



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
σε συνεργασία με
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**" ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ.
ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ "**

υπό

ΚΥΡΙΑΚΗ Χ. ΧΡΥΣΑΦΗ

Νοσηλεύτρια Τ.Ε.

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Δεοντολογία και Ηθική στις Βιοϊατρικές Επιστήμες»

Λάρισα, 2023

Επιβλέπων:

Νικόλαος Χριστοδούλου, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Διευθυντής Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

- 1. Νικόλαος Χριστοδούλου, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Διευθυντής Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής*
- 2. Ιωάννα Παπαθανασίου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*
- 3. Μυρτώ Σαμαρά, Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*

Τίτλος εργασίας στα αγγλικά:

Involuntary hospitalisation to a psychiatric facility. Ethical issues.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΚΟΥΣΙΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗ.....	11
2. ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ.....	12
2.1 ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ: ΠΡΟΤΥΠΑ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ.....	12
2.1.1 CASE STUDY - <i>RUSI STANEV</i>	13
2.2 ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΩΝ	16
3. ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΙΣ ΗΝΩΜΕΝΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ ΤΗΣ ΑΜΕΡΙΚΗΣ.....	18
3.1 ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ: ΠΡΟΤΥΠΑ ΤΩΝ ΗΝΩΜΕΝΩΝ ΕΘΝΩΝ.....	18
3.1.1 CASE STUDY – <i>BRITNEY SPEARS</i>	20
3.2 ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΩΝ	23
4. Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	24
4.1 ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ: ΠΡΟΤΥΠΑ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ.....	24
4.2 ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΕΜΠΕΙΡΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΚΟΥΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	27
4.3 ΑΚΟΥΣΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΝΗΛΙΚΩΝ.....	28
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	32
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	33

ΠΡΟΛΟΓΟΣ - ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πριν την παρουσίαση της διπλωματικής μου διατριβής αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω ορισμένους ανθρώπους που γνώρισα, συνεργάστηκα και διαδραμάτισαν σημαντικό ρόλο στην πραγματοποίησή της. Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Χριστοδούλου Ν. για την πολύτιμη καθοδήγησή του, την εμπιστοσύνη και την εκτίμηση που έδειξε στο πρόσωπο μου.

Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους καθηγητές της τριμελούς επιτροπής μου, για την τιμή που μου έκανα και την στήριξή τους καθ' όλη τη διάρκεια της μεταπτυχιακής. Επίσης, ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Δεοντολογία και Ηθική στις Βιοϊατρικές Επιστήμες», οι οποίοι με βοήθησαν να εμπλουτίσω τους πνευματικούς μου ορίζοντες και με καθοδήγησαν με τις απαραίτητες συμβουλές σχετικά με τον εργασιακό μου χώρο.

Τέλος, το μεγαλύτερο ευχαριστώ οφείλω στην οικογένειά μου, για την στήριξη και την υπομονή καθ' όλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

"..Dying with one's rights on"

Darold Treffert (1973)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ακούσια νοσηλεία αποτελεί σημαντικό αντικείμενο προς συζήτηση σε διάφορες επιστημονικές ομάδες ιδίως κατά την τελευταία δεκαετία. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να εξετάσει τα ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα που άπτονται του αντικειμένου της ακούσιας νοσηλείας. Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε σε έγκριτες διεθνείς και εγχώριες βάσεις δεδομένων, καθώς και στο διαδίκτυο με τη χρήση των λέξεων – κλειδιά ακούσια, νοσηλεία, ηθικά ζητήματα, δεοντολογία, δικαιώματα, ελευθερία. Η εργασία κατέγραψε τη νομοθεσία που επικρατεί τόσο στις Ευρωπαϊκές χώρες όσο και στην Αμερική, και δόθηκε έμφαση στην κατάσταση που επικρατεί στον ελλαδικό χώρο. Παρουσιάστηκαν σημαντικές περιπτώσεις όπου καταπατήθηκε η ελευθερία και τα δικαιώματα πολιτών μέσω της μη σωστής εφαρμογής της ακούσιας νοσηλείας. Στον Ευρωπαϊκό χώρο παρουσιάστηκε η περίπτωση ακούσιας νοσηλείας του Rusi Stanev ενώ για την Αμερική εξετάστηκε η περίπτωση της Britney Spears. Στην Ελλάδα βρέθηκαν δύο περιπτώσεις όπου η χώρα δικάστηκε και κρίθηκε ένοχη, τις υποθέσεις «Βένιος κατά της Ελλάδας» και «Καραμανώφ κατά της Ελλάδας». Η εργασία καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η ακούσια νοσηλεία καταγράφει ένα ευρύ φάσμα ερευνών και απαιτείται μια διεπαγγελματική ομάδα προσέγγισης η οποία λειτουργεί καλύτερα όταν όλα τα μέλη της ομάδας λειτουργούν συγχρονισμένα και συνεργατικά.

Λέξεις- Κλειδιά: ακούσια νοσηλεία, ηθική, δεοντολογία, δικαιώματα, ελευθερία.

ABSTRACT

Involuntary hospitalization is an important subject for discussion in various scientific groups especially during the last decade. The purpose of this paper was to examine the moral and ethical issues related to the subject of involuntary hospitalization. The literature search was carried out in reputable international and domestic databases, as well as on the Internet using the keywords involuntarily, nursing, ethical issues, ethics, rights, freedom. The work recorded the legislation that prevails both in European countries and in America, and emphasis was placed on the situation that prevails in the Greek area. Significant cases were presented where the freedom and rights of citizens were violated through the improper application of involuntary hospitalization. In Europe, the case of involuntary hospitalization of Rusi Stanev was presented, while for America, the case of Britney Spears was examined. In Greece, there were two cases where the country was tried and found guilty, the "Benios v. Greece" and "Karamanov v. Greece" cases. The paper concludes that involuntary hospitalization captures a wide range of research and requires an interprofessional team approach which works best when all team members work synchronously and collaboratively.

Key words: involuntary hospitalization, ethics, rights, freedom.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χρήση της ακούσιας νοσηλείας ατόμων με ψυχικές διαταραχές είναι ένα κεντρικό και αμφιλεγόμενο ζήτημα στην περίθαλψη ψυχικής υγείας. Για περισσότερα από εκατό χρόνια, υπάρχει μια συζήτηση για το πώς να εξισορροπηθούν διαφορετικά και συχνά αντικρουόμενα συμφέροντα, όπως η αρχή της προσωπικής ελευθερίας και τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα, η ανάγκη για επαρκή μεταχείριση και η δημόσια ασφάλεια. Η ακούσια νοσηλεία θεωρείται πλέον ως ο τρόπος για να επιτευχθεί το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας όταν μια σοβαρή έξαρση της νόσου βλάπτει την ικανότητα λήψης αποφάσεων και μπορεί να είναι σωτήρια [1, 2]. Ωστόσο, αντιπροσωπεύει στέρηση της προσωπικής ελευθερίας και αναστολή δικαιοπρακτικής ικανότητας [3] και έρχεται σε σύγκρουση με το δικαίωμα στην προσωπική αυτονομία και στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη δική του μεταχείριση [4].

Οι υπάρχουσες μελέτες παρατήρησης υποδηλώνουν ότι οι ασθενείς που εισήχθησαν ακούσια παρουσιάζουν περιορισμένη κλινική και κοινωνική βελτίωση [5], με ανάμεικτα στοιχεία σχετικά με τον αντίκτυπο στην αυτοκτονία [5,6]. Στην παρακολούθηση, πολλοί από τους ασθενείς βλέπουν θετικά την εισαγωγή και τη θεραπεία τους [7], αλλά ένα σημαντικό ποσοστό από αυτούς αναδρομικά δεν αισθάνεται ότι η εισαγωγή ήταν δικαιολογημένη και επωφελής. Εμπειρικά δεδομένα υποδηλώνουν ότι η ακούσια νοσηλεία μπορεί να βιωθεί ως τραυματική και στιγματιστική [8], να οδηγήσει σε χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από τη θεραπεία [2], να έχει αρνητικές επιπτώσεις στη σχέση ασθενή-θεραπευτή [9], να οδηγήσει σε μακροχρόνια αποφυγή ψυχικής υγειονομικής περίθαλψης [2, 8] και αυξάνουν τον κίνδυνο επείγουσας υποχρεωτικής επανάληψης νοσηλείας [10] και περαιτέρω καταναγκαστικών μέτρων κατά τη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο [4, 11, 12]

Η Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία (CRPD), το πιο ενημερωμένο διεθνές νομικό μέσο ειδικά σχεδιασμένο για να ορίζει τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία [13, 14], πυροδότησε μια παγκόσμια συζήτηση [7, 13, 14-17] θεωρώντας ότι όλα τα άτομα έχουν δικαιοπρακτική ικανότητα ανά πάσα στιγμή, ανεξαρτήτως ψυχικής κατάστασης, και ότι η υποκατάστατη λήψη αποφάσεων και η ακούσια νοσηλεία είναι αδικαιολόγητα [13, 16, 18].

Κεντρικός στόχος των νομικών πλαισίων για τις ακούσιες νοσηλεύσεις και οι επακόλουθες αναθεωρήσεις τους ήταν η ελαχιστοποίησή τους [19]. Ωστόσο, τα ποσοστά ακούσιας νοσηλείας ποικίλλουν εντυπωσιακά μεταξύ των χωρών και εντός των τελευταίων τριών δεκαετιών [20, 21], με τα ποσοστά να αυξάνονται με την πάροδο του χρόνου σε πολλές χώρες [2, 10, 22]. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ακούσια νοσηλεία έχουν ταξινομηθεί ως: (1) παράγοντες που σχετίζονται με το άτομο, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των προσβεβλημένων ατόμων και των στάσεων και κλινικών ικανοτήτων των φροντιστών τους· (2) παράγοντες που σχετίζονται με το σύστημα, συμπεριλαμβανομένης της οργάνωσης και πόρους φροντίδας ψυχικής υγείας· και (3) παράγοντες που σχετίζονται με την περιοχή, συμπεριλαμβανομένης της εθνικής νομοθεσίας, της ευρύτερης κοινωνικής προοπτικής και παραδόσεων, κοινωνικοοικονομικών παραγόντων και οικονομικών αλλαγών [23]. Τα λίγα διαθέσιμα δεδομένα σχετικά με αυτούς τους παράγοντες κινδύνου είναι συχνά αμφιλεγόμενα και δύσκολο να ερμηνευτούν.

Σ' αυτό το πλαίσιο η παγκόσμια ψυχική υγεία, ως τομέας, έχει επικεντρωθεί τόσο στην αύξηση της πρόσβασης σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας όσο και στην προώθηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Εν μέσω πολλών επιτυχιών όσον αφορά την εμπλοκή και την αντιμετώπιση διάφορων παραβιάσεων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων που επηρεάζουν άτομα που ζουν με ψυχοκοινωνικές αναπηρίες, μια πρόκληση για τα ανθρώπινα δικαιώματα παραμένει υπό συζήτηση: η ακούσια νοσηλεία σε νοσοκομείο για ψυχιατρική φροντίδα. Η παγκόσμια ψυχική υγεία θα πρέπει να έχει την ακούσια νοσηλεία ως τομέα προτεραιότητας, εφαρμόζοντας τον δικό της προσανατολισμό προς την έρευνα και την υπεράσπιση, προκειμένου να διερευνήσει τις διαστάσεις του πότε, αν ποτέ, μπορεί να επιτρέπεται η ακούσια νοσηλεία [24].

Η υιοθέτηση ενός πλαισίου ανθρωπίνων δικαιωμάτων από την παγκόσμια ψυχική υγεία ενισχύεται από τις αρχές της Σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία. Η Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία κατοχυρώνει μια σειρά από προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων για τα άτομα που ζουν με αναπηρίες, συμπεριλαμβανομένων των ψυχοκοινωνικών αναπηριών. Μια κρίσιμη προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων που παρέχεται από τη Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία είναι η απαλλαγή από ακούσια νοσηλεία λόγω βλάβης. Ωστόσο, η

ενασχόληση με την ηθική της ακούσιας εισδοχής - μια μακροχρόνια και ευρέως συζητούμενη πρόκληση για τα ανθρώπινα δικαιώματα στην ψυχιατρική - έχει απροσδόκητα απουσία από τη συζήτηση στον τομέα της παγκόσμιας ψυχικής υγείας [25].

Οι προτεραιότητες και η ατζέντα της παγκόσμιας ψυχικής υγείας ανανεώθηκαν από την Επιτροπή Lancet του 2018 για την παγκόσμια ψυχική υγεία και τη βιώσιμη ανάπτυξη, η οποία προσπάθησε να ευθυγραμμίσει την παγκόσμια ψυχική υγεία με τους Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης του 2015 ευρύτερα. Η Επιτροπή χάραξε επίσης μια πορεία για τη μελλοντική πρόοδο του τομέα, λαμβάνοντας υπόψη όχι μόνο τα μέχρι σήμερα επιτεύγματα του παγκόσμιου τομέα ψυχικής υγείας, αλλά και ευρύτερες αλλαγές στο τοπίο της παγκόσμιας υγείας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων [26].

