

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

ΑΚΟΥΣΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ: ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ
ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ 2000-2012

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΠΕΧΛΙΒΑΝΙΔΗΣ ΑΡΤΕΜΙΟΣ
Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής

ΓΕΩΡΓΙΑ ΒΟΥΡΑΚΗ

A.M. 20120144

ΑΘΗΝΑ, 2013

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<u>1^ο ΜΕΡΟΣ</u>	3
1.1 Ορισμός	3
1.2 Νομοθεσία	3
1.3 Ψυχιατρική μεταρρύθμιση- Αποιδρυματοποίηση	5
1.4 Τάσεις στον αριθμό των ακουσίων νοσηλίων 1990- 2000	6
1.5 Ακούσια νοσηλεία και χαρακτηριστικά των ασθενών	7
1.6 Συνέπειες ακούσιας νοσηλείας	7
1.7 Προσπάθειες ερμηνείας της αύξησης των ακουσίων νοσηλίων	8
<u>2^ο ΜΕΡΟΣ</u>	9
2.1 Μεθοδολογία	9
2.1.1 Σκοπός	9
2.1.2 Υλικό	10
2.1.3 Μέθοδος	11
2.2 Αποτελέσματα	11
2.2.1 Τάσεις στον αριθμό των ακούσιων νοσηλίων	11
2.2.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά	12
2.2.3 Κοινωνικά χαρακτηριστικά	15
2.2.4 Κλινικά χαρακτηριστικά	17
2.3 Συμπεράσματα	22
2.3.1 Τάσεις στον αριθμό των ακούσιων νοσηλίων	22
2.3.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά	23
2.3.3 Κοινωνικά χαρακτηριστικά	24
2.3.4 Κλινικά χαρακτηριστικά	26
2.4 Περιορισμοί	28
2.5 Προληπτικές παρεμβάσεις	29
2.5.1 Συνέχιση της ακούσιας επίβλεψης	29
2.5.2 Πρώιμη παρέμβαση στην ψύχωση	29
2.5.3 Εντατική ψυχιατρική παρακολούθηση	30
2.5.4 Συμμόρφωση στην θεραπεία	30
2.5.5 Ικανοποίηση από τη θεραπεία	31
2.5.6 Προγράμματα κοινοτικής φροντίδας	31
2.5.7 Πλάνο παρέμβασης στην κρίση	32
2.5.8 Ψυχοεκπαίδευση	32
2.5.9 Γνωστικές/ Συναισθηματικές αντιδράσεις στην ακούσια νοσηλεία	33
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	34

1^ο ΜΕΡΟΣ

1.1 Ορισμός

Η αναγκαστική νοσηλεία αποτελεί μια ιδιαίτερη συνθήκη κατά την οποία συχνά εγείρεται ο κίνδυνος καταπάτησης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, διακρίσεων και στιγματισμού των ατόμων που υπόκεινται σε αυτή ενώ ενέχει τον κίνδυνο κατάχρησης για πολιτικούς, κοινωνικούς και άλλους λόγους. Παρά την αμφιλεγόμενη φύση της, πολλά διεθνή, σχετιζόμενα με τα ανθρώπινα δικαιώματα έγγραφα αναγνωρίζουν την ανάγκη για ακούσια νοσηλεία ασθενών με ψυχικές διαταραχές (World Health Organization, 2005).

Ένα άτομο δύναται να νοσηλευθεί ακουσίως ή έχοντας εισαχθεί εκουσίως να παραμείνει νοσηλευόμενο παρά τη θέλησή του μόνο εάν ένας επαγγελματίας ψυχικής υγείας, με δικαιοδοσία από το νόμο να προβεί σε αυτό, καθορίσει ότι το άτομο πάσχει από ψυχική διαταραχή και:

- i. Εξαιτίας αυτής υπάρχει σοβαρή πιθανότητα άμεσου ή επικείμενου κινδύνου για τον ίδιο ή προς τρίτους ή
- ii. Η ψυχική διαταραχή είναι σοβαρή και η κρίση του ατόμου επηρεασμένη, με συνέπεια η αποτυχία εισαγωγής του να οδηγήσει σε πιθανή επιδείνωση της υγείας του ή να αποτρέψει το άτομο από το να λάβει κατάλληλη θεραπεία.

Στην περίπτωση που ισχύει το 2^ο κριτήριο, απαιτείται η παρουσία και σύμφωνη γνώμη ενός 2^{ου} ανεξάρτητου επαγγελματία ψυχικής υγείας, σύμφωνα πάντα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Στη νομοθεσία που διέπει το καθεστώς της ακούσιας νοσηλείας απαιτείται ομόφωνη γνωμάτευση δυο ψυχιάτρων και στις δυο, προαναφερθείσες, περιπτώσεις.

Μια μονάδα ψυχικής υγείας μπορεί να δέχεται ακουσίως νοσηλευόμενους ασθενείς μόνο εφ' όσον έχει σχεδιαστεί και έχει λάβει έγκριση γι' αυτό. (United Nations, 1991).

1.2 Νομοθεσία

Το καθεστώς της ακούσιας νοσηλείας διέπεται από νομοθεσία η οποία διαφέρει μεταξύ των κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με το νόμο 2071/92, ως ακούσια νοσηλεία ορίζεται η χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και η παραμονή του για θεραπεία σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Κριτήρια ακούσιας νοσηλείας αποτελούν:

- i. Ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή, να μην είναι σε θέση να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του και η έλλειψη νοσηλείας να έχει σαν συνέπεια είτε να αποκλεισθεί η θεραπεία του είτε να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του, ή
- ii. Η νοσηλεία ασθενή που πάσχει από ψυχική διαταραχή είναι απαραίτητη ώστε να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ίδιου ή τρίτων.

Η ελληνική νομοθεσία εξαιρεί από την αναγκαστική νοσηλεία τη φύλαξη ασθενή με το άρθρο 69 του ποινικού κώδικα, τους τοξικομανείς και την αδυναμία ή άρνηση του ατόμου για προσαρμογή στις κοινωνικές, ηθικές ή πολιτικές αξίες. Την αίτηση για ακούσια νοσηλεία μπορεί να ζητήσει ο σύζυγος ή συγγενής σε ευθεία γραμμή απεριόριστα ή συγγενής εκ πλαγίου μέχρι και τον 2^ο βαθμό ή όποιος έχει την επιμέλεια του ατόμου ή ο επίτροπος του δικαστικώς απαγορευμένου ή σε επείγουσα

περίπτωση, εάν δεν υπάρχει κανένα από αυτά τα πρόσωπα ο εισαγγελέας πρωτοδικών αυτεπάγγελα. Η αίτηση συνοδεύεται από αιτιολογημένες γραπτές γνωματεύσεις δύο ψυχιάτρων, οι οποίες αναφέρονται στα προαναφερθέντα κριτήρια ακούσιας νοσηλείας και την απόφαση λαμβάνει ο εισαγγελέας πρωτοδικών (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 1992).

Το νομοθετικό πλαίσιο που διέπει την ακούσια νοσηλεία στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρουσιάζει διαφορές σε περισσότερους από έναν τομείς. Η επικινδυνότητα δεν αποτελεί προϋπόθεση αναγκαστικής νοσηλείας στην Ιταλία, την Ισπανία και τη Σουηδία ενώ σε χώρες που ορίζουν σαν επιπρόσθετο κριτήριο της επικινδυνότητας, την ανάγκη για θεραπεία, η παρουσία της πρώτης θεωρείται επαρκής από μόνη της. Η υπεύθυνη αρχή για την απόφαση τοποθέτησης του ασθενούς για ακούσια νοσηλεία σε 10 από τις 15 υπό μελέτη χώρες είναι μη ιατρική και μόνο στις εναπομείνουσες 5 χώρες την ευθύνη αυτή αναλαμβάνουν ψυχίατροι ή άλλοι επαγγελματίες υγείας. Τέλος, η παρουσία νομικού αντιπροσώπου του ασθενούς στη διαδικασία είναι υποχρεωτική σε έξι μόνο, από τις υπό μελέτη χώρες και συγκεκριμένα στην Αυστρία, το Βέλγιο, τη Δανία, την Ιρλανδία, τη Ολλανδία και την Πορτογαλία. (Salize & Dressing, 2004).

Σε μεταγενέστερο άρθρο, των Kallert, Rymaszewska & Torres-Gonzales, γίνεται μια πιο αναλυτική αναφορά στις διαφορές των νομοθετικών πλαισίων σε 12 ευρωπαϊκές χώρες, με αυτές να κατηγοριοποιούνται ως εξής:

- i. Όροι περιγραφής ψυχικών διαταραχών: Η πλειοψηφία των χωρών χρησιμοποιεί τον όρο ψυχική νόσος ή ψυχική διαταραχή, λίγες όμως είναι αυτές που καθορίζουν διαγνωστικές κατηγορίες. Η Βουλγαρία είναι η χώρα με την πλέον λεπτομερή νομοθεσία ενώ η Ιταλία χρησιμοποιεί τον χαμηλής ειδικότητας όρο «ψυχολογικές αλλαγές». Η Λιθουανία και η Σουηδία εντάσσουν στη νομοθεσία τη σοβαρότητα της ψυχικής διαταραχής ενώ μόνο τρεις χώρες εξαιρούν καταστάσεις (Ελλάδα, Αγγλία και Σουηδία). Τέλος, αρκετές είναι αυτές που συνδυάζουν την ύπαρξη νόσου με την απουσία της ικανότητας για λήψη αποφάσεων.
- ii. Χρονικά όρια: Ο διαθέσιμος χρόνος για να αποφασισθεί η ανάγκη ή μη ακούσιας νοσηλείας ποικίλλει από 24-72 ώρες μέχρι και τέσσερις μήνες στη Σουηδία ενώ η ακρόαση στο δικαστήριο γίνεται σε δυο έως δέκα ημέρες. Η νοσηλεία κυμαίνεται από μια εβδομάδα (Ιταλία) έως έξι μήνες (Αγγλία, Ελλάδα, Ισπανία). Η δυνατότητα επέκτασης της νοσηλείας κυμαίνεται από μια εβδομάδα έως και ένα χρόνο ενώ υπάρχουν χώρες που δεν ορίζουν συγκεκριμένο χρόνο παράτασης. Μόνο η Γερμανία ορίζει μέγιστο χρόνο νοσηλείας και μόνο η Ελλάδα απαιτεί γνωμάτευση τριών ψυχιάτρων, με τους δυο να είναι ανεξάρτητοι, για παράταση της νοσηλείας πέραν των τριών μηνών. Τέλος, η δυνατότητα εισαγωγής για παρακολούθηση μόνο κυμαίνεται από 48 ώρες (Ελλάδα) έως 28 ημέρες (Αγγλία).
- iii. Δικαίωμα αίτησης για ακούσια νοσηλεία: Μεγάλες είναι οι διαφορές που παρατηρούνται μεταξύ των χωρών με το δικαίωμα αυτό να παραχωρείται σε συγγενικά πρόσωπα, ιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς έως και οποιονδήποτε γνωρίζει τον ασθενή. Ως δυο ακραία παραδείγματα αναφέρονται η Τσεχία που αφήνει το δικαίωμα αυτό μόνο σε ιατρούς και η Ισπανία που το παραχωρεί στους γονείς, σε άλλα συγγενικά πρόσωπα, σε ιατρούς αλλά και σε νομικούς εκπροσώπους όπως είναι ο εισαγγελέας. Η μόνη χώρα που παραχωρεί το δικαίωμα αίτησης σε κοινωνικούς λειτουργούς είναι η Αγγλία ενώ η Ελλάδα ανήκει στις χώρες που ορίζουν με σαφήνεια τα άτομα που μπορούν να ζητήσουν εισαγγελική παραγγελία.

- iv. Δικαίωμα ένστασης: Οι ορισμοί σε όλες τις χώρες σχετικά με το δικαίωμα του ασθενούς να προσβάλλει την ακούσια νοσηλεία του δεν είναι ξεκάθαροι. Αν και επιτρέπουν να γίνει οποιαδήποτε στιγμή, τυπικά αυτό επιτρέπεται από τη στιγμή που θα ενημερωθεί ο ασθενής για την απόφαση του δικαστηρίου. Όλες οι υπό μελέτη χώρες δίνουν το δικαίωμα στον ασθενή, οκτώ από αυτές το επιτρέπουν και σε τρίτους ενώ η Σουηδία αποκλείει τους συγγενείς.
- v. Σχέση ακούσιας νοσηλείας- θεραπείας: Μόνο η Βουλγαρία και η Γερμανία διαχωρίζουν τους δυο όρους ενώ η Ελλάδα και η Ισπανία δεν κάνουν ειδική αναφορά στη θεραπεία. Πέντε από τις υπό μελέτη χώρες, συμπεριλαμβανόμενης της Ελλάδας, δεν αναφέρονται στη χρήση μέσων περιορισμού.
- vi. Ρόλος των οικείων προσώπων: Η αναφορά σε αυτόν είτε απουσιάζει είτε είναι ανεπαρκής, με την Ελλάδα και την Πολωνία να είναι οι μόνες χώρες που καθορίζουν με ακρίβεια τη σχέση των συγγενών.
- vii. Διαχωρισμός επείγουσας- τακτικής διαδικασίας: Μόλις πέντε από τις υπό μελέτη χώρες προβλέπουν επείγουσα διαδικασία ενώ η πλειοψηφία αυτών ορίζει την απόφαση επείγουσας εισαγωγής ως ιατρική.
- viii. Προστασία δικαιωμάτων του ασθενούς: Το ρόλο αυτό αναλαμβάνει το δικαστήριο, η εισαγγελία αλλά και οι ιατροί σε ορισμένες χώρες, με τις διαδικασίες αυτές να χαρακτηρίζονται από πολυπλοκότητα και γραφειοκρατία(Kallert, Rymaszewska & Torres-Gonzales, 2007).

Η παρατηρούμενη ετερογένεια στη νομοθεσία σηματοδοτεί τη δυσκολία στην άντληση συμπερασμάτων από έρευνες πάνω στην ακούσια νοσηλεία και την επιδημιολογία της.

1.3 Ψυχιατρική μεταρρύθμιση- αποϊδρυματοποίηση

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση αποτελεί μια αλλαγή στη φιλοσοφία και την πρακτική αντιμετώπισης της ψυχικής νόσου από το ψυχιατρικό ίδρυμα σε εναλλακτικές μορφές αντιμετώπισης που λαμβάνουν χώρα στην κοινότητα. Η αποϊδρυματοποίηση, μια έννοια διαφορετική, που συχνά όμως ταυτίζεται με αυτή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, σηματοδοτεί την έξοδο των χρονίως πασχόντων από τα ψυχιατρικά ιδρύματα και την εγκατάστασή τους στην κοινότητα (Κονταξάκης, Χαβάκη-Κονταξάκη & Χριστοδούλου, 2005). Η φιλοσοφία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ξεκίνησε λίγο μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο και άρχισε να υλοποιείται περί τα μέσα της δεκαετίας του '50 στην Αγγλία και τις ΗΠΑ και λίγο αργότερα στην υπόλοιπη Ευρώπη, έχοντας σαν βασικό στόχο τη μετάβαση από το μέχρι τότε υπάρχον σύστημα με τα ψυχιατρικά άσυλα, στη θεραπευτική προσέγγιση εντός της κοινότητας. Στην Ελλάδα, όπου μέχρι το 1980 λειτουργούσαν εννιά ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία και οι κοινοτικές υπηρεσίες είχαν αναπτυχθεί σε μικρό βαθμό, η υλοποίηση άρχισε αρκετά αργότερα με το νόμο 1397/83, εκσυγχρονίστηκε με το νόμο 2071/92 ο οποίος ορίζει και τις βασικές αρχές της ακούσιας νοσηλείας και έλαβε τη σημερινή της μορφή με το νόμο 2716/99 ο οποίος δίνει προτεραιότητα στην τομεοποίηση, την κοινοτική ψυχιατρική, την πρωτοβάθμια φροντίδα, την εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση, την αποϊδρυματοποίηση, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και επανένταξη (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 1999 ; Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011).

Στο πλαίσιο αυτών των αλλαγών στη βασική φιλοσοφία της ψυχιατρικής, έκλεισαν τα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα, αναπτύχθηκε ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών με πεδίο δράσης στην κοινότητα και παράλληλα παρατηρήθηκε μια σταδιακή και συνεχιζόμενη μείωση στον αριθμό των ψυχιατρικών κλινών. Σε πρόσφατο άρθρο, των Priebe et al., που συγκρίνει την παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών σε έξι ευρωπαϊκές χώρες, ισότιμα κατανεμημένες στη Βόρεια, Μέση και Νότια Ευρώπη, από το 1990 έως το 2002 παρατηρείται μείωση στον αριθμό των ψυχιατρικών κλινών σε ποσοστό 10-65%, με τη Σουηδία να παρουσιάζει τη μεγαλύτερη μείωση και τη Γερμανία τη μικρότερη ενώ η Ιταλία αποτελεί τη μόνη εξαίρεση με αύξηση του αριθμού τους. Αξίζει να αναφερθεί ότι σε τρεις από τις υπό μελέτη χώρες η συνολική μείωση δεν αναπληρώνεται από εναλλακτικές μορφές νοσηλείας (κλίνες ψυχιατροδικαστικής και προστατευμένης διαβίωσης) οι οποίες εμφανίζουν αυξητική τάση (Priebe et al., 2005). Ειδικότερα, στην Αγγλία, σε χρονικό διάστημα μιας δεκαετίας (1996-2006) παρατηρήθηκε μείωση στις ψυχιατρικές κλίνες κατά 29% (Keown, Mercer & Scott, 2008) ενώ από πρόσφατη οικολογική μελέτη (1988-2008) προκύπτει μείωση μεγαλύτερη από 60% (Keown, Weich, Kamaldeep & Scott).

