλλέχθηκαν από τρία μεγάλα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας, δείγμα αν μη τι άλλο αντιπροσωπευτικό, φαίνεται η αυξημένη συχνότητα των ακούσιων νοσηλειών στον ελληνικό χώρο και η υπερίσχυσή τους εις βάρος των εκουσίων, πράγμα που δε συμβαίνει κατά κανόνα στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης. Η ακούσια νοσηλεία στην Ελλάδα φαίνεται να εξαρτάται κυρίως από εξωκλινικούς παράγοντες: την έλλειψη υποστηρικτικών δικτύων στην κοινότητα, την έλλειψη κατάλληλων υπηρεσιών ψυχικής υγείας που να αποτελούν εναλλακτική της εισαγωγής στο νοσοκομείο παρέμβαση, την απουσία ομάδων παρέμβασης στην κρίση, την έλλειψη ψυχιατρικών κλινών στα γενικά νοσοκομεία. Το περιβάλλον του ψυχικά ασθενή, ευρύτερο και στενότερο, στρέφεται πολύ συχνά στον εισαγγελέα με το αίτημα της θεραπείας του πάσχοντος και η ακούσια νοσηλεία υποκαθιστά την αντιμετώπιση του επειγόντος και τη διασφάλιση του συνεχούς της φροντίδας.

Ο πληθυσμός των Κυκλάδων καταφεύγει κι αυτός ολοένα συχνότερα στην εισαγγελική εντολή τα τελευταία χρόνια. Οι ΚΜΨΥ που δρουν στην περιοχή πιθανώς έχουν συμβάλει σε αυτό το γεγονός, όσο οξύμωρο κι αν φαίνεται εκ πρώτης όψεως. Έργο των κινητών μονάδων είναι η ενημέρωση, η εκπαίδευση, η ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινωνίας σε θέματα που άπτονται της ψυχικής υγείας καθώς και η μείωση του στίγματος της ψυχικής νόσου. Αυτή η αυξημένη επαγρύπνηση σε θέματα που πριν αποτελούσαν ένα είδος ταμπού και «πνίγονταν» μέσα στην εσωστρέφεια της τοπικής κοινωνίας, ιδίως τη χειμερινή περίοδο, πυροδοτεί το αίτημα του περιβάλλοντος για την παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών στον ψυχικά πάσχοντα. Ένα αίτημα όμως, που εξαιτίας της ανεπάρκειας του δικτύου των υπάρχουσών υπηρεσιών, δεν παίρνει άλλη απάντηση εκτός από τη λύση της νοσηλείας.

Πράγματι, όταν αναλογιστούμε την κατάσταση που επικρατεί σε επίπεδο φροντίδας ψυχικής υγείας στο Νομό Κυκλάδων, διαπιστώνουμε ότι η εισαγωγή σε νοσοκομείο της Αττικής αποτελεί τη μόνη δυνατή απάντηση των ψυχιατρικών και κοινωνικο-υγειονομικών υπηρεσιών. Ειδικά για τη μείζονα ψυχοπαθολογία, η μόνη λύση φαίνεται να είναι η ακούσια νοσηλεία, αφού οι υπάρχουσες υπηρεσίες δεν είναι αρκετές για να την συγκρατήσουν πριν φτάσει σε ακραίες καταστάσεις. Για τις υπόλοιπες διαγνωστικές κατηγορίες, το περιβάλλον επιδεικνύει μια πιο συγκρατημένη αντιμετώπιση, ίσως επειδή η αναγκαστική νοσηλεία φαίνεται να αποτελεί ακατάλληλη απάντηση^{20,26}.

Το κοινωνικο-δημογραφικό και κλινικό προφίλ του ακουσίως νοσηλευομένου, έτσι όπως το περιγράψαμε στις υποθέσεις μας και όπως μαρτυρεί η βιβλιογραφία, φαίνεται να επιβεβαιώνεται. Ο άγαμος άνδρας μέσης ηλικίας με βαριά ψυχική πάθηση φάνηκε να έχει περισσότερες πιθανότητες να

νοσηλευτεί ακουσίως, για λόγους που σχετίζονται με τη σωματική του διάπλαση, τον κοινωνικό αποκλεισμό και την κόπωση που επέρχεται στους οικείους εξαιτίας της χρονιότητας της νόσου του²⁰.

