

LELKI EGÉSZSÉG ORSZÁGOS PROGRAM
(egészségügyi koncepció)

2009. április 8.

LELKI EGÉSZSÉG ORSZÁGOS PROGRAM

I. BEVEZETŐ

A Lelki Egészség Országos Program (LEGOP) az Egészségügyi Világszervezet és az Egészségügyi Minisztérium megállapodása alapján került kidolgozásra 2006/2007-ben. **A jelenlegi dokumentum a LEGOP 2007-ben lezárt és annak alapján 2008 őszén rövidített és átdolgozott változatának társadalmi vitája után alakult ki.** (A LEGOP 2007-es változatát az 1. sz. melléklet tartalmazza).

A LEGOP sokéves hiányt pótol a magyar egészségpolitikában. A lakosság lelki egészségének kedvezőtlen mutatói és a hosszú ideje halmozódó szakmai problémák egyaránt jelentős változtatások szükségességét vetik fel. A LEGOP több kormányzati cikluson átívelő szakmai fejlesztés alapja. A stratégiai dokumentum megalkotásának célja a lelki egészség javítását célzó szakpolitikák és a leghatékonyabb fejlesztési döntések segítése és meghatározása, rendszerszerű összefoglalása, a fejlesztési lépések programozása, a szükséges erőforrások felmérése, a megfelelő ütemterv kialakítása.

A LEGOP egyik feladata az, hogy szisztematikusan áttekintse a lelki egészséget Magyarországon fenyegető kockázati tényezőket, és megoldási utakat fogalmazzon meg azokra. A program kidolgozása és megvalósítása során hangsúlyt kap a legkülönbözőbb szakterületek és szakmák együttműködése. A program megvalósításának előfeltétele a finanszírozás tisztázása, az állami és önkormányzati szervek támogatásának megnyerése. A megvalósítás során a lehető legszélesebb körű szakmai és társadalmi részvétel kialakítását ajánljuk, különös tekintettel a tudományos testületekre, civil szervezetekre, egyházakra és a segítő szakmák képviselőire.

A LEGOP, különösen annak rövidített változatának végrehajtása során nem vállalhatja egy országos, az általános jólét javításával kapcsolatos program feladatait és nem tekinti feladatának országosan klasszikus primer prevenció programok szervezését sem.

II. HELYZETELEMZÉS

II.1. A lakosság mentális egészségi állapota és a betegségteher

A főbb mentális zavarok hazai előfordulása a felmérések szerint többé-kevésbé megegyezik a világszerte talált, illetve európai adatokkal. A főszabály alól azonban található néhány kivétel is. Az európai átlagnál kedvezőtlenebb a helyzetünk a férfiak depressziója, a kóros alkoholhasználat, a bipoláris betegség és a befejezett öngyilkosságok tekintetében. Bár az öngyilkossági halálozás tekintetében az utóbbi évtizedben az abszolút számokat illetően határozott javulás volt tapasztalható (1983 és 2007 között a 100 ezer lakosra jutó öngyilkossági arány 45,3-ról 24,4 –re csökkent), az abszolút javulás ellenére relatív helyzetünk továbbra is igen rossz: az öngyilkossági halálozásban, Litvánia mögött Magyarország áll a 2. helyen az EU-ban. Nem csökken, sőt, enyhén emelkedik a gyermek-serdülőkorú öngyilkosságok száma. Évek óta rendre az első három halálozók között szerepel a korcsoport mortalitási statisztikaiban.

Alkoholfogyasztás vonatkozásában a magyarországi adatok a nyolcvanas évtized kezdetén hasonló képet mutattak más, magas alkoholfogyasztási adatokat mutató országokéhoz, azóta azonban rendkívüli emelkedés következett be. A férfiak körében 1980-ban 1194, 2001-ben 4565 volt az alkoholos májcirrózisban meghaltak száma, a nők között 1980-ban 362, 2001-ben 1892-re emelkedett. Ez az arány 94 százalékeléket jelent a férfiak, 35 százalékeléket a nők körében.

A WHO adatai szerint 2005-ben az alkoholos májzsugor miatti standard halálozási arány a férfiaknál 71 százalékelék volt (az európai régióban ez a harmadik legrosszabb mutató, az EU átlaga 21 százalékelék) a nőknél 29 százalékelék, (ez az európai régióban az 5. legrosszabb az EU átlaga 8,1 százalékelék.). A jövőre nézve igen rossz előjel, hogy emelkedő tendenciát mutat a gyermek és serdülőkorúak alkoholizálása.

Az európai élcsoporthoz tartozunk a lakosság elöregedésének ütemében is.

Mindezek alapján a hazai lakosság mentális egészségi állapota az európai országok döntő többségével összehasonlítva rosszabbnak minősíthető.

Az EU-ban a mentális zavarok költségeit vizsgáló munkacsoport becslése szerint a neuropszichiátriai betegségekkel kapcsolatos költségek 2004-ben Magyarországon meghaladták az 1000 milliárd Ft-ot (az összehasonlítható, €-ban megadott költségeket 250 Ft/€ árfolyamon számolva). A közvetlen egészségügyi kiadások ennél a betegségek csoportjánál 50%-ot, a közvetlen nem-egészségügyi költségek 39%-ot, a

közvetett költségek pedig 11%-ot tettek ki.

II.2. A mentális egészségproblémák összefüggése egyéb egészségproblémákkal

A súlyos mentális zavarok - beleértve a szenvedélybetegségeket is - az átlagoshoz képest 8-20 évvel csökkentik a betegek várható élettartamát. E betegek magasabb halandósága mögött az öngyilkosságon túl a kardiovaszkuláris betegségek, a diabétesz, az elhízás és szövődményei állnak vezető helyeken. A kezeletlen pszichiátriai betegeknél az átlag populációhoz mérve jelentősen gyakoribb a kóros szerhasználat. Ez a betegcsoport lényegesen rosszabbul működik együtt a szomatikus kezelésekkel is.

A depresszió és a szorongás fokozzák az öngyilkosság, a dohányzás, a kóros alkoholfogyasztás és stressz-táplálkozás gyakoriságát is.

II.3. A mentális zavarok hatása az életminőségre

A mentális zavarok terhei társadalmi szinten egyrészt a betegségek kezelésének közvetlen költségeiben, illetve a közvetett betegség terhekben (pl. a munkaképesség elvesztéséből fakadó gazdasági veszteség) mutatkoznak. A család és az egyén szintjén a családi és más társas kötelezettségek terén való akadályozottság, a kirekesztettség és stigmatizáció, és a szubjektív szenvedés szerepe emelhető ki. A stigmatizáció és a diszkrimináció a mentális zavarok tekintetében súlyos plusz terheket okoz. A mentális zavarok egyrészt tüneteik révén közvetlenül, másrészt a fenti hatások közvetítésével jelentősen rontják az életminőséget.

A nemzetközi eredményekkel egybecsengő hazai kutatások alapján a depresszió - a cerebrovaszkuláris és a daganatos betegségek mellett - a három legrosszabb életminőséggel járó betegség között szerepel. Minden életminőség indikátorban az első három legrosszabb helyen áll. A gyermekkori életminőség vizsgálatok azt mutatják, hogy a gyermekkori depresszió valamennyi krónikus szomatikus betegségnél nagyobb mértékben rontja az életminőséget. Ez az életminőség valamennyi vizsgált domainjére vonatkozik, a testi egészség kivételével.

II.4. A mentális egészséget befolyásoló ágazaton kívüli tényezők

Magyarországon - mint a régió többi országában is - kockázati tényezőnek kell tekinteni a rendszerváltással járó gyökeres gazdasági-társadalmi-politikai változások személyes feldolgozását, az ezekkel való megküzdést, amely még hosszabb távon is éreztetni fogja hatását.

A hazai kutatások szerint Magyarországon a lakosság rossz általános egészségi állapota miatti keresőképtelenség, illetve általában a munkanélküliség, különösen a tartós munkanélküliség relatíve magas aránya a mentális egészségproblémák fontos kockázati tényezője. Az öngyilkossági magatartás tekintetében is a legfontosabb szociális tényező a munkanélküliség, de a képzetlen munkaerő kockázata csaknem hasonlóan magas. A magyar munkavállalók munkaterhelése az európai átlagnál nagyobb, a munkavállalói jogérvényesítési lehetőségek hiányosak, a munkahelyi distressz szintje magasabb.

Az oktatási rendszer a versengést preferálja az együttműködéssel szemben. A diákok túlterheltek, fokozott stressznek kitéve. A felismerésre nem került, és a kezeletlenül maradt gyermekpszichiátriai betegségek fokozzák az iskolai kudarcokat és csökkentik a képzésben eltöltött időt is.

