

ΤΟ ΕΚΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΟΥ Ν. 2071/1992 ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΈΝΑ ΈΤΟΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ: ΈΡΕΥΝΑ ΤΗΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ

ΜΕΡΟΣ Α': Παρουσίαση στοιχείων της έρευνας

Η παρουσίαση ορισμητικών στοιχείων σε τούτο το στάδιο της Υπερασπίσης γίνεται για πρώτη φορά και ίσως να ξενίζει τον αναγνώστη. Ωστόσο, η προσπάθεια παρουσίασης όλων των τερμάτων που εμφανίστηκαν — γνωστή ήδη πρακτική της Υπερασπίσης — η μεθόδως ανεξαρτητού εφαρμογής του νέου νόμου καθώς και λόγοι συνολικότερης και όσο το δυνατόν πληρστερης προσέγγισης του έκτου κεφαλαίου του ν. 2071/92, δημιούργησαν την ανάγκη για την παρουσίαση αυτή στο πρώτο μέρος της εργασίας.

Η παρούσα έρευνα έχει ως στόχο να καταγράψει και να αξιολογήσει την εφαρμογή του ν. 2071/92 όσον αφορά το κεφάλαιο θ αυτού την ακούσια νοσηλεία προσχόντων από ψυχική διαταραχή σε ψυχιατρική μονάδα.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στις αποφάσεις του Πολυμελούς Πρωτοδικείου Θεσσαλονίκης που εκδόθηκαν σε χρονικό διάστημα ενός έτους από την ισχύ του ν. 2071/92. Παράλληλα έγινε συσχετισμός των αποφάσεων αυτών με τα στοιχεία των αρχείων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

Τα στοιχεία που μας απασχόλησαν και μπορούν να θεωρηθούν ως αωπηρίες της έρευνας ήταν τα εξής:

α) Η τήρηση της διαδικασίας των αρ. 95 επ. και ιδίως το θέμα των προθεσμιών.

β) Η άσκηση των δικαιωμάτων που παρέχονται στον φερεμένο ως αοβήτη.

γ) Η αξιολόγηση των αποφάσεων.

δ) Η διάρκεια νοσηλείας.

Από την έρευνα αυτή κρίθηκε σκόπιο να παρουσιαστούν οι παραπάνω δημοσιεύσιμες αποφάσεις, οι οποίες είναι ενδεδειγμένες όλων των ζητημάτων που προσκύβει και έλλυσε το Πολυμελές Πρωτοδικείο Θεσσαλονίκης. Οι παρατηρήσεις για τις αποφάσεις αυτές καθώς και αξιολόγηση των στοιχείων της έρευνας παρουσιάζονται στο 2ο μέρος της εργασίας.

1. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Κατά το χρονικό διάστημα Ιουλίου 1992 - Ιουλίου 1993 εκδικάστηκαν από το Πολυμελές Πρωτοδικείο Θεσσαλονίκης σαράντα πέντε (45) υποθέσεις που αφορούσαν ακούσια νοσηλεία σε Ψυχιατρική Μονάδα και εισήχθησαν κατόπιν αιτήσεως του Εισαγγελέα Πρωτοδικών Θεσσαλονίκης.

Από αυτές:

α) Οι σαράντα τρεις (43) έκαναν δεκτή την αίτηση του Εισαγγελέα Πρωτοδικών.

β) Μία (1) απόρριψε την αίτηση.

γ) Υπήρξε μία (1) αναβλητική απόφαση, η οποία διάταξε την διενέργεια πραγματογνωμοσύνης.

Να σημειωθεί ότι όλες οι αποφάσεις που έκαναν δεκτή την αίτηση διάταξαν την ακούσια νοσηλεία στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.

2. Η ΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

Τα ζητήματα που εξετάστηκαν στο στοιχείο αυτό ήταν:

α) Η τήρηση των προϋποθέσεων του αρ. 95.

β) Η τήρηση των προθεσμιών.

γ) Η εφαρμογή του αρ. 99 παρ. 2 σχετικά με την επανεξέταση της νοσηλείας.

Πιο αναλυτικά:

α) Όσον αφορά την τήρηση των προϋποθέσεων του αρ. 95.

αα) Σε είκοσι εννέα (29) αποφάσεις παρατηρείται σωρευτική χρήση των προϋποθέσεων του αρ. 95.

ββ) Σε δέκα έξι (16) αποφάσεις παρατηρείται διαζευκτική χρήση των προϋποθέσεων με αναλογία καμιάς απόφασης για το στοιχείο I προς δέκα έξι (16) για το στοιχείο II.

β) Ως προς το θέμα των προθεσμιών κρίθηκε σκόπιμο να χρησιμοποιήσουμε τεσσάρων ειδών χρονολογικές αναφορές:

— Την ημερομηνία εισαγωγής του φερόμενου ως ασθενή στην Ψυχιατρική Μονάδα μετά από διαταγή του Εισαγγελέα Πρωτοδικών.

— Την ημερομηνία κατά την οποία ο Εισαγγελέας ζήτησε με αίτηση του να επιληφθεί το Πολυμελές Πρωτοδικείο.

— Την ημερομηνία συζήτησής της υποθέσεως.

— Την ημερομηνία δημοσίευσής της απόφασης.

Με βάση τα παραπάνω παρατηρούμε:

αα) Ο συνολικός χρόνος από την εισαγωγή του φερόμενου ως ασθενή στην Ψυχιατρική Μονάδα μέχρι τη δημοσίευση της απόφασης που διατάσσει την εισαγωγή κυμαίνεται από δέκα τρεις (13) έως εκατόν τριάντα πέντε (135) ημέρες, ή κατά μέσο όρο τριάντα οκτώ (38) ημέρες.

ββ) Το χρονικό διάστημα από την εισαγωγή του φερόμενου ως ασθενή μετά από διαταγή του Εισαγγελέα μέχρι να ζητήσει ο τελευταίος να επιληφθεί το Πολυμελές Πρωτοδικείο κυμαίνεται από καμιά ημέρα έως σαράντα μία (41) ημέρες, ή κατά μέσο όρο οκτώ (8) ημέρες.

γγ) Το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί

από την αίτηση του Εισαγγελέα μέχρι την συζήτηση της υποθέσεως κυμαίνεται από καμιά ημέρα έως εκατόν επτά (107) ημέρες, ή κατά μέσο όρο ένδεκα (11) ημέρες.

δδ) Το χρονικό διάστημα από τη συζήτηση έως την δημοσίευση της απόφασης κυμαίνεται από τέσσερις (4) έως σαράντα τρεις (43) ημέρες, ή κατά μέσο όρο δέκα επτά (17) ημέρες.

• Να σημειωθεί ότι σε δέκα οκτώ (18) από τις σαράντα πέντε περιπτώσεις ο ασθενής είχε εξέλθει από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο πριν δημοσιευτεί η απόφαση που διατάζει την ακούσια νοσηλεία του.

