

EFOP-2.2.0-16-2016- 000008

Pszichiátriai és addiktológiai gondozóhálózat fejlesztése

VESZÉLYHELYZETEK ÉS KOCKÁZATOK MEGELŐZÉSE, ÉS KEZELÉSE A GONDOZÁS SORÁN

Orvosi továbbképzés tananyaga

SZERZŐK:**Dr. Gulácsi István****Dr. Frecska Ede****Dr. Móré E. Csaba****Dr. Kolombár Réka****SZÉCHENYI** MAGYARORSZÁG
KORMÁNYAEurópai Unió
Európai Regionális
Fejlesztési Alap**BEFEKTETÉS A JÖVŐBE**

A KOCKÁZATBECSLÉS CÉLJA

Az adott páciens állapotára vonatkozóan a lehetséges negatív kimenetel csökkentése vagy kizárása olyan megelőző tevékenységek (esetünkben: pszichiátriai ellátás és gondozás) révén, amelyek bizonyítékokon alapuló módszerek összességét képezik.

A kockázatbecslés végzése során tehát arra törekszünk, hogy megállapítsuk az adott egyénre az adott vizsgálati pillanatban leginkább jellemző kockázati mintázatot.

A KOCKÁZATBECSLÉS ALAPELVEI

A klinikai kockázatbecslés során konkrét ismeretek alapján felállított döntési stratégia segítségével kíséreljük meg az adott páciens esetében a negatív események valószínűségét csökkenteni. Az ismeretek az alábbiakra vonatkoznak:

- az adott kockázattal kapcsolatos kutatási bizonyítékok;
- a páciens alapos ismerete (aktuális állapota, előzményei);
- a páciens körülményeinek (beleértve a társas környezetet) ismerete;
- a páciens tapasztalati világának ismerete;
- klinikai döntéshozatali algoritmusok.

A KOCKÁZATBECSLÉS/ELEMZÉS MENETE

- Azonnali életveszély kizárása
- Kockázati tényezők azonosítása
- A kockázati tényezők elemzése
- Fontossági sorrend felállítása
- Kockázatkezelési terv
- A kockázatkezelési terv végrehajtása és ellenőrzése

RIZIKÓFAKTOROK, PROTEKTÍV FAKTOROK FELMÉRÉSE ÉS KOCKÁZATKEZELÉS

Az öngyilkos magatartás epidemiológiája:

- Befejezett öngyilkosság
- Öngyilkossági kísérlet
- A szuicid magatartás biológiai és pszichoszociális tényezői
- Öngyilkossági rizikófaktorok és protektív tényezők
- A szuicid rizikó minimalizálása, megelőző stratégiák
- Az egészségügyi és szociális ellátórendszer szerepe az öngyilkosság megelőzésében

AZ ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓ MINIMALIZÁLÁSA, MEGELŐZŐ STRATÉGIÁK

Az akut öngyilkossági veszély elhárítása:

- Sürgősségi osztályos felvétel
- Szuicidprevenációs (krízisintervenciós) centrumok, S.O.S. telefonszolgálatok
- A pszichiátriai betegségek korai felismerése és hatékony kezelése
- A halálos öngyilkossági módszerek elérhetőségének korlátozása
- Az öngyilkossági kísérleten átesettek utógondozása
- Közösségi felvilágosítás

AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÉS SZOCIÁLIS ELLÁTÓRENDSZER SZEREPE AZ ÖNGYILKOSSÁG MEGELŐZÉSÉBEN

29 európai ország öngyilkossági halálozását 1980 és 2009 között elemezve a szerzők azt találták, hogy a munkanélküliséget, a GDP-t, az alkoholforgalmat stb. is figyelembe véve azon országokban csökkent legjobban a szuicid ráta, ahol a legnagyobb volt az antidepresszívek forgalmának növekedése.

A magyarországi szuicid rátában 1984 és 2016 között bekövetkezett markáns (63 százalékos) csökkenés világviszonylatban is a legnagyobbak közé tartozik.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÉS SZOCIÁLIS ELLÁTÓRENDSZER SZEREPE AZ ÖNGYILKOSSÁG MEGELŐZÉSÉBEN

Kétségtelen viszont, hogy nem csak az egészségügy felelős az öngyilkosságok megelőzéséért. Az életszínvonal emelése, a munkanélküliség csökkentése, az egészségügyi és szociális ellátás minőségének és mennyiségének növelése, az alkohol- és drogprobléma (beleértve a dohányzást is) elleni küzdelem hatékonyságának fokozása, a halálos öngyilkossági módszerek visszaszorítása és az öngyilkosság megfelelő média kommunikációja túlmutat az egészségügyi ellátás keretein, és a társadalmi vezetők felelősségi körébe és kompetenciájába tartozik.

