

## Ειδικό άρθρο Special article

# Περιορισμός ασθενών στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα: Δεοντολογία, πρακτική και κόστος

Γ. Αλεβιζόπουλος,<sup>1</sup> Β. Μποζίκας,<sup>2</sup> Χ. Τουλούμης<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», ΕΚΠΑ

<sup>2</sup>Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», ΑΠΘ,

<sup>3</sup>5ο ΨΤΕ, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Αθήνα

Ψυχιατρική 2017, 28:306–313

**Η** χρήση των φυσικών και μηχανικών περιορισμών στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα συνεπάγεται πολλά ηθικά και πρακτικά ζητήματα. Η αιτιολόγηση της χρήσης αυτών των διαδικασιών είναι μάλλον αμφιλεγόμενη και υποκείμενη σε επιστημονική κριτική και αμφισβήτηση. Οι περιοριστικές μέθοδοι θέτουν τόσο τους ασθενείς όσο και το προσωπικό σε κίνδυνο για τραυματισμό ή και θάνατο. Επιπλέον, η εμπειρία του περιορισμού, μπορεί να είναι τραυματική ακόμα και όταν δεν έχει ως αποτέλεσμα τον φυσικό τραυματισμό του ασθενούς. Οι τύποι της φυσικής βλάβης περιλαμβάνουν αφυδάτωση, πνιγμό, κυκλοφορικές διαταραχές, δερματικά προβλήματα, απώλεια δύναμης, κινητικότητα, και διαταραχών των σφιγκτήρων. Μελέτες που σχετίζονται με τη χρήση αυτών των μεθόδων είναι διεθνώς εξαιρετικά περιορισμένες αν και οι ατομικές και κοινωνικές επιπτώσεις στους πάσχοντες, το εμπλεκόμενο προσωπικό, τους οικείους και τις οργανώσεις για τα δικαιώματα των ασθενών είναι εξαιρετικά εκτεταμένες. Παρόλ' αυτά, οι μέθοδοι αυτές χρησιμοποιούνται για εξαιρετικά ταραγμένους και βίαιους ασθενείς σε δομές ψυχικής υγείας με σκοπό την προστασία των ασθενών και τρίτων προσώπων από σωματική βλάβη. Στρατηγικές λεκτικής αποκλιμάκωσης θα πρέπει να επιχειρούνται πριν από τη χρήση οποιασδήποτε μορφής περιορισμού. Στην Ελλάδα, δεν υπάρχουν αυστηρές κατευθυντήριες γραμμές για τη χρήση λιγότερο περιοριστικών και αποτελεσματικών παρεμβάσεων στη διέγερση ή/και βίαιη συμπεριφορά ώστε να μπορούν να αποφευχθούν οι περιορισμοί. Φυσικοί, χημικοί και μηχανικοί περιορισμοί δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για λόγους ευκολίας ή τιμωρίας. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να κατανοούν και να ακολουθούν τις κατάλληλες διαδικασίες κατά τον περιορισμό ενός ασθενούς ώστε να εξασφαλισθεί η ασφάλεια και η αξιοπρέπεια του ατόμου. Η μη τήρηση των σχετικών οδηγιών είναι

δυνατόν να οδηγήσουν σε νομικές ενέργειες από τον ασθενή, την οικογένεια και τις ανεξάρτητες αρχές για την ψυχική υγεία. Ο περιορισμός έχει σε πολλές μορφές, όπως τη χημική, φυσική και μηχανική. Η κλινική κρίση πρέπει να διέπεται από σύνεση ως προς τον προσδιορισμό της ανάγκης εφαρμογής κάθε σχετικής απόφασης. Οι ψυχίατροι, οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας και το λοιπό νοσηλευτικό προσωπικό που εμπλέκονται στην αρχική αξιολόγηση, το επίπεδο του περιορισμού, και την ίδια τη διαδικασία των περιορισμών, στην παρακολούθηση και την εκ νέου αξιολόγηση του επιπέδου ασφαλείας, θα πρέπει να είναι ενήμεροι σχετικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες αλλά και το ευρύ φάσμα των ενδεχομένων επιπλοκών. Πέρα από τις σαφείς ανησυχίες του κοινού και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για τους περιορισμούς, οι διαδικασίες αυτές είναι επί πλέον δαπανηρές για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Στη μελέτη μας υπολογίσθηκε το κόστος των διαδικασιών ανά ασθενή, με εξαίρεση τις δαπάνες φαρμακευτικής αγωγής. Σύμφωνα με τα στοιχεία μας κάθε μηχανική καθήλωση κοστίζει τουλάχιστον 57,28 € και κάθε απομόνωση 47,16 € αντίστοιχα όταν η διάρκειά τους είναι έως 2 ώρες και αυξάνεται ανάλογα με την παράταση των διαδικασιών περιορισμού.