1.4 Τάσεις στον αριθμό των ακούσιων νοσηλειών 1990-2000

Παρά τις προαναφερθείσες αλλαγές και την ανάπτυξη κοινοτικών και πρώιμων παρεμβάσεων, διαφαίνεται στη βιβλιογραφία των τελευταίων ετών αύξηση στον αριθμό των ακούσιων νοσηλειών, φαινόμενο που εκ πρώτης όψεως φαίνεται παράδοξο. Οι απόλυτοι αριθμοί των αναγκαστικών νοσηλειών, παρά τις διαφορές που εμφανίζουν μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών και οι οποίες εξηγούνται από τις πληθυσμιακές και νομοθετικές διαφορές, παρουσιάζουν αυξητική τάση κατά το χρονικό διάστημα 1990-2000 στην πλειοψηφία των κρατών με την εξαίρεση του Λουξεμβούργου που έχει διατηρήσει έναν σχετικά σταθερό αριθμό και της Ιρλανδίας η οποία είναι η μόνη χώρα που έχει πετύχει μείωση στον αριθμό των ακούσιων νοσηλειών παρ' όλη τη μείωση των ψυχιατρικών κλινών. (Salize & Dressing, 2004). Ανάλογα ευρήματα προκύπτουν για το χρονικό διάστημα 1990-2002 με τους απόλυτους αριθμούς των αναγκαστικών νοσηλειών στην Αγγλία, την Γερμανία και την Ολλανδία να ακολουθούν ανοδική πορεία (Kallert, Rymaszweska & Torres-Gonzalez, 2007).

Όσον αφορά τον τρόπο αντιπροσώπευσής τους στο σύνολο των εισαγωγών, παρατηρείται επίσης αύξηση, με αντίστοιχες επιπτώσεις στη σύσταση των νοσηλευόμενων στις ψυχιατρικές κλινικές σε δεδομένη χρονική στιγμή (Keown, Mercer & Scott, 2008 ; Wall, Hotopf, Wessely & Churchill, 1999). Στο άρθρο των Salize & Dressing τα ποσοστά των ακούσιων νοσηλειών στο σύνολο των ψυχιατρικών εισαγωγών παρουσιάζονται ως σχετικά σταθερά στο χρονικό διάστημα αυτής της δεκαετίας, γεγονός που ενδεχομένως σχετίζεται με την τάση για πιο μικρό χρόνο νοσηλείας εις βάρος περισσότερων επανεισαγωγών. Η Ελλάδα αν και ανήκει στην ομάδα των χωρών όπου δεν υφίσταται εθνικός οργανισμός υπεύθυνος για τη συλλογή δεδομένων σχετικών με τις ακούσιες νοσηλείες, εκτιμάται ότι παρουσιάζει ποσοστό ακούσιων νοσηλειών της τάξης του 40-50% (Μπιλανάκης, 2011). Σε άρθρο των Γεωργιάδου και συνεργατών του 2003, που εστιάζει στις τάσεις των ακούσιων νοσηλειών στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, αναφέρεται ότι το ποσοστό των ακούσιων νοσηλειών το 1993 ήταν 18% στο σύνολο των εισαγωγών με το

αντίστοιχο ποσοστό το 1999 να είναι 24% (Γεωργιάδου, Μαστρογιάννη, Συγγελάκης & Καραστεργίου, 2003).

1.5 Ακούσια νοσηλεία και χαρακτηριστικά των ασθενών

Ο Klinkenberg, το 1996, χώρισε τους παράγοντες που σχετίζονται με αναγκαστική νοσηλεία σε τέσσερις κατηγορίες :

- Την ευαισθησία του ασθενούς όπως αυτή εκφράζεται από τον τύπο και τη σοβαρότητα της ψυχοπαθολογίας αλλά και κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες. Εδώ περιλαμβάνεται η συνύπαρξη ψυχικής διαταραχής με χρήση ουσιών ή διαταραχές συμπεριφοράς, φαινόμενα αρκετά συχνά σε αστικές περιοχές, αλλά και οι μετανάστες που συχνά έχουν την πρώτη τους επαφή με το σύστημα υγείας μέσω ακούσιας νοσηλείας.
- Την κοινωνική στήριξη η οποία ελέγχεται μέσω του αν ο ασθενής διαμένει μόνος ή όχι, διατηρεί επαφή με την οικογένεια του αλλά και μέσω του επιπέδου εισοδήματος.
- Την ανταπόκριση του συστήματος υγείας το οποίο τα τελευταία χρόνια έχει μεταβεί από τη νοσοκομειακή στην κοινοτική φροντίδα. Η διάρκεια ενδονοσοκομειακής θεραπείας έχει μειωθεί, ενδεχομένως εις βάρος περισσότερων επανεισαγωγών, ενώ παράλληλα πιθανή είναι η ανάπτυξη μειωμένης ανοχής σε αποκλίνουσα συμπεριφορά.
- Τη συμμόρφωση στην θεραπεία, ένα μείζον πρόβλημα στην ψυχιατρική με επιπτώσεις στην παροχή φροντίδας, την πρόγνωση αλλά και οικονομικό κόστος. Σε ασθενείς που διακόπτουν τη φαρμακευτική αγωγή η πιθανότητα διατήρησης ύφεσης μειώνεται κατά 10% το μήνα. (van der Post et al., 2008)

Η ενάντια στη θέληση του ασθενούς έχει συσχετισθεί με αρκετά δημογραφικά, κοινωνικά και κλινικά χαρακτηριστικά. Σε αυτά περιλαμβάνονται:

- i. Το φύλο (Salize & Dressing, 2004)
- ii. Η εθνικότητα (Dunn & Fahy, 1990 ; Davies, Thornicroft, Leese, Higgingbotham & Phelan, 1996 ; Singh, Croudace, Beck & Harrison, 1998)
- iii. Η φύση και η σοβαρότητα της νόσου (Gove & Fain, 1997 ; Davies, Thornicroft, Leese, Higgingbotham & Phelan, 1996 ; Singh, Croudace, Beck & Harrison, 1998 ; Salize & Dressing, 2004)
- iv. Το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο (Gove & Fain, 1977)
- v. Η παρουσία βίαιης συμπεριφοράς (Singh, Croudace, Beck & Harrison, 1998)

Στη βιβλιογραφία που εκτείνεται από το 1977 έως το 2004, με αυξημένο κίνδυνο για ακούσια νοσηλεία παρουσιάζονται οι άνδρες, οι έγχρωμοι, οι έχοντες χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, η σχιζοφρένεια και οι συναφείς με αυτή διαταραχές και η επικινδυνότητα για βίαιη συμπεριφορά. Αξίζει να αναφερθεί ότι σε άρθρο των Pehlivanidis et al., η επικινδυνότητα για βίαιη συμπεριφορά παρουσιάζει συσχέτιση με την κακή συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή (Pehlivanidis et al., 1999).

1.6 Συνέπειες ακούσιας νοσηλείας

Τα τελευταία δέκα χρόνια έχουν γίνει δυο βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις, των Katsakou & Priebe και των Kallert, Glockner & Schutzwohl, που εστιάζουν στα

αποτελέσματα της ακούσιας νοσηλείας και τις συνέπειές της τόσο στους ασθενείς που υπόκεινται σε αυτή όσο και συγκριτικά με τους εκουσίως νοσηλευόμενους.

Η πλειοψηφία των εκουσίως νοσηλευόμενων ασθενών παρουσιάζει βελτίωση όσον αφορά συμπτώματα και λειτουργικότητα, έως και τέσσερις μήνες μετά το εξιτήριο, με το 33-81% αυτών να θεωρεί αναδρομικά ότι η νοσηλεία ήταν απαραίτητη ή και ωφέλιμη. Εντούτοις, ένα σημαντικό ποσοστό (6-33%) διατηρεί αρνητική στάση με τη θεραπεία να παρουσιάζεται ως μη ωφέλιμη ή ακόμα και επιζήμια. Αξίζει να αναφερθεί ότι η διατήρηση αρνητικής στάσης δε φαίνεται να αλλάζει με το χρόνο. Η έρευνα σε παράγοντες που μπορούν να προβλέψουν την έκβαση φαίνεται να είναι ελλιπής και μόνο ασθενείς με πιο εμφανή κλινική βελτίωση τείνουν να έχουν μια πιο θετική στάση ως προς την ακούσια νοσηλεία τους, καθιστώντας πιθανή τη συσχέτιση με χαρακτηριστικά της εισαγωγής και της νοσηλείας (Katsakou & Priebe, 2006).

Από τη δεύτερη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε το 2008 και συγκρίνει ακούσιες και εκούσιες νοσηλείες προκύπτει ότι:

- i. ο χρόνος νοσηλείας είναι ίσος ή μεγαλύτερος για τους εκουσίως νοσηλευόμενους
- ii. ο κίνδυνος επανεισαγωγής είναι ίσος ή μεγαλύτερος για τους εκουσίου ασθενείς με μεγαλύτερη πιθανότητα ακούσιας επανεισαγωγής στους νοσηλευόμενους ενάντια στη θέλησή τους
- iii. το καθεστώς ακούσιας νοσηλείας σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς (52-78%)
- iv. ως προς την κοινωνική λειτουργικότητα, οι εκουσίου ασθενείς παρουσιάζουν πιο χαμηλό επίπεδο τόσο κατά την εισαγωγή όσο και στο εξιτήριο, αν και το εύρος της βελτίωσης τους είναι ισάξιο εκείνου των εκουσίων
- v. ως προς την ψυχοπαθολογία δεν εντοπίζονται σημαντικές διαφορές πέρα από την ανίχνευση συμπτωμάτων διαταραχής στρες μετά από ψυχοτραυματισμό τα οποία υπερέχουν στους εκουσίου ασθενείς
- vi. ως προς παράγοντες σχετιζόμενους με τη θεραπεία, οι εκουσίου παρουσιάζονται με μικρότερη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή ένα χρόνο μετά την νοσηλεία τους και με μικρότερη ικανοποίηση από τη φαρμακευτική αγωγή, εύρημα το οποίο παρουσιάζει συσχέτιση με την σχέση που είχαν αναπτύξει με το προσωπικό (Kallert, Glockner & Schutzwahl, 2008).

Πέρα από το κόστος σε ατομικό επίπεδο, πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν, παρά την έλλειψη ερευνών που να εστιάζουν σε αυτό, το οικονομικό κόστος, σε επίπεδο περίθαλψης αλλά και κινητοποίησης μηχανισμών στο πλαίσιο διαχείρισης αυτών των ασθενών.

1.7 Προσπάθειες ερμηνείας της αύξησης των εκουσίων νοσηλείων

Στη βιβλιογραφία όπου περιγράφεται η αυξητική τάση των εκουσίων νοσηλείων, κατά το χρονικό διάστημα 1990-2000, γίνονται προσπάθειες ερμηνείας αυτού του φαινομένου.

Οι Wall et al. εστιάζουν σε δυο πιθανές εκδοχές. Η πρώτη αφορά την αυξανόμενη συχνότητα χρήσης αλκοόλ και τοξικών ουσιών η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε αύξηση της εμφάνισης ψυχωσιόμορφων εκδηλώσεων, μια από τις συχνότερες διαγνώσεις των εκουσίως νοσηλευόμενων. Η δεύτερη αφορά τις αλλαγές στη διαθεσιμότητα των ψυχιατρικών κλινών, με τη μείωση τους να οδηγεί σε αύξηση του ουδού για εισαγωγή και μείωσή του για εξιτήριο, δηλαδή νοσηλεία μικρότερης

διάρκειας. Η καθυστέρηση στην εισαγωγή και τη λήψη θεραπείας καταλήγει σε επιδείνωση της κλινικής εικόνας και ακούσια νοσηλεία η οποία υπό άλλες συνθήκες θα μπορούσε να έχει αποφευχθεί (Wall, Hotopf, Wessely & Churchill, 1999).

Οι Keown et al. θεωρούν μάλλον απίθανο το ενδεχόμενο η αύξηση των ακουσίων νοσηλειών να αντιπροσωπεύει μια πραγματική αύξηση της επικράτησης των μειζόνων ψυχιατρικών διαταραχών και στρέφονται σε άλλες εξηγήσεις του φαινομένου. Αναφέρονται και αυτοί στην αύξηση της χρήσης αλκοόλ- ουσιών και στη μείωση των ψυχιατρικών κλινών η οποία στην έρευνά τους προηγείται της αύξησης των ακουσίων εισαγωγών. Παράλληλα όμως, θεωρούν πιθανό η ανάπτυξη υπηρεσιών κοινοτικής ψυχιατρικής να έχει οδηγήσει στο στιγματισμό των ψυχιατρικών κλινικών και περιορισμό της χρήσης τους από εκείνους που δεν έχουν πρόσβαση στην κοινοτική ψυχιατρική με συνεπακόλουθη μείωση της επιθυμίας για εκούσια εισαγωγή. Τέλος, κάνουν αναφορά στη συμβολή της κοινωνικό-οικονομικής στέρησης και του ποσοστού των μειονοτήτων που καθιστά δύσκολη την παροχή κοινοτικών υπηρεσιών και τη διατήρηση της υποστήριξης από την οικογένεια και το ευρύτερο περιβάλλον (Keown, Mercer & Scott, 2008).

Οι Salize & Dressing, ερμηνεύουν την υπερεκπροσώπηση των ανδρών στις ακούσιες νοσηλείες ως σχετιζόμενη με το κριτήριο της επικινδυνότητας καθώς οι άνδρες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιαστούν ως βίαιοι και η υπεροχή τους παρατηρείται κυρίως στις χώρες που εστιάζουν στο κριτήριο αυτό. Εντοπίζουν τις διαφορές στους αριθμούς ανά 10^5 άτομα μεταξύ των χωρών σε διαφορές των ορισμών, νομικών πλαισίων και διαδικασιών και τα σχετικά σταθερά ποσοστά στο σύνολο των εισαγωγών στην τάση για βραχύτερη νοσηλεία εις βάρος περισσότερων επανεισαγωγών (Salize & Dressing, 2004).

Η παραδοξότητα του φαινομένου της αύξησης των ακουσίων νοσηλειών παρά την αποϊδρυματοποίηση, την ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και πρώιμων παρεμβάσεων, παράλληλα με την προοδευτική μείωση των ψυχιατρικών κλινών, καθιστά σημαντική τη μελέτη και αποσαφήνισή του, η οποία κρίνεται ακόμα περισσότερο επιβεβλημένη αν ληφθούν υπ' όψιν οι συνέπειες της συγκεκριμένης μορφής νοσηλείας μεταξύ των οποίων η διακύβευση των ανθρώπινων δικαιωμάτων. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση του αριθμού των ακουσίως νοσηλευομένων και των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών αυτών στις χώρες της Ευρώπης μετά το 2000, θα προσφέρει στην κατανόηση, ερμηνεία και πρόληψη του φαινομένου.

2^ο ΜΕΡΟΣ

2.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1.1 Σκοπός

Σκοπός της βιβλιογραφικής ανασκόπησης που πραγματοποιήθηκε ήταν να μελετηθούν τα αποτελέσματα ερευνών, κατά το χρονικό διάστημα 2000-2012, σχετικά με τον αριθμό των ακουσίων νοσηλειών στις χώρες της Ευρώπης και τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών που υπόκεινται σε αυτή τη

μορφή νοσηλείας, προκειμένου να αναδειχθεί ποια είναι η τάση που ακολουθεί η μέχρι το 2000 αύξηση στον αριθμό των αναγκαστικών νοσηλειών. Η μελέτη των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών ακουσίως νοσηλευόμενων θα συντελέσει στην κατανόηση και ερμηνεία του φαινομένου, το οποίο δημιουργεί πλήθος ιατρικών, νομικών και ηθικών διλημμάτων, ενώ παράλληλα θα συμβάλλει στην ανάδειξη προτάσεων για την πρόληψη και αντιμετώπισή του.

Παράλληλα, πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση προκειμένου να μελετηθούν τα αποτελέσματα ερευνών σχετικά με παρεμβάσεις που έχουν εφαρμοστεί σε ακουσίως νοσηλευόμενους ασθενείς κατά το χρονικό διάστημα 2000-2013 ώστε να αναδειχθούν πιθανοί τρόποι μείωσης αυτής της μορφής νοσηλείας.

2.1.2 Υλικό

Χρησιμοποιήθηκαν άρθρα που ανακτήθηκαν μετά από αναζήτηση σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων και στα οποία υπήρχαν ευρήματα σχετικά με:

- i. Τον αριθμό των ακούσιων νοσηλειών
- ii. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ακουσίως νοσηλευόμενων
- iii. Τα κλινικά χαρακτηριστικά των ακουσίως νοσηλευόμενων

Τα άρθρα που χρησιμοποιήθηκαν αναφέρονταν στις χώρες της Ευρώπης κατά το χρονικό διάστημα 2000-2012. Η επιλογή αυτού του χρονικού διαστήματος έγινε έτσι ώστε να συλλεχθούν τα πλέον πρόσφατα δεδομένα και να ελεγχθεί η τάση που ακολουθούν οι ακούσιες νοσηλείες μετά την αύξηση που έχει παρατηρηθεί στον αριθμό τους από το 1990 έως το 2000 στην Ευρώπη.

Ο παράλληλος έλεγχος των κλινικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών των νοσηλευόμενων στην προαναφερθείσα χρονική περίοδο θα προσφέρει στην κατανόηση, ερμηνεία και ανεύρεση πιθανών τρόπων μείωσης της επικράτησης της ακούσιας νοσηλείας.

Αποκλείστηκαν άρθρα που:

- i. Αναφέρονταν σε χρονικό διάστημα πέραν του ορισμένου
- ii. Αναφέρονταν σε χώρες εκτός της Ευρώπης
- iii. Αναφέρονταν σε πληθυσμούς παιδιών και εφήβων
- iv. Χρησιμοποιούσαν γλώσσα πέραν της αγγλικής

Όσον αφορά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση πάνω σε προληπτικές παρεμβάσεις χρησιμοποιήθηκαν άρθρα που ανακτήθηκαν μετά από αναζήτηση σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων και στα οποία υπάρχουν ευρήματα σχετικά με:

- i. Παρεμβάσεις που έχουν πραγματοποιηθεί σε ακουσίως νοσηλευόμενους ασθενείς
- ii. Την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων αυτών στη μείωση της επίπτωσης της ακούσιας νοσηλείας

Τα άρθρα που χρησιμοποιήθηκαν αναφέρονται στο χρονικό διάστημα 2000-2013. Η επιλογή αυτού του χρονικού διαστήματος έγινε έτσι ώστε να ανακτηθούν τα πλέον πρόσφατα δεδομένα αλλά και επειδή κατά το διάστημα αυτό διαφαίνεται συνέχιση της αυξητικής τάσης στον αριθμό των ακούσιων νοσηλειών που έχει παρατηρηθεί από το 1990 έως το 2000, τουλάχιστον όσον αφορά τις χώρες της Ευρώπης.

