

Δεκαετής αξιολόγηση Ακούσιας Ψυχιατρικής Νοσηλείας

από την κοινότητα των Κυκλάδων

Σοφία Μπαχαράκη, Παιδοψυχίατρος, Επιμελήτρια Α', ΓΝ Σύρου

Δ/ση Εργασίας: Γεωργίου Παπανδρέου 1, 84100 Σύρος, Δ/ση Οικίας: Τθ 154, Βάρη, 84100 Σύρος
τηλ. εργασίας: 2281 360500, τηλ. οικίας: 2281062353, κινητό: 6972006998, e-mail: sadorinius@yahoo.gr

Στόχος της έρευνας είναι η καταγραφή των εισαγγελικών παραγγελιών για ψυχιατρική ακούσια νοσηλεία στις Κυκλάδες κατά τα έτη 1995-2007. Επίσης, η έρευνα προσπαθεί να καταδείξει ότι στις μικρές κοινότητες, οι παραγγελίες διεκπεραιώνονται πιο εύρυθμα και με μεγαλύτερο όφελος του ασθενή. Περαιτέρω, εξετάζονται οι παράγοντες του φαινομένου της «περιστρεφόμενης πόρτας» (RD). **Δείγμα:** από 344 παραγγελίες για 244 άτομα, ίσως κατανομής φύλου, ΜΟ ηλικίας 42.02 + 14.92. **Μεθοδολογία:** Εξετάστηκαν κοινωνικοοικονομικές παράμετροι και δημογραφικά στοιχεία καθώς και στοιχεία που αφορούν την εισαγγελική παραγγελία. **Αποτελέσματα:** Συχνότερη διάγνωση στις γυναίκες ήταν η μανία και περισσότεροι άνδρες εμφάνιζαν οριακή διαταραχή προσωπικότητας και τοξίκωση. Οι άνδρες νοσηλεύονταν συχνότερα από τις γυναίκες παρά την θέληση τους. Η διάγνωση είχε σχέση με την αναγκαστική νοσηλεία— ήταν κυρίως ψύχωση, μανία, τοξίκωση και οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Οι μη μόνιμοι κάτοικοι προέρχονταν κυρίως από Μύκονο και Πάρο. Υπήρχε ιδιαίτερη αύξηση παραγγελιών κατά τους θερινούς μήνες. Το 50% των παραγγελιών δεν κατέληξαν σε ακούσια νοσηλεία. Οι πολλαπλές εισαγγελικές παραγγελίες για το ίδιο άτομο δεν σήμαιναν και πολλαπλές ακούσιες νοσηλείες. Ο τόπος κατοικίας (κοντινά νησιά), η διάγνωση, ο καταγγέλων και η αναγκαστική νοσηλεία σχετίζονταν με τους ασθενείς που εμφάνιζαν το φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας. Η αύξηση των παραγγελιών ακριβώς πριν την έναρξη της τουριστικής περιόδου υποδηλώνει πιθανά “επιχειρήσεις τακτοποίησης” των ατόμων που μπορεί να δημιουργήσουν προβλήματα.

Λέξεις ευρετηρίου: ακούσιες ψυχιατρικές νοσηλείες, Κυκλάδες, κοινότητα, δεκαετής αξιολόγηση.

Η ακούσια νοσηλεία σε ψυχιατρικό τμήμα ή κλινική ενέχει τον κίνδυνο να παραβιάζει τα συνταγματικά δικαιώματα, την αξιοπρέπεια και την αυτοδιαχείριση οποιουδήποτε ανθρώπου. Στο μόνο τομέα της υγείας στον οποίον ισχύει είναι η ψυχιατρική, καθώς θεωρείται ότι η ψυχική νόσος έχει δυνητικά την ικανότητα να κάνει το άτομο που πάσχει να χάσει τον έλεγχο των σκέψεών του άρα των πράξεών του και της αυτοδιαχείρισής του. Είναι η αναγκαστική νοσηλεία η μόνη περίπτωση όπου ασκείται προληπτικά και προκαταβολικά προσωποκράτηση για την αποφυγή παράνομης και επικίνδυνης πράξης.