**Λέξεις ευρετηρίου:** Μέθοδοι περιορισμού, απομόνωση, καθήλωση, κόστος.

## Εισαγωγή

Η αντιμετώπιση των διεγερτικών και βιαίων ψυχικά πασχόντων ασθενών, με αυτο- ή ετερο-καταστροφική συμπεριφορά αποτελεί πυρηνικό πρόβλημα στην ψυχιατρική. Τόσο η πρόβλεψη όσο και ο έλεγχος της βίαιης συμπεριφοράς συχνά είναι επισφαλείς και αποτυγχάνουν με δραματικές συνήθως συνέπειες.<sup>1,2</sup> Σε περιπτώσεις εμφάνισης τέτοιου είδους επικινδυνότητας, είναι απολύτως σαφές ότι όλοι οι ειδικοί συμφωνούν ότι οι συμπεριφορικές τεχνικές αποκλιμάκωσης, με τελικό στόχο να ηρεμήσει ο διεγερτικός ασθενής και να αποκτηθεί ένας βαθμός εμπιστοσύνης και συνεργασίας αποτελούν τον στόχο των παρεμβάσεων.<sup>3</sup> Συχνά πολλοί πάροχοι υπηρεσιών υγείας θεωρούν, τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, παρά τη θέληση του ασθενούς, καθώς και τις περιοριστικές μεθόδους ως την ασφαλέστερη και πιο αποτελεσματική ομάδα παρεμβάσεων για τον διεγερτικό και επικίνδυνο ασθενή. Οι περιοριστικές τεχνικές, όπως η απομόνωση και η μηχανική καθήλωση ασθενών με ψυχική νόσο, συνεχίζουν να αποτελούν πεδίο ανησυχίας και αντιπαράθεσης μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, ενώ παράλληλα σχετίζονται με υψηλά ποσοστά σωματικού και ψυχικού τραύματος τόσο για τους ασθενείς όσο και για το προσωπικό. Παρά τα πολλαπλά προβλήματα που συνεπάγονται αυτές οι πρακτικές, συνεχίζουν να εφαρμόζονται σε τμήματα επειγόντων, ψυχιατρικές κλινικές και ειδικά τμήματα οξέων σε ψυχιατρικούς τομείς γενικών νοσοκομείων.<sup>3</sup> Εξαιτίας αυτών των

προβλημάτων, τόσο οι ρυθμιστικές αρχές όσο και ομάδες χρηστών και φροντιστών ψυχικά πασχόντων, πιέζουν προς την κατεύθυνση της μείωσης και εξάλειψης των μέτρων περιορισμού.<sup>4,5</sup>

## Μεθοδολογία

Θέλοντας να μελετήσουμε το πλαίσιο χρήσης, μεθόδου εφαρμογής και κόστους των περιοριστικών τεχνικών στην ελληνική πραγματικότητα, έγινε βιβλιογραφική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων Medline, Scopus και Google Scholar και στις ελληνικές βάσεις δεδομένων Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών, Ιατρική Βιβλιογραφία Ιπποκράτης και Επιστημονικές Δημοσιεύσεις για την Ελληνική Οικονομία-Hellenicon του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης, αλλά και των υπαρχουσών οδηγιών του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας με τις παρακάτω λέξεις κλειδιά: "Coercive measures" ή "containment" ή "seclusion" ή "restraint" ή "mechanical restraint" ή "physical restraint" και "agitation" ή "agitated patient" ή "aggressive patients" ή "violence" ή "involuntary admission" ή "psychiatry" ή "psychiatric ward" και "time and motion analysis" ή "resources" ή "cost" και "Greece" καθώς και οι αντίστοιχες ελληνικές. Στην αναζήτηση αυτή βρέθηκαν έξι δημοσιευμένα άρθρα στην ξενόγλωσση βιβλιογραφία και πέντε άρθρα από την ελληνική βιβλιογραφία που πραγματεύονται τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης. Σε κανένα από τα άρθρα δεν υπήρχαν πληροφορίες που να αφορούν στο κόστος των περιοριστικών μέτρων στην Ελλάδα.

Επίσης καταγράφηκε η συνήθης πρακτική περιορισμού, όπως εφαρμόζεται στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών, ως το μεγαλύτερο ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο.

