

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ REVIEW

Ακούσια εισαγωγή και νοσηλεία ψυχικά ασθενών υπό το πρίσμα σεβασμού και προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων

Η ακούσια εισαγωγή και η νοσηλεία των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στερεί το ανθρώπινο δικαίωμα της ελευθερίας. Αυτός ο σημαντικός περιορισμός θα πρέπει να αποτελεί έσχατο μέτρο ψυχιατρικής πρακτικής και να εφαρμόζεται μόνο εφόσον προηγουμένως έχουν δοκιμαστεί και δεν είχαν αποτέλεσμα άλλα, λιγότερο παρεμβατικά, μέτρα. Ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) προστατεύει το δικαίωμα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην ελευθερία και στην ασφάλεια, και το Συμβούλιο της Ευρώπης επίσης, ιδιαίτερα με τη νομολογία του Δικαστηρίου του Στρασβούργου και με σχετικές συστάσεις, προτείνει στα κράτη-μέλη κριτήρια, διαδικασίες και ανώτατα χρονικά όρια για την εφαρμογή κατ' εξαίρεση της ακούσιας εισαγωγής και νοσηλείας υπό το πρίσμα του σεβασμού και της προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ατόμων στα οποία επιβάλλεται. Μεταξύ των εξεταζόμενων κρατών παρατηρούμε ότι στα περισσότερα η ύπαρξη διαγνωσμένης ψυχικής διαταραχής σε συνδυασμό με ενδεχόμενο κίνδυνο για τα ίδια τα άτομα ή για άλλους συνιστά κριτήριο για την επιβολή του μέτρου της ακούσιας νοσηλείας. Σε άλλα κράτη η λήψη του μέτρου εξαρτάται από την αναγκαιότητα για θεραπεία, ενώ ορισμένα κράτη δίνουν προτεραιότητα σε άλλες εκτός νοσοκομείου υπηρεσίες, όπως η διαταγή για υποχρεωτική θεραπεία στην κοινότητα. Σε όλα τα κράτη έχουν τεθεί διαδικασίες και ανώτατα χρονικά διαστήματα επιβολής του μέτρου, με διαφοροποιήσεις ως προς τους χρόνους, τον φορέα λήψης απόφασης και το άτομο ή τον φορέα που μπορεί να εκκινήσει τη διαδικασία. Για τη λήψη απόφασης εισαγωγής θα πρέπει να υπάρχει γνωμοδότηση ψυχιάτρου ή επαγγελματία ψυχικής υγείας, ενώ τα θιγόμενα άτομα έχουν το δικαίωμα να την προσβάλλουν δικαστικά. Η νοσηλεία πραγματοποιείται κατά βάση σε δημόσιο ψυχιατρικό νοσοκομείο ή σε ψυχιατρικό τμήμα γενικού νοσοκομείου, ενώ σε κάποια κράτη και σε ιδιωτικές μονάδες, μη κερδοσκοπικές ή κερδοσκοπικές.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία¹ συνιστά βασικό νομικό κείμενο, το οποίο αναγνωρίζει ουσιαστικά δικαιώματα στα άτομα με αναπηρία. Αντιπροσωπεύει μια σημαντική θεσμική αλλαγή και εφαρμογή πολιτικών μετατόπισης από το «ιατρικό» στο «κοινωνικό μοντέλο», αναγνωρίζοντας ότι τα άτομα με αναπηρία, περιλαμβανομένων των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, δεν πρέπει να θεωρούνται αντικείμενα φιλανθρωπίας ή ιατρικής φροντίδας, αλλά υποκείμενα δικαιωμάτων² που έχουν «εγγενή ανθρώπινη αξιοπρέπεια ίση με αυτή των υπολοίπων ανθρώπων». Σκοπός της σύμβασης

είναι η προαγωγή, η προστασία και η διασφάλιση όλων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και θεμελιωδών ελευθεριών των παραπάνω προσώπων, τονίζοντας ότι «η ύπαρξη αναπηρίας δεν δικαιολογεί σε καμιά περίπτωση τη στέρηση της ελευθερίας» (άρθρο 14). Η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την προάσπιση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών του Συμβουλίου της Ευρώπης³ αναγνωρίζει το δικαίωμα στην ελευθερία των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας και προβλέπει κατ' εξαίρεση τη στέρησή της, «εάν πρόκειται περί νομίμου κρατήσεως» και διενεργείται «συμφώνως με την νόμιμον διαδικασία» (άρθρο 5.1). Επί πλέον, το Συμβούλιο της Ευρώπης θεσπίζει τη σύμβαση για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2024, 41(4):449-458
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2024, 41(4):449-458

Γ. Μπουρβάρης,
Μ. Μητρούλη

Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων,
Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα

Involuntary admission and
hospitalization of people with
mental disorders in the light
of respect and protection
of human rights

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρητηρίου

Ακούσια εισαγωγή
Ακούσια νοσηλεία
Ανθρώπινα δικαιώματα
Νομοθεσία
Ψυχικές διαταραχές

Υποβλήθηκε 23.5.2023
Εγκρίθηκε 17.6.2023

της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της Βιολογίας και της Ιατρικής: Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική,⁴ η οποία ωστόσο στο άρθρο 7 δεν είναι συμβατή με τη μεταγενέστερη Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία, καθώς το άρθρο 14 της Σύμβασης για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία έρχεται σε αντίθεση με το άρθρο 7 της Σύμβασης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική. Η τελευταία, παρ' ότι αναγνωρίζει την αρχή της συναίνεσης κατόπιν ενημέρωσης, ως προϋπόθεση για την άσκηση ιατρικών πράξεων στον άνθρωπο (άρθρο 5), ορίζει εξαίρεση από αυτή για τα άτομα με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας (άρθρο 7) σε περιπτώσεις που χωρίς την ιατρική παρέμβαση –«χωρίς αυτή τη θεραπεία»– είναι πιθανό να ανακύψει σοβαρή βλάβη της υγείας τους. Για λόγους άρσης της ασυμβατότητας, το Συμβούλιο της Ευρώπης στρέφει σήμερα την πολιτική του σε λιγότερο περιοριστικά μέτρα, όπως η εκούσια νοσηλεία, η αντιμετώπιση της κρίσης κ.ά.

Η στέρηση της ελευθερίας των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας δεν είναι σπάνιο φαινόμενο. Είναι ένα μέτρο που εφαρμόζεται από τα συστήματα ψυχικής υγείας των κρατών. Η συχνότητα εμφάνισής του όμως διαφέρει από χώρα σε χώρα. Τα ποσοστά ακούσιας νοσηλείας είναι 3,2% στην Πορτογαλία, 4,6% στη Δανία, 13,5% στο Ηνωμένο Βασίλειο, 50–60% στην Ελλάδα.^{5–7} Ωστόσο, παρατηρείται την τελευταία πενταετία αύξηση των ακούσιων νοσηλείων σε όλες τις χώρες. Σε έκτακτες περιπτώσεις όπου μια ψυχική διαταραχή συνυπάρχει είτε με επικείμενο κίνδυνο για την υγεία και τη σωματική ακεραιότητα του ίδιου του ατόμου ή τρίτων, είτε με την ανάγκη θεραπείας του, η Ψυχιατρική καλείται να εξισορροπήσει μεταξύ της φροντίδας και του περιορισμού της ελευθερίας και της αυτονομίας του ατόμου.^{8,9} Στο πλαίσιο αυτό, η ακούσια εισαγωγή για εξέταση της κατάστασης της ψυχικής υγείας ενός ατόμου και η ακούσια νοσηλεία του συνιστούν ευαίσθητα και πολύπλοκα θεσμικά, αλλά και ψυχιατρικής πρακτικής ζητήματα που κατ' αρχάς έρχονται σε αντίθεση με το δικαίωμα του ατόμου στην ελευθερία, στην αξιοπρέπεια και στην αυτονομία.

2. ΑΚΟΥΣΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Το άρθρο 16 της Σύστασης, No Rec(2004)10 του Συμβουλίου της Ευρώπης¹⁰ για την προστασία των δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, χαρακτηρίζει την ακούσια νοσηλεία ως μέτρο που λαμβάνεται παρά τη θέληση του ατόμου στο οποίο εφαρμόζεται. Ως εκ τούτου, η ακούσια νοσηλεία μπορεί να χαρακτηριστεί ως η υποχρεωτική ή η αναγκαστική εισαγωγή στο νοσοκομείο ατόμων με ψυχικές διαταραχές χωρίς τη συγκατάθεσή

τους. Σε ορισμένα κράτη, η ακούσια νοσηλεία εμπεριέχει την ακούσια θεραπεία, ενώ σε άλλα διακρίνεται από την ακούσια θεραπεία. Στην τελευταία περίπτωση κομβικό ρόλο διαδραματίζει η λήψη συναίνεσης από το νοσηλευόμενο άτομο ή από εκπρόσωπό του.

Η ακούσια εισαγωγή και η νοσηλεία είναι μέτρα αμφιλεγόμενα, αλλά μερικές φορές κρίνονται απαραίτητα στην ιατρική διαδικασία, τα οποία θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις και εφόσον προηγουμένως έχουν χρησιμοποιηθεί εναλλακτικοί τρόποι, λιγότερο περιοριστικοί, χωρίς αποτέλεσμα.¹¹ Η κάθε περίπτωση πρέπει να αξιολογείται και να τεκμηριώνεται επαρκώς ώστε να διασφαλίζεται ο σεβασμός στην αξιοπρέπεια του ατόμου που δέχεται αυτά τα βαριά περιοριστικά μέτρα.¹²

Πρέπει να τονιστεί ότι αρκετές μελέτες έχουν καταδείξει πως τα μέτρα της ακούσιας εισαγωγής και νοσηλείας ατόμων με ψυχικές διαταραχές πολλές φορές έχουν αρνητικές επιπτώσεις στο άτομο που εφαρμόζονται, αυξάνοντας τον κίνδυνο επιδείνωσης της κατάστασης της υγείας του,¹³ προκαλώντας τραυματικές εμπειρίες,¹⁴ καταστρέφοντας τη θεραπευτική σχέση μεταξύ ασθενούς και ιατρού^{15,16} και στιγματίζοντας το άτομο,¹⁷ με αρνητικές επακόλουθες συνέπειες. Γίνεται έτσι αντιληπτό ότι η χρήση του μέτρου της ακούσιας εισαγωγής και νοσηλείας, αν και ορισμένες φορές είναι απαραίτητη, συνεπάγεται μειονεκτήματα για την εμπειρία του ασθενούς και το γενικότερο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Επειδή όλα τα παραπάνω επηρεάζουν την οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης κάθε κράτους υπό το πρίσμα της προστασίας των δικαιωμάτων της ελευθερίας, της αξιοπρέπειας και της αυτονομίας του ατόμου, ο ρόλος του νομικού πλαισίου καθίσταται ιδιαίτερα σημαντικός. Ως εκ τούτου, θεωρούμε απαραίτητη τη διερεύνηση της υφιστάμενης νομοθεσίας και των διαδικασιών που αφορούν στην ακούσια εισαγωγή και νοσηλεία, χωρίς ωστόσο να επεκταθούμε στην ακούσια θεραπεία εντός ή εκτός μονάδων ψυχικής υγείας, η οποία θα πρέπει να γίνεται με τη συμμετοχή των ατόμων στις αποφάσεις που αφορούν στην υγεία τους. Στην παρούσα ανασκόπηση θα μελετηθούν τα κριτήρια εφαρμογής και οι διαδικασίες της ακούσιας εισαγωγής και νοσηλείας 7 κρατών της Ευρώπης και των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής (ΗΠΑ).

Τα κράτη που επιλέχθηκαν είναι η Μεγάλη Βρετανία (Αγγλία, Ουαλία, Σκωτία), η Ιταλία, η Ισπανία, η Σουηδία, η Γαλλία, η Γερμανία, η Ελλάδα και οι ΗΠΑ, επειδή είναι αντιπροσωπευτικά μοντέλα ακούσιας εισαγωγής και νοσηλείας. Τα εξεταζόμενα πεδία εστιάζονται στα κριτήρια εφαρμογής της ακούσιας εισαγωγής, στο αίτημα για την εφαρμογή της, στον φορέα λήψης απόφασης, στο χρονικό όριο της νοσηλείας, στη δυνατότητα προσβολής της απόφασης και στις

μονάδες υγείας στις οποίες μπορεί να πραγματοποιηθεί η νοσηλεία. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι στη Γερμανία ισχύει το δίκαιο της επιτροπείας ως ομοσπονδιακός νόμος, ιδιαίτερα σε άτομα που χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα, και σε κάθε ένα από τα 16 ομοσπονδιακά κράτη δημόσιοι νόμοι για την ψυχική υγεία στους οποίους έχουν αντίκτυπο οι αποφάσεις του συνταγματικού δικαστηρίου. Στις ΗΠΑ, κάθε μία από τις 50 πολιτείες έχει το δικό της σύνολο νόμων και πολιτικών που εναρμονίζεται με ρυθμίσεις της ομοσπονδιακής νομοθεσίας και αποφάσεις της νομολογίας.¹⁸ Στην παρούσα ανασκόπηση παρουσιάζεται η γενική τάση στις νομοθεσίες των ομόσπονδων κρατών στη Γερμανία και στις πολιτείες των Ηνωμένων Πολιτειών.

3. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΑΚΟΥΣΙΑΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

3.1. Κριτήρια εισαγωγής

Κάθε χώρα προσδιορίζει στη νομοθεσία της τα κριτήρια και τις διαδικασίες για την ακούσια εισαγωγή, με σκοπό την εξέταση και τη νοσηλεία ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας (πίν. 1). Σε όλες τις χώρες η ύπαρξη ψυχικής διαταραχής αποτελεί βασική προϋπόθεση για την παροχή ψυχιατρικής φροντίδας, ενώ τα επιπρόσθετα σωρευτικά κριτήρια, όπως του πιθανού κινδύνου για το ίδιο το άτομο ή για τρίτους, ή και της ανάγκης θεραπείας, διαφέρουν μεταξύ των χωρών.

Στην Αγγλία και στην Ουαλία ο νόμος για την ψυχική υγεία *“Mental Health Act”* του 1983, ο οποίος αναθεωρήθηκε το 2007, και ο κώδικας πρακτικής του νόμου για την Ουαλία *“Code of Practice for Wales”* του 2016 απαιτούν για την εφαρμογή της ακούσιας εισαγωγής και νοσηλείας την

ύπαρξη οποιασδήποτε ψυχικής διαταραχής, περιλαμβανομένης της διανοητικής αναπηρίας (νοητική υστέρηση) με ταυτόχρονη ύπαρξη κινδύνου για το ίδιο το άτομο ή για τρίτους.^{19,20} Τα κριτήρια εφαρμογής στη Σκωτία είναι τα ίδια με εκείνα στην Αγγλία και στην Ουαλία. Επί πλέον, όμως, λαμβάνεται υπ’ όψιν η ικανότητα του ατόμου για λήψη απόφασης σχετικά με την παροχή ιατρικής θεραπείας, σύμφωνα με τον νόμο *“Mental Health Care and Treatment Scotland Act”* του 2003, ο οποίος τροποποιήθηκε σε κάποιες διατάξεις το 2015. Η ύπαρξη ψυχικής διαταραχής, η οποία απαιτεί άμεση φροντίδα και παρακολούθηση και που εξ αιτίας της καθίσταται αδύνατη η συναίνεση του ατόμου, ενώ ταυτόχρονα θέτει σε κίνδυνο την ασφάλεια άλλων ατόμων και τη δημόσια τάξη, είναι απαραίτητα κριτήρια για την εφαρμογή του μέτρου της ακούσιας νοσηλείας στη Γαλλία σύμφωνα με τον νόμο, αρ. 2011–803/5.7.2011, του οποίου ορισμένες διατάξεις τροποποιήθηκαν με τον νόμο, αρ. 2013–869/27.9.2013. Στη Γερμανία, σε ομοσπονδιακό επίπεδο, ο αστικός κώδικας *“Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)”*, ο οποίος τροποποιήθηκε στις 21.3.2023 με αναδρομική ισχύ από 1.1.2023, εκσυγχρονίζει το δίκαιο της επιτροπείας και ενισχύει την αυτοδιάθεση των ατόμων που χρειάζονται υποστήριξη με τον νόμο της επιτροπείας και φροντίδας, όπου πλέον η νομική υποστήριξη μπορεί να γίνει όχι μόνο από φυσικό πρόσωπο αλλά και από αναγνωρισμένο σωματείο επιτροπείας το οποίο ορίζεται από το δικαστήριο. Η ακούσια εισαγωγή, «τοποθέτηση» του ατόμου που φροντίζεται από φροντιστή η οποία συνεπάγεται μέτρα στέρησης της ελευθερίας επιτρέπεται με έγκριση του δικαστηρίου επιτροπείας, όταν λόγω ψυχικής ασθένειας ή ψυχικής ή συναισθηματικής αναπηρίας υπάρχει κίνδυνος το άτομο να αυτοκτονήσει ή να προκαλέσει σοβαρή βλάβη στην υγεία του (άρθρο 1831 BGB). Παράλληλα, κάθε ομόσπονδο κράτος έχει τη δική του

Πίνακας 1. Κριτήρια ακούσιας εισαγωγής και νοσηλείας.

