



**Egészségügyi Világszervezet**

**A magyar mentális egészségügyi ellátás értékelése**

**2014 március**

**A 60 oldalas angol nyelvű jelentés vezetői összefoglalóját készítették a  
a Szakmai Kollégium Pszichiátriai és Pszichoterápiás Tagozata és Tanácsa  
tagjai: Prof. Bitter István és Prof. Kurimay Tamás szövegváltozatát  
kiegészítette Silling Tibor és Harangozó Judit**

**Budapest, 2014. július 31.**

## **I. Előzmények**

Orbán Viktor miniszterelnök és Dr. Margaret Chan, a WHO főigazgatójának találkozáján megvizsgálták a partneri együttműködés lehetőségeit a WHO és Magyarország között. Ennek nyomán egy WHO szakértői csoport látogatott Magyarországra, hogy a WHO Akciótervek elveire támaszkodva megvizsgálja és értékeli a mentális egészségügyi szolgáltatásokat és a készülő, kormány szintű Kopp Mária Nemzeti Lelki Egészség Stratégiában (NLES) lefektetett terveket. A 2014. március 25-28 Magyarországra látogató WHO szakértői csoport tagjai voltak: 1. Dr. Shekhar Saxena, igazgató (Dpt. of Mental Health and Substance Abuse, WHO), 2. Dr. Matt Muijen, program igazgató (Mental Health and Neurodegenerative Disorders, WHO Regional Office for Europe) 3. Dr. Dan Chisholm, Egészségügyi rendszer-tanácsadó (Dpt. of Mental Health and Substance Abuse, WHO). 4. Prof. Martin Brown, (University of York).

A szakértők számára a WHO Magyarországi Iroda munkatársai komplex programot készítettek elő: tájékoztatást kaptak a hazai pszichiátria, pszichológia és szociális ellátás vezető szakembereitől, az EMMI, a GYEMSZI és az OEP vezető munkatársaitól, betegektől és hozzátartozóktól, a releváns civil szervezetek képviselőitől, a záró megbeszélést a WHO szakértői csoporttal, a munkában résztvevő hazai szakértőkkel és az EMMI munkatársaival Dr. Szócska Miklós államtitkár vezette. A szakértői csoport több pszichiátriai ellátó helyet is meglátogatott (pl. Szt. János Kórház, Ébredések Alapítvány, Nyíró Gyula Kórház-OPAI, Semmelweis Egyetem, Szt. Borbála Kórház, IV. és XIX. kerületi Pszichiátriai Gondozó, Forrásház).

## **II. A WHO Szolgáltatási Modell**

A mentális zavarok prevenciója, kezelése, az ezekkel élők társadalmi befogadása és a stigma és diszkrimináció minimalizálása érdekében a WHO Globális és Európai Akciótervek, egy a lakossági igényekre válaszoló szolgáltatási spektrum kialakítását tűzi ki célul. A közösségi alapú és kórházi szolgáltatások kölcsönösen függenek egymástól, integráltan dolgoznak az elfogadhatóság, elérhetőség, hatásosság és hatékonyság érdekében. Ezek a szolgáltatások a következők: (1) Eszközök és információ az önsegítéshez és a családok támogatásához. (2) Az alapellátáshoz kapcsolódó szolgáltatások a gyakori és egyszerűbben kezelhető mentális problémák megoldása céljából. (3) Közösségi ellátási teameket a súlyosabb, vagy nehezebben kezelhető pszichiátriai problémák kezelése érdekében. (4) Ágyakat a közösségben, pl. egészségközpontokban, vagy az általános kórházakban azok számára, akiknek intenzív gondoskodásra, és regionálisan, vagy országosan szervezett speciális szolgáltatásokra van szükségük, mint pl. az evészavarok, vagy a magas biztonságú szolgáltatások. A Jelentés részletesen elemzi a magyar szolgáltatói rendszert és a finanszírozást és elemző megállapításokat, javaslatokat tesz a NLES számára, amelyeket pontokba szedve alább, a IV. fejezetben változatlan formában ismertetünk.

