

Μέτρα περιορισμού σε τμήματα οξέων ψυχιατρικών εισαγωγών: Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση

Σακελλαρίδη Βασιλική¹, Ριζάβας Ιωάννης², Σούκη Χριστίνα³, Κριτσωτάκης Εμμανουήλ⁴, Μισουρίδου Ευδοκία⁵

1. Ψυχίατρος, MSc, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής
2. Νοσηλεύτης Ψυχικής Υγείας, MSc, PhD, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής
3. Νοσηλεύτρια, MSc, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής
4. Νοσηλεύτης Ψυχικής Υγείας, MSc, Ψυχιατρικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Σισμανόγλειο» - Ακαδημαϊκός υπότροφος, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
5. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, MSc, PhD, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Σε τμήματα οξέων ψυχιατρικών εισαγωγών, εφαρμόζονται μέτρα περιορισμού με στόχο την ασφάλεια και την αποφυγή βλάβης, παρότι παραβιάζουν την αυτονομία των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Σκοπός: Η παρουσίαση α) των αιτίων εφαρμογής περιοριστικών μέτρων σε ψυχιατρικές κλινικές, β) των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας για τα περιοριστικά μέτρα, γ) της επίδρασης του εξαναγκασμού στο θεραπευτικό αποτέλεσμα και δ) των στρατηγικών μείωσης της χρήσης περιοριστικών μέτρων με στόχο τη δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος.

Υλικό και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση των μελετών που έχουν δημοσιευθεί από τις 01/01/2002 έως και τις 31/01/2022 στην αγγλική και την ελληνική γλώσσα, στις βάσεις δεδομένων PubMed και Cochrane Library με τις εξής λέξεις-κλειδιά: "coercion", "containment", "involuntary", "acute psychiatry", "restraint", "seclusion", "mental health", "attitudes". Κριτήρια αποκλεισμού αποτέλεσαν η γλώσσα εκτός της αγγλικής και της ελληνικής και το είδος του άρθρου (γράμμα στον εκδότη, άρθρο σύνταξης και μελέτη περίπτωσης).

Αποτελέσματα: Στην ανασκόπηση εντάχθηκαν 41 μελέτες. Οι συχνότεροι λόγοι εφαρμογής περιοριστικών μέτρων είναι η ψυχοκινητική ανησυχία, η σύγχυση και έπεται η βία. Η ακούσια νοσηλεία, το άρρεν φύλο, η διάγνωση σχιζοφρένειας και η χρήση ουσιών σχετίζονται με συχνότερη εφαρμογή περιοριστικών μέτρων. Παρατηρούνται διαπολιτισμικές και διατμηματικές διαφορές στην εφαρμογή περιοριστικών μέτρων. Οι στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας έχουν μετατοπιστεί από ένα θεραπευτικό παράδειγμα (τα περιοριστικά μέτρα είναι θεραπευτικά) σε ένα παράδειγμα ασφάλειας (τα περιοριστικά μέτρα είναι ένα αναγκαίο κακό). Τα μέτρα περιορισμού παρεμποδίζουν την ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης. Στην Ελλάδα, αναφέρονται υψηλά ποσοστά ακούσιων νοσηλείων και μηχανικού περιορισμού. Ο χαρακτήρας του εκάστοτε τμήματος σχετίζεται με την έκταση χρήσης περιοριστικών μέτρων. Για τη δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος και τη μείωση του εξαναγκασμού, απαιτούνται πολυπαραγοντικές προσεγγίσεις.

Συμπεράσματα: Τα μέτρα περιορισμού μπορεί να είναι τραυματικά, τόσο για τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όσο και για τους επαγγελματίες. Η εφαρμογή εναλλακτικών παρεμβάσεων με στόχο τη δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος απαιτεί την κατάλληλη εκπαίδευση του προσωπικού, αλλά κυρίως την επαρκή στελέχωση των ψυχιατρικών τμημάτων.

Λέξεις Κλειδιά: Εξαναγκασμός, περιοριστικά μέτρα, στάσεις, ψυχιατρική περίθαλψη, τμήματα οξέων περιστατικών, στρατηγικές μείωσης περιοριστικών μέτρων.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Βασιλική Σακελλαρίδη, Πανδρόσου 16, Παλαιό Φάληρο, Email: vasilikisak@hotmail.com

The use of containment methods in acute mental health wards: A literature review

Sakellaridi Vasiliki¹, Rizavas Ioannis², Souki Christina³, Kritsotakis Emmanouel⁴, Missouridou Evdokia⁵

1. Psychiatrist, MSc, Psychiatric Hospital of Attica
2. BScNurs, MSc, PhD, Psychiatric Hospital of Attica
3. BScNurs, MSc, Psychiatric Hospital of Attica

4. BScNurs, MSc, General Hospital «Sismanogleio» - Academic Scholar, Department of Nursing, Faculty of Health and Caring Professions, University of West Attica, Egaleo, Greece
5. Associate Professor, MSc, PhD, 1Department of Nursing, Faculty of Health and Caring Professions, University of West Attica, Egaleo, Greece

ABSTRACT

Introduction: In acute psychiatric wards, containment measures are applied to ensure safety and to avoid harm. However, containment limits the autonomy of people with mental health problems.

Aim: The presentation of a) the reasons for the use of containment in psychiatric clinics, b) the attitudes of mental health professionals and people with mental health problems about the containment methods, c) the effect of coercion on the therapeutic effect, as well as d) the strategies to reduce containment and to create a positive ward atmosphere.

Material and method: A literature review containing studies published from 01/01/2000 to 31/01/2022 in English and Greek language, in the PubMed and Cochrane Library databases was conducted. The following keywords were used: "coercion", "containment", "involuntary", "acute psychiatry", "restraint". "seclusion", "mental health", "attitudes". Exclusion criteria were the language (expect for English and Greek) and the type of article (letter to the publisher, editorial article, and case study).

Results: 41 studies were included in the review. Psychomotor anxiety, disorientation and subsequently, violence are the most common reasons for the use of coercion. Involuntary hospitalization, male gender, diagnosis of schizophrenia and substance use are associated with more frequent use of containment methods. Intercultural and interdepartmental differences concerning the use of containment methods are reported. The attitudes of mental health professionals have shifted from a therapeutic paradigm (restrictive measures are therapeutic) to a safety paradigm (restrictive measures are a necessary evil). The use of coercion impedes the therapeutic relationship. In Greece, high rates of involuntary hospitalization and mechanical restraint are reported. The ward atmosphere is related to the extent of the use of coercion. Multifactorial approaches are needed to create a therapeutic environment and reduce coercion.

Conclusions: The use of containment may traumatize both people receiving mental health care and mental health professionals. The implementation of alternative interventions to create a therapeutic environment requires the appropriate training of the staff, but mainly the adequate staffing of the psychiatric departments.

Keywords: Coercion, containment methods, attitudes, mental health care, acute mental health wards, containment mitigation strategies.