Σύμφωνα με τα ανωτέρω λοιπόν, σκοπός της παρούσα διπλωματικής εργασίας αποτελεί η διερεύνηση της ακούσιας νοσηλείας σε ψυχιατρική κλινική μέσω της ανασκόπησης της βιβλιογραφίας. Ειδικότερα, εξετάζονται ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα που άπτονται του αντικειμένου της ακούσιας νοσηλείας τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς. Στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας πραγματοποιήθηκε απλή ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την εύρεση επιστημονικών κειμένων που αφορούν στην ακούσια νοσηλεία σε ψυχιατρικό ίδρυμα. Η αναζήτηση των άρθρων έγινε στις διεθνείς βάσεις δεδομένων Science Direct (<https://www.sciencedirect.com/>), PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>), Google Scholar (<https://scholar.google.com/>), Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) (<https://www.ebsco.com/products/research-databases/cinahl-complete>) καθώς και στο διαδίκτυο με τη χρήση των λέξεων – κλειδιά: involuntary admission, mental health, ethics, morality και mental clinic.

1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΚΟΥΣΙΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗ

Οι δεοντολογικές συζητήσεις σχετικά με τις μεθόδους θεραπείας που εφαρμόζονται σε ψυχιατρικούς ασθενείς και τη διάρκεια της νοσηλείας τους έχουν αυξηθεί παγκοσμίως. Ως ακούσια νοσηλεία/υποχρεωτική νοσηλεία ορίζονται οι νοσηλείες/εξωνοσοκομειακές θεραπείες που εφαρμόζονται με δικαστική απόφαση ανεξάρτητα από τη συγκατάθεση του ατόμου και του νομικού του συμβούλου έως ότου εξαφανιστεί ή μειωθεί σημαντικά ο κίνδυνος πρόκλησης βλάβης στον εαυτό του ή σε άλλους λόγω ψυχικής διαταραχής, ώστε να διασφαλίζεται τη μεταχείριση του ατόμου και την ειρήνη/ασφάλεια της κοινωνίας. Η ευρέως αποδεκτή προσέγγιση στη σημερινή ψυχιατρική είναι ότι οι ασθενείς αντιμετωπίζονται κυρίως στην κοινότητα, αλλά εκτός ιδρυμάτων, καθώς και ότι τους δίνεται η δυνατότητα να συμμετέχουν στις θεραπευτικές τους διαδικασίες [27].

Όσον αφορά την ελληνική νομοθεσία ως «Ακούσια ψυχιατρική περίθαλψη» ασθενή που πάσχει από ψυχιατρική διαταραχή νοείται η παροχή ψυχιατρικής φροντίδας σε αυτόν χωρίς ο ίδιος να την έχει αιτηθεί, από την οποία αναμένεται θεραπευτικό αποτέλεσμα και διακρίνεται σε θεραπεία στην κοινότητα κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας και σε ακούσια νοσηλεία [28].

Οι ακούσιες νοσηλείες και η υποχρεωτική θεραπεία μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα τόσο νομικά όσο και ηθικά, καθώς παραβιάζουν βασικά πολιτικά δικαιώματα, περιορίζουν την ελευθερία των ατόμων και μπορούν να επιβάλλουν σημαντικές ευθύνες στους γιατρούς. Αυτή η υψηλή αίσθηση ευθύνης μπορεί να κάνει τους γιατρούς να ξεπεράσουν τα όριά τους και να αγνοήσουν την αυτονομία των ατόμων κατά την άσκηση της εξουσίας τους. Για το λόγο αυτό, σε πολλές χώρες, η ακούσια νοσηλεία και οι υποχρεωτικές θεραπείες πραγματοποιούνται σύμφωνα με τους νομικούς κανονισμούς που αναπτύχθηκαν για την προστασία της αυτονομίας των ατόμων και την ελαχιστοποίηση της ευπάθειας των ατόμων [29].

Στο πλαίσιο αυτό, συνιστάται η ακούσια νοσηλεία/υποχρεωτική θεραπεία να είναι όσο το δυνατόν συντομότερη και να μετατραπεί με τον καιρό σε εθελοντική θεραπεία, να αποτραπεί η εξάρτηση των ασθενών από τη νοσηλεία, να εξασφαλιστεί η επανένταξή τους στην κοινωνία και να τους παρέχεται υποστήριξη από την οικογένεια/τους φίλους τους και άλλους κοινωνικούς φορείς [30, 31].

2. ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ

2.1 ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ: ΠΡΟΤΥΠΑ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ

«Οι περιορισμοί των δικαιωμάτων του ατόμου πρέπει να είναι προσαρμοσμένοι στις ανάγκες του ατόμου, να είναι πραγματικά αιτιολογημένοι και να είναι αποτέλεσμα διαδικασιών που βασίζονται στα δικαιώματα και να συνδυάζονται με αποτελεσματικές διασφαλίσεις»

Thomas Hammarberg,

Επίτροπος του Συμβουλίου της Ευρώπης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα,
View Point, 21 Σεπτεμβρίου 2009

Η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα επιτρέπει ρητά τη στέρηση της ελευθερίας για λόγους «επισφαλές μυαλού – μη έχοντας σώας τας φρένας» (unsound mind) (φράση που αντικατοπτρίζει την ορολογία της δεκαετίας του 1950 όταν εγκρίθηκε η σύμβαση). Το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων έχει εκπονήσει εκτενή νομολογία σχετικά με την κράτηση ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, αλλά έχει ασχοληθεί με λιγότερες υποθέσεις για άτομα με διανοητική αναπηρία. Αυτές οι υποθέσεις κατέδειξαν τον τρόπο με τον οποίο το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων αντιλαμβάνεται την έννοια του «μη έχοντας σώας τας φρένας» και έχουν ορίσει τη στέρηση της ελευθερίας λαμβάνοντας υπόψη «μια σειρά κριτηρίων όπως το είδος, η διάρκεια, τα αποτελέσματα και ο τρόπος εφαρμογής του μέτρου υπό αμφισβήτηση» [32].

Υπήρξαν αρκετές υποθέσεις που αφορούσαν το εάν ο αιτών κρατήθηκε, σύμφωνα με τους όρους του άρθρου 5. Άλλες υποθέσεις αναφέρουν ότι ένα άτομο μπορεί να τεθεί υπό κράτηση εάν έχει πρόβλημα ψυχικής υγείας που δικαιολογεί υποχρεωτικό περιορισμό. Αυτός ο περιορισμός μπορεί να είναι απαραίτητος εάν ένα άτομο χρειάζεται θεραπεία ή εάν το άτομο «χρειάζεται έλεγχο και επίβλεψη για να αποτραπεί, για παράδειγμα, να προκαλέσει βλάβη στον εαυτό του και στους άλλους» [32].

Το δικαστήριο έχει ασχοληθεί με την ανάγκη ενημέρωσης του ασθενούς για τους λόγους κράτησης (που αναφέρονται στο άρθρο 5 παράγραφος 2 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων) και την ανάγκη να γίνονται τακτικοί δικαστικοί έλεγχοι της αναγκαιότητας κράτησης (που απαιτείται από το άρθρο 5 παράγραφος 4 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα). Οι σχετικές υποθέσεις περιλαμβάνουν εκείνες

που εστιάζουν στην ποιότητα της δικαστικής απόφασης, στην αναγκαιότητα να έχει ο ασθενής δικηγόρο και στην ανάγκη αποτελεσματικής νομικής συνδρομής. Το άρθρο 5 παράγραφος 5 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα εγγυάται επίσης το δικαίωμα αποζημίωσης σε περίπτωση παραβίασης του δικαιώματος στις εγγυήσεις της ελευθερίας [32].

Η προστασία από την αυθαίρετη στέρηση της ελευθερίας σύμφωνα με το άρθρο 5 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων ισχύει όταν ένα άτομο στερείται την ελευθερία του. Η εφαρμογή του άρθρου 5 ενεργοποιείται όχι από το εάν ένα άτομο είναι πράγματι υπό περιορισμό ή κράτηση, αλλά αντίθετα από το εάν τοποθετείται σε ίδρυμα παρά τη θέλησή του και δεν μπορεί να φύγει χωρίς άδεια [32].

2.1.1 CASE STUDY - RUSI STANEV

«Δεν είμαι αντικείμενο, είμαι άνθρωπος. Χρειάζομαι την ελευθερία μου».
Ρούσι Στάνεφ,

*στον δικηγόρο του Aneta Genova,
ενώπιον του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων
στη ακρόαση της υπόθεσής του, Φεβρουάριος 2012*

Αυτό το σώμα νομολογίας εφαρμόστηκε στην απόφαση του Τμήματος Μείζονος Συνθέσεως της 17^{ης} Ιανουαρίου 2012 στην υπόθεση Stanev κατά Βουλγαρίας. Στην παρούσα εργασία, δεν είναι δυνατό να καλυφθεί το διευρυμένο σώμα νομολογίας όπως αναπτύχθηκε από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων. Αρκεί να συνοψίσουμε αυτήν την υπόθεση ορόσημο, καθώς όχι μόνο αναφέρεται ρητά στο άρθρο 14 της Σύμβασης για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία, το οποίο αφορά την ελευθερία και τη στέρησή της στο πλαίσιο της αναπηρίας, αλλά επίσης επαναλαμβάνει και αναπτύσσει τη νομολογία του δικαστηρίου υπό το πρίσμα της εξέλιξης του δικαίου των ανθρωπίνων δικαιωμάτων [33].

Η υπόθεση αφορά την ακούσια τοποθέτηση ενός άνδρα που αναγκάστηκε να ζήσει για χρόνια σε οίκο κοινωνικής φροντίδας ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Τα γεγονότα της υπόθεσης μπορούν να συνοψιστούν ως εξής: Ο Rusi Stanev τέθηκε υπό μερική κηδεμονία και ο κηδεμόνας του τον τοποθέτησε σε οίκο κοινωνικής φροντίδας για άνδρες με προβλήματα ψυχικής υγείας. Στον κ. Stanev επιτράπηκε να φύγει από το ίδρυμα μόνο με την

άδεια του διευθυντή. Προσπάθησε να αποκαταστήσει τη δικαιοπρακτική του ικανότητα, αλλά ο εισαγγελέας, μετά από ιατρική διάγνωση σχιζοφρένειας, αρνήθηκε να ασκήσει αγωγή, διαπιστώνοντας ότι ο κ. Stanev δεν μπορούσε να αντεπεξέλθει μόνος του και ότι το ίδρυμα ήταν το καταλληλότερο μέρος για αυτόν. Στη συνέχεια, ο κ. Stanev προσπάθησε να ανατρέψει τη μερική κηδεμονία του, αλλά και αυτή η αίτηση ήταν ανεπιτυχής. Απορρίφθηκε με την αιτιολογία ότι ο κηδεμόνας έπρεπε να υποβάλει την αίτηση [33].

Στη συνέχεια, ο κ. Stanev προσπάθησε να ανατρέψει τη μερική κηδεμονία του, αλλά και αυτή η αίτηση ήταν ανεπιτυχής. Απορρίφθηκε με την αιτιολογία ότι ο κηδεμόνας έπρεπε να υποβάλει την αίτηση. Ο κ. Stanev υπέβαλε πολλά προφορικά αιτήματα στον κηδεμόνα του να υποβάλει αίτηση αποφυλάκισης, τα οποία απορρίφθηκαν όλα. Μια ιδιωτική ψυχιατρική έκθεση διαπίστωσε ότι η διάγνωση του κ. Stanev ως σχιζοφρενούς ήταν εσφαλμένη. Διαπίστωσε επίσης ότι η ψυχική του υγεία είχε βελτιωθεί και δεν κινδύνευε να επιδεινωθεί και ότι ο διευθυντής του σπιτιού πίστευε ότι ήταν ικανός να επανενταχθεί στην κοινωνία. Πράγματι, η παραμονή του στο σπίτι, όπου κινδύνευε να ιδρυθεί, έβλαψε την υγεία του [34].

Ενώπιον του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, ο κ. Stanev κατήγγειλε ότι στερήθηκε της ελευθερίας του παράνομα και αυθαίρετα ως αποτέλεσμα της τοποθέτησής του σε όργανο παρά τη θέλησή του (άρθρο 5 παράγραφος 1 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα) και ότι ήταν αδύνατο σύμφωνα με το βουλγαρικό δίκαιο να εξεταστεί η νομιμότητα της στέρησης της ελευθερίας του ή να ζητήσει αποζημίωση στο δικαστήριο (άρθρο 5 παράγραφοι 4 και 5 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων) [34].