γ) Τέλος, σχετικά με την επανεξέταση της νοσηλείας μετά την πάροδο τριών μηνών από την εισαγωγή κατά το αρ. 99 παρ. 2 παρατηρούμε ότι δεν εφαρμόστηκε σε καμιά περίπτωση.

3. Η ΑΣΚΗΣΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ

Τα δικαιώματα που παρέχουν τα αρ. 96-97 ν. 2071/92 είναι:

— Παραστάση με συνήγορο.

— Παραστάση με ψυχίατρο ως τεχνικό σύμβουλο.

— Άσκηση ενδίκου μέσου.

— Υποχρέωση της ΜΨΥ να επιπαραστή τον ασθενή για τα δικαιώματα που του παρέχονται.

— Αίτηση για διακοπή της νοσηλείας.

Η υποχρέωση της ΜΨΥ δεν αποτελεί δικαίωμα αλλά όμως ισχύει ως άρρηκτη προϋπόθεση για την άσκηση των λοιπών δικαιωμάτων, συνολώς κρίθηκε χρήσιμο να ερευνηθεί. Για την έρευνα του στοιχείου αυτού διαπιστώσαμε την ύπαρξη πρακτικού που ορίζει το αρ. 96 παρ. 4.

Με βάση τα παραπάνω παρατηρούμε ότι:

α) Σε εννέα (9) αποφάσεις, ο φερόμενος ως ασθενής ήταν παρών κατά την συζήτηση ενώ στις υπόλοιπες τριάντα έξι, ερημοδικώσθηκε.

β) Σε καμιά δεν παραστάθηκε με συνήγορο.

γ) Σε καμιά δεν παραστάθηκε με ψυχίατρο ως τεχνικό σύμβουλο.

δ) Κατά καμιάς απόφασης δεν ασκήθηκε ένδικο μέσο.

ει) Σε καμιά από τις περιπτώσεις που ερευνήθηκαν δεν υποβλήθηκε αίτηση στον Εισαγγελέα με την οποία να ζητείται η διακοπή της νοσηλείας.

στ) Σε καμιά περίπτωση εισαγωγής δεν συντάχθηκε το πρακτικό που ορίζεται στο άρθρο 96 παρ. 4 του ν. 2071/92, για την επιμεριστ. των δικαιωμάτων του ασθενή.

4. Η ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ

Συσχετίζοντας το σκεπτικό των αποφάσεων που εκδόθηκαν παρατηρούμε ότι το δικαστήριο στην προσπάθειά του να διασυνδέσει την συνδρομή των εσών του αρ. 95:

α) Σε σαράντα (40) αποφάσεις παραθέτει, αναλαμβάνοντας τις προϋποθέσεις του αρ. 95.

β) Σε πέντε (5) αποφάσεις αναφέρεται και σε πραγματικά περιστατικά που υποκρίνονται στην κρίση του. Τα περιστατικά αυτά αναφέρονται:

— σε απαντήσεις του υερούμενου ως ασθενούς στον Πρόεδρο, σε τρισεπίς (4) αποφάσεις.

— η κατάσταση του κατά την εισαγωγή, σε μία (1) απόφαση.

γ) Σε σαράντα τέσσερις (44) αποφάσεις το σκεπτικό είναι σύμφωνο με τις ψυχιατρικές γνωματεύσεις.

δ) Σε μία (1) απόφαση το σκεπτικό αντιτίθεται με τις ψυχιατρικές γνωματεύσεις.

5. Η ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Από τις σαράντα πέντε εισαγωγές από την ισχύ του ν. 2071/92, η διάρκεια νοσηλείας κυμάνθηκε από δέκα (10) έως διακόσιες εβδομήντα πέντε (275) ημέρες, κατά μέσο όρο εξήντα οκτώ (68) ημέρες.

Παράταση της ακούσιας νοσηλείας πέραν των έξι μηνών παρατηρήθηκε σε τρισεπίς περιπτώσεις, χωρίς όμως να ακολουθηθεί η διαδικασία του αρ. 99 παρ. 4 σε καμιά από αυτές. Στις περιπτώσεις αυτές η παράταση κυμάνθηκε από πέντε (5) έως ενενήντα πέντε (95) ημέρες. Να σημειωθεί ότι για δύο από αυτές τις περιπτώσεις ο ασθενής δεν είχε εξέλθει από το ΨΝΘ μέχρι το τέλος της αξιολόγησης των στοιχείων αυτών.

ΜΕΡΟΣ Β': Παρατηρήσεις

1) Οι παραβιάσεις των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών κατά την ισχύ του ν.δ. 104/73 έχουν αναλυτικά επισημανθεί από την ελληνική θεωρία (βλ. σχ. Μαιττάκη, Οι εγγυήσεις προσωπικής ελευθερίας της ΕΣ-ΔΑ και η κράτηση «ψυχασθενούς» σε ψυχιατρικό ίδρυμα, ΕΕΕυρΔ 1987, σελ. 547 επ., Αλεξιάδη, Η προσταγή νοσηλείας του ΕυρΔΔΑ σχετικά με τις εγγυήσεις προσωπικής ελευθερίας και ασφάλειας των κρατούμενων ψυχασθενών, ΕΕΕυρΔ 1984, σελ. 180 επ.).

Το κατ. 6 του ν. 2071/92 πρέει να δώσει κάποιες λύσεις στα εδιώλοδα του προγενέστερου νομοσέτηματος σχετικά με την ακούσια νοσηλεία σε Ψυχιατρική Μονάδα, καθιστώνοντας εγγυήσεις δικαστικού ελέγχου της νοσηλείας, οριοθετώντας προϋποθέσεις εισαγωγής, ορίζοντας σύντομες προϋποθέσεις δικαιοδότηκου ελέγχου, εισαγωγής, ορίζοντας σύντομες προϋποθέσεις δικαιοδότηκου ελέγχου, παρέχοντας δικαιώματα στον υερούμενο ως ασθενή, ορίζοντας ενιυτατε χρόνο νοσηλείας και αναγνωρίζοντας ως πρωταρχικές τις θεραπευτικές ανάγκες της νοσηλείας, δημιουργώντας μια νέα πραγματικότητα νομοσέτηκής αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας.

Έτσι είναι φυσικό ο πρώτος χρόνος δικαιοδότης του στην πράξη να δημιουργηθεί αρκετά ζήτηματα προς εξέταση. Σε αυτά τα ζήτηματα θα προσπαθήσουμε να κάνουμε μια κριτική ερμηνευτική προσέγγιση.

Προφανώς οι περιπτώσεις ακούσιας νοσηλείας που θα προκύψουν στο μέλλον δεν θα είναι ίδιες με αυτές που παραθέτονται. Η κριτική όμως αυτή προσέγγιση ευελπιστεί να βοηθήσει την δικαστική κρίση να δώσει απάντηση και σε όσα ζήτηματα προκύψουν στη διάρκεια, εντάσσοντάς τα στο γενικότερο πνεύμα που διαπνέει το ν. 2071/92 (για τους άξονες του ν. 2071/92 βλ. το Σχέδιο Νόμου της ειδικής επιτροπής καθώς και ανάλυσή του στον Παρασκευόπουλο, παρατηρήσεις στον ν. 2071/92, Υπερέσπιση 1993, σελ. 204 και 209 επ.).

