

ΠΑΝΤΕΙΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

PANTEION UNIVERSITY OF SOCIAL AND POLITICAL SCIENCES



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

**Διερεύνηση της έκβασης των ακούσιων και εκούσιων νοσηλειών τα δύο έτη που ακολουθούν από το
εξιτήριο, στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Δαφνί)**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Νεκτάριος Ν. Δρακωνάκης

Αθήνα, 2022

Εξεταστική Επιτροπή

Στυλιανίδης Στυλιανός, Καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου (Επιβλέπων)

Σταλίκας Αναστάσιος, Καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου (Συμβουλευτική και
Εξεταστική επιτροπή)

Δουζένης Αθανάσιος, Καθηγητής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
(Συμβουλευτική και Εξεταστική επιτροπή)

Οικονόμου-Λαλιώτη Μαρίνα, Καθηγήτρια Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου
Αθηνών (Εξεταστική επιτροπή)

Αλεξιάς Γεώργιος, Καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου (Εξεταστική επιτροπή)

Γιωτσίδα Βασιλική, Επίκουρη Καθηγήτρια Παντείου Πανεπιστημίου (Εξεταστική
επιτροπή)

Κορδούτης Παναγιώτης, Καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου (Εξεταστική επιτροπή)



Copyright © Νεκτάριος Ν. Δρακωνάκης, 2022

All rights reserved. Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας διδακτορικής διατριβής εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της διδακτορικής διατριβής για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Πάντειον Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών δεν δηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα.

Στους γονείς μου.....

Συντομογραφίες

CPT: European Committee for the Prevention of Torture & Inhuman or Degrading Treatment or Punishment

DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

GAF Global Assessment Scale

HoNOS Health of the Nation Outcome Scale

ICD: International Classification of Diseases

IQR: Ενδοτεταρτημοριακό Εύρος

OECD: Organization for Economic Co-operation and Development

OSLO Oslo Social Support scale-OSS-3

SD: Standard Deviation

WHO: World Health Organization

ΕΠΑΨΥ: Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας

ΕΣΔΑ: Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου

ΜΚΟ: Μη Κυβερνητική Οργάνωση

ΜΟ: Μέσος όρος

ΟΗΕ: Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών

ΤΑ: Τυπική Απόκλιση

ΨΝΑ: Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής

ΨΥ: Ψυχική Υγεία

Περιεχόμενα

<i>Συντομογραφίες.....</i>	4
<i>Πίνακες.....</i>	6
<i>Γραφήματα.....</i>	10
<i>Παραρτήματα.....</i>	11
<i>Περίληψη.....</i>	12
<i>Abstract.....</i>	14
<i>Εισαγωγή.....</i>	16
Ορισμός ακούσιας νοσηλείας	18
Ιστορική αναδρομή	20
Ψυχιατρική μεταρρύθμιση	25
Αγγλία.....	27
Ιταλία.....	28
Ισπανία.....	30
Γαλλία.....	31
Γερμανία.....	32
Σουηδία.....	33
Ελλάδα.....	35
Νομοθετικό πλαίσιο	37
Ευρώπη.....	37
Ελλάδα.....	40
Επιδημιολογία Ακούσιας Νοσηλείας	43
Ευρώπη.....	43
Ελλάδα.....	49
Έκβαση Ακούσιας Νοσηλείας	51
Παρούσα Μελέτη - Ερευνητικά ερωτήματα.....	53
<i>Μεθοδολογία</i>	55
Ερευνητικός Σχεδιασμός	55
Συμμετέχοντες.....	56
Ερευνητικά Εργαλεία.....	60
Ερευνητική Διαδικασία.....	63
Στατιστική ανάλυση.....	65
<i>Αποτελέσματα</i>	67
Περιγραφικά χαρακτηριστικά δείγματος	67

Κλίμακα σφαιρικής λειτουργικότητας GAF	75
Συσχέτιση της μεταβολής στη βαθμολογία λειτουργικότητας με τα δημογραφικά στοιχεία των εκούσιων ασθενών καθώς και τα στοιχεία από το ιστορικό και τη νοσηλεία τους.....	77
Συσχέτιση της μεταβολής στη βαθμολογία λειτουργικότητας με τα δημογραφικά στοιχεία των ακούσιων ασθενών καθώς και τα στοιχεία από το ιστορικό και τη νοσηλεία τους.....	83
Κλίμακα συμπτωματολογίας HoNoS.....	90
Συσχέτιση της μεταβολής της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακα HoNoS με τα δημογραφικά στοιχεία των εκούσιων ασθενών καθώς και τα στοιχεία από το ιστορικό και τη νοσηλεία τους.....	100
Συσχέτιση της μεταβολής της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακα με τα δημογραφικά στοιχεία των ακούσιων ασθενών καθώς και τα στοιχεία από το ιστορικό και τη νοσηλεία τους.....	105
Συζήτηση	112
Ποσοστά ακούσιας νοσηλείας.....	112
Έκβαση ακούσιας νοσηλείας.....	114
Επίπεδα σφαιρικής λειτουργικότητας και συμπτωματολογίας.....	114
Επανείσοδος.....	118
Πιθανές Παρεμβάσεις.....	120
Πλεονεκτήματα και Περιορισμοί μελέτης.....	122
Συμπεράσματα	125
Βιβλιογραφία	127
Παράρτημα	145

Πίνακες

Πίνακας 1. Κριτήρια αναγκαστικής νοσηλείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση.....	39
Πίνακας 2. Νομοθετικό Πλαίσιο	41
Πίνακας 3. Εφαρμογή στου Ν 2071/1992.	42
Πίνακας 4. Σύγκριση των βασικών κοινωνικών δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών ανάμεσα στα άτομα που διατηρήθηκαν στο follow up και εκείνους που χάθηκαν κατά τη διαδικασία.....	59

Πίνακας 5. Περιγραφή κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών δείγματος.....	67
Πίνακας 6. Επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης ανά τύπο νοσηλείας	69
Πίνακας 7. Κλινικά χαρακτηριστικά δείγματος.....	70
Πίνακας 8. Περιγραφικά χαρακτηριστικά τρέχουσας και προηγούμενης/ προηγούμενων νοσηλείας/νοσηλειών.....	71
Πίνακας 9. Περιγραφικά χαρακτηριστικά έκβασης νοσηλείας ασθενών ανά τύπο νοσηλείας.....	73
Πίνακας 10. Μεταβολή στην κλίμακα σφαιρικής λειτουργικότητας στα δύο χρονικά σημεία μέτρησης ανά τύπο νοσηλείας.....	76
Πίνακας 11. Αποτελέσματα μεικτών γραμμικών μοντέλων παλινδρόμησης (mixed linear model) με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα σφαιρικής λειτουργικότητας και ανεξάρτητες μεταβλητές κάθε ένα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εκούσιων ασθενών	78
Πίνακας 12. Αποτελέσματα μεικτών γραμμικών μοντέλων παλινδρόμησης (mixed linear model) με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα σφαιρικής λειτουργικότητας και ανεξάρτητες μεταβλητές κάθε ένα από τα κλινικά χαρακτηριστικά των εκούσιων ασθενών	80
Πίνακας 13. Αποτελέσματα μεικτού γραμμικού μοντέλου παλινδρόμησης (mixed linear model) με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα σφαιρικής λειτουργικότητας και ανεξάρτητη μεταβλητή το συνολικό σκορ της κλίμακας Oslo των εκούσιων ασθενών	82
Πίνακας 14. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικού μεικτού γραμμικού μοντέλου παλινδρόμησης (mixed linear model) με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα σφαιρικής λειτουργικότητας με τη μέθοδο ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) στην υποομάδα των εκούσιων ασθενών.....	83
Πίνακας 15. Αποτελέσματα μεικτών γραμμικών μοντέλων παλινδρόμησης (mixed linear model) με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα σφαιρικής λειτουργικότητας και ανεξάρτητες μεταβλητές κάθε ένα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ακούσιων ασθενών	84
Πίνακας 16. Αποτελέσματα μεικτών γραμμικών μοντέλων παλινδρόμησης (mixed linear model) με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα σφαιρικής λειτουργικότητας και ανεξάρτητες μεταβλητές κάθε ένα από τα κλινικά χαρακτηριστικά των ακούσιων ασθενών	86

Πίνακας 17. Αποτελέσματα μεικτού γραμμικού μοντέλου παλινδρόμησης (mixed linear model) με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα σφαιρικής λειτουργικότητας και ανεξάρτητη μεταβλητή το συνολικό σκορ της κλίμακας Oslo των ακούσιων ασθενών.....	88
Πίνακας 18. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικού μεικτού γραμμικού μοντέλου παλινδρόμησης (mixed linear model) με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα σφαιρικής λειτουργικότητας με τη μέθοδο ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) στην υποομάδα των ακούσιων ασθενών	90
Πίνακας 19. Μεταβολή στη διάσταση προβλημάτων συμπεριφοράς στα διάφορα χρονικά σημεία μέτρησης ανά τύπο νοσηλείας	91
Πίνακας 20. Μεταβολή στη διάσταση των προβλημάτων που σχετίζονται με τη λειτουργικότητα / αναπηρία στα διάφορα χρονικά σημεία μέτρησης ανά τύπο νοσηλείας.....	93
Πίνακας 21. Μεταβολή στη διάσταση των προβλημάτων που σχετίζονται με τη συμπτωματολογία στα διάφορα χρονικά σημεία μέτρησης ανά τύπο νοσηλείας.....	95
Πίνακας 22. Μεταβολή στη διάσταση των κοινωνικών προβλημάτων στα διάφορα χρονικά σημεία μέτρησης ανά τύπο νοσηλείας	97
Πίνακας 23. Μεταβολή στο συνολικό score της κλίμακας HoNOS στα διάφορα χρονικά σημεία μέτρησης ανά τύπο νοσηλείας	99
Πίνακας 24. Αποτελέσματα μεικτών γραμμικών μοντέλων παλινδρόμησης (mixed linear model) με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα HoNOS και ανεξάρτητες μεταβλητές κάθε ένα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εκούσιων ασθενών	101
Πίνακας 25. Αποτελέσματα μεικτών γραμμικών μοντέλων παλινδρόμησης (mixed linear model) με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα HoNOS και ανεξάρτητες μεταβλητές κάθε ένα από τα κλινικά χαρακτηριστικά των εκούσιων ασθενών	102
Πίνακας 26. Αποτελέσματα μεικτού γραμμικού μοντέλου παλινδρόμησης (mixed linear model) με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα HoNOS και ανεξάρτητη μεταβλητή το συνολικό σκορ της κλίμακας Oslo των εκούσιων ασθενών	104
Πίνακας 27. Αποτελέσματα μεικτών γραμμικών μοντέλων παλινδρόμησης (mixed linear model) με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα	

HoNOS και ανεξάρτητες μεταβλητές κάθε ένα από τα κλινικά χαρακτηριστικά των ακούσιων ασθενών.....	105
Πίνακας 28. Αποτελέσματα μεικτών γραμμικών μοντέλων παλινδρόμησης (mixed linear model) με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα HoNOS και ανεξάρτητες μεταβλητές κάθε ένα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ακούσιων ασθενών.....	106
Πίνακας 29. Αποτελέσματα μεικτών γραμμικών μοντέλων παλινδρόμησης (mixed linear model) με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα HoNOS και ανεξάρτητες μεταβλητές κάθε ένα από τα κλινικά χαρακτηριστικά των ακούσιων ασθενών.....	108
Πίνακας 30. Αποτελέσματα μεικτού γραμμικού μοντέλου παλινδρόμησης (mixed linear model) με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα HoNOS και ανεξάρτητη μεταβλητή το συνολικό σκορ της κλίμακας Oslo των ακούσιων ασθενών.....	110
Πίνακας 31. Αποτελέσματα μεικτών γραμμικών μοντέλων παλινδρόμησης (mixed linear model) με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα HoNOS και ανεξάρτητες μεταβλητές κάθε ένα από τα κλινικά χαρακτηριστικά των ακούσιων ασθενών.....	110

Γραφήματα

Γράφημα 1. Διάγραμμα ροής.....	58
Γράφημα 2. Συνθήκες διαμονής ανά τύπο νοσηλείας	68
Γράφημα 3. Επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης ανά τύπο νοσηλείας.....	69
Γράφημα 4. Σχετικές συχνότητες επανεισόδων ανά τύπο νοσηλείας	75
Γράφημα 5. Μεταβολή στην κλίμακα σφαιρικής λειτουργικότητας στα δύο χρονικά σημεία μέτρησης ανά τύπο νοσηλείας	77
Γράφημα 6. Μεταβολή στη βαθμολογία της κλίμακας λειτουργικότητας ανάλογα με το φύλο των εκούσιων ασθενών	80
Γράφημα 7. Μεταβολή στη βαθμολογία της κλίμακας λειτουργικότητας ανάλογα με τη παρουσία νοητικής υστέρησης στους εκούσιους ασθενείς	82
Γράφημα 8. Μεταβολή στη βαθμολογία της κλίμακας λειτουργικότητας ανάλογα με το φύλο των ακούσιων ασθενών.....	85
Γράφημα 9. Μεταβολή στη βαθμολογία της κλίμακας λειτουργικότητας ανάλογα με τη παρουσία νοητικής υστέρησης στους ακούσιους ασθενείς.....	88
Γράφημα 10. Μεταβολή στη βαθμολογία της κλίμακας λειτουργικότητας ανάλογα με το επίπεδο κοινωνικής στήριξης των ακούσιων ασθενών	89
Γράφημα 11. Μεταβολή στη διάσταση προβλημάτων συμπεριφοράς στα διάφορα χρονικά σημεία μέτρησης ανά τύπο νοσηλείας	92
Γράφημα 12. Μεταβολή στη διάσταση των προβλημάτων που σχετίζονται με τη λειτουργικότητα / αναπηρία στα διάφορα χρονικά σημεία μέτρησης ανά τύπο νοσηλείας.....	94
Γράφημα 13. Μεταβολή στη διάσταση των προβλημάτων που σχετίζονται με τη συμπτωματολογία στα διάφορα χρονικά σημεία μέτρησης ανά τύπο νοσηλείας.....	96
Γράφημα 14. Μεταβολή στη διάσταση των κοινωνικών προβλημάτων στα διάφορα χρονικά σημεία μέτρησης ανά τύπο νοσηλείας	98
Γράφημα 15. Μεταβολή στο συνολικό score της κλίμακας HoNOS στα διάφορα χρονικά σημεία μέτρησης ανά τύπο νοσηλείας	100
Γράφημα 16. Μεταβολή στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας HoNOS ανάλογα με τη παρουσία διαταραχών προσωπικότητας στους εκούσιους ασθενείς.....	103
Γράφημα 17. Μεταβολή στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας HoNOS ανάλογα με τη τόπο διαμονής των ακούσιων ασθενών.....	107
Γράφημα 18. Μεταβολή στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας HoNOS ανάλογα με το αν είχαν ιστορικό προηγούμενης νοσηλείας στους ακούσιους ασθενείς.....	109

Παραρτήματα

Παράρτημα Ι. Φόρμα Α φάσης	145
Παράρτημα ΙΙ. Global Functioning Assessment Scale	149
Παράρτημα ΙΙΙ. Health of the Nation Outcome Scale	152

Περίληψη

Εισαγωγή. Το επιχείρημα υπέρ της ακούσιας νοσηλείας στην ψυχιατρική φροντίδα συνδέεται συχνά με το ισοζύγιο οφέλους/βλάβης, δηλαδή αν τα οφέλη από τη νοσηλεία υπερέχουν της βλάβης που αυτή προκαλεί. Στην Ελλάδα το ζήτημα της ακούσιας νοσηλείας είναι ύψιστης σημασίας, ειδικά αν ιδωθεί υπό το πρίσμα των σημαντικών παραβιάσεων των δικαιωμάτων των ασθενών που έχουν καταγραφεί σε συνδυασμό με τα αυξανόμενα ποσοστά ακούσιων νοσηλειών που παρατηρούνται στη χώρα.

Σκοπός. Σε αυτό το πλαίσιο, λόγω της βαρύνουσας ηθικής διάστασης του θέματος και ελλείψει εθνικών δεδομένων επί αυτού, η παρούσα διδακτορική διατριβή εκπονήθηκε με διττό στόχο, αφενός να διερευνήσει τη σχέση ανάμεσα στο τύπο νοσηλείας των ψυχιατρικών ασθενών με i) τα επίπεδα συμπτωματολογίας και λειτουργικότητας που αυτοί εμφανίζουν κατά την εισαγωγή, το εξιτήριο και σε τέσσερα σαφώς προκαθορισμένα σημεία follow up (κάθε 6 μήνες και έως 2 χρόνια από το εξιτήριο) και ii) τον αριθμό επανεισαγωγών που πραγματοποίησαν σε χρονικό διάστημα 2 ετών. Αφετέρου, να αναγνωρίσει τα χαρακτηριστικά εκείνα τα οποία σχετίζονται με καλύτερη ή χειρότερη έκβαση ανά ομάδα ασθενών, ξεχωριστά.

Υλικό - Μέθοδος. Διενεργήθηκε προοπτική μελέτη κοόρτης διάρκειας 2 ετών. Όλοι οι ασθενείς που νοσηλεύθηκαν, είτε εκούσια είτε ακούσια, κατά τη χρονική περίοδο Φεβρουάριος 2012-Δεκέμβριος του 2014, στο 3ο τμήμα του ΨΝΑ «Δαφνύ», συμπεριελήφθησαν στην έρευνα. Οι ασθενείς αυτοί παρακολουθούνταν για 2 χρόνια μετά το εξιτήριο τους, σε κύκλους των 6 μηνών. Για την εκτίμηση της έκβασης χρησιμοποιήθηκαν δύο κλίμακες εκτίμησης συμπτωματολογίας και λειτουργικότητας (Global Assessment of Functioning-GAF και Health of the Nation Outcome Scales-HoNOS, αντίστοιχα).

Αποτελέσματα. Συνολικά το 64,7% των 544 ασθενών που έλαβαν μέρος στη μελέτη εισήχθησαν ακούσια. Τα ευρήματα υποδεικνύουν την ύπαρξη στατιστικά σημαντικής βελτίωσης στα επίπεδα σφαιρικής λειτουργικότητας και συμπτωματολογίας από την εισαγωγή έως το εξιτήριο για όλους τους ασθενείς, ανεξάρτητα από το είδος νοσηλείας. Σε όλες τις μετρήσεις της κλίμακας HoNOS, οι ακούσιοι και οι εκούσιοι ασθενείς είχαν παρόμοιες βαθμολογίες. Στη συνέχεια οι εκούσιοι παρέμειναν σταθεροί μέχρι τα 2 έτη ενώ οι ακούσιοι βελτιώνονταν παραπάνω μέχρι το 1 έτος.

Τα χαρακτηριστικά που βρέθηκε να σχετίζονται με την μεταβολή των επιπέδων λειτουργικότητας και συμπτωματολογίας στους εκούσιους ασθενείς ήταν η παρουσία

νοητικής υστέρησης και η διάρκεια νοσηλείας και η παρουσία συννοσηρότητας με διαταραχή προσωπικότητας, αντίστοιχα.

Κατ'αντιστοιχία, τα χαρακτηριστικά που βρέθηκαν να σχετίζονται με την μεταβολή των επιπέδων λειτουργικότητας και συμπτωματολογίας στους ακούσιους ασθενείς ήταν η παρουσία νοητικής υστέρησης και τα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης και η περιοχή διαμονής και η επανείσοδος στο νοσοκομείο, αντίστοιχα.

Ωστόσο, τα ποσοστά επανεισαγωγής σε χρονική περίοδο 2 ετών μετά το εξιτήριο ήταν υψηλά (34,8% vs. 21,9%; $p \leq 0.001$, σε εκούσιους και ακούσιους ασθενείς, αντίστοιχα).

Συμπεράσματα. Η συχνότητα ακούσιας νοσηλείας στην Αθήνα είναι ιδιαίτερα υψηλή. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας υποδεικνύουν ότι η ψυχιατρική νοσηλεία είναι μια πρακτική με θετικά αποτελέσματα, ανεξάρτητα από το είδος της νοσηλείας.

Η παρούσα μελέτη εντόπισε έναν αριθμό ατομικών προγνωστικών παραγόντων που σχετίζονται με καλύτερη/χειρότερη έκβαση, ανά ομάδα ασθενών. Τα ευρήματα θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν από τα ενδιαφερόμενα μέρη στο πεδίο (επαγγελματίες ψυχικής υγείας, υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής, ερευνητές κ.λπ.) στην ανάπτυξη προσαρμοσμένων, στοχευμένων παρεμβάσεων ανά ομάδα ασθενών.

Λέξεις-κλειδιά: Ακούσια νοσηλεία, έκβαση, είδος νοσηλείας, συμπτωματολογία, λειτουργικότητα

Abstract

Introduction. The argument in favor of involuntary hospitalization in psychiatric care is often linked to the benefit / harm balance, i.e., whether the benefits of hospitalization outweigh the harm it causes. In Greece, the issue of involuntary hospitalization is of utmost importance, especially if seen in the light of the significant violations of patients' rights that have been recorded in conjunction with the increasing rates of involuntary hospitalization observed in the country.

Aim. In this context, and in the absence of national statistical data on the topic, this doctoral dissertation sets out to explore: (1) The outcome of involuntary versus voluntary hospitalization in terms of symptom severity and global functioning from admission to discharge and after 6 months thereafter, (2) Which patients' characteristics are associated with more/less favourable outcomes over time, for each group of patients, (3) What percentage of patients are readmitted over 2 years, and what is the legal status of their readmission.

Material - Methods. Sample includes all patients hospitalized, voluntary or involuntary, during the time-period February 2012-February 2014 in the 3rd Psychiatric Department of the Psychiatric Hospital of Attica- which is a psychiatric unit for acute cases. These patients were followed up every 6 months and up to 2 years upon discharge.

The Global Assessment of Functioning (GAF) scale and the Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS) were used to assess patients' global functioning levels and symptom severity, respectively.

Results. Overall, 64,7% of the 544 patients who participated in the study were involuntary admitted. Patients' global functioning and symptomatology levels from admission to discharge are significantly improved independently of their legal status. However, involuntarily admitted patients' improvement continued for up to 12 months.

In voluntarily admitted patients, the presence of mental retardation and the duration of hospitalization were associated with changes in global functioning levels from admission to discharge, whereas the presence of a comorbid personality disorder was associated with changes in symptomatology levels, in this group of patients.

On the same line, in involuntarily admitted patients the presence of mental retardation and the levels of social support were found to be independently associated with changes

in global functioning levels whereas the place of residence and a previous admission to a psychiatric hospital were associated with changes in symptomatology levels in this group of patients.

Readmission rates were high in both groups (34,8% vs. 21,9%; $p \leq 0,001$, in voluntary and involuntary patients, respectively).

Conclusions. Involuntary hospitalization rates in Athens are particularly high. It may be argued that psychiatric admission, irrespectively of legal status, leads to clinical improvement. The present study identified several individual-related characteristics associated with better/worse treatment outcomes for this group of patients. These findings could provide stakeholders on the field (mental health professionals, policy makers, researchers etc.) valuable input for the development of tailored, better-targeted interventions per group of patients.

Keywords: Involuntary admission, outcome, legal status, symptomatology, functioning

Εισαγωγή

Με τον όρο αναγκαστική ή ακούσια νοσηλεία εννοείται η εισαγωγή και η κράτηση για θεραπεία κάποιου ατόμου που πάσχει από ψυχική νόσο στο νοσοκομείο, ή σε κάποια άλλη ιατρική εγκατάσταση ή κατάλληλο χώρο, με την προϋπόθεση ότι είτε το άτομο αυτό είναι σε θέση να δώσει τη συναίνεσή του για τη νοσηλεία, αλλά δεν τη δίνει, είτε δεν είναι σε θέση να τη δώσει και αρνείται τη νοσηλεία (Council of Europe, 2004). Η ακούσια νοσηλεία ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας αποτελεί αμφιλεγόμενο ζήτημα στην παροχή ψυχιατρικής φροντίδας λόγω των περιορισμών που επιβάλλει στην ελευθερία και την αυτονομία των ασθενών αυτών.

Κατά την άσκηση του μέτρου αυτού, ανακύπτουν σημαντικά ζητήματα λόγω της δυσκολίας εξισορρόπησης αντικρουόμενων συμφερόντων (τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα των εμπλεκόμενων ατόμων, τη δημόσια ασφάλεια, την ανάγκη του ατόμου για τη λήψη κατάλληλης θεραπείας (Douzenis, Michopoulos, Economou, Rizos, Christodoulou & Lykouras, 2012· Salize & Dressing, 2004· WHO 2003)).

Το επιχείρημα υπέρ της ακούσιας νοσηλείας στην ψυχιατρική φροντίδα συνδέεται συχνά με το ισοζύγιο οφέλους/βλάβης, δηλαδή αν τα οφέλη από τη νοσηλεία υπερέχουν της βλάβης που αυτή προκαλεί. Στην Ελλάδα το ζήτημα της ακούσιας νοσηλείας είναι ύψιστης σημασίας, ειδικά υπό το πρίσμα των σημαντικών παραβιάσεων των δικαιωμάτων των ασθενών που έχουν παρατηρηθεί. Ειδικότερα, η Ελλάδα έχει καταδικαστεί δύο φορές στο Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (υπόθεση Βενιός εναντίον Ελλάδος, υπόθεση Καραμάνοφ εναντίον Ελλάδος) για την, χωρίς νόμιμα μέσα, αποστέρηση της ελευθερίας του ατόμου, αφού ο εγκλεισμός στην ψυχιατρική κλινική διενεργήθηκε χωρίς την τήρηση της εσωτερικής νομοθεσίας και ιδίως των αυστηρών προθεσμιών που προβλέπονται. Η πανευρωπαϊκή επιστημονική εργασία «Mapping and Understanding Exclusion: Institutional, coercive and community-based services and practices across Europe» περιγράφει δυσλειτουργίες του συστήματος ψυχικής υγείας στη χώρα και παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων (Turnpenny κ.α., 2017). Σε εθνικό επίπεδο ο Συνήγορος του Πολίτη με αυτεπάγγελτη έρευνα στα δύο ψυχιατρικά νοσοκομεία Αττικής διαπίστωσε πλημμελή τήρηση της νομοθεσίας και ως εκ τούτου σημαντικές παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ασθενών (Παπαρρηγοπούλου και συν., 2007).

Ακόμη, Στην Ελλάδα, σε πρόσφατη έρευνα των Stylianidis et al., (2017) στο σύνολο των νοσηλίων που διεξάχθηκαν στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δαφνί» σε χρονικό διάστημα 5 μηνών, το 57,4% των ασθενών βρέθηκε να εισάγεται ακούσια. Το ποσοστό αυτό είναι κατά δύο φορές υψηλότερο από εκείνο της Σουηδίας που ήταν η πρώτη χώρα σε ποσοστό ακούσιων νοσηλίων σύμφωνα με την ευρωπαϊκή πολυκεντρική μελέτη των Salize κ.α. (2002).

Σε αυτό το πλαίσιο, λόγω της βαρύνουσας ηθικής διάστασης του θέματος και δεδομένου ότι δεν υπάρχει καμία έρευνα που να μελετά την έκβαση των ψυχιατρικών ασθενών σε εθνικό επίπεδο και της απουσίας σύγχρονων ερευνών που να μελετούν την έκβαση, τόσο των εκούσιων όσο και των ακούσιων ασθενών η παρούσα διδακτορική διατριβή εκπονήθηκε με διττό στόχο, αφενός να διερευνήσει τη σχέση ανάμεσα στο τύπο νοσηλείας των ψυχιατρικών ασθενών με i) τα επίπεδα συμπτωματολογίας και λειτουργικότητας που αυτοί εμφανίζουν κατά την εισαγωγή, το εξιτήριο και σε τέσσερα σαφώς προκαθορισμένα σημεία follow up (κάθε 6 μήνες και έως 2 χρόνια από το εξιτήριο) και ii) τον αριθμό επανεισαγωγών που πραγματοποίησαν σε χρονικό διάστημα 2 ετών. Αφετέρου, να αναγνωρίσει τα χαρακτηριστικά εκείνα τα οποία σχετίζονται με καλύτερη ή χειρότερη έκβαση ανά ομάδα ασθενών, ξεχωριστά.

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μέρος ενός μεγάλου ερευνητικού προγράμματος για τη μελέτη των ακούσιων νοσηλίων στην Αθήνα (υπό το ακρωνύμιο MANA) που διεξάγεται σε συνεργασία της Εταιρίας Περιφερικής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ), με το Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Σπουδών και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δαφνί».

Η εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη, το γενικό και το ειδικό. Το γενικό μέρος περιλαμβάνει πέντε κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο παρέχεται ο ορισμός της ακούσιας νοσηλείας στη σύγχρονη ψυχιατρική. Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφεται η συντελούμενη ψυχιατρική μεταρρύθμιση σε Ευρώπη (περιγράφοντας τα παραδείγματα της Αγγλίας, της Ισπανίας, της Γαλλίας της Σουηδίας, της Γερμανίας και της Ιταλίας) και Ελλάδα. Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στα υπάρχοντα Νομοθετικά πλαίσια που διέπουν τη διαδικασία ακούσιας νοσηλείας στην Ευρώπη και στην Ελλάδα και τις συγκλίσεις και αποκλίσεις που αυτά παρουσιάζουν. Στη συνέχεια, στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται περιγραφή της επιδημιολογίας του φαινομένου (ποσοστά και αριθμός νοσηλίων ανά 100.000 πληθυσμού) τόσο σε ευρωπαϊκές χώρες όσο και στην Ελλάδα και γίνεται μια προσπάθεια να συνοψισθούν παράγοντες (ατομικοί και συστημικοί) που

σχετίζονται με υψηλότερα/χαμηλότερα ποσοστά ακούσιων νοσηλειών. Τέλος στο πέμπτο κεφάλαιο συνοψίζονται οι μελέτες που διερευνούν την έκβαση των ασθενών που νοσηλεύονται είτε ακούσια είτε εκούσια σε ψυχιατρικό νοσοκομείο.

Το ειδικό μέρος περιλαμβάνει τη μεθοδολογία, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα της έρευνας. Ειδικότερα, στο έκτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στον ερευνητικό σχεδιασμό, τη δειγματοληψία και το πώς προέκυψε το τελικό δείγμα της κοόρτης, τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, η ερευνητική διαδικασία που ακολουθήθηκε και οι στατιστικοί έλεγχοι που εφαρμόστηκαν για την ανάλυση των δεδομένων. Στο έβδομο κεφάλαιο περιγράφονται τα αποτελέσματα της έρευνας, όπως αυτά προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων. Τέλος στο τελευταίο κεφάλαιο περιγράφονται αναλυτικά τα ευρήματα της μελέτης και επιχειρείται η σύνδεση αυτών με την υπάρχουσα βιβλιογραφία. Γίνεται αναφορά σε πιθανές παρεμβάσεις με στόχο τη μείωση των επιπέδων ακούσιας νοσηλείας καθώς και σε προτάσεις για περαιτέρω μελέτη. Τέλος, περιγράφονται οι δυνάμεις και οι περιορισμοί της μελέτης και συνοψίζονται τα συμπεράσματα αυτής.

Ορισμός ακούσιας νοσηλείας

Ακούσια νοσηλεία είναι η νόμιμη διαδικασία που χρησιμοποιείται για να αναγκαστεί κάποιος να δεχτεί ενδονοσοκομειακή φροντίδα για κάποια ψυχιατρική διαταραχή. Με τον όρο αναγκαστική ή ακούσια νοσηλεία εννοείται η «εισαγωγή και η κράτηση για θεραπεία κάποιου ατόμου που πάσχει από ψυχική νόσο στο νοσοκομείο, ή σε κάποια άλλη ιατρική εγκατάσταση ή κατάλληλο χώρο, με την προϋπόθεση ότι είτε το άτομο αυτό είναι σε θέση να δώσει τη συναίνεσή του για τη νοσηλεία, αλλά δεν τη δίνει, είτε δεν είναι σε θέση να τη δώσει και αρνείται τη νοσηλεία (Council of Europe, 2004).

Πρόκειται λοιπόν για μια άμεση και επείγουσα θεραπευτική παρέμβαση που αποτελεί κομμάτι της σύγχρονης ψυχιατρικής, από τις απαρχές της, εδώ και παραπάνω από 200 χρόνια και σήμερα εφαρμόζεται σχεδόν σε όλο τον κόσμο (Zinkler & Priebe, 2002).

Η διαδικασία αυτή, μεταξύ άλλων, επί της ουσίας διαφοροποιεί την άσκηση της Ψυχιατρικής από τις άλλες ειδικότητες της Ιατρικής (Πολίτης, Τρίκκας, Πεχλιβανίδης, Μουρτζούχου & Χριστοδούλου 2003· Salize, Dressing & Peitz, 2002).

Η ακούσια νοσηλεία αποτελεί πολλές φορές συνώνυμο της ακούσιας θεραπείας και είναι ένα θέμα εξαιρετικά αμφιλεγόμενο και ίσως το πιο αμφιλεγόμενο ζήτημα στην ευρύτερη κοινότητα της ψυχικής υγείας. Αυτό συμβαίνει διότι η εφαρμογή των καταναγκαστικών μέτρων στον τομέα της ψυχικής υγείας καλείται να ισορροπήσει πάνω σε τρία αντικρουόμενα ενδιαφέροντα:

- I. Τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα των εμπλεκόμενων ατόμων
- II. Τη δημόσια ασφάλεια
- III. Την ανάγκη του ατόμου για τη λήψη κατάλληλης θεραπείας
(Douzenis, Michopoulos, Economou, Rizos, Christodoulou & Lykouras, 2012· Salize & Dressing, 2004· WHO 2003).

Σε θεωρητικό επίπεδο, η αναγκαστική νοσηλεία υπαγορεύεται από την αρχή της ανάγκης θεραπείας (*parens patriae*) και την αρχή της ευθύνης του Κράτους. Ειδικότερα, η αρχή της ανάγκης θεραπείας εκφράζει την υποχρέωση της πολιτείας να προστατεύσει πατερναλιστικά τα άρρωστα μέλη της, τα οποία χρειάζονται φροντίδα και θεραπεία και δεν μπορούν να επιβιώσουν χωρίς βοήθεια. Ενώ, η αρχή της ευθύνης του Κράτους τοποθετεί το Κράτος στη θέση του προστάτη των πολιτών, ή γενικότερα της κοινωνίας από τους «επικίνδυνους ψυχικά ασθενείς πολίτες. (Στυλιανίδης, Πέππου & Δρακωνάκης, 2014a).

Από κοινωνιολογική σκοπιά, η θεωρία του κοινωνικού ελέγχου (κοινωνικός έλεγχος είναι το σύνολο των μηχανισμών που χρησιμοποιεί μια κοινωνία, για να καταστεί αποδεκτό το αξιακό της σύστημα και να εφαρμοστεί το σύνολο των κανόνων που αυτή έχει θεσπίσει. Οι ειδικοί του κοινωνικού ελέγχου εφαρμόζουν πρακτικές ώστε να διασφαλιστεί η ασφάλεια τόσο του συνόλου όσο και του ίδιου το ατόμου (μέσω της εκτίμησης της επικινδυνότητας (Τζιωρτζιώτη, 2019). Σύμφωνα με το εν λόγω θεωρητικό μοντέλο, όσο πιο στενοί είναι οι κοινωνικοί δεσμοί τόσο πιο εντατική είναι η πίεση που ασκείται για κοινωνική ένταξη αναφορικά με θεσμούς όπως: η οικογένεια, η εργασία, η κοινωνική ζωή και η εκπαίδευση (Hirxchi, 1969). Ενώ, αντιθέτως, όσο πιο χαλαρός είναι ο δεσμός με τα τέσσερα αυτά αντικείμενα τόσο πιο υψηλά επίπεδα βίας μπορεί να παρουσιάσει το άτομο. Το άτομο βιώνει γεγονότα σταθμούς (*turning pints*) κατά τη διάρκεια της ζωής του, οι Sampson και Laub (1999) υποστηρίζουν ότι ο τύπος του κοινωνικού δεσμού (συμβατικός ή μη) συναρτήκει των γεγονότων ζωής μπορεί να οδηγήσει στη βία (Μάλαινος, 2016).

Σε μια προσπάθεια να ιδωθεί η ψυχική ασθένεια μέσα από το πρίσμα αυτής της θεώρησης, οι ψυχικά ασθενείς είναι επιβαρυνμένοι και ανεπαρκείς στις παραπάνω παραμέτρους. Κατά την κοινωνιολογική θεωρία του Scheff (1966) η ακούσια ψυχιατρική νοσηλεία βασίζεται στην άποψη ότι: «οι σχέσεις ανάμεσα στη κοινωνία, τον παρεκκλίνοντα, και τους εκπροσώπους του κοινωνικού ελέγχου διαμεσολαβούν, για να χαρακτηριστεί μία «ιδιάζουσα» ή «παράξενη» συμπεριφορά ως παρεκκλίνουσα και «ψυχικά διαταραγμένη» » (Ζήση, 2013: 41).

Ιστορική αναδρομή

Η ιστορική αναδρομή κρίνεται απαραίτητη για την καλύτερη κατανόηση των σημερινών τάσεων στη φροντίδα των ψυχικά ασθενών και των προτεινόμενων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Με αυτό τον τρόπο, επίσης, θα αποκαλυφθούν οι αιτίες αποτυχίας των προηγούμενων μεταρρυθμιστικών πολιτικών και οι λόγοι ποικιλομορφίας στην εξέλιξη των υπηρεσιών στις αναπτυγμένες και τις αναπτυσσόμενες χώρες.

Η αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας υπήρξε ανέκαθεν συνάρτηση των επικρατέστερων σε κάθε εποχή κοινωνικών, πολιτιστικών συνθηκών και των ανθρωπιστικών και ηθικών πεποιθήσεων.

Οι πρώτες αναφορές στη ψυχική νόσο ανάγονται κιόλας από τα προϊστορικά χρόνια. Εκείνη τη περίοδο (4.000-5.000 π.Χ.) δεν γινόταν διάκριση ανάμεσα στις διαταραχές του σώματος και της ψυχής. Η αιτία όλων των ψυχικών διαταραχών ήταν δαιμονολογική, θεωρούταν δηλαδή πως ευθύνονται είτε δαιμόνια που καταλάμβαναν τα σώματα των ανθρώπων είτε μαγεία. Την ίδια χρονική περίοδο αναπτύχθηκε η τεχνική του τρυπανισμού κατά την οποία μέσω κρανιακού τρίμματος στον ασθενή αξίωναν πως θα εξέλθει το παγιδευμένο δαιμόνιο (τεχνική που εφαρμοζόταν μέχρι το Μεσαίωνα). Επίσης, είναι η πρώτη φορά που απαντάται και ο εξορκισμός ως μέσο θεραπείας, ο οποίος απαντάται μέχρι και σήμερα (Hinshaw, 2006)

Η αντίληψη ότι η ψυχική ασθένεια ήταν αποτέλεσμα της κατοχής από δαίμονες, πνεύματα ή άλλες υπερφυσικές δυνάμεις οδήγησε στην υιοθέτηση πρακτικών αποκλεισμού ή και τιμωρίας των ψυχικά πασχόντων, ακόμη και στη θανάτωση τους (Hinshaw, 2006).

Η ψυχική ασθένεια στην Αρχαία Ελλάδα θεωρούταν, αρχικά, πως έχει υπερφυσική προέλευση και η εμφάνιση της βρισκόταν στην απόλυτη δικαιοδοσία των

Θεών. Άρα η ψυχική ασθένεια αναγόταν στην σφαίρα του μεταφυσικού, ως θεόσταλτη τιμωρία ή ως ένα πολύτιμο δώρο των θεών προς τον άνθρωπο (Pader, 1992) Την ίδια περίοδο έκαναν την εμφάνιση τους ναοί που λειτουργούσαν σαν καταφύγια. Ωστόσο η πλειοψηφία των ατόμων που έπασχαν από ψυχική ασθένεια δεν προλάβαιναν να φτάσουν ποτέ ως τα καταφύγια, απεναντίας έπεφταν θύματα λιθοβολισμού και θανατώνονταν (Hinshaw, 2006) .

Στη συνέχεια ο πατέρας της ιατρικής Ιπποκράτης έκανε λόγο για την οργανική προέλευση της ψυχικής νόσου και υποστήριζε πως η θεραπεία των όσων πάσχουν από αυτήν θα πρέπει να πραγματώνεται σε ένα ασφαλές καταφύγιο προστατευμένο από το χάος, τις πιέσεις και το ακάθαρτο περιβάλλον των αστικών κέντρων και όχι να μαστιγώνονται δημόσια ή να κρατούνται σε μπουντρούμια (Stavis, 1995)

Στα χρόνια που ακολούθησαν από το θάνατο του Ιπποκράτη το κέντρο του ελληνικού πληθυσμού μεταφέρθηκε στην Αλεξάνδρεια. Αργότερα, όταν η Ρωμαϊκή Αυτοκρατορία επεκτάθηκε και στη Μεσόγειο, η ο ρυθμός ανάπτυξης της επιστήμης της ψυχολογίας και η ενασχόληση με τη ψυχική νόσο μειώθηκε σημαντικά. Οι θεραπευτικές μέθοδοι της εποχής ήταν ένα συνονθύλευμα από απομόνωση, αφαίμαξη, εμετικά βότανα και διάφορα είδη τιμωρίας (π.χ. ξυλοδαρμός για να φοβηθούν τα δαιμόνια και να εγκαταλείψουν το σώμα του ασθενούς) (Hinshaw, 2006).

Μέχρι τον 2^ο μ.Χ. αιώνα οι ψυχικά ασθενείς κατοικούσαν σε ειδικά δωμάτια χωρίς καμία επαφή με τον έξω κόσμο (Σεχίδου, 2011). Ο Σωρανός ο Εφέσιος, ο οποίος χαρακτηριζόταν για την προοδευτικότητα των απόψεων του κάποιες από αυτές συνεχίζουν μέχρι σήμερα να είναι επίκαιρες και να απασχολούν την επιστημονική κοινότητα, π.χ. η οργανική βάση της σχιζοφρένειας (Stavis, 1995) έκανε λόγο για τη κατάργηση των αλυσίδων και την απαγόρευση του εγκλεισμού (Στυλιανίδης, Θεοχαράκης & Χονδρός, 2006). Επίσης πίστευε πως οι ασθενείς θα πρέπει να δεσμεύονται σε διαλεκτικές δραστηριότητες αφενός για να καθίσταται δυνατή η καλύτερη διάγνωση της ασθένειας, αφετέρου για θεραπευτικούς, κατά συνέπεια οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρύνονται να μιλάνε στους φιλοσόφους έτσι ώστε να «διώξουν τη θλίψη και την οδύνη τους» (Stavis, 1995). Θα μπορούσε να θεωρηθεί η προαναφερθείσα τεχνική ως πρόδρομος της σημερινής ψυχοθεραπείας.

Στα Μεσαιωνικά χρόνια η επικρατούσα φανατική θρησκευτικότητα και η ηθικολογία που συντέλεσε στην απόλυτη δαιμονοποίηση των ψυχικά ασθενών,

οδήγησε στην έναρξη μιας σκοτεινής εποχής για την ανθρωπότητα. Ειδικότερα, οποιαδήποτε ανεξήγητη συμπεριφορά φαίνεται να αποδίδεται στη παρουσία κακών πνευμάτων (Szacz, 2006). Η υποκείμενη αδυναμία του πάσχοντα θεωρούταν πως τον καθιστά έρμαιο στην κατοχή από τα πνεύματα, έτσι η δαιμονολογικές ενδείξεις φαίνεται να ταυτίζονται με την ευθύνη του ίδιου του ψυχικά ασθενούς (Hinshaw, 2006). Η νόσος λοιπόν εξαρτάται απόλυτα από εξωτερικές διαρθρωτικές δυνάμεις και άρα δεν αναγνωρίζεται πιθανή οργανικότητα αυτής. Ως εκ τούτου κρίνεται πως η αποτελεσματικότερη «θεραπεία» για όποιον πάσχει από αυτήν είναι είτε να εγκλείεται σε ιδρύματα για να μην μολύνει τους άλλους, είτε να εκδιωχθεί από τη πόλη, είτε να καεί στην πυρά της Ιεράς Εξέτασης (χαρακτηριστικό παράδειγμα της εποχής αποτελεί το κυνήγι μαγισσών). Η τελευταία μάλιστα ιδρύθηκε από την εκκλησία το 13^ο αιώνα με πρόσχημα τη σωτηρία των δαιμονισμένων και τη διασφάλιση της κοινότητας με βασικό έργο των «δια πυρός» θάνατο τους (Hinshaw, 2006).

Η Μεσαιωνική εποχή αποτελεί ιδιαίτερα μελανό σημείο της Δυτικής Ιστορίας και της δυτικής εκκλησίας ειδικότερα. Τα μετέπειτα έτη παρατηρείται μια στροφή προς την απομόνωση του ασθενούς και σταδιακά προς τον εγκλεισμό του. Το 1247 λειτούργησε το πρώτο άσυλο στη Βηθλεέμ της Αγγλίας, το οποίο ως τις αρχές του 15^{ου} αιώνα υπήρξε διαβόητο για τις απάνθρωπες συνθήκες περίθαλψης (Μαδιανός 1994). Το δεύτερο άσυλο ιδρύθηκε στη Βαλένθια της Ισπανίας, στον ίδιο χώρο με την Ιερά Εξέταση. Τα έτη 1412-1489 στην Ισπανία ακολούθησε η ίδρυση πολλών παρόμοιων ιδρυμάτων (Γάκη, 2016). Η πολιτική αυτή δεν είχε θεραπευτική σκοπιμότητα αλλά στόχευε στην απομόνωση των ανθρώπων που θεωρούνταν «ανεπιθύμητοι» από την κοινωνία. Η ψυχική ασθένεια δεν διαφοροποιούνταν από άλλες καταστάσεις όπως η τεμπελιά, η μέθη κ.α. τις οποίες η κοινωνία ήθελε να καταδικάσει ή να διορθώσει. Η απαρχή της εποχής του «Μεγάλου Εγκλεισμού» (The era of The Great Confinement) ήταν πλέον γεγονός (Foucault, 1965). Στη Γαλλία, ειδικότερα με διάταγμα του Γαλλικού Κοινοβουλίου, το 1532 αποφασίστηκε ότι οι ανεπιθύμητοι θα πρέπει να συλλαμβάνονται και να εκτίουν καταναγκαστικά έργα στους υπονόμους της πόλης δεμένοι με αλυσίδες. Την τύχη αυτή είχαν και οι φτωχοί ερευνητές, οι λιποτάκτες από το στρατό, οι άνεργοι εργάτες, οι άρρωστοι κ.α. Αντίστοιχα, το 1575, μέσω πράξης του Κοινοβουλίου της Αγγλίας αποφασίστηκε πως οι επαίτες και οι φτωχοί θα εγκλείονται σε ινστιτούτα γνωστά ως «σπίτια διόρθωσης» (Houses of correction). Μέχρι το τέλος του 18 αιώνα στην Αγγλία λειτουργούν 126 τέτοιες εγκαταστάσεις (Stavis, 1995).

Το 1606 με επόμενο διάταγμα του Γαλλικού κοινοβουλίου διατάχθηκε οι επαίτες να μαστιγώνονται σε δημόσιες πλατείες, να σημαδεύονται στον ώμο και απογυμνωμένοι να εκδιώχνονται από την πόλη ενώ τοξότες στάλθηκαν να φυλάνε τα τείχη ώστε να αποτρέψουν πιθανή επανείσοδο τους. Στους επαίτες πάντοτε συμπεριλαμβάνονταν και όσοι έπασχαν από κάποια ψυχιατρική διαταραχή (Foucault, 1965).

Κομβικό σημείο της εποχής του «μεγάλου εγκλεισμού» αποτέλεσε η υπογραφή του διατάγματος για την ίδρυση του Γενικού Νοσοκομείου του Παρισιού, το 1657 από τον Βασιλιά Λουδοβίκο τον 13^ο. Από την αρχή της λειτουργίας του το ίδρυμα όριζε ως στόχο «να καταστείλει την αεργία και την επαιτεία σαν πηγές ανωμαλίας» (Φουκώ, 2004). Λίγα χρόνια αργότερα υπογράφεται νέο διάταγμα που προβλέπει την ίδρυση ενός Γενικού Νοσοκομείου σε κάθε πόλη της Γαλλίας. Αξίζει να σημειωθεί πως μέχρι το τέλος του 18^{ου} αιώνα 1 στους 100 κατοίκους του Παρισιού είχε περιοριστεί σε ένα ή παραπάνω τέτοια κέντρα (Stavis, 1995).

Το 17^ο αιώνα, η κατάσταση παραμένει η ίδια με τους περισσότερους ανθρώπους με ψυχικές διαταραχές να περιορίζονταν σε φυλακές, φρενοκομεία, γενικά νοσοκομεία και ιδιωτικά άσυλα, παντού στην Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική (Busfield, 1996· Jones, 1996· Goodwin, 1997). Όπως αναφέρει ο Φουκώ (2004) «η εγκαθιερξή, τούτο το μαγικό γεγονός που σημάδια του υπάρχουνε σ' ολόκληρη την Ευρώπη του 17^{ου} αιώνα είναι μια υπόθεση «αστυνομίας»». Την ίδια εποχή η ψυχική ασθένεια δεν αναγνωριζόταν ως ξεχωριστή ασθένεια αλλά θεωρούταν αποτέλεσμα της αμαρτίας και της κοινωνικής απόκλισης (Foucault, 1965).

Τα εγκλήματα που διαπράττονταν μέσα στα παραπάνω κέντρα ήταν αναρίθμητα. Η ψυχική ασθένεια γινόταν ορατή κάτω από το πρίσμα της ανιμαλιστικής θεωρίας, σύμφωνα με την οποία όσοι πάσχουν από κάποια ψυχιατρική διαταραχή προσομοιάζουν των ζώων, δεν νιώθουν ούτε πόνο ούτε κρύο αλλά αντίθετα καλυτερεύουν υπό αυτές τις συνθήκες. Πράγματι πολλά από τα κελιά στα οποία διέμεναν είχαν χτιστεί έτσι ώστε να μοιάζουν σε κελιά ζώων και οι τρόφιμοι ήταν συνήθως γυμνοί και υπεράριθμοι στα μικροκαμωμένα αυτά κελιά (Stavis, 1995· Jones, 1996]. Θεωρούταν δηλαδή πως η ψυχική ασθένεια εκμηδένιζε βασικές γνωστικές ικανότητες. Ήταν ακόμη συνηθισμένο να εκθέτουν δημόσια «την τρέλα» μέσα από παράθυρα, έναντι αμοιβής ενώ οι τρόφιμοι ήταν δεμένοι στους τοίχους. Ενδεικτικό της πρακτικής αυτής αποτελεί το εύρημα πως 190.000 επισκέπτες επισκέπτονταν

ετησίως το ίδρυμα στη Βηθλεέμ της Αγγλίας, όπου εγκλείονταν 200 περίπου ασθενείς (Torrey & Miller, 2001).

Ο 18^{ος} αιώνας υπήρξε η απαρχή των αμφισβητήσεων της υφιστάμενης αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών. Κοινωνικοί φιλόσοφοι και κριτικοί, ειδικότερα στη Γαλλία εξέφρασαν την αγανάκτηση τους απέναντι στις απαράδεκτες συνθήκες που επικρατούσαν στα ιδρύματα και την κρατική εγκατάλειψη όσων ζούσαν εκεί. Οι εκκλήσεις για τη φροντίδα των ψυχικά ασθενών άρχισαν να λαμβάνουν τον ίδιο πολιτικό και ηθικό τόνο με άλλες κοινωνικές καταστάσεις όπως η φτώχεια και η σκλαβιά. Προς τα τέλη του 19^{ου} αιώνα επαναστατικές και πολιτικές δυνάμεις απαίτησαν την ανθρώπινη απελευθέρωση προώθησαν πιο ανθρωπιστικές στάσεις απέναντι στην ψυχική ασθένεια υποστήριξαν μια πιο φυσιοκρατική αντίληψη αυτής. Ιδιαίτερη μνεία αξίζει να γίνει στους εξής πρωτεργάτες: Ο Tuke στην Αγγλία, ο Pinel στην Γαλλία και ο Chiarugi στην Ιταλία (Hinshaw, 2006).

Ο Tuke, εξοργισμένος από τις συνθήκες που επικρατούσαν στα άσυλα ίδρυσε το 1796 το York Retreat «ένα ήπιο και πιο κατάλληλο σύστημα θεραπείας από αυτές που εφαρμόζονταν συνήθως» (Henry, 1941).