ERŐSZAKOS MAGATARTÁS, HETEROAGRESSZIÓ

Mentális zavar	OR	OR (SZH-)	OR (SZH+)	OR (HT)
Szkizofrénia (Fazel et al., 2009)	2 (1,8-2,2)	1,2 (1,1-1,4)	4,4 (3,9-5)	1,8 (1,4-2,4)
Bipoláris zavar (Fazel et al., 2010)	2,3 (2-2,6)	1,3 (1-1,5)	6,4 (5,1-8,1)	1,1 (0,7-1,6)
Major depresszió (Fazel et al., 2015)	3 (2,8-3,3)			2,1 (1,8-2,4)
Személyiségzavar (Yu et al., 2012)	3 (2,6-3,5)			
Mentális retardáció (Hodgins, 1992)	kb. 5 (ffi) kb. 25 (nők)			
Traumás agysérülés (Fazel et al. 2011)	3,3 (3,1-3,5)			2 (1,8-2,3)
Epilepszia (Fazel et al., 2011)	1,5 (1-4-1,7)			1,1 (0,9-1,2)

OR: esélyhányados; SZH-: csak a komorbid szerhasználat nélküli esetekre számolva; SZH+: csak a komorbid szerhasználó esetekre számolva; HT: mentális zavarban nem szenvedő hozzátartozókkal összehasonlítva.

AZ ERŐSZAKOS MAGATARTÁS RIZIKÓFAKTORAI

- Statikus- férfi nem, fiatal életkor, életkor az első erőszakos cselekmény elkövetésekor, erőszakos magatartás az előzményben, kriminalitás az előzményben, stb.
- Dinamikus-paranoid téveszmék és egyéb pozitív pszichotikus tünetek, pszichotikus élmények és kognitív torzítások, imperatív akusztikus hallucinációk, szerhasználat, stb.

PROTEKTÍV FAKTOROK

A START (Short-Term Assessment of Risk and Treatability,) 20 dinamikus rizikófaktort vizsgál

A faktorokat 3 csoportba sorolja:

- belső: intelligencia, biztonságos kötődés gyermekkorban, empátia, megküzdés, önkontroll;
- motivációs: munka, szabadidős tevékenységek, pénzkezelés, motiváció a kezelésre, autoritással kapcsolatos beállítódások, életcélok, gyógyszeres kezelés;
- külső: társas kapcsolatok, párkapcsolat, szakszerű ellátás, életkörülmények, külső kontroll;

KOCKÁZATKEZELÉS

Az erőszakos magatartás komplex társadalmi jelenség, ezért észlelése, kezelése és megelőzése nem csak az egészségügyi - és szűkebben véve a pszichiátriai - ellátórendszer feladata, hanem az egészségügyi, a szociális, és esetenként a bűnüldöző és az igazságszolgáltatási szervek, valamint a beteg szűkebb környezetének együttműködését igényli.

EGYÉB SZEMPONTOK

Személyi feltételek

- pszichiáter szakorvos + szakképzett személyzet (legalább 2 fő)

Tárgyi és fizikai feltételek

- az ellátó hely alkalmas sürgősségi betegellátásra;
- a helyiség nyitását/zárását a személyzet kontrollálja
- a beteg nem zárhatja el a kijáratot
- Követelmény: pánikgomb megléte minden rendelőben!

A beteggel való együttműködés és kommunikáció szempontjai

- a beteg szükségleteinek lehetőség szerinti figyelembe vétele;
- a személyzet részéről nyugodt, de határozott magatartás

Jogi szempontok- (1997. évi CLIV. törvény)

ÖNELHANYAGOLÁS

Az önelhanyagolás a magatartás olyan mértékű romlása, mely során az érintett az enyhétől a súlyos mértékig nem elégíti ki alapvető igényeit, úgymint személyes higiéne, ruházkodás, étkezés vagy a fennálló és kezelésre szoruló betegségek ellátása.

Az önelhanyagolás okai között mentális betegség, demencia és az agyállomány sérülése szerepelhet.