### **Πρωτόκολλα τεχνικών καθήλωσης στην Ελλάδα**

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν υποχρεωτικές οδηγίες, οι οποίες εφαρμόζονται από όλες τις δομές ψυχικής υγείας.<sup>6</sup> Η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, έχει εκδώσει οδηγίες αναφορικά με τα «Περιοριστικά μέτρα κατά την ψυχιατρική νοσηλεία».

Σύμφωνα με τις συστάσεις της επιτροπής:<sup>9</sup>

- Ο ψυχίατρος παρίσταται στην πράξη της καθήλωσης
- Νοσηλεύτης ανά 15 min επισκέπτεται τον καθηλωμένο ασθενή και ελέγχει τα ζωτικά σημεία, λήψη υγρών, διούρηση κ.ά.
- Ψυχίατρος επισκέπτεται ανά ώρα τον ασθενή και επανεκτιμά τη σκοπιμότητα της παράτασης ή μη της καθήλωσης
- Εκτός από την ενημέρωση του φακέλου του καθηλωμένου ασθενούς τηρείται στο κάθε τμήμα τετράδιο περιορισμού το οποίο ενημερώνεται σε κάθε περίπτωση καθήλωσης:

Ανά ημίωρο από τον νοσηλεύτη.

Ανά ώρα από τον ψυχίατρο.

Στο τετράδιο καθήλωσης καταγράφεται το σκεπτικό της καθώς και η ώρα έναρξης και τερματισμού της.

- Η καθήλωση επιτρέπεται σε ειδικό μονόκλινο ή δι-κλινο δωμάτιο που πληροί ειδικές προδιαγραφές (είναι όσο το δυνατόν εγγύτερα στο γραφείο νοσηλευτών –έχει επαρκή φωτισμό, κλιματισμό, πυρανίχνευση-πυρασφάλεια, ασφαλή παράθυρα– οι επισκέπτες και τα τυχόν εισερχόμενα αντικείμενα πρέπει να ελέγχονται από το προσωπικό – τοποθέτηση κάμερας για διαρκή επιτήρηση από το γραφείο νοσηλευτών)
- Η απομόνωση του ασθενούς σε «ήσυχο δωμάτιο» αποφασίζεται μόνον από τον διευθυντή ψυχίατρο του τμήματος. Διαρκεί λιγότερο από μία ώρα ή έως και ώρες και όχι ημέρες.

Σε παιδιά και εφήβους απαιτείται η συνεχής παρουσία νοσηλεύτη ή άλλου μέλους του θεραπευτικού προσωπικού στο πλάι του απομονωμένου ασθενούς, στον ίδιο χώρο.

Η μηχανική καθήλωση απαιτεί την παρουσία και συμμετοχή, στα διάφορα στάδια της, ψυχιάτρων, ειδικευομένων ιατρών, νοσηλευτών και βοηθών.

### **Ψυχοκινητική διέγερση στο ΤΣΠ του ΨΝΑ: Εμπειρία περιορισμού**

Οι διεγέρσεις στον χώρο του ΨΝΑ αφορούν σε δύο κατηγορίες ασθενών

1. Ασθενείς εκούσια προσερχόμενους στον χώρο του εφημερείου

- Η κατηγορία αυτή των ασθενών αφορά σε ψυχωτικούς ασθενείς (προφανώς σε υποτροπή), οι οποίοι αντιδρούν βίαια όταν τους ανακοινώνεται η πρόθεση των ιατρών για νοσηλεία, ή ασθενείς (συνήθως χρήστες ουσιών – αλκοόλ ή άλλων τοξικών ουσιών-) οι οποίοι με τη βουλητική πρόκληση διέγερσης προσπαθούν να εξασφαλίσουν την εισαγωγή τους. Είναι σκόπιμο να αναφερθεί ότι άτομα με προέχουσα την εξάρτηση/κατάχρηση ουσιών και εξ αυτής απορρέουσες διαταραχές συμπεριφοράς, δεν νοσηλεύονται στο ΨΝΑ
- Για την αντιμετώπιση των ασθενών της κατηγορίας αυτής συνήθως χρησιμοποιούνται οι νοσηλευτές βάρδιας, σχεδόν όμως πάντα καλούνται και ενισχύσεις από τον κλάδο των τραυματιοφορέων (ο χώρος παραμονής των γειτνιάζει με το εφημερείο, άρα η διαθεσιμότητά των είναι σχεδόν πάντα εφικτή και άμεση). Σπάνια καλείται ενίσχυση από νοσηλευτές βάρδιας τμημάτων νοσηλείας ή η Άμεση Δράση. Για τους ασθενείς αυτούς η διαδικασία η οποία διέπει τις συνθήκες επιβολής περιοριστικών μέτρων προβλέπεται από σχετική εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας<sup>7</sup>
- Συνήθως απαιτούνται (για τις σοβαρές διεγέρσεις) 4–6 άτομα και η απασχόλησή των στο περιστατικό συχνά υπερβαίνει τα 30 min (εφαρμογή ενέσιμης αγωγής και συνοδεία του ασθενούς στο τμήμα εισαγωγής, όπου και γίνεται επί κλίνης προστατευτικός περιορισμός – τηρουμένου αυστηρά του αντίστοιχου πρωτοκόλλου προστατευτικού κλινοστατισμού, ενώ σε κάποιες περι-