II. 5. Az ellátórendszer jelenlegi helyzete

A pszichiátriai ellátás problémái lényegében megegyeznek az egészségügyi ellátórendszer általános gondjaival. Elavult az infrastruktúra és a műszerállomány, az intézményekben belső strukturális aránytalanságok állnak fenn. Ezek következménye, hogy számos esetben nem áll rendelkezésre a megfelelő korszerű szolgáltatás, ami a hozzáférési esélyek tekintetében is egyenlőtlenséghez vezet. A kórházi ágyakon nyújtott ellátásban még mindig vannak szociális okból elhelyezett betegek, akik jobb ellátási struktúra esetén ambulánsan is elláthatóak lennének. Ugyanakkor jelentős betegcsoportok nem jutnak megfelelő kórházi ellátáshoz. Különösen a gyermek- és ifjúságpszichiátriai, a gerontopszichiátriai, a forenzikus pszichiátriai és a különféle szubspecialitásoknak tekinthető járóbeteg-ellátók és kórházi osztályok/részlegek hiányoznak az ellátásból.

További strukturális aránytalanságot gerjeszt az a tény, hogy hiányosak a prevenció és az utókezelés, a rehabilitáció feltételei, alacsony egyes modern diagnosztikus és esetenként gyógyító eljárások hozzáférhetősége. A pszichiátriai infrastruktúrába való beruházásoknak az egészségügyi átlaghoz viszonyítva is igen alacsony mértéke jelentős akadályt képez az esélyegyenlőség, a minőségi ellátás fejlődésének útjában.

A humán kapacitás szerkezete hiányos, az orvosok, pszichológusok és szakdolgozók - elsősorban az ápolók, a szociális munkások - száma nem elégséges, megoszlásuk az ellátórendszerben kifejezetten egyenetlen.

A pszichológiai és a szociális ellátás elégtelensége megterheli, gyakran indokolatlan igénybevételnek teszi ki az orvosi ellátást. A megfelelő ösztönző rendszer hiánya és a tapasztalható infrastrukturális hiányosságok a munkaerő el- és egyre nagyobb számú kivándorlásához vezetnek. A dolgozók munkafeltételei és munkakörülményei több szempontból is elmaradnak attól, ami a hatékony munkavégzéshez szükséges.

Hiányzik, de legalábbis rendkívül hiányos az átmenet az egészségügyi és a szociális ellátórendszer között. A ma ellátottak kb. 30 %-ának nem tartós ápolásban kellene helyet kapniuk. A szociális ellátások fizikai infrastruktúrája tekintetében elsődlegesen a tartós és átmenti bentlakást nyújtó intézmények szorulnak korszerűsítésre és jelentős kapacitásbővítésre. Az intézmények túlterheltek, a várakozási idő gyakran eléri a 6-9 évet. A pszichiátriai és szenvedélybetegek nappali ellátásai sok helyen ki sem épültek, máshol – még a fővárosban is – jelentős kapacitáshiányokkal küzdenek. Súlyos problémákat eredményez az ország egyes területei között észlelhető hozzáférési, kapacitásbeli különbségek pl. a járóbeteg-ellátás, gondozás területén. Jelenleg ez az egyik legfontosabb, az esélyegyenlőséget meghatározó tényező Magyarországon, melynek tovagyrűző hatása a családokra, munka- és lakóhelyi környezetre további jelentős, járulékos károkat okoz.

A mentális egészségproblémákkal kapcsolatos népegészségügyi intézményrendszere nem felel meg a szükséges szakma- és ágazatközi munka által támasztott követelményeknek, nem kellőképpen rugalmas a partneri együttműködésekben, a korszerű szemléletmód érvényesítésében. A stratégiai tervezés elégtelen, a koordinációs mechanizmusok kialakulatlanok. A humán és anyagi erőforrások nem elégségesek a hatékony egészségfejlesztéshez. A szakemberek képzése és továbbképzése hiányos, a finanszírozás alacsony szintű, hiányzik a fenntarthatóság. Az egészségfejlesztési programok száma csekély, hatékonyságuk mérése, monitorozásuk és értékelésük az esetek többségében nem megoldott.

Az úgynevezett struktúraváltás során, 2007-ben a 10.000 lakosra jutó pszichiátriai ágyak száma 3,89-ről 3,02-re csökkent – EU összehasonlításban megállapítható tehát, hogy a pszichiátriai aktív ágyak száma ma már abszolút számban is kevésnek minősíthető. A Health for All Database szerint az EU-ban csak Olaszországban és Cipruson alacsonyabb, mint Magyarországon.

További nehézséget okoz, hogy az egészségügyi területén tapasztalható, az elmúlt években bekövetkezett ágyszám-csökkentést nem követte megfelelően a szociális ellátó helyek számának növekedése, így az ellátórendszerben korábban is meglévő

jelentős űr még tovább növekedett. Az ágyak számának csökkenése a különböző pszichiátriai járóbeteg-ellátási formák iránti igény növekedését eredményezték. Ezek fejlesztése azonban az ágyszám csökkentésével párhuzamosan nem történt meg.

Rendkívül túlterheltek a pszichiátriai gondozók, valamint a gyermek- és ifjúságpszichiátriai gondozók és szakrendelők is. Az elmúlt időszakban a gyermekpszichiátriai ágyak száma szintén csökkent, ennek következtében szűkölt a gyermek-és ifjúság pszichiátriai fekvőbeteg ellátás is.

III. FŐ BEAVATKOZÁSI TERÜLETEK

A WHO előrejelzése szerint a mentális zavarok gyakorisága és terhe várhatóan a jelenleginél is nagyobb lesz a jövőben, ebben elsősorban az urbanizációnak, a fokozódó civilizációs stressznek tulajdonítanak oki szerepet. Másik jelentős probléma az északi féltekén a lakosság elöregedése. Magyarország mind a két tekintetben az átlagosnál is veszélyeztetettebbnek tekinthető. Az urbanizációs folyamatok várhatóan erősödnek, a magyar lakosság már jelenleg is kedvezőtlen demográfiai mutatói a közeljövőben még tovább romlanak. Annak érdekében, hogy az előre jelzett kockázatok negatív következményeit elkerüljük és a lakosság mentális egészségi állapotának romlását megakadályozzuk, illetve lehetőség szerint javítsuk, a lakosság mentális egészségének a kiemelt prioritások közé kell kerülnie.

A kedvezőtlen tendenciák megakadályozása az alábbi célrendszer összehangolt megvalósítását teszik szükségessé a különböző területeken:

III. 1. OKTATÁS, NEVELÉS

- *Mentális egészséggel kapcsolatos tananyagfejlesztés*
- *A lelki egészséggel és jóléttel foglalkozó szakemberek képzésének támogatása az egészségügyi, oktatási, ifjúsági és más releváns szektorokban*
- *Mentális egészségfejlesztés*
- *Korai beavatkozásra lehetőséget adó rendszerek kialakítása az oktatási rendszer keretei között*
- *A szülői készségeket támogató programok kialakítása*
- *A fiatalok társadalmi kirekesztésnek a megelőzését szolgáló programok létrehozása*
- *Oktatásmódszertan fejlesztése*
 - *Problémaorientált oktatás*
 - *Az együttműködési készség fejlesztése*
- *Általános szociális készség fejlesztése*
- *Speciális igényű gyerekek oktatása*
- *Lakossági kommunikáció*

III. 2. SZAKMAI KÉPZÉS

- **Orvos- és pszichológus-képzés**

Az egyetemi curriculum fejlesztése

A pszichiáter és gyerekpszichiáter rezidensképzés továbbfejlesztése

Pszichiátriai/gyermekepszichiátriai és pszichológiai ismeretek oktatása a családorvos és gyermekgyógyász szakképzésben

Gyermek – és ifjúságpszichiátriai egyetemi centrumok kialakítása

A folyamatos szakorvos és szakpszichológus továbbképzés támogatása

- **Paramedikális szakember képzés**

Tananyagfejlesztés

Posztgraduális képzés

Mesterképzés

Life long Learning a folyamatos szakorvos -továbbképzés analógiájára

- **Ágazaton kívüli szakemberek**

Tananyagfejlesztés

Posztgraduális képzés

Life long learning a folyamatos szakorvos -továbbképzés analógiájára

A lelki egészséggel (is) foglalkozó, az egészségügyi és szociális ágazatokon kívüli területeken dolgozók (pl. büntetés-végrehajtás, fegyveres testületek, vallási lelki gondozás) képzése

Az önkéntesek folyamatos képzése és tájékoztatása

- **A képzések minőségbiztosításának megteremtése**

III. 3. AZ INTÉZMÉNYRENDSZER FEJLESZTÉSE

- **Megelőzés**

Mentális egészségfejlesztő tanácsadó szolgálat, a meglévő hálózatok valamelyikére (nevelési tanácsadók, védőnői szolgálat stb.) ráépítve

A civil szervezetek hálózatának fejlesztése

Sürgősségi telefonszolgálatok fejlesztése

Munkahelyi, iskolai, lakóhelyi mentális egészségfejlesztő szolgáltatások

Erőszakos cselekmények megelőzésének közösségi technikái

A munkahelyi, iskolai prevenciós programok és a korai intervenciós rendszerek, és a médiában, az iskolákban és a munkahelyeken zajló, megbélyegzés elleni programok és tevékenységek támogatása