Η διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας για την πλειοψηφία των ασθενών διαρκεί πάνω από 41 ημέρες και έως 3 μήνες με βάση τα αρχεία των νοσοκομείων που είναι σαφώς πληρέστερα σε αυτό το σημείο από αυτά των εισαγγελιών. Χρήζει διερεύνησης το γεγονός ότι δεν υπάρχει ενημέρωση της εισαγγελίας ως προς τη διάρκεια της αναγκαστικής νοσηλείας για το 1/3 των περιπτώσεων για τις οποίες ο εισαγγελέας δίνει εντολή για την εφαρμογή αυτού του εξαιρετικού μέτρου. Εξαιρετικού μόνο σε θεωρητικό επίπεδο, όπως αποδεικνύεται από τη μεγάλη συχνότητα εφαρμογής του τα τελευταία χρόνια. Αξίζει να σημειωθεί ότι 3 στις 10 ακούσιες νοσηλείες διήρκεσαν πάνω από 3 μήνες. Θα ήταν πολύ ενδιαφέρον να γνωρίζαμε για πόσες από αυτές, ο επιστημονικός διευθυντής της ΜΨΥ και άλλος ένας ψυχίατρος του τομέα ψυχικής υγείας υπέβαλαν έκθεση στον εισαγγελέα για την κατάσταση της υγείας του ασθενή ώστε να αποφασιστεί η συνέχεια ή η διακοπή της ακούσιας νοσηλείας, όπως ορίζει ο νόμος.

Σχετικά με τη γεωγραφική κατανομή των ακούσιων νοσηλείων μεταξύ των Κυκλάδων, ο μεγαλύτερος απόλυτος αριθμός προέρχεται από τη ζώνη των Βορειοανατολικών Κυκλάδων. Λαμβανομένου υπόψη και του πληθυσμού των νησιών, Βορειοανατολικές και Νοτιοανατολικές Κυκλάδες παρουσιάζουν την ίδια συχνότητα ακούσιων νοσηλείων (1,2 ανά 1000 κατοίκους). Οι Δυτικές Κυκλάδες παρουσιάζουν λίγο σπανιότερα ακούσιες νοσηλείες από ό,τι οι υπόλοιποι κάτοικοι του νομού. Ενδιαφέρουσα εξαίρεση αποτελεί η Σέριφος, που απέχει πολύ από τα υπόλοιπα νησιά με παρόμοιο πληθυσμό. Μια μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να αναζητήσει τους λόγους.

Τέλος, η ανάλυση έδειξε ότι οι θερινοί μήνες αποτελούν «παράγοντα κινδύνου» για τα νησιά καθώς τότε η συχνότητα των ακούσιων νοσηλείων κορυφώνεται. Οι ιδιαίτερες συνθήκες εργασίας και ζωής είναι σίγουρα υπεύθυνες γι' αυτό και οι ΚΜΨΥ θα ήταν χρήσιμο να αναλαμβάνουν ιδιαίτερες μορφές δράσεις για τη θερινή περίοδο.

Συνολικά, θα ήταν βιαστικό να πούμε με βεβαιότητα ότι η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται κι ότι οι ΚΜΨΥ άσκησαν κάποια επίδραση στον αριθμό ακούσιων νοσηλείων κατά τα έτη 2000-2005. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας της μικρής χρονικής περιόδου που τέθηκε υπό μελέτη καθώς και εξαιτίας της μικρής διάρκειας δράσης των μονάδων στην περιοχή. Τα 2,5 - 3 χρόνια λειτουργίας τους (έως το 2005) δεν είναι παρά ένα αρχικό, πειραματικό στάδιο, μια περίοδος αναγνώρισης κι εντοπισμού των ιδιαιτεροτήτων του πληθυσμού που καλύπτουν με τις υπηρεσίες τους. Σίγουρα η περίοδος προσαρμογής θα εκτείνεται και πέρα από το διάστημα που μελετάμε. Το παράδειγμα του ΚΚΨΥ Βύρωνα - Καισαριανής μας προτείνει μια περίοδο αξιολόγησης τουλάχιστον 15 χρόνων, μέσα στα οποία η λειτουργία μιας κοινοτικής δομής σταθεροποιείται

και μπορούν να φανούν οι επιδράσεις της στο επίπεδο ψυχικής υγείας της κοινότητας. Μελλοντική έρευνα με μεγαλύτερο χρονικό ορίζοντα θα μπορέσει να εξάγει περισσότερα ασφαλή συμπεράσματα ως προς το ρόλο των ΚΜΨΥ στην περιοχή.

A. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΙ ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η διαδικασία συλλογής δεδομένων διήρκεσε συνολικά επτά μήνες, διότι, όπως γνωρίζουμε, οι γραφειοκρατικές ενέργειες στις ελληνικές δημόσιες υπηρεσίες είναι χρονοβόρες και δυσλειτουργικές. Συγκεκριμένα, για το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής και το ΓΝΝΘ «η Σωτηρία», χρειάστηκε, αρχικά, η υποβολή αιτήσεων και η διεκπεραίωση της απόφασης από τα Επιστημονικά και Διοικητικά Συμβούλια των νοσοκομείων, τα οποία δεν συνεδρίαζαν σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Σχετικά με το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, η αίτηση κατατέθηκε αρχές Ιανουαρίου κι η αρνητική απάντηση του συμβουλίου, το οποίο «προστάτευε» το ιατρικό απορρήτο, μας ανακοινώθηκε τον Απρίλη. Ακολούθησε, αμέσως, δεύτερη υποβολή αιτήσεως αφού επισυνάψαμε τα στοιχεία που είχαμε συγκεντρώσει από τις Εισαγγελίες Σύρου και Νάξου, καθώς κι από το Δρομοκαΐτειο. Η έγκριση, εν τέλει, μας γνωστοποιήθηκε τον Ιούνιο. Αρνητική απάντηση λάβαμε από το Πνευμονολογικό Νοσοκομείο Αθηνών, «Σωτηρία», προβάλλοντας ως αιτία τη προστασία ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων των ασθενών.

Πράγματι είναι να αναρωτιέται κανείς με ποιο τρόπο είναι εφικτή η πραγματοποίηση μιας έρευνας που αφορά σε νοσηλείες ψυχικά ασθενών και που ουσιαστικά αξιολογεί το έργο ΜΨΥ, χωρίς να υπάρξει πρόσβαση στους ιατρικούς φακέλους; Με ποιον άλλο τρόπο μπορεί να γίνει η συλλογή και η διασταύρωση στοιχείων; Άλλωστε ακριβώς λόγω αυτών των διαδικαστικών δυσκολιών δεν παρατηρείται πενία ελληνικών σχετικών ερευνών; Δε θα έπρεπε να διευκολυνθούν οι ανάλογες διαδικασίες στις μονάδες ψυχικής υγείας ώστε τελικά να μπορέσουν να ωφεληθούν οι ίδιες από συμπεράσματα ερευνητικών εργασιών;

Ειδικά για «εξωνοσοκομειακούς», όπως εμείς, η έρευνα συνεπάγεται επιπλέον δυσκολίες που άπτονται του ιατρικού απορρήτου, κάτι που δεν αντιμετωπίζουν οι γιατροί των νοσοκομείων από τους οποίους αποκλειστικά προέρχεται έστω κι αυτός ο μικρός αριθμός ερευνών. Με ποιο τρόπο θα μπορούσε ένα τέτοιο κλίμα, πέρα από τις υπόλοιπες ελλείψεις του ελληνικού χώρου σε αυτό τον τομέα, να εμψυχήσει στον φοιτητή ελληνικών σχολών το ενδιαφέρον για την έρευνα; Αυτά τα ερωτήματα αποτελούν πεδίο προβληματισμού της ελληνικής επιστημονικής κοινότητας εδώ και χρόνια

αλλά δυστυχώς το ερευνητικό έργο εξακολουθεί μέχρι σήμερα να συναντά εμπόδια και δυσκολίες πολλές φορές ανυπέβλητες.