## **III. Konklúzió**

A Kopp Mária Nemzeti Lelki Egészség Stratégia, ambiciózus program, amely létrehozásakor egy széleskörű víziót fogalmaz meg, átfogó elvek, prioritások és általános célok alapján. Figyelmet fordít a lakosság jól-létére, a sérülékeny csoportok emberi jogaira és az elérhető, hatásos és finanszírozható szolgáltatásokra. Ez hasonlít a WHO akcióterv megközelítésére. *A Stratégia jelen készülségi állapotában még nem dolgozták ki az evidencia-alapú konkrét akciókat és azok költségeit.*

A látogatás során sok inspiráló és informatív beszámolót hallgatott meg a Bizottság. Egyes vezetők nagy sikereket értek el innovatív szolgáltatások létrehozásában, ahol az egészségügyi és szociális ellátást integrálták és a finanszírozást kombinálták. Meg kell azonban küzdeniük a nagy elvárásokkal,

az elavult infrastruktúrával, a jó ellátást hátráltató finanszírozással és a humán erőforrás nehézségeivel.

Magyarország létrehozta egy átfogó és közösségi alapú pszichiátriai ellátórendszer strukturális alapjait a WHO Akciótervek ajánlásai szerint. Ezek állapotát, erősségeit és gyengeségeit elemezték a Jelentésben. Magyarországon van jól képzett és elkötelezett munkaerő. A meglátogatott centrumokban meggyőzőnek találták a vezetők minőségét is. Ezeken a területeken Magyarország több más régióbeli európai ország előtt áll.

A Konklúzió fejezetben összegzik a legfontosabb kihívásokat:

1. Az ellátórendszer minden tagja – az alapellátás, a közösségi szolgáltatások és a kórházak – nagy nyomás alatt dolgozik. A házi orvosoknak nincs megfelelő kapacitásuk és kompetenciájuk, mivel egyedül dolgoznak és a „fejpénz-alapú” finanszírozás nem ösztönzi, hogy mentális problémával élő betegeikre megfelelő figyelmet fordítsanak. A járóbeteg-ellátók, gondozók a magas igények, alacsony személyi és finanszírozási feltételek miatt küszködnek. A kórházakat arra ösztönzik, hogy olyan alacsony színvonalú és kis hatékonyságú gyakorlatot folytassanak, mint a rövid kezelések és gyakori felvételek. A közösségi ellátók jövője gyakran félelmetes, kiszámíthatatlan, mivel többféle rövid távú finanszírozásból kénytelenek megélni, túlélni. Az egyes ellátási szintek inadekvát volta a többi ellátót is rosszabb helyzetbe hozza, akik nem képesek kompenzálni ezt. *A prioritások, szerepek és felelősségek meghatározása a készülő Nemzeti Stratégiában, a célzott támogatásokkal és képzésekkel jelentős változást hozhat.*

2. Az egyes szolgáltatók közti átmenet gyakran nem ösztönzött, sőt, akadályozott. Az ilyen „perverz ösztönzők” pl. amikor az ambuláns ellátókat arra „csábítják”, hogy könnyen kezelhető betegeket utaljanak be osztályra, hogy emeljék a bevételeket ezáltal, vagy amikor a kórházakat gyors emisszióra ösztönzik a bevétel növelése érdekében. Hasonló modellre épül, hogy a házi orvosok nem írhatnak azonos támogatással pszichotróp gyógyszereket, mint a pszichiáterek, ami az olyan betegek fokozott továbbutalásával jár, akiknél nincs ok a továbbutalásra. *A finanszírozási mechanizmusok áttekintése és az ellenösztönzők csökkentése már a jó gyakorlatok felé való elmozdulást jelenthetné.*

3. Sok szó volt arról, hogy hatni kell arra, hogy a jelenleg a mentális zavarok prevenciójára, ill. korai intervenciójára képtelen szolgáltatások képessé váljanak erre. Ez más európai országokban is problémát jelent. *A jelen szolgáltatások megújítása új gyakorlatokkal, amelyek egy új vízió és új, a fragmentált ellátást és marginalizációt elkerülő kapacitásokon alapulnak, igazi előrelépést jelentene.*

#### **IV. A WHO Jelentés összefoglaló megállapításai és javaslatjai**

##### **Alapellátás**

1. Az alapellátást fejlesztéssel kompetenssé kell tenni arra, hogy a gyakori pszichiátriai betegségeket felismerjék és kezeljék.
2. A családorvosok által felírt „standard” pszichiátriai gyógyszerek támogatási szintjének azonosnak kell lennie a pszichiáterek által felírtakéval.
3. Az alapellátásnak szüksége van arra, hogy a pszichiátriai szolgáltatók támogatást ajánljanak fel nekik.

