

Gondolatok a pszichiátriai ellátásról

A fekvőbeteg ellátás struktúrája az elmúlt 40 évben jelentősen átalakult. Egy 1968-as fejlesztési terv eredményeként 1970-es évek első felében történtek fejlesztések - Budapesten a Merényi Gusztáv Kórházban, Pest Megyében a Flór Ferenc Kórházban épült új Pszichiátriai Osztály. Az 1980-as években a Jáhn Ferenc Dél Pesti Kórház területén jöttek létre Pszichiátriai Osztályok, felújították a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikáját. A fővárosban utoljára a Nyíró Kórház Pszichiátriai új épülete készült el a teljesen amortizálódott régi helyett. Párhuzamosan viszont megkezdődtek az ágyszám csökkentések, területi átrendeződések. A „reformok” a pszichiátriában mindig jelentős leépítéssel jártak (1990-es évek második fele, 2007, 2012). Nemzetközi trendek a nagy „tébolydák” felszámolásáról szóltak, kellő fokozatossággal, kifutó ápolással. Nálunk 2007-ben 8 hónap alatt bezárt a Lipótmező (OPNI). Miközben a fekvőbeteg ágyak számát csökkentették, a járóbeteg ellátást nem erősítették meg a döntéshozók. A területi ellátási kötelezettségek (TEK) átrendezései nélkülözték a szakmai egyeztetést és megdöbbentő változásokat eredményeztek – a betegek hátrányára rendszerint. 2012. július 1.-től ismét jelentős átalakítások történtek. Osztályok szűntek meg (Bajcsy Zs. Kórház, Makó pl.), más osztályok óriási plusz területeket kaptak, egyes osztályoktól érthetetlenül csoportosítottak át területeket. Az átalakuló struktúrát az orvosok, szakdolgozók rendszerint nem követik, hanem inkább elmennek. Kérdés, hogy a létrejött anomáliák orvoslására sor kerül-e.

Tringer László Professzor 2003-ban az MPT X. Vándorgyűlésén Sopronban mondta el a megnyitó előadásában azt az aggodalmát, hogy a jövő pszichiátriai osztályán nem a „valódi” pszichiátriai betegek, hanem az agresszív, veszélyeztető, drogos, személyiségzavaros, stb. páciensek fogják az ellátórendszert „igénybe venni”. Sajnos a jóslat megvalósul, egyre ritkábban „örülhetnek” a pszichiáterek valódi pszichotikus betegeknek. A rehabilitációs ágyak döntő többségét idős, zavart, elhelyezésre váró betegek foglalják el – az akut HBCS kitöltése után. Rengeteg pszichiáter folytatja szakmai pályafutását külföldön.

Pszichiátriai betegek otthonába történő elhelyezés, mint „végleges” megoldás ritkán segíti elő a rehabilitációs célt. Súlyos probléma, hogy egy kivétellel a Fővárosi Pszichiátriai Betegek Otthonai az ország távoli, határ közeli településein található. Ilyen szempontból a megyék jobb helyzetben vannak. Nem mindegy, hogy a pszichiátriai betegségével együtt élő személy ezt a változást volt otthonától több száz kilométerre éli meg!

A járóbeteg ellátás esetében a Pszichiátriai Gondozók („Ideggondozók”) hálózata az egész országban kiépült az 1960-as években. Feladatuk a pszichiátriai betegségekkel élők tartós pszichiátriai kezelésének biztosítása (farmakoterápia, szocio és pszichoterápia) a lehetséges gyógyulás, rehabilitáció érdekében. A komplex tevékenység csapatmunka, ahol a pszichiáter szakorvos irányításával, klinikai szakpszichológusok, egészségügyi szakdolgozók – gondozók, védőnők, asszisztensek, szociális munkások tevékenykednek. Az elmúlt években külön hálózatok jöttek létre korlátozott számú kliens szociális segítésére, életvitelének menedzselésére. A gondozási tevékenység lényegében magában foglalta a mai közösségi pszichiátria alapelveit, célkitűzéseit is, így annak akár előzményének is tekinthető. A később kialakuló Addiktológiai Gondozók számos helyen szoros együttműködésben dolgoznak a Pszichiátriai Gondozókkal. A Drogambulanciák viszont sok szempontból eltérő módszerekkel és hálózattal működnek.