Corresponding Author: Sakellaridi Vasiliki, Pandrosou 16, Paleo Faliro, Email: vasilikisak@hotmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σύγχρονη βιοηθική θεωρεί την αυτονομία ως μία από τις πρωταρχικές ηθικές αξίες, βάσει της οποίας προστατεύεται η ελευθερία του θεραπευόμενου, καθώς και το δικαίωμά του να λαμβάνει ο ίδιος αποφάσεις για την έκβαση της υγείας του.^{1,2} Για να επιτευχθεί η αυτονομία, ο επαγγελματίας υγείας καλείται να παρέχει επαρκείς πληροφορίες, ώστε ο θεραπευόμενος να μπορεί να πάρει τεκμηριωμένες αποφάσεις για την υγεία του.³ Στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης υπάρχει η προσδοκία για τη συνεργασία

γιατρών και θεραπευόμενων και την από κοινού λήψη αποφάσεων με σκοπό την επίτευξη των συμφωνηθέντων στόχων και την βελτίωση της ποιότητας ζωής.³

Ωστόσο, στα τμήματα οξέων ψυχιατρικών εισαγωγών, θεωρείται αποδεκτή, τόσο από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας όσο και από την ευρύτερη κοινωνική αντίληψη, η εφαρμογή μέτρων εξαναγκασμού (coercive measures) στους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Έχει αρχίσει διάλογος στην επιστημονική κοινότητα σε σχέση με το αν αυτή η πρακτική είναι θεμιτή.⁴ Ως

εξαναγκασμός (coercion) ορίζεται η χρήση εξουσίας με στόχο τον περιορισμό της ελευθερίας επιλογών του ατόμου.⁵ Ο εξαναγκασμός δικαιολογείται όταν: α) το άτομο θεωρείται ότι δεν μπορεί να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του, β) το προσδοκώμενο όφελος είναι μεγαλύτερο από τις αρνητικές συνέπειες του εξαναγκασμού και, γ) χρησιμοποιείται η λιγότερο επιζήμια μέθοδος εξαναγκασμού.⁶ Το 2006 ο Bowers εισήγαγε την έννοια του περιορισμού-εμπερίεξης (containment), η οποία ανάγεται σε οποιαδήποτε πράξη ή διαδικασία εκ μέρους των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, με στόχο την ασφάλεια του ατόμου με προβλήματα ψυχικής υγείας, παρότι δεν απαιτείται η συγκατάθεσή του τελευταίου.⁷ Κατά τον Bowers, ο περιορισμός (εμπερίεξη) διακρίνεται σε τρεις κατηγορίες: α) τον προληπτικό περιορισμό (preventive containment), με στόχο την αποφυγή βλάβης, β) τον προληπτικό θεραπευτικό περιορισμό (preventive therapeutic containment), που έχει ευεργετικά θεραπευτικά αποτελέσματα, όπως για παράδειγμα, η παραμονή στο δωμάτιο ή σε εξωτερικό χώρο ενός ψυχοκινητικά ανήσυχου θεραπευόμενου συνεισφέρει στη μείωση των διεγερτικών ερεθισμάτων και την επίτευξη της ψυχικής του ηρεμίας και, γ) τον αντιδραστικό περιορισμό (responsive containment), που εφαρμόζεται όταν ήδη έχει υπάρξει αυτοκαταστροφική ή ετεροκαταστροφική

συμπεριφορά με στόχο την αποφυγή της κλιμάκωσης και της επανάληψης της.⁷ Τα μέτρα περιορισμού, που συχνότερα εφαρμόζονται στις ευρωπαϊκές χώρες είναι τα ακόλουθα: η κατ' επίκληση χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, ο φυσικός περιορισμός, η αδιάλλειπτη παρατήρηση, η απομόνωση σε κλειστό ή σε ανοιχτό χώρο, η μεταφορά σε κλειδωμένο παράρτημα, ο μηχανικός περιορισμός ή αλλιώς προστατευτικός κλινοστατισμός, η ενδομυϊκή χορήγηση ενέσιμης φαρμακευτικής αγωγής (χημικός περιορισμός) και η παραμονή σε κρεβάτι-κλουβί. Ορισμένα από αυτά θεωρούνται ηπιότερα ενώ αλλά αρκετά παρεμβατικά.⁷

Κίνητρα για την εφαρμογή περιοριστικών μέτρων

Αντικείμενο μελέτης συνιστά η ανεύρεση των αιτιών που οδηγούν στην εφαρμογή περιοριστικών μέτρων. Βασικά αίτια για την εφαρμογή του προστατευτικού κλινοστατισμού και της απομόνωσης είναι τα εξής: α) η αποτροπή αυτοκαταστροφικής ή ετεροκαταστροφικής ενέργειας, β) η απομάκρυνση από αίτια που μπορεί να ενισχύσουν τον παρανοειδή ιδεασμό και η μείωση αισθητηριακών ερεθισμάτων και γ) η αποτυχία προηγούμενης προσπάθειας εφαρμογής τεχνικών λεκτικής αποκλιμάκωσης.⁹ Η βίαιη και επιθετική συμπεριφορά σε τμήματα οξέων ψυχιατρικών

εισαγωγών είναι μείζον και κοινό πρόβλημα, με επιπολασμό (prevalence) που διακυμαίνεται σε διάφορες έρευνες από μονοψήφια ποσοστά έως και 70%.¹⁰ Εντούτοις, είναι αξιοσημείωτο ότι τα συνηθέστερα αίτια για τη χρήση προστατευτικού κλινοστατισμού ή απομόνωσης αναδείχθηκαν η ψυχοκινητική ανησυχία και η συγχυτική κατάσταση, ενώ τα περιστατικά βίας ακολούθησαν στην τρίτη θέση.^{11,12} Άλλα αίτια που οδήγησαν σε εφαρμογή περιοριστικών μέτρων ήταν η καταστροφή αντικειμένων, καθώς και η λεκτική απειλή για υλική ζημιά ή βία.¹¹

Εκτός από τα γενικότερα κίνητρα για την εφαρμογή περιοριστικών μέτρων, ενδιαφέρον παρουσιάζει ο προδιορισμός των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στους οποίους εφαρμόζονται συχνότερα περιοριστικά μέτρα. Διαπιστώνεται ότι τα μέτρα περιορισμού εφαρμόζονται πολύ συχνότερα σε άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας που νοσηλεύονται ακούσια σε σύγκριση με εκείνους που νοσηλεύονται εκούσια.¹³ Αυξημένες πιθανότητες για ακούσια νοσηλεία έχουν όσοι έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια σε συνδυασμό με πτωχή εναισθησία, ενώ άλλοι παράγοντες κινδύνου ακούσιας νοσηλείας αποτελούν το άρρεν φύλο, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και η διαμονή σε περιοχές με έλλειψη κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας.¹⁴ Οι γυναίκες σε νοσοκομειακό περιβάλλον

εμπλέκονται σε περισσότερα βίαια περιστατικά σε σύγκριση με τους άνδρες, αλλά οι άνδρες είναι πιθανότερο να προκαλέσουν σωματική βλάβη.¹⁵ και αυτός πιθανόν είναι ο λόγος για τον οποίο η ψυχοκινητική ανησυχία των ανδρών υπερεκτιμάται από το νοσηλευτικό προσωπικό,¹¹ με αποτέλεσμα να περιορίζονται συχνότερα.¹² Δεν έχουν αναφερθεί συνεπή ευρήματα σχετικά με τις εθνικές μειονότητες.¹⁶ Η σχιζοφρένεια είναι η συχνότερα αναφερόμενη διάγνωση μεταξύ βίαιων ψυχιατρικών ασθενών, αλλά είναι επίσης και η πιο κοινή διάγνωση στα νοσοκομειακά περιβάλλοντα.¹⁵ Όπως και στην κοινότητα, η οξεία φάση της νόσου και η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών αποτελούν υψηλούς και σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς.¹⁵ Τόσο η οξεία φάση όσο και η χρήση ουσιών συνδέονται με συχνότερη εφαρμογή περιοριστικών μέτρων. Τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας που νοσηλεύονται εκούσια περιορίζονται κυρίως λόγω αυτοκτονικού ιδεασμού.¹¹