Φωτεινή εξαίρεση αποτέλεσε το Δρομοκαΐτειο, στο οποίο ο Διοικητικός Διευθυντής μάς χορήγησε γραπτή έγκριση πρόσβασης στα αρχεία την πρώτη μέρα που το επισκεφτήκαμε. Επίσης, ήταν το μόνο από τα νοσοκομεία στα οποία απευθυνθήκαμε, που διέθετε ηλεκτρονικό πρόγραμμα συγκέντρωσης στοιχείων των ασθενών, κάτι για το οποίο πρέπει να μεριμνήσουν και τα υπόλοιπα νοσοκομεία. Η αρχειοθέτηση σε φακέλους μόνο καθιστά δύσκολη έως αδύνατη τη διεξαγωγή μιας τέτοιας έρευνας σε μεγαλύτερο δείγμα.

B. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ

- Οι αναδρομικές μελέτες, εξ ορισμού, εμπεριέχουν μεθοδολογικές αδυναμίες, αφού τα στοιχεία αντλούνται από δεδομένα του παρελθόντος, τα οποία είναι πιθανό να είναι αναξιόπιστα ή μη πλήρη. Δεν ήταν λίγες οι φορές που έλλειπαν στοιχεία στα ιατρικά ιστορικά των ασθενών.
- Δεν χρησιμοποιήθηκε τελικά ως ομάδα ελέγχου ο Ν. Δωδεκανήσου εξαιτίας της μη έγκαιρης απάντησης στο αίτημα για αποστολή δεδομένων που αφορούν στον αριθμό ακούσιων και εκούσιων νοσηλείων στο ψυχιατρείο της Λέρου κατ' έτος. Αυτό έμεινε σαν εκκρεμότητα στην έρευνά μας και θα διεκπεραιωθεί στο εγγύς μέλλον.
- Δεν μελετήθηκαν οι ακούσιες εισαγωγές ασθενών που νοσηλεύθηκαν στα Ψυχιατρικά Τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων και στις ιδιωτικές κλινικές. Ωστόσο, από τα δεδομένα που λάβαμε από τις Εισαγγελίες, διαπιστώσαμε ότι το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής και το Δρομοκαΐτειο κάλυπταν το μεγαλύτερο μέρος των ακούσια νοσηλευομένων προερχόμενων από το νομό Κυκλάδων. Όσον αφορά τις ιδιωτικές κλινικές, υπάρχουν ενδείξεις στην έρευνα των Μαδιανού και Οικονόμου ότι ο ιδιωτικός κι ο δημόσιος τομέας Ψυχικής Υγείας λειτουργούν ανεξάρτητα και δεν παρατηρείται αλληλεπίδραση μεταξύ ιδιωτικών κλινικών και κοινοτικών υπηρεσιών.
- Η απόπειρα διασταύρωσης των δεδομένων που συλλέξαμε από τις δυο πηγές, πέρα από την ανάδειξη μιας μεθοδολογικής αδυναμίας της έρευνάς μας, αποκάλυψε σε όλη τους την έκταση τις ανεπάρκειες στην αρχειοθέτηση αμφοτέρων των υπηρεσιών και την έλλειψη συντονισμού μεταξύ τους σε ένα θέμα που τους αφορά εξίσου. Έτσι, στις 79 ακούσιες νοσηλείες σε ΨΝΑ και Δρομοκαΐτειο (που είναι κοινά και στις δυο

πηγές δεδομένων) που μας δίνει το αρχείο της εισαγγελίας, μόνο 36 επιβεβαιώνονται από τα αρχεία των δυο νοσοκομείων. Μιλάμε δηλαδή για μια ταύτιση της τάξεως του 45,6%, πολύ κατώτερη από κάθε προσδοκία.

Ήμασταν εξ αρχής ενήμερες για την τακτική που ακολουθούν πολλοί κάτοικοι της επαρχίας, οι οποίοι, στην αναζήτηση ακούσιας νοσηλείας, έρχονται στην Αθήνα και δηλώνουν ένα ψευδή τόπο μόνιμης κατοικίας του ασθενή (συνήθως ενός συγγενή) ώστε η υπόθεση να περάσει στο Πρωτοδικείο Αθηνών κι όχι αυτό του τόπου τους. Οι λόγοι είναι προφανείς. Η τοπική κοινωνία θα ήταν καλύτερο να μη μάθει γι' αυτή την ακραία λύση στην οποία κατέφυγαν για το ψυχικά πάσχον μέλος της οικογένειας.

