



 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



JORNADA DE DEBAT EN GESTIÓ CLÍNICA:
DEPRESSIÓ

CAMFiC, 25 de març de 2014

Coordinació: Grup de Gestió CAMFiC i Societat Catalana de Gestió Sanitària

Taula 2: Importància del tractament als pacients depressius

Diego J Palao Vidal

Professor associat de psiquiatria. UAB

Director executiu de Salut Mental.

Parc Taulí Sabadell- Hospital Universitari (Barcelona)



Taula de debat 2: Importància del tractament als pacients depressius

- 1. Depressió: Normal o no normal?**
- 2. Actuació farmacològica o altres actuacions?**
- 3. Risc de Suïcidi?**
- 4. Compartim pacients entre nivells assistencials?**

Taula de debat 2: Importància del tractament als pacients depressius

- 1. Depressió: Normal o no normal?**
2. Actuació farmacològica o altres actuacions?
3. Risc de Suïcidi?
4. Compartim pacients entre nivells assistencials?



Què es una conducta anormal?

Hi han 3
definicions de
conducta
anormal...

Criteris objectius: a) estadísticament infreqüent; b) simptomatològic; c) violació normes socials; d) legal. Quan el comportament d'una persona es torna clarament desviat i escandalós, tindrà més probabilitats de ser qualificat com "anormal"

Trastorno subjectiu la persona te la impressió personal (**insigth**) de si està o no desadaptada, li produeix patiment (**algedonic**) o indueix **demanda d'ajuda**...

Discapacitat o disfunció: la conducta que es considera anormal, ha de crear un cert grau d'incapacitat social, laboral o per les relacions interpersonals del subjecte

Trastorno Mental en el DSM-IV-TR (APA, 1980; sin cambios desde DSM-III):

1. Se conceptualiza como un síndrome o patrón comportamental clínicamente significativo que se produce en un individuo y que se asocia con **malestar presente o discapacidad** o con un **riesgo significativamente mayor de sufrimiento, muerte, dolor, discapacidad, o de una pérdida importante de la libertad**.
2. Además, este síndrome o patrón, **no debe ser meramente una respuesta esperable y culturalmente aceptada a un acontecimiento particular** (p.e. ejemplo, la muerte de un ser querido).
3. Cualquiera que sean los factores causales que lo originan, en la actualidad debe ser considerada como **manifestación individual** de una disfunción comportamental, psicológica o biológica.
4. Ni el comportamiento social desviado (p.e. político, religioso o sexual), ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a menos que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.



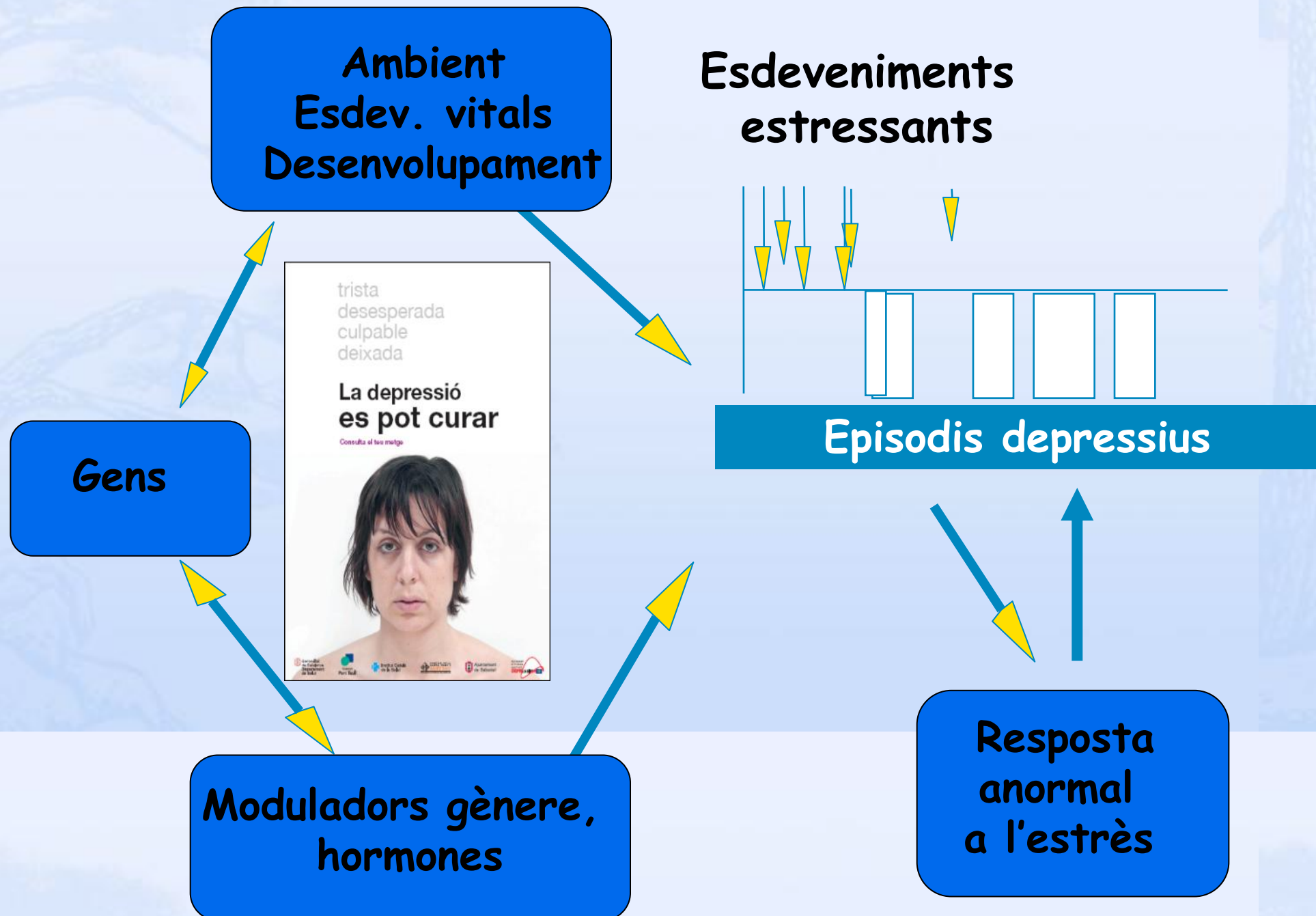
Hi ha evidència empírica per
aquest límit?

**Això significa que no existeixen aquestes
muntanyes?**

El diagnòstic es un tipus de categorització experta i que aporta valor al procés:



Les malalties complexes es caracteritzen per la interacció entre la vulnerabilitat biològica i la seva interacció amb els factors ambientals



Depressió: Normal o no normal?

DSM-5: diagnòstic de Depressió Major

- **Categoria diagnòstica específica, patró clínic estable, identificable amb nivells de fiabilitat i validesa inter-avaluador acceptables**
- **Utilitat pràctica per a fins específics:**
 - **gestió sanitària**
 - **tractament adequat en base a proves**
 - **avaluació de resultats**



"Yes, they're all fools, gentlemen . . . But the question remains, 'What kind of fools are they?'"

THE GLOBAL BURDEN OF DISEASE

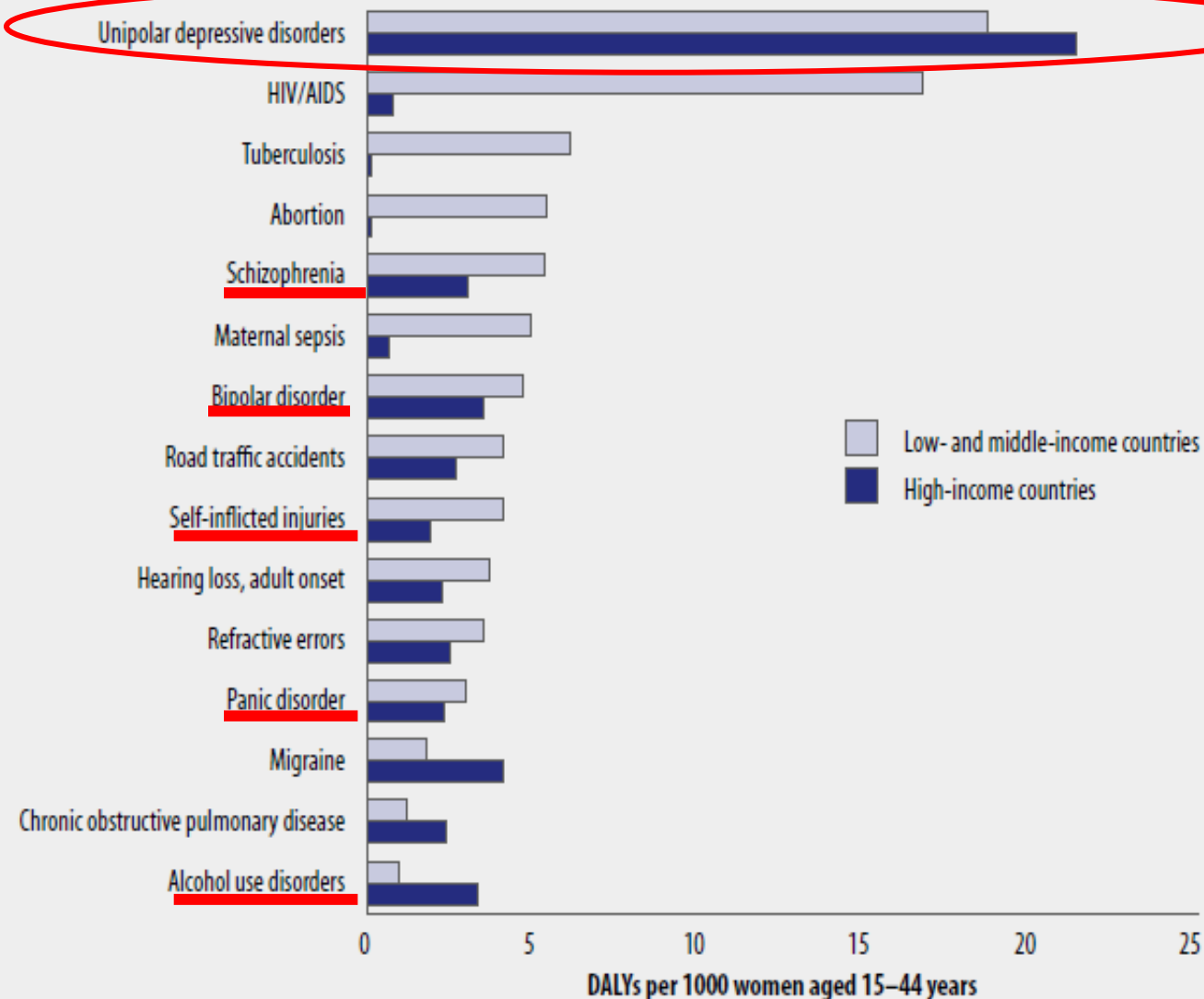
2004 UPDATE

© World Health Organization 2008

Table 14: Leading causes of burden of disease (DALYs) by WHO region, 2004

Disease or injury	DALYs (millions)	Per cent of total DALYs
<i>European Region</i>		
1 Ischaemic heart disease	16.8	11.1
2 Cerebrovascular disease	9.5	6.3
3 Unipolar depressive disorders	8.4	5.6
4 Alcohol use disorders	5.0	3.3
5 Hearing loss, adult onset	3.9	2.6
6 Road traffic accidents	3.7	2.4
7 Trachea, bronchus, lung cancers	3.3	2.2
8 Osteoarthritis	3.1	2.1
9 Cirrhosis of the liver	3.1	2.0
10 Self-inflicted injuries	3.1	2.0

Figure 23: Leading causes of disease burden for women aged 15–44 years, high-income countries, and low- and middle-income countries, 2004