Ο Johann Christian Reil, Γερμανός γιατρός είναι ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο «ψυχιατρική» ενώ ο Philippe Pinel, διευθυντής δύο γαλλικών φρενοκομείων, υπήρξε στην κυριολεξία ο απελευθερωτής των ασθενών από τις αλυσίδες τους, εννέα χρόνια μετά τη Γαλλική Επανάσταση (Μαδιανός, 1994). Υπήρξε επίσης ο ιδρυτής της «ηθικής θεραπείας» (moral treatment) (Breakey, 1996) μέθοδος φροντίδας των ψυχικά ασθενών βασισμένη στην θεραπευτική απομόνωση και την φιλόδοξη συμπεριφορά προς τους ασθενείς (Πλουμπίδης, 1995). Η επιτυχία της «ηθικής θεραπείας» οδήγησε στη δημιουργία πολλών ασύλων τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Αμερική. Συνεπώς η ασυλιακή περίθαλψη όχι μόνο δεν τερματίζεται αλλά μπαίνει σε ένα πλαίσιο πιο εξειδικευμένο και πιο συγκεκριμένο.

Όλο και περισσότερα άσυλα ιδρύονται σε απομακρυσμένες περιοχές, η επιλογή αυτή ταίριαζε με τις απόψεις της «ηθικής θεραπείας», σύμφωνα με την οποία η θεραπεία των ασθενών πρέπει να γίνεται σε ήσυχα και απομονωμένα μέρη, κοντά στη φύση. Ωστόσο συγκάλυπτε και την ανάγκη της εποχής να απομακρύνει όσους θεωρούνταν απειλή για τη δημόσια ασφάλεια (Στυλιανίδης, 2010).

Κλινικοί, ηθικοί και οικονομικοί παράγοντες οδήγησαν στην εγκαθίδρυση και υπερανάπτυξη των ασύλων μέχρι τα τέλη του 19^{ου} αιώνα. Το ασυλιακό σύστημα υπερδιογκώθηκε εκείνη τη περίοδο. Ενδεικτικό αυτού αποτελεί ότι στις Η.Π.Α. από 8.500 που ήταν οι έγκλειστοι ασθενείς το 1860 έφτασαν τους 535.500 έναν αιώνα μετά. Καθώς επίσης και ότι στη Γαλλία το 1882 υπήρχαν 83 ιδρύματα με 100.000 κλίνες συνολικά, ενώ έναν αιώνα πριν υπήρχαν μόλις 8 ιδρύματα με 5000 κλίνες (Goodwin, 1997).

Μέχρι τα τέλη του 19^{ου} αιώνα η επικρατούσα τάση στην φροντίδα και θεραπεία της σοβαρής ψυχικής ασθένειας ήταν ο εγκλεισμός σε μεγάλα ιδρύματα.

Ψυχιατρική μεταρρύθμιση

Τον 20^ο αιώνα έγιναν προσπάθειες να μετατεθεί η έμφαση από τον εγκλεισμό και την προστασία, στη φροντίδα και στη θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών, στην ανάπτυξη δηλαδή μιας πιο ανθρωπιστικής προσέγγισης. Μεγάλη συμβολή φαίνεται να είχε έρευνα των Wing και Brown (1970) οι οποίοι ύστερα από μελέτη σε χρόνιους ασθενείς σε 3 βρετανικά νοσοκομεία συμπέραναν πως «οι κοινωνικές καταστάσεις κάτω από τις οποίες ζει ένας ασθενής είναι υπεύθυνες για μέρος της συμπτωματολογίας του».

Καινοτόμες μέθοδοι θεραπείας εφαρμόστηκαν μέσα στα ήδη υπάρχοντα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Οι ψυχίατροι από το 1930 και μετά άρχισαν να πειραματίζονται με πολιτικές «ανοιχτών θυρών», την παραχώρηση δηλαδή ελευθερίας κινήσεων εκτός του ψυχιατρείου. Έγιναν ακόμη προσπάθειες να αποκτήσει το ψυχιατρικό ίδρυμα ένα πιο θεραπευτικό ρόλο με την υιοθέτηση νέων θεραπευτικών μεθόδων όπως το ηλεκτροσόκ, η ινσουλινοσπασμοθεραπεία και η ψυχοχειρουργική. Καταλυτικό ρόλο φαίνεται να είχε όμως η εφεύρεση της χλωροπρομαζίνης ως αντιψυχωσικό φάρμακο το 1952 (Jones, 1972). Δεδομένου αυτού η παρακμή των ασύλων συχνά αναφέρεται σε συνάρτηση με την «επανάσταση των αντιψυχωτικών», χωρίς ωστόσο αυτή να επισκιάζει με κανένα τρόπο, παρά τη σημασία της, άλλες επαναστατικές καινοτομίες στη φροντίδα των ασθενών (Στυλιανίδης, 2010). Παρατηρείται λοιπόν μια νέα κατεύθυνση στη διαχείριση και θεραπεία της ψυχικής ασθένειας που ώθησε στην αποϊδρυματοποίηση και στην υιοθέτηση της Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης από πολλές ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες.

Η στροφή από την ασυλοποίηση στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση είχε πολλές κοινωνικές, πολιτιστικές, επιστημονικές οικονομικές και πολιτικές αιτίες που μπορούν να διαρθρωθούν σε συστημικές και ατομοκεντρικές. Ως συστημικές νοούνται οι εξής:

- (1) Η Σκανδιναβική ώθηση προς την «κανονικοποίηση» του περιβάλλοντος όσων πάσχουν από νοητική υστέρηση και/ή ψυχική διαταραχή,
- (2) η αναγνώριση ότι η πρόληψη είναι αναγκαία για την προαγωγή της ψυχικής υγείας του πληθυσμού, (Hinshaw, 2006b).
- (3) η ύπαρξη διαθέσιμης φαρμακοθεραπείας για την ανακούφιση από τα συμπτώματα της οξείας φάσης πολλών σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών (Στυλιανίδης, (2010),
- (4) οι απαράδεκτες συνθήκες που επικρατούσαν στα άσυλα τη μεταπολεμική εποχή (Caldas Almeida & Tomé, 2014) και τέλος
- (5) η ύπαρξη οικονομικών εκτιμήσεων της εποχής που απεδείκνυαν την στροφή στη κοινότητα ως πιο οικονομικά αποδοτική λύση (Hinshaw, 2006b).

Ως ατομοκεντρικές νοούνται οι εξής:

- (1) ευκολότερη πρόσβαση των ασθενών στις παρεχόμενες υπηρεσίες,
- (2) μεγαλύτερη ικανοποίηση των ληπτών από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, και η μεγαλύτερη κάλυψη των αναγκών αυτών,
- (3) προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ασθενών και
- (4) κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη αυτών (Becker & Vasquez-Barquero, 2016· Caldas de Almeida & Killaspy, 2011)

Ο συγκερασμός των παραπάνω παραγόντων ενίσχυσε την ιδέα της αποασυλοποίησης ενός μεγάλου αριθμού ασθενών, τη μείωση δηλαδή των ψυχιατρικών κλινών και τον περιορισμό των εισαγωγών στα ψυχιατρεία και την ένταξη και φροντίδα αυτών στην κοινότητα. Η υπηρεσία ψυχικής υγείας που βασίζεται στην κοινότητα είναι αυτή η οποία παρέχει ένα πλήρες φάσμα φροντίδας ψυχικής υγείας που είναι αποτελεσματική προς ένα συγκεκριμένο πληθυσμό και η οποία, συνεργαζόμενη με άλλους τοπικούς φορείς εκπαιδεύει και βοηθά ανθρώπους με ψυχικές διαταραχές,

προκειμένου να ανακουφίσει την αγωνία και την οδύνη τους (Thornicroft & Tansella, 2010).

Αξίζει να σημειωθεί ότι το ιστορικό πλαίσιο της μετάβασης από τα μεγάλα άσυλα στην κοινοτική φροντίδα διαφέρει σε μεγάλο βαθμό ανά χώρα. Η ανάπτυξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και η αναθεώρηση του status quo στην ψυχιατρική συνέβη μέσα σε ένα ευρύτερο πλαίσιο κοινωνικής και πολιτικής αλλαγής, και αυξανόμενης ευαισθητοποίησης του κοινού προς τις περιθωριοποιημένες κοινωνικά ομάδες (Caldas Almeida & Tomé, 2014). Παρά τις σποραδικές συστηματικές δράσεις με στόχο την μετατροπή των ασύλων (π.χ. General Board of Commissioners in Lunacy for Scotland που εφάρμοζε κατ' οίκον θεραπεία, το Oeuvre de patronage pour les alienes convalescents στο Παρίσι το 1843, το Mental Aftercare Association στο Λονδίνο το 1869, και την Κίνηση για επανένταξη από άσυλο Ρέτζιο ντελ' Εμίλια, το 1874) η αποασυλοποίηση γίνεται μέρος της ατζέντας της εθνικής πολιτικής αρκετά αργότερα, μετά τα μέσα του 20^{ου} αιώνα (Στυλιανίδης & Χονδρός, 2014).

Παρακάτω θα αναφερθούν ορισμένα παραδείγματα Ευρωπαϊκών χωρών, που αποτελούν πρότυπα καλής πρακτικής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Ωστόσο επισημαίνεται πως δεν είναι δυνατή η ανασκόπηση όλων των καλών πρακτικών και εμπειριών δεδομένης της ελλείπουσ, ακόμη, τεκμηρίωσης, συμπέρασμα στο οποίο καταλήγουν και οι Στυλιανίδης και Χονδρός (2014).

Αγγλία.

Η Αγγλία είναι η πρώτη χώρα με σαφή πολιτική τοποθέτηση προς τη κοινοτική φροντίδα, από το 1954. Οι πιέσεις για την αλλαγή του συστήματος προϋπήρχαν της ανακάλυψης της χλωροπρομαζίνης και των εναλλακτικών πολιτικών διαχείρισης των τρόφιμων ασθενών (π.χ. πολιτική ανοιχτών θυρών) (Boardman, 2005) και βασιζόνταν στα κινήματα υπέρ των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ασθενών που κρατούνταν εσώκλειστοι στα ιδρύματα μετά τη πάροδο της οξείας φάσης της ασθένειας (Caldas Almeida & Tomé, 2014).

Το 1959 The Mental Health Act έθεσε τις αρχές για τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας, και είναι η πρώτη φορά που η νοσηλεία διαχωρίζεται σε ακούσια και εκούσια (Killlpsy, 2006a). Η εν λόγω νομοθεσία αντικαταστάθηκε από το νόμο του 1983 για την προστασία της ακούσιας εισαγωγής και θεραπείας (Mental Health ACT 1983) ο οποίος τροποποιήθηκε το 2007 και παραμένει εν ισχύ έως και σήμερα.

Το Νοσοκομειακό Πλάνο του 1962 (Hospital Plan 1962) προέβλεπε το κλείσιμο των μισών εκ του συνόλου των ψυχιατρείων έως το 1975. Ενώ κυβερνητικό έγγραφο του 1971 μετατοπίζει τις υπηρεσίες ψυχιατρικής φροντίδας στα γενικά νοσοκομεία σε στενή συνεργασία με τη πρωτοβάθμια φροντίδα και τις κοινωνικές υπηρεσίες. Ταυτόχρονα, προέβλεπε την ίδρυση κοινοτικών υπηρεσιών, όπως τα κέντρα ημέρας, η υποστηριζόμενη κατοικία και οι πολυκλαδικές κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας (Killapsy, 2007).

Αξίζει να σημειωθεί πως τη περίοδο 1954-1995 οι ψυχιατρικές κλίνες μειώθηκαν κατά 65% ενώ το 14% του οικονομικού προϋπολογισμού για την υγεία αποδίδεται στην ψυχική υγεία (Coldefly, 2012) ενώ ως το 2000, 90 από τα 130 ψυχιατρικά ιδρύματα είχαν σταματήσει να λειτουργούν (Leff & Treinman, 2000).

Τα τελευταία 50 χρόνια φαίνεται πως το Αγγλικό Σύστημα Υγείας επενδύει σημαντικά στο κοινοτικό μοντέλο. Ενδεικτική αυτού αποτελεί η πρόβλεψη του δεκαετούς εθνικού σχεδίου για την ψυχική υγεία (National Framework for Mental Health) για τη δημιουργία 200 και άνω μονάδων assertive community treatment, 50 ομάδων πρώιμης παρέμβασης και 300 ομάδων παρέμβασης στη κρίση και κατ' οίκον θεραπείας που θα εργάζονται σε συνεργασία με τις υπάρχουσες κοινοτικές υπηρεσίες και τις ενδονοσοκομειακές μονάδες (Στυλιανίδης & Χονδρός, 2014). Επίσης το προαναφερθέν σχέδιο έθετε για πρώτη φορά σαφές πλαίσιο για την εμπλοκή των χρηστών στην έρευνα και στη διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικών με την παρεχόμενη φροντίδα και τις παρεχόμενες υπηρεσίες. (Στυλιανίδης & Χονδρός, 2014).

Ιταλία.

Η Ιταλία αποτελεί μία από τις χώρες που πρωτοστάτησαν στο κλείσιμο των ψυχιατρικών νοσοκομείων. Η εγκαθίδρυση του Ν. 180 το 1978 έθεσε σε κίνηση τη ψυχιατρική μεταρρύθμιση στη χώρα. Με το νόμο αυτό εγκαθιδρύονται ψυχιατρικές πτέρυγες σε γενικά νοσοκομεία, χωρητικότητας 15 κλινών, σημαντικοί περιορισμοί στη διαδικασία και τη διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας (μέγιστη διάρκεια 7 ημέρας, με εβδομαδιαία ανανέωση), κοινοτικά κέντρα ιδρύθηκαν για τη παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών σε σαφώς τομεοποιημένες περιοχές, ενώ τέλος όλες οι παλιές και καινούριες ψυχιατρικές υπηρεσίες ενσωματώθηκαν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (De Girolamo, 1989).

Ο Franco Basaglia και οι συνεργάτες αποτέλεσαν τους πρωτεργάτες της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα και ο παραπάνω νόμος επισφράγισε τις προσπάθειες τους. Σ' αυτό το σημείο παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον η αναφορά στην αξιολόγηση τους προσπάθεια.

Το έργο του Basaglia ξεκίνησε χρονικά το 1961 και μέσα σε 2 δεκαετίες επιχείρησε να κλείσει τα υπάρχοντα άσυλα και να δημιουργήσει εναλλακτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας με βάση τη κοινότητα (Babini, 2014). Το έργο του όπως αποτυπώθηκε μέσα από τη προσπάθεια να κλείσει το άσυλο της Πάρμας και της Γκορίτσια (Gorizia) και την επιτυχία να κλείσει το άσυλο της Τεργέστης αντικατοπτρίζει σε μεγάλο βαθμό τις προκλήσεις που εκείνος και οι συνάδερφοι του αντιμετώπισαν κατά τη προσπάθεια αποασυλοποίησης των ασθενών και την επανένταξη αυτών στην κοινότητα (Caldas Almeida & Tomé, 2014).

Τα στάδια που ακολούθησαν ο Basaglia και οι συνεργάτες του συνοψίζονται ενδεικτικά κατά τους Schepher-Hughes & Lovell (1986) στα εξής:

1. Άνοιγμα των θυρών των ψυχιατρικών νοσοκομείων και δημιουργία θέσεων έμμισθης εργασίας για τους ψυχικά ασθενείς στη κουζίνα, στη κηπουρική και στη συντήρηση των κτιρίων.
2. Το επόμενο στάδιο αποτέλεσαν, οι μη θεραπευτικές συναντήσεις ("assemblies") γιατρών, νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών. Σ' αυτές τις «συγκλίσεις» ("assemblies") όπου με τη χρήση της κοινής λογικής και του διαλόγου καθορίστηκαν τα κριτήρια που πρέπει να πληρούνται ώστε να πάρει εξιτήριο κάθε επιμέρους ασθενής. Έτσι κάθε ενδεχόμενη λανθασμένη κρίση αποτελούσε κοινή ευθύνη. Τέτοιου είδους συναντήσεις, με τους συγγενείς, που επισκέπτονταν τους ασθενείς, με μέλη της τοπικής κοινότητας, της τοπικής αυτοδιοίκησης και πολιτικών αρχών είχαν ως στόχο την ευαισθητοποίηση της κοινότητας και την ενίσχυση της ιδέας της αποασυλοποίησης. Ιδιαίτερα ο Basaglia αναγνώρισε την σημαντικότητα της οικογένειας των ασθενών και κατά τη προσέγγιση τους ανακάλυψε την απροθυμία ή και αδυναμία τους να δεχτούν πίσω τους ασθενείς. Τότε έκανε την εμφάνιση της η έννοια του κοινοτικού λειτουργού ψυχικής υγείας που έχει ως έργο να διαμεσολαβεί και να εξομαλύνει τη σχέση ασθενούς οικογένειας μεταξύ άλλων.

3. Το τρίτο στάδιο, εστίασε στην σμίκρυνση 2 μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων, στο κλείσιμο ενός άλλου και τη προετοιμασία δομών στη κοινότητα για να υποδεχθούν τους πρώην νοσηλευόμενους. Ο Basaglia και οι συνεργάτες του κατάφεραν να δημιουργήσουν 6 κοινοτικές δομές (Donnelly, 1992).

Η παραπάνω πιλοτική προσπάθεια οδήγησε στην ίδρυση της *Psichiatria Democratica* η οποία σε συνέργεια με πολιτικά και κοινωνικά κινήματα της εποχής οδήγησε στη θέσπιση του νόμου 180 (όπως αναφέρεται και παραπάνω) και ο εγκλεισμός των ασθενών σε ιδρύματα τέτοιου είδους απαγορεύτηκε νομικά. Ο παραπάνω νόμος δεν ίσχυε για τα ιατροδικαστικά (forensic) ψυχιατρεία. Πρόσφατα ωστόσο αποφασίστηκε το κλείσιμο τους και η αντικατάστασή τους από μικρές εγκαταστάσεις για παραβάτες που έχουν αποφυλακιστεί αλλά πάσχουν από κάποια ψυχιατρική διαταραχή, (Peloso κ.α. 2014). Ο νόμος αυτός αποτελεί μια εμβληματική και καινοτόμα πρόταση που έχει να προσφέρει η Ιταλική Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση.

Σήμερα, υπό την ισχύ του Ν 180 μόνο γενικά νοσοκομεία είναι σε θέση να νοσηλεύσουν άτομα με ψυχική ασθένεια. Σε μελέτη των Di Flandra κ.α. (2013) βρέθηκε πως το 2009 υπήρχαν συνολικά 6.380 κλίνες σε ψυχιατρικές κλινικές γενικών νοσοκομείων έναντι των 3.100 διαθέσιμων κλινών το 1984, μετά την εφαρμογή του Ν180 (Da Salvia & Barbato, 1993). Ενώ μόνο το 4% των συνολικών δαπανών για την υγεία δαπανάται για την ψυχική υγεία (Coldefy, 2012).

Παρά τον καινοτόμο και ενθουσιώδη χαρακτήρα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα τα αποτελέσματα είναι άνισα ανάμεσα στους τομείς, με μεγάλη απόκλιση ανάμεσα σε Βορρά και Νότο (Burti & Benson, 1996· Lora et al. 2014).

Ισπανία.

Η Ισπανική επικράτεια είναι διαιρεμένη σε 17 περιφέρειες, με μεγάλες διαφορές να ενυπάρχουν ανάμεσα τους. Οι περιφέρειες αυτές διασφαλίζουν την εφαρμογή των εθνικών νόμων και οργανώνουν την παροχή υπηρεσιών.

Στην Ισπανία τη δεκαετία του '70 έγιναν οι πρώτες προσπάθειες για το κλείσιμο των ψυχιατρικών ιδρυμάτων ενώ σήμερα λειτουργούν 88 ψυχιατρικά νοσοκομεία σε όλη τη χώρα.

Σύμφωνα τους Caldas Almeida & Tomé (2014). η ψυχιατρική μεταρρύθμιση όπως αυτή εφαρμόστηκε στην Ανδαλουσία αποτελεί ένα αξιόλογο παράδειγμα καλής

πρακτικής. Η Ανδαλουσία, πριν τη μεταρρύθμιση, υπήρξε μια περιφέρεια απομονωμένη από το εθνικό σύστημα υγείας με πενιχρούς πόρους, και οι ψυχιατρικές υπηρεσίες βρίσκονταν οργανωμένες γύρω από 8 ψυχιατρικά νοσοκομεία. Μετά τη μεταρρύθμιση που ξεκίνησε στις αρχές της δεκαετίας του '80 όλα τα ψυχιατρικά νοσοκομεία έκλεισαν, ιδρύθηκε ένα δίκτυο εξειδικευμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, οργανωμένο σε τομείς που αποτελούνταν από ομάδες ψυχικής υγείας που εργάζονταν σε στενή συνεργασία με το σύστημα Πρωτοβάθμιας Υγείας τις ψυχιατρικές κλινικές των γενικών νοσοκομείων, τα κέντρα ημέρας, τις μονάδες αποκατάστασης και τις θεραπευτικές κοινότητες. Κατόπιν ιδρύθηκε το Ίδρυμα για την Κοινωνική Ένταξη των Ατόμων με Ψυχική Διαταραχή της Ανδαλουσίας [Andalucia Foundation for the Social Integration of People with Mental Disorders (FAISEM)] το οποίο διευθύνει το δίκτυο συνεργαζόμενων κοινωνικών υπηρεσιών (στεγαστικών, επαγγελματικών εκπαιδευτικών εγκαταστάσεων και προγραμμάτων). Με αυτό τον τρόπο διευκολύνεται η συνέργεια του ιατρικού τομέα με τους άλλους τομείς (δικαιοσύνης, εκπαίδευσης κλπ) αλλά και με τα σωματεία ληπτών και συγγενών.

Το παράδειγμα της Ανδαλουσίας είναι ένα από τα πιο πρωτότυπα και δημιουργικά παραδείγματα που έχει να επιδείξει η Ευρωπαϊκή Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση.

Γαλλία.

Στη Γαλλία απαντώνται μια από τις πρώτες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες στην Ευρώπη. Τη δεκαετία του '60 εγκύκλιος έθετε τη τομεοποίηση ως ακρογωνιαίό λίθο για την ανάπτυξη των υπηρεσιών. Ο πληθυσμός του κάθε τομέα ήταν περίπου 70.000 (βιβλίο κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής) και η πολυκλαδική ομάδα του τομέα ήταν υπεύθυνη τόσο για τις ενδονοσοκομειακές όσο και τις εξωνοσοκομειακές παρεχόμενες υπηρεσίες (Caldas de Almeida & Killaspy, 2011).

Το κίνημα του αποιδρυματισμού και η μετάβαση των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα ήταν αποτέλεσμα πιέσεων των οργανώσεων των συγγενών και των συγγενών αυτών, των κινημάτων «από-στιγματισμού» των ψυχικά ασθενών και πολιτικής αλλαγής αλλά και αποτέλεσμα της ανάγκης να μειωθούν τα ιατρικά κόστη.

Οι ενδονοσοκομειακές κλίνες στη Γαλλία μειώθηκαν σημαντικά κατά τη δεκαετία του '90 από 199,91 ανά 10.000 κατοίκους στο 1986 σε 107,07 το 2001 (Colderfy, 2012· Verdoux, 2007). Ωστόσο οι παρεχόμενες υπηρεσίες συνεχίζουν να

έχουν ως επίκεντρο το νοσοκομείο. Ενδεικτικό αυτού αποτελεί ότι το 1998 το 80% των συνολικών δαπανών για την ψυχική υγεία καταναλωνόταν στην ενδονοσοκομειακή περίθαλψη (de Menil, 2012). Ενώ σύμφωνα με τον Άτλα Ψυχικής Υγείας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2011) υπήρχαν 22,72 κλίνες σε γενικά νοσοκομεία ανά 100.000 κατοίκους και 101,06 σε ψυχιατρικά νοσοκομεία κατά την ίδια αναλογία κατοίκων. Αξίζει να σημειωθεί πως το 11% του συνολικού προϋπολογισμού για την υγεία δαπανάται για την ψυχική υγεία (Coldefy, 2012).

Σήμερα στη Γαλλία υπάρχουν 839 τομείς που εξυπηρετούν 54.000 κατοίκους περίπου ο καθένας (Verdoux, 2007). Ωστόσο ποσοστό μεγαλύτερο του 50% των παρεχόμενων κοινοτικών υπηρεσιών του κάθε τομέα προσφέρεται από Μη κερδοσκοπικές Οργανώσεις (Στυλιανίδης & Χονδρός, 2014). Οι ΜΚΟ έχουν ηγετικό ρόλο ιδιαίτερα στο να διευκολύνουν την ένταξη στο σύστημα ψυχικής υγείας κοινωνικά απομονωμένες ομάδες, όπως οι άστεγοι (Caldas Almeida & Tomé, 2014).

Η πόλη της Λιλ στη Γαλλία αποτελεί ένα ιδιαίτερα αξιόλογο παράδειγμα καλής πρακτικής, που ενώ το 1975 το 98% του προϋπολογισμού αφιερωνόταν στην ενδονοσοκομειακή περίθαλψη (300 κλίνες) το 2009 υπήρχαν μονάχα 26 κλίνες και το 80% των επαγγελματιών ψυχικής υγείας εργαζόταν στις κοινοτικές υπηρεσίες και 20% στις ενδονοσοκομειακές (Caldas de Almeida & Killaspy, 2011). Ωστόσο το παράδειγμα της Λιλ είναι μεμονωμένο και δεν συνάδει με τη γενικότερη στασιμότητα που χαρακτηρίζει την εφαρμογή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα (Στυλιανίδης & Χονδρός, 2014).

Τέλος αξίζει να αναφερθεί πως στη Γαλλία είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένη η συμμετοχή των οργανισμών ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των φροντιστών αυτών, οι οποίοι συχνά είναι μέλη ενδονοσοκομειακών επιτροπών και στο σχεδιασμό και τη διαδικασία λήψης αποφάσεων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε τοπικό επίπεδο (Caldas Almeida & Tomé, 2014).

Γερμανία.

Η Γερμανία είναι χωρισμένη σε 16 ομοσπονδιακά κρατίδια που κάθε ένα είναι υπεύθυνο για την οργάνωση των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Η εφαρμογή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι παρατεταμένη και χαρακτηρίζεται ως ανολοκλήρωτη. Παρά την απαρχή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης τη δεκαετία του '60 η εφαρμογή της δεν ξεκίνησε μέχρι τις αρχές της επόμενης

δεκαετίας, κατόπιν μιας κριτικής ανάλυσης των υφιστάμενων παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Bauer, κ.α. 2001). Η κριτική αυτή ανάλυση έκανε λόγω για διαίρεση σε τομείς (catchment areas) 100.000-150.000 κατοίκων. Ο στόχος ήταν να δημιουργηθούν κοινοτικές υπηρεσίες για τη φροντίδα χρόνιων ασθενών ώστε να μπορέσουν να λάβουν εξιτήριο αλλά και να αποφευχθεί πιθανή επανείσοδος τους στο νοσοκομείο.

Συνεπώς ακολούθησε μερική μετάβαση από τα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα σε μικρότερες ψυχιατρικές πτέρυγες γενικών νοσοκομείων. Ενώ κοινοτικές υπηρεσίες ιδρύθηκαν σχεδόν σε όλα τα ομοσπονδιακά κρατίδια της Γερμανίας.

Στοιχεία του 1996 υποδεικνύουν πως σχεδόν όλες οι περιφέρειες είχαν κάποιους είδους εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών, το 90% αυτών είχε στεγαστικές δομές, κέντρα ημέρας και δομημένες δραστηριότητες για άτομα που έπασχαν από σοβαρές ψυχιατρικές ασθένειες (Caldas Almeida & Tomé, 2014). Διαφαίνεται δηλαδή μεγάλη διαφοροποίηση ανάμεσα στους τομείς.

Οι ψυχιατρικές κλίνες μειώθηκαν κατά 50% από τη δεκαετία του 1970 έως το 2001 και οι ψυχιατρικές μονάδες των γενικών νοσοκομείων αυξήθηκαν από 21 σε 165 την ίδια χρονική περίοδο. Ενώ επίσης παρατηρήθηκε μείωση στις ψυχιατρικές κλίνες από 153,82 το 1991 σε 127,69 το 2001 (Rose, 2007).

Ωστόσο το κλείσιμο των μεγάλων ιδρυμάτων δεν έχει ακόμη ολοκληρωθεί στη χώρα, σε αντίθεση με το παράδειγμα της Αγγλίας και της Ιταλίας. Η νοσοκομειοκεντρική αντίληψη που χαρακτηρίζει τη χώρα διαφαίνεται από την παρατήρηση των Στυλιανίδης και Χονδρός (2014) ότι 13% των δαπανών για ενδονοσοκομειακή φροντίδα το 2012 αφορούσε τις ψυχιατρικές νοσηλείες, ποσοστό αντίστοιχο με αυτό των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο και άλλες σωματικές ασθένειες (OECD, 2013).

Συνοψίζοντας φαίνεται πως η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στη Γερμανία είναι χρονικά παρατεταμένη και σε σημαντικό βαθμό ανολοκλήρωτη παρά το γεγονός ότι αποτελεί την Ευρωπαϊκή χώρα με τις υψηλότερες δαπάνες στο χώρο της υγείας (20%) εκ των οποίων το 11% δαπανάται για την ψυχική υγεία (Coldefy, 2012).

Σουηδία.

Οι απαρχές της διαδικασίας της αποασυλοποίησης στη Σουηδία χρονολογούνται τη δεκαετία του 1970 ωστόσο οι σημαντικότερες εξελίξεις για την

Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση έλαβαν χώρα στα μέσα της δεκαετίας του '90. Ο μείζον στόχος της Μεταρρυθμιστικής προσπάθειας ήταν η κοινωνική ενσωμάτωση και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ψυχικά ασθενών, ώστε να είναι ανάλογη του γενικού πληθυσμού (Steffansson & Hansson, 2001). Το 1995 ο Σουηδικός Προϋπολογισμός για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση μετέθετε τη χρηματοδότηση της ψυχικής υγείας από τις κομητείες στους δήμους. Ενώ το 1997 οι 3 διαμορφωμένοι τομείς ενώθηκαν σε 1 τομέα αποτελούμενο από 6 υπο-τομείς, με στόχο την πιο αποτελεσματική διοίκηση αυτών.

Το παρόν σύστημα παρέχει ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή φροντίδα σε μονάδες βασισμένες στην κοινότητα με περιορισμένο αριθμό κλινών. Καμία μονάδα δεν συνδέεται με κάποιο συγκεκριμένο ψυχιατρικό νοσοκομείο παρά το ότι αυτά βρίσκονται σε κατοικημένες περιοχές. Οι διαθέσιμες κλίνες ανέρχονται στις 75 ανά 270.000 κατοίκους, χωρίς ωστόσο να υπάρχουν δεδομένα προ της μεταρρύθμισης ώστε να μπορεί να πραγματοποιηθεί σύγκριση. Παράλληλα έμφαση δίνεται στις εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες, με αποτέλεσμα να δαπανώνται σε αυτές το 65% των πόρων. Δραστηριότητες κατά τη διάρκεια της ημέρας, εργασία ανά ομάδες είναι σημαντικά στοιχεία της εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Επίσης οι δήμοι είναι υπεύθυνοι για τη στέγαση, την εργασία και την εφαρμογή ορισμένων δραστηριοτήτων του ελεύθερου χρόνου των ψυχικά ασθενών (Caldas de Almeida & Killaspy, 2011)

Η κατ' οίκον ψυχιατρική παρακολούθηση αποτελεί καίριο μέσο θεραπείας και φροντίδας των ψυχικά ασθενών έχοντας ως αποτέλεσμα, όπως φάνηκε από έρευνα του National Board of Health and Welfare, το 70% των ασθενών να ζει σε δικό του σπίτι αλλά να παρουσιάζει ελλιπή γνώση αναφορικά με τα προγράμματα αποκατάστασης που εφαρμόζονταν από τη πολιτεία και τους δήμους (Caldas Almeida & Tomé, 2014).

Επίσης πρέπει να αναφερθεί πως σημαντική διακύμανση στο βαθμό υιοθέτησης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης υπάρχει και στη Σουηδία με τις περιφέρειες να διαφέρουν μεταξύ τους βάσει των διάφορων κοινωνικών πολιτικών και οικονομικών τους χαρακτηριστικών (Caldas de Almeida & Killaspy, 2011).

Η παρουσίαση των παραπάνω καλών πρακτικών αλλά και ορισμένων μελανών σημείων της Ευρωπαϊκής Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης είχε ως στόχο να υποδείξει, να συνοψίσει τα αποτελέσματα και την επιρροή αυτών και να καταστήσει σαφές πως η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η εφαρμογή αυτής στην Ευρώπη είναι ακόμη και

σήμερα ένα ζήτημα το οποίο εκκρεμεί και δεν έχει ολοκληρωθεί. Τέλος μέσα από αυτό το Ευρωπαϊκό πρίσμα θα καταστεί δυνατή μια πιο εμπεριστατωμένη θεώρηση της Ελληνικής Μεταρρυθμιστικής προσπάθειας του Ψυχιατρικού συστήματος.

Ελλάδα

Τη περίοδο που ακολούθησε μετά τη δημιουργία του ανεξάρτητου ελληνικού κράτους η ασυλιακή περίθαλψη πέρασε φάση ακμής. Το πρώτο υγειονομικό διάταγμα στη Χώρα είναι ο Νόμος ΨΜΒ του Όθωνα που ψηφίστηκε από τη Βουλή στις 22/3/1862, διά του οποίου θεσπίστηκε για πρώτη φορά η ακούσια νοσηλεία ως «περισυλλογή και περίθαλψη φρενοπαθών». Ο νόμος αυτός ίσχυσε μέχρι και πολύ αργότερα (Πλουμπίδης, 1995).

Το 1973 θεσπίστηκε το Ν.Δ. 104/1973 «περί Ψυχικής Υγιεινής και περιθάλψεως των ψυχικώς πασχόντων» όπου η ακούσια νοσηλεία αποτελούσε την «εισαγωγή σε ψυχιατρικό νοσοκομείο ή κλινική».

Κατά τον 20ου αιώνα στην Ελλάδα λειτουργούσαν τρία ψυχιατρεία (στη Κέρκυρα στο Δρομοκαΐτειο και στο Δαφνί), μια Πανεπιστημιακή κλινική (Αιγινήτειο) και 8 μικρά άσυλα (Θεσσαλονίκη, Σούδα, Χίος, Λέσβος, Σύρος, Κεφαλονιά, Αθήνα και Λέρος). Η «αποικία ψυχασθενών» στη Λέρο ήταν εκείνη που πυροδότησε και πρώτες σημαντικές αντιδράσεις για τη δομή της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Οι πρώτοι τρόφιμοι στην «Αποικία» όπως ονομάστηκε ψυχασθενών Λέρου ήταν εκείνοι που ήταν πλήρως εγκαταλελειμμένοι από το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον και δεν δέχονταν καμία επίσκεψη.

Ο αριθμός των τρόφιμων πολλαπλασιάστηκε υπερκερνώντας τις κτιριακές προδιαγραφές, ενώ υπήρχε η δυνατότητα για 650 κρεβάτια οι νοσηλευόμενοι έως το 1991 είχαν φτάσει τους 991. Οι συνθήκες υγιεινής ήταν απαράδεκτες και η «ιδρυματική βαρβαρότητα» χαρακτήριζε τη στάση απέναντι στους νοσηλευόμενους (Μπαϊρακτάρης, 1994).

Η κοινωνική κατακραυγή που προκάλεσε το σκάνδαλο της Λέρου οδήγησε στην έγκριση του κανονισμού 815/84 (αποτελεί έκτακτη οικονομική ενίσχυση με στόχο την αποασυλοποίηση χρόνιων νοσηλευόμενων σε ψυχιατρικές κλινικές, την ενίσχυση της προσπάθειας κοινοτικής περίθαλψης και τη βελτίωση της ενδονοσοκομειακής φροντίδας). Ο οποίος μαζί με το πρόγραμμα Ψυχαργώς αποτελούν

τα δύο γεγονότα ορόσημο για την διασφάλιση της Ψυχιατρικής περίθαλψης (Δαμίγος, 2003).

Το εθνικό πρόγραμμα με τη κωδική ονομασία «Ψυχαργός» έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών υγείας, στην κοινωνική ενσωμάτωση των ψυχικά ασθενών στην κοινωνία και στην προσπάθεια επαγγελματικής αποκατάστασης αυτών. Απώτερος ακόμη στόχος είναι η ολιστική αναδιάρθρωση του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Σεχίδου, 2011).

Η ψήφιση του Νόμου 1397/83 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας άλλαξε ριζικά τις υγειονομικές υπηρεσίες της χώρας. Με την ενεργοποίηση της έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης (Προγράμματα «Λέρος Ι», «Λέρος ΙΙ», Κ.815/84) ξεκίνησαν οι διαδικασίες αποϊδρυματοποίησης. Πολλά από τα άρθρα του Νόμου 2071/92 αφορούν τη προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών, την εναρμόνιση με το νομικό πλαίσιο της σύγχρονης ψυχιατρικής και τις επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές. Ακόμη σημείο σταθμό αποτέλεσε η ψήφιση του Νόμου 2716/99 για την «Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας» (Στυλιανίδης, Θεοχαράκης & Χονδρός, 2011). Για την εξασφάλιση της καλύτερης παροχής φροντίδας η χώρα διαιρέθηκε σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (ΥΥΠ 2003:66· ΥΥΚΑ/ΜΥΠ 2005:6).

- Συνοπτικά οι στόχοι της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης όπως αναφέρονται από τους Χονδρός και Στυλιανίδης (2014) είναι οι εξής:
- Η ανάπτυξη των δομών και υποδομών με βάση της αρχές της Τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής ώστε να εξασφαλίζεται το συνεχές της ψυχιατρικής φροντίδας.
- Ο αποϊδρυματισμός, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και η κοινωνική επανένταξη των χρόνιων ασθενών που είναι έγκλειστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.
- Η διασφάλιση της επάρκειας της πρωτοβάθμιας φροντίδας της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης αλλά και της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης στο πλαίσιο του Γενικού Νοσοκομείου.
- Η ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη των ψυχικά ασθενών.

- Η ανάπτυξη δράσεων πρόληψης και άμεσης παρέμβασης στην κρίση για τους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών.

Τα τελευταία 30 χρόνια, συνεπώς έχουν γίνει βήματα για την βελτίωση και ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη χώρα (Χονδρός & Στυλιανίδης, 2014). Ωστόσο αξίζει να αναφερθεί ότι οι εισαγωγές με εισαγγελική παραγγελία παρουσιάζουν σημαντικής αύξηση, με την Επιτροπή Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (2008) να καταλήγει στην έκθεση της (ύστερα από διετή έρευνα) ότι η χώρα μας παρουσιάζει πολύ υψηλά ποσοστά ακούσιων εισαγωγών.

Τα αποτελέσματα της εκ των υστέρων αξιολόγησης, από εξωτερικούς αξιολογητές της ΕΕ της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (Loukidou, Mastroyannakis, Power Thornicroft, Craig & Bouras, 2013) αλλά και της έκθεσης για την κατάσταση της ψυχικής υγείας στην χώρα (Μπραουδάκης, Μπούρας, Μαστρογιαννάκης, Νικολακόπουλος, Μαρκάτου & Μπραουδάκη, 2015) συνηγορούν προς το ότι παρότι η ψυχιατρική φροντίδα έχει αναπτυχθεί σημαντικά μετά την εφαρμογή του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ, οι κοινοτικές δομές είναι περιορισμένες και το σύστημα ψυχικής υγείας είναι κατακερματισμένο και ασταθές.

Νομοθετικό πλαίσιο

Ευρώπη.

Συνεπώς από το 18ο αιώνα, οπότε έκανε την πρώτη του εμφάνιση το μέτρο της ακούσιας νοσηλείας έως και τα τέλη της δεκαετίας του 1960, κυριαρχεί η αρχή της ευθύνης του κράτους, κατά κύριο λόγο ως προς τα κριτήρια. Έκτοτε και ταυτόχρονα με τη μετάβαση από την ασυλική ψυχιατρική φροντίδα προς την κοινοτική ψυχιατρική, επικράτησε η αρχή της ανάγκης για θεραπεία (Στυλιανίδης, Πέππου, Δρακωνάκης & Πανάγου, 2014b). Συνέπεια αυτού υπήρξε η σταδιακή μεταρρύθμιση των νομοθετικών διατάξεων που προβλέπουν τη διαδικασία ακούσιας νοσηλείας στη πλειονότητα των Ευρωπαϊκών χωρών (Zinkler & Priebe, 2002).

Στην Ευρώπη οι νομοθεσίες και πολιτικές που ορίζουν τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα κανόνων και εγγυήσεων και ενσωματώνουν σημεία από Ευρωπαϊκές/διεθνείς συμβάσεις-κείμενα. Χρονολογικά τα σημαντικότερα νομικά δεσμευτικά κείμενα είναι τα ακόλουθα:

Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΣΔΑ, 1950)

Συστάσεις της Επιτροπής Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης (1983, 2004)

- Σύσταση της Κοινοβουλευτικής Συνέλευσης του Συμβουλίου της Ευρώπης (1994)
- Διεθνής Σύμβαση των Δικαιωμάτων Ατόμων με Αναπηρία του ΟΗΕ (2006)

Αξίζει να σημειωθεί ότι άλλα κείμενα όπως η Διακήρυξη της Χαβάης (1977), η Απόφαση Γενικής Συνέλευσης του ΟΗΕ (1991) και οι Συστάσεις της Κοινοβουλευτικής Συνέλευσης του Συμβουλίου της Ευρώπης (1976, 1977) παρότι αποτυπώνουν βασικές αρχές σχετικά με την προστασία των ατόμων με ψυχική νόσο και τη βελτίωση της φροντίδας για την ψυχική υγεία, δεν έχουν δεσμευτικό χαρακτήρα για τα κράτη-μέλη (Στυλιανίδης κ.α., 2014b).

Σε αυτό το πλαίσιο, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή χρηματοδότησε μια μεγάλη πολυεθνική μελέτη, η οποία διενεργήθηκε από το 2000 έως το 2004, με σκοπό να ερευνηθούν οι ομοιότητες και οι διαφορές στα ισχύοντα νομοθετικά πλαίσια και στον επιπολασμό των ακούσιων νοσηλειών στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Salize, Dressing & Peitz, 2002). Καταφάνηκε ότι όλες σχεδόν οι χώρες μέλη της ΕΕ προχώρησαν σε μεταρρύθμιση του νομοθετικού πλαισίου που διέπει τη διαδικασία κατά τη διάρκεια των δεκαετιών του '80 και του '90.

Σημαντικό, επίσης εύρημα αποτέλεσε η ετερογένεια που παρουσιάζουν σχετικά με τα νομοθετικά πλαίσια που εφαρμόζουν γύρω από την ακούσια νοσηλεία ή θεραπεία (Salize & Dressing, 2004· Steinert & Lepping, 2009· Zinkler & Priebe, 2002). Ενδεικτικό παράδειγμα αποτελεί αυτό της Γερμανίας που έχει δεκαέξι κρατικούς δεσμευτικούς νόμους (σύμφωνα με τις 16 Γερμανικές Ομοσπονδιακές Πολιτείες) που διαφέρουν μεταξύ τους και σε κρίσιμα ακόμη σημεία.

Αναφορικά με τα κριτήρια ακούσιας νοσηλείας, όλες οι συμμετέχουσες στη μελέτη χώρες συγκλίνουν ως προς την αναγκαιότητα παρουσίας ψυχικής ασθένειας, ωστόσο διαφοροποιούνται ως προς το δεύτερο κριτήριο.

Τα κριτήρια θα μπορούσαν να κατηγοριοποιηθούν σε 3 διακριτές ομάδες, δεδομένου ότι η παρουσία κάποιας ψυχικής ασθένειας είναι βασικό εχέγγυο (Salize & Dressing, 2002):

(1) Σοβαρή απειλή προς τον εαυτό ή τους άλλους («κριτήριο επικινδυνότητας») αποτελεί απαραίτητο κριτήριο για την ακούσια νοσηλεία για χώρες όπως η Αυστρία, το Βέλγιο, η Γαλλία Γερμανία, Λουξεμβούργο και Ολλανδία.

(2) Η μεγάλη ανάγκη του ατόμου για λήψη ψυχιατρικής θεραπείας («κριτήριο αναγκαιότητας θεραπείας») σε χώρες όπως η Ιταλία, η Ισπανία και η Σουηδία

(3) Τέλος, υπάρχουν Ευρωπαϊκές χώρες όπως η Φινλανδία, η Ιρλανδία, η Πορτογαλία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ελλάδα οι οποίες εφαρμόζουν είτε το ένα κριτήριο είτε το άλλο, κατά περίπτωση.

Πίνακας 1. Κριτήρια αναγκαστικής νοσηλείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Κριτήρια	Κράτη-μέλη
Ψυχική ασθένεια + κριτήριο επικινδυνότητας	Αυστρία, Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Λουξεμβούργο, Ολλανδία
Ψυχική ασθένεια + κριτήριο επικινδυνότητας ή Ψυχική ασθένεια + ανάγκη για θεραπεία	Δανία, Ελλάδα, Ηνωμένο Βασίλειο, Ιρλανδία, Πορτογαλία, Φινλανδία
Ψυχική ασθένεια + ανάγκη για θεραπεία	Ιταλία, Ισπανία, Σουηδία

Αναπαράγωγή από τον πίνακα 1.10, Salize κ.α. 2002, μτφρ Στυλιανίδης κ.α. (2014b)

Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ η ακούσια νοσηλεία είναι η τελευταία επιλογή και εφαρμόζεται μόνο όταν άλλες λιγότερο παραβιαστικές/περιοριστικές παρεμβάσεις δεν είναι διαθέσιμες ή κρίνονται ως μη επαρκείς.

Διαφορές παρατηρούνται ωστόσο και ως προς τις γνωματεύσεις και το πρόσωπο που λαμβάνει την απόφαση υπέρ της νοσηλείας καθώς και ως προς τις πηγές διαφύλαξης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Αναφορικά με το πρόσωπο που διενεργεί τη σχετική γνωμάτευση που πιστοποιεί ότι πληρούνται τα κατά τόπους κριτήρια για ακούσια νοσηλεία, χώρες όπως η Δανία, το Βέλγιο, η Σουηδία και η Ιταλία., δίνουν τη δυνατότητα η διαδικασία αυτή να διεξάγεται από ιατρό άλλης ειδικότητας (μη ψυχίατρο) κάτι το οποίο δεν ισχύει σε άλλες χώρες (Αυστρία, Ελλάδα, Ιρλανδία και η Ισπανία). Ως προς τη λήψη απόφασης, το νομοθετικό πλαίσιο της Αυστρίας, του Βελγίου, της Γαλλίας, της Ιταλίας και της

Ελλάδας ορίζει ότι η σχετική απόφαση δύναται να ληφθεί από κάποια κρατική ή διοικητική αρχή (ένα δικαστήριο ή άλλη αρμόδια αρχή, όπως ο δήμαρχος) έχοντας υπόψη ορισμένα στοιχεία. Σε άλλες όμως χώρες-κράτη το νομοθετικό σύστημα προβλέπει ότι η απόφαση αυτή αποτελεί αποκλειστικά ιατρική ευθύνη όπως π.χ. στην Δανία, την Ιρλανδία, τη Σουηδία κ.α.

Τέλος σημείο σύγκλισης της νομοθεσίας των κρατών μελών αποτελεί το δικαίωμα των ασθενών για επανεξέταση και προσφυγή κατά της νομιμότητας της ακούσιας εισαγωγής/θεραπείας (Παπαρρηγοπούλου, Πανάγου, Σκυλλάκου & Τσεκελίδης, 2007). Ωστόσο, δεν παρατηρούνται στις νομοθεσίες όλων των κρατών-μελών η υποχρεωτική ενημέρωση του ασθενούς, η εμπλοκή νομικού εκπροσώπου (όπως παραδείγματος χάρη κοινωνικού λειτουργού, λειτουργού υγείας, σύμβουλου-συνηγόρου) και η δωρεάν νομική υποστήριξη (Στυλιανίδης κ.α. 2014b).

Ελλάδα.

Σε εθνικό επίπεδο ο Ν. 2071/1992 ρυθμίζει τη διαδικασία ακούσιας εισαγωγής και θεσμοθετήθηκε ώστε να έρθει η χώρα σε συμφωνία με τις υπάρχουσες Ευρωπαϊκές προϋποθέσεις για την ένταξη στην ΕΕ (Douzenis, Michopoulos, Gournellis, Christodoulou, Rizos, Sakkas, κ.α., 2013, Salize & Dressing 2002).

Το ισχύον θεσμικό πλαίσιο, με τις σχετικές διατάξεις του Ν. 2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας» και του Ν. 2716/1999 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις», αποσκοπεί στην προστασία των ατομικών ελευθεριών των ασθενών.

Ο Ν.2071/1992 έδωσε για πρώτη φορά στα άτομα το δικαίωμα προσφυγής κατά της απόφασης για ακούσια νοσηλεία/θεραπεία. Ενώ για πρώτη φορά στην ελληνική νομοθεσία για την ψυχική υγεία τα δικαστήρια απέκτησαν συμμετοχή στη διαδικασία (Douzenis 2013).

Στους Πίνακες 2 και 3 παρουσιάζεται αναλυτικά το Νομοθετικό πλαίσιο και η διαδικασία εφαρμογής του Ν.2071/1992 (Στυλιανίδης κ.α., 2014a).

Ειδικότερα, ο Ν. 2071/1992 αυτός περιγράφει δύο διαδικασίες που πρέπει να ακολουθούνται, μια τακτική και μια έκτακτη (Stylianidis, Pepprou, Drakonakis, Douzenis, Panagou, Tsikou, κ.α., 2017). Η έκτακτη ωστόσο είναι αυτή που λαμβάνει χώρα κατά κόρον (Douzenis κ.α., 2012· Stylianidis κ.α., 2017). Τα κριτήρια που ορίζει

ο νομοθέτης είναι κοινά και για τις δύο διαδικασίες και μπορούν να συνοψισθούν ως εξής (Παπαρρηγοπούλου κ.α., 2007):

«Ι. α. Ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή, β. Να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του, γ. Η έλλειψη νοσηλείας να έχει ως συνέπεια είτε να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του, ή

ΙΙ. Η νοσηλεία ασθενή που πάσχει από ψυχική διαταραχή να είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ίδιου ή τρίτου» (άρθρο 95, παράγρ. 2 του Ν. 2071/92, Παπαρρηγοπούλου κ.α., 2007).

Για την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο πρέπει να ισχύει *απαρέγκλιτα* το Ι.α και είτε το β ή το γ ή το ΙΙ.

Πίνακας 2. Νομοθετικό Πλαίσιο

Νομοθετικό Πλαίσιο 2071/1992
• Τερματίζεται με σαφή τρόπο η διελκυστίνδα μεταξύ θεραπείας και φύλαξης υπέρ της πρώτης, δημιουργώντας μεταξύ τους σχέση σκοπού προς μέσο. • Για την εισαγωγή απαιτείται: (α) ψυχική διαταραχή και ανικανότητα ασθενούς να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του, η κατάσταση της οποίας πρόκειται να επιδεινωθεί ή η βελτίωση της να αποκλειστεί αν δεν υποβληθεί σε θεραπεία ή/και (β) ψυχική διαταραχή και ανάγκη νοσηλείας για την αποτροπή πράξεων βίας. • Μετά την τροποποίηση του Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας, το Πολυμελές Πρωτοδικείο, που αποφάσιζε για την ακούσια νοσηλεία έγινε μονομελές. • Με τη Σύμβαση του Οβιέδο⁵ καταργείται το δεύτερο ζεύγμα προϋποθέσεων της ακούσιας νοσηλείας (ψυχική διαταραχή και επικινδυνότητα). Επομένως, έχει μείνει μόνο η πρώτη προϋπόθεση ακούσιας νοσηλείας. • Με το ν. 2447/1996 τροποποιήθηκε ο Αστικός Κώδικας στο μέρος που αφορά τη δικαστική συμπαράσταση, ενώ εισήχθη και ειδική διάταξη σύμφωνα με την οποία η ακούσια νοσηλεία προσώπου επιτρέπεται «μετά από προηγούμενη άδεια του δικαστηρίου».

Αναπαραγωγή από τον πίνακα 2, Στυλιανίδης κ.α. (2014α)

Πίνακας 3. Εφαρμογή στου Ν 2071/1992.