Διαπολιτισμικές και διατμηματικές διαφορές στη χρήση των περιοριστικών μέτρων

Η επιλογή των περιοριστικών μέτρων μεταβάλλεται από χώρα σε χώρα, πιθανόν λόγω του διαφορετικού νομοθετικού πλαισίου και των διαφορετικών

πολιτισμικών αντιλήψεων,^{8,17} αλλά και μεταξύ διαφορετικών τμημάτων οξέων ψυχιατρικών εισαγωγών της ίδιας χώρας, λόγω των διαφορετικών συνηθειών που επικρατούν στις επιμέρους ψυχιατρικές δομές.¹⁸ Χαρακτηριστικά, στην Αγγλία και την Ιρλανδία εφαρμόζεται εξαιρετικά σπάνια ο προστατευτικός κλινοστατισμός (μηχανικός περιορισμός). Αντιθέτως, στην Ελλάδα η εφαρμογή του προστατευτικού κλινοστατισμού είναι συχνότερη σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, ενώ δεν εφαρμόζονται τόσο συχνά ηπιότερα περιοριστικά μέτρα, όπως η αδιάλλειπτη παρατήρηση.^{17,18} Επίσης, στην Ελλάδα καταγράφονται περισσότερα περιστατικά βίας και ανησυχητικά υψηλά ποσοστά φυσικού και μηχανικού περιορισμού.¹⁷ Τα δύο αυτά στοιχεία, σε συνδυασμό με το υψηλό ποσοστό ακούσιων νοσηλειών στην Ελλάδα εγείρουν το ερώτημα εάν ένα αυταρχικότερο σύστημα οδηγεί σε περισσότερα περιστατικά βίας ή εάν η αυξημένη βία οδηγεί σε ένα αυταρχικότερο σύστημα.¹⁷ Τα ευρήματα δεν είναι σαφή. Οι προσπάθειες για μείωση χρήσης των περιοριστικών μέτρων συνοδεύτηκε από αυξημένο κίνδυνο πρόκλησης βλάβης τόσο στους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας όσο και στο νοσηλευτικό προσωπικό.¹⁹ Από την άλλη, αναδεικνύεται ότι ο χαρακτήρας του εκάστοτε τμήματος και συγκεκριμένα, ο υψηλός βαθμός προσλαμβανόμενου

εξαναγκασμού σε ένα τμήμα από τους νοσηλευόμενους -με άλλα λόγια το υποκειμενικό αίσθημα του εξαναγκασμού (perceived coercion)- κατά την εισαγωγή τους, συνδέεται με υψηλότερη εφαρμογή περιοριστικών μέτρων.²⁰ Επίσης, φαίνεται ότι τα δομικά χαρακτηριστικά της εκάστοτε κλινικής (συνθήκες θάλαμου, αριθμός κλινών ανά θάλαμο) και οι διάφορες οργανωτικές πτυχές (εσωτερικοί κανόνες, κατευθυντήριες γραμμές), καθώς και χαρακτηριστικά των επαγγελματιών ψυχικής υγείας (φύλο, εκπαίδευση, εμπειρία) σχετίζονται με την έκταση εφαρμογής περιοριστικών μέτρων. Έμπειροι νοσηλευτές εγκρίνουν λιγότερο την χρήση περιοριστικών μέτρων.²⁰

Στάσεις και συναισθήματα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την εφαρμογή περιοριστικών μέτρων

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι στάσεις και τα συναισθήματα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε σχέση με τα μέτρα περιορισμού. Ως στάση (attitude) ορίζεται μία μαθημένη προδιάθεση για μία συγκεκριμένη απόκριση προς ένα αντικείμενο ή μία κατηγορία αντικειμένων, κατόπιν μίας συνεπούς αξιολογικής διαδικασίας.²¹ Οι στάσεις θεωρείται ότι έχουν νοητικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές συνιστώσες και επηρεάζουν όλες τις πτυχές της καθημερινής μας ζωής. Η ερμηνεία των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων, η επιλογή

συγκεκριμένης συμπεριφορικής και συναισθηματικής απόκρισης και η μετουσίωση όλων των εμπειριών σε μία ολότητα με νόημα καθορίζονται από τις στάσεις.²¹

Στάσεις και συναισθήματα των νοσηλευτών

Πληθώρα ερευνών έχουν μελετήσει τις στάσεις των νοσηλευτών σε σχέση με τη χρήση περιοριστικών μέτρων σε τμήματα οξέων ψυχιατρικών εισαγωγών.^{9,22,23} Οι νοσηλευτές που ήταν περισσότερο εξοικειωμένοι με τη χρήση περιοριστικών μέτρων, ήταν πιο θετικοί ως προς αυτά και φάνηκε ότι τα θεωρούν ως ένα τρόπο για την επίτευξη της ασφάλειας των ίδιων και των νοσηλευόμενων ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν μεγάλη εμπειρία εφαρμογής περιοριστικών μέτρων.²⁴ Η συχνότητα εφαρμογής περιοριστικών μέτρων φάνηκε επίσης ότι επηρεάζεται από το φύλο, την εκπαίδευση και τα χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας του νοσηλευτικού προσωπικού.^{22,23} Επίσης, οι νοσηλευτές εξέφρασαν συναισθήματα ενόχλησης, απογοήτευσης, ανικανότητας-αβοηθητότητας και ενοχών, όταν χρειάστηκε να εφαρμόσουν περιοριστικά μέτρα.²²

Διαπολιτισμικές διαφορές στις στάσεις των νοσηλευτών

Είναι ενδιαφέρον ότι αναδείχθηκαν διαφορές στις στάσεις των νοσηλευτών ως προς τα περιοριστικά μέτρα από χώρα σε χώρα. Για παράδειγμα, στη Φινλανδία το νοσηλευτικό προσωπικό ενέκρινε περισσότερο τη χρήση περιοριστικών μέτρων σε σύγκριση με τη Μεγάλη Βρετανία.⁸ Στην Ελλάδα, έχουν μελετηθεί οι στάσεις φοιτητών νοσηλευτικής σε σχέση με τα περιοριστικά μέτρα και αναδείχθηκε ότι εγκρίνουν περισσότερο την κατ'επίκληση χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, ενώ εκφράζουν ανησυχία για την αξιοπρέπεια των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας που υπόκεινται σε μηχανικό περιορισμό· εντούτοις, οι φοιτητές νοσηλευτικής εκφράστηκαν θετικότερα για τον μηχανικό περιορισμό σε σύγκριση με το κλείδωμα της πόρτας.²⁵ Πιθανή ερμηνεία είναι ότι οι εργαζόμενοι στον τομέα της ψυχικής υγείας υιοθετούν θετικότερες στάσεις σε σχέση με τα περιοριστικά μέτρα που εφαρμόζονται συχνά στην χώρα τους, ενώ εκφράζουν αρνητικότερες στάσεις για τα μέτρα με τα οποία δεν είναι εξοικειωμένοι⁸ και όπως έχει ήδη αναφερθεί, στην Ελλάδα καταγράφονται υψηλά ποσοστά μηχανικού περιορισμού.¹⁷ Ο Bowers υποθέτει ότι οι στάσεις του προσωπικού ή των φοιτητών επηρεάζονται από την κοινωνικοποίηση τους στο επαγγελματικό περιβάλλον (professional socialization process) και επίσης, διαμορφώνονται από τις ευρύτερες πολιτισμικές και κοινωνικές αντιλήψεις της

εκάστοτε χώρας.⁸ Αξίζει να αναφερθεί ότι η στάση των νοσηλευτών μετατοπίστηκε από ένα θεραπευτικό παράδειγμα (τα περιοριστικά μέτρα είναι θεραπευτικά για τους ασθενείς) σε ένα παράδειγμα ασφάλειας (τα περιοριστικά μέτρα είναι ανεπιθύμητα, αλλά αναγκαία για τη διατήρηση της ασφάλειας), με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να εκφράζουν την επιθυμία για μειωμένη εφαρμογή των περιοριστικών μέτρων, μέσω της πρόληψης.²³