Original

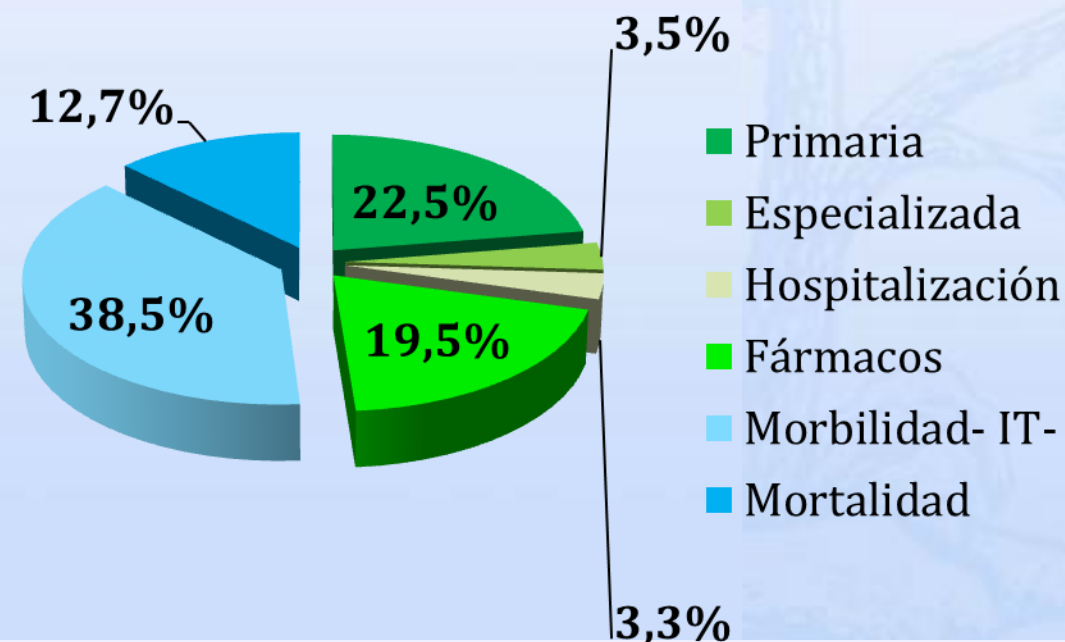
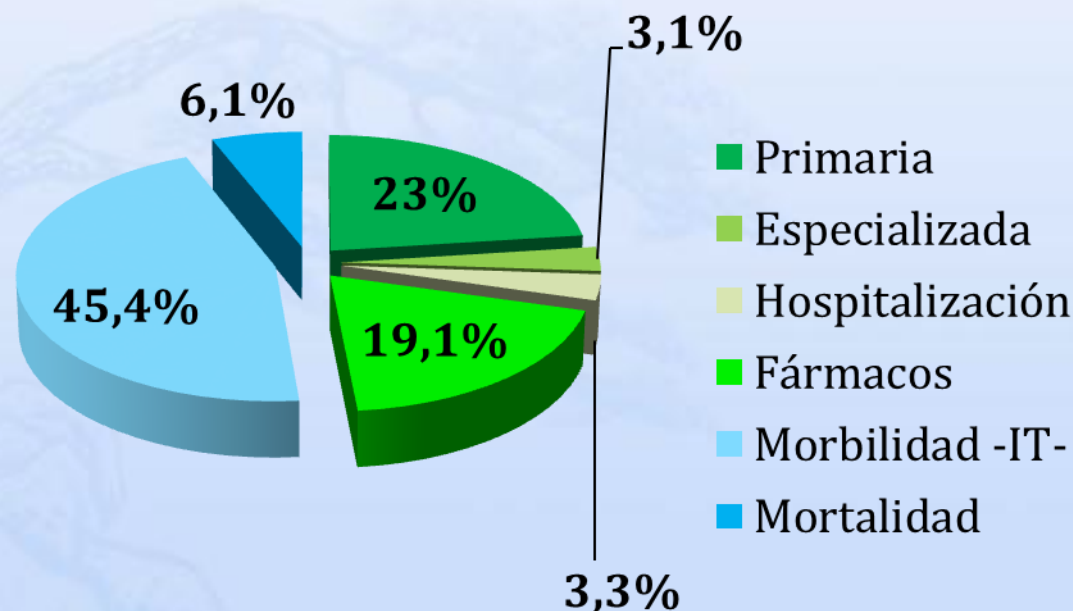
El coste social de la depresión en la ciudad de Sabadell (2007-2008)

Montserrat Pamias Massana^{a,b}, Carlos Crespo Palomo^{c,d,*}, Ramón Gisbert Gelonch^{d,e}
y Diego J. Palao Vidal^{a,b} Gac Sanit. 2012;26:153-8.

Coste Depresión Sabadell 2007



Coste Depresión Sabadell 2008



■ Primaria
■ Especializada
■ Hospitalización
■ Fármacos
■ Morbilidad -IT-
■ Mortalidad

■ Primaria
■ Especializada
■ Hospitalización
■ Fármacos
■ Morbilidad -IT-
■ Mortalidad

Coste TOTAL: 18.875.845 €/año

Costes Directos = 9.155.620 € /año (48,5%)

Costes Indirectos = 9.720.255 € /año (51,5%)

Coste per capita: 92,29 €/año

Población 2007: 207.543 personas.

Coste TOTAL: 19.068.247 €/año

Costes Directos = 9.304.706 € /año (48,8%)

Costes Indirectos = 9.763.543 € /año (51,2%)

Coste per capita: 91,44 €/año

Población 2008: 208.541 personas.

Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP)

Soc Psychiat Epidemiol (2010) 45:201–210

Antoni Serrano-Blanco · Diego J. Palao · Juan V. Luciano · Alejandra Pinto-Meza ·
Leila Luján · Ana Fernández · Pere Roura · Jordan Bertsch ·
Mercè Mercader · Josep M. Haro

TRASTORNOS MENTALES	Prevalencia año % [IC 95%]	Prevalencia vida % [IC 95%]
Episodio depresivo mayor	9,60 [8,00 - 11,19]	29,91 [26,83 - 33,00]
T. de angustia con o sin agorafobia	7,00 [5,81 - 8,19]	8,81 [7,52 - 10,11]
Fobia específica	6,65 [5,03 - 8,27]	7,05 [5,38 - 8,73]
Agorafobia sin historia de t. angustia	3,48 [2,45 - 4,51]	3,97 [2,95 - 4,99]
Dependencia / abuso de sustancias	3,21 [2,50 - 3,93]	
Distimia	3,09 [2,20 - 3,98]	
Trastorno adaptativo (cualquiera)	2,94 [2,10 - 3,77]	
Fobia social	1,90 [1,00 - 2,81]	1,99 [1,09 - 2,88]
Trastorno bipolar	0,75 [0,43 - 1,07]	
Trastorno obsesivo-compulsivo	0,62 [0,29 - 0,94]	
Cualquier trastorno cta. alimentaria	0,64 [0,34 - 0,93]	
Trastorno de ansiedad generalizada	0,14 [0,00 - 0,29]	5,15 [3,19 - 7,10]
Cualquier Trastorno Mental	29,52 [26,51 - 32,54]	45,06 [41,55 - 48,57]



The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010

Margalida Gili^{1,2}, Miquel Roca^{1,2}, Sanjay Basu^{3,4,5}, Martin McKee⁵, David Stuckler^{5,6}

Incremento relativo de los trastornos mentales en 2006 y 2010

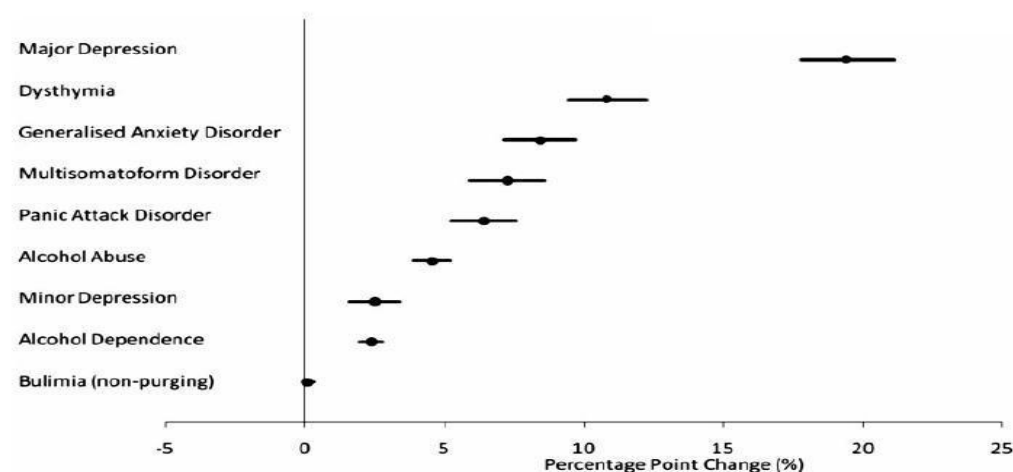
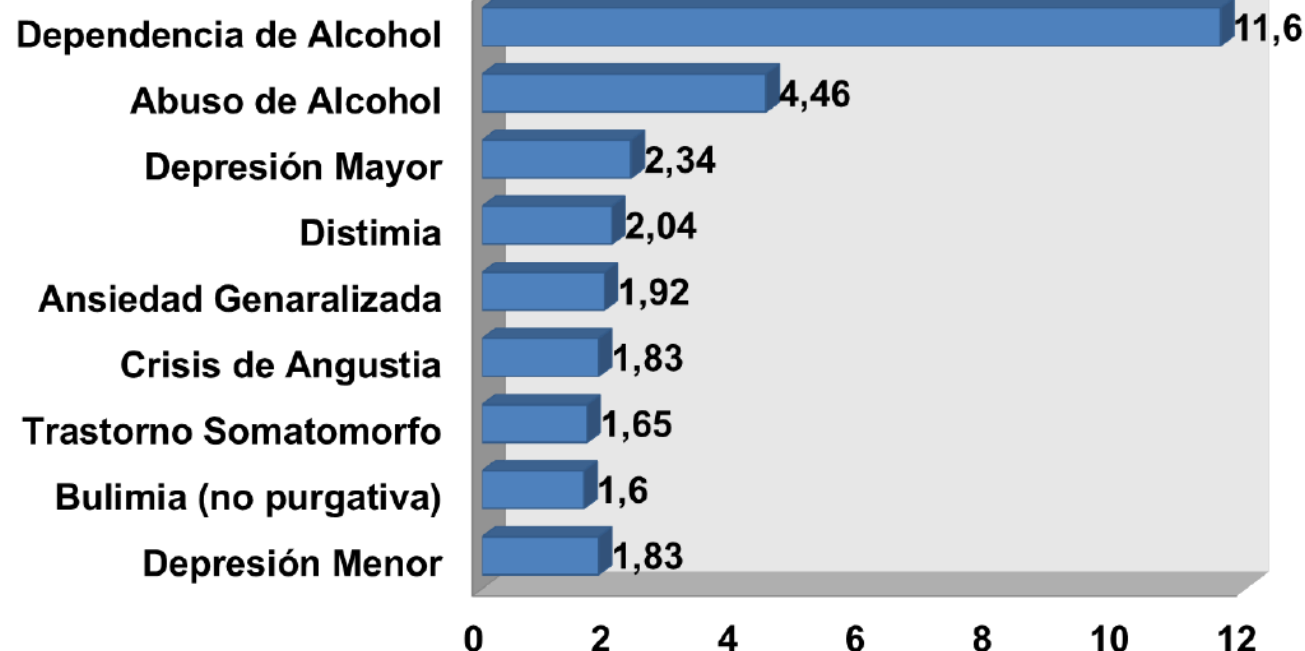


Figure 1 Percentage point increase in diagnoses of mental health disorders among primary care attendees, Spain, 2006–10. Results presented from nine linear probability models used to estimate the changes between 2010 and 2006 with a dummy variable (year 2006 = 0; 2010 = 1). 95 % confidence intervals presented as line intervals. All models are adjusted for potential confounding changes in the surveyed sample, including age, sex, marital status, educational attainment and urban residence. All results are significant at $P < 0.0001$ except Bulimia ($P = 0.172$). See Supplementary Appendix 3 for full tabular results of 27 unadjusted and adjusted models

La Depressió “NO NORMAL”:

- 1. Alta prevalença: 13% europeus (Prevalença vida a Europa; ESEMeD, 2004).**
- 2. Responsable del 6% dels AVAD's el 2004 Europa (Anys de Vida Perduts Ajustats per Discapacitat). Principal causa de pèrdua de productivitat laboral (absentisme, "presentisme") i amb una tendència cronicitat (> 7 vegades dies d'IT vs NO deprimits; aprox. un 25% del total de dies perduts enfront del 18% malalties cardiovasculars i 12% la diabetis).**
- 3. Els pacients deprimits no accedeixen fàcilment als tractaments més adients (Kessler et al, 2003; Fernández et al, 2010).; alta comorbiditat amb malalties cròniques, empitjorant el pronòstic al comprometre l'auto-cura i els hàbits de vida saludable (exercici, alimentació...).**
- 4. Depressió: malaltia mental amb una associació més estreta al risc de suïcidi (30-90% dels 11 per 100.000 europeus que moren per suïcidi tenien Depressió) (Isometsä et al, 2002; Yoshimasu et al, 2008).**

Taula de debat 2: Importància del tractament als pacients depressius

1. Depressió: Normal o no normal?
- 2. Actuació farmacològica o altres actuacions?**
3. Risc de Suïcidi?
4. Compartim pacients entre nivells assistencials?