Ωστόσο αυτή η απόκλιση προέρχεται από τη μεριά της εισαγγελίας και δεν δικαιολογείται από το παραπάνω γεγονός. Είναι σα να «χάθηκαν» ασθενείς στο δρόμο από τις Εισαγγελίες των Κυκλάδων προς τα δυο ψυχιατρεία. Δε μπορούμε να εντοπίσουμε τους ακριβείς λόγους για τους οποίους συμβαίνει αυτό. Ενδεχομένως ένα σημαντικό ποσοστό των εισαγγελικών εντολών να μένει ανενεργό και η νοσηλεία να μην πραγματοποιείται. Σίγουρα όμως ένας καλύτερος συντονισμός μεταξύ των ενδιαφερομένων υπηρεσιών θα μείωνε κατά πολύ αυτή την απόκλιση.

Γ. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΚΥΚΛΑΔΩΝ

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι ανάγκες κι οι απαιτήσεις του πληθυσμού σε επίπεδο υπηρεσιών ψυχικής υγείας συνεχώς αυξάνονται, γι' αυτό κρίνεται σκόπιμη η περαιτέρω ανάπτυξη ενεργειών και πρωτοβουλιών, όπως:

- δημιουργία Ψυχιατρικού Τμήματος στο Γενικό Νοσοκομείο της Σύρου, ώστε η επακόλουθη διαθεσιμότητα κλινών να μπορεί να εξυπηρετεί τόσο τις εκούσιες νοσηλείες όσο και τα εισαγγελικά περιστατικά του νομού, χωρίς να αναγκάζει τους κατοίκους να μεταβαίνουν στο νομό Αττικής
- δραστηριοποίηση ομάδων παρέμβασης στην κρίση που θα αποτρέπουν τη στροφή του περιβάλλοντος στην ακούσια νοσηλεία ως κίνηση έκτακτης ανάγκης
- εντατικοποίηση της ανάπτυξης και βελτίωση των υπαρχουσών Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας
- ανάπτυξη κοινοτικών δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, δηλαδή ξενώνων, οικοτροφείων, διαμερισμάτων και Κέντρων Ημέρας ώστε να διασφαλίζεται η συνεχής φροντίδα στην κοινότητα
- καθιέρωση προγραμμάτων στήριξης, ενημέρωσης του υποστηρικτικού δικτύου και εκπαίδευσης γύρω από ζητήματα που αφορούν στην ψυχική

ασθένεια. Στόχος αυτών πρέπει να είναι η πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια πρόληψη.

- σταθερή κι όχι αβέβαιη χρηματοδότηση, προερχόμενη είτε από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είτε από την Ευρωπαϊκή Ένωση και σωστή διαχείριση των κονδυλίων, είτε για την παροχή υλικο-τεχνικής υποδομής είτε για την χορήγηση προγραμμάτων. Η εξέλιξη της κοινοτικής φροντίδας, στο πλαίσιο της αποασυλοποίησης, δεν επιδέχεται παλινδρομήσεις.
- εφαρμογή της ακούσιας εξω-νοσοκομειακής δέσμευσης, που αποτελεί μια πιο ανοιχτή προσέγγιση κι αντικαθιστά την επώδυνη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας, με τις Κινητές Μονάδες να αναλαμβάνουν την ευθύνη της θεραπείας. Εκτός από την κινητοποίηση της επιστημονικής κοινότητας και την απαραίτητη συνεργασία του υποστηρικτικού περιβάλλοντος, κρίνεται αναγκαία η θεσμοθέτηση νομικών κριτηρίων για την επιλογή ασθενών και την εφαρμογή αυτής της εναλλακτικής παρέμβασης.²⁸
- τέλος, αναθεώρηση του Νόμου 2071/92 και δημιουργία επιτροπής, μέσα στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας, αρμόδιας για τον χειρισμό νομικών ζητημάτων (ενημέρωση ασθενούς για τα δικαιώματά του και παροχή νομικής βοήθειας, επίβλεψη εφαρμογής του νόμου κι ενημέρωση γιατρών).