Αποκλείστηκαν άρθρα που:

- i. Αναφέρονται σε χρονικό διάστημα πέραν του ορισμένου
- ii. Χρησιμοποιούν γλώσσα πέραν της αγγλικής

2.1.3 Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση άρθρων σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Pubmed, Medline, Google Scholar) με τις ακόλουθες λέξεις- κλειδιά: ακούσια νοσηλεία (involuntary hospitalisation/commitment, coerced hospitalisation/commitment), επιδημιολογία (epidemiology), κλινικά χαρακτηριστικά (clinical characteristics), δημογραφικά χαρακτηριστικά (demographic characteristics).

Οι λέξεις-κλειδιά συνδυάστηκαν μεταξύ τους ενώ έγινε έλεγχος των παραπομπών σε κάθε άρθρο προς ανεύρεση περισσότερων ερευνών που πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής.

Ανακτήθηκαν μόνο άρθρα που χρησιμοποιούσαν την αγγλική γλώσσα ενώ αποκλείστηκαν άρθρα που αναφέρονταν σε χώρες εκτός της Ευρώπης, σε χρονικό διάστημα πέραν του ορισμένου και σε πληθυσμούς παιδιών και εφήβων.

Έγινε περιγραφική ανάλυση και παρουσίαση των ευρημάτων.

Όσον αφορά τις προληπτικές παρεμβάσεις σε ακουσίως νοσηλευόμενους πραγματοποιήθηκε αναζήτηση σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Pubmed, Medline, Google Scholar) με τις ακόλουθες λέξεις-κλειδιά: ακούσια νοσηλεία (involuntary hospitalisation/commitment, coerced hospitalisation/commitment), πρόληψη (prevention), παρέμβαση (intervention).

Οι λέξεις-κλειδιά συνδυάστηκαν ενώ οι παραπομπές σε κάθε άρθρο ελέγχθηκαν προς ανεύρεση περισσότερων άρθρων.

Ανακτήθηκαν μόνο άρθρα που χρησιμοποιούσαν την αγγλική γλώσσα.

Θα γίνει περιγραφική παρουσίαση των ευρημάτων.

2.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

2.2.1 Τάσεις στον αριθμό των ακούσιων νοσηλειών

Σε μελέτη που διενεργήθηκε στην Αγγλία και κάλυπτε τα χρόνια 1988-2008, αναφέρεται ότι ο ετήσιος αριθμός ακούσιων εισαγωγών το 2008 άγγιξε τις 65,7 ανά 100.000 κατοίκους (Keown, Mercer & Scott, 2008) με τον αντίστοιχο αριθμό το 1999 να είναι 48 (Salize & Dressing, 2004).

Σε αναδρομική μελέτη που έλαβε χώρα στην Κροατία σε διάστημα 5 ετών συλλέγοντας δεδομένα για όλους τους ακούσιους νοσηλευόμενους στην Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική κλινική η επικράτηση της ακούσιας νοσηλείας ήταν 2% (Potkonjak & Karlovic, 2008). Σε μελέτη του συνόλου των νοσηλειών σε ψυχιατρική κλινική στην Κροατία για χρονικό διάστημα πέντε ετών (1998-2002) προκύπτει επικράτηση ακούσιας νοσηλείας της τάξης του 5,6% το 2000, ποσοστό που παρέμεινε σχετικά σταθερό έως το 2001 και στη συνέχεια μειώθηκε το 2002 στο 3,5% του συνόλου των νοσηλειών. Αξίζει να αναφερθεί ότι τα αντίστοιχα ποσοστά πριν το 2000 κυμαίνονταν μεταξύ 30,8- 39,6% (Kozumplik, Jukic, & Goreta, 2003).

Στην Ολλανδία, το 2000, η επικράτηση των αναγκαστικών νοσηλειών ήταν 40,2 ανά 100.000 κατοίκους (Mulder et al, 2008) ενώ το 2004 αναφέρεται ποσοστό ακούσιων νοσηλειών της τάξης του 86 ανά 100.000 κατοίκους στην περιοχή του Άμστερνταμ (Post et al, 2012) με το εθνικό ποσοστό για την ίδια χρονιά να αντιστοιχεί σε 46,5. Η στατιστική διόρθωση για ηλικία/ φύλο έδειξε αύξηση κατά

16% (Mulder et al, 2008). Η μέση ετήσια επικράτηση πρώτης ακούσιας νοσηλείας στο Άμστερνταμ σε χρονικό διάστημα μιας δεκαετίας (1996-2005) υπολογίστηκε στο 4,5 ανά 10000 κατοίκους (Wit, Tuinebreijer, Brussel & Selten, 2012).

Από μελέτη των Schoevaerts et al., προκύπτει αύξηση της επικράτησης της ακούσιας νοσηλείας κατά 36% στο Βέλγιο για το διάστημα 1999-2006 και κατά 39% στην Ολλανδία για το διάστημα 2002- 2009 με τους ετήσιους αριθμούς ακούσιων εισαγωγών ανά 100.000 κατοίκους να αγγίζουν τις 45 το 2006 στο Βέλγιο και τις 119 το 2009 στην Ολλανδία (Schoevaerts et al., 2012).

Στην Ιταλία, το 2001, οι ακούσιες νοσηλείες αποτελούσαν το 9% του συνόλου των ψυχιατρικών εισαγωγών (Montemagni et al., 2011).

Στην Ιρλανδία, το 2009, η επικράτηση των ακούσιων νοσηλειών αντιστοιχούσε σε 38,5 ανά 100.000 κατοίκους με το ποσοστό αυτό να αποτελεί το 8,1% του συνόλου των εισαγωγών σε ψυχιατρικές μονάδες. Ο ετήσιος αριθμός ακούσιων εισαγωγών στην πόλη του Δουβλίνου για το διάστημα 2008-2010 αντιστοιχούσε σε 67,7 ανά 10^5 κατοίκους (Xiao & Kelly, 2012) ενώ για το 2010 ο ετήσιος εθνικός αριθμός ακούσιων νοσηλειών ήταν 46,04 ανά 10^5 κατοίκους (Cunningham, 2012).

2.2.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Φύλο

Σε προοπτική μελέτη που έλαβε χώρα στο Άμστερνταμ και εξέτασε τα χαρακτηριστικά ασθενών σε επαφή με το σύστημα επείγουσας ψυχιατρικής σε χρονικό διάστημα δυο χρόνων (2004-2006) οι άνδρες παρουσιάζονται να έχουν περισσότερες ακούσιες νοσηλείες από τις γυναίκες (21 vs 15%), χωρίς όμως αυτό να έχει ανεξάρτητη επίδραση στον κίνδυνο ακούσιας νοσηλείας (Post et al, 2009).

Σε αναδρομική μελέτη στην Κροατία για διάστημα 5 ετών που εστίαζε στα κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά ακουσίως νοσηλευόμενων ασθενών στην Πανεπιστημιακή ψυχιατρική κλινική, οι άνδρες αποτελούσαν το 42,5% και οι γυναίκες το 57,5%, διαφορά η οποία χαρακτηρίστηκε ως στατιστικά μη σημαντική. Εντούτοις, τα δυο φύλα παρουσίαζαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ηλικία, με τους άνδρες να έχουν μέση ηλικία $42,1 \pm 13,9$ και τις γυναίκες $37,3 \pm 18,9$ αλλά και τη διάγνωση, με τη σχιζοφρένεια να αποτελεί την πιο συχνή διαταραχή στις γυναίκες και τη χρήση αλκοόλ/ ουσιών στους ακουσίως νοσηλευόμενους άνδρες. Τέλος, οι γυναίκες ήταν πιο συχνά άγαμες, διαζευγμένες ή διέμεναν μόνες τους (Potkonjak & Karlovic, 2008). Στην ίδια χώρα, μετά το 2000, παρατηρείται υπερεκπροσώπηση των ανδρών στις ακούσιες νοσηλείες ενώ μέχρι τότε δεν υπήρχαν ιδιαίτερες διαφορές μεταξύ των δυο φύλων (Kozumplik, Jukic, & Goreta, 2003).

Σε μελέτη του 2012, πάνω στην επίδραση της κοινωνικής στήριξης στον κίνδυνο για ακούσια νοσηλεία, δεν ανιχνεύθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς τα δυο φύλα και το καθεστώς νοσηλείας (Post et al, 2012).

Στην EUNOMIA, μελέτη πάνω στις ακούσιες νοσηλείες που διενεργήθηκε σε 12 Ευρωπαϊκές χώρες και συμπεριέλαβε για πρώτη φορά εκούσιους ασθενείς που αισθάνονταν ακουσίως νοσηλευόμενοι, το 55,7% των συμμετεχόντων ήταν άνδρες (Kallert, 2011).

Στην Αγγλία και πιο συγκεκριμένα στην περιοχή της Ουαλίας, το 2009, δημοσιεύτηκε μελέτη με στόχο την ανεύρεση τοπικών τάσεων στις αναγκαστικές νοσηλείες και στα ευρήματά της υπάρχει υπεροχή του ανδρικού φύλου (56 vs 44%)

και τους άνδρες να νοσηλεύονται πιο συχνά είτε για παρακολούθηση 28 ημερών είτε για θεραπεία έως και 6 μηνών (Aziz, 2009).

Στην Ολλανδία, σε μελέτη ακουσίως νοσηλευόμενων ασθενών για χρονικό διάστημα τεσσάρων ετών, παρατηρήθηκε υπεροχή των ανδρών σε ποσοστό 54% (Mulder et al, 2008) ενώ η αύξηση των ακουσίων νοσηλειών κατά το διάστημα αυτό ήταν μεγαλύτερη σε άνδρες ηλικίας 30-49. Το ανδρικό φύλο φαίνεται να υπερέχει σε αναγκαστική νοσηλεία για πρώτη φορά όπως προκύπτει από μεταγενέστερη μελέτη στην ίδια χώρα (Wit, Tuinebreijer, Brussel & Selten, 2012).

Στην Ιρλανδία, το 2012, σε μελέτη που συγκρίνει κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά ανάλογα με το νομικό καθεστώς της νοσηλείας οι γυναίκες φαίνεται να υπερέχουν στις ακούσιες νοσηλείες (53,7%) χωρίς όμως αυτό να θεωρείται στατιστικά σημαντικό (Xiao & Kelly, 2012). Σε δεύτερη έρευνα, στην ίδια χώρα, που ελέγχει προγνωστικούς παράγοντες ακούσιας νοσηλείας σε ασθενείς με σχιζοφρένεια οι άνδρες υπερέχουν ανεξάρτητα από το καθεστώς νοσηλείας. Τέλος, σε έρευνα που εξετάζει τα ποσοστά ακούσιων επανεισαγωγών σε διάστημα τεσσάρων ετών (2007-2010), στην Ιρλανδία, προκύπτει ότι ασθενείς με επανειλημμένες επανεισαγωγές (≥ 3) τείνουν να είναι συχνότερα άρρενες (Cunningham, 2012).

Στην Ιταλία, σε μελέτη ασθενών που νοσηλεύτηκαν για πρώτη φορά στη διάρκεια ενός έτους (2004) ανεξάρτητα από το νομικό καθεστώς προέκυψε μια ομάδα ασθενών με αυξημένη πιθανότητα ακούσιας νοσηλείας και στην ομάδα αυτή υπερείχε το ανδρικό φύλο (Guzetta et al, 2010).

Ηλικία

Η μέση ηλικία σε ασθενείς ακουσίως νοσηλευόμενους που μελετήθηκαν σε χρονικό διάστημα πέντε ετών στην Κροατία ήταν $42,1 \pm 13,9$ για τους άνδρες και $37,3 \pm 18,9$ για τις γυναίκες, με τη μεταξύ τους διαφορά να χαρακτηρίζεται στατιστικά σημαντική (Potkonjak & Karlovic, 2008).

Στην EUNOMIA, η μέση ηλικία του δείγματος των ασθενών που αποτελείτο από ακουσίως νοσηλευόμενους και εκούσιους ασθενείς που αντιλαμβάνονταν τη νοσηλεία τους ως αναγκαστική, ήταν τα 40 έτη (Kallert, 2011).

Σε έρευνα πάνω στις τοπικές τάσεις στη χρήση του νόμου περί αναγκαστικής νοσηλείας στην Ουαλία η πλειοψηφία των ασθενών (77%) υπό το καθεστώς αυτής, ανήκε στο ηλικιακό φάσμα των 21-50 ετών με το συνολικό εύρος να είναι τα 18-90 έτη (Aziz, 2009).

Η μέση ηλικία ακουσίως νοσηλευόμενων ασθενών που μελετήθηκαν σε διάστημα τεσσάρων ετών στην Ολλανδία ήταν 40 ± 17 έτη (Mulder et al, 2008). Στην ίδια μελέτη παρατηρήθηκε μεγαλύτερη αύξηση ακούσιων εισαγωγών σε γυναίκες ηλικίας 50-69 ετών και σε ηλικίες μεγαλύτερες των 70 και στα 2 φύλα.

Στην Ιρλανδία, σε μελέτη που συγκρίνει ασθενείς βάσει του καθεστώτος νοσηλείας τους, η μέση ηλικία ήταν $40,2 \pm 13,2$ έτη και δεν παρατηρήθηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και τύπου νοσηλείας (Xiao & Kelly, 2012) ενώ σε μελέτη των ακούσιων επανεισαγωγών στην ίδια χώρα προκύπτει ότι η πλειοψηφία των ασθενών με επανειλημμένες επανεισαγωγές ανήκει στο ηλικιακό φάσμα των 22-64 (Cunningham, 2012).

Η μέση ηλικία ομάδας υψηλού κινδύνου για ακούσια νοσηλεία που προέκυψε από μελέτη νοσηλευόμενων για πρώτη φορά στην Ιταλία το 2004, ήταν τα 39 έτη με μέση ηλικία έναρξης συμπτωμάτων τα 34 (Guzetta et al, 2010).

Σε έρευνα που έλαβε χώρα στην Ολλανδία και συνέκρινε χαρακτηριστικά λευκών ασθενών με εκείνα έγχρωμων και μειονοτήτων, οι λευκοί παρουσίαζαν μεγαλύτερη μέση ηλικία από εκείνη της έτερης ομάδας (46,3 vs 34,4 έτη) διαφορά η οποία χαρακτηρίζεται στατιστικά σημαντική (Vinkers, Vries, Baars & Mulder, 2010). Σε μεταγενέστερη μελέτη, στην ίδια χώρα, ως υψηλού κινδύνου ομάδα για πρώτη ακούσια νοσηλεία παρουσιάζονται οι έχοντες ηλικία 18-24 ετών, με αυτή την ηλικιακή ομάδα να διατηρεί το προβάδισμα όταν ο έλεγχος περιοριζόταν σε διάγνωση ψυχωσικής συνδρομής (Wit, Tuinebreijer, Brussel & Selten, 2012).

Οικογενειακή κατάσταση

Σε έρευνα, που διενεργήθηκε στην Κροατία και εστιάζει στα κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά ακουσίως νοσηλευόμενων ασθενών, προκύπτει ότι η πλειοψηφία του δείγματος (56,7%) ήταν άγαμοι, διαζευγμένοι ή χήροι με τις γυναίκες να είναι λιγότερο συχνά έγγαμες (Potkonjak & Karlovic, 2008).

Από την EUNOMIA, η οποία περιλαμβάνει ασθενείς από 12 Ευρωπαϊκές χώρες, προκύπτει ότι η πλειοψηφία (75,4%) των ασθενών υπό καθεστώς ακούσιας νοσηλείας ήταν άγαμοι (Kallert et al., 2011).

Σε μελέτη των τοπικών τάσεων όσον αφορά τις ακούσιες νοσηλείες στην Ουαλία, αναφέρεται ότι οι άγαμοι άνδρες προσβάλλουν πιο συχνά (68 vs 32%) , συγκριτικά με τις άγαμες γυναίκες, την ακούσια νοσηλεία τους (Aziz, 2009).

Κατά τη σύγκριση ασθενών με βάση τον τύπο νοσηλείας τους, στην Ιρλανδία και για χρονικό διάστημα τριών ετών, τα $\frac{3}{4}$ του συνόλου των νοσηλευόμενων σε ψυχιατρική μονάδα στο Δουβλίνο ήταν άγαμοι, χωρίς όμως αυτό να εμφανίζει κάποια συσχέτιση με τον τύπο της εισαγωγής (Xiao & Kelly, 2012).

Η ομάδα υψηλού κινδύνου για αναγκαστική νοσηλεία που προέκυψε από τη μελέτη ασθενών με πρώτη ψυχιατρική νοσηλεία, στην Ιταλία, το 2004, αποτελείτο κατά κύριο λόγο από ανύπαντρους άνδρες (Guzetta et al., 2010).

Διαβίωση

Από την αναδρομική μελέτη κλινικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών των νοσηλευόμενων υπό καθεστώς ακούσιας νοσηλείας στην Κροατία σε διάστημα πέντε ετών προκύπτει η πλειοψηφία του δείγματος (67,9 %) διέμενε μόνο του, με τις γυναίκες να υπερέχουν (Potkonjak & Karlovic, 2008).

Σε μελέτη που έλαβε χώρα στην Ολλανδία και εστίαζε στην επίδραση της κοινωνικής στήριξης στο καθεστώς νοσηλείας, προέκυψε ότι από τους ασθενείς που είχαν τουλάχιστον μια ακούσια νοσηλεία, το 79%, είχε μοναχική διαβίωση, με τη διαφορά να χαρακτηρίζεται στατιστικά σημαντική και από περαιτέρω ανάλυση να προκύπτει ότι η μοναχική διαβίωση αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για αναγκαστική νοσηλεία (Post et al, 2012).

Η ομάδα υψηλού κινδύνου για ακούσια νοσηλεία μεταξύ ασθενών με πρώτη νοσηλεία που προέκυψε από μελέτη στην Ιταλία, περιελάμβανε κατά κύριο λόγο άνδρες που μένουν μόνοι ή με γονείς/ αδέρφια (Guzetta et al., 2010).

