
Ερευνητική εργασία**Research paper**

Ακούσια νοσηλεία: Η αναγκαιότητα για εναλλακτική προσέγγιση**A.Πολίτης, Γ. Τρίκκας, Α. Πεχλιβανίδης, Π. Μουρτζούχου, Γ.Ν. Χριστοδούλου**

Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο

Ψυχιατρική 2003, 14:101-109

Με την εφαρμογή του νόμου 2071/92 για την ψυχική υγεία, γίνεται μια απόπειρα προσαρμογής της ελληνικής νομοθεσίας που διέπει το θεσμικό πλαίσιο για την ψυχική υγεία προς τις αντίστοιχες νομοθεσίες των χωρών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο νόμος 2071/92 προσδιορίζει την επικινδυνότητα και την ανάγκη για ψυχιατρική Θεραπεία, σε ασθενείς με ψυχική διαταραχή, ως λόγο ακούσιας νοσηλείας, και δεν προβλέπει εναλλακτική Θεραπευτική πρόταση από την ακούσια νοσηλεία. Στην εργασία αυτή καταβάλλεται η προσπάθεια να διερευνηθεί η εναλλακτική προσέγγιση στην ακούσια νοσηλεία. Οι ασθενείς που συνεργάστηκαν στην εναλλακτική, προς την ακούσια νοσηλεία, εξωνοσοκομειακή δέσμευση στη θεραπεία ήταν άνδρες, μέσης ηλικίας με λιγότερες νοσηλείες, άρα δεν πρόκειται για ασθενείς τύπου περιστρεφόμενης πόρτας, είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα GAS συγκριτικά με τους ασθενείς που νοσηλεύθηκαν ακούσια και εξετάστηκαν σχετικά σύντομα από την έναρξη των ενοχλητικών συμπεριφορών. Η αναγκαιότητα εφαρμογής εναλλακτικής προσέγγισης, προς την ακούσια νοσηλεία, στην καθημερινή πράξη αναδεικνύεται τόσο από το ενδιαφέρον των ψυχιάτρων για την εναλλακτική παρέμβαση, όσο και από την ύπαρξη ομάδας ασθενών με σοβαρή ψυχική νόσο με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που μπορεί να ωφεληθεί.

Λέξεις ευρετηρίου ακούσια νοσηλεία, δικαιώματα ψυχικά πασχόντων, νομοθεσία για την ψυχική υγεία.

Εισαγωγή ή/και της συμπεριφοράς ή/και των κοινωνικών σχέσεων, που απαιτούν την άμεση παρέμβαση για την Ως επείγον στην ψυχική υγεία θεωρείται η οξεία επίλυσή τους¹. Στην επείγουσα ψυχιατρική, ένα από ταραχή της σκέψης ή/και του συναισθήματος τα σοβαρότερα προβλήματα παροχής φροντίδας στον ασθενή είναι η αναγκαστική ή ακούσια ψυχιατρική εξέταση και νοσηλεία. Η αναγκαστική ή ακούσια νοσηλεία είναι η άμεση, επείγουσα θεραπευτική παρέμβαση, η οποία, μεταξύ των άλλων, διαφοροποιεί την άσκηση της Ψυχιατρικής από τις άλλες ειδικότητες της Ιατρικής. Το ιδιαίτερο ενδιαφέρον ξεκινάει από την απόφαση για στέρηση της προσωπικής ελευθερίας, με την παρέμβαση της νομοθεσίας για την επιβολή της ιατρικής παρέμβασης, με σκοπό την προστασία του ασθενούς.

Η ακούσια ιατρική φροντίδα του ασθενούς, που αποφασίζεται από τον ψυχίατρο, δεν κρίνεται μόνο από την επικινδυνότητα ή την επιδείνωση της κατάστασης του ασθενούς, εφόσον δεν λάβει την φαρμακευτική αγωγή, αλλά και από ένα κυκεώνα αντιθέσεων και αλληλεπιδράσεων ανάμεσα στον προσωπικό ηθικό κώδικα του ψυχιάτρου (ηθικά προβλήματα), τον δεοντολογικό κώδικα της επαγγελματικής ομάδας (δεοντολογικά προβλήματα) και τους νόμους της πολιτείας (νομικά προβλήματα)^{2,3}.