Δ. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Κατά τη διάρκεια της εκπόνησης αυτής της εργασίας, προέκυψαν αρκετά θέματα τα οποία αξίζουν περισσότερης διερεύνησης και θα μπορούσαν να αποτελέσουν αντικείμενα μελέτης επόμενων ερευνών. Αυτά ήταν τα εξής:

- ✓ καταγραφή των εκούσιων νοσηλειών ασθενών από το νομό Κυκλάδων ως προς τα κοινωνικοδημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά τους
- ✓ μελέτη του βαθμού συσχέτισης του τρόπου εισαγωγής και των παραπάνω χαρακτηριστικών
- ✓ ξεχωριστή καταγραφή των ασθενών που εισήχθησαν ακούσια μια φορά και των ασθενών με παραπάνω από μία εισαγωγές, έτσι ώστε να διερευνηθεί με μεγαλύτερη ακρίβεια η επίδραση των Κινητών Μονάδων
- ✓ μελέτη των αναγκαστικών νοσηλειών ασθενών αλλοδαπών, συγκρινόμενες με αυτές του αυτόχθονα πληθυσμού. Από την μελέτη των ιατρικών φακέλων, συμπεράναμε ότι αρκετοί ήταν εκείνοι που είχαν ξένη καταγωγή

- ✓ ανθρωπολογικές μελέτες που θα καταγράφουν παράγοντες που εξηγούν την ύπαρξη διαφορών στον αριθμό των ακούσιων νοσηλειών ανά νησί του Ν. Κυκλάδων
- ✓ επανάληψη της παρούσας έρευνας μετά από ένα χρονικό διάστημα, οπότε η λειτουργία και η δομή των Κινητών Μονάδων θα έχουν σταθεροποιηθεί. Τότε μόνο θα είμαστε σε θέση να αξιολογήσουμε τα έργα των ΚΜΨΥ στην περιοχή.

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

VI. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Σπυρόπουλος Ηλίας, «Ακούσια (αναγκαστική) νοσηλεία ψυχικά ασθενών», Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 60, 1997
2. Χριστούλη Β. , Εισαγγελία Πρωτοδικών Πατρών, «Νομικοί - δικαστικοί περιορισμοί αλλά και δυνατότητες αντιμετώπισης της εγκληματικότητας στους ψυχικά νοσούντες», Hellenic Psychiatry 2(1), 2004
3. «Legal protection of persons suffering from mental disorders placed as involuntary patients», R(83)2 Recommendation of Ministers' Committee, 22 February 1983
4. Σκαραγκάς Δ. , Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, «Η εφαρμογή του Νόμου 2071/92 για την ψυχική υγεία», Ψυχιατρική 7:199-203, 1996
5. Αλεβίζος Β. , «Το σκεπτικό του Νόμου 2071/92 για την ακούσια νοσηλεία», Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 60, 1997
6. Μονάδα υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργός Β' φάση, «Δικαιώματα Ψυχικώς Πασχόντων», Αθήνα , Δεκέμβριος 2004
7. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Τεύχος Πρώτο, αριθμός φύλλου 123, Αθήνα, 15 Ιουλίου 1992 «Νόμος υπ' αριθμόν 2071: Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας».
8. Παρασκευόπουλος Ν. , «Ο εγκλεισμός σε ψυχιατρείο ως προληπτικό μέτρο και ως μέτρο ασφαλείας του ελληνικού Ποινικού Κώδικα», Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 60, 1997
9. Γεωργιάδου Ε., Μαστρογιάννη Α., Σγγελάκης Μ., Καραστεργίου Α., «Ακούσια νοσηλεία: το νομοθετικό πλαίσιο και η εφαρμογή του» , Hellenic Psychiatry 1(1), 2003
10. Συνήγορος του Πολίτη, Πόρισμα με θέμα «Ακούσια εξέταση και νοσηλεία σε ψυχιατρικό νοσοκομείο», Απρίλιος 2004
11. Καμίνης Γ. (Συνήγορος του Πολίτη), Ειδική Έκθεση με θέμα «Αυτεπάγγελτη Έρευνα του Συνηγόρου του Πολίτη για την ακούσια νοσηλεία ψυχικά ασθενών», Αθήνα, 21 Μαΐου 2007
12. Παρασκευόπουλος Ν., «Ν.2071/1992 Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας» (κεφ.6) ,Υπεράσπιση, 1993
13. Μποζίκας Β., Βαρτζόπουλος Δ., Τούσινα Α., Καραβάτος Α., Καπρίνης Γ., «Ακούσια νοσηλεία : επικινδυνότητα ή /και ανάγκη νοσηλείας», Εγκέφαλος 36: 34-38, 1999
14. Στυλιανίδης Σ., Μητροσύλη Μ., Πλουμπιδής Δ. , «Σχετικά με την εφαρμογή του Νέου Ελληνικού Νόμου στην Ψυχιατρική», Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 60, 1997
15. Παρασκευόπουλος Ν., Κοσμάτος Κ. , «Ο αναγκαστικός εγκλεισμός του ψυχικά ασθενή σε ψυχιατρείο», εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα Κομοτηνή 1997
16. Κατσαφούρος Κ., «Δρομοκαίτειο ΨΝΑ: Αναγκαστικές νοσηλείες και ανοιχτά ψυχιατρικά τμήματα», Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 83, 2003
17. Κονταξής Αθανάσιος (Αντιεισαγγελέας του Αρείου Πάγου), Επιστολή προς τους κ.κ. Εισαγγελείς Εφετών της χώρας με θέμα: «Ακούσια Νοσηλεία» , Αθήνα, 10 Οκτωβρίου 2006