Χώρα	Ψυχική διαταραχή	Πιθανός κίνδυνος/ πράξεις βίας	Αδυναμία λήψης απόφασης	Αναγκαιότητα θεραπείας/ θεραπευτικός σκοπός	Προτεραιότητα σε μέσα λιγότερο περιοριστικά
Αγγλία, Ουαλία	✓	✓		✓	✓
Σκωτία	✓	✓	✓	✓	
Γαλλία	✓	✓		✓	✓
Γερμανία	✓	✓			✓
Ελλάδα	✓	✓	✓	✓	
Ιταλία	✓			✓	✓
Ισπανία	✓		✓	✓	
Σουηδία	✓		✓	✓	✓
ΗΠΑ	✓	✓	✓	✓	

ΗΠΑ: Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής

νομοθεσία από την οποία καθορίζεται η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς και οι διαδικασίες ακούσιας νοσηλείας.^{21,22} Μια γενική παραδοχή μεταξύ των ομόσπονδων κρατών για τα κριτήρια που πρέπει να πληρούνται σχετικά με την εφαρμογή του μέτρου της ακούσιας νοσηλείας είναι η ύπαρξη ψυχικής διαταραχής και ο άμεσος κίνδυνος για το ίδιο το άτομο ή για άλλα άτομα, ενώ θα πρέπει να έχει προηγηθεί σοβαρή προσπάθεια –χωρίς όμως να έχει ασκηθεί πίεση– ώστε το άτομο να αναγνωρίσει την αναγκαιότητα του μέτρου και αυτό να μην έχει αποτέλεσμα.²³ Στην Ελλάδα, οι διαδικασίες για την ακούσια νοσηλεία ατόμων με ψυχικές διαταραχές καθορίζονται από τον νόμο 2071/1992 (βλ. και εγκύκλιο 10/2021 Εισαγγελία Αρείου Πάγου [Δ. Παπαγεωργίου] και εκεί βιβλιογραφία), ο οποίος θέτει ως κριτήριο για την ακούσια νοσηλεία την ύπαρξη ψυχικής διαταραχής, η οποία να εμποδίζει το άτομο να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του, ενώ ταυτόχρονα η έλλειψη νοσηλείας να έχει ως συνέπεια είτε τον αποκλεισμό της θεραπείας του είτε την επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του, ή και την ανάγκη νοσηλείας ώστε να αποτραπούν πράξεις βίας προς τον εαυτό του ή προς τρίτους. Βασικές αρχές που διέπουν τις διατάξεις του νόμου είναι ο σεβασμός της προσωπικότητας και της ελευθερίας του ψυχικά ασθενούς, η προστασία της υγείας του, η υπεροχή της θεραπευτικής σκοπιμότητας έναντι της φυλακτικής, η καθιέρωση χρονικών περιορισμών, ο καθορισμός διαδικασιών και δικαιοδοτικών εγγυήσεων και η πρόβλεψη προθεσμιών.²⁴ Θα πρέπει να σημειωθεί ότι μετά τη θέσπιση του άρθρου 7 της Σύμβασης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική του 1997 (N 2619/1998) η κρατούσα άποψη στη χώρα θεωρεί ότι καταργήθηκε σιωπηρά η ακούσια νοσηλεία για ψυχική διαταραχή σε συνδυασμό με πράξεις βίας (αρ. 95 2 II). Στην Ιταλία, ο νόμος 180/1978, εμπνευστής του οποίου ήταν ο Ιταλός μεταρρυθμιστής ψυχίατρος Franco Basaglia και ο οποίος ενσωματώθηκε σε έναν ευρύτερο νόμο 833/1978 (άρθρα 33–35) που εισήγαγε το εθνικό σύστημα υγείας στην Ιταλία, προβλέπει ως προϋπόθεση για την ακούσια νοσηλεία την ύπαρξη ψυχικής διαταραχής που απαιτεί επείγουσες ιατρικές θεραπευτικές παρεμβάσεις σε γενικό νοσοκομείο, οι οποίες δεν γίνονται δεκτές από το άτομο, ενώ παράλληλα δεν υπάρχουν οι κατάλληλες συνθήκες που να επιτρέπουν τη λήψη εναλλακτικών μέτρων.²⁵ Στην Ισπανία, ο αστικός κώδικας και ο κώδικας πολιτικής δικονομίας της 8ης Ιανουαρίου 2000, ιδιαίτερα το άρθρο 763, καθορίζει ως κριτήριο εφαρμογής της ακούσιας νοσηλείας την ύπαρξη ψυχικής διαταραχής η οποία προκαλεί αδυναμία λήψης αποφάσεων και φροντίδας του εαυτού. Στη Σουηδία, η υποχρεωτική ψυχιατρική φροντίδα παρέχεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου 1128/1991, που θέτει ως προϋπόθεση για την υποχρεωτική παροχή ψυχιατρικής φροντίδας την ύπαρξη σοβαρής ψυχικής διαταραχής και την ουσιώδη ανάγκη φροντίδας, την οποία αφ' ενός το άτομο την αρνείται ή δεν είναι σε θέση να

τη λάβει με τη συγκατάθεσή του εξ αιτίας της διαταραχής και αφ' ετέρου δεν είναι δυνατόν να του παρασχεθεί με άλλον τρόπο. Στις ΗΠΑ, η θέσπιση διαδικασιών για την ακούσια εισαγωγή ανατίθεται στη νομοθεσία κάθε πολιτείας.¹⁸ Στις εν λόγω νομοθεσίες ως κοινά κριτήρια εφαρμογής τίθενται η ύπαρξη ψυχικής διαταραχής, ο κίνδυνος για τον εαυτό του και τους άλλους, η σωματική βλάβη λόγω αδυναμίας κάλυψης βασικών ανθρωπίνων αναγκών, καθώς και η σοβαρή απώλεια του γνωστικού ή του βουλητικού ελέγχου του ατόμου. Στην πολιτεία της California περιλαμβάνεται και ο κίνδυνος για τον ίδιο ή τρίτους, καθώς και η ανικανότητα του ατόμου να καλύψει τις βασικές προσωπικές του ανάγκες σε τροφή, ρουχισμό και στέγη.