2) Η υποχρέωση του δικαστηρίου να εκδίδει αποφάσεις με ειδική και εμπειριστατώ-

μένη αιτιολογία επιβάλλεται όπως είναι γνωστό τόσο από το άρ. 93 παρ. 3 του Συνταγματος, όσο και από το άρθρο 6 της ΕΣΔΑ (για την εννοιολογική διεύρυνση της τελευταίας διάταξης βλ. *Κεραμύς*, Η αιτιολογία των δικαστικών αποφάσεων στην έκδοση της ΕΝΒΕ: «Η αιτιολογία των δικαστικών αποφάσεων — Η δικαστική μειοψηφία — Η κριτική των δικαστικών αποφάσεων», τ. 17, Θεσσαλονίκη 1992, σελ. 35 υποσ. 6).

Παρ' όλα αυτά το άρθρο 95 παρ. 8α του ν. 2071/92 επιβάλλει «η απόφαση που θα εκδώσει το Πρωτοδικείο να είναι αιτιολογημένη». Αποτελεί μήπως η παραπάνω διάταξη περιτή υπενθύμιση; Η απάντηση φαίνεται να είναι αρνητική μετά από την εξέταση των αποφάσεων που εκδόθηκαν από το Πολυμελές Πρωτοδικείο Θεσσαλονίκης σε ενσυναστές από την ισχύ του ν. 2071/92.

Το σκοπικό π.χ. της παραπάνω δημοσιευόμενης 574/93 απόφασης είναι πανομοιότυπο με σαράντα (40) αποφάσεις του Πολυμελούς Πρωτοδικείου Θεσσαλονίκης καδικότερα με τις 1186/92, 1137/92, 1138/92, 1264/92, 1266/92, 1301/92, 1350/92, 1356/92, 1359/92, 1361/92, 53/93, 54/93, 55/93, 65/93, 92/93, 575/93, 577/93, 706/93, 807/93, 1105/93, 1109/93, 1380/93, 1459/93, 1566/93, 1567/93, 1568/93, 1655/93, 3122/93, 3564/93, 3617/93, 3624/93, 3866/93, 4956/93. Περιλαμβάνει το είδος της ψυχικής ασθένειας και την επιβεβαίωση περί συνδρομής των όρων του νόμου (... η νοσηλεία κρίνεται απαραίτητη λόγω επικινδυνότητας... η ασθένεια δεν είναι ικανός να κάνει για το συμφέρον της υγείας του... η διάλυση νοσηλείας θα έχει ως αποτέλεσμα είτε να αποκλειστεί η θεραπεία του είτε να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του).

Έχει γίνει όμως δεκτό ότι η επανάληψη των στοιχείων του νόμου δεν συνιστά την ειδική και εμπειριστατωμένη αιτιολογία που απαιτείται (βλ. σχ. *Γεβελιά*, Η αιτιολογία των ποινικών αποφάσεων στην έκδοση της ΕΝΒΕ, ό.π.κ., σελ. 80, *Παρασκευόπουλου*, Παρατηρήσεις σε ΣυμβΑΠ 664/91, Υπερέσπιση 1992, σελ. 86).

Πραγματικά, η μη αναγωγή του δικαστή στα πραγματικά περιστατικά, η απλή επανάληψη των όρων του νόμου στις ψυχιατρικ-

κές γνωματεύσεις, στις οποίες στηρίζεται και επαναλαμβάνει η δικαστική απόφαση, δεν μπορεί να αποτελέσει ειδική και εμπειριστατωμένη αιτιολογία. Ας μην ξεχνάμε ότι η παράθεση αιτιολογίας — συστατικός όρος της νομιμότητας και της ορθότητας της απόφασης (βλ. σχ. *Σταυρίτη*, Εισαγωγή στην μεθοδολογία του δικαίου, Θεσσαλονίκη 1991, σελ. 144) — έχει και τον εξής σκοπό: να επιμερώσει τον διάδικο για το πώς το δικαστήριο αντιλήφθηκε και εφάρμοσε τους κανόνες δικαίου και να αναπτύξει στο δικόγραφο του ενδίκου μέσου τους ισχυρισμούς του επί αυτών (την αναγωγή στα πραγματικά περιστατικά οραίνει κατά τον *Βαρουχάκη*, Σχέδιο ερμηνευτικών οδηγιών για την εφαρμογή των διατάξεων του κ.α. ΣΤ' περί ψυχικής υγείας του νόμου 2071/92, παρ. Τετράδια Ψυχιατρικής, τευχ. 42, 1993, σελ. 12, να κάνει και ο ψυχίατρος στη γνωματεύση του).

Παραγράφοντας ο Παρλοκλιεπούλης (Παρατηρήσεις στο ν. 2071/92, ό.π.κ., σελ. 209) του βασικού άξονος Σχολίου ν. 2071/92 σημειώνει ότι «...πρακτικά η δικαστική κρίση δεν μπορεί να απομακρυνθεί από την ψυχιατρική γνώση, αφού η απόφαση οραίνει να είναι αιτιολογημένη με βάση το αποδεικτικό υλικό... Το ίδιο είναι και στην περίπτωση της ψυχιατρικής κρίσης λειτουργεί μόνο σαν επίκληση των ψυχιατρικών γνωματεύσεων, δεσμευμένη από αυτές (για την δεσμευτικότητα της πραγματογνωμοσύνης στην πολιτική δίκη βλ. *Μπροκαταρύλα*, Η πραγματογνωμοσύνη στην πολιτική δίκη, 1986, σελ. 71 επ.). Αντίθετα οραίνει να παραβόται λεπτομερής εκτίμηση των πραγματικών περιστατικών αποδεικτικών μέσων (βλ. σχ. *Κεραμύς*, Σύγχρονα προβλήματα απονομής της πολιτικής δικαιοσύνης, Αρμ 1984, σελ. 93 επ.) δίνοντας έτσι στον αναγνώστη της απόφασης την εντύπωση ότι «η ολότητα του αποδεικτικού υλικού αξιολογήθηκε με λογικές και ψυχολογικές σταθμίσεις εξιδικασμένες και προσαρμοσμένες στην ιδιοτυπία κάθε αποδεικτικού μέσου» (έτσι ο *Κεραμύς*, ΕΝΒΕ, ό.π.κ., σελ. 41).

Αναφορά σε πραγματικά περιστατικά έχουν οι παραπάνω δημοσιευόμενες 575/93,

703/93, 707/93, 1265/92, 1385/93 αποφάσεις του Πόλυμελους Πρωτοδικείου Θεσσαλονίκης, στις οποίες υπέρχουν σπέρματα αναφοράς σε στοιχεία που αιτιολογούν την απόφαση του δικαστηρίου και διαφοροποιούνται από το τυποποιημένο σκεπτικό (όπως για παράδειγμα οι ερωτήσεις που έγιναν στον φερόμενο ως ασθενή καθώς και την κατάσταση του κατά την εισαγωγή).