Διαδικασία Εφαρμογής του Ν 2071/1992 στην Ψυχιατρική Πρακτική
• Την ακούσια νοσηλεία μπορούν να ζητήσουν με αίτησή τους προς τον εισαγγελέα Πρωτοδικών, ο/η σύζυγος του ασθενούς ή οι συγγενείς. Εναλλακτικά, μπορεί να τη ζητήσει αυτεπάγγελα ο εισαγγελέας πρωτοδικών του τόπου κατοικίας ή διαμονής του ασθενούς. • Την αίτηση πρέπει να συνοδεύουν αιτιολογημένες γραπτές γνωματεύσεις δύο ψυχιάτρων, ή επί αδυναμίας εξευρέσεως, ενός ψυχιάτρου κι ενός ιατρού παρεμφερούς ειδικότητας. • Ο εισαγγελέας διατάσσει τη μεταφορά του ασθενούς σε κατάλληλη μονάδα ψυχικής υγείας που υπάρχει στον τομέα ψυχικής υγείας της κατοικίας του ασθενούς. Συγχρόνως με αίτησή του ζητά να επιληφθεί το Πολυμελές Πρωτοδικείο για να ληφθεί απόφαση για τη νοσηλεία. • Κατά τη μεταφορά του ασθενούς στην κατάλληλη μονάδα ψυχικής υγείας, οι συνθήκες που επικρατούν πρέπει να εξασφαλίζουν το σεβασμό και την αξιοπρέπεια του ασθενούς. • Αμέσως μόλις γίνει η μεταφορά, ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται για τα δικαιώματά του και ειδικότερα για το δικαίωμά του να ασκήσει ένδικο μέσο. Για την ενημέρωσή του συντάσσεται πρακτικό που υπογράφεται εκτός από τον υποχρεωμένο να ενημερώσει και από το συνοδό του ασθενούς. • Η παραμονή του στη μονάδα ψυχικής υγείας για τις αναγκαίες εξετάσεις δεν μπορεί να διαρκέσει περισσότερες από 48 ώρες. • Το Πολυμελές Πρωτοδικείο πρέπει να συνεδριάσει εντός 10 ημερών, κεκλεισμένων των θυρών για να διασφαλιστεί η ιδιωτική ζωή του ασθενούς. Στη συνεδρίαση καλείται και ο ασθενής, ο οποίος δικαιούται να παραστεί με δικηγόρο και με ψυχίατρο ως τεχνικό σύμβουλο. • Κατά της απόφασης του Πρωτοδικείου χωρεί έφεση και ανακοπή • Το ανώτατο όριο ακούσιας νοσηλείας ορίζεται αυτό των 6 μηνών, και για παράταση της νοσηλείας άνω των 3 μηνών, ζητείται ανανέωση της εισαγγελικής εντολής.

Αναπαγωγή από τον πίνακα 3, Στυλιανίδης κ.α. (2014a)

Η εφαρμογή του προαναφερθέντος νομικού πλαισίου παρουσιάζει ορισμένα κενά. Σε διεθνές επίπεδο, η πανευρωπαϊκή επιστημονική εργασία «Mapping and Understanding Exclusion: Institutional, coercive and community-based services and practices across Europe» περιγράφει δυσλειτουργίες του συστήματος ψυχικής υγείας στη χώρα και παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων (Turnpenny, Petri, Finn, Beadle-Brown, Nyman, Marchett, 2017). Σε παρόμοια κατεύθυνση, η Ελλάδα έχει καταδικαστεί δύο φορές στο Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (υπόθεση Βενιός εναντίον Ελλάδος, υπόθεση Καραμάνοφ εναντίον Ελλάδος) για την, χωρίς νόμιμα μέσα, αποστέρηση της ελευθερίας του ατόμου, αφού ο εγκλεισμός στην

ψυχιατρική κλινική διενεργήθηκε χωρίς την τήρηση της εσωτερικής νομοθεσίας και ιδίως των αυστηρών προθεσμιών που προβλέπονται. Ακόμη, η European Committee for the Prevention of Torture & Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) ζήτησε από τις ελληνικές αρχές να εξασφαλίσουν την πλήρη εφαρμογή του νόμου 2071/1992 (CPT, 2006). Σε εθνικό επίπεδο ο Συνήγορος του Πολίτη με αυτεπάγγελτη έρευνα στα δύο ψυχιατρικά νοσοκομεία Αττικής διαπίστωσε πλημμελή τήρηση της νομοθεσίας και ως εκ τούτου σημαντικές παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ασθενών (Παπαρηγοπούλου κ.α., 2007). Ειδικότερα, σε συνολικό δείγμα 179 αναγκαστικών εγκλεισμών βρέθηκαν ελλείματα αναφορικά με τις ιατρικές γνωματεύσεις, τη μεταφορά και την ενημέρωση των ασθενών καθώς και το δικαστικό έλεγχο. Αναλυτικότερα, οι ψυχίατροι σε σημαντικό ποσοστό δεν εξηγούν λεπτομερώς τους λόγους για τους οποίους πληρούνται τα κριτήρια εφαρμογής του μέτρου. Κατά 97% η διαδικασία μεταφοράς βρέθηκε να γίνεται από την αστυνομία και όχι από το ΕΚΑΒ ενισχύοντας το στερεότυπο του εν δυνάμει επικίνδυνου ασθενή. Ακόμη δεν φαίνεται να ενημερώνονται οι ασθενείς για τα δικαιώματά τους και κυρίως για το δικαίωμα τους να προσφύγουν νομικά. Σε ποσοστό 94% βρέθηκε εισαγγελική εντολή για εγκλεισμό, σε ποσοστό 50% δεν βρέθηκε κλήση και σε ποσοστό 84% δεν βρέθηκε δικαστική απόφαση για εγκλεισμό. Ο ασθενής δεν παραστάθηκε στη δίκη σε όλες σχεδόν τις ερευνώμενες υποθέσεις και τέλος δεν φαίνεται να τηρούνται οι χρονικές προθεσμίες (Παπαρηγοπούλου κ.α., 2007).

Οι διαφορές στα νομοθετικά πλαίσια των Ευρωπαϊκών χωρών, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδος είναι βαρύνουσας σημασίας καθώς έχει προταθεί ως πιθανή εξήγηση των διαφορετικών ποσοστών ακούσιας νοσηλείας που παρατηρούνται στην ΕΕ.

Επιδημιολογία Ακούσιας Νοσηλείας

Ευρώπη.

Με επιδημιολογικούς όρους, οι ακούσιες νοσηλείες συνήθως αντικατοπτρίζονται είτε ως ποσοστά (quotas) επί του συνολικού αριθμού εισαγωγών στο νοσοκομείο για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ. 1 έτος) είτε ως ο αριθμός των νοσηλειών ανά 100,000 άτομα ετησίως. Συγκρίνοντας τους δύο αυτούς δείκτες είναι εμφανές ότι ο δεύτερος είναι ο μόνος που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να

αποτυπώσει τη συχνότητα νοσηλειών στο γενικό πληθυσμό, καθώς τα ποσοστά υπολογίζονται με σημείο αναφοράς το κλινικό πληθυσμό και όχι το γενικό πληθυσμό.

Ωστόσο, σε ευρωπαϊκό επίπεδο συνήθως χρησιμοποιούνται και οι δύο τρόποι μέτρησης – δεδομένης της ύπαρξης σχετικών δεδομένων- η εγκυρότητα των δεδομένων όμως συχνά αμφισβητείται.

Σε συμφωνία με τα παραπάνω, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή χρηματοδότησε μια πολυκεντρική μελέτη με στόχο να διερευνήσει τα σχετικά νομοθετικά πλαίσια και τη συχνότητα των ακούσιων εισαγωγών στα κράτη μέλη (Salize, κ.α., 2002). Στην εν λόγω μελέτη, οι συγγραφείς καταγράφουν σταθερά επίπεδα ακούσιων νοσηλειών κατά την τελευταία δεκαετία, αν και σε κάποιες χώρες, όπως η Αγγλία, η Γερμανία, η Γαλλία, η Σουηδία και η Φινλανδία, σημειώνεται αυξητική τάση. Το αποτέλεσμα αυτό αποδίδεται κατά κύριο λόγο στη μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας που οδηγεί αναπόφευκτα σε υψηλότερη συχνότητα νοσηλειών. Ακόμη, ευρήματα της μελέτης υπέδειξαν ότι η συχνότητα των ακούσιων εισαγωγών ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των χωρών, και κυμαίνεται από 6 ανά 100.000 πληθυσμού στη Πορτογαλία σε 218 ανά 100.000 πληθυσμού στη Φινλανδία (Salize & Dressing, 2004). Ομοίως, τα 15 κράτη μέλη που συμμετείχαν στην έρευνα διέφεραν σημαντικά και ως προς το ετήσιο ποσοστό ακούσιων νοσηλειών (υπολογιζόμενο επί του συνολικού ποσοστού των ψυχιατρικά νοσηλευόμενων ασθενών), το οποίο βρέθηκε να κυμαίνεται από 3,2% στην Πορτογαλία έως 30% στην Σουηδία. Αξίζει να σημειωθεί ότι για τις Μεσογειακές χώρες, Ελλάδα, Ισπανία και Ιταλία, δεν υπάρχουν πλήρη εθνικά στοιχεία, με αποτέλεσμα να μην έχουν ληφθεί υπόψη στις αντίστοιχες μετρήσεις. Επόμενη μελέτη επανέλαβε αυτή την έντονη διακύμανση, αναφέροντας ότι η σχετική συχνότητα κυμαίνεται από 18,2 ανά 100.000 στην Ιταλία σε 190,5 ανά 100,000 στη Γερμανία το 2001 (Priebe, Badesconyi, Fioritti, Hansson, Kilian, Torres-Gonzales, κ.α., 2005).

Σε πρόσφατη έρευνα που διεξήχθη στο σουηδικό καντόνι Basel-Stadt στο οποίο ένας νέος κανονισμός εφαρμόστηκε από τον Ιανουάριο του 2013 βρέθηκε ότι 10,6% των νοσηλειών γίνονταν ακούσια (942/8.917) εξ αυτών 1 στους 4 κατέθετε έφεση επί της διαταγής ακούσιας νοσηλείας (26,9%) (Arnold, Moeller, Hochstrasser, Schneeberger, Borgwardt, Lanf & Huber, 2019). Συνεπώς, οι ερευνητές έκαναν λόγο για σταθερή επιδημιολογία του φαινομένου στη περιοχή για τα τελευταία 20 χρόνια.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε μεγάλο Γερμανικό Νοσοκομείο τη χρονική περίοδο πριν και μετά το ξέσπασμα της πανδημίας του νέου κορωνοϊού SARS-COV-2 (2018-2020) παρατηρήθηκε ότι παρότι ο αριθμός των ακούσιων εισαγωγών μειώθηκε το 2020 (12.383) συγκριτικά με το 2019 (13.493) και το 2018 (13.469), μια σημαντική αύξηση στο ποσοστό των ακούσιων εισαγωγών παρατηρήθηκε το 2020 (62,9%) συγκριτικά με το 2019 (60,6%) και το 2018 (59,7%). Ωστόσο οι επιδράσεις της πανδημίας στη ψυχιατρική υγεία ακόμη χρήζουν εν τω βάθει διερεύνησης (Fasshauer, Bollman, Hohenstein, Mouratis, Hindricks, Meier-Hellman, Kuhlen, Brooks, Schomerus & Syengler, 2021)

Πολλές προσπάθειες έχουν γίνει για να κατανοηθεί ποιοι παράγοντες οδηγούν στη καταγεγραμμένη διακύμανση στη συχνότητα των ακούσιων νοσηλείων ανάμεσα στα κράτη μέλη της ΕΕ. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται σε δύο κατηγορίες χαρακτηριστικών: 1) τα ατομικά χαρακτηριστικά των ασθενών και 2) συστημικούς παράγοντες.

Το προφίλ των ατόμων που νοσηλεύονται ακούσια έχει μελετηθεί από πληθώρα ερευνητών με αντικρουόμενα και ετερόκλητα μεταξύ τους κάποιες φορές ευρήματα. Προς διευκόλυνση της παρουσίασης των ευρημάτων αυτά συνοψίζονται στις εξής επιμέρους κατηγορίες χαρακτηριστικών: i) Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά, ii) Κλινικά χαρακτηριστικά, iii) Περιβαλλοντικοί παράγοντες.

Ατομικά χαρακτηριστικά.

Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Αντικρουόμενα είναι τα ευρήματα αναφορικά με το φύλο. Αριθμός μελετών αναφέρει ότι οι άνδρες έχουν περισσότερες πιθανότητες να εισαχθούν ακούσια συγκριτικά με τις γυναίκες (σε Ηνωμένο Βασίλειο, Νέα Ζηλανδία, Ολλανδία, Νορβηγία, Βέλγιο, Γαλλία και Λουξεμβούργο) (Houston, Mariotto, 2001· Hustoft Larsen, Auestad, Joa, Johannessen & Ruud, 2013· Mulder, Uitenbroek, Broer, Lendemeijer, van Veldhuizen, & van Tilburg κ.α., 2008· Myklebust, Sørgeard & Wynn, 2014· Riecher, Rössler, Löffler & Fätkenheuer, 1991· Salize & Dressing, 2004· Wheeler, Robinson & Robinson, 2005). Αντίστροφα ευρήματα έχουν καταγραφεί σε Ελβετία, Βραζιλία και Κίνα (Chang, Ferreira, Ferreira & Hirata, 2013· Eytan, Chatton, Safran & Khazaal, 2012· Gou, Zhou, Xiang, Zhu, Correll, Ungvar κ.α., 2014), ενώ άλλες μελέτες δεν κατάφεραν να εντοπίσουν συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών

(Kelly, Clarke, Browne, McTigue, Kamali, Gervin, κ.α., 2004· Lay, Nordt & Rössler, 2011).

Επίσης, η εθνικότητα έχει βρεθεί να αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα: στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι ασθενείς εθνικών μειονοτήτων είναι 3.3 φορές πιο πιθανό να εισαχθούν ακούσια σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Singh, Greenwood, White, & Churchill, 2007). Τα ευρήματα αυτά επαναλήφθηκαν και σε πρόσφατη έρευνα στην Ιρλανδία (Ng & Kelly, 2012).

Ακόμη έρευνα των Curley και των συνεργατών του (2016), υπέδειξε ότι η ηλικία, η επαγγελματική και οικογενειακή κατάσταση δεν σχετίζονται με την αναγκαστική νοσηλεία. Όμως παλαιότερες έρευνες έχουν συνδέσει θετικά τον άγαμο βίο (Bebbington, Feeney, Flannigan, Glover, Lewis, & Wing, 1994· Nicholson, 1986· Riecher, κ.α., 1991) και την ανεργία (Riecher, κ.α., 1991) με την ακούσια νοσηλεία.

Το να ζει κάποιος μακριά από το πατρικό του σπίτι (Lay, κ.α., 2011), να ανήκει σε χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα (Bindman, Tighe, Thornicroft & Leese, 2002· Nicholson, 1986· Riecher, κ.α., 1991) και να έχει χαμηλή κοινωνική υποστήριξη (Webber & Huxley, 2004) είναι παράγοντες που έχει αποδειχθεί ότι έχουν σημαντική συσχέτιση με την ακούσια εισαγωγή σε ψυχιατρικά τμήματα

Κλινικά χαρακτηριστικά.

Μεγάλο εύρος της υπάρχουσας βιβλιογραφίας έχει επικεντρωθεί στην σχέση ανάμεσα σε κλινικά χαρακτηριστικά και την ακούσια νοσηλεία.

Ειδικότερα, η ακούσια νοσηλεία έχει επανειλημμένως συσχετιστεί με τη διάγνωση της σχιζοφρένειας ή άλλων ψυχωτικών διαταραχών καθώς επίσης και με τη σοβαρότητα της ψυχιατρικής διαταραχής (Mulder κ.α., 2008· Riecher, κ.α., 1991· Salize & Dressing, 2004). Ακόμη, η μειωμένη εναισθησία (Kelly κ.α., 2004), η παρουσία επιθετικής συμπεριφορά και το χαμηλό σκορ στην κλίμακα GAF κατά την εισαγωγή έχουν συσχετιστεί με την ακούσια εισαγωγή.

Επίσης, οι Hustoft κ.α., (2013) κάνουν λόγο για ύπαρξη στατιστικά σημαντικής σχέσης ανάμεσα στα θετικά συμπτώματα της ψύχωσης (ψευδαισθήσεις, παραλήρημα) με την αναγκαστική νοσηλεία. Σε προηγούμενη έρευνα των Figuerido και των συνεργατών του (2000) είχε υποδειχθεί η ύπαρξη υψηλού βαθμού συσχέτισης ανάμεσα στην ακούσια νοσηλεία και τη παρουσία θετικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με αρχόμενη ψύχωση. Αντίθετα, άλλες έρευνες δεν έχουν εντοπίσει τέτοιου είδους

συσχέτιση ανάμεσα στο είδος της νοσηλείας και τα θετικά συμπτώματα (Kelly κ.α., 2004).

Επίσης, έχει υποδειχθεί ερευνητικά πως η σχιζοφρένεια καταλαμβάνει το μεγαλύτερο ποσοστό στις αναγκαστικές νοσηλείες (Arnold κ.α. 2019· Cougnard, Kalmi, Desage, Misdrahi, Abalan, & Brun-Rousseau κ.α., 2004· Curley, Agada, Emechebe, Anamdi, Ng, Duffy, & Kelly, 2016· Hustoft κ.α., 2013).

Ωστόσο μικρός αριθμός μελετών έχει προσπαθήσει να διερευνήσει σε βάθος τη σύνδεση ανάμεσα στη διάγνωση της σχιζοφρένειας και της αναγκαστικής νοσηλείας. Σε έρευνα του Cougnard και των συνεργατών του (2004) έγινε προσπάθεια να διερευνηθούν οι παράγοντες που σχετίζονται με το είδος της νοσηλείας σε ψυχωτικούς ασθενείς που εισάγονται πρώτη φορά σε ψυχιατρικό τμήμα. Παρατηρήθηκε ότι τα 2/3 των συμμετεχόντων-ουσών εισήχθησαν ακούσια. Ελέγχοντας για τα άλλα τους χαρακτηριστικά, οι άνδρες με σχιζοφρένεια είχαν 3 φορές παραπάνω πιθανότητες να νοσηλευτούν ακούσια, ενώ η ύπαρξη καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων μείωνε την πιθανότητα αυτή.

Περιβαλλοντικοί παράγοντες.

Το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και η κοινωνική απομόνωση έχουν μελετηθεί επισταμένως ως προς τη σχέση τους με την ακούσια νοσηλεία.

Ειδικότερα, οι Bindman κ.α. (2002) ερευνώντας τα ποσοστά ακούσιων νοσηλειών σε 34 τομείς ψυχικής υγείας στην Αγγλία συμπέραναν ότι υπάρχει σύνδεση ανάμεσα στην ακούσια νοσηλεία και την κοινωνικό-οικονομική αποστέρηση. Οι Zinkler και Priebe (2005) σε επόμενη μελέτη τους υποστήριξαν ότι τα ποσοστά ακούσιας νοσηλείας βρέθηκαν να είναι υψηλότερα σε ευρέως αστικές ζώνες κατοικίας αντικατοπτρίζοντας έτσι τις δύσκολες συνθήκες διαβίωσης σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο και πολυπολιτισμικό περιβάλλον. Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώθηκαν και σε πρόσφατη έρευνα στην Ιρλανδία (Ng & Kelly, 2012).

Ακόμη, τα ευρήματα της μελέτης των Webber & Huxley (2004) υπέδειξε ότι τα χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης συνδέονται ανεξάρτητα με τον κίνδυνο ακούσιας νοσηλείας, ενώ επίσης επεσήμαναν το σημαντικό ρόλο που παίζει η προσβασιμότητα σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Συμπερασματικά σε πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση και μετα ανάλυση 77 μελετών σε 22 χώρες από τους Walker κ.α. (2019) βρέθηκε ότι οι τα άτομα που

εισάγονται ακούσια είναι πιο συχνά άνδρες, άγαμοι, άνεργοι ή λαμβάνουν κρατικό επίδομα. Ακόμη συνήθως πάσχουν από κάποια διαταραχή που ανήκει στο ψυχωτικό φάσμα (και εμφανίζουν υψηλή θετική συμπτωματολογία) ή από διπολική διαταραχή και τείνουν να έχουν χαμηλά επίπεδα εναισθησίας. Συμπληρωματικά, φαίνεται να έχουν ιστορικό προηγούμενων ακούσιων νοσηλειών και χαμηλή τήρηση στη θεραπεία πριν τη νοσηλεία. Ακόμη φαίνεται ότι θεωρούνται ως κίνδυνος για τον εαυτό τους ή τους άλλους και να είναι συχνή η εμπλοκή της αστυνομίας στη διαδικασία εισαγωγής τους.

Συστημικοί παράγοντες.

Οι έρευνες που εστιάζουν στα επιμέρους χαρακτηριστικά των ασθενών, εναποθέτουν το κέντρο βάρους της ακούσιας νοσηλείας στον ασθενή. Αν και όπως φάνηκε παραπάνω ατομικές μεταβλητές έχουν βρεθεί να συνδέονται σε μεγάλο βαθμό με την ακούσια νοσηλεία, άλλοι παράγοντες –πιο συστημικοί– φαίνεται να παίζουν σημαντικότερο ρόλο.

Παράγοντες που σχετίζονται με τις παρεχόμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Υψηλότερη συχνότητα ακούσιων νοσηλειών έχει παρατηρηθεί σε περιοχές με χαμηλή πρόσβαση στις υπηρεσίες (Hansson, Muus, Saarento, Vinding, Goestas, & Sandlund, 1999) ή με φτωχή δικτύωση των υπηρεσιών μεταξύ τους (Durbin, Goering, Streiner & Pink 2006· Weiridsma & Mulder, 2009). Σε συμφωνία με αυτά τα ευρήματα, έχει παρατηρηθεί υψηλότερη συχνότητα ακούσιων νοσηλειών σε περιοχές με χαμηλό βιοτικό επίπεδο, ανεπαρκείς πόρους και φτωχά οργανωμένες υπηρεσίες (Huxley & Kerfoot, 1993).

Ο Myklebust και συνεργάτες (2014) σε έρευνα που πραγματοποίησαν στη Νορβηγία συμπέραναν ότι η ύπαρξη διαθέσιμων νοσοκομειακών κλινών σε μια κατοικημένη περιοχή σχετίζεται σε χαμηλότερα επίπεδα ακούσιων νοσηλειών, συγκριτικά με μια άλλη περιοχή όπου οι υπηρεσίες της βασίζονταν αποκλειστικά και μόνο στις κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας.

Οι Emons κ.α. (2014) σε έρευνα που διεξήγαγαν το 2009 σε 13 γερμανικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, συμπέραναν ότι η χαμηλή χρήση υπηρεσιών κοινωνικής ψυχιατρικής, και ιδιαίτερα υπηρεσιών κατοίκων παρέμβασης, οδηγεί σε υψηλότερη συχνότητα αναγκαστικών νοσηλειών. Αυτό είναι ίσως είναι υποδηλωτικό μίας προληπτικής επίδρασης της κοινοτικής ψυχιατρικής στις οξείες ψυχιατρικές

παρεμβάσεις. Αντίστοιχα είναι τα ευρήματα της μελέτης των Karasch και των συνεργατών του (2020).

Αντιστοίχως, τα ευρήματα της μελέτης του Bindman και των συνεργατών του σε 34 γεωγραφικές περιοχές της Μεγάλης Βρετανίας υποδεικνύουν ότι η συχνότητα των ακούσιων νοσηλειών συνδέεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο με τους εξής δείκτες ποιότητας υπηρεσιών: (i) καθυστερήσεις στην ανεύρεση κλίνης σε τμήμα οξέων περιστατικών του νοσοκομείου ή σε ξενώνα και (ii) απουσία κατ' οίκον επισκέψεων ύστερα από μία συγκεκριμένη ώρα σε ασθενείς που βρίσκονταν σε οξεία φάση καθώς και, (iii) με το βιοτικό επίπεδο της περιοχής (Bindman κ.α., 2002). Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι πρόσθετα στη δικτύωση των υπηρεσιών, περιοχές με πιο ανεπτυγμένα κοινοτικά δίκτυα, που περιλαμβάνουν, δηλαδή, οργανισμούς στέγασης και τοπική αστυνομία, υπηρεσίες πρόνοιας, παρουσιάζουν χαμηλότερη συχνότητα αναγκαστικών εισαγωγών (Wierdsma, 2007). Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνονται και από άλλες μελέτες (Hansson κ.α., 1999· Karasch, Schmitz-Buhl, Mennicken, Zielasek, Gouzoulis-Mayfrank, 2020· Wierdsma & Mulder, 2007· Wierdsma & Mulder, 2009).

Πολιτισμικοί παράγοντες.

Έχει υποστηριχθεί ότι η σημαντική διακύμανση των ευρημάτων ανάμεσα στις διάφορες χώρες πιθανόν να οφείλεται σε διάφορους πολιτισμικούς παράγοντες που ότι επηρεάζουν το είδος εισαγωγής. Αναλυτικότερα, οι διαφορετικές παραδόσεις σχετικές με την ψυχική υγεία (Curley κ.α., 2016), τα ποικίλα νομοθετικά πλαίσια (π.χ το κριτήριο της επικινδυνότητας που χρησιμοποιείται ως δείκτης για την εκκίνηση της διαδικασίας για ακούσια νοσηλεία· Conrady & Roeder, 2006, σελ 349-374) και οι αντιλήψεις περί επικινδυνότητας και επιθετικότητας (Hustoft κ.α., 2013· Salize & Dressing, 2004) είναι μερικοί από αυτούς.

Ελλάδα.

Η Ελλάδα είναι μια χώρα που δεν συλλέγει συστηματικά δεδομένα σε εθνικό επίπεδο σχετικά με τις συχνότητες των ακούσιων νοσηλειών (Salize & Dressing, 2004· Pallis κ.α. 2007) για το λόγο αυτό θα γίνει μια προσπάθεια να παρουσιαστούν οι σχετικές με την επιδημιολογία της ακούσιας νοσηλείας μελέτες με χρονολογική σειρά.

Μια έρευνα που είχε διεξαχθεί το 1979, πριν από την ψήφιση του Νόμου 2071/1991, στις εισαγωγές όλων των δημόσιων ψυχιατρικών νοσοκομείων έδειξε πως

το 97% του συνολικού αριθμού των εισαγωγών ήταν ακούσιες (Μπιλανάκης, 2004). Δεν υπάρχουν πιο πρόσφατα εθνικά δεδομένα αλλά σύμφωνα με εικασίες το ποσοστό των ακούσιων νοσηλειών υπολογίζεται να φτάνει το 40-60% χωρίς όμως συστηματική έρευνα πάνω στο θέμα (Λειβαδίτης, 2010· Μπιλανάκης, 2011). Την υπόθεση αυτή στηρίζουν τα ευρήματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο το 1997-1998, όπου το 51% (94/185) αυτών που παραπέμφθηκαν για ακούσια εξέταση νοσηλεύθηκαν ακούσια (Πολίτης, κ.α., 2003). Ωστόσο τα δεδομένα αυτά δεν θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως αντιπροσωπευτικά. Το ποσοστό των ακούσιων νοσηλειών μπορεί να είναι και μεγαλύτερο. Σε επόμενη μελέτη του Μποζίκια και των συνεργατών του (2003) στην Α Ψυχιατρική Κλινική του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης σε σύνολο 204 διαδοχικών ασθενών βρέθηκε ότι το 54,9% αυτών είχαν εισαχθεί ακούσια. Το να είναι κανείς άγαμος, να έχει διάγνωση που να εμπίπτει στο φάσμα των ψυχωτικών διαταραχών ή διπολικής διαταραχής, να είναι αυτοαπασχολούμενος ή εργάτης και να έχει υψηλό αριθμό προηγούμενων ακούσιων νοσηλειών συνδέθηκε με υψηλότερες πιθανότητες ακούσιας εισαγωγής.

Σε πιο πρόσφατη μελέτη των Douzenis και των συνεργατών του (2012) εξετάστηκαν οι φάκελοι που σχετίζονταν με εισαγγελική εντολή των αστυνομικών τμημάτων πανελλαδικά. Η εν λόγω μελέτη διερευνούσε τις συνθήκες ακούσιας εξέτασης των ασθενών, ύστερα από την διενέργεια της σχετικής διαδικασίας από κάποιο συγγενή ή αυτεπάγγελτα καθώς και τα επιμέρους χαρακτηριστικά του συνόλου των ατόμων που εξετάστηκαν και εισήχθησαν ακούσια. Αξίζει να σημειωθεί ότι 87,5% εκ των 2038 ατόμων που εξετάστηκαν ακούσια, νοσηλεύθηκαν ακούσια. Σε παραπάνω από 1 στις 2 περιπτώσεις (58,1%) οι αστυνομικοί ήταν παρόντες κατά την διενέργεια της εξέτασης ενώ η συντριπτική πλειοψηφία των εξεταζόμενων ασθενών δεν πρόβαλλε κάποια αντίσταση στη διαδικασία (82,3%). Οι ασθενείς που νοσηλεύθηκαν συγκριτικά με εκείνους που δεν νοσηλεύθηκαν δεν διέφεραν με στατιστικά σημαντικό τρόπο ως προς το φύλο, την ηλικία και την εθνικότητα.

Ακόμη έχει συμπεραθεί ότι η ελλιπής ψυχιατρική μεταρρύθμιση όπως αυτή έχει εφαρμοστεί και η μειωμένη δράση των υπηρεσιών κοινοτικής ψυχιατρικής καθώς και η υπολειμτικότητα του θεσμού της πρωτοβάθμιας φροντίδας αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο για ακούσια νοσηλεία (Douzenis κ.α., 2012· Karastergiou, Mastrogianni, Georgiadou, Kotrotsios, & Mauratziotou, 2005· Στυλιανίδης κ.α., 2006). Το επιχείρημα αυτό επιβεβαιώνουν οι Mantas και Mavreas (2012) απέδειξαν ότι όταν το συνεχές

φροντίδας επεκτείνεται στην κοινότητα και είναι καλά απαρτιωμένο με υπηρεσίες παρέμβασης στη κρίση (το παράδειγμα των κινητών μονάδων) εξασφαλίζεται ελαχιστοποίηση του ποσοστού υποτροπής.

Σε πιο πρόσφατη έρευνα (Stylianidis κ.α., 2017) όπου συμμετείχαν όλοι οι ασθενείς που εισήχθησαν στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Δαφνί) τη χρονική περίοδο Ιούνιος-Οκτώβριος 2011) βρέθηκε ότι από το σύνολο των 946 εισαγωγών, ποσοστό 57,4% είχε διεξαχθεί ακούσια. Η διάγνωση μονοπολική κατάθλιψης, τα υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης και η προηγούμενη επαφή με κοινοτικές υπηρεσίες κοινοτικής ψυχιατρικής βρέθηκαν να δρουν ως προστατευτικοί παράγοντες απέναντι στην ακούσια νοσηλεία. Ακόμη αξίζει να αναφερθεί ότι 69,8% των ακούσιων εισαγωγών έγιναν με εντολή κοντινών συγγενών και 30,2% αυτεπάγγελτα. Ενώ μόλις 13,8% των ασθενών που λάμβαναν εξιτήριο φαίνεται ότι παραπέμπονταν σε κάποια κοινοτική υπηρεσία κοινοτικής ψυχιατρικής. Συμπεραίνεται λοιπόν ότι η έλλειψη συνέχειας στη θεραπεία και η επιβάρυνση των συγγενών είναι σημαντικοί παράγοντες που συμβάλλουν στα αυξημένα ποσοστά.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η Ελλάδα φαίνεται να έχει αρκετά υψηλά ποσοστά ακούσιων νοσηλειών, χωρίς, όμως, να υπάρχει επαρκής επιστημονική τεκμηρίωση αναφορικά με τους λόγους που γίνεται αυτό (Στυλιανίδης κ.α., 2014b).

Έκβαση Ακούσιας Νοσηλείας

Αρκετές μελέτες έχουν ασχοληθεί με τα κλινικά και κοινωνικά απότοκα νοσηλείας (Stylianidis κ.α., 2014). Δύο συστηματικές ανασκοπήσεις έχουν προσπαθήσει να συνοψίσουν τα ευρήματα διεθνών ερευνών αναφορικά με την έκβαση της ακούσιας νοσηλείας (Kallert, Glöckner & Schützwohl, 2008· Katsakou & Priebe, 2006). Τα ευρήματα της συστηματικής ανασκόπησης των Katsakou και Priebe (2006) η οποία επικεντρώθηκε αποκλειστικά σε ακούσια εισαχθέντες ασθενείς υπέδειξαν ότι οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν αρχικά κλινική βελτίωση και σε επόμενα χρονικά σημεία αξιολόγησης σε διαφορετικά χρονικά σημεία (από λίγες ημέρες μετά το εξιτήριο έως και 3 έτη αργότερα) αντιλαμβάνονται τη νοσηλεία τους μάλλον θετικά. Ωστόσο, ένα σημαντικό ποσοστό, που φτάνει έως και το 48%, των ασθενών δεν θεωρούν την νοσηλεία τους, αναδρομικά, ούτε δικαιολογημένη ούτε ευεργετική.

Σε επόμενη ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε από τους Kallert κ.α. (2008), οι εκούσια νοσηλευόμενοι ασθενείς χρησιμοποιήθηκαν ως ομάδα ελέγχου. Τα

ευρήματα της μελέτης υποδεικνύουν ότι η διάρκεια νοσηλείας, ο κίνδυνος επανεισαγωγής, γενικά, και ο κίνδυνος ακούσιας επανεισαγωγής, ειδικότερα, ήταν ίσος ή μεγαλύτερος για τους ασθενείς που εισήχθησαν ακούσια συγκριτικά με εκείνους που είχαν εισαχθεί εκούσια. Επιπλέον, οι ακούσια εισαχθέντες ασθενείς βρέθηκαν να έχουν χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικής λειτουργικότητας τόσο κατά την εισαγωγή όσο και κατά το εξιτήριο. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι δύο ομάδες δεν διέφεραν σημαντικά ως προς τα επίπεδα γενικής ψυχοπαθολογίας και τα επίπεδα τήρησης της μετά το εξιτήριο θεραπείας τους. Αν και οι δύο συστηματικές ανασκοπήσεις παρέχουν σημαντικές πληροφορίες για την έκβαση της ακούσιας νοσηλείας, η σημαντική ετερογένεια μεταξύ των μελετών όσον αφορά τους δείκτες έκβασης (π.χ. συχνότητα επανεισαγωγής στο νοσοκομείο, σοβαρότητα συμπτωματολογίας κ.λπ.), τα διαφορετικά χρονικά σημεία επαναξιολόγησης και τα μικρά μέγεθος δείγματος στη πλειονότητα των χρησιμοποιούμενων μελετών καθιστούν την ασφαλή εξαγωγή συμπερασμάτων επί του θέματος ιδιαίτερη δύσκολη.

Πιο πρόσφατα, οι Priebe κ.α., (2009, 2011) μελέτησαν ένα μεγάλο δείγμα ασθενών που υποβλήθηκαν σε ακούσια νοσηλεία και υπεδείξαν ότι το 15% εξ αυτών επανεισήχθη ακούσια εντός ενός έτους, με τους ακούσιους ασθενείς που ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι με την αρχική τους νοσηλεία να τείνουν να έχουν πιο αυξημένο κίνδυνο να επανεισαχθούν ακούσια (Priebe, Katsakou, Amos, Leese, Moriss, & Yeeles, 2009). Συμπέραναν επίσης ότι η ακούσια νοσηλεία οδηγεί σε καλύτερη σφαιρική λειτουργικότητα, βελτίωση στα επίπεδα γενικής ψυχοπαθολογίας και χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικής λειτουργικότητας. Ωστόσο, ένα χρόνο μετά τη νοσηλεία δείκτη, τα κοινωνικά και κλινικά οφέλη της νοσηλείας ήταν μάλλον περιορισμένα (Priebe Katsakou, Yeeles, Amos, Morriss, Wang, & Wykes, 2011). Παρόμοια ευρήματα σχετικά με τα επίπεδα συμπτωματολογίας των ακούσιων νοσηλευόμενων ασθενών καταγράφηκαν σε επόμενη πολυκεντρική μελέτη (Kallert, Katsakou, Adamowski, Dembinskas, Fiorillo, & Priebe, 2011). Κατά συνέπεια, κανείς μπορεί να συμπεράνει ότι η ακούσια εισαγωγή οδηγεί σε βραχυπρόθεσμη κλινική βελτίωση, ωστόσο η διατήρηση της βελτίωσης αυτής με την πάροδο του χρόνου παραμένει αμφίβολη.

Σε μελέτη των Kaikoushi κ.α. (2021) στη Κύπρο παρατηρήθηκε ότι 52% των ασθενών που εμφανίζουν ψυχωτική συμπτωματολογία και είχαν εισαχθεί ακούσια ποσοστό είχαν εισαχθεί τουλάχιστον μία φορά ακούσια στο παρελθόν.

Παρούσα Μελέτη - Ερευνητικά ερωτήματα

Στην Ελλάδα το ζήτημα της ακούσιας νοσηλείας είναι ύψιστης σημασίας όπως φαίνεται από (i) τα υψηλά ποσοστά ακούσιων εισαγωγών στη χώρα (57,4%· Stylianidis κ.α., 2017) συναρτήσει με (ii) τις σημαντικές παραβιάσεις των δικαιωμάτων των ασθενών όπως αυτά έχουν αποκαλυφθεί από τους χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας (υπόθεση Βενιός εναντίον Ελλάδος, υπόθεση Καραμάνοφ εναντίον Ελλάδος) και διακεκριμένα πολιτικά σώματα όπως η Επιτροπή του Συμβουλίου της Ευρώπης (CPT, 2019). Ειδικότερα, αναφορικά με την έκθεσης της Επιτροπής του Συμβουλίου της Ευρώπης για την Πρόληψη των Βασανιστηρίων και της Απάνθρωπης ή Ταπεινωτικής Μεταχείρισης ή Τιμωρίας (CPT) που επισκέφτηκε πρόσφατα τη χώρα και αξιολόγησε την παρεχόμενη ψυχιατρική θεραπεία (CPT, 2019) αυτή έκανε λόγο για «κακή μεταχείριση» (“ill treatment”) των ασθενών. Παρόμοια ήταν τα ευρήματα προηγούμενης ποιοτικής μελέτης στη χώρα, η οποία χρησιμοποίησε ομάδες εστιασμένης συζήτησης (focus groups) για τη διερεύνηση απόψεων και εμπειριών ακούσιων ασθενών μετά τη λήψη εξιτηρίου από το ψυχιατρικό νοσοκομείο (Stylianidis Peppou, Drakonakis, Iatropoulou, Nikolaidi, Tsikou, & Souliotis, 2018b).

Τα θέματα που προέκυψαν περιλαμβάναν: αντικρουόμενες στάσεις ως προς τη δικαιοσύνη της εισαγωγής τους, σημαντικές παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους σε συνδυασμό με ελλιπή γνώση αναφορικά με τα δικαιώματά τους και μηδενική συμμετοχή ασθενών σε οποιοδήποτε στάδιο λήψης αποφάσεων (Stylianidis, Chondros, Souliotis, 2018· Stylianidis κ.α., 2018b).

Μείζον, λοιπόν, ερώτημα αποτελεί εάν τα υψηλά ποσοστά ακούσιας εισαγωγής και οι παραβιάσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων αντισταθμίζονται από το μακροπρόθεσμο όφελος ακούσιας νοσηλείας, που συχνά θεωρείται ως ο μοναδικός δρόμος προς το recovery.

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι η διαθέσιμη βιβλιογραφία (τόσο διεθνώς όσο και σε εθνικό επίπεδο) είναι περιορισμένη, κρίνεται αναγκαίο να διερευνηθεί εάν η ακούσια νοσηλεία με τους περιορισμούς που αυτό το μέτρο επιβάλλει στην ελευθερία και τη ζωή του ατόμου συνδέεται με καλύτερα ή κατ’ ελάχιστον ίσα κλινικά αποτελέσματα (σε σύγκριση με την εκούσια νοσηλεία).

Σε αυτό το πλαίσιο, και ελλείψει εθνικών στατιστικών στοιχείων για το θέμα, το Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών σε συνεργασία με το Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ) και το Ψυχιατρικό

Νοσοκομείο Αττικής «Δαφνί» εγκαινίασε μεγάλης κλίμακας ερευνητικό έργο (με το ακρωνύμιο MANA) με στόχο τη διερεύνηση των υποχρεωτικών εισαγωγών στην Αττική.

Ειδικότερα, η παρούσα μελέτη στοχεύει:

- I. Να εξετάσει εάν ο τύπος νοσηλείας των ψυχιατρικών ασθενών σχετίζεται:
 - i) με τα επίπεδα συμπτωματολογίας και λειτουργικότητας, όπως αυτά μετρούνται με τη χρήση έγκυρων κλιμάκων, κατά την εισαγωγή, το εξιτήριο και σε τέσσερα σαφώς προκαθορισμένα σημεία follow up (κάθε 6 μήνες έως και 2 χρόνια από το εξιτήριο) και
 - ii) με το ποσοστό επανεισαγωγών σε χρονικό διάστημα 2 ετών.
- II. Να αναγνωρίσει τα χαρακτηριστικά εκείνα τα οποία σχετίζονται με καλύτερη ή χειρότερη έκβαση ανά ομάδα ασθενών, ξεχωριστά (ακούσιοι/εκούσιοι).

Μεθοδολογία

Ερευνητικός Σχεδιασμός

Διενεργήθηκε προοπτική μελέτη κοόρτης με follow up διάρκειας 2 ετών. Πρόκειται για μια μη πειραματική μέθοδο έρευνας η οποία χρησιμοποιείται σε σημαντικό βαθμό στις κοινωνικές επιστήμες καθώς θεωρείται ως ο πλέον κατάλληλος τύπος μελέτης για την διερεύνηση αιτιολογικών σχέσεων (Γαλάνης, 2011). Σε μια μελέτη κοόρτης συμμετέχουν δύο ή περισσότερες ομάδες ατόμων που δεν πάσχουν από μια συγκεκριμένη πάθηση, αλλά διαφέρουν ως προς την κατηγορία (ενδεικτική κατηγορία ή κατηγορία αναφοράς) του προσδιοριστή στην οποία ανήκουν (Γαλάνης, 2011). Η σύγκριση των μελετώμενων ομάδων βασίζεται στη συχνότητα εμφάνισης της μελετώμενης έκβασης/πάθησης (Γαλάνης, 2011). Κλασσικές έρευνες κοόρτης είναι εκείνες που αφορούν στη μελέτη/παρακολούθηση μιας ομάδας ατόμων (διαχωρίζονται ανάλογα με το αν έχουν εκτεθεί ή όχι σε ένα συγκεκριμένο παράγοντα) και τον υπολογισμό της επίπτωσης μια νόσου/της εμφάνισης μιας μελετώμενης έκβασης σε ένα σαφές προσδιορισμένο χρονικό διάστημα (Πέππου & Στυλιανίδης, 2014).

Στις μελέτες κοόρτης η πληροφορία αναφορικά με την έκθεση ή μη στην ενδεικτική κατηγορία του υπό μελέτη προσδιοριστή καταγράφεται κατά την έναρξη του χρόνου παρακολούθησης, ακόμη ο κίνδυνος εμφάνισης της υπό μελέτη έκβασης για τις δύο υποομάδες (εκτεθειμένα ή μη άτομα) (Γαλάνης, 2011). Αξίζει να σημειωθεί ότι οι υπό μελέτη ομάδες παρακολουθούνται συν τω χρόνω ώστε να διερευνηθεί η εξέλιξη τους ως προς την υπό μελέτη έκβαση αλλά και οι πιθανοί προστατευτικοί και επιβαρυντικοί παράγοντες εμφάνισης της.

Βασικά πλεονεκτήματα αυτού του τύπου μελετών είναι ότι λαμβάνεται υπόψη η χρονική αλληλουχία των σχέσεων προσδιοριστή-έκβασης καθώς επίσης και η δυνατότητα άμεσου υπολογισμού της συχνότητας εμφάνισης της υπό μελέτης έκβασης σε εκτεθειμένα και μη εκτεθειμένα άτομα (Γαλάνης, 2011). Ανάμεσα στα μειονεκτήματα τους είναι ότι είναι κοστοβόρες τόσο οικονομικά καθώς απαιτούν μεγάλο αριθμό δείγματος όσο και χρονικά γεγονός και κατά συνέπεια έχουν υψηλές απαιτήσεις σε ανθρώπινο δυναμικό. Ενώ επίσης παρουσιάζουν δύο βασικές πηγές μεροληπτικών σφαλμάτων, τη μη συμμετοχή των ατόμων στη μελέτη και την απώλεια παρακολούθησης (follow up) κατά τη διάρκεια της μελέτης (Πέππου & Στυλιανίδης, 2014).

Στη μελέτη στρατολογήθηκαν όλοι οι ασθενείς που εισήχθησαν στο 3ο Ψυχιατρικό τμήμα, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, «Δαφνί» (ΨΝΑ, Δαφνί)-το οποίο είναι ένα κλειστό τμήμα οξέων περιστατικών. Το συγκεκριμένο νοσοκομείο επιλέχθηκε διότι είναι το μεγαλύτερο ψυχιατρικό νοσοκομείο της χώρας (Stylianidis κ.α., 2017) και νοσηλεύει ασθενείς τόσο από την Αθήνα όσο και από την περιφέρεια. Ως εκ τούτου οι υπηρεσίες του δεν είναι τομεοποιημένες (Psarra, Sestrini, Santa, Petsas, Gerontas, Garnetas & Kontis, 2008). Συλλέχθηκαν για όλους τους ασθενείς τα βασικά κοινωνικό-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά καθώς και στοιχεία αναφορικά με πιθανές επανεισαγωγές σε κάποιο ψυχιατρικό τμήμα. Όλοι οι ασθενείς επαναξιολογούνταν κατά το εξιτήριο και στους 6 μήνες, 1 έτος, 1 ½ έτος και 2 έτη, με εξαίρεση εκείνους τους ασθενείς οι οποίοι είχαν επανεισαχθεί κατά τη διάρκεια των δύο ετών, οι οποίοι και εξαιρέθηκαν από την κοόρτη για να μην αλλοιωθούν τα αποτελέσματα.

Συμμετέχοντες

Στο δείγμα συμπεριλαμβάνονται όλοι οι ασθενείς που νοσηλεύθηκαν, είτε εκούσια είτε ακούσια, κατά τη χρονική περίοδο Φεβρουάριος 2012-Δεκέμβριος του 2014. Οι ακούσιες νοσηλείες πραγματώνονται όπως ορίζει ο Ν. 2071/ 1992. Ο νόμος αυτός περιγράφει δύο διαδικασίες που πρέπει να ακολουθούνται, μια τακτική και μια έκτακτη (Stylianidis κ.α., 2017). Η έκτακτη ωστόσο είναι αυτή που λαμβάνει χώρα κατά κόρον (Douzenis κ.α., 2012· Stylianidis κ.α., 2017). Τα κριτήρια που ορίζει ο νομοθέτης είναι κοινά και για τις δύο διαδικασίες και μπορούν να συνοψισθούν ως εξής (Παπαρρηγοπούλου, κ.α., 2007):

«Ι. α. Ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή, β. Να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του, γ. Η έλλειψη νοσηλείας να έχει ως συνέπεια είτε να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του, ή

ΙΙ. Η νοσηλεία ασθενή που πάσχει από ψυχική διαταραχή να είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ίδιου ή τρίτου» (άρθρο 95, παράγρ. 2 του Ν. 2071/92, Παπαρρηγοπούλου κ.α., 2007).

Για την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο πρέπει να ισχύει απαραίτητα το Ι. και είτε το α ή το β ή το ΙΙ.

Τα κριτήρια εισαγωγής στην έρευνα είναι σε συμφωνία με τα κριτήρια εισαγωγής του νοσοκομείου. Πιο συγκεκριμένα οι ασθενείς πρέπει να έχουν

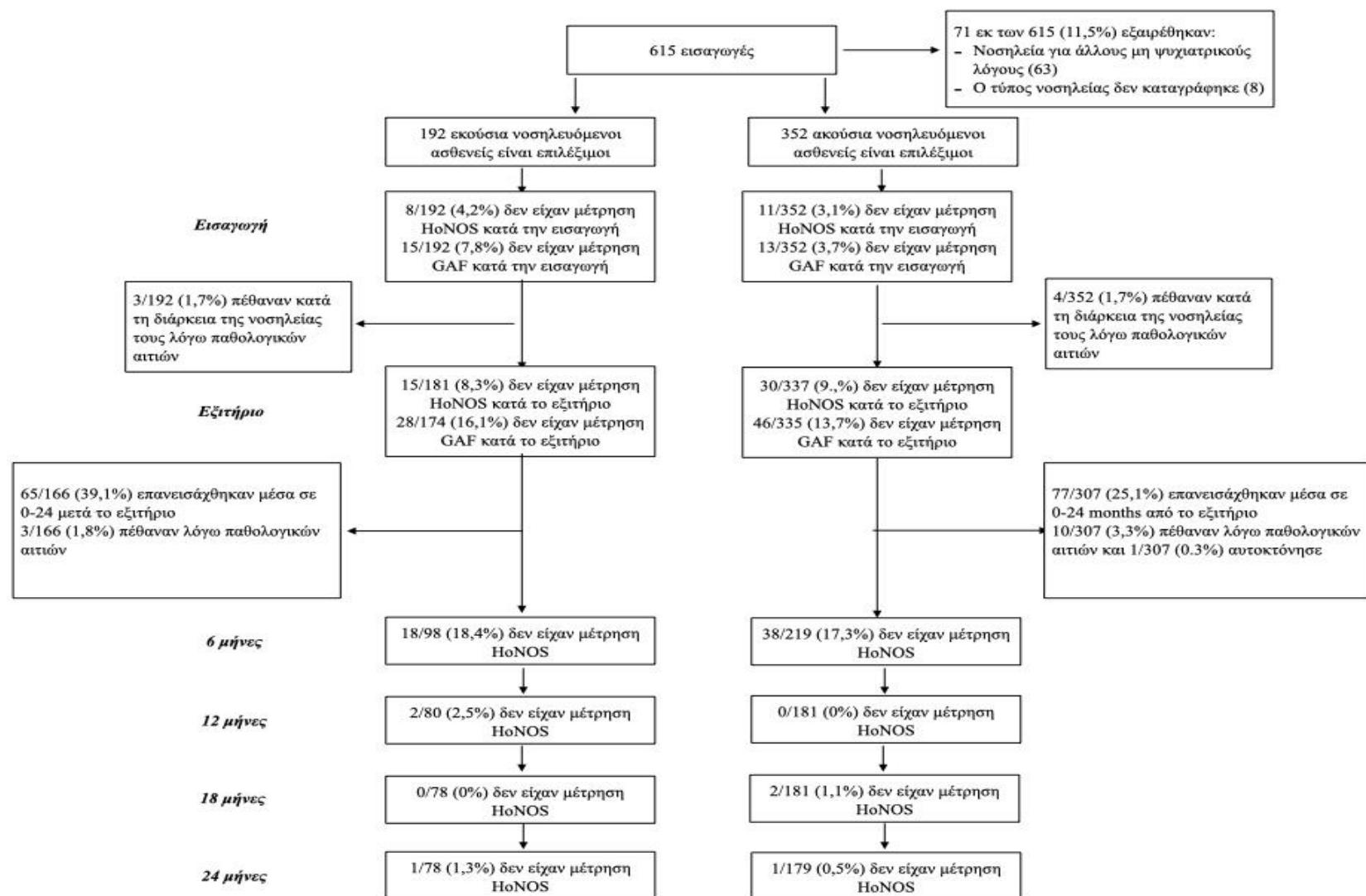
ολοκληρώσει το 18ο έτος της ηλικίας τους και η παρούσα κλινική τους κατάσταση να χρήζει νοσηλείας είτε ακούσιας είτε εκούσιας. Οι συμμετέχοντες πρέπει να έχουν νοσηλευθεί για ψυχιατρικούς λόγους. Ακόμη όλοι οι συμμετέχοντες πρέπει να μιλούν σε ικανοποιητικό βαθμό την ελληνική γλώσσα και να έχουν υπογράψει το έγγραφο ενημερωμένης συγκατάθεσης για τη συμμετοχή στη μελέτη.