Η προστασία από την αυθαίρετη στέρηση της ελευθερίας σύμφωνα με το άρθρο 5 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων ισχύει όταν ένα άτομο στερείται την ελευθερία του. Η εφαρμογή του άρθρου 5 ενεργοποιείται όχι από το εάν ένα άτομο είναι πράγματι υπό περιορισμό ή κράτηση, αλλά αντίθετα από το εάν τοποθετείται σε ίδρυμα παρά τη θέλησή του και δεν μπορεί να φύγει χωρίς άδεια. Στην υπόθεση Stanev, το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο κ. Stanev «ήταν υπό συνεχή επίβλεψη και δεν ήταν ελεύθερος να φεύγει από το σπίτι χωρίς άδεια όποτε ήθελε» [35].

Η διάρκεια της τοποθέτησης του κ. Stanev, η οποία *«δεν προσδιορίστηκε και επομένως ήταν αόριστη»* ήταν αρκετή για να αντιληφθεί ο αιτών τις *«δυσμενείς επιπτώσεις των περιορισμών που του επιβλήθηκαν»*. Με άλλα λόγια, το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο αιτητής στερήθηκε την ελευθερία του. Για να είναι συμβατή με το άρθρο 5 παράγραφος 1 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, η στέρηση της ελευθερίας πρέπει να επιβάλλεται σύμφωνα με το εθνικό δίκαιο. Δεδομένου ότι η απόφαση του κηδεμόνα του κ. Stanev να τον τοποθετήσει σε ίδρυμα χωρίς προηγούμενη συγκατάθεσή του ήταν άκυρη σύμφωνα με τη βουλγαρική νομοθεσία, η στέρηση της ελευθερίας του παραβίαζε το άρθρο 5 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα [36].

Το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων ήταν έτοιμο να εφαρμόσει το άρθρο 5 παράγραφος 1 στοιχείο ε) στην υπόθεση Stanev, δεδομένου ότι η απόφαση τοποθέτησης προκλήθηκε από την κατάσταση της ψυχικής υγείας του αιτούντος, τη δήλωση μερικής ανικανότητας και την τοποθέτηση υπό μερική κηδεμονία. Το δικαστήριο έκρινε ότι η λήψη απόφασης τοποθέτησης σε ιατρικό φάκελο δύο ετών δεν πληρούσε τις απαιτήσεις της σύμβασης. Ομοίως, διαπίστωσε ότι η τοποθέτηση ήταν επίσης ασυμβίβαστη με αυτή τη διάταξη, επειδή η τοποθέτηση πρέπει να βασίζεται στην εξακρίβωση ότι η συμπεριφορά του ατόμου αποτελούσε κίνδυνο για τον ίδιο ή τους άλλους. Τέλος, το δικαστήριο υπογράμμισε ότι οι αρχές δεν πραγματοποίησαν την τακτική αξιολόγηση της υγείας του κ. Stanev που ήταν απαραίτητη για να διασφαλιστεί ότι η ανάγκη περιορισμού συνεχίστηκε. Ως εκ τούτου, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπήρξε παραβίαση του άρθρου 5 παράγραφος 1 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα [36].

Το δικαστήριο προχώρησε περισσότερο από προηγούμενες αποφάσεις για να καθορίσει πρόσθετες εγγυήσεις κατά της στέρησης της ελευθερίας. Αν και αναγνωρίζει ότι σε ορισμένες περιπτώσεις θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η ευημερία ενός ατόμου, το δικαστήριο επέμεινε ότι: *«η αντικειμενική ανάγκη για στέγαση και κοινωνική βοήθεια δεν πρέπει να οδηγεί αυτόματα στην επιβολή μέτρων που συνεπάγονται στέρηση της ελευθερίας»*. Δήλωσε επίσης ότι: *«κάθε προστατευτικό μέτρο θα πρέπει να αντανakλά όσο το δυνατόν περισσότερο τις επιθυμίες ατόμων ικανών να εκφράσουν τη βούλησή τους. Η μη αναζήτηση της γνώμης τους θα μπορούσε να οδηγήσει σε καταστάσεις κατάχρησης και να παρεμποδίσει την άσκηση των δικαιωμάτων ευάλωτων ατόμων. Ως εκ τούτου, κάθε μέτρο που λαμβάνεται*

χωρίς προηγούμενη διαβούλευση με τον ενδιαφερόμενο θα απαιτεί κατά κανόνα προσεκτικό έλεγχο [37].

2.2 ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΩΝ

Το ευρωπαϊκό νομοθετικό πλαίσιο σχετικά με τη διαχείριση των διαδικασιών ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική θεραπεία διαφέρει από χώρα σε χώρα. Στο Βέλγιο, είναι επιτακτική ανάγκη να υπάρχει ψυχική διαταραχή καθώς και το γεγονός ότι δεν υπάρχει άλλη συνιστώμενη θεραπεία και ότι είτε η ασφάλεια του κοινού είτε η σωματική ακεραιότητα του ασθενούς τίθεται σε κίνδυνο. Η κατάσταση στη Γαλλία απαιτεί το άτομο να μην είναι σε θέση να δώσει τη συγκατάθεσή του και ότι η κατάσταση της ψυχικής του υγείας απαιτεί άμεση φροντίδα και ιατρική παρακολούθηση είτε στο νοσοκομείο είτε σε εξωτερική βάση. Επιπλέον, ένας κρίσιμος παράγοντας είναι ότι το άτομο κινδυνεύει να βλάψει τον εαυτό του [38].

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η ακούσια νοσηλεία εφαρμόζεται μόνο σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, όταν ένα άτομο διατρέχει σοβαρό κίνδυνο να βλάψει τον εαυτό του ή τους άλλους και όταν κάποιος εμφανίζει σημάδια ψυχικής διαταραχής δημόσια, όπως αναφέρεται στο Warrant 135 και 136 αντίστοιχα [39]. Στη Δανία, η εν λόγω διαδικασία εφαρμόζεται σε περιπτώσεις όπου οι ασθενείς εμφανίζουν ψυχωσικό επεισόδιο με αποτέλεσμα να διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να βλάψουν είτε τον εαυτό τους είτε τους άλλους. εφαρμόζεται επίσης σε περιπτώσεις όπου οποιαδήποτε προοπτική θεραπείας ή σημαντική και αποτελεσματική βελτίωση της κατάστασής τους θα μπορούσε να διακυβευτεί σοβαρά χωρίς εισαγωγή στο νοσοκομείο [40].

Στην περίπτωση της Ιταλίας, ο νόμος δεν περιγράφει κανένα κριτήριο σχετικά με τον βαθμό κινδύνου που απευθύνεται σε άλλους ή στους ίδιους τους ασθενείς ως προϋπόθεση για ακούσια νοσηλεία. Όπως και να έχει, η ακούσια νοσηλεία στο νοσοκομείο επιτρέπεται όταν κρίνεται δικαιολογημένη λόγω συνεχιζόμενης πάθησης ψυχικής υγείας, σε συνδυασμό με την ανάγκη για θεραπευτική παρέμβαση. Η αναγκαστική θεραπεία μπορεί να χορηγηθεί μόνο σε κρατικά νοσοκομεία και πιο συχνά σε μονάδες γενικής εντατικής θεραπείας χωρητικότητας δεκαπέντε ασθενών [41].

Τα τελευταία χρόνια, οι θεραπείες ακούσιας νοσηλείας ρυθμίζονται σε κοινοτικά περιβάλλοντα. Συγκεκριμένα, σε 75 χώρες υπάρχουν νομικές διαδικασίες που χρησιμοποιούνται για τη ρύθμιση της υποχρεωτικής κοινοτικής παροχής φροντίδας ψυχικής υγείας σε άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Ωστόσο, υπάρχουν ταυτόχρονα αξιοσημείωτες διαφορές τόσο στα νομικά κριτήρια όσο και στις πρακτικές. Έτσι, σε χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Νορβηγία και η Δανία, καθώς και ο Καναδάς και η Σουηδία, οι παραγγελίες κοινοτικής θεραπείας μπορούν να ξεκινήσουν με σύσταση κλινικής [42, 43].

3. ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΙΣ ΗΝΩΜΕΝΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ Της ΑΜΕΡΙΚΗΣ

3.1 ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ: ΠΡΟΤΥΠΑ ΤΩΝ ΗΝΩΜΕΝΩΝ ΕΘΝΩΝ

Η ακούσια νοσηλεία στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι μια νομική παρέμβαση μέσω της οποίας ένας δικαστής ή κάποιος που ενεργεί υπό την ιδιότητα του δικαιούχου, μπορεί να διατάξει τον περιορισμό ενός ατόμου με συμπτώματα σοβαρής ψυχικής διαταραχής και που πληροί άλλα καθορισμένα κριτήρια, να περιοριστεί σε ψυχιατρικό νοσοκομείο ή λαμβάνουν εποπτευόμενη θεραπεία εξωτερικών ασθενών για κάποιο χρονικό διάστημα. Τα πρότυπα και οι διαδικασίες για τη δέσμευση προβλέπονται από τον κρατικό νόμο, σε κάθε πολιτεία. Οι σύγχρονες διαδικασίες δέσμευσης πρέπει να συνάδουν με τις προστασίες της δέουσας διαδικασίας βάσει της πολιτειακής και ομοσπονδιακής νομοθεσίας, σύμφωνα με τα συνταγματικά δικαιώματα όπως αναγνωρίζονται από το Ανώτατο Δικαστήριο των Η.Π.Α [33].

Αυτά περιλαμβάνουν το δικαίωμα άρνησης θεραπείας και το γενικό δικαίωμα των νομοταγών προσώπων να μην περιορίζονται εκτός εάν ενέχουν κάποιο κίνδυνο βλάβης. Το ιστορικό ακούσιας δέσμευσης μπορεί να επηρεάσει και άλλα δικαιώματα, ιδίως το δικαίωμα των πολιτών να κατέχουν πυροβόλα όπλα. ομοσπονδιακοί και πολιτειακοί νόμοι περιορίζουν αυτό το δικαίωμα ειδικά για άτομα με ιστορικό δέσμευσης ή άλλες αποφάσεις που σχετίζονται με ψυχική αναπηρία [33].

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, ο περιορισμός ενός ατόμου σε κέντρο ψυχικής υγείας παρά τη θέληση του ατόμου επιτρέπεται, συνήθως, βάσει ενός νόμου της πολιτείας που αποσκοπεί στην προστασία του ατόμου από βλάβη — για να εξασφαλίσει στο άτομο τη θεραπεία που αυτός ή αυτή πρέπει να αποφεύγει να βλάψει τον εαυτό του ή τους άλλους. Η δέσμευση στα εξωτερικά ιατρεία μπορεί να εγκριθεί ως λιγότερο περιοριστική εναλλακτική λύση για άτομα που χρειάζονται συνεχή θεραπεία και υποστήριξη για την πρόληψη της υποτροπής ή της επιδείνωσης των συμπτωμάτων της ψυχικής τους ασθένειας, αυξάνοντας τον κίνδυνο βλάβης. Αυτά τα άτομα πρέπει να μπορούν να ζουν με ασφάλεια στην κοινότητα με διαθέσιμα μέσα υποστήριξης, αλλά είναι απίθανο να συμμορφωθούν οικειοθελώς στην προβλεπόμενη θεραπεία χωρίς τη νομική μόχλευση και την πρόσθετη εποπτεία που παρέχει μια δικαστική απόφαση [33].

Η ακούσια νοσηλεία, είτε σχετίζεται με νοσηλεία είτε με ένα πρόγραμμα κοινοτικής θεραπείας, συνεπάγεται σημαντικό περιορισμό της ελευθερίας - το είδος του περιορισμού που είναι σπάνιος εκτός του συστήματος ποινικής δικαιοσύνης. Για αυτόν τον λόγο, μεταξύ άλλων, η δέσμευση παραμένει αμφιλεγόμενη, ειδικά μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών της ψυχικής υγείας που προσανατολίζονται στην ανάκαμψη, οι οποίοι δίνουν υψηλή αξία στην προσωπική αυτονομία και αυτοδιάθεση. Οι ηθικές κριτικές της δέσμευσης επικαλούνται την αμφίβολη ηθική κληρονομιά του ψυχιατρικού πατερναλισμού από έναν προηγούμενο αιώνα, όταν η μακροχρόνια ιδρυματοποίηση των ατόμων με νοητικές αναπηρίες ήταν συνηθισμένη και, σε ορισμένες περιπτώσεις, χρησιμοποιήθηκε ως μια μορφή κοινωνικού ελέγχου [33].