πτώσεις η ενέσιμη αγωγή εφαρμόζεται στο τμήμα εισαγωγής και όχι στον χώρο του εφημερείου, κυρίως σε μικρότερης έντασης διεγέρσεις)

2. Ασθενείς που προσάγονται από αστυνομικά όργανα σε εκτέλεση εισαγγελικής παραγγελίας για εξέταση

- Η κατηγορία αυτή των ασθενών χαρακτηρίζεται από τη συνοδεία αστυνομικών οργάνων, τα οποία συνήθως συνδράμουν στην αντιμετώπιση της διέγερσης. Άρα, κατά κανόνα δεν απαιτούνται ενισχύσεις από προσωπικό πέραν του εφημερείου, ο αριθμός όμως των ατόμων που συνολικά χρησιμοποιούνται δεν διαφοροποιείται από αυτόν για τους ασθενείς της προηγούμενης κατηγορίας. Οι ασθενείς της κατηγορίας αυτής συχνά είναι δέσμιοι, και οι χειροπέδες δεν αφαιρούνται πριν ο ειδικός ιατρός συστήσει κάτι σχετικό (συνήθως αφού διαμορφώσει άποψη για την ενδεχόμενη επιθετικότητα/επικινδυνότητα του ασθενούς –όσο αυτό είναι εφικτό–) ή ο ασθενής οδηγηθεί στο τμήμα νοσηλείας και εφαρμοσθεί η ενέσιμη ειδική αγωγή.

Συχνότητα διεγέρσεων:

- Τουλάχιστον 1 ανά εφημερία
- Το Νοσοκομείο εφημερεύει 2 φορές την εβδομάδα (ΤΕ & ΠΑ).

Συνήθως εφαρμοζόμενη αγωγή (IM) με συνήθεστερες επιλογές τα αντιψυχωτικά: Haloperidol, Aripiprazole, Ziprasidone, Olanzapine.

### **Προβλεπόμενες ελάχιστες απαιτήσεις στις περιοριστικές πρακτικές**

Στην Ελλάδα, όπως ήδη αναφέρθηκε, δεν υπάρχουν υποχρεωτικές, επίσημες εθνικές οδηγίες οι οποίες να καθορίζουν τη χρήση της μηχανικής καθήλωσης και της απομόνωσης σε ψυχιατρικές μονάδες και η εφαρμογή τους εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις πρακτικές και τους εσωτερικούς κανονισμούς κάθε μονάδας, ενώ σε μια μελέτη που διενεργήθηκε στην ψυχιατρική κλινική γενικού νοσοκομείου, τα ποσοστά καθήλωσης ανήλθαν σε 1,76% (ποσοστό απομόνωσης 9,55%) με μέση διάρκεια καθήλωσης και απομόνωσης 64,9 ώρες.<sup>6</sup> Σύμφωνα με τα ισχύοντα διεθνώς επιστημονικά δεδομένα, σε κάθε περίπτωση μηχανικής καθήλωσης ασθενούς απαιτείται η παρουσία πέντε ατόμων για την εφαρμογή της μηχανικής

καθήλωσης,<sup>8</sup> ενώ όπως αναφέρουν οι σχετικές συστάσεις<sup>9</sup> απαιτείται η περιοδική παρακολούθηση και επανεκτίμηση των συνθηκών και της ανάγκης διατήρησης της μηχανικής καθήλωσης (πίνακας 1).