Τέλος δεν θα πρέπει να λησμονούμε την ιδιοτυπία της διαδικασίας του άρθρ. 85 ν. 2071/92 καθώς και τη φύση της ακούσιας νοσηλείας: να μην επιλαμβάνεται πολιτικό δικαστήριο, πλην όμως διακυβεύονται σημαντικά αγαθά του φερομένου ως ασθενούς με κύριο αυτό της προσωπικής ελευθερίας. Αυτό το σημείο το οποίο οικιάζει με τον χαρακτήρα της ποινικής δικαιοσύνης θα πρέπει να εκληφθεί ως εξής: η δικαστική απόφαση αποτελεί και πράξη αυθόρμητης προστασίας του πολίτη (ιστοί ο Μανωλόδοκας, Η κριτική των δικαστικών αποφάσεων, ΕΝ-ΣΕ, σελ. 177). Έκθεση αυτής της προστασίας μπορεί να αποτελέσει η παραβίαση ειδικής και συμπαραστασιακής αιτιολογίας στη δικαστική απόφαση (ιστοί ο Γιαννίδης, Η αιτιολογία των αποφάσεων των ποινικών δικαστηρίων, τούχ. Α', 1989, σελ. 72 επ.).

3) Δύο αντικρουόμενες αποφάσεις παρουσιάζονται με το ίδιο σχεδόν πραγματικό περιεχόμενο. Το θέμα το οποίο εξετάζουν αφορά την δυνατότητα απορριψώς της αιτήσεως περί ακούσιας νοσηλείας τη στιγμή που, μετά την αίτηση και πριν τη συζήτηση της υποθέσεως, ο ασθενής έχει εξέλθει από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο σε «κατάσταση βελτίωσης».

Η μία απόφαση (577/93) υποστηρίζει τη θέση ότι είναι δυνατόν, με την αιτιολογία ότι το εξητήριο δόθηκε στον ασθενή αφού προηγουμένως εκτιμήθηκε από τους θεράποντες ιατρούς του ότι δεν χρειάζεται περαιτέρω νοσηλεία. Αντίθετα, η άλλη (1380/93) απόφαση υποστηρίζει ότι η εκτίμηση των θεράποντων ιατρών θα πρέπει να προσκομίζεται στο δικαστήριο, προκειμένου το τελευταίο να είναι σε θέση να δεχθεί την μη συνδρομή των προϋποθέσεων του άρθρου 95.

Φαίνεται πως η αιτίαση της δεύτερης α-

πόφασης (1380/93), που καταλήγει να κάνει δεκτή την αίτηση για ακούσια νοσηλεία δεν είναι πειστική.

α) Το δικαστήριο είναι βέβαια υποχρεωμένο να εκδίδει αιτιολογημένες αποφάσεις με βάση το αποδεικτικό υλικό. Ως αποδεικτικό υλικό δεν θα πρέπει να εννοηθούν μόνο οι ψυχιατρικές γνωματεύσεις που ορίζει το άρθρο 95, αλλά και κάθε άλλο έγγραφο ή στοιχείο το οποίο βοηθά στην έκδοση αιτιολογημένης απόφασης. Διότι εάν δεν συνέβαινε αυτό και το δικαστήριο ήταν προσκολλημένο στις ιατρικές γνωματεύσεις, λειτουργώντας έτσι απλά σαν επικυρωτικό όργανο, τα δικαιώματα και οι ισχυρισμοί του φερομένου ως ασθενή που προβλέπονται θα έμεναν γράμμα κενό. (Τη θέση ότι κάθε ισχυρισμός του φερομένου ως ασθενούς πρέπει να αποδεικνύεται από ιατρικά γνωμτεύματα ακολουθεί και η Πολ.Πρωτ.Θεσ. 707/93).

β) Η εν λόγω απόφαση (1380/93) σημειώνεται ειδικά ότι «από κανένα έγγραφο δεν προκύπτει ότι εξέλιπαν οι όροι του άρθρ. 95». Πραγματικά, δεν προσκομίζεται κάποιο έγγραφο στο δικαστήριο που να αναφορικά ότι εξέλιπαν οι όροι του άρθρ. 95. Όμως προσάγεται από το ΨΝΘ έγγραφο με το οποίο βεβαιώνεται ότι ο συγκεκριμένος ασθενής «εξήλθε σε κατάσταση βελτίωσης (για την αποδεδειγμένη δύναμη των δημοσίων συγγραμμάτων στην πολιτική δίκη βλ. σε Γούλιου-Φαλτή, Δίκαιο αποδείξεως, τ. έκδ. Θεσσαλονίκη 1985, σελ. 285 επ.). Το γεγονός ότι το εν λόγω έγγραφο (εξητήριο) δεν αναφέρει ρητά ότι εξέλιπαν οι όροι του άρθρ. 95 ν. 2071/92, δεν μπορεί να σληπαστεί και στο αντίθετο συμπέρασμα ότι δηλαδή «εφόσον δεν εξέλιπαν οι όροι του άρθρ. 95 το ΨΝΘ χορήγησε εξητήριο στον ασθενή», διότι θα ήταν εξαιρετικά παράλογο. Τουλάχιστον θα έπρεπε να εκτιμηθεί το γεγονός ότι οι ψυχιατρικές γνωματεύσεις είναι προγενέστερες σε σχέση με το εξητήριο, συνεπώς στην πράξη εξέλιπαν οι όροι εισαγωγής.

γ) Ένας βασικός δικαιολογητικός λόγος αναθεώρησης του ν.δ. 104/93 και της θέσεως των άρθρ. 95 επ. ν. 2071/92 ήταν η παροχή ενυπόθητων ως προς την εισαγωγή και έξοδο των ψυχικά ασθενών (βλ. Σχέδιο Νόμου της

Νομοπαρασκευαστικής Επιτροπής, Υπεράσπιση 1993, σελ. 204). Επιπλέον ο δικαστικός έλεγχος που επιβάλλει το άρ. 95 εγγυάται την τήρηση των τυπικών προϋποθέσεων του εγκλεισμού (έτσι ο Παρασκευόπουλος, Παρατηρήσεις στον ν. 2071/92, Υπεράσπιση 1993, σελ. 209) και προφανώς τέθηκε υπέρ του ασθενή. Έτσι και η ερμηνεία του ν. 2071 δεν μπορεί να είναι αντίθετη με τον παραπάνω σκοπό.