Οι καλοπροαίρετοι κλινικοί γιατροί και άλλα μέρη στοχεύουν στην παροχή υπηρεσιών που είναι ωφέλιμες, όχι επιβλαβείς, προσωποκεντρικές και δίκαιες. Η εξέταση της πολιτικής δέσμευσης, σε περιβάλλοντα εσωτερικού ή εξωτερικού ιατρείου, εισάγει αναγκαστικά ένα στοιχείο αντιξοότητας και θέτει προκλήσεις σε αυτές τις ηθικές αρχές παροχής υπηρεσιών. Οι βιοηθικοί Thomas Beauchamp και James Childress ανέπτυξαν ένα πλαίσιο προσαρμόσιμο σε αυτήν την ανάλυση, χρησιμοποιώντας τέσσερις αρχές για να υπογραμμίσουν πιθανές ηθικές ανησυχίες σε μια πολιτική, πρακτική ή απόφαση που σχετίζεται με την υγεία. Η εφαρμογή αυτών των αρχών στην ακούσια νοσηλεία παρέχει έναν χρήσιμο τρόπο για την αξιολόγηση των ηθικών ζητημάτων που διακυβεύονται και για τη άρθρωση κανονιστικών εντολών και γενικών κανόνων για τη χρήση της δέσμευσης με ευεργετικούς και δίκαιους τρόπους και για την αποφυγή της χρήσης της με τρόπους που μπορεί να είναι επιβλαβείς ή άδικοι [44].

Οι τέσσερις κύριες ηθικές αρχές των Beauchamp και Childress είναι: (1) ο σεβασμός της αυτονομίας (σεβασμός των ικανοτήτων λήψης αποφάσεων των αυτόνομων προσώπων). (2) μη κακοήθεια (αποφυγή της πρόκλησης βλάβης). (3) ευεργεσία (παροχή οφελών και εξισορρόπηση οφελών έναντι κινδύνων) και (4) δικαιοσύνη (δικαιοσύνη στην κατανομή των οφελών, των βαρών και των κινδύνων) [44].

3.1.1 CASE STUDY – BRITNEY SPEARS

Το καλοκαίρι του 2021, η δημοφιλής σταρ της pop μουσικής Britney Spears έδωσε δημόσια προσβάσιμη μαρτυρία σχετικά με τις καταστροφικές συνέπειες της 13χρονης κηδεμονίας της («In re the Conservatorship», 2021). Η περίπτωση της είχε καλυφθεί από μυστήριο και σκεπτικισμό και, μέχρι πρόσφατα, αγνοούνταν σε μεγάλο βαθμό από τα μέσα ενημέρωσης και τις ομάδες υπεράσπισης. Οι φίλοι και οι θαυμαστές της Spears ξεκίνησαν ένα κοινωνικό κίνημα, #FreeBritney, για να τονίσουν τις ανησυχίες τους σχετικά με τη συντηρητική της επιμέλεια και να υποστηρίξουν την ελευθερία της (Timeline, n.d.). Αν και το κίνημα ξεκίνησε το 2009, η διαμάχη μεταξύ της Spears και των κηδεμόνων της δεν επιλύθηκε νομικά παρά το 2021, όταν το δικαστήριο όρισε να επιτραπεί στην Spears να προσλάβει δικηγόρο της επιλογής της, την απομάκρυνση του πατέρα της ως κηδεμόνα της και τη διάλυση της κηδεμονίας [45].

Το 2008, η κα Spears δεσμεύτηκε ακούσια σε ένα ψυχιατρείο στην Καλιφόρνια. Μαζί με έναν δικηγόρο, ο πατέρας της κας Spears, Jamie Spears, έλαβε προσωρινή κηδεμονία πάνω της πριν από την απελευθέρωσή της (Βλ. Andrew Blankstein & Richard Winton, ο Spears απελευθερώνεται από το UCLA Hospital Psychiatric Ward, L.A. Times, 7 Φεβρουαρίου 2008). Οι διαμάχες γύρω από την κηδεμονία - συμπεριλαμβανομένου του αν η τραγουδίστρια όντως στερείται ελευθερίας, οι αμοιβές που χρεώνουν οι κηδεμόνες και ο διορισμένος δικηγόρος της κας Spears και ο ισχυρισμός της κας Spears ότι αναγκάζεται να φέρει μια ενδομήτρια συσκευή (intrauterine device - IUD) παρά τη θέλησή της - ενισχύθηκαν από το ντοκιμαντέρ των N.Y. Times του Φεβρουαρίου 2021, Framing Britney Spears, και αυτό που έχει ονομαστεί ως το κίνημα “Free Britney” από τους θαυμαστές της και άλλους που ενδιαφέρονται για την ευημερία της (Partricia Grisafi, «Framing Britney Spears» στο FX Shows How the Singer Gets Uses for Everyone Else's Purposes, NBC News, 6 Φεβρουαρίου 2021) [46].

Το κίνημα #FreeBritney βασίζεται στη θεωρία ότι η Britney είναι «παγιδευμένη» στη συντηρητική της κηδεμονία και ότι ο πατέρας της εκμεταλλεύεται την κόρη του κρατώντας την υπό τη φροντίδα του. Οι οπαδοί του κινήματος εξέφρασαν ανησυχία ότι η αυτονομία της Britney διακυβεύεται από την απληστία του πατέρα της και ότι «κρατείται αιχμάλωτη» υπό τη νομική ρύθμιση. Οι θαυμαστές ανέφεραν ότι η Britney δεν χρειαζόταν τη συντηρητική κηδεμονία και αναφέρονταν στην ικανότητά της να εργάζεται καθ 'όλη τη διάρκεια της

κηδεμονίας της ως απόδειξη ότι δεν ήταν ανίκανη. Η Britney έχει κυκλοφορήσει τέσσερα άλμπουμ από το 2008 και σημείωσε τετραετή διαμονή στο Λας Βέγκας στο MGM Grand. Η Britney έχει εκφράσει έκτοτε την επιθυμία της να τερματίσει τη κηδεμονία και οι θαυμαστές ήταν πεπεισμένοι ότι ο Jamie την κρατά υπό τη φροντίδα του για λόγους αυτοεξυπηρέτησης. Καθώς ο Jamie είναι υπεύθυνος για τη φροντίδα της, κερδίζει πάνω από 100.000 \$ ετησίως ως αποζημίωση. Επιπλέον, η καθαρή περιουσία της Britney φτάνει στα 60 εκατομμυρίων δολάρια στα οποία η ίδια δεν έχει πρόσβαση. Ως εκ τούτου, η Britney δεν έχει πρόσβαση στην περιουσία της λόγω του νομικού της καθεστώτος ως συντηρήτριας, και ο συντηρητής της είναι ο μόνος που έχει πρόσβαση στα χρήματα που κέρδισε με κόπο η Britney [47].

Όλα αυτά είναι σημαντικά ζητήματα που αξίζει να διερευνηθούν. Το θέμα στο οποίο εστιάζει η παρούσα εργασία είναι ο ισχυρισμός της κας Spears ότι κανείς δεν της είπε για το δικαίωμά της να ζητήσει τον τερματισμό της κηδεμονίας και τον νόμο στη Βόρεια Καρολίνα για αυτό το θέμα [45].

Ο πρόσφατος ισχυρισμός της Britney αφορά στις 23 Ιουνίου 2021, όπου η κα Spears απευθύνθηκε σε έναν δικαστή του Λος Άντζελες σχετικά με τη θέση για την κηδεμονία. Μεταξύ άλλων εντυπωσιακών δηλώσεων, η κα Spears συζήτησε τη μακρόχρονη επιθυμία της να τερματίσει τη κηδεμονία και ότι κανείς δεν της είπε ότι μπορούσε να υποβάλει αυτό το αίτημα στο δικαστήριο [48].

Το ότι η κα Spears δεν είχε προηγουμένως επιδιώξει επίσημα το τέλος της συντηρητικής κηδεμονίας έχει χρησιμοποιηθεί εναντίον της. «Όποτε η Britney θέλει να τερματίσει τη κηδεμονία, μπορεί να ζητήσει από τον δικηγόρο της να υποβάλει αίτηση για τον τερματισμό της, είχε πάντα αυτό το δικαίωμα, αλλά σε 13 χρόνια δεν το άσκησε ποτέ», υποστήριξε ο δικηγόρος του Jamie Spears το 2021. Η κα Spears είπε ότι ποτέ δεν της είπαν ότι έχει τη δυνατότητα να ζητήσει να τερματιστεί η κηδεμονία της [49].

Σύμφωνα με τη νομοθεσία της Βόρεια Καρολίνας οι κηδεμονευόμενοι έχουν το δικαίωμα να ζητούν τροποποιήσεις στην κηδεμονία και την αποκατάσταση της ικανότητας τους και οι δικηγόροι πρέπει να ενημερώνουν τους πελάτες για αυτά τα δικαιώματα. Το Παράρτημα 35A δίνει στον κηδεμονευόμενο - καθώς και σε έναν κηδεμόνα ή σε οποιοδήποτε άλλο ενδιαφερόμενο πρόσωπο - το δικαίωμα να ζητήσει από τον υπάλληλο να αποκαταστήσει την ικανότητα του κηδεμονευόμενου (G.S. 35A-1130(a)). Η ακρόαση για την πρόταση αποκατάστασης προγραμματίζεται μεταξύ δέκα και τριάντα ημερών μετά την επίδοση της πρότασης στον κηδεμονευόμενο και στον κηδεμόνα, ανάλογα με το ποιος

υπέβαλε την πρόταση (G.S. 35A-1130(b)). Ο κηδεμονευόμενος έχει δικαίωμα να εκπροσωπείται από δικηγόρο ή διορισμένο κηδεμόνα ad litem δικηγόρο (G.S. 35A-1130(c)). Εάν το δικαστήριο διαπιστώσει με υπεροχή των αποδεικτικών στοιχείων ότι ο κηδεμονευόμενος είναι αρμόδιος, η αρμοδιότητα του κηδεμονευόμενου αποκαθίσταται νομίμως. Ο κηδεμονευόμενος εξουσιοδοτείται για άλλη μια φορά να διαχειρίζεται τις υποθέσεις του/της, να ελέγχει την περιουσία του/της και να ασκεί όλα τα δικαιώματα σαν να μην είχε υπάρξει ποτέ επιδίκαση ανικανότητας (G.S. 35A-1130(d)) [46].

Οι δικηγόροι έχουν ηθικό καθήκον να συμβουλεύουν τους πελάτες σχετικά με την κατάσταση ενός θέματος και πώς να επιτύχουν τους στόχους του πελάτη. N.C. Rules of Professional Conduct Κανόνες 1.3, 1.4. Τα καθήκοντα του δικηγόρου δεν τελειώνουν τη στιγμή που τελειώνει η ακρόαση. Οι πελάτες πρέπει να ενημερωθούν για τα δικαιώματα που έχουν και ποιες επιλογές έχουν στη διάθεσή τους. Μετά την εκδίκαση της ανικανότητας και τον αρχικό διορισμό κηδεμόνα, οι δικηγόροι θα πρέπει να εξετάζουν μαζί με τον πελάτη τη δυνατότητα προσφυγής, καθώς και μελλοντικές προτάσεις τροποποίησης και αποκατάστασης αρμοδιοτήτων (G.S. 35A-1115; G.S. 35A-1207; G.S. 35A-1130).

Όπως διερωτήθηκε η ίδια η Britney στο τραγούδι της Baby One More Time, "How was I supposed to know? - Πώς θα έπρεπε να ξέρω;" Στη Βόρεια Καρολίνα, η απάντηση είναι σαφής: οι κηδεμονευόμενοι θα πρέπει πάντα να ενημερώνονται για τα δικαιώματα, τις ελευθερίες και τις επιλογές τους [46].

Αυτό το οποίο επίσης απορρέει από τη μαρτυρία της Britney Spears το 2020 σχετικά με τη 13χρονη συντηρητική της θέση είναι οι ηθικές ανησυχίες σχετικά με τη λήψη αποφάσεων κηδεμονίας. Οι κοινωνικοί λειτουργοί συνεργάζονται με οικογένειες και τους πελάτες σε ρυθμίσεις κηδεμονίας. Ωστόσο, τα εκπαιδευτικά προγράμματα κοινωνικής εργασίας αφιερώνουν λίγο χρόνο στην προετοιμασία των φοιτητών για τη λήψη αποφάσεων και την υπεράσπιση κηδεμονευόμενων. Καθοδηγούμενο από την παιδαγωγική τεχνική των ικριωμάτων στην υπόθεση της οικογένειας Spears καταγράφονται όλα τα σοβαρά ζητήματα που άπτονται της ηθικής και δεοντολογίας της ακούσιας νοσηλείας και κατ' επέκταση της κηδεμονίας όπως είναι η διατήρηση της περιουσίας, η προσωρινή συντήρηση, η μόνιμη κηδεμονία, η ιατρική αιτιολόγηση για την κηδεμονία, ο έλεγχος της γονιμότητας, ο νομικός σύμβουλος υπεράσπισης και οι εναλλακτικές λύσεις που τυχόν υπάρχουν πλην της ακούσιας νοσηλείας [50].