Ως εκ τούτου τα κριτήρια μη συμμετοχής στη μελέτη ήταν τα εξής: Κύρια διάγνωση εξάρτηση από αλκοόλ ή ουσίες (καθώς οι ασθενείς αυτοί παραπέμπονται σε εξειδικευμένες υπηρεσίες του εν λόγω νοσοκομείου), νοσηλεία διάρκειας μικρότερης των 3 ημερών, καθώς και για οικονομικούς, κοινωνικούς λόγους (π.χ. ανανέωση επιδόματος αναπηρίας, ανεύρεση στεγαστικής δομής κλπ.), ή υπό το άρθρο 69 του Ποινικού Κώδικα για την φύλαξη των ακαταλόγιστων ασθενών. Τέλος όσοι ασθενείς αρνήθηκαν να συμμετάσχουν εξαιρέθηκαν από τη μελέτη.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι χρησιμοποιήθηκαν τα στοιχεία μόνο της πρώτης νοσηλείας (νοσηλεία-δείκτης) για τους ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύθηκαν πάνω από μία φορά κατά τη διάρκεια της μελέτης. Το Γράφημα 1 παρουσιάζει το διάγραμμα ροής ασθενών στη μελέτη. Ολοκληρωμένα στοιχεία follow-up ήταν διαθέσιμα για 255 από τους 362 ασθενείς που είχαν μέτρηση συμπτωματολογίας κατά HoNOS κατά την εισαγωγή (70,4%) και δεν απεβίωσαν ή επανεισάχθησαν κατά το χρονικό διάστημα της μελέτης.

Συγκρίθηκαν οι δύο ομάδες (εκείνοι που διατηρήθηκαν έναντι εκείνων που χάθηκαν κατά το διετές follow up) ως προς τα βασικά κοινωνικό-δημογραφικά και κλινικά τους χαρακτηριστικά. Τα σχετικά αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 4. Παρατηρήθηκε ότι εκείνοι που χάθηκαν κατά τη διαδικασία του follow up συγκριτικά με εκείνους που διατηρήθηκαν κατά το follow up ήταν σε μεγαλύτερο ποσοστό αλλοδαποί (15,9% έναντι 7,1%, αντίστοιχα), , διέμεναν μόνοι (25,3% έναντι 2,8%), με άλλους μη συγγενείς (5,5% έναντι 3,2%, αντίστοιχα), σε σωφρονιστικό ίδρυμα (4,4% έναντι 0%) ή ήταν άστεγοι (4,4% έναντι 0%, αντίστοιχα), είχαν ιστορικό παραβατικής συμπεριφοράς (30,1% έναντι 14,8%, αντίστοιχα), είχαν υψηλότερο αριθμό προηγούμενων ακούσιων εισαγωγών (Διάμεσος=1 έναντι Διάμεσος=0, αντίστοιχα) και μικρότερη διάρκεια νοσηλείας (Διάμεσος=20,5 έναντι Διάμεσος=27,0 ημέρες, αντίστοιχα).

Γράφημα 1. Διάγραμμα ροής



Σημείωση. Από τους τρεις εκούσια εισαχθέντες ασθενείς που απεβίωσαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, 1 υπέστη σοβαρή αναπνευστική λοίμωξη, 1 έπασχε από σοβαρή γαστρεντερική λοίμωξη και για τον τρίτο ασθενή παραμένουν άγνωστοι οι λόγοι δεδομένου ότι πριν το γεγονός ο ασθενής μεταφέρθηκε σε παθολογική κλινική γενικού νοσοκομείου. Από τους τέσσερις ασθενείς που εισήχθησαν ακούσια, 1 υπέφερε από σοβαρή πνευμονική λοίμωξη, 1 από καρκίνο, 1 πέθανε λόγω καρδιακής προσβολής και 1 ασθενής πέθανε λόγω προχωρημένης ηλικίας (89 ετών)

Πίνακας 4. Σύγκριση των βασικών κοινωνικών δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών ανάμεσα στα άτομα που διατηρήθηκαν στο follow up και εκείνους που χάθηκαν κατά τη διαδικασία

	Διατηρήθηκαν κατά το follow up (N=255· 70,4%)	Χάθηκαν κατά το follow up (N=107· 29,6%)	P
<i>Δημογραφικά χαρακτηριστικά</i>			
Φύλο			
Ανδρας	143 (56,1)	56 (52,3)	0,591+
Γυναίκα	112 (43,9)	51 (47,7)	
Ηλικία, μέση τιμή (SD)	48,1 (14,5)	44,9 (14,9)	0,060‡
Τόπος διαμονής			
Εντός Αθήνας	169 (71,0)	81 (81,8)	0,054+
Εκτός Αθήνας	69 (29,0)	198 (18,2)	
Υπηκοότητα			
Ελληνική	237 (92,9)	90 (84,1)	0,016+
Αλλοδαπός	18 (7,1)	17 (15,9)	
Οικογενειακή κατάσταση			
Άγαμος	106 (47,1)	49 (52,7)	0,707++
Έγγαμος	61 (27,1)	25 (26,9)	
Διαζευγμένος-σε διάσταση	46 (20,4)	16 (17,2)	
Χήρος	12 (5,3)	3 (3,2)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο			
Απόφοιτος Δημοτικού	41 (26,1)	12 (22,6)	0,082++
Απόφοιτος Γυμνασίου	28 (17,8)	16 (30,2)	
Απόφοιτος Λυκείου	44 (28,0)	15 (28,3)	
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ/ΙΕΚ	43 (27,4)	8 (15,1)	
Μεταπτυχιακές	1 (0,6)	2 (3,8)	
Εργασιακή κατάσταση			
Δεν εργάζεται	120 (58,3)	49 (64,5)	0,633+
Εργάζεται	46 (22,3)	14 (18,4)	
Οικονομικά ανενεργός	40 (19,4)	13 (17,1)	
Συνθήκες διαμονής			
Πυρηνική οικογένεια	75 (34,2)	29 (31,9)	≤0,001++
Οικογένεια καταγωγής	82 (37,4)	25 (26,4)	
Δομή ψυχικής υγείας	5 (2,3)	3 (2,2)	
Άστεγος	0 (0,0)	4 (4,4)	
Μόνος	50 (22,8)	23 (25,3)	
Με άλλους, μη συγγενείς	7 (3,2)	5 (5,5)	
Φυλακή	0 (0,0)	4 (4,4)	
Ιστορικό παραβατικότητας, Ναι, (N·%)	26 (14,8)	22 (30,1)	0,009+
Επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης (OSLO), Διάμεσος (IQR)	10 (8-12)	9 (7-11)	0,110‡‡

<i>Κλινικά χαρακτηριστικά</i>			
Τύπος εισαγωγής			
Εκούσια εισαγωγή	77 (30,2)	36 (33,6)	0,602
Ακούσια εισαγωγή	178 (69,8)	71 (66,4)	
Συννοσηρότητα, ναι, (ν·%)	59 (23,4)	31 (29,5)	0,281+
Διαταραχές προσωπικότητας, Ναι, (Ν·%)	19 (7,5)	6 (5,7)	0,695+
Χρήση αλκοόλ/ουσιών, Ναι, (Ν·%)	53 (20,9)	26 (24,5)	0,532+
Νοητική υστέρηση, Ναι, (Ν·%)	15 (5,9)	5 (4,7)	0,844+
Ηλικία έναρξης νόσου, Διάμεσος (IQR)	28 (20 - 41)	28,5 (20 - 36)	0,774 ^{††}
Κύρια διάγνωση			
Ψυχωσική συνδρομή	160 (63,7)	61 (58,1)	0,851+
Διπολική διαταραχή	35 (13,9)	14 (13,3)	
Κατάθλιψη	27 (10,8)	16 (15,2)	
Αγχώδης διαταραχή	2 (0,8)	1 (1,0)	
Διαταραχές συμπεριφοράς	10 (4,0)	4 (3,8)	
Χρήση ουσιών	5 (2,0)	3 (2,9)	
Οργανικό ψυχοσύνδρομο	8 (3,2)	5 (4,8)	
Αναπτυξιακή διαταραχή	3 (1,2)	0 (0,0)	0,835 [‡]
Διαταραχή προσαρμογής	1 (0,4)	1 (1,0)	
GAF score κατά την εισαγωγή, MO(TA)	24,6 (12,1)	24,9 (13,9)	
HoNOS score κατά την εισαγωγή, MO (TA)	16,5 (5,8)	16,9 (7,5)	0,640 [‡]
<i>Σχέση με υπηρεσίες ψυχιατρικής φροντίδας</i>			
Προηγούμενη επαφή με επαγγελματίες ΨΥ			
Καμία επαφή τα τελευταία χρόνια	55 (25,5)	23 (28,4)	0,217+
Νοσηλεία σε ΨΝΑ, ψυχιατρική κλινική	52 (24,1)	22 (27,2)	
Κοινοτική δομή	12 (5,6)	9 (11,1)	
Ιδιώτης ψυχίατρος	83 (38,4)	25 (30,9)	
Εξωνοσοκομειακή δομή/ υπηρεσία	14 (6,5)	2 (2,5)	0,715 ^{††}
Αριθμός προηγούμενων νοσηλειών, Διάμεσος (IQR)	1 (0 - 3)	1 (0 - 4)	
Αριθμός προηγούμενων ακούσιων νοσηλειών, Διάμεσος (IQR)	0 (0 - 1)	1 (0 - 2)	0,011 ^{††}
Διάρκεια νοσηλείας (ημέρες), διάμεσος (IQR)	27 (13 - 41)	20,5 (8 - 38)	0,009 ^{††}

[†]Pearson's chi-square test· ^{††}Fisher's exact test· [‡]Student's t-test· ^{††}Mann-Whitney test

Ερευνητικά Εργαλεία

Για τη συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο το οποίο συμπληρωνόταν υπό τη μορφή συνέντευξης από τους ασθενείς (Φόρμα Ά Φάσης-Παράρτημα Ι).

Η συνέντευξη των ασθενών αποτελούταν από κλειστές ερωτήσεις αναφορικά με τα βασικά κοινωνικό-δημογραφικά (φύλο, ηλικία, υπηκοότητα, οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο και συνθήκες διαμονής) και κλινικά χαρακτηριστικά (πιθανές προηγούμενες νοσηλείες και αν ήταν ακούσιες ή εκούσιες, ηλικία έναρξης νόσου, και προηγούμενη επαφή με επαγγελματίες ψυχικής υγείας προ της νοσηλείας) των ασθενών. Επίσης εξέταζε εάν είχαν εμφανίσει παραβατική συμπεριφορά και αν αντιμετώπιζαν προβλήματα με το Νόμο τώρα ή κατά το παρελθόν. Τέλος στο ερωτηματολόγιο αυτό συμπεριλαμβάνονταν η κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης του Oslo (3-item Oslo Social Support scale-OSS-3) (Dalgard, Dowrick, Lehtinen, Vasquez-Barquero, Casey, 2006).

Oslo Social Support scale (OSS-3): Τριτοβάθμια κλίμακα τύπου Likert η οποία καλύπτει διάφορους τομείς της κοινωνικής υποστήριξης όπως τον αριθμό των ατόμων με τους οποίους το άτομο αισθάνεται κοντά, το ενδιαφέρον και η υποστήριξη που το άτομο νιώθει πως εκδηλώνουν οι άλλοι για εκείνο και η ευκολία με την οποία επιζητεί και αποκτά πρακτική βοήθεια από τους άλλους. Παρά την ευρεία χρήση της κλίμακας σε ευρωπαϊκές χώρες η δομή και η αξιοπιστία της κλίμακας (Cronbach $\alpha = ,603$) δεν είναι καλά τεκμηριωμένες. Παρ' αυτά, η συντομία της και η διαθεσιμότητα κανονιστικών δεδομένων την καθιστούν ιδιαίτερα εύχρηστη. Οι βαθμολογίες της OSS – 3 κυμαίνονται από 3-14, με βαθμολογία από 3 έως 8 να υποδηλώνει χαμηλή κοινωνική στήριξη, 9 έως 11 μέτρια κοινωνική στήριξη και 12-14 υψηλή κοινωνική στήριξη. Υψηλότερη βαθμολογία είναι ενδεικτική υψηλότερων επιπέδων κοινωνικής υποστήριξης.

Ακόμη, χρησιμοποιήθηκαν η κλίμακα Σφαιρικής Εκτίμησης της Σφαιρικής Λειτουργικότητας (Global Assessment Scale-GAF- Παράρτημα II) και η HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale- Παράρτημα III) για την εκτίμηση της σφαιρικής λειτουργικότητας και της συμπτωματολογίας των ασθενών.

GAF: Η GAF είναι μια κλίμακα εκτίμησης της σφαιρικής λειτουργικότητας του ατόμου (Aas, 2010). Η GAF παρουσιάστηκε από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία το 1987, στη τρίτη έκδοση του DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ενώ αναθεωρημένη έκδοση της συμπεριλαμβανόταν μέχρι και στην έκδοση του DSM-IV-TR. Αντιπροσώπευε τον Άξονα V ο οποίος πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από τον επαγγελματία ψυχικής υγείας κατά την εκτίμηση της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου

Κατά τη βαθμολόγηση της ο ειδικός ψυχικής υγείας θέτει μια βαθμολογία η οποία αντιπροσωπεύει την σοβαρότητα των ψυχιατρικών συμπτωμάτων του ατόμου και/ή την λειτουργικότητα του. Οι τρεις τομείς που εξετάζονται από τη GAF είναι οι εξής: i) ψυχιατρικά συμπτώματα όπως π.χ. εμμονές, κρίσεις πανικού κλπ., ii) οι κοινωνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες όπως π.χ. η διατήρηση φιλιών, η προσωπική υγιεινή κ.α. και iii) η επαγγελματικές ικανότητες π.χ. η ικανότητα να ακολουθεί οδηγίες κ.α. Η GAF είναι μια κλίμακα 100 σημείων που κυμαίνεται από το 1 (επίμονος κίνδυνος για τον εαυτό και τους άλλους, έντονη αδυναμία διατήρησης της προσωπικής υγιεινής) έως το 100 (ανώτερη λειτουργία σε ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων). Είναι σημαντικό ωστόσο να αναφερθεί ότι η GAF αποκλείει την βαθμολόγηση της οργανικής ανεπάρκειας που βασίζονται σε φυσικούς περιορισμούς π.χ. εγκεφαλική βλάβη.

Σημαντικό πλεονέκτημα της εν λόγω κλίμακας είναι ότι είναι απλή στη χρήση της. Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της ωστόσο έχει πολλάκις αμφισβητηθεί. Σε σχετικές με την αξιοπιστία της κλίμακας παρατηρήθηκαν αποκλίσεις τάξης του 20% εξαιτίας της υποκειμενικότητας των βαθμολογητών (Loevdahl & Friis, 1996, Vatnaland, Vatnaland, Friis, & Opjordsmoen, 2007).

Ακόμη οι Söderberg και συνεργάτες (2005) συμπέραναν ότι η εν λόγω κλίμακα δεν είναι σε θέση να προβλέψει πιθανές αλλαγές στην κλινική εικόνα του ατόμου. Συνεπώς η αξιοπιστία και η προβλεπτική αξία της κλίμακας είναι αμφισβητούμενες. Για τους λόγους αυτούς η GAF δεν συμπεριλήφθηκε στην νεότερη έκδοση του DSM (DSM V).

HoNOS: Το 1993 ανατέθηκε από το Υπουργείο Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου στην ερευνητική ομάδα του Royal College of Psychiatrists να αναπτύξουν κλίμακες μέτρησης της υγείας και της κοινωνικής λειτουργικότητας για άτομα που πάσχουν από σοβαρή ψυχική ασθένεια. Αυτό οδήγησε στην δημιουργία ενός εργαλείου, το οποίο αποτελούταν από 12 λήμματα και συνδυάζει τη μέτρηση ψυχιατρικών συμπτωμάτων, τη χρήση ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών και ατομοκεντρικές πτυχές όπως π.χ. η κοινωνική λειτουργικότητα (Wing & Brown, 1996).

Η HoNOS αποτελείται από 12 λήμματα. Κάθε λήμμα της βαθμολογείται σε μια 5-βάθμια κλίμακα Likert η οποία κυμαίνεται από 0 (χωρίς πρόβλημα) έως 4 (σοβαρό έως πολύ σοβαρό πρόβλημα) με το συνολικό της σκορ να κυμαίνεται από 0 έως 48 (Jacobs, 2009). Κάθε λήμμα καλύπτει μια ευρεία γκάμα συμπτωμάτων (π.χ.

Υπερδραστήρια, επιθετική, αποδιοργανωτική, διεγερτική συμπεριφορά). Στη μελέτη ωστόσο χρησιμοποιήθηκαν 10 εξ αυτών, καθώς τα 2 λήμματα που αφορούν τις συνθήκες διαβίωσης και απασχόλησης τείνουν να μην συμπληρώνονται σε κλινικά πλαίσια (Brooks, 2000). Συνεπώς η συνολική της βαθμολογία τείνει να κυμαίνεται από 0 έως 40. Τα λήμματα έχουν σχεδιαστεί ώστε να είναι ανεξάρτητα μεταξύ τους (Wing Curtis, Beevor, 1996). Τα λήμματα σχηματίζουν τέσσερις υποκλίμακες προβλημάτων (συμπεριφοράς, λειτουργικότητας, συμπτωμάτων και κοινωνικής συμπεριφοράς).

Σημαντικός αριθμός μελετών έχει υποστηρίξει ερευνητικά ότι η εν λόγω κλίμακα έχει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες με το δείκτη Cronbach α να κυμαίνεται από 0,59 έως 0,76 υποδεικνύοντας σχετικά μέτρια εσωτερική συνοχή (Jacobs, 2009). Ενώ επίσης έχει διαπιστωθεί ότι είναι σε θέση να εξηγήσει ένα σημαντικό ποσοστό της διακύμανσης της θεραπευτικής έκβασης και συνεπώς έχει αρκετά καλή προβλεπτική εγκυρότητα (Parker, O'Donnell, Hadzi-Pavlovic, & Proberts, 2002). Συμπερασματικά, η HoNOS χαρακτηρίζεται από καλή αξιοπιστία και είναι ευαίσθητη στην αλλαγή (Jacobs, 2009).

Ερευνητική Διαδικασία

Οι απαραίτητες για την έρευνα πληροφορίες αντλήθηκαν με τη χρήση τριών διαφορετικών μέσων,

- i) μέσω συνέντευξης με τον ίδιο τον ασθενή και τον θεράποντα ιατρό του,
- ii) τη χρήση κλιμάκων αξιολόγησης συμπτωματολογίας και λειτουργικότητας (GAF και HoNOS, αντίστοιχα) και
- iii) μέσω του κλινικού φακέλου του ασθενούς

Οι ερευνητές ενημερώνονταν για τις εισαγωγές των ασθενών στο νοσοκομείο από το μητρώο ασθενών -ένα βιβλίο όπου καταγράφονται βασικά στοιχεία για κάθε εισαγωγή- καθώς και κατόπιν επικοινωνίας με το προσωπικό του τμήματος. Κατόπιν συνεννόησης με το κλινικό προσωπικό και τουλάχιστον 1 εβδομάδα μετά την εισαγωγή οι ερευνητές -ομάδες των δύο ατόμων κάθε φορά- καλούσαν τους ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη, στο γραφείο της ψυχολογικής υπηρεσίας. Οι ερευνητές ενημέρωναν τους ασθενείς για την έρευνα και το σκοπό διεξαγωγής της καθώς και για το γεγονός ότι τα δεδομένα που συλλέγονται είναι ανώνυμα και οι ίδιοι έχουν τη δυνατότητα να αποχωρήσουν οποιαδήποτε στιγμή εάν το επιθυμούν. Στη συνέχεια τους ζητούσαν να υπογράψουν το έγγραφο ενημερωμένης

συγκατάθεσης. Κατόπιν της λήψης της συγκατάθεσης του ασθενούς ξεκινούσε η συνέντευξη.

Ακόμη, οι ερευνητές κατέγραφαν αναλυτικά τα στοιχεία εισαγωγής του ασθενούς από τον κλινικό του φάκελο και δημιουργούσαν μια κλινική βινιέτα για κάθε ασθενή η οποία περιλάμβανε στοιχεία αναφορικά με τα αίτια της εισαγωγής, το κλινικό ιστορικό του ασθενούς, τη παρούσα κλινική του κατάσταση και τη διάγνωση κατά ICD-10 που έχει λάβει μέσα στο τμήμα.

Δύο ανεξάρτητοι ερευνητές -κατόπιν εκπαίδευσης στη χρήση των εν λόγω κλιμάκων- διαβάζοντας τις βινιέτες βαθμολογούσαν τα επίπεδα λειτουργικότητας και συμπτωματολογίας των ασθενών με τη χρήση των κλιμάκων GAF και HoNOS, αντίστοιχα. Αναφορικά με το προφίλ των ερευνητών που συμμετείχαν στη βαθμολόγηση των βινιέτων, ο ένας ήταν ο υποψήφιος διδάκτωρ ο οποίος είναι ψυχίατρος εν ενεργία και εργάζεται στο ΨΝΑ Δαφνί από το 2009. Η δεύτερη ερευνήτρια είναι Ψυχολόγος με μεταπτυχιακή εξειδίκευση στην ψυχιατρική έρευνα. Και οι δύο βαθμολογήσεις ελήφθησαν υπόψη. Ο βαθμός συμφωνίας μεταξύ των βαθμολογητών αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας συντελεστές ενδο-ταξιακής συσχέτισης (intraclass correlation coefficients) Σε γενικές γραμμές, η συμφωνία μεταξύ των αξιολογητών για το συνολικό σκορ της κλίμακας HoNOS ήταν καλή (Οι συντελεστές ICC κυμαίνονταν από πολύ καλοί (0,86 +) έως καλοί (0,73–0,80) σε διαφορετικά χρονικά σημεία αξιολόγησης. Οι συντελεστές ICC υπέδειξαν καλά επίπεδα συμφωνίας για τη GAF κατά την εισαγωγή και το εξιτήριο (0,71, 0,74, αντίστοιχα) Ωστόσο, κατά τις επαναληπτικές μετρήσεις η αξιοπιστία μεταξύ των αξιολογητών κρίθηκε ανεπαρκής για την κλίμακα GAF (0,32–0,39) και ως αποτέλεσμα αυτού, οι βαθμολογήσεις της κλίμακας κατά τις επαναληπτικές μετρήσεις δεν λήφθηκαν υπόψη στην ανάλυση.

Οι ερευνητές δεν είχαν γνώση του τύπου νοσηλείας του ασθενούς (blinding) ώστε να αποφευχθεί πιθανό μεροληπτικό σφάλμα. Σε περίπτωση που τα στοιχεία στον φάκελο ήταν ελλιπή συμπληρώνονταν σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό του κάθε ασθενούς. Η ίδια διαδικασία επαναλαμβανόταν και κατά το εξιτήριο. Κατά τα τέσσερα σημεία επαναξιολόγησης (6, 12, 18 μήνες και 2 έτη), δύο ερευνητές καλούσαν τηλεφωνικά τους ασθενείς ή τους συγγενείς τους και συγκέντρωναν στοιχεία αναφορικά με την παρούσα κλινική τους κατάσταση και τις συνθήκες διαμονής τους και σχημάτιζαν αντίστοιχες κλινικές βινιέτες με αυτές του εισιτηρίου και του εξιτηρίου.

Οι βινιέτες αυτές βαθμολογούνταν στη συνέχεια μόνο με τη χρήση της κλίμακας HoNOS.

Στατιστική ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ή το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Η ανάλυση διασποράς για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (ANOVA) χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να ελεγχθούν διαφορές στις μετρήσεις μεταξύ των ομάδων αλλά και χρονικά. Επίσης, με την ανωτέρω μέθοδο εκτιμήθηκε εάν ο βαθμός μεταβολής στο χρόνο των υπό μελέτη παραμέτρων ήταν διαφορετικός μεταξύ των δυο ομάδων.

Η μεταβολή των κλιμάκων λειτουργικότητας και HoNoS των ασθενών στο χρόνο παρακολούθησης ελέγχθηκε με τη χρήση μεικτών γραμμικών μοντέλων (linear mixed models), με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise) με $p_{\text{entry}}=0,05$ και $p_{\text{removal}}=0,10$, από τα οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Ο όρος μεικτό μοντέλο αναφέρεται στη χρήση σταθερών και τυχαίων επιδράσεων στην ίδια ανάλυση. Στο μοντέλο μικτών επιδράσεων το διάνυσμα αποκρίσεων κάθε ατόμου μοντελοποιείται ως μια παραμετρική συνάρτηση, όπου μερικές από τις παραμέτρους ή τις “επιδράσεις” είναι τυχαίες μεταβλητές με πολυμεταβλητή κανονική κατανομή. Οι παράγοντες στο μοντέλο χωρίζεται σε: παράγοντες σταθερών επιδράσεων (όσες μεταβλητές των οποίων οι τιμές που ενδιαφέρουν τον ερευνητή παρουσιάζονται όλες στο πίνακα δεδομένων) και τους παράγοντες τυχαίων επιδράσεων (όσες μεταβλητές των οποίων οι τιμές στο πίνακα δεδομένων μπορούν να θεωρηθούν ως ένα τυχαίο δείγμα ενός μεγαλύτερου πληθυσμού τιμών. Αυτό το μοντέλο δύναται να χρησιμοποιηθεί επειδή διαχειρίζεται μη ισοκατανεμημένα δεδομένα (διαφορετικοί σχεδιασμοί για διαφορετικά άτομα), δεδομένα με ελλείπουσες τιμές καθώς και από κοινού εξαρτημένες τυχαίες επιδράσεις (Σταθακοπούλου, 2018).

Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν τα στατιστικά προγράμματα SPSS 22.0 και STATA 11.0.

Αποτελέσματα

Περιγραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Το δείγμα αποτελείται από 544 ασθενείς, το 64,7% των οποίων (N=352) εισήχθη ακούσια στο νοσοκομείο και το υπόλοιπο 35,3% (N=192) εισήχθη εκούσια. Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, χωριστά για κάθε ομάδα.

Πίνακας 5. Περιγραφή κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών δείγματος

		Τύπος νοσηλείας				P
		εκούσιος ασθενής		ακούσιος ασθενής		Pearson's x ² test
		N	%	N	%	
Φύλο	Άνδρας	101	52,6	217	61,6	0,041
	Γυναίκα	91	47,4	135	38,4	
Ηλικία, μέση τιμή (SD)		46,7 (14,2)		46,3 (14,7)		0,743 ⁺⁺
Τόπος διαμονής	Εντός Αθήνας	144	80,9	231	71,7	0,024
	Εκτός Αθήνας	34	19,1	91	28,3	
Υπηκοότητα	Ελληνική	177	92,2	318	90,3	0,472
	Αλλοδαπός	15	7,8	34	9,7	
	Άγαμος	78	49,7	168	55,8	
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος	43	27,4	60	19,9	0,337
	Διαζευγμένος-σε διάσταση	31	19,7	62	20,6	
	Χήρος	5	3,2	11	3,7	
	Απόφοιτος Δημοτικού	23	23,7	53	25,5	
	Απόφοιτος Γυμνασίου	21	21,6	49	23,6	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Απόφοιτος Λυκείου	31	32,0	53	25,5	0,439 ⁺
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ/ΙΕΚ	19	19,6	51	24,5	
	Μεταπτυχιακές	3	3,1	2	1,0	
	Δεν εργάζεται	83	64,3	162	57,4	
	Εργάζεται	20	15,5	69	24,5	
Εργασιακή κατάσταση	οικονομικά ανενεργός	26	20,2	51	18,1	0,123
	Πυρηνική οικογένεια	50	33,1	75	25,3	
	Οικογένεια καταγωγής	58	38,4	118	39,9	
Συνθήκες διαμονής	Δομή ψυχικής υγείας	9	6,0	6	2,0	0,034⁺
	άστεγος	4	2,6	5	1,7	
	μόνος	25	16,6	78	26,4	

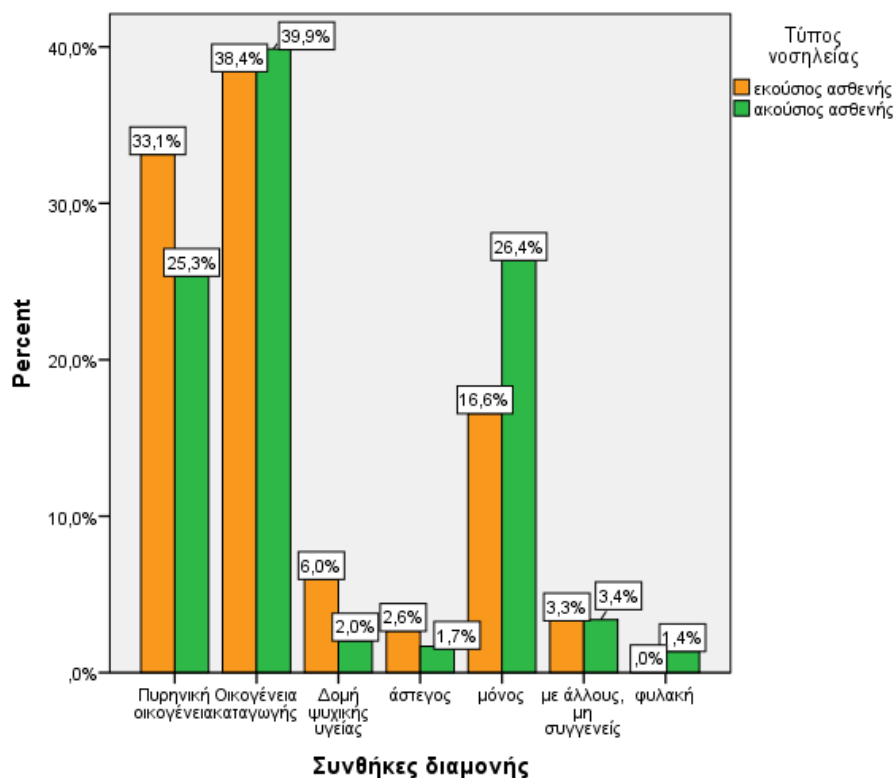
	Τύπος νοσηλείας				P Pearson's x ² test
	εκούσιος ασθενής		ακούσιος ασθενής		
	N	%	N	%	
με άλλους, μη συγγενείς	5	3,3	10	3,4	
φυλακή	0	0,0	4	1,4	

*Fisher's exact test **Student's t-test

Το 47,4% των ασθενών που είχαν εισαχθεί εκούσια ήταν γυναίκες ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ασθενών που είχαν εισαχθεί ακούσια ήταν σημαντικά χαμηλότερο και ίσο με 38,4%. Η μέση ηλικία των ασθενών που είχαν εισαχθεί εκούσια ήταν τα 46,7 έτη (SD=14,2 έτη) και των ασθενών που είχαν εισαχθεί ακούσια ήταν τα 46,3 έτη (SD=14,7 έτη). Ακόμα, το ποσοστό των ασθενών που έμεναν στην Αττική ήταν 80,9% για εκείνους που εισήχθησαν εκούσια και σημαντικά χαμηλότερο και ίσο με 71,7% για εκείνους που εισήχθησαν ακούσια. Επίσης, οι δύο ομάδες διέφεραν σημαντικά και ως προς τις συνθήκες διαμονής, με τους ασθενείς που εισήχθησαν ακούσια να μένουν μόνοι τους σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους ασθενείς που εισήχθησαν εκούσια.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται οι συνθήκες διαμονής των εκούσιων και των ακούσιων ασθενών.

Γράφημα 2. Συνθήκες διαμονής ανά τύπο νοσηλείας



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται το επίπεδο κοινωνικής στήριξης των ασθενών βάσει της κλίμακας OSLO, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Πίνακας 6. Επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης ανά τύπο νοσηλείας

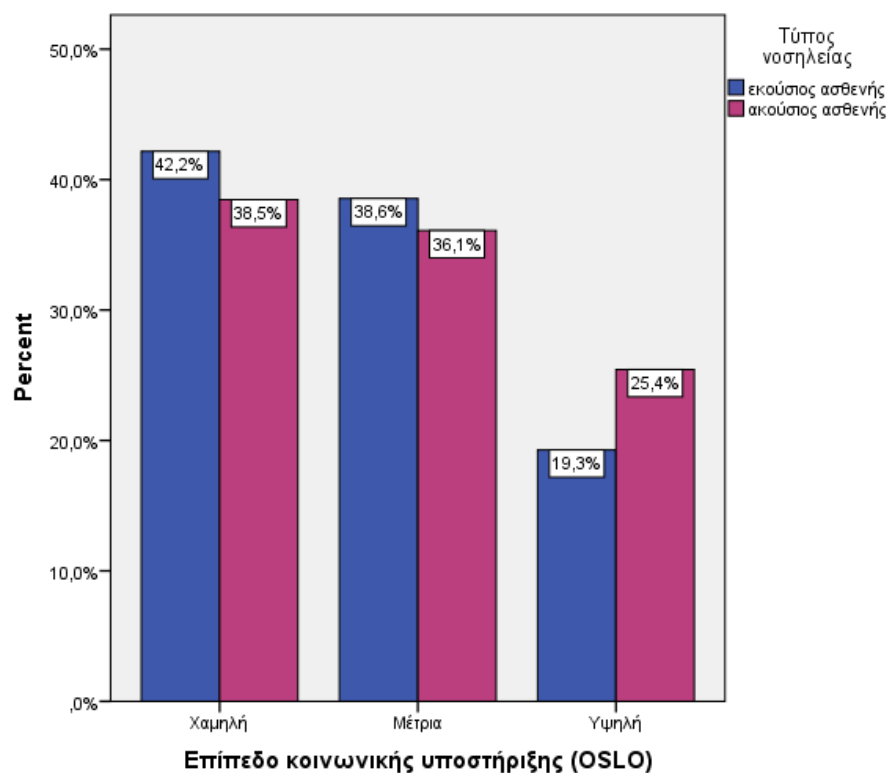
		Τύπος νοσηλείας				P Pearson's x² test
		εκούσιος ασθενής		ακούσιος ασθενής		
		N	%	N	%	
Κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης (OSLO), μέση τιμή (SD)		8,99 (2,66)		9,37 (2,74)		0,291 ⁺⁺
Επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης (OSLO)	Χαμηλή	35	42,2	65	38,5	0,552
	Μέτρια	32	38,6	61	36,1	
	Υψηλή	16	19,3	43	25,4	

⁺⁺Student's t-test

Η πλειοψηφία των ασθενών και στις δύο ομάδες είχαν χαμηλή κοινωνική υποστήριξη με τα ποσοστά να είναι παρόμοια και ίσα με 42,2% για τους ασθενείς που εισήχθησαν εκούσια και 38,5% για εκείνους που εισήχθησαν ακούσια.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται το επίπεδο κοινωνικής στήριξης των ασθενών βάσει της κλίμακας OSLO, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Γράφημα 3. Επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης ανά τύπο νοσηλείας



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται στοιχεία από το ιστορικό των ασθενών, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Πίνακας 7. Κλινικά χαρακτηριστικά δείγματος

		Τύπος νοσηλείας				P Pearson's x ² test
		εκούσιος ασθενής		ακούσιος ασθενής		
		N	%	N	%	
Ιστορικό παραβατικότητας	Δεν έχει	96	82,8	180	74,4	0,077
	Έχει	20	17,2	62	25,6	
Συννοσηρότητα	Όχι	139	76,4	237	69,9	0,117
	Ναι	43	23,6	102	30,1	
Διαταραχές προσωπικότητας	Απουσία	163	88,6	315	92,4	0,147
	Παρουσία	21	11,4	26	7,6	
Χρήση αλκοόλ/ουσιών	Απουσία	152	82,6	249	73,0	0,014
	Παρουσία	32	17,4	92	27,0	
Νοητική υστέρηση	Απουσία	171	93,4	319	93,5	0,963
	Παρουσία	12	6,6	22	6,5	
Προηγούμενη επαφή με επαγγελματίες ΨΥ	καμία επαφή τα τελευταία χρόνια	21	14,0	71	25,2	0,019 ⁺
	νοσηλεία σε ΨΝΑ, ψυχιατρική κλινική	28	18,7	64	22,7	
	νοσηλεία σε γενικό νοσοκομείο	11	7,3	24	8,5	
	κοινοτική δομή	15	10,0	14	5,0	
	ιδιώτης ψυχίατρος	53	35,3	81	28,7	
	εξωτερικά ιατρεία	16	10,7	16	5,7	
	εξειδικευμένη δομή (ΟΚΑΝΑ, 18 και άνω)	4	2,7	6	2,1	
	Τηλεφωνική Γραμμή	1	0,7	0	0,0	
	ιδιώτης ειδικός ψυχικής υγείας	1	0,7	6	2,1	

⁺Fisher's exact test

Το ποσοστό χρήσης αλκοόλ/ουσιών στους ασθενείς που εισήχθησαν ακούσια ήταν σημαντικά υψηλότερο από το αντίστοιχο των ασθενών που εισήχθησαν εκούσια (27,0% έναντι 17,4%). Επίσης, η προηγούμενη επαφή με επαγγελματίες ψυχικής υγείας διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που εισήχθησαν ακούσια δεν είχαν επαφή με κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας τα τελευταία χρόνια σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους ασθενείς που εισήχθησαν εκούσια.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται στοιχεία της νόσου των ασθενών, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Πίνακας 8. Περιγραφικά χαρακτηριστικά τρέχουσας και προηγούμενης/προηγούμενων νοσηλείας/νοσηλίων

		Τύπος νοσηλείας				P Fisher's exact test	
		εκούσιος ασθενής		ακούσιος ασθενής			
		N	%	N	%		
Κύρια διάγνωση	Έναρξη νόσου, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)	29,4 (13,3)	28 920 - 37)	30,5 (13,9)	28 (20 - 37)	0,533 ⁺⁺	
	ψυχωσική συνδρομή	100	54,1	242	72,0		
	Διπολική διαταραχή	23	12,4	42	12,5		
	Κατάθλιψη	42	22,7	14	4,2		
	Αγχώδης διαταραχή	3	1,6	0	0,0		
	διαταραχές συμπεριφοράς	7	3,8	13	3,9	<0,001	
	Χρήση ουσιών	3	1,6	9	2,7		
	Οργανικό ψυχοσύνδρομο	5	2,7	12	3,6		
	αναπτυξιακή διαταραχή	2	1,1	2	0,6		
	διαταραχή προσαρμογής	0	0,0	2	0,6		
	ICD category	F01-F09	5	2,7	14	4,1	0,001
		F10-F19	7	3,8	21	6,2	
		F20-F29	95	51,6	223	65,8	
		F30-F39	61	33,2	57	16,8	
		F40-F49	4	2,2	2	0,6	
		F50-F59	0	0,0	0	0,0	
F60-F69		8	4,3	15	4,4		
F70-F79		4	2,2	7	2,1		
F80-F89		0	0,0	0	0,0		
F90-F98		0	0,0	0	0,0		
	F99	0	0,0	0	0,0		
Αριθμός νοσηλίων, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		2,5 (3,5)	1 (0 - 4)	2,9 (7,1)	2 (0 - 4)	0,717 ⁺⁺	
Αριθμός ακούσιων νοσηλίων, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		0,9 (2,2)	0 (0 - 1)	2,1 (8,2)	0 (0 - 2)	0,001 ⁺⁺	
Διάρκεια νοσηλείας (ημέρες) ¹ , μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		27,8 (72,2)	14 (8 - 29)	41,8 (49,9)	31 (19 - 47)	<0,001 ⁺⁺	

⁺⁺Mann-Whitney test ¹ εύρος για εκούσιους: 2-954 ημέρες & εύρος για ακούσιους 1-423 ημέρες

Υπήρξε σημαντική διαφορά στην κύρια διάγνωση και στην ICD κατηγορία των ασθενών των δύο ομάδων. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που είχαν εισαχθεί ακούσια είχαν διαγνωστεί σε υψηλότερο ποσοστό με ψυχωσική συνδρομή ενώ οι ασθενείς που είχαν εισαχθεί εκούσια είχαν διαγνωστεί σε υψηλότερο ποσοστό με κατάθλιψη. Ακόμα, το ποσοστό των διαγνώσεων της κατηγορίας F30-F39 ήταν υψηλότερο στους ασθενείς που είχαν εισαχθεί εκούσια. Ο συνολικός αριθμός νοσηλειών ήταν παρόμοιος στις δύο ομάδες όπως και τα έτη από τη διάγνωση. Ωστόσο, ο αριθμός ακούσιων νοσηλειών και η διάρκεια νοσηλείας ήταν σημαντικά υψηλότερα στους ασθενείς που είχαν εισαχθεί ακούσια.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν στην έκβαση της νοσηλείας των ασθενών, χωριστά για κάθε ομάδα.

Πίνακας 9. Περιγραφικά χαρακτηριστικά έκβασης νοσηλείας ασθενών ανά τύπο νοσηλείας

		Τύπος νοσηλείας				P Pearson's x ² test
		εκούσιος ασθενής		ακούσιος ασθενής		
		N	%	N	%	
Υποκειμενικές Ερωτήσεις	Θετική	1	100,0	59	43,4	1,000 ⁺
	Αρνητική	0	0,0	38	27,9	
	Αμφιθυμική	0	0,0	39	28,7	
Διακομιδή	Όχι	162	90,0	295	87,0	0,319
	Ναι	18	10,0	44	13,0	
Διακομιδή σε	Διακομιδή σε άλλη δομή ψυχικής υγείας(οικοτροφείο, ξενώνας)	12	52,2	26	52,0	0,748 ⁺
	Διακομιδή σε γενικό νοσοκομείο	2	8,7	9	18,0	
	Μεταφορά σε φυλακή	1	4,3	3	6,0	
	Συνέχιση νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική	3	13,0	6	12,0	
	Ανεπαρκής νοσηλεία/δεν συνεχίστηκε σε άλλη δομή κ.λ.π.	5	21,7	6	12,0	
Θάνατος	Όχι	185	98,4	337	96,6	0,216
	Ναι	3	1,6	12	3,4	
Απόδραση	Όχι	186	98,9	343	98,0	0,506 ⁺
	Ναι	2	1,1	7	2,0	
Επανείσοδος	Όχι	122	65,2	274	78,1	0,001
	Ναι	65	34,8	77	21,9	
Αριθμός επανεισόδων	Καμία	122	65,2	274	78,1	0,010 ⁺
	Μια	42	22,5	54	15,4	
	Δύο	18	9,6	17	4,8	
	Πάνω από δύο	5	2,7	6	1,7	

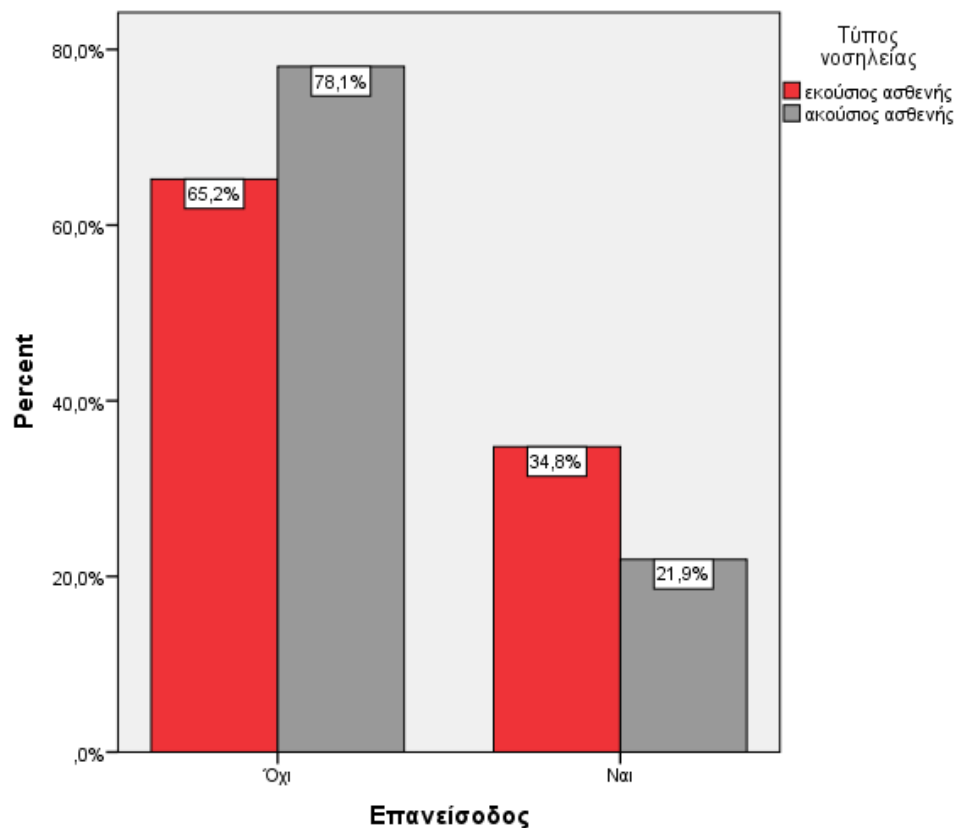
		Τύπος νοσηλείας				P Pearson's x ² test
		εκούσιος ασθενής		ακούσιος ασθενής		
		N	%	N	%	
Χρονικό διάστημα χωρίς επανείσοδο, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		323,4 (218,6)	310 (149 - 455)	294,8 (209,4)	240 (141 - 439)	0,435 ⁺⁺
Τύπος επανεισόδου	Εκούσια	47	75,8	27	37,5	<0,001 ⁺
	Ακούσια	15	24,2	44	61,1	
	Εικονική	0	0,0	1	1,4	

⁺Fisher's exact test ⁺⁺Mann-Whitney test

Το ποσοστό των επανεισόδων ήταν σημαντικά υψηλότερο στους ασθενείς που εισήχθησαν εκούσια σε σύγκριση με των ασθενών που εισήχθησαν ακούσια (34,8% έναντι 21,9%). Επίσης, οι ασθενείς που είχαν εισαχθεί εκούσια είχαν σε υψηλότερο ποσοστό εκούσια επανείσοδο και αντίστοιχα οι ασθενείς που είχαν εισαχθεί ακούσια είχαν σε υψηλότερο ποσοστό ακούσια επανείσοδο.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται το ποσοστό των ασθενών που έκαναν επανείσοδο σε νοσοκομείο, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Γράφημα 4. Σχετικές συχνότητες επανεισόδων ανά τύπο νοσηλείας



Κλίμακα σφαιρικής λειτουργικότητας GAF

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στην κλίμακα λειτουργικότητας όπως μετρήθηκε κατά την είσοδο και την έξοδο από το νοσοκομείο, ξεχωριστά για εκείνους που εισήχθησαν εκούσια και εκείνους που εισήχθησαν ακούσια.

Πίνακας 10. Μεταβολή στην κλίμακα σφαιρικής λειτουργικότητας στα δύο χρονικά σημεία μέτρησης ανά τύπο νοσηλείας

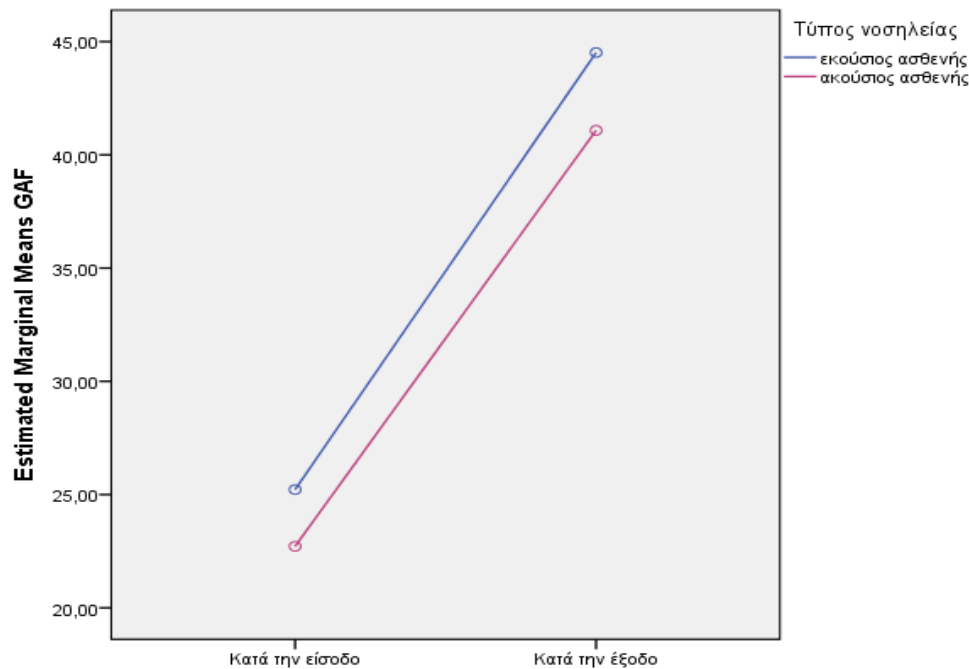
Κλίμακα λειτουργικότητας							P ¹	P ²
Τύπος νοσηλείας	Κατά την είσοδο		Κατά την έξοδο		Μεταβολή			
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD		
εκούσιος ασθενής	25,3	12,5	44,5	16,1	19,2	14,1	<0,001	0,520
ακούσιος ασθενής	23,2	12,1	41,1	16,0	17,9	14,2	<0,001	
P ³	0,032		0,036					

¹Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων. ²Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων. ³Διαφορά μεταξύ των ομάδων

Οι εκούσιοι ασθενείς είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα GAF τόσο κατά την είσοδο στο νοσοκομείο όσο και κατά την έξοδο από αυτό σε σύγκριση με τους ακούσιους ασθενείς, υποδηλώνοντας καλύτερη λειτουργικότητα. Επίσης, η λειτουργικότητα των ασθενών αυξήθηκε σημαντικά κατά την έξοδο, ανεξάρτητα από το αν εισήχθησαν εκούσια ή ακούσια. Ο βαθμός αύξησης ήταν παρόμοιος στις δύο ομάδες.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στην κλίμακα λειτουργικότητας GAF, ξεχωριστά στους ασθενείς που εισήχθησαν εκούσια και εκείνους που εισήχθησαν ακούσια.

Γράφημα 5. Μεταβολή στην κλίμακας σφαιρικής λειτουργικότητας στα δύο χρονικά σημεία μέτρησης ανά τύπο νοσηλείας



Συσχέτιση της μεταβολής στη βαθμολογία λειτουργικότητας με τα δημογραφικά στοιχεία των εκούσιων ασθενών καθώς και τα στοιχεία από το ιστορικό και τη νοσηλεία τους.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα αποτελέσματα των μεικτών γραμμικών μοντέλων παλινδρόμησης (mixed linear model) έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα λειτουργικότητας και σαν ανεξάρτητες ένα-ένα τα δημογραφικά στοιχεία των εκούσιων ασθενών.