Depressió en Atenció Primària

- * La depressió és més freqüent en atenció primària que qualsevol altra condició, excepte la hipertensió (6-10% dels pacients en un consultori d'atenció primària pateixen un trastorn depressiu tractable) (Serrano et al, 2010).
- * Els Metges d'AP només diagnostiquen i/o registren la depressió en el 20% dels seus pacients deprimits (Fernández et al, 2010) ... això moltes vegades es tradueix en retard en l'inici del tractament, així com una despesa innecessària en procediments diagnòstics per a donar resposta a les queixes somàtiques.
- * A Catalunya almenys un **45% dels pacients deprimits NO REBEN** un tractament adequat (Fernández et al, 2010). Un 75% dels suïcides no accedeixen a l'atenció especialitzada (Parra et al, no publicat)

Adaptació al model sanitari català de la Guia de Pràctica Clínica sobre maneig de la Depressió Major en l'adult

Pla Director de Salut Mental i Addiccions
Direcció General de Planificació i Avaluació
Departament de Salut
Març 2010

Cristina Molina Parrilla
Pla Director de Salut Mental i
Addiccions.

Elena Calvo Valencia
Gabinet Tècnic
Direcció General de
Planificació i Avaluació

Adaptació al model sanitari català de la
guia de pràctica clínica sobre el maneig
de la depressió major en l'adult

CT17/2010

COORDINACIÓ TÈCNICA

Maria Jesus Pueyo Sánchez
Gabinet Tècnic
Direcció General de Planificació i
Avaluació

AUTORS

Diego José Palao Vidal
Psiquiatra
Corporació Sanitària Parc Taulí

Victor Pérez
Psiquiatra
Hospital de Sant Pau

Enric Aragonés Benaiges
Metge de família
Centre d'Atenció Primària de Constantí .
Institut Català de la Salut.
Grup de salut mental de la CAMFIC

Immaculada Jódar Ortega
Psicòloga Clínica
Fundació Privada Hospital de Mollet

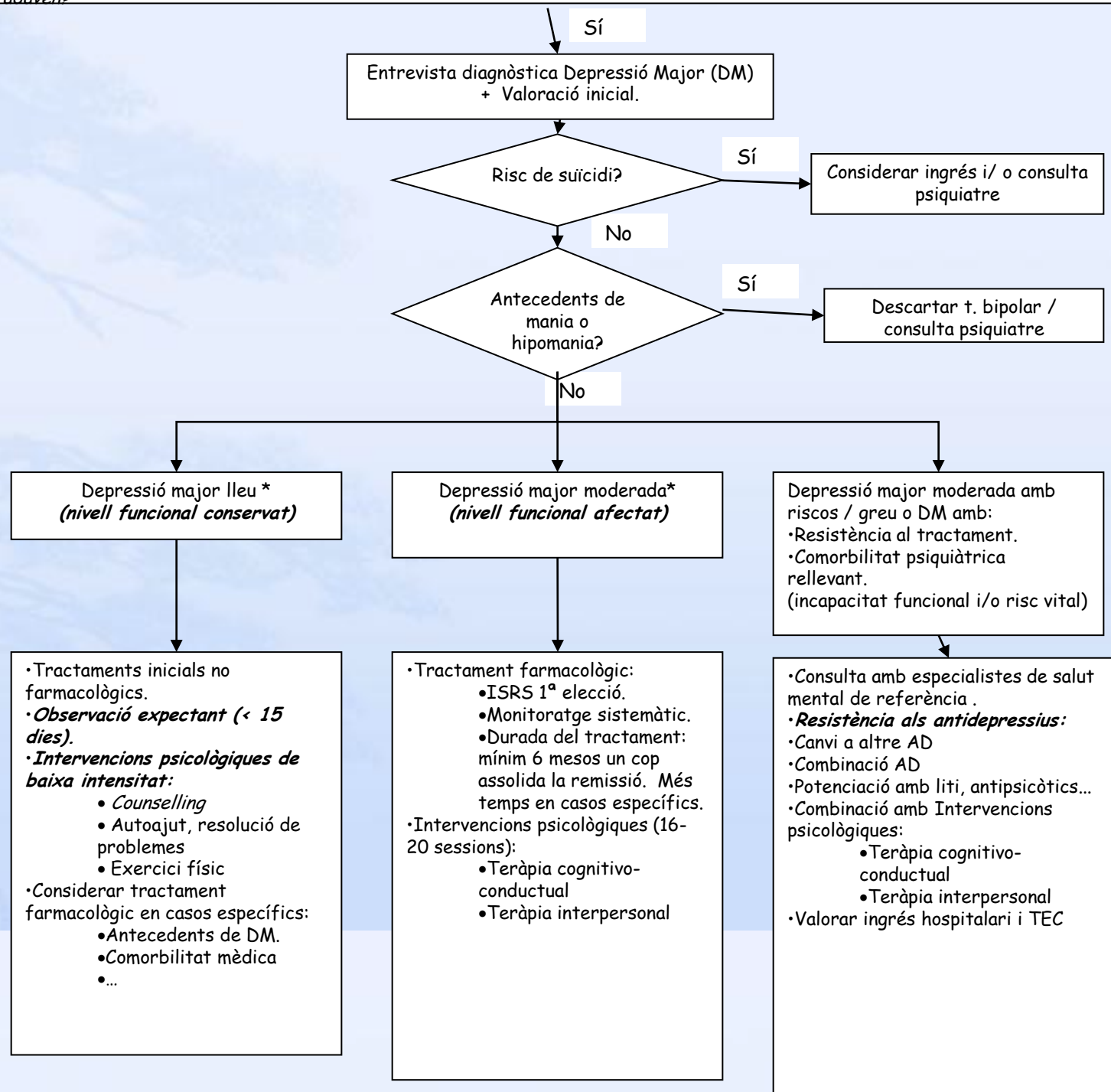
COL·LABORADORS

Oriol Solà-Morales Serra
Agència d'Avaluació de Tecnologia i
Recerca Mèdiques

•Pacient amb símptomes emocionals, psicològics i/o conductuals que provoquen disfunció significativa en una o més àrees de la seva vida (família, treball o acadèmica...) i que **en les dues darreres setmanes:**

S'ha sentit particularment trist, decaigut/a, quasi tot el temps, al llarg del dia i això quasi tots els dies?

Ha tingut, quasi tot el temps, el sentiment de no tenir ganes de res, d'haver perdut l'interès o el plaer en coses que habitualment li agradaven?



*Si no hi ha resposta en 2-4 setmanes reavaluar diagnòstic i compliment terapèutic i seguir recomanacions GPC.
Si no hi ha resposta en 6-8 setmanes realitzar interconsulta amb especialista referent de salut mental (Cartera de Serveis de salut mental en atenció primària).

Procés terapèutic

Criteris de decisió terapèutica

- ✿ Episodis previs
- ✿ Gravetat de l'episodi actual
- ✿ Comorbiditat

Depressió lleu



**Depressió
moderada o greu**



No

Depressió major lleu*
(nivell funcional conservat)

Depressió major moderada*
(nivell funcional afectat)

Depressió major moderada amb riscos / greu o DM
amb:
• Resistència al tractament.
• Comorbiditat psiquiàtrica rellevant.
(incapacitat funcional i/o risc vital)

- Tractaments inicials no farmacològics.
- *Observació expectant (< 15 dies).*
- *Intervencions psicològiques de baixa intensitat:*
 - *Counselling*
 - Autoajut, resolució de problemes
 - Exercici físic
- Considerar tractament farmacològic en casos específics:
 - Antecedents de DM.
 - Comorbiditat mèdica
 - ...

- Tractament farmacològic:
 - ISRS 1^a elecció.
 - Monitoratge sistemàtic.
 - Durada del tractament: mínim 6 mesos un cop assolida la remissió. Més temps en casos específics.
- Intervencions psicològiques (16-20 sessions):
 - Teràpia cognitivo-conductual
 - Teràpia interpersonal

- Consulta amb especialistes de salut mental de referència .
- *Resistència als antidepressius:*
 - Canvi a altre AD
 - Combinació AD
 - Potenciació amb liti, antipsicòtics...
- Combinació amb Intervencions psicològiques:
 - Teràpia cognitivoconductual
 - Teràpia interpersonal
- Valorar ingrés hospitalari i TEC

*Si no hi ha resposta en 2-4 setmanes reavaluar diagnòstic i compliment terapèutic i seguir recomanacions GPC.

Si no hi ha resposta en 6-8 setmanes realitzar interconsulta amb especialista referent de salut mental (Cartera de Serveis des salut mental en atenció primària).