δ) Εξάλλου στο συμπέρασμα αυτό οδηγεί η παραδοχή ότι οι συνθήκες της ακούσιας νοσηλείας πρέπει να εξυπηρετούν πρώτιστα θεραπευτικές ανάγκες (άρ. 98 παρ. 1, πρβλ. και Παρασκευόπουλο, ό.π.κ., σελ. 209): από τη στιγμή που οι θεράποντες ιατροί του ασθενούς χορήγησαν στον τελευταίο εξπτήριο, προφανώς μετά τη διαπίστωση ότι δεν χρειάζεται περαιτέρω νοσηλεία (στοι σωστά η Πολ.Πρωτ.Θεσ 577/93), οι θεραπευτικές ανάγκες του ασθενή καλυφθηκαν. Έτσι η μετα το εξπτήριο απόφαση που διατάσσει την εκνοσηλίευσή του θα πρέπει να βασισθεί εκτός του πνεύματος του νόμου (έτσι και ο Βασιλακάκης, Σχόλια αρνητιστικών εδωκίων, ό.π.κ., σελ. 11).

Είναι σαφές ότι είναι αρκετά δύσκολο να προσεγγισθεί η κυρίαρχη άποψη για την συλλεκτική πρωτοταξία λειτουργία του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου στις επιταγές του νόμου, ο οποίος ρυθμίζει με θεραπευτικά κριτήρια την εισαγωγή και την έξοδο του ασθενή. Όπως τούτο να αποτελεί και το μειονέκτημά του: δίνει αντίσταμα με την γενική αρχή παραγωγής των νοσίων —ως αποτέλεσμα κοινωνικού αιτήματος και συγκρούσεων— το εν λόγω νομοθέτημα προήλθε κυρίως από ιδιαιτέ κατακρούση (π.χ. η R 83/2 Σύσταση του Συμβουλίου Υπουργών). Το ζητούμενο είναι κατά πόσο μπορεί αυτό το νομοθέτημα να γίνει αποδεκτό όχι μόνο από την πλευρά των δικαστών, αλλά κυρίως οι αρχές του να αφομοιωθούν από το σύνολο των κοινωνιών.

4) Η Πολ.Πρωτ.Θεσ 1385/93 αποτελεί τη μοναδική απόφαση κατά την οποία το δικαστήριο δεν βραβεύεται στις ψυχιατρικές γνωματεύσεις, κρίνοντας αυτές μη πειστικές. Φαίνεται ότι για την κρίση αυτή του δικαστηρίου σημαντικό ρόλο έπαιξαν πρώτον, η

μη περιγραφή της ψυχικής ασθένειας που διέγνωσαν οι ψυχίατροι κατά τρόπο συγκεκριμένο και δεύτερον, η αυτοπρόσωπη εμφάνιση του φερομένου ως ασθενούς, ο οποίος με τις απαντήσεις που έδωσε «έπεισε» για την μη επικινδυνότητά του. Είναι προς τιμή του εν λόγω δικαστηρίου, το οποίο δεν ακολουθεί την «πάγια» θέση με αποτέλεσμα να εκδώσει μια τυποποιημένη απόφαση, επαναλαμβάνοντας τις προϋποθέσεις που τάσσει ο νόμος, αλλά αντιλαμβάνόμενο πλήρως τις βαριές συνέπειες ενός εγκλεισμού για τον φερόμενο ως ασθενή, αιτιολογεί όσο το δυνατό την επιλογή του, αρνούμενο την αρχή *in dubio pro reus*. Στο σημείο αυτό νομίζω ότι φαίνεται καθαρά η σημασία που έχει η άσκηση των δικαιωμάτων του φερομένου ως ασθενή. Χωρίς να υποτιμάται το γεγονός ότι οι ιατρικές γνωματεύσεις δεν έλεναν το ζήτημα, η αυτοπρόσωπη εμφάνιση του φερομένου ως ασθενούς (χωρίς την παράσταση συντόμου) η ψυχίατροι ως τεχνικού συμβούλου παρμένα δεχόμενος αύξησε τις απαιτήσεις του δικαστηρίου για την πειστικότητα των γνωματεύσεων.

Ωστόσο, παρόλη την προσπάθεια που καταβάλλει το δικαστήριο για την έκδοση αιτιολογημένης απόφασης, κρίνοντας σκοπιμώς δύο παρατηρήσεις.

α) Η εμφορία του δικαστηρίου για τη διαπίστωση συνδρομής της περιπόλασης περιεπικινδυνότητας του ασθενή παρ' ότι τούτο συντρέχει διαζευκτικά —και με άλλη διατύπωση— με αυτές του άρ. 95 παρ. 2 παρ. 1, α, β, γ. Φαίνεται ότι τελικά η σημασία που εκλαμβάνει το στερεότυπο του επικινδυνού ψυχικά ασθενή για την κατάφαση του εγκλεισμού του είναι αρκετά μεγάλη (βλ. Μεγαλοκονόμου, ό.π.κ., σελ. 11, βλ. πιο αναλυτικά για το θέμα της επικινδυνότητας παρακάτω υπό στ. 6).

β) Η απόφαση αυτή ορθά ζητά περαιτέρω πραγματογνωμοσύνη και μάλιστα αιτιολογημένη. Όμως οι προθεσμίες τις οποίες τάσσει φαίνονται εξαιρετικά μεγάλες (είκοσι ημέρες από την επίδοση να δώσει ο πραγματογνώμονας όρκο και 10 ημέρες από τη όρκισή του να καταθέσει το πόρισμα), στο μέτρο που το συνολικό πνεύμα του νόμου (βλ. σχ. Παρασκευόπουλο, ό.π.κ., σελ. 212

επιτάσσει σύντομες προθεσμίες (για το θέμα των προθεσμιών βλ. αμέσως παρακάτω υπό στ. 5) και όχι χρονοτριβείς διαδικασίες. Επιπλέον τούτο ενισχύεται από το γεγονός ότι το δικαστήριο δεν διατάσσει την διακοπή της ακούσιας νοσηλείας μέχρι την έκδοση οριστικής απόφασης (χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η παραπάνω δημοσιευμένη 3617/93, η οποία εκδόθηκε μετά από αναβολή. Δικάσιμος της εν λόγω αιτήσεως είχε οριστεί η 4.2.93 και το δικαστήριο ανέβηκε για την δικάσιμο της 13.5.93, χωρίς να διατάξει μέχρι τότε την διακοπή της ακούσιας νοσηλείας). Ίσως το σημείο αυτό, της δυνατότητας δηλαδή εκδόσεως αναβλητικής αποφάσεως από το Πολ.Πρωτ. κατά την διαδικασία των άρ. 95 επ. ν. 2071/92, να μπορεί να επιλυθεί νομοθετικά, επιτασσόντας σαφώς μικρότερη προθεσμία από αυτή που παρέχει το δικαστήριο στη συγκεκριμένη περίπτωση. Διαφορετικά, αν κριθεί ότι συναρπάζει την χρονοτριβή της διαδικασίας των πολιτικών δικαστηρίων το παραπάνω είναι αναίσχνητο, ο εφαρμοστέος ως ασθένια ή πρόσοι να είναι ελεύθερος μέχρι την έκδοση της οριστικής αποφάσεως να σημαίνει ότι μέχρι την ολοκλήρωση της έρευνας δεν έχει εκδοθεί κατ'επιλογή οριστική απόφαση, ενώ ο εφαρμοστέος ως ασθένια έχει ελεύθερο από το ΨΝΘ στις 25.4.1993).