Ακόμη, η στενή παρακολούθηση των κηδεμόνων και η επαρκής αναθεώρηση θα βελτιώσει τον χρόνο απόκρισης σε καταγγελίες για κατάχρηση. Επιπλέον, η δημιουργία λογοδοσίας μέσω της πιστοποίησης μπορεί να μειώσει τις δυσκολίες αμφισβήτησης καταχρηστικών κηδεμόνων. Με την απόκτηση πιστοποίησης, ο κηδεμόνας θα έχει το βάρος να αντικρούσει το τεκμήριο παράβασης της υποχρέωσης καταπιστεύματος, γεγονός που διευκολύνει ελαφρώς τους κηδεμονευόμενους να εξετάζουν σοβαρά τις υποθέσεις τους για επανεξέταση. Επιπλέον, η νομοθεσία περί κηδεμονίας μπορεί να βελτιωθεί με τη διοχέτευση κεφαλαίων για τη δημιουργία μιας επιτροπής αναθεώρησης που θα εξετάζει τις υποθέσεις ακούσιας νοσηλείας με ολοκληρωμένο τρόπο και θα αποφασίζει τι είναι προς το καλύτερο συμφέρον του κηδεμονευόμενου, αντί να αφήνεται στην αποκλειστική κρίση ενός δικαστή [51].

3.2 ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΩΝ

Στις Η.Π.Α. συνήθως ξεκινούν με δικαστική απόφαση [43]. Μια τέτοια εντολή μπορεί να δικαιολογηθεί από την ανάγκη για θεραπεία και/ή κίνδυνο για τον ασθενή ή ακόμα και για άλλους και μπορεί να ξεκινήσει είτε κατά την έξοδο από ψυχιατρική μονάδα είτε εντός της κοινότητας [51, 52, 42]. Οι κύριες υποχρεώσεις για τέτοιες περιπτώσεις είναι ότι αυτοί οι ασθενείς πρέπει να λαμβάνουν τα φάρμακά τους και να διατηρήσουν την επαφή τους με τους κλινικούς γιατρούς [53].

Όπως επισημαίνει ο Light (2019), στην Αυστραλία, τα θεραπευτικά ποσοστά παραγγελιών κοινοτικής θεραπείας το 2016 και το 2017 κυμάνθηκαν μεταξύ 40 κατοίκων/100.000 στη Δυτική Αυστραλία και 112,5/100.000 στη Βόρεια Αυστραλία. Όσον αφορά το Ηνωμένο Βασίλειο, φαίνεται ότι, από το 2010 έως το 2012, τα θεραπευτικά ποσοστά σε κοινόχρηστους χώρους αυξήθηκαν από 74 σε 82 κατοίκους/100.000 [54] και υπάρχουν στοιχεία για παρόμοια αύξηση στον Καναδά [55].

4. Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

4.1 ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ: ΠΡΟΤΥΠΑ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Σε ό, τι αφορά την Ελλάδα, το νομοθετικό πλαίσιο έχει υποστεί πολλές αλλαγές από το 1862 έως και τον ενεργό Νόμο 2071/1992. Ο νόμος αυτός προϋποθέτει ότι η διαδικασία μπορεί να εφαρμοστεί σε περιπτώσεις όπου το άτομο θεωρείται ότι πάσχει από διαταραχή ψυχικής υγείας ή δεν είναι ικανό να λάβει απόφαση για την ευημερία της υγείας του ή η έλλειψη θεραπείας είναι πιθανό να οδηγήσει σε αδυναμία θεραπεία ή επιδείνωση της υγείας τους [56]. Τέλος, η διαδικασία ενεργοποιείται όταν η νοσηλεία κρίνεται απαραίτητη για την αποτροπή των ασθενών από βίαιες ενέργειες εναντίον τους ή τρίτων. Πριν από τον Ν. 2071/1992, φαίνεται ότι το 97% των εισαγωγών στα νοσοκομεία ήταν ακούσιες και, ακόμη και μετά την εφαρμογή του, έγιναν μόνο μικρές τροποποιήσεις [40].

«Η αλλαγή στη νομοθεσία εφαρμόστηκε προκειμένου να ευθυγραμμιστεί η ελληνική νομοθεσία με τις νομικές προϋποθέσεις για την ένταξη στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Όταν θεσπίστηκε ο νόμος, αναγνωρίστηκε ως ένα σημαντικό, αν και καθυστερημένο, βήμα προς την αναγνώριση και την κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές ασθένειες. Ο νόμος αναγνώριζε, για παράδειγμα, για πρώτη φορά στην Ελλάδα το δικαίωμά τους να ασκήσουν έφεση κατά της ακούσιας νοσηλείας [57]. Ειδικότερα, ο Νόμος 2071 περιγράφει δύο διαδικασίες που πρέπει να ακολουθούνται για τις ακούσιες εισαγωγές: «κανονικές» και «έκτακτες». Η «κανονική» διαδικασία απαιτεί δύο ξεχωριστές ψυχιατρικές αξιολογήσεις από «εγκεκριμένους» ψυχιάτρους που πρέπει να ολοκληρωθούν πριν από την εισαγωγή. Στην πραγματικότητα, η «κανονική» διαδικασία δεν χρησιμοποιείται σχεδόν ποτέ [58]».

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως στην Ελλάδα, η ακούσια νοσηλεία σήμερα ρυθμίζεται από τον Νόμο (2071)/1992, ο οποίος είναι σύμφωνος με τα ευρωπαϊκά πρότυπα. Ειδικότερα, η διαδικασία υποκινείται από συζύγους και συγγενείς πρώτου/δευτέρου βαθμού που μπορούν να ζητήσουν ψυχιατρική εκτίμηση του ασθενούς από τον εισαγγελέα λόγω των συμπτωμάτων του και των επιβλαβών συνεπειών τους. Ο εισαγγελέας εκδίδει απόφαση για υποχρεωτική (ψυχιατρική) αξιολόγηση, όπου αστυνομικοί συνοδεύουν τον ασθενή στο πλησιέστερο δημόσιο νοσοκομείο που εφημερεύει. Εντός 48 ωρών, δύο πιστοποιημένοι ψυχίατροι θα πρέπει να αξιολογήσουν ανεξάρτητα τον ασθενή και να εξηγήσουν τους λόγους

για τους οποίους συνιστούν ακούσια νοσηλεία με βάση τα ακόλουθα κριτήρια: ο ασθενής (i) πάσχει από ψυχική ασθένεια, (ii) λόγω της παρούσας κατάστασής του/της, δεν είναι σε θέση να αποφασίσει για το συμφέρον του και (iii) εάν αφεθεί χωρίς θεραπεία, η υγεία του ασθενούς θα επιδεινωθεί σοβαρά ή θα θέσει σε κίνδυνο τον εαυτό του/της ή τους άλλους. Με βάση την έκθεσή τους, ο εισαγγελέας αποφασίζει για την ακούσια νοσηλεία του [59].

Εναλλακτικά, ελλείψει του «πλησιέστερου συγγενή», κινείται αυτεπάγγελτα η διαδικασία της ακούσιας εισαγωγής, όπου ο εισαγγελέας υποβάλλει την αίτηση και διατάσσει την αστυνομία να πάει το άτομο για αξιολόγηση. Ο εισαγγελέας δίνει αυτή τη διαταγή εγγράφως αφού ειδοποιηθεί από την αστυνομία ή κάποιο μέλος του κοινού (π.χ. γείτονας). Μόνο σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης μπορεί ο εισαγγελέας να διατάξει προφορικά την αστυνομία [60].

Στη συνέχεια, ο εισαγγελέας φέρνει την υπόθεση ενώπιον του δικαστηρίου εντός 10 ημερών. Το άτομο που εξετάζεται και θεωρείται ότι πάσχει από ψυχιατρική διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί σε αυτό το δικαστήριο και να επιχειρηματολογήσει κατά της ακούσιας εισδοχής, με νομική εκπροσώπηση. Ο μέγιστος χρόνος για ακούσια εισαγωγή είναι 6 μήνες. Ο εισαγγελέας ζητά ιατρικές εκθέσεις μετά από 3 μήνες και ξανά στο τέλος των 6 μηνών (στις σπάνιες περιπτώσεις που ένας ασθενής δεν έχει πάρει εξιτήριο νωρίτερα). Μετά την ακούσια εισαγωγή των ασθενών, μπορούν να πάρουν εξιτήριο όποτε ο υπεύθυνος ιατρός αποφασίσει ότι δεν πληρούνται πλέον τα κριτήρια για ακούσια εισαγωγή. Η ακούσια νοσηλεία διαρκεί κατά μέσο όρο 4-6 εβδομάδες. Κανείς δεν μπορεί να αντιμετωπίζεται ακούσια στην κοινότητα. Η ακούσια «εισαγωγή» στην πραγματικότητα σημαίνει ακούσια θεραπεία κατά την περίοδο νοσηλείας [61].

Ο νόμος δέχεται ότι υπάρχουν περιπτώσεις όπου μια ψυχική διαταραχή μπορεί να βλάψει την ικανότητα του ατόμου να διακρίνει το σωστό από το λάθος και να παρεμβαίνει στην ελεύθερη βούληση. Οι δράστες με ψυχική διαταραχή θα πρέπει πρωτίστως να θεωρούνται άρρωστοι και επομένως να εξαιρούνται από την τιμωρία. Το άρθρο 34 του Ελληνικού Ποινικού Κώδικα ορίζει: *«Η εγκληματική πράξη δεν καταλογίζεται στον δράστη εάν λόγω διαταραχής των διανοητικών του λειτουργιών ή διαταραχής συνείδησης δεν είχε την ικανότητα να αναγνωρίσει το άδικο αυτής της πράξης ή να ενεργήσει σύμφωνα με αυτές τις γνώσεις.»* Εάν το δικαστήριο αποδεχθεί ότι συμβαίνει αυτό, ο δράστης θεωρείται αθώος για το έγκλημα, δηλαδή «αθώος λόγω παραφροσύνης» και εισάγεται σε ψυχιατρείο για

«προστασία άλλων και θεραπεία» (άρθρο 69). Εάν η ικανότητα «αναγνώρισης του αδικήματος της πράξης» δεν απουσιάζει εντελώς, αλλά μόνο μειώνεται, υπάρχει ελαττωμένη ευθύνη για την εγκληματική πράξη και επομένως μειωμένη ποινή (άρθρο 36) [62].

Οι υποχρεωτικές εισαγωγές έχουν τεράστια σημασία στην Ελλάδα, ιδίως υπό το φως της ελλιπούς διαδικασίας αποϊδρυματοποίησης. Συγκεκριμένα, η αξιολόγηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης έδειξε ότι τα ποσοστά ακούσιας νοσηλείας είναι τετραπλάσια του ευρωπαϊκού μέσου όρου, με υψηλότερα ποσοστά να διακρίνονται στα ψυχιατρικά νοσοκομεία σε σύγκριση με τα γενικά νοσοκομεία. Ταυτόχρονα, η πανευρωπαϊκή έκθεση «Χαρτογράφηση και κατανόηση του αποκλεισμού: Θεσμικές, καταναγκαστικές και βασισμένες στην κοινότητα υπηρεσίες και πρακτικές σε όλη την Ευρώπη» υπογραμμίζει τα μειονεκτήματα και την αναποτελεσματικότητα του συστήματος φροντίδας ψυχικής υγείας στη χώρα και τη συντόμευση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ασθενών. Με παρόμοιο τρόπο, η χώρα έχει καταδικαστεί δύο φορές στο Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων για ουσιώδη παραβίαση του νομικού πλαισίου που αφορά τις πολιτικές κρατήσεις και συνεπώς των δικαιωμάτων των ασθενών. ενώ ανάλογα συμπεράσματα έχει βγάλει και ο Συνήγορος του Πολίτη [63].

Στο πλαίσιο αυτό, μελέτη του Πάντειου Πανεπιστημίου, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής και της Ένωσης Περιφερειακής Ανάπτυξης & Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ) έδειξε ότι το 57,4% των εισαγωγών στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής ήταν υποχρεωτικές. ενώ τρεις παράγοντες βρέθηκαν να μειώνουν τις πιθανότητες ακούσιας νοσηλείας (προστατευτικοί παράγοντες): διάγνωση κατάθλιψης, υψηλή κοινωνική υποστήριξη και προηγούμενη επαφή με κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αυτή η μελέτη έριξε σημαντικό φως στα θεμέλια των κρατήσεων στη χώρα. Ωστόσο, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων δεν λήφθηκε υπόψη και τα δεδομένα αντλήθηκαν μόνο από ψυχιατρικό νοσοκομείο [58].