Tract. no farmacològic

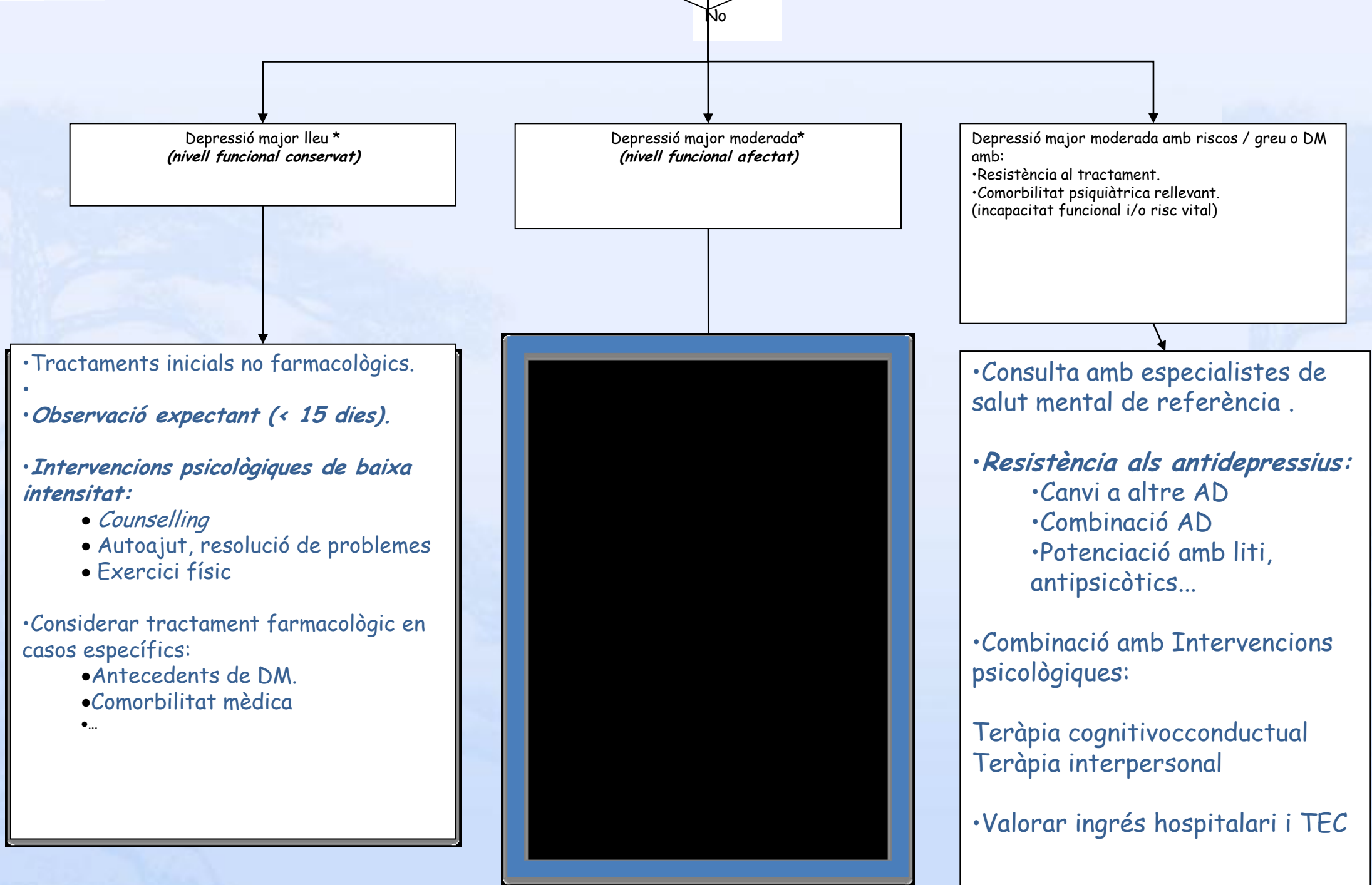
Intervencions psicològiques de baixa intensitat

- * Counselling
- * Psicoeducació
- * Autoajuda
- * Programes d'exercici físic

Considerar fàrmacs

- Antecedent previ
- Comorbiditat discapacitant





*Si no hi ha resposta en 2-4 setmanes reavaluar diagnòstic i compliment terapèutic i seguir recomanacions GPC.

Si no hi ha resposta en 6-8 setmanes realitzar interconsulta amb especialista referent de salut mental (Cartera de Serveis des salut mental en atenció primària).

Selecció fàrmacs

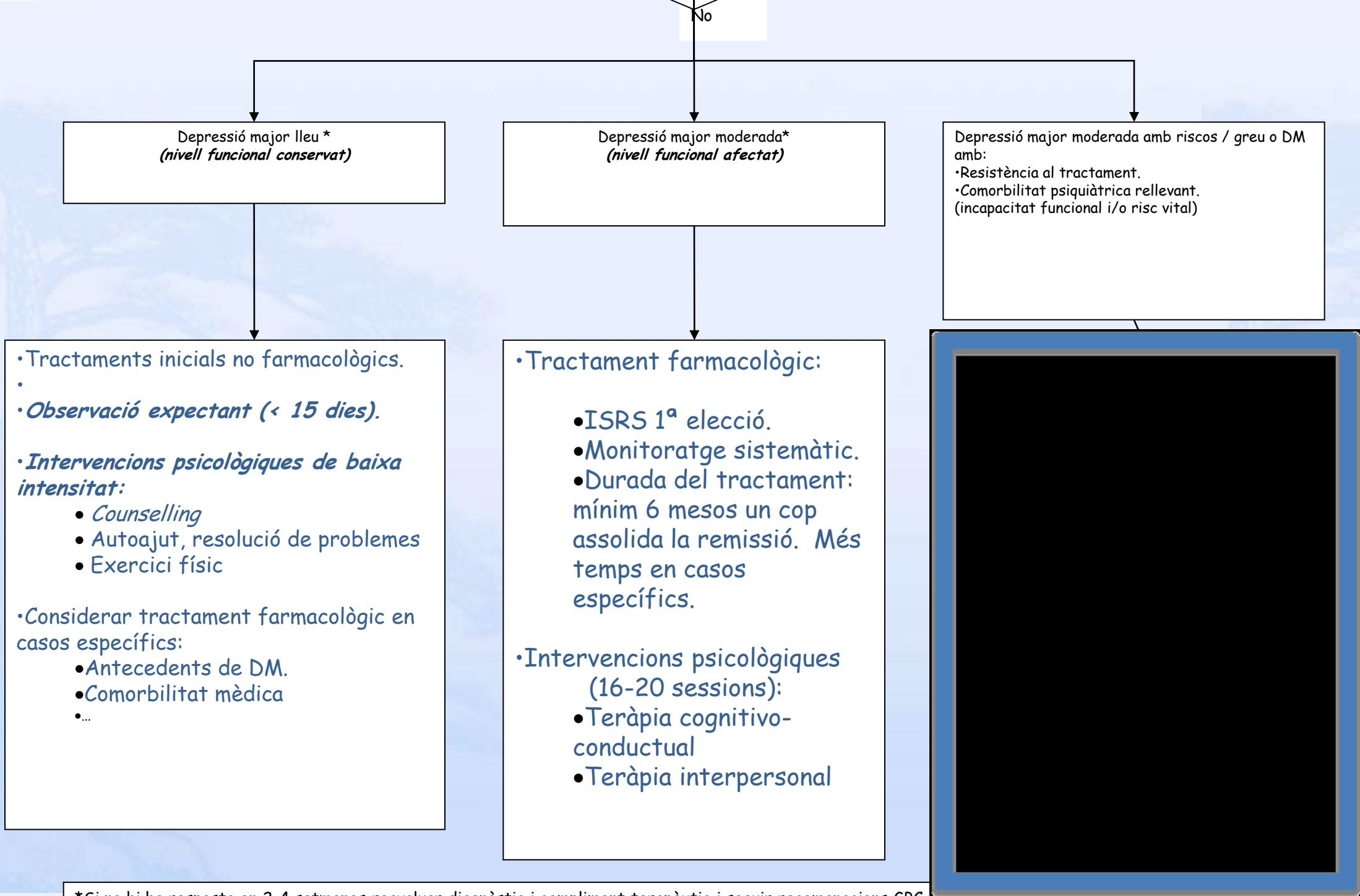
Fàrmacs de primera elecció

- Fluoxetina
- Paroxetina
- Sertalina
- Citalopram



Criteris de selecció

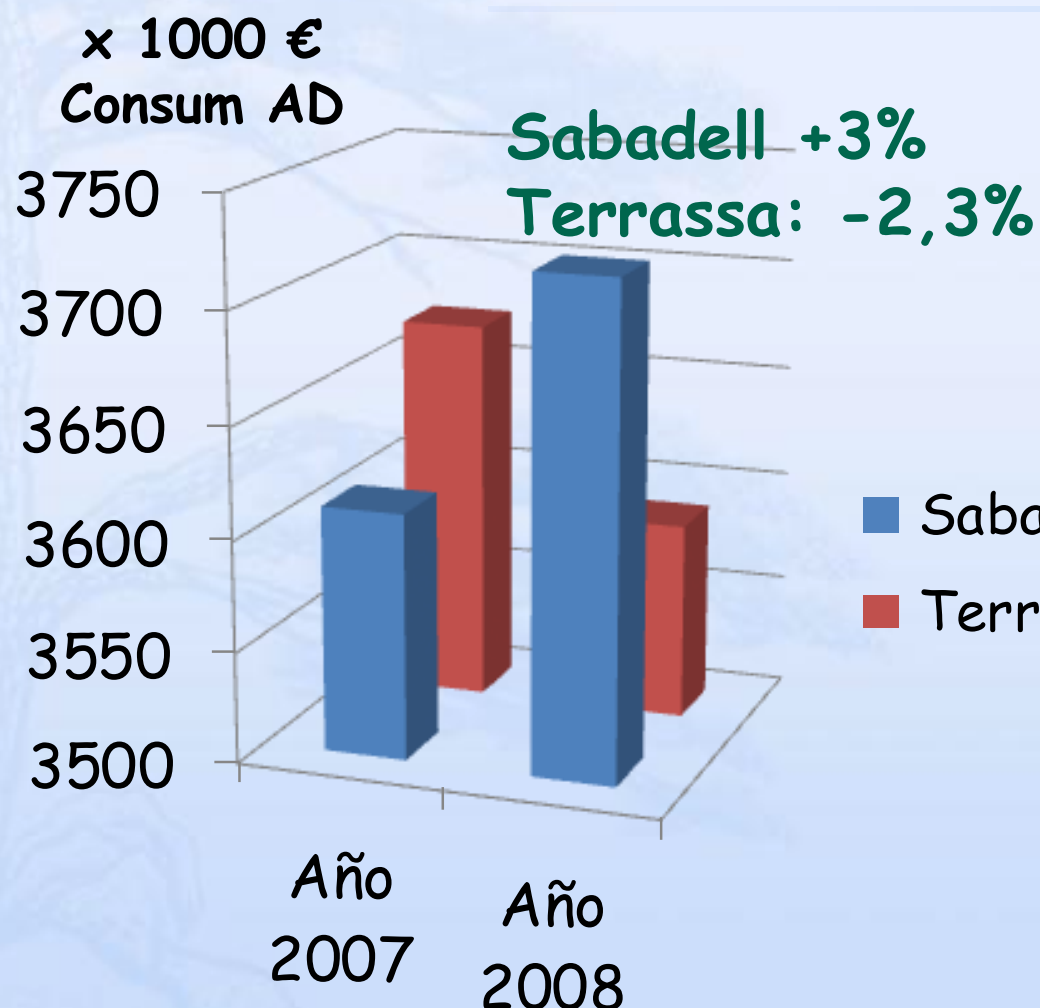
- Resposta anterior antidepressius
- Edat
- Embaràs/lactància
- Comorbiditat: insuf hepàtica, insuf renal, obesitat, enf cardiovascular, deterioro cognitiu, ansietat significativa
- Interaccions medicamentoses: ACO, tamoxifè, antiretrovirals



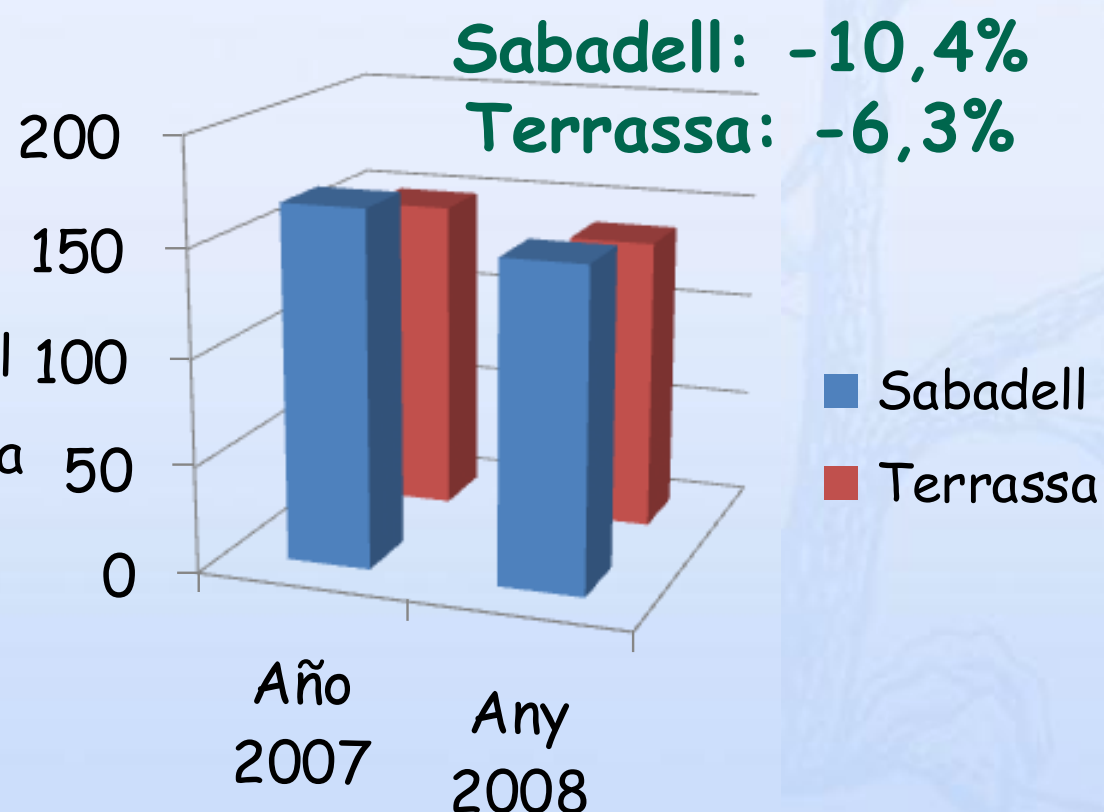
*Si no hi ha resposta en 2-4 setmanes reavaluar diagnòstic i compliment terapèutic i seguir recomanacions GPC.