Σε έρευνα που διενεργήθηκε σε 11 Ευρωπαϊκές χώρες και εκτιμούσε τις απόψεις ακούσιων ασθενών αναφορικά με το αν η νοσηλεία τους ήταν δικαιολογημένη, αναφέρεται ποσοστό μοναχικής διαβίωσης της τάξης του 66% (Priebe et al, 2010).

Από την ανάλυση των ακούσιων επανεισαγωγών στην Ιρλανδία, προκύπτει ότι ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο για επανειλημμένες επανεισαγωγές ζουν συχνότερα σε αγροτικές περιοχές (Cunningham, 2012).

Τέλος, σε προοπτική μελέτη των εκτιμήσεων που έγιναν σε επείγουσα βάση στην πόλη του Άμστερνταμ σε διάστημα 2 χρόνων, αναφέρεται ότι η διαβίωση με τους γονείς αυξάνει τον κίνδυνο ακούσιας νοσηλείας περισσότερο από 3 φορές (Post et al., 2009).

2.2.3 Κοινωνικά χαρακτηριστικά

Κοινωνική στήριξη

Τμήμα προοπτικής μελέτης που έλαβε χώρα στην Ολλανδία και εξέταζε τα χαρακτηριστικά όλων των ψυχιατρικών εκτιμήσεων που έλαβαν χώρα στο Άμστερνταμ, αφορούσε το ρόλο της κοινωνικής στήριξης ως προγνωστικό παράγοντα ακούσιας νοσηλείας. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι ασθενείς με τουλάχιστον μια ακούσια νοσηλεία είχαν αυξημένη πιθανότητα μοναχικής διαβίωσης και επιπλέον παρουσιάζονται ως έχοντες λιγότερα άτομα στον κοινωνικό τους ιστό πέρα από συγγενείς και φίλους. Από περαιτέρω ανάλυση προέκυψε σημαντική συσχέτιση με τον αριθμό των εμπλεκόμενων ατόμων στον κοινωνικό ιστό ενώ συγκριτικά με τον τύπο διαβίωσης, ασθενείς χωρίς μοναχική διαβίωση έτειναν να έχουν περισσότερα άτομα στον κοινωνικό τους ιστό (Post et al., 2012).

Η στήριξη από τα μέλη της οικογένειας συχνά απουσίαζε στην ομάδα υψηλού κινδύνου για ακούσια νοσηλεία, που προέκυψε σε μελέτη που έλαβε χώρα στην Ιταλία και εστίαζε σε πρώτες ψυχιατρικές νοσηλείες (Guzetta et al., 2010).

Η παρουσία οικογενειακών συγκρούσεων δε θεωρήθηκε στατιστικά σημαντική σε έρευνα που διενεργήθηκε στην Κροατία, πάνω στα κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά ακούσιων ασθενών (Potkonjak & Karlovic, 2008).

Κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο

Θα θεωρήσουμε το επίπεδο μόρφωσης, την εργασία και την ύπαρξη κοινωνικής ασφάλισης ως εκφραστές του κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου.

Όπως προκύπτει από αναδρομική μελέτη του 2008 πάνω σε κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά στις ακούσιες νοσηλείες, το 1/2 περίπου του δείγματος είχε λάβει δευτεροβάθμια εκπαίδευση, το 1/3 περίπου εργαζόταν (33,3%) και η πλειοψηφία (57,5%) ήταν ανασφάλιστοι (Potkonjak & Karlovic, 2008).

Στην EUNOMIA, η πλειοψηφία των υπό μελέτη ασθενών, ήταν άνεργοι είτε επρόκειτο για ακουσίως νοσηλευόμενους είτε για εκούσιους με υποκειμενική αίσθηση νοσηλείας ενάντια στη θέλησή τους (Kallert, 2011).

Σε μελέτη που συνέκρινε χαρακτηριστικά ασθενών βάσει τύπου νοσηλείας, στην Ιρλανδία, τα 2/3 (66,6%) του συνόλου των ασθενών ήταν άνεργοι, χωρίς όμως αυτό το εύρημα να σχετίζεται με το καθεστώς νοσηλείας (Xiao & Kelly, 2012).

Το 2005 δημοσιεύτηκε μελέτη που έλαβε χώρα στην Αγγλία εστιάζοντας στα χαρακτηριστικά ασθενών με πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο. Σε αυτή ένας από τους

σχετιζόμενους με την ακούσια νοσηλεία παράγοντες ήταν η ανεργία (Morgan et al., 2005).

Σε μελέτη που συνέκρινε τα χαρακτηριστικά μεταναστών σε δυο τμήματα οξείας νοσηλείας στη Νορβηγία ανάλογα με το καθεστώς της νοσηλείας τους, προκύπτει ότι οι ακούσιες νοσηλείες είναι πιο συχνές σε άνεργους και με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο μετανάστες (Iversen, Berg, Smavic, & Vaaler, 2011).

Η ανεργία σε ποσοστό 72% χαρακτήριζε δείγμα ακουσίως νοσηλευόμενων ασθενών σε 11 Ευρωπαϊκές χώρες, σε έρευνα που αφορούσε τις απόψεις των ασθενών για την ακούσια νοσηλεία τους (Priebe et al., 2010).

Μετανάστευση

Σε μελέτη των τοπικών τάσεων στην εφαρμογή της νομοθεσίας περί αναγκαστικής νοσηλείας στην Ουαλία, προκύπτει μικρή εκπροσώπηση εθνικών μειονοτήτων με το 1% του δείγματος ασθενών σε ακούσια νοσηλεία να είναι Λευκοί-Ιρλανδοί και το 2% Λευκοί-Ευρωπαίοι (Aziz, 2009).

Σε έρευνα που έλαβε χώρα στην Ιρλανδία και συνέκρινε χαρακτηριστικά ακούσιων και εκούσιων ασθενών, η χώρα προέλευσης παρουσίασε συσχέτιση με τον τύπο εισαγωγής. Το ποσοστό ακούσιας νοσηλείας στους Ιρλανδούς ήταν 12% και στους μετανάστες 33,9% (Xiao & Kelly, 2012).

Η σύγκριση λευκών και έγχρωμων/ μειονοτήτων υπό το καθεστώς ακούσιας νοσηλείας στην Ολλανδία έδειξε ότι οι μειονότητες τείνουν να έχουν μικρότερη ηλικία, να είναι πιο συχνά άνδρες, να έχουν πιο συχνά τη διάγνωση της ψύχωσης και ο λόγος εισαγωγής τους να είναι συχνότερα η βία προς τρίτους και η παραμέληση οικείων προσώπων. Μετά από διόρθωση για ηλικία, φύλο, διάγνωση και κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, η διαφορά ως προς τη βία παρέμεινε στατιστικά σημαντική (Vinkers, Vries, Baars & Mulder, 2010).

Η μελέτη χαρακτηριστικών πρώτης ακούσιας νοσηλείας στην πόλη του Άμστερνταμ, υπέδειξε ως ομάδα υψηλού κινδύνου τους μετανάστες από μη Δυτικές χώρες και κυρίως τους μετανάστες δεύτερης γενιάς αν και σε ορισμένες εθνικές ομάδες ο κίνδυνος αφορούσε τόσο την πρώτη όσο και τη δεύτερη γενιά. Όσον αφορά το λόγο εισαγωγής η πλειοψηφία των επικίνδυνων προς τρίτους ήταν μετανάστες, διαφορά που παρέμενε στατιστικά σημαντική ακόμα και μετά από διόρθωση για διάγνωση. Ιδιαίτερα αυξημένη ήταν η συχνότητα ετεροκαταστροφικότητας σε Τούρκους 2^{ης} γενιάς (Wit, Tuinebreijer, Brussel & Selten, 2012).

Το 2005, δημοσιεύτηκε έρευνα που έλαβε χώρα στην Αγγλία και εξέτασε 512 ασθενείς με πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο. Στα ευρήματά της συμπεριλαμβάνεται υπερεκπροσώπηση των έγχρωμων στις ακούσιες νοσηλείες με ποσοστά που κυμαίνονται από 50% έως 54,8% ανάλογα με την επιμέρους εθνική ομάδα (African-Caribbean/ Black-African) και την πόλη διαμονής (Λονδίνο-Νόττινγχαμ). Επίσης, οι έγχρωμοι-αφρικανοί που είχαν γεννηθεί στο Λονδίνο παρουσίαζαν μεγαλύτερο κίνδυνο ακούσιας νοσηλείας. Τα ποσοστά αναγκαστικής νοσηλείας στους έγχρωμους άνδρες παρέμειναν 3,5 φορές μεγαλύτερα από εκείνα των λευκών ανδρών μετά από διόρθωση για άλλους παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένη συχνότητα ακούσιας νοσηλείας όπως η ανεργία, η παραπομπή από το δικαστήριο, η αντιληπτή επικινδυνότητα προς τρίτους, η διάγνωση και αναζήτηση βοήθειας από τον ασθενή (Morgan et al., 2005).

Σε μελέτη που δημοσιεύτηκε το 2006 και έλαβε χώρα στην Ολλανδία, ένα από τα κύρια ερωτήματα ήταν το κατά πόσο η μετανάστευση αποτελεί ανεξάρτητο

παράγοντα κινδύνου για ακούσια νοσηλεία. Η καταγωγή από μη Δυτική χώρα παρουσίαζε σημαντική συσχέτιση με καθεστώς αναγκαστικής νοσηλείας όταν δε γινόταν έλεγχος για άλλες μεταβλητές. Μετά από έλεγχο για δημογραφικούς παράγοντες το ανδρικό φύλο εμφάνιζε σχέση με ακούσια νοσηλεία και μετά από έλεγχο για κλινικούς παράγοντες συσχέτιση παρουσίαζαν η σοβαρότητα των συμπτωμάτων, η επικινδυνότητα, το μειωμένο κίνητρο για θεραπεία και η μειωμένη λειτουργικότητα (Mulder, Koopmans & Selten, 2006).

Συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στην Αγγλία πάνω στη σχέση μετανάστευσης και κινδύνου ακούσιας νοσηλείας, είχε ως αποτέλεσμα ότι οι Ασιάτες παρουσιάζουν δυο φορές και οι έγχρωμοι τέσσερις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο ακούσιας νοσηλείας σε σχέση με τους λευκούς (Singh, Greenwood, White & Churchill, 2007).

Η σύγκριση κλινικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών μεταναστών ακουσίως και εκουσίως νοσηλευομένων σε δυο τμήματα οξείας νοσηλείας στη Νορβηγία έδειξε ότι η ακούσια νοσηλεία είναι πιο συχνή σε άνδρες, σε άνεργους και με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, στη σχιζοφρένεια και τις άλλες ψυχωσικές διαταραχές, στις απόπειρες αυτοκτονίας ενώ ανεβρέθηκε αυξημένη επίπτωση ορισμένων συμπτωμάτων στους ακούσιους μετανάστες με αυτά να περιλαμβάνουν το φόβο, το αίσθημα απομόνωσης, την απελπισία, τη μείωση της όρεξης, τη μυϊκή τάση, τα αισθήματα ενοχής και τα προβλήματα με υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας (Iversen, Berg, Smavic & Vaaler, 2011).

Μελέτη που έλαβε χώρα στην Αγγλία και εστιάζει στις εθνικές διαφορές, ως προς την πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, στο γυναικείο φύλο, περιλαμβάνει στα αποτελέσματά της ότι οι μειονότητες παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για ακούσια νοσηλεία ο οποίος δεν περιορίζεται στις έγχρωμες γυναίκες. Οι διαφορές στον κίνδυνο για ακούσια νοσηλεία των επιμέρους εθνικών ομάδων παραμένουν στατιστικά σημαντικές μετά από έλεγχο για κοινωνικούς και κλινικούς παράγοντες. Η εμπλοκή της αστυνομίας στην επαφή με το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η οποία ήταν συχνότερη στις μειονότητες, οδηγούσε σε αύξηση του κινδύνου αναγκαστικής νοσηλείας κατά 4 φορές (Lawlor, Johnson, Cole & Howard, 2010).

2.2.4 Κλινικά χαρακτηριστικά

Διάγνωση

Η αναδρομική μελέτη κλινικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών στην Κροατία, αναδεικνύει τη σχιζοφρένεια ως την πιο συχνή διάγνωση μεταξύ των ακουσίως νοσηλευομένων ασθενών (36,8%) με τη διαφορά να παρουσιάζεται ως στατιστικά σημαντική ενώ μεταξύ των δυο φύλων παρατηρήθηκε άλλη μια στατιστικά σημαντική διαφορά με τη σχιζοφρένεια να παραμένει η πιο συχνή διάγνωση στις γυναίκες και στους άνδρες να κυριαρχεί η χρήση αλκοόλ- ουσιών (Potkonjak & Karlovic, 2008).

Σε αναδρομική μελέτη των Gracias & Talina που συγκρίνει χαρακτηριστικά ακούσιων ασθενών σε διάστημα μιας δεκαετίας, προκύπτει ότι το 2009 η διάγνωση των συναισθηματικών διαταραχών είχε αυξηθεί, με τη διαφορά να είναι στατιστικά σημαντική (Gracias & Talina, 2011).

Στην EUNOMIA, στο δείγμα των υπό μελέτη ασθενών που αποτελείτο από ακούσιους και εκούσιους με υποκειμενική αίσθηση ακούσιας νοσηλείας, κυριαρχούσε η διάγνωση της ψύχωσης σε ποσοστό 63,4% (Kallert, 2011).

Κατά την ανίχνευση τοπικών τάσεων στην εφαρμογή του νόμου περί ακούσιας νοσηλείας στην Ουαλία, οι επικρατέστερες διαγνώσεις ήταν η σχιζοφρένεια, η ψύχωση και η διπολική διαταραχή ενώ ακολουθούσαν η άνοια, η κατάθλιψη με ψυχωτικά στοιχεία, η διαταραχή προσωπικότητας, η ουσιοεπαγόμενη ψύχωση, η νοητική υστέρηση με διαταραχές συμπεριφοράς και η σωματόμορφη διαταραχή (Aziz, 2009).

Σε έρευνα που έλαβε χώρα στην Ολλανδία, με στόχο την ανίχνευση χαρακτηριστικών στις αναγκαστικές νοσηλείες, και παρακολουθούσε ακούσιους ασθενείς σε διάστημα τεσσάρων ετών (2000-2004) η επικρατέστερη διάγνωση ήταν η ψυχωσική συνδρομή (48,3%) και ακολουθούσαν η κατάθλιψη (10,7%) και η διαταραχή προσωπικότητας (5,5%) Αξίζει να αναφερθεί ότι μόνο η αύξηση των ασθενών με κατάθλιψη αντικατόπτριζε τη συνολική αύξηση των ακούσιων νοσηλειών τα τέσσερα αυτά χρόνια ενώ η μεγαλύτερη αύξηση στον αριθμό τους παρατηρήθηκε στην άνοια (59%) και ακολουθούσαν οι οργανικές ψυχικές διαταραχές (40%), οι ουσιοεπαγόμενες ψυχιατρικές διαταραχές (36%) και οι διαταραχές προσωπικότητας (36%) (Mulder et al., 2008).

Η σύγκριση δημογραφικών και διαγνωστικών χαρακτηριστικών ασθενών ανάλογα με το καθεστώς νοσηλείας τους, στην Ιρλανδία και για διάστημα τριών ετών, ανέδειξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της διάγνωσης με τον τύπο εισαγωγής, με περισσότερο από το 1/3 των ασθενών (37,5%) να πάσχει από σχιζοφρένεια. Επιπλέον, η σχιζοφρένεια κατείχε το μέγιστο αριθμό ακούσιων νοσηλειών ανά 100.000 (39,4) ενώ παρουσίαζε στατιστικά σημαντική σχέση με τον τόπο προέλευσης με το 53,2% των μεταναστών να πάσχει από σχιζοφρένεια έναντι του 18,5% των Ιρλανδών. Σε πολυπαραγοντικό μοντέλο ανάλυσης η διάγνωση αναδείχθηκε ως ο μόνος ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας του τύπου νοσηλείας (Xiao & Kelly, 2012).

Σε μελέτη του 2006, που έλαβε χώρα στην Ελβετία και εστίαζε στη διάγνωση της μανίας και τον τύπο νοσηλείας, ένα σημαντικό ποσοστό του δείγματος (57,9%) νοσηλευόταν παρά τη θέλησή του. Η πιθανότητα ακούσιας νοσηλείας στη μανία παρουσίαζε ανεξάρτητη συσχέτιση με την επιθετικότητα, τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή και τις πρακτικές του θεράποντος ιατρού (Schuepbach, Goetz, Boeker & Hell, 2006).

Από μελέτη που συγκρίνει λευκούς και μειονότητες υπό το καθεστώς ακούσιας νοσηλείας, προέκυψε ότι τα οργανικά ψυχοσύνδρομα είναι συχνότερα στους λευκούς ενώ οι ψυχώσεις συχνότερες στις μειονότητες (Vinkers, Vries, Baars & Mulder, 2010).

Σε έρευνα όλων των πρώτων ακούσιων νοσηλειών για χρονικό διάστημα δέκα ετών στο Άμστερνταμ, η πιο συχνή διάγνωση είναι η μη συναισθηματική ψύχωση (65%) τόσο στις αρχικές όσο και τις τελικές διαγνώσεις, με το ποσοστό της σχιζοφρένειας να παρουσιάζεται ως σχετικά μικρό. Ακολουθούν οι συναισθηματικές διαταραχές, κυρίως με ψυχωσικά στοιχεία (25%), η χρήση ουσιών (14%) και οι διαταραχές προσωπικότητας (5-6%) (Wit, Tuinebreijer, Brussel & Selten, 2012).

Από τη μελέτη 6000 ασθενών με ψυχωσική συνδρομή που νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο της Γερμανίας μεταξύ του 2001 και 2002 όσον αφορά θέματα συμμόρφωσης στη θεραπεία, προέκυψε ότι το 24,8% του δείγματος νοσηλευόταν ενάντια στη θέλησή του (Janssen, Gaebel, Haerter, Komaharadi, Lindel & Weinmann, 2006).