4.2 ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΕΜΠΕΙΡΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΚΟΥΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα, η συχνότητα των υποχρεωτικών εισακτέων είναι ανησυχητικά υψηλή με τα σχετικά νούμερα να φτάνουν έως και το 60% [69]. Σε παρόμοια συμπεράσματα έχει καταλήξει και μελέτη του Δουζένη και των συνεργατών του, τονίζοντας επίσης την ανήθικη παρουσία των αστυνομικών κατά την ψυχιατρική αξιολόγηση στις περισσότερες από τις καταγεγραμμένες περιπτώσεις και την επιτακτική ανάγκη για καλύτερη εκπαίδευση και υποστήριξη των ψυχιάτρων [70]. Επιπλέον, η χώρα έχει καταδικαστεί δύο φορές από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, όπως προαναφέραμε, τις λεγόμενες υποθέσεις «Βένιος κατά της Ελλάδας» και «Καραμανώφ κατά της Ελλάδας», για παραβίαση των δικαιωμάτων των ασθενών [64, 67].

Ομοίως, μια μελέτη του Συνηγόρου του Πολίτη (2007) ανέδειξε ανεπαρκή εφαρμογή της σχετικής νομοθεσίας σε δύο ψυχιατρικά νοσοκομεία στην περιφέρεια Αθηνών. Σε αυτό το σκεπτικό, η διερεύνηση των απόψεων και των εμπειριών των ασθενών σχετικά με την ακούσια νοσηλεία στην Ελλάδα θεωρείται επιβεβλημένη από ηθική και νομική άποψη [71]. Επιπλέον, στοιχεία από την αξιολόγηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα υποδηλώνουν ότι το σύστημα φροντίδας ψυχικής υγείας είναι κατακερματισμένο, ασυντόνιστο και ασταθές, ενώ οι ασθενείς και οι οικογένειές τους έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε ένα πλήρες φάσμα παρεμβάσεων και λαμβάνουν ελάχιστες πληροφορίες για τις υπάρχουσες υπηρεσίες και τη χρήση τους. Αυτό εξηγείται σε μεγάλο βαθμό από την επικράτηση του βιοϊατρικού μοντέλου στη χώρα, που εμποδίζει την ανάπτυξη της ενδυνάμωσης των χρηστών, ενισχύει τα εμπόδια για μια ρεαλιστική εφαρμογή της σύμβασης CRPD στη χώρα (Νομοθεσία, 4074/ 12), καθιστώντας επομένως αδύναμη την κίνηση των χρηστών [72, 73, 74].

Σε έρευνα που πραγματοποίησαν ο Στυλιανίδης και συν. (2017) επεδίωξαν τη διερεύνηση των απόψεων των ασθενών σχετικά με το νόμιμο της ακούσιας νοσηλείας, την εμπειρία τους από τη νοσηλεία και πιθανές παρεμβάσεις για τη μείωση της επίδρασής της στην Αθήνα. Στη μελέτη συμμετείχαν δεκατέσσερις ασθενείς που εισήχθησαν ακούσια σε ψυχιατρείο της περιφέρειας Αττικής και είχαν πάρει εξιτήριο ένα μήνα πριν από την ομαδική συζήτηση. Χρησιμοποιήθηκε ένα σχέδιο ομάδας εστίασης που βασίζεται στην Ερμηνευτική Θεματική Ανάλυση. Τα θέματα που προέκυψαν περιλαμβάνουν αντικρουόμενες στάσεις

σχετικά με τη νομιμότητα της εισαγωγής, την απουσία συμμετοχής των ασθενών σε οποιαδήποτε μορφή λήψης αποφάσεων, την ουσιαστική παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και την έλλειψη γνώσης των ασθενών σχετικά με αυτά. Ως εκ τούτου, οι πρωτοβουλίες ευαισθητοποίησης, η επαρκής εκπαίδευση όλων των εμπλεκόμενων μερών, η ενσωμάτωση της ψυχοθεραπείας στο σχέδιο θεραπείας, η δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος και λιγότερο καταναγκαστικές εναλλακτικές λύσεις στην οξεία ψυχιατρική περίθαλψη ήταν η πορεία δράσης που πρότειναν οι ασθενείς. Σύμφωνα με αυτό, οι συντονισμένες προσπάθειες από την πλευρά των ασθενών, των οικογενειών τους, των κλινικών ιατρών και των υπευθύνων χάραξης πολιτικής θα πρέπει να διοχετευθούν προς την εξασφάλιση αυστηρής επιβολής της σχετικής νομοθεσίας και την προώθηση της φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή [75].

Στο πλαίσιο αυτό, η έρευνα των Πέππου και συν. (2022) διερεύνησαν τις διαφορές στα ποσοστά και τους καθοριστικούς παράγοντες των ακούσιων νοσηλειών μεταξύ ψυχιατρικού και γενικού νοσοκομείου. Συνολικά 600 ασθενείς συμμετείχαν στη μελέτη. Πληροφορίες σχετικά με τα κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά τους καθώς και την προηγούμενη επαφή με υπηρεσίες ψυχικής υγείας συγκεντρώθηκαν από το κλινικό τους αρχείο και μέσω συνεντεύξεων ασθενών και ιατρών. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων αξιολογήθηκε με HoNOS. Συνολικά, το 60,7% των εισαγωγών ήταν ακούσιες: 63,1% στο ψυχιατρείο και 52,5% στο γενικό νοσοκομείο. Στο γενικό νοσοκομείο, ο αριθμός των προηγούμενων ακούσιων εισαγωγών και το επίπεδο επιθετικότητας αποτελούσαν παράγοντες κινδύνου για κράτηση, ενώ η προηγούμενη νοσηλεία στα μέσα του τελευταίου μήνα ήταν ο μόνος προστατευτικός παράγοντας. Στο ψυχιατρείο, η απουσία επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας τον τελευταίο μήνα ήταν ο μόνος παράγοντας κινδύνου για κράτηση και η αυτοκτονία ο μόνος προστατευτικός. Υπάρχει επιτακτική ανάγκη σχεδιασμού παρεμβάσεων με στόχο τον περιορισμό των υποχρεωτικών εισαγωγών. Θα πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στα ψυχιατρικά νοσοκομεία και σε άλλους συναφείς παράγοντες [59].

4.3 ΑΚΟΥΣΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΝΗΛΙΚΩΝ

Η ακούσια νοσηλεία είναι αναπόσπαστο μέρος της παροχής φροντίδας ψυχικής υγείας, ειδικά όταν οι ασθενείς είναι παιδιά και έφηβοι [76]. Ωστόσο, η πιθανή κατάχρηση

του εξαναγκασμού στην ψυχιατρική μπορεί να προκαλέσει ηθικές ανησυχίες, δεδομένης της αλήθειας των υποθέσεων ότι τα μέτρα καταναγκασμού μπορεί να επηρεάσουν βαθιά τα προσωπικά συμφέροντα των ασθενών και μπορεί να σχετίζονται με αρνητικά αποτελέσματα λόγω πιθανών δυσμενών επιπτώσεων στον θεραπευτή-ασθενή σχέση. Επιπλέον, όπως προαναφέρθηκε, υποστηρίζεται ότι «η υποχρεωτική εισαγωγή ατόμων με ψυχική διαταραχή έχει εκτεταμένες επιπτώσεις και όσον αφορά το κόστος υγειονομικής περίθαλψης» [77].

Πιο συγκεκριμένα, αποτελεί μια περίπλοκη διαδικασία η απάντηση στο ερώτημα εάν ένας ανήλικος χρειάζεται ακούσια ψυχιατρική νοσηλεία και περιλαμβάνει απαντήσεις σε ερωτήσεις σχετικά με το συμφέρον του ασθενούς και την ικανότητα λήψης αποφάσεων. Ωστόσο, αυτό δεν συμβαίνει πάντα στην πράξη. Είναι σημαντικό ότι ο Rotharmel έδειξε ότι τα παιδιά είτε ήταν ελάχιστα ενημερωμένα ή ακόμη και καθόλου ενημερωμένα κατά τη στιγμή της ακούσιας ψυχιατρικής εισαγωγής [78].

Οι ασθενείς που υπέστησαν ακούσια εισαγωγή μπορεί να θεωρηθούν ως υπό επίσημο εξαναγκασμό, τουλάχιστον στο βαθμό που ο εξαναγκασμός αντιλαμβάνεται ως αρνητική εμπειρία και όχι απλώς ως αντίληψη [79]. Οι Mielau et al το έθεσαν καλύτερα λέγοντας «Η υποκειμενική εμπειρία των καταναγκαστικών παρεμβάσεων έπαιξε σημαντικό ρόλο για τη δικαιολόγηση της θεραπείας ενάντια στη «φυσική βούληση» ενός ατόμου» [80]. Η ακούσια νοσηλεία είναι μέτρο καταναγκασμού και ως εκ τούτου πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην αρχή της αναλογικότητας [81].

Το πιο σημαντικό, οι ανήλικοι μπορεί να διατρέχουν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο να υποβληθούν σε ακούσια ψυχιατρική νοσηλεία σε σύγκριση με τους ενήλικες [82]. Ήδη το 1979 το Ανώτατο Δικαστήριο της Κολούμπια έκρινε ότι η ακούσια ψυχιατρική νοσηλεία ανηλίκων απαιτεί ειδικές διαδικασίες. Όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα, η νομική βάση για την καταναγκαστική ψυχιατρική εισαγωγή στην Ελλάδα ρυθμίζεται από το νόμο ν. 2071/1992 (άρθρα 95 και επόμενα) [83]. Παρά τον αυστηρό νομοθετικό έλεγχο της χρήσης της ακούσιας ψυχιατρικής νοσηλείας που ορίζει ο νόμος αυτός, υψηλό ποσοστό ακούσιων ψυχιατρικών νοσηλειών (ενηλίκων) έχουν καταγραφεί την τελευταία δεκαετία στην Ελλάδα. Υποστηρίζεται ότι ο νομοθετικός έλεγχος εφαρμόζεται στην πράξη με λιγότερο αυστηρό τρόπο από εκείνον που ορίζει ο νόμος [84].

Όπως συμβαίνει με δικαιοδοσίες άλλων χωρών, ο ελληνικός νόμος (Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, συγκεκριμένα, νόμος ν. 3418/2005, άρθρο 12) θεωρεί τους

ανηλίκους (κάτω των 18 ετών) ως μη ικανούς να δώσουν έγκυρη συγκατάθεσή τους. ιατρική περίθαλψη. Ωστόσο, στο πλαίσιο της σύγχρονης βιοηθικής, αυτή η θέση εγείρει εύλογες ανησυχίες όταν πρόκειται για ώριμους εφήβους. Είναι σημαντικό ότι υπάρχουν πολλοί αλληλεπιδρώντες παράγοντες που επηρεάζουν βαθιά το επίπεδο ωριμότητας του εφήβου. Επιπλέον, οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η τέλεια κατανόηση και εκτίμηση των παρεχόμενων πληροφοριών δεν είναι απαραίτητα απαιτήσεις για την ικανότητα λήψης αποφάσεων [85].

Σε πολύ πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2020 από τον Βούλτσο και τους συνεργάτες του επιχείρησαν τη διερεύνηση επιδημιολογικών δεδομένων για την ακούσια νοσηλεία ανήλικων ασθενών σε ψυχιατρικά περιβάλλοντα και την απεικόνιση των σχετικών ηθικών ζητημάτων. Εξετάστηκαν προσεκτικά τα ιατρικά αρχεία 131 ακούσιων ψυχιατρικών εισαγωγών παιδιών και εφήβων με εντολή του εισαγγελέα μεταξύ 2005 και 2014. Οι εξεταζόμενες μεταβλητές αφορούσαν τον τόπο καταγωγής, τον τόπο διαμονής των ανηλίκων μετά την έξοδο, τη διάρκεια παραμονής στα νοσοκομεία, τη διάγνωση εξιτηρίου, τον ρυθμό με τον οποίο οι ανήλικοι εισήχθησαν στην αστυνομία και σε άλλες αρχές πριν από τη νοσηλεία τους και τα αποτελέσματα η νευροψυχολογική αξιολόγηση (WISC II) [85].

