



Öngyilkosság, depresszió és a high security pszichiátria

Dr. Németh Attila Ph.D.

Főigazgató főorvos

Nyírő Gyula Kh. – Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet

Évente az EU lakosságának 38,2%-a szenved pszichiátriai és neurológiai betegségekben

European Neuropsychopharmacology (2011) 21, 718–779



ELSEVIER

www.elsevier.com/locate/euroneuro

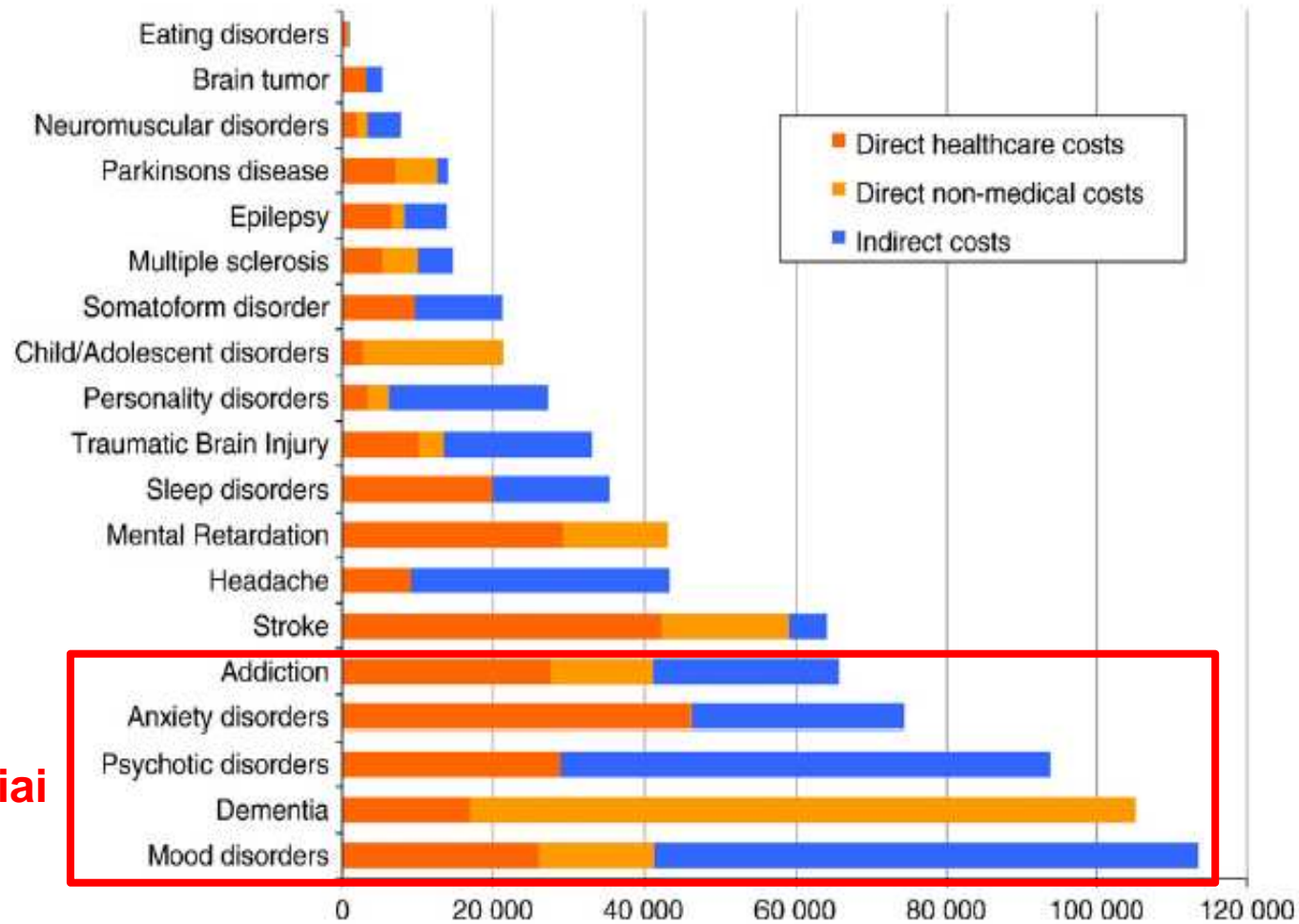


Cost of disorders of the brain in Europe 2010

Anders Gustavsson^a, Mikael Svensson^b, Frank Jacobi^c,
Christer Allgulander^d, Jordi Alonso^e, Ettore Beghi^f, Richard Dodel^g,
Mattias Ekman^a, Carlo Faravelli^h, Laura Fratiglioniⁱ, Brenda Gannon^j,
David Hilton Jones^k, Poul Jennum^l, Albena Jordanova^{m, n, o},
Linus Jönsson^a, Korinna Karampampa^a, Martin Knapp^{p, q}, Gisela Kobelt^{r, s},
Tobias Kurth^t, Roselind Lieb^u, Mattias Linde^{v, w}, Christina Ljungcrantz^a,
Andreas Maercker^x, Beatrice Melin^y, Massimo Moscarelli^{z, aa},
Amir Musayev^a, Fiona Norwood^{ab}, Martin Preisig^{ac}, Maura Pugliatti^{ad},
Juergen Rehm^{ae, af}, Luis Salvador-Carulla^{ag, ah}, Brigitte Schlehofer^{ai},
Roland Simon^{aj}, Hans-Christoph Steinhausen^{ak, al, am}, Lars Jacob Stovner^{an},
Jean-Michel Vallat^{ao}, Peter Van den Bergh^{ap}, Jim van Os^{aq, ar}, Pieter Vos^{as},
Weili Xuⁱ, Hans-Ulrich Wittchen^c, Bengt Jönsson^{at}, Jes Olesen^{au, *}
on behalf of the CDBE2010 study group¹

és a depresszió éves gyakorisága 6.9%

A központi idegrendszert érintő zavarok költsége



**Az első 5
mind
pszichiátriai
zavar**

a
hangulat-
zavarok
jelentik a
legsúlyo-
sabb
terhet

Figure 3 Total cost by disorder and type of cost (€PPP million, 2010), all disorders.