### **Οικονομικό κόστος περιοριστικών μέτρων**

Το οικονομικό κόστος, των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας στο πλαίσιο εφαρμογής των περιοριστικών μέτρων, έχει εκτιμηθεί ελάχιστα, με τις περισσότερες μελέτες να καταδεικνύουν ότι οι περιορισμένοι ασθενείς αυξάνουν σημαντικά το κόστος νοσηλείας.<sup>10</sup> Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν ποσοτικοποιημένες μελέτες για το κόστος ανάλογων παρεμβάσεων. Για τον σκοπό αυτόν, εκτιμήθηκε, προσεγγιστικά, σύμφωνα με τον χρόνο απασχόλησης και σε συνάρτηση με την ωριαία αποζημίωση κάθε επαγγελματία υγείας το ελάχιστο κόστος επιβολής ενός περιοριστικού μέσου. Για τον προσδιορισμό του κόστους λάβαμε ως βάση τη μικτή εισαγωγική ωριαία αμοιβή των διαφόρων κατηγοριών των επαγγελματιών υγείας (πίνακας 2). Λαμβανομένων υπ' όψιν των χρόνων απασχόλησης, για κάθε εμπλεκόμενο μέλος του προσωπικού για μηχανική καθήλωση (διαγνωστική εκτίμηση και αξιολόγηση, διαδικασία καθήλωσης και παρακολούθηση καθηλωμένου) η οποία θα διαρκέσει έως 2 ώρες το συνολικό ελάχιστο οικονομικό κόστος διαμορφώνεται ως εξής: ειδικευμένος ψυχίατρος: 1 ώρα και 30 λεπτά=19,47 €, ειδικευόμενος ψυχίατρος: 1 ώρα=6,60 €, νοσηλευτές (το κόστος νοσηλευτού πολλαπλασιάστηκε επί 5 κατά τη διαδικασία και σε αυτό προστέθηκε το κόστος των νοσηλευτικών παρακολουθήσεων): 4 ώρες=27,28 € και λοιπό προσωπικό: 1 ώρα=3,93 €. Αθροιστικά, το συνολικό κόστος ανέρχεται σε 57,28 € για μηχανική καθήλωση έως 2 ωρών και ανέρχεται αναλογικά με την παράταση του χρόνου περιορισμού και τις απαιτούμενες ανάγκες παρακολούθησης του ασθενούς που βρίσκεται υπό περιορισμό. Το αντίστοιχο κόστος της απομόνωσης για διάστημα έως 2 ωρών ανέρχεται σε 47,16 €. Το κόστος αυτό έχει υπολογισθεί σύμφωνα με τις αμοιβές του εισαγωγικού μισθολογίου του εμπλεκόμενου προσωπικού.

### **Συζήτηση**

Η απουσία βιβλιογραφικών στοιχείων για την ελληνική πραγματικότητα ως προς τα περιοριστικά μέτρα σε ψυχικά πάσχοντες, επιβεβαιώνει τα ευρήματα άλ-

**Πίνακας 1.** Περιγραφή των ενεργειών και του εμπλεκόμενου προσωπικού σε περιπτώσεις μηχανικής καθήλωσης ή απομόνωσης σε ψυχιατρικές δομές.

Στάδια	Περιγραφή δραστηριοτήτων	Χρόνοι απασχόλησης και παρακολούθηση σε λεπτά της ώρας	Προσωπικό
Περιοριστικές τεχνικές	<p><b>Μηχανική καθήλωση</b>  <b>Ελάχιστες απαιτήσεις:</b>            – Υπεύθυνος Ψυχίατρος για την αξιολόγηση και τη σύνταξη γραπτής εντολής            – Νοσηλευτές/βοηθοί για την εφαρμογή του περιορισμού</p> <p><b>Απομόνωση</b>            – Υπεύθυνος Ψυχίατρος            – Νοσηλευτικό/βοηθητικό προσωπικό</p>	<p><b>Μηχανική καθήλωση:</b>  <b>Χρόνοι διαδικασίας:</b>            – Διάρκεια: 15–30 λεπτά</p> <p><b>Απομόνωση</b>            – Μέγιστη διάρκεια 24 ώρες (μέση 12)</p>	<p><b>Μηχανική καθήλωση:</b>            Αριθμός:            Υπεύθυνος Ψυχίατρος 1            Ειδικευόμενος ιατρός 1            Νοσηλευτές 5            Βοηθοί</p> <p><b>Απομόνωση:</b>            Αριθμός:            Υπεύθυνος Ψυχίατρος 1            Ειδικευόμενος ιατρός 1            Νοσηλευτές            Βοηθοί            Συνολικά 5 άτομα εκ των οποίων 1 ψυχίατρος</p>
Παρακολούθηση καθηλωμένου ασθενούς	– Νοσηλευτής ελέγχει ζωτικά σημεία και ενυδάτωση	<p><b>Μηχανική καθήλωση:</b>            Νοσηλευτής ανά 15΄ επισκέπτεται τον καθηλωμένο ασθενή και ελέγχει τα ζωτικά σημεία, λήψη υγρών, διούρηση, κ.ά. Ο ψυχίατρος επισκέπτεται ανά 1 ώρα τον ασθενή και επανεκτιμά τη σκοπιμότητα της παράτασης ή μη της καθήλωσης. Η παράλληλη χορήγηση ηρεμιστικών ταχείας δράσης έχει συνήθως ως αποτέλεσμα άρση του περιορισμού. Απαιτείται γραπτή νοσηλευτική αξιολόγηση ανά 1ώρα και γραπτή ψυχιατρική αξιολόγηση ανά 2 ώρες</p> <p><b>Απομόνωση:</b>            Η πιθανή θεραπευτική της ένδειξη θα πρέπει να εκτιμηθεί από τον διευθυντή ψυχίατρο του τμήματος νοσηλείας. Αυτός, και μόνον, θα αποφασίζει την εφαρμογή της. Στην τελευταία περίπτωση θα πρέπει να είναι σαφές ότι η απομόνωση διαρκεί λιγότερο από μία ώρα ή έως και ώρες και όχι ημέρες. Για παιδιά και εφήβους και για όσο διάστημα αυτή ισχύσει, νοσηλευτής ή άλλο μέλος του θεραπευτικού προσωπικού θα βρίσκεται πλάι στον απομονωμένο ασθενή, επικοινωνώντας με αυτόν, στον ίδιο χώρο. Ίδια διαδικασία παρακολούθησης με τη μηχανική καθήλωση</p>	<p><b>Μηχανική καθήλωση:</b>            Ψυχίατρος 1            Νοσηλευτής 1</p>