- **Gyógyítás**

*Az ellátórendszer közösségi alapú átalakítása
Korai kezelésbe vétel szakmai, finanszírozási, minőségügyi feltételrendszereinek kialakítása*

*A járóbeteg-ellátás kapacitásnövelés
Speciális ellátások fejlesztése
Gyermek- és ifjúságpszichiátriai ellátás fejlesztés
Sürgősségi ellátás fejlesztése
Konzultációs pszichiátriai/pszichológiai hálózat kialakítása
Gyerek- és ifjúságpszichiátriai ellátás fejlesztése
Pszichoterápiás és a szocioterápiás ellátások fejlesztése
Krónikus ellátás fejlesztése
Megfelelő biztonsági fokozatú részlegek kialakítása (felnőttek és fiatalok/gyermek részére is)
Forenzikus részleg/ek kialakítása
A pszichiátriai módszertani, tudományos központ továbbfejlesztése*

- **Rehabilitáció**

A lelki egészségi problémákkal küszködő emberek aktív társadalmi befogadásának, integrációjának a támogatása, beleértve a megfelelő foglalkoztatáshoz, képzéshez és oktatási lehetőségekhez való hozzáférést

*A rehabilitáció közösségi alapú átalakítása
Gyermekpszichiátriai rehabilitáció megteremtése
A civil szervezetek hálózatának fejlesztése
A krónikus betegek pszichoszociális rehabilitációjának erősítése
Nappali, átmeneti intézmények
Védett lakhatási programok
Védett munkahelyek*

- **Ellátások integrációja**

*Szomatikus és pszichiátriai ellátás
Szociális és egészségügyi ellátás
Fekvő- és járóbetegellátás*

III. 4. MENTÁLIS EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ PROGRAMOK

*Programok támogatása
Nemzetközileg ismert programok adaptálása és hatásvizsgálata
Program-regisztrációs rendszer létrehozása
Program-menedzsment
Civil képzés*

III. 5. JOGSZABÁLYI KÖRNYEZET

*A pszichiátriai betegekre és ellátásukra vonatkozó jogszabályok harmonizációja
Ellátási és civil kontroll kompetenciák erősítése*

Betegjogok

A finanszírozás célszerű átalakítása

Az egészséget támogató jogszabályi környezet kialakítása, egészséghatás-vizsgálatok, különösen a szenvedélybetegségek által okozott problémák visszaszorítása területén

A LEGOP a beavatkozások széles tárházát kívánja igénybe venni legfőbb céljainak eléréséhez. Ezen tudatosan és integráltan használni kívánt eszközök a következők:

1. Korszerű, egészség-központú egészségpolitika kialakítása

A ma többé-kevésbé uralkodó medicinális, betegségközpontú szemléletet az egészségközpontú, népegészségügyi szemléletnek kell felváltania. A gyógyító intézményrendszer mellett a prevenció és a komplex, testi-lelki rehabilitációs intézményrendszer kiemelt fejlesztésére van szükség, helyre kell állítani a megelőzés-gyógyítás-rehabilitáció-reintegráció egészséges arányát és ezeket integrált rendszernek kell tekinteni. Ennek során a mentális egészség-problémákkal kapcsolatosan azok valós népegészségügyi súlyának, egyéni és társadalmi terheinek figyelembe vételével kell eljárni és azokat valódi prioritásként kell rögzíteni. Az egészségpolitika kialakítása során széles körű egyeztetésre van szükség, minden érdekelt fél bevonásával, ide értve a felhasználókat is. Biztosítani kell az egészségügyi és szociális ellátások közötti finanszírozási összhangot.

2. A népegészségügyi intézményrendszer fejlesztése

A hazai egészségmonitorozó rendszer az elmúlt években jelentős fejlődésen ment keresztül, de a gyakorlatban történt változásokat egyelőre nem követte a jogi környezet korszerűsítése, valamint a szervezeti és finanszírozási feltételek biztosítása.

Az egészséghatás-vizsgálatok egyes konkrét elemeinek módszertanát, magyarországi minta-programjait országos szintű koordinációban lehet a leghatékonyabban kialakítani és átadni a helyi szereplőknek. Ugyanakkor szükséges a regionális szintű, intézmények közötti együttműködés és munkamegosztás modelljeinek és szervezeti bázisának fejlesztése. Hasonló módszertani támogatás és intézményrendszer

kialakítására van szükség kistérségi szinteken is.

A népegészségügyi helyzet javítása alapvetően hozzájárul a gazdasági versenyképesség fokozásához is. Olyan gazdaság tud jó eséllyel befektetőket vonzani, ahol a munkavállalók jó egészségi állapota lehetővé és hatékonyvá teszi a humán erőforrásba történő befektetést. A népegészségügyi fejlesztések egyik fő célja ennek megfelelően a társadalom aktivitásának, munkaképességének minél hosszabb időn keresztül való megőrzése, annak elérése, hogy az inaktívvá válás után is minél tovább fenntartható legyen a személy önellátásra, öngondoskodásra való képessége.

A munkahelyi stressz az aktív lakosság lelki egészségromlásának jelentős tényezője, szükséges a munkahelyi egészségvédelem és egészségfejlesztés programjainak szakmai, módszertani fejlesztése, különösen a lelki egészségvédelem, a stressz-hatások megelőzése és kezelése területén.

A lelki és magatartási zavarokkal kapcsolatban különösen fontos a megelőzési szemlélet, ami egyrészt kiemelt figyelmet fordít a megfelelő önismeret és életvezetés kialakítására, a mindennapi stressz hatások és konfliktus helyzetek kezelésére, feldolgozására, másrészt odafigyel a korai tünetek megjelenésére a betegségek kialakulása előtt, hiszen ebben a stádiumban a magatartási és lelki zavarok még lényegesen könnyebben előzhetők meg, a kórfolyamatok visszafordíthatók. Különösen fontos a depresszió, a szorongás, a pszichoszomatikus zavarok és az öngyilkosság megelőzése.

3. Az egészségügyi ellátórendszer szerkezetének és működésének ember-központú korszerűsítése

A pszichiátriai ágyak számát tekintve a csökkentés nem indokolt, azonban ésszerű átcsoportosításoknak, az intézményrendszer átalakításának helye lehet. A nagy pszichiátriai kórházak felől a kisebb, lakosság-közeli pszichiátriai osztályok felé történő átcsoportosítás az egyik legfontosabb. A nagyobb osztályokon specializáció, szakmai szubspecialitások kialakítása szükséges lehet. Elengedhetetlen a szociális ellátó hálózat olyan mértékű bővítése és az egészségügyi és a szociális ellátórendszerek integrációja, amely „kiváltja” a jelenleg a kórházi ágyakon zajló szociális ellátást. Az ezzel kapcsolatos szakmai, módszertani javaslatok, protokollok felülvizsgálatát és korszerűsítését is javasolt áttekinteni.

A problémák kezelését szolgálná az átfogó struktúraváltás az egészségügyi ellátórendszerben, amely az aktív, gyógyító ellátások preferálása mellett a krónikus és

rehabilitációs ellátásokra és a prevencióra is lényegesen nagyobb hangsúlyt helyezze. A korszerű, aktív pszichiátriai gondozás a lakosság-közeli ellátásokra és a közösségi alapú pszichiátria elveire épül. Az egészségügyi ellátás struktúraváltási igénye és a területi különbségek mérséklése során elsődleges feladat a lakosság-közeli ellátások (ennek keretében a járóbeteg-szakellátási formák fejlesztése), valamint az integrált regionális ellátórendszerek kialakítása, infrastruktúra fejlesztése.

A lakosságközeli ellátás preferálása és a fekvőbeteg kapacitások csökkenése miatt kiemelten fontos a családorvosi- és a gondozóhálózat megerősítése.

Mind az idősellátás, mind a rehabilitáció területén olyan komplex, integrált rendszer kialakítása szükséges, amely egyenlő hozzáférésű, megfelelő kapacitású, költség-hatékony és a rehabilitációs hálózat esetében a fogyatékoság, a funkciócsökkenés okozta szükségleteket, illetve az idősellátás során a változó életkori profilok mellett a különleges életkori igényeket is képes kielégíteni.

Területi szervezés: a pszichiátriai, pszichoterápiás és pszichológiai ellátásnak is szervesen kapcsolódnia kell a kistérségi szervezeti formákhoz. Az alapellátást támogató kistérségi pszichiátriai járóbeteg-szakellátó központok fejlesztésére van szükség, a megfelelő szociális ellátásokkal is integráltan. A pszichiátriai betegek ellátása szempontjából különösen fontos az otthonápolás kapacitásainak bővítése.