Στην Ελλάδα η διαδικασία για την ψυχιατρική ακούσια νοσηλεία είναι λίγο πολύ γνωστή. Ο πολίτης (συγγενής α' βαθμού) ή κάποιος φορέας ή τρίτο άτομο προσέρχεται στην αστυνομία ζητώντας εισαγγελική παραγγελία για ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη κάποιου άλλου με βάση τα κριτήρια του Νόμου (Ν. 2071/1992). Η πραγματογνωμοσύνη πρέπει να υπογραφεί από δύο ψυχιάτρους, να επικυρωθεί από την εισαγγελία και κατόπιν γίνεται η μεταφορά του ασθενούς

πια σε Ψυχιατρικό Τμήμα ή κλινική για νοσηλεία. Αυτή η διαδικασία πρέπει να λάβει χώρα το αργότερο μέσα σε 48 ώρες από την κράτηση του ασθενούς. Για τις Κυκλάδες η διαδικασία περιλαμβάνει μεταφορά του ασθενούς με πλοίο συνοδεία αστυνομίας στο νοσοκομείο Σύρου για την εξέταση και κατόπιν μεταφορά του συνοδεία της αστυνομίας και γιατρού στον Πειραιά. Μέχρι τότε ο ασθενής παραμένει στο νοσοκομείο Σύρου. Η μετέπειτα διαδικασία, Τμήμα Μεταγωγών στον Πειραιά, παράσταση σε δίκη κλπ αποτελεί από μόνο του ένα μεγάλο κεφάλαιο.

Στις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε. η διαδικασία είναι λίγο πολύ η ίδια: αλλού εμπλέκεται ο δήμαρχος αντί ο εισαγγελέας ή η δημοτική αστυνομία (Γαλλία, Ιταλία), για επείγοντα περιστατικά μπορεί να μην είναι απαραίτητη η γνωμάτευση από δύο ψυχιάτρους (Μ. Βρετανία, Βέλγιο), σε άλλες η τελική απόφαση είναι των ψυχιάτρων (Φιλανδία),

και σε άλλες αποκλείονται για εισαγωγή οι περιπτώσεις τοξικομανίας, παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς ή διαταραχής προσωπικότητας (Ιρλανδία). Κάτι που έχει χρησιμοποιηθεί σε λίγες χώρες (Λουξεμβούργο, Βέλγιο) είναι η αναγκαστική θεραπεία σε εξωτερική βάση, μία μέθοδος η οποία ακόμα τουλάχιστον δεν έχει υποστηριχθεί ερευνητικά. Επίσης στη Φιλανδία εφαρμόζουν την προ-συγκατάθεση, όπου κάποιος άνθρωπος με συγκεκριμένη ψυχιατρική πάθηση συναινεί εκ των προτέρων για ακούσια νοσηλεία του σε περίπτωση κρίσης.

Συνολικά, σε όλες τις χώρες χρειάζεται ψυχιατρική γνωμάτευση και σε πολλή ή σε τελική απόφαση είναι της εισαγγελικής αρχής. Σε επείγουσες περιπτώσεις μπορεί κάποιος να κρατηθεί από 24 ώρες μέχρι 10 ημέρες χωρίς τη τελική απόφαση. Συνήθως διαλέγεται η επείγουσα οδός. Η αναγκαστική κράτηση στο νοσοκομείο περιλαμβάνει δε και την αναγκαστική θεραπεία και σπάνια αυτές οι δύο έννοιες διαχωρίζονται νομικά.(1)

Η Ελλάδα, συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες, δεν φαίνεται να υπολείπεται όσον αφορά την νομοθεσία. Παρόλα αυτά, έρευνα του Συνήγορου του Πολίτη (2), αναφέρει ποσοστό ακούσιων ψυχιατρικών εισαγωγών έναντι των συνολικών από 40 έως και 50% σε αντίθεση με το σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης που το ποσοστό πέφτει στο 7 με 8%. Δεν γνωρίζω αν μπορούμε να θεωρήσουμε αυτά τα ποσοστά έγκυρα καθώς η τελική ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής λίγα χρόνια πριν (1) αναφέρει ότι δεν υπάρχουν στατιστικά στοιχεία από την Ελλάδα.