3.2. Αίτημα εισαγωγής

Το αίτημα για ακούσια εισαγωγή και νοσηλεία (πίν. 2) στην Αγγλία και στην Ουαλία μπορεί να το υποβάλλει ο πλησιέστερος συγγενής ή ο εγκεκριμένος επαγγελματίας ψυχικής υγείας (approved mental health professional, AMHP). Αντίθετα, στη Σκωτία οι συγγενείς δεν μπορούν να υποβάλλουν αίτημα, παρά μόνο εγκεκριμένος επαγγελματίας ψυχικής υγείας (AMHP) από μια υγειονομική περιφέρεια του εθνικού συστήματος υγείας (NHS) ή από το συμβούλιο κρατικών νοσοκομείων. Στη Γαλλία υπάρχουν τέσσερις τρόποι εισαγωγής: Φροντίδα κατόπιν αιτήματος τρίτου (Soins à la demande d'un tiers), επείγουσα φροντίδα κατόπιν αιτήματος τρίτου (Soins à la demande d'un tiers d'urgence), φροντίδα για επικείμενο κίνδυνο χωρίς αίτημα τρίτου (Soins en cas de péril imminent) και με απόφαση του νομάρχη (Soins à la demande du représentant de l'Etat). Στις τρεις πρώτες περιπτώσεις η εισαγωγή βασίζεται στην αρχή ότι το άτομο με ψυχική διαταραχή ενδέχεται να αποτελεί κίνδυνο για τον εαυτό του και το αίτημα μπορεί να κατατεθεί από κάποιο μέλος της οικογένειας ή φίλο ή όταν δεν υπάρχουν συγγενείς και φίλοι σε περίπτωση επικείμενου κινδύνου με απόφαση του διευθυντή του νοσοκομείου, ενώ στην τέταρτη περίπτωση η εισαγωγή βασίζεται στην αρχή ότι το άτομο συνιστά κίνδυνο για την ασφάλεια των άλλων και τη δημόσια τάξη και η απόφαση εκδίδεται από τον νομάρχη (νομαρχιακό διάταγμα). Ο δικαστικός έλεγχος γίνεται εκ των υστέρων. Στη Γερμανία, το αίτημα ακούσιας εισαγωγής κατά τον ομοσπονδιακό νόμο μπορεί να γίνει από τον νόμιμο εκπρόσωπο του ατόμου με ψυχική διαταραχή (επίτροπο, επόπτη, φροντιστή), ενώ σύμφωνα με τη νομοθεσία ομόσπονδου κράτους, το άτομο με ψυχική διαταραχή (ιδίως σε οξεία φάση) που διατρέχει άμεσο κίνδυνο για τον εαυτό του ή τρίτους εισάγεται σε μονάδα ψυχικής υγείας (νοσοκομείο) με διαταγή της αστυνομίας (σε ορισμένα κράτη) ή συνήθως του δημάρχου και απόφαση του δικαστηρίου, η οποία εκδίδεται σύντομα. Στη βόρεια Ρηνανία-Βεστφαλία η απόφαση εκδίδεται την ίδια ημέρα της εισαγωγής.²³ Στην Ελλάδα,

Πίνακας 2. Αίτημα για ακούσια εισαγωγή ή αυτεπάγγελτη ενέργεια.

Χώρα	Συγγενής/δικαστικός συμπαραστάτης/τρίτος	Ιατρός/επαγγελματίας ψυχικής υγείας	Κρατική αρχή	Δικαστική αρχή	Οποιοσδήποτε
Αγγλία, Ουαλία	✓	✓			
Σκωτία		✓			
Γαλλία	✓		✓		
Γερμανία	✓		✓	✓	
Ελλάδα	✓			✓	
Ιταλία		✓			
Ισπανία	✓	✓			
Σουηδία		✓			
ΗΠΑ					✓

ΗΠΑ: Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής

την ακούσια νοσηλεία μπορεί να ζητήσει ο πλησιέστερος συγγενής ή δικαστικός συμπαραστάτης με αίτημά του προς τον εισαγγελέα πρωτοδικών και όταν δεν υπάρχουν τα παραπάνω πρόσωπα αυτεπάγγελα ο εισαγγελέας πρωτοδικών. Η αίτηση θα πρέπει να συνοδεύεται από δύο αιτιολογημένες ιατρικές γνωματεύσεις ψυχιάτρων ή ενός ψυχιάτρου και ενός ιατρού παρεμφερούς ειδικότητας, οι οποίοι θα πρέπει να προέρχονται από τους ειδικούς καταλόγους των ιατρικών τους συλλόγων. Στην Ιταλία, οποιοσδήποτε ιατρός μπορεί να απευθύνει αιτιολογημένη πρόταση για ακούσια εισαγωγή και νοσηλεία ατόμου με ψυχικές διαταραχές στον δήμαρχο, ο οποίος είναι αρμόδιος να εκδώσει απόφαση εφαρμογής του μέτρου σε δημόσια μονάδα υγείας και στις περιπτώσεις που απαιτείται νοσηλεία σε δημόσια γενικά νοσοκομεία ή διασυνδεδεμένα νοσοκομεία.²⁵ Η αίτηση για ακούσια νοσηλεία στην Ισπανία γίνεται από συγγενή ή σε επείγουσες περιπτώσεις από ψυχίατρο. Στη Σουηδία, ιατρός δημόσιας υπηρεσίας ή διευθυντής ψυχίατρος μπορεί να αιτηθεί ακούσια νοσηλεία είτε σε κλειστή ψυχιατρική μονάδα είτε σε ανοικτή ψυχιατρική υπηρεσία (στην κοινότητα). Στις ΗΠΑ, οποιοσδήποτε μπορεί να αιτηθεί την ακούσια εισαγωγή ενός ατόμου. Απαιτείται όμως τεκμηρίωση, η οποία αποδεικνύεται με την ύπαρξη σχετικών ιατρικών γνωματεύσεων. Στην πολιτεία της California το αίτημα για ακούσια εισαγωγή μπορεί να προέλθει μόνο από κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας ή από μέλος της Ομάδας Κρίσης, η οποία παρέχει κυρίως τηλεφωνική υποστήριξη για την αποφυγή εισαγωγής σε νοσηλευτική μονάδα.

3.3. Λήψη απόφασης

Έρευνες των Priebe et al, το 2010²⁶ και Georgieva et al, το 2019²⁷ καταδεικνύουν ότι περισσότερο εξ αιτίας νομι-

κών διαδικασιών και λιγότερο λόγω ιατρικών εκτιμήσεων οι εισαγωγές για ακούσια νοσηλεία ποικίλλουν²⁸ (πίν. 3). Η ακούσια νοσηλεία έχει τόσο νομικό χαρακτήρα λόγω της έλλειψης συναίνεσης του ασθενούς όσο και ιατρικό, εφόσον οι ψυχίατροι καλούνται να γνωμοδοτήσουν για την ύπαρξη ψυχικής διαταραχής και να αιτιολογήσουν την αναγκαιότητα εφαρμογής του μέτρου. Από την ανασκόπηση μελετών και τη νομοθεσία κάθε χώρας παρατηρούμε ότι για τη λήψη της απόφασης για ακούσια εισαγωγή εμπλέκονται τόσο οι υγειονομικές όσο και οι δικαστικές ή οι διοικητικές αρχές, ενώ παρέχεται ανεξαρτήτως μοντέλου λήψης απόφασης, δικαστικού ή διοικητικού ή ιατρικού, δυνατότητα στο θιγόμενο άτομο να προσφύγει δικαστικά κατά μιας απόφασης εισαγωγής του.

Στην Αγγλία και στην Ουαλία η απόφαση για ακούσια εισαγωγή λαμβάνεται από εγκεκριμένο επαγγελματία ψυχικής υγείας, ο οποίος θα πρέπει να έχει αξιολογήσει προσωπικά το άτομο εντός προθεσμίας 14 ημερών από την ημερομηνία κατάθεσης της αίτησης εισαγωγής και εφόσον υπάρχουν δύο γραπτές συστάσεις εγγεγραμμένων στα μητρώα του Βρετανικού Γενικού Ιατρικού Συμβουλίου (General Medical Council) ιατρών, οι οποίες δεν θα πρέπει να έχουν απόσταση μεγαλύτερη των 5 ημερών μεταξύ τους. Ο ένας ιατρός θα πρέπει να είναι εγκεκριμένος επαγγελματίας ψυχικής υγείας και ο δεύτερος, εάν είναι εφικτό, να γνωρίζει το άτομο. Σε «επείγουσα περίπτωση» αρκεί μία μόνο σύσταση κλινικού ιατρού ο οποίος γνωρίζει το άτομο. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις επικείμενου κινδύνου μπορεί να γίνει παρέμβαση της αστυνομίας, που οδηγεί το άτομο σε ασφαλή χώρο. Ακόμη, στον νόμο για την ψυχική ικανότητα του 2005 (Mental Capacity Act) προβλέπεται ο θεσμός της υποβοηθούμενης λήψης αποφάσεων και ορίζονται πρόσωπα που υποστηρίζουν το άτομο στην άσκηση των δικαιωμάτων του και στη λήψη

Πίνακας 3. Φορέας λήψης απόφασης για ακούσια νοσηλεία και δυνατότητα προσβολής της.