Kistélepülési szinten csak a legalapvetőbb néhány pszichiátriai szolgáltatás biztosítható. Ehhez a háziorvosi szolgálat továbbképzése, egyes kompetenciák jogszabályi elismerése és finanszírozási feltételeinek megteremtése, valamint mobil tanácsadó-konzultatív szolgálat kialakítása szükséges több szakmát képviselő teamek segítségével. A szakmailag magasabb ellátási igényű esetek ellátása terén kis- és mikrotérségi szinten kell keresni a megoldást, ahol a rendelkezésre álló szakembereket és forrásokat a költséghatékony működtetés érdekében koncentrálni lehet. Az ilyen innovatív intézmények legalapvetőbb szolgáltatásai közé tartoznak majd a családsegítés, a gyermekjóléti központ, a kistélepülési gyermekjóléti alapellátások koordinációja, a háziorvosi ellátás, és – egyes egyéb szakorvosi ellátások mellett – a pszichiátriai/addiktológiai járóbeteg-ellátás és korai kezelésbe vétel, rövid intervenciók tömeges alkalmazása is. Ebben a fejlesztésben célszerűnek látszik első lépésként a meglévő gondozói hálózat megerősítése, helyenként területi fejlesztése. A gondozóknak a fejlesztés eredményeként képessé kell válnia a már meglévő többi ellátási forma, illetve ellátó intézmény számára a megfelelő pszichiátriai szakmai háttér biztosítására, valamint a rendszer helyi koordinálására. Az így megszilárdult

„magra” épülhetnének rá az újonnan telepített ellátási formák és intézmények.

4. Az ellátórendszer korszerűsítése

Alapellátás:

Az alapellátás fejlesztése során a házi orvos és a házi gyermekorvos szerepe a prevenció során kiemelt lehet a mentális egészséget veszélyeztető kockázati tényezőkkel kapcsolatos tanácsadó-egészségfejlesztő tevékenységével, valamint a fokozottan veszélyeztetett lakossági rétegek kiemelt figyelemmel kísérésével, szűrésével.

A házi orvosok igen fontos résztvevői lehetnek a pszichoszociális rehabilitációnak is a családdal való szoros együttműködésük, a beteggel kialakított hosszú távú jó kapcsolatuk és a páciensre vonatkozó sokrétű ismereteik következtében. Biztosítani kell, hogy a házi orvosok tevékenységét az addiktológus, pszichológus és pszichoterapeuta szakemberek érdemben támogathassák konziliáriusi–konzultációs szolgálatok formájában, ill. a házi gyermekorvosok munkáját gyermekpszichiátriai és pszichológiai szolgálatok támogassák.

Járóbeteg szakellátás:

(1) Ideális esetben a pszichiátriai gondozó egy- egy területi egység pszichiátriai ellátásának központja („community mental health center”). Ez a szerveződés hatékonyabb, mint a kórház központú pszichiátriai ellátás. Ennek megfelelően a pszichiátriai betegek közösségi szociális ellátása ideális esetben a pszichiátriai gondozói hálózat köré épül, azzal integrálódik és nem párhuzamos struktúraként jelenik meg. Ezt a rendszert egészítik ki a speciális gyermek-és ifjúsági pszichiátriai, valamint addiktológiai gondozók, illetve a kábítószer-fogyasztók számának utóbbi években történt jelentős megugrása következtében a drogambulanciák.

A jelenlegi gondozóhálózat fejlesztése során a jelenlegi, túl nagy ellátási körzeteket csökkenteni, a dolgozók létszámát növelni kell, ugyanakkor a krízisellátás, a szociális ellátás egyes elemeit a beteg közvetlen lakókörnyezetébe kell áthelyezni a gondozó intézményéből (esetmenzser-szemlélet). A gondozóközpont keretében működő mobil krízisszolgáltatás olyan multidiszciplináris munkacsoportban valósítható meg, amelyben pszichiáter, gyermekpszichiáter, pszichológus, szociális munkás, mentálhigiénés szakember, családgondozó vesz részt, az aktuális szükségletnek megfelelően. Célja, hogy a pszichés, pszichoszociális, egzisztenciális krízisben lévők és hozzátartozóik saját közegükben kapjanak minél hatékonyabb segítséget, megelőzve ezzel a krízisállapotok szövődményeit, ide értve az öngyilkosságot és az

intézményi elhelyezést is.

(2) Olyan területeken, ahol jelenleg csak pszichiátriai gondozó működik, pszichiátriai/pszichoterápiás szakrendelés kialakítása szükséges. A pszichiátriai szakrendelések működhetnek kórházakban (jelenleg „szakambulancia” néven), rendelőintézetekben, önállóan, továbbá magánrendeléseken. A pszichiátriai szakrendelések alapvető feladata a járóbeteg-ellátásban diagnosztizálható és kezelhető (de gondozásra nem szoruló) betegek diagnosztikája és terápiája lenne. A pszichiátriai/pszichoterápiás szakrendelések feladatai közé tartozik az is, hogy a „rutin” ellátási igényeket meghaladó ritka és/vagy speciális jártasságot, ellátási körülményeket igénylő diagnosztikai és terápiás tevékenységet végezzenek. A pszichiátriai/pszichoterápiás szakrendelések (esetleg a gondozói hálózattal megosztva) feladata (lehetne) a társszakmák – kiemelten a házi orvosok - konzíliumi és konzultációs igényeinek kielégítése is. Mindezeket pszichiáter, klinikai szakpszichológus, mentálhigiénés és szociális ellátásban képzett szakemberekből álló teamek képesek működtetni.

A pszichiátriai és pszichoterápiás betegellátás egy része magánrendelések keretén belül is optimálisan működtethető, ezt a lehetőséget az egészségügy további átalakítása folyamán érdemes elemezni. A magánrendelések rugalmasabbak a jelenlegi járóbeteg rendeléseknél, nem a kórházi struktúrákhoz kötöttek, ezért a magánrendelés nem érdekelt a kórházi felvételek számának növelésében. A magánrendelések tekintetében az ellátáshoz való „hozzáférési utak” egyszerűbbek és „diszkrétebbek”.

Fekvőbeteg szakellátás:

A pszichiátriai és gyermekpszichiátriai osztályokat aktív-rehabilitációs részleg bontásban célszerű szervezni. A jelenlegi intézményrendszeren belül a pszichiátriai ellátás szisztematikus elkülönítését, „szegregációját” meg kell szüntetni. Az általános kórházakon belül megfelelő infrastruktúrájú pszichiátriai osztályokat kell létrehozni. A fekvőbeteg osztályokon biztosítani kell a korszerű pszichiátriai betegellátás tárgyi és személyi feltételeit, a pszichiátriai szakma igényeinek megfelelő kialakítással.

A fekvőbeteg ellátásban az ellátási szükségletnek jobban megfelelő ágystruktúrát szükséges kialakítani. Javítani kell az aktív-krónikus arányt. Biztosítani kell az esetenként nyugtalan, agresszív vagy zavart betegek részére speciális biztonsági fokozatoknak megfelelő osztályok vagy részlegek kialakítását. Az egyes fokozatok közötti fokozatos átmenet lehetőségét biztosítani kell.

A pszichiátriai, valamint a gyermek és ifjúságpszichiátriai rehabilitációs ágyakat a pszichiátriai ellátáshoz kell visszaintegrálni. A profiltisztítás során a drágán üzemelő “szociális ágyakat” a szociális ellátórendszerbe kell áthelyezni, a detoxikálást pedig az általános sürgősségi ellátásba kell integrálni és határozottan elkülöníteni a pszichiátriai és gyermekpszichiátriai feladatoktól.

A decentralizált, általános ellátóhelyek fejlesztése mellett egyes speciális szolgáltatásokat igénylő betegcsoportok számára speciális szakellátás nyújtására alkalmas ellátóhelyeket kell kialakítani. Határterületi kis szakkórházak, speciális igényű betegcsoportok számára kialakított részlegek, a pszichoterápiás-pszichoszomatikus ellátás különböző területeire specializálódott ellátóhelyek jelentős, olyan betegségspektrumot és betegcsoportokat fedhetnek le, amelyek nem szorulnak általános pszichiátriai kórházi ellátásra.

A pszichiátriai fekvőbeteg szakellátás kényszerűen teljesít szociális funkciót. Ennek egyik oka a rehabilitációs intézményrendszer lassú, egyenetlen ütemű fejlődése. Egy egységes alapokon nyugvó stratégia alapján országosan kiépülő komplex rehabilitációs hálózat a fekvőbeteg ellátás szintjén forrásokat/kapacitásokat szabadíthat fel.

Forenzikus pszichiátriai ellátórendszer kiépítése:

Magyarországon a büntetőeljárásban az igazságügyi elmemegfigyelés nem szorítkozhat pusztán a diagnózis felállítására, hanem célja elérése érdekében adatokat kell nyernie a beszámítási képesség vonatkozásában is. Ennek következtében a terhelt kivizsgálása a rutin eljáráshoz képest összetettebb feladatot jelent az intézet részére, speciális szakértelmet és a rutin gyakorlathoz képest több időbeli ráfordítást igényel a személyzet részéről.