(Συνεχίζεται)

**Πίνακας 1.** (συνέχεια).

Στάδια	Περιγραφή δραστηριοτήτων	Χρόνοι απασχόλησης και παρακολούθηση σε λεπτά της ώρας	Προσωπικό
<b>Τερματισμός περιορισμού</b>	Ο υπεύθυνος ψυχίατρος αποφασίζει για τη διακοπή του περιορισμού με έγγραφη εντολή. Η διακοπή διενεργείται από το νοσηλευτικό προσωπικό		Διευθυντής Ψυχίατρος Προϊσταμένη

**Πίνακας 2.** Αναγωγή ωριαίας αμοιβής προσωπικού εμπλεκόμενου στα περιοριστικά μέτρα

Προσωπικό	Κόστος σε ευρώ ανά ώρα	Έτος αναφοράς
Ειδικευμένος Ψυχίατρος	12,98 €	2012
Ειδικεύομενος Ψυχίατρος	6,60 €	2012
Νοσηλεύτης (ΤΕ/ΠΕ)	6,82 €	2012
Νοσηλεύτης ΔΕ	4,21 €	2012
Βοηθητικό προσωπικό	3,93 €	2012

λων συγγραφέων σχετικά με την απουσία σαφών και λεπτομερών οδηγιών οι οποίες να ακολουθούνται από όλες τις μονάδες ψυχικής υγείας.<sup>6,11</sup> Αντίστοιχες αποκλίσεις διαπιστώνονται και μεταξύ των πρακτικών που ακολουθούνται σε δομές ψυχικής υγείας σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες.<sup>12</sup> Η απουσία σαφών οδηγιών έχει ως συνέπεια τα ανεπιθύμητα συμβάντα, κατά τη διάρκεια των περιοριστικών τεχνικών να είναι σχετικά συχνά, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις έχουν ως συνέπεια τον θάνατο των περιορισμένων ασθενών.<sup>13-15</sup>

Σε κάθε περίπτωση οι περιοριστικές μέθοδοι αποτελούν τραυματική εμπειρία τόσο για τους ασθενείς όσο και για τα εμπλεκόμενα μέλη του προσωπικού, ενώ παράλληλα η εκπαίδευση του προσωπικού σε τεχνικές αποκλιμάκωσης και διαχείρισης της διέγερσης είναι εξαιρετικά περιορισμένες.<sup>16</sup> Οι ψυχολογικές συνέπειες των περιοριστικών μέτρων και η ανάπτυξη μεθόδων περιορισμού της χρήσης τους, έχουν ευρύτατα μελετηθεί σε πολλές προηγούμενες δημοσιεύσεις.<sup>3,17</sup>

Τα περιοριστικά μέτρα οφείλουν να χρησιμοποιούνται ως έσχατο μέσο στην αντιμετώπιση της δι-

έγερσης και της επικινδυνότητας που συνεπάγεται, κάποιες φορές, η ψυχική νόσος.<sup>18</sup> Η πραγματικότητα, όμως, είναι ότι διεθνώς συχνά χρησιμοποιούνται ως μέθοδοι ελέγχου και επιβολής, εξασφάλισης της συμμόρφωσης, της αποδοχής της νόσου και του ελέγχου της νοσηλείας.<sup>17</sup> Παρότι αμφισβητείται ισχυρά η έκταση της χρήσης τους αυτή παραμένει διαδεδομένη και σε δομές πέραν των ψυχιατρικών.<sup>19</sup>