5) Οι συντάκτες του ν. 2071/92 αντικαθιστούν τον τις βασικές συνταξιακές για τα ατομικά δικαιώματα μιας μακρόχρονης διαδικασίας, υιοθετώντας σύντομες προθεσμίες και διαδικασίες (πρβλ. και το άρ. 5 παρ. 4 της ΕΣΔΑ: «...δικαίωμα προσφυγής σε δικαστήριο, για τούτο αποφασίζει εντός θραυχίας προθεσμίας επί του νομίμου της κρατικής του...», βλ. ακόμα Αλεξιάδης. Η πρόσφατη νομολογία του ΕυρΔΔΑ σχετικά με τις εγγυήσεις προσωπικής ελευθερίας και ασφάλειας των κρατουμένων ψυχασθενών, ΕΞΕυρΔ, 1984, σελ. 180 επ.). Έτσι ορίζεται προθεσμία τριών (3) ημερών στον Εισαγγελέα Πρωτοδικών να υποβάλλει αίτηση για να επιληφθεί το Πολυμελές Πρωτοδικείο, το οποίο συνεδριάζει σε δέκα (10) ημέρες (άρ. 96 παρ. 6).

Ο ν. 2071/92 βέβαια δεν ορίζει προθεσμία για την δημοσίευση της απόφασης. Ερωτη-

νυτικά όμως μπορεί να γίνει δεκτό με βάση το πνεύμα του νόμου, ότι πρέπει να βρίσκεται μέσα στο 10ήμερο του αρ. 96 παρ. 6 (έτσι και ο Παρασκευόπουλος, όπ.π., σελ. 212).

Ωστόσο οι παραπάνω προθεσμίες που είτε ρητά ορίζονται, είτε ερμηνευτικά εννοούνται, στην πράξη δυστυχώς δεν ακολουθούνται (βλ. ενδεικτικά τις παραπάνω δημοσιευμένες 576/93 και 1380/93 και 3617/93 αποφάσεις). Αξίζει να σημειωθεί στο σημείο αυτό ότι από τις σαφώς πάντοτε αποφάσεις που εκδόθηκαν από το Πολ.Πρωτ. (βλ. σχ. την παρουσίαση των στοιχείων της έρευνας), μόνο σε δύο (1108/93 και 1110/93) τηρούνται οι παραπάνω προθεσμίες (βλ. ακόμα την παραπάνω δημοσιευμένη 1380/93 όπου ο χρόνος που μεσολάβησε από την εισαγωγή του εφαρμοστέου ως ασθένια μέχρι την δημοσίευση της απόφασης που διατάσσει την ακούσια νοσηλεία είναι τις 66 ημέρες, ενώ ο συγκεκριμένος ασθένιας έχει ελεύθερο από το ΨΝΘ μετά από 23 ημέρες νοσηλείας καθώς και την 3617/93 που εκδόθηκε μετά από αναβολή, όπου ο χρόνος που μεσολάβησε είναι τις 135 ημέρες).

Το όλο θέμα απαστά τρία της βραδύτητας απουσίας της δικαιοσύνης, ιδίως σε σχέση με την πολιτική διαδικασία, όση — και κυρίως — με τη μη κατανομή από μέλη της δικαστικής αρχής, των άλλων που επιβραδύνει ο νόμος, το όργανο που τελικά κρίνει για την ακούσια νοσηλεία είναι το δικαστήριο και όχι ο Εισαγγελέας (βλ. τη κριτική για την Εισαγγελική αρμοδιότητα κατά το ν.δ. 104/93 στον Αλεξιάδη, Εισαγγελικές εξουσίες και ατομικές ελευθερίες, Δίκαιο και Πολιτική, 5, 1983, σελ. 265 επ.). Συνεπώς η διαταγή του Εισαγγελέα θα πρέπει να επικυρωθεί από το Πολυμελές Πρωτοδικείο. Δεν μπορεί λοιπόν ένα άτομο να έχει εισαχθεί προσωρινά στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο και μέχρι να δημοσιευθεί η απόφαση που διατάσσει την ακούσια νοσηλεία του να διανύεται χρονικό διάστημα 66 ημερών.

Το ζήτημα αυτό έχει σχέση και με την άσκηση ενδίκου μέσου: η προθεσμία για την άσκηση του αρχίζει από τη δημοσίευση της απόφασης. Και εάν θεωρήσουμε τις προθε-

ομίες που τηρεί το Εφετείο Θεσσαλονίκης ανάλογες με του Πρωτοδικείου Θεσσαλονίκης, θα φθάσουμε στο παράλογο συμπέρασμα να δημοσιευθεί η τελεσίδικη απόφαση μετά την συμπλήρωση του ανωτάτου ορίου ακούσιας νοσηλείας των έξι μηνών (αρ. 99 παρ. 2).

Μέχρι το θέμα αυτό να λυθεί νομοθετικά, η ευαισθητοποίηση της δικαστικής αρχής, η κατανόηση του πνεύματος του νόμου και της ιδιαιτερότητας της διαδικασίας, θα μπορούσαν να οδηγήσουν στην τήρηση όσο το δυνατόν συντομότερων προθεσμιών.

6) Ως κατάλοιπο της προϊσχύσασας νομοθεσίας (ν.δ. 104/73) και του συσχετισμού της ψυχικής αρρώστιας και επικινδυνότητας, μπορεί να θεωρηθεί η αναγραφή του όρου της επικινδυνότητας στις δικαστικές αποφάσεις (βλ. την παραπάνω δημοσιευμένη, 54/93), μολοντί ο ν. 2071/92 δεν την αναφέρει ως προϋπόθεση ακούσιας νοσηλείας (ενδεικτική είναι η παραπάνω δημοσιευμένη 53/93 απόφαση, η οποία χρησιμοποιεί τον όρο «επικίνδυνος στην δημόσια ασφάλεια» και χαρακτηριστικό το γεγονός ότι σε όλες τις αποφάσεις που εξέδωσε το Πρωτοδικείο Θεσσαλονίκης — κατά την άρση, βλ. σχ. παραπάνω — η προϋπόθεση II του αρ. 95 παρ. 2, συντρέχει σε όλες είτε διαζευκτικά είτε σωρευτικά με τις προϋποθέσεις του αρ. 95 παρ. 2 I α, β, γ).

Η αντίδραση στην έννοια της επικινδυνότητας έχει εκφραστεί έντονα από την ελληνική θεωρία (βλ. σχ. Αλεξιάδη, Η επικινδυνότητα του εγκληματία, ένα στοιχείο πλαστό, σε Μήμη Χωραφά-Γέφου-Γαρδικά, 1986, τ. Β', σελ. 131, Τσαλίκουλου, Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή, εκδ. Παπαζήση). Παρά όμως όλες τις αντιδράσεις, η έννοια της επικινδυνότητας φαίνεται να είναι καλά ριζωμένη στη σκέψη του Έλληνα νομοθέτη. Έτσι ορίζεται ως διαζευκτική προϋπόθεση ακούσιας νοσηλείας στο άρθρο 95 παρ. 2 II του ν. 2071/92: «η νοσηλεία ασθενή που πάσχει από ψυχική διαταραχή είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ίδιου ή τρίτου».