Η μελέτη των ακούσιων νοσηλειών στην Κροατία σε διάστημα πέντε ετών ανέδειξε ως πιο συχνή διάγνωση τη σχιζοφρένεια και τις άλλες ψυχωσικές διαταραχές με τη δεύτερη πιο συχνή διάγνωση μετά το 2000 να είναι η χρήση αλκοόλ. Αξίζει να αναφερθεί ότι μετά το 2001 και τρία χρόνια μετά την έναρξη εφαρμογής της νομοθεσίας παρατηρήθηκε μείωση στον αριθμό της σχιζοφρένειας και των υπόλοιπων ψυχωσικών διαταραχών που νοσηλεύονταν ακουσίως (Kozumplik, Jukic & Goreta, 2003).

Η επικράτηση της ακούσιας νοσηλείας στη διάγνωση της σχιζοφρένειας είναι μεγαλύτερη από εκείνη του γενικού πληθυσμού στη Δανία (10 vs 4,6%) (Øhlenschæger & Nordentoft, 2008).

Από τη σύγκριση χαρακτηριστικών μεταναστών νοσηλευόμενων σε δυο τμήματα οξείας νοσηλείας στη Νορβηγία ανάλογα με το καθεστώς νοσηλείας τους προέκυψε ότι ασθενείς με διάγνωση σχιζοφρένειας και ψυχωσικής συνδρομής νοσηλεύονταν συχνότερα παρά τη θέλησή τους ενώ η πλειοψηφία των συναισθηματικών διαταραχών (90%) νοσηλεύονταν εκουσίως (Iversen, Berg, Smavic & Vaaler, 2011).

Η μελέτη ακουσίως νοσηλευομένων σε 11 Ευρωπαϊκές χώρες ανέδειξε τη σχιζοφρένεια ως την επικρατέστερη διάγνωση (Priebe et al., 2010).

Η σύγκριση πρώτων ψυχωσικών επεισοδίων, ανάλογα με τη συννοσηρότητα με χρήση ουσιών και για χρονικό διάστημα δυο ετών, ανέδειξε αυξημένο κίνδυνο ακούσιας επανεισαγωγής σε ασθενείς με παράλληλη χρήση ουσιών (72 vs 31%) (Opsal, Clausen, Kristensen, Elvik, Joa & Larsen, 2011).

Η ανάλυση των ακούσιων επανεισαγωγών στην Ιρλανδία μεταξύ του 2007 και 2010, ανέδειξε ως συχνότερες διαγνώσεις τη σχιζοφρένεια, τη σχιζότυπη διαταραχή και την παραληρητική διαταραχή (57%) και ως δεύτερη συχνότερη τη μανία (20%), με τις διαγνώσεις αυτές να χαρακτηρίζονται και από μεγαλύτερο κίνδυνο επανειλημμένων ακούσιων επανεισαγωγών (≥ 3) (Cunningham, 2012).

Συμπτωματολογία

Η αναδρομική μελέτη κλινικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών σε ακουσίως νοσηλευόμενους ασθενείς στην Κροατία, ανέδειξε παρουσία αυτοκτονικού ιδεασμού στο 81,1% των ασθενών, ποσοστό που χαρακτηρίστηκε στατιστικά σημαντικό (Potkonjak & Karlovic, 2008).

Η μελέτη της σχέσης ανάμεσα στην επικράτηση αυτοκτονιών στο γενικό πληθυσμό και της χρήσης του καθεστώτος αναγκαστικής νοσηλείας στην Αγγλία, ανέδειξε αρνητική συσχέτιση μεταξύ αυτοκτονιών ακούσιας νοσηλείας είτε για παρακολούθηση είτε για θεραπεία (Shah, 2012).

Σε έρευνα των Gracias & Talina, αναφέρεται ότι κατά τη σύγκριση δείγματος ακούσιων ασθενών με απόσταση δέκα ετών στην Πορτογαλία, προέκυψε στατιστικά σημαντική αύξηση στην επιθετική συμπεριφορά (Gracias & Talina, 2011).

Το 2010, δημοσιεύτηκε μελέτη που έλαβε χώρα στην Ιταλία και εστίαζε σε παράγοντες κινδύνου για ακούσια νοσηλεία σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Στα αποτελέσματα περιλαμβάνεται αυξημένη επικράτηση θετικών και γενικής ψυχοπαθολογίας συμπτωμάτων. Η παρουσία διέγερσης περιγράφεται ως παράγοντας που αυξάνει τον κίνδυνο ακούσιας νοσηλείας, με τη σχέση αυτή να είναι αμφίδρομη και η ακούσια νοσηλεία να αυξάνει με τη σειρά της τη διέγερση. Λαμβάνοντας υπ' όψιν το ότι η διέγερση κατά κανόνα προηγείτο της νοσηλείας και το 23% των ψυχιάτρων βάσιζε την απόφασή του στην πιθανή επικινδυνότητα, η διέγερση

χαρακτηρίστηκε σημαντικός προγνωστικός παράγοντας του καθεστώτος νοσηλείας. Στην ίδια μελέτη γίνεται αναφορά στην αντίληψη των συναισθημάτων, η οποία παρουσίαζε συσχέτιση με τη διέγερση και ως εκ τούτου με την πιθανότητα ακούσιας νοσηλείας καθώς και στην εναισθησία που φαίνεται να επηρεάζει το καθεστώς νοσηλείας (Montemagni et al.,2010).

Στην Ολλανδία, όπου η ανάγκη για θεραπεία δεν αποτελεί κριτήριο ακούσιας νοσηλείας, η μελέτη των χαρακτηριστικών ασθενών που νοσηλεύονταν παρά τη θέληση τους, ανέδειξε ως τους δυο επικρατέστερους λόγους εισαγωγής τον κίνδυνο αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς (38,3%) και τη βία προς τρίτους (24,6%). Στο χρονικό διάστημα των τεσσάρων ετών που διήρκεσε η έρευνα τη μεγαλύτερη αύξηση στους λόγους εισαγωγής παρουσίασε το κριτήριο της επιθετικότητας με αύξηση της τάξης του 30% (Mulder et al.,2008).

Η ακούσια νοσηλεία στην οξεία μανία παρουσιάζει σημαντική συσχέτιση με την επιθετικότητα και την εναισθησία (Schuepbach, Goetz, Boeker & Hell, 2006).

Η ομάδα υψηλού κινδύνου για αναγκαστική νοσηλεία που προέκυψε κατά τη μελέτη πρωτονοσηλευόμενων ασθενών στην Ιταλία, περιελάμβανε ασθενείς με συχνή παρουσία παραληρητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων την εβδομάδα προ της εισαγωγής, μειωμένη λειτουργικότητα στο ίδιο διάστημα ενώ η βίαιη συμπεριφορά προς άτομα ή αντικείμενα ήταν ο επικρατέστερος λόγος εισαγωγής (Guzetta et al.,2010).

Η μελέτη του πρώτου επεισοδίου σχιζοφρένειας για χρονικό διάστημα τεσσάρων ετών στην Ιρλανδία, ανέδειξε παρουσία παραληρητικών ιδεών μεγαλείου, καχυποψίας/ δίσωξης, εχθρότητας και στερεότυπης σκέψης σε μεγαλύτερο ποσοστό των ακούσιων ασθενών καθώς και λιγότερη εναισθησία. Από περαιτέρω ανάλυση, μόνο η εναισθησία παρέμεινε ως ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας ακούσιας νοσηλείας σε πρώτο επεισόδιο σχιζοφρένειας (Kelly, 2004).

Η μελέτη της επιθετικότητας ως πρόδρομο οξείας νοσηλείας στην Ιταλία, ανέδειξε μετά από πολυπαραγοντική ανάλυση, ότι ασθενείς με βίαιη συμπεριφορά προ της εισαγωγής είχαν αυξημένη πιθανότητα να βρίσκονται σε καθεστώς ακούσιας νοσηλείας παρ' όλο που το κριτήριο της επικινδυνότητας δεν περιλαμβάνεται στη νομοθεσία της Ιταλίας (Colasanti, Natoli, Moliterno, Rossattini, De Gaspari & Mauri, 2008).

Η σύγκριση λευκών και μειονοτήτων υπό το καθεστώς ακούσιας νοσηλείας στην Ολλανδία, ανέδειξε τη βία προς τρίτους και την παραμέληση οικείων προσώπων ως πιο συχνούς λόγους ακούσιας νοσηλείας στις μειονότητες ενώ μετά από διόρθωση για άλλους παράγοντες (ηλικία, φύλο, διάγνωση, κοινωνικό- οικονομικό επίπεδο) η διαφορά ως προς τη βία παρέμεινε στατιστικά σημαντική (Vinkers,Vries, Baars & Mulder, 2010).

Σε μελέτη όλων των πρώτων ακούσιων νοσηλειών για χρονικό διάστημα δέκα ετών στην πόλη του Άμστερνταμ, προέκυψε ότι σε 70% των ασθενών ο λόγος εισαγωγής ήταν η επικινδυνότητα προς εαυτό και τρίτους, με την πλειοψηφία των επικίνδυνων προς τρίτους να είναι άνδρες, από ομάδα εθνικών μειονοτήτων, ακόμα και μετά από διόρθωση για διάγνωση (Wit, Tuinebreijer, Brussel & Selten, 2012).

Η απουσία ικανότητας συναίνεσης παρουσιάζει συσχέτιση με το καθεστώς ακούσιας νοσηλείας, όπως προκύπτει σε μελέτη που έλαβε χώρα στην Αγγλία πάνω στα χαρακτηριστικά αυτών των ασθενών. Το 61,2% των ασθενών στους οποίους απουσίαζε η ικανότητα λήψης απόφασης νοσηλεύονταν ενάντια στη θέλησή τους (Cairns et al.,2005).

Από τη σύγκριση μεταναστών που νοσηλεύονταν σε δυο τμήματα οξείας νοσηλείας στη Νορβηγία, ανάλογα με το καθεστώς νοσηλείας τους, προέκυψε ότι

ορισμένα συμπτώματα είχαν αυξημένη επικράτηση στους ακουσίως νοσηλευόμενους μετανάστες. Σε αυτά περιλαμβάνονταν ο φόβος, το αίσθημα απομόνωσης, η απελπισία, η μείωση της όρεξης, η μυϊκή τάση, τα αισθήματα ενοχής και τα προβλήματα με υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας (Iversen, Berg, Smavic & Vaaler, 2011).

Η επικινδυνότητα προς τρίτους μαζί με το μειωμένο κίνητρο για θεραπεία αναδείχθηκε ως ο πιο ισχυρός προγνωστικός δείκτης ακούσιας νοσηλείας σε μελέτη που έλαβε χώρα στην Ολλανδία και εξέτασε όλες τις επείγουσες εκτιμήσεις που έγιναν στο Άμστερνταμ σε διάστημα δύο χρόνων (Post et al., 2009).

Διάρκεια νοσηλείας

Η διάρκεια νοσηλείας των ακούσιων ασθενών περιγράφεται μεγαλύτερη από εκείνη των εκουσίων σε μελέτη που έλαβε χώρα στην Ιρλανδία και συγκρίνει ασθενείς ανάλογα με τον τύπο εισαγωγής τους. Οι ασθενείς που νοσηλεύονταν ενάντια στη θέλησή τους είχαν μέση διάρκεια νοσηλείας 28 ημέρες και αυτό δε φαινόταν να επηρεάζεται από την υποκείμενη διάγνωση ενώ η μέση διάρκεια νοσηλείας στο σύνολο των ασθενών ήταν μόλις 13 ημέρες (Xiao & Kelly, 2012).

Παρόμοια αποτελέσματα προέκυψαν και από μελέτη ασθενών που κατά την πρώτη τους επαφή με υπηρεσίες ψυχικής υγείας στη Δανία έλαβαν τη διάγνωση της σχιζοφρένειας. Σε αυτό το δείγμα η μέση διάρκεια ακούσιας νοσηλείας ήταν 30 ημέρες (Øhlenschaeger & Nordentoft, 2007).

Η σύγκριση μεταναστών που νοσηλεύθηκαν σε δυο τμήματα οξείας νοσηλείας στη Νορβηγία, μεταξύ του 2005 και 2008, ανάλογα με τον τύπο νοσηλείας τους, ανέδειξε μέση διάρκεια νοσηλείας 7,8 ημέρες για τους εκούσιους ασθενείς και 21,6 ημέρες για τους ακούσιους (Iversen, Berg, Smavic & Vaaler, 2011).

Συμμόρφωση στη θεραπεία

Η μελέτη κλινικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών ακούσιων ασθενών σε αναδρομική έρευνα στην Κροατία, ανέδειξε ως συχνό φαινόμενο την κακή συμμόρφωση στη θεραπεία (Potkonjak & Karlovic, 2008).

Το κλινικό προφίλ ακουσίως νοσηλευόμενων ασθενών όπως αυτό προέκυψε κατά την αναζήτηση παραγόντων κινδύνου για αναγκαστική νοσηλεία σε ασθενείς με σχιζοφρένεια περιελάμβανε μεταξύ άλλων διακοπή φαρμακευτικής αγωγής και ψυχιατρικής παρακολούθησης (Montemagni et al., 2010).

Η διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής σε ασθενείς με μανία σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο ακούσιας νοσηλείας, όπως προέκυψε από τη σύγκριση ασθενών σε οξεία μανία ανάλογα με το καθεστώς εισαγωγής τους (Schuerbach, Goetz, Boeker & Hell, 2006).

Σε μελέτη που έλαβε χώρα στην Ολλανδία και περιελάμβανε όλες τις επείγουσες εκτιμήσεις που έγιναν στην πόλη του Άμστερνταμ σε διάστημα δύο ετών, το 45% του συνόλου των ασθενών δεν είχε επαφή με υπηρεσίες ψυχικής υγείας για ένα έτος και

στην υπο-ομάδα των ακούσιων ασθενών τα ποσοστά αυτό ήταν 38% (Post et al., 2009).

Προηγούμενες νοσηλείες

Σε αναδρομική μελέτη των κλινικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών ασθενών σε καθεστώς ακούσιας νοσηλείας, οι άνδρες παρουσιάζονται ως έχοντες πιο συχνά στο ιστορικό τους προηγούμενη ακούσια νοσηλεία (Potkonjak & Karlovic, 2008).

Η παρουσία προηγούμενης ακούσιας νοσηλείας αποτελούσε τμήμα του κλινικού προφίλ ασθενών με σχιζοφρένεια και σε καθεστώς αναγκαστικής νοσηλείας κατά την αναζήτηση παραγόντων κινδύνου για ακούσια νοσηλεία (Montemagni et al., 2010).

Στην EUNOMIA, όπου συμπεριλήφθηκαν ασθενείς ακουσίως νοσηλευόμενοι ή με υποκειμενική αίσθηση ακούσιας νοσηλείας, από 12 Ευρωπαϊκές χώρες, το 71,1% του δείγματος είχε στο ιστορικό του προηγούμενες νοσηλείες (Kallert, 2011).

Κατά τη μελέτη ακουσίως νοσηλευόμενων ασθενών στην Ολλανδία για το χρονικό διάστημα 2000-2004, το 34,1% είχε περισσότερες από μια ακούσιες νοσηλείες στο διάστημα των τεσσάρων αυτών ετών (Mulder et al., 2008).

Κατά τον έλεγχο των απόψεων ασθενών, όσον αφορά την παρά τη θέλησή τους νοσηλεία, σε μελέτη που συμπεριέλαβε ασθενείς από 11 Ευρωπαϊκές χώρες και σε καθεστώς ακούσιας νοσηλείας, το 71% του δείγματος είχε προηγούμενη νοσηλεία στο ιστορικό του (Priebe et al., 2010).

Η διερεύνηση όλων των ψυχιατρικών εκτιμήσεων που έγιναν σε επείγουσα βάση και διάστημα δυο ετών στην πόλη του Άμστερνταμ, ανέδειξε ότι το ιστορικό ακούσιας νοσηλείας τα προηγούμενα πέντε χρόνια σχετιζόταν με τέσσερις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο αναγκαστικής νοσηλείας κατά την παρούσα εξέταση (Post et al., 2009).

Τέλος, από τη μελέτη ασθενών με επανειλημμένες ακούσιες επανεισαγωγές στην Ιρλανδία για το διάστημα 2007-2010, προέκυψε ότι ασθενείς με τρεις ή περισσότερες ακούσιες νοσηλείες στο ιστορικό τους ήταν συχνότερα άνδρες, ηλικίας 22-64 ετών, με συχνή διαβίωση σε αγροτικές περιοχές και διάγνωση σχιζοφρένειας, σχιζότυπης διαταραχής, παραληρητικής διαταραχής ή μανίας (Cunningham, 2012).

2.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

2.3.1 Τάσεις στον αριθμό των ακούσιων νοσηλειών

Στη βιβλιογραφία που ανακτήθηκε και αναφέρεται στο χρονικό διάστημα μετά το 2000, η παρατηρούμενη τάση μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών είναι η αύξηση του αριθμού των ακούσιων νοσηλειών. Το εθνικό ποσοστό ακούσιων νοσηλειών ανά 100.000 κατοίκους κράτησε σταθερά ανοδική πορεία στην Ολλανδία μεταξύ του 2000 και του 2009 (από 40,2 σε 119), στην Αγγλία μεταξύ του 1999 και του 2008(από 48 σε 65,7), στην Ιρλανδία μεταξύ του 2009 και 2010(από 38,5 σε 46,04) και στο Βέλγιο.

Ενδιαφέρουσα είναι η διαφορά που παρατηρήθηκε μεταξύ του εθνικού ποσοστού και του ποσοστού σε μεγάλες ευρωπαϊκές πόλεις όπως το Άμστερνταμ και το Δουβλίνο τα οποία κατείχαν πολύ μεγαλύτερους αριθμούς ακούσιων νοσηλειών από τους αντίστοιχους της χώρας τους.

Εξαίρεση σε αυτά αποτελεί η Κροατία, χωρίς όμως να υπάρχει δυνατότητα αναφοράς σε εθνικά ποσοστά, με τα ποσοστά ακούσιων νοσηλειών σε μεμονωμένες ψυχιατρικές κλινικές να παρουσιάζουν μείωση μετά το 2000 ενώ πριν από αυτή τη χρονιά ήταν αρκετά υψηλότερα.