Χώρα	Υγειονομική αρχή	Διοικητική αρχή	Δικαστική αρχή	Προσβολή απόφασης
Αγγλία, Ουαλία	✓			Ναι
Σκωτία			✓	Ναι
Γαλλία	✓	✓		Ναι
Γερμανία			✓	Ναι
Ελλάδα			✓	Ναι
Ιταλία		✓		Ναι
Ισπανία			✓	Ναι
Σουηδία	✓			Ναι
ΗΠΑ			✓	Ναι

ΗΠΑ: Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής

αποφάσεων. Βασικό ρόλο μπορεί να διαδραματίσει το Δικαστήριο Ψυχικής Υγείας (Mental Health Tribunal), μια ανεξάρτητη επιτροπή εμπειρογνομόνων, σε περίπτωση προσφυγής για παραβίαση δικαιωμάτων. Στη Σκωτία η απόφαση λαμβάνεται από το Δικαστήριο Ψυχικής Υγείας της Σκωτίας κατόπιν αιτήσεως/γνωμάτευσης του αρμόδιου εγκεκριμένου επαγγελματία ψυχικής υγείας. Στη Γαλλία, όταν η ύπαρξη ψυχικής διαταραχής θέτει σε κίνδυνο το ίδιο το άτομο (επείγουσα περίπτωση), η απόφαση λαμβάνεται από τον διευθυντή της μονάδας που έχει εισαχθεί για εξέταση βάσει δύο ιατρικών γνωματεύσεων, ενώ όταν το άτομο εξ αιτίας μιας ψυχικής διαταραχής θέτει σε κίνδυνο την ασφάλεια των άλλων και τη δημόσια τάξη την απόφαση λαμβάνει ο νομάρχης. Ωστόσο, υπάρχει συστηματικός δικαστικός έλεγχος που μπορεί να ακυρώσει την απόφαση. Στη Γερμανία, οι τοπικές αρχές παρεμβαίνουν για την αναγκαιότητα ακούσιας εισαγωγής, οι ιατροί βεβαιώνουν και οι δικαστικές αρχές κρίνουν. Για τη λήψη της απόφασης το δικαστήριο βασίζεται σε γνωμοδότηση ανεξάρτητου πραγματογνώμονα.²⁹ Στην Ελλάδα, ο εισαγγελέας πρωτοδικών είναι αρμόδιος να ελέγξει αν πληρούνται οι προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία (απαιτούνται γνωματεύσεις από υγειονομική αρχή) και να παραπέμψει την υπόθεση σε μονομελές πρωτοδικείο το οποίο είναι αρμόδιο για τη λήψη της απόφασης.³⁰ Στην Ιταλία, ο δήμαρχος της περιοχής κατοικίας που διαμένει το άτομο είναι αρμόδιος να εκδώσει απόφαση, αφού έχει προηγηθεί εξέταση από εξουσιοδοτημένο από δικαστήριο ψυχίατρο δημόσιας μονάδας υγείας, ο οποίος εντός 48 ωρών οφείλει να αποστείλει τη γνωμάτευσή του στον δήμαρχο. Όταν οι παραπάνω διαδικασίες διενεργούνται σε περιοχή διαφορετική από τον τόπο κατοικίας του ατόμου, τότε ο δήμαρχος που εκδίδει την απόφαση οφείλει να ενημερώσει τον δήμαρχο της περιοχής κατοικίας του ατόμου. Στην Ισπανία απαιτείται έκδοση δικαστικής απόφασης του δικαστηρίου

όπου διαμένει το θιγόμενο πρόσωπο, η οποία θα πρέπει να προηγείται της εφαρμογής του μέτρου. Σε επείγουσα περίπτωση μπορεί να πραγματοποιηθεί ακούσια νοσηλεία χωρίς προηγούμενη δικαστική απόφαση, θα πρέπει όμως εντός 24 ωρών ο διευθυντής της μονάδας στην οποία έχει πραγματοποιηθεί η εισαγωγή να ενημερώσει το δικαστήριο της περιοχής που εδρεύει η μονάδα και το δικαστήριο εντός 72 ωρών να επικυρώσει με απόφασή του την εισαγωγή. Στη Σουηδία, για την εφαρμογή του μέτρου απαιτείται έκδοση ιατρικού πιστοποιητικού, όχι παλαιότερο των 4 ημερών, από εξουσιοδοτημένο ιατρό δημόσιας μονάδας ψυχικής υγείας και η απόφαση λαμβάνεται από προϊστάμενο ιατρό της μονάδας που έχει εισαχθεί το άτομο εντός 24 ωρών από την άφιξή του. Ο ιατρός ο οποίος έχει εξετάσει το άτομο δεν μπορεί να λάβει απόφαση εισαγωγής. Για παράταση της νοσηλείας απαιτείται η συγκατάθεση δικαστηρίου. Στις ΗΠΑ η απόφαση λαμβάνεται από ψυχίατρο. Όμως, για την εφαρμογή της απαιτείται έγκριση από δικαστήριο.

3.4. Μονάδες νοσηλείας

Η ακούσια νοσηλεία πραγματοποιείται (πίν. 4) κατά κανόνα σε δημόσιο νοσοκομείο, είτε σε ψυχιατρικό τμήμα γενικού νοσοκομείου είτε σε ψυχιατρικό νοσοκομείο. Το μεγαλύτερο βάρος της περίθαλψης ακούσια νοσηλευόμενων επωμίζεται το δημόσιο σύστημα. Σε ορισμένα κράτη πραγματοποιείται και σε ιδιωτικές, μη κερδοσκοπικές ή κερδοσκοπικές, μονάδες σε άμεση συνάρτηση με το σύστημα υγείας τους και την υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού. Όμως οι εν λόγω μονάδες είναι πιστοποιημένες και τελούν υπό έλεγχο, όχι μόνο ως προς την ποιότητα υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αλλά κυρίως ως προς τον σεβασμό των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Στη Σουηδία, στην Ιταλία και στην Ισπανία η ακούσια

Πίνακας 4. Μονάδες ψυχικής υγείας στις οποίες μπορεί να πραγματοποιηθεί η ακούσια νοσηλεία.

Χώρα	Μονάδα νοσηλείας
Μεγάλη Βρετανία	Δημόσια/ιδιωτική
Γαλλία	Δημόσια/ιδιωτική
Γερμανία	Δημόσια/ιδιωτική
Ελλάδα	Δημόσια/ιδιωτική
Ιταλία	Δημόσια
Ισπανία	Δημόσια
Σουηδία	Δημόσια
ΗΠΑ	Δημόσια/ιδιωτική

ΗΠΑ: Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής

νοσηλεία λαμβάνει χώρα σε δημόσια μονάδα.^{31–33} Στη Μεγάλη Βρετανία, η Μονάδα Ψυχικής Υγείας θα πρέπει να είναι εγκεκριμένη από το κράτος. Κατά βάση είναι νοσοκομείο του NHS ή μπορεί να αποτελεί ανεξάρτητο τομιακό νοσοκομείο ή έναν αναγνωρισμένο πάροχο σε τοπικό επίπεδο, όπως NHS trust ή NHS foundation trust. Στη Γαλλία, η νοσηλεία γίνεται σε δημόσια νοσοκομεία αλλά και σε ιδιωτικές μονάδες, που υπόκεινται ωστόσο στη νομοθεσία για την ακούσια νοσηλεία αλλά και σε έγκριση,^{33–35} υπό την προϋπόθεση ότι λειτουργούν στο πλαίσιο του τομέα ψυχικής υγείας. Στη Γερμανία, η νοσηλεία λαμβάνει χώρα σε δημόσια νοσοκομεία, κοινοτικά ή ομοσπονδιακά (Länder), ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις η νοσηλεία μπορεί να πραγματοποιηθεί και σε οίκους μακροχρόνιας φροντίδας (nursing homes) ή σε άλλη (ιδιωτική) εγκατάσταση.³³ Στην Ελλάδα πραγματοποιείται σε δημόσια ψυχιατρικά και γενικά νοσοκομεία, αλλά από το 2020 και στις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές³⁶ βάσει της Υπουργικής Απόφασης Γ3α,β/Γ.Π.οικ.65047 (ΦΕΚ 4704/Β/23.10.2020). Στις ΗΠΑ, οι ασθενείς αυτοί εισάγονται σε κρατικά και ιδιωτικά νοσοκομεία.^{18,37}

3.5. Χρονικά όρια νοσηλείας

Προκειμένου να διασφαλιστεί ο σεβασμός των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές που εισάγονται ακούσια για εξέταση ή και νοσηλεία και ως εκ τούτου περιορίζεται η ελευθερία και η αυτονομία τους, οι νομοθεσίες όλων των κρατών προβλέπουν συγκεκριμένα ανώτατα χρονικά όρια επιβολής των μέτρων (πίν. 5). Η ακούσια εισαγωγή για εξέταση δεν συνιστά ακούσια νοσηλεία, αλλά σύντομη αναγκαστική παραμονή για διάγνωση και παρατήρηση, η οποία λήγει αυτοδίκαια, ενώ μπορεί να οδηγήσει σε ακούσια νοσηλεία ή όχι.