Η ανάγκη λοιπόν οριοθέτησής της είναι εμφανής. Χρήσιμη βοήθεια θα μπορούσε να μας παρέχει η ένταξη της επικινδυνότητας

στο χώρο των διαθέτικων εννοιών, με τις οποίες εκφράζεται η τάση ενός προσώπου να συμπεριφέρεται κατά ορισμένο τρόπο υπό ορισμένες συνθήκες (βλ. σχ. Μυλωνόπουλου, Οι διαθέτικες έννοιες στο ποινικό δίκαιο, Υπεράσπιση 1993, σελ. 247-248). Η ύπαρξη αυτής της τάσης δεν μπορεί να διαπιστωθεί παρά μόνο μετά από παρατήρηση και εκτίμηση εμπειρικών στοιχείων, ιδίως προηγούμενων εκδηλώσεων της συμπεριφοράς του ατόμου. Με βάση τη θέση αυτή μπορούμε να θεωρήσουμε πως ισχύει ως ασπτική προϋπόθεση συνδρομής της επικινδυνότητας η μη εκδήλωση στο παρελθόν βίας ή συμπεριφοράς (έτσι ο Μυλωνόπουλος, Γεγονότα και προσωπικές κρίσεις στην μαρτυρική κατάθεση, Ποιν. Χρον. ΛΘ', σελ. 691-692, Συμωνίδου-Καστανίδου, Παρατηρήσεις σε Κριτική επισκόπηση νομολογίας κατά θέματα, Προσωρινή κράτηση νομικός κανόνας και πράξη, Υπεράσπιση 1991, σελ. 108). Αλλά και παλαιότεροι προηγούμενοι εκδηλώσεις της συμπεριφοράς του υστερούν ως ασθενή εμπειρικών βία, η ακούσια νοσηλεία του θα πρέπει να διατάσσεται μόνο στην περίπτωση που η βία ή συμπεριφορά είναι τοιαύτης μορφής και εντάσεως που δικαιολογεί τη λήψη αυτού επάδου για τον υφιστάμενο κτηρού και παράλληλα αναμένεται θεραπευτικό αποτέλεσμα το οποίο που να βοηθά στη μη ανάπτυξη πράξεων βίας (πρβλ. και τον Μεγαλοοικονόμου, Μερικές παρατηρήσεις για το νομοσχέδιο για την ψυχική υγεία, Τατράδια Ψυχιατρικής 38, 1992, σελ. 11).

Στο μέτρο που η ακούσια νοσηλεία θα πρέπει πια να αποβάλλει τον αυλακτικό της χαρακτήρα και να λάβει γνωρίσματα αυγώς θεραπευτικά, είναι αναγκαίο να δοχθούμε την σωρευτική χρήση της προϋπόθεσης του αρ. 95 παρ. 2 II με αυτήν του αρ. 95 παρ. 2 I α, β, γ (έτσι και ο Παρασκευόπουλος, όπ.π., σελ. 211): την εξάρτηση της ακούσιας νοσηλείας από την πορεία της υγείας του σερμένου ως ασθενή.

7) Μια μεγάλη καινοτομία του νέου νόμου για την ψυχική υγεία είναι η παροχή στον σερμένο ως ασθενή των δικαιωμάτων για αυτοπρόσωπη εμφάνιση, παράσταση με συνήγορο και ψυχίατρο ως τεχνικό σύμβου-

λο, η άσκηση ενδίκου μέσου, η αίτηση για διακοπή της ακούσιας νοσηλείας. Δυστυχώς η εφαρμογή του ν. 2071/92 δεν είχε τα ανάλογα αποτελέσματα. Όπως προκύπτει και από τα στοιχεία της έρευνας (βλ. παραπάνω), μόνο σε δέκα (10) αποφάσεις ο φερόμενος ως ασθενής εμφανίζεται αυτοπροσώπως, ενώ σε καμιά περίπτωση δεν ασκεί τα δικαιώματα που του παρέχονται.

Η σημασία της άσκησης των δικαιωμάτων του φερόμενου ως ασθενούς είναι προφανής. Ενδεικτικά μπορεί να αναφερθεί η παραπάνω δημοσιευόμενη 1385/93 απόφαση κατά την οποία η αυτοπρόσωπη εμφάνισή του είναι εμφανής, αφού η παρουσία του και οι απαντήσεις του προς το δικαστήριο αντέκρουσαν κατά κάποιον τρόπο τις ψυχιατρικές γνωματεύσεις.

Οι αιτίες για την μη άσκηση των δικαιωμάτων από τον φερόμενο ως ασθενή είναι αρκετές. Έχουν σχέση τόσο με τον ίδιο, ο οποίος κυριαρχείται από τη νοσηρία της προϊσχυσασας νοσηλείας και δοχεται τη μοιρα του, όσο και από παράγοντες κυρίως οικονομικούς. Και βέβαια με την ελληνική επιμέρωση από τους εταδδους του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου, καθώς και με την μη αρμοιότητα του νέου μισυ του ψυχικά ασθενή που επιχαιρείται με τον νέο νόμο (θα μπορούσε να αναφερθεί εδώ ως χαρακτηριστικό παράδειγμα η παραπάνω δημοσιευόμενη 703/93 απόφαση, με την οποία ο φερόμενος ως ασθενής παρτα να δικάζεται ερήμην ενώ είναι παρών — από κερταμένη ταχότητα). Ως προσπάθειες άμβλυνσης αυτών των δυσχερειών θα μπορούσαν να αναφερθούν η σαφής επιμέρωση του ασθενή για τα δικαιώματα που του παρέχονται και η ανάλυση της διαδικασίας που ακολουθείται μόλις εισαχθεί στην ΜΨΥ, καθώς και η εφαρμογή του ευρωετήματος πένιας (άρ. 194 ΚΠολΔ).

Στο βαθμό που οι διατάξεις σχετικά με τα δικαιώματα που παρέχονται στον ασθενή δεν τέθηκαν για να παραμένουν γράμμα κενό και να δίνουν αλλά στην ελληνική νομοθεσία για την ψυχική υγεία το γνώρισμα της προοδευτικής νομοθεσίας, το θέμα υλοποίησης τους παραμένει ανοικτό.

8) Είναι χαρακτηριστικό ότι όλες οι αποφάσεις που εξέδωσε το Πολυμελές Πρωτο-

δικείο Θεσσαλονίκης (βλ. παραπάνω τα στοιχεία της έρευνας) και κάνουν δεκτή την αίτηση για ακούσια νοσηλεία, η τελευταία πραγματοποιείται στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το άρθρο 93 του ν. 2071/92, στον όρο Μονάδα Ψυχικής Υγείας περιλαμβάνει τόσο τα ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, όσο τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρικούς Τομείς των Γενικών Νοσοκομείων κλπ. Συνεπώς δεν θα πρέπει να αποκλεισθεί το γεγονός ότι η ακούσια νοσηλεία μπορεί να πραγματοποιηθεί και σε άλλη ΜΨΥ.