Η παρατηρούμενη αύξηση στην επικράτηση των ακούσιων νοσηλειών ενδεχομένως αντικατοπτρίζει:

- i. Το φαινόμενο της επανιδρυματοποίησης με τα τελευταία δέκα χρόνια να χαρακτηρίζονται από αποφάσεις για αύξηση των φυλακών και των ψυχιατροδικαστικών ιδρυμάτων ενώ οι γενικές ψυχιατρικές κλινικές ζητούν αύξηση των κλινών τους.
- ii. Την οικονομική δυσχέρεια όπου ο μειωμένος προϋπολογισμός για κοινοτικές υπηρεσίες και η μείωση του εξειδικευμένου προσωπικού οδηγεί σε αύξηση του χρόνου αναμονής για εξυπηρέτηση και αύξηση της πίεσης που ασκείται στα νοσοκομεία.
- iii. Την αύξηση των ατόμων με άνοια που συνεπάγεται αύξηση της ετεροκαταστροφικότητας και των παρατηρούμενων διαταραχών συμπεριφοράς (Kallert, 2011).
- iv. Μια κοινωνική μετατόπιση που θυσιάζει την ελευθερία και την αυτονομία για την αντιλαμβανόμενη ασφάλεια των ασθενών και των τρίτων αλλά και τη νομική ασφάλεια των ψυχιάτρων (Vandenberghe, Schoevaerts, Van Landeghem & Bruffaerts, 2012).

Οι παρατηρούμενες διαφορές μεταξύ των χωρών τόσο ως προς τους αριθμούς ακούσιων νοσηλειών αλλά και τον ρυθμό αύξησής τους ίσως είναι αποτέλεσμα διαφορετικής νομοθεσίας (κριτήρια αναγκαστικής νοσηλείας, υποχρεωτική παρουσία νομικού εκπροσώπου, ανάγκη γραπτής συγκατάθεσης), δημογραφικών χαρακτηριστικών ή στάση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας (Mulder et al., 2008). Τέλος, όσον αφορά την Κροατία, τα υψηλά ποσοστά ακούσιων νοσηλειών πριν το 2000 ενδεχομένως αντικατοπτρίζουν την έλλειψη εξοικείωσης με τη νέα νομοθεσία σε συνδυασμό με την ανάγκη για γραπτή συγκατάθεση του ασθενούς, η κατάργηση της οποίας οδήγησε σε σημαντική μείωση της ανάγκης για ακούσια νοσηλεία σε όλες τις διαγνωστικές κατηγορίες (Kozumplik, Jukic, & Goreta, 2003).

2.3.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Φύλο

Στην πλειοψηφία των ανακτηθέντων ερευνών το ανδρικό φύλο παρουσιάζεται να νοσηλεύεται πιο συχνά υπό το καθεστώς ακούσιας νοσηλείας με μοναδική εξαίρεση μια μελέτη στην Ιρλανδία όπου αναφέρεται υπεροχή των γυναικών, χωρίς όμως η διαφορά να χαρακτηρίζεται στατιστικά σημαντική. Οι ακουσίως νοσηλευόμενοι άνδρες έχουν μεγαλύτερη ηλικία από τις γυναίκες, έχουν πιο συχνά διάγνωση χρήσης αλκοόλ/ ουσιών και μεγαλύτερο κίνδυνο για επανειλημμένες ακούσιες

επανεισαγωγές. Οι γυναίκες πάσχουν συχνότερα από σχιζοφρένεια και είναι σε μεγαλύτερο ποσοστό άγαμες, διαζευγμένες ή με μοναχική διαβίωση.

Η υπεροχή του ανδρικού φύλου ενδεχομένως αντικατοπτρίζει τη χρήση του κριτηρίου της επικινδυνότητας με τους άνδρες να έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να γίνουν αντιληπτοί ως βίαιοι ή επικίνδυνοι (Mulder et al., 2008).

Ηλικία

Η μέση ηλικία ακουσίως νοσηλευόμενων ασθενών ήταν κατά προσέγγιση τα 40 έτη με την πλειοψηφία των ασθενών να βρίσκεται στο ηλικιακό φάσμα των 21-64 ετών και την πρώτη ακούσια νοσηλεία να αντιστοιχεί σε ηλικίες 18-24 ετών. Σε μια από τις ανακτηθείσες μελέτες παρατηρήθηκε μέγιστη αύξηση του ρυθμού ακούσιας νοσηλείας στις ηλικιακές ομάδες 50-69 στις γυναίκες και >70 και στα δύο φύλα.

Η παρατηρούμενη αύξηση στις δυο αυτές ηλικιακές ομάδες ενδεχομένως αντικατοπτρίζει:

- i. Μια αλλαγή στη στάση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας προς ηλικιωμένα άτομα που με εφαρμογή αναγκαστικής νοσηλείας σε ανοικούς ασθενείς ώστε να αποφευχθούν συμπεριφορές διαφυγής.
- ii. Μεγαλύτερη παραμονή ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές στην οικία τους και όταν η δυνατότητα παροχής φροντίδας από τα οικεία πρόσωπα ανεπαρκεί ζητείται ακούσια νοσηλεία (Mulder et al., 2008).

Οικογενειακή κατάσταση

Η πλειοψηφία των ακουσίως νοσηλευόμενων ασθενών είναι άγαμοι, διαζευγμένοι ή χήροι με τις γυναίκες να είναι λιγότερο συχνά έγγαμες. Η συσχέτιση, όμως, με το καθεστώς νοσηλείας δεν αναδεικνυόταν πάντα ως στατιστικά σημαντική.

Διαβίωση

Στις ανακτηθείσες έρευνες, οι ακούσιοι ασθενείς τείνουν να μένουν συχνότερα μόνοι τους, με την μοναχική διαβίωση να αναδεικνύεται ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για ακούσια νοσηλεία σε μελέτη που εστίαζε στην επίδραση της κοινωνικής στήριξης στο καθεστώς νοσηλείας. Σε έτερη μελέτη, η διαβίωση με τους γονείς παρουσιάζεται να αυξάνει κατά τρεις φορές τον κίνδυνο ακούσιας νοσηλείας.

2.3.3 Κοινωνικά χαρακτηριστικά

Κοινωνική στήριξη

Πέρα από την επίδραση της μοναχικής διαβίωσης στον κίνδυνο ακούσιας νοσηλείας, η οποία έχει ήδη αναφερθεί, υπάρχουν μελέτες που κάνουν αναφορά σε συσχέτιση του τύπου νοσηλείας με τον αριθμό των ατόμων που συνιστούν τον κοινωνικό ιστό πέρα από συγγενείς και φίλους. Σε μία από τις ανακτηθείσες μελέτες

γίνεται αναφορά σε αύξηση του κινδύνου αναγκαστικής νοσηλείας όταν απουσιάζει η στήριξη από την οικογένεια.

Κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο

Θέτοντας ως εκφραστές του κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου την εκπαίδευση, την εργασία και την ύπαρξη ασφάλισης, προέκυψε συσχέτιση του τύπου νοσηλείας με την ανεργία και την απουσία ασφάλισης ενώ σε μια μόνο μελέτη γίνεται αναφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης με το 50% των ασθενών να έχει δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Συχνές είναι οι αναφορές στις μελέτες που ανακτήθηκαν στο ρόλο της ανεργίας, η οποία παρουσιάζεται ως χαρακτηριστικό ασθενών που νοσηλεύονται ενάντια στη θέλησή τους τόσο γενικά όσο και σε υποκατηγορίες αυτών, όπως είναι το πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο και οι μετανάστες. Μία μόλις μελέτη παραθέτει στοιχεία σχετικά με την ασφάλιση των ασθενών, η οποία τείνει να απουσιάζει στις αναγκαστικές νοσηλείες.

Μετανάστευση

Η μετανάστευση αποτελεί έναν από τους συχνότερα εμφανιζόμενους παράγοντες στην βιβλιογραφία των τελευταίων ετών με τις εθνικές μειονότητες να εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο ακούσιας νοσηλείας συγκριτικά με τον εγχώριο πληθυσμό σε αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες τόσο στο σύνολό τους όσο και σε ασθενείς με πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο. Από συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που αναφέρεται στις εθνικές μειονότητες προέκυψε διπλάσιος κίνδυνος ακούσιας νοσηλείας για τους Ασιάτες και τέσσερις φορές μεγαλύτερος για τους έγχρωμους. Οι ακουσίως νοσηλευόμενοι μετανάστες τείνουν να είναι συχνότερα άνδρες, μικρότερης ηλικίας, με διάγνωση ψυχωσικής συνδρομής, άνεργοι, με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, πιο συχνή εμπλοκή της αστυνομίας στη διαδικασία εισαγωγής τους και συχνότερους λόγους εισαγωγής τη βία και την παραμέληση οικείων προσώπων ενώ οι μετανάστες 2^{ης} γενιάς εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για ακούσια νοσηλεία. Σε μελέτη που εστίαζε αποκλειστικά σε γυναίκες μετανάστες, οι παράγοντες κινδύνου δεν διέφεραν από εκείνους που έχουν ανιχνευθεί στο ανδρικό φύλο.

Ο μεγαλύτερος αυτός κίνδυνος εξηγείται εν μέρει από παράγοντες όπως το φύλο, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων, η επικινδυνότητα, το μειωμένο κίνητρο για θεραπεία και η μειωμένη λειτουργικότητα, με τον κίνδυνο για αναγκαστική νοσηλεία να παραμένει μεγαλύτερος μεταξύ των μεταναστών κατά 3,5 φορές μετά από διόρθωση των αναλύσεων που πραγματοποιήθηκαν για τους προαναφερθέντες παράγοντες.

Οι λόγοι για την υπερεκπροσώπηση των εθνικών μειονοτήτων στις ακούσιες νοσηλείες χωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες σύμφωνα με βιβλιογραφική ανασκόπηση που έχει γίνει πάνω στο θέμα:

- Σχετιζόμενοι με τον ασθενή:
 - i. Αυξημένη επικράτηση ψυχωσικής συνδρομής
 - ii. Αντίληψη μεγαλύτερης επικινδυνότητας
 - iii. Αυξημένη συννοσηρότητα με χρήση ουσιών
 - iv. Μεγαλύτερη καθυστέρηση στην αναζήτηση βοήθειας

Κάποιες μελέτες παρουσιάζουν τις ακούσιες νοσηλείες συχνότερες στις μειονότητες ακόμα και μετά από έλεγχο αυτών των παραγόντων.

- Σχετιζόμενοι με τη νόσο:
 - i. Περισσότερο διαταραγμένη και βίαιη συμπεριφορά
 - ii. Πιο έντονα παρεκκλίνουσα συμπεριφορά
 - iii. Μειωμένη συμμόρφωση στη θεραπεία
 - iv. Μειωμένη εναισθησία
- Σχετιζόμενες με τις υπηρεσίες:
 - i. Υποδιάγνωση ψυχωσικής συνδρομής στις μειονότητες
 - ii. Μειωμένη πιθανότητα παραπομπής σε ειδικό επαγγελματία
 - iii. Αυξημένη πιθανότητα επαφής μέσω της αστυνομίας
 - iv. Διακρίσεις σε εθνικό επίπεδο της ιατρικής κοινότητας και του συστήματος δικαιοσύνης
- Σχετιζόμενες με την κουλτούρα:
 - i. Πολιτισμικές διαφορές σε μοντέλα εξήγησης της νόσου
 - ii. Μεγαλύτερο στίγμα ψυχικής νόσου στις μειονότητες
 - iii. Αποξένωση και μειωμένη εμπιστοσύνη στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας λόγω αρνητικών αντιλήψεων και εμπειριών
 - iv. Μειωμένη προθυμία για αναζήτηση βοήθειας

Από τις προαναφερθείσες εξηγήσεις, πιο συχνά αναφέρεται εκείνη των εθνικών στερεοτύπων και των διακρίσεων και ακολουθούν κατά σειρά: η αποξένωση και η μειωμένη εμπιστοσύνη στις υπηρεσίες, η εντονότερη αντίληψη επικινδυνότητας, η μεγαλύτερη επικράτηση ψυχωσικής συνδρομής, η καθυστέρηση στην αναζήτηση βοήθειας και η μειωμένη κοινωνική στήριξη και τέλος η υποδιάγνωση και μειωμένη παραπομπή σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Singh, Greenwood, White & Churchill, 2007).

2.3.4 Κλινικά χαρακτηριστικά

Διάγνωση

Η συντριπτική πλειοψηφία των ανακτηθέντων ερευνών, ανέδειξε τη σχιζοφρένεια και τις άλλες ψυχωσικές διαταραχές ως την επικρατέστερη διάγνωση σε ασθενείς νοσηλευόμενους ενάντια στη θέλησή τους με την επικράτηση των ακούσιων νοσηλειών στη σχιζοφρένεια να είναι μεγαλύτερη από εκείνη του γενικού πληθυσμού και τους πάσχοντες να έχουν αυξημένο κίνδυνο ακούσιων επανεισαγωγών και δη επανειλημμένων. Η διάγνωση της σχιζοφρένειας παρουσίαζε συσχέτιση με τον τόπο καταγωγής και οι εθνικές μειονότητες με σχιζοφρένεια νοσηλεύονταν πιο συχνά ακουσίως. Σε μία από τις μελέτες που συμπεριλήφθηκαν αναφέρεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο φύλων με τη σχιζοφρένεια να είναι η πιο συχνή διάγνωση στις γυναίκες με ακούσια νοσηλεία και τη χρήση αλκοόλ/ ουσιών στους άνδρες. Άλλες διαγνώσεις που παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά ακούσιων νοσηλειών είναι η διπολική διαταραχή, η άνοια και οι οργανικές ψυχικές διαταραχές, η κατάθλιψη με ψυχωσικά στοιχεία, οι διαταραχές προσωπικότητας, οι ουσιοεπαγόμενες ψυχικές διαταραχές, η νοητική υστέρηση και η χρήση αλκοόλ.

Ως προς τις διαγνώσεις που παρουσίασαν τη μεγαλύτερη αύξηση στο βαθμό της εκπροσώπησής τους στο σύνολο των ακούσιων νοσηλειών, η πλειοψηφία των ερευνών αναφέρει τις συναισθηματικές διαταραχές, την άνοια, τις οργανικές ψυχικές διαταραχές και τις ουσιοεπαγόμενες ψυχικές διαταραχές. Αξίζει να αναφερθεί ότι η

διάγνωση χαρακτηρίστηκε ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας ακούσιας νοσηλείας.

Η αύξηση της εκπροσώπησης των συναισθηματικών διαταραχών στο σύνολο των ακούσιων νοσηλείων ενδεχομένως σχετίζεται με στοιχεία της νομοθεσίας και το κριτήριο της ανάγκης για θεραπεία, η προσθήκη του οποίου στη σχετική νομοθεσία σχετίστηκε με αύξηση των συναισθηματικών διαταραχών στις αναγκαστικές νοσηλείες (Gracias & Talina, 2011). Η αντίστοιχη αύξηση στην άνοια και τις οργανικές ψυχικές διαταραχές πιθανώς σχετίζεται με αλλαγές στις στάσεις προς τα ηλικιωμένα άτομα και έναρξη ακούσιας νοσηλείας ώστε να αποφευχθούν συμπεριφορές διαφυγής ή όταν η φροντίδα από τους οικείους ανεπαρκεί μετά από μακρόχρονη παραμονή στο σπίτι. Η παρουσία της χρήσης ουσιών μεταξύ των διαγνώσεων ενδεχομένως αντιπροσωπεύει την τάση των ψυχιάτρων να θεωρούν τη χρήση ως ψυχιατρική διαταραχή ενώ οι διαταραχές προσωπικότητας πιθανώς σχετίζονται με διαταραχές συμπεριφοράς και επιθετικότητα (Mulder et al., 2008).

Η κοινωνική απομόνωση και άλλοι στρεσογόνοι παράγοντες ενδέχεται να παίζουν ρόλο στην αυξημένη επικράτηση της σχιζοφρένειας μεταξύ των εθνικών μειονοτήτων (Xiao & Kelly, 2012) ενώ πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν η πιθανότητα το φαινόμενο αυτό να αποτελεί διαπολιτισμικό σφάλμα (Vinkers, Vries, Baars & Mulder, 2010).

Συμπτωματολογία

Οι επικρατέστεροι λόγοι εισαγωγής στις ακούσιες νοσηλείες ήταν η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά/ αυτοκτονικός ιδεασμός και η επιθετικότητα ειδικά στις χώρες όπου απουσίαζε το κριτήριο της ανάγκης για θεραπεία αλλά και σε εκείνες όπου απουσίαζε το κριτήριο της επικινδυνότητας όπως είναι η Ιταλία. Αναφέρεται επίσης αυξανόμενη παρουσία της επιθετικότητας ως λόγου εισαγωγής τα τελευταία χρόνια, συσχετίσιμη της με την ακούσια νοσηλεία στη μανία καθώς και αυξημένη παρουσία βίας μεταξύ των εθνικών μειονοτήτων. Η διέγερση περιγράφεται ως έχουσα αμφίδρομη σχέση με την αναγκαστική νοσηλεία, με τις δυο μεταβλητές να επηρεάζουν η μία την άλλη ενώ αναφέρεται πιθανή σχέση της διέγερσης με την επικινδυνότητα και την αντίληψη των συναισθημάτων η οποία επίσης σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για ακούσια νοσηλεία. Σε μια από τις ανακτηθείσες μελέτες γίνεται αναφορά σε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της νοσηλείας ενάντια στη θέληση του ασθενούς και των αυτοκτονιών. Τέλος, η εναισθησία παρουσιάζεται ως ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για αναγκαστική νοσηλεία ενώ γίνεται αναφορά στη βιβλιογραφία στο ρόλο που έχει το μειωμένο κίνητρο για θεραπεία και η απουσία ικανότητας συναίνεσης.