A depresszió etiológiája

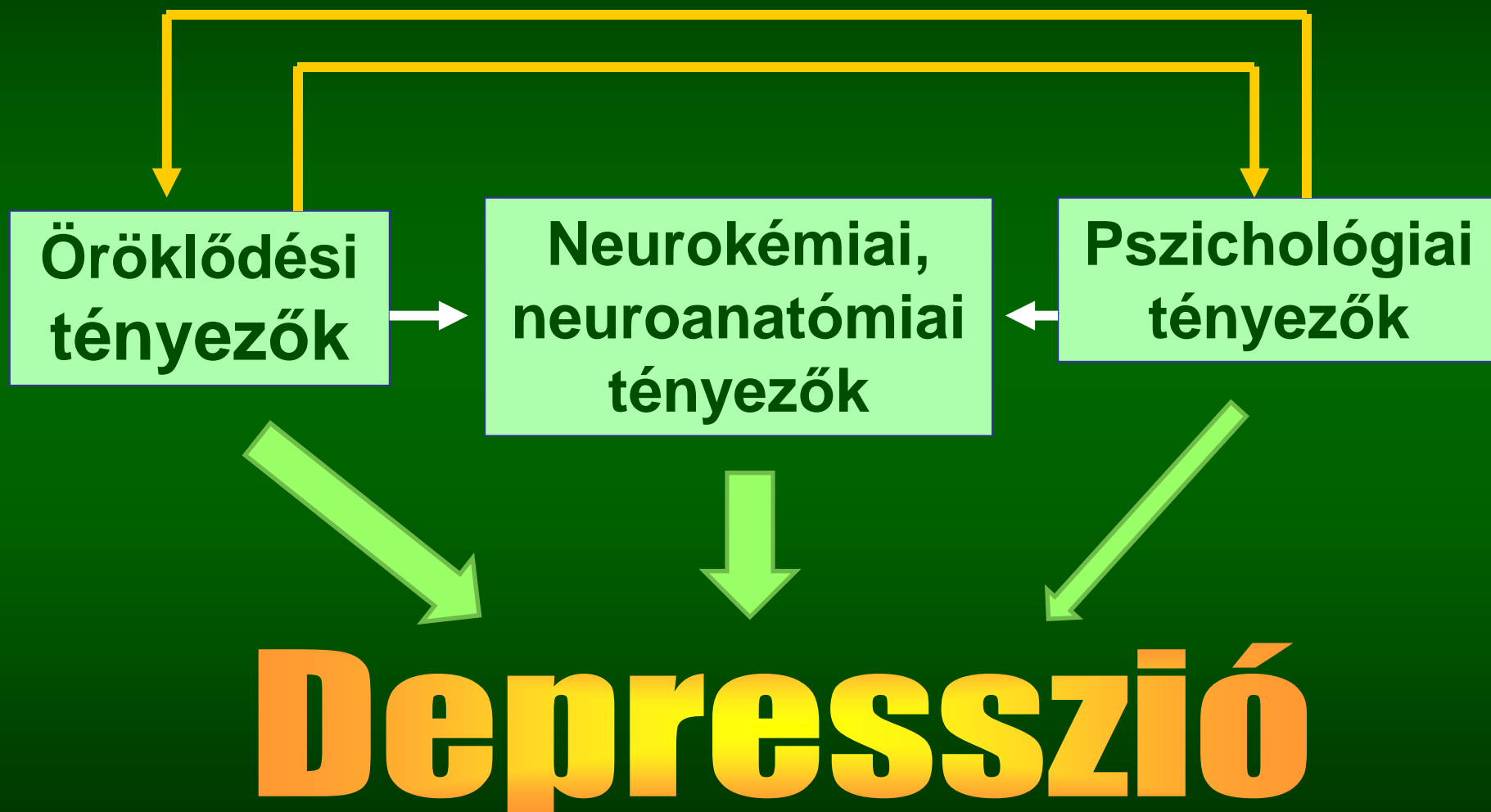