Ο νόμος 2071/92 προσδιορίζει την επικινδυνότητα και την ανάγκη για ψυχιατρική Θεραπεία σε ασθενείς με ψυχική διαταραχή, ως λόγο ακούσιας νοσηλείας. Η επικινδυνότητα είναι συνήθως αποτέλεσμα της επιθετικής συμπεριφοράς, ενώ η μη συμμόρφωση στη θεραπεία ή/και η πτωχή ανταπόκριση στη Θεραπεία Θεωρούνται ως οι παράγοντες που οδηγούν τον ασθενή σε επαναλαμβανόμενες νοσηλείες και στο φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας^{4,5}.

Βέβαια, η αναφερόμενη επικινδυνότητα, από τους συγγενείς, δημιουργεί διλήμματα στην κλινική πρακτική, γιατί ο ψυχίατρος έχει να σταθμίσει ανάμεσα στην ανάγκη για νοσηλεία και στον κίνδυνο αυτοκτονίας ή ανθρωποκτονίας, αλλά και στον κίνδυνο ποινικοποίησης της ψυχικής διαταραχής από τη νομοθετική πράξη, με αποτέλεσμα να διαιωνίζεται το στίγμα για την ψυχική νόσο στο κοινωνικό περιβάλλον.

Υπάρχουν εναλλακτικές προσεγγίσεις στην ακούσια νοσηλεία έτσι, ώστε οι ψυχίατροι να μη θεωρούνται όργανα κοινωνικού ελέγχου, να μη στερείται ο ασθενής την προσωπική του ελευθερία, να ενισχυθεί η παραδοσιακή σχέση ασθενούς-ιατρού, αλλά και το δικαίωμα του πρώτου στην υγεία του;

Πώς ο ψυχίατρος θα προσεγγίσει θεραπευτικά ασθενείς με ψυχωτική σημειολογία, επικινδυνότητα απότοκη της ψυχωτικής κατάστασης, κακή συμμόρφωση στη θεραπεία και υποτροπές, χωρίς να καταφύγει στην ακούσια νοσηλεία; Πώς είναι δυνατόν ασθενείς με βαριά ψυχοπαθολογία να αποδέχονται θεραπεία στην κοινότητα, με σεβασμό στα δικαιώματα και την προσωπική τους ελευθερία;

Η ακούσια εξωνοσοκομειακή δέσμευση στη Θεραπεία (outpatient commitment) είναι εναλλακτική θεραπευτική παρέμβαση στην ακούσια νοσηλεία, όπου η θεραπεία διασφαλίζεται στην κοινότητα σε ασθενείς που πληρούν τα κριτήρια για ακούσια νοσηλεία^{6,8}. Η ακούσια εξωνοσοκομειακή δέσμευση στη θεραπεία έχει μειώσει το σύνδρομο της περιστρεφόμενης πόρτας, ενώ παράλληλα βελτιώνει τη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία^{6,9,10}.

Η σημερινή νομοθετική ρύθμιση (Ν. 2071/92) δεν προβλέπει εναλλακτική θεραπευτική πρόταση προς την ακούσια νοσηλεία. Αν και η ανάγκη για θεραπεία είναι ένας από τους λόγους της ακούσιας νοσηλείας, η προσέγγιση της "ανάγκης για θεραπεία" μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να διερευνηθούν τα κλινικά χαρακτηριστικά πληθυσμού ψυχιατρικών ασθενών που προσέρχονται για ακούσια νοσηλεία με βαριά συμπτωματολογία και μπορούν να επωφεληθούν από εναλλακτική προς την ακούσια νοσηλεία θεραπευτική παρέμβαση. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των κλινικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών που προσήλθαν για ακούσια ψυχιατρική εκτίμηση, έχρηζαν θεραπείας, αλλά ακολούθησαν την εξωνοσοκομειακή θεραπεία. Έγινε σύγκριση με ασθενείς που κρίθηκε ότι έπρεπε να ακολουθήσουν την θεραπεία ενδονοσοκομειακά, όπως προβλέπει το πλαίσιο του νόμου 2071/92, και ασθενείς που προσήλθαν για θεραπεία εκούσια.