Στόχος της έρευνας

Σύμφωνα με μία έρευνα που διεξήχθη στην Σουηδία (1), η συνεργασία του συστήματος υγείας και της αστυνομίας όσον αφορά εισαγγελικά περιστατικά, είναι καλύτερη σε μικρές κοινότητες και πόλεις παρά σε μητροπόλεις. Επίσης, έρευνα σε νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης συνιστά ότι προτιμότερο είναι για τους ασθενείς να νοσηλεύονται κοντά στο τόπο κατοικίας (7). Η παρούσα έρευνα αποσκοπεί να περιγράψει πώς λειτουργεί το σύστημα σε ένα μικρό μέρος της Ελλάδος, όπως οι Κυκλάδες.

Μέθοδος

Αναδρομική συγκριτική μελέτη των ιατρικών φακέλων του ΓΝ Σύρου και της εισαγγελίας Κυκλάδων όσον αφορά εισαγγελικές παραγγελίες για ακούσια νοσηλεία σε ψυχιατρικά νοσοκομεία Αθηνών. Η περίοδος της έρευνας ήταν από το 1995 μέχρι και το 2007. Τα δεδομένα που συλ-

λέχθηκαν αφορούσαν:

Δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, φύλο, τόπο διαμονής, κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Ψυχιατρικό Ιστορικό: αίτιο παραπομπής ή προεξάρχον σύμπτωμα κατά την εξέταση, διάγνωση.

Στοιχεία σχετικά με την παραγγελία: μήνας και έτος, ποιός προσέγγισε την αστυνομία (οικογένεια καταγωγής, τωρινή οικογένεια, 3^ο άτομο - γείτονες, μακρινοί συγγενείς, φορείς: εισαγγελέας, αστυνομία, κοινωνικές υπηρεσίες, ιατρός), ποιός (οί) ιατροί έκαναν την ψυχιατρική εξέταση καθώς και την έκβαση της αξιολόγησης.

Δεδομένα από την νοσηλεία: Διάρκεια εισαγωγής, τηλεφωνική συνέντευξη με όσους ασθενείς μπορέσαμε να προσεγγίσουμε χρησιμοποιώντας ένα ημιδομημένο ερωματολόγιο. Τα δεδομένα επεξεργάστηκαν στο σύστημα SPSS με cross-tabs και chi-squares και μετρήθηκαν ως στατιστικά σημαντικές οι διαφορές όπου $p < 0.05$.

Περιγραφή δείγματος

Εξετάστηκαν 344 εισαγγελικές παραγγελίες. Αυτές αφορούσαν 244 άτομα, ηλικίας 16 μέχρι 81 ετών.

Ηλικία. Δεδομένα για την ηλικία έληπαν από 97 περιπτώσεις (28,2%). Ο μέσος όρος και η σταθμισμένη απόκλιση ηλικιών ήταν $42.02 + 14.92$.

Φύλο. Οι άνδρες αποτελούσαν το 58.4% (N=201) και οι γυναίκες το 41.6% (N=143) των παραπομπών.

Κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Έληπαν στοιχεία από 70 περιπτώσεις (20.3%) επί του συνόλου. Μόνιμοι κάτοικοι αποτελούσαν το 74.8% (N=207), τουρίστες το 13.5% (N=37), μετανάστες το 5.8% (N=16), άστεγοι/πλήντες το 4% (N=11) και παράνομοι μετανάστες το 1.8% (N=5).

Τόπος καταγωγή (νησί προέλευσης). Έληπαν στοιχεία σχετικά με την προέλευσή τους από 45 περιπτώσεις (13.1%). Κυρίως έρχονταν (με σειρά μεγέθους) από Σύρο (27.1%), Μύκονο (18.1%), Πάρο (16.1%), Άνδρο (12.7%), Τήνο (11.7%) και Σέριφο (3.7%). Εξεταζόμενοι από τα υπόλοιπα νησιά αφορούσαν Αντίπαρο, Κάλυμνο, Κίμωλο, Κύθνο, Μήλο, Νάξο και Σίφνο από 1 έως 5 περιπτώσεις.

Ιατροί Εξέτασης. Στις περισσότερες περιπτώσεις (60.2%) αξιολογήθηκαν από έναν ψυχίατρο/ παιδοψυχίατρο και τον εκάστοτε εφημερεύοντα ειδικό παθολόγο ή γενικό ιατρό. Στις υπόλοιπες δεν υπάρχει καταγραφή.