AZ ÖNELHANYGOLÁS RIZIKÓFAKTORAI ÉS KOCKÁZATI TÉNYEZŐI

- Időskor (75 év feletti);
- Pszichiátriai betegség, főleg demencia, depresszió;
- A kognitív funkciók hanyatlása;
- A frontális lebeny károsodása;
- Szomatikus és mentális betegségek;
- Szegénység;
- Kényszerű együttélés, a családi együttélés nehézségei;
- Magány, izolálódás, családi kapcsolatok hiánya;
- Szerfogyasztás (alkohol, drog, gyógyszer);

SPECIÁLIS FORMA: IDŐSBÁNTALMAZÁS ÉS ELHANYAGOLÁS

- Fizikai, szexuális, lelki bántalmazás;
- Pénzügyi, gazdasági kihasználás;
- Elhanyagolás;
- Az önelhanyagolás;
- Intézményes bántalmazás;
- Szükségtelen orvosi beavatkozások;
- Az információ hiánya;
- Konkrét bántalmazás;

A MÉLTÓ IDŐSKOR BIZTOSÍTÁSA TÁRSADALMI FELADAT

- Az időskori bántalmazás megelőzésében és kezelésében fontos az idős ember döntéseinek tiszteletben tartása, társadalmi attitűdök fejlesztése, a bántalmazás jeleinek észlelése.
- Több és sajátos igényekre fókuszáló áldozatvédő intézményre lenne szükség, mint pl. menedékház, telefonos segélyszolgálat.
- Az elkövetők kezelésére megfelelő programokra, ill. olykor jogi lépésekre van szükség.

LÉLEKTANI KRÍZIS

A krízisállapot

- akkor alakulhat ki, amikor az érintett:
 - kénytelen a lélektani egyensúlyát veszélyeztető körülményekkel szembenézni
 - ezeket a helyzeteket sem elkerülni, sem megoldani nem tudja.
- szakaszai:
 - készenlét,
 - küzdelem,
 - kapkodás,
 - összeomlás

HETEROAGRESSZÍV VESZÉLYEZTETETTSÉG

A feszültség csökkentésének 10 lépése agitált beteg ellátása során:

- Figyeljünk a személyes tér tiszteletben tartására!
- Kerüljük a provokációt!
- Kezdeményezzünk szóbeli kommunikációt!
- Tömör, egyértelmű beszédre törekedjünk!
- Nevezzük meg az érzéseket és az elérendő célokat!
- Figyelmesen hallgassuk meg, amit a beteg mond!
- Keressük meg, miben tudunk egyetérteni a beteggel.
- Fektessük le a szabályokat, jelöljük ki egyértelmű határokat!
- Javasoljunk választási lehetőségeket !
- Az eseményt követően fordítsunk figyelmet az esetleg megingott terápiás kapcsolat helyreállítására!

AGRESSZÍV BETEG ELLÁTÁSA

Parenterális gyógyszeradás indikációi

- együttműködés hiánya,
- veszélyeztető magatartás,
- gyors gyógyszerhatási igény (elsősorban iv. benzodiazepin).
- Leggyakrabban alkalmazott szerek:
benzodiazepin (clonazepam) iv. és/vagy
antipszichotikum (haloperidol) im.

KOCKÁZATBECSLÉS ÉS -KEZELÉS EGYES FŐBB KÓRKÉPEK SZERINT

Szkizofrénia, egyéb pszichózisok:

Rizikófaktorok:

- öngyilkosság kockázata: 5-13%
- heteroagresszió kockázata: hozzátartozók 30,5%
- önelhanyagolás kockázata

Protektív faktorok:

- kiegyensúlyozott családi kapcsolat,
- jó munkahely,
- jó szociális helyzet, stb.
- nincs speciális

Prevenció!

KOCKÁZATBECSLÉS ÉS -KEZELÉS EGYES FŐBB KÓRKÉPEK SZERINT

Hangulatzavarok:

Öngyilkossági rizikófaktorok:

a kezeletlen súlyos depressziós betegek 15-20%-a követ el szuicídiumot.

A szuicid magatartás az esetek 60-87 %-ában súlyos major depressziós epizódban, míg 10-15%-ban diszfóriás mániában észlelhetők és csak rendkívül ritkán figyelhetők meg eufóriás mániában és a depresszió vagy a diszfóriás mánia gyógyulása után.

HANGULATZAVAROKBAN FELTÁRTHATÓ SZUICID RIZIKÓFAKTOROK ILL. PROTEKTÍV FAKTOROK:

Rizikó faktorok:

- A depressziós betegség megelőző lefolyásával kapcsolatos szuicid rizikófaktorok:
 - korábbi szuicid kísérlet (violens),
 - korai betegségkezdés,
 - rapid ciklusú lefolyás, stb.
- Személyiségjellemzőkkel összefüggő szuicid rizikófaktorok:
 - agresszív,
 - impulzív személyiségvonások stb.