Τα δεδομένα αναλύθηκαν με SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Ο μέσος όρος ηλικίας των ανηλίκων ήταν 14,19 έτη (αναλογία άνδρες: γυναίκες, 1,6:1). Πρώτον, διαπιστώθηκε υψηλό ποσοστό περιπτώσεων ακούσιας εισαγωγής [5ετής περίοδος (2005-2009):(2010-2014) αναλογία; 1:1.85] πιθανότατα λόγω οργανωτικών παραγόντων, οι οποίοι, ωστόσο, θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί σε ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης πιο προσανατολισμένο στον ασθενή. Το πιο πιθανό είναι ότι τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν για τη λήψη αποφάσεων υπέρ των ακούσιων νοσηλειών ήταν δυσανάλογα (αδικαιολόγητα) ευρύ. Παράλληλα, παρατηρήθηκε ότι, κατά την περίοδο 2010-2014, παρά την αύξηση του ποσοστού των ακούσιων νοσηλειών, σημειώθηκε μείωση στη διάρκεια της καταναγκαστικής νοσηλείας ανηλίκων στα ψυχιατρικά τμήματα των νοσοκομείων σε σύγκριση με την περίοδο 2005-2009 [Αναλογία διάρκειας νοσηλείας 5 ετών (2005-2009) (2010-2014). 2.33:1] [85].

Επιπλέον, η οικογένεια βρέθηκε πιθανό να ασκεί σημαντική επιρροή στη λήψη αποφάσεων για τις ακούσιες νοσηλείες των ανηλίκων. Επιπλέον, η αποτελεσματικότητα της ακούσιας νοσηλείας ανηλίκων σε ψυχιατρικό τμήμα παιδιών και εφήβων διαπιστώθηκε ότι

εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον τύπο του υποκείμενου προβλήματος ψυχικής υγείας. Από την άποψη αυτή, τα χαμηλά ποσοστά υποτροπής (7,6%) έδειξαν ότι το μέτρο της ακούσιας νοσηλείας ήταν απαραίτητο και αποτελεσματικό. Παρατηρήθηκε επίσης ότι η βραχυπρόθεσμη απομάκρυνση του ανηλίκου από το οικογενειακό περιβάλλον ήταν μια δυνητικά ανακουφιστική στρατηγική τόσο για το παιδί όσο και για την οικογένεια εκτός από την ανάγκη για θεραπευτική παρέμβαση. Η εργασία καταλήγει επισημαίνοντας τον ρόλο μιας διαδικασίας λήψης αποφάσεων πολλών φορέων (η οποία συνεπάγεται κοινή λήψη αποφάσεων ως αναπόσπαστο στοιχείο της παροχής φροντίδας ψυχικής υγείας σε ανηλίκους) στη διευκόλυνση μιας απόφασης για ακούσια ψυχιατρική νοσηλεία που είναι ανάλογη και σέβεται την αυτονομία του ασθενούς [85].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε απλή ανασκόπησης της υπάρχουσας διεθνούς και εγχώριας βιβλιογραφίας αναφορικά με το φλέγων ζήτημα της ακούσιας νοσηλείας σε ψυχιατρική κλινική. Η έρευνα κατέγραψε και παρουσίασε το θεσμικό πλαίσιο σε Ευρώπη, Αμερική και Ελλάδα και ανέλυσε περιπτώσεις όπου καταπατήθηκαν τα δικαιώματα των ασθενών μέσω της ακούσιας νοσηλείας.

Τα ζητήματα που άπτονται του αντικειμένου της ακούσιας νοσηλείας αφορούν στην ορθή εφαρμογή της νομοθεσίας και των σεβασμό στα ανθρώπινα δικαιώματα και ελευθερίες. Το θέμα της ακούσιας δέσμευσης είναι εγγενώς ένα πολωτικό θέμα που έχει εγείρει ζητήματα ανησυχίας από την έναρξή του. Και στις δύο πλευρές της συζήτησης βρίσκονται εκείνοι που τάσσονται υπέρ της αυτονομίας των ασθενών έναντι εκείνων που δεσμεύονται να υποστηρίξουν την αρχή της ευεργεσίας με την εφαρμογή του καταστατικού των πατριωτών. Αυτό το διχοτομικό χάσμα ήταν αναγνωρίσιμο σε όλη την βιβλιογραφία, εμφανές σε εξέχουσες δικαστικές υποθέσεις, δικαστικές πράξεις καθώς και εκστρατείες για τα ανθρώπινα δικαιώματα.

Σύμφωνα με την ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε βρέθηκαν δύο περιπτώσεις της τελευταίας δεκαετίας, 4902 από 26-07-2011 υπόθεση ΚΑΡΑΜΑΝΩΦ κατά Ελλάδας και 4429 από 05-07-2011 υπόθεση ΒΕΝΙΟΣ κατά Ελλάδας, που αφορούσαν την χώρα μας. Η Ελλάδα καταδικάστηκε για παραβίαση του άρθρου 5 παρ.1 της ΕΣΔΑ, συγκεκριμένα ότι στερήθηκε την ελευθερία του ψυχικά ασθενής σε ψυχιατρικό Νοσοκομείο για την ακούσια νοσηλεία του, λόγω υπερβάσεων στην διαδικασία που προβλέπει ο εθνικός νομοθέτης.

Συμπερασματικά, διαφαίνεται ότι η πολιτική δέσμευση είναι πανταχού παρούσα στο ψυχιατρικό περιβάλλον. Όχι μόνο οι κλινικοί γιατροί πρέπει να έχουν επίγνωση των διαφορετικών παραλλαγών διαφορετικών δικαιοδοσιών, αλλά πρέπει επίσης να αξιολογούν κατάλληλα την αναγκαιότητα έναρξης μιας ακούσιας νοσηλείας. Δεν αρκεί πλέον ένας ασθενής να εμφανίζει απλώς «ψυχωσικά» συμπτώματα για να διαπραχθεί, αλλά πρέπει να πληρούνται συγκεκριμένα κριτήρια και προδιαγραφές. Επιπλέον, ο κλινικός ιατρός θα αξιολογήσει εάν ο ασθενής είναι κατάλληλος για νοσηλεία, ενώ θα εξετάσει επίσης την ανάγκη να διατηρηθεί η αυτονομία του ασθενούς. Η συνεργατική φροντίδα μεταξύ μιας διεπαγγελματικής ομάδας επαγγελματιών υγείας είναι πρωταρχικής σημασίας στη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας. Μόλις ο γιατρός ξεκινήσει την πολιτική δέσμευση, στη συνέχεια βασίζεται στην υπόλοιπη ομάδα υγειονομικής περίθαλψης για να ολοκληρώσει τη διαδικασία.

Απαιτούνται κοινωνικοί λειτουργοί για να παρακολουθήσουν επίδικες πτυχές της υπόθεσης. Οι ψυχίατροι πρέπει να βοηθούν στην ανακατεύθυνση και την παρακολούθηση των ασθενών μετά την εισαγωγή τους, οι νοσηλευτές όχι μόνο παρέχουν φροντίδα απ' την πρώτη στιγμή στους ασθενείς αλλά να λειτουργούν και ως σύνδεσμοι μεταξύ ασθενούς και γιατρού· και τέλος, οι φαρμακοποιοί παρακολουθούν τη διαχείριση των φαρμάκων, για να διασφαλίσουν ότι τηρούνται τα κατάλληλα πρωτόκολλα θεραπείας. Μια διεπαγγελματική ομάδα παρόχων υγειονομικής περίθαλψης λειτουργεί καλύτερα όταν όλα τα μέλη της ομάδας λειτουργούν συγχρονισμένα και συνεργατικά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] Freeman MC, Kolappa K, Caldas de Almeida JM, Kleinman A, Makhashvili N, Phakathi S, et al. Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Lancet Psychiatry*. 2015;2(9):844–50
- [2] Walker S, Mackay E, Barnett P, Sheridan Rains L, Levertson M, Dalton-Locke C, et al. Clinical and social factors associated with increased risk for involuntary psychiatric hospitalisation: a systematic review, meta-analysis, and narrative synthesis. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(12):1039–53
- [3] de Jong MH, Oorschot M, Kamperman AM, Brussaard PE, Knijf EM, van de Sande R, et al. Crucial factors preceding compulsory psychiatric admission: a qualitative patient-record study. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):350.
- [4] Barbui C, Purgato M, Abdulmalik J, Caldas-de-Almeida JM, Eaton J, Gureje O, et al. Efficacy of interventions to reduce coercive treatment in mental health services: umbrella review of randomised evidence. *Br J Psychiatry*. 2020;1–11
- [5] Giacco D, Priebe S. Suicidality and hostility following involuntary hospital treatment. *PLoS ONE*. 2016;11(5):e0154458
- [6] Xu Z, Müller M, Lay B, Oexle N, Drack T, Bleiker M, et al. Involuntary hospitalization, stigma stress and suicidality: a longitudinal study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018;53(3):309–12
- [7] Sunkel C. The UN Convention: a service user perspective. *World Psychiatry*. 2019;18(1):51–2

- [8] Nytingnes O, Ruud T, Rugkåsa J. “It’s unbelievably humiliating’-Patients” expressions of negative effects of coercion in mental health care. *Int J Law Psychiatry*. 2016;49(Pt A):147–53.
- [9] 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(2–3):939–44
- [10] van der Post LF, Peen J, Visch I, Mulder CL, Beekman AT, Dekker JJ. Patient perspectives and the risk of compulsory admission: the Amsterdam Study of Acute Psychiatry V. *Int J Soc Psychiatry*. 2014;60(2):125–33
- [11] Sashidharan SP, Mezzina R, Puras D. Reducing coercion in mental health- care. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019;28(6):605–12
- [12] Gooding P, McSherry B, Roper C. Preventing and reducing “coercion” in mental health services: an international scoping review of English-language studies. *Acta Psychiatr Scand*. 2020;142(1):27–39.
- [13] Szmukler G. “Capacity”, “best interests”, “will and preferences” and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *World Psychiatry*. 2019;18(1):34–41
- [14] Committee on the Rights of Persons with Disabilities. General comment no. 1: Article 12: equality before the law; 2014. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/PDF/G1403120.pdf?OpenElement>. Accessed 1 Sept 2020.
- [15] Appelbaum PS. Saving the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities—from itself. *World Psychiatry*. 2019;18(1):1–2.
- [16] Caldas de Almeida JM. The CRPD Article 12, the limits of reductionist approaches to complex issues and the necessary search for compromise. *World Psychiatry*. 2019;18(1):46–7.
- [17] Galderisi S. The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: great opportunities and dangerous interpretations. *World Psychiatry*. 2019;18(1):47–8
- [18] Puras D, Gooding P. Mental health and human rights in the 21st century. *World Psychiatry*. 2019;18(1):42–3

- [19] Sugiura K, Mahomed F, Saxena S, Patel V. An end to coercion: rights and decision-making in mental health care. *Bull World Health Organ.* 2020;98(1):52–8
- [20] Donisi V, Tedeschi F, Salazzari D, Amaddeo F. Differences in the use of involuntary admission across the Veneto Region: which role for individual and contextual variables? *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2016;25(1):49–57
- [21] Weich S, McBride O, Twigg L, Duncan C, Keown P, Crepaz-Keay D, et al. Variation in compulsory psychiatric inpatient admission in England: a cross-classified, multilevel analysis. *Lancet Psychiatry.* 2017;4(8):619–26.
- [22] Sheridan Rains L, Zenina T, Dias MC, Jones R, Jeffreys S, Branthonne-Foster S, et al. Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *Lancet Psychiatry.* 2019;6(5):403–17
- [23] Rössler W. Factors facilitating or preventing compulsory admission in psychiatry. *World Psychiatry.* 2019;18(3):355–6
- [24] Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet.* 2018;392:1553–98
- [25] World Health Organization. *Mental Health Atlas 2017.* Geneva; 2018.
- [26] Wickremesinhe, M.N. Global mental health should engage with the ethics of involuntary admission. *Int J Ment Health Syst.* 2021; 15(20).
- [27] Borecky A, Thomsen C, Dubov A. Reweighing the ethical tradeoffs in the involuntary hospitalization of suicidal patients. *Am J Bioeth* 2019; 19(10): 71–83
- [28] ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΜΟΥ: «Ακούσια ψυχιατρική περίθαλψη» Άρθρο 1 Ορισμοί – Πεδίο εφαρμογής. http://www.opengov.gr/yyka/wp-content/uploads/2019/05/sxedio_nomou.pdf
- [29] Rains LS, Zenina T, Dias MC, Jones R, Jeffreys S, Branthonne-Foster S, et al. Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: An international comparative study. *Lancet Psychiatry* 2019; 6(5): 403–17
- [30] Saya A, Brugnoli C, Piazzini 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