Si no hi ha resposta en 6-8 setmanes realitzar interconsulta amb especialista referent de salut mental (Cartera de Serveis de salut mental en atenció primària).

Programa Europeu contra la Depressió: Resultats cost- efectivitat



× 1000 días de IT por Depressió



1. Evolució consum Antidepressius
(x 1000 €) (Catalunya: -1.8%)
(2008: +101.347€)

2. Evolución Dies IT
(x 1000 dies): Δ - 4,1%
(2008:- 350.543 €)

3. Cost per temptativa de suïcidi evitada: 3.225 € x any

Original

El coste social de la depresión en la ciudad de Sabadell (2007-2008)

Montserrat Pàmias Massana^{a,b}, Carlos Crespo Palomo^{c,d,*}, Ramón Gisbert Gelonch^{d,e}
y Diego J. Palao Vidal^{a,b} Gac Sanit. 2012;26:153-8.

Tabla 3

Días de incapacidad laboral transitoria y coste asociado¹³

	Año 2007		Año 2008	
	Días	Coste(€)	Días	Coste(€)
Hombres	54.164	3.383.375	48.092	3.048.038
Mujeres	114.779	5.178.587	93.607	4.285.143
Total	168.943	8.561.962	141.699	7.333.181

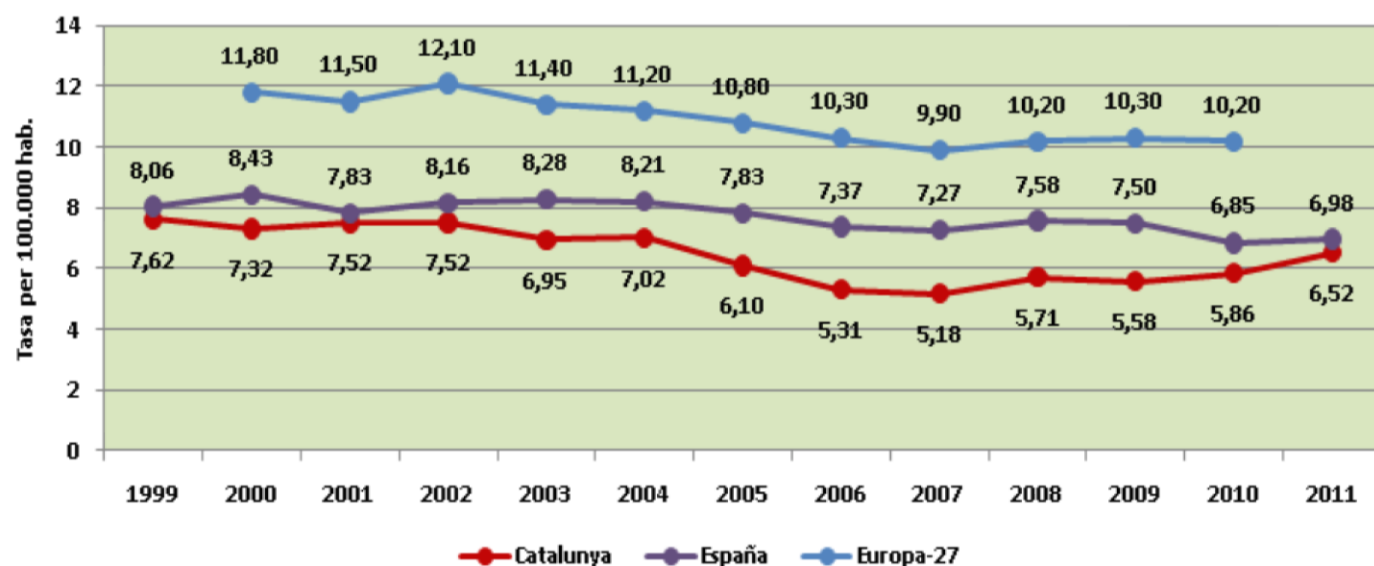
Reducció de cost indirecte per millora de la morbiditat (absentisme per IT associat a Depressió) en 2008: 1.228.782 €

Taula de debat 2: Importància del tractament als pacients depressius

1. Depressió: Normal o no normal?
2. Actuació farmacològica o altres actuacions?
- 3. Risc de Suïcidi?**
4. Compartim pacients entre nivells assistencials?

Mortalitat per suïcidi en Catalunya

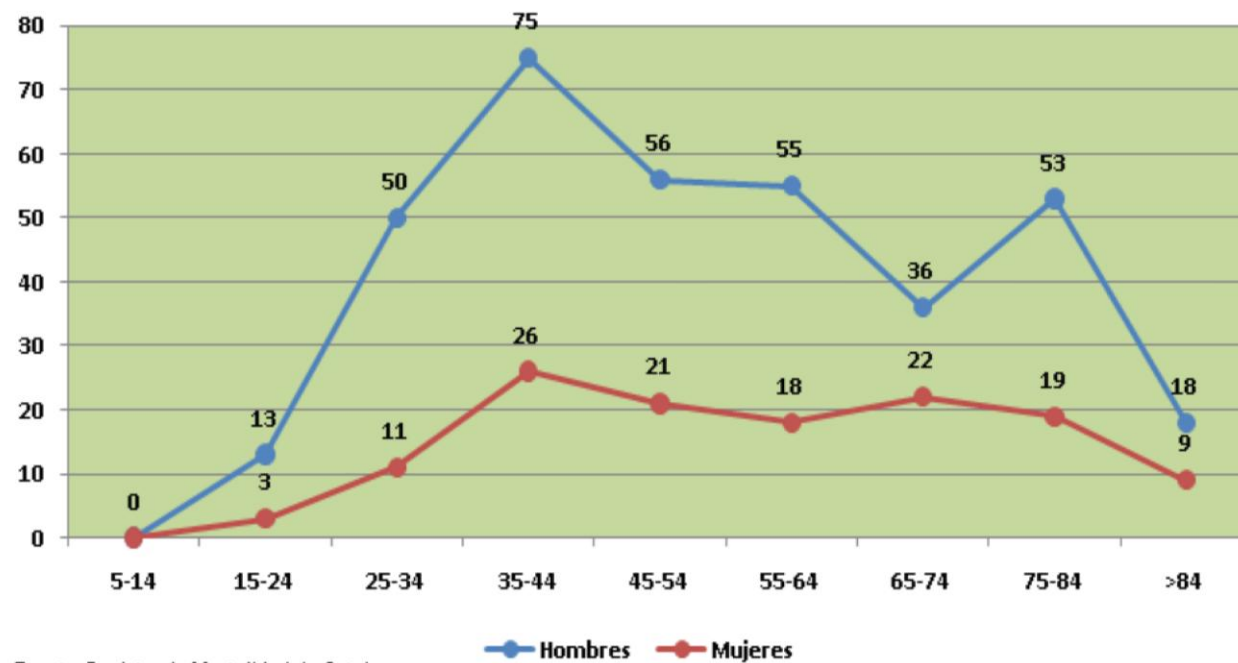
Evolución de la tasa de la mortalidad por suicidio 1999-2011



Fuente: Registro de Mortalidad de Catalunya, Ministerio de sanidad, Eurostat

Es la primera causa de mortalitat en joves de 25 a 45 anys

Número de suicidios consumados (2011)



Fuente: Registro de Mortalidad de Catalunya

Conclusions estudis autòpsies psicològiques

- ✱ «Virtualment tots els suïcides eren malalts mentals...la **malaltia mental** es un component essencial del suïcidi; en les societats occidentals el suïcidi en individus sans es un esdeveniment excepcional».

Barraclough et al, 1973

- ✱ « Mes de 20 estudis d' autòpsies psicològiques han documentat, amb poques excepcions, que la presència de **malaltia mental** es una condició necessària però no suficient en el suïcidi consumat».

Isometsa, 2001

Trastorns Mentals en estudis de autòpsies psicològiques de suïcides:

TRASTORN MENTAL	PREVALÈNÇA (%)
Trastorns Depressius	30-90%
Trastorn Bipolar	0-23%
Esquizofrènia	2-12%
Dependència / Abús Alcohol	15-56%
Trastorns de la personalitat	0-57%
Qualsevol Trastorn Mental	81-100%

Isometsä ET ; Eur Psych, 2002

Meta-anàlisi d'estudis d'autòpsies psicològiques

Factors de risc de suïcidi consumat:

- **Temptatives de suïcidi i autolesions prèvies:**
[OR=16.33; 95% CI=7.5-35.5]
- **Depressió i t. afectius:**
[OR=13.42; 95% CI=8.05-22.37]
- **T. abús d'alcohol i altres substàncies:**
[OR=5.24; 95% CI=3.3-8.3]
- **Viure sol: [OR=2.1; 95% CI=1,5-2,9]**

Environ Health Prev Med (2008) 13:243–256
DOI 10.1007/s12199-008-0037-x

REVIEW

**Suicidal risk factors and completed suicide:
meta-analyses based on psychological autopsy studies**

Kouichi Yoshimasu · Chikako Kiyohara ·
Kazuhisa Miyashita · The Stress Research Group of the Japanese Society for Hygiene

Management of suicidal behaviour: Is the world upside down?