Τρόπος Καταγγελίας. Δεν υπήρχαν στοιχεία σχετικά με την πηγή της καταγγελίας στον εισαγγελέα στις 181 περιπτώσεις (52.6%). Για τις υπόλοιπες, οι περισσότερες προέρχονταν από την οικογένεια προέλευσης και ειδικά τον πατέρα (N=77, 47.2%), οι 40 από την οικογένεια που δημιουργήθηκε (24.5%), οι 29 από γιατρούς, αστυνομία και άλλους φορείς (17.8%) και οι 17 από γείτονες ή μακρινούς συγγενείς (10.4%).

Προεξάρχον σύμπτωμα/αίτιο καταγγελίας. Από τα πρώτα συμπτώματα κατά την εξέταση, γνωρίζουμε μόνο τα μισά. Λείπουν στοιχεία από τις 204 περιπτώσεις, περίπου τα 59%.

Διάγνωση. Οι διαγνώσεις από την ψυχιατρική αξιολόγηση

για ακούσια νοσηλεία φαίνονται στον πίνακα 3. Λείπουν στοιχεία από 66 περιπτώσεις (19,2%).

Έκβαση. Περίπου στις μισές από τις περιπτώσεις η εισαγγελική παραγγελία κατέληξε σε ακούσια νοσηλεία ενώ ένα 14% περίπου των περιπτώσεων είναι άγνωστης έκβασης. Στο 1/3 περίπου των παραγγελιών τα άτομα αφέθηκαν ελεύθερα ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό δέχθηκε την εκούσια νοσηλεία του (πίνακας 4).

Τόπος νοσηλείας και ίδρυμα. Έχουμε στοιχεία από 171 περιπτώσεις (49,71%). Οι περισσότερες νοσηλείες έγιναν στο Δαφνί (N=63), στο Δρομοκαϊτείο (N=57) και σε ιδιωτικές κλινικές (N=14). Ακολουθούν κατά σειρά μεγέθους η Σωτηρία και το Γενικό Κρατικό Αθηνών (από 9), το Σισμανόγλειο και το Γενικό Κρατικό Νίκαιας (από 7), ο Ευαγγελισμός (6), το Νταού Πεντέλης (4), το Αιγινήτειο και Θριάσσειο (από 2).

Μήνας Παραγγελίας. Σημαντικό εύρημα αποτελεί η κατανομή των παραγγελιών σε σχέση με τους μήνες, όπου βλήπουμε αύξηση κατά τον 4^ο με 6^ο μήνα για όλα τα έτη.

Αποτελέσματα

Έγιναν συγκρίσεις με όλες τις μεταβλητές και παρακάτω αναφέρονται τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.

- Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά το φύλο, με τις γυναίκες να υπερτερούν στην διάγνωση μανιακού επεισοδίου και οι άνδρες να υπερτερούν σε οριακή διαταραχή προσωπικότητας και τοξίκωση ($p < 0.001$).
- Υπήρξε στατιστικά σημαντική σχέση της διάγνωσης κατά την αξιολόγηση με την έκβαση ($p < 0.005$).
- Σχετικά με τον καταγγέλλοντα στα νησιά, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0.05$) αλλιώς λείπουν οι μισές και παραπάνω περιπτώσεις, με την βιολογική οικογένεια να κάνει τις περισσότερες καταγγελίες. Η τάση αυτή αναστρέφεται στην Πάρο όπου οι περισσότερες καταγγελίες γίνονται από φορείς του νησιού.
- Σχετικά με το φύλο και την έκβαση, λιγότερα είναι τα ποσοστά γυναικών που καταλήγουν σε ακούσια νοσηλεία ($p < 0,05$).
- Η σχέση μεταξύ καταγγέλλοντα και προεξάρχοντος συμπτώματος δεν είναι στατιστικά σημαντική. Είναι όμως σημαντικό το ποιά συμπτώματα κινητοποιούν τους διάφορους καταγγέλλοντες με την "επιθετικότητα" και την "ενοχλητική" συμπεριφορά να κινητοποιούν περισσότερο τους οικείους στη διαδικασία αναγκαστικής νοσηλείας. Στοιχεία υπάρχουν για το 21,52%.
- Οι καταγγελίες από γείτονες συνήθως δεν οδηγούσαν σε νοσηλεία. Νοσηλεύονταν κυρίως οι καταγγελίες από την άμεση οικογένεια. Από τους φορείς, οι καταγγελίες συνήθως κατέληγαν σε νοσηλεία ($p < 0,05$). Έλειπαν στοιχεία από το 54,36%.
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση της διάγνωσης με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση ($p < 0,001$). Λείπουν στοιχεία από 112 περιπτώσεις, δηλαδή το 32,55%.