18. Τσαλικογλου Φ. , «Μυθολογίες βίας και καταστολής», κεφ.1, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1996
19. Τσαλικογλου Φ. , «Ο μύθος του επικινδυνού ψυχασθενή», κεφ.3, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1987
20. Πλουμπίδης Δημήτρης, «Παρατηρήσεις για την εφαρμογή του νόμου 2071/92, σχετικά με την αναγκαστική νοσηλεία σε ψυχιατρικά ιδρύματα», Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 60, 1997.
21. Gerard Rossinelli, "Violence et psychiatrie: quels experts? Et pour quels roles?", *L' information psychiatrique* , 82:665-62, 2006.
22. Michael G. Madianos, Marina Ekonomou, "The Impact of a Community Mental Health Center on Psychiatric Hospitalizations in Two Athens Areas", *Community Mental Health Journal*, Vol. 35, No. 4, 1999.
23. Μιχάλης Γ. Μαδιανός, «Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή», εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2006.
24. Charles Alezrah, "Reflexions sur l' evolution dans le temps des demandes et des reponses dans un secteur type", *L' information Psychiatrie*, Vol. 80, No 5, 2004.
25. Μποζίκας Β., Τσιμπροπούλου Β., Δεσέρη Χ., «Μελέτη παραγόντων που επηρεάζουν την ακούσια νοσηλεία ασθενών σε μια ψυχιατρική κλινική», *Ψυχιατρική* 14(2), 2003.
26. Δημακοπούλου Αικ., Παπαμιχαήλ Ε., Θεολόγος Γ., Ρόντος Ι., «Ακούσιες νοσηλείες στον Ψυχιατρικό Τομέα Γενικού Νοσοκομείου. Καταγραφή, πρώτα συμπεράσματα», *Θέματα Ψυχιατρικής στο Γενικό Νοσοκομείο*, Ενότητα 5^η.
27. Δημακοπούλου Αικ., Παπαμιχαήλ Ε., Θεολόγος Γ., Ρόντος Ι., «Αναγκαστικές νοσηλείες στον Ψυχιατρικό τομέα Γενικού Νοσοκομείου-31 μήνες μετά», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, Νο 83.
28. Πολίτης Α., Τρίκκας Γ., Πεχλιβανίδης Α., Μουρτζούχου Π., Χριστοδούλου Γ.Ν., «Ακούσια νοσηλεία: Η αναγκαιότητα για εναλλακτική προσέγγιση», *Ψυχιατρική*, 14:101-109, 2003.
29. Jean-Louis Senon, "Soins ambulatoires sous contrainte: une mise en place indispensable pour preserver une psychiatrie publique moderne", *L' information Psychiatrique*, 81:627-634, 2005.
30. Εκόλια Ι., Μπούκτση Μ., Παυλίδης Ι., Αγγελίδης Γ., Πανταζή Θ., Ιωακειμίδου Κ., Κανίστρας Α., «Αναθεώρηση άποψης ασθενών για την ανάγκη νοσηλείας τους σε ψυχιατρείο», *Εγκέφαλος*, 39:24-29, 2002.
31. Jason Craw, Michael Compton, "Characteristics associated with involuntary versus voluntary legal status at admission and discharge among psychiatric inpatients", *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 41:981-988, 2006.
32. Samakouri M., Gotsi G., Filocostas D., Tsakiropoulou M., Livaditis M., Tzavaras N., P168 "In-patients from different cultural backgrounds in a psychiatric department of a university General Hospital", *Psychiatry* 16 (Supplement 1), 2005.