Στην Αγγλία, στην Ουαλία και στη Σκωτία η ακούσια εισαγωγή για εξέταση μπορεί να διαρκέσει έως 28 ημέρες και σε «επείγουσες περιπτώσεις» η κράτηση διαρκεί 24–72 ώρες, ενώ η ακούσια νοσηλεία ενδέχεται να παραταθεί μέχρι 6 μήνες.³⁸ Στους 2 μήνες πραγματοποιείται επαναξιολόγηση για τη συνέχισή της, ενώ μετά το πέρας του εξαμήνου μπορεί να ανανεωθεί για άλλους 6 μήνες και στη συνέχεια για 12 μήνες, σύμφωνα με τις εκθέσεις των εγκεκριμένων επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Στη Γαλλία, η διάρκεια της ακούσιας εισαγωγής για εξέταση δεν μπορεί να υπερβεί τις 72 ώρες. Μετά το πέρας της παρατήρησης, αν αποφασιστεί νοσηλεία, μπορεί να διαρκέσει μέχρι ένα έτος. Ωστόσο, ο δικαστής διενεργεί συστηματικό έλεγχο στις 15 ημέρες και στους 6 μήνες (juge des libertés et de la détention). Στη Γερμανία, η ακούσια εισαγωγή για εξέταση διαρκεί από το τέλος της επόμενης από την εισαγωγή ημέρας έως και 14 ημέρες, ανάλογα με την ισχύουσα σε κάθε ομόσπονδο κράτος νομοθεσία.²³ Για περαιτέρω ακούσια νοσηλεία η ανώτατη χρονική διάρκεια ορίζεται σε 4–6 εβδομάδες, ανάλογα το ομόσπονδο κράτος, και μπορεί να παραταθεί με νέα δικαστική απόφαση. Συνέχιση της νοσηλείας μετά το πέρας των 12 εβδομάδων απαιτεί γνωμάτευση ειδικού ψυχιάτρου, ο οποίος μέχρι εκείνη τη στιγμή δεν είχε

Πίνακας 5. Χρονικά όρια ακούσιας εξέτασης και νοσηλείας.

Χώρα	Χρόνος εξέτασης	Χρόνος νοσηλείας
Μεγάλη Βρετανία	72 ώρες–28 ημέρες	Έως 6 μήνες και διαδοχικές παρατάσεις 6 μηνών και 1 έτους
Γαλλία	72 ώρες	Έως 1 μήνα, ανανεώσιμο μέχρι 1 έτος
Γερμανία	24 ώρες–14 ημέρες	Έως 6 εβδομάδες/1 έτος/2 έτη Έως 6 μήνες ανανεώσιμους
Ελλάδα	48 ώρες	Έως 6 μήνες με δυνατότητα παράτασης σε εξαιρετικές περιπτώσεις
Ιταλία	48 ώρες	Έως 7 ημέρες ανανεώσιμες
Ισπανία	24–72 ώρες	Έως 6 μήνες ανανεώσιμους
Σουηδία	24 ώρες	Έως 4 εβδομάδες και διαδοχικές παρατάσεις 4 και 6 μηνών
ΗΠΑ	72 ώρες	Έως 14 ημέρες ανανεώσιμες μέχρι 6 μήνες

ΗΠΑ: Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής

εμπλακεί στην υπόθεση. Στην Ελλάδα, το διάστημα ακούσιας παραμονής για εξέταση δεν μπορεί να υπερβεί τις 48 ώρες, ενώ η διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας δεν μπορεί να υπερβεί τους 6 μήνες, μπορεί όμως να παραταθεί σε εξαιρετικές περιπτώσεις με τη σύμφωνη γνώμη τριμελούς επιτροπής ψυχιάτρων, όπου ο ένας είναι ο θεράπων ιατρός. Σημειώνεται ότι μετά την πάροδο των 3 πρώτων μηνών υποβάλλεται έκθεση στον εισαγγελέα για τη συνέχιση ή μη της ακούσιας νοσηλείας. Στην Ιταλία, το διάστημα της ακούσιας εισαγωγής για εξέταση δεν μπορεί να υπερβεί τις 48 ώρες, ενώ αυτό της ακούσιας νοσηλείας τις 7 ημέρες.^{25,39} Μπορεί όμως να ανανεωθεί ύστερα από πρόταση του θεράποντος ψυχιάτρου στον δήμαρχο που διέταξε τη νοσηλεία και με απόφαση του τελευταίου. Στην Ισπανία, η ακούσια εξέταση μπορεί να διαρκέσει 24–72 ώρες, ενώ το διάστημα της ακούσιας νοσηλείας εξαρτάται από τις εκθέσεις του θεράποντος ψυχιάτρου, ο οποίος περιοδικά, ανά 6 μήνες –εκτός εάν έχει οριστεί μικρότερο διάστημα στην απόφαση επικύρωσης της εισαγωγής– καταθέτει στο δικαστήριο. Στη Σουηδία, η ακούσια παραμονή για εξέταση διαρκεί έως 24 ώρες από την εισαγωγή του ατόμου στη μονάδα ψυχικής φροντίδας, ενώ η διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας δεν μπορεί να υπερβεί τις 4 εβδομάδες, οι οποίες μπορούν να παραταθούν με δικαστική απόφαση για επί πλέον 4 μήνες και στη συνέχεια για 6 μήνες, εφόσον το κρίνει απαραίτητο και το αιτηθεί ο προϊστάμενος ιατρός της μονάδας που έχει εισαχθεί το άτομο.⁴⁰ Στις ΗΠΑ, η εισαγωγή για εξέταση δεν μπορεί να υπερβεί τις 72 ώρες, ενώ η ακούσια νοσηλεία τις 14 ημέρες, οι οποίες μπορούν να ανανεώνονται μέχρι 3 μήνες στην California και μέχρι 6 μήνες στις υπόλοιπες πολιτείες.¹⁸

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την ανασκόπηση προέκυψε ότι παρά τις συγκλίσεις λόγω της αναφοράς σε κοινές αξίες του δυτικού πολιτισμού και της εφαρμογής τουλάχιστον σε ευρωπαϊκό επίπεδο των διεθνών συμβάσεων του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) και του Συμβουλίου της Ευρώπης, οι νομοθεσίες των εξεταζόμενων χωρών σχετικά με την ακούσια εισαγωγή και νοσηλεία των ατόμων με ψυχική διαταραχή εξακολουθούν να διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους. Ωστόσο, όλες θέτουν ελάχιστες δικαιοδοτικές εγγυήσεις, κριτήρια και διαδικασίες για να διασφαλίσουν την ψυχική υγεία του ατόμου με βάση τα διεθνή επιστημονικά πρότυπα και τον σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Παρά τη θέσπιση κανόνων, η εφαρμογή τους στην πράξη είναι το ζητούμενο, αν κρίνουμε από τις αποφάσεις του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, όχι μόνο κατά της Ελλάδας αλλά και κατ' άλλων χωρών.