Υλικό και μέθοδος

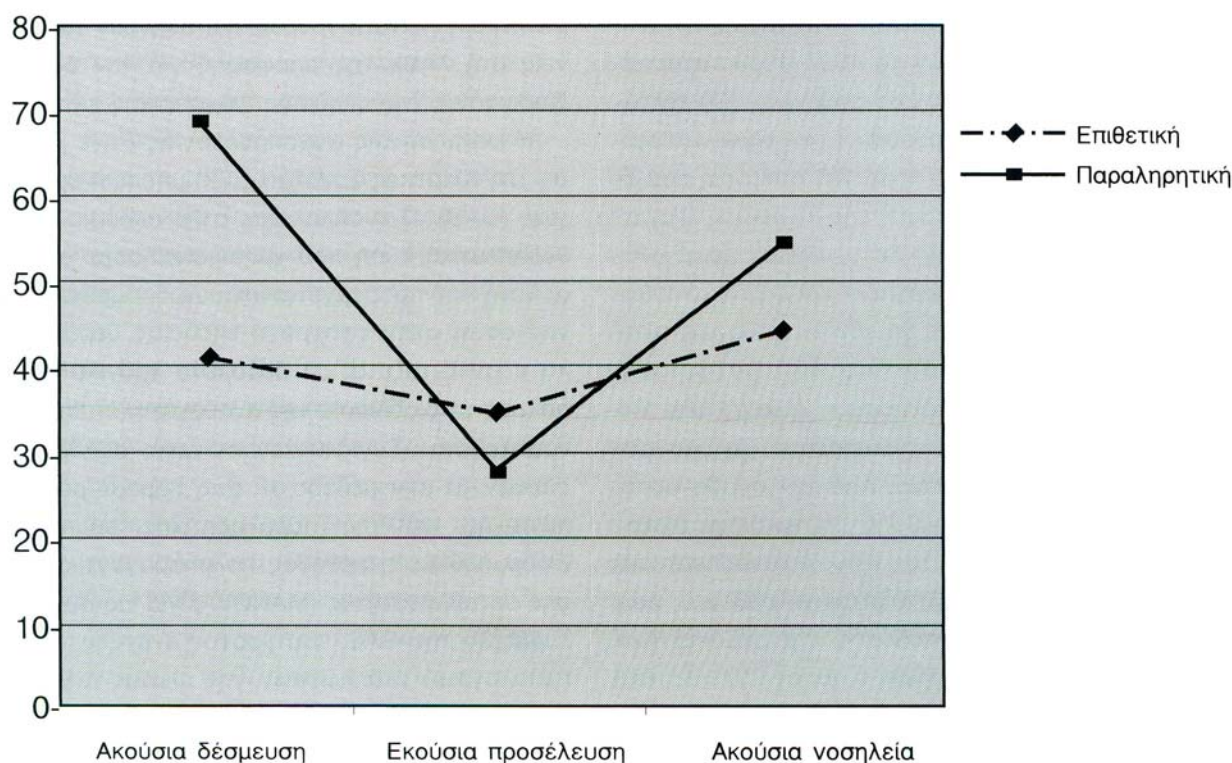
Συνολικά, 285 ασθενείς με τη διάγνωση της ζόνος ψυχικής διαταραχής, που εξετάστηκαν με την διαδικασία του επείγοντος στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών το 1997-1998, συμμετείχαν στη μελέτη. Από τους 285 ασθενείς, 100 εξετάστηκαν εκουσίως και πληρούσαν τα κριτήρια για σχιζοφρενική διαταραχή. Από τους 185 ασθενείς που εξετάστηκαν με τη διαδικασία της ακούσιας ψυχιατρικής εκτίμησης, 91 (49%) δεσμεύθηκαν με εξωνοσοκομειακή ψυχιατρική θεραπεία και παρακολούθηση. Από την ομάδα αυτή 84 (92%) ασθενείς πληρούσαν τα κριτήρια σχιζοφρενικής διαταραχής και 7 (7%) συναισθηματικής διαταραχής (μανία). Για 94 (51%) ασθενείς κρίθηκε ότι πληρούσαν τις προϋποθέσεις για ακούσια νοσηλεία. Από την ομάδα αυτή, 79 (84%) ασθενείς πληρούσαν τα κριτήρια σχιζοφρενικής διαταραχής και 15 (12%) συναισθηματικής διαταραχής (μανία). Αποκλείστηκαν οι ασθενείς που δεν πληρούσαν τις προϋποθέσεις για ακούσια ψυχιατρική νοσηλεία, όπως ορίζει ο νόμος 2071/92, δηλαδή ανέφεραν προηγούμενη χρήση τοξικών ουσιών, ιστορικό κατάχρησης οινόπνευματων ή/και ασθενείς με οργανικό ψυχοσύνδρομο, καθώς και οι ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια για διαταραχή της προσωπικότητας.

Η επιλογή των ασθενών έγινε με τη μέθοδο του τυχαιοποιημένου δείγματος. Δύο εκπαιδευμένοι ψυχίατροι εκτίμησαν κλινικώς τους ασθενείς έτσι, ώστε όλοι οι ασθενείς να πληρούν τα κριτήρια DSM-IV είτε για διπολική συναισθηματική διαταραχή (μανία) είτε για σχιζοφρενική διαταραχή. Αποκλείστηκαν από τη μελέτη οι ασθενείς που προσήλθαν μόνοι τους. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με πληροφορίες των ασθενών και των οικείων και περιελάμβανε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τις ενοχλητικές συμπεριφορές και τον χρόνο έναρξης των προβλημάτων που οδήγησαν τους οικείους στη λήψη της απόφασης για ακούσια ψυχιατρική εξέταση. Ο Cuffel¹¹ ορίζει ως ενοχλητικές τις συμπεριφορές που παραβιάζουν τους κοινωνικούς κανόνες ή τους κανόνες της οικογένειας. Στην παρούσα μελέτη, ως ενοχλητικές συμπεριφορές θεωρούνται η επιθετική και η παραληρητική συμπεριφορά. Ως χρόνος έναρξης των ενοχλητικών συμπεριφορών ορίζεται το χρονικό διάστημα, σε ημέρες, κατά το οποίο οι ενοχλητικές συμπεριφορές είναι σοβαρές, και οδηγούν τους συγγενείς στη λήψη της απόφασης για την έναρξη της διαδικασίας της ακούσιας ψυχιατρικής εκτίμησης.

Η εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας έγινε με τη χρήση της Κλίμακας Συνολικής Εκτίμησης Ψυχοπαθολογίας (GAS). Η εναλλακτική, στην ακούσια νοσηλεία, θεραπευτική λύση που χρησιμοποιήσαμε αφορά τον ασθενή που προσέρχεται ακουσίως, συμφωνεί να συνεργαστεί στην εφαρμογή εκούσιας θεραπείας, αλλά επανεξετάζεται σε δεδομένο χρονικό διάστημα, πάλι με τη διαδικασία της ακούσιας εξέτασης και δεν νοσηλεύεται. Συγκρίθηκαν οι τρεις ομάδες των ασθενών με την μέθοδο χ^2 στις παραμέτρους της επιθετικής και της παραληρητικής συμπεριφοράς. Εφαρμόστηκε η μέθοδος πολυπαραγοντικής ανάλυσης μεταβλητότητας (MANOVA) για τις συνεχείς μεταβλητές της GAS, του χρόνου έναρξης των ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων, της ηλικίας των ασθενών και του αριθμού των νοσηλειών.

Αποτελέσματα

Τα κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά παρουσιάζονται στον πίνακα 1. Οι ασθενείς που δεσμεύθηκαν για εξωνοσοκομειακή θεραπεία είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα GAS σε σύγκριση με τους ασθενείς που κρίθηκε ότι πληρούν τις προϋποθέσεις για ακούσια νοσηλεία ($F=164,155, p=0,000$). Επίσης, διέφεραν σημαντικά, ως προς το χρόνο έναρξης της ψυχοπαθολογίας που οδήγησε τους -ασθενείς να επισκεφθούν τα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία. Δηλαδή, οι ασθενείς που δεσμεύθηκαν για εξωνοσοκομειακή θεραπεία προσήλθαν νωρίτερα, από την έναρξη των ενοχλητικών συμπεριφορών, σε σύγκριση με τους ασθενείς που κρίθηκε ότι πληρούν τις προϋποθέσεις για ακούσια νοσηλεία ($F=57,021, p=0,000$). Δεν υπήρξαν διαφορές στην ηλικία ($F=13,33, p=0,274$) και τον αριθμό των νοσηλειών ($F=15,280, p=0,53$) μεταξύ των ασθενών που δεσμεύθηκαν για εξωνοσοκομειακή θεραπεία και της ομάδας ασθενών που κρίθηκε ότι πληρούν τις προϋποθέσεις για ακούσια νοσηλεία (Πίνακας 2).