Σύγκριση με παρόμοιες έρευνες

Καθώς έχουμε κάποια αντίστοιχα στοιχεία από την ελληνική βιβλιογραφία (2) σκεφτήκαμε να τα συγκρίνουμε. Η συγκε-

κριμένη έρευνα αξιολόγησε 179 αναγκαστικές νοσηλείες 89 ασθενών σε τυχαίο δείγμα σε μία διετία μετά την εφαρμογή του νόμου 2071/1992. Έτσι, από την έρευνα του Συνήγορου του Πολίτη (ΣΤΠ) εμείς μπορούμε να κάνουμε τις ακόλουθες αντιδιαστολές:

- Σε όλα τα γνωστά περιστατικά υπήρχε εξέταση από έναν τουλάχιστον ψυχίατρο ή παιδοψυχίατρο όπως και στην έρευνα του ΣΤΠ όπου το ποσοστό μη ψυχιάτρων είναι στο 1,7%.
- Σε ένα ποσοστό 48,6% στο ΣΤΠ δεν υπήρχε επαρκής ψυχιατρική διάγνωση. Σε μας ήταν τουλάχιστον 2 αλλιά υπήρχαν και 66 περιπτώσεις (19,2%) όπου δεν αναγράφεται η διάγνωση.
- Η τήρηση 48ωρου για την εξέταση τηρούνταν και σε μας και σε όλα τα περιστατικά του ΣΤΠ. Το πρόβλημα σε μας ήταν στη μετέπειτα κράτηση καθώς δεν υπάρχει κατάλληλος χώρος και προσωπικό ασφαλείας, ενώ συχνά τα απαγορευτικά, η έλλειψη γιατρών για συνοδεία αλλιά και η έλλειψη του προσωπικού της αστυνομίας καθυστερούν τη μετάβαση των ασθενών στην Αθήνα. Ένα αλλιο πρόβλημα αποτελεί η επιστροφή αυτών που δεν αποφασίστηκε νοσηλεία στο νησί τους καθώς κάτι τέτοιο δεν προβλέπεται ούτε από τους αστυνομικούς που συνοδεύουν το περιστατικό ούτε από τους συγγενείς του.

Συζήτηση

Το δείγμα μας αποτελείται από σχετικά νεαρά άτομα μέσης ηλικίας, άντρες και γυναίκες, όπου το κύριο σύμπτωμα ή/και η αιτία παραπομπής ήταν η επιθετικότητα προς εαυτόν ή τρίτους. Οι καταγγελίες γινόνταν κυρίως από την οικογένεια προέλευσης ενώ οι γείτονες ή μακρινοί συγγενείς εμπλέκονταν κυρίως όταν εμφανιζόταν επιθετικότητα δεν ήταν όμως σύννητες μία καταγγελία από αυτούς να καταλήξει σε ακούσια νοσηλεία. Στις περισσότερες περιπτώσεις που οι καταγγελίες γινόνταν από φορείς νοσηλεύονταν. Η πληθώρα περιστατικών τον 4^ο ως και 6^ο μήνα υποδηλώνει ότι πολλές καταγγελίες γίνονται για "ξεκαθάρισμα" των νησιών πριν την τουριστική σεζόν από άτομα που με την συμπεριφορά τους μπορεί να δημιουργούσαν προβλήματα στον τουρισμό.

Οι τουρίστες που εξετάζονταν για αναγκαστική νοσηλεία προέρχονταν σε μεγάλο ποσοστό από δύο πολύ τουριστικά νησιά, τη Μύκονο και την Πάρο, παραπέμπονταν κυρίως από φορείς και κατέληγαν πάντα σε ακούσια νοσηλεία. Επίσης συνήθως παρουσίαζαν ψυχωτικό ή μανιακό επεισόδιο.

