

Η υποχρεωτική θεραπεία των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα: Ηθικά και νομικά προβλήματα

M. Μητροσύλη

Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας-Πρόνοιας, Α-ΤΕΙ Αθήνας, Αθήνα

Ψυχιατρική 2014, 25:285–292

Αυτό το άρθρο επικεντρώνεται στην εξέταση του μέτρου της υποχρεωτικής θεραπείας των ψυχικά πασχόντων στην κοινότητα, όχι μόνο από την άποψη των δικαιωμάτων του ανθρώπου και ειδικότερα των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, αλλά και από την άποψη της ηθικής και δεοντολογίας στην παροχή κλινικής φροντίδας. Εξετάζεται περαιτέρω η συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης του ψυχικά πάσχοντα στη θεραπεία στην περίπτωση που το άτομο χρήζει εκούσιας ή ακούσιας νοσηλείας, ενώ δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην περίπτωση της ακούσιας νοσηλείας. Σ' αυτό το εγχείρημα βασικά σημεία αναφοράς και ερμηνείας αποτελούν, ιδίως, η Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική του Συμβουλίου της Ευρώπης (Σύμβαση του Οβιέδο) που κυρώθηκε με τον ν. 2619/1998, άλλα διεθνή κείμενα (ΟΗΕ), καθώς και η ειδική εθνική νομοθεσία για την ψυχική υγεία (ν. 2071/1992, Κεφάλαιο vi). Η αρχή της συναίνεσης και η οριοθέτηση εξαιρέσεων από αυτήν αποτελούν βασική προϋπόθεση της προσέγγισής μας. Ειδικότερα το ενδιαφέρον μας στρέφεται στο άρθρο 7 της Σύμβασης του Οβιέδο (ν. 2619/1998), το οποίο αναφέρεται ειδικά στην προστασία των ατόμων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή. Ενισχύεται η άποψη ότι η συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης στην ψυχιατρική θεραπεία και η ακούσια νοσηλεία είναι έννοιες και διαδικασίες διακριτές, αλλά όχι πάντα αλληλοαποκλειόμενες. Σε κάθε περίπτωση, η υποχρεωτική θεραπεία δημιουργεί μείζονα διλήμματα σε σχέση με τη συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης του ατόμου στην ψυχιατρική θεραπεία, καθώς θέτει ζητήματα που θίγουν την αυτονομία του προσώπου. Ωστόσο σήμερα υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν διεθνώς τις δημόσιες πολιτικές να υιοθετήσουν το μέτρο της υποχρεωτικής θεραπείας στην κοινότητα. Πώς δικαιολογείται και νομιμοποιείται ο παράδοξος δεσμός: υποχρεωτική θεραπεία και κοινότητα; Με τη θέσπισή του σε πολλές χώρες της Ευρώπης και της Βορείου Αμερικής, το ανωτέρω μέτρο ασφαλώς δημιουργεί προβληματισμό για νέους τρόπους στην άσκηση της σύγχρονης ψυχιατρικής. Το ζήτημα είναι σε πιο πλαίσιο φροντίδας και θεραπευτικής σχέσης με τον ψυχικά ασθενή εγγράφεται η υποχρεωτική θεραπεία στην κοινότητα. Παρά ταύτα η τελευταία συνεχίζει να διχάζει τον ψυχιατρικό και νομικό κόσμο γιατί εγείρει έντονους προβληματισμούς από νομική, ηθική, δεοντολογική και κλινική πλευρά, καθώς προσβάλλει θεμελιώδη δικαιώματα του προσώπου. Στο πλαίσιο ενός νομικού πολιτισμού που η αρχή της κατόπιν ενημέρωσης συναίνεσης ή άρνησης αποτελεί σήμερα πρωταρχικό κανόνα νομιμοποίησης της ιατρικής και ψυχιατρικής πράξης, κάθε απόκλιση από αυτόν έχει επιπτώσεις στον ασθε-

νή και σε μια καλώς συγκερασμένη θεραπευτική αντιμετώπιση. Αντίβαρο στο παραπάνω μέτρο θα μπορούσε να αποτελέσει η ρύθμιση νομοθετικά των προγενέστερων οδηγιών και η πρόβλεψη για ορισμό από τον ψυχικά πάσχοντα προσώπου εμπιστοσύνης.

Λέξεις ευρετηρίου: Υποχρεωτική θεραπεία, ακούσια νοσηλεία, συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης, προγενέστερες οδηγίες, πρόσωπο εμπιστοσύνης, νομοθεσία.

Εισαγωγή

Η ακούσια κυρίως φαρμακευτική αγωγή των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην κοινότητα εκτός των χώρων της περίθαλψης αποτελεί σήμερα μια νέα πρακτική η οποία, αν και δέχεται έντονη κριτική από την άποψη των δικαιωμάτων των «ληπτών» και της ηθικής στην παροχή κλινικής φροντίδας, ενσωματώνεται σταδιακά στις νομοθεσίες των περισσότερων κρατών-μελών της Ένωσης, καθώς και πολλών Πολιτειών της Βορείου Αμερικής. Σ' αυτή τη θεσμοθέτηση συνετέλεσαν ασφαλώς πολλοί παράγοντες, όπως η επίδραση της λεγόμενης περιπατητικής ιατρικής στην ψυχιατρική, η μείωση των ψυχιατρικών κρεβατιών, η αποϊδρυματοποίηση, η μετεξέλιξη των δοκιμαστικών θεραπευτικών εξόδων και η επιβολή μέτρων ασφαλείας και ελέγχου για τους ψυχικά πάσχοντες στην κοινότητα.

Η Αρχή της συναίνεσης και η ψυχιατρική νοσηλεία

Με την καθιέρωση της κατόπιν ενημέρωσης συναίνεσης ή άρνησης στην άσκηση της σύγχρονης ιατρικής¹⁻⁴ γίνεται αποδεκτό ότι οι ασθενείς έχουν δικαίωμα στον σεβασμό της αυτονομίας, στον αυτοκαθορισμό και στην αυτοδιάθεση του προσώπου τους, καθώς και στον σεβασμό των δικαιωμάτων του ανθρώπου.^{5,6} Οι εκάστοτε αποφάσεις για την υγεία τους λαμβάνονται υπόψη από τους επαγγελματίες και γίνονται σεβαστές στο πλαίσιο μιας ασύμμετρης σχέσης.^{6,7}

Είναι αποδεκτό ότι και τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, ανεξάρτητα αν νοσηλεύονται εκούσια ή ακούσια, διαθέτουν το σύνολο των ανωτέρω δικαιωμάτων, αλλά και της σωματικής τους ακεραιότητας, όπως συμβαίνει με ασθενείς για σωματικές ή άλλες νόσους. Διαφορετικά τίθεται θέμα διακρίσεων.⁸ Είναι όμως αυτό τόσο αυτονόητο;

Καταρχάς, είναι προαπαιτούμενο οι ψυχικά πάσχοντες που νοσηλεύονται και θεραπεύονται με τη θέλησή τους να έχουν ικανότητα συναίνεσης. Εξαίρεση

αποτελεί μια τυχόν αιφνίδια επιδείνωση της κατάστασης της ψυχικής υγείας εκούσια νοσηλεύομένου ασθενούς, η οποία μπορεί να δικαιολογήσει την άμεση επέμβαση του ψυχιάτρου για ακούσια θεραπεία και την ταυτόχρονη προσφυγή για μετατροπή του καθεστώτος νοσηλείας. Εντούτοις, ακούσια νοσηλεία και ακούσια θεραπεία δεν επικαλύπτονται. Εδώ θα πρέπει να επισημάνουμε ότι η ικανότητα συναίνεσης δεν ταυτίζεται και δεν καλύπτεται από την ικανότητα δικαιοπραξίας.^{9,10} Ακόμη πρέπει να υπογραμμίσουμε ότι η κατόπιν ενημέρωσης συναίνεση ή η άρνηση δεν καλύπτει την εκμαίευση της συναίνεσης, εφόσον για την τελευταία τίθεται πάντα θέμα αξιολόγησης της εγκυρότητάς της. Επιπλέον υπάρχουν περιπτώσεις που η συναίνεση στην ψυχιατρική πράξη είναι νόμιμη, αλλά δεν είναι ηθική. Αναφέρεται συχνά το παράδειγμα του καταθλιπτικού ασθενούς, χωρίς διάθεση να ενημερωθεί και συναίνεσει, ο οποίος επαφίεται στον θεραπευτή του να αποφασίσει «εν λευκώ» γι' αυτόν. Αντίθετα υπάρχουν ασθενείς για τους οποίους θεμελιώνεται ηθικά, όχι όμως και νομικά, η από τον θεραπευτή παραγνώριση της άρνησης συναίνεσης για ψυχιατρική επέμβαση. Αφορά στην περίπτωση παρανοϊκού ασθενή που ενεργεί απειλητικά και βίαια, ο οποίος υφίσταται υποχρεωτική καταπραϋντική θεραπεία, χωρίς άμεσο θεραπευτικό όφελος για την υγεία του.¹¹

Στο ερώτημα πώς μπορεί να αντιμετωπιστεί στην ψυχιατρική πράξη ένα πρόσωπο χωρίς ικανότητα συναίνεσης, η Σύμβαση του Οβιέδο (άρθρο 7), έχοντας ως σκοπό τον περιορισμό των περιπτώσεων που μπορούν να υποβληθούν χωρίς τη συναίνεσή τους σε θεραπεία της ψυχικής διαταραχής τους, προβλέπει αυτή τη δυνατότητα στην περίπτωση που το πάσχον πρόσωπο ...*χωρίς αυτή τη θεραπεία, είναι πιθανό να έχει σοβαρή βλάβη της υγείας του.*^{12,13}

Ανεξαρτήτως λοιπόν του τρόπου νοσηλείας, και πιο συγκεκριμένα μετά τη Σύμβαση του Οβιέδο, και στην ακούσια νοσηλεία αναζητείται η συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης, εφόσον η κατάσταση της ψυχικής υγεί-

ας του ατόμου βελτιώνεται και η συμμετοχή του εκ των πραγμάτων είναι εφικτή. Ο Hoerni¹⁴ υποστηρίζει ότι η αυτονομία των ασθενών περνά από την αυτονομία των θεραπειών, δίνοντας έμφαση στη σχέση θεραπευτή-θεραπευμένου. Ωστόσο, η ενημέρωση των ψυχικά ασθενών από τους ψυχιάτρους και άλλους επαγγελματίες σε πολλές χώρες είναι ελλειμματική

Στο ελληνικό δίκαιο, κατά κανόνα, εκτός των επείγουσών καταστάσεων¹⁶ ή των περιπτώσεων νομικά ανίκανων ατόμων που η συναίνεση δίνεται από τον νόμιμο αντιπρόσωπό τους, η υποχρεωτική θεραπεία δεν επιτρέπεται. Όμως, όσον αφορά στους ψυχικά πάσχοντες που εισάγονται εκούσια για νοσηλεία σε κατάλληλη μονάδα ψυχικής υγείας με τον νόμο 2071/1992¹⁷ (άρθρο 94), αυτοί διαθέτουν την ικανότητα συναίνεσης ή άρνησης στη θεραπεία η οποία πρέπει να εκφραστεί, διαφορετικά η παραμονή τους υπό αυτό το καθεστώς για νοσηλεία και θεραπεία είναι παράνομη ή και άκυρη, εγείροντας ζητήματα ποινικής, αστικής και πειθαρχικής ευθύνης.^{1,3,18}

Αντίθετα η ακούσια νοσηλεία δεν διακρίνεται ρητά από την υποχρεωτική θεραπεία στον νόμο 2071/1992¹⁷ (άρθρα 95–101). Και αν συνδέεται άμεσα η ακούσια νοσηλεία με τον σεβασμό των δικαιωμάτων του ανθρώπου,^{19–23} δεν είναι τόσο προφανής ο δεσμός ακούσιας εισαγωγής με την υποχρεωτική θεραπεία. Γιατί πάντα ζητούμενο κάθε θεραπευτικού πρωτοκόλλου είναι η αναζήτηση της συναίνεσης, ως βάση από ηθική και θεραπευτική πλευρά μιας βαθιάς συνεργασίας με το υγιές κομμάτι του Εγώ του ψυχικά πάσχοντα. Κατά συνέπεια, η ακούσια νοσηλεία δεν σημαίνει εξ ορισμού τη λήψη οποιασδήποτε θεραπευτικής αγωγής ή μέτρου ασφαλείας χωρίς συναίνεση. Ενώ οι «επεμβάσεις» που μπορεί να γίνουν χωρίς τη συναίνεση του ατόμου με ψυχικές διαταραχές (άρθρο 7 της Σύμβασης του Οβιέδο) δεν είναι δυνατόν να προκαλέσουν μη αναστρέψιμες καταστάσεις στην ψυχική και σωματική του ακεραιότητα.^{12,13}

Η παραπάνω διάταξη της Σύμβασης του Οβιέδο¹² (άρθρο 7) θέτει ερωτήματα επιλογών πολιτικής ψυχικής υγείας, καθώς και ερμηνευτικά νομικά προβλήματα. Συνδέει την υποχρεωτική θεραπεία με τη νοσηλεία για θεραπεία επικίνδυνων ψυχικά ασθενών για τον εαυτό τους και τους άλλους; Ή ανοίγει τον δρόμο της υποχρεωτικής ψυχιατρικής αγωγής για ψυχικά πάσχοντες στην κοινότητα; Κλίνω προς τη

δεύτερη εκδοχή, ανεξάρτητα από τα θετικά ή αρνητικά σημεία του ανωτέρω μέτρου, γιατί οι πολιτικές ψυχικής υγείας, αλλά και οι νομοθεσίες σε ευρωπαϊκό επίπεδο σπεύδουν να ρυθμίσουν προς αυτήν την κατεύθυνση το ζήτημα. Υπάρχει κάτι που μετακινείται στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο διεθνές περιβάλλον λόγω της πολυεπίπεδης κρίσης. Το πρόσταγμα: Όλοι έξω, όλοι εν δυνάμει «λήπτες» υπό επιτήρηση μέσω υποχρεωτικής θεραπείας, κυρίως χημικής, φαίνεται να επιβεβαιώνει την ανάλυση του Μ. Φουκώ²⁴ για τη βιοεξουσία, και διευκολύνεται από την ταξινομητική λογική του DSM.²⁵

Εντούτοις, στη νομολογία των δικαστηρίων πολλές φορές περιλαμβάνονται αποφάσεις που δημιουργούν πιο σύνθετους προβληματισμούς. Αναφέρω ενδεικτικά τη νομολογία του διοικητικού δικαστηρίου της Γενεύης (7 mars 1995, K.C.DASS et IUPG) που εξέδωσε μια πρωτοφανή απόφαση, το εύρος της οποίας περιορίστηκε κάπως στη συνέχεια με νομοθετική ρύθμιση. Σύμφωνα με αυτήν, το Δικαστήριο θεωρεί ότι η βούληση του ψυχικά αρρώστου να μην του δοθούν υποχρεωτικά νευροληπτικά σε επείγουσα κατάσταση είναι σεβαστή, εφόσον υπάρχουν άλλοι τύποι αγωγής που μπορούν να σώσουν τη ζωή του ή να διαφυλάξουν το δημόσιο συμφέρον, κυρίως αν η βούληση συνάγεται από προγενέστερες οδηγίες.

Η υποχρεωτική θεραπεία στην κοινότητα

Όπως αναφέρθηκε ήδη, παράλληλα με την ακούσια νοσηλεία για θεραπεία σε κατάλληλη μονάδα ψυχικής υγείας αναπτύσσεται διεθνώς μια νέα πολιτική ψυχικής υγείας: Η υποχρεωτική θεραπεία στην κοινότητα.