Διάγραμμα 1. Διαφορές ως προς την επιθετική και παραληρητική συμπεριφορά ανάμεσα στις τρεις ομάδες ($\chi^2=22,428$, $df=6$, $p=0,001$).

Ο πίνακας 2 επίσης αναφέρει τις συγκρίσεις ανάμεσα στους ασθενείς που δεσμεύθηκαν για εξωνοσοκομειακή θεραπεία και ασθενείς που προσήλθαν εκουσίως. Οι ασθενείς που δεσμεύθηκαν για εξωνοσοκομειακή θεραπεία είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους ασθενείς που προσήλθαν εκουσίως, στη βαθμολογία της GAS. Ως προς το χρόνο έναρξης της ψυχοπαθολογίας και την προσέλευσή τους, η ομάδα των ασθενών αυτών προσήλθε πολύ αργότερα από την έναρξη των ενοχλητικών συμπεριφορών. Επίσης στατιστικώς σημαντική διαφορά παρουσίασαν ως προς τον αριθμό νοσηλειών και την ηλικία. Στο διάγραμμα 1 απεικονίζονται οι διαφορές ανάμεσα στις τρεις ομάδες στην επιθετική και την παραληρητική συμπεριφορά, όπως οι τελευταίες αξιολογούνται από τους συγγενείς ως λόγος προσέλευσης. Η επιθετική συμπεριφορά περιλαμβάνει είτε την ξεχωριστή παρουσία της λεκτικά επιθετικής συμπεριφοράς, της βίαιης προς άτομα συμπεριφοράς και της επιθετικής συμπεριφοράς που εκδηλώνεται προς αντικείμενα, είτε της ταυτόχρονης παρουσίας περισσότερων από μίας επιθετικών συμπεριφορών. Στατιστικώς σημαντική διαφορά προ-κύπτει κυρίως ως προς την παραληρητική συμπεριφορά ανάμεσα στους ασθενείς που δεσμεύθηκαν εκουσίως και τις άλλες δύο ομάδες ($\chi^2=22,428$, $df=6$, $p=0,001$).

Τέλος, από τη σύγκριση των ασθενών που προσήλθαν εκουσίως και αυτών που νοσηλεύθηκαν με τη διαδικασία της ακούσιας ψυχιατρικής εκτίμησης όπως αναφέρονται στον πίνακα 2, προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές και στα τέσσερα λήμματα, δηλαδή τόσο ως προς την ηλικία, τη βαθμολογία στην κλίμακα GAS, τον χρόνο εμφάνισης των ενοχλητικών συμπεριφορών και τον αριθμό των νοσηλειών.

Πίνακας 1. Κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

Παράμετροι	Ομάδα 1 (N=91)		Ομάδα 2 (N=100)		Ομάδα 3 (N=94)	
	M T / Σ A	95% CI	M T / Σ A	95% CI	M T / Σ A	95% CI
Ηλικία	43,04/16,58	41,08–46,00	33,41/11,35	31,13–35,68	40,93/13,90	38,11–43,65
GAS	36,34/7,44	35,24–37,45	28,60/5,03	27,60–29,60	12,50/11,34	9,66–15,34
Χρόνος έναρξης*	9,13/10,37	6,98–11,28	4,61/5,77	3,46–5,76	26,92/22,16	21,17–27,67
Αριθμός νοσηλειών	2,08/3,04	1,42-2,74	0,62/0,49	0,52-0,72	2,84/3,49	2,21–3,47
Φύλο	N	%	N	%	N	%
άρρεν	60	66%	59	59%	70	74%
θήλυ	31	34%	41	41%	24	26%

Ομάδα 1: ασθενείς που αποδέχθηκαν την ακούσια εξωνοσοκομειακή δέσμευση στη θεραπεία.

Ομάδα 2: ασθενείς που προσήλθαν εκουσίως.

Ομάδα 3: ασθενείς που πληρούσαν τις προϋποθέσεις για ακούσια νοσηλεία και νοσηλεύθηκαν.

(*) Το χρονικό διάστημα, σε ημέρες, κατά το οποίο οι ενοχλητικές συμπεριφορές είναι σοβαρές και οδηγούν τους συγγενείς στη λήψη της απόφασης για την έναρξη της διαδικασίας της ακούσιας ψυχιατρικής εκτίμησης.

Πίνακας 2. Στατιστική ανάλυση με τη μέθοδο πολυπαραγοντικής ανάλυσης μεταβλητότητας (MANOVA) για τις συνεχείς μεταβλητές της GAS, του χρόνου έναρξης των ενοχλητικών συμπεριφορών, της ηλικίας των ασθενών και του αριθμού των νοσηλείων μεταξύ των τριών ομάδων.

	df	F	p
Ηλικία	2	13,330	0,000
GAS	2	164,155	0,000
Χρόνος έναρξης	2	57,021	0,000
Αριθμός νοσηλείων	2	15,280	0,000

Post hoc δοκιμασία LSD. Πιθανότητες post hoc δοκιμασιών.

Παράμετρος	Ομάδα 1 / Ομάδα 2	Ομάδα 1 / Ομάδα 3	Ομάδα 2 / Ομάδα 3
Ηλικία	p=0,000	p=0,274	p=0,000
GAS	p=0,000	p=0,000	p=0,000
Χρόνος έναρξης	p=0,000	p=0,000	p=0,000
Αριθμός νοσηλείων	p=0,000	p=0,53	p=0,000

Συζήτηση

Τα ευρήματα της μελέτης περιγράφουν ότι οι ασθενείς που αποδέχθηκαν την εξωνοσοκομειακή δέσμευση στη θεραπεία ήταν άνδρες, μέσης ηλικίας, με λιγότερες νοσηλείες, άρα δεν πρόκειται για ασθενείς τύπου περιστρεφόμενης πόρτας με επανειλημμένες νοσηλείες. Οι ασθενείς, κατά τη διάρκεια της εκτίμησης, είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα GAS, δηλαδή ήταν περισσότερο λειτουργικοί, και εξετάστηκαν σε σχετικά σύντομο διάστημα από την έναρξη των ενοχλητικών συμπεριφορών. Οι ασθενείς που νοσηλεύθηκαν ακουσίως ήταν άνδρες, μέσης ηλικίας, αλλά είχαν περισσότερες νοσηλείες, ο δε χρόνος που μεσολάβησε ανάμεσα στην έναρξη των ενοχλητικών συμπεριφορών και την εξέτασή τους ήταν πολύ μεγαλύτερος απ' ό,τι για τις άλλες δύο ομάδες. Οι ασθενείς που προσήλθαν εκουσίως διέφεραν και από τις δύο ομάδες που εξετάστηκαν ακουσίως, ήταν κυρίως ασθενείς με πρωτοεμφανιζόμενη ψυχοπαθολογία είτε με μία νοσηλεία στο παρελθόν, νεώτεροι στην ηλικία και με το χρόνο που μεσολάβησε ανάμεσα στην εκδήλωση των ενοχλητικών συμπεριφορών και την εκτίμηση πολύ βραχύ. Η διαφορά ως προς τον χρόνο προσέλευσης μπορεί να υποδηλώνει και βαθμό δυσκολίας των συγγενών να πείσουν τον ασθενή για την αναγκαιότητα ιατρικής εξέτασης. Η δυσκολία αυτή ενδεχομένως να απηχεί και διαφορετικό βαθμό εναισθησίας ανάμεσα στις τρεις ομάδες ασθενών. Η απουσία εναισθησίας έχει ως αποτέλεσμα τη συχνή διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής, με επιπτώσεις στη συμπεριφορά του ασθενούς και ακούσια νοσηλεία.⁶ Από τις ενοχλητικές συμπεριφορές, η επιθετικότητα, συνολικά και όπως αυτή εκλαμβάνεται από τους οικείους, δεν διαφοροποιείται μεταξύ των ασθενών των τριών ομάδων ως λόγος προσέλευσης. Αντιθέτως, οι συγγενείς των ασθενών που δεσμεύθηκαν για θεραπεία ενοχλήθηκαν περισσότερο από την παραληρητική συμπεριφορά. Συνεπώς, η ακούσια ιατρική φροντίδα του ασθενούς δεν κρίνεται μόνον από παράγοντες που έχουν σχέση με τον ασθενή και τη νόσο, αλλά και από παράγοντες που αφορούν τους συγγενείς. Ο μεγαλύτερος χρόνος από την έναρξη των προβλημάτων, αλλά και ο φόβος από τις ενοχλητικές συμπεριφορές, αποτελεί σημαντική παράμετρο στην απόφαση για ακούσια νοσηλεία από τους συγγενείς.¹⁹ Σύμφωνα με τους Politis και συν.¹⁹ ο φόβος για τις ενοχλητικές συμπεριφορές διαβρώνει το υποστηρικτικό περιβάλλον και αποτελεί παράγοντα έναρξης της διαδικασίας της ακούσιας ψυχιατρικής εκτίμησης.

Η αποδοχή της εξωνοσοκομειακής θεραπείας προϋποθέτει και τη συνεργασία του υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Πιθανόν η απουσία ή ο μειωμένος φόβος των συγγενών για την ενοχλητική συμπεριφορά του ασθενούς, αλλά και η ελπίδα θεραπείας στην κοινότητα, να συμβάλλουν στην αποδοχή της εξωνοσοκομειακής θεραπείας.

Η ακούσια νοσηλεία υπαγορεύεται αφ' ενός από την αρχή της ευθύνης του κράτους που τοποθετεί την πολιτεία προστάτη των πολιτών ή της κοινωνίας από ενδεχόμενους επικίνδυνους ασθενείς και, αφ' ετέρου, από την υποχρέωση της πολιτείας να προστατεύει τα ψυχικώς νοσούντα μέλη της που χρειάζονται φροντίδα και θεραπεία. Ο νόμος 2071/92 προσδιορίζει την επικινδυνότητα και την ανάγκη για ψυχιατρική θεραπεία σε ασθενείς με ψυχική διαταραχή, ως λόγο ακούσιας νοσηλείας.

Σύμφωνα με τον Σκαραγκά,¹² "αν και ο νόμος αποτελεί προσαρμογή στους αντίστοιχους της Ευρώπης, είτε δεν έτυχε ευμενούς υποδοχής είτε μερικώς ή ολικώς καταστρατηγείται από ψυχιάτρους και δικαστές". Ενδεχομένως το αποτέλεσμα αυτό να μην είναι μόνον έλλειψη ενημέρωσης, αλλά και αδυναμία του νόμου να καλύψει όλο το εύρος και το βαθμό σοβαρότητας της ψυχοπαθολογικής συμπεριφοράς και συνεπώς αδυναμία να εφαρμοσθεί σε όλους τους ασθενείς που προσέρχονται για ακούσια ψυχιατρική εκτίμηση. Τα αποτελέσματά μας μπορεί να δείχνουν πόσο η απόφαση των Ελλήνων ψυχιάτρων επηρεάζεται από την επικινδυνότητα των ασθενών, την κόπωση του οικογενειακού περιβάλλοντος, την αδυναμία παροχής ικανών υπηρεσιών για ακούσια εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση των χρόνιων αυτών ασθενών και λιγότερο από το οικονομικό κόστος του συνδρόμου της περιστρεφόμενης πόρτας. Επιπλέον, τα ευρήματα για μερικούς τρόπους αποτροπής της ακούσιας νοσηλείας είναι αντικρουόμενα: π.χ. η απειλή της ακούσιας νοσηλείας, είτε βελτιώνει τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή, προλαμβάνει τη νοσηλεία και μειώνει το φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας και τον αριθμό των νοσηλειών, επειδή αρκετοί ασθενείς αποδέχονται εκουσίως τη θεραπεία, είτε αυξάνει τη συχνότητα των νοσηλειών.

Το 1990 οι Geller και συν.,¹³ το 1989 οι Schmith και συν.¹⁵ και, ακολούθως, η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία υποστηρίζουν ότι το κίνητρο του ασθενούς για παραμονή και θεραπεία στην κοινότητα, η κατανόηση της εναλλακτικής, ως προς την ακούσια νοσηλεία, θεραπευτικής παρέμβασης, η συνεργασία στον σχεδιασμό της θεραπείας στην κοινότητα, η παρουσία κοινωνικών δομών ψυχικής υγείας, αλλά και η απουσία επικινδυνότητας είναι μερικές από τις παραμέτρους που συντελούν στο να αποκομίσει ο ασθενής όφελος από την εναλλακτική εξωνοσοκομειακή θεραπεία. Συνεπώς, οι προσπάθειες αναζήτησης εναλλακτικών προσεγγίσεων στο μέτρο της ακούσιας ιατρικής φροντίδας οδήγησε στην έρευνα ομάδων ασθενών που μπορεί να ωφεληθούν από αυτές. Σύμφωνα με τους Keilitz και συν.,⁶ οι ασθενείς που βοηθήθηκαν από την εξωνοσοκομειακή δέσμευση ήταν νέοι, άνδρες, ανύπαντροι, άνεργοι, χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, είχαν εκδηλώσει επικίνδυνη συμπεριφορά κατά την εβδομάδα που είχε προηγηθεί της εξετάσεως, νοσούσαν από σχιζοφρενική διαταραχή και ανέφεραν 2-3 νοσηλείες. Παρόμοια ευρήματα αναφέρουν και οι Fernandez και συν.,¹⁶ οι van Putten και συν.¹⁷ και of Durst και συν.¹⁸ Στη βιβλιογραφία αναφέρεται και η εφαρμογή της ακούσιας δέσμευσης στη θεραπεία μετά την ακούσια νοσηλεία.