Magyarországon nincs speciális forenzikus pszichiátriai részleg és hiányoznak a korszerű, a megfelelő biztonsági fokozatoknak megfelelő elhelyezési lehetőségek is. A feltételek hiánya ismét csak nagyobb személyzeti igénybevételt okoz. Kiemelendő a fiatalok bűnelkövetők elmeállapotának intézeti megfigyelésének kérdése. Jelenleg őket is az IMEI-be utalják be, ahol nem állnak rendelkezésre a feltételek a gyermekjogok alapvető figyelembevételére sem. A korszerű nemzetközi gyakorlatnak megfelelően szükségesnek látszik Magyarországon is a megfelelő tárgyi- és szakképzett személyi feltételekkel rendelkező olyan forenzikus pszichiátriai egységek létrehozása, ahol el lehetne helyezni azokat a személyeket, akiket a jogszabályok alapján nem lehet az IMEI-be utalni.

A pszichiátria napi gyakorlata az elme-megfigyeléstől függetlenül is számos területen érintkezik a joggal (kötelező gyógykezelés, korlátozó intézkedések, stb.), ennek ellenére az egyetemi curriculum ezeket az ismereteket nem vagy alig tartalmazza, az orvostovábbképzés is csak hiányosan. Erre is tekintettel célszerűnek látszik a forenzikus részlegeket szervezetileg az orvosegyetemekhez kapcsolni és a curriculumot a forenzikus ismeretekkel kibővíteni. Ezekben a szervezeti egységekben lehetőség nyílna a megfelelő tárgyi körülmények kialakítására, személyi feltételek biztosítására.

Átmeneti intézmények és a közösségi alapú ellátás intézményei

Nappali kórház:

Olyan ellátási forma, amely a járó- és fekvőbeteg – szakellátás között jelent átmenetet, lehetővé teszi a betegek fokozatos rehabilitációját, amelynek keretei között a pszichiátriai kontroll egyre közvettebb és segít az egyre önállóbb életvitel kialakításában. Fontos előnye a nappali kórházak létesítésének, hogy „kiváltják” az aktív kórházi pszichiátriai ágyakat, valamint kivédhetik a hosszan tartó kórházi kezelés hospitalizációs szövődményeit.

Az akut nappali kórház tevékenységei: akut ellátás az érvényes protokollok szerint, illetve a közösségi járóbeteg ellátás felé irányítás, valamint a család bevonása, felkészítése a beteg ellátására a járóbeteg ellátás során.

A krónikus nappali kórház célcsoportja a krónikus súlyos pszichiátriai betegek. Tevékenységei: bio-, pszicho- szociális gondozás, pszichoterápia, szocioterápia, rehabilitáció.

Nappali ellátást nyújtó szociális intézmények:

Idetartozik a pszichiátriai betegek nappali intézménye, illetve a szenvedélybetegek nappali intézménye. A családsegítő szolgálat feladatai a szociális és egyéb információs adatok gyűjtése az ellátást igénybe vevő megfelelő tájékoztatása érdekében; pszichológiai, jogi és egyéb tanácsadás; segítségnyújtás az egyének, a családok kapcsolatképességének javításában.

A nappali klubok a kliensek szükségleteire reagálva komplex családgondozási feladatokat is ellátnak, de feladatkörük eltér a családsegítők szolgáltatásaitól,

ugyanakkor támaszkodnak a családsegítők tevékenységére, különösen az adósságkezelés, lakhatási támogatások igénybevétele kapcsán.

Közösségi alapú rehabilitációs ellátások:

A komplex rehabilitációs hálózat kialakítása magában foglalja a szociális szakellátást (beleértve a közösségi szociális szolgálatokat), a hospice elemeinek összehangolásával kialakított ápolási osztályokat, a foglalkoztatókat és nappali kórházakat. A rehabilitációs ellátásnak szervesen illeszkednie kell az akut ellátáshoz, annak érdekében, hogy a gyógyítás mellett az önellátási képesség és a munkaképesség visszanyerése is kellő hangsúlyt kapjon. A rehabilitációs ellátásnak egyrészt igazodnia kell az egyes progresszív szintek sajátosságaihoz, másrészt speciális saját ellátórendszer kialakítására van szüksége. Emellett fejleszteni kell a járóbeteg-nappali- és mobil szolgáltatások palettáját is annak érdekében, hogy a rehabilitáció a lakosságközeli ellátások között elérhető legyen.

Védett lakhatási programok:

A védett lakhatási programok célja egyrészt, hogy az intézményes ellátások igénybevétele csökkenjen, másrészt (re)habilitációs eszközként az önálló életvitelhez, önellátáshoz, öngondoskodáshoz szükséges készségek, képességek fejlesztésével a személyt (re)integrálja a társadalomba, ide értve azt is, hogy az ellátásban részesülő személy szociális segítséggel megteremtse saját lakhatási feltételeit. Ide tartoznak a védett lakások, védett bérlemények azok számára, akik megfelelő felkészítéssel, önállóság megteremtésével képesek védett körülmények közé kiköltözni az intézményekből. Az önálló életvitelre való képesség kialakítását szolgálják a pszichiátriai betegek lakóotthonai és olyan intézmények, amelyek közbenső „lépcsőfokot” jelentenek az intézményi élet és a teljes közösségi integráció között.

Védett munkahelyek:

Olyan munkavégzést szolgáló kiegészítő intézmény, amelynek keretei között munkaszerződés alapján, munkabér ellenében folyik a munkavégzés, amellyel, hogy folyamatos védettséget biztosít a munkaadói és munkavállalói feltételek folyamatos pszichológiai és pszichiátriai ellenőrzése. A foglalkoztatás tekintetében erősíteni kell a szociális intézményeken belüli foglalkoztatás formáit, különösen a nappali ellátásokhoz kapcsolódóan, a lakókörnyezetben történő rehabilitáció hatékonyabb megvalósítása érdekében.

5. A konzultatív pszichiátria fejlesztése:

A konzultatív (liaison) pszichiátria általános célja: optimális pszichiátriai ellátás biztosítása az egészségügyi ellátórendszer nem pszichiátriai ellátást igénybe vevő fekvő- és járóbetegei számára társszakmák orvosaival való együttműködés keretében. Ebben a keretben fő feladatai a nem pszichiátriai ellátásban részesülő, mentális zavarban szenvedő betegek korai felismerése, kezelésbe vétele, segítségnyújtás a „szomatikus”ellátásban részesülő betegek pszichés problémáinak kezelésében, legáltalánosabban a betegeket kezelő (nem pszichiáter) orvosok, szakemberek számára szakmai (diagnosztikus, terápia, stb.) segítség nyújtása.

6. A szociális és egészségügyi ellátások integrálása

A Health for All szerint az EU-ban csak Ausztriában és Svédországban alacsonyabb az ápolási otthoni és idősotthoni férőhelyek száma 100 ezer főre, mint nálunk. Az Unió legtöbb országában a férőhelyek száma a magyarországi többszöröse.

A meglévő szolgáltatások (pl. közösségi szociális ellátás) integrálása mellett fejlesztést igényelnek a bentlakásos (átmeneti és tartós elhelyezést nyújtó) intézményeknek, de ezek köré az integrált szolgáltatások kialakítása érdekében olyan alapszolgáltatási feladatok szervezhetők, mint az étkeztetés, idősek nappali ellátása, házi segítségnyújtás, illetve jelzőrendszeres házi gondozás, családtagok számára biztosított tanácsadás, felkészítés stb.

A fejlesztés a meglévő intézmények korszerűsítésére, épületek átalakítására, újak létesítésére, berendezésére, a humán erőforrás képzésére irányul, középpontjában az integrált alapszolgáltatások fejlesztésével - kiegészítve a családtagok számára biztosított tanácsadással, felkészítéssel – rehabilitációs szolgáltatással, átmeneti, lakóotthoni, védett lakhatási formákkal.

7. Az idősellátás korszerűsítése:

Célja az idősokorúakról gondoskodó komplex és integrált rendszer kialakítása (geriátriai szakkórházak, nappali kórházak, foglalkoztatók, szociális alap- és szakellátások, az info-kommunikáció fejlesztésével). Az idősek ellátásának leghatékonyabb formája az integrált, személy központú ellátás, amely elsősorban összekapcsolt intézményi hálózatokkal valósítható meg.

A geriátriai szakmai szempontokat érvényesíteni kell a sürgősségi, akut, posztakut és hosszú távú ellátásokban. A sürgősségi és akut ellátást olyan, sürgősségi osztállyal rendelkező kórházakban kell megvalósítani, ahol minden lehetséges eszköz rendelkezésre áll. Emellett célszerű a fekvőbeteg szakellátás keretén belül a lakóhelyhez közel eső geriátriai szakkórházak kialakítása, ahol a posztakut és hosszú távú ellátás történik. A fekvőbeteg ellátás helyett a geriátriai állapotfelmérés és konzultáció eszközeivel az alapellátáshoz kapcsolódó nappali kórházak kialakítása szükséges, amelyek szakkonzultációs lehetőséget biztosítanak a házi orvosok számára. A házi orvosok geriátriai szakmai továbbképzését magasabb szintre kell emelni. Az integrált rendszereken belül meg kell oldani az egy pontos belépés és a komplex mediko- szociális ellátás lehetőségét

8. Az egészségügyi forrásképző és -elosztó rendszerek korszerűsítése

Jelenleg a szociális ellátások állami finanszírozása, illetve az egészségügyi ellátás OEP finanszírozása egymás szolgáltatásait nem támogatja. A rugalmas megoldás alapját a feladatfinanszírozás, a szolgáltatás alapú finanszírozás jelenthetné, amelyben érvényre juthat az azonos feladat elvégzése esetén is a közös, megosztott, vagy kettős finanszírozás is.