Οι ψυχικά ασθενείς, στη βάση κάποιου υποχρεωτικού θεραπευτικού πρωτοκόλλου, χωρίς τη συναίνεσή τους, υποχρεώνονται να υποβληθούν σε ψυχιατρική αγωγή στα εξωτερικά ιατρεία, ενώ διαβιούν στις κοινοτικές μονάδες, στην κατοικία τους ή ακόμη και στον «δρόμο». Αυτή η τελευταία αναφορά αναφέρεται σε άστεγους ή ανθρώπους χωρίς σταθερή διαμονή που ζουν στους δημόσιους χώρους. Τα συγκεκριμένα άτομα, που συχνά διαταράσσονται ψυχικά λόγω κοινωνικο-οικονομικών πιέσεων, αποτελούν κάτι καινούργιο για τη δημόσια ψυχιατρική: την «κλιτική της αβεβαιότητας/ευαλωτότητας».^{26,27}

Η ακούσια αγωγή είναι κυρίως φαρμακευτική, όπως η λήψη νευροληπτικών σκευασμάτων ενώπιον των

επαγγελματιών υγείας ή η μηνιαία ένεση με νευροληπτικά βραδείας αποδέσμευσης. Αυτή αποκτά θεραπευτική διάσταση, μόνο όταν εξασφαλίζεται η συνέχεια της φροντίδας.

Παρόλο που η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ακούσιας θεραπείας είναι αμφισβητούμενη διεθνώς ως προς τη μείωση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας ή τη βελτίωση της κλινικής εικόνας και της κοινωνικής λειτουργίας του ατόμου,²⁸⁻³⁰ η θέσπισή της δεν παύει να πληθαίνει, όπως αποδεικνύει η τροποποίηση της *Mental Health Act (2007)*³¹ στο Ηνωμένο Βασίλειο ή της *Loi du 27 Jullet 1990 (2011)*³² στη Γαλλία. Ταυτόχρονα υπάρχουν πολλές επιφυλάξεις για την επιβολή ακούσιας θεραπείας στην κοινότητα σε σχέση με την προσβολή των θεμελιωδών δικαιωμάτων του ανθρώπου: της ελευθερίας, της αυτονομίας, της αξιοπρέπειας και της περιθάλψης. Πώς είναι δυνατόν να υποχρεωθεί ακουσίως ο ασθενής, που είναι ικανός να ζει στην κοινότητα, σε υποχρεωτική θεραπεία; Πράγματι αυτό ενέχει ένα παράδοξο.

Αυτή η θεραπεία φαίνεται να ακουμπά σε διαχειριστικές πολιτικές στραμμένες προς τον έλεγχο του υποκειμένου και την ασφάλεια της κοινότητας, και ταυτόχρονα σε κάποιες κακές πρακτικές άσκησης της ψυχιατρικής. Βέβαια σ' αυτήν την κατεύθυνση συνέβαλαν και οι προσεγγίσεις της μηδενικής ανοχής που έδωσαν έμφαση στην τιμωρία απορρίπτοντας την κοινωνική επανένταξη. Αυτές οι πολιτικές και πρακτικές, όμως, πόρρω απέχουν ως προς τη φιλοσοφία τους από την επιστημονική σύλληψη της ψυχιατρικής του τομέα, στην οποία ασφαλώς μπορεί να υπάρχει θεραπευτικός παρεμβατισμός ο οποίος διαφοροποιείται βασικά γιατί στηρίζεται σε μια ηθική και δεοντολογική διαπραγμάτευση για συναίνεση, αφού συνδέει τη φαρμακευτική ή άλλη αγωγή με τη θεραπευτική σχέση.

Παράλληλα το νέο μέτρο της υποχρεωτικής θεραπείας στην κοινότητα προσβάλλει την ελευθερία και την αξιοπρέπεια των ψυχικά ασθενών και ενδέχεται να αποτελεί αυθαίρετη ιατρική πράξη ως προσβολή της προσωπικότητας, αν δεν προβλέπονται δικαιοδοτικές εγγυήσεις. Αυτό εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό όχι μόνο από τη νομοθετική ρύθμιση, αλλά και από την ουσιαστική εφαρμογή της νομοθεσίας. Στην περίπτωση της υποχρεωτικής θεραπείας στην κοινότητα, η ελευθερία μπορεί να μην αφορά άμεσα στην ελευθερία της κίνησης ή της ιδιωτικής ζωής, όπως

συμβαίνει στην ακούσια νοσηλεία, αλλά είναι κατά τη γνώμη μου μια ελευθερία υπό όρους, ενώ η αξιοπρέπεια του ψυχικά αρρώστου κινδυνεύει από τυχόν εργαλειοποίησή του για την εξυπηρέτηση άλλου σκοπού, πλην του θεραπευτικού. Όμως ο θεραπευτικός σκοπός δεν νομιμοποιεί οποιαδήποτε πράξη, καθώς ο σεβασμός στην αξιοπρέπεια του προσώπου εκδηλώνεται με σεβασμό στη σωματική και ψυχική του ακεραιότητα.¹⁸

Επίσης, η υποχρεωτική θεραπεία θέτει σοβαρά νομικά προβλήματα όσον αφορά στη διαδικασία λήψης του μέτρου, ελέγχου της αναγκαιότητας, της αναλογικότητας και της παύσης του, ενώ ενέχει ηθικά εκβιαστικά διλήμματα του τύπου «ακούσια νοσηλεία» ή «υποχρεωτική κοινότητα» τόσο για τους επαγγελματίες όσο και τους ψυχικά αρρώστους. Αντίβαρο ως έναν βαθμό αποτελούν η ποιότητα της διαδικασίας και το περιεχόμενο της ψυχιατρικής γνωμάτευσης, η οποία πρέπει να είναι συγκεκριμένη και αιτιολογημένη ώστε να παρέχει πραγματικές εγγυήσεις στους πάσχοντες ή ενδεχομένως στη Δικαιοσύνη.

Οι ψυχικά άρρωστοι που υποβάλλονται σε αυτό το μέτρο υφίστανται τον κοινωνικό έλεγχο, στιγματίζονται και απομονώνονται σε βαθμό πρωτόγνωρο μέσα στον ίδιο τον κοινωνικό ιστό, αφού θεωρούνται ως εν δυνάμει επικίνδυνοι για την ασφάλεια των άλλων μελών της κοινότητας.^{30,33,34} Αυτή η στροφή στην πρόληψη της επικινδυνότητας αποτελεί συνέπεια της διαμόρφωσης των νέων ιστορικο-κοινωνικών συνθηκών στον 21ο αιώνα. Οι εφαρμοζόμενες δημόσιες πολιτικές φέρνουν τους ψυχικά πάσχοντες αντιμέτωπους με μια εχθρική κοινωνία που βρίσκεται λόγω της οικονομικής κρίσης και της ρήξης των κοινωνικών δεσμών, σε κατάσταση ανασφάλειας και αβεβαιότητας, και αποδέχεται ως πολιτική ψυχικής υγείας μόνο την πολυφαρμακία και την ασυνεχή παρακολούθηση.

Η έννοια της επικινδυνότητας, που εξοστρακίστηκε τις δεκαετίες '60-'90 από την ψυχιατρική του τομέα όπου δόθηκε έμφαση στη «δι-υποκειμενικότητα» των θεραπευτικών σχέσεων μέσω φαρμάκων, ψυχοθεραπειών και προτάσεων αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, εμφανίζεται σήμερα διεθνώς ως ένα νέο παράδειγμα δημόσιας πολιτικής, και επανέρχεται σε νομοθετικό και θεσμικό επίπεδο μέσα από στρατηγικούς σχεδιασμούς «αστυνόμευσης και ασφάλειας». Αυτό δεν σημαίνει ότι υπάρχει παλινδρό-

μηση σε μια ασυλικού τύπου ψυχιατρική περίθαλψη των αρχών του 20ού αιώνα.

Την εποχή ακμής της τεχνολογίας και του πολιτισμού των δικαιωμάτων εμπεδώνεται σταδιακά σε επίπεδο πολιτικής υγείας μια ψυχιατρική φροντίδα, η οποία επικαλείται λεκτικά τα δικαιώματα του ανθρώπου τα οποία στην πράξη αναιρεί. Οι ψυχικά ασθενείς προσβάλλονται ως προς τα θεμελιώδη δικαιώματά τους και εγκαταλείπονται στον «δρόμο» από το κοινωνικό κράτος, που μόλις τους είχε απελευθερώσει, περιπλανώμενοι στους δημόσιους χώρους. Κατά συνέπεια, το κλείσιμο των ψυχιατρικών νοσοκομείων είναι μια ορθή πολιτική ψυχικής υγείας, υπό την προϋπόθεση ότι στη θέση τους λειτουργούν υπηρεσίες ψυχικής υγείας που εξασφαλίζουν τη συνέχεια της φροντίδας σε επίπεδο πρόληψης-θεραπείας-αποκατάστασης. Διαφορετικά αυτή η δημόσια πολιτική οδηγεί τους ασθενείς στην εξαθλίωση ιδιαίτερα σε μια δύσκολη ιστορική συγκυρία, επιβάλλοντας μέτρα ασφαλείας: αφενός τον νέο-ιδρυματισμό σε μονάδες για δύσκολους ασθενείς και αφετέρου τη λήψη του μέτρου της υποχρεωτικής θεραπείας διά της ακούσιας αγωγής στην κοινότητα.^{30,33,34}

Η θέσπιση των προγενέστερων οδηγιών και ο ορισμός προσώπου εμπιστοσύνης ως εναλλακτικές προτάσεις

Αν δεχτούμε ότι η ακούσια νοσηλεία και η υποχρεωτική θεραπεία είναι επώδυνα μέτρα για τους ψυχικά ασθενείς και ότι προσβάλλουν συχνά κατά την πρακτική τους εφαρμογή τα δικαιώματα του ανθρώπου, τότε θα πρέπει να λαμβάνονται σε εξαιρετικές περιπτώσεις. Μια εναλλακτική πρόταση μπορεί να αποτελέσουν οι προγενέστερες οδηγίες ή η ψυχιατρική διαθήκη ή η σύμβαση του Οδυσσέα.³⁵⁻³⁷

Η Σύμβαση του Οβιέδο¹² προβλέπει τις προγενέστερα εκφρασθείσες επιθυμίες, όταν ο ασθενής κατά τη διάρκεια της επέμβασης δεν είναι σε θέση να εκφράσει τις επιθυμίες του (άρθρο 9). Αυτός ο κανόνας επιχειρεί να επαναφέρει το θέμα της συναίνεσης στην ιατρική πράξη, καλύπτοντας τυχόν μελλοντικές καταστάσεις όταν το άτομο δεν μπορεί να εκφράσει έγκυρα τη συναίνεσή του, λόγω απουσίας ικανότητας συναίνεσης.^{12,13} Εξαιρέση αποτελούν οι περιπτώσεις χειρισμού επειγόντων περιστατικών όπου αναγνωρίζεται το θεραπευτικό προνόμιο. Αυτό μπορεί να συμβεί όχι μόνο σε περιπτώσεις ψυχικής διαταραχής, αλλά και σε άλλες

ασθένειες. Οι επαγγελματίες υγείας συνεκτιμούν την προγενέστερη επιθυμία του ασθενούς στη λήψη των θεραπευτικών αποφάσεων, χωρίς να δεσμεύονται από αυτήν. Ενδέχεται να ανακύψουν λόγοι που είναι δεσμευτικοί για λήψη πρόσφατης συναίνεσης, όταν για παράδειγμα υπάρχει μεγάλη χρονική απόκλιση από την έκφραση της επιθυμίας του προσώπου ή όταν υπάρχουν νέες τεχνικές στην αντιμετώπιση της αρρώστιας λόγω προόδου της επιστήμης. Όμως η μη συνεκτίμηση της εκφρασμένης θέλησης των ασθενών θα πρέπει να είναι αιτιολογημένη, επειδή παραγνωρίζει το δικαίωμα αυτοκαθορισμού του προσώπου. Εντούτοις η Σύμβαση του Οβιέδο¹² κατοχυρώνει το επιτρεπτό των προγενέστερων οδηγιών και προτρέπει τους εθνικούς νομοθέτες να διαμορφώσουν πιο προωθημένους νόμους από το παραπάνω ελάχιστο όριο. Αυτή την πολιτική υγείας ενδυναμώνει το Συμβούλιο της Ευρώπης με την R1859 (2012).³⁸

Χωρίς να είναι απλό θέμα η θέσπιση των προγενέστερων οδηγιών σε σχέση με τον τύπο, το περιεχόμενο και τον σχεδιασμό εύκολης πρόσβασης των γιατρών, αυτή η ρύθμιση είναι μια πρόκληση για την Ελλάδα. Ήδη στον ΚΙΔ³⁹ γίνεται αναφορά στο δεοντολογικό καθήκον του γιατρού να λαμβάνει υπόψη του τις εκ των προτέρων εκφρασθείσες επιθυμίες, επαναλαμβάνοντας ουσιαστικά τη Σύμβαση του Οβιέδο¹² (άρθρο 29 παρ 2). Παρά ταύτα, δεν δίνονται κατευθύνσεις σε σύνθετα δεοντολογικά ζητήματα που ανακύπτουν καθημερινά στην πράξη, γιατί σε ηθικό επίπεδο διατηρούν τη σημασία τους προβληματισμοί σε σχέση με την επίλυση συγκρουόμενων αξιών, όπως της αυτονομίας και της ωφελιμότητας.

Ειδικότερα στην ψυχική υγεία είναι φανερό η σημασία των προγενέστερων οδηγιών, καθώς η χρήση τους συμβάλλει στον σεβασμό της ελευθερίας, της αυτονομίας και της αξιοπρέπειας των ψυχικά αρρώστων, στην περίπτωση ψυχιατρικής επέμβασης χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς που αποβλέπει ιδίως στην αποτροπή πράξεων βίας προς τρίτους. Ταυτόχρονα λειτουργεί θεραπευτικά, αφού αναγνωρίζει τον αυτοκαθορισμό των προσώπων ως ηθική βάση της θεραπευτικής σχέσης.

Όμως αντικείμενο δεοντολογικού και νομικού προβληματισμού παραμένει η επέμβαση σε πράξη βίας κατά του εαυτού και τα όριά της. Στην ελληνική νομοθεσία (ν. 2071/1992),¹⁷ όπως επίσης σε αλλοδαπές νομοθεσίες, οι προϋποθέσεις της ακούσιας νοσηλείας

ας περιλαμβάνουν τόσο τις πράξεις βίας κατά τρίτων όσο και τις πράξεις βίας κατά του ίδιου.

Εκτός από την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, οι προγενέστερες οδηγίες αποτελούν ένα πολύτιμο κλινικό εργαλείο με προληπτικές και θεραπευτικές διαστάσεις ιδίως για ορισμένες μορφές ψυχικών διαταραχών (διπολικές ψυχώσεις...) ή για ασθενείς με συχνές υποτροπές. Επίσης ο ασθενής μπορεί να οδηγηθεί στην αποδοχή της αρρώστιας του, στη συνειδητοποίηση της κρίσης ή της υποτροπής, στη συμφωνία τήρησης ενός θεραπευτικού πρωτοκόλλου και στην αποφυγή εκούσιας ή ακούσιας νοσηλείας.

Οι προγενέστερες οδηγίες είναι έγγραφες και ελευθέρως ανακλητές. Προηγούνται χρονικά της ψυχιατρικής πράξης και δίνονται από ενήλικο πρόσωπο που έχει συνείδηση των πράξεών του για την περίπτωση που θα βρεθεί σε ανικανότητα να εκφράσει τη βούλησή του. Εν προκειμένω η συναίνεση απαιτείται, κατά τη γνώμη μου, να δίνεται εγγράφως και θα μπορούσε να ισχύει για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και ακολούθως να αναθεωρείται. Όσον αφορά στο περιεχόμενό τους, εκτός των προσωπικών στοιχείων και άλλων τυπικών στοιχείων, στις προγενέστερες οδηγίες δίνεται η συναίνεση υγιούς ατόμου ή

ψυχικά αρρώστου σε περιόδους «ύφεσης» της ασθένειας. Αυτές στοχεύουν στην επιλογή της θεραπείας από τον ψυχίατρο, όταν η λήψη της συναίνεσης κατόπιν ενημέρωσης είναι προβληματική ή αδύνατη.¹⁴ Επιπροσθέτως στις οδηγίες μπορεί να καθορίζεται από τον ασθενή και ένα άτομο που καλείται πρόσωπο εμπιστοσύνης ή συνοδό στη θεραπεία πρόσωπο, το οποίο συντρέχει γενικά τον ψυχικά άρρωστο στην αντιμετώπιση της αρρώστιας του ή αναπληρώνει τη θέληση του πάσχοντα μέσα στα όρια που δίνονται από αυτόν. Το πρόσωπο αυτό δεν χρειάζεται να συμπιπτει με τον δικαστικό συμπαραστάτη, και δημιουργεί μεγαλύτερη ασφάλεια δικαίου η μη ταύτισή του.

Συμπέρασμα

Έχοντας ως βάση την προηγηθείσα ανάλυση και έρευνα επί του θέματος, έγιναν κατανοητοί οι λόγοι για τους οποίους ορισμένες νομοθεσίες έχουν ήδη προχωρήσει σε νομοθετικές ρυθμίσεις εναλλακτικών τρόπων για την επίλυση ζητημάτων που προκύπτουν κατά την ακούσια νοσηλεία και θεραπεία. Προτείνεται η Ελλάδα να προχωρήσει στη ρύθμιση των προγενέστερων οδηγιών, καθώς και στην επιλογή από τον ψυχικά πάσχοντα προσώπου εμπιστοσύνης.

Involuntary treatment of mental patients in the community: Legal and ethical dilemmas

M. Mitrossili

Department of Health and Social Welfare Management, TEI of Athens, Athens, Greece

Psychiatriki 2014, 25:285–292

This article focuses on the measure of involuntary treatment of mental patients in the community, not only with regard to human rights and more specifically those of persons with mental disorders, but also with regard to ethics and deontology in mental healthcare delivery service. In this light, the important role of informed consent in psychiatry with regard to the psychiatric act is examined. Informed consent of mental patients in treatment when they are in need of voluntary or involuntary hospitalization is further examined, while emphasis is being put on the case of involuntary treatment. The Convention for Human Rights and Biomedicine (Convention of Oviedo), the European Convention of Human Rights, other documents of International Organizations (UN) and specialized national legislation (A. 2071/1992, Chapter vi, Greek law) constitute basic reference and interpretation points. The examination of consent and the demarcation of the exceptions are important issues that need to be approached. More particularly, our interest lies with the article 7 of the Convention

for Human Rights and Biomedicine, which specifically refers to the protection of person who suffers from a mental disorder. The opinion that informed consent in psychiatric treatment and involuntary treatment are concepts and processes which are distinct but not always mutually exclusive is enhanced. In any case, involuntary treatment causes major dilemmas as far as informed consent in the psychiatric act is concerned, as it raises issues that affect the autonomy of the person. Today, however, there are many factors which influence public politics towards the adoption of the measure of involuntary treatment within the community. How is it that this paradoxical link is legitimized and justified: involuntary treatment and community? The enactment of the above mentioned measure in many European and North American countries has created new paths in the practice of contemporary psychiatry. Nonetheless, it continues to divide the psychiatric and legal word for it causes intense questioning from a legal, ethical, deontological and clinical aspect, as it offends fundamental rights of the individual. In a legal civilization, in which the principle of informed consent or refusal constitutes a basic rule of the lawfulness of the medical and psychiatric act, any divergence from this rule has consequences for the patients and affects a well-tempered therapeutic treatment. The above mentioned measure could be counterbalanced by the legal regulation of advance directives and the provision for the appointment of a proxy person by the mental patient.

Key words: Involuntary treatment, involuntary hospitalization, informed consent, advance directives, proxy person, legislation.

Βιβλιογραφία

1. Φουντεδάκη Α. *Η «συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς», σύμφωνα με το νέο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας* (ν. 3418/2005). Στο: Καϊάφα-Γκμπάντι Μ, Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε, Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε (Επιμ. εκδ.) *Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής 1*. Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2006:13–38
2. Κουτσελίνη Α, Μιχαλοδημητράκη Μ. *Ιατρική Ευθύνη*. Gutenberg, Αθήνα, 1984
3. Κανελλοπούλου-Μπότη Μ. *Ιατρική Ευθύνη για μη ενημέρωση ή πλημμελή ενημέρωση του ασθενούς κατά το ελληνικό και αγγλοσαξωνικό δίκαιο*. Αντ. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, 1999
4. Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, *Έκθεση: Συναίνεση στη σχέση ιατρού-ασθενούς*, 2010, Available www.bioethics.gr
5. Unesco (IBC), Report on Consent, 2008, Available www.unesco.org/shs/bioethics
6. Maclean A. *Autonomy, Informed Consent and Medical Law*, Cambridge University Press, Cambridge, 2009
7. Βασιλόγιαννης Φ. Η αρχή και οι κανόνες της συναίνεσης του ασθενούς: ζητήματα ερμηνείας και εφαρμογής. Στο: Παπαδημητρίου Ι, Δρακοπούλου Μ (Επιμ. εκδ.) *Βιοηθική και Ανθρώπινα Δικαιώματα*. Αντ. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, 2010: 25–46
8. Ν. 4074/2012 (ΦΕΚ 88/Α/11.4.12). Κύρωση της Σύμβασης για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες και του Πρόσθετου Πρωτοκόλλου για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες. ΟΗΕ, 2006
9. Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι. *Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς*. Αντ. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, 1993
10. Γκαρανίη-Παπαδάτου Τ, Πλουμπίδης Δ. Η έννοια της ικανότητας στην ψυχική υγεία: νέες προσεγγίσεις. *Ψυχιατρική* 2005, 3:257–268
11. CNE Λουξεμβούργου, Avis 1, 1999 Available www.cne.public.lu/.../avis 1999
12. Ν. 2619/1998 (ΦΕΚ 132/Α/19.6.98), Κύρωση της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την Προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής. Σύμβαση για τα Ανθρώπινα δικαιώματα και τη Βιοϊατρική, Οβιέδο, 1997
13. Council of Europe, Explanatory report to the Convention on Human rights and Biomedicine Available www.coe.int.org/
14. Hoerni B. *Ethique et déontologie médicale*. Masson, Paris, 2000
15. Ντουράκη Θ. *Η αναγκαστική στέρηση της προσωπικής ελευθερίας των ψυχικά πασχόντων μέσα από τη νομολογία των δικαιοδοτικών οργάνων της ΕΣΔΑ*. Στο: Σύμμεικτα. Βεγλερή ΦΘ, τ.Β, Αθήνα, 1988:303–319
16. Βιδάλης Τ. *Η «εικαζόμενη συναίνεση». Επιθεώρηση Βιοηθικής*, 2007–2008, Ι, Ι:107–111
17. Νόμος 2071/1992 (ΦΕΚ 123/Α/15.7.92). *Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας*
18. Μητροσύλη Μ. *Δίκαιο της Υγείας. Μονάδες Υγείας, Επαγγελματίες Υγείας, Ασθενείς*. Παπαζήση, Αθήνα, 2009
19. Συνήγορος του Πολίτη, Ειδική Έκθεση: *Αυτεπάγγελτη έρευνα του Συνηγόρου του Πολίτη για την ακούσια νοσηλεία ψυχικά ασθενών*. Αθήνα, 2007. Available www.synigoros.gr
20. Κοσμάτος Κ. *Η ακούσια νοσηλεία σε μονάδα ψυχικής υγείας, Ερευνητικές διαπιστώσεις και προοπτικές από την εφαρμογή του νόμου 2071/1992*, Αντ. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, 2002
21. Φυτράκης Ε. Τα δικαιώματα των Ψυχικά Ασθενών. Από την ανοχή στην υποστήριξη. *Θέματα Αναπηρίας* 2011, 25:4–7
22. Παρασκευόπουλος Ν. Ο εγκλεισμός σε Ψυχιατρείο ως προληπτικό μέτρο και ως μέτρο ασφαλείας του ελληνικού Ποινικού Κώδικα. *Τετράδια Ψυχιατρικής* 1997, 60:27–31

23. Μανιτάκης Α. Οι εγγυήσεις προσωπικής ελευθερίας της ΕΣΔΑ και η κράτηση «ψυχασθενούς» σε ψυχιατρικό ίδρυμα. Η συνταγματικότητα της ισχύουσας σχετικής νομοθεσίας. *ΕΕΕυρωΔ* 1983, 537–555
24. Foucault M. *La volonté du savoir*. Paris, Gallimard, 1976
25. American Psychiatric Association *Diagnostic and Statistical Manual of the Mental Disorders*, edition IV-TR, V, Washington DC, 1994
26. Μητροσύλη Μ. Όψεις της Δυσφορίας στον Πολιτισμό Σήμερα. *Εκ των Υστέρων*, 2012, Τεύχος 24
27. Furtos J. *Les cliniques de la précarité*. Masson, Paris, 2011
28. Kisely S, Campbell LA, Perston N. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Rev* 2005, 3: CD004408 (PubMed)
29. Swanson JW, Swartz MS, Wagner R, Burns BJ, Borum R, Hiday VA. Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behavior in persons with several mental illness. *Br J Psych* 2000, 176:324–331
30. Woolley S. Involuntary treatment in the community: role of community treatment orders. *Psychiatr Line* 2010, 34:441–446
31. Mental Health Act 2007. Available legislation.gov.uk
32. Loi no 2011-803 du 5 Juillet 2011. Relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet des soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. *JORF* no 0155 du 6 juillet 2011
33. Martin JP. Consentement aux soins et servitude contrainte. *VST-Vie Sociale et Traitements* 2011/4, no 112:112–116, DOI : 10.3917/vst.112.0112
34. Senon JL. Soins ambulatoires sous contrainte: une mise en place indispensable pour préserver une psychiatrie publique moderne. *Information Psychiatrique* 2005, 81:627–634
35. Szmukler G. Advance statements in Psychiatry. *Psychiatry* 2007, 6:49–51 (Elsevier)
36. Widdershoven G, Bergahmans R. Advance directives in psychiatric care: a narrative approach. *J Med Ethics* 2001, 27:92–97
37. Scheyett A, Kim M, Swanson J, Swartz M. Psychiatric Advance Directives: A tool for consumer empowerment and recovery. *Psych Rehab J* 2007, 31:70–75
38. Council of Europe, Recommendation of the Committee of Ministers, No. R 1859 (2012) Available www.coe.int/
39. Ν. 3418/2005 (ΦΕΚ 287/Α/28.11.05), Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας

Αλληλογραφία: Μ. Μητροσύλη, Δικηγόρος, Επίκουρος Καθηγήτρια
Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας-Πρόνοιας, Α-ΤΕΙ Αθήνας, Ευγενίου
Βουλγάρεως 34Α, 116 36 Αθήνα, Τηλ: (+30) 210-92 48 417
e-mail: mariamitrossili@gmail.com