##### **Járóbeteg- és közösségi ellátások**

4. Magyarországon a járóbeteg és a közösségi ellátások nagyon különbözőek, eltérő modellekre épülnek. Úgy tűnik, hogy a kiválósági központok (centres of excellence) városi centrumokban koncentrálnak.
5. Egyes járóbeteg rendelések nagyon alapszintűek és „medikális” modell szerint működnek, stigmatizáló környezetben. Megfontolásra javasolható ezek lakossághoz közeli, közösségbe integrált elhelyezése, lehetőleg a járóbeteg centrumokkal (beleértve a pszichiátriai gondozókat) integrálva.
6. A járóbeteg centrumok (a gondozókat beleértve) képesek a multidiszciplináris megközelítésre és az intervenciók széles körének biztosítására, beleértve a lakóhelyen vagy annak közelében történő

ellátást és a pszichoszociális intervenciókat. Az ellátásoknak ez a változatossága kielégíti a páciensek szükségleteit, lehetővé téve az állapotromlás megelőzésére a korai intervenciót.

7. A közösségi szociális szolgáltatások kapacitása az új páciensek fogadására kicsi és földrajzilag egyenetlen eloszlású a limitált anyagi lehetőségek miatt.

8. A járóbeteg rendelések nem mindenütt található elérhető és elfogadható helyszínen, ami feltehetően csökkenti az oda beutalt betegek számát.

9. Figyelembe véve a beutalás jellegzetességeit és a lakosság vonakodását attól, hogy pszichiátriai ellátásban részt vegyen, kérdéses, hogy a korai intervenció és a másodlagos prevenció hatékonyan működtethető-e a jelenlegi ellátórendszerben.

10. A Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal által működtetett kb 80 közösségi centrum nagy potenciált jelent, azonban a kapacitásuk limitált az anyagi lehetőségek miatt.

11. A legjobb gyakorlatok közül néhányat civil szervezetek kezdeményeztek. Erős és elkötelezett vezetésük van, azonban gyakran rövidtávú támogatásra tudnak támaszkodni. Ezeknek a centrumoknak a fenntarthatóságát támogatni kell.

12. Az ellátás legjobb példái integrált megközelítést alkalmaznak és integrált szolgáltatást nyújtanak, mely nagyobb flexibilitást és jobb eredményességet tesz lehetővé. Megfontolandó az ilyen integrációk ösztönzése.

13. A Jelentés készítői éles különbséget tettek a különböző típusú ellátások között, a gyakorlatban azonban a különböző szolgáltatók szerepe –különös tekintettel a Pszichiátriai Gondozókra – nem mindig világos és úgy tűnik, hogy nem korlátozódik a krónikus betegek ellátására. Az lenne a megfelelő, ha a súlyos és tartós pszichiátriai betegségekkel – és azok kockázatával – élő emberek lennének ezen szolgáltatások fókuszában azzal a céllal, hogy segítsék társadalmi integrációjukat és megelőzzék a kórházi felvételeket

14. A német pontrendszer alacsony térítési összegei a minimális járóbeteg-ellátásra és a maximális kórházi felvételi gyakoriságra ösztönöznek, különösen a könnyebb betegek esetében, s ezzel az összköltség növekszik.

### **Kórházi ellátás**

15. Úgy tűnik a nagyszámú rövid idejű kórházi kezelés alapján, hogy az akut kórházi ágyakat nem használják jól Magyarországon.

16. Az ágy–kihasználtság ésszerű, mely azt sugallja, hogy nincsen hiány az ágyakban.

17. A finanszírozás arra ösztönöz, hogy „könnyű” betegeket vegyenek fel az osztályra, akiket a közösségben is lehetne kezelni, gondozni. (Néha felmerül, hogy vajon a betegek felvétele a betegek, vagy a finanszírozás szempontjait tükrözi). A jelentés részletesen elemzi, hogy az európai állapotoknak megfelelő ágyszám helyenként kritikus humán-erőforrás hiány mellett is igen magas betegforgalmat bonyolít.