- [31] Çolak B, Çakar G, Kavas MV, Özel Kızıl ET. An Ethical Assessment on Patients Involuntarily Admitted to the Psychiatric Ward of a University Hospital. *Erciyes Med J* 2021; 43(3): 261–6.
- [32] FRA European Union Agency for Fundamental Rights. Involuntary placement and involuntary treatment of persons with mental health problems. 2012 https://fra.europa.eu/sites/default/files/involuntary-placement-and-involuntary-treatment-of-persons-with-mental-health-problems_en.pdf
- [33] ECtHR (European Court of Human Rights), GC, Stanev v. Bulgaria, No. 36760/06, 17 January 2012. https://www.escri-net.org/sites/default/files/caselaw/decision_on_stanev_v._bulgaria_0.pdf
- [34] Lewis O. Stanev v. Bulgaria: On the Pathway to Freedom. Accessed at <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r29322.pdf>
- [35] Stanev S, Wildeman S. Freedom: a work in progress. Global Perspectives on Legal Capacity Reform. 1st Edition Routledge 2018.
- [36] Mladenov T, Petri G Critique of deinstitutionalisation in postsocialist Central and Eastern Europe. *Disability & Society*, 2019;35(8):1203–1226.
- [37] Series L. 5: Social Care Detention in Human Rights Law. In *Deprivation of Liberty in the Shadows of the Institution*. Bristol, UK: Bristol University Press. Retrieved Nov 17, 2022, from <https://bristoluniversitypressdigital.com/view/book/9781529212006/c>
- [38] Coldefy F, Fernandes S, Lapalus D. Compulsory Psychiatric Treatment: An Assessment of the Situation Four Years After the Implementation of the Act of 5 July 2011. (Assessment, The Institute for Research and Information in Health Economics IRDES, 2017). Retrieved from <https://www.irdes.fr/English/issues-in-health-economics/222-compulsory-psychiatric-treatment.pdf>
- [39] NHS (2019). Mental health Act. England: NHS. Retrieved from <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/nhs-services/mental-health-services/mental-health-act/>
- [40] Chatzisimeonidis S, Stylianidis S, Tzeferakos G, Giannoulis G. Insights into involuntary hospital admission procedures for psychiatric patients: A 3-year retrospective analysis of police records. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2021; 78: 101732

- [41] Amaddeo F, Barbui C, Tansella M. State of psychiatry in Italy 35 years after psychiatric reform. A critical appraisal of national and local data. *International Review of Psychiatry* (Abingdon, England), 2012;24(4):314–320
- [42] Rugkasa J, Nytingnes O, Simonsen TB, Benth JS, Lau B, Riley H, Hoyer G. The use of outpatient commitment in Norway: Who are the patients and what does it involve? *International Journal of Law and Psychiatry*, 2019;62:7–15
- [43] Rugkasa J. Effectiveness of community treatment orders: The international evidence. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2016;61:15–24
- [44] Page K. The four principles: can they be measured and do they predict ethical decision making? *BMC Med Ethics*. 2012 May 20;13:10.
- [45] Heinle T. The Conservatorship of Britney Spears and a Ward's Right to Petition for Restoration of Competency. UNC School of Government Blog, 2021, accessed at <https://civil.sog.unc.edu/the-conservatorship-of-britney-spears-and-a-wards-right-to-petition-for-restoration-of-competency/>
- [46] Kemp-Salliey D. The Effect of the #FreeBritney Movement on Bipartisanship Legislation: How a Pop Star's Battle for Freedom Exposed Corruption in the American Conservatorship System (2022). Honors College Theses. 365
- [47] Lesley Lesley M. Harris, Sara M. Williams, Eva X. Nyerges & Rebecka Bloomer (2022) Teaching Note—Beyond #Freebritney: Teaching Social Workers About Surrogate Decision Making Through the Spears Case, *Journal of Social Work Education*, DOI: 10.1080/10437797.2022.2119065
- [48] Joy MT, Weiss KJ. I'm a Slave 4 U: #FreeBritney, Human Rights, and Capacity Assessments. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, Jun 2022; 50 (2): 319-322
- [49] Swadley H. How #FreeBritney Exposes the Need to Disable the Model Rules of Professional Conduct," *Mitchell Hamline Law Journal of Public Policy and Practice*, 2022; 43(1), Article 1. Available at: <https://open.mitchellhamline.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1057&context=policypractice>
- [50] Mukherjee D, Tarsney PS, Kirschner KL. If Not Now, Then When? Taking Disability Seriously in Bioethics. 2022;52(3): 37-48

- [51] Kisely S, Preston N, Xiao J, Lawrence D, Louise S, Crowe E, Segal S. An eleven-year evaluation of the effect of community treatment orders on changes in mental health service use. *Journal of Psychiatric Research*, 2013;47: 650–656
- [52] Løvsletten M, Haug E, Granerud A, Nordby K, Smaaberg T. Prevalence and management of patients with outpatient commitment in the mental health services. *Nordic Journal of Psychiatry*, 2016;70:401–406
- [53] Morandi S. Descriptive and epidemiological studies. In A. Molodynski, J. Rugkåsa, & T. Burns (Eds.), *Coercion in community mental health care: International perspectives* (pp. 47–74). Oxford: Oxford University Press, 2016.
- [54] Prior D, Behan, D. Monitoring the mental health act in 2011/12. Newcastle upon Tyne. Retrived 2013 from http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/media/documents/cqc_mentalhealth_2011_12_main_final_web.pdf
- [55] Malatest RA. The legislated review of community treatment orders (final report). Retrived 2012 from http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/hepatitis/docs/cto_review_report.pdf.
- [56] Stylianidis S, Peppou LE, Drakonakis N, Douzenis A, Panagou A, Tsikou K, Pantazi A, Rizavas Y, Caraceno B. Mental health care in Athens: Are compulsory admissions in Greece a one-way road? *International Journal of Law and Psychiatry*, 2017;52 28-34.
- [57] Douzenis A, Tsopelas C, Lykouras L. Mental health law in Greece. *International Psychiatry*, 2014; 11: 11-12.
- [58] Stylianidis S, Peppou LE, Drakonakis N, Douzenis A, Panagou A, Tsikou K, Pantazi A, Rizavas Y, Saraceno B. Mental health care in Athens: Are compulsory admissions in Greece a one-way road? *Int J Law Psychiatry*. 2017 May-Jun;52:28-34.
- [59] Peppou LE, Drakonakis N, Nikolaidi S, Georgaca E, Arvaniti A, Stylianidis S. Rates and determinants of involuntary hospitalizations in Athens region: Are there any differences between psychiatric and general hospitals? *Psychiatry Research Communications*, 2022; 2, 100041
- [60] Economou M, Lazaratou H, Ploumpidis D. Compulsory admissions in Greece: multifaceted action is required. *The Lancet*, 2018;391(10129): 1481.

- [61] Ploumpidis D, Reform of the psychiatric services in Greece and psychosocial rehabilitation: Achievements and open questions. M. Economou, A. Javed, M. Madianos, L.E. Peppou (Eds.), *Psychosis: Patient and Family. International and Greek Examples of Psychiatric Rehabilitation*. Hellenic Branch of the World Association for Psychiatric Rehabilitation, pp. 30-35, Athens, 2015.
- [62] Loukidou E, Mastroyannakis A, Power T, Thornicroft G, Craig T, Bouras T. Evaluation of Greek psychiatric reforms: methodological issues. *Int. J. Ment. Health Syst.*, 2013; 7:11.
- [63] Missouridou E, Fradelos EC, Kritsiotakis E, Mangoulia P, Segredou E, Papathanasiou IV. Containment and therapeutic relationships in acute psychiatric care spaces: the symbolic dimensions of doors. *BMC Psychiatry*, 2022; 22:1.
- [64] Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, Υπόθεση Βένιος κατά Ελλάδας, (Προσφυγή αριθ. 33055/08), Μεταφραστική Υπηρεσία Υπουργείου Εξωτερικών, Αθήνα, Service des Traductions du Ministere des Affaires Etrangeres de la Republique Hellenique, Athenes Hellenic Republic, Ministry of Foreign Affairs, Translation Service, Athens.
- [65] Ατελής ο νόμος για την ακούσια νοσηλεία. Η Καθημερινή 08/11/2022 <http://www.kathimerini.gr/433930/article/epikairothta/ellada/atelhs-o-nomos-gia-thn-akoysia-noshleia>, ανάκτηση 25/07/2018
- [66] ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ (Ν. 3094/2003 “Συνήγορος του Πολίτη και άλλες διατάξεις”, Άρθρο 3 §5), Αυτεπάγγελτη έρευνα του Συνηγόρου του Πολίτη για την Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών. Μάιος 2007 <https://www.synigoros.gr/resources/docs/206391.pdf>, ανάκτηση 08/11/2022
- [67] Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων. Υπόθεση Καραμανώφ κατά Ελλάδας -Προσφυγή αριθ. 46372/09, Απόφαση 26 Ιουλίου 2011
- [68] Συγγελάκη Δ. Εφαρμογή νομικού πλαισίου σε ακούσιες νοσηλείες ψυχιατρικών ασθενών. Διπλωματική Διατριβή, Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Τμήματα Ιατρικής - Νομικής - Οδοντιατρικής - Θεολογίας ΑΠΘ Σύγχρονες Ιατρικές Πράξεις: Δικαιϊκή Ρύθμιση και Βιοηθική Διάσταση, 2018.
- [69] Stylianidis S. Empowerment and advocacy: Towards a democracy in mental health. Athens: Topos, 2016.

- [70] Douzenis A, Michopoulos I, Economou M, Rizos M, Christodoulou C, Lykouras L. Involuntary admissions in Greece: A prospective national study of police involvement and client characteristics affecting emergency assessment. *International Journal of Social Psychiatry*, 2012; 58: 172–177.
- [71] The Greek Ombudsman. 2007 Annual Report Summary, https://www.theioi.org/downloads/c1gm/Europe_Greece_Greek%20Ombudsman%20Annual%20Report%202007_EN.pdf Ανάκτηση 08/11/2022
- [72] Chondros P. The contribution of NGOs in the empowerment of users and family members in Greece: Actions and problems. In M. Economou, A. Javed, M. Madianos, & L. Peppou (Eds.), *Psychosis: Patient and family: International and Greek examples of psychiatric rehabilitation* (1st ed., pp. 36–39). Athens: Hellenic Branch of the World Association for Psychiatric Rehabilitation, 2016.
- [73] Loukidou E, Mastroyannakis A, Power T, Craig T, Thornicroft G, Bouras N. Greek mental health reform: Views and perceptions of professionals and service users. *Psychiatriki*, 2013;24:37–44.
- [74] Souliotis K. Looking for democracy in health amidst the fiscal crisis: Patient participation in health policy decision making. In K. Souliotis (Ed.), *Democracy, citizens and health policy: Participation in decision making, lobbying and patient associations* (1st ed, pp. 23–51). Athens: Papazisis, 2014.
- [75] Stylianidis S, Peppou LE, Drakonakis N, Iatropoulou G, Nikolaidi S, Tsikou K, Souliotis K. Patients' views and experiences of involuntary hospitalization in Greece: a focus group study. *International Journal of Culture and Mental Health*, 2017;1–12.
- [76] Hein IM, De Vries MC, Troost PW, Meynen G, Van Goudoever JB, Lindauer RJ. Informed consent instead of assent is appropriate in children from the age of twelve: Policy implications of new findings on children's competence to consent to clinical research. *BMC Med Ethics* 2015; 16:76, doi: 10.1186/s12910- 015-0067-z
- [77] Lay B, Salize HJ, Dressing H, Rüsch N, Schönenberger T, Bühlmann M et al. Preventing compulsory admission to psychiatric inpatient care through psycho-education and crisis focused monitoring. *BMC Psychiatry* 2012, 12:136, doi:10.1186/1471- 244X-12-136

- [78] Rothärmel S. Patientenaufklärung, Informationsbedürfnis und Informationspraxis in der Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2006.
- [79] Nytingnes O, Ruud T, Norvoll R, Rugkåsa J, Hanssen-Bauer K. A cross-sectional study of experienced coercion in adolescent mental health inpatients. *BMC Health Serv Res* 2018;18:389
- [80] Mielau J, Altunbay J, Gallinat J, Heinz A, Bermpohl F, Lehmann A et al. Subjective experience of coercion in psychiatric care: a study comparing the attitudes of patients and healthy volunteers towards coercive methods and their justification. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2016;266:337–347.
- [81] Jendreyeschak J, Illes F, Hoffmann K, Holtmann M, Haas CR, Burchard F et al. Voluntary versus involuntary hospital admission in child and adolescent psychiatry: a German sample. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014;23:151–161.
- [82] Turunen S, Välimäki M, Kaltiala-Heino R. Psychiatrists' view of compulsory psychiatric care of minors. *Int J Law Psychiatry* 2010;33:35–42
- [83] Huntington C, Scott ES. Children's Health in a Legal Framework. *Future Child* 2015;25:177–197
- [84] Psaroulis D, Voultsos P. Medical Law and Elements of Bioethics. University Studio Press, Thessaloniki, 2011
- [85] Voultsos P, Tsamadou E, Karakasi MV, Raikos N, Pavlidis P. Involuntary psychiatric hospitalization of children and adolescents in Northern Greece: Retrospective epidemiological study and related ethical issues. *Psychiatriki*, 2020; 31 (2): 129-139.