Η διάγνωση ήταν κυρίως η ψύχωση σε περίπου ίδια ποσοστά στους άντρες και στις γυναίκες. Επί-

σης περισσότερες γυναίκες παρουσίαζαν μανιακό επεισόδιο και περισσότεροι άντρες τοξίκωση από ουσίες. Οι γυναίκες, από τη διεθνή βιβλιογραφία, φαίνεται ότι είναι πιο πιθανόν να νοσηλευτούν για διπολική διαταραχή παρόλο που δεν υπάρχουν, όσον αφορά τη διάγνωση, διαφορές φύλου (3).

Γενικά για τις ψυχωτικές διαταραχές, ανασκόπηση μετα αναλύσεων έχει δείξει ότι ενώ η συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής δεν διαφέρει από άντρα σε γυναίκα, η έκτασή της, δηλ. το πόσοι άνθρωποι νοσούν σε μία δεδομένη χρονική στιγμή, μπορεί να είναι και διπλάσια στις γυναίκες (4). Επίσης κατά WHO η μονοπολική κατάθλιψη είναι δύο φορές πιο συχνή στις γυναίκες ενώ η εξάρτηση από αλκοόλη δύο φορές πιο συχνή στους άντρες. Η διάγνωση της οριακής διαταραχής προσωπικότητας και της κατάθλιψης έμπαινε εξίσου και στους δύο, παρόλο που η διεθνής αλληλογραφία αναφέρει ότι το 76% των διαγνώσεων οριακής διαταραχής αφορά γυναίκες και κυρίως νέες στην ηλικία (4,5).

Στο δείγμα μας πάντως, οι γυναίκες νοσηλεύονται λιγότερες φορές ακούσια από τους άντρες, σε αναλογία περίπου 1:2. Συνολικά, περίπου οι μισές περιπτώσεις δεν νοσηλεύονταν ακούσιως. Οι πολλαπλές εισαγγελικές δεν σήμαιναν και απαραίτητα πολλαπλούς ακούσιους εγκλησμούς ενώ από τη σύγκριση με τα δεδομένα της έρευνας του ΣτΠ βλέπουμε ότι στο δικό μας δείγμα είναι λιγότερες.

Συμπεράσματα

Είναι κατανοητό ότι, πολλές φορές, οι εισαγγελικές παραγγελίες, ιδιαίτερα από τα πιο απομακρυσμένα νησιά, εξυπηρετούνται πιο γρήγορα με άμεση μεταφορά για ψυχιατρική αξιολόγηση στην Αθήνα. Ακόμα και για αυτά όμως, καλό θα είναι να υπάρχει ενημέρωση και συνεργασία με τους φορείς ψυχικής υγείας και με το νοσοκομείο Σύρου. Στις Κυκλάδες, έχουμε την δυνατότητα να βλέπουμε κάθε περιστατικό ξεχωριστά, να συνεργαζόμαστε με την τοπική κοινότητα (συγγενείς, γείτονες, δικαστικούς συμπαραστάτες, προγράμματα πρόνοιας κλη) και ίσως τελικά έτσι να δουλεύουμε περισσότερο προς όφελος του ανθρώπου που ασθενεί. ●

Πίνακας 3. Διάγνωση μετά την ψυχιατρική αξιολόγηση

Διαγνώσεις	N	% επί των γνωστών περιπτώσεων	% επί όλων των περιπτώσεων
Ψύχωση	144	51,8	41,86
Μανία	44	15,83	12,8
Τοξίκωση	19	6,83	5,52
Οριακή Διαταραχή	17	6,11	4,94
Κατάθλιψη	13	4,67	3,78
Άνοια	10	3,6	2,91
Αλκοολισμός	9	3,24	2,62
Διαταραχές Συμπεριφοράς	7	2,52	2,03
Νοητική Υατέρηση	4	1,44	1,16
Νευρώσεις	3	1,08	0,87
Καμία Διάγνωση	3	1,08	0,87
Επιληψία	2	0,72	0,58
Χορεία Huntington	1	0,36	0,29
Όχι Συνεντεύξη	1	0,36	0,29
Επιλόχεια Ψύχωση	1	0,36	0,29
Σύνολο	278	100,0	80,8
Άγνωστο	66		19,2
Τελικό Σύνολο	344		100,0