Ένας παράγοντας ο οποίος έχει εξαιρετικά υποβαθμισθεί σχετικά με τη χρήση των περιοριστικών μέτρων είναι το άμεσο οικονομικό κόστος αυτών. Στην παρούσα μελέτη εκτιμήθηκε το ελάχιστο κόστος που συνεπάγεται η μηχανική καθήλωση και η απομόνωση όταν αυτές διαρκέσουν από 30 λεπτά έως 2 ώρες. Όπως προκύπτει από την αναγωγή του ωριαίου κόστους, κάθε μηχανική καθήλωση κοστίζει κατ' ελάχιστον 57,28 €, ενώ κάθε απομόνωση κοστίζει κατ' ελάχιστον 47,16 € όταν διαρκέσει από 0-2 ώρες και αυξάνονται αναλογικά με τον χρόνο διατήρησής τους. Τα στοιχεία αυτά οδηγούν στο συμπέρασμα ότι το ετήσιο κόστος για μηχανικές καθηλώσεις μόνο στα ΤΕΠ του ΨΝΑ, οι οποίες διαρκούν το μέγιστο έως 2 ώρες, ανέρχεται σε 5.957 €. Από την παρούσα μελέτη προκύπτει ότι οι περιοριστικές μέθοδοι στην ψυχιατρική, για τον έλεγχο της διέγερσης είναι συχνά επικίνδυνες για τους ασθενείς, τραυματικές για όλα τα εμπλεκόμενα μέρη ενώ έχουν υψηλό άμεσο κόστος για τις υπηρεσίες υγείας. Είναι σαφές ότι απαιτείται η ανάπτυξη νέων μεθόδων, οι οποίες δεν θα προσβάλουν την προσωπικότητα των ασθενών, θα είναι ασφαλέστερες και συγκριτικά οικονομικές, για τον έλεγχο των διεγέρσεων, όταν τα συνήθη μέτρα, όπως οι τεχνικές αποκλιμάκωσης και η χορήγηση των συνήθως χρησιμοποιούμενων φαρμάκων αποτυγχάνουν.

# Restraints in Greek mental health services: Ethics, practice and costs

G. Alevizopoulos,<sup>1</sup> V. Bozikas,<sup>2</sup> C. Touloumis<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychiatry, "Agioli Anargyroi" Hospital, National and Kapodistrian University of Athens, Athens,

<sup>2</sup>1st Department of Psychiatry, "Papageorgiou" Hospital, Aristotelian University of Thessaloniki, Thessaloniki,

<sup>3</sup>5th Department of Psychiatry, Mental Hospital of Attica, Athens, Greece

Psychiatriki 2017, 28:306–313

The use of physical and mechanical restraints in mental health services in Greece arise many ethical and practical issues. The justification of the use of such procedures is rather controversial and subjective to scientific debate. The practice of restraint puts both patients and staff at risk for injury and death. Moreover, restraints can be traumatic even when they do not result in any physical injury to the patient. The types of the physical adverse events include dehydration, suffocation, circulation disturbances, skin problems, loss of strength and mobility, incontinence, etc. Research studies regarding the use of restraints are limited, although individual, professional, and social impact is extensive. Worldwide many associations involving patients, care givers and patient rights authorities have disapproved such techniques as inhumane and against recent scientific evidence. Nevertheless, the methods are being used for highly agitated and violent patients in mental health hospitals in order to protect the patients and others towards physical harms. Verbal de-escalation strategies should be attempted prior to the use of any form of restraint. Although there are no strict guidelines in Greece for the use of the least restrictive and effective treatment for an agitated and/or violent patient there are certain occasions that restraints cannot be avoided. Physical, chemical and mechanical restraints should never be used for the sake of convenience or punishment. The healthcare professionals understand and follow proper procedures when restraining a patient to ensure safety and dignity of the person. Failure to follow guidelines is subjective to legal actions by the patient, the family and the independent mental health authorities. Restraining comes in many forms, like chemical, physical and mechanical. Clinical judgment must be applied to determine the necessity of any restrictive decision. Consultant psychiatrists, mental health nurses and ward staff are involved to the initial assessment, the level of restriction, the procedure of restraints, the follow-up and the re-assessment of the level of safety, due to the guidelines and the wide range of complication concerns. Further to the clear public, medical and operational concerns for the restraints, these procedures are expensive for the mental health services. In our study we estimated the costs of the procedures per patient, excluding the medication costs. According to our data each mechanical restraint costs at least € 57.28 and each seclusion € 47.16 respectively for up to 2 hours of duration and increase according to the prolongation of the restraint procedures.