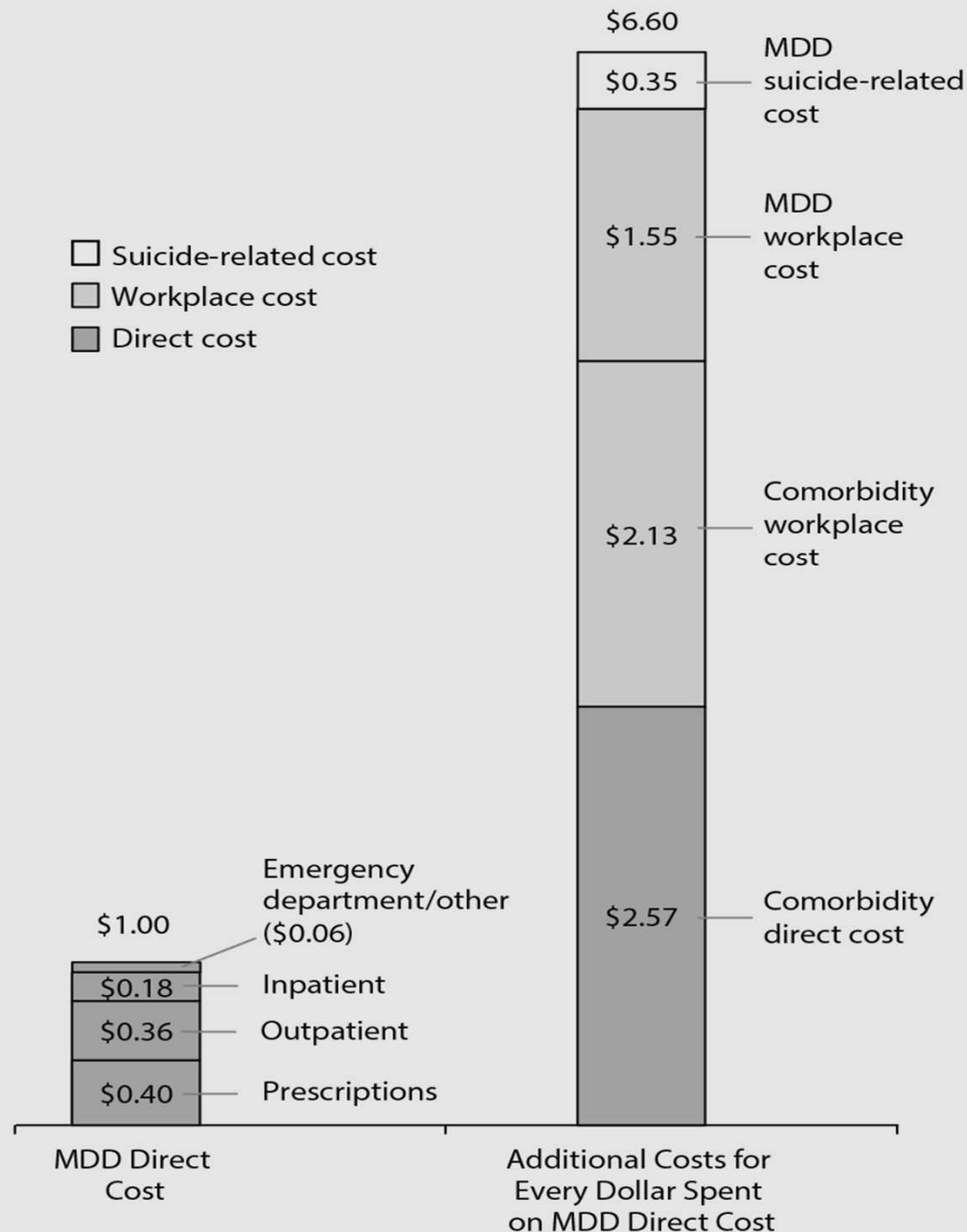


Figure 2. Additional Costs of Individuals With Major Depressive Disorder (MDD) for Every Dollar Spent on MDD Direct Cost in 2010



**A depresszió
direkt és indirekt
költsége**

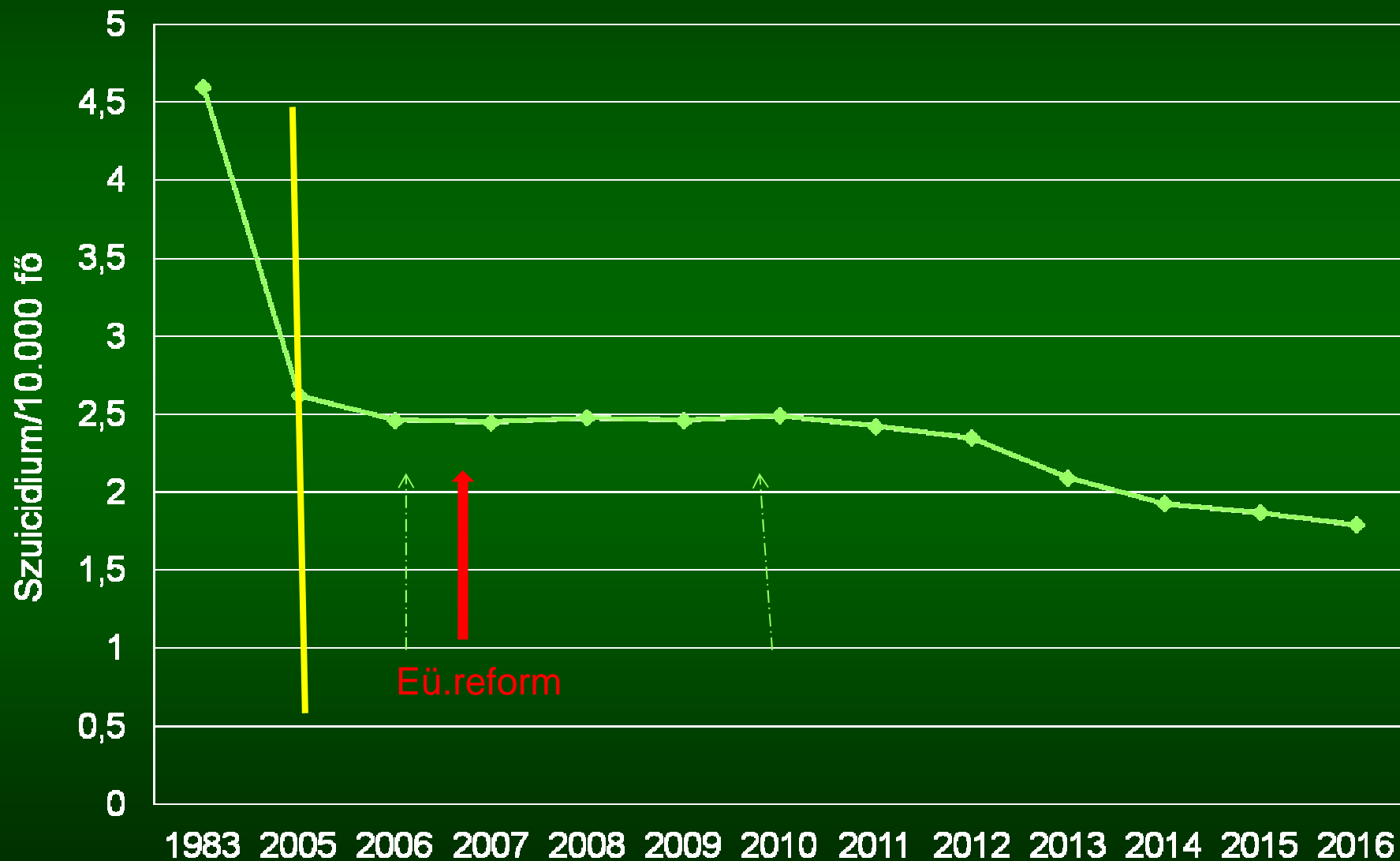
Greenberg PE, et al. The Economic Burden of Adults With Major Depressive Disorder in the United States (2005 and 2010). J Clin Psychiatry. 2015; 76(2):155–162.



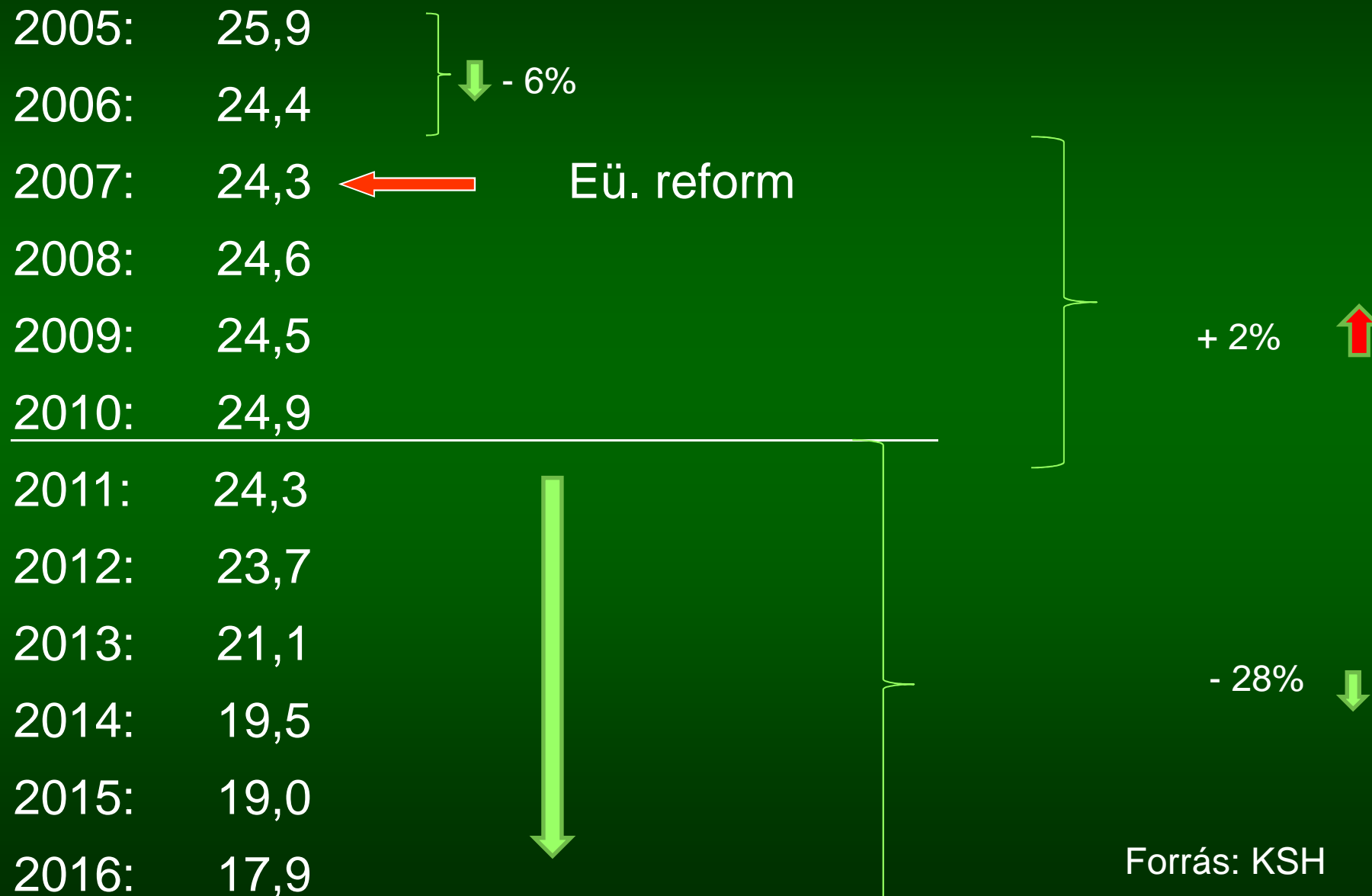
A depresszió következményei

- Produktivitás csökkenése – munkából kiesés
- Társult betegségek – a komorbiditás rontja az alaptergység gyógyulási esélyeit
- Öngyilkosság

Öngyilkossági ráta hazánkban



Befejezett öngyilkosság Magyarországon – 2005-2015 (100.000 lakosra) – KSH



Change in suicide rates




Percentage, 1990-2013 or latest available period



Mi történt 2006-2010 között?

Egy egészségügyi reform
tanulságai

A pszichiátria „reformja” 2007-ben

- Bezárták az OPNI-t 
- 22%-kal csökkentették az aktív pszichiátriai ágyak számát 
- 50%-kal csökkentették a Pszichiátriai Gondozók finanszírozását 
- A területi egyenlőtlenségek nem változtak

Csökkent a kezelt depressziós betegek száma 2006-2010 között

Antidepresszívvummal kezelték száma

- 2006: 325.000 beteg
 - 2010: 295.000 beteg
- 10%



Dg.: Hangulatzavar (F30-F39)

- 2006: 121.000 beteg
 - 2010: 101.000 beteg
- 20%



ÁSZ jelentés, 2012

Csökkenés oka lehet: zsúfoltság?, várólista? szakemberhiány?

Egy-egy szkizofrén, illetve depressziós betegre jutó természetbeni (OEP) kiadás

Ezer Ft/beteg



Konklúzió: A súlyosabb betegek hamarabb visszaestek, így kerültek vissza az ellátó rendszerbe

Ugyanakkor az egyéb szolgáltatások javultak

Telefonos Lelki Elsősegély

Szolgáltatások (LESZ): 100 %-os lefedettség, már mobil telefonról is hívhatók



Közösségi ellátásra fordított pénz nőtt 2006-2010 között:

– 1.1 – 1.4 – 2.0 – 1.8 – 2.0 Milliárd Ft



A befejezett öngyilkosság okai

1. Depresszió (BP > UP) (50-80 %)
2. Alkohol- vagy drogdependencia (25 %)
3. Krízis szituáció (15 %)
4. Egyéb pszichiátriai betegség
(szkizofrénia, pánik, stb.) 5 %
5. Súlyos szomatikus betegség
(daganat, HIV, stb.) 5 %.

Megoldás?

Van jó gyakorlat

Dánia

Universal, Selective, Indicated (USI) modell

Eredmény:

- 20 év alatt 50%-os csökkenés
- Nőknél jobban csökkent, mint a férfiaknál
- Minden korosztályban csökkent, kivétel: legfiatalabbak és a legidősebbek
- Rizikócsoportok kiszűrése

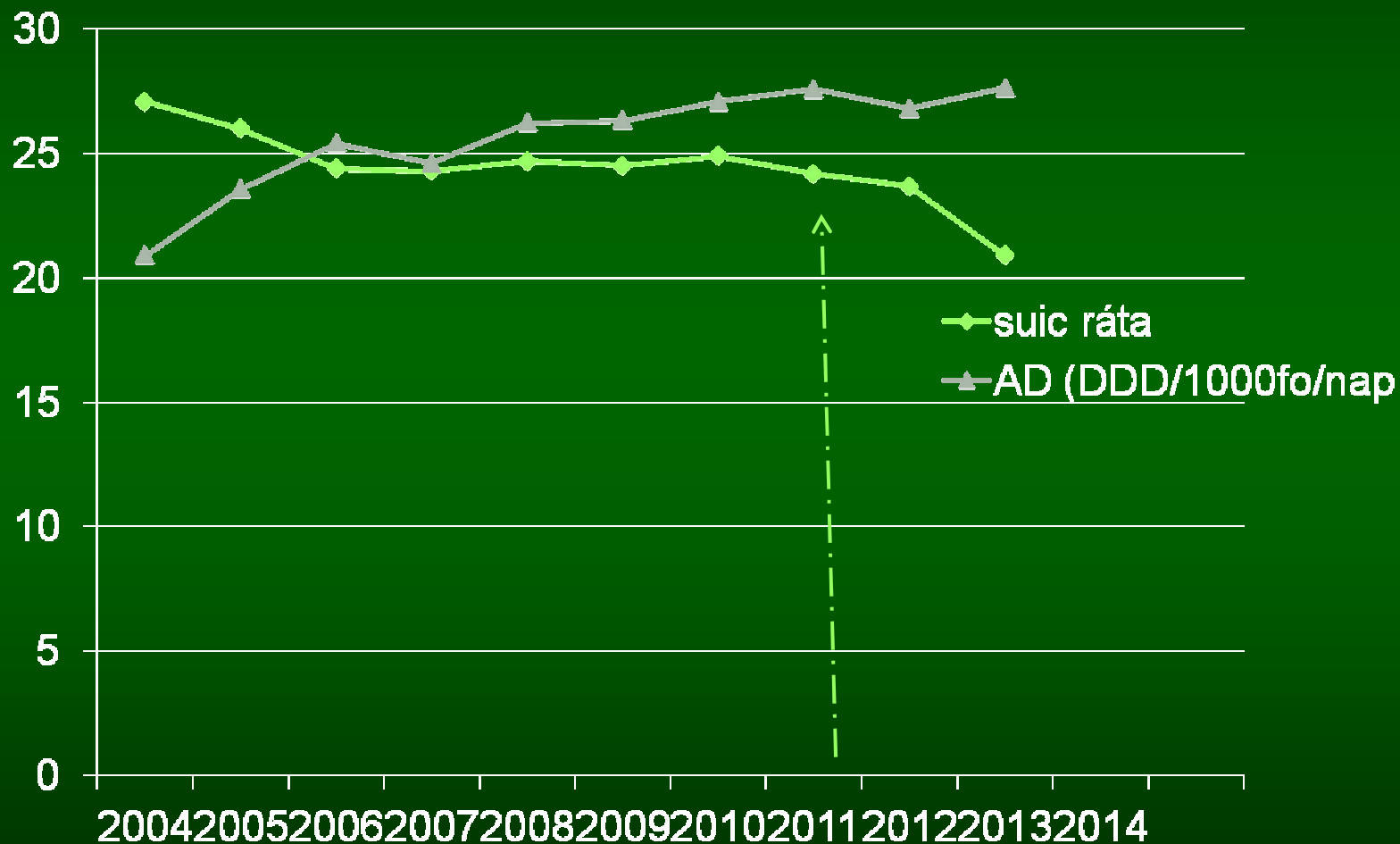
Dánia

- Rizikócsoportok – kiszűrése és kezelése
 - Depresszió
 - Alkohol és drogabúzus
 - Önsértő viselkedés (pl. falcolás, suic. kísérlet)
 - Újonnan diagnosztizált szkizofrén betegek
- Lőfegyver korlátozás

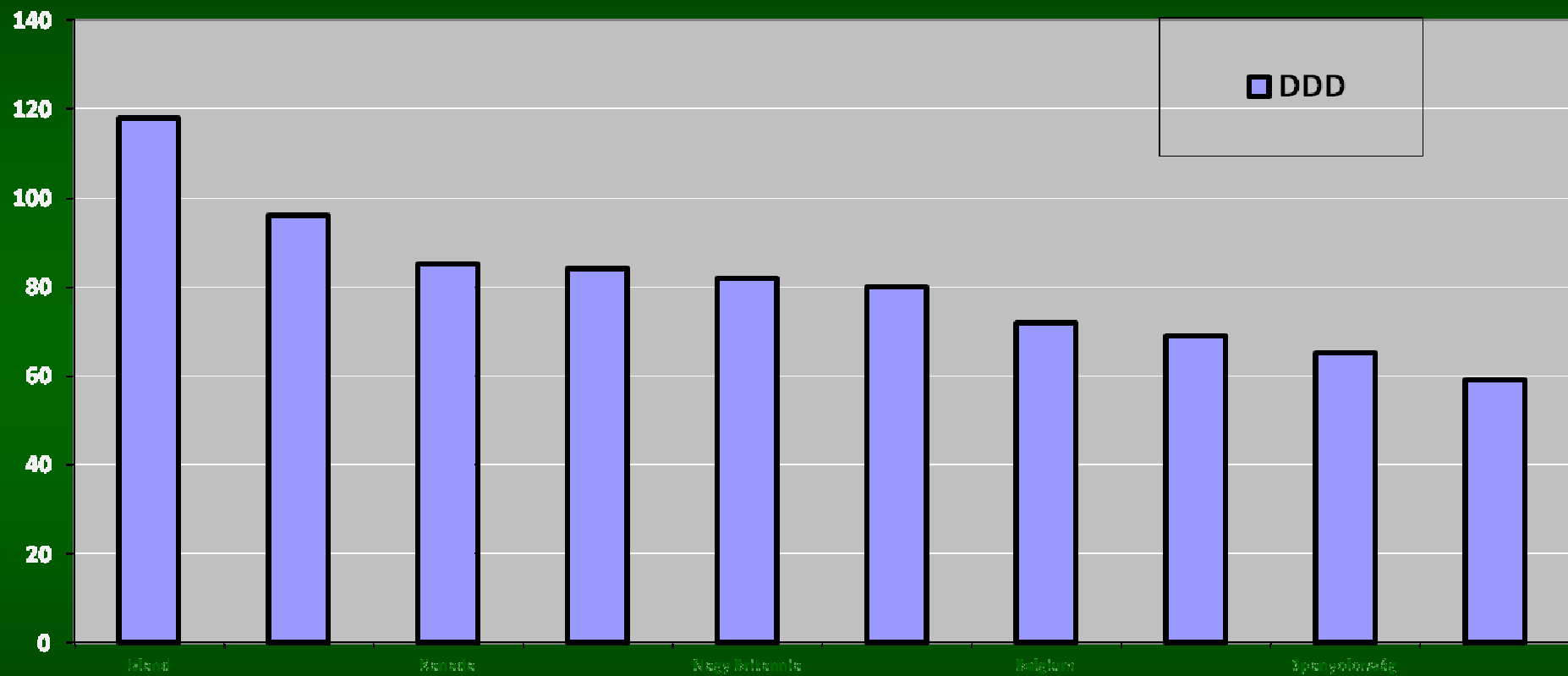
A szuicid ráta csökkentésének lépcsői

1. Depresszió felismerése
2. Depressziósok korai kezelésbe vétele } már házi-orvosi szinten
 - Skálák (Beck skála, Reménytelenségi skála)
 - Megfelelő terápia elindítása
3. Kockázatbecslés
 - Szuicid kockázatbecslő kérdőívek
4. High risk csoport kiszűrése (pl.: BP betegek)
5. Ellátás, gondozás – Nemzeti Regiszter(?)
 - Humán erőforrás, kulturális körülmények
 - Szakmai irányelvek (2016) – gyógyszeres th.

Öngyilkossági ráta és antidepresszáns forgalom



Antidepresszívum felhasználás



Izland Ausztrália Kanada Svédo. Nagy-Br. Dánia Belgium Finnó. Spanyolo. Ausztria

- DDD= Defined daily dose (1000 fő/nap) 2013 OECD adat
- Magyarországon ez az érték: kb. 30

Depresszió és öngyilkosság – Mire érdemes költeni?

Elsődleges prevenció

Másodlagos prevenció

Harmadlagos
prevenció



Példák: Gotland study, Kiskunhalasi vizsgálat

Biztonsági pszichiátriai osztály

Biztonsági pszichiátria – feladata

- Pszichiátriai zavarban szenvedő,
- violens cselekményt elkövető (auto- vagy heteroagresszió),
- emiatt bíróság által (még) nem elítélt,
- hagyományos pszichiátriai osztályon nem kezelhető veszélyeztető magatartása miatt,
- zárt részlegen elhelyezve

= „civil” high-security

Biztonsági pszichiátria

- Felvétel: Előzetes megbeszélés után más pszichiátriai osztályról vesszük át a beteget, ahová az állapotának rendeződése után visszahelyezzük. (közvetlen beszállítás, felvétel nincs)
- Három szint:
 - Magas, közepes, alacsony
 - Az alacsony fokozat megegyezik az általános pszichiátriai osztályok szubintenzív részlegével

Humánerőforrás minimum feltételei

- Két betegre egy nővér jut (15 beteg esetén 7 nővér van szolgálatban); Mindig két ember mozog együtt, a betegek közötti tartózkodás elvárt;
- Egyéni riasztórendszer: övre csatolható, egy kézzel aktiválható (gombnyomásra vagy rántásra). Az épület összes nővérszobájában riaszt, a pontos helyszín azonosításával.
- Önvédelmi kiképzés



A magas biztonsági szint építészeti specifikumai

- 2x15 db egyágyas kórterem (saját szaniterrel, 14m²/ kórterem)
- Étkeзде (25m²),
- Nappali/ Foglalkoztató (25m²),
- Vizitszoba (25m²)
- Nővérszoba (18m²)
- Zsilip- / beléptető-rendszer mágneszárral (5-10m²)

Építészeti kialakítás specifikumai

- Vandálbiztos kialakítással
- Zugmentes, könnyen átlátható terek
- Ajtók: kifelé vagy mindkét irányban nyitható, ajtózsánér nem kiemelhető, a betegszoba és szaniterek belülről zárhatóak, de a személyzet bármikor kívülről nyithatja
- Ablakok: befele billenthető, kilincs nélkül, törhetetlen műanyag üveg,
- Minden nyílászárón stranguláció gátló megoldások – a kilincsek, a függönyök strangulációra alkalmatlanok

Építészeti kialakítás specifikumai

- Speciális gépészeti igény: többek között elrejtett elektromos vezetékek, konnektor-mentes személyes és közösségi terek;
- Bútorzat: nehezen vagy egyáltalán nem mozdítható ágyak, három oldalról megközelíthetők; homokzsákkal kitöltött fotelek
- Éghetetlen függönyök
- Televíziók: törhetetlen üveg mögött védve
- Legyen: látogató szoba, étkező, edzőterem, csoportszoba