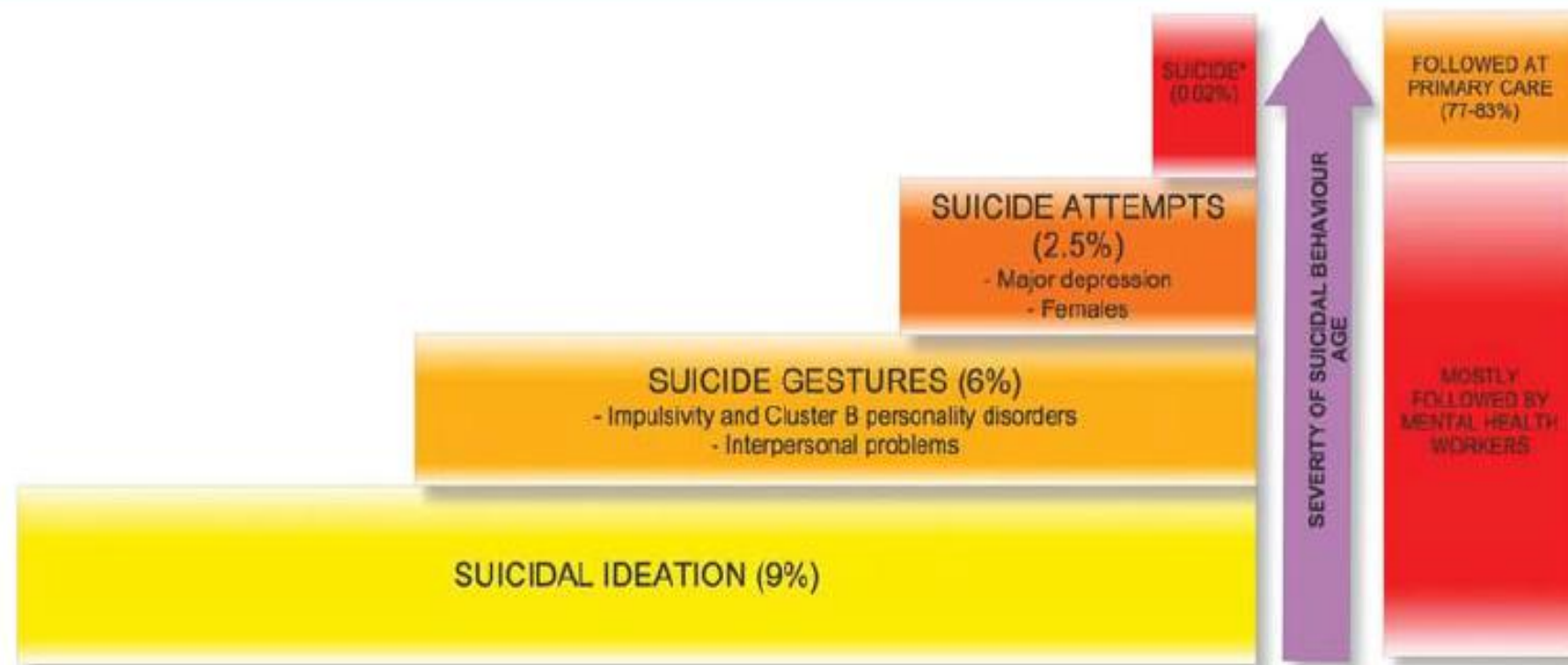
Australian & New Zealand Journal of Psychiatry
1–3
DOI: 10.1177/0004867414525847

© The Royal Australian and
New Zealand College of Psychiatrists 2014
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
anp.sagepub.com



Paula Artieda-Urrutia¹, Isabel Parra Uribe^{2,3}, Gema Garcia-Pares^{2,3},
Diego Palao^{2,3}, Jose de Leon⁴ and Hilario Blasco-Fontecilla^{1,5}

Figure 1. Graphical representation of the different types of suicidal behaviours, and the health setting where the individuals displaying each specific behaviour are followed-up. The graphical representation of rates of suicide completion is not proportional as the prevalence is very low (i.e. 20 suicides per 100,000 or 0.02%). Furthermore, do note that figures represented here are summarizing data from literature, and not data from a single population. Patients who completed suicide are characterized by the presence of somatic disorders, social isolation, alcohol use, narcissistic personality disorder, and male gender.



Research report

Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: Controlled study in a Spanish population

Ana Isabel Cebrià^{a,b,*}, Isabel Parra^{a,b}, Montserrat Pàmias^{a,b}, Anna Escayola^a, Gemma García-Parés^{a,b}, Joaquim Puntí^{a,h}, Andrés Laredo^a, Vicenç Vallès^c, Myriam Caveró^{d,b}, Joan Carles Oliva^g, Ulrich Hegerl^e, Victor Pérez-Solà^{b,f}, Diego J. Palao^{a,b}

^a Department of Mental Health, Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona), Institut Universitari Parc Taulí - Universitat Autònoma de Barcelona, Campus d'Excel·lència Internacional, Bellaterra 08193, Spain

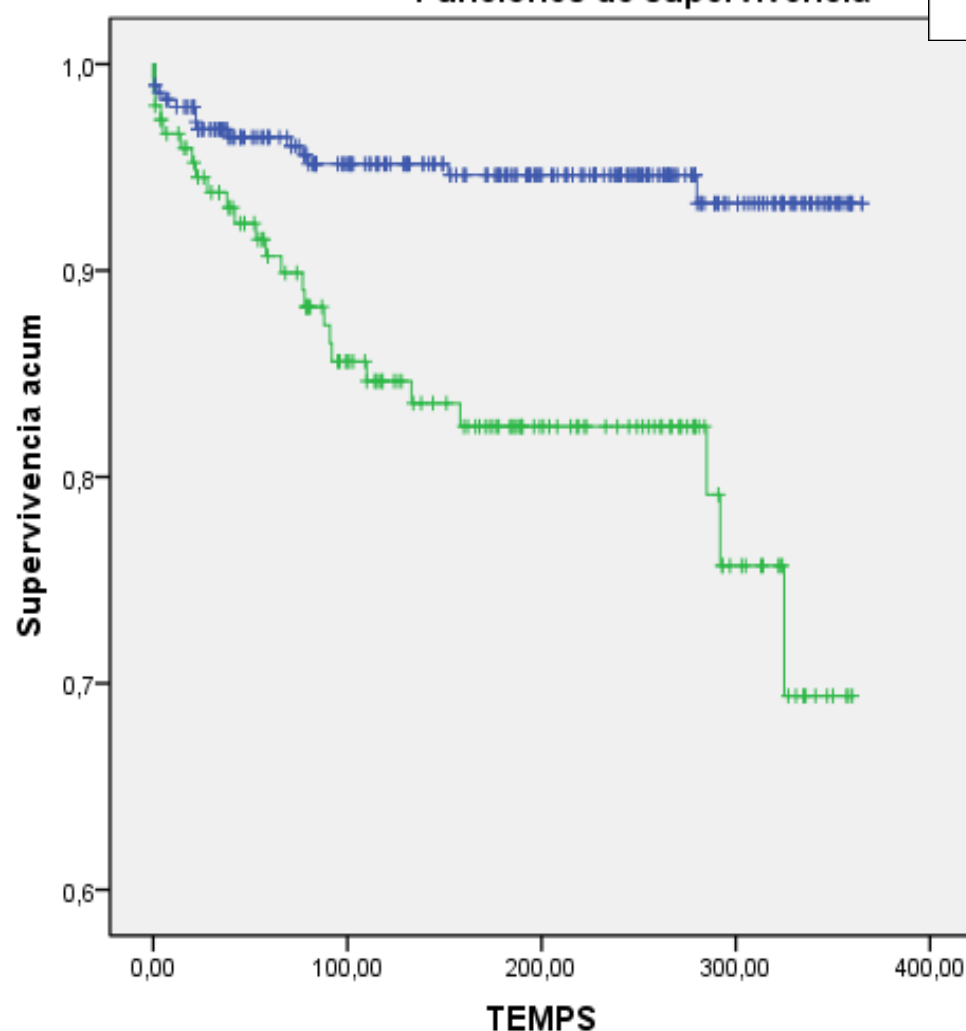
^b Department of Psychiatry and Forensic Medicine, Universitat Autònoma de Barcelona, Spain

^c Department of Mental Health, Consorci Sanitari de Terrassa, Barcelona, Spain

^d CIUTATANY

— SABADELL 2008
— TERRASSA 2008
— SABADELL 2008-censurado
— TERRASSA 2008-censurado

Funciones de supervivencia

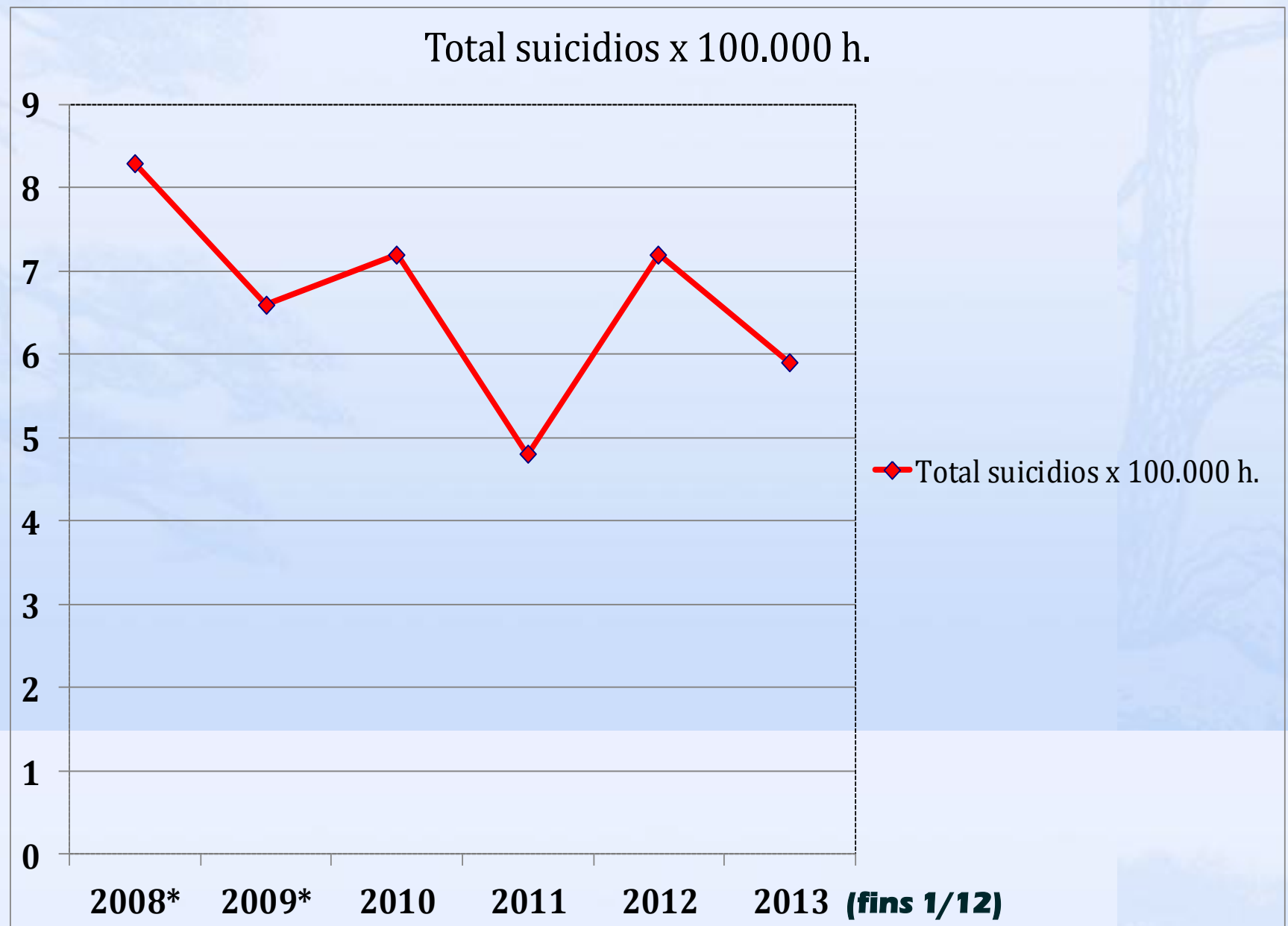


Des de 2007 s'han registrat 3.010 casos de temptatives de suïcidi i han iniciat Programa Gestió Telefònica més del **90%**.

Fins un **70%** dels pacients han finalitzat el seguiment telefònic als 12 mesos

Evolució Taxa de Suïcidis Vallès Occidental Est 2008-2013

Taxa annal de Suïcids al Vallès Occ. Est (Parc Taulí) x 100.000 hab.

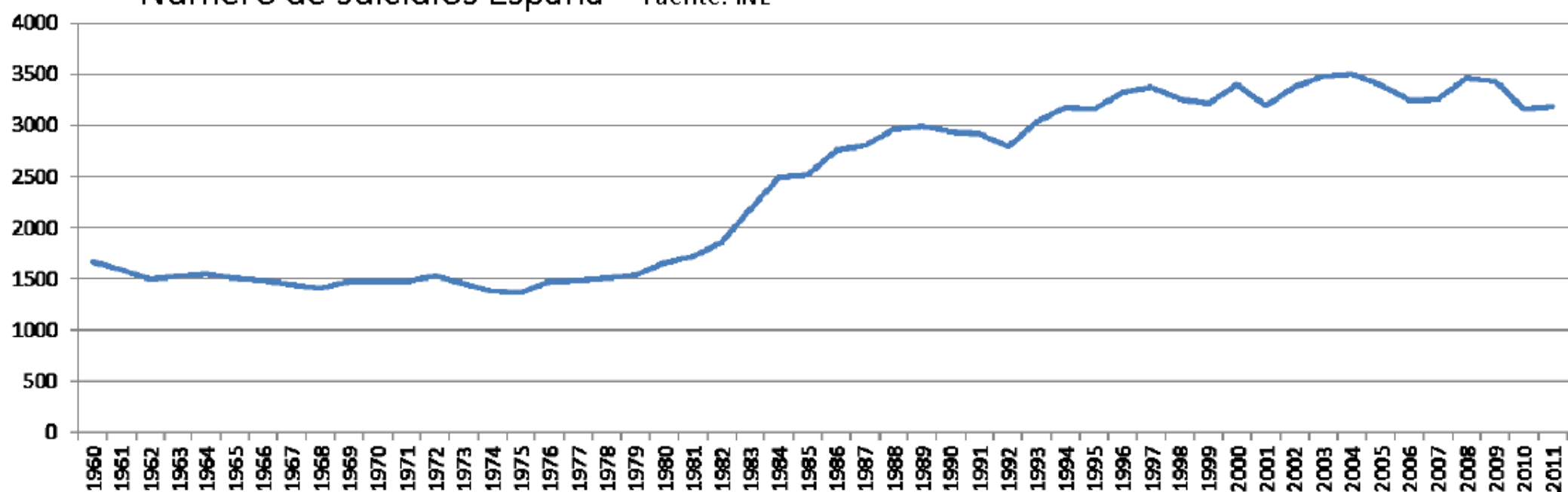


✓ *Fins 2009: 300.667 habitants.

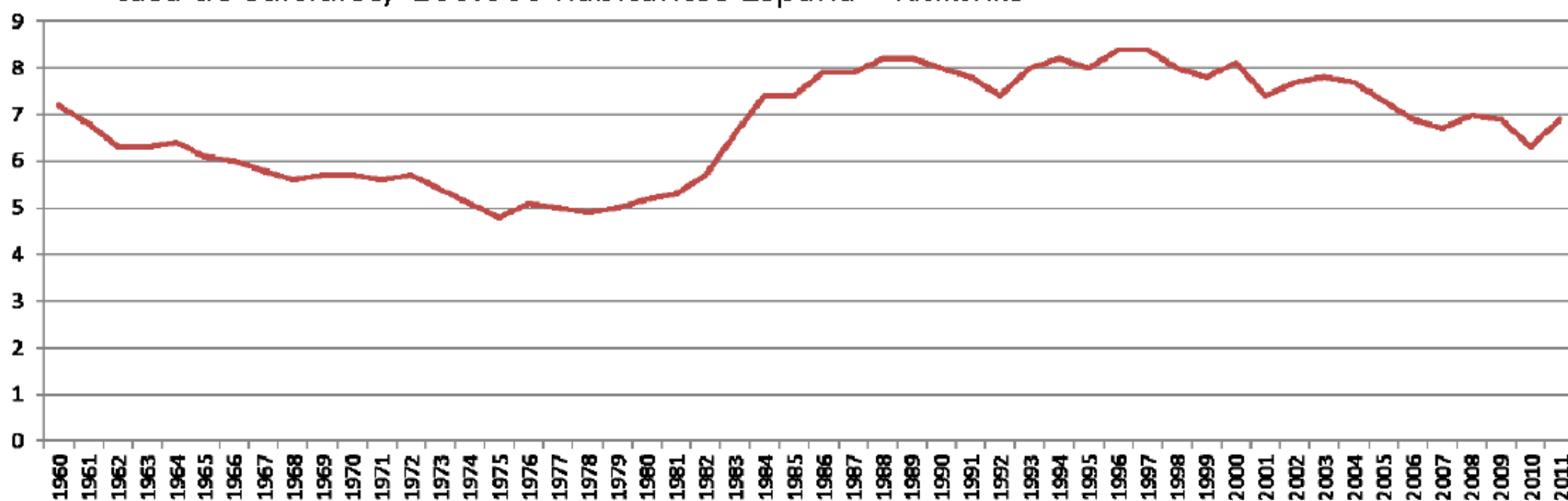
Taxa España 2012: 7,6 / 100.000 h.

✓ 2010: 474.778 habitants/ 2012: 468.453 h.

Número de suicidios España Fuente: INE



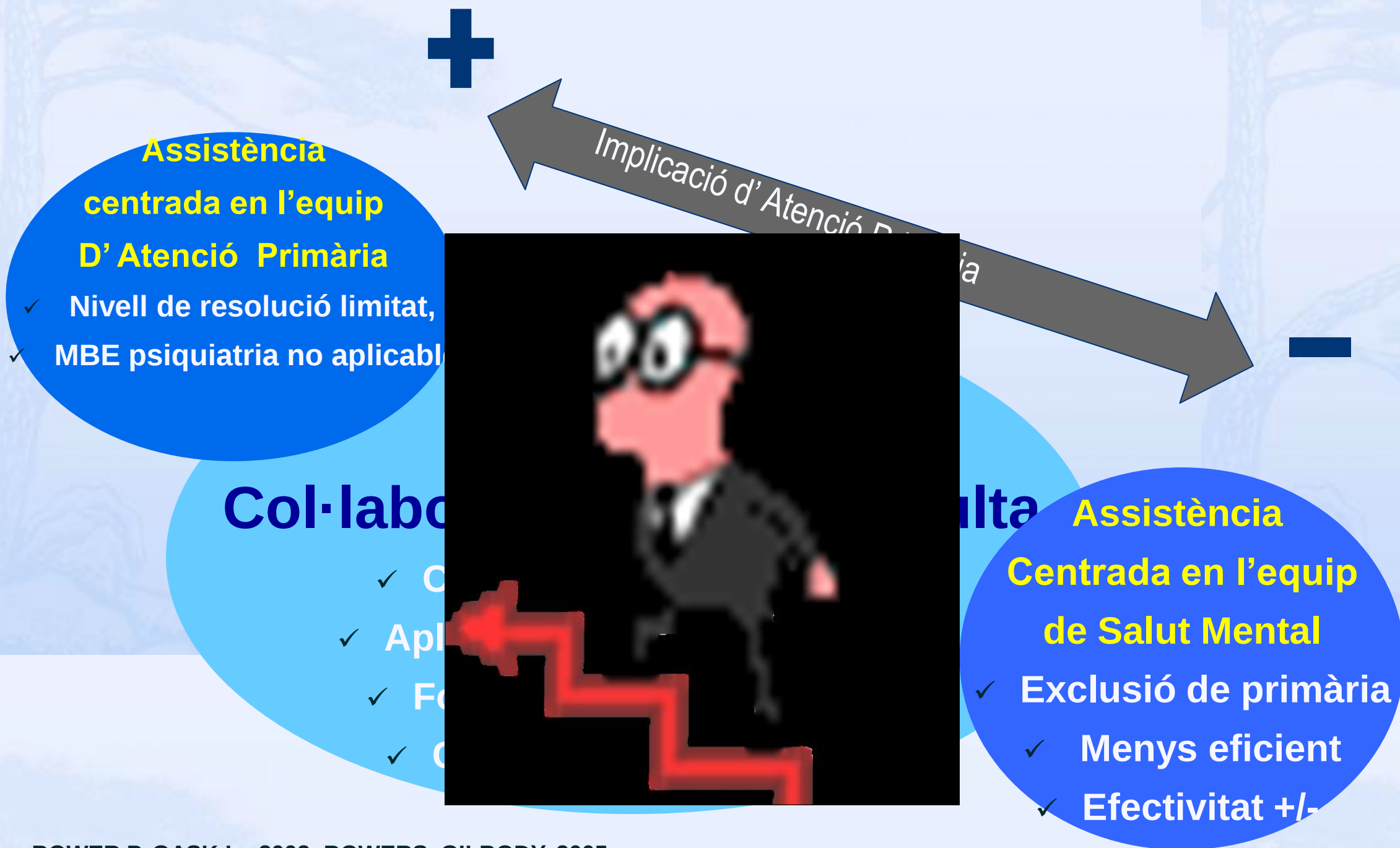
tasa de suicidios/ 100.000 habitantes España Fuente: INE



Taula de debat 2: Importància del tractament als pacients depressius

1. Depressió: Normal o no normal?
2. Actuació farmacològica o altres actuacions?
3. Risc de Suïcidi?
- 4. Compartim pacients entre nivells assistencials?**

MODELS DE RELACIÓ: Atenció Primària i Salut Mental



BOWER P, GASK L. 2002; BOWERS, GILBODY, 2005.;

PALAO, DJ; Psiquiatria y AP, 2003

Tipus de Rol Clínic

Responsabilitats

Interconsulta:

reduir incertesa en diagnòstic i tractament

Reunir i interpretar la inf. clínica

Proposar exploracions complementaries

Interpretar noves dades

Fer recomanacions

Comunicar oportunament opinions.

Psiquiatra consultor procediments tècnics

Avaluar necessitades de procediments.

Balanç risc-benefici.

Gestionar consentiment informat.

Comunicar oportunament resultats.

Cures compartides amb metge especialista en Med. Familiar i comunitària en tractaments a llarg termini (salut física).

Intervencions basades en evidència

Clarificar la responsabilitat del MF

Comunicar oportunament recom. i canvis

Psiquiatra responsable principal del pacient:

Intervencions basades en l' evidència.

Assumeix plena responsabilitat.

Oportuna comunicació de canvis i recom.

Metge especialista en Med. Fam. i Com. responsable principal del pacient:

Accessibilitat a consulta.

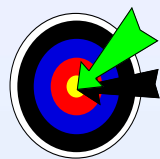
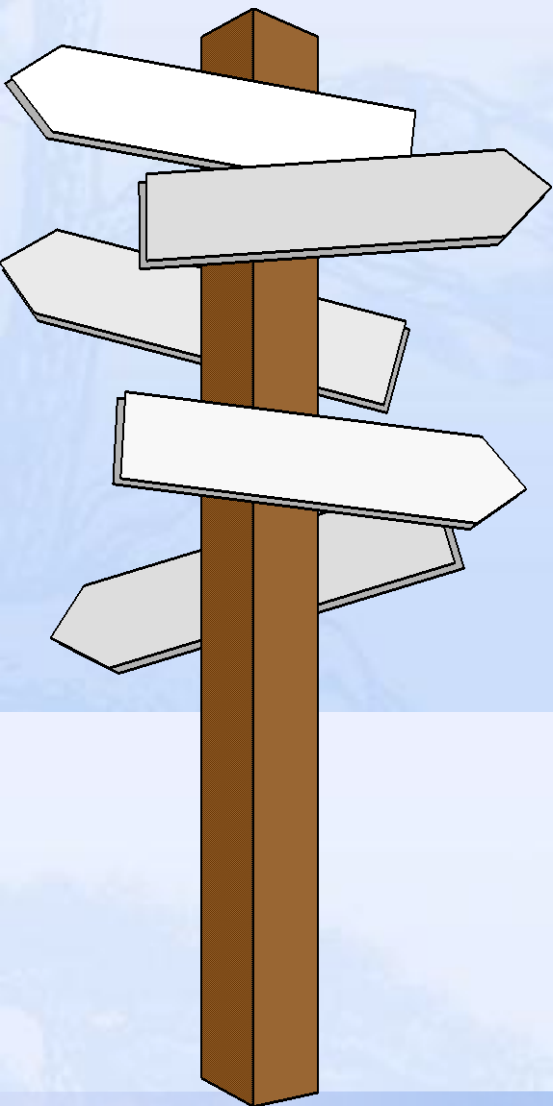
Continuïtat de cures

Cartera de serveis complerta i compacta

Atenció integrada: proveïdores i temps.