Στάσεις και συναισθήματα των υπόλοιπων επαγγελματιών ψυχικής υγείας

Μικρότερος αριθμός μελετών έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με τις στάσεις των υπόλοιπων επαγγελματιών ψυχικής υγείας, όπως των ψυχιάτρων και των ψυχολόγων, ως προς τα περιοριστικά μέτρα. Γενικά, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θεωρούν την εφαρμογή των περιοριστικών μέτρων ως ένα «αναγκαίο κακό», που μπορεί να έχει αρνητικό συναισθηματικό αντίκτυπο στους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας.²⁶ Σε έρευνα στην οποία διερευνήθηκαν οι στάσεις των ψυχιάτρων, αναδείχθηκε ότι θεωρούν τη χρήση περιοριστικών μέτρων αναγκαία και αποδεκτή σε επείγουσες καταστάσεις για λόγους προστασίας και ασφάλειας· ωστόσο, εξέφρασαν ανησυχία για την αρνητική επίδραση που μπορεί να έχει, αφενός στην αξιοπρέπεια του ατόμου με προβλήματα

ψυχικής υγείας και αφετέρου στην θεραπευτική σχέση.²⁷ Τέλος, νοσηλευτές, ψυχίατροι και ψυχολόγοι ανέφεραν αισθήματα συμπόνοιας, αβοηθητότητας, θλίψης, ανησυχίας και θυμού κατά την εφαρμογή περιοριστικών μέτρων.²⁶

Θετικές και αρνητικές επιδράσεις του εξαναγκασμού στο θεραπευτικό αποτέλεσμα- Στάσεις και συναισθήματα των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας ως προς τα περιοριστικά μέτρα

Όσον αφορά το θεραπευτικό αποτέλεσμα των μέτρων εξαναγκασμού, δηλαδή εκείνων που λαμβάνονται χωρίς τη συναίνεση του θεραπευόμενου, έχει μελετηθεί κυρίως η ακούσια νοσηλεία. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ακουσίως νοσηλευόμενων, οι οποίοι εμφάνισαν κλινική βελτίωση, αναδρομικά θεώρησαν την ακούσια νοσηλεία ευεργετική. Η αναδρομική θετική εντύπωση ενισχύεται όταν συνδέεται με μεγαλύτερη κλινική βελτίωση.²⁸ Ωστόσο, μετά τη χορήγηση του εξιτηρίου, ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών, που σε διάφορες έρευνες κυμαίνεται από 10 έως 47%, δεν θεώρησε την ακούσια νοσηλεία δικαιολογημένη ή θεραπευτική.²⁸ Έρευνα στο Βέλγιο καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η ακούσια νοσηλεία οφείλεται κυρίως στην αδυναμία του συστήματος ψυχικής υγείας να παρέχει εναλλακτικές μορφές φροντίδας.²⁹ Έχει αποδειχτεί ότι η χωρίς συναίνεση νοσηλεία και θεραπεία προκαλεί αρνητικά

συναισθήματα στον θεραπευόμενο, δημιουργεί αρνητικές προσδοκίες για το αποτέλεσμα της θεραπείας και παρακωλύει τη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης με τους επαγγελματίες υγείας.³⁰ Μάλιστα, ο υψηλός βαθμός προσλαμβανόμενου εξαναγκασμού από τον λήπτη υπηρεσιών ψυχικής υγείας (perceived coercion) είναι πιο επιζήμιος στη θεραπευτική έκβαση από την ίδια τη χρήση περιοριστικών μέτρων.³⁰ Ο εξαναγκασμός σχετίζεται επίσης με εγκατάλειψη της θεραπείας και απομάκρυνση από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (drop out).³¹ Μεταξύ των ποικίλων μέτρων περιορισμού, τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας ενέκριναν λιγότερο τη χωρίς συναίνεση χορήγηση ενέσιμης αγωγής.³²

Εξαναγκασμός και μέτρα περιορισμού στην Ελλάδα

Αξίζει να μελετηθούν αναλυτικότερα οι επικρατούσες συνθήκες στην Ελλάδα ως προς τον εξαναγκασμό και τη χρήση των περιοριστικών μέτρων. Όπως ήδη έχει αναφερθεί, στην χώρα καταγράφονται υψηλότερα ποσοστά ακούσιων νοσηλειών σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες,^{33,34} καθώς και υψηλότερα ποσοστά μηχανικού περιορισμού.¹⁷ Η οικονομική κρίση έχει οδηγήσει σε υποβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας και σε ακόμη υψηλότερα ποσοστά ακούσιων νοσηλειών.³⁵ Άλλοι παράγοντες στους οποίους αποδίδεται ο υψηλός αριθμός

ακούσιων νοσηλειών είναι η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη, η κακή διασύνδεση των διάφορων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η ανεπάρκεια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η έλλειψη οικογενειακής υποστήριξης³⁴ καθώς και η απουσία ανθρωποκεντρικής φροντίδας, το ανεπαρκές υφιστάμενο νομοθετικό πλαίσιο και το κοινωνικό στίγμα που σχετίζεται με την ψυχική υγεία.³³ Η νοσηλεία γενικά οδηγεί σε κλινική βελτίωση των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, ανεξάρτητα από το νομικό καθεστώς της νοσηλείας (ακούσια ή εκούσια).³⁶ Ωστόσο, η ακούσια νοσηλεία σχετίζεται με υψηλότερη εφαρμογή περιοριστικών μέτρων.³⁷ Τα περιοριστικά μέτρα θέτουν τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε κίνδυνο για φυσικό τραυματισμό (αφυδάτωση, πνιγμός, κυκλοφορικές διαταραχές, απώλεια δύναμης, κινητικότητα κ.ά.), ενώ και η ίδια η εμπειρία του περιορισμού μπορεί να αποβεί ψυχικά τραυματική.³⁸ Επίσης, η ακούσια ψυχιατρική νοσηλεία, λόγω του εξαναγκασμού που υφίσταται το άτομο κατά τη διάρκειά της, έχει θεωρηθεί παράγοντας κινδύνου για εμφάνιση μετατραυματικής διαταραχής στρες (Post-Traumatic Stress Disorder-PTSD).³⁹ Προτείνεται λοιπόν να υπάρξουν σαφείς κατευθυντήριες οδηγίες στην Ελλάδα, με στόχο τη μείωση της εφαρμογής των περιοριστικών μεθόδων, δίνοντας έμφαση στη λεκτική αποκλιμάκωση.³⁸ Στην χώρα μας,

αναφέρεται επίσης υψηλός κίνδυνος επαγγελματικής κόπωσης και δευτερογενούς τραυματικού στρες του νοσηλευτικού προσωπικού, που σχετίζεται με έκθεση σε στρεσογόνες καταστάσεις για μεγάλα χρονικά διαστήματα⁴⁰ εντούτοις, δεν έχει μελετηθεί αν αυτός ο αυξημένος κίνδυνος σχετίζεται με την αυξημένη χρήση περιοριστικών μέτρων.