A konzultatív pszichiátria sem képzelhető el rugalmas, a feladathoz rendelt finanszírozás nélkül. Természetesen ehhez a megfelelő minőségi kritériumok kidolgozása, ellenőrzése, a finanszírozási rendszer fentieknek megfelelő felülvizsgálata szükséges.

Az egészségügyi ellátások terén a valós emberi erőforrás- és időigényt kell elismerni a finanszírozásban, különös tekintettel a pszichoterápiára és a szocioterápiára is. Az integrált ellátás feltételezi az egyes kasszák közötti átjárhatóság és transzparencia megteremtését, a fekvőbeteg ellátás preferenciájának kiküszöbölését.

A megfelelő minőségű szakmai protokollokon alapuló, a hazai viszonyokra adaptált, bizonyítékokon alapuló finanszírozási protokollok létrehozása és működtetése a költség-hatékony működés fontos előfeltétele. A hazai adaptáció érdekében meg kell határozni a várható lakossági szükségleteket, és fel kell mérni a valós hazai ráfordításokat. Szükséges a közösségi alapú szolgáltatások szektorsemleges finanszírozása.

9. Egészségügyi informatika és egészség-kommunikáció fejlesztése

Stratégiaileg átgondolt, hosszú távú differenciált kommunikációra van szükség, felhasználva az új internetes és távoktatási lehetőségeket is. A néhány témára, kiemelt prioritásokra koncentrált programok jobban kommunikálhatók és jobban tudatosíthatók a társadalomban, mint a sok szálon folyó programok.

A mentális betegségekről, problémákhoz kapcsolódó ismeretterjesztés szerepe a támogató társadalmi háttér megszerzésében is fontos szerepet játszik. Ezért a pszichiátriai ellátás javítása érdekében igen fontos, hogy a szakma elősegítse a mentális betegek érdekében a civil szervezetek, az egyházak, a laikusok és a szakemberek kölcsönös bizalmon alapuló együttműködését.

10. Humán erőforrás fejlesztése

Szükség van a lelki egészség megőrzéséért és helyreállításáért dolgozók, illetve az egészségügyben és általában a munkavállalók mobilitásának növelésére, mobilitást ösztönző programok indítására. Olyan vonzó életpálya modellek kialakítása szükséges, amelyek mind a szakmai karrier, mind pedig a szociális biztonsági rendszer erősítésével segítik a szakemberellátást.

Újra kell gondolni és rendszerezni a szakorvosok, szakpszichológusok, általános orvosok, ápolók, más egészségügyi és szociális szakképzettségű személyek szakmai kompetenciáját. Lehetőséget kell adni a szakorvosi, illetve orvosi munka egyes részterületein más, a feladatra magasan képzett klinikai és egészségpszichológusok, egészségügyi szakdolgozók és szociális szakemberek alkalmazására, természetesen megfelelő képzés, illetve szakmai felügyelet mellett.

Természetesen a szakterületen is érvényesülnie kell a munkahelyi egészségfejlesztésről általában leírtaknak, különös tekintettel a segítő szakmákban foglalkoztatottak kiégésének megelőzésével és kezelésével kapcsolatos programokra, amelyek fokozhatják a szakterület munkaerő megtartási képességét. Ezek a programok lényegében rendelkezésre állnak, legfeljebb megfelelő adaptálásukra – és természetesen a futtatásukhoz szükséges tárgyi és személyi feltételek biztosítására – van szükség.

11. Kutatás-fejlesztés és egészségipar támogatása

Alapvető érdek, hogy a tudásközpontokban, innovációs műhelyekben létrehozott szellemi tulajdonhoz kapcsolódó anyagi haszon helyben maradjon, illetve minél nagyobb mértékben szolgálja a további fejlesztéseket, s egyúttal alkalmas legyen a kutatásban, innovációban érintettek ösztönzésére.

A szakterületen – ahogy az egészségügyben általában - az objektív klinikai kutatási eredmények kritikus és szisztematikus elemzésére alapozott szolgáltatói, biztosítói és egészségpolitikai döntéshozatali mechanizmusok kialakítására van szükség. Ennek főbb területei a bizonyítékokon alapuló orvoslás, az egészség-gazdaságtan, az egészségügyi technológia-értékelés, valamint a minőségfejlesztési rendszer, amelyek átfogó képzési és tudományos-módszertani műhelyek hálózatán alapuló intézményrendszeren kell alapulnia.

12. Szabályozási elemek

A szakmai minimumfeltételek meghatározásánál a cél a betegek szakmailag legmagasabb szintű ellátásának elősegítése. A szabályozási feladat mind a meglévő, mind az új, illetve fejlesztendő ellátási formák mögöttes tartalmának meghatározása. Ennek során olyan feltételeket kell kialakítani, amelyek reálisan teljesíthetők, ugyanakkor biztosítják azt a szakmai tartalmat is, amely szükséges a pszichiátriai betegek megfelelő szintű ellátásához. Az azonos tevékenységi körökben működő egészségügyi és szociális intézmények esetén a szabályozást a két szakterület képviselőinek részvételével át kell tekinteni, a felesleges párhuzamosságokat meg kell szüntetni. Végeredményben olyan szabályozás kialakítása célszerű, amelyben pontosan meghatározott, hogy az egyes szolgáltatók, intézmények, pontosan milyen tevékenységeket végezhetnek és ehhez milyen személyi és tárgyi feltételeket kell biztosítaniuk. Már az elnevezés is elkülöníti a kompetencia köröket: a közösségi pszichiátria elnevezés komplex, különböző szolgáltatásokat integráló pszichiátriai tevékenységet jelent, míg a szociális ellátásokat az 1993. évi III. tv. közösségi ellátásnak nevezi. A szociális- egészségügyi közös ellátó-helyek esetében a szabályozási feladat az, hogy speciális, integrált finanszírozási szisztéma kerüljön kidolgozásra, például az azonos szociális ellátó-helyhez telepített, de külön szociális és külön egészségügyi tevékenységekre történő szétválasztás és a szétválasztás alapján megvalósított finanszírozás által.

IV. JÖVŐKÉP

A mentális egészségügyi szolgáltatások decentralizált, integrált, a szükségletekhez rugalmasan alkalmazkodni képes ellátórendszert feltételeznek. A decentralizált ellátórendszer egyben területileg kiegyenlített hozzáférést biztosít, ezzel javítja az ellátáshoz való hozzáférés terén az esélyegyenlőséget is.

A mentális betegségek számának mérhető növekedése megfelelő szinten tartott pszichiátriai fekvőbeteg kapacitás mellett a járóbeteg kapacitások és a pszichoterápiás, pszichológiai szakellátás kapacitásának növelése szükséges. Az ellátottak szükségleteihez alkalmazkodó szakképzés alakul ki, ide értve a határterületi specializációkat, a pszichoszomatikus, pszichoterápiás ellátás közösségi, járóbeteg és kórházi szakellátási szinteket és a pszichiátriai rehabilitáció teljes spektrumának elérhetőségét a közösségi ellátási formáig. Szakmaközi integráció kialakítása javíthatja az ellátást, elsősorban a pszichoszomatika, a kardiológia, az onkológia területén.

A pszichiátriai szakintézetek fő feladatának a progresszív ellátást (specializálódás) tekintjük. A szolgáltatások zömét az egészségügyi és szociális szolgáltatásokat integráló közösségi központok tudják nyújtani, melyek a jelenlegi, országos lefedettségű pszichiátriai gondozó intézetekre épülhetnek elsősorban. Ez az ellátási modell megfelel a mentális betegségekben szenvedők komplex, biológiai, pszichoterápiás, rehabilitációs és szociális ellátási szükségleteinek. Erőteljes intézményfejlesztést igényel azonban ahhoz, hogy a megelőzés és a rehabilitáció (nem csak orvosi, hanem társadalmi) követelményeinek megfeleljen. A lakossághoz közeli ellátások között széles körben hozzáférhető különböző szakambulanciák/szakrendelések működése kívánatos. Az addiktológiai, a depresszió, a krízis, a gerontopszichiátria/demens ellátás, a gyermek- és serdülő pszichiátriai-pszichoterápiás rendelések mellett a szükségletek szerint kialakulhatnak a kisebb szubspecialitások ellátási struktúrái. A medicinális társszakmák felé szoros kapcsolatot jelentenek a liaison-pszichiátria elveinek megfelelő pszichoszomatikus szakambulanciák. Kialakul a lelkipozó szakellátás.