Πίνακας 4. Έκβαση της ψυχιατρικής αξιολόγησης

Έκβαση	N	% επί των γνωστών περιπτώσεων	% επί όλων των περιπτώσεων
Ακούσια Νοσηλεία	183	62	53,2
Μη Νοσηλεία	102	34,6	29,7
Εκούσια Νοσηλεία	10	3,4	2,9
Σύνολο	295	100,0	85,8
Άγνωστο	49		14,2
Τελικό Σύνολο	344		100,0

Πίνακας 7. Έκβαση σε σχέση με τη διάγνωση

Διάγνωση	Έκβαση Εξέτασης			Σύνολο
	Ακούσια Νοσηλεία	Εκούσια Νοσηλεία	Όχι Νοσηλεία	
Ψύχωση	88	2	29	119
Μανία	32	2	6	40
Τοξίκωση	12	0	4	16
Οριακή Διαταραχή	12	0	5	17
Κατάθλιψη	9	2	2	13
Άνοια	5	0	3	8
Αλκοολισμός	0	0	8	8
Διαταραχές Συμπεριφοράς	3	0	3	6
Νοπτική Υστέρηση	2	0	2	4
Νευρώσεις	1	0	2	3
Καμία Διάγνωση	1	0	2	3
Επιληψία	0	0	2	2
Χορεία Huntington	1	0	0	1
Όχι Συνέντευξη	1	0	0	1
Επιδόχεια Ψύχωση	1	0	0	1
Total	183	10	102	295

Abstract

10 - year assessment of involuntary psychiatric admissions in the community of Kyklades

Sofia Bacharaki, *Child Psychiatrist, General Hospital of Syros, Kyklades, Greece*

Assessment of evaluations for involuntary psychiatric admissions at Kyklades; years 1995-2007. Aim of the study is to point out that within small communities these evaluations function more for the patient's benefit. Factors of the revolving doors phenomenon (RD) are also evaluated. The sample consisted of 344 evaluations for 244 people, same gender distribution, mean age and standard deviation: 42.02+14.92. Method: Statistical analysis (cross tabs and χ^2) of factors as gender, status, residence, doctors' specialties, cause of ordering the evaluation and person who sued, diagnosis, outcome, hospital and month of evaluation. Significant when $p < 0.05$. Results: More women with manic episode, more men with borderline personality disorder and toxicosis. More involuntary admissions of men. Diagnosis was significantly related to status and outcome – mostly psychosis, manic episode, toxicosis and borderline personality disorder. The non-residents were mostly from Mykonos and Paros. Significant rise of cases during summer months. The person who sued was related to status and outcome. 50% of the cases were not hospitalized involuntarily. Multiple evaluations for the same person did not result to multiple admissions. The Rds were more from nearby islands and were related with diagnosis, person who sued and status. Discussion: Fewer involuntary admissions from Kyklades, better access to the community resources. The rise of evaluations just before the tourist season suggest outside causes.

Key words: involuntary psychiatric admissions, Kyklades, community, 10 - year assessment.

1. http://www.synigoros.gr/reports/Eidiki_Ekthesi_Akousia_Nosileia_17_5_07.pdf
2. "Αυτεπάγγελτη Έρευνα του Συνήγορου του Πολίτη για την Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών" Μάιος 2007
3. Hendrick V, Altschuler LL, Gitlin MJ, Delrahim S, Hammen C "Gender and Bipolar Illness" *Journal of Clinical Psychiatry*, 2000 May;61(5):393-6.
4. Widiger TA and Weissmann MM "Epidemiology of Borderline Personality Disorder" *Hospital Community Psychiatry*, 1991 October;42:1015-21
5. Swartz M, Blazer D, George L, Winfield I "Estimating the Prevalence of Bipolar Personality Disorder in the Community" *Journal of Personality Disorders*, 1990; 4(3):257-72
6. Goldner E, Itsa L, Warach P et al "Prevalence and Incidence Studies of Psychophrenic Disorders: A Systematic Review of the Literature" *Canadian Journal of Psychiatry*, 2002;47:833-43.
7. Μπαζίκας Β, Μπαγιατζή Μ, Κισσέογλου Β, Μπάλλα Β, Καραβάτος Α. "Ακούσια Νοσηλεία και Τόπος Κατοικίας των Ασθενών" *Εγκέφαλος*