Θεραπευτικό περιβάλλον -Χαρακτήρας εκάστοτε τμήματος

Ο χαρακτήρας του εκάστοτε τμήματος συνδέεται με τα δομικά χαρακτηριστικά, τις διάφορες οργανωτικές πτυχές, και με τα χαρακτηριστικά των επαγγελματιών ψυχικής υγείας,²⁰ και επηρεάζει τις στάσεις τους για την εφαρμογή των περιοριστικών μέτρων. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας εγκρίνουν περισσότερο τα μέτρα περιορισμού με τα οποία είναι εξοικειωμένοι, δηλαδή εκείνα που εφαρμόζονται συχνότερα στο τμήμα τους, μέσω μίας διαδικασίας που ονομάζεται από τον Bowers «κοινωνικοποίηση στο επαγγελματικό περιβάλλον».⁸ Όπως ήδη έχει αναφερθεί, ο υψηλός βαθμός προσλαμβανόμενου εξαναγκασμού σε ένα τμήμα από τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας (perceived coercion) συνδέεται με συχνότερη εφαρμογή περιοριστικών μέτρων²⁰ και επιδρά αρνητικά στο θεραπευτικό αποτέλεσμα και τη θεραπευτική σχέση.³⁰ Με βάση όλα τα παραπάνω, είναι

εμφανές ότι ο χαρακτήρας της εκάστοτε ψυχιατρικής κλινικής και το θεραπευτικό περιβάλλον παίζουν καθοριστικό ρόλο στην έκταση της χρήσης των περιοριστικών μέτρων.

Ο χαρακτήρας του εκάστοτε τμήματος διαμορφώνεται και από την κλειδωμένη ή ανοιχτή πόρτα. Τα κλειδωμένα τμήματα θυμίζουν φυλακή στα νοσηλεύόμενα, σε αντίθεση με τα ανοιχτά τμήματα που έχουν καλύτερη ατμόσφαιρα (ward atmosphere), δηλαδή μια ατμόσφαιρα φιλοξενίας και ζεστασιάς, που ενισχύεται από τη θεραπευτική συμμαχία προσωπικού και ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.⁴¹ Στην Ελλάδα, η Μισουρίδου και οι συνεργάτες της μελέτησαν τις στάσεις των φοιτητών νοσηλευτικής ως προς την κλειστή ή ανοιχτή πόρτα και κατέληξαν σε ένα πολύ ενδιαφέρον συμπέρασμα: οι φοιτητές που έκαναν την πρακτική τους σε ανοιχτά τμήματα επικεντρώθηκαν στα θεραπευτικά οφέλη της ανοιχτής πόρτας, ενώ οι αντίστοιχοι φοιτητές σε κλειστά τμήματα, τα οποία βίωνονταν ως φροντιστικά περιβάλλοντα, βίωσαν την κλειστή πόρτα ως «αόρατη».²⁵ Μελετώντας τις εμπειρίες των νοσηλευτών σε κλειστά και ανοιχτά τμήματα στην Αττική, αναδείχθηκαν τέσσερις συμβολικές διαστάσεις της πόρτας: α) η ανοιχτή πόρτα με θεραπευτικά οφέλη, β) η αόρατη κλειστή πόρτα σε κλειστά τμήματα που βιώνονται ως φροντιστικά, γ) η περιοριστική πόρτα σε κλειστά τμήματα που

οδηγούν σε απομόνωση από την κοινωνία και σε στιγματισμό των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας και δ) η περιστρεφόμενη πόρτα, που σχετίζεται με απογοήτευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας λόγω αποτυχίας της θεραπείας και άρα φυγών ή επανεισαγωγών των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας.⁴² Η ύπαρξη θεραπευτικού περιβάλλοντος, που ευνοεί την επικοινωνία, φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, πέρα από την κλειστή ή ανοιχτή πόρτα· ως εκ τούτου, είναι αναγκαίο να δοθεί έμφαση στους παράγοντες που το διαμορφώνουν.

Στρατηγικές μείωσης περιοριστικών μέτρων

Στη σύγχρονη βιβλιογραφία, υπάρχουν δύο κυρίαρχα μοντέλα με στόχο τη δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος και τη μείωση της εφαρμογής των περιοριστικών μέτρων στις ψυχιατρικές κλινικές: το Safewards μοντέλο του Bowers⁴³ και το μοντέλο REsTRAIN YOURSELF του Mckeown και των συνεργατών του, που βασίζεται στις έξι στρατηγικές του Αμερικάνικου Μοντέλου.⁴⁴ Συνοπτικά, το Safewards μοντέλο θεωρεί ότι έξι βασικοί τομείς, που συνιστούν αναπόσπαστες πτυχές του εκάστοτε τμήματος, μπορεί να οδηγήσουν σε σημεία ανάφλεξης (flashpoints), δηλαδή σε καταστάσεις που μπορεί να οδηγήσουν σε σύγκρουση και χρήση περιορισμού. Οι έξι βασικοί τομείς παρουσιάζονται στον πίνακα 1

και πρέπει να δοθεί έμφαση στην καλύτερη διαμόρφωσή τους, ώστε να μειώνονται οι συγκρούσεις που οδηγούν σε χρήση περιορισμού. Το Safewards μοντέλο παρουσιάζεται συνοπτικά στην εικόνα 1. Το μοντέλο REsTRAIN YOURSELF παρουσιάζεται συνοπτικά στον Πίνακα 2. Είναι εμφανές ότι και τα δύο μοντέλα υποδεικνύουν ότι η μείωση των περιοριστικών μέτρων στα ψυχιατρικά τμήματα απαιτεί πολυπαραγοντική προσέγγιση.

Οι νεότερες διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες για την εφαρμογή περιοριστικών μέτρων σε ψυχιατρικές κλινικές στοχεύουν στη μείωση της εφαρμογής περιοριστικών μέτρων και δίνουν έμφαση στο συναισθηματικό αντίκτυπο που έχουν, τόσο στα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας όσο και στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι, προτείνουν να γίνεται απολογισμός (debriefing) και αναστοχασμός (reflection), με στόχο όλοι οι συμμετέχοντες (λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και επαγγελματίες ψυχικής υγείας) να αξιολογούν εάν υπάρχει ανάγκη συναισθηματικής υποστήριξης, σε περίπτωση που βιώθηκε τραυματικά ο περιορισμός, καθώς και την επίτευξη αισθήματος ασφάλειας.^{1,2}

Για την εφαρμογή των μοντέλων αυτών στην κλινική πρακτική, ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στην εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.²⁵ Κομβικής

σημασίας είναι, εκτός από την εκπαίδευση, η επαρκής στελέχωση των ψυχιατρικών τμημάτων. Οι συστάσεις του NICE τονίζουν ότι οι φορείς παροχής υγείας και κοινωνικής φροντίδας θα πρέπει να ορίσουν την αναλογία επαγγελματιών και ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας για κάθε ψυχιατρικό τμήμα, καθώς και τον αριθμό του προσωπικού που απαιτείται για την εφαρμογή περιοριστικών παρεμβάσεων, ώστε να διασφαλίζεται ότι οι εν λόγω παρεμβάσεις εφαρμόζονται μόνο εάν υπάρχει διαθέσιμος επαρκής αριθμός εκπαιδευμένου προσωπικού, προκειμένου να μην παραβλάπτεται η ασφάλεια των νοσηλευόμενων και του προσωπικού.¹ Η υποστελέχωση των ψυχιατρικών τμημάτων δυσχεραίνει την προσπάθεια μείωσης του εξαναγκασμού. Για την εφαρμογή εναλλακτικών παρεμβάσεων με στόχο την πρόληψη, απαιτείται απαιτείται η στελέχωση κάθε ψυχιατρικού τμήματος με επαρκή αριθμό επαγγελματιών ψυχικής υγείας.⁴⁵

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στα τμήματα οξέων ψυχιατρικών εισαγωγών, εφαρμόζονται συχνά μέτρα περιορισμού με στόχο την ασφάλεια και την αποφυγή αυτό- ή ετεροκαταστροφικής ενέργειας. Εντούτοις, από την παρούσα ανασκόπηση προκύπτει ότι τα βασικότερα αίτια εφαρμογής περιοριστικών μέτρων είναι η ψυχοκινητική ανησυχία και η συγχυτική κατάσταση, και

έπεται η βίαιη συμπεριφορά. Η ακούσια νοσηλεία, το άρρεν φύλο, η διάγνωση σχιζοφρένειας και η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών σχετίζονται με συχνότερη εφαρμογή περιοριστικών μέτρων.

Παρατηρούνται διαφορές στην χρήση των περιοριστικών μέτρων, αφενός μεταξύ διαφορετικών χωρών, οφειλόμενες πιθανόν στις διαφορετικές πολιτισμικές αντιλήψεις και αφετέρου μεταξύ διαφορετικών κλινικών της ίδιας χώρας, που αποδίδονται στα οργανωτικά χαρακτηριστικά του εκάστοτε τμήματος, στην ατμόσφαιρα της κλινικής, και στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας εκφράζονται θετικότερα για τα μέτρα περιορισμού με τα οποία είναι εξοικειωμένοι. Οι στάσεις των νοσηλευτών διαμορφώνονται, τόσο από τις πολιτισμικές τους αντιλήψεις, όσο και από την κοινωνικοποίησή τους στο επαγγελματικό περιβάλλον.

Οι στάσεις των νοσηλευτών σχετικά με την εφαρμογή περιοριστικών μέτρων έχουν μελετηθεί αναλυτικότερα, σε σχέση με τους υπόλοιπους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Εν γένει, οι στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας έχουν μετατοπιστεί από ένα θεραπευτικό παράδειγμα (τα περιοριστικά μέτρα είναι θεραπευτικά) σε ένα παράδειγμα ασφάλειας (τα περιοριστικά μέτρα είναι ένα αναγκαίο κακό). Επίσης, οι επαγγελματίες εκφράζουν συναισθήματα απελπισίας και

αβοηθητότητας κατά την εφαρμογή των περιοριστικών μέτρων.

Παρόλο που μετά από την ακούσια νοσηλεία, παρατηρείται κλινική βελτίωση, η χρήση εξαναγκασμού επηρεάζει αρνητικά το θεραπευτικό αποτέλεσμα και τη θεραπευτική σχέση. Μεταξύ των διαθέσιμων μέτρων περιορισμού, τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας ενέκριναν λιγότερο τη χωρίς συναίνεση χορήγηση ενέσιμης αγωγής. Η εφαρμογή περιοριστικών μέτρων μπορεί να είναι τραυματική για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Η δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος είναι απαραίτητη για τη μείωση χρήσης περιοριστικών μέτρων. Τα σύγχρονα μοντέλα (Safewards, REsTRAIN YOURSELF), που στοχεύουν στη δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος και στη μείωση της χρήσης περιοριστικών μέτρων, προτείνουν πολυπαραγοντικές προσεγγίσεις και λαμβάνουν υπόψιν παράγοντες που σχετίζονται με τους ίδους τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, την επικοινωνία μεταξύ τους, τα χαρακτηριστικά της εκάστοτε κλινικής, το εξωτερικό περιβάλλον, τους κανονισμούς και το υφιστάμενο νομοθετικό πλαίσιο. Η εφαρμογή εναλλακτικών παρεμβάσεων όπως η αποκλιμάκωση, ο απολογισμός και ο αναστοχασμός, με στόχο τη δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος, απαιτεί την

κατάλληλη εκπαίδευση του προσωπικού, αλλά κυρίως την επαρκή στελέχωση των ψυχιατρικών τμημάτων, όπως τονίζουν και οι διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. NICE. Restrictive interventions for managing violence. 2020 <http://pathways.nice.org.uk/pathways/violence-and-aggression>.
2. RCPSYCH. Standards for Inpatient Mental Health Services 2019; Third Edition. Editor: Rob Chaplin, Publication Code: CCQI312.
3. Beers E, Lee Nilsen M, Johnson JT. The Role of Patients: Shared Decision-Making. *Otolaryngol Clin North Am* 2017;50(4):689-708. doi:10.1016/j.otc.2017.03.006
4. McKeown M, Thomson G, Scholes A, Jones F, Downe S, Price O, et al. Restraint minimisation in mental health care: legitimate or illegitimate force? An ethnographic study. *Sociol Health Illn* 2020;42(3):449-464. doi:10.1111/1467-9566.13015
5. Wynn R. Coercion in psychiatric care: clinical, legal, and ethical controversies. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2006;10(4):247-251. doi:10.1080/13651500600650026

6. O'Brien AJ, Golding CG. Coercion in mental healthcare: the principle of least coercive care. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2003;10(2):167-173. doi:10.1046/j.1365-2850.2003.00571.x
7. Bowers L. On conflict, containment and the relationship between them. *Nurs Inq* 2006;13(3):172-180. doi:10.1111/j.1440-1800.2006.00319.x
8. Bowers L, Alexander J, Simpson A, Ryan C, Carr-Walker P. Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients. *Nurse Educ Today* 2004;24(6):435-442. doi:10.1016/j.nedt.2004.04.008
9. Guerrero P, Mycyk MB. Physical and Chemical Restraints (an Update). *Emerg Med Clin North Am* 2020;38(2):437-451. doi:10.1016/j.emc.2020.02.002
10. Weltens I, Bak M, Verhagen S, Vandenberk E, Domen P, van Amelsvoort T et al. Aggression on the psychiatric ward: Prevalence and risk factors. A systematic review of the literature. *PLoS One* 2021;16(10):e0258346. Published 2021 Oct 8. doi:10.1371/journal.pone.0258346
11. Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, Koivisto AM, Lönnqvist J, Kaltiala-Heino R. The reasons for using restraint and seclusion in psychiatric inpatient care: A nationwide 15-year study. *Nord J Psychiatry* 2010;64(2):136-144. doi:10.3109/08039480903274449
12. Kaltiala-Heino R, Tuohimäki C, Korkeila J, Lehtinen V. Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *Int J Law Psychiatry* 2003;26(2):139-149. doi:10.1016/s0160-2527(02)00210-8
13. Korkeila JA, Tuohimäki C, Kaltiala-Heino R, Lehtinen V, Joukamaa M. Predicting use of coercive measures in Finland. *Nord J Psychiatry* 2002;56(5):339-345. doi:10.1080/080394802760322105
14. Walker S, Mackay E, Barnett P, Sheridan Rains L, Leverton M, Dalton-Locke C et al. Clinical and social factors associated with increased risk for involuntary psychiatric hospitalisation: a systematic review, meta-analysis, and narrative synthesis. *Lancet Psychiatry* 2019;6(12):1039-1053. doi:10.1016/S2215-0366(19)30406-7
15. Davison SE. The management of violence in general psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment* 2005;11(5):362-370. doi:10.1192/apt.11.5.362
16. Newton-Howes G. Coercion in psychiatric care: where are we now, what do we know, where do we go? *The Psychiatrist* 2010;34(6):217-220. doi:10.1192/pb.bp.109.027391

17. Bowers L, Douzenis A, Galeazzi GM, Forghieri M, Tsopeles C, Simpson A et al. Disruptive and dangerous behaviour by patients on acute psychiatric wards in three European centres. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40(10):822-828. doi:10.1007/s00127-005-0967-1
18. Raboch J, Kalisová L, Nawka A, Kitzlerová E, Onchev G, Karastergiou A et al. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. *Psychiatr Serv* 2010;61(10):1012-1017. doi:10.1176/ps.2010.61.10.1012
19. Khadivi AN, Patel RC, Atkinson AR, Levine JM. Association between seclusion and restraint and patient-related violence. *Psychiatr Serv* 2004;55(11):1311-1312. doi:10.1176/appi.ps.55.11.1311
20. Kalisova L, Raboch J, Nawka A, Sampogna G, Cihal L, Kallert TW et al. Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive measures? Results from the EUNOMIA international study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014;49(10):1619-1629. doi:10.1007/s00127-014-0872-6
21. Albarracin D, Johnson B, Zanna M. *The Handbook of Attitudes*. 1st edition. New York, Psychology Press, 2005.
22. Laukkanen E, Vehviläinen-Julkunen K, Louheranta O, Kuosmanen L. Psychiatric nursing staffs' attitudes towards the use of containment methods in psychiatric inpatient care: An integrative review. *Int J Ment Health Nurs* 2019;28(2):390-406. doi:10.1111/inm.12574
23. Doedens P, Vermeulen J, Boyette LL, Latour C, de Haan L. Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services-A systematic review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2020;27(4):446-459. doi:10.1111/jpm.12586
24. Dahan S, Levi G, Behrbalk P, Bronstein I, Hirschmann S, Lev-Ran S. The Impact of 'Being There': Psychiatric Staff Attitudes on the Use of Restraint. *Psychiatr Q* 2018;89(1):191-199. doi:10.1007/s11126-017-9524-9
25. Missouridou E, Zartaloudi A, Dafogianni C, Koutelekos J, Dousis E, Vlachou E et al. Locked versus open ward environments and restrictive measures in acute psychiatry in Greece: Nursing students' attitudes and experiences. *Perspect Psychiatr Care* 2021;57(3):1365-1375. doi:10.1111/ppc.12699
26. Krieger E, Moritz S, Lincoln TM, Fischer R, Nagel M. Coercion in psychiatry: A cross-

- sectional study on staff views and emotions. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2021;28(2):149-162.
doi:10.1111/jpm.12643
27. Gowda GS, Lepping P, Ray S, Noorthoorn E, Nanjegowda RB, Kumar CN et al. Clinician attitude and perspective on the use of coercive measures in clinical practice from tertiary care mental health establishment - A cross-sectional study. *Indian J Psychiatry* 2019;61(2):151-155. doi:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_336_18
28. Katsakou C, Priebe S. Outcomes of involuntary hospital admission--a review. *Acta Psychiatr Scand* 2006;114(4):232-241.
doi:10.1111/j.1600-0447.2006.00823.x
29. Lorant V, Depuydt C, Gillain B, Guillet A, Dubois V. Involuntary commitment in psychiatric care: what drives the decision?. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42(5):360-365.
doi:10.1007/s00127-007-0175-2
30. Hachtel H, Vogel T, Huber CG. Mandated Treatment and Its Impact on Therapeutic Process and Outcome Factors. *Front Psychiatry* 2019;10:219.
doi:10.3389/fpsyt.2019.00219
31. Luciano M, Sampogna G, Del Vecchio V, Pingani L, Palumbo C, De Rosa C et al. Use of coercive measures in mental health practice and its impact on outcome: a critical review. *Expert Rev Neurother* 2014;14(2):131-141.
doi:10.1586/14737175.2014.874286
32. Reisch T, Beeri S, Klein G, Meier P, Pfeifer P, Buehler E et al. Comparing Attitudes to Containment Measures of Patients, Health Care Professionals and Next of Kin. *Front Psychiatry* 2018; 9:529.
doi:10.3389/fpsyt.2018.00529
33. Economou M, Lazaratou H, Ploumpidis D. Compulsory admissions in Greece: multifaceted action is required. *Lancet*. 2018;391(10129):1481.
doi:10.1016/S0140-6736(18)30492-6
34. Stylianidis S, Peppou LE, Drakonakis N, Douzenis A, Panagou A, Tsikou K et al. Mental health care in Athens: Are compulsory admissions in Greece a one-way road?. *Int J Law Psychiatry*. 2017; 52:28-34. doi:10.1016/j.ijlp.2017.04.001
35. Stylianidis S, Souliotis K. The impact of the long-lasting socioeconomic crisis in Greece. *BJPsych Int*. 2019;16(1):16-18.
doi:10.1192/bji.2017.31
36. Drakonakis N, Stylianidis S, Peppou LE, Douzenis A, Nikolaidi S, Tzavara C et al. Outcome of Voluntary vs Involuntary

- Admissions in Greece over 2 years after Discharge: A Cohort Study in the Psychiatric Hospital of Attica "Dafni" Community Ment Health J 2021. doi:10.1007/s10597-021-00865-y
37. Bilanakis N, Kalampokis G, Christou K, Peritogiannis V. Use of coercive physical measures in a psychiatric ward of a general hospital in Greece. *Int J Soc Psychiatry*. 2010;56(4):402-411. doi:10.1177/0020764009106620
38. Alevizopoulos G, Bozikas V, Touloumis C. *Psychiatriki*. 2017;28(4):306-313. doi:10.22365/jpsych.2017.284.306
39. Martinaki S, Kostaras P, Mihajlovic N, Papaioannou A, Asimopoulos C, Masdrakis V et al. Psychiatric admission as a risk factor for posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Res*. 2021; 305:114176. doi:10.1016/j.psychres.2021.114176
40. Mangoulia P, Koukia E, Alevizopoulos G, Fildissis G, Katostaras T. Prevalence of Secondary Traumatic Stress Among Psychiatric Nurses in Greece. *Arch Psychiatr Nurs*. 2015;29(5):333-338. doi:10.1016/j.apnu.2015.06.001
41. Efkeemann SA, Bernard J, Kalagi J, Otte I, Ueberberg B, Assion HJ et al. Ward Atmosphere and Patient Satisfaction in Psychiatric Hospitals With Different Ward Settings and Door Policies. Results From a Mixed Methods Study *Front Psychiatry*. 2019;10:576. doi:10.3389/fpsyt.2019.00576
42. Missouridou E, Fradelos EC, Kritsiotakis E, Mangoulia P, Segredou E, Papathanasiou IV. Containment and therapeutic relationships in acute psychiatric care spaces: the symbolic dimensions of doors. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):2. doi:10.1186/s12888-021-03607-2
43. Bowers L. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014;21(6):499-508. doi:10.1111/jpm.12129
44. Duxbury J, Baker J, Downe S, Jones F, Greenwood P, Thygesen H et al. Minimising the use of physical restraint in acute mental health services: The outcome of a restraint reduction programme ('REsTRAIN YOURSELF') *Int J Nurs Stud*. 2019; 95:40-48. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.03.016
45. McKeown M, Thomson G, Scholes A, Jones F, Baker J, Downe S et al. "Catching your tail and firefighting": The impact of staffing levels on restraint minimization efforts. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2019 Jun;26(5-6):131-141. doi:

10.1111/jpm.12532. Epub 2019 Jun 19.

PMID: 31111648.