33. Κωνσταντίνος Λαζαρίδης, «Αναγκαστική προσαγωγή για ενδονοσοκομειακή ψυχιατρική νοσηλεία για αλλοδαπούς στο κρατίδιο της Κάτω Σαξονίας/Γερμανία. Επιδημιολογική προσέγγιση και διαχωριστικά χαρακτηριστικά», Τετράδια Ψυχιατρικής, No 60, 1997.
34. Morgan C., Mallett R., Hutchinson G. et al, "Pathways to care and ethnicity. I: Sample characteristics and compulsory admission", British Journal of Psychiatry, 186:281-289, 2005.
35. John Dunn and Thomas A. Fahy, "Police Admissions to a Psychiatric Hospital Demographic and Clinical Differences Between Ethnic Groups", British Journal of Psychiatry, 156:373-378, 1990.
36. Glynn Harrison, Bernard Ineichen, Janet Smith and H.G. Morgan, "Psychiatric Hospital Admissions in Bristol, 2. Social and Clinical Aspects of Compulsory Admission", British Journal of Psychiatry, 145:605-611, 1984.
37. Jeremy Coid, Nadji Kahtan et al, "Ethnic differences in admissions to secure forensic psychiatry services", British Journal of Psychiatry, 177:241-247, 2000.
38. Jean-Louis Senon, Cyril Manzanena, Mikael Humeau, Louise Gotzamanis, "Les maladies mentales sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires?", L'information psychiatrique, 82:645-652, 2006.
39. Cornelis L. et al, "Emergency psychiatry, compulsory admissions and clinical presentation among immigrants to The Netherlands", British Journal of Psychiatry, 188:386-391, 2006.
40. Hans Joachim Salize and Harald Dressing, "Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union", British Journal of Psychiatry, 184:163-168, 2004.
41. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Τεύχος Πρώτο, αριθμός φύλλου 96, Αθήνα, 17 Μαΐου 1999 «Νόμος υπ' αριθμόν 2716: Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις»

Ευχαριστίες

Στην πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας συνεισέφεραν οι εξής:

κ.ος Στυλιανίδης Στέλιος (Αναπληρωτής Καθηγητής Κοινωνικής Ψυχιατρικής
Παντείου Πανεπιστημίου)

κ.ος Χονδρός Παναγιώτης (ψυχολόγος)

κ.ος Δεληβοριάς Παύλος (δικηγόρος)

κ.ος Χρήστος Ανδρούτσος (ψυχίατρος του ΠΠΑ)

κ.ος Σπύρος Μακρής (Διοικητικός Διευθυντής του Δρομοκαϊτείου ΨΝΑ)

κα Σαββανή Αφροδίτη (γραμματέας Εισαγγελίας Πρωτοδικών Σύρου)

κα Μπαρδάνη Π. (υπάλληλος Εισαγγελίας Πρωτοδικών Νάξου)

το προσωπικό των Γραφείων Κίνησης των τριών ψυχιατρείων

Ευχαριστούμε, επίσης, τις κυρίες Παντελίδου Στέλλα (ΚΜΨΥ Βορειοανατολικών
Κυκλάδων),
Καρυώτη Μαρία και Πράλα Μιμή (ΚΜΨΥ Δυτικών Κυκλάδων) για την άμεση
ανταπόκρισή τους στα ερωτηματολόγια που τους εστάλησαν.





ΠΑΝΤΕΙΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

Τηλ. 210 - 92 01 001

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΣ

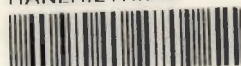
29 ΚΟΕ. 2007

25 ΑΥΓ. 2008

05 ΣΕΠ. 2008

09 ΔΕΚ. 2008

ΠΑΝΤΕΙΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ



002000079374