Érthetetlen, hogy a döntéshozók számára felfoghatatlan az a tény, amely szerint az addiktológia, mint gyűjtőfogalom, magába foglalja az alkoholológiát, drogellátást, speciális szenvedélybetegségeket, mégis külön addiktológiai ellátás, alkoholbeteg ellátás, drogbeteg ellátás jelenik meg a területi ellátási kötelezettségekben (TEK) irreális betegutakkal.

Az alapellátás a gondozói hálózat kiépülése során igyekezett/igyekszik a pszichiátriai betegségekkel kapcsolatos feladatokat lehetőleg elhárítani speciális képzettség hiányában (sajnos a háziorvosi szakképesítés megszerzéséhez nem szükséges pszichiátriai gyakorlat, csak fakultatív lehetőség van pár hetes gyakorlatra). A sürgősségi kórházba utalások viszont háziorvosi észlelés esetén azonnali intézkedést tesznek/tennének szükségessé! Ugyanezek a hiányosságok érvényesek a szakrendelések szomatikus területen dolgozó szakorvosaira, és a sürgősségi ellátásra is sajnos.

A gondozási tevékenységet jogszabályok határozzák meg (1972. II. tv. az egészségügyről, 1997. CLIV tv. az egészségügyről, 1997. XLVII. tv. az adatvédelemről, Btk, Ptk elsősorban).

A jogszabályi háttér mellett szakmai irányelvek, módszertani levelek, programok (LEGOP pl., amit most fog a szakma aktualizálni) meghatározók, melyeket szakmai szervezetek bocsátanak ki (MPT, PSZK, OPK, MOK, GYEMSZI, ÁNTSZ). A szakmai minimumfeltételek júniustól módosultak. Pozitivitások (pl. személygépkocsi használat kötelező biztosítása a gondozáshoz) mellett valószínűsíthetően lesz olyan feltétel, ami rövidtávon nem lesz biztosítható Kérdés, hogy ebből mi következhet majd (a feltételrendszer módosítása?, gondozóbezárás?, gondozóáthelyezés máshová?, gondozó-összevonás?).

A Pszichiátriai Szakrendelések, kórházi osztályos szakambulanciák fokozatosan alakultak ki a Gondozók mellett. A Pszichiátriai Szakrendelés számos gondozási tevékenységet nem foglal

magában (pl. a páciens otthonában történő látogatása, környezetének megismerése, vagy hatósági ügyekben ügyintézés, akár idézésre megjelenés bíróságon, stb). Ezért elmondható, hogy a gondozás rendelkezik előnyökkel a szakrendeléssel szemben (ami nem az utóbbi lebecsülése!). a teljesítményfinanszírozás (OEP-MEP), A járóbeteg ellátás finanszírozása szakrendelések esetében az úgynevezett „német pontok” formájában történik. A gondozás fix (bázis) finanszírozását, az elmúlt évtizedben fokozatosan leépítették. A finanszírozó nem látta áttekinthetőnek és mérhetőnek a gondozási tevékenységet, ezért új finanszírozási módszert keresett, amely végül a Homogén Gondozási Kódok alkalmazásával történt meg. (A 2 éves előkészítés során munkacsoport által kialakított, és pilot kipróbáláson is átesett gondozási csoportokra alapozott finanszírozási koncepciót indoklás nélkül elvetették.) Mivel a gondozás személyi és tárgyi feltételei beszűkültek (létszámcsökkentés, közlekedési támogatás hiánya, a kijáró dolgozók személyi biztonságának kérdése, stb.), ezért a gondozott esetszám, a kliens otthonában történő gondozói látogatások száma radikálisan csökkent.