18. A kórházak strukturális állapota rossz és felújításra szorul.

19. Budapesten kívül csak kevés kórházat láttak, de remélik, hogy máshol az állapotok nem tükrözik izolációt és stigmatizációt (amit észleltek a meglátogatott vidéki kórházban: „viszonylag izolált elhelyezés, a pszichiátria a fertőző osztállyal közös épületben van. Ez megerősíti a pszichiátriai zavarokhoz kapcsolódó olyan stigmatizáló sztereotípiákat, hogy a betegeket el kell távolítani a közösségből”. )

### **Szakosított ellátás**

20. A szakosított osztályok rendelkeznek azzal a potenciállal, hogy országos szakértői centrumokká váljanak, amelyek anyagi támogatást is kapnak (evészavarok, baba-mama osztály, emelt biztonságú osztály, stb.). Szakértelmüket országosan elérhetővé kell tenni, az oktatásban, a progresszív betegellátásban, a helyi ellátások támogatásában.

### **Hosszú távú gondozás**

21. Szükségletfelmérést kell végezni a hosszú távú gondozást biztosító intézmények és lakóik körében.

22. Át kell tekinteni a terveket a támogatott, kiscsoportos, közösségbe integrált lakhatási formák gyors bővítése érdekében.

23. Számításba kell venni, hogy eltérő lakhatási szolgáltatáscsomagokat kell felajánlani az eltérő szükségletekre reagálva.

24. A támogatott lakhatás jó kezdeményezés, amelynek bővülése jól kiegészítheti a dezisztualizációt.

25. Érdemes más országokban elérhető szakértelmet is bevonni a kiscsoportos lakhatással kapcsolatos szükségletfelméréshez, a tervezéshez és a tréningekhez.

### **Elme-egészségügyi törvény és magas biztonságú ellátás**

26. Javasolják más európai országokhoz hasonlóan egy specifikus elme-egészségügyi törvény szükségességének mérlegelését.

27. Szükség van egy magas biztonságú osztályra a forenzikus és más kihívást jelentő betegek számára.

28. A börtönben lévő, súlyos pszichiátriai betegek ellátásáért az egészségügyi ellátás a felelős, ehhez a megfelelő kapacitásokat és kompetenciákat mozgósítani kell.

### **Promóció, prevenció**

29. Prevenciót, korai intervenciót megvalósító központokra szükség van, de integráltan kell ezeket működtetni a meglévő szolgáltatásokkal.

30. Pontosán meg kell határozni az ilyen központok szerepét és az ott dolgozók szükséges szakértelmét.

31. A tervezés során már a kezdetektől figyelembe kell venni a fenntarthatósági szempontokat.

### **A betegek és családtagjaik bevonása**

32. Lássák el információval a betegeket és a családtagokat az állapottal és a kezeléssel kapcsolatban.

33. Vonják be a felhasználókat és családtagjaikat a szolgáltatások tervezésébe és minőség-ellenőrzésébe.

### **Munkaerő**

34. A munkaerő tervezésnek azon kell alapulnia, hogy valószínűtlen, hogy csökkenni fog a szakma iránti igény a közeljövőben, a fluktuáció azonban folytatódik.

10. A szakmai oktatás minősége jó Magyarországon, ezt fenn kell tartani.

35. Több figyelmet kell fordítani az életpályamodell kifejlesztésére, a munkaerő megtartását segítő.

36. Az elmeegészségügyben új állások létesítésre van szükség, a nagyszámú munkanélküli pszichológus részére.

37. A munkakör-változtatások segítségével fejlesszük a munkatársak készségeit, képességeit és jártasságát (pl. szakdolgozók átvehetik az orvosi kompetenciák egy részét).

### **Finanszírozás**

38. Epidemiológia alapú forrásigény-felmérést kell végezni.

39. Felül kell vizsgálni a fekvő- és járóbeteg térítések mértékét.

40. Be kell azonosítani és ki kell próbálni a mentális egészség területén megvalósuló teljesítmény értékelés indikátorait.

41. A fekvő- és járóbeteg homogén betegcsoportok létrehozásának megfontolása.

42. Kezdeményezni kell a közös támogatás ösztönzését az integrált pszichiátriai és szociális gondozás részére.