Στις περισσότερες εξεταζόμενες χώρες τα κριτήρια για την ακούσια εισαγωγή και νοσηλεία είναι η ύπαρξη ψυχικής διαταραχής, ο πιθανός κίνδυνος για το ίδιο ή και για άλλα άτομα, καθώς και ο θεραπευτικός σκοπός της νοσηλείας. Στην Ιταλία, στην Ισπανία και στη Σουηδία κριτήριο δεν αποτελεί ο κίνδυνος, αλλά η ανάγκη νοσοκομειακής φροντίδας του ατόμου η οποία δεν μπορεί να επιτευχθεί αλλιώς, ενώ στις ΗΠΑ, εκτός από τον πιθανό κίνδυνο, λαμβάνεται υπ' όψιν η επιδείνωση της λειτουργικότητας του ατόμου. Η Αγγλία, η Ουαλία, η Γαλλία, η Γερμανία, η Ιταλία, η Σουηδία και κάποιες πολιτείες των ΗΠΑ, προτού εφαρμόσουν το μέτρο της ακούσιας νοσηλείας, δίνουν προτεραιότητα σε άλλα λιγότερο περιοριστικά μέτρα, όπως παροχή υπηρεσιών στην κοινότητα. Στις διαδικασίες εφαρμογής παρατηρούνται διαφορές ακόμη και μεταξύ ομόσπονδων κρατών, όπως συμβαίνει στη Γερμανία ή στη Μεγάλη Βρετανία ή στις ΗΠΑ. Αυτές αφορούν κυρίως στο ποιος αιτείται την εφαρμογή του μέτρου και ποιος λαμβάνει την απόφαση: υγειονομική αρχή, διοικητική αρχή, δικαστήριο. Σε όλα τα κράτη το αίτημα συνοδεύεται από ψυχιατρική γνωμάτευση και παρέχεται η δυνατότητα προσφυγής του ατόμου με ψυχική διαταραχή σε δικαστήριο κατά της απόφασης. Σε κάποια κράτη η ακούσια νοσηλεία πραγματοποιείται σε δημόσιο νοσοκομείο, γενικό ή ψυχιατρικό. Ωστόσο, υπάρχουν αποκλίσεις από αυτό. Υπάρχουν χώρες όπου η ακούσια νοσηλεία πραγματοποιείται σε δημόσιο νοσοκομείο ή σε ιδιωτική μονάδα ψυχικής υγείας, όπως συμβαίνει στην Ελλάδα. Το ζήτημα αυτό δημιουργεί επιφυλάξεις, καθώς η ακούσια νοσηλεία σε ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές προϋποθέτει αυστηρό έλεγχο της τήρησης της νομοθεσίας, του σεβασμού των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών. Ανώτατα χρονικά όρια για την ακούσια νοσηλεία καθορίζονται σε όλα τα κράτη, ενώ προβλέπονται προγραμματισμένες ενδιάμεσες επαναξιολογήσεις. Παρ' όλα αυτά, ο χρόνος νοσηλείας διαφέρει από κράτος σε κράτος. Η Ιταλία και οι ΗΠΑ έχουν τη μικρότερη παραμονή, ενώ τη μεγαλύτερη (έως 6 μήνες) η Μεγάλη Βρετανία, η Ισπανία και η Ελλάδα. Το διάστημα των 6 μηνών είναι ιδιαίτερα μεγάλο και έρχεται σε αντίθεση με τα διδάγματα της σύγχρονης Ψυχιατρικής. Η παραμονή μπορεί να παραταθεί με απόφαση είτε συγκεκριμένου οργάνου ή επιτροπής είτε του δικαστηρίου. Ακόμη, ο χρόνος για την ακούσια εισαγωγή για εξέταση ποικίλλει από 24 ώρες (Σουηδία, 24–72 ώρες Ισπανία, 24 ώρες–14 ημέρες Γερμανία), 48 ώρες (Ελλάδα, Ιταλία) έως 72 ώρες (Ισπανία, Γαλλία, Μεγάλη Βρετανία, ΗΠΑ).

Ο περιορισμός της ελευθερίας και της αυτοδιάθεσης του ατόμου με ψυχικές διαταραχές για εισαγωγή ή και νοσηλεία πρέπει να αποτελεί έσχατο μέτρο και να χρησιμοποιείται μόνο εφόσον προηγουμένως έχουν δοκιμαστεί και δεν έχουν αποδώσει άλλα, λιγότερο περιοριστικά μέτρα.

Πρέπει να διαρκεί ελάχιστα, μόνο στο απαραίτητο χρονικό διάστημα και να ασκείται στο άτομο με σκοπό τη βελτίωση της ψυχικής του κατάστασης και την ενδυνάμωση της αυτονομίας του ώστε να λαμβάνει το ίδιο αποφάσεις για τα

θέματα που αφορούν στην υγεία και στη ζωή του. Προς αυτή την κατεύθυνση πρέπει να συγκλίνουν και να εφαρμόζονται στην πράξη οι νομοθεσίες, καθώς και να αναπτύσσονται οι δικαστικές, οι διοικητικές και οι ψυχιατρικές πρακτικές.

ABSTRACT

Involuntary admission and hospitalization of people with mental disorders in the light of respect and protection of human rights

G. BOURVARIS, M. MITROSSILI

Department of Business Administration, University of West Attica, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2024, 41(4):449–458

The involuntary admission and hospitalization of people with mental disorders deprives the human right to liberty. This significant restriction should be the last resort of psychiatric practice and should only be applied when other, less restrictive, measures have been ineffective. The United Nation (UN) protects the right to liberty and security of people with mental disorders and so does the Council of Europe, mainly with the Strasbourg Court's case law and with relevant recommendations, proposed to the member states criteria, procedures and time limits for the implementation of involuntary admission and hospitalization in the light of respect for and protection of the human rights of individuals to whom it is imposed. Among the examined countries, we observe that in most of them the existence of a mental disorder combined with a dangerous behavior to self or to others is considered a criterion for enforcing the measure of involuntary hospitalization. In other countries, taking the measure depends on the need for treatment, while some countries set priority to other, non-hospital services, such as the order for mandatory community treatment. In all countries, procedures and time limits for imposing the measure have been set, but there are variations in time limits, the body that validates the decision and the person or body that propose the detention. A psychiatrist or mental health professional must be consulted to make an admission decision, while the affected persons have the ability to challenge it. Hospitalization takes place in a psychiatric hospital or in a psychiatric ward of a general hospital, while in some states also in private, non-profit or for-profit units.

Key words: Human rights, Involuntary admission, Involuntary hospitalization, Legislation, Mental disorders

Βιβλιογραφία

1. UNITED NATIONS. Convention on the rights of persons with disabilities (CRPD). UN, 2006. Available at: <https://social.desa.un.org/issues/disability/crpd/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-crpd#Fulltext>
2. EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS (FRA). Involuntary placement and involuntary treatment of persons with mental health problems. Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2012. Available at: https://fra.europa.eu/sites/default/files/involuntary-placement-and-involuntary-treatment-of-persons-with-mental-health-problems_en.pdf
3. COUNCIL OF EUROPE. European convention on human rights. CoE, Strasbourg, 1950. Available at: https://www.echr.coe.int/documents/convention_ell.pdf
4. COUNCIL OF EUROPE. Convention on human rights and bio-medicine. CoE, Strasbourg, 1997. Available at: <https://www.coe.int/en/web/bioethics/oviedo-convention>
5. ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ Σ. Παγκόσμια ημέρα ψυχικής υγείας: Ο χάρτης της ντροπής των ακούσιων νοσηλίων. Εφημερίδα «Το Βήμα», 2020. Διαθέσιμο στο: [https://www.tovima.gr/2020/10/10/opinions/pagkosmia-imeras-psykikis-ygeias-o-xartis-tis-nt-](https://www.tovima.gr/2020/10/10/opinions/pagkosmia-imeras-psykikis-ygeias-o-xartis-tis-nt-ropis-ton-akousion-nosileion/)
6. STYLIANIDIS S, GEORGAKA E, PEPOU LE, ARVANITI A, SAMAKOURI M, MANE GROUP. Involuntary psychiatric hospitalizations in Greece: contemporary research and policy implications. *Psychiatriki* 2023; doi: 10.22365/jpsych.2023.006. Online ahead of print. Available at: https://www.psychiatriki-journal.gr/documents/psychiatry/Stylianidis%20et%20al%202022_Research-Pre%20Proof.pdf
7. PALLIS DJ, APOSTOLOU NS, ECONOMOU MP, STEFANIS CN. Compulsory hospitalization and optimal mental health care: A European perspective and the example of Greece. *Psychiatriki* 2007, 18:307–314
8. HACHTEL H, VOGEL T, HUBER CG. Mandated treatment and its impact on therapeutic process and outcome factors. *Front Psychiatry* 2019, 10:219
9. HOFFMANN K, HAUSSLEITER IS, ILLES F, JENDREYSCHAK J, DIEHL A, EMONS B ET AL. Preventing involuntary admissions: Special needs for distinct patient groups. *Ann Gen Psychiatry* 2017, 16:3
10. COUNCIL OF EUROPE. Recommendation no Rec(2004)10 of the Committee of Ministers to member states concerning the

- protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder and its explanatory memorandum. CoE, 2004. Available at: <https://rm.coe.int/rec-2004-10-em-e/168066c7e1>
11. JUNGFER HA, SCHNEEBERGER AR, BORGWARDT S, WALTER M, VOGEL M, GAIRING SK ET AL. Reduction of seclusion on a hospital-wide level: Successful implementation of a less restrictive policy. *J Psychiatr Res* 2014, 54:94–99
 12. ARNOLD BD, MOELLER J, HOCHSTRASSER L, SCHNEEBERGER AR, BORGWARDT S, LANG UE ET AL. Compulsory admission to psychiatric wards – who is admitted, and who appeals against admission? *Front Psychiatry* 2019, 10:544
 13. KOWALINSKI E, SCHNEEBERGER AR, LANG UE, HUBER CG. Safety through locked doors in psychiatry? In: Jakov G, Henking T, Nossek A, Vollmann J (eds) *Beneficial coercion in psychiatry? – a brief introduction*. Münster, Münster, 2017:147–162
 14. FRUEH BC, KNAPP RG, CUSASK KJ, GRUBAUGH AL, SAUVAGEOT JA, COUSINS VC ET AL. Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatr Serv* 2005, 56:1123–1133
 15. BLAESI S, GAIRING SK, WALTER M, LANG UE, HUBER CG. Safety, therapeutic hold, and patient's cohesion on closed, recently opened, and open psychiatric wards. *Psychiatr Prax* 2015, 42:76–81
 16. THEODORIDOU A, SCHLATTER F, AJDACIC V, RÖSSLER W, JÄGER M. Therapeutic relationship in the context of perceived coercion in a psychiatric population. *Psychiatry Res* 2012, 200:939–944
 17. HUBER CG, SOWISLO JF, SCHNEEBERGER AR, BODENMANN BF, LANG UE. Empowerment – ein Weg zur Entstigmatisierung. *Swiss Arch Neurol Psychiatry Psychother* 2015, 166:224–231
 18. DAILEY L, GRAY M, JOHNSON B, MUHAMMAD S, SINCLAIR E, STETTIN B. Grading the states: An analysis of involuntary psychiatric treatment laws. Treatment Advocacy Center, 2020. Available at: <https://www.treatmentadvocacycenter.org/storage/documents/grading-the-states.pdf>
 19. ABBOTT S. A study exploring how social work AMHPs experience assessment under mental health law: Implications for human rights-oriented social work practice. *Br J Soc Work* 2022, 52:1362–1379
 20. WICKERSHAM A, NAIRI S, JONES R, LLOYD-EVANS B. The mental health act assessment process and risk factors for compulsory admission to psychiatric hospital: A mixed methods study. *Br J Soc Work* 2020, 50:642–663
 21. ZIELASEK J, GAEBEL W. Mental health law in Germany. *BJPsych Int* 2015, 12:14–16
 22. BAUMGARDT J, JÄCKEL D, HELBER-BÖHLEN H, STIEHM N, MORGENSTERN K, VOIGT A ET AL. Preventing and reducing coercive measures – an evaluation of the implementation of the safeguards model in two locked wards in Germany. *Front Psychiatry* 2019, 10:340
 23. SAYA A, BRUGNOLI C, PIAZZI G, LIBERATO D, DI CIACCIA G, NIOLU C ET AL. Criteria, procedures, and future prospects of involuntary treatment in psychiatry around the world: a narrative review. *Front Psychiatry* 2019, 10:271
 24. ΜΗΤΡΟΣΥΛΗ Μ. *Ψυχιατρείο Λέρου και μεταρρύθμιση: Δημόσιες πολιτικές, ίδρυμα, ασθενείς, κοινότητα*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2015
 25. BARBUI C, PAPOLA D, SARACENO B. Forty years without mental hospitals in Italy. *Int J Ment Health* 2018, 12:43
 26. PRIEBE S, KATSAKOU C, GLÖCKNER M, DEMBINSKAS A, FIORILLO A, KARASTERGIOU A ET AL. Patients' views of involuntary hospital admission after 1 and 3 months: Prospective study in 11 European countries. *Br J Psychiatry* 2010, 196:179–185
 27. GEORGIEVA I, WHITTINGTON R, LAUVRUD C, STEINERT T, WIKMAN S, LEPPING P ET AL. International variations in mental-health law regulating involuntary commitment of psychiatric patients as measured by the Mental Health Legislation Attitudes Scale. *Med Sci Law* 2019, 59:104–114
 28. WASSERMAN D, APTER G, BAEKEN C, BAILEY S, BALAZS J, BEC C ET AL. Compulsory admissions of patients with mental disorders: State of the art on ethical and legislative aspects in 40 European countries. *Eur Psychiatry* 2020, 63:e82
 29. STEINERT T, NOORTHOORN EO, MULDER CL. The use of coercive interventions in mental health care in Germany and the Netherlands. A comparison of the developments in two neighboring countries. *Front Public Health* 2014, 2:141
 30. ΦΥΤΡΑΚΗΣ Ε. Εισαγγελική αρμοδιότητα και δικαστική εγγύηση στον ψυχιατρικό εγκλεισμό. *Ποινικά Χρονικά* 2007, ΝΖ:952–958
 31. SJÖSTRAND M, SANDMAN L, KARLSSON P, HELGESSON G, ERIKSSON S, JUTH N. Ethical deliberations about involuntary treatment: Interviews with Swedish psychiatrists. *BMC Med Ethics* 2015, 16:37
 32. OLIVA F, OSTACOLI L, VERSINO E, POMERI AP, FURLAN PM, CARLETTO S ET AL. Compulsory psychiatric admissions in an Italian urban setting: Are they actually compliant to the need for treatment criteria or arranged for dangerous not clinical condition? *Front Psychiatry* 2019, 9:740
 33. SALIZE HJ, DRESSING H, PEITZ M. *Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients – Legislation and practice in EU-Member States*. Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany, 2002
 34. GANDRÉ C, GERVAIX J, THILLARD J, MACÉ JM, ROELANDT JL, CHEVREUL K. Involuntary psychiatric admissions and development of psychiatric services as an alternative to full-time hospitalization in France. *Psychiatr Serv* 2017, 68:923–930
 35. GANDRÉ C, BEAUGUITTE L, LOLIVIER A, COLDEFY M. Care coordination for severe mental health disorders: an analysis of healthcare provider patient-sharing networks and their association with quality of care in a French region. *BMC Health Serv Res* 2020, 20:548
 36. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ. Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές: Έκθεση πενταετίας 2017–2022. Διαθέσιμο στο: <https://www.moh.gov.gr/articles/citizen/dikaiwmata-lhptwn-yphresiwn-ygeias/ei-dikh-epitroph-elegchoy-prostasias-twn-dikaiwmatwn-twn-atomwn-me-psyhikes-diataraxes/5868-ektheseis-porismata>
 37. PORTER R. *Madness: A brief history*. Oxford University Press, New York, 2002
 38. ZHANG S, MELLISOP G, BRINK J, WANG X. Involuntary admission and treatment of patients with mental disorder. *Neurosci Bull* 2015, 31:99–112
 39. FERRACUTI S, PARMIGIANI G, CATANESI R, VENTRIGLIO A, NAPOLI C, MANDARELLI G. Involuntary psychiatric hospitalization in Italy: Critical issues in the application of the provisions of law. *Int Rev Psychiatry* 2021, 33:119–125
 40. REITAN T. Commitment without confinement. Outpatient compulsory care for substance abuse, and severe mental disorder in Sweden. *Int J Law Psychiatry* 2016, 45:60–69

Corresponding author:

G. Bourvaris, 35–37 Eyfranoros street, 116 35 Athens, Greece
e-mail: bourvaris@gmail.com