A Pszichiátriai Gondozókat fenntartó Szolgáltatók gyakran nem szakmai, hanem bevételi szempontok mentén (mi hoz több pontot!) várták/várják el, hogy inkább gondozásba, vagy szakellátásba vegyék a nyilvántartott betegeket. Ez a szempont a HGK bevezetésével sem változott. Több Szolgáltató nem biztosítja a gondozási tevékenység feltételeit, így az otthoni látogatását sem. Tényleges gondozás helyett tehát elsősorban szakrendelés valósul meg. A HGK mellett a megnövelt TVK felhasználása a Szolgáltatók kompetenciája, ez a gyakorlatban lehetőséget teremt arra, hogy ne a Gondozók kapják meg azt ténylegesen.

A Pszichiátriai Gondozók Területi Ellátási Kötelezettséggel (TEK) működnek. Megjelentek olyan gondozói kapacitások is, amelyek ilyen kötelezettséget nem látnak el, ettől a rendszer aránytalanná, és sok szempontból áttekinthetlenné vált. Jobb lenne, ha gondozói kapacitás csak TEK háttérrel lenne vállalható!

A pszichiátriai ellátás alapköve a gondozói/szakrendelői járóbeteg ellátás. A jól működő ellátás ritkán teszi szükségessé a kórházi beutalást. Jó gyakorlatok természetesen léteznek mind a járó, mind a fekvőbeteg ellátásban Megemlíthető a Veszprémi megyei közösségi ellátást is megvalósító modell. Számos osztály valódi komplex ellátást tud felmutatni, akár magas színvonalú kutatásokat is, pályázatok segítségével fejleszti az eszköztárát (pl. Szombathelyi Markusovszky Kórház, stb.)

Foglalkoztatók, művészetterápiás műhelyek, nappali ellátást, szociális gondoskodást biztosító lehetőségek sokat javítanak a jelenlegi helyzeten, és növelnék a rehabilitáció, a prevenció esélyeit. Jó lenne, ha hálózatszerűen egészítenék ki a járóbeteg ellátókat, így a pszichiátriai,

addiktológiai zavarokkal együtt élők közvetlen környezetükben találhatnának mindennapi életvitelüket javító, megkönnyítő, életminőséget emelő létesítményeket.

A 2012 novemberében végre megvalósuló Kispesti Forrásház magában foglalja a mentális ellátás teljes egészségügyi és szociális spektrumát és az utóbbi évek sikertörténete lehet a krízisekkel szemben. Egy épületen belül fog működni a Pszichiátriai és Addiktológiai Gondozó és Szakrendelő, a szorosan hozzá kötődő Gyógyító Foglalkoztató Művészetterápiás Műhely és a Tárt Kapu Színház (utóbbi az OPNI V. Osztályán jött létre 2005 februárjában, onnan költözött Kispestre). Ide költözik a Gyermekpszichiátriai szakrendelés is. Családsegítő, szociális segítő szolgálat, perspektivikusan terápiás és rehabilitációs munkalehetőség, illetve a munkavállalást ismét lehetővé tételére felkészítő programok, szociális készségeket fejlesztő tréningek lesznek elérhetőek. A bővülő terápiás foglalkozásokat (zeneterápia, biblioterápia, mozgásterápia, kerámiázás pl.) több terapeuta tudja majd segíteni. Közösségi pszichiátriai ellátás is megvalósul. A szociális nappali ellátás 8-16 óra között elérhető, a Forrásház szolgáltatásainak igénybe vétele önkéntes, kérelem benyújtásával. Hosszú távú cél a szakmai program szerint, hogy Kispesten olyan komplex szolgáltatás valósuljon meg, amely a pszichiátriai betegek részére – a szociális izoláció megelőzése, az életvezetési képességek erősítése és az alkalmazkodóképesség javítása mellett – több foglalkoztatási formán keresztül ad lehetőséget a nyílt munkaerőpiac elvárásaira való felkészülésre, a munkavégző képesség fejlesztésére, a munkaerő-piaci reintegrációra.

Budapest, 2012. október 8.

dr. Magyar Iván György

MPT elnökségi tag, a Főpsziche elnöke