A szenvedélybetegségek megelőzése és ellátása területén a legjelentősebb probléma-területeknek megfelelően integrált megelőzési programok indulnak, a fiatalok általános és egyes sajátos célcsoportjai részére. A legfontosabb színtereken általánossá válik a korai probléma-azonosítás és működnek a korai kezelésbe vétel technikai is.

Az egészségügyi alapellátás, szakellátások tömegesen alkalmazzák a problémás szerfogyasztók szűrésére alkalmas technikákat és ellátásuk első lépcsőjeként a rövid intervenciókat. Kiepült és jól működik a súlyosabb problémával küzdők célzott kezelésbe irányítása. Az addiktológiai járóbeteg-ellátók széles körű helyi hálózaton belül működnek, rendszeresen kapcsolatot tartva a környezetükben működő kulcsintézményekkel (iskolák, munkahelyek, szociális ellátók, igazságszolgáltatás stb.). Az ellátórendszer további szintjei az együttműködés és progresszivitás elvei szerint működnek, figyelembe véve a hozzáférés legfontosabb kritériumait. Egyes, sajátos szükségletű betegcsoportok számára (pl. intravénás szerhasználók) sajátos ellátási modalitások állnak rendelkezésre.

A rehabilitációs- és krónikus ellátásban a valós szükségletekhez alkalmazkodó, integrált rendszerek alakulnak ki, a párhuzamosságokat kiküszöbölik. Az egészségügy területén a krónikus betegellátás, a rehabilitáció és az ápolás kapacitásai megfelelővé válnak. A szociális otthonok befogadóképessége elégségesé válik, az ellátásra várakozók száma, a várakozás ideje kielégítő lesz, érvényesül az egyenlő hozzáférés elve.

A krónikus ellátásban átalakítások után a nagy létszámú, a közösségtől sokszor szeparált bennlakásos intézmények helyett a betegeket igényeik szerint a közösségbe integrált lakó- és lakásotthonokban helyezték el. Az ellátás megfelelő területein és szintjein (pl. drog, időskori ellátás, hospice) civil és karitatív szervezetek kiterjedten részt vesznek.

Széles körben felismerik és elismerik, hogy a lelki egészséget meghatározó tényezők többsége az egészségügyi szektor kompetenciáján kívül esik és más ágazatok hatáskörébe tartozik. Erre alapozva eredményes és hatékony ágazatközi együttműködések kialakítása a cél.

Fontos, hogy a munkáltatók felismerjék: a munkavállaló jó/jobb egészsége és a produktivitás, versenyképesség között szoros összefüggés van, ennek megfelelően a dolgozók egészségmegőrzésére figyelő munkahelyi és vállalatvezetési kultúra alakuljon ki, a munkahelyi stresszt minimalizálják, a munkavállalói jogok érvényesüljenek, körük szélesedjen. A munkahelyi stressz jelentőségét és következményeit folyamatosan kommunikálják a társadalom felé a dolgozók stressz tudatosságának növelése érdekében.

A mentális zavarban szenvedők munkaerőpiacon való megjelenésének és megmaradásának a támogatását növelni szükséges mind az érintettek, mind a munkáltatók oldalán. Kielégítő számú lesz a funkcionalitás csökkenésének megfelelően védett, támogatott munkahelyek a mentális betegséggel vagy fogyatékkal élőknek; az ezen a területen működő civil szervezetek fokozottan támogatottak, a terület jogi szabályozása és a támogatási rendszerek átláthatóvá válnak. Működnek a korai munkahelyi intervenciós rendszerek és a drog- és alkohol prevenció. Erősödik a szociális és egészségügyi szolgáltatások strukturális, szakmai és finanszírozási feltételeinek összehangolása.

A gyermek- ifjúságvédelem és az oktatás területén a döntéshozók és egyéb érdekelték elismerik, hogy a mentális egészséget nagymértékben meghatározzák az első életévek.

A szülői készségek tanítása, a családközpontú szemlélet javítja a gyermek fejlődését. A lelki egészséggel kapcsolatos tudás- és készségfejlesztés beépül a közoktatásba. A lelki egészségfejlesztés oktatása szervezeten megvalósul. A pedagógusok kiégését megelőző programok elterjednek. Útmutatók és ajánlások készülnek az iskolai bántalmazás prevenciós stratégiájának és a bántalmazás következményeinek kidolgozásához. A súlyos mentális egészségproblémákkal küzdő, illetve veszélyeztetett diákok számára védett iskolák, korrekciós osztályok-csoportok rendszere épül ki. A lelki egészséggel kapcsolatos programok összehangolása kiemelt figyelmet kap, különösen a fiatalok lelki egészségével kapcsolatos monitorozási feladatok ellátásában. Az egészségmonitorozás során a fizikai egészség felmérése mellett a mentális egészség felmérésének és követésének a feltételei is biztosítottak.

Az alapfokú, középfokú és felsőfokú oktatásban általában - az ápoló, lelkigondozó, pedagógus, szociális munkás és védőnőképzésben pedig különösen - a mentális egészségproblémák népegészségügyi súlyával arányos curriculum fejlesztés zajlik le.

A településeken a hajléktalan ellátás fejlődik, átmeneti, védett szálláshelyek lényegesen nagyobb számban érhetők el, szociális bérlakások megfelelő számban állnak rendelkezésre.

A lakóhelyi környezet fejlődik, több funkciós közösségi terek alakulnak ki, „emberbarát” városok épülnek ki.

V. A következőkben a rövidtávon megvalósítandó célkitűzések kerülnek bemutatásra:

A LEGOP fentebb felvázolt közép- és hosszú távú célkitűzései mellett a 2010-ig terjedő időszakra a Lelki Egészség és Jólét Európai Paktum (European Pact for Mental Health and Well-being - EU high-level conference "Together for Mental Health and Well-being", Brüsszel, 2008. június 13.) dokumentumban is szereplő kiemelt területek (prioritások) megvalósítása indokolt.

Ezek a prioritások a következők:

1. Az öngyilkosság és a depresszió prevenciója.
2. A fiatalok lelki egészsége és a lelki egészség az oktatásban témaköre.
3. A lelki egészség a munkahelyi környezetben.
4. Az idős emberek lelki egészsége.
5. A stigma és a diszkrimináció elleni küzdelem.

1. Az öngyilkosság és a depresszió prevenciója.

Az öngyilkosságok megelőzése a kockázati csoportokban történő hatékony intervenciókkal lehetséges. Ezek a kiemelt csoportok: a pszichiátriai betegségben szenvedők (főleg a hangulati betegségek, depresszió), a szenvedélybetegek (alkohol- és droghasználók), a súlyos testi betegségben szenvedők, a szociálisan hátrányos helyzetben lévők, a közelmúltban jelentős veszteséget elszenvedők – különös tekintettel azokra, akiknek a környezetében öngyilkosság fordult elő –, az idős emberek és a bevándorlók egyes csoportjai.

A lakosságközeli ellátó hálózat fontos eleme az alacsonyküszöbű sürgősségi ellátásként definiálható lelki elsősegély szolgálat.

Szükséges prevenciós programok meghirdetése és támogatása körülhatárolt területeken (város, kistérség stb.), tekintettel arra, hogy a helyi programok hatékonysága a legmagasabb, alapvetően a társadalmi tőke erősítésével, a helyi

erőforrások jobb kihasználásával érhetünk el eredményt.

Kiemelt figyelmet érdemel a gyermekek és serdülők depressziójának és öngyilkosságának megelőzése is, továbbá külön beavatkozási terület az időskori öngyilkosságok megelőzése.

Javítani kell a depresszió kezelési lehetőségeinek elérhetőségét, különös tekintettel a bizonyítékokon alapuló módszerek alkalmazására. Ehhez szükséges a pszichiátriai ellátórendszer kapacitásainak revíziója, annak alapján a fekvő és járóbeteg-ellátás megerősítése, továbbá az egészségügyi alapellátás szerepének megerősítése.

2. A fiatalok lelki egészsége és a lelki egészség az oktatásban:

A lelki egészség alapfeltétele az eredményes tanulásnak. A pszichés zavarok szorosan rontják a tanulás eredményességét, növelik az iskolából való kimaradás arányát, és szorosan összefüggnek az iskolákban észlelhető agresszióval/viktimizációval. Ezen a területen az előrelépés kulcsa, hogy az iskola ne csak az ismeretátadás és a teljesítmény, hanem a személyre szabott nevelés intézményévé váljék. Emellett nem kevésbé fontos a lelki egészséggel kapcsolatos ismeretek oktatása az általános iskolától kezdve. Fontos, hogy az oktatás minden szintjén szerepeljen a lelki egészség kérdése, köztük a legfontosabb ártalmak és a lelki betegségek is, melyeknek azonos státuszt kell kapniuk, mint a szomatikus betegségeknek. A szülői készségek javítása az egyik leghatékonyabb megelőzési módszer. Programot kell indítani az iskolai agresszió, a viktimizáció ellen, mivel az agresszió, a csúfolás, a bántalmazás patogén szerepe meghatározó az iskolában megjelenő lelki egészség-kockázatok között. A társadalmi kirekesztés megelőzésének, kezelésének és újratermelődésének megakadályozására olyan programok szükségesek, melyek a leszakadó társadalmi rétegek (deprivált helyzetű családok, hátrányos helyzetű romák, állami gondozottak, hajléktalanok, stb.) gyermekeinek korai szocializációját célozza meg. A pedagógusok számára lehetőséget kell biztosítani esetmegbeszélő csoporton, szupervízió, kiégést megelőző tréningen való részvételre. Szükséges a hazai gyermek- és ifjúság-pszichiátriai ellátás fehér foltjainak felszámolása, e szakellátás biztosítása az egész országban, az arra szorulóknak az iskolai és egyéb színtereken történő korai kezelésbe vétele.