Facilita la connexió amb recursos comunit.

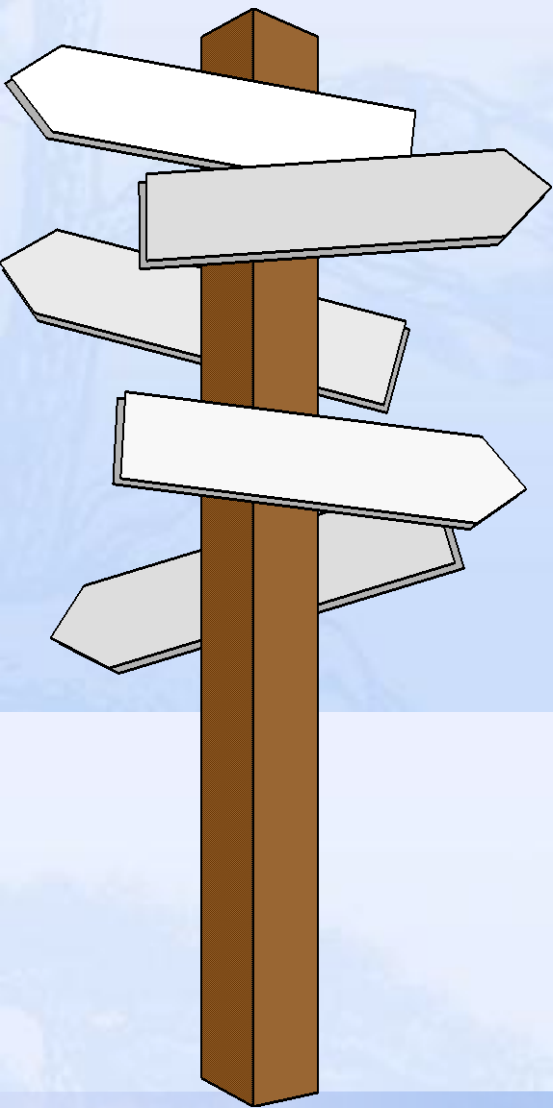
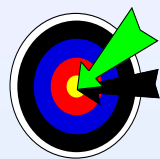
Decàleg de recomanacions amb major evidència experimental / I:



1. La col·laboració entre primària i psiquiatria requereix preparació, temps i estructura de suport
2. La co-localització en el mateix centre es important per professionals i pacients
3. El grau de col·laboració no prediu per sí mateix el resultat clínic
4. Per a millorar el tractament de la Depressió se requereix suport de Guies Pràctica Clínica, especialment en els casos mes greus
5. Depressió: el mes significatiu predictor de bona resposta clínica es la inclusió de un seguiment sistemàtic (reorganització AP).

Decàleg de recomanacions amb major evidència experimental / II:

6. **Millorar adherència al tractament farmacològic amb el suport d'altres professionals (infermeria).**
7. **La col·laboració sense reestructuració de los serveis no implica transferència de habilitats o canvis estables en primària.**
8. **Psicoeducació de pacients sobre TM i el seu tractament contribueix a assolir millors resultats**
9. **Si la col·laboració forma part d'un projecte de recerca no se perllongarà mes enllà del final de l'estudi**
10. **La participació del pacient en la elecció del tractament pot ser un factor important en l'èxit de les intervencions col·laboratives**



Pla Director de SM i Addiccions de Catalunya, 2006

Línia 1: Cartera de serveis específica en SM i addiccions en AP:

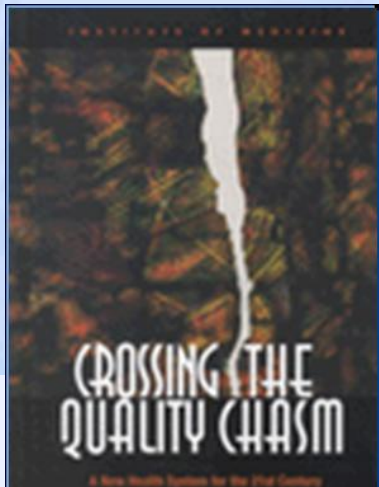
- Objectiu 1.3: millorar el suport entre SM y AP.

Programes específics:

- ☆ Equip de SM específic amb la participació de professionals de SM.
- ☆ Protocols consensuats.
- ☆ Programa específic d'atenció i seguiment en AP de la salut física de persones amb Trastorno Mental Sever /crònic.



L'abisme entre l'evidencia científica i la pràctica clínica: (Tavertet, Osona)



Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century

Committee on Quality of Health Care in America,
Institute of Medicine



Building a System of Perfect Depression Care in Behavioral Health

C. Edward Coffey, M.D.

For the "Blues Busters" of Behavioral Health Services



Our promise to each and every patient:

"We will work with you to achieve the best possible care, always respecting your individual wants and needs."

The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety

April 2007 Volume 33 Number 4

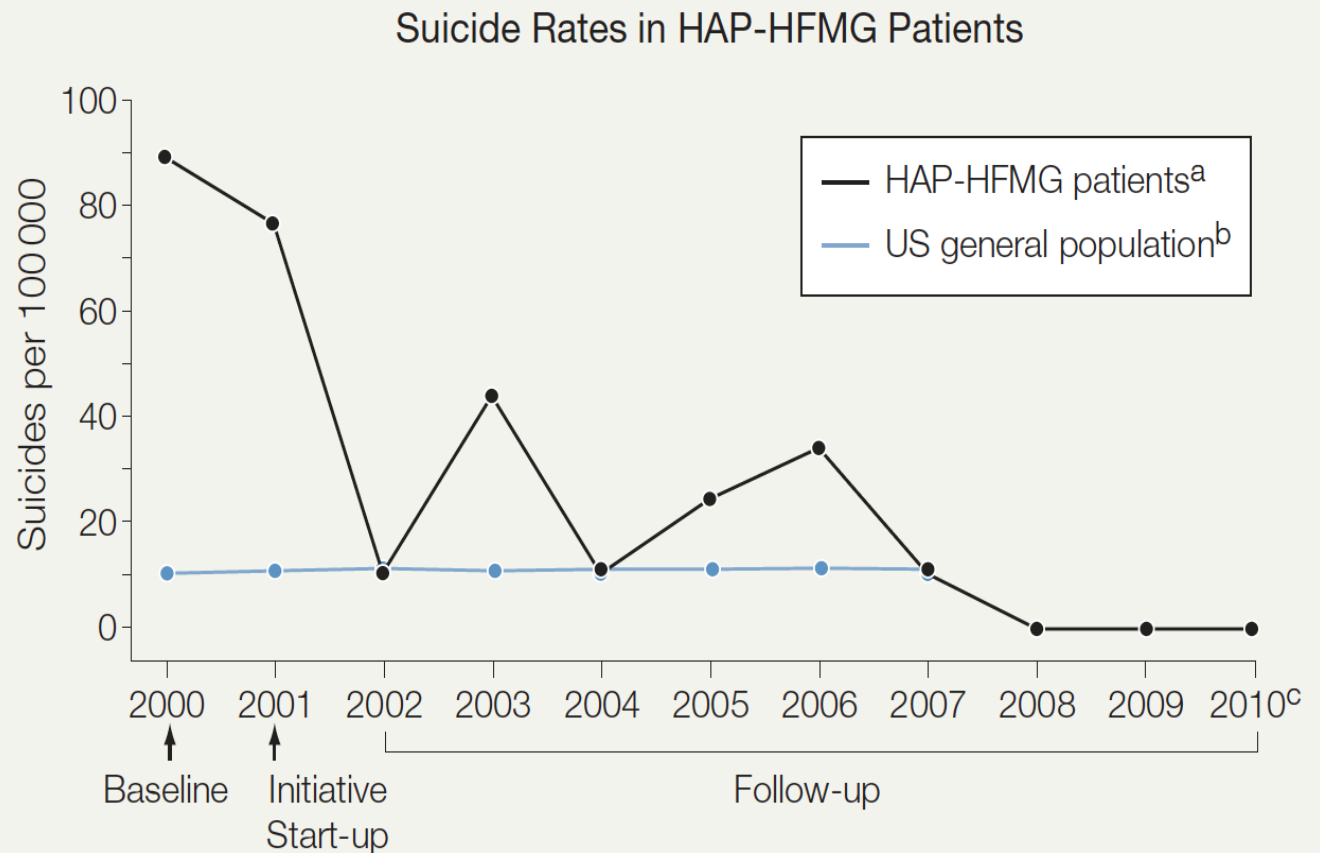
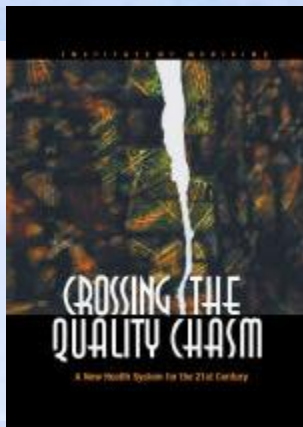
Figure 1. The logo for the Perfect Depression Care initiative is shown.

“The Perfect Depression Care Initiative”:

WHILE PHYSICIANS AND OTHER health care workers may not be able to predict which of their patients will attempt suicide, they can implement preventive strategies that markedly lower the risk of such tragedies.

“The Perfect Depression Care Initiative”:

- **Seguretat**
- **Efectivitat.**
- **Atenció centrada en el pacient.**
- **Accessibilitat.**
- **Eficiència.**
- **Equitat.**



^aHealth Alliance Plan (HAP) health maintenance organization members receiving care from the Henry Ford Medical Group (HFMG). Data source: C. Edward Coffey, MD/Henry Ford Health System.

^bData sources: Heron MP et al. Deaths: final data for 2006. *Natl Vital Stat Rep.* 2009;57(14):30. Xu J et al. Preliminary data for 2007. *Natl Vital Stat Rep.* 2009;58(1):20.

^cIncludes first quarter of 2010.

Hampton T. Depression Care Effort Brings Dramatic Drop in Large HMO Population's Suicide Rate. JAMA, 2010; 303 (19): 1903-5

¿Com els plans de salut poden tenir un impacte en la qualitat del tractament de les persones amb depressió?

- ✱ **Implantant GPC-Depressió integrada en els registres electrònics per a incrementar substancialment el reconeixement de la depressió , que faciliti l'accés durant les visites a:**
 - ✱ Instruments estandarditzats de cribatge i diagnòstic en AP (MINI-interview).
 - ✱ Les avaluacions d'impacte funcional, seguiment dels símptomes i del risc de suïcidi (**Lleu / Moderat / Alt**) (PHQ-9, EAAG, MINI-Interview)
 - ✱ Facilitar el registre d'AP de les dades sobre el progrés del pacient (tb. gestió IT).
 - ✱ Continuitat amb SM – el model stepped care-: interconsulta psiquiàtrica / gestió de pacients greus, amb risc de suïcidi moderat o alt i de la Indicació de Psicoteràpia Cognitiu- Conductual.
- ✱ **Millorant la Formació** (formació de referents a cada territori: psiquiatres, metges AP i infermeres). Programa SCPSM-CAMFIC.
- ✱ **Millorant l'organització per assegurar la continuitat assistencial: monitorització de la resposta i del risc de suïcidi.**
- ✱ **Millorant l'educació dels pacients sobre la depressió i potenciant la seva participació i control del procés (p.e. Pacient expert Cat)**

“Els millors resultats de salut són conseqüència del ús conscient, explícit i amb *seny* de la **MILLOR EVIDÈNCIA CIENTÍFICA i del coneixement dels **VALORS DELS USUARIS** per part de **PROFESSIONALS** experimentats i competents”**

IOM, Crossing the Quality Chasm (2001)

GRÀCIES



dpalao@tauli.cat

www.tauli.cat

www.eaad.net

trista
desesperada
culpable
deixada

La depressió
es pot cura

Consulta el teu metge