Η σχέση της διέγερσης με το καθεστώς ακούσιας νοσηλείας εξηγείται πιθανώς μέσω της αυξημένης πιθανότητας διεγερτικών ασθενών να επιδείξουν επιθετική συμπεριφορά, πληρώνοντας κατ' αυτό τον τρόπο το κριτήριο της επικινδυνότητας, αλλά και μέσω της αντίληψης συναισθημάτων η οποία μειώνεται σε διεγερτικούς ασθενείς και σχετίζεται επίσης με αυξημένο κίνδυνο επιθετικής συμπεριφοράς (Montemagni et al., 2010). Όσον αφορά την αυξημένη παρουσία αυτοκαταστροφικών και επιθετικών συμπεριφορών στους λόγους εισαγωγής μεταξύ των ακούσιων νοσηλείων, είναι πιθανό η εξήγηση να έγκειται στο κριτήριο της επικινδυνότητας χωρίς όμως να μπορούμε να αποκλείσουμε την πιθανότητα να αποτελεί κοινωνιολογικό φαινόμενο με πατερναλιστική χρήση της νομοθεσίας (Mulder et al., 2008). Η αρνητική

συσχέτιση αυτοκτονιών και ακούσιων νοσηλειών ενδέχεται να αντικατοπτρίζει το ρόλο αυτής της μορφής νοσηλείας ως μέσο πρόληψης αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών δια μέσω της στενής επίβλεψης και προστασίας που αυτή συνεπάγεται (Shah, 2012).

Διάρκεια νοσηλείας

Τρεις από τις ανακτηθείσες μελέτες κάνουν αναφορά σε μέση διάρκεια νοσηλείας σε ασθενείς νοσηλευόμενους ενάντια στη θέλησή τους, με αυτή να κυμαίνεται μεταξύ 21 και 30 ημερών και να είναι μεγαλύτερη σε σύγκριση με εκείνη των εκουσίως νοσηλευομένων.

Συμμόρφωση στη θεραπεία

Οι ακουσίως νοσηλευόμενοι περιγράφονται ως έχοντες σε υψηλή συχνότητα κακή συμμόρφωση στη θεραπεία και διακοπή φαρμακευτικής αγωγής, με την τελευταία να σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο ακούσιας νοσηλείας στην οξεία μανία.

Προηγούμενες νοσηλείες

Το προφίλ του ακούσιου ασθενή περιλαμβάνει συχνή παρουσία προηγούμενης νοσηλείας, είτε εκούσιας είτε ακούσιας, με τη δεύτερη να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για αναγκαστική νοσηλεία και να αυξάνει τον κίνδυνο κατά τέσσερις φορές. Οι άνδρες, ηλικίας 22-64 ετών, με διάγνωση σχιζοφρένειας- σχιζότυπης διαταραχής- παραληρητικής διαταραχής ή μανίας και με διαβίωση σε αγροτικές περιοχές περιγράφονται ως ομάδα υψηλού κινδύνου για επανειλημμένες ακούσιες επανεισαγωγές.

Αυτή δεν είναι η πρώτη φορά που περιγράφεται αύξηση του κινδύνου για ακούσια επανεισαγωγή μετά από ακούσια νοσηλεία, όμως, στη μελέτη των Post et al. διαφαίνεται ότι η αύξηση του κινδύνου είναι ανεξάρτητη της εκτίμησης για την σοβαρότητα της νόσου, την επικινδυνότητα για εαυτό και τρίτους και τη συμμόρφωση στη θεραπεία. Ως εκ τούτου, κρίνεται πιθανό οι ιατροί να προδιατίθενται υπέρ αναγκαστικής νοσηλείας, όταν αυτή προϋπάρχει στο ιστορικό του ασθενούς, ανεξάρτητα από τους προαναφερθέντες παράγοντες (Post et al., 2009).

2.4 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Κατά την αξιολόγηση των συμπερασμάτων αυτής της ανασκόπησης πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν ορισμένοι περιορισμοί:

- i. Οι ανακτηθείσες μελέτες αναφέρονταν σε χώρες της Ευρώπης με διαφορετική νομοθεσία, οργάνωση υπηρεσιών ψυχικής υγείας, δημογραφικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού αλλά και κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο.

- ii. Τα υπό μελέτη δείγματα σε ορισμένες από τις έρευνες που χρησιμοποιήθηκαν ήταν σχετικά μικρά.
- iii. Ορισμένες από τις έρευνες στις οποίες γίνεται αναφορά εστιάζουν σε υποκατηγορίες ακουσίως νοσηλευόμενων ασθενών.
- iv. Υφίστανται χώρες της Ευρώπης για τις οποίες δεν ανακτήθηκαν δεδομένα, με την Ελλάδα να είναι μία από αυτές.
- v. Δεν πραγματοποιήθηκε μετά-ανάλυση των αποτελεσμάτων από τις ανακτηθείσες έρευνες.

Παρ' όλα αυτά, η παρούσα ανασκόπηση αναδεικνύει την ανάγκη περαιτέρω έρευνας πάνω στο θέμα των ακούσιων νοσηλειών, σε ευμεγέθη και ομοιογενή δείγματα, τόσο των ακούσιων ασθενών αυτών καθ' αυτών όσο και συγκριτικά με τους εκούσιους ασθενείς ενώ επισημαίνει την ανάγκη επίσημης καταγραφής στοιχείων σχετιζόμενων με τις αναγκαστικές νοσηλείες σε αρκετές χώρες της Ευρώπης, συμπεριλαμβανόμενης της Ελλάδας.

2.5 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

2.5.1 Συνέχιση της ακούσιας επίβλεψης

Σύμφωνα με έρευνα που έγινε το 1999 στις ΗΠΑ, η συνέχιση της ακούσιας επίβλεψης μετά την ολοκλήρωση της νοσηλείας συμβάλλει στη μείωση των επανεισαγωγών και σε μικρότερη διάρκεια νοσηλείας (Swartz et al., 1999).

Το 2005 πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση πάνω στην αποτελεσματικότητα αυτής της παρέμβασης, όπου δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά στη χρήση υπηρεσιών υγείας, την κοινωνική λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής των ασθενών (Kisely, Campbell & Preston, 2005), με τα αποτελέσματα αυτά να επιβεβαιώνονται σε μεταγενέστερη βιβλιογραφική ανασκόπηση (Kisely, Campbell & Preston, 2011).

Σε βιβλιογραφική ανασκόπηση και μετά-ανάλυση του 2007, περιορισμένα είναι τα δεδομένα που υποστηρίζουν τη μείωση των επανεισαγωγών και των απαιτούμενων ημερών νοσηλείας με τη συνέχιση της αναγκαστικής επίβλεψης εκτός νοσηλείας (Kisely, Campbell, Scott, Preston & Xiao, 2007) και αυτό επιβεβαιώνεται σε πρόσφατη τυχαίοποιημένη μελέτη (Burns et al., 2013).

2.5.2 Πρώιμη παρέμβαση στην ψύχωση

Σε έρευνα του 2007, που συνέκρινε την πρώιμη παρέμβαση στην ψύχωση με την καθιερωμένη αντιμετώπιση του πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου στην κοινότητα, ένα από τα αποτελέσματα αφορούσε τη συμβολή της στη μείωση του κινδύνου ακούσιας νοσηλείας. Οι βασικές διαφορές των δυο παρεμβάσεων περιλαμβάνουν μια πιο εντατική προσέγγιση, περισσότερο δομημένη ψυχο-εκπαίδευση, εστίαση στην πρόληψη της υποτροπής, ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις και χρήση άτυπων

αντιψυχωσικών φαρμάκων στην πιο χαμηλή δοσολογία όσον αφορά την πρόιμη παρέμβαση στην ψύχωση (Aqius, Shah, Ramkisson, Murphy & Zaman, 2007)

2.5.3 Εντατική ψυχιατρική παρακολούθηση

Ασθενείς με πιο εντατική ψυχιατρική παρακολούθηση, δηλαδή περισσότερες από 14 επισκέψεις στη διάρκεια ενός έτους, είχαν μικρότερη πιθανότητα να νοσηλευτούν ακουσίως, σύμφωνα με τα αρχικά δεδομένα προοπτικής μελέτης. Ως εκ τούτου, ενδέχεται να αποτελέσει μέσο για την πρόληψη των ακούσιων νοσηλειών λαμβάνοντας υπ' όψιν την πιθανή σχέση επιτυχίας αυτής της παρέμβασης με ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά του ατόμου. (van der Post et al., 2009).

Τα ανωτέρω δεδομένα φαίνεται να επιβεβαιώνονται σε πρόσφατη μελέτη, όπου προκύπτει ότι η απουσία εντατικής θεραπείας σε κοινοτική βάση σχετίζεται με ένα σημαντικό ποσοστό των αναγκαστικών νοσηλειών και η ανάπτυξη της δύναται να συμβάλλει στη μείωσή τους (McGarvey, Leon-Verdin, Wanchek & Bonnie, 2013).

2.5.4 Συμμόρφωση στη θεραπεία

Ένα από τα μείζονα προβλήματα στη διαχείριση του ψυχιατρικού ασθενούς με πιθανή συσχέτιση με την ακούσια νοσηλεία είναι η συμμόρφωση στη θεραπεία. Περισσότερο από το 50% των ασθενών με ψυχωσική συνδρομή δεν συμμορφώνεται στη θεραπεία με τον κίνδυνο υποτροπής να αυξάνεται κατά 3 έως 5 φορές και τον κίνδυνο αυτοκτονίας να αυξάνει επίσης. Η ψυχο-εκπαίδευση δεν φαίνεται να βελτιώνει τη συμμόρφωση ενώ η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία φαίνεται να είναι αποτελεσματική όταν εστιάζει αποκλειστικά στη συμμόρφωση με τεχνικές επίλυσης προβλημάτων και τεχνικές που συνδέουν τη συμμόρφωση με προσωπικούς στόχους. Έχουν αναπτυχθεί μορφές θεραπείας συμμόρφωσης για τις οποίες υπάρχουν αντικρουόμενα δεδομένα αποτελεσματικότητας.

Το 2010 πραγματοποιήθηκε τυχαιοποιημένη μελέτη στην Ολλανδία όπου ελέγχεται η αποτελεσματικότητα της θεραπείας συμμόρφωσης σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές. Οι λόγοι μη συμμόρφωσης χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

- i. Άτομα που αρνούνται ή κρύβουν τη νόσο και δεν έχουν ενσωματώσει τη νόσο και τη θεραπεία της στη ζωή τους.
- ii. Άτομα μη ικανοποιημένα με την θεραπεία λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών ή μειωμένης αποτελεσματικότητας.
- iii. Άτομα με δυσχέρεια στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής λόγω γνωστικών ελλειμμάτων.

Για κάθε μια από αυτές αναπτύχθηκε και μια παρέμβαση:

- i. Συνέντευξη ενθάρρυνσης/ απόδοσης κινήτρου όπου αποκαλύπτεται ασυμφωνία μεταξύ παρούσας συμπεριφοράς του ασθενούς και μελλοντικών στόχων, ο ασθενής υποβοηθάτε να εντάξει τη νόσο και τη θεραπεία της στη ζωή του με έμφαση στην ατομική ευθύνη και την ελευθερία επιλογής ενώ συμπεριλαμβάνονται τεχνικές μείωσης του αυτοστιγματισμού.
- ii. Βελτίωση της φαρμακευτικής αγωγής ώστε να επιτευχθεί ύφεση των συμπτωμάτων με τη μικρότερη δυνατή δοσολογία και τις λιγότερες παρενέργειες.

- iii. Συμπεριφορική εκπαίδευση όταν υπάρχουν ελλείμματα στη μνήμη, διαταραχές των εκτελεστικών λειτουργιών, μείωση της προσοχής και χαοτική σκέψη. Χρησιμοποιούνται στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων όπως υπενθυμίσεις, ενίσχυση, βοήθεια από φροντιστές και σύνδεση της φαρμακευτικής αγωγής με συμπεριφορές αυξημένης συχνότητας.

Στα αποτελέσματα αυτής της μελέτης προκύπτει μειωμένη ανάγκη ακούσιας νοσηλείας στην ομάδα παρέμβασης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, η οποία έτεινε προς τη στατιστική σημαντικότητα καθιστώντας την ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης αναγκαία (Staring et al., 2010)

Το 2009, στην Αγγλία, έγινε έναρξη τυχαιοποιημένης μελέτης της επίδρασης οικονομικών κινήτρων στην αύξηση της συμμόρφωσης στη θεραπεία με ένα από τα πιθανά οφέλη να είναι η μείωση της ανάγκης για ακούσια νοσηλεία. Αν και τα αποτελέσματά της εκκρεμούν, πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν οι πιθανοί κίνδυνοι οι οποίοι περιλαμβάνουν την εξάρτηση από την οικονομική ενίσχυση, απαιτήσεις για αύξηση του ποσού της, απροθυμία τερματισμού της παρέμβασης, χρήση του ποσού σε παράνομες ουσίες και τροποποίηση της συμπεριφοράς συνεργάσιμων ασθενών προκειμένου να γίνουν δεκτοί σε προγράμματα οικονομικής ενίσχυσης (Priebe et al., September 2009).

2.5.5 Ικανοποίηση από τη θεραπεία

Σε έρευνα του 2007, όπου εκτός των άλλων μελετήθηκαν παράγοντες σχετιζόμενοι με ακούσια επανεισαγωγή μετά από ακούσια νοσηλεία, προέκυψε ότι ασθενείς σε επίδομα πρόνοιας και λιγότερο ικανοποιημένοι με την θεραπεία κατά τις πρώτες ημέρες της νοσηλείας τους αντιμετώπιζαν μεγαλύτερο κίνδυνο ακούσιας επανεισαγωγής.

Ως εκ τούτων, προγράμματα που ενισχύουν την ανεύρεση εργασίας και η προαγωγή βέλτιστων διαδικασιών και επικοινωνίας άμεσα μετά την εισαγωγή ενδέχεται να λειτουργήσουν ως προληπτικά μέσα ακούσιας επανεισαγωγής. Σε αυτά περιλαμβάνονται η διαδικαστική δικαιοσύνη, ο σεβασμός, η ενσυναίσθηση, η παροχή πληροφοριών στον ασθενή και η προσπάθεια εμπλοκής του στις θεραπευτικές αποφάσεις (Priebe et al., 2009).

2.5.6 Προγράμματα κοινοτικής φροντίδας

Στην Ολλανδία, παρά την ύπαρξη προγραμμάτων που αφορούν ασθενείς με χρόνια ψυχικά νοσήματα, εφαρμόστηκε στο Ρότερνταμ, τη δεύτερη σε μέγεθος πόλη, μια πιο εντατική παρέμβαση, σε υποβαθμισμένες περιοχές, η οποία περιλαμβάνει πέρα από τις συνήθεις υπηρεσίες ψυχικής υγείας συνεργασία με υπηρεσίες πρόνοιας, κατ' οίκον φροντίδας, οργανισμούς στέγασης και την τοπική αστυνομία με στόχο τον συντονισμό της παροχής υπηρεσιών και έμφαση στην ανίχνευση και πρόληψη νέων προβλημάτων. Έγινε η υπόθεση ότι στις περιοχές όπου εφαρμόστηκε η πιο εντατική παρέμβαση, η επίπτωση ακούσιας νοσηλείας ήταν μειωμένη λόγω πρώιμης επαφής με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και κοινωνικής στήριξης και προέκυψε ότι η ανάγκη για αναγκαστική νοσηλεία στις περιοχές της παρέμβασης ήταν μικρότερη παρ' όλο που

οι διαδικασίες και οι διαθέσιμες εναλλακτικές επιλογές ήταν οι ίδιες (Wierdsma, Poodt & Mulder, 2007).

2.5.7 Πλάνο παρέμβασης στην κρίση

Μια παρέμβαση που εφαρμόζεται στην Αγγλία είναι το πλάνο παρέμβασης στην κρίση (Joint Crisis Plan), μια μορφή εκ των προτέρων καθοριζόμενης βούλησης, με τη διαφορά ότι ο κλινικός ιατρός εμπλέκεται άμεσα στη διαμόρφωση του περιεχομένου του ενώ δεν έχει την ίδια νομική ισχύ με αυτή οπότε η άρνηση συμμόρφωσης μπορεί να υπερκεραστεί μόνο με εντολή για ακούσια νοσηλεία.

Έχουν ήδη πραγματοποιηθεί δυο έρευνες που δείχνουν ότι τα JCP ελαττώνουν την ανάγκη για ακούσια νοσηλεία και βελτιώνουν τη θεραπευτική σχέση. Η πρώτη, μια πιλοτική μελέτη εφαρμογής του προγράμματος, οδήγησε στα συμπεράσματα ότι οι οικογενειακοί ιατροί και οι φροντιστές ενδέχεται να αντιδρούν πιο άμεσα στην υποτροπή, το προσωπικό των επειγόντων υποβοηθάτε στη λήψη καλύτερων αποφάσεων ενώ όσον αφορά τον ίδιο τον ασθενή φαίνεται να αποκτά πιο ενεργό συμμετοχή στη θεραπεία, πιο θετική αντίληψη για τη νόσο και τον έλεγχο που ασκεί σε αυτή, με αυξημένες πιθανότητες να συμμορφωθεί στη φαρμακευτική αγωγή (Sutherby et al., 1999). Ακολούθησε τυχαιοποιημένη μελέτη εφαρμογής των JCP όπου στην ομάδα παρέμβασης η ανάγκη για ακούσια νοσηλεία ήταν λιγότερο συχνή σε στατιστικά σημαντικό βαθμό (13% έναντι 27%) ενώ όταν τελικά εφαρμοζόταν υπήρχε διαφορά στη διάρκεια νοσηλείας (14 έναντι 31 ημερών). Αυτή ήταν και η πρώτη φορά που μια δομημένη κλινική παρέμβαση οδήγησε σε μείωση της επίπτωσης της ακούσιας νοσηλείας (Henderson, Flood, Leese, Thornicroft, Sutherby & Szmukler, 2004).