**Key words:** Restraints, mechanical restraint, seclusion, cost.

## Βιβλιογραφία

1. Hughes DH, Kleespies PM. Treating aggression in the psychiatric emergency service. *J Clin Psychiatry* 2003, 64(Suppl 4):10–15, PMID:12672260
2. Hankin CS, Bronstone A, Koran LM. Agitation in the inpatient psychiatric setting: a review of clinical presentation, burden, and treatment. *J Psychiatr Pract* 2011, 17:170–185, doi:10.1097/01.pra.0000398410.21374.7d
3. Knox DK, Holloman GH. Use and Avoidance of Seclusion and Restraint: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Seclusion and Restraint Workgroup. *West J Emergency Med* 2012, 13:35–40, doi:10.5811/westjem.2011.9.6867
4. Di Lorenzo R, Baraldi S, Ferrara M, Mimmi S, Rigatelli M. Physical restraints in an Italian psychiatric ward: clinical reasons

- and staff organization problems. *Perspect Psychiatr Care*. 2012, 48:95–107, doi:10.1111/j.1744-6163.2011.00308.x
5. Beghi M, Peroni F, Gabola P, Rossetti A, Cornaggia CM. Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review. *Riv Psychiatr* 2013, 48:10–22, doi:10.1708/1228.13611
  6. 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, 56:402–411, doi:10.1177/0020764009106620
  7. Τομαράς Β. Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές για εφαρμογή περιοριστικών μέτρων κατά την εκούσια εξέταση ή/και νοσηλεία. Υπουργείο Υγείας 23-10-2012
  8. Βαγγελή Β και συν. Οδηγός βραχείας αντιμετώπισης ασθενών με βίαιη ή και επικίνδυνη συμπεριφορά σε ψυχιατρικές δομές. *Τετρ Ψυχιατρ* 2007, 97α, 1–28
  9. Τομαράς Β. Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές Περιοριστικά μέτρα κατά την ψυχιατρική νοσηλεία. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 30-01-2008
  10. Rubio-Valera M, Luciano J, Ortiz JM, Salvador-Carulla J, Gracia A, Serrano-Blanco A. Health service use and costs associated with aggressiveness or agitation and containment in adult psychiatric care: a systematic review of the evidence. *BMC Psychiatry* 2015, 15:35, doi:10.1186/s12888-015-0417-x
  11. Ουζούνη Χ, Νακάκης Κ. Η χρήση του σωματικού περιορισμού, και της απομόνωσης στην ψυχιατρική κλινική. *Βήμα Ασκληπιού* 2013, 12:303–323
  12. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrötter R, Conca A, Hatling T, Janssen W et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010, 45:889–897, doi:10.1007/s00127-009-0132-3
  13. Mohr W, Petti T, Mohr B. Adverse effects associated with physical restraint. *Can J Psychiatry* 2003;48:330–337, doi:10.1177/070674370304800509
  14. Cheney PR, Gossett L, Fullerton-Gleason L, Weiss SJ, Ernst AA, Sklar D. Relationship of restraint use, patient injury, and assaults on EMS personnel. *Prehosp Emerg Care* 2006, 10:207–12, doi:10.1080/10903120500541050
  15. Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W. Deaths due to physical restraint. *Dtsch Arztebl Int* 2012, 109:27–32, doi:10.3238/arztebl.2012.0027
  16. Livingston JD, Verdun-Jones S, Brink J, Lussier P, Nicholls T. A narrative review of the effectiveness of aggression management training programs for psychiatric hospital staff. *J Forensic Nurs* 2010, 6:15–28, doi:10.1111/j.1939-3938.2009.01061.x
  17. Αναστασόπουλος Ο. *Εθνογραφική μελέτη της μηχανικής καθήλωσης σε ψυχιατρική Κλινική*. Διπλωματική Εργασία, Θεσσαλονίκη, 2012
  18. Huckshorn KA. Re-designing state mental health policy to prevent the use of seclusion and restraint. *Adm Policy Ment Health* 2006, 33:482–491, doi:10.1007/s10488-005-0011-5
  19. Chan J, LeBel J, Webber L. The dollars and sense of restraints and seclusion. *J Law Med* 2012, 20:73–81, PMID:23156649
- 
- Αλληλογραφία: Γ. Αλεβιζόπουλος, Τιμίου Σταυρού και Νουφάρων 1, 145 64 Ν. Κηφισιά  
Τηλ.: 210-35 01 459, 567, Fax: 210-35 01 543  
e-mail: psychiatry@nurs.uoa.gr, giorgosalevizopoulos@gmail.com