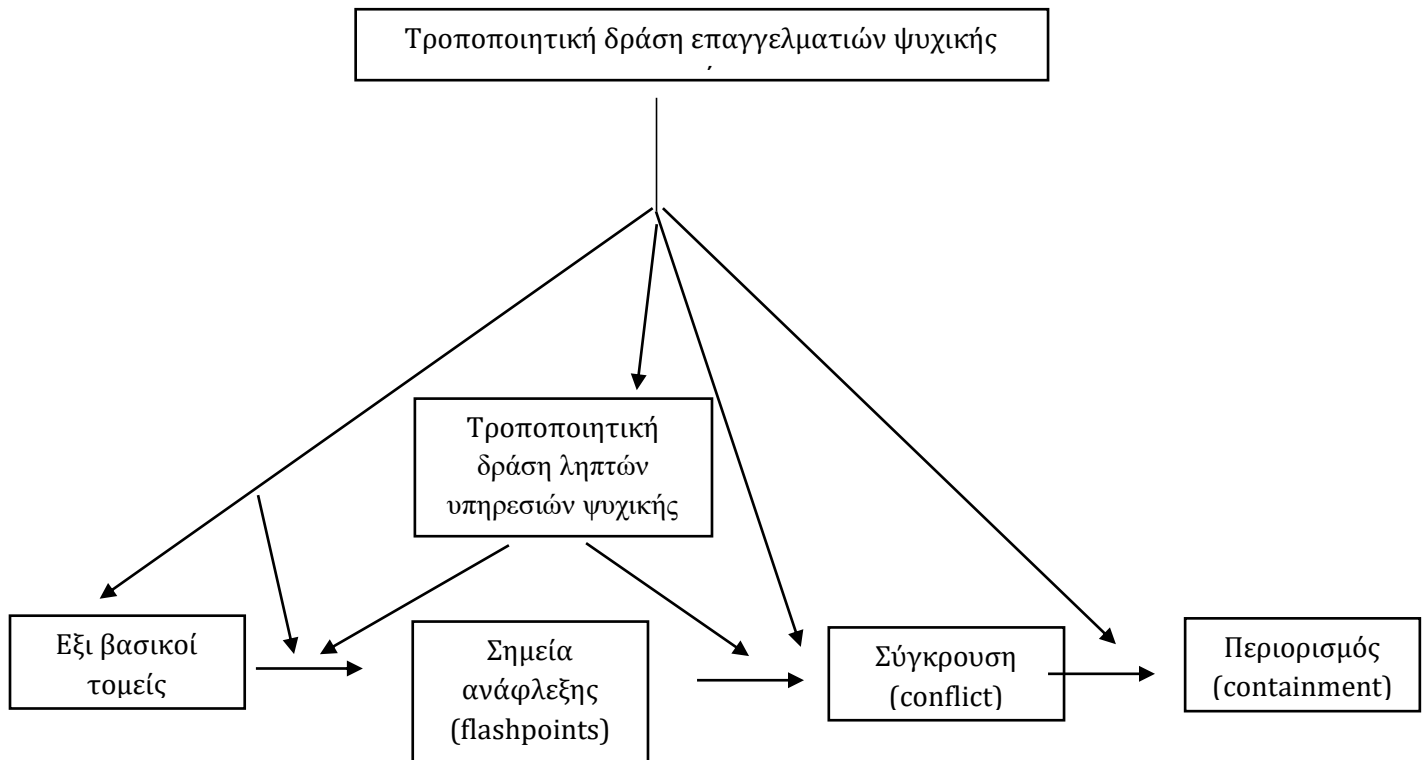
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Οι βασικοί τομείς του Safewards μοντέλου

Βασικοί Τομείς (originating domains) του Safewards μοντέλου	
1. Τομέας Εσωτερικής δομής- Ομάδα προσωπικού	Σχετίζεται με τη διαχείριση εκ μέρους των μελών του προσωπικού των δικών τους συναισθημάτων, την αμοιβαία αλληλοστήριξη μεταξύ τους, τη συνέπιά τους στη θέσπιση και τήρηση κανόνων, καθώς και στην αντιμετώπιση των αναγκών των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Αφορά επίσης την επιδιωκόμενη καθημερινή επαφή με τους ασθενείς, την ευχέρεια και τη διάθεση χρόνου των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στο πλαίσιο της καθημερινής ρουτίνας της κλινικής.
2. Τομέας Φυσικού Περιβάλλοντος	Συνθήκες καλής κτιριακής υποδομής και κατάλληλου υλικο- ξενοδοχειακού εξοπλισμού, δημιουργούν το κατάλληλο περιβάλλον σε επίπεδο θαλάμου, με αποτέλεσμα οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας να νιώθουν πιο άνετα, με παράλληλη μείωση των συγκρούσεων. Ο συγκεκριμένος τομέας σχετίζεται με την εξισορρόπηση των αναγκών επίβλεψης και ιδιωτικότητας των νοσηλευομένων.
3. Εξωτερικός Τομέας Νοσοκομείου	Τα τμήματα δεν είναι αποκομμένα από τον εξωτερικό κόσμο. Οι χρηματικές ανησυχίες, οι διαφωνίες ή οι επαφές με την οικογένεια και τους φίλους επηρεάζουν τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι ψυχοδραστικές ουσίες και το αλκοόλ είναι διαθέσιμα εκτός νοσοκομείου. Τέλος, τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας γνωρίζουν πάντα ότι θα φύγουν από την κλινική και θα επιστρέψουν στην κοινότητα.
4. Τομέας κοινότητας Ληπτών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας	Οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας επηρεάζονται από τις εντάσεις των συννοσηλευόμενων. Το υψηλά εκφραζόμενο συναίσθημα στο ενδονοσοκομειακό περιβάλλον δυσχεραίνει την προσαρμογή τους.
5. Τομέας Χαρακτηριστικών Ληπτών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας	Τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα σύγκρουσης, ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες: α) Μια σειρά πιθανών συμπτωμάτων, όπως παραλήρημα ή παραισθήσεις, β) Άτομα που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις, γ) . Παράγοντες που σχετίζονται με την ηλικία ,το φύλο και τη διάγνωση. Ορισμένοι τύποι σύγκρουσης είναι πιο πιθανοί για διαφορετικές ομάδες.
6. Τομέας Ρυθμιστικού Πλαισίου	Τόσο οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας όσο και οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας δεσμεύονται από την εθνική νομοθεσία και τις πολιτικές νοσοκομείων, που διασφαλίζουν την ομοιογένεια των διαδικασιών σε όλες τις κλινικές. Αυτός ο τομέας παρέχει στο προσωπικό νομιμοποιημένη εξουσία και ευθύνη απέναντι στα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας.



ΕΙΚΟΝΑ 1. Συνοπτική παρουσίαση Safewards μοντέλου





ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ResTRAIN YOURSELF μοντέλο

Εξι στρατηγικές	Στοχευμένες παρεμβάσεις REsTRAIN YOURSELF
Ηγετικές ικανότητες σε σχέση με την αλλαγή των οργανωτικών πτυχών της κλινικής	Προσδιορίζονται και συμφωνούνται οι στόχοι και η φιλοσοφία της κλινικής, τίθενται στόχοι για τη μείωση χρήσης περιοριστικών μέτρων
Χρήση πρακτικών που βασίζονται σε δεδομένα	Αναστοχασμός σχετικά με τη χρήση περιορισμού μέσω αναφοράς και ανάλυσης κάθε περιστατικού χρήσης περιοριστικών μέτρων για μια χρονική περίοδο
Ανάπτυξη του εργατικού δυναμικού	Εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας προσανατολισμένη στο τραύμα και στην πρόληψη
Εργαλεία για τη μείωση του περιορισμού	Στρατηγικές συνεργασίας και βελτίωσης λεκτικής και εξωλεκτικής επικοινωνίας, ανθρωποκεντρική προσέγγιση
Κοινωνική υπηρεσία, εξωτερικό περιβάλλον	Επικοινωνία με την κοινότητα, συνηγορία, αλλαγές του κοινωνικού περιβάλλοντος του λήπτη υπηρεσιών ψυχικής υγείας
Απολογισμός	Απολογισμός του συναισθηματικού αντικτύπου κάθε περιστατικού περιορισμού σε λήπτες και παρόχους υπηρεσιών ψυχικής υγείας