Πίνακας 11. Αποτελέσματα μεικτών γραμμικών μοντέλων παλινδρόμησης (mixed linear model) με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα σφαιρικής λειτουργικότητας και ανεξάρτητες μεταβλητές κάθε ένα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εκούσιων ασθενών

		β^+	SE ⁺⁺	P
Χρόνος		12,07	3,58	0,001
Φύλο	Άνδρας (αναφορά)			
	Γυναίκα	-0,52	1,88	0,780
<i>Αλληλεπίδραση χρόνου-φύλου</i>		4,88	2,30	0,034
Χρόνος		27,75	4,09	<0,001
Ηλικία		-0,02	0,07	0,882
<i>Αλληλεπίδραση χρόνου-ηλικίας</i>		-0,14	0,08	0,099
Χρόνος		16,81	3,71	<0,001
Τόπος διαμονής	Εντός Αθήνας (αναφορά)			
	Εκτός Αθήνας	-3,48	2,44	0,153
<i>Αλληλεπίδραση χρόνου-τόπου διαμονής</i>		2,07	2,89	0,475
Χρόνος		14,31	4,59	0,002
Υψηκοότητα	Ελληνική (αναφορά)			
	Αλλοδαπός	3,95	3,47	0,255
<i>Αλληλεπίδραση χρόνου-υψηκοότητας</i>		4,53	4,08	0,267
Χρόνος		18,05	1,48	<0,001
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/ Διαζευγμένος-σε διάσταση/ Χήρος (αναφορά)			
	Έγγαμος	1,66	2,22	0,453
<i>Αλληλεπίδραση χρόνου-οικογενειακής κατάστασης</i>		4,51	2,75	0,101
Χρόνος		115,08	3,15	<0,001
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Απόφοιτος Δημοτικού (αναφορά)			
	Απόφοιτος Γυμνασίου	-1,41	3,86	0,715
	Απόφοιτος Λυκείου	2,74	3,38	0,419
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ/ΙΕΚ - Μεταπτυχιακές	7,00	3,66	0,056
<i>Αλληλεπίδραση χρόνου-εργασιακής κατάστασης</i>	Απόφοιτος Δημοτικού (αναφορά)			
	Απόφοιτος Γυμνασίου	2,44	4,54	0,591
	Απόφοιτος Λυκείου	5,78	4,02	0,150

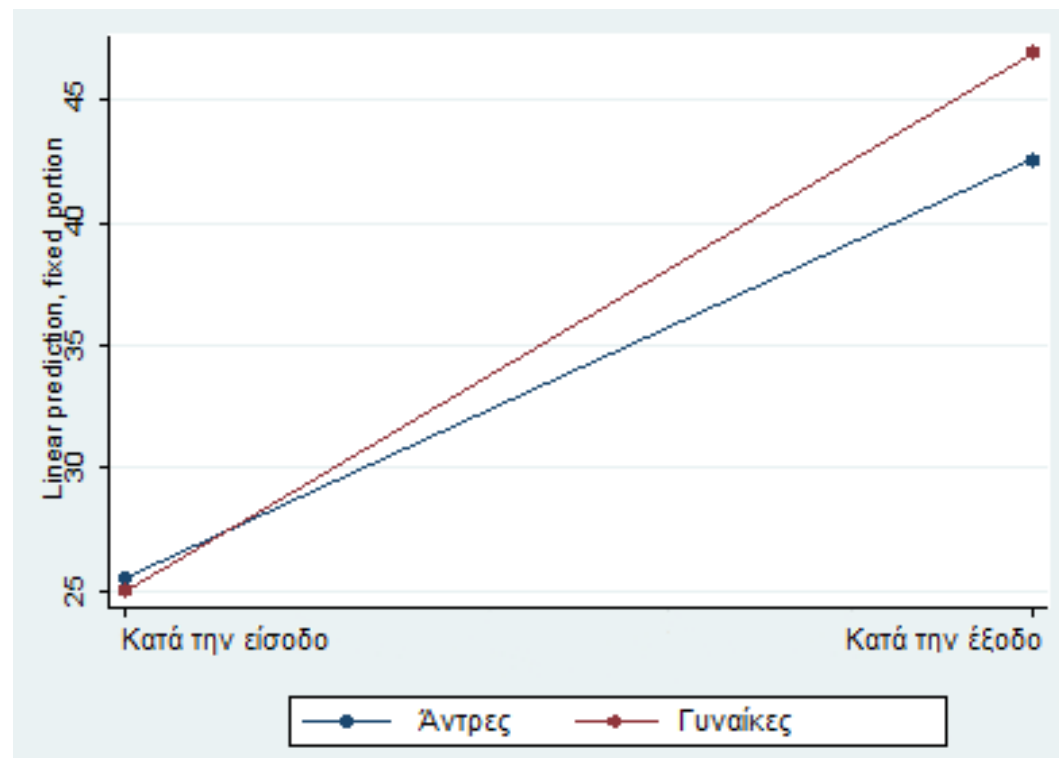
		β^+	SE ⁺⁺	P
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ/ΙΕΚ - Μεταπτυχιακές	6,50	4,59	0,157
Χρόνος Εργασιακή κατάσταση	Δεν εργάζεται (αναφορά)	18,64	1,55	<0,001
	Εργάζεται	3,79	3,30	0,250
	οικονομικά ανενεργός	1,21	3,18	0,705
Αλληλεπίδραση χρόνου- εργασιακής κατάστασης	Δεν εργάζεται (αναφορά)			
	Εργάζεται	6,40	3,60	0,076
	οικονομικά ανενεργός	-1,46	3,44	0,670

⁺ συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺ τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Ο μοναδικός παράγοντας που βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη μεταβολή στη βαθμολογία λειτουργικότητας ήταν το φύλο, καθώς ήταν ο μοναδικός όρος αλληλεπίδρασης που βρέθηκε σημαντικός. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες είχαν σημαντικά μεγαλύτερη αύξηση στην κλίμακα λειτουργικότητας, υποδηλώνοντας μεγαλύτερη βελτίωση στη λειτουργικότητά τους κατά την έξοδο από το νοσοκομείο, σε σύγκριση με τους άντρες.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη βαθμολογία της κλίμακας λειτουργικότητας ανάλογα με το φύλο των εκούσιων ασθενών.

Γράφημα 6. Μεταβολή στη βαθμολογία της κλίμακας λειτουργικότητας ανάλογα με το φύλο των εκούσιων ασθενών



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα αποτελέσματα των μεικτών γραμμικών μοντέλων παλινδρόμησης (mixed linear model) έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα λειτουργικότητας και σαν ανεξάρτητες ένα-ένα τα στοιχεία από το ιστορικό και τη νοσηλεία των εκούσιων ασθενών.

Πίνακας 12. Αποτελέσματα μεικτών γραμμικών μοντέλων παλινδρόμησης (mixed linear model) με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα σφαιρικής λειτουργικότητας και ανεξάρτητες μεταβλητές κάθε ένα από τα κλινικά χαρακτηριστικά των εκούσιων ασθενών

		β^+	SE ⁺⁺	P
Χρόνος		18,64	1,57	<0,001
Ιστορικό παραβατικότητας	Δεν έχει (αναφορά)			
	Έχει	-2,81	3,34	0,400
Αλληλεπίδραση χρόνου-ιστορικού παραβατικότητας		0,24	4,24	0,955
Χρόνος		19,72	1,35	<0,001
Συννοσηρότητα	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	1,06	2,20	0,630
Αλληλεπίδραση χρόνου-συννοσηρότητας		-2,18	2,77	0,431
Χρόνος		19,00	1,24	<0,001
Διαταραχές προσωπικότητας	Απουσία (αναφορά)			
	Παρουσία	0,78	2,93	0,789

	β^+	SE ⁺⁺	P
Αλληλεπίδραση χρόνου-Διαταραχών προσωπικότητας	2,47	3,55	0,486
Χρόνος	19,04	1,28	<0,001
Χρήση αλκοόλ/ουσιών			
Απουσία (αναφορά)			
Παρουσία	-0,83	2,47	0,737
Αλληλεπίδραση χρόνου-χρήσης αλκοόλ/ουσιών	1,54	3,05	0,614
Χρόνος	20,08	1,18	<0,001
Νοητική υστέρηση			
Απουσία (αναφορά)			
Παρουσία	-4,82	3,82	0,207
Αλληλεπίδραση χρόνου-νοητικής υστέρησης	-11,55	4,51	0,011
Χρόνος	19,69	3,13	<0,001
Έναρξη νόσου	-0,11	0,08	0,117
Αλληλεπίδραση χρόνου-έναρξης νόσου	0,00	0,10	0,965
Χρόνος	20,80	1,49	<0,001
Αριθμός νοσηλειών	-0,08	0,31	0,790
Αλληλεπίδραση χρόνου-αριθμού νοσηλειών	-0,66	0,34	0,050
Χρόνος	21,90	1,70	<0,001
Διάρκεια νοσηλείας (ημέρες)	-0,01	0,01	0,253
Αλληλεπίδραση χρόνου-διάρκειας νοσηλείας	-0,13	0,06	0,031
Χρόνος	19,15	1,25	<0,001
Διακομιδή			
Όχι (αναφορά)			
Ναι	-2,99	3,51	0,400
Αλληλεπίδραση χρόνου-διακομιδής	6,21	4,85	0,200
Χρόνος	19,76	1,50	<0,001
Επανείσοδος			
Όχι (αναφορά)			
Ναι	1,73	2,01	0,391
Αλληλεπίδραση χρόνου-επανεισόδου	-1,12	2,48	0,651

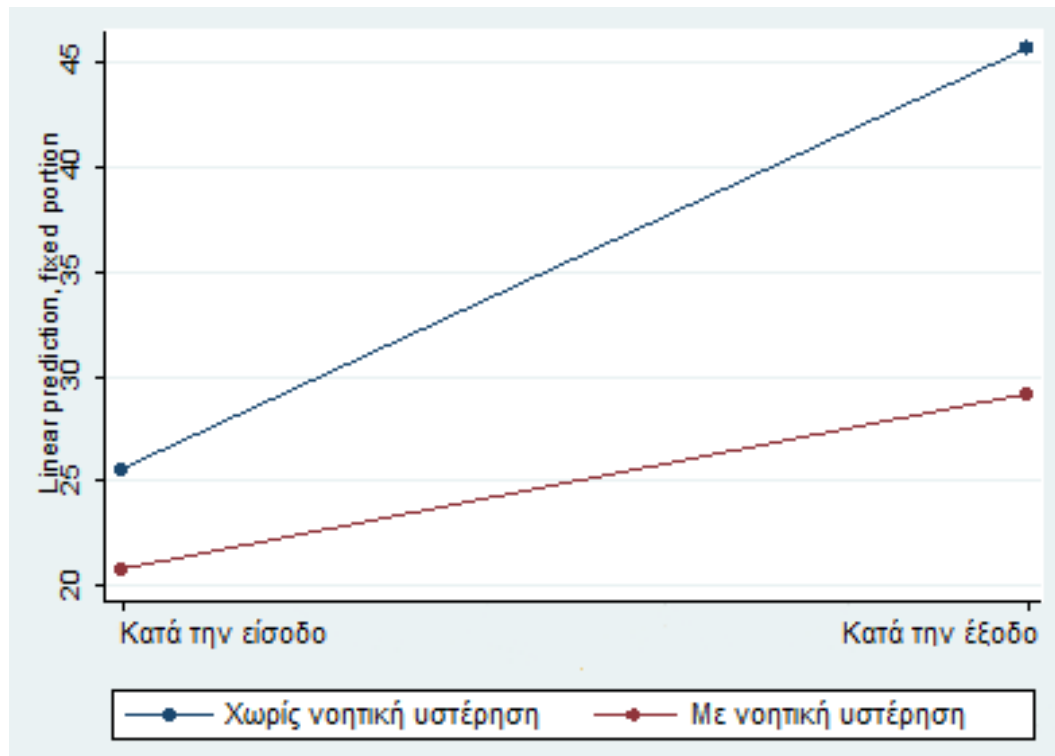
⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Οι παράγοντες που βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά με τη μεταβολή στη βαθμολογία της κλίμακας λειτουργικότητας ήταν η ύπαρξη νοητικής υστέρησης και η διάρκεια νοσηλείας, καθώς ήταν οι όροι αλληλεπίδρασης σημαντικοί. Συγκεκριμένα:

- οι ασθενείς με νοητική υστέρηση είχαν σημαντικά μικρότερη βελτίωση στη λειτουργικότητά τους κατά την έξοδο από το νοσοκομείο, σε σύγκριση με τους ασθενείς χωρίς νοητική υστέρηση.
- Όσο περισσότερο καιρό νοσηλεύτηκαν οι ασθενείς τόσο μικρότερη ήταν η βελτίωση στη λειτουργικότητά τους κατά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη βαθμολογία της κλίμακας λειτουργικότητας ανάλογα με την ύπαρξη νοητικής υστέρησης στους εκούσιους ασθενείς.

Γράφημα 7. Μεταβολή στη βαθμολογία της κλίμακας λειτουργικότητας ανάλογα με τη παρουσία νοητικής υστέρησης στους εκούσιους ασθενείς



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται το αποτέλεσμα του μεικτού γραμμικού μοντέλου παλινδρόμησης (mixed linear model) έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα λειτουργικότητας και σαν ανεξάρτητη το επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης των εκούσιων ασθενών.

Πίνακας 13. Αποτελέσματα μεικτού γραμμικού μοντέλου παλινδρόμησης (mixed linear model) με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα σφαιρικής λειτουργικότητας και ανεξάρτητη μεταβλητή το συνολικό σκορ της κλίμακας Oslo των εκούσιων ασθενών

		β^+	SE ⁺⁺	P
Χρόνος		17,61	2,49	<0,001
Επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης (OSLO)	Χαμηλή (αναφορά)			
	Μέτρια	-0,60	3,21	0,851
	Υψηλή	-5,49	4,00	0,165
Αλληλεπίδραση χρόνου-επίπεδου κοινωνικής υποστήριξης	Χαμηλή (αναφορά)			
	Μέτρια	3,28	3,72	0,378
	Υψηλή	1,18	4,58	0,797

⁺ συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺ τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Η βελτίωση στην λειτουργικότητα ήταν ανεξάρτητη από το επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης των εκούσιων ασθενών.

Στη συνέχεια, έγινε πολυπαραγοντικό μεικτό γραμμικό μοντέλο παλινδρόμησης (mixed linear model) έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα λειτουργικότητας και σαν ανεξάρτητες όσες μεταβλητές ήταν σημαντικές στις προηγούμενες παλινδρομήσεις. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) βρέθηκαν τα παρακάτω αποτελέσματα.

Πίνακας 14. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικού μεικτού γραμμικού μοντέλου παλινδρόμησης (mixed linear model) με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα σφαιρικής λειτουργικότητας με τη μέθοδο ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) στην υποομάδα των εκούσιων ασθενών

		β+	SE++	P
Χρόνος		22,61	1,69	<0,001
Νοητική υστέρηση	Απουσία (αναφορά) Παρουσία	-4,75	3,81	0,212
Αλληλεπίδραση χρόνου-νοητικής υστέρησης		-11,36	4,46	0,011
Διάρκεια νοσηλείας (ημέρες)		-0,02	0,01	0,196
Αλληλεπίδραση χρόνου-διάρκειας νοσηλείας		-0,12	0,06	0,032

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Βρέθηκε ότι υπήρξε σημαντική αύξηση στη βαθμολογία κατά την έξοδο από το νοσοκομείο και οι παράγοντες που την επηρέαζαν σημαντικά ήταν η ύπαρξη νοητικής υστέρησης και η διάρκεια νοσηλείας. Συγκεκριμένα:

- οι ασθενείς με νοητική υστέρηση είχαν σημαντικά μικρότερη βελτίωση στη λειτουργικότητα τους.
- Όσο αυξανόταν η διάρκεια νοσηλείας τόσο μικρότερη ήταν η βελτίωση στη λειτουργικότητα των ασθενών.

Συσχέτιση της μεταβολής στη βαθμολογία λειτουργικότητας με τα δημογραφικά στοιχεία των ακούσιων ασθενών καθώς και τα στοιχεία από το ιστορικό και τη νοσηλεία τους.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα αποτελέσματα των μεικτών γραμμικών μοντέλων παλινδρόμησης (mixed linear model) έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα λειτουργικότητας και σαν ανεξάρτητες ένα-ένα τα δημογραφικά στοιχεία των ακούσιων ασθενών.

Πίνακας 15. Αποτελέσματα μεικτών γραμμικών μοντέλων παλινδρόμησης (mixed linear model) με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα σφαιρικής λειτουργικότητας και ανεξάρτητες μεταβλητές κάθε ένα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ακούσιων ασθενών

		β^+	SE ⁺⁺	P
Χρόνος		12,12	2,49	<0,001
Φύλο	Ανδρας (αναφορά)			
	Γυναίκα	-0,66	1,35	0,627
Αλληλεπίδραση χρόνου-φύλου		4,43	1,70	0,009
Χρόνος		23,43	2,79	<0,001
Ηλικία		-0,11	0,04	0,013
Αλληλεπίδραση χρόνου-ηλικίας		-0,11	0,06	0,059
Χρόνος		19,00	2,59	<0,001
Τόπος διαμονής	Εντός Αθήνας (αναφορά)			
	Εκτός Αθήνας	0,38	1,44	0,793
Αλληλεπίδραση χρόνου-τόπου διαμονής		-0,33	1,89	0,860
Χρόνος		14,72	3,32	<0,001
Υπηκοότητα	Ελληνική (αναφορά)			
	Αλλοδαπός	3,53	2,18	0,106
Αλληλεπίδραση χρόνου-υπηκοότητας		3,24	2,96	0,273
Χρόνος		18,90	0,99	<0,001
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/ Διαζευγμένος-σε διάσταση/ Χήρος (αναφορά)			
	Έγγαμος	1,80	1,67	0,282
Αλληλεπίδραση χρόνου-οικογενειακής κατάστασης		-0,89	2,14	0,678
Χρόνος		17,08	2,01	<0,001
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Απόφοιτος Δημοτικού (αναφορά)			
	Απόφοιτος Γυμνασίου	0,84	2,22	0,705
	Απόφοιτος Λυκείου	2,94	2,15	0,172
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ/ΙΕΚ - Μεταπτυχιακές	1,98	2,15	0,358
Αλληλεπίδραση χρόνου-εργασιακής κατάστασης	Απόφοιτος Δημοτικού (αναφορά)			
	Απόφοιτος Γυμνασίου	-0,70	2,96	0,812
	Απόφοιτος Λυκείου	-0,36	2,79	0,897
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ/ΙΕΚ - Μεταπτυχιακές	6,64	2,79	0,017
Χρόνος		18,15	1,23	<0,001
Εργασιακή κατάσταση	Δεν εργάζεται (αναφορά)			
	Εργάζεται	0,03	1,73	0,988
	οικονομικά ανενεργός	-2,51	1,93	0,193
Αλληλεπίδραση χρόνου-εργασιακής κατάστασης	Δεν εργάζεται (αναφορά)			
	Εργάζεται	3,26	2,26	0,149
	οικονομικά ανενεργός	-1,64	2,48	0,508

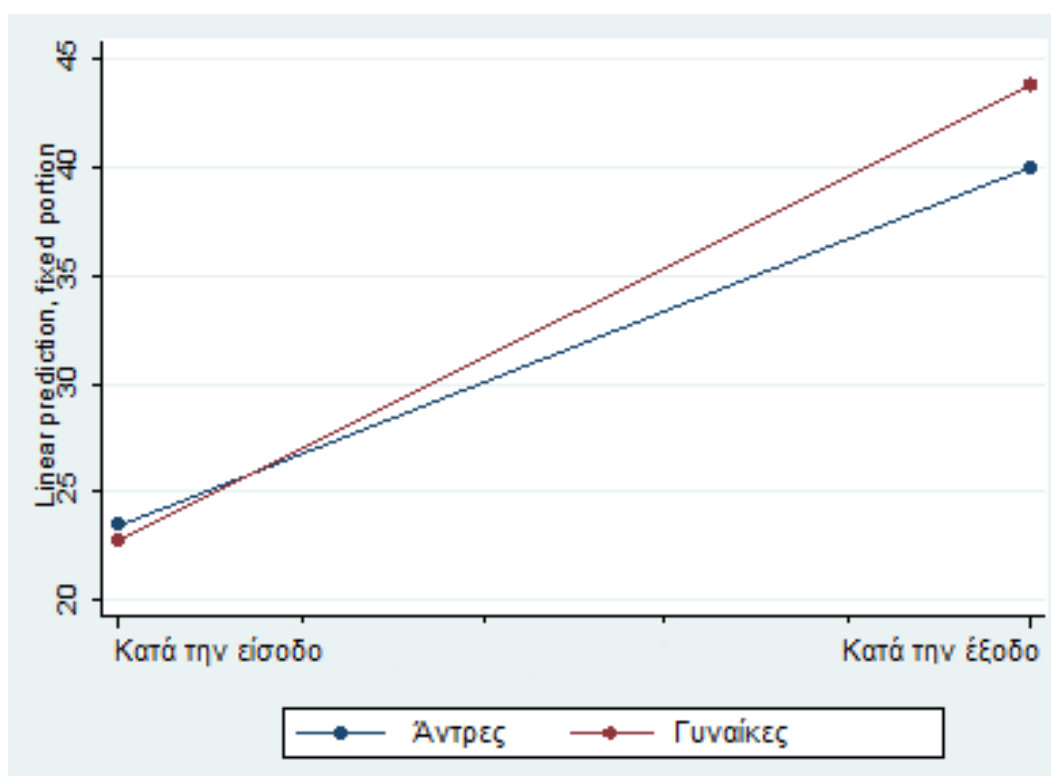
⁺ συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺ τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Το φύλο και το εκπαιδευτικό επίπεδο βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά με τη μεταβολή στη βαθμολογία λειτουργικότητας, καθώς ήταν σημαντικοί οι όροι αλληλεπίδρασης τους. Συγκεκριμένα:

- οι γυναίκες είχαν σημαντικά μεγαλύτερη αύξηση στην κλίμακα λειτουργικότητας, υποδηλώνοντας μεγαλύτερη βελτίωση στη λειτουργικότητά τους κατά την έξοδο από το νοσοκομείο, σε σύγκριση με τους άντρες.
- οι ασθενείς που ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ/ΙΕΚ ή είχαν μεταπτυχιακές σπουδές είχαν σημαντικά μεγαλύτερη αύξηση στην κλίμακα λειτουργικότητας σε σύγκριση με τους ασθενείς που ήταν απόφοιτοι δημοτικού.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη βαθμολογία της κλίμακας λειτουργικότητας ανάλογα με το φύλο των ακούσιων ασθενών.

Γράφημα 8. Μεταβολή στη βαθμολογία της κλίμακας λειτουργικότητας ανάλογα με το φύλο των ακούσιων ασθενών



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα αποτελέσματα των μεικτών γραμμικών μοντέλων παλινδρόμησης (mixed linear model) έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα λειτουργικότητας και σαν ανεξάρτητες ένα-ένα τα στοιχεία από το ιστορικό και τη νοσηλεία των ακούσιων ασθενών.

Πίνακας 16. Αποτελέσματα μεικτών γραμμικών μοντέλων παλινδρόμησης (mixed linear model) με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα σφαιρικής λειτουργικότητας και ανεξάρτητες μεταβλητές κάθε ένα από τα κλινικά χαρακτηριστικά των ακούσιων ασθενών

		β^+	SE ⁺⁺	P
Χρόνος		18,08	1,11	<0,001
Ιστορικό παραβατικότητας	Δεν έχει (αναφορά) Έχει	-0,88	1,78	0,622
Αλληλεπίδραση χρόνου-ιστορικού παραβατικότητας		1,80	2,28	0,430
Χρόνος		19,69	1,00	<0,001
Συννοσηρότητα	Όχι (αναφορά) Ναι	1,50	1,42	0,293
Αλληλεπίδραση χρόνου-συννοσηρότητας		-4,35	1,81	0,017
Χρόνος		18,04	0,87	<0,001
Διαταραχές προσωπικότητας	Απουσία (αναφορά) Παρουσία	5,99	2,46	0,015
Αλληλεπίδραση χρόνου-Διαταραχών προσωπικότητας		2,26	3,03	0,456
Χρόνος		18,36	0,97	<0,001
Χρήση αλκοόλ/ουσιών	Απουσία (αναφορά) Παρουσία	2,55	1,48	0,085
Αλληλεπίδραση χρόνου-χρήσης αλκοόλ/ουσιών		-0,42	1,90	0,825
Χρόνος		19,02	0,85	<0,001
Νοητική υστέρηση	Απουσία (αναφορά) Παρουσία	1,68	2,68	0,530
Αλληλεπίδραση χρόνου-νοητικής υστέρησης		-11,75	3,30	<0,001
Χρόνος		15,60	2,35	<0,001
Έναρξη νόσου		-0,03	0,05	0,610
Αλληλεπίδραση χρόνου-έναρξης νόσου		0,10	0,07	0,149
Χρόνος		18,97	0,96	<0,001
Αριθμός νοσηλειών		-0,15	0,09	0,103
Αλληλεπίδραση χρόνου-αριθμού νοσηλειών		-0,10	0,12	0,389
Χρόνος		18,34	1,16	<0,001
Διάρκεια νοσηλείας (ημέρες)		-0,03	0,01	0,060
Αλληλεπίδραση χρόνου-διάρκειας νοσηλείας		0,00	0,02	0,933
Χρόνος		18,81	0,89	<0,001
Διακομιδή	Όχι (αναφορά) Ναι	-0,32	2,09	0,880
Αλληλεπίδραση χρόνου-διακομιδής		-6,85	2,66	0,010
Χρόνος		18,61	0,96	<0,001
Επανείσοδος	Όχι (αναφορά) Ναι	-3,07	1,60	0,055
Αλληλεπίδραση χρόνου-επανεισόδου		-1,40	1,99	0,482

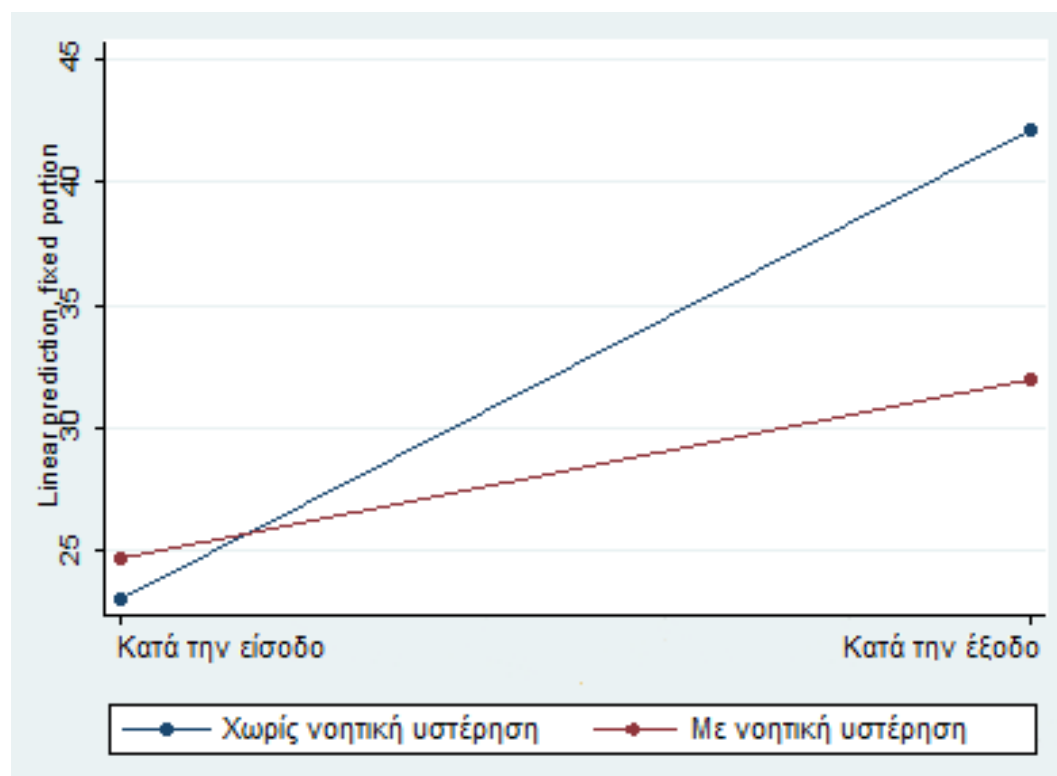
⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Οι παράγοντες που βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά με τη μεταβολή στη βαθμολογία της κλίμακας λειτουργικότητας ήταν η ύπαρξη συννοσηρότητας, η ύπαρξη νοητικής υστέρησης και το αν διακομίστηκαν σε άλλο νοσοκομείο, καθώς ήταν οι όροι αλληλεπίδρασης σημαντικοί. Συγκεκριμένα:

- *οι ασθενείς με συννοσηρότητα είχαν σημαντικά μικρότερη βελτίωση στη λειτουργικότητά τους κατά την έξοδο από το νοσοκομείο, σε σύγκριση με τους ασθενείς χωρίς συννοσηρότητα.*
- *οι ασθενείς με νοητική υστέρηση είχαν σημαντικά μικρότερη βελτίωση στη λειτουργικότητά τους κατά την έξοδο από το νοσοκομείο, σε σύγκριση με τους ασθενείς χωρίς νοητική υστέρηση.*
- *οι ασθενείς που διακομίστηκαν σε άλλο νοσοκομείο είχαν σημαντικά μικρότερη βελτίωση στη λειτουργικότητά τους κατά την έξοδο από το νοσοκομείο, σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν διακομίστηκαν σε άλλο νοσοκομείο.*

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη βαθμολογία της κλίμακας λειτουργικότητας ανάλογα με την ύπαρξη νοητικής υστέρησης στους ακούσιους ασθενείς.

Γράφημα 9. Μεταβολή στη βαθμολογία της κλίμακας λειτουργικότητας ανάλογα με τη παρουσία νοητικής υστέρησης στους ακούσιους ασθενείς



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται το αποτέλεσμα του μεικτού γραμμικού μοντέλου παλινδρόμησης (mixed linear model) έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα λειτουργικότητας και σαν ανεξάρτητη το επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης των ακούσιων ασθενών.

Πίνακας 17. Αποτελέσματα μεικτού γραμμικού μοντέλου παλινδρόμησης (mixed linear model) με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα σφαιρικής λειτουργικότητας και ανεξάρτητη μεταβλητή το συνολικό σκορ της κλίμακας Oslo των ακούσιων ασθενών

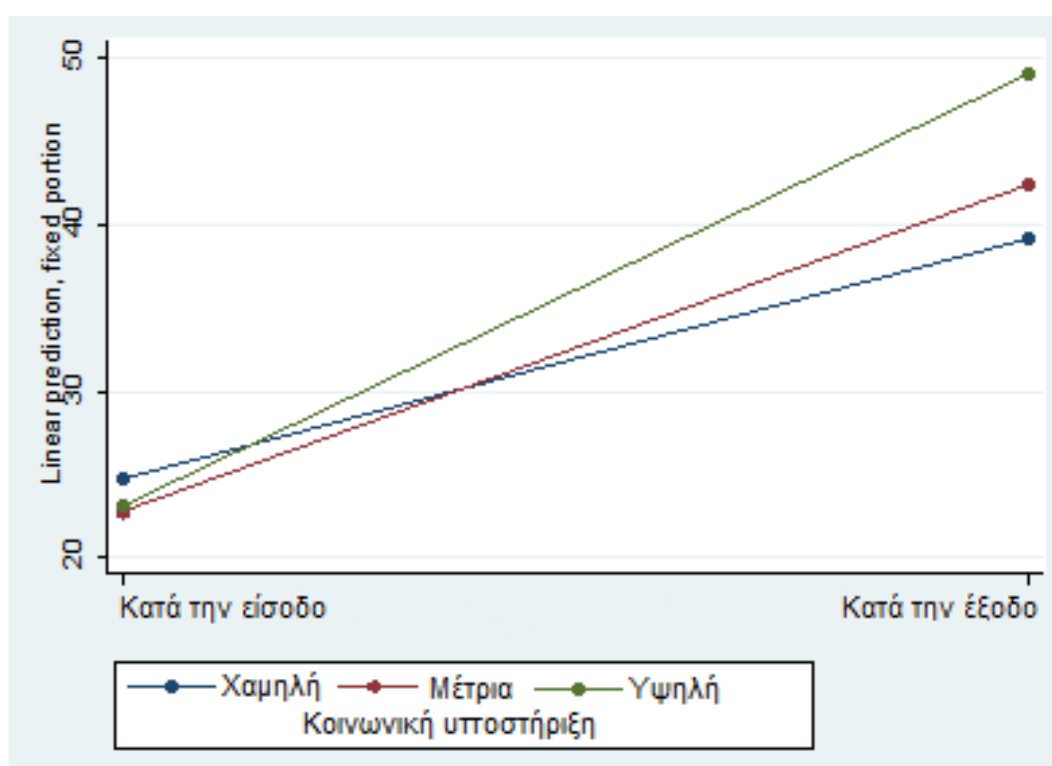
		β^+	SE ⁺⁺	P
Χρόνος		14,54	1,89	<0,001
Επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης (OSLO)	Χαμηλή (αναφορά)			
	Μέτρια	-1,91	2,06	0,353
	Υψηλή	-1,56	2,27	0,493
Αλληλεπίδραση χρόνου-επίπεδου κοινωνικής υποστήριξης	Χαμηλή (αναφορά)			
	Μέτρια	5,14	2,67	0,054
	Υψηλή	11,34	2,90	<0,001

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Η βελτίωση στην λειτουργικότητα διέφερε σημαντικά ανάλογα με το επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης των ακούσιων ασθενών. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς με υψηλή κοινωνική υποστήριξη είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση στη λειτουργικότητά τους κατά την έξοδο από το νοσοκομείο, σε σύγκριση με τους ασθενείς με χαμηλή κοινωνική υποστήριξη.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη βαθμολογία της κλίμακας λειτουργικότητας ανάλογα με το επίπεδο κοινωνικής στήριξης των ακούσιων ασθενών

Γράφημα 10. Μεταβολή στη βαθμολογία της κλίμακας λειτουργικότητας ανάλογα με το επίπεδο κοινωνικής στήριξης των ακούσιων ασθενών



Στη συνέχεια, έγινε πολυπαραγοντικό μεικτό γραμμικό μοντέλο παλινδρόμησης (mixed linear model) έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα λειτουργικότητας και σαν ανεξάρτητες όσες μεταβλητές ήταν σημαντικές στις προηγούμενες παλινδρομήσεις. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) βρέθηκαν τα παρακάτω αποτελέσματα.

Πίνακας 18. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικού μεικτού γραμμικού μοντέλου παλινδρόμησης (mixed linear model) με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα σφαιρικής λειτουργικότητας με τη μέθοδο ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) στην υποομάδα των ακούσιων ασθενών

		β^+	SE ⁺⁺	P
Χρόνος		18,57	1,73	<0,001
Επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης (OSLO)	Χαμηλή (αναφορά)			
	Μέτρια	-1,47	2,06	0,475
	Υψηλή	-1,09	2,29	0,630
Αλληλεπίδραση χρόνου-επίπεδου κοινωνικής υποστήριξης	Χαμηλή (αναφορά)			
	Μέτρια	-0,02	0,04	0,588
	Υψηλή	0,13	0,07	0,049
Νοητική υστέρηση	Απουσία (αναφορά)			
	Παρουσία	-3,44	3,49	0,323
Αλληλεπίδραση χρόνου-νοητικής υστέρησης		-9,41	4,64	0,043

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Βρέθηκε ότι υπήρξε σημαντική αύξηση στη βαθμολογία κατά την έξοδο από το νοσοκομείο και οι παράγοντες που την επηρέαζαν ανεξάρτητα και σημαντικά ήταν η ύπαρξη νοητικής υστέρησης και το επίπεδο κοινωνική υποστήριξης. Συγκεκριμένα:

- οι ασθενείς με νοητική υστέρηση είχαν σημαντικά μικρότερη βελτίωση στη λειτουργικότητά τους.
- οι ασθενείς με υψηλή κοινωνική υποστήριξη είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση στη λειτουργικότητά τους κατά την έξοδο από το νοσοκομείο, σε σύγκριση με τους ασθενείς με χαμηλή κοινωνική υποστήριξη.

Κλίμακα συμπτωματολογίας HoNoS

Συνολικά σε 279 ασθενείς (85 εκούσιους και 194 ακούσιους) υπήρχαν πλήρη στοιχεία από το follow-up των δύο ετών. Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στις βαθμολογίες των ασθενών αυτών στη διάσταση «Προβλήματα συμπεριφοράς» (Behavioural problems) κατά τη διάρκεια των 2 ετών, ξεχωριστά για εκούσιους και ακούσιους ασθενείς.

Πίνακας 19. Μεταβολή στη διάσταση προβλημάτων συμπεριφοράς στα διάφορα χρονικά σημεία μέτρησης ανά τύπο νοσηλείας

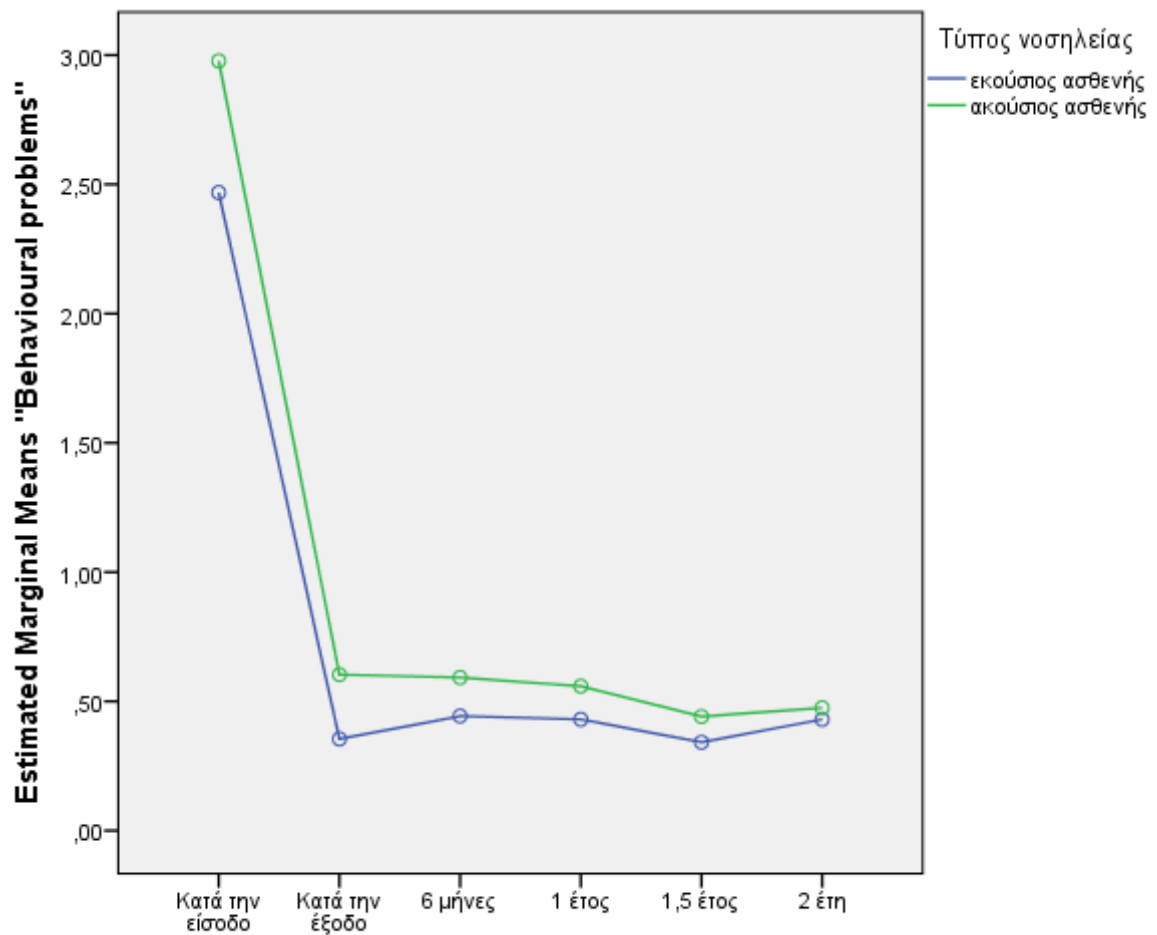
Προβλήματα συμπεριφοράς	Τύπος νοσηλείας				p ³
	εκούσιος ασθενής (N=85)		ακούσιος ασθενής (N=194)		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
Κατά την είσοδο	2,40	1,99	2,97	2,26	0,049
Κατά την έξοδο	0,36	0,85	0,60	1,12	0,087
6 μήνες	0,41	0,81	0,59	1,26	0,238
1 έτος	0,40	0,94	0,56	1,20	0,286
1,5 έτος	0,32	0,85	0,46	1,03	0,268
2 έτη	0,40	1,04	0,47	1,03	0,582
P¹ Κατά την είσοδο vs Κατά την έξοδο	<0,001		<0,001		
P¹ Κατά την έξοδο vs 6 μήνες	1,000		1,000		
P¹ 6 μήνες vs 1 έτος	1,000		1,000		
P¹ 1 έτος vs 1,5 έτος	1,000		0,530		
P¹ 1,5 έτος vs 2 έτη	1,000		1,000		
p²	0,084				

¹Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων. ²Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων. ³Διαφορά μεταξύ των ομάδων

Κατά την είσοδο στο νοσοκομείο, οι ακούσιοι ασθενείς είχαν σημαντικά περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς, σε σύγκριση με τους εκούσιους, ενώ στις επόμενες μετρήσεις δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων. Επίσης, τόσο στους εκούσιους ασθενείς όσο και στους ακούσιους υπήρξε σημαντική μείωση των προβλημάτων μέχρι να εξέλθουν από το νοσοκομείο και μετά παρέμειναν σε σταθερό επίπεδο μέχρι τα 2 έτη. Ο βαθμός μεταβολής ήταν παρόμοιος στις δύο ομάδες.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στις βαθμολογίες των ασθενών αυτών στη διάσταση προβλημάτων συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια των 2 ετών, ξεχωριστά για εκούσιους και ακούσιους ασθενείς.

Γράφημα 11. Μεταβολή στη διάσταση προβλημάτων συμπεριφοράς στα διάφορα χρονικά σημεία μέτρησης ανά τύπο νοσηλείας



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στις βαθμολογίες των ασθενών αυτών στη διάσταση «Λειτουργικότητας / αναπηρίας (Impairment)» κατά τη διάρκεια των 2 ετών, ξεχωριστά για εκούσιους και ακούσιους ασθενείς.

Πίνακας 20. Μεταβολή στη διάσταση των προβλημάτων που σχετίζονται με τη λειτουργικότητα / αναπηρία στα διάφορα χρονικά σημεία μέτρησης ανά τύπο νοσηλείας

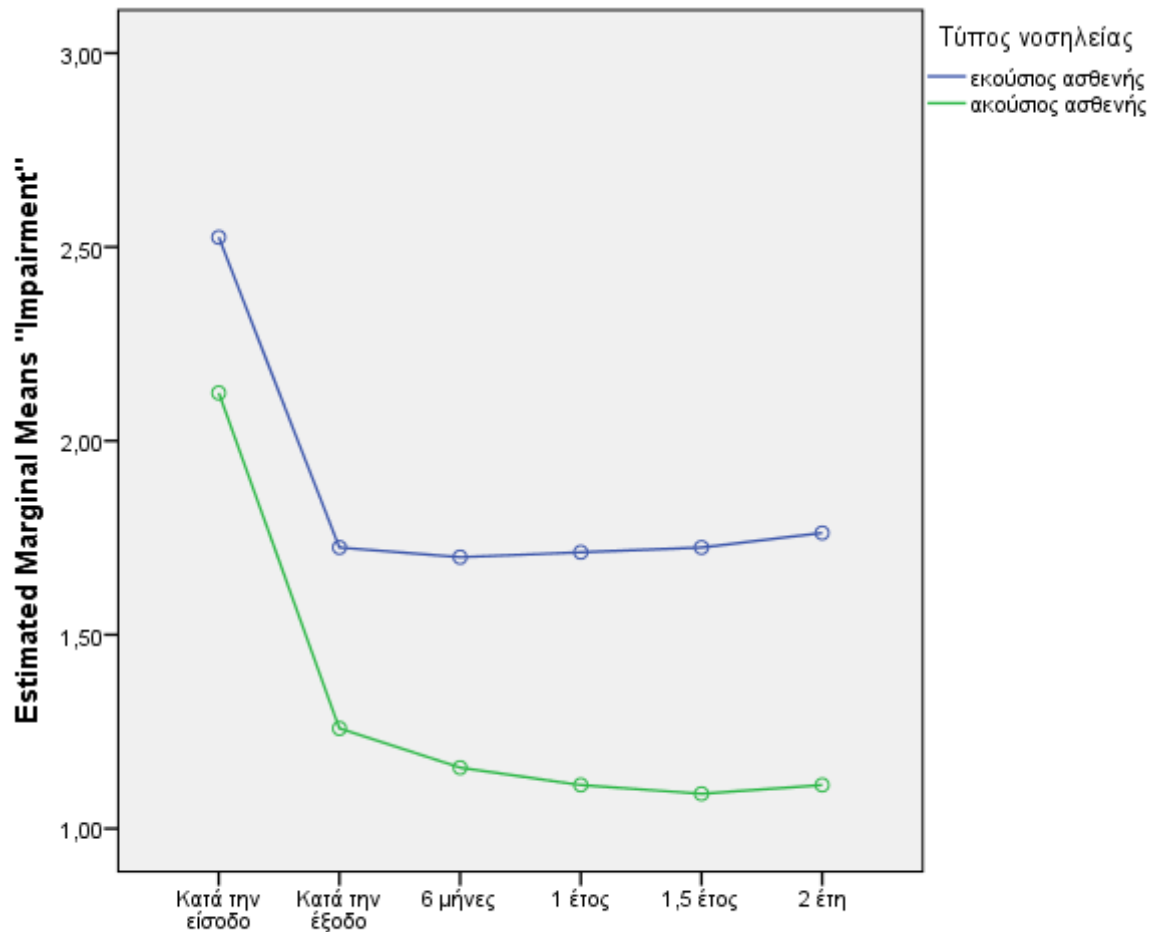
Λειτουργικότητα / αναπηρία	Τύπος νοσηλείας				P ³
	εκούσιος ασθενής (N=85)		ακούσιος ασθενής (N=194)		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
Κατά την είσοδο	2,45	1,94	2,11	1,83	0,172
Κατά την έξοδο	1,73	1,83	1,25	1,46	0,027
6 μήνες	1,71	1,67	1,15	1,40	0,004
1 έτος	1,71	1,70	1,11	1,40	0,002
1,5 έτος	1,72	1,69	1,09	1,44	0,002
2 έτη	1,86	1,84	1,11	1,45	<0,001
P¹ Κατά την είσοδο vs Κατά την έξοδο	<0,001		<0,001		
P¹ Κατά την έξοδο vs 6 μήνες	1,000		1,000		
P¹ 6 μήνες vs 1 έτος	1,000		1,000		
P¹ 1 έτος vs 1,5 έτος	1,000		1,000		
P¹ 1,5 έτος vs 2 έτη	1,000		1,000		
P²	0,179				

¹Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων. ²Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων. ³Διαφορά μεταξύ των ομάδων

Κατά την είσοδο στο νοσοκομείο, οι ακούσιοι και οι εκούσιοι ασθενείς είχαν παρόμοια προβλήματα στον τομέα λειτουργικότητας / αναπηρίας. Αντιθέτως, στις επόμενες μετρήσεις οι εκούσιοι ασθενείς είχαν σημαντικά περισσότερα προβλήματα σε σύγκριση με τους ακούσιους. Επίσης, τόσο στους εκούσιους ασθενείς όσο και στους ακούσιους υπήρξε σημαντική μείωση των προβλημάτων μέχρι να εξέλθουν από το νοσοκομείο και μετά παρέμειναν σε σταθερό επίπεδο μέχρι τα 2 έτη. Ο βαθμός μεταβολής ήταν παρόμοιος στις δύο ομάδες.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στις βαθμολογίες των ασθενών αυτών στη διάσταση «Λειτουργικότητας / αναπηρίας (Impairment)» κατά τη διάρκεια των 2 ετών, ξεχωριστά για εκούσιους και ακούσιους ασθενείς.

Γράφημα 12. Μεταβολή στη διάσταση των προβλημάτων που σχετίζονται με τη λειτουργικότητα / αναπηρία στα διάφορα χρονικά σημεία μέτρησης ανά τύπο νοσηλείας



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στις βαθμολογίες των ασθενών αυτών στη διάσταση «Προβλήματα σχετικά με τη συμπτωματολογία (Symptomatic problems)» κατά τη διάρκεια των 2 ετών, ξεχωριστά για εκούσιους και ακούσιους ασθενείς.

Πίνακας 21. Μεταβολή στη διάσταση των προβλημάτων που σχετίζονται με τη συμπτωματολογία στα διάφορα χρονικά σημεία μέτρησης ανά τύπο νοσηλείας

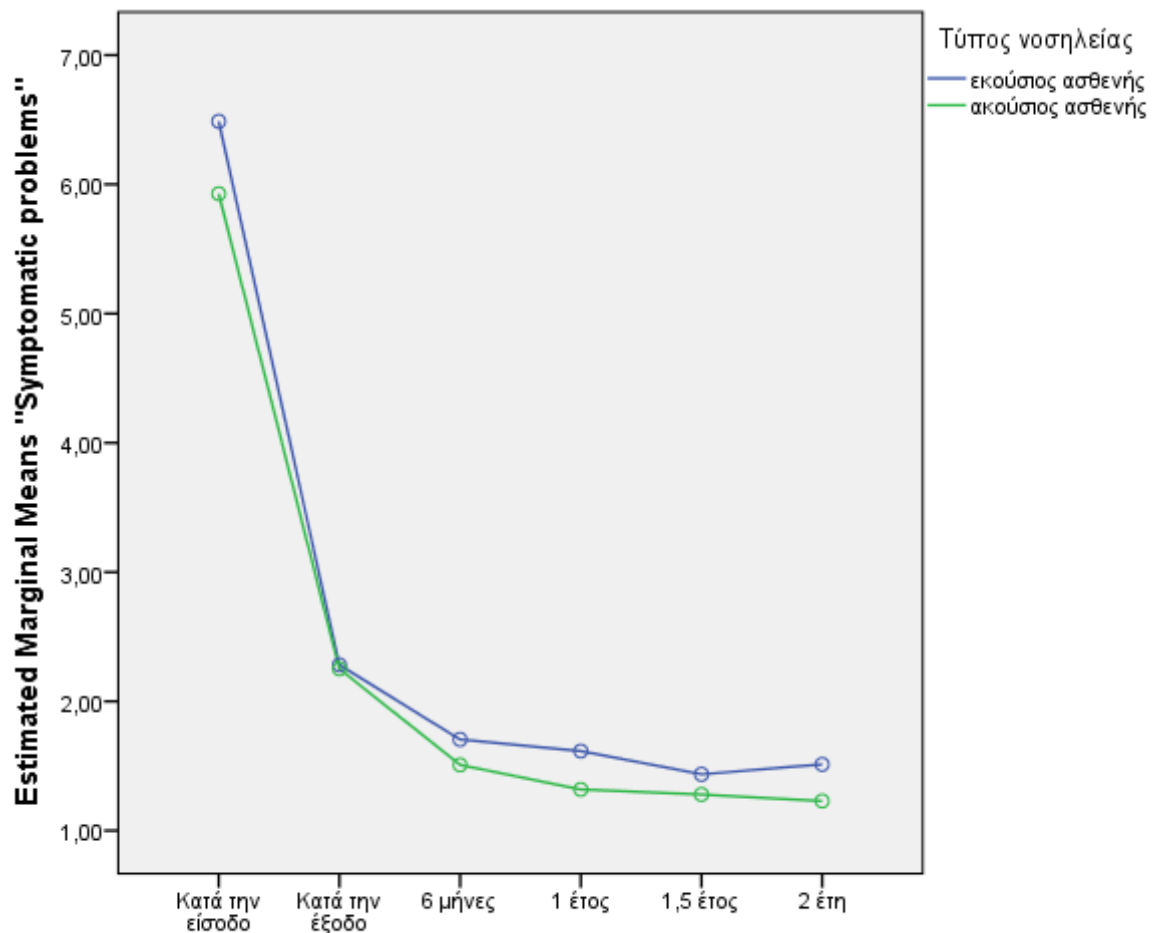
Προβλήματα σχετικά με τη συμπτωματολογία	Τύπος νοσηλείας				P ³
	εκούσιος ασθενής (N=85)		ακούσιος ασθενής (N=194)		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
Κατά την είσοδο	6,36	2,68	5,92	2,35	0,168
Κατά την έξοδο	2,28	2,01	2,25	1,86	0,906
6 μήνες	1,72	1,56	1,53	1,44	0,320
1 έτος	1,64	1,55	1,34	1,30	0,101
1,5 έτος	1,45	1,52	1,30	1,28	0,403
2 έτη	1,58	1,64	1,25	1,24	0,067
P ¹ Κατά την είσοδο vs Κατά την έξοδο	<0,001		<0,001		
P ¹ Κατά την έξοδο vs 6 μήνες	0,066		<0,001		
P ¹ 6 μήνες vs 1 έτος	1,000		0,017		
P ¹ 1 έτος vs 1,5 έτος	1,000		1,000		
P ¹ 1,5 έτος vs 2 έτη	1,000		1,000		
P ²	0,685				

¹Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων. ²Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων. ³Διαφορά μεταξύ των ομάδων

Σε όλες τις μετρήσεις, οι ακούσιοι και οι εκούσιοι ασθενείς είχαν παρόμοια προβλήματα λόγω των συμπτωμάτων. Ακόμα, τόσο στους εκούσιους ασθενείς όσο και στους ακούσιους υπήρξε σημαντική μείωση των προβλημάτων μέχρι να εξέλθουν από το νοσοκομείο. Μετά οι εκούσιοι παρέμειναν σε σταθερό επίπεδο μέχρι τα 2 έτη ενώ οι ακούσιοι βελτιώνονταν ακόμα παραπάνω μέχρι το 1 έτος (αφού εξακολουθούσε να μειώνεται σημαντικά η βαθμολογία τους μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων). Ο βαθμός μεταβολής ήταν παρόμοιος στις δύο ομάδες.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στις βαθμολογίες των ασθενών αυτών στη διάσταση «Προβλήματα σχετικά με τη συμπτωματολογία (Symptomatic problems)» κατά τη διάρκεια των 2 ετών, ξεχωριστά για εκούσιους και ακούσιους ασθενείς.

Γράφημα 13. Μεταβολή στη διάσταση των προβλημάτων που σχετίζονται με τη συμπτωματολογία στα διάφορα χρονικά σημεία μέτρησης ανά τύπο νοσηλείας



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στις βαθμολογίες των ασθενών αυτών στη διάσταση «Κοινωνικών προβλημάτων (Social problems)» κατά τη διάρκεια των 2 ετών, ξεχωριστά για εκούσιους και ακούσιους ασθενείς.

Πίνακας 22. Μεταβολή στη διάσταση των κοινωνικών προβλημάτων στα διάφορα χρονικά σημεία μέτρησης ανά τύπο νοσηλείας

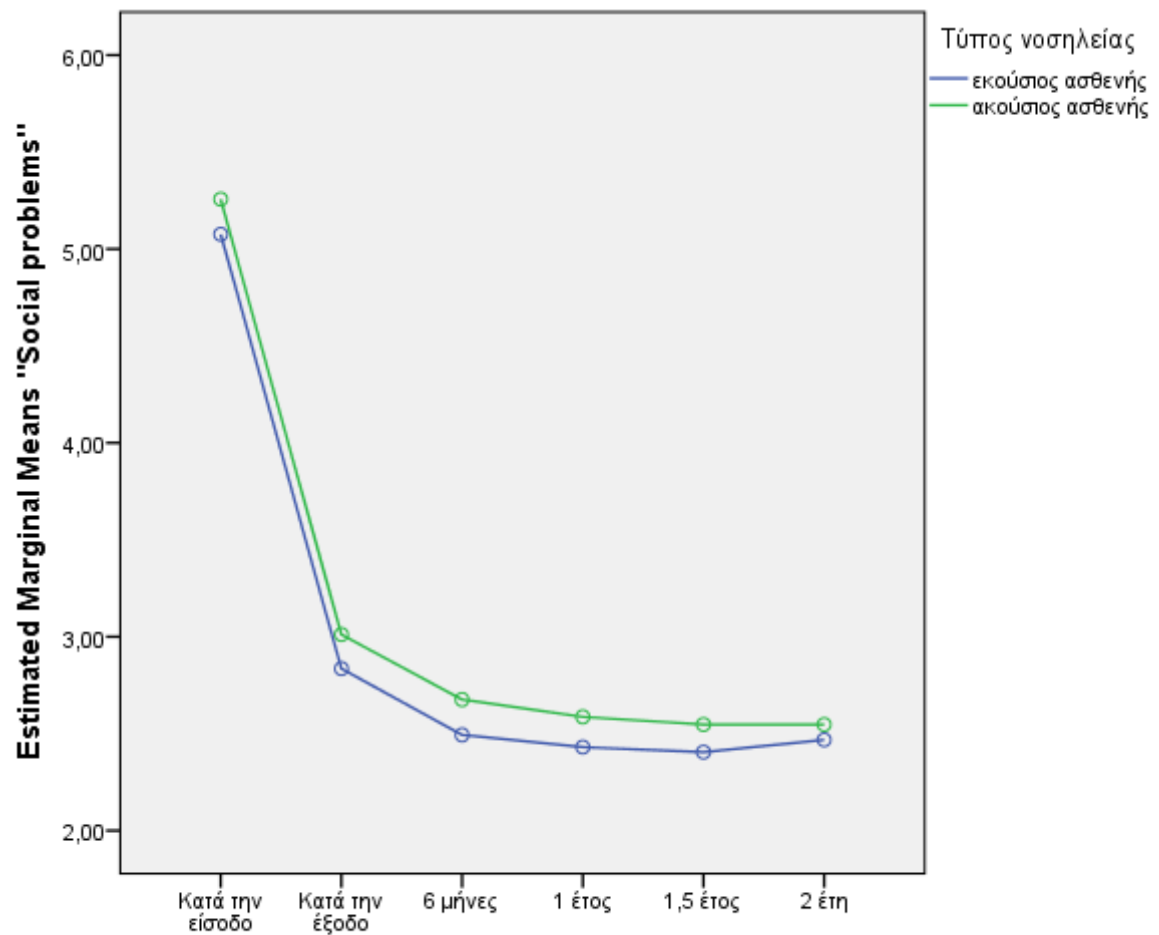
Κοινωνικά προβλήματα	Τύπος νοσηλείας				P ³
	εκούσιος ασθενής (N=85)		ακούσιος ασθενής (N=194)		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
Κατά την είσοδο	5,02	2,40	5,30	2,33	0,366
Κατά την έξοδο	2,84	2,18	3,01	1,84	0,505
6 μήνες	2,48	2,07	2,66	1,92	0,489
1 έτος	2,42	2,06	2,57	1,91	0,560
1,5 έτος	2,39	2,10	2,50	1,92	0,664
2 έτη	2,47	2,05	2,51	1,92	0,892
P ¹ Κατά την είσοδο vs Κατά την έξοδο	<0,001		<0,001		
P ¹ Κατά την έξοδο vs 6 μήνες	1,000		0,169		
P ¹ 6 μήνες vs 1 έτος	1,000		0,204		
P ¹ 1 έτος vs 1,5 έτος	1,000		1,000		
P ¹ 1,5 έτος vs 2 έτη	1,000		1,000		
P ²	0,791				

¹Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων. ²Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων. ³Διαφορά μεταξύ των ομάδων

Σε όλες τις μετρήσεις, οι ακούσιοι και οι εκούσιοι ασθενείς είχαν παρόμοια κοινωνικά προβλήματα. Ακόμα, τόσο στους εκούσιους ασθενείς όσο και στους ακούσιους υπήρξε σημαντική μείωση των προβλημάτων μέχρι να εξέλθουν από το νοσοκομείο και μετά παρέμειναν σε σταθερό επίπεδο μέχρι τα 2 έτη. Ο βαθμός μεταβολής ήταν παρόμοιος στις δύο ομάδες.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στις βαθμολογίες των ασθενών αυτών στη διάσταση «Social problems» κατά τη διάρκεια των 2 ετών, ξεχωριστά για εκούσιους και ακούσιους ασθενείς.

Γράφημα 14. Μεταβολή στη διάσταση των κοινωνικών προβλημάτων στα διάφορα χρονικά σημεία μέτρησης ανά τύπο νοσηλείας



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στις συνολικές βαθμολογίες των ασθενών αυτών κατά τη διάρκεια των 2 ετών, ξεχωριστά για εκούσιους και ακούσιους ασθενείς.

Πίνακας 23. Μεταβολή στο συνολικό score της κλίμακας HoNOS στα διάφορα χρονικά σημεία μέτρησης ανά τύπο νοσηλείας

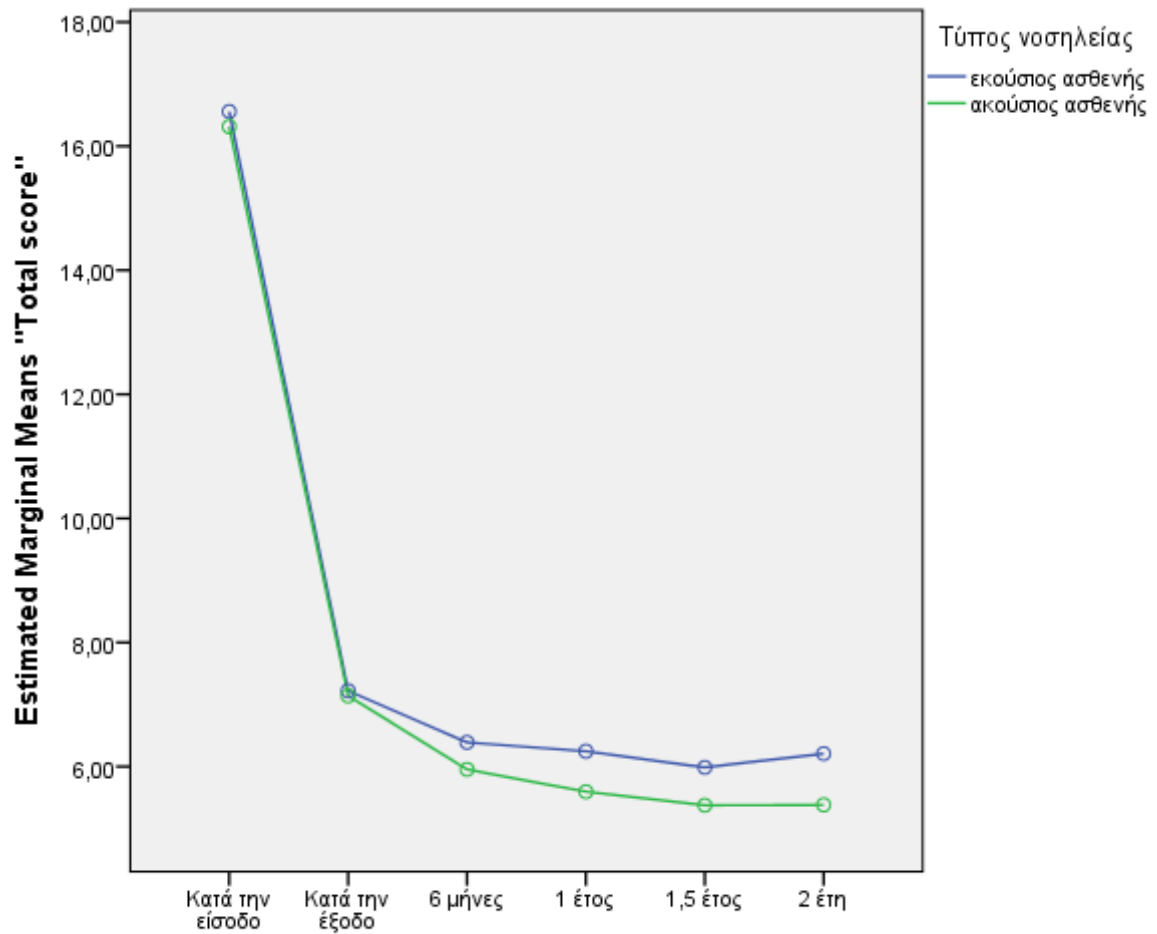
Συνολικό score της κλίμακας HoNOS	Τύπος νοσηλείας				P
	εκούσιος ασθενής (N=85)		ακούσιος ασθενής (N=194)		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
Κατά την είσοδο	16,18	6,32	16,33	5,76	0,850
Κατά την έξοδο	7,22	5,12	7,12	4,25	0,867
6 μήνες	6,32	4,52	5,92	4,15	0,477
1 έτος	6,16	4,55	5,58	3,96	0,277
1,5 έτος	5,87	4,65	5,35	3,81	0,329
2 έτη	6,31	4,94	5,34	3,80	0,077
P¹ Κατά την είσοδο vs Κατά την έξοδο	<0,001		<0,001		
P¹ Κατά την έξοδο vs 6 μήνες	0,864		0,001		
P¹ 6 μήνες vs 1 έτος	1,000		0,011		
P¹ 1 έτος vs 1,5 έτος	1,000		1,000		
P¹ 1,5 έτος vs 2 έτη	0,623		1,000		
p²	0,389				

¹Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων. ²Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων. ³Διαφορά μεταξύ των ομάδων

Σε όλες τις μετρήσεις, οι ακούσιοι και οι εκούσιοι ασθενείς είχαν παρόμοια συνολικά προβλήματα. Ακόμα, τόσο στους εκούσιους ασθενείς όσο και στους ακούσιους υπήρξε σημαντική μείωση των προβλημάτων μέχρι να εξέλθουν από το νοσοκομείο. Μετά οι εκούσιοι παρέμειναν σε σταθερό επίπεδο μέχρι τα 2 έτη ενώ οι ακούσιοι βελτιώνονταν ακόμα παραπάνω μέχρι το 1 έτος (αφού εξακολουθούσε να μειώνεται σημαντικά η βαθμολογία τους μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων). Ο βαθμός μεταβολής ήταν παρόμοιος στις δύο ομάδες.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στις συνολικές βαθμολογίες των ασθενών κατά τη διάρκεια των 2 ετών, ξεχωριστά για εκούσιους και ακούσιους ασθενείς.

Γράφημα 15. Μεταβολή στο συνολικό score της κλίμακας HoNOS στα διάφορα χρονικά σημεία μέτρησης ανά τύπο νοσηλείας



Συσχέτιση της μεταβολής της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακα HoNoS με τα δημογραφικά στοιχεία των εκούσιων ασθενών καθώς και τα στοιχεία από το ιστορικό και τη νοσηλεία τους.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα αποτελέσματα των μεικτών γραμμικών μοντέλων παλινδρόμησης (mixed linear model) έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα HoNoS και σαν ανεξάρτητες ένα-ένα τα δημογραφικά στοιχεία των εκούσιων ασθενών.

Πίνακας 24. Αποτελέσματα μεικτών γραμμικών μοντέλων παλινδρόμησης (mixed linear model) με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα HoNOS και ανεξάρτητες μεταβλητές κάθε ένα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εκούσιων ασθενών

		β⁺	SE⁺⁺	P
Χρόνος		-0,008	0,001	<0,001
Φύλο	Ανδρας (αναφορά)			
	Γυναίκα	-0,490	0,720	0,489
<i>Αλληλεπίδραση χρόνου-φύλου</i>		-0,002	0,002	0,265
Χρόνος		-0,015	0,003	<0,001
Ηλικία		0,015	0,026	0,569
<i>Αλληλεπίδραση χρόνου-ηλικίας</i>		0,0001	0,0001	0,025
Χρόνος		-0,009	0,001	<0,001
Τόπος διαμονής	Εντός Αθήνας (αναφορά)			
	Εκτός Αθήνας	2,410	0,930	0,009
<i>Αλληλεπίδραση χρόνου-τόπου διαμονής</i>		-0,001	0,019	0,680
Χρόνος		-0,009	0,001	<0,001
Υπηκοότητα	Ελληνική (αναφορά)			
	Αλλοδαπός	-2,680	1,370	0,050
<i>Αλληλεπίδραση χρόνου-υπηκοότητας</i>		-0,003	0,003	0,375
Χρόνος		-0,010	0,001	<0,001
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/ Διαζευγμένος-σε διάσταση/ Χήρος (αναφορά)			
	Έγγαμος	-0,742	0,867	0,392
<i>Αλληλεπίδραση χρόνου-οικογενειακής κατάστασης</i>		0,002	0,002	0,288
Χρόνος		-0,010	0,002	<0,001
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Απόφοιτος Δημοτικού (αναφορά)			
	Απόφοιτος Γυμνασίου	-0,200	1,340	0,880
	Απόφοιτος Λυκείου	-2,007	1,180	0,089
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ/ΙΕΚ - Μεταπτυχιακές	-3,460	1,300	0,008
<i>Αλληλεπίδραση χρόνου-εργασιακής κατάστασης</i>	Απόφοιτος Δημοτικού (αναφορά)			
	Απόφοιτος Γυμνασίου	0,000	0,003	0,887
	Απόφοιτος Λυκείου	-0,001	0,003	0,589
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ/ΙΕΚ - Μεταπτυχιακές	0,001	0,003	0,846
Χρόνος		-0,010	0,001	<0,001
Εργασιακή κατάσταση	Δεν εργάζεται (αναφορά)			
	Εργάζεται	-1,190	1,025	0,242
	οικονομικά ανενεργός	0,560	0,970	0,563
<i>Αλληλεπίδραση χρόνου-εργασιακής κατάστασης</i>	Δεν εργάζεται (αναφορά)			
	Εργάζεται	0,001	0,002	0,627
	οικονομικά ανενεργός	0,001	0,002	0,791

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Ο μοναδικός παράγοντας που βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη μεταβολή στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας HoNoS ήταν η ηλικία, καθώς ήταν ο μοναδικός όρος αλληλεπίδρασης που βρέθηκε σημαντικός. Συγκεκριμένα, όσο αυξάνεται η ηλικία των εκούσιων ασθενών τόσο μικρότερη ήταν η μείωση στη βαθμολογία στην πορεία του χρόνου.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα αποτελέσματα των μεικτών γραμμικών μοντέλων παλινδρόμησης (mixed linear model) έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα HoNoS και σαν ανεξάρτητες ένα-ένα τα στοιχεία από το ιστορικό και τη νοσηλεία των εκούσιων ασθενών.

Πίνακας 25. Αποτελέσματα μεικτών γραμμικών μοντέλων παλινδρόμησης (mixed linear model) με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα HoNoS και ανεξάρτητες μεταβλητές κάθε ένα από τα κλινικά χαρακτηριστικά των εκούσιων ασθενών

		β^+	SE ⁺⁺	P
Χρόνος		-0,010	0,001	<0,001
Ιστορικό παραβατικότητας	Δεν έχει (αναφορά)			
	Έχει	1,530	1,140	0,178
Αλληλεπίδραση χρόνου-ιστορικού παραβατικότητας		-0,001	0,003	0,815
Χρόνος		-0,009	0,001	<0,001
Συννοσηρότητα	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	1,820	0,856	0,033
Αλληλεπίδραση χρόνου-συννοσηρότητας		-0,002	0,002	0,461
Χρόνος		-0,009	0,001	<0,001
Διαταραχές προσωπικότητας	Απουσία (αναφορά)			
	Παρουσία	0,733	1,172	0,532
Αλληλεπίδραση χρόνου-Διαταραχών προσωπικότητας		-0,007	0,003	0,015
Χρόνος		-0,009	0,001	<0,001
Χρήση αλκοόλ/ουσιών	Απουσία (αναφορά)			
	Παρουσία	1,560	0,950	0,102
Αλληλεπίδραση χρόνου-χρήσης αλκοόλ/ουσιών		0,000	0,002	0,960
Χρόνος		-0,009	0,001	<0,001
Νοητική υστέρηση	Απουσία (αναφορά)			
	Παρουσία	2,550	1,440	0,077
Αλληλεπίδραση χρόνου-νοητικής υστέρησης		-0,001	0,003	0,755
Χρόνος		-0,008	0,002	<0,001
Έναρξη νόσου		0,080	0,030	0,008
Αλληλεπίδραση χρόνου-έναρξης νόσου		0,000	0,000	0,330
Χρόνος		-0,010	0,001	<0,001
Αριθμός νοσηλειών		0,050	0,111	0,654
Αλληλεπίδραση χρόνου-αριθμού νοσηλειών		0,000	0,000	0,186
Χρόνος		-0,009	0,001	<0,001

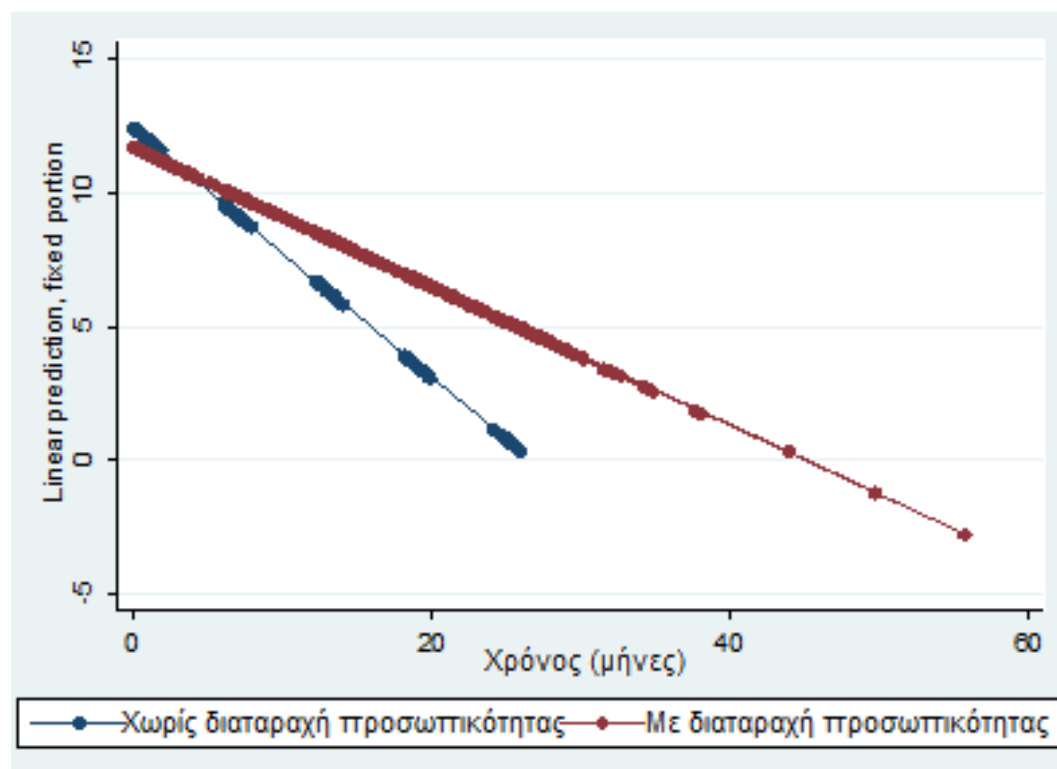
	β^+	SE ⁺⁺	P
Διάρκεια νοσηλείας (ημέρες)	0,012	0,006	0,044
Αλληλεπίδραση χρόνου-διάρκειας νοσηλείας	0,000	0,000	0,582
Χρόνος	-0,009	0,001	<0,001
Διακομιδή			
Όχι (αναφορά)			
Ναι	-1,770	1,360	0,195
Αλληλεπίδραση χρόνου-διακομιδής	0,002	0,003	0,396
Χρόνος	-0,009	0,001	<0,001
Επανείσοδος			
Όχι (αναφορά)			
Ναι	0,937	0,782	0,230
Αλληλεπίδραση χρόνου-επανεισόδου	-0,007	0,005	0,162

⁺ συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺ τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Ο μοναδικός παράγοντας που βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη μεταβολή στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας HoNoS ήταν η ύπαρξη διαταραχών προσωπικότητας, καθώς ήταν ο μοναδικός όρος αλληλεπίδρασης που βρέθηκε σημαντικός. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας είχαν σημαντικά μεγαλύτερη μείωση στη βαθμολογία στην πορεία του χρόνου.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας HoNoS ανάλογα με την ύπαρξη διαταραχών προσωπικότητας των εκούσιων ασθενών.

Γράφημα 16. Μεταβολή στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας HoNOS ανάλογα με τη παρουσία διαταραχών προσωπικότητας στους εκούσιους ασθενείς



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται το αποτέλεσμα του μεικτού γραμμικού μοντέλου παλινδρόμησης (mixed linear model) έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα HoNoS και σαν ανεξάρτητη το επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης των εκούσιων ασθενών

Πίνακας 26. Αποτελέσματα μεικτού γραμμικού μοντέλου παλινδρόμησης (mixed linear model) με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα HoNOS και ανεξάρτητη μεταβλητή το συνολικό σκορ της κλίμακας Oslo των εκούσιων ασθενών

		β^+	SE ⁺⁺	P
Χρόνος		-0,010	0,00 2	<0,00 1
Επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης (OSLO)	Χαμηλή (αναφορά)			
	Μέτρια	-1,254	0,92 0	0,174
	Υψηλή	-2,360	1,16 0	0,042
Αλληλεπίδραση χρόνου-επίπεδου κοινωνικής υποστήριξης	Χαμηλή (αναφορά)			
	Μέτρια	-0,001	0,00 2	0,671
	Υψηλή	0,001	0,00 3	0,694

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Η μείωση στη συνολική βαθμολογία ήταν ανεξάρτητη από το επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης των εκούσιων ασθενών.

Στη συνέχεια, έγινε πολυπαραγοντικό μεικτό γραμμικό μοντέλο παλινδρόμησης (mixed linear model) έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα HoNoS και σαν ανεξάρτητες όσες μεταβλητές ήταν σημαντικές στις προηγούμενες παλινδρομήσεις. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) βρέθηκαν τα παρακάτω αποτελέσματα.

Πίνακας 27. Αποτελέσματα μεικτών γραμμικών μοντέλων παλινδρόμησης (mixed linear model) με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα HoNOS και ανεξάρτητες μεταβλητές κάθε ένα από τα κλινικά χαρακτηριστικά των εκούσιων ασθενών

		β^+	SE ⁺⁺	P
Χρόνος		-0,009	0,001	<0,001
Διαταραχές προσωπικότητας	Απουσία (αναφορά) Παρουσία	0,733	1,172	0,532
Αλληλεπίδραση χρόνου-Διαταραχών προσωπικότητας		-0,007	0,003	0,015

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Βρέθηκε ότι υπήρξε σημαντική μείωση στη συνολική βαθμολογία στην πορεία του χρόνου και ο μόνος παράγοντας που την επηρέαζε σημαντικά ήταν η ύπαρξη διαταραχών προσωπικότητας. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που είχαν διαταραχή προσωπικότητας είχαν σημαντικά μεγαλύτερη μείωση στη βαθμολογία αυτή.

Συσχέτιση της μεταβολής της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακα με τα δημογραφικά στοιχεία των ακούσιων ασθενών καθώς και τα στοιχεία από το ιστορικό και τη νοσηλεία τους.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα αποτελέσματα των μεικτών γραμμικών μοντέλων παλινδρόμησης (mixed linear model) έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα HoNOS και σαν ανεξάρτητες ένα-ένα τα δημογραφικά στοιχεία των ακούσιων ασθενών.

Πίνακας 28. Αποτελέσματα μεικτών γραμμικών μοντέλων παλινδρόμησης (mixed linear model) με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα HoNOS και ανεξάρτητες μεταβλητές κάθε ένα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ακούσιων ασθενών

		β^+	SE ⁺⁺	P
Χρόνος		-0,011	0,001	<0,001
Φύλο	Άνδρας (αναφορά)			
	Γυναίκα	-0,565	0,522	0,279
<i>Αλληλεπίδραση χρόνου-φύλου</i>		0,000	0,001	0,971
Χρόνος		-0,015	0,002	<0,001
Ηλικία		0,017	0,017	0,312
<i>Αλληλεπίδραση χρόνου-ηλικίας</i>		0,0001	0,00003	0,009
Χρόνος		-0,012	0,001	<0,001
Τόπος διαμονής	Εντός Αθήνας (αναφορά)			
	Εκτός Αθήνας	-0,717	0,570	0,211
<i>Αλληλεπίδραση χρόνου-τόπου διαμονής</i>		0,002	0,001	0,037
Χρόνος		-0,011	0,001	<0,001
Υπηκοότητα	Ελληνική (αναφορά)			
	Αλλοδαπός	-1,190	0,860	0,167
<i>Αλληλεπίδραση χρόνου-υπηκοότητας</i>		0,001	0,002	0,730
Χρόνος		-0,011	0,001	<0,001
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/ Διαζευγμένος-σε διάσταση/ Χήρος (αναφορά)			
	Έγγαμος	-0,397	0,650	0,542
<i>Αλληλεπίδραση χρόνου-οικογενειακής κατάστασης</i>		0,001	0,001	0,240
Χρόνος		-0,009	0,001	<0,001
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Απόφοιτος Δημοτικού (αναφορά)			
	Απόφοιτος Γυμνασίου	-0,280	0,850	0,740
	Απόφοιτος Λυκείου	-0,890	0,820	0,276
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ/ΙΕΚ - Μεταπτυχιακές	-1,700	0,820	0,037
<i>Αλληλεπίδραση χρόνου-εργασιακής κατάστασης</i>	Απόφοιτος Δημοτικού (αναφορά)			
	Απόφοιτος Γυμνασίου	-0,001	0,002	0,615
	Απόφοιτος Λυκείου	-0,002	0,002	0,355
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ/ΙΕΚ - Μεταπτυχιακές	-0,001	0,002	0,371
Χρόνος		-0,010	0,001	<0,001
Εργασιακή κατάσταση	Δεν εργάζεται (αναφορά)			
	Εργάζεται	-0,395	0,650	0,545
	οικονομικά ανενεργός	1,670	0,730	0,022
	Δεν εργάζεται (αναφορά)			

<i>Αλληλεπίδραση χρόνου-εργασιακής κατάστασης</i>	Εργάζεται	0,000	0,001	0,990
	οικονομικά ανενεργός	0,001	0,001	0,460

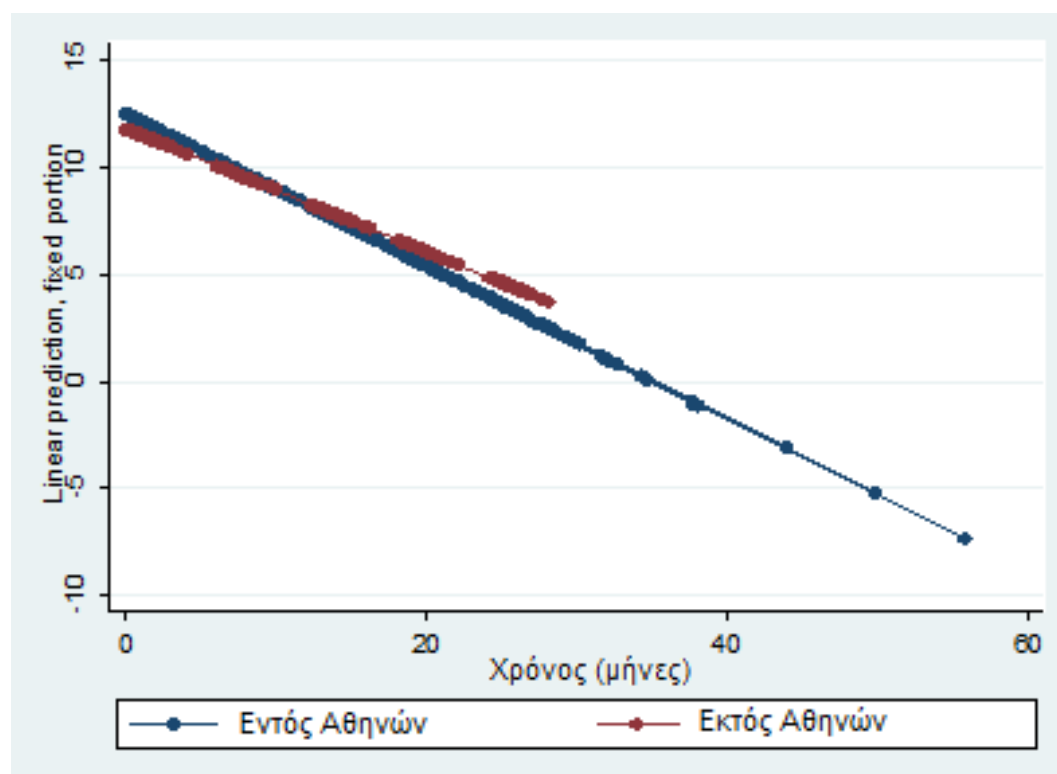
⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Οι παράγοντες που βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά με τη μεταβολή στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας HoNoS ήταν η ηλικία και ο τόπος διαμονής, καθώς ήταν οι μοναδικοί όροι αλληλεπίδρασης που βρέθηκαν σημαντικοί. Συγκεκριμένα:

- όσο αυξάνεται η ηλικία των ακούσιων ασθενών τόσο μικρότερη ήταν η μείωση στη βαθμολογία στην πορεία του χρόνου.
- οι ακούσιοι ασθενείς που έμεναν εκτός Αθήνας είχαν σημαντικά μικρότερη μείωση στη βαθμολογία στην πορεία του χρόνου, σε σύγκριση με τους ασθενείς που έμεναν εντός Αθήνας.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας HoNoS ανάλογα με τον τόπο διαμονής των εκούσιων ασθενών.

Γράφημα 17. Μεταβολή στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας HoNOS ανάλογα με τη τόπο διαμονής των ακούσιων ασθενών



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα αποτελέσματα των μεικτών γραμμικών μοντέλων παλινδρόμησης (mixed linear model) έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα HoNoS και σαν ανεξάρτητες ένα-ένα τα στοιχεία από το ιστορικό και τη νοσηλεία των ακούσιων ασθενών.

Πίνακας 29. Αποτελέσματα μεικτών γραμμικών μοντέλων παλινδρόμησης (mixed linear model) με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα HoNOS και ανεξάρτητες μεταβλητές κάθε ένα από τα κλινικά χαρακτηριστικά των ακούσιων ασθενών

		β^+	SE ⁺⁺	P
Χρόνος		-0,010	0,001	<0,001
Ιστορικό παραβατικότητας	Δεν έχει (αναφορά)			
	Έχει	0,520	0,660	0,432
Αλληλεπίδραση χρόνου-ιστορικού παραβατικότητας		0,000	0,001	0,806
Χρόνος		-0,011	0,001	<0,001
Συννοσηρότητα	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	1,598	0,548	0,004
Αλληλεπίδραση χρόνου-συννοσηρότητας		0,000	0,001	0,926
Χρόνος		-0,011	0,001	<0,001
Διαταραχές	Απουσία (αναφορά)			
προσωπικότητας	Παρουσία	-1,236	0,940	0,189
Αλληλεπίδραση χρόνου-Διαταραχών		0,003	0,002	0,107
Χρόνος		-0,011	0,001	<0,001
Χρήση αλκοόλ/ουσιών	Απουσία (αναφορά)			
	Παρουσία	0,760	0,570	0,183
Αλληλεπίδραση χρόνου-χρήσης αλκοόλ/ουσιών		0,000	0,001	0,890
Χρόνος		-0,011	0,000	<0,001
Νοητική υστέρηση	Απουσία (αναφορά)			
	Παρουσία	1,490	1,020	0,145
Αλληλεπίδραση χρόνου-νοητικής υστέρησης		0,001	0,002	0,731
Χρόνος		-0,011	0,001	<0,001
Έναρξη νόσου		0,005	0,021	0,823
Αλληλεπίδραση χρόνου-έναρξης νόσου		0,000	0,000	0,914
Χρόνος		-0,011	0,001	<0,001
Αριθμός νοσηλειών		0,045	0,037	0,232
Αλληλεπίδραση χρόνου-αριθμού νοσηλειών		0,000	0,000	0,850
Χρόνος		-0,010	0,001	<0,001
Διάρκεια νοσηλείας (ημέρες)		0,012	0,006	0,034
Αλληλεπίδραση χρόνου-διάρκειας νοσηλείας		0,000	0,000	0,236
Χρόνος		-0,010	0,001	<0,001
Διακομιδή	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,620	0,810	0,442
Αλληλεπίδραση χρόνου-διακομιδής		-0,001	0,002	0,428
Χρόνος		-0,010	0,000	<0,001
Επανείσοδος	Όχι (αναφορά)			

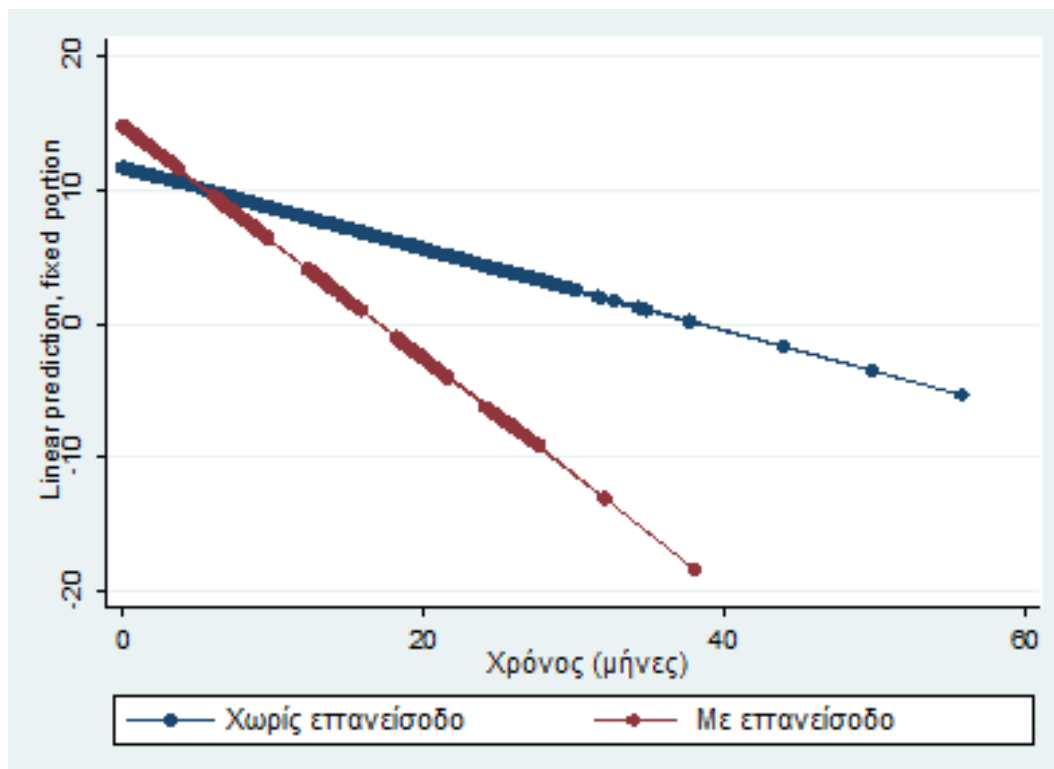
	β^+	SE ⁺⁺	P
Ναι	3,130	0,635	<0,001
Αλληλεπίδραση χρόνου-επανεϊσόδο	-0,019	0,004	<0,001

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Ο μοναδικός παράγοντας που βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη μεταβολή στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας HoNoS ήταν η επανείσοδο, καθώς ήταν ο μοναδικός όρος αλληλεπίδρασης που βρέθηκε σημαντικός. Συγκεκριμένα, *οι ασθενείς που είχαν επανεισαχτεί είχαν σημαντικά μεγαλύτερη μείωση στη βαθμολογία στην πορεία του χρόνου σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν είχαν επανεισαχτεί.*

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας HoNoS των εκούσιων ασθενών ανάλογα με το αν έκαναν επανείσοδο ή όχι.

Γράφημα 18. Μεταβολή στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας HoNOS ανάλογα με το αν είχαν ιστορικό προηγούμενης νοσηλείας στους ακούσιους ασθενείς



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται το αποτέλεσμα του μεικτού γραμμικού μοντέλου παλινδρόμησης (mixed linear model) έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα HoNoS και σαν ανεξάρτητη το επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης των ακούσιων ασθενών.

Πίνακας 30. Αποτελέσματα μεικτού γραμμικού μοντέλου παλινδρόμησης (mixed linear model) με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα HoNOS και ανεξάρτητη μεταβλητή το συνολικό σκορ της κλίμακας Oslo των ακούσιων ασθενών

		β^+	SE ⁺⁺	P
Χρόνος		-0,010	0,001	<0,001
Επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης (OSLO)	Χαμηλή (αναφορά)			
	Μέτρια	-1,340	0,790	0,091
	Υψηλή	-1,230	0,860	0,152
Αλληλεπίδραση χρόνου-επίπεδου κοινωνικής υποστήριξης	Χαμηλή (αναφορά)			
	Μέτρια	0,000	0,002	0,876
	Υψηλή	0,000	0,002	0,897

⁺ συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺ τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Η μείωση στη συνολική βαθμολογία ήταν ανεξάρτητη από το επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης των ακούσιων ασθενών.

Στη συνέχεια, έγινε πολυπαραγοντικό μεικτό γραμμικό μοντέλο παλινδρόμησης (mixed linear model) έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα HoNoS και σαν ανεξάρτητες όσες μεταβλητές ήταν σημαντικές στις προηγούμενες παλινδρομήσεις. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) βρέθηκαν τα παρακάτω αποτελέσματα.

Πίνακας 31. Αποτελέσματα μεικτών γραμμικών μοντέλων παλινδρόμησης (mixed linear model) με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα HoNOS και ανεξάρτητες μεταβλητές κάθε ένα από τα κλινικά χαρακτηριστικά των ακούσιων ασθενών

		β^+	SE ⁺⁺	P
Χρόνος		-0,011	0,001	<0,001
Τόπος διαμονής	Εντός Αθήνας (αναφορά)			
	Εκτός Αθήνας	-0,726	0,564	0,198
Αλληλεπίδραση χρόνου-τόπου διαμονής		0,002	0,001	0,035
Επανείσοδος	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	2,991	0,640	<0,001
Αλληλεπίδραση χρόνου-επανεισόδου		-0,018	0,004	<0,001

⁺ συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺ τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Βρέθηκε ότι υπήρξε σημαντική μείωση στη συνολική βαθμολογία στην πορεία του χρόνου και οι παράγοντες που την επηρέαζαν ανεξάρτητα και σημαντικά ήταν η περιοχή διαμονής και η επανείσοδος στο νοσοκομείο. Συγκεκριμένα:

- οι ακούσιοι ασθενείς που έμεναν εκτός Αθηνών είχαν σημαντικά μικρότερη μείωση στη βαθμολογία αυτή.

- οι ακούσιοι ασθενείς που είχαν επανεισαχτεί είχαν σημαντικά μεγαλύτερη μείωση στη βαθμολογία αυτή.

Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη είχε διττό στόχο, αφενός να διερευνήσει τη σχέση ανάμεσα: στον τύπο νοσηλείας των ψυχιατρικών ασθενών και i) τα επίπεδα συμπτωματολογίας και λειτουργικότητας που αυτοί εμφανίζουν κατά την εισαγωγή, το εξιτήριο και σε τέσσερα σαφώς προκαθορισμένα σημεία επαναξιολόγησης (κάθε 6 μήνες και έως 2 χρόνια από το εξιτήριο) και ii) τον αριθμό επανεισαγωγών που πραγματοποίησαν σε χρονικό διάστημα 2 ετών. Αφετέρου, να αναγνωρίσει τα χαρακτηριστικά εκείνα τα οποία σχετίζονται με καλύτερη ή χειρότερη έκβαση ανά ομάδα ασθενών, ξεχωριστά.

Ποσοστά ακούσιας νοσηλείας

Ποσοστό άνω του 60% (64,7%) των ασθενών στην μελέτη είχε εισαχθεί ακούσια. Το ποσοστό αυτό είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό, αν αναλογιστεί κανείς τις σημαντικές επιπτώσεις στο επίπεδο των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ασθενών που επιφέρει η διαδικασία αυτή.

Σε μια προσπάθεια έμμεσης σύγκρισης του εν λόγω ποσοστού με εκείνα που ανέκυψαν στην πανευρωπαϊκή μελέτη των Salize και Dressing (2002) καταφαίνεται πως είναι κατά 2 φορές υψηλότερο από την αντίστοιχη συχνότητα που παρατηρήθηκε στη Σουηδία, τη χώρα με το υψηλότερο ποσοστό ακούσιων νοσηλειών από όσες έλαβαν μέρος στην πολυκεντρική μελέτη.

Το εν λόγω εύρημα βρίσκεται σε πλήρη αντιστοιχία με τις υπάρχουσες μελέτες που έχουν διεξαχθεί στη χώρα. Ειδικότερα, η Επιτροπή Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (2008), κατόπιν διεξαγωγής διετούς έρευνας συμπέρανε ότι η Ελλάδα εμφανίζει υψηλό ποσοστό ακούσιων εισαγωγών. Αναλυτικότερα επ' αυτού, κατά το έτος 2007 το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Δαφνί) δέχθηκε περίπου 2.900 εισαγωγές 52% εκ των οποίων ήταν ακούσιες, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Δρομοκαΐτειο) 1.554, με το 50,2% αυτών να διεξάγεται ακούσια, και τέλος, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης 3.770, με το 28,9% αυτών να είναι ακούσιες (Στυλιανίδης κ.α., 2014b).

Σε προηγούμενη έρευνα των Stylianidis κ.α. (2017) στο ίδιο ψυχιατρικό νοσοκομείο (ΨΝΑ-Δαφνί) το ποσοστό των ακούσιων νοσηλειών ήταν παρόμοιο (57,4%). Επιπροσθέτως, στοιχεία από ένα Γενικό Νοσοκομείο της χώρας κάνουν λόγο για εξίσου υψηλά ποσοστά (44,9%) (Skokou, Gouma & Gourzis, 2017).

Όπως επισημαίνει η Επιτροπή Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (2008) τα ποσοστά αυτά είναι εν πολλοίς πλασματικά, καθώς γίνεται καταχρηστική προσφυγή στο μέτρο της ακούσιας νοσηλείας ώστε να διασφαλιστεί μια κλίνη στο δημόσιο σύστημα παροχής ψυχιατρικής φροντίδας, η οποία είναι δυσεύρετη. Εντούτοις, όπως επισημαίνει ο Στυλιανίδης (2010) η πρακτική αυτή αποτελεί ισχυρή ένδειξη της δυσλειτουργίας τόσο του υφιστάμενου συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας όσο και του υφιστάμενου προνοιακού δικτύου υποστήριξης της χώρας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα στοιχεία που παρουσιάζονται στην εν λόγω μελέτη δεν αντικατοπτρίζουν εθνικά δεδομένα. Ωστόσο, εξαιτίας της κομβικής θέσης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής στο ελληνικό σύστημα ψυχικής υγείας (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, 2022), τα ποσοστά αυτά είναι ενδεικτικά της κατάστασης που επικρατεί στη χώρα αναφορικά με τις ακούσιες νοσηλείες. Σε αναλογία με τα παραπάνω οι Εconoμou κ.α., (2018) αναφέρουν ότι οι ακούσιες νοσηλείες είναι υψηλότερες στην Αθήνα καθώς αναλαμβάνει να εξυπηρετήσει το μεγαλύτερο ποσοστό ακούσιων νοσηλειών της χώρας. Πιθανόν έτσι εξηγείται ότι σύμφωνα με τον Άτλα για την Ψυχική Υγεία (Turnpenny κ.α., 2017) ένας στους δύο ασθενείς στα δύο ψυχιατρικά νοσοκομεία της Αττικής νοσηλεύεται ακούσια (50% και 54%).

Οι ακούσια νοσηλευόμενοι ασθενείς διέφεραν συγκριτικά με τους εκούσια νοσηλευόμενους ασθενείς ως προς το φύλο, το τόπο διαμονής τη κύρια διαταραχή, τη παρουσία συννοσηρής διαταραχής εξάρτησης από ουσίες/αλκοόλ, τον αριθμό προηγούμενων νοσηλειών και δη ακούσιων, την προηγούμενη επαφή με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και τη διάρκεια της νοσηλείας. Σε αντιστοιχία με την υπάρχουσα βιβλιογραφία οι άνδρες έτειναν να νοσηλεύονται σε μεγαλύτερο ποσοστό ακούσια (Houston & Mariotto, 2001· Hustoft κ.α., 2013· Mulder κ.α., 2008· Myklebust κ.α., 2014· Riecher, κ.α., 1991· Salize & Dressing, 2004· Stylianidis κ.α., 2017· Wheeler κ.α., 2005). Ακόμη η ακούσια νοσηλεία έχει επανειλημμένως συσχετιστεί με τη διάγνωση της σχιζοφρένειας ή άλλων ψυχωτικών διαταραχών καθώς επίσης και με τη σοβαρότητα της ψυχιατρικής διαταραχής (Mulder κ.α., 2008· Riecher, κ.α., 1991· Salize & Dressing, 2004). Εύρημα που επιβεβαιώνεται στη παρούσα μελέτη. Τα άτομα με καμία προηγούμενη επαφή με υπηρεσίες ψυχικής υγείας ή με ιστορικό νοσηλείας και δη ακούσιας είχαν σε υψηλότερο ποσοστό εισαχθεί ακούσια συνεπώς

ενδυναμώνεται η θέση του Wierdsma (2007) για τη σημαντικότητα της δικτύωσης των υπηρεσιών.

Συμπερασματικά από τις προσπάθειες που έχουν γίνει για να εξηγηθεί το υψηλό ποσοστό ακούσιων νοσηλειών στη χώρα προκύπτει ότι οι κύριες αιτίες είναι (όπως συνοψίζονται από τους Douzenis κ.α. (2012) και Economidou κ.α. (2018)).

- i. Το υπανάπτυκτο σύστημα υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας (Bowers κ.α., 2005· Karastergiou κ.α., 2005).
- ii. Τα υψηλά επίπεδα στίγματος που συνοδεύουν τη ψυχιατρική ασθένεια και τη καθυστέρηση των συγγενών των ασθενών να αναζητήσουν ψυχιατρική βοήθεια εγκαίρως (Economidou κ.α., 2009).
- iii. Η οικογενειακή επιβάρυνση, η ανυπαρξία κοινωνικών σχέσεων, η απουσία ασθενοκεντρικής φροντίδας και ορθής εφαρμογής της νομοθεσίας (Douzenis κ.α., 2012).
- iv. Η μείωση που επήλθε στο κοινωνικό κεφάλαιο ως απόρροια της οικονομικής κρίσης στη χώρα (Economidou, Madianos, Peppou, Souliotis, Patelakis & Stefanis, 2014).

Συναρτήσει των παραπάνω κρίνεται αναγκαίο να δοθεί προτεραιότητα από ασθενείς, κλινικούς, ερευνητές και υπεύθυνους χάραξης πολιτικών υγείας στην δημιουργία και εφαρμογή εθνικών πολιτικών παρεμβάσεων οι οποίες θα στοχεύουν στην άμβλυνση των ποσοστών ακούσιας νοσηλείας στη χώρα (Economidou κ.α., 2018· Stylianidis κ.α., 2017).

Έκβαση ακούσιας νοσηλείας

Επίπεδα σφαιρικής λειτουργικότητας και συμπτωματολογίας.

Η ψυχιατρική νοσηλεία, ανεξάρτητα από το καθεστώς νοσηλείας, φαίνεται να είναι γενικά μια πρακτική με θετικά αποτελέσματα για τους ασθενείς. Η σφαιρική λειτουργικότητα των ασθενών από την εισαγωγή ως το εξιτήριο βελτιώνεται σημαντικά και ανεξάρτητα από το είδος νοσηλείας των ασθενών. Το εύρημα αυτό είναι στην ίδια γραμμή με τα αποτελέσματα της συστηματικής ανασκόπησης των Kallert (2008) οι οποίοι συμπέραναν πως οι ακούσια νοσηλευόμενοι ασθενείς επιδεικνύουν είτε χαμηλότερα είτε παρόμοια επίπεδα κοινωνικής λειτουργικότητας συγκριτικά με τους εκούσιους, με το ρυθμό βελτίωσης να είναι ίδιος και για τις δύο ομάδες. Στη μελέτη μας, τα επίπεδα λειτουργικότητας των εκούσιων ασθενών τείνουν να είναι υψηλότερα τόσο κατά την εισαγωγή όσο και κατά το εξιτήριο. Το εύρημα αυτό πιθανόν

να συνδέεται με το γεγονός ότι οι ακούσια νοσηλευόμενοι ασθενείς έπασχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό από διαταραχές που χαρακτηρίζονται από μειωμένη εναισθησία και σοβαρή συμπτωματολογία (ψυχωσική συνδρομή, διπολική διαταραχή ή οργανικό ψυχοσύνδρομο) (Craw & Compton, 2006· Stylianidis κ.α., 2017· Walker κ.α., 2019).

Η παρουσία νοητικής υστέρησης όπως ήταν αναμενόμενο ήταν ένας παράγοντας που επηρέασε αρνητικά την μεταβολή των επιπέδων λειτουργικότητας, στο σύνολο των ασθενών. Η GAF εκ κατασκευής περιορίζει τα άτομα με νοητική υστέρηση -τα οποία εξ ορισμού έχουν χαμηλότερα επίπεδα λειτουργικότητας- σε χαμηλότερα σκορ. Με άλλα λόγια οι βαθμολογίες της GAF για άτομα που πάσχουν από ψυχιατρική διαταραχή με συννοσηρή νοητική υστέρηση τείνουν να είναι ιδιαίτερα χαμηλές εξαιτίας των ελλειμμάτων που εμφανίζουν στην προσαρμοστική συμπεριφορά (Shedlack, Hennen, Magee & Cheron, 2005).

Ακόμη, παρατηρήθηκε η ύπαρξη αρνητικής συσχέτισης ανάμεσα στην αύξηση των ημερών νοσηλείας και στα επίπεδα σφαιρικής λειτουργικότητας των εκούσιων ασθενών. Πιθανόν η σοβαρότητα της συμπτωματολογίας να εξηγεί μερικώς αυτή τη σχέση, καθώς οι ασθενείς με πιο έντονη συμπτωματολογία τείνουν να νοσηλεύονται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Σε έρευνα των Levy κ.α., (2008) σε ασθενείς με διπολική διαταραχή βρέθηκε πως η μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας συνδέεται με σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας κατά το εξιτήριο.

Το αίσθημα υψηλής κοινωνικής υποστήριξης βρέθηκε να σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα σφαιρικής λειτουργικότητας για τους ακούσιους ασθενείς κατά το εξιτήριο. Η ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στο υποκειμενικό βίωμα κοινωνικής υποστήριξης και την καλύτερη έκβαση του συνόλου των ψυχιατρικών ασθενών έχει υποστηριχτεί βιβλιογραφικά στην διεθνή βιβλιογραφία (Hengartner, Passalacqua, Andreae, Rössler & von Wyl, 2017). Ωστόσο, η επίδραση του τύπου νοσηλείας δεν είχε ληφθεί υπόψη. Το εύρημα αυτό είναι σύντονο με τα αποτελέσματα προηγούμενης μελέτης των Stylianidis κ.α. (2017) που υπέδειξαν ότι τα χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης αποτελούν παράγοντα κινδύνου για ακούσια νοσηλεία. Υπό αυτό το πρίσμα, κρίνεται απαραίτητο η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στη χώρα να δώσει έμφαση σε προγράμματα κατ'οίκον παρέμβασης με στόχο την ενίσχυση των κοινωνικών δικτύων και την μείωση της κοινωνικής απομόνωσης των ασθενών αυτών.

Το είδος νοσηλείας δεν βρέθηκε να διαφοροποιεί τα συνολικά επίπεδα συμπτωματολογίας. Σε όλες τις μετρήσεις και οι δύο ομάδες ασθενών είχαν παρόμοια επίπεδα, ενώ στατιστικά σημαντική μείωση των επιπέδων συνολικής συμπτωματολογίας παρατηρήθηκε και στις δύο ομάδες από την εισαγωγή ως το εξιτήριο. Ειδικότερα, αναφορικά με τις υποκλίμακες της κλίμακας HoNOS κατά την είσοδο τους στο νοσοκομείο οι ακούσια εισαχθέντες ασθενείς είχαν υψηλότερα επίπεδα συμπεριφορικών προβλημάτων και παρόμοια επίπεδα στις υποκλίμακες της λειτουργικότητας, των προβλημάτων που σχετίζονται με τη συμπτωματολογία και τα κοινωνικά προβλήματα. Πιθανή εξήγηση αυτού του ευρήματος μπορεί να βρίσκεται στο υφιστάμενο νομικό πλαίσιο που διέπει την ακούσια νοσηλεία στη χώρα. Δεδομένου ότι 2 στα 3 λήμματα της υποκλίμακας των σχετικών με τη συμπεριφορά προβλημάτων ταυτίζονται με το κριτήριο της επικινδυνότητας για τον εαυτό ή τους άλλους ήταν αναμενόμενο τα επίπεδα της εν λόγω υποκλίμακας να είναι υψηλότερα για τους ακούσιους ασθενείς. Τα επίπεδα σε όλες τις υποκλίμακες βρέθηκαν να μειώνονται από την εισαγωγή ως το εξιτήριο. Με εξαίρεση τα επίπεδα της υποκλίμακας προβλημάτων που σχετίζεται με τη συμπτωματολογία όπου παρατηρήθηκε οι ακούσιοι ασθενείς να συνεχίζουν να βελτιώνονται έως και 1 έτος μετά τη λήψη εξιτηρίου και μετά να σταθεροποιούνται στις υπόλοιπες 3 υποκλίμακες οι δύο ομάδες ασθενών φάνηκε να έχουν σταθερά επίπεδα σε όλα τα σημεία επαναξιολόγησης έως τα 2 έτη.

Ακόμη, αναφορικά με τη υποκλίμακα σωματικών παθήσεων παρατηρήθηκε ότι οι εκούσιοι ασθενείς είχαν σημαντικά περισσότερα προβλήματα κατά το εξιτήριο και τις μετρήσεις επαναξιολόγησης σε σύγκριση με τους ακούσιους ασθενείς. Δύο βασικοί λόγοι μπορεί να δικαιολογούν πιθανόν το εύρημα αυτό: i) οι νοσηλείες σε ψυχιατρικό νοσοκομείο δεν έχουν ως πρωταρχικό στόχο την αντιμετώπιση παθολογικών ζητημάτων και ii) οι ψυχιατρικοί ασθενείς σε ένα τμήμα είναι πολύ πιθανό να εμφανίζουν ετερογένεια ως προς την παθολογία τους. Ακόμη, οι διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες ασθενών μπορεί να οφείλονται στην άρνηση των ακούσιων ασθενών να ζητήσουν βοήθεια για σωματικά προβλήματα λόγω χαμηλής εμπιστοσύνης ως προς το σύστημα υγείας ή λόγω αδυναμίας να εξωτερικεύσουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν λόγω της βαρύνουσας συμπτωματολογίας τους. Υπέρ αυτής της ερμηνείας συνηγορούν τα αποτελέσματα της έρευνας των Kallert κ.α. (2008) οι οποίοι ανέφεραν ότι οι ακούσιοι ασθενείς ήταν λιγότερο πιθανό να αναφέρουν ότι έπασχαν από κάποιο σωματικό πρόβλημα ακόμη και κατά την αρχική τους νοσηλεία.

Τα ευρήματα αναφορικά με τη συνολική συμπτωματολογία είναι σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία (Kallert et al., 2008). Οι ακούσιοι ασθενείς συνέχιζαν να βελτιώνονται περαιτέρω ως τους 12 μήνες όπως φαίνεται από το συνολικό σκορ της κλίμακας HoNOS. Στην ανασκόπηση των Katsakou & Priebe (2006) 3 μελέτες (2 εξ αυτών υψηλής ποιότητας) έκαναν λόγο για παρατεταμένη βελτίωση των συμπτωμάτων των ακούσιων ασθενών και/ή της λειτουργικότητας τους για τουλάχιστον 4 μήνες μετά το εξιτήριο. Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί πως το γεγονός ότι όσοι ασθενείς επανανοσηλεύθηκαν έχουν αφαιρεθεί από την κοόρτη πιθανόν να οδηγεί σε υπερτίμηση της βελτίωσης της έκβασης των ασθενών. Ο Priebe και οι συνεργάτες του (2011) παρατήρησαν μια ελαφριά βελτίωση της υποκειμενικής ποιότητας ζωής στους ακούσια νοσηλευόμενους ασθενείς, στην επαναξιολόγηση που διεξήγαγαν 1 έτος μετά την εισαγωγή, συγκριτικά με την εισαγωγή τους. Τα ευρήματα της μελέτης μας ενισχύουν αυτά τα θετικά ευρήματα υποδεικνύοντας ότι η βελτίωση σε αυτή την ομάδα ασθενών διατηρείται για σημαντική χρονική περίοδο σε αυτή την ομάδα ασθενών.

Η ύπαρξη συννοσηρότητας με διαταραχή προσωπικότητας, βρέθηκε να είναι ο μόνος παράγοντας που επηρεάζει με ανεξάρτητο τρόπο την μεταβολή της συμπτωματολογίας των ακούσιων ασθενών. Το εύρημα αυτό είναι δεν είναι σύντονο με τη βιβλιογραφία για το σύνολο των ψυχιατρικών ασθενών (Stevenson, Brodaty, Boyce & Byth, 2011). Ο τόπος διαμονής και η προηγούμενη ψυχιατρική νοσηλεία ήταν οι δυο παράγοντες που επηρέαζαν αρνητικά την βελτίωση της συμπτωματολογίας των ακούσιων ασθενών. Τα αποτελέσματα σχετικά με την επανείσοδο σχολιάζονται αναλυτικά παρακάτω. Ανησυχητικό είναι όμως το εύρημα πως οι ασθενείς που μένουν εκτός Αθηνών έχουν χειρότερη έκβαση. Πιθανόν αυτό να αντικατοπτρίζει την άνιση κατανομή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μεταξύ περιφερειών (Παρεσκευαΐδου & Κατσαλιάκη, 2015). Οι ασθενείς που κατοικούν σε περιοχές εκτός Αθηνών, σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, μεταφέρονται σε νοσοκομεία της Αθήνας, εάν δεν υπάρχει διαθέσιμο εξειδικευμένο ψυχιατρικό νοσοκομείο ή ψυχιατρική κλινική στην περιοχή τους. Ως αποτέλεσμα, η συχνότητα των ακούσιων εισαγωγών είναι υψηλότερη στην Αθήνα καθώς τα νοσοκομεία της περιοχής αναλαμβάνουν να εξυπηρετήσουν το μεγαλύτερο μέρος των ακούσια εισαχθέντων ασθενών στη χώρα (Economidou κ.ά., 2018). Μια πιθανή εξήγηση για αυτό το εύρημα είναι η έλλειψη συνεχούς ψυχιατρικής φροντίδας της ψυχικής υγείας στη κοινότητα. Οι Στυλιανίδης κ.α. (2017) ανέφεραν ότι περίπου το 51,2% των ασθενών που νοσηλεύονται στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο

Αττικής (Δαφνί) παραπέμπονται στα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου και όχι σε κάποια κοινοτική δομή, γεγονός που υποδεικνύει την έλλειψη θεραπευτικού συνεχούς θεραπείας ανάμεσα στο ψυχιατρείο και της κοινοτικές δομές. Συνεπώς, οι ασθενείς αυτοί αναγκάζονται να απομακρυνθούν από τους οικείους τους για να νοσηλευθούν σε κάποιο από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία της πρωτεύουσας με όποιο κόστος αυτό μπορεί να έχει για την υγεία τους αλλά και κατόπιν της εξόδου από το νοσοκομείο δεν έχουν ένα ολοκληρωμένο σύστημα παροχής κοινοτικών υπηρεσιών να απευθυνθούν στον τόπο τους.

Τα αποτελέσματα της εκ των υστέρων αξιολόγησης, από εξωτερικούς αξιολογητές της ΕΕ της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (Loukidou et al, 2012) αλλά και της έκθεσης για την κατάσταση της ψυχικής υγείας στην χώρα (Μπραουδάκης et al., 2015) συνηγορούν προς αυτή την κατεύθυνση υποστηρίζοντας πως: παρότι η ψυχιατρική φροντίδα έχει αναπτυχθεί σημαντικά μετά την εφαρμογή του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ, οι κοινοτικές δομές είναι περιορισμένες και το σύστημα ψυχικής υγείας είναι κατακερματισμένο και ασταθές.

Ωστόσο, η γενίκευση αυτού του ευρήματος πρέπει να γίνει με προσοχή καθώς περισσότερη έρευνα επί του θέματος κρίνεται απαραίτητη.

Επανείσοδος.

Η επικρατέστερη άποψη για την επανείσοδο είναι ότι αυτή αποτελεί έναν χρήσιμο δείκτη της ποιότητας της προηγούμενης νοσηλείας (Byrne, Hooke & Page, 2010). Σε παρόμοια ευρήματα κατέληξαν και οι Lauber κ.α. (2006) οι οποίοι συμπέραναν ότι υψηλότερη βελτίωση της συμπτωματολογίας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας αποτελεί το μοναδικό προβλεπτικό προστατευτικό παράγοντα για χαμηλότερο αριθμό επανεισαγωγών σε χρονικό διάστημα διάρκειας 5 ετών.

Σημαντικό ποσοστό του δείγματος, τείνει να επανεισάγεται μέσα σε 2 έτη από το εξιτήριο (34,8% και 21,9% των εκούσιων και των ακούσιων ασθενών, αντίστοιχα), με τους εκούσιους ασθενείς να επανεισάγονται σε μεγαλύτερο ποσοστό συγκριτικά με τους ακούσιους. Προηγούμενη συστηματική ανασκόπηση επί του θέματος δεν είχε καταφέρει να βρει σύνδεση ανάμεσα στο είδος της νοσηλείας και την πιθανότητα επανεισαγωγής (Katsakou & Priebe, 2006). Ωστόσο το πολύ υψηλό ποσοστό επανεισόδων στην παρούσα έρευνα δείχνει την ανεπάρκεια του εθνικού συστήματος ψυχικής υγείας να κρατήσει σημαντικό ποσοστό των ασθενών εκτός του ψυχιατρείου.

Μια πιθανή ανάγνωση του υψηλού ποσοστού είναι η πιθανότητα να αποτελούν «ασθενείς περιστρεφόμενης πόρτας». Κατά τον ορισμό που έχει δοθεί από τους Langdon κ.α. (2001) για να οριστεί ένας ασθενής ως ασθενής «περιστρεφόμενης πόρτας» είναι απαραίτητη προϋπόθεση να έχει κάνει τουλάχιστον τρεις νοσηλείες κατά τη διάρκεια της ζωής του. Ωστόσο, το σχετικό ποσοστό ασθενών στο Ψ.Ν.Α. «Δαφνί» που πληρούν τα κριτήρια του παραπάνω ορισμού δεν ξεπερνά το 36,4% (Στυλιανίδης κ.α., 2014b).

Ακόμη, το είδος της νοσηλείας-δείκτη φαίνεται να σχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο με το τύπο της επόμενης νοσηλείας. Πιο συγκεκριμένα οι ακούσια νοσηλευόμενοι ασθενείς βρέθηκαν να έχουν περισσότερες πιθανότητες να επανεισαχθούν ακούσια. Το εύρημα αυτό είναι σύνοδο με την υπάρχουσα διεθνή (Houston & Mariotto, 2001· Kallert et al. 2008· Lay κ.α., 2019· Priebe κ.α., 2009) και εθνική βιβλιογραφία επί του θέματος (Μποζίκας et al. 2003). Πιο συγκεκριμένα οι Priebe κ.α. (2011) συμπέραναν ότι ποσοστό της τάξης του 19% των ασθενών με ακούσια νοσηλεία δείκτη τείνει να επανεισάγεται ακούσια.

Οι λόγοι για τους οποίους ωστόσο οι ακούσια εισαχθέντες ασθενείς τείνουν να επανεισάγονται και δη ακούσια δεν έχουν διευκρινιστεί (Kallert κ.α., 2008). Οι Priebe κ.α. (2009) έκαναν μια προσπάθεια να αναγνωρίσουν ποια ατομικά χαρακτηριστικά των ασθενών λειτουργούν ως πιθανοί σχετικοί προγνωστικοί παράγοντες για ακούσια επανείσοδο. Συμπέραναν ότι η εθνικότητα (οι ασθενείς με Αφρικάνικη ή Αφρό-Καραϊβική καταγωγή είχαν περισσότερες πιθανότητες να επανεισαχθούν ακούσια συγκριτικά με τους λευκούς), το να μένει κανείς με άλλους, να λαμβάνει προνοιακά επιδόματα και η μη ικανοποίηση από τη θεραπεία κατά την εισαγωγή σχετίζονται με περισσότερες πιθανότητες επανεισαγωγής.

Πιθανές ερμηνείες του φαινομένου αυτού που έχουν προταθεί είναι ότι το σύστημα έχει «μεγαλύτερη ευκολία» να εισαγάγει κάποιον ακούσια όσο πιο πολύ αυξάνεται ο αριθμός των ακούσιων νοσηλειών που έχει στο ενεργητικό του και ότι εξαιτίας της τραυματικής εμπειρίας της ακούσιας νοσηλείας (αίσθημα εξάρτησης, αφαίρεση ελευθερίας κ.α.) οι ασθενείς τείνουν να απομακρύνονται από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, εγκαταλείποντας έναν φαύλο κύκλο ακούσιων νοσηλειών (Μποζίκας κ.α., 2003). Οι Kallert κ.α. (2008) ανέφεραν ως πιθανή εξήγηση του ευρήματος αυτού το ότι οι ακούσιοι ασθενείς ενέχουν υψηλότερο κίνδυνο να εμφανίσουν βίαιη

συμπεριφορά κατά τη κλινική τους πορεία και συνεπώς να νομιμοποιείται η χρήση τέτοιου είδους νομικών μέτρων (έναρξη διαδικασίας ακούσιας νοσηλείας).

Πιθανές Παρεμβάσεις

Η ακούσια νοσηλεία παρότι βρέθηκε να είναι αποτελεσματική ως προς τη μείωση της γενικής συμπτωματολογίας και την αύξηση της λειτουργικότητας των ασθενών, συνεχίζει να αποτελεί μια ιδιαίτερα προβληματική πρακτική. Αυτό το εύρημα στοιχειοθετείται από το ότι σημαντικό ποσοστό των ασθενών τείνει να επανεισάγεται σε ψυχιατρική κλινική μέσα σε δύο έτη από το εξιτήριο με τους ακούσιους ασθενείς να έχουν περισσότερες πιθανότητες να επανεισαχθούν ακούσια.

Η αναδιάρθρωση του συστήματος ψυχικής υγείας προς μια πιο ανθρωποκεντρική κατεύθυνση προϋποθέτει την απομάκρυνση από το αμιγώς βιοιατρικό, φαρμακό-κεντρικό μοντέλο. Η ανάπτυξη δικτύου υπηρεσιών στην κοινότητα και η διασφάλιση του θεραπευτικού συνεχούς κρίνονται ως απαραίτητα συστατικά για τη μακροπρόθεσμη διατήρηση των θετικών αποτελεσμάτων της ψυχιατρικής νοσηλείας αλλά και την αύξηση της πρόληψη υποτροπών.

Έχει υποστηριχθεί από τους McGarvey κ.α., (2013) ότι σημαντικό ποσοστό των ακούσιων νοσηλειών της τάξης του 27% θα μπορούσε να αποφευχθεί εάν υπήρχαν σε κοινοτικό επίπεδο δομημένες παρεμβάσεις υποστήριξης στη κρίση. Στο πλαίσιο αυτό απαραίτητη κρίνεται η εξεύρεση εναλλακτικών στην ακούσια νοσηλεία παρεμβάσεων έτσι ώστε να μειωθεί η καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ασθενών, η ενίσχυση της θεραπευτικής σχέσης ανάμεσα σε ιατρό-ασθενή και να σταματήσουν οι ψυχίατροι να θεωρούνται ως όργανα επιβολής κοινωνικού ελέγχου. Οι σκέψεις αυτές εντάσσονται σε ένα γενικότερο πλαίσιο αξιολόγησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και αναδιανομής των πόρων, στο οποίο υπολείπεται η Ελλάδα (Στυλιανίδης, Λάβδας, Βαρβαρέσου, Χονδρός, 2011). Η έννοια της παροχής θεραπείας και της αντιμετώπισης της κρίσης σε κοινοτικό επίπεδο δεν είναι νέα. Οι ίδιοι οι ασθενείς συνηγορούν ως προς την αναγκαιότητα για την ύπαρξη εναλλακτικών ως προς την ακούσια νοσηλεία παρεμβάσεων στην κοινότητα (Lloyd-Evans & Johnson, 2019).

Παραδείγματα δομημένων παρεμβάσεων υποστήριξης στη κρίση παρατίθενται στη συνέχεια.

Μια παρέμβαση που πιθανόν να έχει ευεργετική επίδραση στη μείωση των επανεισόδων και αποτελεί προσπάθεια παρέμβασης στη κρίση είναι η λεγόμενη

«κατ'οίκον θεραπεία» (Assertive Community Treatment- ACT). Η εν λόγω παρέμβαση απευθύνεται σε ψυχιατρικούς ασθενείς με βαριά ψυχοπαθολογία που βρίσκονται σε οξεία φάση της νόσου, με έξαρση των συμπτωμάτων και βεβαρημένο ιστορικό υποτροπών και νοσηλείων. Η κατ' οίκον θεραπεία δεν έχει ιδιαίτερα υποχρεωτικό χαρακτήρα και αποτελεί περισσότερο έναν τρόπο συμπόρευσης του ατόμου με τη νόσο και τις δυσκολίες που αυτή του επιφέρει. Τα σημαντικά απότοκα της παρέμβασης έχουν αποδειχθεί ερευνητικά (Botha, Koen, Joska, Hering, Oosthuizen, 2010).

Μια ακόμη παρέμβαση που πιθανόν η εφαρμογή της να οδηγήσει στη μείωση της συχνότητας της ακούσιας νοσηλείας είναι η ακούσια εξωνοσοκομειακή δέσμευση στη θεραπεία (outpatient commitment). Η εν λόγω παρέμβαση προϋποθέτει την ακούσια θεραπεία ψυχιατρικών ασθενών, που πληρούν τα κριτήρια για ακούσια νοσηλεία σε κοινοτικό επίπεδο αντί της ακούσιας εισαγωγής τους σε ψυχιατρική κλινική. Επί αθέτησης των προσυμφωνημένων όρων ο ασθενής δύναται να νοσηλευτεί. Οι προαναφερθέντες προσυμφωνημένοι όροι συνήθως περιλαμβάνουν τακτική λήψη φαρμακευτικής αγωγής, συμμετοχή σε θεραπευτικές συνεδρίες με έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας, απαγόρευση λήψης μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων ή άλλων ναρκωτικών ουσιών. Ακόμη είναι πιθανόν στους όρους αυτούς να συμπεριλαμβάνεται η απαγόρευση συναναστροφής με συγκεκριμένα πρόσωπα ή η επίσκεψη συγκεκριμένων χώρων/σημείων που πιθανόν να θεωρείται ότι μπορεί να συντελέσουν σε επιδείνωση της πορείας νόσου του ασθενούς. Η εν λόγω παρέμβαση φαίνεται να μειώνει το φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας (Cañete-Nicolás Hernandez-Viadel, Bellido-Rodriguez, Lera-Calatayud, Asensio-Pascual, Perez-Prieto, Calabuig-Crespo & Leal-Cercós, 2011) και να συμβάλλει στη βελτίωση της τήρησης της λήψης θεραπείας εκ μέρους των ασθενών (Πολίτης κ.α., 2003). Ωστόσο, τα ευρήματα της μετα-ανάλυσης των Kisely κ.α. (2007) υπέδειξαν πως η επίδραση της στη μείωση της συχνότητας ακούσιων νοσηλείων και στη μείωση της χρονικής διάρκειας νοσηλείας στο ψυχιατρικό νοσοκομείο είναι περιορισμένη .

Τα επονομαζόμενα “crisis houses” είναι μια ακόμη παρέμβαση που στοχεύει στη μείωση των ακούσιων νοσηλείων. Πρόκειται για τη δυνατότητα παραμονής σε κάποια στεγαστική δομή στη κοινότητα για την αντιμετώπιση μιας πιθανής υποτροπής και την αποφυγή μιας ενδεχόμενης νοσηλείας σε ψυχιατρική κλινική. Σε σχετικές έρευνες στη Μεγάλη Βρετανία έχει υποστηριχθεί ότι τόσο οι ασθενείς όσο και οι φροντιστές αυτών τείνουν να εκφράζουν λιγότερη δυσαρέσκεια και να επιθυμούν όταν

η νοσηλεία των ίδιων ή του συγγενικού τους προσώπου διεξάγεται σε δομές τέτοιου τύπου, για τους εξής λόγους: i) παροχή περισσότερων θεραπευτικών παρεμβάσεων, ii) μικρότερος αριθμός εξυπηρετούμενων ατόμων iii) πιο ευχάριστος χώρος συγκριτικά με το νοσοκομείο, iv) λιγότερο απασχολημένο ιατρό-νοσηλευτικό προσωπικό (Osborn, Lloyd-Evans, Johnson, Gilbert, Byford, Leese & Slade, 2010). Η συστηματική ανασκόπηση 27 μελετών που αφορούσαν την κλινική αποδοτικότητα, την οικονομική αποδοτικότητα και την ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών υγείας από τις εναλλακτικές ως προς τη ψυχιατρική νοσηλεία στεγαστικές επιλογές συμπέραναν ότι περαιτέρω έρευνα κρίνεται απαραίτητη για την απόδειξη της κλινικής αποδοτικότητας αυτών των εναλλακτικών (Lloyd-Evans, Slade, Jagielska & Johnson, 2009). Ωστόσο, αυτές οι με έδρα την κοινότητα στεγαστικές δομές είναι σίγουρο ότι αποτελούν μια πιο εύκολα αποδεκτή εναλλακτική από συγκεκριμένες ομάδες ατόμων που πάσχουν από σοβαρή ψυχική νόσο, συγκριτικά με τη νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική.

Τέλος, για τη μείωση της συχνότητας ακούσιων νοσηλειών έχει προταθεί η αναγκαιότητα σύμπραξης ανάμεσα στους ασθενείς, τους συγγενείς αυτών και τους ειδικούς ψυχικής υγείας στο πλαίσιο τριμερούς διαλόγου, ενώ παράλληλα απαραίτητη κρίνεται η στενή συνεργασία εξωνοσοκομειακών και ενδονοσοκομειακών δομών φροντίδας (Flammer, Steinert, Eisele, Bergk & Uhlmann, 2013).

Πλεονεκτήματα και Περιορισμοί μελέτης

Η παρούσα μελέτη αποτελεί τη μεγαλύτερη και πιθανότατα τη μοναδική προοπτική μελέτη για την έκβαση των ψυχιατρικών νοσηλειών που έχει διεξαχθεί στην Ελλάδα. Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τόσο αντικειμενικά (ποσοστό επανεισαγωγών) όσο και υποκειμενικά κριτήρια αξιολόγησης της έκβασης των ψυχιατρικών ασθενών (κλίμακα συμπτωματολογίας και λειτουργικότητας).

Η παρούσα μελέτη δεν στερείται περιορισμών. Αρχικά, πρέπει να αναγνωρισθεί πως το γεγονός ότι οι ασθενείς οι οποίοι επανεισάγονταν στο νοσοκομείο εξαιρούνταν από την κοόρτη, πιθανόν να οδηγεί σε υποεκτίμηση των επιπέδων της συμπτωματολογίας των ασθενών στα επόμενα στάδια επαναξιολόγησης (follow-ups). Η απόφαση αυτή ελήφθη ώστε να διασφαλιστεί ότι η έκβαση της νοσηλείας-δείκτη δεν επηρεάζεται από τη συγχυτική επίδραση των επακόλουθων νοσηλειών.

Ακόμη, πρόκειται για μια μελέτη παρατήρησης η οποία αξιολογεί την έκβαση των ασθενών ανά έξι μήνες, μέχρι 2 έτη από το εξιτήριο. Η έκβαση των ασθενών στο

χρονικό διάστημα που μεσολαβεί του εξιτηρίου και των επόμενων χρονικών σημείων αξιολόγησης είναι πιθανό να επηρεάζεται σε μεγαλύτερο βαθμό από τη φύση και τη ποιότητα των παρεχόμενων εξωνσοκοκομειακών κοινοτικών και μη υπηρεσιών, παρά από το τύπο της ψυχιατρικής νοσηλείας *per se*. Όπως τονίζουν επ' αυτού οι Georgaka και Zissi (2019) η διαθεσιμότητα των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, μεταξύ άλλων παραγόντων, επηρεάζει την πορεία της νόσου των ασθενών με ψύχωση σε μεγάλο βαθμό.

Πλήρη στοιχεία κατάφεραν να συλλεχθούν για το 70,4% του συνολικού δείγματος που είχε ολοκληρώσει την αξιολόγηση HoNOS κατά την εισαγωγή. Γενικά, η δυσκολία παρακολούθησης του συγκεκριμένου πληθυσμού των ψυχιατρικών ασθενών έχει αναφερθεί προηγουμένως στη βιβλιογραφία. Οι Priebe κ.α. (2011), σε σχετική τους μελέτη κατάφεραν να επανεξετάσουν μόλις το 50% του συνολικού δείγματος που συμμετείχε στις βασικές συνεντεύξεις.

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι οι λόγοι μη συμμετοχής στην μελέτη δεν καταγράφονταν ξεχωριστά. Η σχετική εγγραφή περιλάμβανε αθροιστικά όλους τους λόγους μη συμμετοχής (μη πλήρωση των κριτηρίων συμμετοχής, άρνηση συμμετοχής κλπ.), η μόνη διάκριση συμπεριλάμβανε το θάνατο ή την επανείσοδο στο νοσοκομείο. Συνεπώς δεν υπάρχουν αναλυτικά στοιχεία για το ποσοστό ασθενών που αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη (ή σε κάποιο στάδιο αυτής, ειδικότερα).

Επιπλέον, η έκβαση της ψυχιατρικής νοσηλείας αξιολογήθηκε μόνο όσον αφορά την κλινική έκβαση και τη συνολική λειτουργικότητα, άλλοι παράγοντες όπως η σωματική υγεία της κοόρτης δεν ελήφθησαν υπόψη και μπορεί να έχουν σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών (Lykouras & Douzenis, 2008) όπως και άλλες σημαντικές πτυχές του όρου (υποκειμενική εμπειρία, ποιότητα ζωής, επίτευξη στόχων αποκατάστασης κ.λπ.) δεν ελήφθησαν υπόψη. Οι βαθμολογήσεις της GAF μόνο κατά την εισαγωγή και το εξιτήριο λήφθηκαν υπόψη. Η κλίμακα επιλέχθηκε αρχικά λόγω της εκτεταμένης χρήσης της τόσο σε εθνικό όσο και διεθνές επίπεδο, που θα μπορούσαν να διευκολύνουν τις συγκρίσεις με την υπάρχουσα βιβλιογραφία επί του θέματος. Εντούτοις, τα επίπεδα συμφωνίας μεταξύ των ερευνητών όπως μετρήθηκαν με τη χρήση του δείκτη ICC υπέδειξαν χαμηλή/μη αποδεκτή συμφωνία μεταξύ των ερευνητών στις επαναξιολογήσεις που έλαβαν χώρα 6, 12, 18 και 24 μήνες μετά το εξιτήριο, αλλά όχι κατά την εισαγωγή και την έξοδο, (σε συμφωνία με προηγούμενες μελέτες (Vatnaland κ.α., 2007)) συνεπώς οι βαθμολογήσεις για τις επαναξιολογήσεις

δεν λήφθηκαν υπόψη στην ανάλυση. Ακόμη η κλίμακα HoNOS δεν έχει σταθμιστεί στα ελληνικά για το λόγο αυτό δεν επιχειρήθηκε να γίνουν εν τω βάθει αναλύσεις για κάθε υποκλίμακα που την απαρτίζει καθώς η δομή της δεν έχει επιβεβαιωθεί στον ελληνικό πληθυσμό.

Επιπλέον, αυτά τα ευρήματα προέρχονται μόνο από ένα ψυχιατρείο. Το «Δαφνί» μαζί με το ψυχιατρείο της Θεσσαλονίκης είναι τα δύο μεγαλύτερα –σε χωρητικότητα– ψυχιατρεία στην Ελλάδα και δέχονται τη μεγαλύτερη εισροή ασθενών από όλη τη χώρα (Christodoulou, Ploumpidis, Christodoulou, & Anagnostopoulos, 2010). Όμως, η γενίκευση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης σε άλλα νοσοκομεία της επικράτειας ή και σε εθνικό επίπεδο θα πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή.

Τέλος, το είδος της νοσηλείας στη παρούσα μελέτη εξετάστηκε με τη χρήση μιας δίτιμης μεταβλητής (ακούσια ή εκούσια) κατά την εισαγωγή του ασθενούς. Είναι ωστόσο πιθανόν να υπήρξε μετατροπή από ακούσια σε εκούσια νοσηλεία και το αντίστροφο, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Ωστόσο το ποσοστό αυτό εκτιμάται πως είναι πολύ μικρό. Ακόμη η βιβλιογραφία προτείνει το είδος της νοσηλείας όχι σύμφωνα με τη νομική θεώρηση αλλά από την οπτική και το βίωμα του ασθενούς, δηλαδή το πόσο εξαναγκασμένος αισθάνεται ο ίδιος ο νοσηλευόμενος (Balducci, Bernandini, Pausellini, Tortorella & Compton, 2017). Επόμενη έρευνα επί του θέματος προτείνεται να εστιάσει στο υποκειμενικό αίσθημα εξαναγκασμού και την πιθανή του συσχέτιση με την έκβαση της ψυχιατρικής νοσηλείας.

Η νοσηλεία σε ψυχιατρικό ίδρυμα έχει ιδωθεί μέσα από τη κοινωνιολογική θεωρία ως μια βιογραφική ρήξη. Η βιογραφική ρήξη ορίζεται από τους Σαββάκη και Τζανάκη (2006) «ως ένα αντικειμενικό γεγονός, το οποίο εγγράφεται στη βιογραφική διαδρομή ενός ατόμου και βιώνεται υποκειμενικά ως τομή στο βιογραφικό χρόνο, συνδέεται με τη διάρρηξη των δομών της καθημερινής ζωής, την άρση των αυτονοήτων της στοιχείων και τη σχετικοποίηση των διαθέσιμων αποθεμάτων κοινωνικής γνώσης. Την ίδια στιγμή, αναδύονται υποκειμενικά ερμηνευτικά εγχειρήματα, τα οποία αποβλέπουν στη διαχείριση της ασυνήθιστης, απρόσμενης όσο και οδυνηρής κατάστασης». Η εμπειρία αυτή είναι πολυσήμαντη για το άτομο και μη στατική, συνεπώς επιδέχεται πολλαπλές και διαφορετικές ερμηνείες. Η διάγνωση μιας ασθένειας, ο εγκλεισμός είναι στοιχεία που δημιουργούν ένα ρήγμα, μια διάκριση στις βιωμένες εμπειρίες, ένα βιωματικό «πριν» και «μετά» Corbin & Strauss, 1987, σ. 249-

281). Επόμενη μελέτη επί του θέματος καλείται να εστιάσει πάνω στην εμπειρία της ακούσιας νοσηλείας και να εφαρμόσει ποιοτική μεθοδολογία ώστε να διερευνήσει τις αφηγήσεις οδύνης των ασθενών μετά το πέρας της αναγκαστικής νοσηλείας .

Επιπλέον, η ποιότητα της θεραπευτικής συμμαχίας ανάμεσα στους ασθενείς-λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας πρέπει να προτεραιοποιηθεί στην ατζέντα για την έρευνα στη ψυχική υγεία, προκειμένου να αλλάξει η κουλτούρα του συστήματος ψυχικής υγείας. Αυτό κατά συνέπεια θα οδηγούσε σε μια θεμελιώδη αλλαγή στην ψυχιατρική αλλάζοντας την εστίαση από την ιδιότητα του ασθενούς στην κηδεμονία ελεύθερης βούλησης, αντικαθιστώντας την λήψη αποφάσεων εκ μέρους του ασθενούς με την υποστηριζόμενη λήψη αποφάσεων και την συν-ευθύνη. Με αυτό το τρόπο η κοινωνική εντολή της ψυχιατρικής, μετασχηματίζεται και δεν έχει ως ρόλο τον έλεγχο της συμπεριφοράς αλλά την κοινωνική διαμεσολάβηση μεταξύ των ενδιαφερομένων μερών και της κοινότητας. Το ήθος της φροντίδας της ψυχικής υγείας γίνεται πραγματικά «προσωποκεντρική» με προσέγγιση και όραμα «βασισμένη στα δικαιώματα» (Thornicroft, Alem, Dos Santos, Barley, Drake, Gregorio κ.α., 2010).

Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, μπορεί να υποστηριχθεί ότι η ψυχιατρική νοσηλεία οδηγεί σε κλινική βελτίωση, ανεξάρτητα το τύπο της νοσηλείας (ακούσια ή εκούσια). Ωστόσο, το γεγονός ότι ο κύριος στόχος της ακούσιας εισαγωγής είναι η αποφυγή της βλάβης και όχι η θεραπευτική βελτίωση δεν μπορεί να παραβλεφθεί. Τα ευρήματα της μελέτης δείχνουν ότι οι δύο ομάδες ασθενών -εκείνοι που εισήχθησαν ακούσια και εκείνων που εισήχθησαν εκούσια– δεν διαφοροποιούνται ως προς την έκβαση.

Η παρατηρούμενη θετική επίδραση περιορίζεται στην κλινική έκβαση της νοσηλείας. Μπορεί να μην είναι εφικτό να διατηρήσουν τα θετικά αποτελέσματα της θεραπείας χωρίς κοινωνική και κοινοτική υποστήριξη. Για το σκοπό αυτό απαιτούνται αλλαγές σε επίπεδο πολιτικών ψυχικής υγείας. Είναι σημαντικό να διασφαλιστεί το συνεχές της θεραπείας μετά το εξιτήριο, σε μια προσπάθεια μείωσης της συχνότητας των επανεισαγωγών και της χρονικής διάρκειας αυτών. Επί του παρόντος, η ενδυνάμωση της δημοκρατίας στη ψυχική υγεία, μέσω της ενεργοποίησης της συμμετοχής των χρηστών και της οικογένειας στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τη διακυβέρνηση των συστημάτων ψυχικής υγείας, και με την αξιοποίηση

εναλλακτικών λύσεων για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας σε κοινοτικές δομές (ACT, παρέμβαση πρώιμης ψύχωσης, κ.λπ.) κρίνονται παραπάνω από απαραίτητες (Dimitrakopoulos et al. 2015· Krokidas et al. 2016· Στυλιανίδης και Πανάγου 2018· Stylianidis κ.ά. 2018β). Αυτά είναι μερικά βασικά στοιχεία ενός νέου σχεδίου για τη μεταρρύθμιση της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, λαμβάνοντας υπόψη τα θεσμικά, πολιτικά, θεραπευτικά και ηθικά προβλήματα που προκύπτουν από τα αυξημένα ποσοστά ακούσιων νοσηλειών στη χώρα. Ως αποτέλεσμα, μια δομημένη, πολύπλευρη δράση για τη μείωση των ποσοστών ακούσιας νοσηλείας στη χώρα κρίνεται ως ιδιαίτερα σημαντική, ιδίως σε περιόδους ύφεσης.

Βιβλιογραφία

- Aas I. H. (2010). Global Assessment of Functioning (GAF): properties and frontier of current knowledge. *Annals of general psychiatry*, 9, 20.
<https://doi.org/10.1186/1744-859X-9-20>
- Arnold, B. D., Moeller, J., Hochstrasser, L., Schneeberger, A. R., Borgwardt, S., Lang, U. E., & Huber, C. G. (2019). Compulsory Admission to Psychiatric Wards-Who Is Admitted, and Who Appeals Against Admission?. *Frontiers in psychiatry*, 10, 544. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00544>
- Balducci, M. P., Bernardini, F., Pauselli, L., Tortorella, A., & Compton, T. M. (2017). Correlates of involuntary admission: findings from an Italian inpatient psychiatric unit. *Psychiatria Danubina*, 29(4), 490–496.
- Bauer, M., Kunze, H., von Cranach, M., Fritze, J., and Becker, T. (2001) Psychiatric reform in Germany. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104 (Suppl. 410): 27-34
- Bebbington, P., Feeney, S., Flannigan, C., Glover, G., Lewis, S., & Wing, J. (1994). Inner London Collaborative Audit of Admissions in Two Health Districts. *British Journal of Psychiatry*, 165(6), 743-749. doi: 10.1192/bjp.165.6.743
- Becker, T. & Vasquez-Barquero, J.L. (2016). The European perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(Suppl. 410), 8-14.
- Bindman, J., Tighe, J., Thornicroft, G., & Leese, M. (2002). Poverty, poor services, and compulsory psychiatric admission in England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(7), 341-345. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-002-0558-3>
- Boardman, J. (2005). *New Services for Old – In overview of mental health policy. In: Beyond the Water Towers. The unfinished revolution in mental health service 1985-2005.* The Sainsbury Centre for Mental Health.
- Botha, U., Oosthuizen, P., Koen, L., Joska, J., Parker, J. & Horn, N. (2008). The revolving door phenomenon in psychiatry: comparing low-frequency and high-frequency users of psychiatric inpatient services in a developing country. *BMC Psychiatry*, 10 (1), p. 73.

- Bowers, L., Douzenis, A., Galeazzi, G.M., Forghieri, M., Tsopelas, C., Simpson, A. and Allan, T. (2005) Disruptive and Dangerous Behaviour by Patients on Acute Psychiatric Wards in Three European Centres. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40, 822–828
- Breakey, W.R. (1996). The rise and fall of the state hospital. In W.R. Breakey (Eds), *Integrated mental health services*. New York: Oxford University Press Inc.
- Brooks, R. (2000). The reliability and validity of the health of the nation outcome scales: Validation in relation to patient derived measures. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(3), 504–511. [https:// doi. org/ 10. 1080/j. 1440-1614. 2000.00755.x](https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2000.00755.x)
- Byrne, S., Hooke, G., & Page, A. (2010). Readmission: A useful indicator of the quality of inpatient psychiatric care. *Journal Of Affective Disorders*, 126(1-2), 206-213. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.02.135>
- Burti, L., & Benson, P. R. (1996). Psychiatric reform in Italy: developments since 1978. *International journal of law and psychiatry*, 19(3-4), 373–390. [https://doi.org/10.1016/s0160-2527\(96\)80008-2](https://doi.org/10.1016/s0160-2527(96)80008-2)
- Busfield, J. (1996). Professionals, the state and the development of mental health policy. In T. Halley., J. Reynolds, R. Gomm, R. Mustan, & S. Pattison (Eds.), *Mental health matters: a reader*. London: MacMillan· Open University.
- Caldas Almeida, P. M. & Tomé, G. (2014). *Joint Action on Mental Health and Well-being: Towards community-based and socially inclusive mental health care*. European Union.
- Caldas de Almeida, J.M. & Killaspy, H. (2011). *Long-term mental health care for people with severe mental disorders*. European Union.
- Canete-Nicolas, C., Hernandez-Viadel, M., Bellido-Rodriguez, C., Lera-Calatayud, G., Asensio-Pascual, P., Perez-Prieto, J. F., Calabuig-Crespo, R. & Leal-Cercós, C. (2011). Involuntary outpatient treatment (iot) for severe mental patients: current situation in Spain. *Actas Espanolas De Psiquiatria*, 40 (1), 27-33.
- Chang, T., Ferreira, L., Ferreira, M., & Hirata, E. (2013). Clinical and demographic differences between voluntary and involuntary psychiatric admissions in a

- university hospital in Brazil. *Cadernos De Saúde Pública*, 29(11), 2347-2352.
doi: 10.1590/0102-311x00041313
- Christodoulou, G., Ploumpidis, D., Christodoulou, N., & Anagnostopoulos, D. (2010). Mental health profile of Greece. *International Psychiatry*, 7(3), 64–67.
<https://doi.org/10.1192/s1749367600005877>
- Coldefy, M. (2012). The Evolution of Psychiatric Care Systems in Germany, England, France and Italy: Similarities and Differences. Institut de recherche et documentation en économie de la santé. Questions d'économie de la santé n°180.
- Conrady J, Roeder T. The legal point of view: comparing differences of legal regulations related to involuntary admission and hospital stay in twelve European countries. In Legislation on Coercive Mental Health Care in Europe (eds TW Kallert, F Torres-Gonzalez): 349–74. Peter Lang, 2006.
- Corbin, J. & Strauss, A. (1987). Accompaniments of chronic illness: Changes in body, self, biography, and biographical time. *Research in the Sociology of Health Care*, 9, 249-281.
- Cougnard, A., Kalmi, E., Desage, A., Misdrahi, D., Abalan, F., & Brun-Rousseau, H. et al. (2004). Factors influencing compulsory admission in first-admitted subjects with psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(10), 804-809. doi: 10.1007/s00127-004-0826-5
- Council of Europe (2004). *Recommendation of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder*. Available at:
[http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/Rec\(2004\)10_e.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/Rec(2004)10_e.pdf)
- CPT. (2019). Report to the Greek Government on the visit to Greece carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Strasbourg: Council of Europe, Strasbourg. Retrieved from: [https:// rm. coe. int/ 16809 30c9a](https://rm.coe.int/1680930c9a).
- Craw, J., & Compton, M. (2006). Characteristics associated with involuntary versus voluntary legal status at admission and discharge among psychiatric

- inpatients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(12), 981-988.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00127-006-0122-7>
- Curley, A., Agada, E., Emechebe, A., Anamdi, C., Ng, X., Duffy, R., & Kelly, B. (2016). Exploring and explaining involuntary care: The relationship between psychiatric admission status, gender and other demographic and clinical variables. *International Journal of Law and Psychiatry*, 47, 53-59. doi: 10.1016/j.ijlp.2016.02.034
- Dalgard, O., Dowrick, C., Lehtinen, V., Vasquez-Barquero, J.L., Casey, P. ODIN Group. (2006). Negative life events, social support and gender difference in depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(6), 444-451.
- de Girolamo, G. (1989). Italian Psychiatry and Reform Law: a Review of the International Literature. *International Journal of Social Psychiatry*, 35(1), 21-37.
<http://dx.doi.org/10.1177/002076408903500103>
- de Menil, V. (2012) The French mental health system. OECD Mental Health Assessment Profiles.
- de Salvia, D., Barbato, A., Salvo, P., & Zadro, F. (1993). Prevalence and incidence of schizophrenic disorders in Portogruaro. An Italian case register study. *The Journal of nervous and mental disease*, 181(5), 275–282.
<https://doi.org/10.1097/00005053-199305000-00001>
- Department of Health. (1999). *The National Service Framework for Mental Health*, DH.
- Di Fiandra, T., Samele, C. & Ruggieri, M. (2013). Country profile for Italy. In: Samele, C., Frew, S. and Urquia (2013) *Mental Health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health*. Nottingham· The Institute of Mental Health. Retrieved from:
https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf
- Donnelly, M. (1992). *The politics of mental health in Italy*. Routledge: London
- Douzenis, A., Michopoulos, I., Economou, M., Rizos, E., Christodoulou, C., & Lykouras, L. (2012). Involuntary admission in Greece: A prospective national

study of police involvement and client characteristics affecting emergency assessment. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(2), 172-177.

<http://dx.doi.org/10.1177/0020764010387477>

Douzenis, A., Michopoulos, I., Gournellis, R., Christodoulou, C., Rizos, E., & Sakkas, D. et al. (2013). Differences between elderly voluntary and involuntary admitted psychiatric patients in Greece. *Int. Psychogeriatr.*, 25(01), 25-33.

<http://dx.doi.org/10.1017/s1041610212001408>

Durbin, J., Goering, P., Streiner, D.L. & Pink, G. (2006). Does systems integration affect continuity of mental health care? *Administration & Policy in Mental Health*, 33, 705-717

Economou, M., Lazaratou, H., & Ploumpidis, D. (2018). Compulsory admissions in Greece: multifaceted action is required. *Lancet (London, England)*, 391(10129), 1481. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30492-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30492-6)

Economou, M., Madianos, M., Peppou, L. E., Souliotis, K., Patelakis, A., & Stefanis, C. (2014). Cognitive social capital and mental illness during economic crisis: a nationwide population-based study in Greece. *Social Science & Medicine (1982)*, 100, 141–147. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.11.006>

Economou, M., Richardson, C., Gramandani, C., Stalikas, A., and Stefanis, C. (2009) Knowledge about Schizophrenia and Attitudes towards People with Schizophrenia in Greece. *International Journal of Social Psychiatry* 55, 361–371.

Emons, B., Haussleiter, I., Kalthoff, J., Schramm, A., Hoffmann, K., & Jendreyschak, J. et al. (2014). Impact of social-psychiatric services and psychiatric clinics on involuntary admissions. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(7), 672-680. <http://dx.doi.org/10.1177/0020764013511794>

Eytan, A., Chatton, A., Safran, E., & Khazaal, Y. (2012). Impact of Psychiatrists' Qualifications on the Rate of Compulsory Admissions. *Psychiatric Quarterly*, 84(1), 73-80. doi: 10.1007/s11126-012-9228-0

Fasshauer, J. M., Bollmann, A., Hohenstein, S., Mouratis, K., Hindricks, G., Meier-Hellmann, A., Kuhlen, R., Broocks, A., Schomerus, G., & Stengler, K. (2021). Impact of COVID-19 pandemic on involuntary and urgent inpatient admissions

for psychiatric disorders in a German-wide hospital network. *Journal of psychiatric research*, 142, 140–143.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.07.052>

Figuerido, J. L., Gutierrez, M., Mosquera, F., Lalaguna, B., & González, A. P. (2000). Involuntary hospitalization in the first psychotic episodes: associated factors. *Actas espanolas de psiquiatria*, 28(5), 275-27

Fistein, E., Clare, I., Redley, M., & Holland, A. (2016). Tensions between policy and practice: A qualitative analysis of decisions regarding compulsory admission to psychiatric hospital. *International Journal of Law and Psychiatry*, 46, 50-57. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.02.029>

Flammer, E., Steinert, T., Eisele, F., Bergk, J., & Uhlmann, C. (2013). Who is subjected to coercive measures as a psychiatric inpatient? A multi-level analysis. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 9, 110-119.

Foucault, M. (1965). *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*. New York: Pantheon Books.

Georgaka, E., & Zissi, A. (2019). Socially differentiated life trajectories of individuals with experience of psychosis: A biographical study. *Mental Health and Prevention*. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2019.02.001>

Goodwin, S. (1992). *Comparative mental health policy. From institutional to community care*. London: Sage publications.

Goodwin, S. (1997). *Comparative mental health policy: from institutional to community care*. London: Sage Publications.

Gou, L., Zhou, J., Xiang, Y., Zhu, X., Correll, C., & Ungvari, G. et al. (2014). Frequency of Involuntary Admissions and Its Associations with Demographic and Clinical Characteristics in China. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(4), 272-276. doi: 10.1016/j.apnu.2014.04.002

Hansson, L., Muus, S., Saarento, O., Vinding, H., Goestas, G., & Sandlund, M. et al. (1999). The Nordic comparative study on sectorised psychiatry: rates of

compulsory care and use of compulsory admissions during a 1-year follow-up. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 99-104.

- Hengartner, M., Passalacqua, S., Andreae, A., Rössler, W., & von Wyl, A. (2017). The role of perceived social support after psychiatric hospitalisation: Post hoc analysis of a randomised controlled trial testing the effectiveness of a transitional intervention. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(4), 297-306. doi: 10.1177/0020764017700664
- Henry, G.W. (1941). *Mental hospitals*. In G. Zilboorg (Ed.), *A history of medical psychology* (pp. 558–589). New York: Norton.
- Hinshaw, S. (2006). Historical Perspectives on Mental Illness and Stigma. In S. Hinshaw, *The mark of shame* (1st ed., pp. 53-72). Oxford Academic University Press.
- Hinshaw, S. (2006b). Modern Conceptions of Mental Disorder. In S. Hinshaw, *The mark of shame* (1st ed., pp. 53-72). Oxford Academic University Press
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. University of California Press. Berkeley.
- Houston, K. G., & Mariotto, M. (2001). Outcomes for psychiatric patients following first admission: relationships with voluntary and involuntary treatment and ethnicity. *Psychological reports*, 88(3 Pt 2), 1012–1014.
<https://doi.org/10.2466/pr0.2001.88.3c.1012>
- Hustoft, K., Larsen, T., Auestad, B., Joa, I., Johannessen, J., & Ruud, T. (2013). Predictors of involuntary hospitalizations to acute psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(2), 136-143. doi: 10.1016/j.ijlp.2013.01.006
- Huxley, P. & Kerfoot, M. (1993). Variation in requests to social services departments for assessment for compulsory psychiatric admission. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 28, 71-76.
- Jacobs, R. (2009). *Investigating Patient Outcome Measures in Mental Health*. University of York, York, UK.
- Jones, K. (1972). *History of Mental Health Services*. London: Routledge and Kegan Paul.

- Jones, L. (1996). George III and changing views of madness. In T. Halley., J. Reynolds, R. Gomm, R. Mustan, & S. Pattison (Eds.), *Mental health matters: a reader*. London: MacMillan: Open University.
- Kaikoushi, K., Middleton, N., Chatzittofis, A., Bella, E., Alevizopoulos, G., & Karanikola, M. (2021). Socio-Demographic and Clinical Characteristics of Adults With Psychotic Symptomatology Under Involuntary Admission and Readmission for Compulsory Treatment in a Referral Psychiatric Hospital in Cyprus. *Frontiers in psychiatry*, 12, 602274.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.602274>
- Kallert, T. W., Glöckner, M., & Schützwahl, M. (2008). Involuntary vs. voluntary hospital admission. A systematic literature review on outcome diversity. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 258(4), 195–209. <https://doi.org/10.1007/s00406-007-0777-4>
- Kallert, T., Katsakou, C., Adamowski, T., Dembinskas, A., Fiorillo, A., & Priebe, S. (2011). Coerced hospital admission and symptom change—a prospective observational multi-centre study. *PLoS ONE*, 6(11), e28191. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0028191>
- Karamanof v. Greece, Appeal Nbr:46372/09 (European Court of Human Rights, First Section 2011)
- Karasch, O., Schmitz-Buhl, M., Mennicken, R., Zielasek, J., & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2020). Identification of risk factors for involuntary psychiatric hospitalization: using environmental socioeconomic data and methods of machine learning to improve prediction. *BMC psychiatry*, 20(1), 401.
<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02803-w>
- Karastergiou, A., Mastrogianni, A., Georgiadou, E., Kotrotsios, S., & Mauratziotou, K. (2005). The reform of the Greek mental health services. *Journal of Mental Health*, 14(2), 197-203. <http://dx.doi.org/10.1080/09638230500060516>
- Katsakou, C., & Priebe, S. (2006). Outcomes of involuntary hospital admission? a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(4), 232–241.

- Kelly, B., Clarke, M., Browne, S., McTigue, O., Kamali, M., & Gervin, M. et al. (2004). Clinical predictors of admission status in first episode schizophrenia. *European Psychiatry*, 19(2), 67-71. doi: 10.1016/j.eurpsy.2003.07.009
- Killaspy, H. (2007). From the asylum to community care: learning from experience. *British Medical Bulletin*, 79-80(1), 245-258.
<http://dx.doi.org/10.1093/bmb/ldl017>
- Lay, B., Nordt, C., & Rössler, W. (2011). Variation in use of coercive measures in psychiatric hospitals. *European Psychiatry*, 26(4), 244-251. doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.11.007
- Lauber, C., Lay, B., & Rössler, W. (2006). Length of first admission and treatment outcome in patients with unipolar depression. *Journal Of Affective Disorders*, 93(1-3), 43-51. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2006.02.002>
- Leff, J., & Trieman, N. (2000). Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. Social and clinical outcomes after five years in the community. The TAPS Project 46. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 176, 217–223. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.3.217>
- Levy, B., Stephansky, M., Dobie, K., Monzani, B., Medina, A., & Weiss, R. (2009). The duration of inpatient admission predicts cognitive functioning at discharge in patients with bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 50(4), 322-326. doi: 10.1016/j.comppsy.2008.09.005
- Lloyd-Evans, B., & Johnson, S. (2019). Community alternatives to inpatient admissions in psychiatry. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 18(1), 31–32. <https://doi.org/10.1002/wps.20587>
- Loevdahl, H., & Friis, S. (1996). Routine evaluation of mental health: reliable information or worthless?guess estimates?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93(2), 125-128. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1996.tb09813.x>
- Lora, A., Starace, F., Di Munzio, W., Fioritti, A. (2014). Italian community psychiatry in practice: Description and comparison of three regional systems. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202, 446-450.

- Loukidou, E., Mastroyannakis, A., Power, T., Thornicroft, Craig & Bouras (2013) Evaluation of Greek psychiatric reforms: methodological issues. *International Journal of Mental Health Systems*, 7, 11–8.
- Lykouras, L., & Douzenis, A. (2008). Do psychiatric Departments in General Hospitals have an impact on the mental health of mental patients. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(4), 398–402.
- Mantas, C., & Mavreas, V. (2012). Establishing and operating an early intervention service for psychosis in a defined catchment area of northwestern Greece within the context of the local mental health network. *Early Intervention in Psychiatry*, 6(2), 212-217. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1751-7893.2012.00358.x>
- McGarvey, E., Leon-Verdin, M., Wanchek, T., & Bonnie, R. (2013). Decisions to Initiate Involuntary Commitment: The Role of Intensive Community Services and Other Factors. *PS*, 64(2), 120-126.
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.000692012>
- Mulder, C., Uitenbroek, D., Broer, J., Lendemeijer, B., van Veldhuizen, J., & van Tilburg, W. et al. (2008). Changing patterns in emergency involuntary admissions in the Netherlands in the period 2000–2004. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(4), 331-336. doi: 10.1016/j.ijlp.2008.06.007
- Myklebust, L., Sørgaard, K., & Wynn, R. (2014). Local psychiatric beds appear to decrease the use of involuntary admission: a case-registry study. *BMC Health Services Research*, 14(1). doi: 10.1186/1472-6963-14-64
- Ng, X., & Kelly, B. (2012). Voluntary and involuntary care: Three-year study of demographic and diagnostic admission statistics at an inner-city adult psychiatry unit. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35(4), 317-326.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2012.04.008>
- Nicholson, R. (1986). Correlates of commitment status in psychiatric patients. *Psychological Bulletin*, 100(2), 241-250. doi: 10.1037/0033-2909.100.2.241
- OECD (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, Available at: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>
- Osborn, D. P., Lloyd-Evans, B., Johnson, S., Gilbert, H., Byford, S., Leese, M., & Slade, M. (2010). Residential alternatives to acute in-patient care in England:

- satisfaction, ward atmosphere and service user experiences. *The British journal of psychiatry. Supplement*, 53, s41–s45.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.081109>
- Pader, R. (1992). *In and Out of the Mind: Greek Images of the Tragic Self*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Parker, G., O'Donnell, M., Hadzi-Pavlovic, D., & Proberts, M. (2002). Assessing Outcome in Community Mental Health Patients: A Comparative Analysis of Measures. *International Journal of Social Psychiatry*, 48(1), 11-19.
<http://dx.doi.org/10.1177/002076402128783046>
- Priebe, S., Badesconyi, A., Fioritti, A., Hansson, L., Kilian, R., Torres-Gonzales, F., Turner, T., & Wiersma, D. (2005). Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ (Clinical research ed.)*, 330(7483), 123–126.
<https://doi.org/10.1136/bmj.38296.611215.AE>
- Priebe, S., Katsakou, C., Amos, T., Leese, M., Moriss, R., & Yeeles, K. (2009). Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation. *British Journal of Psychiatry*, 194(1), 49–54. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.052266>
- Priebe, S., Katsakou, C., Yeeles, K., Amos, T., Morriss, R., Wang, D., & Wykes, T. (2011). Predictors of clinical and social outcomes following involuntary hospital admission: A prospective observational study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261(5), 377–386. <https://doi.org/10.1007/s00406-010-0179-x>
- Psarra, V., Sestrini, M., Santa, Z., Petsas, D., Gerontas, A., Garnetas, C., & Kontis, C. (2008). Greek police officers' attitudes towards the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(1), 77–85.
- Riecher, A., Rössler, W., Löffler, W., & Fätkenheuer, B. (1991). Factors influencing compulsory admission of psychiatric patients. *Psychological Medicine*, 21(1), 197-208. doi: 10.1017/s0033291700014781
- Rose, N. (2007). Psychopharmaceuticals in Europe. In K. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos & G. Thornicroft (Eds.), *Mental Health Policy and Practice across*

- Europe. The future direction of mental health care* (pp. 146-187). Berkshire: Open University Press.
- 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.
- Salize, H.J., Dressing, H., & Peitz, M. (2002). *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States/Final Report*. Mannheim: Central Institute of Mental Health.
- Sampson, R. & Laub, J. (1999). *Crime in the making: Pathways and turning points through life*. Harvard University Press: Cambridge.
- Scheper-Hughes, N., & Lovell, A. M. (1986). Breaking the circuit of social control: lessons in public psychiatry from Italy and Franco Basaglia. *Social science & medicine* (1982), 23(2), 159–178. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(86\)90364-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(86)90364-3)
- Shedlack, K., Hennen, J., Magee, C., & Cheron, D. (2005). Brief reports: A comparison of the aberrant behavior checklist and the GAF among adults with mental retardation and mental illness. *Psychiatric Services*, 56(4), 484–486. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.4.484>
- Singh, S., Greenwood, N., White, S., & Churchill, R. (2007). Ethnicity and the Mental Health Act 1983. *The British Journal of Psychiatry*, 191(2), 99-105. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.106.030346>
- Skokou, M., Gouma, P., & Gourzis, P. (2017). Compulsory admissions in southwest Greece 2010–2011: A descriptive report. *Psychiatriki*, 28(3), 265–273.
- Söderberg, P., Tungström, S., & Armelius, B. (2005). Reliability of Global Assessment of Functioning ratings made by clinical psychiatric staff. *Psychiatric Services*, 56, 434-438.
- Stavis, P. F. (1995). Civil Commitment: Past, Present, and Future. In *National Conference of the National Alliance for the Mentally Ill. Washington, D.C.: Quality of Care Newsletter*. Retrieved from <http://nemhcoercion.tripod.com/cc64.htm>

- Stefansson, C. G., & Hansson, L. (2001). Mental health care reform in Sweden, 1995. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, (410), 82–88.
<https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.1040s2082.x>
- Steinert, T., & Lepping, P. (2009). Legal provisions and practice in the management of violent patients. A case vignette study in 16 European countries. *European Psychiatry*, 24(2), 135–141. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.03.002>
- Stevenson, J., Brodaty, H., Boyce, P., & Byth, K. (2011). Personality Disorder Comorbidity and Outcome: Comparison of Three Age Groups. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(9), 771–779. doi: 10.3109/00048674.2011.595685
- Stylianidis, S., Chondros, P., & Souliotis, K. (2018a). Editorial: Towards a mental health democracy. *Dialogues in Clinical Neuroscience & Mental Health*. <https://doi.org/10.26386/obrela.v1i3.94>
- Stylianidis, S., Peppou, L. E., Drakonakis, N., Douzenis, A., Panagou, A., Tsikou, K., Pantazi, A., Rizavas, Y., & Saraceno, B. (2017). Mental health care in Athens: Are compulsory admissions in Greece a one-way road?. *International journal of law and psychiatry*, 52, 28–34. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.04.001>
- Stylianidis, S., Peppou, L., Drakonakis, N., Iatropoulou, G., Nikolaidi, S., Tsikou, K., & Souliotis, K. (2018b). Patients' views and experiences of involuntary hospitalization in Greece: A focus group study. *International Journal of Culture and Mental Health*, 11(4), 425–436. <https://doi.org/10.1080/17542863.2017.1409778>
- Szasz S.T. (2006). In K. Γρίβας (Eds.), *Η Βιομηχανία της Τρέλας*. Θεσσαλονίκη: Εκδοτική Θεσσαλονίκης.
- Thornicroft, G., Alem, A., Antunes Dos Santos, R., Barley, E., Drake, R. E., Gregorio, G., Hanlon, C., Ito, H., Latimer, E., Law, A., Mari, J., McGeorge, P., Padmavati, R., Razzouk, D., Semrau, M., Setoya, Y., Thara, R., & Wondimagegn, D. (2010). WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 9(2), 67–77.
<https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00276.x>

- Torrey, E. F., & Miller, J. (2001). *The invisible plague: The rise of mental illness from 1750 to the present*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Turnpenny, A., Petri, G., Finn, A., Beadle-Brown, J., Nyman M., Marchett L. (2017). Mapping and understanding exclusion: institutional, coercive and community-based services and practices across Europe. Brussels: Mental Health Europe.
- Vatnaland, T., Vatnaland, J., Friis, S., & Opjordsmoen, S. (2007). Are GAF scores reliable in routine clinical use?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(4), 326-330. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00925.x>
- Venios v. Greece, Appeal Nbr:33055/08 (European Court of Human Rights, First Section 2011
- Verdoux H. (2007). The current state of adult mental health care in France. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 257(2), 64–70. <https://doi.org/10.1007/s00406-006-0693-z>
- Walker, S., Mackay, E., Barnett, P., Rains, L.S., Leverton, M., Dalton-Locke, C., Trevillion, K., Lloyd-Evans, B. & Johnson, S. (2019). Clinical and social factors associated with increased risk for involuntary psychiatric hospitalization: a systematic review, meta-analysis, and narrative synthesis. *Lancet Psychiatry* 2019· 6: 1039-53.
- Webber, M., & Huxley, P. (2004). Social exclusion and risk of emergency compulsory admission. A case-control study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(12), 1000-1009. doi: 10.1007/s00127-004-0836
- Wheeler, A., Robinson, E., & Robinson, G. (2005). Admissions to acute psychiatric inpatient services in Auckland, New Zealand: a demographic and diagnostic review.
- Wierdsma, A. (2007). Continuity of care after involuntary admission: does integration of mental healthcare matter?. *BMC Psychiatry*, 7(Suppl 1), S12. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244x-7-s1-s12>
- Wierdsma, A., & Mulder, c. (2009). Does mental health service integration affect compulsory admissions?. *International Journal of Integrated Care*, 90, e90.
- Wierdsma, A., Poodt, H., & Mulder, C. (2007). Effects of community-care networks on psychiatric emergency contacts, hospitalisation and involuntary

- admission. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(7), 613-618.
<http://dx.doi.org/10.1136/jech.2005.044974>
- Wing, J. & Brown, G. (1970). *Institutionalism and schizophrenia*. Cambridge [England]: University Press.
- Wing, J., Curtis, R., Beevor, A. (1996). HoNOS Health of the Nation Outcome Scales. Report on Research July 1993–December 1995. London:
- World Health Organization (2003) *Mental Health Legislation and Human Rights (Mental Health Policy and Service Guidance Package)*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2011) *Mental Health Atlas 2011*. Geneva: World Health Organization.
- Zinkler, M., & Priebe, S. (2002). Detention of the mentally ill in Europe: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 3-8.
- Γάκη, Δ. (2016). Ψυχιατρική και Χώρος-Το αίτημα της από-ιδρυματοποίησης. Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο.
- Γαλάνης, Π. (2011). Μελέτες Κοόρτης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(1), 111-126.
- Δαμίγος, Δ., (2003). Πρόλογος: Π. Σακκελαρόπουλος, Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη . Κοινωνική Ψυχιατρική στην Ελλάδα, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήση, σ. 63.
- Επιτροπή ψυχιατρικής μεταρρύθμισης της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (Ε.Ψ.Ε.) (2008). Έκθεση 2006-2008. Αθήνα.
- Ζήση, Α. (2013). *Κοινωνία, κοινότητα και ψυχική υγεία*. Αθήνα: Gutenberg.
- Λειβαδίτης, Μ. (2010). Η ακούσια ψυχιατρική νοσηλεία στην Ελλάδα. *Ψυχιατρική*, 21(1), 13-14.
- Μαδιανός, Μ., (2005). *Η πολιτική οικονομία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα*, Τετράδια Ψυχιατρικής Ειδική Έκδοση, Ιούλιος 2005.
- Μάλαινος, Π. (2016). *Επικινδυνότητα και ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: η διαχείριση της ακούσιας νοσηλείας των ψυχικά πασχόντων* (Doctoral dissertation, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών. Σχολή

Κοινωνικών Επιστημών & Ψυχολογίας, Τμήμα Κοινωνιολογίας, Τομέας Εγκληματολογίας).

Μπαϊρακτάρης, Κ. (1994). Ψυχική Υγεία και Κοινωνική παρέμβαση, Αθήνα: Εναλλακτικές Εκδόσεις Αντιπαραθέσεις

Μπιλανάκης, Ν. (2011). *Ακούσια νοσηλεία ψυχικά ασθενών, Ιατρικά και νομικά ζητήματα στην εφαρμογή του Ν. 2071/92*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.

Μποζίκας, Β., Τσιπροπούλου, Β., Δεσερή, Χ., Κοσμίδου, Μ., Μπογιατζή, Μ., Πιτσάβας, Σ. & Καραβάτος, Θ. (2003). Μελέτη παραγόντων που επηρεάζουν την ακούσια νοσηλεία ασθενών σε μία ψυχιατρική κλινική. *Ψυχιατρική*, 14, 110-120.

Μπραουδάκης, Γ., Μπούρας, Ν., Μαστρογιαννάκης, Α., Νικολακόπουλος, Ι., Μαρκάτου, Α., Μπραουδάκη, Ε. κ.α. (2015). ΠΑΡΑΔΟΤΕΟ Π.β.1.4: « Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης έτους 2014» Στο πλαίσιο του έργου: « Αξιολόγηση κατά την διάρκεια (on going) της εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης “ΨΥΧΑΡΓΩΣ” από το 2011 μέχρι και το 2015». Διαθέσιμο από: http://www.psychargos.gov.gr/Documents2/ON-%20GOING/Eval_Report_2014.pdf

Παπαρρηγοπούλου, Π., Πανάγου, Α., Σκυλλάκου, Ε., & Τσελεκίδης, Ι. (2007). *Αυτεπάγγελτη έρευνα του συνηγόρου του πολίτη για την ακούσια νοσηλεία ψυχικά ασθενών*. Αθήνα: Συνήγορος Του Πολίτη.

Παρεσκευαΐδου, Σ., & Κατσαλιάκη, Κ. (2015). Αξιολόγηση των υπηρεσιών και των δομών ψυχικής υγείας του προγράμματος «Ψυχαργός». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 32(4), 467-474.

Πέππου, Ε., & Στυλιανίδης, Σ. (2014). Ψυχιατρική επιδημιολογία και εφαρμογές στην Κοινοτική Ψυχιατρική. In Σ. Στυλιανίδης, *Σύγχρονα θέματα κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής*. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.

Πλουμπίδης, Δ.Ν. (1995). *Ιστορία της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εκδόσεις Τρίαψις Λόγος/Εξάντας.

Πολίτης, Α., Τρίκκας, Γ., Πεχλιβανίδης, Α., Μουρτζούχου, Π. & Χριστοδούλου, Γ.Ν. (2003). Ακούσια νοσηλεία: Η αναγκαιότητα για εναλλακτική προσέγγιση. *Ψυχιατρική*, 14, 101-109.

- Σαββάκης, Μ., & Τζανάκης, Μ. (2006). Βιογραφική ρήξη και ιδρυματισμός: Θεσμικές και αφηγηματικές διαστάσεις μιας κοινωνικής διαδικασίας. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 120.
- Σεχίδου, Μ. (2011). *Κοινωνικός Αποκλεισμός και Ψυχική Υγεία: Κοινωνιολογική και Θεολογική Θεώρηση*. (Master). Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
- Σταθακοπούλου, Ε. (2018). *Αποτίμηση των Επιδράσεων της Μακροχρόνιας Έκθεσης σε Ατμοσφαιρική Ρύπανση στη Θνησιμότητα και Διερεύνηση της Τροποποιητικής Επίδρασης Γεωχωρικών Χαρακτηριστικών, ανά Δήμο στην Ευρύτερη Περιοχή της Αθήνας*. (Διπλωματική Εργασία). Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή.
- Στυλιανίδης, Σ. (2010). Ιστορική Αναδρομή. In *Για μια καλύτερη φροντίδα της ψυχικής υγείας* (2nd ed., pp. 59-73). Αθήνα: Τόπος.
- Στυλιανίδης, Σ., Θεοχαράκης, Ν. & Χονδρός, Π. (2006). Το μετέωρο βήμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα: Μια διαχρονική προσέγγιση με επίκαιρα ερωτήματα. *Αρχαιολογία & Τέχνες*, 105, 45-54.
- Στυλιανίδης, Σ., Λάβδας, Μ., Βαρβαρέσου, Ξ. & Χονδρός, Π. (2011). Συνδιαμόρφωση προτάσεων για τη συνηγορία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. *Άτη*, 3 (12), 28-37.
- Στυλιανίδης, Σ., Πέππου, Ε., & Δρακωνάκης, Ν. (2014a). Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα σχετικά με την αναγκαστική ψυχιατρική νοσηλεία. In Α. Δουζένης & Λ. Λύκουρα, *Ηθική και Δεοντολογία στην Ψυχική Υγεία* (1st ed., p. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις). Αθήνα.
- Στυλιανίδης, Σ., Πέππου, Λ.-Ε., Δρακωνάκης, Ν., Πανάγου, Α. (2014b). Ακούσια Νοσηλεία: Νομοθετικό πλαίσιο, Επιδημιολογία και Έκβαση. Στο Σ. Στυλιανίδης & συν. (Επιμ.), *Σύγχρονα θέματα κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής* (σελ. 649-668). Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.
- Τζιωρτζιώτη, Ε. (2019). *Ψυχική ασθένεια και επικινδυνότητα: κοινωνικές πρακτικές και ερμηνευτικά σχήματα ειδικών ψυχικής υγείας και κοινωνικού ελέγχου* (Μεταπτυχιακή διατριβή) Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών. Τμήμα Κοινωνιολογίας.

Φουκώ, Μ. (2004). In Φ. Αμπατζόγλου (Eds.), *Η ιστορία της τρέλας*. Αθήνα:
ΗΡΙΔΑΝΟΣ

Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής. (2022). *Πλήθος & κατανομή ασθενών του
Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής*. Retrieved from:
<https://www.psyhat.gr/el/dinami>

Παράρτημα

Παράρτημα Ι. Φόρμα Α φάσης

Φόρμα Α Φάσης

Ημερομηνία		Όνομα Φοιτητή	
-------------------	--	--------------------------	--

Τόπος Εισαγωγής: ☐ Δαφνί **Τύπος Εισαγωγής:** ☐ Ακουσίως ☐ Εκουσίως ☐
Αντιστροφή εκούσιας σε ακούσια

Φύλο Ασθενούς: ☐ Άνδρας ☐ Γυναίκα **Ηλικία:** _____

Οικογενειακή Κατάσταση: ☐ Άγαμος ☐ Έγγαμος ☐ Διαζευγμένος ☐ Χήρος

Συνθήκες Διαμονής: ☐ Μένει μόνος του ☐ Μένει με την οικογένεια καταγωγής ☐
Μένει με τη δική του οικογένεια ☐ Μένει σε υπηρεσία ψυ ☐ Μένει με άλλους, μη
συγγενείς

Υπηκοότητα: ☐ Έλληνας ☐ Αλλοδαπός **Τόπος Διαμονής:** ☐ Αθήνα ☐ Εκτός
Αθήνας **Εκπαιδ. Επίπεδο:** ☐ Δημοτικό ☐ Απόφ. Γυμνασίου ☐ Αποφ. Λυκείου ☐
Αποφ. ΑΕΙ/ΤΕΙ ☐ Μεταπτυχ.

Εργάζεται: ☐ Ναι ☐ Όχι **Επάγγελμα:**

Υπάρχει ιστορικό παραβατικότητας: ☐ Ναι ☐ Όχι **Έχει φυλακισθεί:** ☐ Όχι ☐
Στο παρελθόν ☐ Τώρα

**Τύπος
παράβασης** _____

Παράβαση του νόμου κατά το 201_ :

**Με πόσους ανθρώπους έχετε τόσο στενή σχέση, ώστε να μπορείτε να στηριχθείτε
πάνω τους εάν αντιμετωπίσετε κάποιο σοβαρό πρόβλημα·**

☐ Κανείς ☐ 1 ή 2 ☐ 3-5 ☐ 6 ή περισσότεροι

Πόσο ενδιαφέρον δείχνουν οι άλλοι για το πώς είστε·

☐ Πολύ ενδιαφέρον ☐ Κάποιο ενδιαφέρον ☐ Δεν είμαι σίγουρος

☐ Λίγο ενδιαφέρον ☐ Καθόλου ενδιαφέρον

Πόσο εύκολα μπορείτε να έχετε βοήθεια από τους γείτονες σας σε πρακτικά ζητήματα, εάν το χρειαστείτε·

☐ Πολύ εύκολα ☐ Εύκολα ☐ Ίσως ☐ Δύσκολα ☐ Πολύ δύσκολα

Ηλικία έναρξης νόσου: _____ **Αριθμός προηγούμενων νοσηλειών:**

Πόσες φορές έχει νοσηλευθεί ακουσίως· _____

Τελευταία επαφή με υπηρεσίες/επαγγελματίες ψυ:

Τύπος θεραπείας που λάμβανε πριν την νοσηλεία: _____

Κατά τον τελευταίο μήνα, λάμβανε τακτικά τη Φ.Α· ☐ Ναι ☐ Όχι

Χαρακτηρίζεται ο ασθενής από αυτοκτονικό ιδεασμό· ☐ Ναι ☐ Όχι

Πότε ξεκίνησε αυτό· ☐ τελευταία εβδομάδα ☐ τελευταίο μήνα ☐ τελευταίο τρίμηνο
☐ τελευταίο εξάμηνο ☐ τελευταίο έτος

Έχει διαπράξει ο ασθενής απόπειρα αυτοκτονίας· ☐ Ναι ☐ Όχι

Εάν ναι, πόσες φορές· _____ **Πριν πόσο καιρό·** _____

Διακρίνεται στην κλινική εικόνα του ασθενούς επιθετικότητα και βίαιη συμπεριφορά· ☐ Ναι, λεκτικά ☐ Ναι, σωματικά ☐ Όχι

Πότε ξεκίνησε αυτή η επιθετικότητα και βίαια συμπεριφορά· ☐ τελευταία εβδομάδα ☐ τελευταίο μήνα ☐ τελευταίο τρίμηνο ☐ τελευταίο εξάμηνο ☐ τελευταίο έτος

Πηγή παραπομπής στο

νοσοκομείο: _____

Διάγνωση κατά την εισαγωγή :

Μεταφέρθηκε ο ασθενής στο νοσοκομείο από: ☐ την αστυνομία ☐ το ασθενοφόρο

☐ φίλο/συγγενή

Υπήρχε αιτιολογημένη γνωμάτευση από δύο ψυχιάτρους: ☐ Ναι ☐ Όχι

Πραγματοποιήθηκε αναγκαστική εξέταση: ☐ Ναι ☐ Όχι

Τηρήθηκε το 48ωρο για την αναγκαστική εξέταση : ☐ Ναι ☐ Όχι

Ενημερώθηκε ο ασθενής ή ο συνοδός του κατά την εισαγωγή του για τα

δικαιώματά του: ☐ Ναι ☐ Όχι

Υπήρχαν στο φάκελο οι εισαγγελικές παραγγελίες εξέτασης και νοσηλείας: ☐

Ναι ☐ Όχι

Πόσο απείχαν χρονικά: _____

Έγινε δίκη για την υπόθεση: ☐ Ναι ☐ Όχι, **Κλήθηκε ο ασθενής να παραστεί:** ☐

Ναι ☐ Όχι

Εκπροσωπήθηκε ο ασθενής στη δίκη: ☐ Ναι ☐ Όχι

Υπήρξε δικαστική απόφαση για τη νοσηλεία: ☐ Ναι ☐ Όχι

Διάρκεια νοσηλείας: _____

Διάγνωση κατά το

εξιτήριο: _____

Έγινε παραπομπή από το νοσοκομείο: ☐ Ναι ☐ Όχι .

Που: _____

- 1) **Κρίνετε ότι η νοσηλεία σας ήταν αναγκαία/σωστή· (αν πιστεύει ότι χρειαζόταν, για να δούμε τη στάση του/της).**

- 2) **Θεωρείτε ότι σας ωφέλησε· Νιώθετε καλύτερα ως προς τα συμπτώματα/ νιώθετε περισσότερο λειτουργικός/ή· (αν πιστεύει ότι τελικά βοηθήθηκε από όλο αυτό - υποκειμενικό κομμάτι της εκτίμησης λειτουργικότητας/συμπτωματολογίας)**

Παράρτημα II. Global Functioning Assessment Scale

GAF – ΚΛΙΜΑΚΑ ΣΦΑΙΡΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ

Εξετάστε την ψυχολογική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα σε ένα υποθετικό συνεχές ψυχικής υγείας-νόσου. Μη συμπεριλαμβάνετε έκπτωση της λειτουργικότητας που οφείλεται σε φυσικούς (ή περιβαλλοντικούς) περιορισμούς.

Σημείωση: χρησιμοποιήστε ενδιάμεσους αριθμούς όποτε χρειάζεται (π.χ. 45, 68, 72)

Κωδικός	
100 91	Ανώτατη λειτουργικότητα σε μια ευρεία κλίμακα δραστηριοτήτων, τα προβλήματα της ζωής δείχνουν να μην είναι ποτέ εκτός ελέγχου, περιζήτητος(-η) στους άλλους λόγω των πολλών θετικών του (της) ιδιοτήτων. Χωρίς συμπτώματα.
90 81	Απουσία συμπτωμάτων ή ελάχιστα συμπτώματα (π.χ. ήπιο άγχος πριν από εξετάσεις), καλή λειτουργικότητα σε όλους τους τομείς, ενδιαφέρεται και εμπλέκεται σε μια ευρεία κλίμακα δραστηριοτήτων, κοινωνικά δραστήριος(-α), γενικά ικανοποιημένος(-η) από τη ζωή, τίποτα περισσότερο από τα καθημερινά προβλήματα ή ενδιαφέροντα (π.χ. μια περιστασιακή λογομαχία με μέλη της οικογένειας).
80 71	Όταν υπάρχουν συμπτώματα, αυτά είναι παροδικά και αποτελούν αναμενόμενες αντιδράσεις σε ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες (π.χ. δυσκολία συγκέντρωσης μετά από οικογενειακή λογομαχία). Τίποτα περισσότερο από ελαφρά έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή σχολικής λειτουργικότητας (π.χ. προσωρινά μένει πίσω στις σχολικές εργασίες).

70 61	Μερικά ήπια συμπτώματα (π.χ. καταθλιπτική διάθεση και ήπια αϋπνία), ή κάποια δυσκολία στην κοινωνική, επαγγελματική ή σχολική λειτουργικότητα (π.χ. περιστασιακές αδικαιολόγητες απουσίες ή κλοπή μέσα στο σπίτι), αλλά γενικά αρκετά καλή λειτουργικότητα, έχει κάποιες σημαντικές διαπροσωπικές σχέσεις.
60 51	Μέτρια συμπτώματα (επίπεδο συναίσθημα και περιφερικός λόγος, περιστασιακές προσβολές πανικού) ή μέτρια δυσκολία στην κοινωνική, επαγγελματική ή σχολική λειτουργικότητα (π.χ. λίγοι φίλοι, συγκρούσεις με συνομηλίκους και συνεργάτες).
50 41	Σοβαρά συμπτώματα (π.χ. αυτοκτονικός ιδεασμός, βαριές ιδεοληπτικές τελετουργίες, συχνές μικροκλοπές σε καταστήματα) ή οποιαδήποτε σοβαρή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή σχολικής λειτουργικότητας (π.χ. καθόλου φίλοι, ανίκανος(-η) να κρατήσει μια δουλειά).
40 31	Κάποια έκπτωση του ελέγχου της πραγματικότητας ή της επικοινωνίας (π.χ. ο λόγος είναι κατά διαστήματα παράλογος, παράδοξος ή ασύνδετος) ή μείζων έκπτωση σε διάφορους τομείς, όπως στη δουλειά ή στο σχολείο, τις οικογενειακές σχέσεις, την σκέψη, την κρίση ή τη διάθεση (π.χ. καταθλιπτικός άνδρας που αποφεύγει τους φίλους, παραμελεί την οικογένεια και είναι ανίκανος να δουλέψει – παιδί που συχνά δέρνει μικρότερα παιδιά, είναι προκλητικό στο σπίτι και αποτυγχάνει στο σχολείο).
30 	Η συμπεριφορά επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις, ή σοβαρή έκπτωση της επικοινωνίας ή της

21	κρίσης (π.χ. μερικές φορές ασυνάρτητος(-η), ενεργεί κυρίως απρόσφορα, αυτοκτονική ενασχόληση) ή ανικανότητα να λειτουργήσει σε όλους σχεδόν τους τομείς (π.χ. μένει στο κρεβάτι σχεδόν όλη την ημέρα, δεν έχει δουλειά, σπίτι ή φίλους).
20 11	Κάποιος κίνδυνος να αυτοτραυματιστεί ή να τραυματίσει άλλους (π.χ. απόπειρες αυτοκτονίας χωρίς σαφή προσδοκία θανάτου, συχνή βία, μανιακή έξαρση) ή περιστασιακά αποτυγχάνει να κρατήσει την ελάχιστη προσωπική υγιεινή (π.χ. αλείφεται με κόπρανα) ή πλήρης έκπτωση της επικοινωνίας (π.χ. σε μεγάλο βαθμό ασυνάρτητος[-η] ή άλαλος[-η]).
10 1	Σταθερός κίνδυνος βαρέος τραυματισμού του εαυτού ή των άλλων (π.χ. επαναλαμβανόμενη βία) ή σταθερή ανικανότητα να κρατήσει την ελάχιστη προσωπική υγιεινή ή σοβαρή αυτοκτονική πράξη με σαφή προσδοκία θανάτου.
0	Ανεπαρκής πληροφόρηση.

Παράρτημα III. Health of the Nation Outcome Scale

ΓΛΩΣΣΑΡΙ ΓΙΑ ΤΟ ΦΥΛΛΟ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ HoNOS

Περίληψη των οδηγιών βαθμολόγησης

- 1) Βαθμολογήστε κάθε λήμμα στη σειρά από το 1^ο έως το 12^ο
- 2) Μην συμπεριλάβετε πληροφορίες οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την βαθμολόγηση ενός προηγούμενου λήμματος εκτός από το 10^ο λήμμα το οποίο είναι μια συνολική βαθμολόγηση
- 3) Βαθμολογήστε το ΠΙΟ ΣΟΒΑΡΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ το οποίο υπήρξε κατά την περίοδο βαθμολόγησης
- 4) Όλες οι βαθμολογήσεις ακολουθούν τον εξής κανόνα:

0 = χωρίς πρόβλημα

1 = ελάχιστο πρόβλημα για το οποίο δεν απαιτείται παρέμβαση

2 = ήπιο πρόβλημα το οποίο είναι σαφώς παρόν

3 = μέτρια σοβαρό πρόβλημα

4 = σοβαρό έως πολύ σοβαρό πρόβλημα

1. Υπερδραστήρια, επιθετική, αποδιοργανωτική, διεγερτική συμπεριφορά.

Περιλαμβάνονται οι συμπεριφορές οι οποίες οφείλονται σε οποιαδήποτε αιτία, (για παράδειγμα τοξικές ουσίες, αλκοόλ, άνοια, ψύχωση, κατάθλιψη κ.τ.λ). Να μην περιληφθεί η παράξενη/αλλόκοτη συμπεριφορά, η οποία βαθμολογείται στο λήμμα 6.

0 = χωρίς προβλήματα τέτοιου είδους κατά τη περίοδο βαθμολόγησης

1 = περιστασιακή ευερεθιστότητα, καυγάδες, ανησυχία κ.τ.λ., χωρίς να προϋποθέτουν δραστηριότητα

2 = περιλαμβάνονται εχθρικές χειρονομίες/μορφασμοί, για παράδειγμα σπρώξιμο ή πείραγμα του άλλου, και/ή λεκτικές απειλές ή λεκτική επιθετικότητα, μικρού βαθμού καταστροφές αντικειμένων / περιουσίας (π.χ. σπασμένο φλιτζάνι, παράθυρο), σημαντικού βαθμού υπερδραστηριότητα ή ταραχή/αναστάτωση.

3 = σωματική επιθετικότητα σε άλλους (λιγότερη από όση για να βαθμολογηθεί με 4), απειλητικοί τρόποι, πιο σοβαρή και /ή ενοχλητικά επίμονη υπερδραστηριότητα ή καταστροφή περιουσίας.

4 = τουλάχιστον μια σοβαρή σωματική επίθεση στον άλλους ή σε ζώα καταστροφή περιουσίας (π.χ. πρόκληση πυρκαγιάς), σοβαρός εκφοβισμός ή χυδαία συμπεριφορά.

2. Μη τυχαίος αυτοτραυματισμός

Να μην συμπεριληφθεί ο τυχαίος αυτοτραυματισμός (π.χ. που οφείλεται σε άνοια ή σημαντικές διαταραχές μάθησης), οποιοδήποτε γνωστικό πρόβλημα βαθμολογείται στο λήμμα 4 και τα προβλήματα σωματικών παθήσεων στο λήμμα 5. Να μην περιληφθεί οποιαδήποτε νόσος ή αναπηρία που προκύπτει άμεσα από χρήση τοξικών ουσιών/αλκοόλ, που βαθμολογούνται στο λήμμα 3 (π.χ. κίρρωση ήπατος ή τραυματισμός ο οποίος προκύπτει από οδήγηση υπό την επίρρεια αλκοόλ βαθμολογούνται στο λήμμα 5)

0 = κανένα πρόβλημα τέτοιου είδους κατά την περίοδο βαθμολόγησης

1 = φευγαλέες σκέψεις «να τελειώνει με όλα», αλλά μικρός ή καθόλου κίνδυνος κατά την περίοδο βαθμολόγησης, όχι αυτοτραυματισμός

2 = μικρός κίνδυνος κατά την περίοδο βαθμολόγησης, περιλαμβάνεται μη επικίνδυνος αυτοτραυματισμός

3 = μέτριος προς σοβαρός κίνδυνος για προμελετημένο αυτοτραυματισμό κατά την περίοδο βαθμολόγησης, συμπεριλαμβάνονται πράξεις προετοιμασίας, π.χ. συλλογή χαπιών

4 = σοβαρή απόπειρα αυτοκτονίας και/ή σοβαρός προμελετημένος αυτοτραυματισμός κατά τη διάρκεια της περιόδου βαθμολόγησης

3. Προβλήματα σχετιζόμενα με τοξικές ουσίες ή αλκοόλ

Να μην συμπεριληφθεί η επιθετική/καταστροφική συμπεριφορά η οποία οφείλεται σε κατάχρηση αλκοόλ ή τοξικών ουσιών η οποία αξιολογήθηκε στο λήμμα 1. Να μην συμπεριληφθεί επίσης και η σωματική νόσος ή αναπηρία η οποία οφείλεται σε κατάχρηση αλκοόλ ή τοξικών ουσιών, η οποία αξιολογείται στην κλίμακα 5.

0 = χωρίς προβλήματα τέτοιου είδους κατά την περίοδο αξιολόγησης

1 = κάποια υπερβολική χρήση, αλλά μέσα σε κοινωνικά πλαίσια

2 = απώλεια του ελέγχου της κατανάλωσης αλκοόλ και ουσιών, αλλά όχι σοβαρή εξάρτηση

3 = εκσεσημασμένη λαχτάρα ή εξάρτηση από την χρήση ουσιών ή αλκοόλ με συχνές την απώλεια του ελέγχου και την έκθεση σε κίνδυνο

4 = ο ασθενής έχει καταστεί ανίκανος εξαιτίας προβλημάτων από την κατάχρηση αλκοόλ/ουσιών

4. Προβλήματα γνωστικών λειτουργιών

Περιλαμβάνονται προβλήματα προσανατολισμού, μνήμης και κατανόησης τα οποία σχετίζονται με οποιαδήποτε διαταραχή: μαθησιακές δυσκολίες, άνοια, σχιζοφρένεια κ.τ.λ. Να μην συμπεριληφθούν προσωρινά προβλήματα (π.χ. hangovers) τα οποία σχετίζονται σαφώς με τη χρήση αλκοόλ /τοξικών ουσιών, τα οποία αξιολογήθηκαν στο λήμμα 3.

0 = χωρίς προβλήματα τέτοιου είδους κατά την περίοδο αξιολόγησης

1 = ελάχιστα προβλήματα μνήμης ή κατανόησης (π.χ. ξεχνάει περιστασιακά ονόματα)

2 = ήπια προβλήματα σαφώς παρόντα (π.χ. έχει χάσει το δρόμο ενώ βρίσκεται σε γνωστή περιοχή ή αποτυγχάνει να αναγνωρίσει ένα οικείο πρόσωπο). Μερικές φορές είναι μπερδεμένος κατά την λήψη απλών αποφάσεων

3 =εκσεσημασμένος αποπροσανατολισμός όσον αφορά τον χρόνο, τον τόπο και συχνά τα πρόσωπα, συγχυσμένος από τα καθημερινά γεγονότα, ο λόγος μερικές φορές είναι ασυνάρτητος, νοητική επιβράδυνση.

4 = σοβαρός αποπροσανατολισμός (π.χ. ανίκανος να αναγνωρίσει συγγενικά πρόσωπα, συνέχεια σε κίνδυνο ατυχημάτων, ακατανόητος λόγος, κατατονία ή αμαύρωση

5. Προβλήματα σωματικών παθήσεων ή αναπηριών

Περιλαμβάνονται οι σωματικές παθήσεις ή αναπηρίες οι οποίες οφείλονται σε οποιαδήποτε αιτία που περιορίζει την κινητικότητα, προκαλεί εξασθένηση της όρασης ή της ακοής, ή παρεμβαίνει με οποιονδήποτε τρόπο στην προσωπική λειτουργικότητα. Επίσης περιλαμβάνονται οι παρενέργειες από την φαρμακευτική αγωγή, οι επιπτώσεις της χρήσης τοξικών ουσιών ή αλκοόλ, οποιαδήποτε σωματική αναπηρία η οποία προκύπτει από ατυχήματα ή αυτοτραυματισμό σχετιζόμενο με προβλήματα γνωστικών λειτουργιών, οδήγηση σε κατάσταση μέθης κτλ. Να μην συμπεριληφθούν ψυχικά προβλήματα ή προβλήματα συμπεριφοράς τα οποία βαθμολογήθηκαν στην κλίμακα 4.

0 = δεν υφίσταται πρόβλημα σωματικής υγείας κατά την περίοδο βαθμολόγησης

1 = ελάχιστα προβλήματα υγείας κατά την περίοδο βαθμολόγησης (π.χ. κρύωμα, μη σοβαρή πτώση κτλ.)

2 = πρόβλημα σωματικής υγείας το οποίο επιβάλλει ήπιο περιορισμό των δραστηριοτήτων και της κινητικότητας

3 = πρόβλημα σωματικής υγείας το οποίο σχετίζεται με μέτριο περιορισμό της κινητικότητας

4 = σοβαρή ή ολική αναπηρία που οφείλεται σε πρόβλημα σωματικής υγείας

6. Προβλήματα ψευδαισθήσεων και/ή παραληρητικών ιδεών

Περιλαμβάνονται οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες ανεξάρτητα από την διάγνωση. Περιλαμβάνεται η παράξενη ή αλλόκοτη συμπεριφορά η οποία σχετίζεται με την ύπαρξη ψευδαισθήσεων και παραληρητικών ιδεών. Να μην συμπεριληφθεί η επιθετική, καταστροφική ή υπερδραστήρια συμπεριφορά η οποία αποδίδεται στις ψευδαισθήσεις και τις παραληρητικές ιδέες, οι οποίες έχουν βαθμολογηθεί στο λήμμα 1.

0 = δεν υπάρχουν αποδείξεις για την ύπαρξη ψευδαισθήσεων ή παραληρητικών ιδεών κατά την περίοδο βαθμολόγησης

1 = κάπως παράξενες ή εκκεντρικές πεποιθήσεις οι οποίες δεν συμβαδίζουν με τις κοινωνικές νόρμες

2 = παρουσία ψευδαισθήσεων ή παραληρητικών ιδεών (π.χ. φωνές, οράματα), αλλά προκαλούν μικρή ανησυχία στον ασθενή ή κατά την εκδήλωσή τους στα πλαίσια μιας αλλόκοτης συμπεριφοράς, φαινόμενο το οποίο αποτελεί ένα παρόν, αλλά ήπιο κλινικά πρόβλημα

3 = εκσεσημασμένη απορρόφηση από ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες, οι οποίες προκαλούν σημαντικού βαθμού ενόχληση και/ή εκδηλώνονται με μια προφανή αλλόκοτη συμπεριφορά, το οποίο συνιστά ένα μέτρια σοβαρό κλινικό πρόβλημα

4 = η ψυχική κατάσταση και η συμπεριφορά είναι σοβαρά και δυσμενώς επηρεασμένη από παραλήρημα και/ή ψευδαισθήσεις, με σοβαρές επιπτώσεις στον ασθενή

7. Προβλήματα με καταθλιπτικά συμπτώματα

Να μην συμπεριληφθεί η υπερδραστήρια ή διεγερτική συμπεριφορά, η οποία βαθμολογήθηκε στο λήμμα 1. Να μην συμπεριληφθεί ο αυτοκτονικός ιδεασμός ή οι απόπειρες αυτοκτονίας, τα οποία βαθμολογήθηκαν στο λήμμα 2.

0 = χωρίς προβλήματα που σχετίζονται με κατάθλιψη κατά την περίοδο βαθμολόγησης

1 = σκυθρωπός, ή μόνο με ελάχιστες αλλαγές στη διάθεση

2 = ήπια, αλλά σαφώς παρούσα, κατάθλιψη και ταλαιπωρία (π.χ. απώλεια αυτό-εκτίμησης, αισθήματα ενοχής).

3 = κατάθλιψη με δυσανάλογη αυτομομφή κατάληψη από αισθήματα ενοχής

4 = σοβαρή ή πολύ σοβαρή κατάθλιψη με ενοχή ή αυτομομφή.

8. Άλλα ψυχικά προβλήματα

Αξιολογήστε μόνο το πιο σοβαρό κλινικό πρόβλημα το οποίο δεν ελήφθη υπόψη στα λήμματα 6 και 7. Προσδιορίστε τον τύπο του προβλήματος με την εισαγωγή του αντίστοιχου γράμματος: **A**:φοβικό συναίσθημα, **B**:άγχος, **C**:ιδεοληψίες-ψυχαναγκασμοί, **D**:ψυχικό στρες/ένταση, **E**:αποσυνδεδετικά φαινόμενα,

F:σωματοποίηση, **G:**προβλήματα όρεξης και βάρους, **H:**προβλήματα ύπνου,
I:σεξουαλική δυσλειτουργία, **J:** άλλο (προσδιορίστε).

0 = δεν υπάρχουν αποδείξεις για προβλήματα τέτοιου είδους κατά την περίοδο βαθμολόγησης

1 = μόνο μικρά προβλήματα

2 = κάποιο πρόβλημα είναι κλινικά παρόν, αλλά σε ήπιο βαθμό, (ο ασθενής διατηρεί τον έλεγχο σε κάποιο βαθμό).

3 = περιστασιακά σοβαρή κρίση ή αναστάτωση με απώλεια του ελέγχου (πρέπει να αποφύγει απολύτως καταστάσεις που προκαλούν άγχος, καλεί ένα γείτονα για βοήθεια) μετρίου βαθμού κλινικό πρόβλημα.

4 = σοβαρό πρόβλημα το οποίο κυριαρχεί στις περισσότερες δραστηριότητες

9.Προβλήματα σχέσεων

Αξιολογήστε το πιο σοβαρό πρόβλημα του ασθενή το οποίο σχετίζεται με ενεργητική ή παθητική απόσυρση από τις κοινωνικές σχέσεις και/ή μη υποστηρικτικές, καταστροφικές ή αυτό-καταστροφικές σχέσεις.

0 = χωρίς σημαντικά προβλήματα κατά την περίοδο βαθμολόγησης

1 = ελάχιστα, μη κλινικά προβλήματα

2 = σαφή προβλήματα στη κατασκευή, διατήρηση υποστηρικτικών σχέσεων: ο ασθενής παραπονιέται ή/και τα προβλήματα είναι εμφανή στους άλλους

3 = επίμονα σημαντικά προβλήματα εξαιτίας παθητικής ή ενεργητικής απόσυρσης από τις κοινωνικές σχέσεις ή/και από σχέσεις οι οποίες παρέχουν μικρή ή καθόλου άνεση ή υποστήριξη

4 = σοβαρή κοινωνική απομόνωση, εξαιτίας της ανικανότητας να επικοινωνεί ή/και απόσυρση από τις κοινωνικές σχέσεις

10. Προβλήματα δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής

Αξιολογήστε το συνολικό επίπεδο λειτουργικότητας στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (ΔΚΖ): για παράδειγμα προβλήματα με βασικές δραστηριότητες αυτό-φροντίδας όπως λήψη τροφής, ατομική καθαριότητα, ντύσιμο, τουαλέτα, επίσης σύνθετες ικανότητες όπως διαχείριση των οικονομικών, οργανώνοντας το που θα μείνει, απασχόληση και αναψυχή, μεταφορά και χρήση μέσων μεταφοράς, ψώνια, αυτό-ανάπτυξη κ.α. Συμπεριλαμβάνεται οποιαδήποτε έλλειψη κινήτρων για χρήση ευκαιριών αυτό-βοήθειας, εφόσον αυτό συμβάλλει στην πτώση του γενικού επιπέδου λειτουργικότητας. Να μην συμπεριληφθεί η έλλειψη ευκαιριών για εξάσκηση ανέπαφων ικανοτήτων και δεξιοτήτων, η οποία αξιολογείται στα λήμματα 11 και 12.

0 = χωρίς προβλήματα κατά την περίοδο αξιολόγησης, καλή ικανότητα να λειτουργεί αποτελεσματικά σε όλους τους τομείς

1 = ελάχιστα προβλήματα μόνο (για παράδειγμα, απεριποίητος, ανοργάνωτος).

2 = αυτό-φροντίδα επαρκής (παρόλο που κάποιες παρακινήσεις απαιτούνται), αλλά δυσκολία με περισσότερο σύνθετες ικανότητες (δες παραπάνω)

3 = μείζον πρόβλημα σε έναν ή περισσότερους τομείς βασικών δραστηριοτήτων αυτό-φροντίδας (π.χ. φαγητό, ατομική καθαριότητα, ντύσιμο, τουαλέτα), ακόμα ανίκανος να εκτελέσει διάφορες σύνθετες λειτουργίες.

4 = σοβαρή αναπηρία ή ανικανότητα σχεδόν σε όλους τους τομείς βασικών και σύνθετων λειτουργιών

11. Προβλήματα συνθηκών ζωής

Αξιολογείται η συνολική σοβαρότητα των προβλημάτων σχετικά με την ποιότητα των συνθηκών ζωής/στέγασης και οικιακής καθημερινότητας. Ικανοποιούνται οι βασικές ανάγκες (θέρμανση, φως, υγιεινή). Αν ναι, υπάρχει βοήθεια να αντιμετωπιστεί η αναπηρία και υπάρχει μια επιλογή ευκαιριών να χρησιμοποιηθούν οι υπάρχουσες ικανότητες και να αναπτυχθούν νέες. Να μην αξιολογηθεί το επίπεδο της λειτουργικής αναπηρίας καθ'αυτό, το οποίο αξιολογήθηκε στο λήμμα 10.

Αξιολογείται ο συνήθης τόπος κατοικίας του ασθενή. Εάν βρίσκεται σε κλινική οξέων, αξιολογείται η μόνιμη κατοικία του.

0 = η στέγαση και οι συνθήκες διαβίωσης είναι αποδεκτές, δέχεται βοήθεια στο να διατηρήσει οποιαδήποτε αναπηρία η οποία αξιολογήθηκε στο λήμμα 10 στο χαμηλότερο δυνατό επίπεδο, καθώς και υποστήριξη στην αυτό-βοήθεια.

1 = συνθήκες στέγασης λογικά αποδεκτές ελάχιστα ή παροδικά προβλήματα (π.χ. όχι ιδανική η τοποθεσία, όχι η προτιμώμενη θέα, δεν του αρέσει το φαί).

2 = σημαντικά προβλήματα σε μία ή περισσότερες πλευρές της στέγασης ή του καθεστώτος στέγασης (π.χ. περιορισμένες επιλογές, το προσωπικό ή οι νοικοκυραίοι έχουν μικρή ιδέα του πώς να βοηθούν τον ασθενή να χρησιμοποιεί ή να αναπτύσσει νέες ή ανέπαφες ικανότητες.

3 = έντονη ενόχληση/πολλαπλά προβλήματα με τις συνθήκες στέγασης(για παράδειγμα, μερικές βασικές ανάγκες είναι απύσες) , το οικιακό περιβάλλον έχει ελάχιστες ή ανύπαρκτες δομές για να βελτιώσει την ανεξαρτησία του ασθενούς.

4 = οι συνθήκες στέγασης είναι απαράδεκτες (για παράδειγμα, έλλειψη βασικών αναγκών, ο ασθενής κινδυνεύει με έξωση ή είναι χωρίς στέγη) ή οι συνθήκες διαβίωσης είναι με οποιονδήποτε τρόπο μη ανεκτές, καθιστώντας το πρόβλημα του ασθενούς χειρότερο.

12.Προβλήματα με δραστηριότητες

Αξιολογείται το συνολικό επίπεδο των προβλημάτων σχετικά με την ποιότητα του καθημερινού περιβάλλοντος. Υπάρχει βοήθεια για να αντιμετωπιστούν οι διάφορες αναπηρίες και ευκαιρίες για να διατηρηθούν ή να βελτιωθούν οι ικανότητες και οι δραστηριότητες που σχετίζονται με την απασχόληση και την αναψυχή.

Υπολογίστε παράγοντες όπως το στίγμα, την έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού, την έλλειψη πρόσβασης σε υποστηρικτικές δομές, (για παράδειγμα στο προσωπικό και τις υποδομές Κέντρων Ημέρας, workshops, κοινωνικούς συλλόγους

κ.α.) Να μην αξιολογηθεί καθ'αυτό το επίπεδο της λειτουργικής αναπηρίας, το οποίο αξιολογήθηκε στο λήμμα 10. Αξιολογήστε τη συνήθη κατάσταση του ασθενή. Εάν βρίσκεται σε κλινική οξέων, αξιολογήστε τη δραστηριότητα κατά τη περίοδο πριν την εισαγωγή.

0 = το περιβάλλον ημέρας του ασθενή είναι αποδεκτό, βοηθητικό στην διατήρηση της οποιασδήποτε αναπηρίας η οποία βαθμολογήθηκε στο λήμμα 10 στο χαμηλότερο δυνατό επίπεδο καθώς και υποστηρικτικό στην αυτό-βοήθεια.

1 = ελάχιστα ή περιστασιακά προβλήματα (για παράδειγμα, υπάρχουν διαθέσιμες καλές υποδομές αλλά όχι πάντα στην επιθυμητή ώρα κτλ.)

2 = περιορισμένες επιλογές δραστηριοτήτων, έλλειψη λογικής ανεκτικότητας (π.χ. άδικη άρνηση εισόδου στη δημόσια βιβλιοθήκη ή λουτρά κτλ.) επιδείνωση της ανικανότητας από την έλλειψη μόνιμης κατοικίας, ανεπαρκείς ευκαιρίες για καριέρα ή ανεπαρκής επαγγελματική στήριξη, διαθέσιμες χρήσιμες υποδομές ημέρας αλλά για πολύ λίγες ώρες.

3 = εκσεσημασμένη ανεπάρκεια σε εξειδικευμένες υπηρεσίες που θα βοηθούσαν στην ελαχιστοποίηση του βαθμού της υπάρχουσας αναπηρίας , έλλειψη ευκαιριών να χρησιμοποιηθούν οι ανέπαφες ικανότητες ή να αναπτυχθούν νέες, μη εξειδικευμένη βοήθεια δύσκολα προσβάσιμη.

4 = έλλειψη οποιασδήποτε αποτελεσματικής ευκαιρίας για δραστηριότητες ημέρας η οποία επιδεινώνει τα προβλήματα του ασθενή