Τούτο εξάλλου μπορεί να συναχθεί και από το όλο πνεύμα του έκτου κεφαλαίου του ν. 2071/92, το οποίο κινείται στα πλαίσια της αποασυλοποίησης: να περιορισθεί η ανθενοσοκομειακή νοσηλεία στις απολύτως αναγκαίες περιπτώσεις και να διευκολυνθεί η οργάνωση εξωνοσοκομειακών ψυχιατρικών υπηρεσιών (στοιχ. και ο βαρσοχάκης, όπ.π., σελ. 11). Στην κατεύθυνση αυτή θα μπορούσαν να βοηθήσουν οι ψυχιατρικές γνωματεύσεις, εφόσον αναφέρον την κατάλληλη ΜΨΥ στην οποία ο φερόμενος ως ασθενής θα πρέπει να νοσηλευθεί, αφού αυτή θα εξυπηρετεί καλύτερα τις ανάγκες θεραπείας του.

9) Μια άλλη καινοτομία του ν. 2071/92 αποτέλεσε η θέσπιση ανωτάτου ορίου της ακούσιας νοσηλείας. Έτσι στο άρθ. 99 παρ. 2 τίθεται ως όριο οι έξι μήνες. Δικαιολογητικοί λόγοι θέσπισης του ανωτάτου ορίου ακούσιας νοσηλείας ήταν τόσο η αποασυλοποίησης του ψυχιατρικού νοσοκομείου σε ασύλου (βλ. σχ. το σχέδιο νόμου της ειδικής επιτροπής, όπ.π., σελ. 209), όσο και η εξέρτηση του χρόνου νοσηλείας από την πορεία της υγείας του ασθενή (έτσι ο Παρασκευόπουλος, όπ.π., σελ. 209).

Και τούτο φαίνεται να λειβάνεται υπόψη σε μεγάλο βαθμό στην πράξη (βλ. σχ. τα στοιχεία της έρευνας όπου ο μέσος όρος νοσηλείας είναι οι 68 ημέρες). Παρ' όλα αυτά, παρατηρήθηκε σε τέσσερις περιπτώσεις υπέρβαση του ανωτάτου αυτού ορίου (μέχρι και 95 ημέρες στην 706/93 απόφαση) και μάλιστα χωρίς να τηρηθεί η διαδικασία του άρθ. 99 παρ. 4 ν. 2071/92. Σύμφωνα με την τελει-

ταία αυτή διάταξη, η νοσηλεία μπορεί να παραταθεί πέραν των έξι μηνών μετά από συμφωνη γνώμη τριών ψυχιάτρων, εκ των οποίων ο ένας είναι ο θεράπων ιατρός και οι άλλοι δύο ορίζονται από τον Εισαγγελέα.

Η διατύπωση αυτή ίσως χρειάζεται δύο ερμηνευτικές παρατηρήσεις: α) Η παράταση της εκούσιας νοσηλείας αποτελεί την εξαίρεση του κανόνα και ως τέτοια η χρήση της θα πρέπει να περιορίζεται μόνο στις περιπτώσεις κατά τις οποίες η υγεία του ασθενή έχει επιδεινωθεί σε τέτοιο βαθμό ώστε να είναι απολύτως αναγκαία η παραμονή του στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο. β) Η διάταξη αυτή δεν αναστέλλει το ανώτατο όριο της παρατάσης της νοσηλείας. Θα πρέπει όμως να γίνει δεκτό, ότι η παράταση αυτή δεν μπορεί να υπερβαίνει τους έξι μήνες. Η θέση αυτή δικαιολογείται τόσο από το συνολικό πνεύμα του ν. 2071/92 αλλά κυρίως από το γεγονός ότι δεν μπορεί η εξαίρεση του κανόνα να ερμηνευτεί έτσι ώστε να τον αναιρέσει τελείως.

Άλλο όμως ένα θέμα μπορεί να προκύψει από την διατύπωση του αρ. 94 παρ. 4 Έστω π.χ. κάποιος ασθενής δεν βρίσκεται στην κατάσταση που αναφέρεται στο άρθρο να παραταθεί η νοσηλεία του, ούτε όμως είναι και σε κατάσταση υγείας κατά τη γνώμη του θεράποντος ιατρού του. Πώς θα πρέπει να ελεγχθεί ο τελικός αυτός;

Ίσως η περίπτωση είναι οριακή αλλά όχι άγνωστη για το ψυχιατρικό δόγμα. Η λύση του ζητήματος αυτή ίσως να πρέπει να αναζητηθεί νομοθετικά. Στο σημείο αυτό φαίνεται αυστηρή η διατύπωση του αρ. 29 του σχεδίου της ειδικής επιτροπής (α.π.,

σελ. 207) με την οποία δίδεται η δυνατότητα συνέχισης της θεραπευτικής αγωγής — και όχι της νοσηλείας — σε εξωτερικά ιατρεία ή νοσοκομείο. Μάχρι όμως να επιλυθεί νομοθετικά, η λύση που θα προκριθεί θα πρέπει να έχει ως αφετηρία την πορεία της υγείας του ασθενή — και όχι να εξυπηρετεί φυλακτικούς σκοπούς —, την καλύτερη εξυπηρέτηση της θεραπείας του και να μην έρχεται σε αντίθεση με τον εξαιρετικό χαρακτήρα του μέτρου.

10) Λάβοντας μια συνολική αξιολόγηση της εφαρμογής του ν. 2071/92 μπορούμε να ισχυριστούμε ότι η υποδοχή του δεν ήταν η αναμενόμενη και ότι οι αρχές του δεν απομειώθηκαν στον επιθυμητό βαθμό. Το γεγονός αυτό είναι εμφανές στην στάση του ψυχιατρικού νοσοκομείου, το οποίο δεν προσαρμόστηκε — σχεδόν καθόλου — στα πλάνα και στις διατάξεις του νέου νόμου. Ωστόσο, υπάρχουν κάποια σημάδια διαφορετικής αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών σε ορισμένες δικαστικές αποφάσεις που ίσως προηγήσαν με διαφορετική συνέχεια στην εφαρμογή του ν. 2071/92.

Το εκτελεστικό του ν. 2071/92 αποτελεί συνάντηση ανά μεγάλα βήματα στην πορεία της αντιμετώπισης του ψυχικά ασθενή. Παρ' όλα αυτά ανάγκασ βελτίωσης του, ειδικά μετά την απειρία εφαρμογής του, θα πρέπει να εξακολουθήσει απαραίτητα. Και η βελτίωσής αυτής θα πρέπει να έρχεται ως αφετηρία τους βασικούς άξονες του σχεδίου της ειδικής επιτροπής (βλ. σχ. στο: *Πρόσβαση ειδικόπειλο*, ό.π., σελ. 209 έα.).

Κ. ΚΟΣΜΙΑΤΟΣ