Το 2010 έγινε έναρξη της έρευνας CRIMSON, όπου ελέγχεται η υπόθεση μείωσης των ακούσιων νοσηλειών μέσω των JCP σε μια περίοδο παρακολούθησης 18 μηνών. Η παρέμβαση περιλαμβάνει δυο συναντήσεις του χρήστη υπηρεσιών ψυχικής υγείας με εκπαιδευμένο επαγγελματία ψυχικής υγείας. Στην πρώτη συζητείται μια λίστα από θέματα που θα συμπεριληφθούν στο πλάνο παρέμβασης και στη δεύτερη, η οποία γίνεται παρουσία ψυχιάτρου, ολοκληρώνεται η παρέμβαση με τη σύνταξη του JCP. Συμπεριλαμβάνονται σε αυτό πληροφορίες σχετικά με θεραπευτικές προτιμήσεις σε μελλοντικό ψυχιατρικό επεισόδιο, όταν δεν θα είναι σε θέση να κρίνει προς όφελός του, πρώιμα σημεία υποτροπής, δυνατότητες επικοινωνίας σε τακτική και επείγουσα βάση, τη φαρμακευτική αγωγή του χρήστη, ψυχιατρικές και σωματικές διαγνώσεις, αλλεργίες και τα ονόματα όσων κατέχουν αντίγραφο του JCP (Thornicroft et al., 2010). Τα αποτελέσματα βρίσκονται υπό δημοσίευση στο Lancet και δε συνάδουν με εκείνα των δυο προηγούμενων ερευνών καθιστώντας αναγκαία την περαιτέρω διερεύνηση του θέματος (Thornicroft et al., 2013).

2.5.8 Ψυχο-εκπαίδευση

Η ψυχο-εκπαίδευση έχει πλέον ενταχθεί ως ρουτίνα στην ψυχιατρική κλινική πράξη, εντούτοις τα ερευνητικά δεδομένα που αναδεικνύουν το ρόλο της στην πρόληψη των ακούσιων νοσηλειών είναι περιορισμένα. Ο Krischke προτείνει ψυχο-εκπαίδευση που εστιάζει σε ατομικούς παράγοντες κινδύνου στην κρίση και εντατική

παρακολούθηση από επαγγελματία ψυχικής υγείας με στόχο την πρόωμη ανίχνευση κρίσης ή σημείων υποτροπής και απαραίτητη προϋπόθεση την ύπαρξη κέντρων παρέμβασης στην κρίση εντός του κοινωνικού ιστού. Στην Ελβετία, μια χώρα με οργανωμένο δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών αλλά και ένα από τα πλέον υψηλά ποσοστά ακούσιων νοσηλειών στην Ευρώπη, ξεκίνησε το 2012 παρέμβαση 24 μηνών με στόχο την αύξηση δεξιοτήτων αυτοδιαχείρισης σε χρόνιους ασθενείς και της συμμόρφωσης στη θεραπεία. Η παρέμβαση αυτή περιλαμβάνει:

- i. Εξατομικευμένο ψυχο-εκπαιδευτικό πρόγραμμα με παροχή πληροφοριών σχετικά με τις υποτροπές των ψυχικών διαταραχών, τη θεραπεία τους, συμπεριφορές αποφυγής κρίσης, τη δομή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τρόπους βέλτιστης χρήσης τους. Δίνεται έμφαση σε ατομικούς παράγοντες κινδύνου σε οικογενειακό, εργασιακό και οικονομικό επίπεδο αλλά και σε προστατευτικούς της υποτροπής παράγοντες.
- ii. Εξατομικευμένη κάρτα κρίσης όπου καταγράφεται πλάνο δράσης σε κρίση ή υποτροπή, αυξάνοντας κατ' αυτό τον τρόπο την αίσθηση ενεργού συμμετοχής στη θεραπεία.

Στο πλαίσιο αυτής της μελέτης, η οποία δεν έχει ολοκληρωθεί ακόμα, γίνεται καταγραφή των παραγόντων κινδύνου άπαξ μηνιαίως για 24 μήνες και αξίζει να αναφερθεί ότι η συμβολή της στη μείωση των ακούσιων νοσηλειών δύναται να επιτευχθεί μόνο μέσω τροποποίησης παραγόντων σχετιζόμενων με την αυτοδιαχείριση (Lay et al., 2012).

2.5.9 Γνωσιακές/ Συναισθηματικές αντιδράσεις στην ακούσια νοσηλεία

Πέρα από τη μείωση της επίπτωσης της ακούσιας νοσηλείας αυτής καθ' αυτής, στο πλαίσιο της πρόληψης, εξ' ίσου σημαντική είναι η αντιμετώπιση των επιπτώσεων που έχει αυτή η μορφή νοσηλείας σε ασθενείς που υπόκεινται σε αυτή. Σε αυτές περιλαμβάνονται γνωστικές/ συναισθηματικές αντιδράσεις στην ακούσια νοσηλεία.

Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα περισσότερος αυτό-στιγματισμός συνδέεται με μεγαλύτερο αίσθημα ντροπής και στρες σχετιζόμενο με το στίγμα το οποίο με τη σειρά του σχετίζεται με κακή ποιότητα ζωής και μειωμένη αυτοεκτίμηση. Αντίθετα, μεγαλύτερο αίσθημα συμμετοχής στη θεραπεία σχετίζεται με λιγότερη αυτό-περιφρόνηση και στρες σχετιζόμενο με το στίγμα. Παρεμβάσεις που προσανατολίζονται προς αυτή την κατεύθυνση ενδέχεται να μειώσουν τις επιπτώσεις της ακούσιας νοσηλείας (Rusch et al., 2013).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aqius, M., Shah, S., Ramkisson, R., Murphy, S. & Zaman, R. (September 2007). Three year outcomes of an early intervention for psychosis service as compared with treatment as usual for first psychotic episodes in a standard community mental health team- final results. *Psychiatr Danub*, 19(3): 130-8.
- Aziz, V.M. (2009). Trends in the Mental Health Act Review Tribunals: A Welsh experience 2004-2008. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 16, 375-377.
- Burns, T. et al. (May 11, 2013). Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. *Lancet*, 381(9878): 1627-33.
- Γεωργιάδου, Ε., Μαστρογιάννη, Α., Συγγελάκης, Μ. & Καραστεργίου, Α. (2003). Ακούσια νοσηλεία: Το νομοθετικό πλαίσιο και η εφαρμογή του. *Hellenic J Gen Hosp Psychiatry*, 1, 24-29.
- Cairns, R. et al. (2005). Prevalence and predictors of mental incapacity in psychiatric inpatients. *British Journal of Psychiatry*, 187, 379-385.
- Colasanti, A., Natoli, A., Moliterno, D., Rossattini, M., De Gaspari, I. F. & Mauri, M. C. (2008). Psychiatric diagnosis and aggression before acute hospitalisation. *European Psychiatry*, 23, 441- 448.
- Cunningham, J. (2012). Analysis of episodes of involuntary readmission in Ireland (2007- 2010). *Ir J Psych Med*, 29(3): 180- 184.
- Davies, S. , Thornicroft, G. , Leese, M. , Higgingbotham, A. & Phelan, M. (1996). Ethnic differences in risk of compulsory psychiatric admission among representative cases of psychosis in London. *BMJ*, 312, 533-537
- Dunn, J. & Fahy, T. A. (1990). Police admissions to a psychiatric hospital: demographic and clinical differences between ethnic groups. *British Journal of Psychiatry*, 156, 373-378.
- Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. (1992). *Νόμος υπ' αριθμόν 2071. Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας*. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. (1999). *Νόμος υπ' αριθμόν 2716. Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις*. Αθήνα : Εθνικό Τυπογραφείο
- Gove, W. R. & Fain, T. (1977). A comparison of voluntary and committed psychiatric patients. *Archives of General Psychiatry*, 34, 669-676.
- Gracias, M. J., Talina, M. (2011). Clinical criteria stability for involuntary psychiatric admission: Comparison of two sample of Portugese patients compulsorily admitted ten years apart. *European Psychiatry*. 26(1), 781.

- Guzetta, F. et al. (2010). First-ever admitted psychiatric inpatients in Italy: Clinical characteristics and reasons contributing to admission. Findings from a national survey. *Psychiatry Research*, 176, 62-68.
- Henderson, C., Flood, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K. & Szmukler, G. (July 7, 2004). Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMJ*, doi:10.1136.
- Janssen, B., Gaebel, W., Haerter, M., Komaharadi, F., Lindel, B. & Weinmann, S. (2006). Evaluation of factors influencing medication compliance in inpatient treatment of psychotic disorders. *Psychopharmacology*, 189, 229-236.
- Iversen, V. C., Berg, G. E., Smavic, R. & Vaaler, A. E. (2011). Clinical differences between immigrants voluntarily and involuntarily admitted to acute psychiatric units: a 3-year prospective study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 671-676.
- Kallert, T.W. (2011). Involuntary psychiatric hospitalization: Current status and future prospects. *Srp Arh Celok Lek*, 139(1), 14-20.
- Kallert, T. W., Glockner, M. & Schutzwohl, M. (2008). Involuntary vs voluntary hospital admission. A systematic literature review on outcome diversity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 258, 195-209.
- Kallert, T. W., Rymaszewska, J. & Torres-Gonzalez, F. (2007). Differences of legal regulations concerning involuntary psychiatric hospitalization in twelve European countries: Implications for clinical practice, *International Journal of Forensic Mental Health*, 6:2, 197-207.
- Katsakou, C. & Priebe, S. (2006). Outcomes of involuntary hospital admission- a review. *Acta Psychiatr Scand*, 114, 232-241.
- Kelly, B.D. et al. (2004). Clinical predictors of admission status in first episode schizophrenia. *European Psychiatry*, 19, 67- 71.
- Keown, P., Mercer, G. & Scott, J. (2008). Retrospective analysis of hospital episode statistics, involuntary admissions under the Mental Health Act 1983, and number of psychiatric beds in England 1996-2006. *BMJ*, 337: a1837
- Keown, P., Weich, S., Kamaldeep, S. B. & Scott, J. (2011). Association between provision of mental illness beds and rates of involuntary admissions in the NHS in England 1988-2008: Ecological study, *BMJ*, 343: d3736.
- Kisely, S., Campbell, L. A. & Preston, N. (July 2005). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*, (3).

- Kisely, S., Campbell, L. A. & Preston, N. J. (February 2011). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*, (2).
- Kisely, S., Campbell, L. A., Scott, A., Preston, N. J. & Xiao J. (January 2007). Randomised and non-randomised evidence for the effect of compulsory community and involuntary out-patient treatment on health service use: systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*, 37(1), 3-14.
- Κονταξάκης, Β. Π., Χαβάκη-Κονταξάκη, Μ. Ι. & Χριστοδούλου, Γ. Ν. (2005). *Προληπτική Ψυχιατρική & Ψυχική Υγιεινή*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- Kozumplik, O., Jukic, V. & Goreta, M. (2003). Involuntary Hospitalizations of Patients with Mental Disorders in Vrapèè Psychiatric Hospital: Five Years of Implementation of the First Croatian Law on Protection of Persons with Mental Disorders. *Croatian Medical Journal*, 44(5) : 601-605.
- Lawlor, C., Johnson, S., Cole, L. & Howard, L.M. (2010). Ethnic variations in pathways to acute care and compulsory detention for women in a mental health crisis. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(1), 3-15.
- Lay, B. et al. (2012). Preventing compulsory admission to psychiatric inpatient care through psycho-education and crisis focused monitoring. *BMC Psychiatry*, 12:136.
- McGarvey, E.L., Leon-Verdin, M., Wanchek, T.N. & Bonnie, R.J. (February 2013). Decisions to initiate involuntary commitment: the role of intensive community services and other factors. *Psychiatr Serv*, 64(2): 120-6.
- Montemagni, C., Badà, A., Castagna, F., Frieri, T., Rocca, G., Scalese, M., Villari, V. & Rocca P. (2011). Predictors of compulsory admission in schizophrenia-spectrum patients: Excitement, insight, emotion perception. *Progress in Neuro-pharmacology & Biological Psychiatry*, 35, 137-145.
- Morgan, C. et al. (2005). Pathways to care and ethnicity : Sample characteristics and compulsory admission. *British Journal of Psychiatry*, 186, 281-289.
- Mulder, C.L. et al. (2008). Changing patterns in emergency involuntary admissions in the Netherlands in the period 2000-2004. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 331-336.
- Mulder, C. L., Koopmans, G. T. & Selten, J-P. (2006). Emergency psychiatry, compulsory admissions and clinical presentation among immigrants to the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 188, 386-391.
- Μπιλανάκης, Ν. (2011). *Ακούσια νοσηλεία ψυχικά ασθενών. Ιατρικά και νομικά ζητήματα στην εφαρμογή του ν. 2071/92*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ.

- Øhlenschaeger, J. & Nordentoft, M. (2008). Coercion in patients who at their first contact with psychiatric services system were diagnosed within the schizophrenia spectrum in Denmark. A register study. *Nord J Psychiatry*, 62 (1), 77-81.
- Opsal, A., Clausen, T., Kristensen, O., Elvik, I., Joa, I. & Larsen T. K. (2011). Involuntary hospitalization of first-episode psychosis with substance abuse during a 2-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*, 124, 198- 204.
- Pehlivanidis, A., Politis, A., Trikkas, G. & Christodoulou, G.N. (1999). Schizophrenia, noncompliance and violent behaviour in civilly committed patients. *Emergency Psychiatry*, 285-289.
- Priebe, S. et al. (2005). Reinstitutionalisation in mental health care: Comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ*, 330, 123-126.
- Priebe, S. et al. (2009). Patients views and readmission 1 year after involuntary hospitalisation. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 49-54.
- Priebe, S. et al. (September 28, 2009). Financial incentives to improve adherence to anti-psychotic maintenance medication in non-adherent patients- a cluster randomised controlled trial (FIAT). *BMC Psychiatry*, 9:61.
- Priebe, S. et al. (2010). Patients' views of involuntary hospital admissions after 1 and 3 months: prospective study in 11 European countries. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 179- 185.
- Post, Vdr. et al. (May 14, 2008). The Amsterdam Studies of Acute Psychiatry I (ASAP-I); A prospective cohort study of determinants and outcomes of coercive versus voluntary treatment interventions in a metropolitan area. *BMC Psychiatry*, 8:35.
- Post, Vdr. et al. (2009). Involuntary admission of emergency psychiatric patients: Report from the Amsterdam Study of Acute Psychiatry. *Psychiatric Services*, 60, 1543- 1546.
- Post, Vdr. et al. (2012). Social support and risk of compulsory admission: Part IV of the Amsterdam Study of Acute Psychiatry. *Psychiatric Services*, 63, 577-583.
- Post, Vdr., Mulder, C. L., Bernardt, C. M., Schoever, R. A., Beekman, A. T. F. & Dekker, J. (November 2009). *Psychiatric Services*, 60(11), 1543-1546.
- Potkonjak, J. & Karlovic, D. (2008). Sociodemographic and clinical characteristics of involuntary psychiatric inpatients- Retrospective study of five year experience with Croatian act on mental health. *Acta Clin Croat*, 47, 141-147.
- Rusch, N. et al. (May 21, 2013). Emotional reactions to involuntary psychiatric hospitalization and stigma-related stress among people with mental illness. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*.

- Salize, H. J. & Dressing, H. (2004). Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union, *British Journal of Psychiatry*, 184, 163-168.
- Schoevaerts, K., Bruffaerts, R., Landeghem, Van K., Vandenberghe, J., Steering Group Compulsory Admission, Flemish Community. (2012). 20th European Congression of Psychiatry.
- Schuepbach, D., Goetz I., Boeker, H. & Hell, D. (2006). Voluntary vs involuntary hospital admission in acute mania of bipolar disorder: Results from the Swiss sample of the EMBLEM study. *Journal of Affective Disorders*, 90, 57-61.
- Shah, A. (2012). The relationship between the use of the mental health act and general population suicide rates in England and Wales. *J Inj Violence Rec*, 4(1), 26-29.
- Singh, S. P., Croudace, T., Beck, A. & Harrison, G. (1998). Perceived ethnicity and the risk of compulsory admission. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 39-44.
- Singh, S. P., Greenwood, N., White, S. & Churchill, R. (2007). Ethnicity and the Mental Health Act 1983- Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 191, 95-105.
- Staring, A. B. P. et al. (2010). Treatment adherence therapy in people with psychotic disorders: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 448-455.
- Sutherby, K. et al. (1999). A study of 'Crisis cards' in a community psychiatric service. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(1) : 56-61.
- Swartz, M. S., Swanson, J. W., Wagner, H. R., Burns, B. J., Hiday, V. A. & Borum, R. (December 1999). Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism?: Findings from a randomised trial with severely mentally ill individuals. *Am J Psychiatry*, 156(12): 1968-75.
- Thornicroft, G. et al. (2010). CRIMSON [Crisis plan Impact : Subjective and Objective coercion and eNgagement] Protocol : A randomised controlled trial of joint crisis plans to reduce compulsory treatment of people with psychosis. *Trials*, 11:102.
- Thornicroft, G. et al. (May 11, 2013). Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial. *Lancet*, 381(9878): 1634-41.
- United Nations. (January 1, 1991). *Principles for the protection of persons with mental illness ("The MI Principles")*. Retrieved from www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm

- Vandenberghe, J., Schoevaerts, K., Van Landeghem, K. & Bruffaerts, R. (2012) Compulsory admission: When the cure is worse than the disease? *European Psychiatry*, 27(1), 1.
- Vinkers, D. J., Vries, dS. C., Baars, vA. W. B. & Mulder, C.L. (2010). Ethnicity and dangerousness criteria for court ordered admission to a psychiatric hospital. *Soc psychiatr epidemiol*, 45, 221-224.
- Wall, S., Hotopf, M., Wessely, S. & Churchill, R. (1999). Trends in the use of the Mental Health Act: England, 1984-96. *British Medical Journal*, 318, 1520-1521.
- Wierdsma, A. I., Poodt, H. D. & Mulder, C. L. (2007). Effects of community-care networks on psychiatric emergency contacts, hospitalisation and involuntary admission. *J Epidemiol Community Health*, 61, 613-618.
- Wit, dM., S., A., Tuinebreijer, W., C., Brussel, vG., H., A. & Selten, J., P. (2012). Ethnic differences in risk of acute compulsory admission in Amsterdam 1996- 2005. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47, 111-118.
- World Health Organization. (2005). *WHO Resource book on mental health, human rights and legislation*. Geneva: WHO Press.
- Xiao, T.N. & Kelly, B. D. (2012). Voluntary and involuntary care: Three year study of demographic and diagnostic admission statistics at an inner city adult psychiatric unit. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35, 317- 326.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (Νοέμβριος,2011). *Ψυχαργώς Γ' (2011-2020). Σχέδιο αναθεώρησης του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ*. Retrieved from www.moh.gov.gr.