3. A lelki egészség a munkahelyi környezetben:

A munkahelyi hiányzás és alacsony produktivitás vezető okai a pszichiátriai betegségek. A munkahelyi stresszkezelő programok szervezése szükséges.

A munkahelyi stressz-csökkentés egyszerre igényli a munkaszervezetek ilyen irányú fejlesztését és a munkahelyi vezetők erre vonatkozó kompetenciájának javítását. A hazai és nemzetközi „jó gyakorlatok” terjesztése és támogatása a munkahelyi szociális kohézió fokozása érdekében.

Szükséges a pszichés zavarok korai felismerését segítő munkahelyi programok bevezetése, különös tekintettel a foglalkozó-egészségügyi szakemberek és humánpolitikai szakemberek képzésére és továbbképzésére, a lelki egészségre kockázatot jelentő tényezők becslése és célzott intervenciók e területeken. Hasonlóan fontos munkahelyi egészségfejlesztési programok indítása, különös tekintettel a tartós munkahelyi stressz megelőzésére és a mentális egészség javítására.

4. Az idős emberek lelki egészsége:

Az idős emberek élettapasztalata tudásunk fontos forrása, hozzájárul a személyes, családi és közösségi identitástudatunk kialakításához. Szükséges a társadalom érzékenyítése a médián keresztül az időskor értékeinek nagyobb tudatosítása érdekében. Az idős emberek nagy része jó egészségnek örvend, azonban egyes csoportjaikban magas a neurológiai és a pszichiátriai betegségek aránya, különös tekintettel a demenciákra. Hazánkban is növekszik az idősek, ezzel párhuzamosan a lelki egészséggel kapcsolatos problémák aránya is. Komoly erőfeszítésekre van szükség, hogy több ember érje meg az időskorát jó lelki egészségben, hogy mentális betegségeik megelőzhetőek legyenek, és hogy garantálni tudjuk a mentális betegségekben szenvedő idős emberek hozzáférését megfelelő kezeléshez és gondozáshoz. Ennek érdekében programot kell indítani a demencia korai felismerésére és kezelésére, a demens betegek gondozására és betegeket gondozó családok terheinek csökkentésére. Az egészségügyi és a szociális ellátások integrációját az idősek sajátos szükségleteinek figyelembevételével kell megvalósítani. Emellett javítani kell az idős emberek részvételét, aktív bevonódását a helyi közösségi programokba, tehát ösztönözni és támogatni kell az ilyen programokat és az ezeket szervező közösségeket és szervezeteket.

5. A mentális betegségekkel összefüggő stigmatizáció és a diszkrimináció elleni küzdelem:

A pszichiátriai betegségek jelentős negatív személyes és gazdasági következményekkel járnak.

Ezeket a negatív következményeket tovább súlyosbítja a stigma és a diszkrimináció, amely tetten érhető a lakosság körében, a médiában, sőt az egészségügyi dolgozók között is.

A violens és az intoxikált betegek általános pszichiátriai osztályon történő kezelése szakmailag nem megalapozott és növeli a pszichiátriai betegek stigmatizációját és diszkriminációját.

A stigma és a diszkrimináció csökkentése érdekében megfelelő rendszert kell kialakítani a violens pszichiátriai betegek kezelésére, ezen belül pszichiátriai szakma-specifikus szub-intenzív részlegeket, emelt biztonsági szintű pszichiátriai részleget, továbbá forenzikus pszichiátriai részleget szükséges létrehozni. A detoxikálás leválasztása a pszichiátriáról szintén stigmacsökkentő.

Szükséges továbbá média-kampány szervezése jól körülhatárolt üzenetekkel, a mentális betegek integrációjának elősegítése érdekében.

Konfliktus-kezelés

A mindennapi élet színterein, a mentális betegek ellátásában, a munka világában a konfliktus-kezelés hatékony gyakorlatainak elterjedése képes hozzájárulni a konfliktus-helyzetekből, és azok nem megfelelő kezeléséből adódó lelki egészség-terhek csökkentéséhez. A konfliktus-kezelés művészetének elsajátítása a közoktatásban a fiatalok és a pedagógusok által, a családokban, a munkahelyen és az egészségügyi és szociális ellátásban olyan feladat, amely végighúzódik a LEGOP-on. Emiatt emeltük ki, tudva, hogy ez nem önálló cél, hanem kiemelt fontosságú eszköz a prioritások elérésében.

VI. A Lelki Egészség Országos Program nem tekinthető teljesnek az alkohol- és drogprobléma visszaszorítását célzó politikák és stratégiák nélkül, noha ezek meghaladják a LEGOP kereteit. Tekintve, hogy a kábítószer-problémával kapcsolatos legfontosabb feladatok már rögzítésre kerültek a Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorításáról szóló nemzeti programban, a következőkben a lelki egészség program struktúrájába jól illeszthető, és egy régóta megoldásra váró népegészségügyi problémával, az alkoholproblémával foglalkozunk.

Az Alkoholpolitika és Stratégia megvalósítása:

A magyar lakosság lelki egészségét károsító egyik legjelentősebb tényező a súlyos és mértéktelen alkoholfogyasztás, mely a társadalmi kirekesztődés egyik legfontosabb tényezője. Az egyéni, családi, közösségi és szélesebb társadalmi károk, közvetlen és közvetett költségei az egyik legnagyobb egészségteher.

Az alkohol által okozott károk megelőzésére egy kiegyensúlyozott, a megelőzést, a kezelést, a jogszabályi környezet módosítását, és a társadalmi környezet aktív befolyásolását egyaránt célzó politika alkalmas.

Az alkoholprobléma eredményes kezelésére igazolhatóan hatékony komplex programok léteznek. Ezek figyelembe vételével készült az Országos Addiktológiai Intézet által összeállított, és a Népegészségügyi Tárcaközi Bizottság által 2006-ban elfogadott és 2009-ben felülvizsgált **Alkohol-politika és -Stratégia c. dokumentum**, melynek teljes megvalósítása szükséges. (Az Alkohol-politika és -Stratégia c. dokumentumot az 1. sz. melléklet tartalmazza).

A lelki egészség megőrzésének prioritásaihoz szorosan kapcsolódik a hazai alkoholstratégia megvalósítása. A sikeres alkoholpolitika elemei közül kiemeltük néhány olyan elemet, amelyek megjelenítését a LEGOP-ban is fontosnak tartjuk.

Ezek a következők:

Az alkohollal, az általa okozott kockázatokkal, károkkal kapcsolatos egyéni ismeretek, az egyéni és közösségi protektív tényezők fejlesztése kiemelten fontos elem, amely a LEGOP-ban megjelenhet. Ebbe beleértjük az integrált, egészséget támogató, gyermekközpontú iskolai és más színtereken zajló ifjúsági prevenció programok megvalósítását, a szülők ilyen irányú ismereteinek és készségeinek fejlesztését, továbbá a komplex, helyi közösségi programok megvalósítását. Mindennek fontos feltétele az iskolai, színtér és közösségi alkohol-megelőzési programok minőségügyi rendszerének megteremtése,

Korai kezelésbevétel innovatív szakmai, intézményi és finanszírozási-érdekeltségi rendszerének megteremtése a legfontosabb színtereken, mint egészségügyi alap- és szakellátás, munkahely (integrált munkahelyi politikák keretében), iskola.

Az alkohol-betegek, problémás ivók és családtagjaik számára gyógyító, megelőző szolgáltatásokat nyújtó egészségügyi ellátórendszer fejlesztése, beleértve ebbe a geográfiai hozzáférés biztosítását, az ország egyes részei között fennálló jelentős kapacitásbeli és hozzáférhetőségi különbségek fejlesztéssel történő felszámolását, így biztosítva legalább a minimális szintű esélyegyenlőséget a betegek

és környezetük számára.

Megoldatlan probléma a komorbiditás kérdése, azaz a más pszichiátriai diagnózisokkal rendelkező szenvedélybetegek ellátása, az ehhez szükséges szakmai és finanszírozási feltételek megteremtése.

Kiemelt jelentőségű az egészségközpontú alkoholpolitika megvalósítása, alapvető infrastrukturális feltételeinek megteremtése, monitorozás és értékelés.