Αν και είναι απαραίτητες οι εναλλακτικές προς την ακούσια νοσηλεία θεραπευτικές παρεμβάσεις, υπάρχουν οικονομικές και νομικές δυσκολίες. Τέλος, ο Miller επισημαίνει ότι η μεγαλύτερη δυσκολία εφαρμογής τέτοιων προγραμμάτων συνεχίζει να είναι η έλλειψη κοινωνικών πόρων και η απροθυμία πολλών κοινοτικών φορέων.

Αν και υπάρχουν μειονεκτήματα στη μελέτη, που αφορούν στην αδυναμία παρακολούθησης των ασθενών αυτών κατά την περίοδο που βρίσκονται στο ιδιότυπο και μη θεσμοθετημένο καθεστώς της ακούσιας εξωνοσοκομειακής δέσμευσης, λόγω απουσίας υπηρεσιών στην κοινότητα, είναι σαφές ότι συγκεκριμένη ομάδα ασθενών με σοβαρή ψυχική νόσο μπορεί να ωφεληθεί από την εναλλακτική, προς την ακούσια θεραπεία, παρέμβαση. Επισημαίνουμε επίσης τον αρνητικό ρόλο στην απόφαση των ψυχιάτρων, για εξωνοσοκομειακή δέσμευση στη θεραπεία, που διαδραματίζει και η έλλειψη σαφώς καθορισμένων νομικών κριτηρίων στην ελληνική νομοθεσία για την επιλογή των ασθενών αυτών και την εφαρμογή της παραπάνω διαδικασίας, αλλά και η απουσία κατάλληλων κοινοτικών μονάδων ψυχικής υγείας. Έτσι η ακούσια εξωνοσοκομειακή δέσμευση στην κοινότητα, αλλά και οιαδήποτε άλλη εναλλακτική θεραπευτική παρέμβαση θα εφαρμόζεται, πριν την ακούσια νοσηλεία, αυθαιρέτως, χωρίς κριτήρια

Το πρόβλημα των ασθενών με το φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας, όπως και ο αυξανόμενος αριθμός των ασθενών που οδηγούνται σε ακούσια ψυχιατρική εκτίμηση και νοσηλεία, καθώς και η απουσία υπηρεσιών που θα εξασφαλίζουν, με την παρέμβαση στην κρίση, την πρόληψη της επώδυνης διαδικασίας της ακούσιας νοσηλείας, απαιτεί επίλυση. Η ακούσια εξωνοσοκομειακή δέσμευση δεν μπορεί να αποτελέσει λύση με την έννοια ενός θεσμού που εξαναγκάζει τους ασθενείς να λαμβάνουν φάρμακα, αλλά πρέπει να λειτουργεί ως θεσμός στην κοινότητα που προσφέρει υποστήριξη και φροντίδα στον ψυχικώς πάσχοντα, προάγοντας μια πιο ανοικτή προσέγγιση στα προβλήματα ψυχικής υγείας. Παρ' όλες τις δυσκολίες εφαρμογής εναλλακτικών θεραπευτικών παρεμβάσεων, θα πρέπει να υπάρξει ενδιαφέρον του κράτους και της επιστημονικής κοινότητας για την περαιτέρω ανάπτυξη και βελτίωση της εναλλακτικής παρέμβασης στην ακούσια νοσηλεία, λαμβάνοντας υπ' όψιν τόσο τα επιστημονικά δεδομένα όσο και τις θετικές μαρτυρίες και απόψεις των ασθενών.^{22,23}