Protektív faktorok:

Az akut és hosszútávú antidepresszív gyógyszeres kezelésben részesülő betegek öngyilkossági halálozása kb. 80 százalékkal csökken.

HANGULATZAVAROK GYÓGYSZERES TERÁPIÁJA

- Unipoláris depresszió esetén az antidepresszív terápiát célszerű szorongásoldóval kiegészíteni a teljes hatás elérése céljából.
- Bipoláris betegnél az antidepresszívum hangulatstabilizátorral (pl. lítium, carbamazepin) való kombinálása kötelező!

KOCKÁZATBECSLÉS ÉS -KEZELÉS EGYES FŐBB KÖRKÉPEK SZERINT

Szorongásos és stresszhez társuló zavarok

Rizikófaktorok:

- *Öngyilkossági* kockázat: A szorongás az egyik legjelentősebb öngyilkossági rizikó.
- *heteroagresszió* kockázata: A szorongásos zavarokkal élők körében gyakrabban fordul elő violens viselkedés, mint az átlag populációban.
- *önelhanyagolás* kockázata: Különösen az agorafóbia, a szociális fóbia és az OCD esetén

Protektív faktorok:

az alap- és társbetegségek adekvát kezelése, jó családi, illetve szociális támogatás, vallásosság, rendszeres fizikai aktivitás, sportolás.

KOCKÁZATBECSLÉS ÉS -KEZELÉS EGYES FŐBB KÖRKÉPEK SZERINT

Addikciók:

- A szerrel közvetlen kapcsolatban lévő kockázatok: túladagolás kockázata, a bevitel módjával összefüggő kockázatok magatartásváltozás, megvonás.
- Önkárosítás: öngyilkosság, testi betegség, pszichiátriai megbetegedések; szociális-, egzisztenciális-, életvezetési problémák.
- Otthon, család veszélyeztetése: nemkívánt terhesség, szerhasználat terhesség során; gyermek, (házas)társ
- Környezet veszélyeztetése: forgalomban részvétel; munkavégzés.

KOCKÁZATBECSLÉS ÉS -KEZELÉS EGYES FŐBB KÓRKÉPEK SZERINT

Demenciák, organikus és időskori pszichiátriai kórképek

Rizikófaktorok:

A mindennapi teendők elvégzésénél érhető tetten különböző a leépülési folyamatokat megkönnyítő kompenzációs stratégiák.

Részvétel közúti forgalomban – vezetés

Jogi vonatkozások!

KOCKÁZATBECSLÉS ÉS -KEZELÉS EGYES FŐBB KÓRKÉPEK SZERINT

Neurodevelopmentális zavarok

Autizmus spektrum zavar (ASD)

- Szuicídium rizikófaktora: a szuicid gondolatok (66%) és a szuicid kísérletek (34%) élettartam prevalenciája
- Erőszakos cselekmények rizikófaktora: nincs rá bizonyíték

Figyelemhiányos hiperaktivitás zavar

- Szuicídium rizikófaktora: Az ADHD-s felnőttek 16%-a számolt be korábbi öngyilkossági kísérletről
- Erőszakos cselekmények rizikófaktora: A börtönökben pedig az átlag populációban megfigyelhetőnél kb. 10-szer gyakoribb (25-30%) az ADHD előfordulása

KOCKÁZATBECSLÉS ÉS -KEZELÉS EGYES FŐBB KÓRKÉPEK SZERINT

Személyiségzavarok:

A különböző személyiségzavaroknál előfordulhat mind suicidium (pl. borderline), mind heteroagresszív (pl. antiszociális) magatartás is, de bizonyos esetekben az auto- és heteroagresszív megnyilvánulás egyidőben is jelen lehet.

KOCKÁZATBECSLÉS ÉS -KEZELÉS EGYES FŐBB KÓRKÉPEK SZERINT

Lelki és testi komorbiditás

- A hangulat és szorongásos zavarok szomatikus komorbiditása - A két betegség együttes megjelenése jelentősen növeli a morbiditási és mortalitási rizikót.
- Komorbiditás és öngyilkossági rizikó krónikus testi betegségekben- Az öngyilkossági kockázatot leginkább a neurológiai és a daganatos betegségek fokozzák.

KÖSZÖNÖM A FIGYELMET!

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Regionális
Fejlesztési Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE