

Nemzeti Mentális Egészségügyi Program

1. Előzmények és célkitűzések

Hazánk az Európai Unión belül vezető helyet foglal el a mentális betegségek előfordulásában, az alkoholizmust magyar népbetegségnek tekinthetjük, az öngyilkossági arány – a csökkenés ellenére – még mindig magas, továbbá a súlyos és/vagy krónikus pszichiátriai megbetegedésekben (például szkizofrénia, depresszió, demencia) emberek százezrei szenvednek. Az összes neurológiai és pszichiátriai kórkép közül a legnagyobb betegségterhet a depresszió (unipoláris és bipoláris zavar együtt), a szenvedélybetegségek és a demencia jelentik. A depressziónál és a demenciánál különösen magasak az ún. indirekt költségek, ami arra utal, hogy a betegség nemcsak az egyénre, hanem környezetére – családi életére, munkahelyi teljesítményére – is jelentős mértékben kihat. További figyelemre méltó adat a pszichiátriai betegek magas halálozása (SMR alapján). Két-háromszorosa a lakossághoz képest, ami a hiányzó szűrővizsgálatokra és a szomatikus kezelés elégtelenségére utal. De a pszichiátriai betegségek fennállása is jelentősen ronthatja a szomatikus betegség miatt kezelt betegek a gyógyulási, túlélési esélyeit. Mindez a holisztikus megközelítés fontosságára hívja fel a figyelmet.

Hazánkban 2010-ben az egy főre jutó átlagos alkoholfogyasztás - az európai átlagot is meghaladva – 11,3 liter volt (WHO, 2014), amellyel a világranglista 8. helyén állunk, megelőzve Csehországot, Szlovákiát, Portugáliát, Szerbiát és Lengyelországot. A közelmúlt kutatásai szerint a nemi különbségek kezdenek összemosódni, a nők alkoholfogyasztás szempontjából is felzárkóznak a férfiakhoz. A pszichoaktív szerek közül az alkoholizmus egyedül is a legsúlyosabb terhet jelenti az európai országokban az összes pszichiátriai és neurológiai betegség közül.

A szenvedélybetegségek igen gyakran járnak együtt egyéb pszichiátriai betegségekkel (depresszió (kb. 40%-ban), pszichózis, demencia) és kiválthatnak súlyos neurológiai (pl. polioneuropathia, epilepszia), valamint egyéb szomatikus betegségeket (pl. májcirrhosis), melyek korai munkaképtelenséghez és halálhoz vezetnek. A krónikus májbetegségek és májcirrhosis miatti korai halálozás hazánkban 2008-ban férfiak esetében ötszöröse, míg a nők esetében négyszerese volt az EU átlagának. Az alkoholfüggőség sokszor egyéb függőségekkel is társul, mint például dohányzással, játékszenvedéllyel.

A mentális betegségek incidenciája 10-20 éves kor között lényegesen gyakoribb, mint az összes többi betegség együttvéve. Minden negyedik gyermeknek a felnővekedése során van olyan időszaka, amikor valamilyen pszichés problémával küzd. Gyermekkorban a pszichés zavarok a gyermek fejlődésére is hatással lehetnek, így egy életre következménnyel járhatnak. A fiatal korosztályban az öngyilkosság a második vezető halálok, melyek hátterében több mint 90%-ban pszichiátriai betegség áll. A pszichiátriai betegségek háromnegyede gyermek, és serdülőkorban kezdődik. Ezen ismert adatok ellenére a hazánkban jelenleg működő gyermek- és ifjúságpszichiátria egészségügyi ellátórendszer nem képes kiszolgálni ezt az igényt.

2. A mentális betegségek epidemiológiája

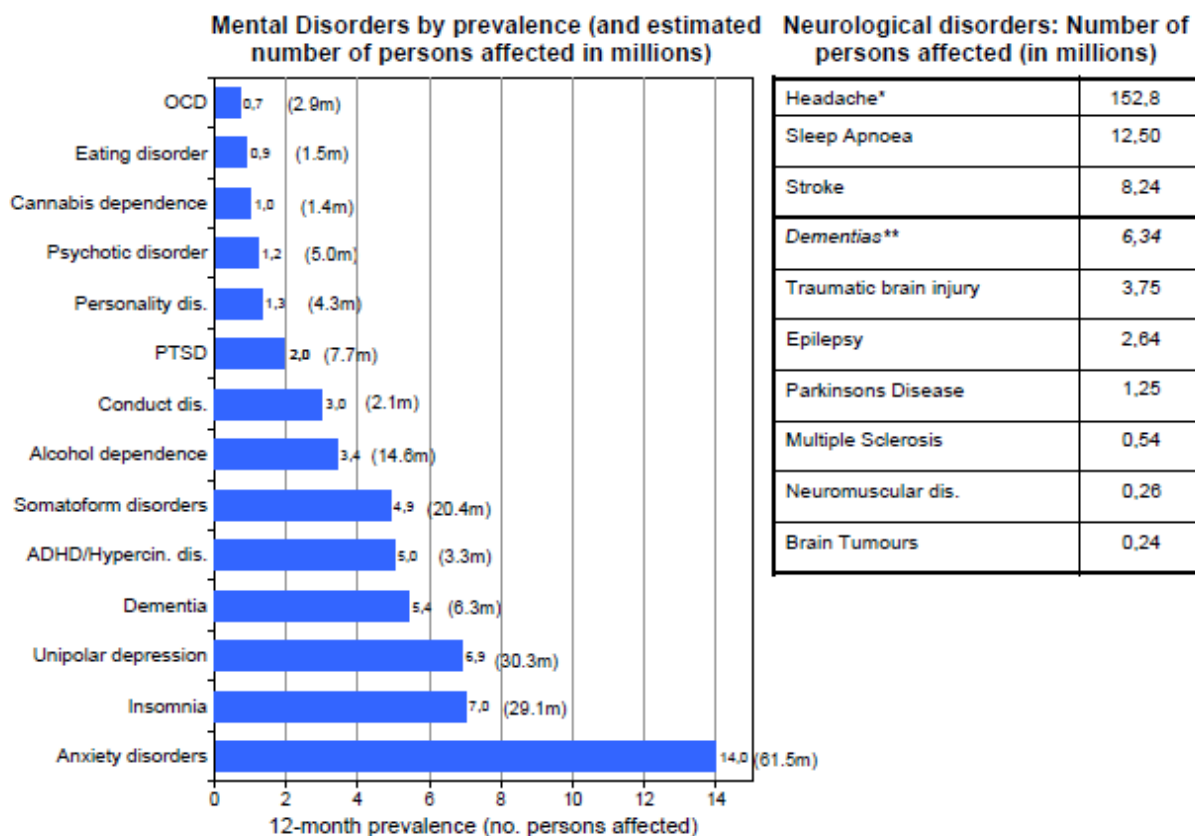
Statisztikai adatok alapján a magyar népesség egészségi állapota és az emberek életkilátásai rosszabbak, mint ami az ország gazdasági és társadalmi fejlettségéből következne. A tartós egészségromlás mellett kiemelkedően rosszak a halálozási mutatók.

2.1. Pszichiátriai betegségek epidemiológiája

Az alábbi ábra szemléletesen mutatja be a pszichiátriai betegségek éves prevalenciáját.

668

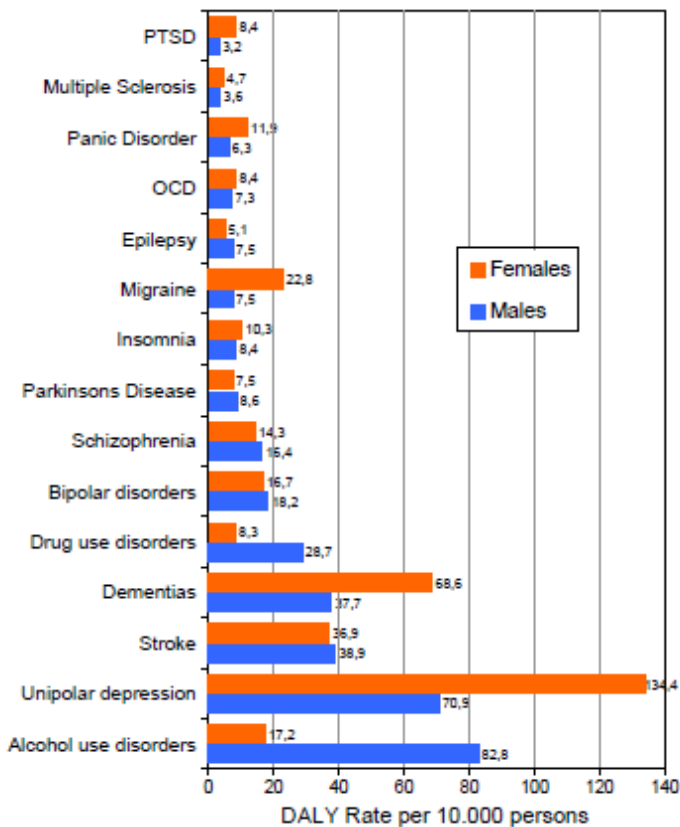
H.U. Wittchen et al.



Szádóczy és munkatársai (2000) hazai felmérése szerint – a nemzetközi adatokhoz hasonlóan – az orvosi értelemben vett és nemzetközi standard DSM-5/BNO-10 kritériumoknak megfelelő (unipoláris) major depresszió élettartam prevalenciája 15,1%, 1 éves és 1 hónapos prevalenciája a felnőtt lakosság körében 7,1% és 2,6%. A betegek kétharmadában visszatérő, rekurrens lefolyás észlelhető és gyakoriak az egyidejűleg fennálló szorongásos vagy addiktív betegségek is. A különböző szorongásos zavarok (pl. pánikbetegség, generalizált szorongásos betegség, fóbiák stb.) előfordulási gyakorisága a felnőtt lakosságban a major depresszióéhoz hasonló nagyságrendű. A kettő közötti komorbiditást is figyelembe véve megállapítható, hogy hazánkban is minden adott évben a felnőtt lakosság kb. 15 százaléka szenved e két betegség valamelyikében, vagy mindkettőben egyszerre.

A szenvedélybetegségek, a depresszió (unipoláris és bipoláris zavar együtt) és a demencia jelenti a legnagyobb betegségterhet (DALY). Az agy betegségeinek szigorú elválasztása “klasszikus” neurológiai és pszichiátriai kórképekre nem szolgálja a betegek érdekeit (ennek megfelelően világszerte klinikai idegtudományi vagy mentális egészségközpontok alakultak ki, melyek számos szakmát képviselnek). Az idézett ECNP/EBC riport szerint az összes

DALY 30,1%-át okozzák az agy betegségei nőknél és 23,4%-át a férfiaknál. A pszichoaktív szerek közül az alkoholfogyasztásra és a dohányzásra vonatkozó adatok revíziójával elvégzett számítások szerint az alkoholizmus egyedül is a legsúlyosabb terhet jelenti az európai országokban az összes pszichiátriai és neurológiai betegség közül, szignifikánsan nagyobb költségeket okoz, mint amelyet az alábbi ábrán látható adatok tükröznek (Effertz és Mann, 2013).



A pszichiátriai betegségek igen magas arányban fordulnak elő szomatikus betegségekkel, melyek együtt korai halálhoz vezetnek.

A pszichiátriai betegségekhez társuló korai halálozás korábban is ismert volt, azonban annak ismertetése során elsősorban az öngyilkossági halálozásban játszott szerepéről volt szó. Az elmúlt évtizedben azonban a metaanalízisek és a nagy, több esetben nemzeti egészségügyi adatbázisok adatai rémisztő képet tártak elénk: a pszichiátriai betegek halálozása (SMR alapján) 2-3-szoros a lakóssághoz képest. A pszichiátriai betegség miatt kezelt halálozási rizikója az általunk ismert legnagyobb metaanalízis alapján 2,2-szeres a lakóssághoz képest, a korai halálozással elveszített évek mediánja 10. A súlyos betegségekben, mint szkizofrénia ez az arány 3-szoros a kanadai nemzeti adatbázis alapján. Hazai adatok szerint a korra, nemre és irányítószámra illesztett kontrollcsoporthoz képest is ez a rizikónövekedés szkizofréniaiban 2,2-szeres; alsó légúti infekció esetén 3-szoros, daganatos megbetegedések esetén (benignus daganatok nélkül) 1,6 –szeres. Az 5 éves túlélések elemzése alapján a szkizofrén betegek 16,9%-a, míg a kontrollcsoport 7,9%-a hal meg 5 éven belül.

A különböző pszichiátriai zavarokban szenvedő betegek kb. egy évben a lakosság 10%-t teszik ki, azonban ők szívják el világszerte az eladott cigaretták 40%-át – ez a felismerés vezetett oda, hogy 2014-ben az USA-ban már a pszichiátriai intézmények egy negyede tudott a dohányzásról való leszokáshoz programot ajánlani betegeinek.

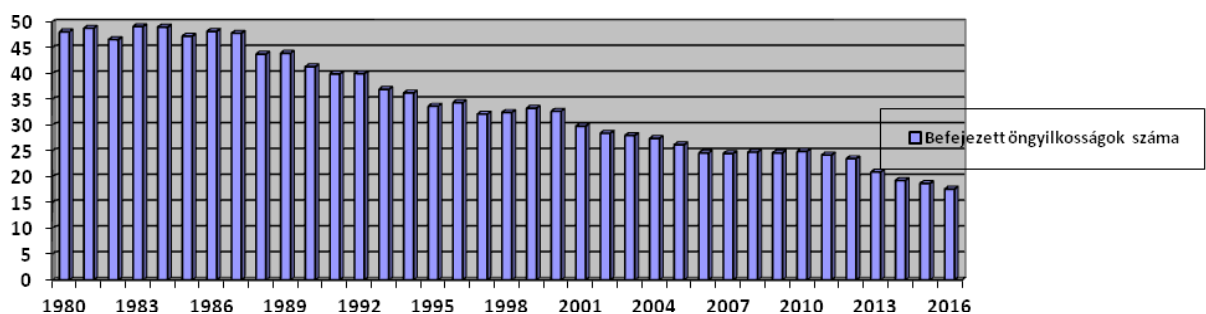
A fenti adatok azt is jelentik, hogy a szomatikus betegség miatt kezelt betegeknek a gyógyulási, túlélési esélyei jelentősen csökkennek, ha pszichiátriai betegségük is van/lesz.

2.2. *Öngyilkos magatartás epidemiológiája*

Az öngyilkosság és a pszichiátriai zavarok között szoros kapcsolat figyelhető meg és a szuicid kísérletet elkövetők ellátásában a pszichiátriának kiemelt szerepe van. A fiatal korosztályban az öngyilkosság a második vezető halálok a balesetek után Európában. Az öngyilkos magatartás hátterében neurobiológiai, pszichológiai, szociokulturális és társadalmi tényezők egyaránt állnak. A szuicidológiával foglalkozó pszichiáter szakértők – nemzetközi szintű kutatások alapján – egyetértenek abban, hogy a befejezett öngyilkosságok hátterében jelentős arányban pszichiátriai zavar (is) áll, többnyire major depresszió, szenvedélybetegség és impulzuskontroll zavar. Jelentős a nemek közötti különbség: a nők háromszor gyakrabban követnek el kísérletet, ugyanakkor a befejezett öngyilkosságot elkövetők között háromszor több a férfi, mint a nő. Időskorban mindkét nemnél megnő a szuicid ráta.

Annak ellenére, hogy az elmúlt 30 év során több mint 60%-kal csökkent a befejezett öngyilkosságok száma hazánkban, az Európai Unió országai között még mindig a második-negyedik helyen állunk – Litvánia után, Lettország és Szlovénia mellett.

Megemlítendő, hogy 2016-os adatok alapján már 18/100.000-re csökkent a szuicid ráta hazánkban. A fiatal korosztályban, ha az abszolút számokat nézzük, hazánkban 2016-ban a 10-19 éves korosztályban 25 (egy komplett középiskolás osztálynak megfelelő létszám), míg a 20-29 éves korosztályban 101 fiatal halt meg öngyilkosság miatt.



A 100.000 lakosra eső befejezett öngyilkosságok száma Magyarországon 1980 és 2016 között a KSH adatai alapján

2.3. *Szenvedélybetegségek epidemiológiája*

Az **alkoholfüggőség** prevalenciája Európában kb. 4%, a káros alkoholhasználattal együtt kb. 7,5%. Magyarországon az alkoholfüggők száma 2005-ben – a becslések szerint – hétszázhusz-ezer volt. Ez a férfi lakosság 18,3 %-át és a női lakosság 3,4%-át jelentette. 2010-ben a 15 évesnél idősebbek között a káros alkoholfogyasztás és az alkoholfüggőség együttes éves prevalenciája 17,7%. A függőség prevalenciája 9,4% volt.

Hazánkban 2010-ben az egy főre jutó átlagos alkoholfogyasztás - az európai átlagot meghaladva – 11,3 liter volt, amellyel a világranglista 8. helyén állunk. A közelmúlt kutatásai szerint a nemi különbségek kezdenek összerosódni, a nők alkoholfogyasztás szempontjából is felzárkóznak a férfiakhoz, ami aggasztó eredmény, tekintettel arra, hogy azonos alkoholmennyiség magasabb véralkoholszintet eredményez nőknél, mint férfiaknál, nőknél rövidebb időn belül alakulnak ki a szövődmények és a függőség.

Míg a WHO felmérés adatai a felnőttek körében uralkodó helyzetre hívják fel a figyelmet, addig az ESPAD és HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) adatok azt jelzik, hogy a probléma gyökere már a korai általános iskolás években megtalálható, és a fejlődési útvonalak szembetűnő eredményeket mutatnak. Egy széleskörű európai felmérés szerint a 11

évesek 4%-a, a 13 évesek 8%-a, és a 15 évesek 21%-a legalább egyszer iszik alkoholt egy héten. A problémás alkoholfogyasztás, azon belül is jellemzően az egyetemi és főiskolai diákevek alatt jelentkező rohamszerű nagyivás (binge drinking) az elmúlt évtizedekben, hazánkban is széleskörűen elterjedt.

A problémás alkoholfogyasztás és a függőség több betegség kockázatát is jelentősen megnöveli: neuropszichiátriai zavarok (39%), traumás sérülések, májbetegségek (9,6%), és daganatos betegségek (8,1%). Egyéb mentális zavarok előfordulása is gyakoribb az alkoholproblémákkal küzdőknél: 40%-ban előfordul depresszív epizód. Az alkoholfüggőség sokszor egyéb függőségekkel is társul, pl. dohányzás, játékszenvedély.

A **kábítószerpiac** az utóbbi években jelentősen megváltozott. A klasszikus szerek közül az opiátok viszonylag háttérbe szorultak és az új szintetikus szerek kezdtek tömegesen megjelenni. Az új szintetikus szerek megjelenésével egyidejűleg ezek ára jelentősen csökkent, ezért a kábítószeresek sokkal szélesebb kör számára elérhetőek a korábbinál nagyságrenddel olcsóbb áron. Ez összefügg azzal, hogy az új szerek használói között – a klasszikus szerekhez képest – magasabb a nagyon fiatalok aránya, illetve, hogy a kezelési igény e szerek használata esetén korábban jelentkezik, már 14-17 éves korban, amire nincs felkészülve a gyermek- és ifjúság pszichiátriai ellátás. A Kábítószerügyi helyzetkép szerint a 18-64 év közötti lakosság kb. 10,8 %-a, a 18-34 év közöttiek 17,7%-a használt valamilyen tiltott szert élete során. Legtöbbször a marihuánát vagy hasist. Viszonylag magas az ecstasy fogyasztás életprevalencia értéke is. Ezt követik a szintetikus kannabinoidok, az amfetamin, illetve a dizájner stimulánsok. Az új dizájnerdrogok veszélye, hogy ezek döntő többsége beazonosíthatatlan, ami terápiás bizonytalansághoz is vezethet.

Kábítószer használatával közvetlen összefüggő halálesetek száma 2016-ban 29 fő volt, ebből 3 nő. Kábítószer használatával összefüggő fertőzések sem elhanyagolhatóak.

Gyógyszerfüggőség tekintetében Magyarországon a benzodiazepinek széles terápiás felhasználásuk miatt a leggyakrabban alkalmazott központi idegrendszeri gyógyszerek között szerepelnek. A szorongásos és depresszív zavarok, valamint inszomnia kezelése során alkalmazott gyógyszerek elterjedtsége és addiktív potenciáljuk indokolja a fogyasztásuk mögött álló sajátosságok feltárását, valamint az a tény, hogy Európa-szerte elterjedt a szakmai ajánlásokban szereplő gyógyszerfogyasztási időtartam túllépése.

A kurrens külföldi kutatások eredményei szerint a benzodiazepin-fogyasztás prevalenciája magasabb a nők körében, növekszik az életkorral és a munkanélküliek nagyobb érintettségét mutatja.

A **viselkedéses függőségek** spektrum szemlélete alapján két altípust különböztetünk meg: a kompulzív (kockázatkerülő) típust (pl. trichotillomania) és az impulzív (kockázatkereső) típust (pl.: kényszeres vásárlás, kóros játékszenvedély).

Ezek közül kiemelendő a kóros szerencsejáték, amelyet a legújabb pszichiátriai noszológiai rendszer (DSM-5) már az addikciók kategóriájába sorolja. A szerfüggőséggel közös vonás a progresszív lefolyás, a tolerancia kialakulása, a megvonási tünetek jelentkezése, a kontrollvesztés, valamint az interperszonális kapcsolatokban és a munkateljesítményben jelentkező zavar. Súlyossága alapján elkülönítenek problémás és patológiás szerencsejátékot.

Az összesített problémás és patológiás szerencsejáték élettartam prevalenciáját tekintve hazánk a „középmezőnyben” foglalt helyet (problémás gambling: 1,9%, patológiás gambling: 1,4%).

A WHO által kiadott, betegségek nemzetközi osztályozása (ICD) idén először vette fel a mentális zavarok listájára a videojáték-függőséget, mint sajátos pszichiátriai zavart, jelezvén

ezzel is a függőség és az ehhez kapcsolódó problémák súlyosságát. A zavar elsősorban fiatalokat érint, akik általában valamilyen komorbid zavar kapcsán menekülnek a valóság elől a virtuális világba, ezáltal a játékfüggőség olyan tartós vagy visszatérő viselkedést okoz, mely során a játék elsőbbséget élvez az élet más területeivel szemben. A viselkedés függőségekben való hazai érintettségéről egyelőre hiányos képünk van, feltérképezése, kutatása és intervenciók kidolgozása feltétlenül szükségesek. A viselkedési függőségek kezelésére nagyon kevés hely szakosodott, pl. a Nyíró Gyula OPAI-ban a szerencsejáték függőket speciális terápiás programmal kezelik (Minnesota modell).

3. Megelőzés

3.1. *Elsődleges megelőzés*

Az elsődleges megelőzés meghaladja az egészségügy lehetőségeit: kormányzati és társadalmi feladat, amely átfogja az egész népet, de elsősorban az oktatási-nevelési intézményekben dolgozóakra, valamint a gazdaság számos szektorára ró feladatot. A lakosság egészségmagatartásában fordulatot kell elérni, melyhez biztosítani szükséges a megfelelő fizikai-, társadalmi-, gazdasági-, jogi környezetet. Fejleszteni szükséges továbbá az egyének és közösségek egészségtudatosságát, az egészséghez és az egészségüghöz viszonyulását és a hazai egészségkultúrát. Nélkülözhetetlen az egészségügyi ellátórendszer további, prevenciófókuszú áthangolása, egy szükségletekhez igazodó és prevenció szemléletű egészségügyi rendszer működtetése, valamint a szolgáltatásokhoz való hozzáférés területi és társadalmi egyenlőtlenségeinek csökkentése.

A **mentális egészségfejlesztés** területére irányuló programok jelentőségét a magatartászavarok kialakulásának megelőzése szempontjából fontos hangsúlyozni. Azok a gyermekek, akik valamilyen mentális vagy szociális nehézséggel küzdenek, problémáik hátterében pszichoszociális tényezők állnak. A mentális jóllét szorosan összefügg a szociális jóléttel. A lelki problémák többsége olyan kórállapot, ahol korai, hatékony beavatkozással lehetne segíteni és megelőzni a későbbi pszichiátriai betegség kialakulását.

A mentális egészségügyi problémák kialakulásának alapjául a gyermekkori bántalmazás, az erőszak, a szegénység, a társadalmi kirekesztettség, valamint az oktatáshoz való hátrányos hozzáférés is szolgálhat. Kockázati tényezőként jelenik meg (és növeli a fiatalok veszélyeztetettségét) a családon belüli erőszak, az alacsony iskolázottság, a munkanélküliség, a droghasználat, a kockázatkereső magatartás, a bűnözés, a nem megfelelő öngondoskodás. Ezek a tényezők pedig az élethosszig tartó betegség kialakulását és/vagy a korai halálozást is eredményezhetik.

Elsődleges megelőzés keretében fontos tényező a mentális egészség veszélyeztetése szempontjából magas rizikót jelentő szituációk azonosítására és eliminálására. Kiemelten fontos a **lakosság mentális egészséggel kapcsolatos ismereteinek növelése, szülői készségek tanítása, valamint a családközpontú szemlélet előtérbe helyezése.**

Az elsődleges megelőzés színterei lehetnek a családok, oktatási intézmények, szabadidős tevékenységek, egyházi szervezetek. A pedagógusképzés, valamint a házi-gyermekorvos, családorvos, iskolaorvos képzések képzési anyagba mentális egészséget veszélyeztető kockázati tényezőkkel kapcsolatos tanácsadó-egészségfejlesztő, valamint gyermek- ifjúságpszichiátriai ismeretek beépítése szükséges.

A közoktatásban a 13-15 éves korosztály körében célszerű lenne bevezetni és alkalmazni a hazánkban adaptált, validált, 5 alkalmas mentális egészségfejlesztő "Youth Awareness Methal Health Program (YAM)" programot. Nagy hangsúlyt szükséges fektetni továbbá a célzott iskolai alkohol-, drog-, dohányzás megelőző programok népszerűsítésére is.

Addiktológia esetében, a célpopuláció alapján, megkülönböztetünk általános, célzott és javallott prevenciót. Szerhasználattal kapcsolatos, általános prevenció szinterei leginkább az iskolák, ahol alapvetően általános prevenció zajlik. Célzott prevenciót önkormányzati intézmények folytatnak jellemzően, akik a szerhasználat szempontjából magasabb kockázatú populációt (veszélyeztetett családok, a társadalom peremére szorultak, munkanélküliek, hajléktalanok) célozzák meg prevenciók tevékenységükkel.

A javallott prevenció azokat a személyeket célozza meg, akik aktuális magatartása a későbbi problémás szerhasználat szempontjából veszélyeztetett (pl. pszichiátriai zavarok), illetve már a problémás szerhasználat korai jeleit mutatják. A közoktatásban és felsőoktatásban kiemelten fontos a testi-és szellemi fejlődésre káros tényezők negatív hatásainak tudatosítása, a nehézségekkel történő megküzdés lehetőségeinek ismertetése, elsajátítása annak érdekében, hogy egy testileg-lelkileg terhelhető, egészséges generáció növekedjen fel.

A felnőtt lakosság körében sem elhanyagolható a lelki egészség kérdése, mely összefügg a munkaképesség tartós megőrzésével. A **munkahelyi egészség megőrzés** erősítése, munkahelyi egészségprogramok biztosítása mind olyan intézkedési javaslat, amely hozzájárul a munkavállalók testi- és lelki egészségének megtartásához, javításához.

A prevenciók tevékenységekről elmondható, hogy az azonos célcsoportot megcélzó prevenciók tartalma különböző és a területi lefedettség is változó. A prevenciók tevékenységek finanszírozása leginkább pályázati úton történik, normatív finanszírozás nincs.

A Nemzeti Mentális Egészségügyi Program az alábbi intézkedési terveket javasolja:

- bizonyíték-alapú prevenciók programok támogatása;
- aktuálisan futó programok monitorozása a hatékonyság tekintetében;
- család- fókuszú prevenciók programok népszerűsítése;
- iskolai prevenciók programok újragondolása: eseti, egy alkalmas előadások helyett egy szemesztert átívelő, leginkább tapasztaláson alapuló, interaktív programok kidolgozása, alkalmazása. A negatív, elrettentést szolgáló üzenetek helyett pozitív üzenetek átadása, valamint a meglévő erőforrások hangsúlyozása;
- iskolai mentálhigiénés programoknak folyamatos, korcsoportokra kiépített működésének elősegítése;
- kortárs-segítők rendszerének kialakítása, iskolákban megjelenő kortárs-segítő hálózat kiépítése;
- lelki egészség támogatását járási szinten koordináló EFI-LEK hálózat országos létrehozása;
- háziorvosi alapellátásban mentális egészségügyi képzés, a háziorvosi praxisokhoz kapcsolódó alacsonyküszöbű, preventív jellegű pszichológiai ellátás, és a pszichoterápia hozzáférhetőségének javítása;
- gyermek- és ifjúságpszichiátriai, addiktológiai és mentálhigiénés hálózat kiépítése;
- munkahelyi lelki egészség támogatása;
- pszichiátriai és szenvedélybetegek közösségi alapellátásnak, valamint a szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátásának fejlesztése;
- támogató lakossági kommunikáció;
- lakóhelyközeli ellátás elvének megfelelően javasolt klinikai szakpszichológusok bevonása és foglalkoztatása az alapellátásba (pl. csoportpraxisban), valamint a Járási Egészségügyi Központokba.

3.2. *Másodlagos megelőzés*

A másodlagos megelőzés célja egyrészt a magas kockázati csoportokban – pl. fiatalok, gyermeküket egyedül nevelő, alacsony szocioökonómiai státuszban lévő, mentális betegségben szenvedő szülők gyermekeinél, továbbá intellektuális képességzavarú, krónikus szomatikus betegségben szenvedő, bántalmazott, kriminalizálódó gyermekek körében - a pszichopatológia kialakulásának megelőzése, másrészt a mentális betegségek tüneteinek korai (ideális esetben küszöb alatti stádiumban) felismerése, és az ellátórendszerbe (harmadlagos prevenció) küldése, ezzel a prognózist elősegítve.

A mentális problémák felismerésére irányuló **szűrőprogramok** célcsoportja döntően az iskoláskorú populáció, azonban nem elhanyagolható a korai életkorban elvégzendő szűrővizsgálatok sem (pl. autizmus szűrés, átfogó szűrés).

A korai depresszió, az alkohol- és droghasználattal összefüggő magatartászavarok felismerése és kezelésbe vétele a mentális betegségek kialakulásának megakadályozását, illetve feltartóztatását jelenti. Alapvető eszközei a különböző szűrőtesztek, melyek előnye, hogy általában rövid ideig tart a kitöltésük, gyors és megbízható eredménnyel szolgálnak, könnyen terjeszthetők, olcsók (pl. Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje, Problémás Internethasználat Szűrőtesztje, Munkafüggőség Szűrőtesztje).

A Nemzeti Mentális Egészségügyi Program az alábbi intézkedési terveket javasolja:

- validált, átfogó szűrőeszközök használatának rutinszerű bevezetése az adott szektorban
- kutatások alapján megbízható szűrőtesztek online hozzáféréseinek biztosítása;
- háziorvosi praxisokban, Egészségfejlesztési Irodákban, Járási Egészségügyi Központokban önkitöltős tesztek hozzáférhetőségének biztosítása;
- fesztiválokra, fiatalokat megcélzó rendezvényekre szűrőtesztek eljuttatása, ezáltal a fogyasztással kapcsolatos tudatosság növelése és az edukáció biztosítása;
- az adott szektorban dolgozó szakemberek képzési anyagaiba gyermek- ifjúság pszichiátriai blokk beépítése;
- hálózatban dolgozó multidiszciplináris szakemberek számára (pedagógus, szociálismunkás, gyógypedagógus, védőnő, stb.) ösztöndíj kiírásával, lehetővé kell tenni a gyermek-és ifjúságpszichiátriai és addiktológiai konzultáns szakirányú szakképzés elvégzését, mely lehetővé teszi, hogy strukturált programok segítségével elsajátítsák a primer és célzott prevenció eszköztárát, és gyermekpszichiáter/addiktológus vezetésével részt vegyenek a pszichoterápiákban és a rehabilitációban.

3.3. *Harmadlagos megelőzés*

A harmadlagos megelőzés feladata a pszichiátriai betegségek adekvát, evidencián alapuló, hatékony kezelése és utánkövetése, a visszaesések megelőzése, krónikus betegségek esetén folyamatos ellátás biztosítása. Ez a pszichiátriai betegségeket ellátó egészségügyi ellátórendszer hatásköre (együttműködésben a házi orvosokkal, házi gyermekorvosokkal, a szociális és az oktatási szférával), ezért az ellátórendszer fejlesztése kiemelten fontos.

A gyermekpszichiátriai prevenció hatékony működéséhez szükséges egy olyan regionális szervezeti rendszer, mely összefogja a gyermek- és ifjúságpszichiátriai és addiktológiai preventív és szűrő, terápiás és utánkövető ellátásokat. Így megvalósulhat, hogy a gyermek születésétől fogva elsődleges, mentális rizikótényezők fennállása esetén automatikusan másodlagos prevencióban, és szükség esetén megfelelő, korai ellátásban részesüljön. Erre szolgálhat a Gyermek és Ifjúsági Mentálhigiénés Regionális Koordinációs Központok (GYIMERKOK) országos kiépítése.

A mentális betegségek 80-90%-ában – ha a gyógyítás lehetősége nem is adott- megfelelő kezelés által, tartós, megnyugtató életminőséget eredményező tünetmentesség, illetve remisszió érhető el.

A Nemzeti Mentális Egészségügyi Program az alábbi intézkedési terveket javasolja:

- alacsony intenzitású pszichoterápia elérése az alapellátásban;
- Gyermek és Ifjúsági Mentálhigiénés Regionális Koordinációs Központok (GYIMERKOK) országos kiépítése;
- széleskörű szakemberképzés szükséges;
- pszichiátriai ellátórendszer fejlesztése;
- optimális betegutak kialakítása;
- Módszertani Központ létrehozása a Nyíró Gyula OPAI-ban (esetszintű, mentális zavarokhoz kapcsolódó egészségügyi adatok gyűjtése, feldolgozása).

4. Diagnózis felállítása, diagnosztikai eszköztár

Minden pszichiátriai zavar kialakulásában – különböző súllyal – szerepe van az öröklődési hajlamnak, az agyban lezajló strukturális és neurokémiai változásoknak, a pszichológiai tényezőknek, gyermekkortól kezdve. Ezen felül a szociokulturális tényezők is hatással lehetnek a betegség létrejöttében, tüneti megjelenésében, lefolyásában, illetve annak elfogadásában.

A tudomány rohamos fejlődése ellenére továbbra is szerény a biológiai markerek szerepe a pszichiátriai zavarok biztos diagnózisának a felállításában. Ugyanakkor a differenciáldiagnosztikában, a komorbid betegségek által okozott tünetek felismerésében, a betegség progressziójának megítélésében és esetleges befolyásolásában, szövődmények megelőzésében, mellékhatások menedzselésében, a terápiarezisztencia okának tisztázásában egyre nagyobb szükség van modern laboratóriumi (kiemelten: MRI és egyéb képalkotók, ide sorolva a modern EEG készülékeket is) háttérre.

A klinikai vizsgálat, amely a részletes exploráció és a mentális státusz felmérése mellett belgyógyászati és neurológiai vizsgálatot is magába foglal, nem mindig elegendő a korrekt diagnózis felállításához. A pontos diagnózishoz és a terápia megtervezéséhez mind a gyermek-, és ifjúságpszichiátriában, mind a felnőtt pszichiátriában az alábbi eszközök szükségesek lehetnek:

4.1. Pszichológiai vizsgálatok

- diagnosztikus eszközök (pl. MINI, SCID),
- teljesítmény tesztek (pl. intelligencia vizsgálat, demencia kimutatása)
- személyiségvizsgáló tesztek (MMPI, Rorschach, Szondi, TAT)

Igen fontos szerepe van a korszerű neuropszichológiai teszteknek (pl. CANTAB), melyek számos pszichiátriai intézményben/rendelésen nem érhetőek el. Az állapotfelmérést és követést lehetővé tevő pszichometriai skálák használatát (pl. PANSS, MADRS, HAM-A, Y-BOCS) a rutin részévé kellene tenni. Külön kategóriát képeznek a gyermekpszichiátriában használható tesztek (a hagyományos teszteken kívül, mint világvjáték, rajztesztek, Képes Frustrációs Teszt).

4.2. Tünetbecslő kockázati skálák

Szinte minden betegségre van tünetbecslő skálánk, de ezeket általában csak kutatásokban használjuk. Nagyon jó kockázatbecslő skálák állnak már rendelkezésünkre a szuicidalitásra és az agresszivitásra vonatkozóan.

4.3. Laboratóriumi vizsgálatok

A holisztikus szemlélet alapján a gyermek-, serdülő és felnőtt pszichiátriai beteg szomatikus állapotára éppúgy oda kell figyelni, mint mentális állapotára. A pszichiátriai zavarok és a szomatikus betegségek között kétirányú a kapcsolat, egymás irányában mind negatív, mind pozitív hatással lehetnek. A pszichiátriai betegek magas mortalitása még jobban aláhúzza a laboratóriumi vizsgálatok jelentőségét a rutinon túlmenően.

A teljesség igénye nélkül néhány olyan vizsgálatot, ami szükséges egy pszichiátriai osztály hátteréhez:

- Vérszint meghatározások,
- Vizelet drogtest,
- Hormon meghatározások,
- Genetikai vizsgálatok ritka kórképek gyanúja esetén.

4.4. Agyi képalkotó eljárások

A jelenleg alkalmazható képalkotó vizsgálatokkal egyrészt strukturális (CT, MR), másrészt funkcionális (fMRI, SPECT, PET) adatokat nyerhetünk. Elsősorban a demenciák differenciáldiagnosztikájában lehet alkalmazni. Első schubos szkizofrénias vagy depressziós tüneti kép esetén differenciáldiagnosztikailag indokolt MR vizsgálat elvégzése organikus agyi térfoglaló folyamat kizárása céljából. A differenciál diagnosztika mellett kiemelendő, hogy nagyon sok hasznos adat gyűlt össze a szkizofréniasban, az unipoláris és a bipoláris affektív zavarokban, a szorongásos zavarokban (pl. OCD), az autizmusban és az ADHD-ban is, melyekből inkább a lefolyásra, a súlyosságra, a terápiás kimenetelre kaphatunk iránymutatást.

4.5. Konzílium elérhetősége

Különösen a belgyógyászati és neurológiai – valamint a fiatal korcsoportban a gyermekgyógyászati – konzíliumok elérhetősége fontos, ugyanis pl. a szkizofrén betegek között már 40 éves kor alatt is meghaladja a 80%-ot azoknak az aránya, akiknek szomatikus betegségük van - ez a kontroll csoportban kb. 50%. Ezért nem támogatandó a pszichiátriai osztályok elkülönítése az akut ellátást végző szomatikus osztályoktól, és ezért megőrizendő a Nyírő Gyula OPAI-ban a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező belgyógyászati, neurológiai és intenzív osztály.

5. Terápiás lehetőségek

A mentális zavarokban általában komplex farmako- pszicho- szocioterápia alkalmazása szükséges, eltérő hangsúllyal a betegség jellegétől és súlyosságától függően.

5.1. Pszichoterápia

A pszichoterápia a lelki betegek gyógyítása elméletileg és módszertanilag megalapozott, igazoltan hatékony lélektani kezelési módokkal erre kiképzett szakemberek (pszichoterapeuták) által. Számos ilyen pszichoterápiás módszer létezik, leggyakrabban kognitív-behavior terápiát, pszichodinamikus terápiát, relaxációs és szimbólum terápiát, valamint családterápiát alkalmaznak. Kiemelten kell foglalkozni a krízisekkel és a trauma-

feldolgozással, hiszen az addikciók és a gyermekkori viselkedészavarok legnagyobb részében pszichotraumák állnak a háttérben. A pszichoterápia történhet egyénileg és csoportban is. Vannak osztályok/részlegek, amelyek pszichoterápiára specializálódtak.

Pszichoterápiát saját finanszírozás mellett lehet több év alatt megtanulni, elsajátítani. Ez mind a pszichiáter szakorvosoknál, mind a klinikai szakpszichológusoknál ráépített szakvizsgát jelent.

A klinikai szakpszichológusok száma Magyarországon kb. 1800 fő, ebből az állami egészségügyben pusztán kb. 260 fő dolgozik, a pszichiátriai ellátásban ennél is kevesebben. A legtöbb klinikai pszichológus, a szakvizsga letétele után, a magánszektorban helyezkedik el annak okán, hogy az általuk végzett tevékenység az állami szektorban alulfinanszírozott. Az államilag finanszírozott pszichoterápiás fekvő- és járóbeteg ellátások száma alacsony és a beavatkozási kódok alulfinanszírozottak.

A hatékonyabb betegellátás érdekében szükséges:

- Problématerületekre fókuszált szakmai programok kidolgozása pl. szuicid prevenció, krízisintervenció; szorongás, depresszió kezelési programjai; traumafeldolgozás; krónikus pszichiátriai betegek munkaerőpiaci reintegrációja stb.,
- Korszerű, bizonyítékokon alapuló pszichoterápiás szemlélet kialakítása a betegellátásban és a gyógyításban, valamint a klinikai szakpszichológiai szakvizsga által fémjelzett szakmai színvonal érvényesülése a betegellátásban,
- Indokolt a klinikai szakpszichológusok bevonása az alapellátásba (pl. csoportpraxisban), a lakosság mentális állapotának javítása érdekében, továbbá a klinikai szakpszichológus státuszok létesítése a fekvőbeteg ellátásban,
- Az alapellátásban a Pszichiátriai Gondozó hálózat vagy a háziorvosi hálózat mellett praxisközösségekben klinikai szakpszichológusok vezetésével Pszichoterápiás járóbeteg ellátórendszer kialakítása,
- Jogi szabályozás megerősítése (pszichoterápia gyakorlásához az egészségügyi jogszabályok által előírt egészségügyi végzettség legyen szükséges),
- Pszichoterápiás asszisztens képzés bevezetése.

5.2. *Gyógyszeres terápia*

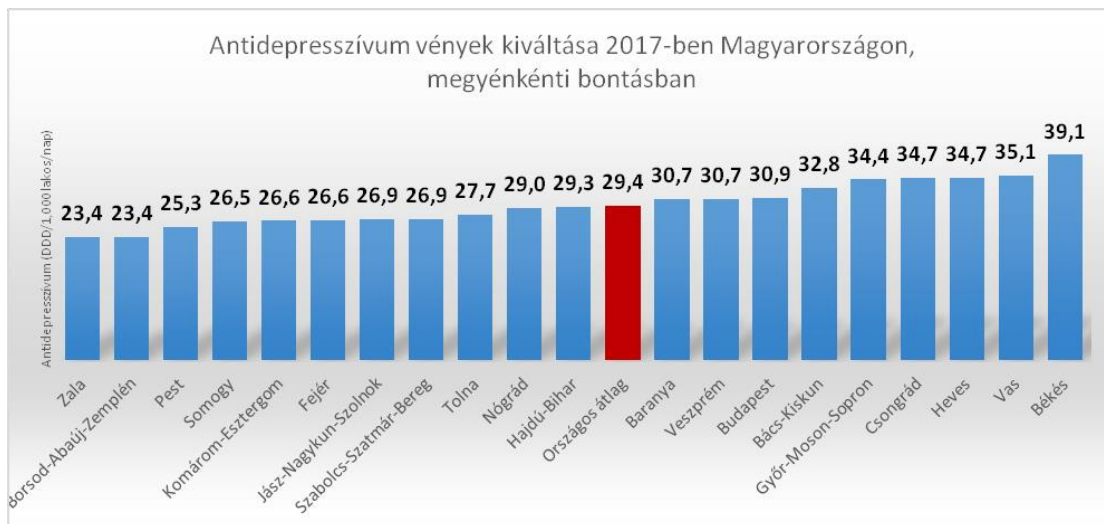
Az **antipszichotikumok** a szkizofrénia és más pszichotikus betegségek mellett több állapotban és betegségben is használják, pl. agitált állapotok, bipoláris zavarok, tic szindrómák.

A szkizofrénia epidemiológiai adatai alapján hazánkban 80-100 ezer beteg feltételezhető. A hazánkban kezelés alatt álló szkizofrén betegek száma arra utal, hogy jelentős számú beteg nem részesül kezelésben. Jobb gondozással, a betegek követésével ezen a helyzeten javítani kellene. Az ismételt relapszusok folyamatos kezeléssel megelőzhetők, a leghatékonyabbak a második generációs tartós hatású (depot) injekciós szerek, melyek elérhetőségének javítása kívánatos. A gyógyszeres kezelés hatékonyságát jelentősen javítják a komplex terápiás programok. A gyermek és ifjúságpszichiátriában nagy gond, hogy csak igen kevés antipszichotikum van OGYÉI által ebben az életkorban engedélyezve, az off label gyógyszerelés pedig tilos, illetve az engedélykérés adminisztratív terhet jelent az ellátók számára. Így a betegeket kénytelenek rosszabb mellékhatásspektrumú, régebbi gyógyszerekkel kezelni.

Az **antidepresszívumokról** összességében elmondható, hogy hazánkban minden hatékony antidepresszívum elérhető, és legtöbbjük támogatással felírható szakorvosok által. Szakorvosi javaslatra egy éven keresztül a házi orvos is felírhatja támogatott áron. Ez jelentős kedvezményt jelent a betegeknek, és tehermentesíti a pszichiátriai szakellátást. A nem szakorvosi vények emelkedése pozitív trendnek tekinthető, mert azt jelenti, hogy a házi orvosok bátrabban vállalják önállóan a betegek kezelését.

Magyarországon még mindig sokkal kisebb az antidepresszívum forgalom, mint a fejlett nyugati és észak-amerikai országokban és ez közvetetten azt jelenti, hogy az affektív spektrumba tartozó betegek közül kevesebben jutnak megfelelő farmakoterápiához. Ezt a problémát erősíti a még mindig magas szuicid ráta, valamint az, hogy nehezen érhető el állami keretek között a pszichoterápia. Megoldandó probléma a közösségi médiákban zajló negatív kampány az antidepresszívumok káros hatásairól.

Különbségek mutatkoznak az egyes megyék között az antidepresszívum forgalomban, amelynek okait érdemes lenne megvizsgálni (pl. szakorvosok száma, elérhetősége, házi orvosok, neurológusok képzettsége befolyásolhatja a vényírást).



Kedvező tendencia, hogy a régebbi, több mellékhatást okozó antidepresszívumok egyre inkább háttérbe szorúlnak és döntő többségben a korszerű készítményeket írják fel az orvosok.

Problémaként jelentkezik, hogy fixesítés következtében több antidepresszívumnak irreálisan megemelkedett a térítési díja (fluvoxamin, bupropion, trazodon), emiatt ezeknek a hatékony szereknek a forgalma jelentősen visszaesett. A gyermek és ifjúságpszichiátriában nagy gond, hogy csak igen kevés antidepresszívum van OGYÉI által ebben az életkorban engedélyezve, az off label gyógyszerelés pedig tilos, illetve az engedélykérés adminisztratív terhet jelent az ellátók számára. Így a betegeket kénytelenek rosszabb mellékhatásspektrumú, régebbi gyógyszerekkel kezelni.

Az **anxiolitikumok** rendkívül hasznos gyógyszerek a pszichiátriai betegek kezelésében, de alkalmazásuknak kockázataik vannak, elsősorban a függőség kialakulása. Jelentős eltérések mutatkoznak az egyes megyék között a gyógyszerforgalmat tekintve. A legmagasabb számokat Szabolcs-Szatmár-Bereg és Borsod-Abaúj-Zemplén megyében látjuk, különösen a nem emelt jogcímen írt vények esetében. Békés megyében mind az antidepresszívumok, mind az anxiolitikumok kiváltása magas. A vények nagy részét szakorvosok, illetve azok javaslatára házi orvosok támogatással írják fel. Az antidepresszívum felíráshoz hasonlóan az

anxiolitikum vények kiváltása Zala megyében a legalacsonyabb. A megyék közötti eltérések okai ismeretlenek, ezek kivizsgálása célszerű lenne.

Az anxiolitikum ok közül döntően a három korszerű, nagypotenciálú benzodiazepint írják fel az orvosok, de eltérő arányban. Az alprazolam kiemelkedik, ezt követi a clonazepam, míg a lorazepamnál még mindig alacsony forgalmat látunk. Kedvező változás, hogy a régebbi, kis- és közepes potenciálú benzodiazepinek (diazepam, medazepam) nagymértékben háttérbe szorultak. Kedvezőtlen viszont, hogy a szorongásoldók másik korszerű csoportjához tartozó és függőséget nem okozó buspiron forgalma minimális. Ennek egyik oka lehet, hogy nincs támogatás. Az anxiolitikum ok felírása az elmúlt 10 évben nem emelkedett, inkább kismértékben csökkent.

Célszerű lenne magas kreditpont értékű tematikus továbbképző tanfolyamokat szervezni az alapellátásban dolgozók, a pszichiáter szakorvosok és rezidensek részére pszichofarmakológiából. A benzodiazepinektől eltérő hatásmechanizmusú szorongásoldók (5-HT-1a parciális agonisták) támogatása is megfontolandó.

Egyéb terápiák is rendelkezésre állnak, melyek közül kiemelten említendő a szocioterápiák különböző formái (művészetterápia, biblioterápia, encounter csoport, aktív vagy passzív zeneterápia), a Transzkraniális Mágneses Stimuláció (TMS), a Mély Agyi Stimuláció (DBS), az Elektrokonzulzív Terápia (ECT), bizonyos depressziótípusban alvásmegvonásos kezelés és fényterápia.

6. A pszichiátriai/addiktológiai ellátórendszer felépítése

6.1. Gyermek-és ifjúság pszichiátria

Epidemiológiai vizsgálatok azt mutatják, hogy minden negyedik gyermeknek a felnövekedése során van olyan időszaka, amikor valamilyen pszichés problémával küzd. A felnőttkori pszichiátriai problémák háromnegyede már gyermekkorban kezdődik. Amennyiben egy gyermeknél pszichés zavar áll fenn, ez az egész életére hatással lehet, mert befolyásolhatja fejlődését és számos területen funkciókárosodást okozhat. A probléma jellegétől függően a pszichiátriai betegség nehezítheti az iskolai előremenetelt, kedvezőtlen hatással lehet a szociális kapcsolatokra. Utóbbi esetében sérülhet a szülő-gyermek, a pedagógus-gyermek kapcsolat és a kortárskapcsolatok. A gyermek-, serdülő-, és ifjúkori öngyilkosságok száma az első két halálok között szerepel a korcsoportok mortalitási statisztikáiban.

Mindezen okok miatt a jobb prognózis elősegítésének egyik leglényegesebb eleme, hogy gyermekkorban a prevenció, illetve az ellátás hatékonyan működjön.

6.1.1. Gyermek-és ifjúságpszichiátriai ellátórendszer

WHO ajánlására az egyes országokban a gyermek- és ifjúságpszichiátriai járóbeteg és kórházi ellátás optimális szintjét a felnőtt pszichiátriai ellátások 20%-ában határozzák meg.

6.1.1.1. Járóbeteg szakellátás

Az elsődleges és másodlagos prevenció során felszínre került gyermek- és ifjúságpszichiátriai és gyermek- és ifjúsági addiktológiai betegek ellátása a *gyermek- és ifjúságpszichiátriai és gyermek- és ifjúsági addiktológiai gondozókban, és szakrendelőkben* történik. Ezek megerősítése országszerte szükséges.

A gyermek- és ifjúságpszichiátriai szakellátást multidiszciplináris munkacsoportok végzi, ami áll: gyermek- és ifjúságpszichiáter szakorvosból, klinikai szakpszichológusból,

gyógypedagógusból – logopédusból, szociális munkásból, védőnőből, gyógy-foglalkoztató szakasszisztensből. Minden megyében a megyeszékhelyen egy olyan gyermek- és ifjúságpszichiáter gondozó kialakítása szükséges, mely minimum 3 multidiszciplináris munkacsoportból áll.

A gyermek- és ifjúsági addiktológiai gondozói ellátás fejlesztése a pszichoaktív-szerhasználat és viselkedési addikciók fiatalokban megjelenő magas prevalenciája és számos formájának (pl. alkohol, marihuana, designer-drogok, problémás internet használat) terjedése miatt igen fontos, melynek feladata a fiatalkori addikciók kezelése és a fiatalok társadalomba való visszaillesztése. „Nemzetközi és hazai szinten is igazolt, hogy a pszichoaktív-szerhasználatból eredő problémák kezelése a hagyományos egészségügyi és szociális megoldásoktól eltérő megközelítést tesz szükségessé. A hatékony ellátás feltétele a mentálhigiénés életmódprogramok és hatékony prevenciós programok közösségi eljuttatása mellett a multidiszciplináris munkacsoportok által nyújtott intézményi és közösségi ellátás és rehabilitáció, valamint a visszaesés megelőzése. Szükséges fejlesztések az Integrált szenvedélybeteg ellátás megvalósításához: Gyermek- és ifjúságpszichiátriai - Addiktológiai Kettős diagnózisú betegek gondozója, Gyermek- és ifjúság Addiktológiai Gondozó.” (Vetró és mtsai, 2015).

6.1.1.2. Kórházi ellátás

Sürgősségi és intenzív gyermekgyógyászati osztályok

Azon betegek esetében, ahol a hirtelen kialakuló pszichiátriai tünetek háttérben organikus eredet gyanítható (intoxikáció, KIR gyulladáscsökkentő betegségei, trauma, stb.) sürgősségi gyermekgyógyászati osztályokra van szükség. Ugyancsak belgyógyászati ellátást igényelhetnek azok, akiknél súlyos drog elvonási tünetek, drog okozta belgyógyászati betegségek deríthetők ki. Ha az akut belgyógyászati állapot megszűnt, vagy biztonsággal kizárható, a gyermek/serdülő gyermekpszichiáter konzíliumot követően átkerül a gyermek- és ifjúságpszichiátriai vagy gyermek- és ifjúságaddiktológiai ellátórendszerbe.

Gyermek, és ifjúságpszichiátriai aktív osztályok és aktív nappali szanatóriumi ellátás

Azon betegek számára, akik tüneteik súlyosabbak és diagnosztikájuk, vagy terápiájuk a közösségi ellátás szintjén nem oldható meg, *fekvőbeteg osztályok* kialakítása szükséges. Egy-egy regionális centrumban 25-30 aktív a *gyermek- és ifjúságpszichiátriai ágy* szükséges, mert egyrészt a közösségi szolgáltatások fejlesztésével egyre több beteg fog bekerülni a rendszerbe, másrészt ilyen nagyságú osztályon lehet biztosítani a diagnosztikus és terápiás lehetőségek megfelelően széles palettáját.

Az osztályok szervezésénél figyelembe kell venni biztonsági szempontokat, az életkorok szerinti elkülöníthetőséget, biztonságos megfigyelő/elkülönítő kórterem kialakítását nyugtalan betegek számára, valamint a gyermekeknek azon jogát, hogy a kezelés minden fázisában szülőjükkel együtt lehessenek.

Foglalkoztató helységek kialakítása szükséges a 4 életkori csoportnak (óvodás, alsó – felső tagozat, középiskolások) megfelelően. A szakszemélyzet számára (szakorvosok, szakpszichológusok, gyógypedagógus, logopédus, szociális munkások, megfelelő rendelőkét, csoportterápiás helységeket szükséges kialakítani.

Indokolt egy 15 férőhelyes *nappali szanatóriumi* ellátására alkalmas helység biztosítása is, mert azon betegek, akik állapota azt megengedi ebben az ellátási formában nyerhetnek multidiszciplináris komplex diagnosztikus kiértékelést és gyógykezelést kórházi ágy lefoglalása nélkül.

Az osztályok és a gondozók együttműködése biztosítja a betegellátás folyamatosságát és szakmai színvonal megtartását a gyermek- és ifjúságpszichiátriai ellátásban. A gondozó orvosai ilyen esetben, ha egy betegük bekerül az osztályra figyelemmel kísérhetik és

irányíthatják betegük osztályos ellátását és az osztályon dolgozó orvosok pedig saját betegeiket a gondozóban kezelhetik tovább.

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai rehabilitációs osztályok, részlegek

Bizonyos betegségek esetében (pl. szkizofrénia, szelektív mutizmus, szeparációs szorongásos zavar, étkezési zavarok, stb.) az akut ellátás lezajlása után rehabilitációs terv kidolgozására és rehabilitációs kezelésre van szükség. Erre szolgálnak a fekvő rehabilitációs részlegek. Régióként 8-10 ilyen ágy szervezése szükséges.

Gyermek- és ifjúságaddiktológia intézményi háttere

Sürgősségi és intenzív gyermekgyógyászati osztályok, ambulanciák

Feladatuk, hogy az akut drog intoxikált gyermekeket, serdülőket detoxikálják, esetleges belgyógyászati panaszait osztagos vagy ambuláns formában megoldják.

Gyermek- és ifjúságaddiktológia rehabilitációs osztály

Azok a gyermek és serdülőkorú betegek számára, akik rehabilitációja a közösségi ellátásban sikertelen, szükségük van a környezetükből való kiemelésre, 10-20 fős addiktológiai rehabilitációs osztály kialakítására van szükség.

6.1.1.3. Gyermek- és ifjúságpszichiátriai irányelvek kidolgozása

- Egészségügyi szakmai irányelv – a hiperkinetikus zavar (figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar) kórismézéséről, kezeléséről és gondozásáról gyermek, serdülő és felnőttkorban
- Egészségügyi szakmai irány: Autizmus spektrum zavar
- Gyermekbántalmazás irányelv
- Egészségügyi szakmai irányelv a bipoláris affektív betegségek diagnosztikájáról és terápiájáról

Az Emberi Erőforrás fejlesztési operatív program (EFOP-2.2.7) keretében elkészült anyagok:

- Gyermekek és fiatalok szerhasználati és egyéb addiktív zavaraihoz kapcsolódó szakmai irányelv
- Veszélyeztető és közvetlen veszélyeztető magatartást mutató 0-18 év közötti fiatalok esetében alkalmazott megelőző és korlátozó intézkedések személyi és tárgyi feltételei valamint a betegellátás folyamata az egészségügyi intézményekben – különös tekintettel az emelt biztonságú ágyakra
- A Gyermekkorú Hangulatzavarok Diagnosztikájának és Ellátásának Szakmai Irányelve
- A gyermekkorú pszichózisok diagnosztikájának és ellátásának szakmai irányelve
- Agresszív gyermekek ellátása - Szakmai szabályozó anyag

Az Emberi Erőforrás fejlesztési operatív program (EFOP-2.2.7) keretében előkészületben lévő anyagok:

- Evészavarok szakmai irányelve
- Egészségügyi Szakmai Irányelv - A gyermek- és serdülőkorú akut mentális tünetek és/vagy viselkedési problémák sürgősségi ellátásáról
- Gyermekkorú szorongásos zavarok diagnosztikájának és ellátásának szakmai irányelve
- Gyermekkorú viselkedészavarok diagnosztikájának és ellátásának szakmai irányelve
- Tic-zavarok diagnosztikájának és ellátásának szakmai irányelve

További feladat: ellátás illesztése minden szintén az irányelvekben foglaltakhoz – finanszírozás illesztése.

6.1.1.4. Nemzetközileg használt, validált gyermek- és ifjúságpszichiátriai kérdőívek és skálák hazai adaptálása

Az Emberi Erőforrás fejlesztési operatív program (EFOP-2.2.7) keretében négy kérdőív adaptálás betervezésre került: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), Spence Children's Anxiety Scale (SCAS), Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS), Fast Assessment of Children's Emotions (FACE), Birlson Depression Self-Rating Scale (DSRS)

További feladat a strukturált/félig diagnosztikus interjú és kórkép-specifikus szűrőkérdőívek hazai adaptálása, szakemberek kiképzése, gyakorlatba bevezetése – finanszírozás illesztése.

6.1.1.5. Átmeneti pszichiátriai ellátó rendszer

Fontos lenne a gyermek- és ifjúságpszichiátriai és a felnőttpszichiátriai ellátórendszer közé, egy életkorban közbülső, a 16-22 éves korosztály ellátását végző átmeneti pszichiátriai ellátórendszer kialakítása, mely mind járóbeteg, mind kórházi ellátást végez.

Ez az ellátórendszer figyelembe veszi ezen fejlődési életszakasz helyzetből adódó jellegzetességeket (pl. már nem gyermek, de még nem felnőtt, még gyakran szülői gondoskodás/felügyelet alatt áll, de már növekvő autonómiája van, gyakran még tanul) és a pszichiátriai betegségek sajátosságait, mind szemléletével, mind infrastruktúrájával.

Az itt dolgozó munkacsoport képzett ezen korosztály specifikumjait tekintve. A munkacsoport mind gyermek- és ifjúságpszichiáter, mind felnőtt pszichiáter szakemberekből, valamint szakpszichológusból, szociálmunkásból, gyógypedagógusból, gyógy-foglalkoztató szakasszisztensből állna.

6.1.1.6. Problémák

- HR hiány
- Finanszírozás: gyermekpszichiátriai beteg esetében a szülőkkel külön-külön, a családdal együtt, és alkalmanként a testvérekkel is külön kell dolgozni, és ez megnöveli a betegre fordított munkaórákat. Számos olyan gyermekpszichiátriai diagnosztikus és terápiás beavatkozás van, aminek nincs szakmakódja.
- Ellátórendszer (mind fekvő-, mind járóbetegellátás szinten) kapacitás hiánya, tekintettel a gyermek és serdülőkorú étkezési zavarok gyakoriságára, hosszú terápiás szükségleteire hiányzik gyermek/serdülő étkezési zavar rehabilitációs osztály, mentálisan elmaradott, autista, stb. krónikusan veszélyeztető magatartást mutató 18 éves kor alatti betegeket ellátó rendszer hiánya.
- Rendezetlen betegutak

6.1.1.7. Problémák kezelésére tett javaslatok

HR hiány:

- gyermek és ifjúságpszichiáter rezidens helyek számának a növelése a szakorvos hiány csökkentéséhez (extra rezidens ösztöndíj rendszert bevezetése);
- Multidiszciplináris munkacsoportok biztosítása.

- Azokban a megyékben ahol nincs teljes állású gyermek és ifjúságpszichiáter a paramedikális személyzet arra alkalmas részét térítésmentesen (ösztöndíj) gyermek és ifjúságpszichiáter és addiktológus konzultáns szakirányú szakképzésre („no doktorok”) irányítani, hogy az orvost tehermentesítsék (szakorvos felügyelete mellett tanácsadás, motivációs interjú, programozott viselkedésmódifikációs módszerek alkalmazása, stb.).

Finanszírozás

- Beavatkozási kódok felülvizsgálata: ambuláns ellátás súlyának jelentős fokozása, tesztbattéria bővítése, családközpontú terápiás támogatások finanszírozása, hozzátartozókkal való munka finanszírozásának jelentős növelése, team-megbeszélések, komplex esetmegbeszélések megfelelő súlyú pontozása.
- Ellátórendszer országos kiépítésének komplettálása mind fekvő-, mind járóbetegellátás szinten. Szükséges lenne egy országos hatókörrel rendelkező gyermek/serdülő étkezési zavar rehabilitációs osztály. Emelt biztonságú gyermek és ifjúságpszichiátriai osztály létrehozása országos hatókörrel (pl. Budapesten).
- Betegutak rendezése (GYIMERKOK).

Remény van arra, hogy a gyermekpszichiátriára vonatkozó EFOP pályázat részben megoldja a fennálló problémákat.

6.2. Felnőtt pszichiátria szervezeti felépítése

A pszichiátriai zavarokat ellátó helyek jelenleg részben hierarchikus, részben egymás mellé rendelt elemek hálózati rendjében szerveződnek és működnek. Ezeket a feladatokat a háziorvosi hálózat, a pszichiátriai gondozók és szakrendelők, a városi/megyei/fővárosi kórházak pszichiátriai és pszichoterápiás osztályai, szakambulanciái, az egyetemek pszichiátriai klinikái, pszichológiai tanszékei (SE) és Magatartástudományi Intézetei, és az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet látja el. A mentális zavarban szenvedők ellátásában a közösségi szociális ellátók és számos pszichiátriai és pszichológiai magánrendelés is „besegít”. Több ezer pszichiátriai beteg él a szociális ágazathoz tartozó Pszichiátriai Betegek Otthonaiban, ill. más otthonokban, intézetekben is, magán, egyházi, stb. vonalon.

6.2.1. Alapellátás, háziorvosi hálózat

- feladata közé tartozik az egészséges életmódra nevelés (a nevelési-oktatási intézményekkel együttműködve – elsődleges prevenció),
- folyamatosan monitorozza az egyéni kockázatokat (másodlagos prevenció),
- szűrje a veszélyeztetett populációt önkítöltős tesztekkel (pl. depresszió, öngyilkosság, szenvedélybetegség, demencia-szindróma),
- lássa el a szakmai kompetenciájába tartozó egyszerűbb/enyhe, kp. súlyos/szövődménymentes pszichiátriai eseteket, (kompetencia-lista)
- szükség esetén küldje szakellátásra,
- ismerje fel a közvetlen veszélyeztető magatartást, és ebben az esetben sürgősséggel utalja be a beteget a ter. ill. pszichiátriai osztályra.
- ismerje fel a szomatikus betegeknél fennálló komorbid depressziót és szorongást, és kezdje el a kezelését

- Segítse a kompenzált beteg visszailleszkedését a korábbi életvitelébe (munkahely, család) (reintegráció).

6.2.1.1. Problémák az alapellátásban

- A házi orvosok havonta csak néhány új beteget irányítanak szakorvoshoz. Az a tapasztalatuk, hogy a betegek egy része nem megy el a szakorvosi ellátásokba, mert fél a stigmától. Betegeik más része pedig úgy áll pszichiátriai kezelés alatt, hogy a házi orvos nem tud róla, mert a beteg attól tart, akkor a házi orvosnál kap stigmát (pl. szomatikus panaszait nem veszi komolyan),
- A házi orvosok igyekeznek hátrítani a pszichés tünetekkel jelentkező betegeket,
- A házi orvosok pszichiátriai és pszichológiai ismeretei hiányosak. (Bár lenne igény a képzésre, ahogy azt a HOPPÁ konferencia sikere igazolja)
- Korlátozott számukra a pszichotrop gyógyszerek felírása – ennek ellenére bizonyos szerekkel bátran, akár túl bátran is bánnak, másokat indokolt esetben sem alkalmaznak.

6.2.1.2. Célok, problémák kezelésére tett javaslatok

- Olyan alapellátás létrehozása és működtetése, amely alkalmas arra, hogy a mentális problémákkal küzdő emberek elsődleges belépési pontja lehessen az egészségügyi ellátásba, és amely képes a leggyakoribb mentális zavarok, kiemelten a szorongásos zavarok és a depresszió elsővonalbeli kezelésére
- Magas kreditpont értékű tematikus továbbképző tanfolyamokat kell szervezni az alapellátásban dolgozók részére a pszichiátriai kórképekről, az alapfokú szűrési lehetőségekről, a beutalás jogi kereteiről, a veszélyeztető magatartás felismeréséről, a pszichofarmakológia és pszichoterápia – konkrétan: az alacsony küszöbű pszichoterápia elsajátításának – lehetőségeiről a házi orvosok gyakorlatban, valamint a gondozás alapelveiről
- A házi orvosok és a pszichiátriai járóbeteg ellátás között a rendszeres kapcsolattartás feltételeinek kialakítása, szakmai szabályozása.
- A házi orvosok által felírt „standard” pszichiátriai gyógyszerek (pl. antidepresszívumok) támogatási szintje azonos legyen a pszichiáterek által felírtakéval, bizonyos szakorvosi kontroll megtartása mellett.

6.3.1. Járóbeteg ellátás. A pszichiátriai gondozók, gondozói- szakrendelői hálózat

6.3.1.1. Áttekintés

Országosan a pszichiátriai gondozók és szakrendelők hálózata mintegy 130,000 beteget látnak el és több, mint 1.75 millió találkozót bonyolítanak le évente (2017-es adat, NEAK publikus adatbázis).

A pszichiátriai (fekvő és járó) ellátás nem beutaló köteles, tehát az érkező betegek jelentős részét senki nem szűrte, irányította, vizsgálta, mielőtt a pszichiátriai ellátórendszerbe érkeznek.

Az ellátás volumenét jelző adatok egyértelművé teszik az ellátási forma kiemelt kapuőr szerepét az egészségügyben, és nyomatékot adnak annak, hogy megfelelő gondozói szakorvosi, szakszemélyzeti létszám és megfelelően finanszírozott, korszerű szervezeti struktúra szükséges a pszichiátriai ellátórendszer hatékony működéséhez.

1. ábra: A felnőtt pszichiátriai gondozók elhelyezkedése (GYEMSZI, MPGRE, 2012)



6.3.1.2. *A pszichiátriai gondozók (PG) feladatai, tevékenysége*

A pszichiátriai gondozók intézményi hálózatát **területi ellátási kötelezettséggel** működő **multidiszciplináris intézeti egységek** alkotják, amelyek a pszichiátriai betegségek teljes spektrumán nyújtanak magas szintű **lakossághoz közeli ambuláns szakellátást**.

A szervezetenként többnyire kapcsolódó szakrendelések feladata az ún. „kispeszichiátriai” - korábban neurotikus formakörként nevezett - zavarok ellátása, míg a pszichiátriai gondozás a súlyos mentális betegek hosszútávú, speciális ellátását jelenti.

A pszichiátriai gondozást, mint szakmai tevékenységet a gondozói protokoll szabályozza.

A pszichiátriai gondozás, mint ellátási forma **alapelvei** megfeleltethetők a nemzetközi szakirodalomból ismert **közösségi alapú pszichiátriai ellátás** (*community mental health services*) elveivel.

A pszichiátriai gondozók ún. homogén gondozói kód (HGK) alapján kapják finanszírozásukat:

A 60/2011. (X. 25.) NEFMI rendelet alapján a gondozók egy gondozói szakellátás kapcsán egy HGK-t jelenthetnek elszámolásra, mely mellett szakmai kompetencia alapján meghatározott járóbeteg kódok jelenthetők. A HGK magába foglalja az orvosi vizsgálatot, az orvosi kontroll vizsgálatot, a gondozási stratégia felállítását, a gondozói szakellátás jogszabályoknak megfelelő dokumentálását, valamint a további gondozási szakellátás lépéseit.

6.3.1.3. *A járóbeteg ellátás egyéb, nem gondozói ellátási egységei*

A már említett **pszichiátriai szakrendelések** a nem gondozási körbe tartozó pszichiátriai betegek területi ellátását végző járóbeteg ellátók, amelyek többnyire szervezetenként a gondozókkal integráltan működnek, de előfordulnak önálló ambuláns egységként is. Működésüket, ill. fenntartóikat tekintve - hasonlóan a gondozókhöz - heterogén intézmények.

A **pszichiátriai szakambulanciák** a gondozástól független a kórházi osztályokhoz szervezett járóbeteg ellátási egységek területi ellátási kötelezettség nélkül. Legtöbbször az adott kórházi osztály szakorvosai által medikális szemléletű, gyógyszeres kezelést biztosít, de vannak komplex farmako- és pszichoterápiát nyújtó ambulanciák speciális betegcsoportok részére, elsősorban nagyobb centrumok, intézmények, egyetemi centrumok részlegeiként (Pl. Felnőttkori autizmus és ADHD speciális ambulancia a SE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikán, Szexuálmedicina, Pszichoonkológiai és Kényszerbetegség (OCD) speciális ambulanciák a Nyíró Gyula OPAI-ban).

6.3.1.4. *Helyzetértékelés, problémák a járóbeteg ellátásban, kiemelten a pszichiátriai gondozásban*

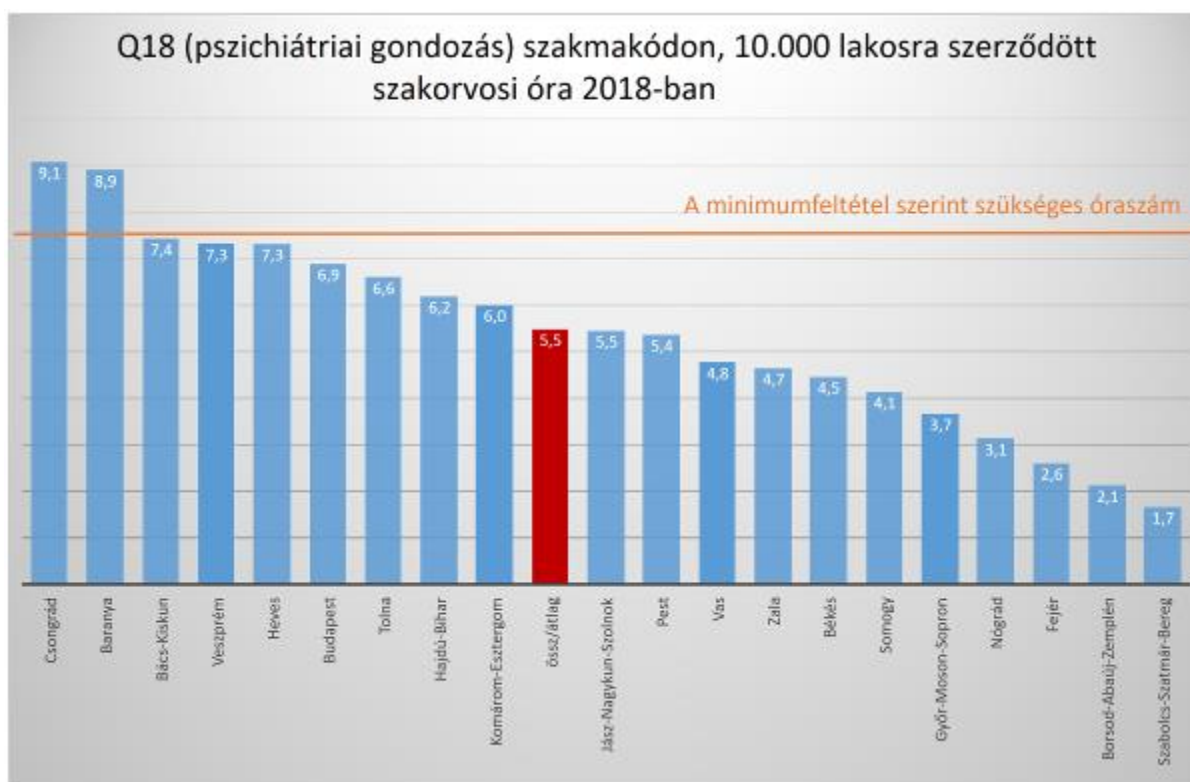
- **A területi ellátás egyenetlensége**

A pszichiátriai gondozók – és az intézményileg többnyire együttesen, de önállóan is működő szakrendelők – **eloszlása elhelyezkedésüket** (1.ábra) és **kapacitásukat** (2.ábra) **tekintve egyenetlen.**

Vannak helyek, ahol a szakmai irányelveknek megfelelően multidiszciplináris teamekben pszichiáterek, pszichológusok, szociális munkások és nővérek dolgoznak, míg előfordulnak olyan intézmények, amelyekben egy orvos mellett egy nővér dolgozik.

Mіндеzek miatt értelemszerűen az ellátás tartalma, színvonala – magassintű szaktudás és elkötelezett szakemberek mellett is – is változó, az ellátás hozzáférhetősége, ill. a terepmunka egyaránt problémás lehet, ebből adódóan a betegek esélyegyenlősége is sérül.

2.ábra - Gondozói szakorvosai órák (Q18) eloszlása megyénként 2018-ban (a NEAK publikus adatbázisa alapján készítette Dr. Balczár Lajos)



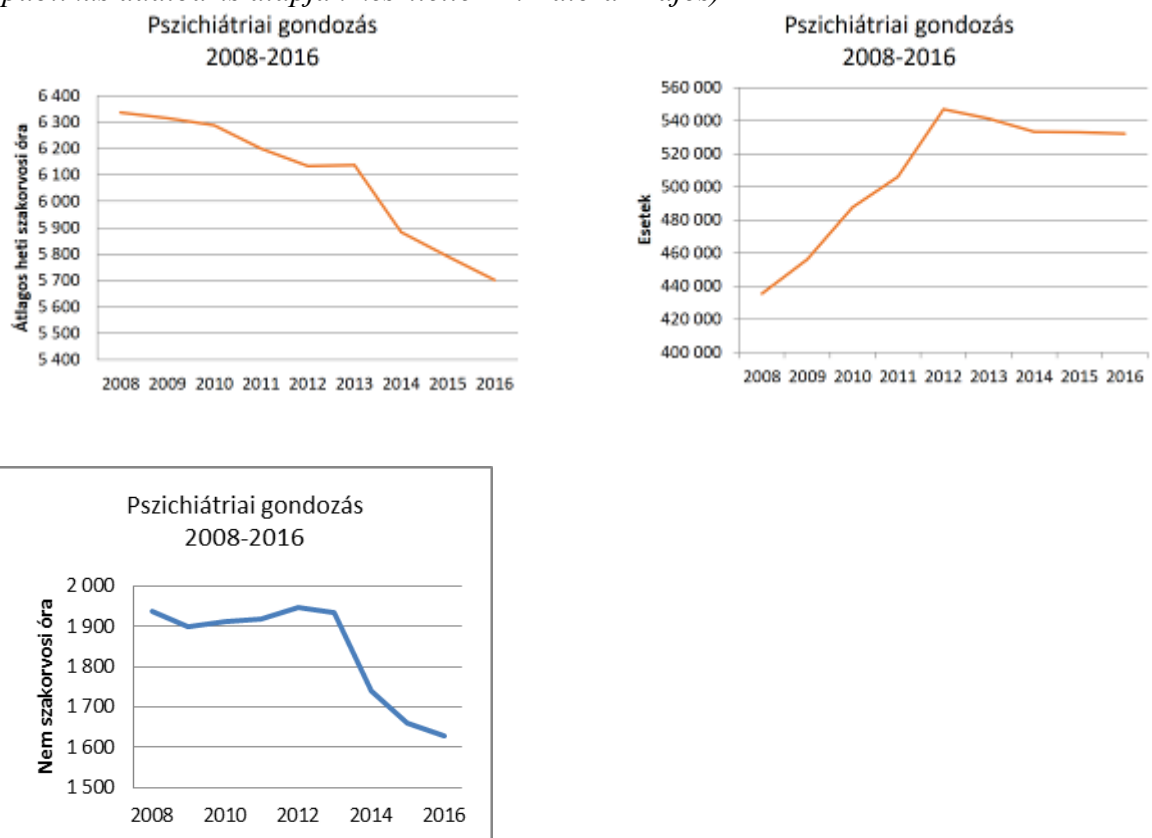
- **Humánerőforrás hiány (orvosi és szakdolgozói szinten egyaránt):**

A minimumfeltételeknek **megfelelő szakorvos létszám általában nem áll rendelkezésre** (7,5 óra 10000 főre). A 2. ábrából látszik, hogy országos szinten csak két megye az, ahol a szerződött óraszám a minimumfeltétel szerinti feltételnek eleget tesz, további kettő, amely megközelíti. Súlyos helyzetre utal az, hogy vannak megyéink, ahol harmada sincs meg az elvárt ellátásnak.

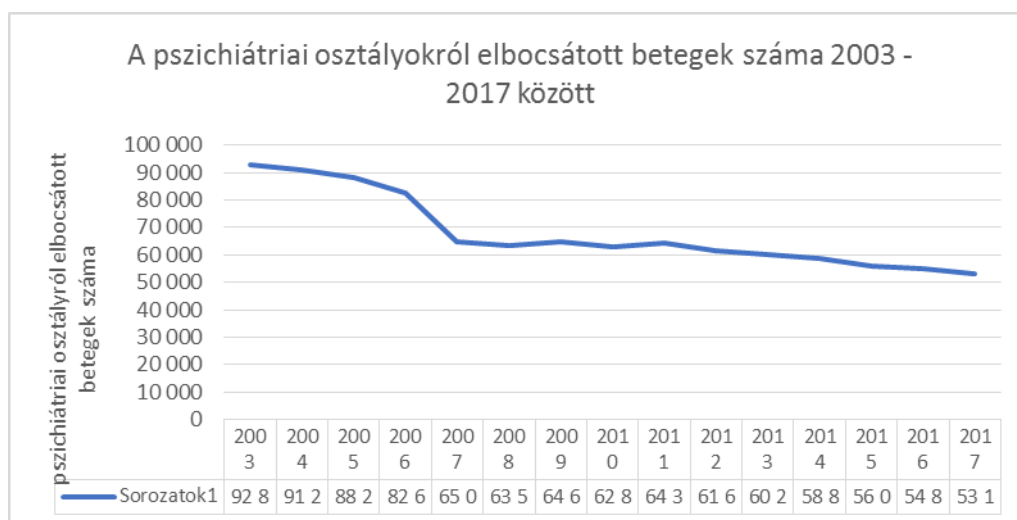
Szakdolgozóképzés legfeljebb költségtérítéssel érhető el.

A finanszírozás jellemzőiből adódóan a szakmai team tevékenységének bizonyos **specifikus kompetenciái nem kapnak finanszírozást**, így pl. a szociális munkás, a szakdolgozó ill. a pszichológus tevékenysége sem kap megfelelő finanszírozást, amely **kihat az alkalmazotti létszámra**.

3. ábra - Pszichiátriai gondozási adatok: heti szakorvosi órák, esetszám, nem szakorvosi órák (NEAK publikus adatbázis alapján készítette Dr. Balczár Lajos)



4. ábra – Pszichiátriai osztályokról elbocsátott esetek száma (NEAK publikus adatbázis alapján)



A 3.-4. ábra grafikonjai jól követhető, hogy a csökkent **kórházi kapacitás és esetszám kompenzációjaként a járóbeteg ellátás fejlesztése nem történt meg.**

Kedvezőtlen folyamatnak minősíthető az, hogy a pszichiátriai gondozók átlagos heti szakorvosi óraszámja csökkenő tendenciát mutat, **ezzel szemben a meglévő szükségletet jelzi az ellátott esetek számának növekedése.**

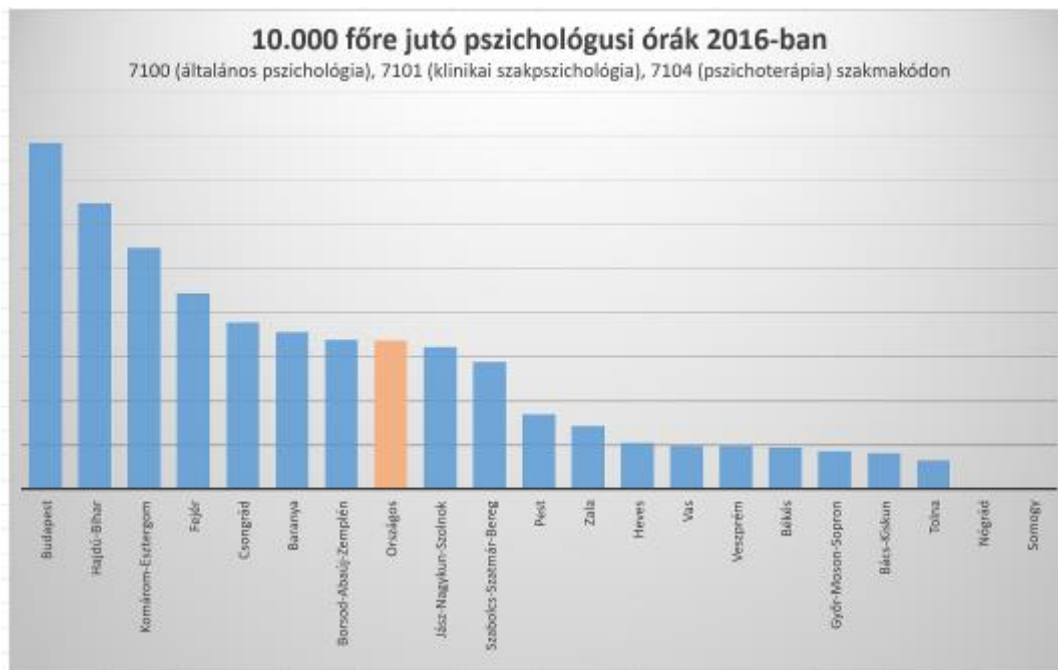
Az adatok azt is jelzik, hogy nem szakorvosi ellátás sem kompenzálja a szakorvosi óraszám csökkenését.

- **Pszichológusok a rendszerben, pszichológiai ellátás**

Az 5. ábrán a pszichológiai ellátások változásait látjuk a járóbeteg ellátásban. A fenti 3. ábra utolsó grafikonján a gondozásban megjelenő nem szakorvosi (pszichológusi, szociális munkási, egyéb diplomás) óraszámokat láttuk. Mindkét kód alatt szerepelnek pszichológusi tevékenységek, melyek részben a gondozás során történnek. Ezek alapján **nincs jól kontúrozott képünk a tisztán gondozói pszichológiai kapacitásokról.**

A pszichoterápia alulfinanszírozott, így a pszichológus alkalmazása veszteségessé teheti az ellátóegységet, pedig egyaránt **van jelentkező szakember és ellátotti szükséglet is.**

5. ábra – Saját kód alatt jelentett pszichológiai tevékenységek óraszámja (NEAK publikus adatbázis alapján)



- **Finanszírozási helyzetelemzés és problémák**

Az ambuláns ellátásban a német pontrendszer által a működtetésre biztosított finanszírozás messze **a ráfordítási költségek alá** esik. Nem korrelál a pszichiátriai/pszichológiai ellátás specifikumaival, annak időtartamával, szakemberigényével, módszertanával és egyéb paramétereivel. A Homogén Gondozói Kód (HGK) fedezete önmagában nem fedezi a gondozásra fordított tevékenységeket.

A rendszer sajátos megoldásokkal igyekszik **kompenzálni** a fenntarthatóság érdekében.

Alapvető, általános – a járóbeteg ellátás más területein is jellemző - kompenzálást jelent az egy ellátás során **elszámolt beavatkozások száma**, amit egy kiegyensúlyozott teljesítményfinanszírozás esetén *optimalizált kódolás*nak nevezhetnénk, ám a pszichiátriai beavatkozásokhoz rendelt pontszámok és azok anyagi fedezete **aránytalanul torz**.

Intézményen belüli kompenzációs lehetőség, hogy a fenntartó az intézményen belül próbálja kompenzálni a ráfordítási költségeket, ám így nyilvánvaló, hogy a gondozó-szakrendelő helyi döntésektől való **függősége fokozódik**. Érthető az is, ha a fenntartó a gondozó költségeit – pl. bérköltségek - minimalizálni igyekszik, a gondozó **alulfinanszírozott marad**, fejlődési lehetősége gyakorlatilag nincs.

A másik lehetőség a kompenzációra a „nagyforgalmú gondozó”, amely megvalósulhat egy-két orvosos micro-teamekkel, illetve nagyobb létszámú és multidiszciplináris teammel, ám aránytalanul megnövekedett ellátási területtel/ ellátott lakosság számmal. Itt is a betegforgalom, **a mennyiség fenntartása** biztosítja az intézmény fennmaradását.

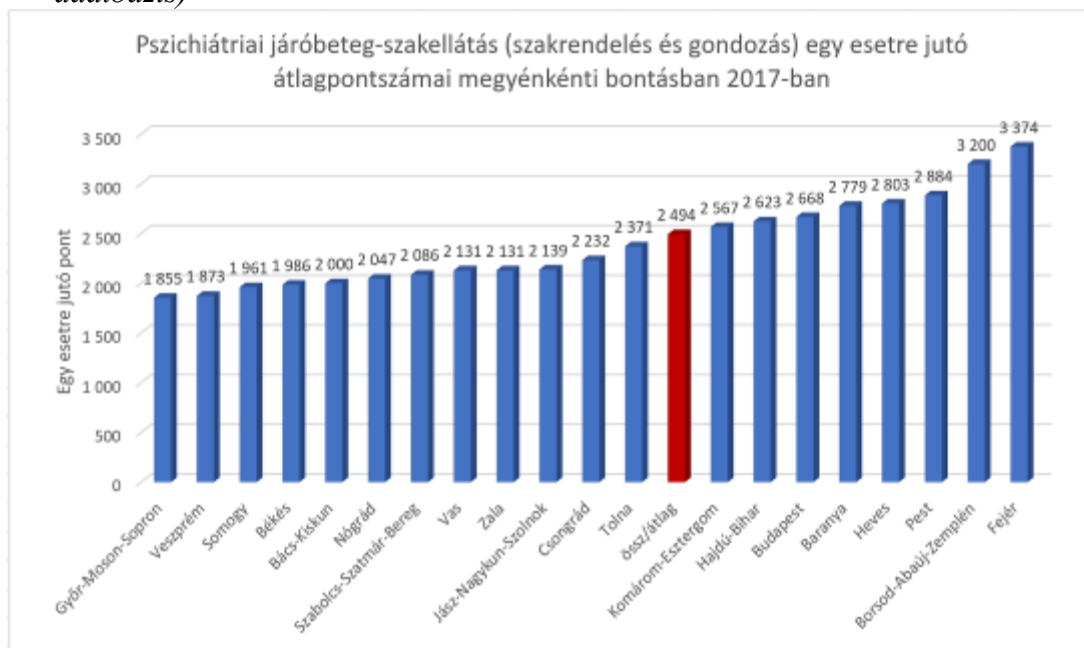
Mindkét kompenzációs próbálkozás értelemszerűen **kedvezőtlenül hat** a gondozói team szervezésére, a szakmai munka tartalmára, végső soron a betegek gyógyulási esélyeire, **az ellátás hatékonyságára**.

- korlátozódik vagy ellehetetlenül a még fenntartható területi munka (nemzetközi szakirodalomban az „outreach”) – túl nagy, beláthatatlan terület vagy humán erőforrás/eszköz/időhiány miatt
- nagyforgalmú gondozókban korlátozottá válik az egy páciensre jutó idő, ezen keresztül a szakmai munka tartalma, minősége, hatékonysága, gyakran pusztán a gyógyszerek biztosításáig redukálódik

- a microteamekben a speciális tudású szakemberek hiánya miatt korlátozódik a szakmai munka tartalma
- túl nagy ellátotti terület esetén a betegek számára az ellátás hozzáférhetősége csökken

A fentiek érthetővé teszik azt a jelenséget, hogy a gondozói -szakrendelői finanszírozás korántsem egységes országszerte (6. ábra).

6. ábra – A járóbetegellátás egy esetre jutó átlagos pontértékei (NEAK publikus adatbázis)



A járóbetegellátás finanszírozása terén még két további probléma emelendő ki.

Az egyik probléma ismét a **gondozó-szakrendelő és a fenntartó intézmény relációjában** ragadható meg: jelenleg nincsenek garanciák arra vonatkozóan, hogy az intézményi **endofinanszírozás** során a teljesítményjelentés szerinti finanszírozást valóban megkapja az intézmény (ez a kompenzálással ellentétes folyamat), így a jól gazdálkodó gondozók is kiszolgáltatottak maradnak a fenntartóval szemben.

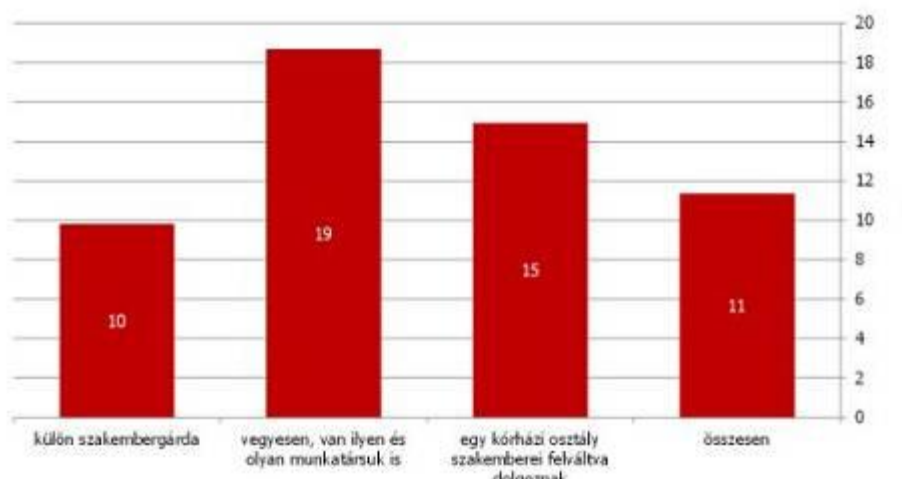
A másik a gondozási kapacitások terén észlelhető: a **pszichiátriai szakmakódon** ifjúságpszichiátriai, addiktológiai, ritkán még neurológiai ellátás is szerepel, noha az említett tevékenységeknek saját szakmakódjai vannak.

Végül, de nem utolsó sorban a finanszírozás helyzetelemzése és problémáinak felmérése terén fontos kiemelni **az ellátórendszer különböző szintjeinek** finanszírozási rendszereivel való **kapcsolódásokat**, kölcsönhatásokat.

Az alapellátás „fejkvóta” alapú finanszírozása az ellátási igények ellenére **sem ösztönző** a mentális betegségek alapellátásában történő ellátására, holott a **kis intenzitású ellátási formák** a kevésbé súlyos pszichés zavarok (szorongásos és hangulatzavarok, alkalmazkodási zavarok) esetén ezen az ellátási szinten is definitív vagy preventív lehetőséget jelenthetne, amely tehermentesíthetné a nagyobb költségű szakorvosi ellátást, illetve javítaná. Hasonlóan mindkét irányból ösztönzést igényel a **liaison kapcsolattartás** a gondozó-szakrendelő és az alapellátás között, amellyel az alapellátás kompetenciái növelhetők.

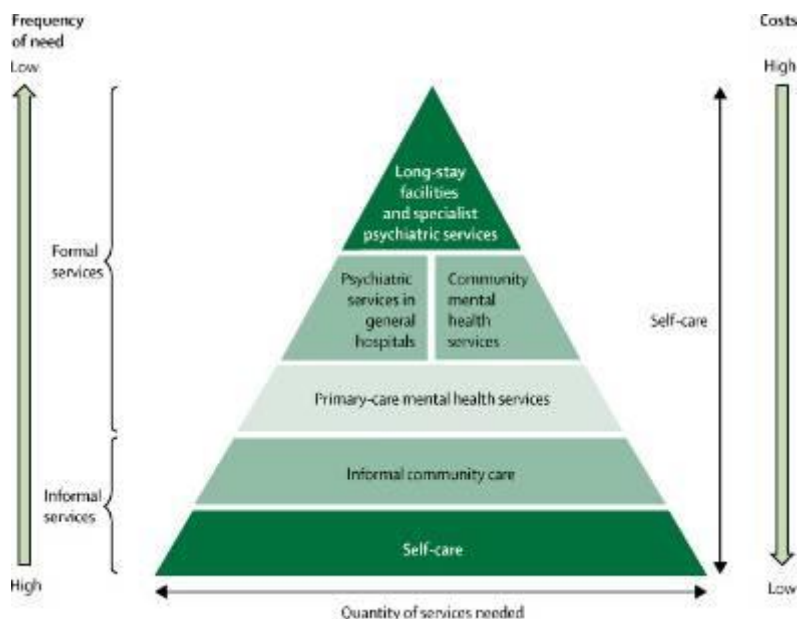
A fekvőbetegellátás jelenlegi finanszírozása arra ösztönzi a kórházakat, hogy erőforrásait centralizálja. Ennek egyik eszközévé válhat a „közelben” található ambuláns ellátás (szakambulancia, szakrendelő, gondozó) – részben a betegbeáramlás/turnover, részben humán erőforrás igénye biztosításával. (7. ábra) A hasonló tendenciákat nemzetközi tanulmányok is megerősítik (Watts és mtsai, 2011)

7. ábra - Évente kórházi kezelésre beutaltak aránya (átlag) a gondozó működés módja szerint (Országos reprezentatív adatfelvétel a pszichiátriai gondozottak körében – Készült az „NCSSZI-TÁMOP 5.4.1-12 kiemelt projekt” keretében)



A pszichiátriai betegek ellátásának szervezése nemzetközileg mind a gazdasági, mind pedig a szakmai- hatékonysági szempontok miatt, a pácienseket és családjaikat természetes közegükben támogató (ún. közösségi szemléletű) szakellátások - a pszichiátriai gondozás-, valamint az alapellátásban elvégezhető alacsony intenzitású beavatkozások felé halad (Saxena és mtsai, WHO, 2014), a fenti finanszírozási kölcsönhatások a hazai pszichiátriai ellátórendszer erőforrásait a nagyobb költségű, és következményesen kisebb kapacitású ellátási típusok túlsúlyával terheli. Ily módon a **finanszírozási struktúra per se konzerválja a fennálló diszfunkcionális viszonyokat**, és gátolja a pszichiátriai ellátórendszer legkülönbözőbb szintjeinek fejlődését az ún. kiegyensúlyozott ellátás (balanced care) értelmében- legyen szó önellátásról/ közösségi segítségről, alapellátásról, ambuláns, vagy fekvőbeteg ellátásról. (Thornicroft és mtsai, 2013) (8. ábra)

8. ábra – WHO Mentális egészségügyi ellátások piramisa (WPA-Lancet Psychiatry Commission on the Future of Psychiatry, 2017)



6.3.1.5. Célok, problémák kezelésére tett javaslatok

Általános cél a nálunk valóban hungarikumnak tekinthető pszichiátriai gondozók keretében és decentralizált bővítésével olyan helyi, közösségi alapú, a hazai és nemzetközi protokollokban ajánlott pszichoterápiát és pszichoszociális intervenciót is biztosító, betegközeli ellátás fejlesztése, amelyek az ellátandó terület igényeihez, a közösség demográfiai, morbiditási mutatóihoz és egyéb helyi sajátosságaihoz igazodnak.

Ehhez a gondozók **területi egyenlenségeinek felszámolására és minőségi egységesítésére** van szükség, ehhez a következő ellátásszervezési és finanszírozástechnikai lépésekre van szükség.

A hazai gondozói és szakrendelői **kapacitásokat újra kellene osztani**, figyelembe véve a helyi adottságokat és szükségleteket és a gondozók **ellátási területeit revíziójára van szükség**, a háziorvosi rendszerhez hasonló országos lefedettséget biztosító körzetekkel.

Mint azt már említettük, a túl kis területtel rendelkező ellátók a kevés forgalom miatt nem tudnak gondozói team-et fenntartani. A túl nagy területtel rendelkezők pedig egyrészt nem tudják „belátni”, ellátni területüket, másrészt a betegek a nagy távolság miatt nem jönnek a rendelőbe, az ellátás hozzáférhetősége csökken.

Mindkét szempontot figyelembe véve kalkulációink szerint az optimális lakosságszám **100.000 fő** (80-120 ezer).

A szakrendelés, gondozás szempontjából erre a területre vonatkozó személyi minimum (a jelenlegi minimumfeltételek alapján): szakorvosi óra: 90 (3 teljes állású szakorvos), nemszakorvosi óra: 90 (3 teljes állású pszichológus, szociális munkás, gyógypedagógus stb., azaz nem orvos diplomás), és legalább 3 fő szakdolgozó. Ez utóbbi költségeit az előző kettő-- a jelenlegi helyzetnek megfelelően – tartalmazza. Finanszírozási szempontból figyelembe véve a jelenlegi országos járóbeteg teljesítmény jelentéseket és a jelenlegi 1.98 Ft-os pontértéket, kiszámolható, hogy egy ilyen 100 ezer főt ellátó gondozó havi finanszírozása **8,5 millió Ft** lenne.

Amennyiben endofinanszírozási garanciák beépíthetők a rendszerbe, akkor ez elegendő a gondozók működtetésére azzal, hogy a jelenlegi teljesítményfinanszírozási lehetőségekben is van még tartalék, sok az „alulpontozó” gondozó a közvetlen érdekeltség hiánya miatt.

A jelenlegi források tehát egy **minimális létszámú, 9 főből álló multidiszciplináris** gondozói team (3 teljes állású szakorvos, 3 teljes állású nem orvos diplomás -pszichológus/szociális munkás/gyógy pedagógus - és legalább 3 fő szakdolgozó) felállítását teszik lehetővé, amely területi lefedettséggel ellátja a százezer fős terület addiktológiai, pszichiátriai szakrendelési és gondozói feladatokat. Ez országosan mintegy 300 pszichiátert jelent, ami kb. a fele lehet a most rendszerben lévőknek.

Ha ez a gondozói országos rendszer **egységes szakmai, finanszírozási, szervezeti elvek alapján** működik, **a rendelkezésre álló források mellett is jóval nagyobb lehet a hatékonysága a jelenleginél!**

A pszichiátriai gondozók – és szakrendelők – működtetőiket, fenntartóikat tekintve nagyon különbözőek országszerte, így az intézményi függőségi viszonyok is nagyon különbözőek. Fontos azonban kiemelnünk, hogy szakmai feladataikat **csak független szakmai egységként** (intézményi részlegként) tudják ellátni. Ennek egyik záloga a – szakmailag - független multidiszciplináris team, és az, hogy az intézményi endofinanszírozás során a teljesítményjelentés alapján kifizetett összegek az ellátóhoz garanciálisan el is jussanak.

Tehát a területi és kapacitásbeli **egyenlőtlenségek** megszüntetése és a szakmailag **független szervezeti egység** alapvető ellátásszervezési alapelv. Ez a kívánt területi ambuláns ellátás irányába mozdíthatja el a szakma jelenlegi szerkezetét.

- **Szakambulanciák**

A gondozói-szakrendelői hálózat kapacitásainak és szervezeti egységességének kialakításával járóbetegellátási kapacitások szabadulnak fel a kórházi ambulanciákon, amelyeken ily módon fel tudják vállalni az **speciális ellátásokat** – ezáltal kiegyenlítettebbé válik az ellátási struktúra, javul az ellátások hozzáférhetősége a speciális igényű betegcsoportok (pl. étkezési zavarok) számára is.

- **Fejlődési lehetőségek, kitekintés:**

A pszichiátriai gondozóhoz kapcsolt – EFOP-2.2.0-16-2016-00008 programon belül még kísérleti stádiumban lévő - **nappali terápiás részlegekben (NTR)** rehabilitációs programokat, foglalkozásokat tarthatnak, relapszus veszélyes eseteket kezelni tudnak a járóbeteg szakellátás keretei között. A minőségbiztosítás ebben a rendszerben könnyebben megoldható.

Fontos lenne a jelenlegi fejlesztések kiterjesztése a Közép Magyarországi Régióra (VEKOP). Ugyancsak fontos a gondozónak a **képzésben** (egyetemi, rezidens, posztgraduális, szakdolgozói) való részvétele. Az akkreditáció kidolgozása az egész szakma feladata kell legyen.

- **Finanszírozás- célok, megvalósíthatóság:**

A finanszírozási rendszer újragondolása elengedhetetlen a célok megvalósításához.

- Mindenekelőtt a finanszírozási rendszer szolgálja a szakmai célokat (ne fordítva), és **a ráfordított költségeket fedezze**, ehhez a német pontrendszer aránytalanságait és anomáliáit korrigálni kell.
- Az intézmények **endofinanszírozási gyakorlatában garanciák** biztosítsák a gondozók és szakrendelők finanszírozását, annak érdekében, hogy a teljesítmény alapján a gondozó fenntartható maradjon és fejlődőképessé válhasson.

- A teljesítmény elszámolásba befogadást nyerjenek a **speciálisan gondozási események/ nappali terápiás egységek/ oktatási feladatok.**
 - A beteg távollétében, az ellátása érdekében végzett gondozási tevékenységek
 - Szakdolgozói beavatkozások finanszírozása
 - Területi munka finanszírozása
 - Hozzátartozókkal való foglalkozás finanszírozása
 - Közösségi (szociális) ellátással kapcsolat – team - díjazása (pl. szorzószámmal)
 - Nappali terápiás egységek finanszírozása
 - Oktatás finanszírozása

- **A szakmakódok profiltisztítása** szükséges, ezáltal további források allokálhatók az ellátásba: A pszichiátrián és az addiktológián kívül ne használja más szakma a pszichiátriai kódokat (F kód)!

- A járóbeteg ellátás egészében, azaz a szakrendeléseken és gondozókban, valamint a szakambulanciákon a hatékony működéshez a pszichoterápiák alkalmazhatóságára is szükség van – ehhez a **pszichoterápiák rentábilissé tétele** szükséges - kinek, milyen pszichoterápia, mennyi ideig jár TB támogatással.

- **Fejlődési lehetőség, fejlesztés a finanszírozásban, kitekintés:**

Egy lehetséges finanszírozási modell a gondozói hálózati modellhez:

A modell több új finanszírozási csomagot tartalmaz, mely egyszerre veszi figyelembe a beteg állapotának megfelelő gondozási folyamatot és a teljesítményfinanszírozás szempontjait. A finanszírozási csomagok a következők:

(1) Korai kezelésbe vétel (addiktológia); (2) Aktív gondozás; (3) Rehabilitáció a gondozóban; (4) Közösségi típusú gondozás; (5) Fenntartó gondozás; (6) Veszélyeztető beteg beutalása bírói úton; (7) Akut és közvetlen veszélyeztető beteg beutalása;

A felsorolt „gondozási csomagok” a teljesítményfinanszírozási szempontokon túl a hazai ellátási struktúra jellemzőit tovább fejlesztve egyúttal a WHO által ajánlott közösségi szemléletű átalakításnak is megfelelnek

További csomagok kidolgozására is szükség lehet részben az elmúlt nyolc év ellátásszervezési prioritásai, a preventív szemlélet térhódítása miatt, így a **korai intervenciók gondozási program** is kidolgozandó. Részben pedig a speciális területi igények miatt (pl. kistérségek), ahol a szociális közösségi ellátások fejlettebb állapotban vannak, mint az egészségügyiek. Itt a szociális ellátókat kiegészítő **mobilis pszichiátriai szolgáltatásra lenne szükség.**

Értelemszerűen a fejlesztésekhez megfelelő humán erőforrásra is szükség van.

2010-11-ben lezajlott egy finanszírozási modell-vizsgálat az akkori OEP részvételével, ahol hat felkészült pszichiátriai gondozóban is kipróbálták az alábbi módszert.

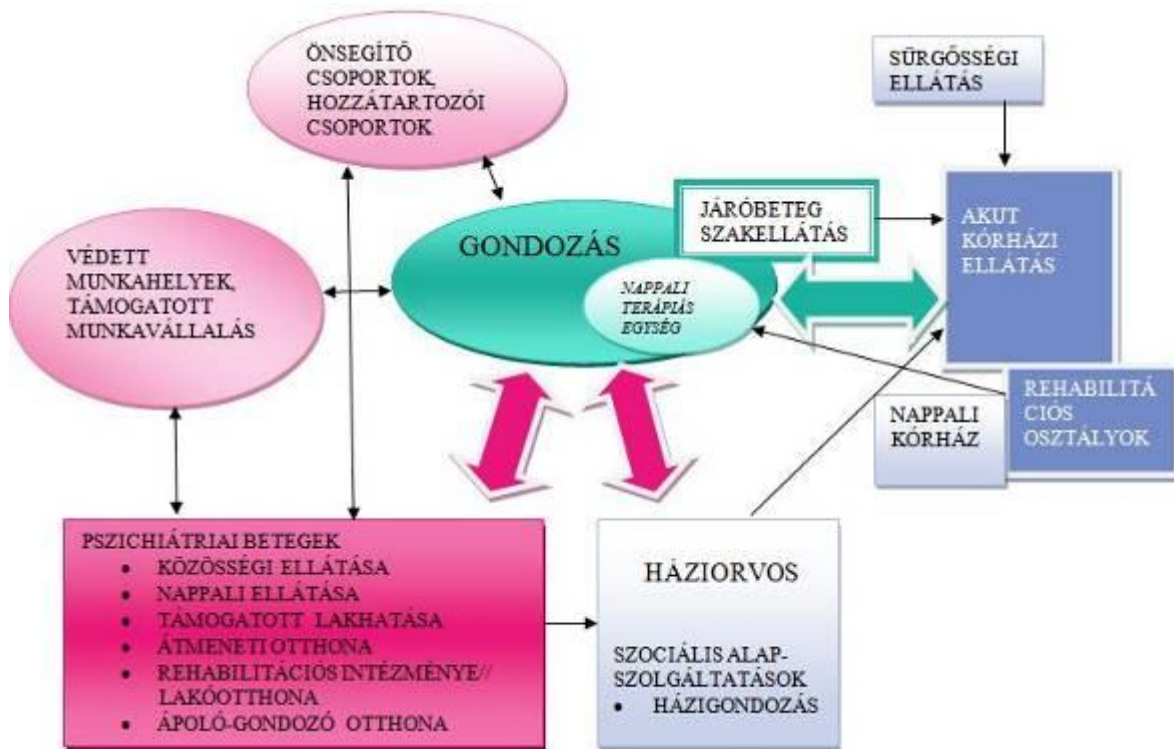
A hat gondozóban lezajlott modell-vizsgálatnak nem lett folytatása, de az adatok az OEP jogutódjánál hozzáférhetők.

Az ellátás **legjobb példái az egészségügyi és szociális ellátás integrált megközelítését** alkalmazzák és integrált szolgáltatást nyújtanak, mely nagyobb flexibilitást és hatékonyságot tesz lehetővé. A hazai jó gyakorlatok elsősorban a kifejezetten pszichiátriai betegek számára elérhető **szociális szolgáltatásokat**, az ún. *közösségi pszichiátriai ellátást* és a *pszichiátriai*

beteg napali intézményét tudják integrálni az egészségügyi ellátáshoz. Megfontolandó az ilyen integrációk ösztönzése. (Saxena és mtsai, 2014, WHO)

A pszichiátriai gondozók és szakrendelők egyszerre látnak el **kapuőr** és **közösségi szervező szerepet** a mentális zavarok ellátásában, közvetítenek a különböző - szociális és egészségügyi - ellátók között, ezért elengedhetetlen a kiegyensúlyozott, partneri kapcsolatrendszer fenntartása a pszichiátriai gondozó és „szociális hálója” között (9. ábra)

9. ábra - A pszichiátriai gondozás egészségügyi és szociális kapcsolatrendszere, a nemzetközi trendek és hazai sajátágok tükrében (in Füredi-Németh -szerk: A pszichiátria magyar kézikönyve, 2015 - módosítással)



6.3.1.6. Speciális integrált ellátási modellek – jó gyakorlatok

A „kiegyensúlyozott ellátás” (balanced care) értelmében egy ellátórendszerben a helyi adottságok figyelembevételével lehet **egyensúlyra törekedni a közösségi alapú és kórházi ellátás** tekintetében. Különös gondosságot igényel a nagy költséggű és kisebb ellátotti populációt érintő **speciális ellátások integrálása**, mely csak akkor lehet sikeres, ha az előbbi két ellátás megfelelő, bizonyítékokon alapuló tartalmakkal működik. Ebben a szellemben jöttek létre a következő speciális ellátási modellek hazai jó gyakorlatai:

- **Szigetvári modell kialakulása és működése:**

A Szigetvári kórházban 2003-ban szinte a nulláról kellett újraszervezni a pszichiátriai ellátást (Aktív ellátás: 80 ezer fő, rehabilitációs ellátás: 600 ezer fő). Orvos alig volt, viszont a jól képzett, tapasztalt paramedikálisokkal, valamint feladatokra felkért vállalkozó, részmunkaidős orvosokkal elindult a munka. Komoly segítséget jelentett a Pécsi Egyetem Pszichológia tanszékén képzett, elkötelezett pszichológusok felvétele és bevonása a terápiás munkába. Jelenleg is 11 pszichológust foglalkoztatnak. Fokozatosan fiatal pszichiáterek is jöttek. Néhány nehéz év után kialakult a jelenlegi struktúra: 30 ágy aktív pszichiátria, 60 ágy addiktológia, 45 ágy pszichiátriai rehabilitáció, 22 férőhely nappali kórházi ellátás mellett

Pszichiátriai szakrendelést (450 megjelenés/hó) és Rehabilitációs szakrendelést és gondozást (400 fő/hó megjelenés) biztosítanak a Szigetvári Mentálhigiénés Gondozó tevékenysége mellett.

A személyi feltételek, konkrétan az orvoshiány alakította úgy az ellátást, hogy a szigetvári pszichiáterek valamennyien az ambuláns betegellátásban is részt vesznek. Mindenkinek van ambuláns napja, A Pszichiátriai Szakrendelésen történik a sürgősségi páciensek ellátása is, egyéb szakorvosi feladatok mellett. Itt gondozzák azokat a magas kockázatú betegeket, akik korábban forgó ajtó jelleggel gyakran kerültek felvételre. A Rehabilitációs Szakrendelésen történnek a felvételi interjúk a Rehabilitációs osztályos felvételhez. Itt nagyobb számban a felépült betegek gondozása zajlik, akiknek már többnyire munkaviszonya is van. Gondozásuk speciális – felépülés alapú – szemléletet igényel. Az osztályon kialakult orvos-beteg kapcsolati tőke az egyik legfontosabb feltétele a magas szintű, nagyon hatékony gondozási munkának.

A közösségi gondozással szorosan kapcsolódnak, a kórházukban van a székhelyük. Napi szinten kezelik a felmerülő problémákat. Betegség, szociális helyzet, családi patológia miatt magas kockázatúnak minősülő betegeket gondoznak. Az osztály-szakrendelő egységben dolgozó orvosok gondozási feladatához a lakhelyen történő látogatásokkal segítenek.

A Mentálhigiénés Gondozóban idős kolleganő klasszikus gondozási feladatokat lát el, így az általa régóta gondozott betegek pszichésen rendben vannak.

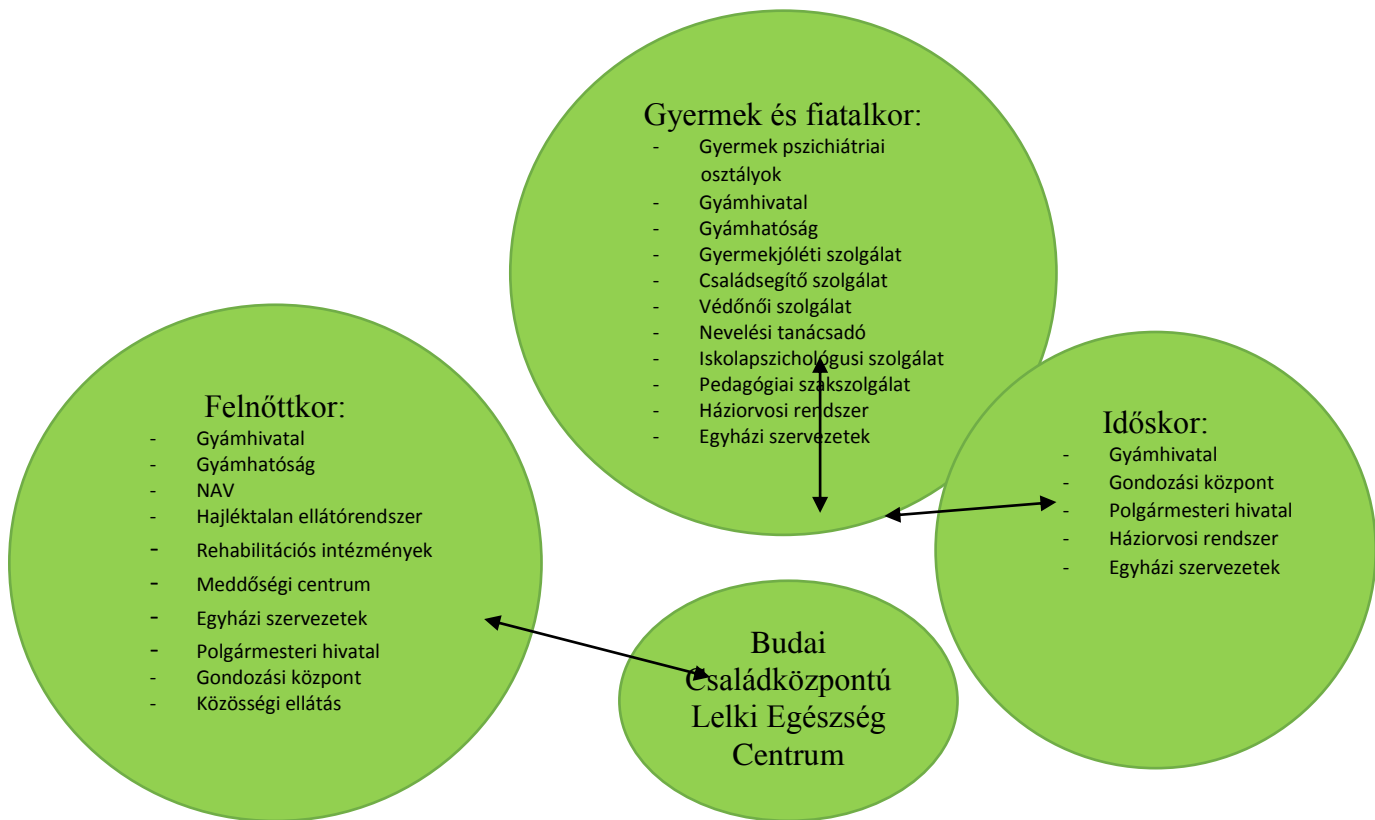
Az osztály fekvő- és járó ellátó részének szoros kapcsolata van minden pszichiátriai beteggel foglalkozó szervezettel: Gyámhivatallal, Családsegítővel, Támogatott lakhatásban érdekelt szociális munkásokkal. A közös szemlélet kialakítását és az információcserét a probléma megoldó esetmegbeszélő programok biztosítják.

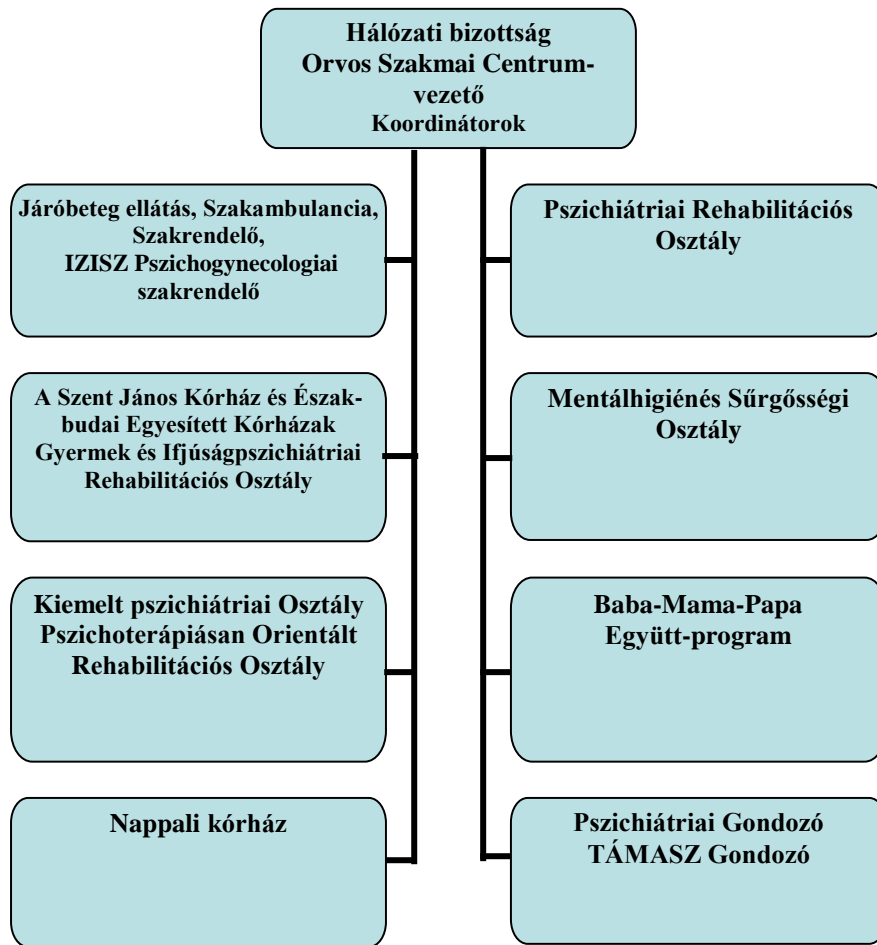
Összefoglalva: a személyi feltételek hiányosságai alakították a jelenlegi rendszert, amely olyan működőképes és hatékony, hogy ennek megváltoztatását nem szeretnék. Több próbálkozás volt arra, hogy önálló gondozós orvosok dolgozzanak, de erre jelentkező nem akadt. A fiatalok izgalmasnak, változatosnak érzik, hogy minden ellátási formában tudnak dolgozni, szerintünk a kiégés ellen is hatékony. Azok az előnyök, amelyek a beteg kísérése során keletkeznek, a bizalom, a compliance vonatkozásában felbecsülhetetlenek. Jelenleg biztonságosan el tudják látni a területüket, és számos beteg más ellátási területről is itt szeretne „gondozódni”.

- **János kórházi modell (Budai Családközpontú Lelki Egészség Centrum – BCSLC):**

A gyermekek és a fiatalok, valamint az idősek esetében felmerülhetnek a korrallal összefüggő speciális fejlődési-, illetve neuro-pszichiátriai problémák, melyek speciális szakértelmet, beavatkozásokat, ellátási formákat kívánnak meg. Itt különösen fontos a szoros együttműködés a családokkal és a szociális szektorral. A korszpecifikus szakellátásokat, beleértve a közösségi ellátásokat is úgy kell fejleszteni, hogy azok a rászorultak számára a lakóhelytől függetlenül elérhetőek legyenek. Ilyen – a kor alapján vertikális, az ellátóhelyeket tekintve horizontális – kezdeményezés indult el Budán a Szent János kórház kötelékében. A Budai Családközpontú Lelki Egészség Centrum (BCSLC) több pszichiátriai profilú osztályt magába foglaló **modell** központ, melynek célja, hogy hosszútávon a pszichiátriai problémákra a Centrum rendszere az élet bármely szakában releváns és hatékony választ tudjon adni, az esetutak mindenki számára átláthatók legyenek, és a megoldáshoz vezető út lerövidüljön. A Centrum hálózati elven szoros együttműködésben áll nem csak a területén működő önálló pszichiátriai egységekkel, de önkormányzati, állami, egyházi és közösségi szervezetekkel is. A megújulás keretében kialakításra került aktív ellátást nyújtó és rehabilitációs profilú nappali kórház, pszichoterápiásan orientált osztály, mentálhigiénés sürgősségi osztály, valamint az

országos Baba-Mama-Papa-Együtt program, mely a szülés előtti, szülést követő mentális zavarok felismerése és kezelése az anya-gyerek egységben (ld. melléklet). A korszerű gyakorlattal összhangban cél a közösségi ellátás irányába való elmozdulás, a régióban megtalálni a fekvő- járó-beteg ellátás arányát, az ún. „balanced-care”-t. A Centrum alapelveiben prioritást élvez a **családot mint értéket központba állító rendszer és hálózati szemlélet**, illetve ezen törekvések előmozdítása az egészségügyi ellátás folyamatában. A koncepció kialakítása abból a felismerésből fakadt, hogy a mentálhigiénés problémák nem szigetként jelentkeznek az egyénben, hanem az egyén közvetlen környezete ugyanúgy elszenvedője, kiváltója, fenntartója tud lenni. Ezért a koncepció során szem előtt tartottuk, hogy a **prevenció-kezelés-egészségmegőrzés hármasa ne csak az egyént, hanem a közvetlen környezetét (pl. családját) is érintse**. Mindenképpen számottevő, hogy ez a hálózat közkórházi alapokon jött létre, de III. progresszivitású szintű, komplex ellátást tud nyújtani Budapesten.





6.3.1.7. Összefoglalás

- Mindhárom modellben alapvető a megfelelő információátadás a beteg érdekében az egyes ellátók (fekvő- és járóbeteg ellátó helyek) között
- A finanszírozási rendszer újragondolása elengedhetetlen a célok megvalósításához
 - A német pontrendszer aránytalanságainak és anomáliáinak korrekciója
 - A Homogén Gondozási Kódok (HGK pontok) gondozás nélküli kódolásának megszüntetése (a 2011-es gondozófinanszírozási projekt felhasználása – ld. lejjebb)
 - Pszichoterápiák rentábilissé tétele - kinek, milyen pszichoterápia, mennyi ideig jár TB támogatással)
 - Szakdolgozói beavatkozások finanszírozása
 - Területi munka finanszírozása
 - Hozzá tartozókkal való foglalkozás finanszírozása
 - Közösségi (szociális) ellátással kapcsolat – team - díjazása (pl. szorzószámmal)
 - Oktatás díjazása (pl. szorzószámmal)
 - Forrás nyerhető a szakmakódok profiltisztításából: A pszichiátrián és az addiktológián kívül ne használja más szakma az F kódokat.

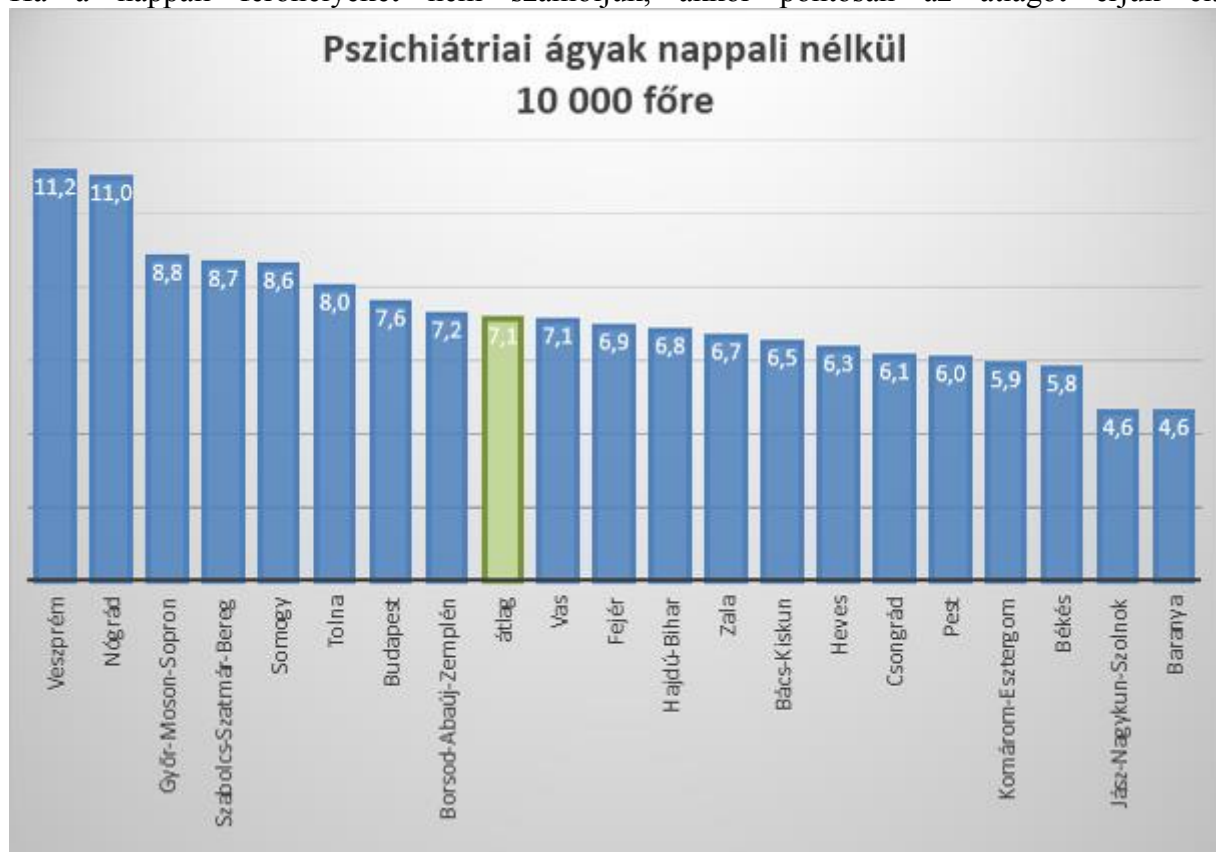
- Az ellátás legjobb példái az egészségügyi és szociális ellátás integrált megközelítését alkalmazzák, és integrált szolgáltatást nyújtanak, mely nagyobb flexibilitást és jobb eredményességet tesz lehetővé. Megfontolandó az ilyen integrációk ösztönzése.
- Az ún. balanced care modell-ben, a helyi erőforrások és lehetőségek figyelembevételével, mindkét modell korszerűnek tekinthető, és nem egymás ellentétei. Ennek alapján lesz olyan régió, amely inkább az egyik vagy a másik modellt valósítja meg a helyi lehetőségek mentén. A gyakorlatban már funkcionáló, meglévő modelleket pedig támogatni szükséges.

6.4.1. Fekvőbeteg ellátás

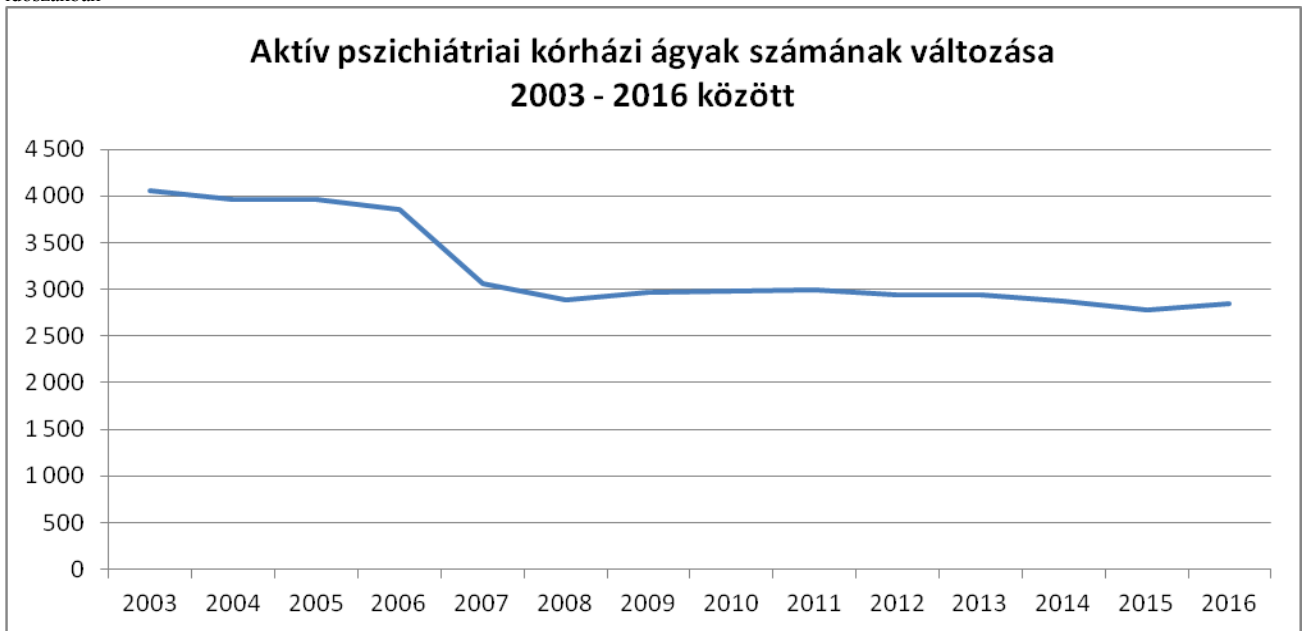
Ide tartozik az akut felvételeket is ellátó **aktív** pszichiátriai osztályok/részlegek, a **rehabilitációs** osztályok/részlegek és a **krónikus** osztályok/részlegek (A NEAK csak aktív és krónikus ágyakat különít el, de a krónikusan belül a rehabilitációs ágyakat differenciáltan finanszírozza). Minden osztályhoz tartozik ún. Nappali Kórház bejáró krónikus betegek részére. A pszichiátriai betegeket az állapotuktól függően kezelik a fenti részlegek egyikén. A területet ellátó kórházi osztályokra általában jellemző ez a felosztás.

A 100.000 főre jutó összes pszichiátriai ágyszámban (aktív + rehab + krónikus + nappali együtt) Magyarország az Európai Unió középmezőnyében helyezkedik el, az EU átlagnál 20%-kal magasabb ágyszámmal.

Ha a nappali férőhelyeket nem számoljuk, akkor pontosan az átlagot érjük el.

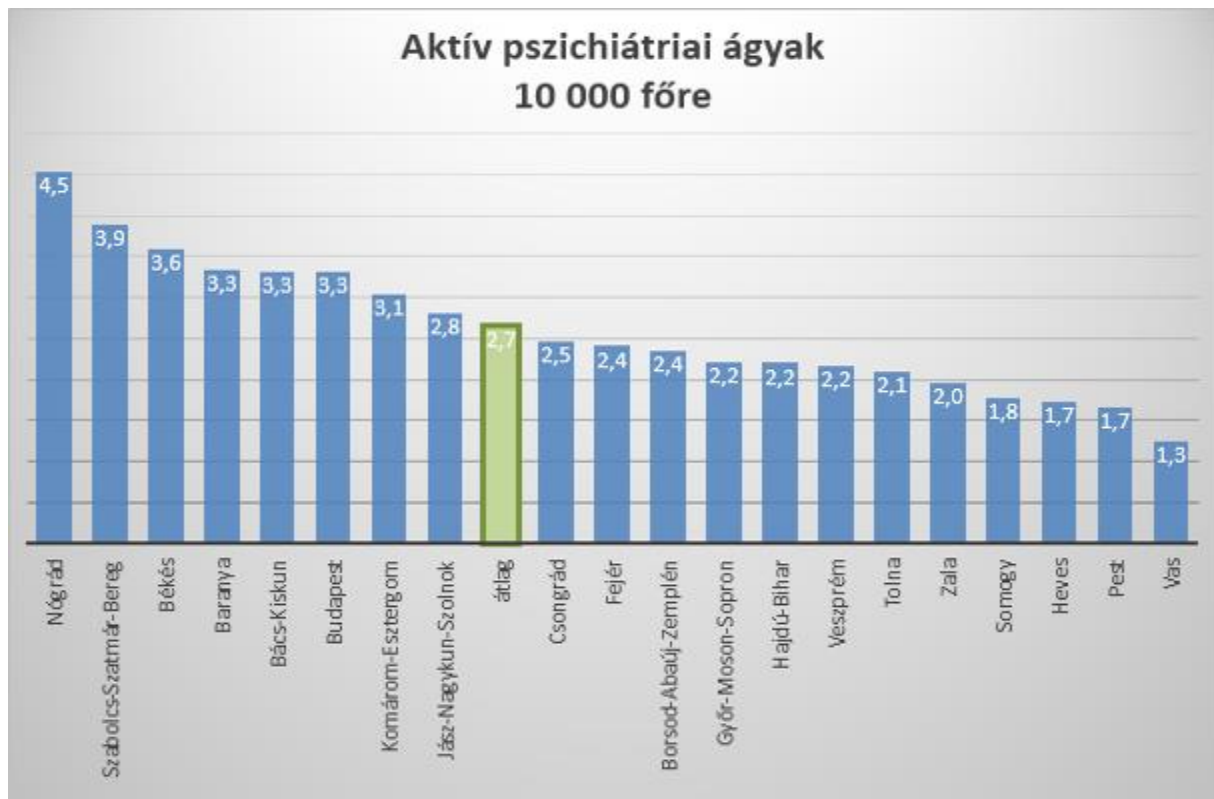


Aktív pszichiátriai kórházi ágyak számának változása a 2003 – 2016 közötti időszakban



6.4.1.1. Aktív pszichiátriai osztály

A 2007-es egészségügyi reform során az aktív ágyak 22%-os leépítése történt előkészítés nélkül, amely átmenetileg zavart okozott a betegutakban. A leépítés nem oldotta meg a területi aránytalanságokat, amelyet a következő ábrán láthatunk.



Aktív pszichiátriai ágyak területi megoszlása 10 000 főre 2017-ben
átlag = 2,7 ágy/10 000 lakos

Az aktív pszichiátriai osztályokra sokféle beteg sokféleképpen kerül felvételre. Jöhet orvosi beutalóval, de hozhatja mentő, eset kapcsán. Kerülhet felvételre önkéntes kérelem alapján, de beszállíthatják akarata ellenére (közvetlen) veszélyeztető magatartás miatt.

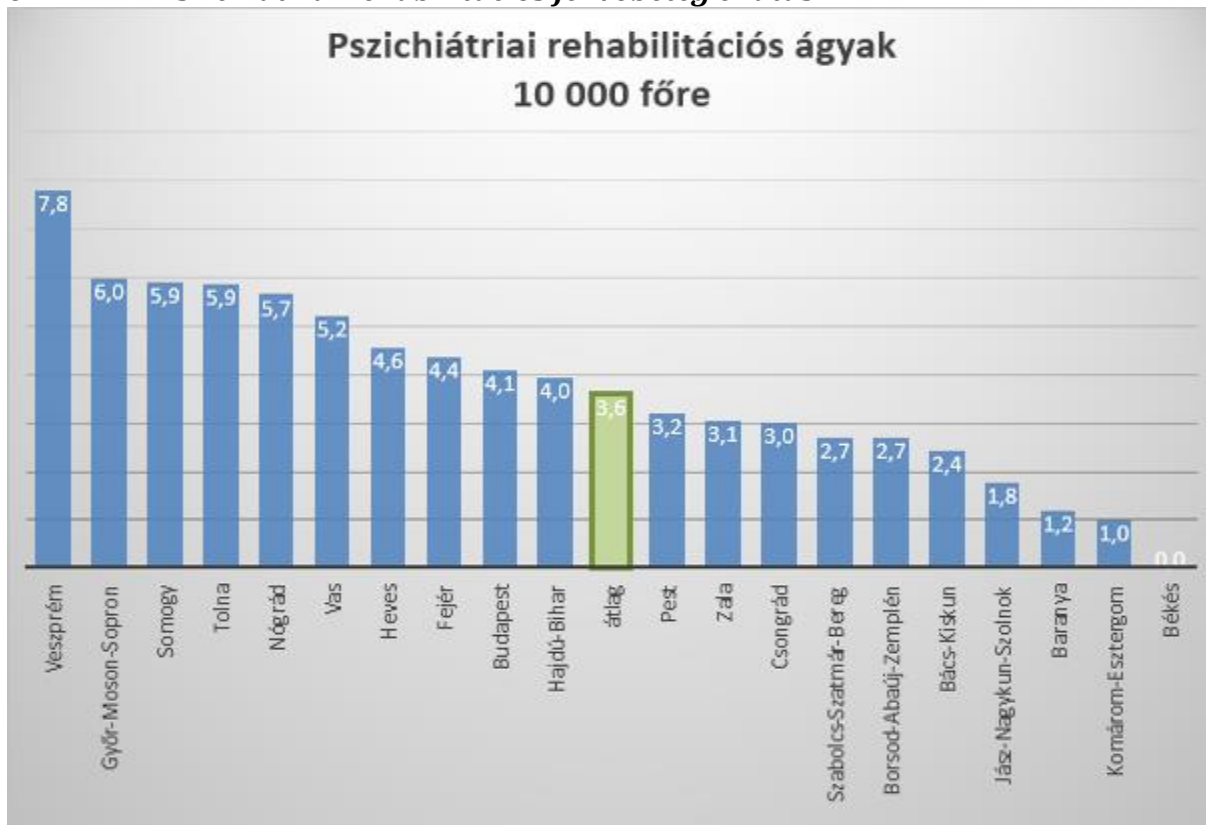
A **sürgősségi felvételeknél** a beutaló diagnózis illetve a beszállítás indoka is nagyon vegyes: öngyilkos magatartás, heteroagresszió, predelírium, dezorientáció, pszichotikus tünetek, pánikroham, alkalmazkodási zavar, acting out reakció, „zavartság”, amely gyakran organikus eredetű és nem ritkán szociális indok. Ennek következtében elég heterogén a betegpopuláció, és ez nem segíti a gyógyulást.

A sürgős felvételeknél **SBO-on átvizsgálni** a pszichiátriára beutalt betegeket is az organikus ok kizárása céljából. Ez az egykapus rendszer egyre gyakoribb, de még nem általános. Ahol van SBO, ott sem mindig zökkenőmentes az együttműködés. Alkoholos intoxikáció és delírium miatt még mindig gyakran pszichiátriára irányítják a beteget, pedig az előbbi sürgősségi (toxikológiai) ellátást igényel, az utóbbi pedig intenzív osztályos kezelést. Jó gyakorlatként megemlíthető a Nyíró Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézetben létrehozott 2x4 ágyas felvételi részleg, ahol megszűrve a betegeket, 50%-uk nem kerül fel osztályra, hanem az elvégzett diagnosztikus vizsgálatok és terápiás intervenciók eredményeképpen ambulánsan elbocsáthatók vagy állapotuknak megfelelő szomatikus osztályra küldhetők. Ez utóbbit biztosítja a Nyíró Gyula OPAI belgyógyászati, intenzív és neurológiai osztálya.

Az akut felvételes osztályoknál indokolt az ún. **szubintenzív** (korábban zárt osztályként emlegetett) részleg fenntartása a veszélyeztető magatartású betegek részére, amíg ez az állapot fennáll, és ehhez – a fokozott obszerváció és terápiás intervenció miatt (vö. kardiológia) – magasabb nővér/beteg arányt kell biztosítani. A veszélyeztető magatartás elmúltával a beteg átkerül a megfelelő profilú részlegre.

Az aktív és rehabilitációs részlegek egységet képeznek, ugyanis nagyon sok pszichiátriai betegségnél az akut ellátás után a reintegráció érdekében hosszabb rehabilitációs kezelés szükséges, és ezt folyamatában – ugyanazon osztály keretei között, ugyanazon orvos irányítása mellett – célszerű végezni. A beteg rehabilitációja már az aktív osztályon elkezdődik. A komplex farmako-, pszicho- és szocioterápia végig jelen van a beteg kezelése során csak a súlypont eltérő: az aktív osztályon a gyógyszeres terápián, a rehabilitációs szakaszban a pszicho és szocioterápián van a hangsúly. Jelenleg a pszichiátriai rehabilitációs ágyak eloszlása is egyenetlen az országban. Például Békés megyében relatíve sok aktív ágy van, ugyanakkor alig található rehabilitációs ágy, Veszprém megyében pedig pont fordított a helyzet.

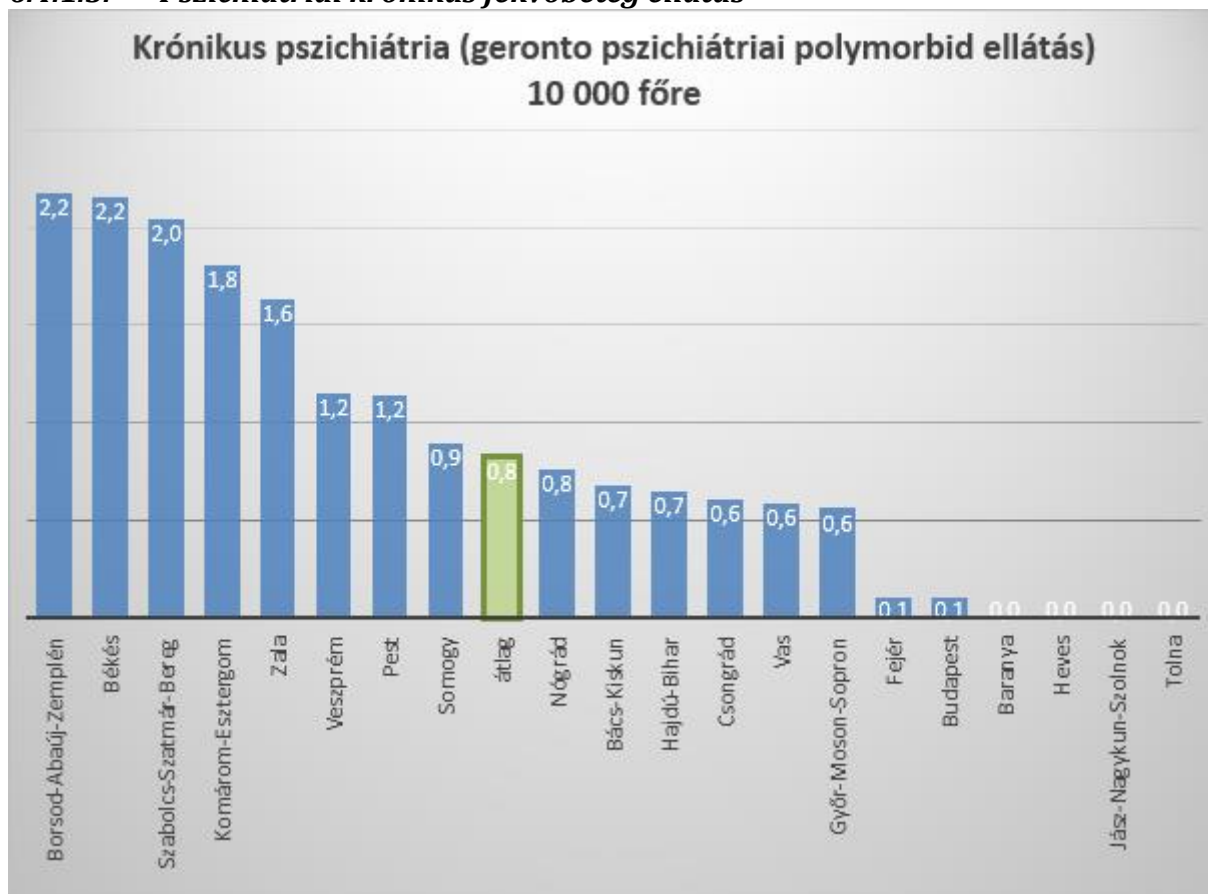
6.4.1.2. Pszichiátriai rehabilitációs fekvőbeteg ellátás



Pszichiátriai rehabilitációs ágyak területi megoszlása 10 000 főre 2017-ben
 átlag = 3,6 ágy/10 000 lakos

A krónikus pszichiátriai osztályokon/részlegesen többnyire gerontopszichiátriai és krónikus szkizofréniában szenvedő betegek vannak, jelentős részük szociális otthoni elhelyezésre vár. A várakozási idő több hónaptól néhány évig terjed. Itt kellene jobban bevonni (érdeklétté tenni) a magánszférát, illetve az egyházi intézményeket.

6.4.1.3. Pszichiátriai krónikus fekvőbeteg ellátás



Krónikus pszichiátriai ágyak területi megoszlása 10 000 főre 2017-ben
átlag = 0,8 ágy/10 000 lakos

6.4.1.4. Nappali kórház

- Az Állami Számvevőszék (ÁSZ, 2012) adatai alapján a nappali kórházak száma 2006 és 2010 között 11-ről 9-re, míg a nappali kórházi formában ellátott pszichiátriai betegek száma a 2006-2010 között 3412-ről 2684-re (21,3%-kal) csökkent, ugyanakkor ugyanolyan területi egyenlőtlenségek tapasztalhatók, mint az aktív és a rehab ágyaknál



6.4.1.5. Speciális osztályok, részlegek

- Krízisintervenció osztály (Péterfy S. Kórház)
- Pszichoterápiás osztályok
- Baba-mama osztály/részleg (BCSLC)
- Biztonsági pszichiátriai osztály (high-security) (Nyíró Gyula OPAI)
- Forenzikus osztály (SE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika)

6.4.1.5.1. Krízisintervenció osztály

Az országban egyetlen olyan intézmény működik, ahol a pszichiátriai ellátó hely egységet képez a toxikológiai, illetve a traumatológiai osztályokkal és ahol lehetőség van az idővesztés nélküli azonnali pszichiátriai/pszichológiai beavatkozásra és ez a Péterfy Kórház, Rendelőintézet és Országos Traumatológiai Intézet.

Pszichiátriai és Krízisintervenció Osztály jelenleg 40 aktív és 20 rehabilitációs ágyon látja el a betegeket. Az ellátás krízisintervenció vonatkozásában az ország egész területére kiterjed, de van még területi ellátási kötelezettsége általános pszichiátriai vonalon.

A Pszichiátriai és Krízisintervenció Osztály létrejöttével lehetőség nyílt arra, hogy az életmentő, detoxikáló, fizikai állapotot stabilizáló beavatkozások után gyakorlatilag szinte azonnal megtörténhessen az első krízisintervenció interjú, amely lelki elsősegély jellegű beavatkozás is egyben. Az öngyilkossági kísérleten átesett betegek pszichés állapota sajátos jellegzetességeket mutat. Az első néhány órában a pszichés intervenció számára különösen fogékonyak. Ez megteremti a hatékony beavatkozás lehetőségét, de hangsúlyozandó, hogy ez a lelkiállapot illékony, 1-2 nap múlva a páciens pszichés állapota már egészen más képet mutathat.

Ezeknek a pszichológiai- pszichiátriai konzíliumoknak a keretében **szuicid rizikóbecslés** történik, illetve döntés arról, hogy milyen további terápiás intervenciókra van szükség. Lehet

hospitalizáció vagy ambuláns terápia, a kezelés ezen az osztályon vagy a területileg illetékes ellátóhelyen folytatódjon.

Hangsúlyozandó, hogy az öngyilkossági kísérleten átesett személyek a befejezett öngyilkosság tekintetében fokozottan veszélyeztetettek, az első szuicid kísérletet követően a rizikó 50-100-szorosra nő. Mindezekre figyelemmel az ellátás folyamatában nagy hangsúlyt kap a gondozás szerepének erősítése, valamint a szakmai együttműködés más pszichiátriai osztályokkal, gondozókkal, háziorvos kollégákkal.

A szakmai profil számos új szolgáltatással bővült az utóbbi években. Az elsődleges rizikófaktorok kezelése (lélektani krízis, depresszió, szorongásos zavarok, személyiségzavarok, pszichoaktív szerfüggőség) mellett pszichológiai készségfejlesztő, a megküzdő készség erősítését célzó terápiák rendszerbe állítása történt, így például működik az osztályon pszichoedukációs csoport, relaxációs csoport, mentalizációs tréning, biblioterápia, Anonim Alkoholista (AA) csoport, kreatív terápia. A kutatások igazolták, hogy a szuicidumra veszélyeztető rizikófaktorok mellett léteznek protektív tényezők is, mint a sportolás, kisállat tartás, csatlakozás valamilyen közösséghez, stb., ezért sportterápia, életmód tanácsadás is működik az osztályon.

A létrehozott csoportterápiás és egyéni kezeléseket **humán erőforrás** és időigénye igen magas. A páciensek kezelése úgynevezett mikroteam-ben történik, ennek a bizalmi csapatnak a tagja a pszichológus, pszichiáter, szakápoló és szociális munkás is. Kiemelt szempont az **egyéni esetmenedzselés**, a szociális intervenció is, ami tovább növeli az 1-1 betegre fordított idő és energia mennyiségét is. Rendszeresen szükség van családi krízisintervenció ülésekre is, amelyek szintén nagyon munkaigényesek. Az osztályról való elbocsájtás (adaptációs szabadság) után még rendszerint még egy ambuláns utókezelés következik melyet a páciens kezelőorvosa és pszichológusa végez.

Probléma

- A területi ellátási kötelezettség rendkívül nagy megterhelést jelent az osztály számára, emiatt nem tudnak elegendő időt és energiát fordítani a szuicid betegekre.

Cél, problémák kezelésére tett javaslatok

- Legalább részlegesen mentesíteni kell a területi ellátás alól ezt az osztályt
- Legyen egy oktató, kutató centrum a szuicidológia területén

6.4.1.5.2. Pszichoterápiás osztályok

A pszichoterápiás osztály/részleg abban különbözik a pszichiátriai osztálytól, hogy az osztály működésében a hangsúly a pszichoterápián van. Az osztály ún. pszichoterápiás rezsimmel működik, a közösségi pszichoterápia áll a kezelés középpontjában. Minden beteg részesül egyéni és/vagy csoport pszichoterápiás kezelésben, egymásra épülő módszerekkel. A gyógyító teamben az orvosok és a pszichológusok is rendelkeznek pszichoterápiás képzettséggel. A tünetek pszichés hátterének feltárása, a tünetredukció pszichés eszközökkel és a személyiség fejlődésének elősegítése az alapvető terápiás cél. A szocioterápiás módszerek kiegészítik a pszichoterápiás kezeléseket, a pszichoterápiás teammunka integrálja ezeket. A felvételi indikációnál a pszichoterápiás alkalmasság és motiváltság is szempont. A pszichiátriai osztálynál magasabb személyzeti létszámot és képzettségeket (ráépített szakvizsgák) igényel.

Probléma, hogy TB alapon nagyon kevés helyen érhető el hatékony pszichoterápia. A magasan képzett humán erőforrást nehéz megtartani az alacsony finanszírozás mellett.

6.4.1.5.3. *Együtt (Baba- Mama- Papa) Program*

A Családbarát Program keretében indult 2004-ben az Országos Gyermekegészségügyi Intézet és a Szent János Kórház Pszichiátriai Osztályának együttműködésében az *"EGYÜTT- A szülés előtti, szülést követő mentális zavarok felismerése és kezelése az anya-gyermek egységben"* program, mely jelenleg a Budai Családközpontú Lelki Egészség Centrum (BCSLC) részeként, a Szülészeti-Nőgyógyászati Osztállyal, és a Gyermek-, Koraszülött és Csecsemőosztállyal együttműködésben valósul meg,

Az országos centrumként működő *Baba-Mama-Papa integrált* kórházi és járóbeteg *program* egyedülálló, a legkorszerűbb kezelési lehetőséget biztosítja **a különböző súlyosságú, mentális problémával küzdő várandós nők, anyák és gyermekeik, valamint az egész család számára.** Ez az ellátási forma, **a közép-kelet európai régióban és a Visegrádi-4-ek országaiban is, jelenleg egyedüli.**

A mentális zavarral küzdő anyák fekvőbeteg ellátása a hazai gyakorlatban szükségszerűen a gyermektől való szeparációt jelenti, nem csak átmenetileg, de hosszabb távon, akár véglegesen is. A program jelentős szemléletváltást hozott az ellátásban, a prevenció, a szűrés és a korai kezelés hangsúlya mellett az anya-gyermek, az anya-gyermek-apa triád, azaz a kapcsolatok és a család egységének kezelése került fókuszba.

A perinatális időszakban előforduló pszichiátriai zavarok népegészségügyi jelentőségét előfordulási gyakoriságuk is mutatja

A program fő céljai:

1. A várandósság ideje alatt fellépő pszichiátriai zavarok kezelése, beleértve a perinatális időszakot, illetve a további követést a gyermek 5 éves koráig.
2. A post partum időszakban kialakuló pszichiátriai zavarok kezelése, a gyermekkel való kontaktus, a gondozás folytonosságának biztosítása, a szülő-gyermek interakciók elősegítése és a szoptatás támogatása.
3. A születendő gyermek családban maradása esélyei magasak, az állami gondoskodásba kerülés esélye alacsony.
4. A gyermeket tervező és vállaló mentális zavarral élő nők, gyermekük és családjuk támogatása, ellátása, követése.

A pszichiátriai zavar kezelése és követése mellett az **interdiszciplináris** egységben a várandósgondozás, a **szülészeti és perinatális, gyermekgyógyászati** ellátás is megvalósul. A gyermek születését követően **az anyától való szeparáció elkerülésére**, a gyermekről való gondoskodás és a szoptatás támogatására törekszünk a lehetőség szerint 24 órás rooming-in rendszerben. Az anya egyénre szabott támogatást kap a gyermek gondozásában és a vele való interakcióiban, és amennyiben a gyermektől való szeparáció átmenetileg nem elkerülhető, a gyermek az őt gondozó családtaggal (másik szülő, nagyszülő) közös elhelyezésére is lehetőség nyílik, így az anya fokozatosan integrálható a családba.

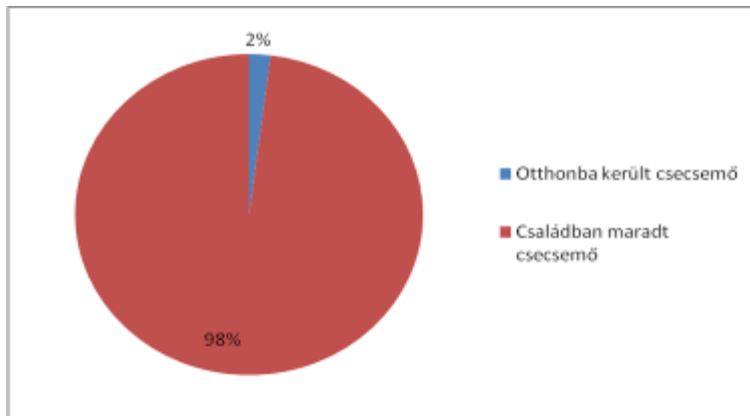
Az együttes kezelés előnye a pszichiátriai zavar kockázatának mérséklése *a szülői szerep, a gondozási funkciók, a szülő-gyermek kapcsolat, a gyermek fejlődése és a család működése szempontjából, valamint az anya betegségének gyorsabb rendeződése, a kórházi tartózkodás időtartamának lerövidülése, az otthoni beilleszkedés zökkenőmentesítése és az anya munkaképességének mielőbb visszatérése.*

Az egyénre szabott kezelés megtervezése a nemzetközi és hazai terápiás irányelvek alapján történik. A team vezetésével kidolgozott első hazai irányelv 2017. március 7-én lépett életbe,

többek között *kutatási irányelv fejezetet is tartalmaz*, amely szintén egyedülálló kezdeményezés.

A program jelenleg saját finanszírozással nem rendelkezik, az elmúlt 14 év során a 24 fős interdiszciplináris team önkéntes alapon jött létre. A program egy önálló Baba-Mama-Papa Egység létrehozásához további fejlesztést igényel. Tekintettel a kiemelt népegészségügyi jelentőségére, csillagos HBCS, valamint az ambuláns szakcentrumokban történő ellátás (BCSLC, OPAI, négy Egyetemi Klinika) emelt finanszírozása is szükséges.

Eddigi eredmények: A Baba-Mama-Papa programban (a Szent János kórház – BCSLC) 2005. január 1.-e és 2018. március 31-e között kezelt, 315 mentális zavarral küzdő anya -csecsemő családban maradt arányát az alábbi diagramm szemlélteti.



6.4.1.5.4. Biztonsági pszichiátriai osztály

Az EFOP-2.2.6-VEKOP-16-2016-00001 „A pszichiátriai ellátórendszer strukturált fejlesztése” című projekt keretében a Nyírő Gyula OPAI-ban történik meg önálló épület létrehozásával a Biztonsági Pszichiátriai Részleg kialakítása, amely magas és közepes biztonsági fokozaton 30 (+2) ágy kapacitáson működik majd. A magas biztonsági fokozatú egység biztosítja a súlyosan ön- és közveszélyes betegek elkülönítését, akik aktív pszichiátriai osztályon nem kezelhetők. A speciális, különösen magas személyes kockázatot is jelentő ellátási formához megfelelő képzettséggel rendelkező szakemberállományra van szükség.

Problémák azonosítása a leendő Biztonsági Pszichiátriai Osztály működtetésével kapcsolatban:

- **Jog:** Számos jogi kérdést kell tisztázni, amelyre egy külön munkacsoport alakult, mert sok megoldásra váró kérdés van még. Ezek egy része olvasható a Jog és pszichiátria fejezetben.
- **Finanszírozás:** Problémát jelent szakmai szempontból, hogy a tüneti kezelések nem sorolhatóak be a jelenlegi finanszírozási rendszerbe. Az emelt biztonsági szintű pszichiátriai osztály betegeinek ellátása során a közvetlen veszélyeztető magatartás elhárítása, az intézet elhagyásának megakadályozása céljából alkalmazott korlátozás, illetve a terápiás szempontú kötelező gyógykezelés az elsődleges feladat, tüneti kezelést a jelenlegi HBCs rendszer viszont nem tud kezelni. (Nincs olyan különbségtétel, hogy agresszív vagy nem agresszív szkizofrén beteg, drogbeteg stb.).

Egy ilyen speciális szervezeti egység működtetéséhez, elsősorban megfelelően képzett és motivált szakemberekre van szükség, amit versenyképes bérrel lehet csak biztosítani. A jelenleg hatályos jogszabályok alapján a tervezett 30 ágyra járó NEAK támogatás a működés becsült költségeinek mindössze 25%-át fedezné, ezért a **jelenlegi „sima” HBCs finanszírozás nem használható ezen ellátás esetében.**

A finanszírozás lehetséges módszerei a következők:

- **Teljes egészében fix díjjal** történő finanszírozás esetén az ellátó Intézet minden hónapban megkapja az előre megállapított díjazást, függetlenül a kezelt betegek számától. Így azonban az Intézmény nem lenne érdekelt az osztály kapacitásainak kihasználásában, nem biztosítható, hogy a befolyt finanszírozás az osztály költségeire kerül felhasználásra.
- **Teljesítmény díjjal (HBCs) történő finanszírozás** is megalapozott, mert akut pszichiátriai eseteket fognak a kialakítandó osztályon kezelni. Ennek kialakítása speciális, un. csillagos HBCs-k szerint, egy új, a Biztonsági pszichiátriai ellátást jelző OENO kód létrehozásával történhet. Ez a HBCs csak akkor kerülne besorolásra, ha a Biztonsági pszichiátriai ellátást igazoló OENO kód is jelentésre kerül. Az OENO kód csak a pszichiátriai Biztonsági pszichiátriai szakmán kerülhetne elfogadásra és minimum 3 napon keresztül kellene jelenteni. Tekintettel arra, hogy sok eset kerülne más intézményektől átvételre, ezért a HBCs rendszer sajátosságai miatt fontos szabályozási kérdés, hogy az ezen eseteknél történő súlyszám megosztási szabály hogyan kerüljön érvényesítésre. A Biztonsági pszichiátriai ellátás az ellátó rendszerben jelenleg nem jelenik meg, ezért a HBCs-kre nem adható javaslat. Ez a módszer továbbá nem kezeli a tüneti kezelések meglétét, valamint a már kimutatott finanszírozási deficithez vezet.
- **A fix díjjal és teljesítmény díjjal** megvalósuló finanszírozás esetén a Biztonsági Pszichiátriai osztály profiljára és működési rendjére (állandó készenléteket kell tartani, az osztály működtetéséhez szervesen hozzátartozó biztonsági személyzet alkalmazása, itt dolgozó személyzet veszélyességi pótléka) indokolt a fentiekben vázolt két fajta finanszírozási metodika vegyes alkalmazása. A fix díj által az állandó költséget jelentő költségek fedezete is folyamatosan rendelkezésre áll a betegforgalmi adatoktól függetlenül. Ebben az esetben az osztály teljesítményei a már meglévő HBCs kódokba kerülnének besorolásra.

Az egészségügyi ellátásban jelenleg alkalmazott finanszírozási módszerek áttekintése után arra a következtetésre jutott az ezt vizsgáló Munkacsoport, hogy a kialakításra kerülő Biztonsági Pszichiátriai osztály a szakterület egyedi sajátosságai miatt a jelenlegitől eltérő módszertan alkalmazását igényli. Ennek egyik lehetséges módja **az angol minta alapján kidolgozott, magyarországi viszonyokra adaptált klaszter rendszernek a finanszírozásba történő bevezethetőségének vizsgálata**, akár a teljes pszichiátriai szakellátás területén.

A **klaszter rendszer** kialakításának ötlete ugyanaz, mint minden más osztályozási rendszeré, hogy a szélsőségesen sok, egyedülállónak tűnő esetet korlátozott számú közös vonásokkal bíró csoportokba rendezzék. Ez lehetővé teszi az összehasonlító elemzéseket, pl. a költségek, a minőség és a hatékonyság összehasonlítását. Egyik legfőbb előnye, hogy keretet biztosít a betegek kezelési költségeinek pontos elemzéséhez, figyelembe véve a megfigyelhető és mérhető betegjellemzőket. Ez a rendszer lehetőséget nyújt a betegek ellátás szintű megfigyelésére, s ennek megfelelő besorolására, így nem csupán esetszintű értékelés biztosítható. A klaszter az egészségügyi ellátás egysége, amelyre a fizetés is történik, és számos formát vehet igénybe a járóbeteg-ellátástól vagy a kórházi tartózkodástól különböző időtartamokig, egy hosszú távú gondozásig tartó folyamatként.

A finanszírozási paraméterek meghatározása, az egyes súlyozási faktorok szerinti differenciált díjtételek kidolgozása a projekt során megvalósítható. Az újonnan létrehozott esetcsoportosítási rendszer kialakításának arra kell irányulnia, hogy a fejlesztés - egyik kiemelt eredeti céljának megfelelően - a pszichiátriai ellátás teljes területén finanszírozási célra is alkalmazásra kerüljön.

Teendő: a finanszírozási és a jogi kérdésekkel foglalkozó munkacsoport javaslatainak elfogadása és rendeletbe (törvénybe) foglalása. Amíg ez nem történik meg, addig nem indulhat el ez a munka.

6.4.1.5.5. Forenzikus pszichiátriai részleg

A KMOP-4.3.2/B-13-2014-0001 „Az OPAI fejlesztése” című projekt keretében a Nyíró Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet és a Semmelweis Egyetem konzorciumában megvalósult projekt keretében került kialakításra a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikán 2015-ben egy 6 ágyas (3+3) forenzikus pszichiátriai részleg.

A részleg biztosítja azon kisebb bűncselekményt elkövetett személyek részletes pszichiátriai/pszichológiai kivizsgálását, viselkedésének megfigyelését és forenzikus pszichiátriai véleményezését akiktől:

- az ambuláns igazságügyi pszichiátriai szakértői vizsgálat alkalmával nem volt egyértelműen eldönthető, hogy van-e pszichiátriai betegségük, és ha igen, akkor az szerepet játszott-e bűncselekményük elkövetésében, illetve
- az eljárás során nem foganatosítottak előzetes letartóztatást.

A speciális, jogi ismereteket is igénylő tevékenységet megfelelő képzettséggel és gyakorlattal rendelkező szakemberek (pszichológusok, pszichiáterek, szakápolók, szakasszisztensek) a bíróságokkal, és hatóságokkal folyamatosan konzultálva végzik.

A részlegre felvételre kerülhetnek:

- büntetőeljárás keretében, jogerős bírósági végzéssel elrendelt elmeállapot-megfigyelésre utalt, szabadlábon védekező, bűncselekmény elkövetésével vádolt személyek,
- gondnoksági perekben, jogerős bírósági végzéssel elrendelt elmeállapot-megfigyelésre utalt, ügyeik viteléhez szükséges belátási képességük vonatkozásában vizsgált személyek,
- gyermekvédelmi eljárás keretében – önkéntes kérelem alapján – azon szülők, akiknek gyermeknevelési alkalmasságát a gyámhatóság mentális vagy pszichés állapotuk okán megkérdőjelezte,
- foglalkozás-egészségügyi indok alapján – önkéntes kérelem szerint – azon személyek, akiknek aktuális munkakörük betöltésére való alkalmasságuk/képességük mentális/pszichés állapotuk miatt megkérdőjeleződött,
- háziorvosi kezdeményezésre - önkéntes kérelem alapján - azon személyek, akiknek pszichiátriai betegségük miatt úrvezetői, vagy hivatásos gépjárművezetői engedély kiadhatóságát illetően kétség merül fel.

A fekvőbeteg-részleghez forenzikus pszichiátriai ambulancia kapcsolódik, amely részben tanácsadási tevékenységet végez a jog és orvoslás határterületén felmerülő kérdésekben, részben a részlegen kivizsgált páciensek további kezelését, gondozását végzi.

A tevékenység szükségességét a nemzetközi adatok szerint a börtönökben lévő pszichiátriai betegek magas száma támasztja alá.

A részleg tevékenységének fő céljai:

- A pszichiátriai betegséget csak védelmi stratégiaként, a büntetés alóli kibúvás lehetőségeként használni kívánó személyek kiszűrése, a szándékos tünetprodukciónak lehetőség szerint bizonyítékokon alapuló meghatározása (EEG, kiváltott válasz - P300 módszer hazai adaptálása).
- Azon pszichiátriai betegek kezelésbe, gondozásba vétele, akiknek bűncselekményük elkövetésében pszichiátriai betegségük oki szerepet tölthetett be. Ehhez megfelelő alapot teremt a részletes, kivizsgálás és fokozott időráfordítás során kialakítható bizalomteli orvos-beteg kapcsolat.

- A gondnoksági perekben az érintett ügyei viteléhez szükséges belátási képességét esetlegesen érintő mentális zavarának célzott vizsgálata, az eljárás kezdeményezésében az egészségügy szerepét illető jogszabályi ellentmondások tisztázása és feloldása. Kapcsolattartás az illetékes bíróságokkal és hatóságokkal.
- A családok együttmaradási esélyének javítása, gyermekek családból történő kiemelésének megelőzése a szülők önismereti, pszichoedukációs programban való részvétele révén.
- A pszichiátriai betegséggel élők esélyegyenlőségének szem előtt tartásával, a munkaalkalmasság fenn,- és munkahely megtartásának támogatása.

Problémák a forenzikus pszichiátriai ellátásban:

- A finanszírozás megoldatlansága: Pszichiátriai betegség hiányát eredményező 30 napos részletes kivizsgálás a jelen HBCS finanszírozás szerint nulla(!!!) bevételt jelent az intézménynek.
- A jogszabályi háttér hiánya:
 - a büntetőeljárásban az elmeállapot megfigyelés foganatosítására kijelölhető intézmény továbbra is a lakóhely szerinti területileg illetékes pszichiátriai osztály, ahol a tevékenység szakmai és sokszor személyi feltételei is hiányoznak. Viszont jogszabályi kijelölés nélkül az a páciens, aki ragaszkodik a lakóhelyéhez közeli osztályhoz, nem kötelezhető a speciális részlegben történő kivizsgálásra.
 - a szabadlábon védekező személyre a büntetőbíróság által elrendelt elmeállapot megfigyelés során az Eü.tv. szabályozása vonatkozik. Ezért személyes szabadságában csak „közvetlen veszélyeztető magatartás esetén korlátozható, ha ez csak azonnali pszichiátriai intézeti gyógykezelésbe vétellel hárítható el”. Vagyis, ha a személy ugyan kezelésre szoruló pszichiátriai beteg, illetve még az is valószínű, hogy kezelésbe vétele esetén az újabb bűncselekmény elkövetésének esélye is csökkenthető lenne, akarata ellenére nem vehető fel, illetve nem tartható a részlegben.
 - Hiányzik a polgári peres eljárásban (gondnoksági perek) a gyakorlatban működő „pszichiátriai osztályos megőrzés az igazságügyi szakértői vizsgálat megtörténteig” jogi szabályozása.
 - Megoldatlan a betegségbelátással nem rendelkező, ugyanakkor közvetlen veszélyeztető magatartást aktuálisan nem mutató, de agresszív bűncselekményt már elkövetett pszichiátriai betegeknek a betegségbelátás kialakulásának esélyét megteremtő, tartósabb kezelésbe vehetősége.
- A hazai forenzikus pszichiátriai ellátásból teljes mértékben hiányoznak a célcsoportra szabott terápiás ellátások: forenzikus pszichiátriai ambuláns ellátás, közösségi forenzikus pszichiátriai ellátás, forenzikus pszichoterápia, készségfejlesztő, edukatív ellátási formák.
- A büntethetőséget korhatára 12 év súlyosabb bűncselekmények esetében. Az ilyen gyermekek pszichiátriai (osztályos) ellátására ma egyáltalán nincs lehetőség.
- Fontos lenne a gyermekpszichiáter / gyermekpszichológus igazságügyi szakértői hálózat kiépítése.
- A gyógyító pszichiáteri tevékenység és az igazságügyi pszichiátriai szakértői tevékenység egymástól való éles elhatárolódása az 1960-as évektől a szakértői intézetek létrehozásával. Ennek következtében a gyógyító pszichiáter nem ismeri a jogi hátteret, a páciens kriminális előtörténetét, és ennek alapján könnyen „megvezethetővé”, empátiás elfogadó attitűdje kihasználhatóvá válik. Ugyanakkor

negatívumként elmondható, hogy a bűncselekményt elkövetett pszichiátriai betegek büntethetőségéről pedig a pszichiátriai betegellátásban évtizedek óta részt nem vevő, főállású pszichiáter szakértők adnak véleményt a büntetőbíróságnak.

Ennek következtében a két terület pszichiátriai egymás szóhasználatát, gondolatmenetét, továbbá a gyógyszerválasztás szakmai és pénzügyi hátterét sem értik meg.

Megvalósítandó célok:

- Szakmai irányelvek kidolgozása (az amerikai, nyugat-európai útmutatók hazai adaptálása)
- Az orvosok, pszichiáterek folyamatos képzése, továbbképzése a jog és az orvoslás határterületi kérdéseit illetően (adatvédelem, betegjogok, gondnokság, támogatott döntéshozatal, korlátozó intézkedések, sürgősségi gyógykezelésbe vétel indokoltságának bírósági felülvizsgálata, orvosi szerepek és a hozzájuk tartozó jogi és szakmai kompetenciák- konziliáriusi szerep, stb.)
- A forenzikus pszichiátria valamennyi területének integrálása, egységes szemlélet és bizonyítékokon alapuló szakmai tevékenység megvalósítása. Párbeszéd és szoros együttműködés kialakítása a forenzikus pszichiátrián belül a szakértői tevékenységet és a kivizsgálást, gyógykezelést végző szakemberek között.
- Gyermekpszichiáter / gyermekpszichológus igazságügyi szakértői hálózat kiépítése. A hazai forenzikus pszichiátriai ellátórendszer kiépítése (fekvő, járó, közösségi) azon magas rizikójú pszichiátriai betegek számára, akik már elkövettek valamely bűncselekményt. Kutatási adatok támasztják alá, hogy a kisebb cselekmények elkövetése az egyik legjelentősebb rizikó a későbbi, súlyosabb cselekmény elkövetésére. Ezen személyek alaposabb követése, folyamatos kontrollja egy későbbi esetleg violens/életellenes bűncselekmény megelőzése érdekében.
Bűncselekményt elkövető 12 éves és idősebb gyermekek pszichiátriai (osztályos) ellátására és kényszergyógykezelésre megfelelő ellátóhely kialakítása.
Jelenleg hazánkban csupán a mentális zavarban szenvedő bűnelkövetők azon szűk csoportjának a bírósági határozat szerinti, forenzikus pszichiátriai kezelése (=kényszergyógykezelése) valósítható meg, akiknél az alábbi 4 feltétel mindegyike teljesül:
 - személy elleni erőszakos vagy közveszélyt okozó büntetendő cselekmény követtek el,
 - és súlyos mentális zavaruk miatt nem büntethetőek, és
 - tartani kell attól, hogy hasonló cselekményt fognak elkövetni, feltéve,
 - hogy büntethetőségük esetén egyévi szabadságvesztésnél súlyosabb büntetést kellene kiszabni.
- Mivel saját, az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézettel közösen végzett vizsgálatunk adatai szerint a nemzetközi adatokkal összehangban a bűnisméltés rizikóját leginkább a komorbid addiktológiai betegség határozza meg, az addiktológiai ellátórendszer fejlesztése, illetve forenzikus-addiktológiai ellátás kialakítása.

6.4.1.6. Problémák a fekvőbeteg ellátásban

- Területi egyenlőtlenség mind az aktív, mind a rehabilitációs ágyak területén.
- Kubaturális körülmények: A pszichiátriai osztályok kubaturális állapota – az elmúlt évek fejlesztése ellenére – még mindig elmarad a XX.-XXI. századi elvárásoktól. A

Közép-Magyarországi Régióban (KMR) a legrosszabbak a körülmények, mert a korábbi fejlesztésből kimaradtak talán az EBP hozhat javulást, de már most látható, hogy nem lesz elegendő forrás a pszichiátriai és addiktológiai osztályok felzárkóztatására.

- Betegösszetétel nagyon heterogén az „általános” pszichiátriai osztályokon. Kortól és diagnózistól függetlenül helyezik el a betegek az osztályon, mivel a demens, a pszichotikus és a nem pszichotikus betegek külön részlegeken történő elhelyezése kubaturálisan általában nem megoldható. Így olyan betegek is elutasítják a pszichiátriai osztályos kezelést, akik egyébként erre szorulnának.
- Az öngyilkos magatartást mutató betegek védelme nem megoldott, mert építészetileg nincs kialakítva olyan kórterem és fürdőszoba, ahol ne tudná felakasztani magát.
- Sürgősségi ellátás: A felvételes pszichiátriai osztályok nem mindig állnak közvetlen kapcsolatban az SBO-kkal, ahol a sürgősséggel beérkezett betegnél az alapvető differenciáldiagnosztikai vizsgálatokat (szükség esetén a képalkotó vizsgálatokat is) elvégezhessek.
- Több pszichiátriai osztályra még mindig rákényszerítik az alkoholintoxikált betegek detoxikálását, pedig ez az SBO feladata – a Sürgősségi Szakmai Kollégium szerint is.
- Az akut felvételeket végző osztályok működéséhez mindennap pszichiáter szakorvosi ügyelet szükséges SBO-s háttérrel, a minimumfeltételeket elérő humán erőforrással. Ez sok helyen nem biztosított. Emiatt az akut felvételeket érdemes lenne centralizálni a diagnosztikailag jól felszerelt és pszichiáter szakorvosi ügyeletet biztosító kórházak irányába, figyelembe véve azt is, hogy a beteg 50-60 km-en belül elérhesse az ellátó helyét.
- Humán erőforrás hiány: A globális szakember hiány eloszlására jellemző, hogy a fővárosban a szakápoló hiány a súlyosabb, míg vidéken a szakorvos hiány. Pszichológus, illetve klinikai szakpszichológus még vidéken is megfelelő létszámban elérhető. Nagyobb létszámban történő alkalmazásuknak finanszírozási akadályai vannak, pedig például a pszichoterápiás profilú osztályokon/részlegeken teljes mértékben helyettesíthet egy szakorvost.
- Társintézmények együttműködése: Gyakran nincs megfelelő kapcsolat, kommunikáció az osztály, a gondozó és a közösségi ellátók között, emiatt a kezelésre, gondozásra szoruló betegek kieshetnek az ellátó rendszerből
- Jogi háttér: A kényszerbeutalásnál, a korlátozó intézkedéseknél számos jogi hiatus van

6.4.1.7. Célkitűzések, problémák kezelésére tett javaslatok

- A területi egyenlőtlenségek felszámolása. Az aktív és a rehabilitációs területi ellátási kötelezettség és a kapacitás összehangolása.
- Minden akut felvételt végző pszichiátriai osztály mellett legyen az SBO (azonos telephelyen). Ha a pszichiátriai intézménynek van külön sürgősségi felvételes részlege, akkor annak a finanszírozása legyen az SBO-kkal megegyező.
- Diagnosztikailag differenciált részlegek legyenek az „általános” pszichiátriai osztályokon
- Az aktív pszichiátriai ágyak száma jelentősen csökkent 2007-ben, a további csökkentés nem indokolt. Ugyanakkor indokolt a területi egyenlőtlenségek csökkentése és a valóban progresszív ellátórendszer kiépítése, a hiányos-hiányzó (szub)specialitások kialakítása, amely centralizációt jelent.
- Speciális profilok legyenek legalább a III. progresszivitású ellátó helyeken országos hatáskörrel – olyan területeken, ahol magasabb képzettség és nagyobb tapasztalat

szükséges (pl. Anorexia-bulímia centrum, pszichoterápiás részleg, obszesszív-kompulzív (OCD) centrum, baba-mama részleg, krízisintervenció, forenzikus osztály, high security osztály stb.). Mindehhez többlet finanszírozás szükséges (pl. csillagos HBCS).

- Minden aktív pszichiátriai osztály szubintenzív részlegében legyen egy vagy két emelt biztonságú kórterem (előírt építészeti feltételekkel), ahol a nagyon violens beteg átmenetileg elhelyezhető.
- Szakdolgozók képzése, és ezen belül bizonyos speciális képzettség szerzésének lehetősége (pl. pszichoterápiás asszisztens)
- Általános cél: Olyan pszichiátriai osztályok kialakítása, amelyek terápiás hatású környezetet jelentenek, biztosítják a magánélet tisztelőben tartását, ide értve a nemi elkülönülés lehetőségét a hálószobák, WC-K, fürdőszobák tekintetében. Olyan személyzet biztosítása, amely egyéni és hatékony kezelés nyújtására képes a méltóság tisztelőben tartásával. Mindez feltételezi a minimum-feltételek módosítását és a finanszírozás átalakítását.

6.4.2. Egyetemi klinikák

A Magyarországon működő egyetemek négy általános orvosi karának pszichiátriai klinikái szerteágazó feladatokat látnak el, mind a mentális zavarok ellátásának területén, mind a kutatásban, mind az oktatásban, beleértve a graduális és posztgraduális képzést. A Budapesten működő Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikája, a Debreceni Egyetem Pszichiátriai Klinikája, beleértve a Kenézy Gyula Egyetemi Kórház Felnőtt Pszichiátriai osztályát, a Pécsi Tudományegyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikája, valamint a Szegedi Tudományegyetem Pszichiátriai Klinikája fontos szereppel bírnak a hazai pszichiátriában, - az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézettel együtt a magyar pszichiátriai ellátás és oktatás zászlóshajóinak és szellemi műhelyeinek tekinthetők. (A klinikák kutatási feladatairól részletesen írunk *A pszichiátriai kutatás-fejlesztés helyzete és szerepe* című fejezetben).

A gyermek és ifjúságpszichiátria egyetemi oktatása nem megoldott. Nincs egyetlen önálló klinika sem, a Pécsi Tudományegyetem Gyermekklinikáján van egy, a klinikához integrált tanszék. Pedig a graduális oktatás és a gyermekpszichiáter szakorvosképzés jól működő klinikák nélkül nem megvalósítható. Debrecenben, Pécsen és Szegeden az EFOP 2.2.7. infrastrukturális fejlesztései lehetővé teszik, hogy megfelelő szakmai (elsősorban humán erőforrás) szint esetén önálló gyermek és ifjúságpszichiátriai klinika jöhessen létre. Mivel az EFOP nem tette lehetővé a Központi Régió fejlesztését, Budapesten a Semmelweis Egyetemen infrastrukturális fejlesztés is feltétlen szükséges lenne működőképes - Gyermekklinikától függetlenített - gyermek- és ifjúságpszichiátriai klinika létrehozásához.

6.4.2.1. Betegellátási feladatkör

A pszichiátriai klinikák 150-200 közötti ágyszámmal működnek, aktív és krónikus ellátást is nyújtva, melyhez nappali kórházi kezelés társul. Csongrád, Baranya és Hajdú-Bihar megyében az egyetemi klinikák a pszichiátriai ellátás döntő részét képviselik, a központi régióban a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikája két telephellyel működik Budán (Kútvölgyi Klinikai Tömb) és Pesten (Külső Klinikai Tömb) és a régió ellátásának 14-16%-áért felel. A magyarországi klinikák nemcsak a pszichiátriai ellátás hazai teljességében jelentenek nagy volument, hanem az egyéb, elsősorban oktatási feladatok miatt a humán erőforrások és tudás koncentrációját is lehetővé teszik. Becslésünk szerint a hazai pszichiátriai klinikákon oktatói és klinikai státuszban több mint 70 pszichiáter szakorvos és 30

szakorvosjelölt dolgozik. A nagyméretű osztályok több részleget alkotnak, ahol betegségcsoportok, profilok alapján történik a páciensek ellátása. Ez a specializáció, a munkatársak továbbképzésében és tudományos működésében is megjelenik, és mindenképpen egy igényesebb szakmai ellátást jelent a kisebb méretű, osztatlan pszichiátriai osztályokhoz képest.

Egy egyetemi klinikák nagyobb mérete miatt megvalósítható az akut és krónikus ellátás, valamint a pszichiátriai gondozás folyamatossága, a pszichoterápiás kezelési formák osztályos és ambuláns keretek között való működtetése. Ehhez tud integrált módon kapcsolódni a közösségi pszichiátriai ellátás, kiemelten a nappali kórházi szolgáltatás. Látható, hogy az egyetemi klinikák adottságai optimális esetben lehetővé teszik a pszichiátriai ellátás integrációját, a betegutak átláthatóvá tételét és folytonosságát, az egyes pszichiátriai esetek menedzselését. Fontos további feladata a klinikáknak, hogy új, innovatív kezelési lehetőségeket vezessenek be elsőként az országban. Erre jó példa a repetitív transzkraniális mágneses stimuláción (rTMS) alapuló kezelés major depresszióban és egyéb pszichiátriai kórképekben, amellyel jelenleg több egyetemi klinikán is próbálkoznak. Az igazságügyi pszichiátriai ellátások és kivizsgálások, bíróság által elrendelt elmemegfigyelések is az egyetemi klinikák feladatköréhez tartoznak.

6.4.2.2. Oktatás

A klinikák legfontosabb feladata az oktatás területén az utánpótlás biztosítása, a korszerű elméleti és gyakorlati ismeretek átadása. Ez nem csak az orvostanhallgatók képzését jelenti, hanem a rezidensképzést, a szakorvosok továbbképzését, továbbá a klinikai pszichológusok graduális és posztgraduális oktatásában, valamint a szakdolgozók képzésében is részt vesznek az egyetemi klinikák.

Az orvosképzésben jelenleg a gyermek- és ifjúságpszichiátria szabadon választható tantárgyként szerepel. Az orvostanhallgatók egy része pszichiátriai beteg gyermeket több egyetemen nem is lát, így kikerülve az alapellátásba nem ismerik fel időben ezeket a betegeket. Önálló tantárgyként való bevezetését javasoljuk 15 elméleti és 15 gyakorlati óraszámban.

Az orvosképzésben egymástól eltér a négy hazai egyetem felnőtt pszichiátria kurrikuluma, de vannak egységes tulajdonságok. A pszichiátria tantárgy oktatása az V. és VI. évben történik, a VI. évben szigorlóévi gyakorlatot teljesít minden orvostanhallgató, tehát tevélegesen részt vesz egy akut pszichiátriai osztály működésében. Általános orvosi szinten elvárható, hogy minden végzett orvos tisztában legyen a legfontosabb pszichiátriai kórképek tüneteivel és felismerje azokat, tudja, hogy melyek azok a sürgősségi pszichiátriai állapotok, melyek akut hospitalizációt tesznek szükségessé és ismerje a legfontosabb pszichiátriai kezelési lehetőségeket, mind gyógyszeres, mind pszichoterápiás szinten. Kiemelten fontos, hogy minden végzett orvos fel tudja mérni a szuicid kockázat szintjét páciensekben. Azok a hallgatók, akik komolyabban kívánnak foglalkozni a területtel, részt vehetnek tudományos diákköri munkában, rektori pályázatot vagy szakdolgozatot írhatnak a klinikákon.

A graduális oktatáshoz tartozik bizonyos egyetemeken a pszichoterápia tantárgy oktatása. Eltérések vannak az egyetemek között, hogy a graduális oktatás blokkosított vagy folyamatos tanrenddel történik. A klinikák részt vesznek az angol és német nyelvű orvosképzésben is, amely nagy terheket ró a klinikai munkatársakra. Fontos, hogy a klinikák az oktatásban és kutatásban együtt tudjanak működni az orvosegyetemek egyéb tanszékeivel, így a magatartástudományi intézetekkel és a neurológiai klinikákkal. Az egyetemi kampuszból, klinikai tömbökből való kiszakítás nem szolgálja ezt a célt. A klinikai pszichológia szakirányon képződő pszichológushallgatók, diplomás ápoló, védőnő és gyógytornászhallgatók szintén részt vesznek pszichiátria gyakorlaton graduális képzésük részeként.

A posztgraduális képzés is több elemből épül fel. A szakképzésben részt vevő fiatal orvosok betegellátási munka mellett vesznek részt elméleti és gyakorlati képzésben a pszichiátriai szakképzési grémiumok irányítása mellett. Egy-egy klinika a teljes régió szakorvosjelöltjeinek képzését koordinálja.

Tekintettel a hatalmas gyermekpszichiáter szakorvos hiányra, javasoljuk a gyermekpszichiátriai rezidens helyek elkülönítését a többi szakmától, és a gyermek háziorvos képzéshez hasonlóan a Dr. Lóránd Blanka ösztöndíj bevezetését, hogy minél több végzős hallgató jelentkezzen gyermekpszichiáternek. A ráépített szakvizsgák közül gyermek és ifjúságaddiktológiai szakképzés gyakorlatilag nincs, és az igazságügyi pszichiátria szakvizsgába bár gyermek és ifjúságpszichiáterek is beléptethetők, (36 hónap letöltése igazságügyi pszichiátriai akkreditált oktatóhelyen – melyek között csak felnőtt osztályok vannak), gyakorlati szempontból nem megoldható. Ezen változtatni kellene.

Pszichiátriára ráépített szakképzésként van lehetőség addiktológiai, forenzikus pszichiátriai, pszichoterápiás, és pszichiátriai rehabilitációs szakképesítést szerezni, ezeket szintén speciális grémiumok koordinálják. A posztgraduális képzéshez tartozik még a szakorvosok folyamatos továbbképzése és a doktori (PhD) képzés, amely az egyetemekhez kapcsolódó doktori iskolákban valósul meg, ez utóbbinak a célja a tudományos munka módszertanának elsajátítása.

6.4.2.3. Problémák, célok és megoldási lehetőségek

Összefoglalva az egyetemi klinikák nagyon fontos részét képezik a hazai pszichiátriai struktúrának, mind betegellátási, mind oktatási, mind kutatási szempontból. Veszélyt jelent, hogy az egyetemek nem értékelik és támogatják megfelelően a saját pszichiátriai klinikáikat vagy éppen a többi orvosi területtől elszakítva, perifériás telephelyekre „számúzik” őket. A hazai pszichiátriai szakma és a klinikák vezetőinek felelőssége, hogy a klinikák fontosságára felhívják a figyelmet és minden eszközzel támogassák őket. A klinikák vezetőinek és munkatársainak feladata, hogy naprakész és használható, elméleti és gyakorlati szempontból is releváns ismereteket adjanak át a graduális és a posztgraduális oktatásban. A pszichiátriai ellátórendszer egészének létfontosságú érdeke, hogy az orvosi, pszichológusi és szakdolgozói képzés és utánpótlás jól működjön.

6.4.3. Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet (Nyíró Gyula OPAI)

2007-ben az OPNI bezárásával nemcsak a pszichiátriai ellátási kapacitások csökkentek, hanem speciális profilok, centrumok (pl. módszertani osztály, elmebelosztály, memória klinika, a neuroradiológia, a patokémiai, a farmakokinetikai, a neuropathológiai, az elektromikroszkópos laboratórium, pszichoterápiás ambulancia, önálló rezidensképzés stb.) szűntek meg, a szakma koordinációjával együtt.

A 2013-ban a Nyíró Gyula kórház és az Országos Pszichiátriai Központ kereteiből kifejlődött Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézetnek (OPAI) – ugyanúgy, mint más országos intézetnek – négy alapvető feladata van: (1) gyógyítási, (2) kutatási, (3) oktatási, (4) módszertani és szervezési feladat. Ezen felül a pszichiátriai betegek ellátásával kapcsolatos jogi kérdésekben is kompetensnek kell lennie, emiatt jogi-forenzikus osztályt is létesítettünk. Az OPAI-nak feladata, hogy állásfoglalásokat fogalmazzon meg a gyakorlatból érkezett jelzések alapján a leggyakoribb jogértelmezési, jogalkalmazási problémákkal kapcsolatosan, illetve megkeresse a megfelelő szerveket, intézményeket (ld. külön a pszichiátriai és jog fejezetet).

6.4.3.1. Betegellátás

Az OPAI-ban hiánypótló és/vagy specializált ambulanciák működnek (pl.; a pszichiátria területén kényszerbetegség (OCD), szexuálmedicina, pszichózis ambulancia, az addiktológia területén methadon ambulancia, viselkedési addikciók ambulanciája stb.). Fekvőbeteg ellátási tevékenységre a komplex ellátás jellemző. Az ellátás magas színvonalára garanciát jelent az intézetben – a pszichiátriai és addiktológiai osztályok mellett – működő aktív és krónikus belosztály, ahol a komorbid pszichiátriai betegek szomatikus betegségeit is ellátják, az alkoholmegvonásos delíriumokat is felvállaló intenzív osztály és a határterületi eseteket átvállaló neurológiai osztály. Így megvalósulhat a holisztikus szemlélet, és esély van a pszichiátriai betegek korai halálozásának csökkenésére. A szomatikus osztályok nélkülözhetetlenek, hiányuk esetén legfeljebb egy magas színvonalú szakkórház lehetnének. A területi ellátási kötelezettség mellett speciális profilként megemlíthető a pszichoterápiás részleg, az OCD részleg, a felépülés-központú szenvedélybeteg-ellátás (alkohol- és szerencsejáték függők számára, az ún. Minnesota modell), és a közeljövőben épülő Biztonsági Pszichiátriai osztály a violens, agresszív pszichotikus betegek ellátására.

6.4.3.2. Oktatási tevékenység

Az OPAI felkérésére részt vesz a graduális képzésben, és aktívan részt vesz a posztgraduális képzésben. Nagyon sikeresek a félévente megrendezett tematikus Országos Rezidens Napok, és az intézeten belüli rezidensképzés, de az OPNI-hoz hasonlóan ennél több szerepet is vállalna a posztgraduális képzésben és szakvizsgáztatásban. A fiatal szakorvosok megtartásának is egy fontos bázisa lehet az OPAI.

6.4.3.3. Kutatás

A kutatási részről külön fejezetben írunk, de itt említjük meg, hogy a Nyíró OPAI-ban két nemzetközi színvonalú kutató laboratórium működik. A Neuropszichológiai Laboratórium Kéri Szabolcs professzor vezetésével, az Öngyilkosság Megelőző és Kutató Laboratórium Rihmer Zoltán professzor vezetésével. Mindketten az MTA és az Európai Tudományos Akadémia tagjai.

6.4.3.4. Szervezés- módszertan- koordináció

A szervezési és módszertani osztálynak a fő feladata az adatgyűjtés és adatfeldolgozás (Erről külön részben írunk). Ezenkívül információszolgáltatás a szakmai kollégiumnak, a KSH-nak, részvétel a szakmai kódrendszerek karbantartásában és a pszichiátriát érintő finanszírozási szabályok változtatásában.

Az OPAI koordináló feladata közé tartozik egyrészt a pszichiátriai ellátórendszer válságos pontjain a segítségnyújtás, másrészt az új, hatékony megoldások terjesztése. Az OPAI-nak szakmai integráló szerepet kell betöltenie nemcsak a szakmán belüli különböző ellátási szintekre vonatkozóan (a közösségi pszichiátriától a kórházi ellátásig), hanem a pszichiátriai betegeket ellátó szociális intézményekkel, intézményrendszerrel is együtt kell működni, az egészségügyi és a szociális szféra kapcsolatát kell optimalizálni.

6.4.3.5. Problémák, célok, megvalósíthatóság

- Az OPAI épületeinek állapota: Kubaturálisan rendkívül rossz állapotú addiktológiai osztály mellett az 1980-as évek elején épült szomatikus osztályokat magába foglaló főépület, valamint a 20 éves Pszichiátriai épület is felújításra szorul. Az EFOP programból allokáltak pénzt, de ebből alig jut több mint egy tisztasági festés és klimatizáció. Ugyanebben a projektben még marad pénz a biztonsági pszichiátriára, de

kérdés, hogy mi a fontosabb: egy magas színvonalon, jelenleg is működő addiktológiai osztály katasztrofális kubaturális állapotának megszüntetése vagy egy új intézményi forma bevezetése, amelynek jelenleg még sem a finanszírozási, sem a jogi feltételei nem valósultak meg. Javaslat: Mindkét hely fontos, ezért az áremelkedést kompenzáló plusz források bevonása szükséges.

- A szervezési-módszertani osztály nélkülözhetetlen a nemzeti program céljainak megvalósításához. Ennek elindításához és fenntartásához szükséges személyi és tárgyi feltételeket külön fejezetben tárgyaljuk.
- Az OPAI – az OPNI-hoz hasonlóan – szívesen bekapcsolódna a szakorvosképzésbe (évfolyamonként önálló osztály – egyeztetett tematika, vizsgáztatás stb.).
- Közös kutatási programok támogatása.

6.5. Addiktológiai betegek ellátása

A függőségek mértéke Magyarországon eléri a népbetegség szintjét. A program feltárja az aktuális problémákat az ellátórendszer szintjén és konkrét cselekvési javaslatokat fogalmaz meg. A Program a **felépülés-központú megközelítést** tekinti alapelvnek az ellátások szintjén.

6.5.1. Általános célok

- A szenvedélybetegségek ellátásában a felépülés-központú megközelítést tekintjük alapelvnek. A függőség az egyén bio-pszicho-szocio-spirituális (későbbiekben: BPSS) működéseinek kríziseként értelmezhető, ezért az egészségügyi ellátás önmagában nem képes megbirkózni a feladattal, a közösségi és a spirituális támogatás elengedhetetlen a magasszintű ellátásnak.
- Korai kezelésbe vétel
- Az ellátáshoz való hozzáférés javítása strukturális fejlesztések, ill. pszichoedukáció segítségével.
- A közösségi erőforrások jelentőségének hangsúlyozása: pl.: a 12 lépéses önsegítő csoportok részvétele egy nemzeti ellátási protokollban javítja a kezelésbe kerülés kezdeti nehézségeit és támogatja a kliens saját erőforrásainak aktiválását.¹
- A különböző szakterületeken működő szolgáltatások egymásra építése,
 - a szolgáltatások szakmai tartalmának és területi lefedettségének összehangolása,
 - az intézményi határokon átívelő, átlátható betegutak kialakítása,
 - a kliensek úttévesztésének megelőzése, kezelésben tartása és követése.
- Destigmatizáció: A függők stigmatizáltsága a magyar társadalmon belül erősebb, mint a büntetett előéletűeké, a melegeké vagy a romáké (Paksi, 2007), ezért a

¹ Az Anonim Alkoholisták közössége hazánkban 25 éve hetente, országszerte, leginkább kliensközvetben fogadja a leszokni vágyókat, vagy családtagjaikat egy olyan nemzetközi szervezet részeként, amelynek szakmai teljesítményét világszerte fontosnak tartják a függőség kezelésében. Ennek ellenére Magyarországon az addiktológiai képzések, ellátásról szóló tájékoztatások csak „párhuzamos ellátásként” tartják számon, a szakmai diskurzusból rendszerint hiányzik ennek az ellátási formának a támogatása ugyanúgy, mint a függőséget, mint a kliens általános krízisét bemutató megközelítés. A jelen stratégia egyik fő célja a szemléleti változás elérése ezen a területen.

kezelésbe kerülés legfontosabb akadálya a felépüléssel kapcsolatos információk hiánya.

A program megvalósulásával hatékonyabb, a kor szakmai kihívásainak megfelelő ellátórendszer kerül kialakításra, amely lehetővé teszi, hogy a kliensek lakhelytől függetlenül azonos színvonalú ellátásban részesüljenek.

A függőségi állapotok egyensúlyban tartásával a szociális reintegráció, az oktatásba és/vagy munkába való belépés/visszatérés esélye jelentősen megnő, és ennek gazdasági hatása is jelentős.

6.5.2. Kábítószeres

6.5.2.1. Problémák

- Az **új szintetikus szerek** megjelenésével az ár jelentősen lecsökkent, ezért a kábítószeres sokkal szélesebb kör számára elérhetőek. Ezzel összefügg, hogy az új szerek használói között egyre nagyobb a serdülők aránya, akiknek a kezelésére nincs felkészülve a gyermek- és ifjúság pszichiátriai ellátás. Ez legjobban a fővárosban érzékelhető, ezért ennek megoldása itt a legsürgetőbb.
- A kezelésbe kerülő szerhasználók kb. kétharmada a büntető eljárás elkerülése érdekében (elterelés keretében) kezdi meg a kezelést. Az elterelés keretében magasabb a férfiak aránya.
- Az eltereltek több mint kétharmada (69%) marihuána vagy hasis fogyasztásból eredő probléma miatt részesül kezelésben. Az amfetamin, opiátok és kokain, illetve az egyéb szerek (pl. dizájner drogok) miatt kezelést kezdeményezők között több az önként vállalkók aránya.
- Kevés a szakember (orvos, szakdolgozó)
- A fekvő- és járóbeteg ellátás az egészségügyi és szociális területen egyaránt működik, de az együttműködést minden szinten javítani kell.
- Kevés a kifejezetten egy-egy típusú szerhasználat kezelését célzó ellátási modell.
- Hosszú időtartamú drogrehabilitációs intézeti ellátásban kb. 700 fő részesül évente.
- Az ún. szubsztitúciós kezelés speciális terápiát jelent az opiátfüggők esetében. Azoknál a betegeknél alkalmazzák ezt a helyettesítő terápiát, akiknél – legalábbis aktuálisan – nem érhető el a teljes absztinencia. Az opiát használat az utóbbi években hazánkban jelentősen visszaszorult. 2015-ben a szubsztitúciós kezelésben részesülők száma 669 volt (Franciaországban kb. 160e fő!). A szubsztituáltak kb. ¾-e metadon, a többiek buprenorphin/naloxon kezelésben részesült. A kliensek 95%-ánál ez fenntartó terápiát, míg a maradék 5%-nál detoxifikációs kezelést jelentett. 2015-ben 8 centrumban végeztek szubsztitúciós kezelést – a beküldött jelentések szerint.
- Nem megfelelő az egészségügyi szolgáltatók kapcsolata az önszegítő csoportokkal: A Névtelen Drogfüggők – Narcotics Anonymous (NA) – 12 lépéses önszegítő közösségének gyűlései 15 magyarországi városban rendszeresen elérhetőek, ezek hatékonyan képesek támogatni a józanságot.

6.5.2.2. Célok, problémák kezelésére tett javaslatok

- Minél hamarabb létrehozni a fővárosban egy Ifjúsági Addiktológiai osztályt, ahol komplex ellátást nyújthatnak (akut fekvő, rehabilitációs fekvőosztály és gondozást biztosító ambulanciát). Vannak tervek a megvalósításra a XIII. kerületben.
- Humán erőforrás képzés és a jelenleg itt dolgozók megtartása

- Ifjúsági drogambulanciák létrehozása, szigorúan elkülönítve a felnőtt drogambulanciáktól.
- Kubaturális körülmények javítása

6.5.3. Gyógyszerfüggőség

Magyarországon a benzodiazepinek (BZD) széles terápiás felhasználásuk miatt a leggyakrabban alkalmazott központi idegrendszeri gyógyszerek között szerepelnek (Ágoston, 2009). A szorongásos és depresszív zavarok, valamint inszomnia kezelése során alkalmazott gyógyszerek elterjedtsége önmagában is indokolja a fogyasztásuk mögött álló sajátosságok feltárását, külön jelentőséget ad az addiktív potenciáljuk és az a tény, hogy Európa-szerte elterjedt a szakmai ajánlásokban szereplő gyógyszerfogyasztási időtartam túllépése.

A kurrens külföldi kutatások eredményei szerint a benzodiazepin-fogyasztás prevalenciája magasabb a nők körében, növekszik az életkorral, és a munkanélküliek nagyobb érintettségét mutatja. A benzodiazepin-fogyasztók jellemzően alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkeznek, több vényköteles gyógyszert szednek, alacsonyabbra értékelik saját egészségi állapotukat és több alvási nehézségről számolnak be.

A hazai felnőtt lakosság nyugtató- és altatófogyasztásról a legpontosabb képet az Országos Lakossági Alkohol és Drogepidemiológiai Vizsgálat (ADE) adja. A 2001-es reprezentatív kutatás a 18-65 éves felnőtt népesség alkohol- és drogfogyasztását térképezte fel, beleértve az orvosi rendelvényre, illetve anélkül történő nyugtató- és altatóhasználatot. Az életprevalencia-adatok azt mutatják, hogy a férfiak közel negyede (22,7 százalék), a nők 41,9 százaléka fogyasztott élete folyamán altatót vagy nyugtatót receptre vagy anélkül. Összességében a 18-64 év közötti felnőtt lakosság egyharmada, 32,5 százaléka használt élete folyamán altatót vagy nyugtatót, 5 százalékkal meghaladva az európai átlagot (27 százalék)². A magyarországi eredmények nemcsak élet-, hanem éves és havi prevalencia esetében is meghaladták a vizsgált európai országok átlagait. A két leggyakrabban felírt nyugtatócsoport, az alprazolam- és a klonazepam-készítmények receptre történő fogyasztása az életkorral növekszik, és 65 év felett a trend tovább folytatódik.

Hazánkban eddig nem került sor a hazai benzodiazepin-használók attitűdjeinek felmérésére saját fogyasztásukkal kapcsolatban. A felnőtt lakosság visszaélészerű gyógyszerhasználattal kapcsolatos általános attitűdjeiről mindenestre képet kaphatunk Paksi és Elekes kutatásaiból. Alapvetően jellemző a magyar társadalomra, hogy kevésbé differenciál a különféle, legális vagy illegális pszichoaktív szerek között veszélyességüket illetően. A nyugtatók orvosi rendelvény nélküli használatának veszélyességét a tiltott szerekhez képest a lakosság mintegy 10 százaléka kevésbé érzékeli, és a nyugtatók orvosi javaslat nélküli kipróbálását a többi droghoz képest kevesebben helytelenítik. Fókuszcsoportos beszélgetés folyamán olyan elképzelések kerültek szóba a nyugtatókról, miszerint „inkább nők használják”, „függőséget okoz”, „tompítja az idegrendszert”, és „alkohollal lehet fokozni a hatását”.

6.5.3.1. Probléma

- A házi orvosok szerepe a gyógyszerfogyasztásban, így a benzodiazepin-használatban is kritikus. A gyógyszer elérhetőségének biztosításán túlmenően referenciaszemélyként normát közvetítenek, tudást adnak át, és ezáltal befolyásolják azt, ahogy a betegek konceptualizálják a benzodiazepin-fogyasztásukat, illetve a gyógyszer szedését indikáló problémáikat.

² Öt ország - Franciaország, Finnország, Egyesült Királyság, Németország és Svédország - esetében álltak rendelkezésre összehasonlítható adatok (Paksi, 2003).

- A benzodiazepin-abúzus és –dependencia háttérében leggyakrabban selfmedikációs törekvések állnak, melyekhez az érintettek egyéb megküzdési módok hiányában folyamodnak.

6.5.3.2. Célok, megoldási javaslat

- Házi orvosok informálása a BZD-ek korrekt alkalmazásával és az alternatívaként ajánlható pszichoterápiás lehetőségekkel kapcsolatban.
- Szorongásoldással kapcsolatos egyéb módszerek (pl. autogén tréning) hozzáférhetővé tétele a medikális módszerek mellett/helyett (pl. csoportpraxisokban vagy a LEK-ekben foglalkoztatott képzett pszichológusok által).

6.5.4. Viselkedési addikciók

6.5.4.1. Probléma

- A viselkedési függőségek kezelésére nagyon kevés hely szakosodott. A Nyíró Gyula OPAI az egyetlen ellátó, ahol kifejezetten foglalkoznak szerencsejáték függőkkel speciális terápiás programmal (Minnesota modell).
- Kevés a viselkedés addikciókra kiképzett szakember

6.5.4.2. Cél

- a viselkedési addikció kiemelt szerepet kapjon a pszichiátriai és az addiktológiai képzésben (az orvosokon kívül a klinikai szakpszichológusok, a pszichoterapeuták, az addiktológus konzulensek, a szociális munkások képzésében).

6.5.5. Addiktológiai szakellátás finanszírozása

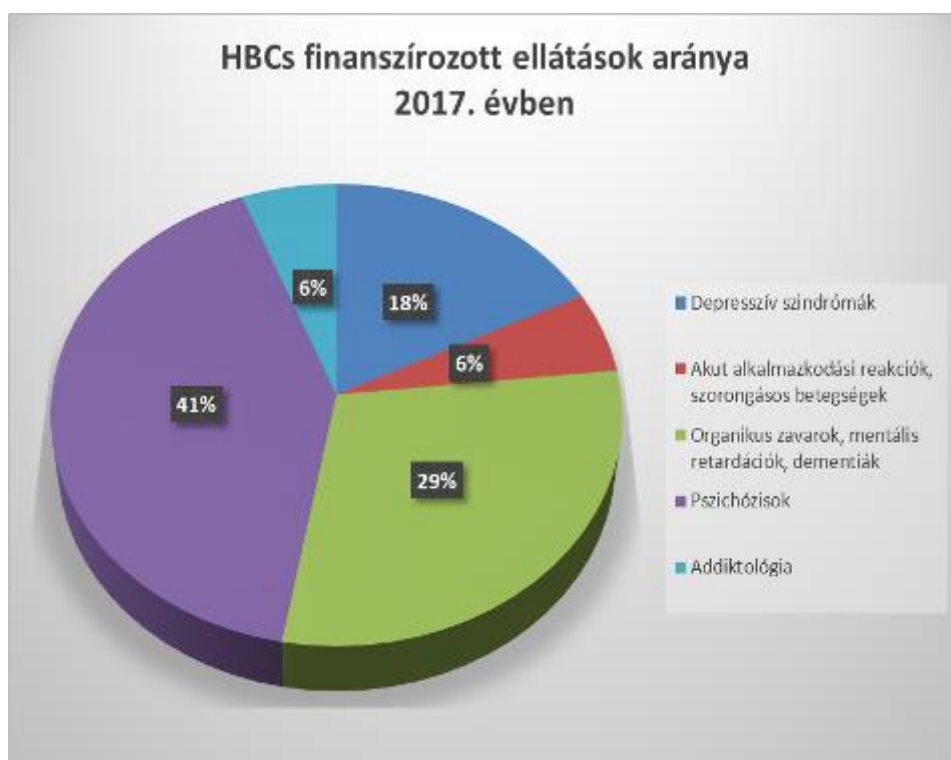
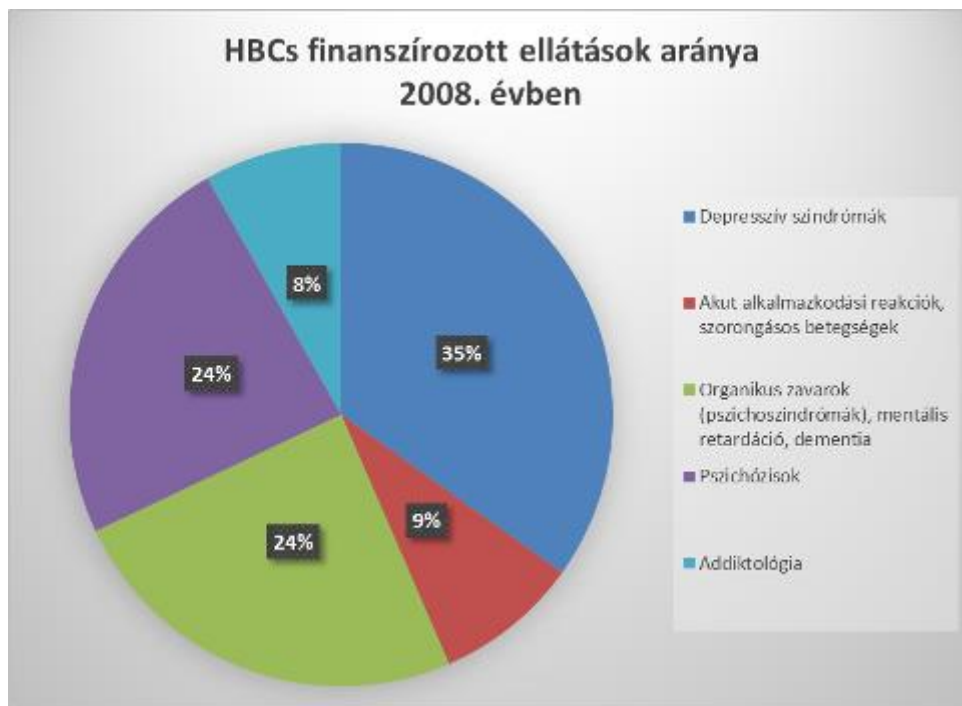
A finanszírozási rendszer az addiktológiai szakellátás területén nem különbözik elveiben a többi szakellátás finanszírozásától: A járóbeteg szakellátás finanszírozása németpontok alapján történik (ambulanciák, szakrendelések).

Az addiktológiai gondozókat az ún. HGK-k alapján finanszírozzák.

A fekvőbeteg ellátásban HBCS finanszírozás történik az aktív ellátás tekintetében, ill. krónikus napidíjat kapnak a szolgáltatók a rehabilitációs ellátásban.

6.5.5.1. Problémák

- a függőségekkel kapcsolatos HBCS-k súlyszáma általában alacsonyabb a pszichiátriai HBCS-knél. Ennek az egyik következménye, hogy az addiktológiákon inkább pszichiátriai HBCS-eket jelentenek (kihasználva a gyakori komorbiditást), ami hamis statisztikákhoz vezet. Az addiktológiai aktív ellátás költségei nem alacsonyabbak a pszichiátriai ellátásnál, így az addiktológiai HBCS-k korrekciójára lenne szükség (súlyszámérték emelés). A lenti ábrákon jól látható a HBCS profilváltozás. 2017-ben jóval kevesebb az addiktológiai HBCS-k aránya, pedig vélhetően nem kevesebb az ellátott beteg. Az addiktológiai betegek között nagyon sok a kettős diagnózisú páciens és bár lehet, hogy aktuálisan az addiktológiai tünetei miatt kezelik, mégis magasabban finanszírozott pszichiátriai HBCS kerül lejelentésre.



- Az addiktológiai betegeknél alapvető a rehabilitáció, a társadalomba történő reintegráció, amire a kliensek jelentős hányadánál szükség van. A magas színvonalú addiktológiai rehabilitációs ellátás nagyszámú, magasan képzett humánerőforrást igényel, legalább olyan mértékben, mint a pszichotikus betegeknél. Ennek ellenére az addiktológiai osztályon végzett rehabilitációs ellátás finanszírozása elmarad a pszichiátriai osztályokétól (20-50%-kal!). Az addiktológiai rehabilitációs ellátásban nincs kiemelt rehabilitációs szorzó. Ez a terület egyértelműen alulfinanszírozott.

Ennek következménye lehet, hogy az intézményvezetők inkább a jobban finanszírozott pszichiátriai rehabilitációs ellátásaikat fejlesztik a magasabb finanszírozási szorzóval, mint az alulfinanszírozott addiktológiai rehabilitációt. Ez hosszútávon a szakma elsorvasztásához vezet, ami szakmai oldalról, ill. a betegellátási szükségleteket figyelembevéve nem engedhető meg. Sürgős beavatkozás indokolt.

- Az addiktológiai rehabilitációban a pszichoterápiás kezelésekre nagy szükség van, ugyanakkor a pszichoterápia szintén alulfinanszírozott és rendkívül időigényes, így a szolgáltatók nem érdekeltek ennek az ellátásnak a biztosításában.
- Egyéb megjegyzések: Jelenleg Magyarországon elsősorban projekt-finanszírozás formájában számos egymásra nem reflektáló kezdeményezés/program létezik, melyek inkább versengenek egymással, mint kooperálnának. Az EU-s projektek szinkronizálására van szükség. A működés folyamatos finanszírozása nem történhet pályázati forrásokból, ezt jól mutatják az elmúlt évek tapasztalatai: semmi sem marad életben, ha azt nem támogatják a költségvetési források. Csak akkor reménykedhetünk eredményekben, ha a szükséges fejlesztések fenntarthatóságát is biztosítjuk, méghozzá reálisan tervezett költségvetési források révén. A forrás mindig szűkös, ezért csak azt fejlesszük országos szinten, ami eredményes, de annak a fenntarthatóságát is biztosítsuk.

6.5.6. Informatika

6.5.6.1. Szubsztitúciós felület

Az opiátfüggőség kezelésének egyik módja az ún. (helyettesítő) szubsztitúciós terápia. 2015-ös adatok szerint a szubsztituáltak száma kicsit kevesebb, mint 700 fő.

Probléma

- A szubsztitúciós ellátást nyújtó centrumok – információ hiányában – nem tudják, hogy a programba jelentkező kliens valamelyik centrumban részesül-e már szubsztitúciós kezelésben. Az EESZT-ben a függő kliensek sok esetben letiltatják egészségügyi előzményeiket, így a korábbi ellátásokra nincs lehetősége a centrumoknak rálátni, és ez visszaélésekre ad lehetőséget (két helyre jár és duplán igényli a szert).

Cél, problémák kezelésére tett javaslatok

- Szubsztitúciós felület: Egy olyan felület létrehozása, ahol a szubsztituáltak nyilvántartásban vannak, és megfelelő jogosultság mellett a kezelőorvos leellenőrizhetné, hogy a kliens részesül-e aktuálisan szubsztitúciós kezelésben. Erre egy olyan rendszer lenne alkalmas, ahol nem manuálisan kellene az adatokat rögzíteni, hanem automatikusan bekerülne a medikai rendszerből. Erre alkalmas felület lehet az EESZT ilyen jellegű célokra kialakított (pl. regiszterek) modulja a szakma szerint.

6.5.7. Az addiktológiai ellátórendszer felépítése

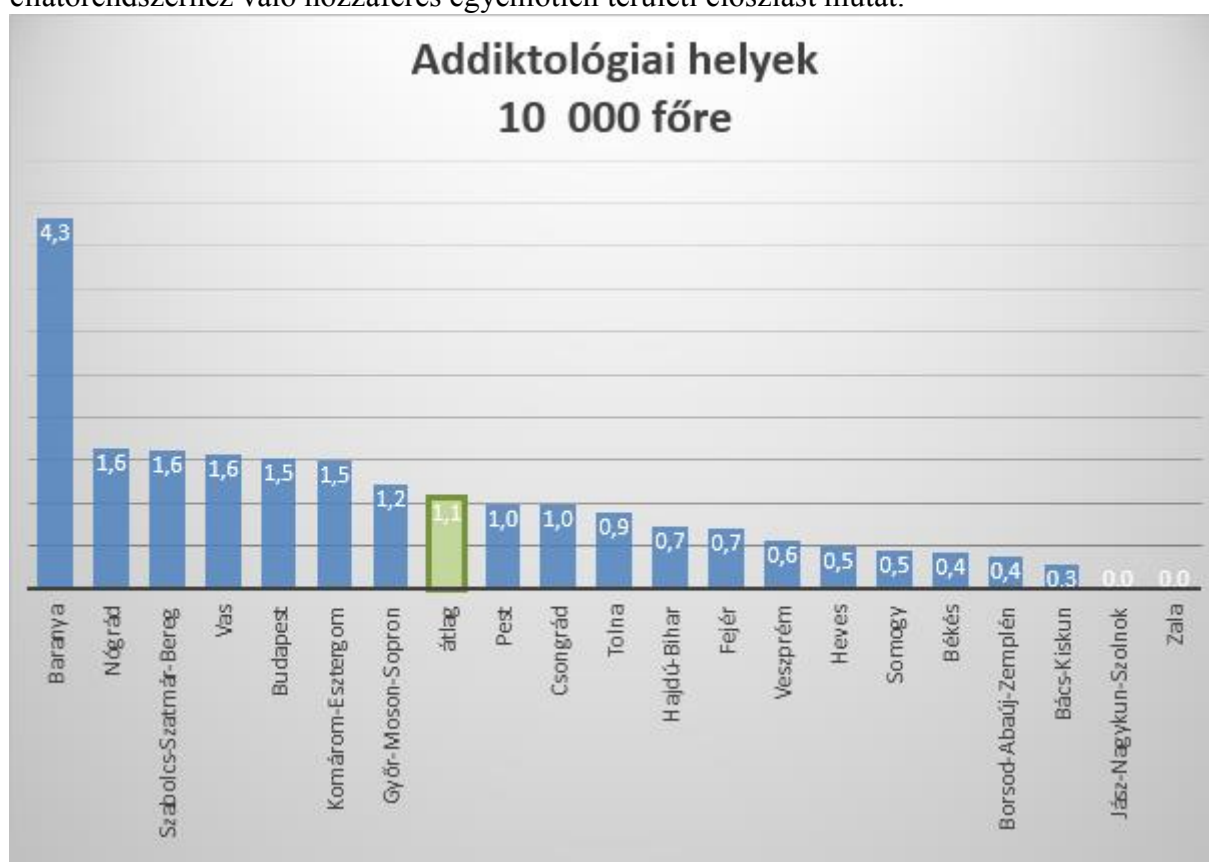
Feladata a kliensek korai kezelésbe vonása, ellátása, gondozása, rehabilitációja alapvetően a felépülésközpontú szemléletnek megfelelően. Ha az absztinencia nem elérhető, akkor a gondozás, kezelés során az ellátórendszer feladata a minél magasabb társadalmi funkcionalitás elérése.

Az addiktológiai ellátórendszer felépítése vegyes szerkezetű: addiktológiai kapacitásokat működtet a szociális, ill. az egészségügyi szektor is, és vannak vegyes működésű intézmények is. Emellett fontosak az önsegítő közösségek (AA, NA, GA stb.), mint a józanság

biztosításának helyettesíthetetlen intézményei, valamint a jelentős szerepet magukra vállaló egyházak, civil szervezetek.

- Az egészségügyi ellátórendszer elemei:
 - alapellátás: házi orvosok
 - addiktológiai ambulanciák, szakrendelések
 - addiktológiai gondozók (drogbeteg gondozók, TÁMASZ)
 - addiktológiai aktív fekvőbeteg osztályok
 - addiktológiai rehabilitációs osztályok
 - rehabilitációs intézetek
 - Pszichiátriai klinikák Addiktológiai osztályai
 - Országos intézet (OPAI)

Addiktológiai betegeket nem csak az addiktológiai ellátórendszer, hanem a pszichiátriai ellátórendszer is felvállalja, sok esetben kényszerűségből, hiszen az addiktológiai ellátórendszerhez való hozzáférés egyenlőtlen területi eloszlást mutat.



1. ábra: Addiktológiai ágyak területi megoszlása 2017. (forrás: NEAK)

6.5.7.1. Problémák – Az addiktológiai ellátórendszer hiányosságai

- egyenlőtlen hozzáférés, területi egyenlőtlenség
- változó szakmai színvonal, a multidiszciplináris szemlélet hiánya
- viselkedési függőségek kezelésére kevés felkészült szakmai team
- kettős diagnózisú betegek ellátására kevés helyen áll felkészült team
- speciális ellátási igényű betegcsoportok ellátása csak részlegesen megoldott: pl. a várandós függők gondozása vagy a szubsztitúciós kezelés, amely egyrészt kevés

szolgáltatónál elérhető, másrészt eltérő gyakorlatok szerint működnek (pl. metadon folyadék vs. tabletták kérdése)

- Összehangolt működés hiánya: a szociális és az egészségügyi szektor egymás mellett, illetve egymással esetlegesen együttműködve végzi a munkáját (ellátás szervezési szempontból különös átgondoltságot, odafigyelést igényel!). Elégtelen kapcsolat a fekvőbeteg ellátással, közösségi ellátással, háziorvossal. az önszorgító közösségek felépülésben betöltött jelentőségének negligálása, a rendszerszintű együttműködés hiánya
- HR hiány: a diplomások és a szakdolgozók körében egyaránt
- mivel alulfinanszírozott ellátásról van szó, az intézményvezetők humán erőforráson próbálnak spórolni, ami túlterheltséghez vezet, ill. a szakmaiság (eredményesség) sérül
- Elmaradás kubaturálisan is: az utóbbi években állami és uniós forrásokból nagy beruházások zajlottak. A kubaturális fejlesztésekkel a kórházak közel fél ágyszámát felújították, a komfortfokozatokat javították. Nem ritkán az addiktológia/pszichiátria volt a vesztese (illetve legkevésbé nyertese) ezeknek a beruházásoknak, sok esetben ezek a részlegek maradtak a régi telephelyeken minimális felújítással. A szükséges kubaturális fejlesztések itt elmaradtak. Az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet száz éve épült Addiktológiai osztálya a felújítási keretből szinte alig látható előrelépést tud felmutatni.

Az addiktológiai ellátás szintjei

6.5.7.2. Alapellátás, háziorvosi hálózat

- feladata az egészséges életmódra nevelés (a nevelési-oktatási intézményekkel együttműködve – elsődleges prevenció), hangsúlyozza, hogy a felépülés elsősorban életmódváltás, kevésbé spontán gyógyulás (pszichoedukáció)
- hozzájárul a függőség destigmatizálásához és a képviseli a rendszerszemléletet, amelynek értelmében függőség esetén az egész család, valamint a tágabb közösség is érintett és segítségre szorul.
- folyamatosan monitorozza az egyéni kockázatokat (másodlagos prevenció),
- szűrje a veszélyeztetett populációt önkitalent teszttekkel (pl. AUDIT, CAGE, - és egyéb WHO által validált függőségek felmérését szolgáló gyors szűrőtesztet, melyek a betegek edukációjára is alkalmasak),
- szükség esetén küldje szakellátásra a motivált klienseket,
- Segítse a kompenzált beteg visszailleszkedését a korábbi életvitelébe (munkahely, család) (reintegráció).

Problémák az alapellátásban

- A háziorvosok a függőséget leggyakrabban kizárólag egészségügyi problémaként azonosítják, kilátástalannak látják az addikt betegekkel való állandó „játszmázást”
- Gyakori az addiktológiai körképekkel kapcsolatos előítélet és a komplex szemlélet hiánya.
- Az önszorgító közösségekkel való kapcsolattartás hiányzik, az AA-gyűlések látogatásának jelentőségét nem ismerik
- Éves betegvizsgálatok többször elmaradnak, nincsenek kellő ismeretei a betegek szerhasználatáról, a függőség nem derül ki
- Addiktív szerek felírásával próbálják „gyógyítani” a függőségeket, ezzel többnyire szervtámadást vagy poliaddikciót érnek el.

6.5.7.3. Addiktológiai gondozók, gondozói hálózat

- feladata a függőségben szenvedő gondozása, amelynek során a szakorvos által vezetett munkacsoport meghatározott területen élő betegek folyamatos monitorozását és gyógyítását végzi, segíti a rehabilitációjukat, reintegrációjukat a betegség teljes folyamatában.
- előgondozást végez a rehabilitációs osztályos kezelést megelőzően
- enyhébb megvonási tünetek kezelése
- szubsztitúciós kezelést ad (ahol ez elérhető), ill. megpróbálja a fenntartó kezelés leépítését motivált klienseknél
- kettős diagnózisú betegek ellátása
- A gondozás nemcsak a gondozó intézetben, hanem a beteg családi és lakóköznyezetében is történhet
- A gondozási feladatot team munkában kell végezni a szakterületének különböző szintjein, az ellátandó feladat függvényében.
- A gondozást végző munkacsoport tagjai szakorvosok, klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológusok, addiktológus konzultánsok, szociális munkások
- A gondozók egy gondozói szakellátás kapcsán egy HGK-t jelenthetnek elszámolásra. A HGK magába foglalja az orvosi vizsgálatot, az orvosi kontroll vizsgálatot, a gondozási stratégia felállítását, a gondozói szakellátás jogszabályoknak megfelelő dokumentálását, valamint a további gondozási szakellátás lépéseit.
- Kapcsolatot tart fenn a háziorvosi szolgálattal, területi osztállyal (pszichiátria, addiktológia), közösségi ellátókkal
- Szakvélemények adása hatóságok (gyámhatóság, bíróság, rendőrség, rehabilitációs hatóság) felkérésére.
- Veszélyeztető magatartású beteg esetében a kezelésre kötelezési eljárás kezdeményezése

6.5.7.3.1. Problémák a gondozói munkában

- Humán erőforrás hiány: A minimumfeltételeknek megfelelő szakorvosi és szakdolgozói létszám általában nem áll rendelkezésre.
- a bio-pszicho-szocio-spirituális (BPSS) szemlélet hiánya, az önszorgító közösségek mellőzése.
- A szubsztitúciós ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatóknál nagyon megnehezíti a team helyzetét, hogy a kliensek közül nagyon sokan napi bejárók, ill. nincs lehetőség a metadon receptre történő felírására, hanem csak a helyszínen lehet a metadont biztosítani

6.5.7.4. Addiktológiai aktív fekvőbeteg ellátók

Feladatok:

- megvonási tünetek kezelése
- diagnosztika (kettős diagnózis), felépülés-tervezés
- komorbid állapotok kezelése
- gyógyszerleépítés
- a rehabilitációs kezeléshez motivációteremtés

- speciális szaktudást igénylő betegcsoportok ellátása (pl. várandós függők)

6.5.7.4.1. Problémák az aktív fekvőbeteg ellátásban

- területi egyenlőtlenség, de néhány évvel ezelőtt az érintett Tagozatok együttműködésével kijelölésre kerültek addiktológiai fekvőbeteg centrumok térségi szinten (ennek minimum megtartására törekedni kell)
- több aktív osztály hárítja a viselkedési függőségeket
- a feladataik nincsenek egyértelműen meghatározva (pszichiátriai osztályok vs. addiktológiai kompetenciák)
- HR hiány, leginkább az addiktológus szakorvosok tekintetében, ami hosszú távon ágyak szüneteltetéséhez, ill. akár szakmák közti átcsoportosításhoz vezet, legalább a jelenlegi ágyszámok megtartása kiemelt feladat
- szakmai konzultáció biztosítása
- felépülés-központú szemlélet, önsegítés hiánya

6.5.7.5. Addiktológiai rehabilitációs osztályok

- egyéni és csoportterápiák biztosítása a felépülésközpontú szemléletnek megfelelően szakmai teamben, reintegráció elősegítése
- komplex farmako-, pszicho- és szocioterápia biztosítása
- kapcsolattartás gondozókkal, civil szervezetekkel
- Speciális osztályok/részlegek:
Minnesota osztályok (Minnesota modell): A lényege a beteg függőségét krónikus betegségként fogadja el, gyógyulás nem lehetséges, de felépülés elérhető. Célja a teljes absztinencia elérése és fenntartása. A kezelés során fontos szerepet kap a multiprofesszionális szemlélet, az önsegítő csoportok 12 lépéses programja, a csoportterápia, valamint a tapasztalati szakértők bevonása.

6.5.7.5.1. Problémák:

- egyenlőtlen hozzáférés
- biológiai szemlélet túlsúlya a bio- pszicho- szocio- spirituális (BPSS) szemlélet helyett
- eltérő módszertanok szerinti működés
- kevés osztályon elérhető a viselkedés függőség kezelése
- az addiktológiai rehabilitáció igen humánerőforrás igényes terület, de sajnos az alulfinanszírozottság miatt a magas szakmai színvonal biztosításához szükséges személyi állományt nem biztosítják a menedzsmentek

5.7.5.2. Célok, megvalósíthatóság

- Addiktológiai osztály minden régióban, lehetőleg minden megyében legyen
- A ráépített addiktológiai szakvizsga megszerzésének támogatása, a több szakvizsgával rendelkezők anyagi megbecsülése
- Az addikciók és a szuicidium közötti szoros kapcsolat miatt vidéken – ahol nincs krízisintervenciós osztály – érdemes lenne az addiktológiai osztályokon krízisintervenciós részlegeket kialakítani megfelelő kubaturális és szakmai feltételek mellett
- Viselkedési addikciók kezelése szélesebb körben valósulhasson meg – magas kredit pontú továbbképzések révén, az addiktológiai szakvizsgán nagyobb szerepet kapjon

- Az önszegítő csoportok látogatása az osztály által erősen javasolt legyen, támogassák az osztályon történő közvetlen kapcsolatfelvételt

6.5.7.6. Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet

Feladatai:

- az addiktológiai betegek III. progresszivitási szinten történő komplex ellátása
- Speciális ellátások: pl.: a várandós anyák függősége
- felkérésre részt vesz hazai és nemzetközi kutatásokban
- részt vesz orvosok és szakdolgozók (addiktológiai konzultánsok, szociális munkások) graduális és posztgraduális képzésében
- részt vesz a jó gyakorlatok elterjesztésben, facilitálja az ellátási szintek közötti kommunikációt és részt vállal a függőség destigmatizálásában, támogatja a kliensekhez közeli, közösségi ellátási formák fejlesztését
- szerepet vállal az egészségügyi szakmai irányelvek elkészítésében, a Szakmai Kollégium Addiktológiai Tagozatának és Tanácsának a munkájában
- felvállalja a koordinációt az ellátórendszer szereplői között
- módszertani osztály: adatgyűjtés, adatfeldolgozás

Problémák:

- rendkívül rossz kubaturális körülmények (pl.: az Addiktológiai osztály több mint százéves lepusztult épületben van, a Drogambulancián a szubsztitúciós kezelés és a magas szintű szakorvosi, szakpszichológusi intervenciók térben nincsenek elválasztva a helyszűke miatt).
- a járóbeteg ellátásban idősödő orvosgárda (nyugdíjas vagy nyugdíj előtt állók)
- a viselkedési addikciók felvállalása még nem kielégítő
- hiányzik az ellátásfejlesztéshez szükséges kutatást és tervezést végző szakértői stáb
- Még mindig nem alakult meg a Szakmai Kollégium Addiktológiai Tagozathoz tartozó Tanácsot

Cél: fenntartható, magas színvonalon működő addiktológiai ellátórendszer működtetése

Javaslat:

- Az addiktológiai gondozók, mint felépülési központok működjenek bio-pszichoszocio-spirituális (BPSS) szemléleti alapon, ennek érdekében koordinálva az egészségügyi, szociális, önkormányzati, önszegítő szervezetek tevékenységét
- a progresszivitási szintek jelöljék a valódi szakmai minőséget, és ennek értelmében kapjanak magasabb finanszírozást
- szubsztitúciós kezeléshez való jobb hozzáférés érdekében a kijelölt centrumok szakorvosai a metadon folyékony változatát vényre felírhatják, ill. a jelenleg felírható buoprenorhin/naloxon támogatásának mértékét úgy állapítsák meg, hogy olcsóbban hozzáférjen a beteg, mint a jóval korszerűtlenebb metadonhoz. A metadon felírhatósága csak a folyékony változatra vonatkozhat (100 ml folyadék jelenleg nem forgalmazott, de Horvátországban pl. igen). A szubsztitúciót végző centrumok csak a folyadék formát biztosítsák (Mysio), a tablettás változatot ne (mert a feketepiacon eladható a tablettás változat).
- Az Addiktológiai Tagozathoz tartozó Tanács kinevezése

6.5.8. Serdülők addiktológia ellátása

A serdülők addiktológiai ellátása nem megoldott Magyarországon, ugyanakkor a probléma évről-évre nagyobb.

6.5.8.1. Problémák

- A járóbeteg ellátáshoz való hozzáférés nehéz és egyenlőtlen.
- Az országban nincs egyetlen aktív serdülő addiktológiai osztály sem. A serdülők aktív addiktológiai fekvőellátása jelenleg gyermek- és ifjúságpszichiátriai osztályokon, gyermekgyógyászati osztályokon történik, ill. akut veszélyeztető magatartás esetén (pl. ez drogindukálta pszichotikus állapothoz kapcsolódóan) a veszélyeztető állapot megszűnéséig akár felnőtt pszichiátriai/addiktológiai osztályokon. Kubaturálisan sincsenek a gyermek ellátó egységek felkészülve a violens betegek fogadására. Ugyanakkor a korcsoport speciális ellátási igényeit és a jogszabályokat figyelembe véve az addiktológia/pszichiátria szakma tiltakozik az érintett betegpopuláció felnőtt osztályokon történő – akár csak átmeneti ideig tartó – kezelése ellen.
- Úgy tűnik, az EFOP 2.2.7. keretében Debrecenben kialakításra kerül országos hatókörrel egy aktív ifjúsági addiktológiai osztály, így kubaturálisan megoldódik a kérdés, remélhetőleg megfelelően képzett személyzet is kerül hozzá.
- Addiktológiai rehabilitáció jelenleg csak három helyen zajlik az országban (ezek közül kettőben csak fiú klienseket fogadnak). Az ellátás teljes vertikumát nyújtó, specializált ifjúsági ellátó egységek nincsenek az országban. Az ellátási esélyegyenlőség sérül.

A problémák rendezését a gyermek és serdülő ellátórendszernek kell felvállalni, ott kellene kialakítani olyan egységeket, amelyek a serdülők ellátási igényeihez igazodnak és szakmailag fel tudják vállalni a megvonásos tünetek kezelését, a komorbid állapotokat, ill. a veszélyeztető magatartású függő klienseket is.

6.5.8.2. Célok, problémák kezelésére tett javaslatok

- Ezeket az ellátásokat szükséges lenne térben elválasztani a gyermekektől, pl. Ifjúság pszichiátriai osztályok létesítése (15-18 éves korosztály számára), illetve speciális addiktológiai aktív-rehab fekvő és járó ellátást biztosító egységek létrehozásával.

6.5.9. Addiktológiai ellátórendszer személyi feltételei

6.5.9.1. Helyzetértékelés

- Orvos: A pszichiátriához képest az addiktológia még inkább hiányterületnek minősíthető, amely részben az addiktológia szakma alacsony presztízből fakad. A szakma számára érthetetlen, hogy miért nem szerepel a hiányszakmák között, vagy speciális ösztöndíj rendszerben ez a szakma. Jelen adatok szerint kb. 170 addiktológus van, abból több mint 90 fő 62 év feletti.
- Egyéb diplomások és szakdolgozók: A szakmai teambe tartoznak még a klinikai és addiktológiai szakpszichológusok, pszichológusok, addiktológiai konzultánsok, szociális munkások, szakápolók, akiknek a kompetencia köre egyre bővül a gyógyító munkában, akik az orvosi feladatok egy részét fel tudják vállalni (pl. egyéni pszichoterápiát a klinikai szakpszichológusok, az alacsony küszöbű pszichoterápiás intervenciókat, a csoportterápiákat az addiktológiai konzultánsok vagy a pszichológusok).
- A tapasztalati szakértők (= felépülő függők (absztinens szenvedélybetegek)), akik a gyógyító team tagjai) szintén nélkülözhetetlenek az addiktológiai ellátásokat nyújtó

intézetekben, beillesztésük a szakmai feltételekbe az ellátás fejlesztésének egyik sarkalatos pontja. Saját tapasztalataik átadásával tudják támogatni a klienseket a felépülésben, nagyban hozzájárulnak a terápia sikerességéhez. A felépülő függők, akik segítőként dolgoznának rendszerint elvégezték a felépülésük alatt valamilyen szakirányú képzést, de ez ne legyen feltétel.

6.5.9.2. Probléma

- Rehabilitációs szakvizsga megszerzése: Az addiktológiai rehabilitációs osztályokon orvosi rehabilitációs szakvizsgával is rendelkező szakorvosnak kell lennie a jelenleg érvényben lévő minimumfeltételek szerint. Mivel az addiktológiai terület igen komoly humán erőforráshiánnyal küzd, ezért az orvosi rehabilitációs szakvizsga megszerzéséhez szükséges gyakorlatok és kötelező tanfolyamok idejére sem tudják a túlterhelt orvosokat nélkülözni (ami ráadásul munkakörüket illetően szinte teljesen haszontalanok), így nagyon kevés az ilyen három szakvizsgás szakorvos (pszichiátria + addiktológia + orvosi rehabilitációs szakvizsga) az országban, ami a minimumfeltételek teljesítése szempontjából egyre komolyabb problémát jelent. Ráadásul a rehabilitációs szakvizsga megszerzéséhez több olyan gyakorlat szükséges, amelyek a szakma szempontjából nem jár gyakorlati haszonnal (pl. mozgásszervi területek, kardiológia, pulmonológia).

6.5.9.3. Célok, problémák kezelésére tett javaslatok

- Multidiszciplinárisan képzett humán erőforrás alkalmazása az ellátórendszerben
- Minimumfeltételek megváltoztatása: elegendő legyen pszichiátriai vagy addiktológiai rehabilitációs osztályon szerzett 2 éves tapasztalat az alapszakvizsgát követően (tehát ne legyen feltétel rehab szakvizsga).
- Tapasztalati szakértők beillesztése a terápia teamekbe.

6.5.10. Az ellátásban résztvevők képzése, oktatása

6.5.10.1. Problémák

- Pszichoterápiás képzés magas önköltsége: A függőség kezelésében a különböző pszichológiai/pszichoterápiás intervenciók elengedhetetlenek. Egy pszichoterapeuta képzés több százezer forintba kerül (800.000-1.000.000 Ft). Az állami szektorban nem áll rendelkezésre forrás, hogy ezeket a képzéseket támogatni tudják az egészségügyi ellátók. Ha a szakember saját maga investál pénzt ezekre a képzésekre, sokkal inkább a magánszektorban fogja azt kamatoztatni és nem az állami intézményekben, hiszen itt nem térül meg a befektetése.
- Hiányzik a nem egészségügyi szakember – emiatt az ilyen szemlélet is – az addiktológiai osztályokról. Tehát az addiktológiai konzultáns és a szociális munkás (addiktológia szakvizsgával).
- A szakorvosi képzésben az addiktológiai rehabilitáció végzéséhez szükséges feltételrendszer túlzó, több olyan elvárás is szerepel, ami az addiktológiai területhez szükséges szaktudást nem gyarapítja. Emiatt ezt érdemes lenne felülvizsgálni, pl. szakvizsga helyett licence vizsga (pszichiátriai és addiktológiai rehabilitáció).
- Társszakmák továbbképzése: A kliensek sokszor toxikológián, sürgősségi osztályokon kerülnek először ellátásra. Az ott dolgozókat képezni kellene az ilyen kliensekkel való kommunikációról, a kezelési lehetőségekről, szerezenek ismereteket arról, hogy milyen

irányba terelhetők a kliensek, hogy mihamarabb a megfelelő szakellátásban részesüljenek. Hasonló edukációban kellene részesíteni az alapellátásban dolgozókat, ill. azokat, akik valamilyen módon kapcsolatban állnak függőkkel (elsősorban kábítószerfüggőkkel – pl. rendőrök).

- Egyre égetőbb probléma – az új dizájn drogok térhódításával – a serdülők addiktológiai ellátása. Az ellátórendszer infrastrukturális fejlesztésével együtt szükséges a szakmai team képzése, hiszen a serdülők ellátásánál más szempontok is felmerülnek, mint a felnőttekénél (pl. saját motiváció hiánya, mélypont hiánya, stb.).

6.5.10.2. Célok, megoldási javaslatok

- „Felépülés a függőségből”-képzés kidolgozása, amely a BPSS-szemléletet és a multidiszciplinaritást mutatja be.
- az ellátásban javasolt pszichoterápiás módszerek elsajátításához pályázati úton a képzési díjhoz állami hozzájárulás
- sürgősségi ellátásban dolgozók képzése és a kliensek edukációja
- házi orvosok szakmai képzése a témában magas kreditpontoszerző rendszerben
- e-learning tananyagok a szakdolgozók részére
- serdülő addiktológus licensz vizsga
- orvosi rehabilitációs szakvizsga követelményeinek újratervezése az addiktológia területén dolgozók számára.
- az addiktológiai szakvizsga jelenlegi követelményrendszerének elsősorban felkészülési időkereteinek redukálását vegyük fontolóra, ösztöndíjrendszerrel tegyük választhatóvá (az évi 1-2 addiktológiai szakvizsgára jelentkezés elégtelen az utánpótláshoz). Az addiktológiai szakvizsga irányában való sokkal erőteljesebb motivációt szükséges megteremteni.
- nincs megoldva viszont a gyermek és ifjúsági addiktológus képzés, mely ma ráépített szakvizsgaként szerezhető meg. Eddig ilyen szakorvos még nem képződött. Ehelyett inkább licence vizsga bevezetése lenne célszerű.
- a négy egyetemen javasolt lenne addiktológiai tanszéki csoportok létrehozása, később valamelyiken egy klinikai tanszék.
- fontos az egyetemi oktatás alatt való nagyobb addiktológiai oktatási felület, a pszichiátria mellett teljes tárgyként megjelenítve.

6.5.11. Terápiás intervenciók

A szerfüggésben és viselkedés addikciókban szenvedők hosszútávú gondozása, kezelése az addiktológiai ellátórendszer feladata, bevonva az önszorgító közösségeket.

6.5.11.1. Akutan fellépő zavarok, amelyek elsődlegesen nem addiktológiai ellátást igényelnek

Bizonyos aktuális alkohol, ill. kábítószer használattal összefüggő akutan fellépő zavar ellátása más szakterületek feladata. Ezek az állapotok a következők.

1. Intoxikált állapot

Az intoxikált állapotú betegek ellátása toxikológiai, és nem addiktológiai feladat. Az intoxikált beteget sürgősségi osztályon vagy toxikológián szükséges obszerválni, detoxikálni, illetve kivizsgálni egyéb szomatikus okok (szubdurális hematóma, infarctus, koponyatrauma stb.) kizárása céljából. Amikor a beteg állapota stabilizálódik, a szakorvos dönti el, hogy a beteg

- hazabocsátható
 - szuicid veszélyeztetettség esetén sürgősségi pszichiátriai ellátásba irányítandó
 - függőség gyanúja esetén Addiktológiai gondozóba és/vagy önsegítő közösségekbe (AA, NA, GA, stb.) irányításuk javasolt.
2. Megvonásos állapotok
- enyhe megvonási tünetek esetén addiktológiai járóbeteg rendelésre
 - szövődményes esetekben, ill. súlyosabb megvonási tünetek esetén pszichiátriai osztály
 - a delírium tremens intenzív osztályos ellátást igényel
3. Drogindukálta pszichotikus állapotok esetén akut pszichiátriai osztályos ellátás

Probléma:

- bizonyos akut, szerhasználattal összefüggő állapotok nem a megfelelő helyen kerülnek ellátásra, emiatt a kezelés késlekedik.
- a háziorvosok, szomatikus szakorvosok előtt nem egyértelmű, hogy ezekben az akut esetekben milyen szakmában, milyen ellátási szinten történjen az ellátás.

Célok, megoldás:

- a háziorvosok, mentőszolgálat, hajléktalan ellátók számára edukáció ezekről az állapotokról
- Fontos lenne a beteg terápiára való motiváltságának felmérése, és aszerinti beavatkozási szint megajánlása (pl. Prohaska-DiClemente modell alapján)

6.5.11.2. Illegális szerhasználók terápiába vonása

Probléma:

- Az addikcióval küzdő kliensek között sok az illegális szerhasználó. Félnak attól, hogy amennyiben segítséget kérnek, a hatóságok előtt kiderül az illegális szerhasználat és rendőrségi eljárást indítanak ellenük. A függők közül sokan éppen emiatt nem fordulnak az egészségügyhöz. Az anonimitás megőrzése rendkívül fontos a számukra.

Megoldás:

- Az ilyen kliensek részére álljanak rendelkezésre az ún. alacsony küszöbű ellátások, ahol gyorsan, a személyazonosságuk titokban tartása mellett kaphatnak segítséget, ezzel együtt az önsegítő csoportok hangsúlyozása, mint nulladik ellátási szint szerepeljen.

6.5.11.3. Alacsonyküszöbű ellátások

Célja az addiktológiai problémákkal küzdők, magas kockázatú egyének, ill. környezetük elérése, aktuális problémáikban tanácsadás, pszichoszociális intervenció, ártalomcsökkentés, motiválás a kezelésre. Fontos kritérium: itt nem elvárás az absztinencia elérése iránti elköteleződés.

Az alacsonyküszöbű ellátásokat elsősorban a szociális ellátórendszer, civil szervezetek végzik.

A szolgáltatások keretei:

- addiktológiai alacsonyküszöbű ellátó központok (Egészségfejlesztő, ártalomcsökkentő programok biztosítása. Elérési csatornái: személyes, telefonos, internetes)
- partyszervíz/bulisegély (fiatalok biztonságos szórakozásának elősegítése, szerhasználat megelőzése, károk csökkentése, szemléletformálás, stb.)
- drop-in (életviteli tanácsadások, egyszerűbb pszichoszociális intervenciók, HCV és HIV szűrések lehetősége, információ átadása)
- tūcsere (intarvénás szerhasználattal összefüggő fertőzések (HIV, HBV, HCV) megelőzése)

Probléma:

- A magas küszöbű (egészségügyhöz kötött) ellátások és a szociális ellátórendszer egymás mellett, szigetszerűen működnek, és az önszolgáltató szervezetekkel sem megfelelő a kapcsolat. Az együttműködés esetleges, leginkább informális csatornákon keresztül történik.

6.5.11.4. Közösségi ellátás

A felépülésben egyre nagyobb szerepet kell kapnia a közösségi ellátásnak, valamint az önsegítésnek, amelyek a felépülés hosszútávú támogatásával az utógondozásban is kiemelt szerepet töltenek be (relapszus prevenció). A közösségi keretek belüli ellátásba még nem lehet bevonni a klienst súlyos megvonási tünetek esetén, komorbid állapotokban, ill. ha fekvőbeteg háttér nélkül absztinenciát tartani képtelen. A közösségi ellátásokban helye van a hozzátartozókat és a kliensek absztinenciáját támogató művészetterápiás, közösségi- és sportfoglalkozásoknak, amelyek együttes célja, hogy a szerhasználatól eltérő örömforrásokkal ismertesse meg a függőt, önálló, felelős tagjává váljon a közösségének és nem utolsósorban megismerje betegségét.

6.5.11.5. Komplex rehabilitáció, terápiás közösségek

Az ellátás másik kiemelt pillére a rehabilitáció. Bentlakásos rehabilitációs intézetekben, ill. addiktológiai rehabilitációs osztályokon a terápiás közösségek jelentik az egyik legnagyobb terápiás erőt. A terápiás munkát multiprofeszionális team segíti. A farmako-, pszicho- és szocioterápián túl a közösség bír a legnagyobb hatással a felépülőre. A team kiemelt tagja – a Minnesota modellben – a tapasztalati szakértő (= felépülő absztinens függő).

A felépülés nem egy passzív folyamat, a kliens folyamatos aktív részvételét igényli, felelősségvállalással a társai felé, ill. a kezelő team felé. Az elsajátított készségekkel a kliens felkészül a társadalomba történő visszailleszkedéshez. Tehát önmagában az absztinencia nem elegendő a felépüléshez, ugyanakkor szükséges feltétele. A társadalmi visszailleszkedés fontos része a munka világába való visszakkerülés, de ugyanígy a felépülési folyamatban a megfelelő szabadidős tevékenységek kiválasztása is. Ezeknek nagy szerepük van a visszaesés megelőzésében („a szer helyett valami mást”).

Célok:

- az addiktológiai kezeléseken a közösségi ellátás erősítése, a felépülésközpontú személet országos elterjesztése.
- az egészségügyi ill. szociális ellátások közötti együttműködések javítása.
- A közösségi ellátást leginkább a gondozók (felépülési központok) köré kellene telepíteni.

6.5.11.6. Gyógyszeres kezelés

Alkoholfüggőség

- Tüneti terápiák mellett (szorongáscsökkentés, hangulatjavítás) az absztinencia elősegítését szolgáló készítmények adása jön szóba: elsősorban az acamprosate és naltrexon, ill. ezek hatástalansága esetén esetleg a disulfiram. Magyarországon az acamprosate és disulfiram beültethető kapszula már nem elérhető, pedig van olyan betegpopuláció, amelyik emellett tartósan absztinens maradt.

Opiátfüggőség

- Súlyos opiátfüggőség bizonyos eseteiben az absztinencia nem tartható, nem lehet feltétele a terápiának. Ekkor a kriminalizáció megelőzésére, ill. magasabb társadalmi funkcionalitás és az ártalomcsökkentés elősegítésére ún. szubsztitúciós kezelés alkalmazható. Két gyógyszert alkalmaznak szubsztitúciós szerként:

1. **Metadon:** csak kijelölt centrumokban elérhető, helyben kerül kiadásra, receptre nem írható. Két formája van: tablettá és folyadék. Viszonylag kevés centrum végez szubsztitúciót, területileg teljesen egyenlőtlen módon.

Probléma: A tablettá óriási értékkel bír a feketepiacon, ezért a preferált forma a folyadék. A napi, heti bejárások nagy terhet rónak a személyzetre. Sajnos, több helyen még mindig a tablettás formát alkalmazzák.

Megoldás: csak a folyadékforma alkalmazása a kijelölt centrumokban, ill. első lépésként a centrum szakorvosai jól kooperáló klienseknél receptre írassák. Mivel a metadon folyadék egyelőre csak nagy kiszerezésben érhető el, indokolt lenne a kisebb (100ml-es) kiszerezésű folyadék magyarországi bevezetésére. A szubsztitúciós kliensek is hetente/kéthetente csoportterápiás kezelésben vegyenek részt, lehetőleg az önszorgító NA-gyűléseken.

2. **Suboxone** (buprenorhine/naloxon): Az országban egy-két centrumban helyben kerül kiadásra. Egyébként receptre felírható, de nagyon drága, ugyanakkor szakmai szempontból a Suboxone az elsősorban adandó szer és csak másodsorban a metadon. Javaslat: A Suboxone támogatásának mértékét úgy kellene kialakítani – amennyiben a metadon is felírható lesz – hogy olcsóbb lehessen a kliensnek, mint a metadon. A javasolt intézkedésekkel a szubsztitúció korszerűbb irányba menne. A metadon receptre történő felírásával (a kis kiszerezésű folyadék, Mysio) a szubsztitúciót nyújtó ellátók terheltsége csökkenne.

6.5.11.7. Pszichoterápiás, pszichoszociális és egyéb intervenciók

Míg a farmakoterápiá elsősorban a tüneteket kezeli, a pszichoszociális beavatkozások a dependenciához társuló speciális deficiteket, valamint az egyes kiváltó tényezőket célozzák meg. Szerepet játszanak a relapszus prevencióban, javítják a megküzdő készségeket, a szociális funkcionálást, a munkaképességet, lehetővé teszik a független életvitelt. Ezen intervencióknak ma már számos formája van, melyek bizonyítottan hatásosak az addiktív zavarok kezelésében.

Családterápiá

A családterápiá, a családot egy rendszerként kezelő beavatkozás. Az élmények átélésének és feldolgozásának módjában segít változásokat előidézni, illetve ezáltal a családi rendszer

átrendeződését facilitálni. Része a terápiának a családi kommunikáció javítása és a stressz csökkentése, amiben kiemelkedő szerepet kap a függő hozzátartozója is.

Kognitív-, és viselkedésterápia

A kognitív- viselkedésterápia strukturált üléseken keresztül, a hiedelmek, a szemléletmód, valamint a maladaptív magatartásformák megváltoztatása által fejti ki hatását. A kognitív terápia egy speciális módszere a sématerápia, mely szerfüggőségekkel komorbid személyiségzavarok esetében különösen hatékonynak bizonyult. A korai maladaptív sémákat célozza meg, melyeknek gyökere gyerekkorban keresendő, és fennmaradásuk hosszútávú diszfunkcionális viselkedéseket eredményezhetnek (Young, 2010)

Szupportív terápia, pszichoterápiás betegvezetés

Pszichoterápiás szemlélettel vezetett célzott, támogató jellegű beszélgetések, melyek a beteg problémáinak felismerését, életvezetési nehézségeinek megoldását, egyéb kezeléseinek segítségét és kiegészítését szolgálják.

Pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia

A pszichoanalízis dinamikus szemléletére építő, nem időhatáros egyéni terápia, amely több paraméterében eltérhet a standard analízistől a beteg terápiás terhelhetőségének függvényében. Feltáró módszer, amely a személyiség átdolgozásán keresztül éri el a tünetek javulását és a személyiség változását.

Esetmenedzselés

Ennek a beavatkozásnak (melyet általában szociális munkás vezet) a célja, hogy a páciens ne vesszen el a különböző ellátási formák, közösségi szervezetek, programok között. Egy úgynevezett esetmenedzser segíti a beteget, hogy a különféle ellátó szervezetek által nyújtott tevékenységeket koordinálja, folyamatossá és átfogóvá tegye a páciens számára. Segít például a szociális támogatások megszerzésében, munkahelykeresésben, meglátogatja a páciens, ha nem jelentkezik gondozáson.

Addiktológiai konzultáció

Motivációs technikákon alapuló terápiás segítség biztosítására. Cselekvésre, a kliens mobilizálására építő viselkedésterápiás szemléletű betegvezetés, amit addiktológiai konzultáns végez.

Nonverbális módszerek

A művészetterápiás ágazatok (zene, képzőművészet, színház) főleg nonverbális eszközökkel segítik a szenvedélybetegek terápiáját, oly módon, hogy a verbalitáson túlmenően egy másfajta modalitásban próbálják fejleszteni az érzelmek kifejezését, majd megfogalmazását. Nonverbális módszerekkel az agykérgi kontroll kikerülhető, és a jobb agyfélteke működésbe lépésével a szimbólumok és a sűrítés eszközeivel, az események térbeli, időbeli eltolásával a tudat számára felismerhetetlenné teszi a komplexus-tartalmat (fel nem dolgozott negatív élmények), ezért olyan letokolódott traumák is tudatközelbe hozhatók, amelyek más (verbális módszerrel) hozzáférhetetlenek (Sineger Eleonóra).

6.5.11.8. Önsegítő csoportok

Az Önsegítés nagyon fontos eleme az addiktológiai ellátórendszernek, ezt felépülő kliensek tudják működtetni a 12 hagyomány elvei alapján. Jellemzően csoportüléseken, spirituális szemléletmódot követve, a közösség támogató erejét kihasználva javítják a tüneteket, az

életminőséget és a szociális hálót, valamint bizonyítottan csökkentik a hospitalizációk számát és hosszát. Ilyen az AA, NA, GA, stb.

Probléma:

- Az önsegítés kultúrája alacsony a hazai egészségügyi ellátásban.

Megoldás:

- a terápiás teamek képzése az önsegítés szükségességéről és a BPSS szemléletről.

6.5.12. Szemléletformálás

A függőségekkel kapcsolatban továbbra is óriási az előítélet társadalmi szinten. Ugyanez igaz az ellátórendszerrel kapcsolatban is. Még az orvosi szakmán belül is annak ellenére, hogy a szakma lehetőségei jelentősen javultak. Ma már a motivált függők esetén minden remény megvan arra, hogy a felépülés útjára kerüljenek. Ugyanakkor a kliensek sokszor nem ismerik a lehetőségeiket, szégyellik betegségüket, nem mernek szakemberekhez fordulni.

Javaslat:

- addikciós kórképek destigmatizációja: univerzális szinten megjelenő érzékenyítő és edukációs programok népszerűsítése.
- a deficit-alapú kommunikáció helyett a pozitív kommunikáció támogatása a szakmai diskurzusban, illetve a felépülés segítésében.
- Alkoholfogyasztás kulturális beágyazottságának módosítása: edukáció, információközlés
- Hozzá tartozók számára konzultációs lehetőségek biztosítása, valamint hozzátartozói csoportok népszerűsítése

6.5.13. Kutatás-fejlesztés

Annak ellenére, hogy hazánk európai szinten kiemelkedően érintettnek számít a függőségek terén, az addiktológiai zavarok kutatása elhanyagolt terület. Csupán néhány hazai kutató foglalkozik a témával, ami nagyban megnehezíti a hazai sajátosságok megismerését, és az intervenciók adaptálásának lehetőségét.

Legtöbb eddigi kutatás és lakossági felmérés a gyakoriság és súlyossági mutatók mentén mozgott, teret adva a demográfiai elemzéseknek, ugyanakkor az addiktológiai problémákhoz kapcsolódó mögöttes változók vizsgálata háttérbe szorult. Korábbi, klasszikus kutatások az addiktív problémákat és rizikóit főleg személyiségvonásokkal, biológiai determinánsokkal hozták összefüggésbe, illetve egy olyan feltételezett személyiségstruktúrával, mely esetleg a függőség alapját szolgálja. Ezzel szemben, a nemzetközi kutatások korszerűbb iránya a fogyasztó részéről különböző motívumok és elvárások mérlegelését feltételezi, és hasonló, főleg kognitív és önszabályozó folyamatokat lát a problémás használat háttérében. A motivációs elméleteknek nagy szerepet tulajdonítanak mind az egészségpszichológiában, mind a klinikumban, hisz a háttérben meghúzódó mozgatórugók megismerésén keresztül érthetjük meg, miért marad fenn az adott viselkedés és hogyan juthatunk el a viselkedés hosszútávú átférfálásához.

Kiemelkedően elhanyagolt területnek számítanak a terápiás intervenciók hatásvizsgálatát megcélzó kutatások, a viselkedéses függőségek vizsgálata, kvalitatív eljárásokat alkalmazó kutatások (pl. narratív technikákra építő mélyinterjúk) valamint azon kutatások, melyek a rizikó faktorok helyett a proketív tényezőkre helyezik a hangsúlyt.

Összességében fejlesztendő kutatási területek:

- Gyógyszerfüggőség (benzodiazepin)
- Viselkedési függőségek (szerencsejáték, videojáték, vásárlás, munka)
- Új pszichoaktív szerek (dizájner drogok) használati mintázatai (főleg szegregátumokban)
- Fiatalok szerhasználati mintázatai
- Alkoholfogyasztási mintázatok
- Speciális és problémás szerfogyasztók (pl.: terhesség és szerhasználat)
- Szerfogyasztási szokások pszichés és motivációs háttere valami ezzel kapcsolatos attitűdök felmérése
- Leszokási motivációk felmérése a megfelelő ellátási területhez való eljutást megcélözva
- Prevenciók költség-hatékonyság vizsgálata
- Addiktológiai terápiás intervenciók hatékonyságvizsgálata

6.5.13.1. Probléma

- Kevés elméleti szakember jártas a gyakorlati problémákban, ezáltal a legtöbb kutatás hipotézisvezérelt és kevéssé a gyakorlati alkalmazhatóságot helyezi a fókuszba.
- A gyakorlati szakemberek túlterheltsége miatt kevés energia jut az érintett populációkkal kapcsolatos kutatásokra, és terápiás intervenciók hatékonyságának felmérésére.
- A terápiás intervenciók szakszerű hatásvizsgálata költséges és hosszadalmas folyamat.

6.5.13.2. Megoldási javaslat

- Az egyetemek és a kezelőhelyek együttműködésének megkönnyítése és támogatása annak érdekében, hogy az elmélet és gyakorlat jobban közelíthessen egymás felé.

Speciális ellátást igénylő betegcsoportok

6.6. Öngyilkos magatartás

Az öngyilkosság megelőzésben az egészségügyre és azon belül a pszichiátriai ellátásra vonatkozó legfontosabb problémák az alábbi alfejezetekben kerülnek kifejtésre.

6.6.1. Problémák

- Szűrés: A magas kockázatú betegek (unipoláris és bipoláris affektív zavarban (főleg ha agitált, inszomniás a beteg), alkohol és drogabúzusban szenvedők, korábban szuicid kísérletet elkövetők, önsértő magatartást mutatók (pl. falcolás), újonnan diagnosztizált pszichotikus betegek és akiknél befejezett öngyilkosság van a családi anamnézisben) kiszűrése, illetve gondozása nem megfelelő szintű. Nem terjedtek el a kockázatbecslő kérdőívek.
- Betegutak: Öngyilkos magatartás esetén nem teljesen egyértelmű a mentőszolgálat szerepe, a toxikológiai ellátás helye, az SBO-ok szerepe, az akut pszichiátriai felvétel és obszerváció, korlátozó intézkedések (jogi kérdések!), a fekvőből a járó ellátásba történő átadás, követés stb.
- Alapellátás: A házi orvosok nem elég képzettek, illetve érzékenyek a szuicid veszély felismerésére.
- Szakellátás: Humán erőforrás hiány: a pszichiátriai fekvő és járóbeteg ellátásban kevés a szakember (pszichiáter és addiktológus szakorvos, szociális munkás, szakápoló egyaránt).
- Nem elég ismert Rihmer és mtsai által írt és 2017-ben elfogadott „A felnőttkori öngyilkos magatartás felismerése, ellátása és megelőzése” c. szakmai irányelv.
- Finanszírozás: Az alacsony finanszírozás miatt krízisintervencióban és pszichoterápiában járatos klinikai szakpszichológust alig tudunk foglalkoztatni, pedig lennének ilyen szakemberek, akik – a fentiek miatt – máshol helyezkednek el. Az öngyilkos betegek ellátása speciális képzettséget, tapasztalatot igényel és nagyobb humán erőforrást, amelyet nem vesz figyelembe a NEAK finanszírozás.
- Nincs Nemzeti Szuicid Regiszter, amely számos fejlett országban van már, köztük Dániában, ahol a leghatékonyabb a szuicid prevenció.
- Nincs Nemzeti Öngyilkosság Prevenció program, amellyel számos fejlett ország rendelkezik.

6.6.2. Célok

- Szűrés: El kell terjeszteni a kockázatbecslő kérdőívek használatát. Ezt külön OENO kóddal és finanszírozással lehessen végezni.
- Képzés: A szuicid magatartás prevenciójára és kezelésére a különböző kompetenciáknak (házi orvos, általános orvos, pszichiáter rezidens, szakorvos, pszichológus, szoc. munkás, szakápoló stb.) megfelelő képzés bevezetése és a tanultak számonkérése (pl.: „A felnőttkori öngyilkos magatartás felismerése, ellátása és megelőzése” c. szakmai irányelv (4)).
- Bizonyítottan hatékony, hazánkban adaptált serdülőkori öngyilkossági megelőző program bevezetése országosan: Youth Awareness Mental Health Program (YAM).
- Humán erőforrás fejlesztése: Öngyilkos szándék illetve veszély esetén a járóbetegellátásban (ter. ill. pszichiátriai gondozókban, szakambulanciákon) lehessen

sürgősen – soron kívül – fogadni a beteget. Több szakorvos és krízisintervencióban jártas szakpszichológus és szakápoló szükséges.

- Infrastrukturális fejlesztés: A terapeutáknak különszoba kell az egyéni terápiákhoz.
- Jogilag tisztázni az öngyilkos magatartás esetén a korlátozó intézkedések körét. (Konkrétan az öngyilkossági kísérletet elkövetett, de nem pszichotikus beteg elbocsáthatósága, aki disszimulálhat szuicid szándékát és a jövőre vonatkozó terveit illetően).
- Emelt finanszírozás biztosítása a toxikológiai ellátásban is részesült szuicid betegek esetében (csillagos HBCS)
- Kompetencia körök meghatározása öngyilkos magatartás esetén:
 - Házi orvosok: felismerés, továbbküldés szakellátás irányába
 - Mentőszolgálat: SBO-ra
 - SBO: pszichiáter konzílium alapján továbbküldi a szakellátás irányába
 - Akut pszichiátriai felvételes osztály: itt nem történhet detoxikálás, kockázatbecslés és vizsgálat alapján obszerváció, diagnózis és terápiás intervenció
 - Pszichiátriai járóbeteg ellátás: kockázatbecslés és vizsgálat alapján dönt a hospitalizáció vagy az ambuláns kezelés között
- Civil szervezetek bevonása: Példaértékű az Alapítvány az öngyilkosság ellen internetes megjelenése, amit az is erősít, hogy egyes hírportálok a szuicidiummal foglalkozó cikkeik után szerepeltetik linkjüket. Hasonlóképpen figyelemre méltó a Lélekben Otthon Alapítvány akcióterve. A Lélekben Otthon Alapítvány ezenkívül terápiás segítséget nyújt az öngyilkosság következtében meghalt hozzátartozói számára, és nyitott az együttműködésre a szuicid prevenció területén.
- SOS Lelki Elsősegély Telefon Szolgálat (LESZ) fenntartása, támogatása
- Nemzeti Öngyilkossági Regiszter létrehozása. A szuicid kísérletek kötelező bejelentése az egészségügyi ellátó rendszer és a rendőrség részéről egyaránt.
- Nemzeti Öngyilkosság Prevenció Program megalkotása: Olyan öngyilkosság megelőző stratégiák kifejlesztése és alkalmazása, amelyek magukban foglalják a legjobb bizonyítékokat, kombinálva az univerzális megközelítést olyan tevékenységekkel, melyek a sérülékeny csoportokat védik. Ehhez létre kell hozni egy szakmai bázist, egy munkacsoportot, informatikai háttérrel és biztosítani kell forrást. Nélkülözhetetlen az EMMI és a NEAK szerepe.
- A korábban már hazánkban is hatékonyak bizonyult szuicid prevenció programok „felélesztése”, megismétlése. Az 1983 és 1990 között végzett ún. Gotland vizsgálat nyomán mind az European Alliance Against Depression (1,6), mind Rihmer professzor vezetése alatt 2000-ben indult kiskunhalasi (5) és a Kopp Mária által vezetett 2005-ös szolnoki vizsgálat (6) egyértelműen igazolta, hogy a házi orvosok szisztematikus depresszió-továbbképző programja után – főleg, ha egyéb közösségi intervenciókkal is társul – lényegesen csökken az adott régió öngyilkossági halálozása. Egy ilyen program kormányzati segítség nélkül azonban nem valósítható meg.

6.6.3. Megvalósíthatóság

Bár az öngyilkossági rizikó leggyakrabban a pszichiátriai, orvosi ellátás területén észlelhető, az öngyilkosság megelőzése mégis társadalmi feladat. A munkanélküliség csökkentése, az életszínvonal emelése, az egészségügyi és szociális ellátás hatékonyabb támogatása (főleg az időskorúaknál!), az alkohol- és drogprobléma (beleértve a dohányzást is) elleni küzdelem fokozása, a halálos öngyilkossági módszerek visszaszorítása és az öngyilkosság megfelelő

média-kommunikációja túlmutat az egészségügyi ellátás keretein, és a társadalmi vezetők felelősségi körébe és kompetenciájába tartozik. Az egészségügyi-szociális ellátás és a társadalmi vezetők feladatait, kompetenciáját a 6/1. ábrán foglaljuk össze.

6/1. ábra: Az egészségügyi ellátás és a társadalmi vezetők feladata és kompetenciája a szuicid prevencióban (Rihmer, 2018)



A biológiai és pszichoterápiákat illetően a vonatkozó ismeretanyag és gyógyszerek rendelkezésre állnak, csupán a humán erőforrás és az infrastrukturális háttér igényel lényeges erősítést. A nemrég megjelent, a felnőttkori szuicid magatartással kapcsolatos irányelv (4) mellett szükséges ugyanilyen vezérfonal kidolgozása a gyermek-és serdülőkorú populációra vonatkozólag is, és kívánatos a bevonandó társszakmákkal (addiktológia, pszichológia, stb.) a kapcsolatot szorosabbra fűzni. Az addikciók és a szuicidum közötti szoros kapcsolat miatt vidéken – ahol nincs krízisintervenciós osztály – érdemes lenne az addiktológiai osztályokon krízisintervenciós részlegeket kialakítani megfelelő kubaturális és szakmai feltételek mellett,

Összefoglalva: az öngyilkos magatartás felismerésében érintett egészségügyi ellátók egységes szemlélet alapján és egymással összehangoltan együttműködve dolgozzanak az öngyilkosság megelőzése érdekében. Ez a szűrést, a diagnosztikus módszereket, a terápiát és a gondozást egyaránt érinti. Minimális programként legyen minden eü. intézményben krízisintervencióhoz értő pszichológus, történjen minden pszichiátriai zavarral küzdő betegnél kockázat felmérés stb. Maximális célként készüljön el – Dániához és más európai országokhoz hasonlóan – egy Nemzeti Szuicid Regiszter, és egy Szuicid Prevenciók Program. Az adatgyűjtés, elemzés az OPAI-ban megalakuló szervezési és módszertani osztály feladata lenne államilag finanszírozott formában, azonban ennek nemcsak finanszírozási, hanem jogi feltételeit is meg kell teremteni (ld. GDPR).

6.7. Demens betegek ellátása

6.7.1. Helyzetelemzés

Az összes neurológiai és pszichiátriai betegség közül – a hangulatzavarok mellett – a demencia jelenti a legnagyobb költséget az állam számára. Ebben a direkt és indirekt költségeket egyaránt beleszámították. A 65 éves kor feletti lakosság 5-10%-a érintett a demencia valamely formájában, és ez az arány 85 éves korra eléri a 40-50%-ot. A két leggyakoribb formája az Alzheimer kór (50-60%) és a vaszkuláris demencia (20-30%). Krónikus és progrediáló lefolyás a jellemző, tehát hosszú éveken keresztül kell gondoskodni ezekről a betegekről. A jelenlegi terápiás lehetőségek csak a progressziót lassítják, a betegség nem gyógyítható. A kivizsgálás és a diagnózis megállapítása viszonylag rövid időt vesz igénybe, ez akár ambuláns formában is megoldható. A probléma: a betegek ellátása hosszútávon.

A súlyosságtól és a komorbid (társuló) betegségektől függően lehet a beteget

- felügyelet mellett otthon tartani,
- kórházba utalni átmeneti időre (szomatikus vagy pszichiátriai osztályra)
- ápolási osztályon elhelyezni
- államilag finanszírozott szociális intézménybe elhelyezni
- egyházak által működtetett szociális otthonokba elhelyezni
- magán szociális otthonba elhelyezni

6.7.2. Probléma

A családok többnyire nem tudják, nem akarják vállalni az idős hozzátartozójuk ellátását, ezért indokolatlanul beutaltatják a beteget aktív osztályokra, ahonnan nem tudják – a fogadóképesség hiánya miatt – hazaküldeni. Minden szinten kevés a férőhely az igényekhez képest. Az aktív osztályokról – helyhiány miatt – a krónikus, illetve az ápolási osztályok nem tudják átvenni a beteget. A szociális otthonokra a várakozási idő több mint 3-6 hónap (nem ritkán egy év is lehet). Az egyházi és a magán – fizetős – szociális otthonokban rövid határidőn belül, a magas ápolási díj ellenére sincs hely.

6.7.3. Célok, megoldási javaslat

- A városi kórházak külső telephelyein működő osztályait át lehetne alakítani ápolási osztályokká vagy szociális otthonokká, ahol copayment-es ellátásban részesülhetnének a demens betegek. Átgondolandó, hogy egyes kiskórházakban akár a teljes ellátást az idősellátásra (gerontológiára, gerontopszichiátriára) kellene profilírozni (természetesen szükség esetén maradhatna egy jól felszerelt sürgősségi ambulancia a környékbeli lakosok számára, ha távol van a nagy kórház). Egyes egységeket ki lehetne vonni az egészségügyből és át lehetne adni a működtetését a szociális ágazatnak vagy akár magánkézbe.
- Támogatni kellene az idősek ellátására specializálódó magánvállalkozásokat adókedvezményrel vagy kedvező kamatozású kölcsönrel.
- Érvényt kell szerezni a szülőtartási kötelezettségnek (ez csak papíron működik, a hozzátartozók nem veszik komolyan)

6.8. Hajléktalan pszichiátriai betegek ellátása

6.8.1. Helyzetelemzés

Közismert tény, hogy a hajléktalan emberek között szignifikánsan magasabb arányban vannak súlyos pszichiátriai betegségben szenvedők, még akkor is, ha a szerfüggőket nem számítjuk bele. A hajléktalanságot az elmúlt 25 évben nem sikerült megszüntetni, a hajléktalan pszichiátriai betegek ellátása nem megoldott, legalábbis a fővárosban, ahol a legtöbb hajléktalan él. Legjobb esetben is „forgó ajtó” rendszerben történik a kezelésük a különböző fővárosi pszichiátriai osztályok között. Folyamatos gondozásuk a fővárosban nem megoldott. Vidéken kevesebb a hajléktalan, és egy gondozó-egy kórház-egy szociális ellátó elv érvényesül.

Általános megközelítés

Minden pszichiátriai betegnél egyaránt fontos az egészségügyi és a szociális intervenció. Tehát egymással párhuzamosan szükséges mindkét ellátási formát alkalmazni a pszichiátriai betegek kezelésében, gondozásában, és ez még fokozottabb, illetve szorosabb együttműködést kell, hogy jelentsen a hajléktalan pszichiátriai betegek esetében. Általánosságban elmondható, hogy akut esetekben elsősorban (de nem kizárólag) az egészségügyi ellátás dominál, míg a stabil állapot elérése után – annak fenntartása céljából – elsősorban a szociális jellegű ellátás dominál (szociális munkások, mint esetmenedzserek). A hajléktalan pszichiátriai betegek leggyakrabban az alábbi csoportokba sorolhatók tüneti kép alapján:

1. Pszichotikusok: szkizofréniában vagy bipoláris zavarban (régiben mániás-depresszióban) szenvedők szorulnak leginkább kezelésre és gondozásra, és náluk lehet a legkönnyebben elérni a stabil állapotot. Jól szervezett ellátással, relatíve kis befektetéssel, jelentős költségmegtakarítás érhető el. A részleteket ld. alább.
2. Öngyilkos magatartásra hajlamos egyének: többségük depresszióban és/vagy szerfüggőségben szenved. Az alapbetegség tisztázása és megfelelő kezelése önmagában hatékony szuicid prevenció.
3. Szerfüggők, szenvedélybetegek (alkoholisták, drogfüggők, játékszenvedélyesek): Ez a leggyakoribb pszichiátriai zavar a hajléktalanok körében, és a legnehezebben gyógyítható. Cél az absztinenciára törekvés, de ez csak a motivált egyéneknél remélhető, és így is keveseknél érhető el tartósan. A ráfordított terápiás befektetés jelentősen meghaladja a terápiás eredményt.
4. Személyiségzavar: A hajléktalanok jelentős részénél ez megállapítható, de a jelenlegi pszichiátriai terápiás eszközökkel a személyiségzavar alig befolyásolható, akár gyógyszeres, akár pszichoterápiás módszerrel.

Mindezek alapján prioritásként az első két csoport szakellátását kell megszervezni a hajléktalan ellátás körében Budapesten.

6.8.2. Problémák

A hajléktalan pszichiátriai betegek kezelésének nehézségei

1. Az esetek jelentős részében nincs állandó vagy ideiglenes lakcímük, ezért minden esetben csak sürgősségi ellátást kapnak, nem tudnak kötődni egy rendelőhöz, egy pszichiáterhez. Tartózkodási helyük is változó (vidék-főváros relációban).
2. Akut esetben beszállítják a KÁNY általi kijelölés alapján sorra kerülő pszichiátriai osztályra, ahol az akut állapot rendezése után (1-7 nap átlagosan) elbocsátják a „semmibe” a beteget, mivel nem tudják egy konkrét pszichiátriai gondozóba (PG) se irányítani, ha nincs érvényes TAJ kártyája és/vagy lakcíme. Ha mindez lenne, akkor sem biztos, hogy felkeresné a Pszichiátriai Gondozót a betegségbelátás hiánya miatt.

3. Ha nincs, aki biztosítaná a fenntartó terápiát, akkor belátható időn belül ismét olyan állapotba kerülhet a beteg, hogy sürgősségi beállításra kerül sor (pl. agresszív cselekményt követ el a hallucinációi hatására). Ilyenkor ismét bekerül – a KÁNY által kijelölt – pszichiátriai osztályra, de ez legfeljebb véletlenül egyezhet meg a korábbival, mivel ezeket a betegeket a KÁNY ún. forgó rendszerben osztja szét a fővárosi intézmények között. Továbbra se kerül gondozásba a hajléktalan pszichiátriai beteg.
4. A hajléktalan betegeknek nincs családjuk, akik figyelnék a gyógyszer bevitelére, illetve észrevennék az állapotrosszabbodást. Ha a hajléktalan szállón pszichiátriai tapasztalattal vagy ismeretekkel rendelkező szociális munkások dolgoznának, akkor ez sokat segítené. A pszichiáterek szívesen képeznék ki erre a feladatra szociális munkásokat. A hajléktalan szállóknak feltétlenül szükséges felvenni a kapcsolatot a közösségi ellátókkal ilyen betegek esetében.
5. Összefoglalva: a hajléktalan pszichiátriai betegek általában súlyosabb állapotúak és általában rosszabb a terápiás együttműködésük a nem hajléktalan betegekhez képest. Ezért ezen a területen tapasztalt pszichiátert kell alkalmazni, és speciális rendelési feltételeket kell biztosítani. Rendszeres gondozásuk nehezen illeszthető be a jelenlegi egészségügyi ellátó struktúrába – és nem a stigmatizáció miatt.

6.8.3. Megoldási javaslat, ami több lépcsős lehet

1. Minimum terv: A főváros területén létre kell hozni egy olyan Pszichiátriai Gondozót (PG), amely ellátja a pszichotikus (1. csoport) és az öngyilkos magatartású (2. csoport) hajléktalan betegeket. Ez naponta 6-8 órán keresztül fogadhatná a pszichiátriai osztályon már diagnosztizált, kezelt, és tartós gondozásra szoruló betegeket. A pszichiátriai osztályok ide irányíthatók távozásukkor a hozzájuk akutan bekerült, de már rendezett állapotú pszichotikus hajléktalan betegeket, a kezelés folytatása érdekében. Ezek a betegek a számukra fenntartott PG révén bekerülnek az ellátó rendszerbe, és a szociális munkások gondoskodnak arról, hogy a szükséges kontrollokon megjelenjenek. Ennek az előnye, hogy tartós pszichés egyensúly biztosítása mellett nem kerül sor újabb hospitalizációra (ami nagyon drága), nem progrediál tovább a beteg állapota, nem veszti el a szálláshelyét, és még arra is több esélye van, hogy reintegrálódjon a társadalomba. Itt kell egy főfoglalkozású pszichiátert, egy szociális munkást és egy gondozónőt vagy asszisztentst alkalmazni. Az egészségügyi és a szociális ellátást együtt kell biztosítani. Ha napi 8-12 órában lenne rendelés, akkor a szenvedélybetegekre is juthat kapacitás (3. csoport), de a prioritási sorrendet a költséghatékonyság érdekében meg kell tartani. Ezt a PG-t ott kell létesíteni, ahol a hajléktalanok más orvosi ellátásban is részesülnek (pl. háziorvosi rendelés) és közel van hajléktalanszálló. (Költséghatékony lenne, ha a pszichiátriai betegekre specializálódott hajléktalanszállót alakítanának ki. Ez sokkal könnyebben kezelhető lenne, mint a „vegyes” verzió).
2. Maximális terv: A fővárosban lenne olyan épület, ahol 24 órás pszichiátriai ellátást biztosítanának 2x4 ágyas ún. „fektető” részleggel, ahová bevihetnék a mentők az akut pszichiátriai zavarban szenvedő hajléktalanokat. Az ilyen sürgős beállítások általában 24 óra alatt megoldhatók, és a továbbiakban ambulánsan kezelhetők a betegek, átadva a hajléktalanokra specializálódott PG-nak. Természetesen azok a betegek, akik súlyosabbak, illetve hosszabb kezelést igényelnek, azok kerüljenek pszichiátriai osztályokra (pl. delírium, mániás állapot). Ennek előnyei: Kiszűrhetők a szociális indok alapján kórházi felvételt igénylő hajléktalanok. Kevesebb terhelés éri a kórházi pszichiátriai osztályokat, és így azonnal át lehet terelni a beteget a megfelelő

ellátó rendszerbe. Évtizedekkel ezelőtt volt a Mentőkórházban – a Szobi utcában – ún. fektető, ahová az esetkocsik vihettek bizonytalan diagnózisú beteget, akiket nem akartak helyszínen hagyni, illetve kétséges volt az átvételük a kórházba. Az itt dolgozó szakorvosnak lehetősége volt hosszabb-rövidebb ideig megfigyelni a beteget, elvégezni néhány vizsgálatot, és ennek tudatában dönthetett megalapozottan a beteg további sorsáról. Ilyen célt szolgálhatna ez a struktúra.

Összefoglalás: Csak olyan megoldás képzelhető el, amikor mind az egészségügyi, mind a szociális ellátás együttesen van jelen, és egyidejűleg. A pszichiátriai betegeknél – különösen a hajléktalanoknál – külön-külön nem lehet megosztani, egymástól elválasztani az orvosi ellátást és a szociális gondozást. A jelenlegi helyzet pazarló és csak tűzoltásra elég, a problémák és ezzel a költségek egyre nőnek.

7. Informatika – A pszichiátriai ellátórendszer adatkezelésének fejlesztése

7.1. A jelenlegi helyzet bemutatása

A pszichiátriai ellátórendszer fejlesztésének **elengedhetetlen összetevője** az esetszintű, mentális zavarokhoz kapcsolódó **egészségügyi adatok gyűjtési, továbbítási és feldolgozási lehetőségeinek a javítása**. A pszichiátriai **betegségek gyakoriságának** valamint **a betegek prognózisainak ismerete** ugyanis olyan **meghatározó alapadatnak** számít, amely **elengedhetetlen a magyarországi egészségügyi ellátás** rendszerszintű **vizsgálatához**. Jelenleg azonban nincs olyan kifejlesztett országos adatbázis, amely megfelelően strukturált adatokkal rendelkezik a pszichiátriai betegségek előfordulási gyakoriságáról, az ellátás eredményességéről, a betegutak hatáselemzéséről.

7.2. A jelenlegi helyzet problémája

A pszichiátriai ellátórendszer hatékonyságát ad-hoc, decentralizált hatáselemzésekkel nem lehet mérni. A rendszertelen módon lekérdezett és értékelt adatok nem elégségesek arra, hogy a meghatározott közép-hosszútávú stratégiai célok megvalósulását megfelelően követni lehessen.

A betegellátási **rendszer valódi hatékonyságát** elsősorban a **komplex betegútelemzés, az azokhoz kapcsolódó költséggel és egészségjavulással/romlással indikátorokon keresztül kapcsolható események** ismérveinek **folyamatos gyűjtésével és rendszerezésével** lehet értékelni, melynek módja a standardizált orvosszakmai definíciókon alapuló, populációs szinten működő, a **betegség teljes spektrumát lefedő** informatikai rendszer kialakítása és működtetése lenne, mely jelenleg nem áll rendelkezésre. Az ellátásban keletkező szöveges, nem egységesített adatok jelenlegi feldolgozhatósága igen alacsony, ezáltal akadályát képezi a hatékonyság javítását szolgáló adatgyűjtések, elemzések és indikátorrendszerek képzésének.

7.3. Az adatkezelési folyamat fejlesztésének célja

Az adatkezelési folyamat, ezen belül pedig az ezt kiszolgáló informatikai rendszer kifejlesztésének **hosszú távú célja**, hogy működése hozzájáruljon a betegségre jellemző, **hazai mortalitási mutató javításához** a pszichiátriai **ellátó rendszer hatékony működtetésén**, illetve a **betegek hatékony kezelésén** keresztül. A pszichiátriai betegek kezelése esetén rendkívül fontos a **megfelelő terápia alkalmazása, az adherencia**

monitorozása. A fejlesztés segítségével lehetővé fog válni például a betegek adherenciájának mérése, elemzése és javítása is.

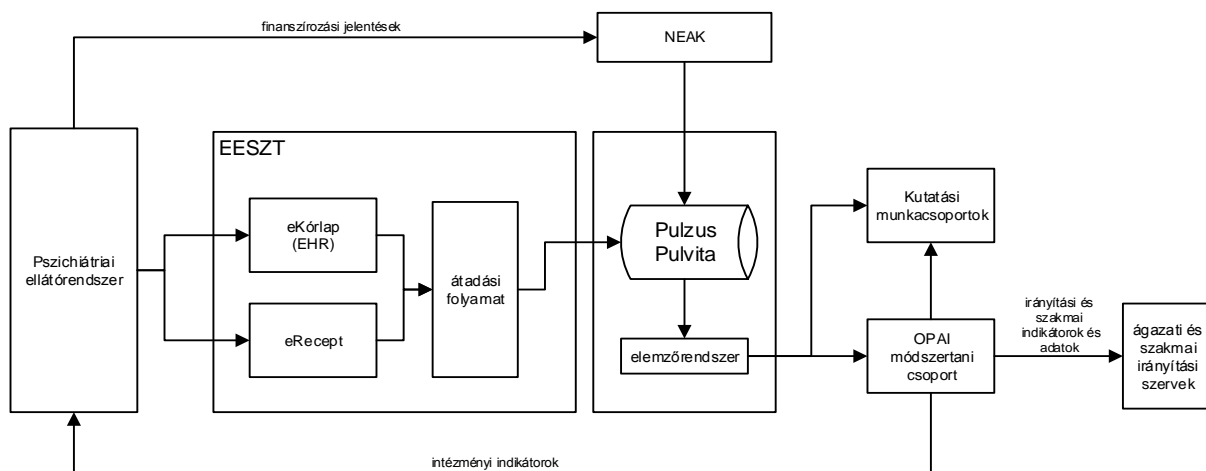
Az informatikai fejlesztés segítségével **lehetővé válik** továbbá a stratégia célok által **meghatározott megvalósítási lépések folyamatos nyomon követése**, ellenőrzése. A **betegadatok rendszerszintű vizsgálata és értelmezése** kiemelt fontossággal bír az **országos szakmai irányelvek és protokollok validálása és fejlesztése** esetén, melyet a rendszer megvalósítása nagymértékben elő fog segíteni.

A fejlesztés lehetőséget nyújt majd a betegszintű adatok vizsgálatára is, így lehetővé fog válni a pszichiátriai kezelések, **beavatkozások eredményességeinek mérése**, azok **optimalizálására**.

A számítógépes rendszer on-line statisztikai elemzéseket ad, amelynek segítségével, a definiált mérőszámok folyamatosan nyomon követhetőek lesznek. Az informatikai rendszer lehetővé teszi majd a megadott **paraméterek szerinti monitorozást**, az adatok elemzését országos és intézményi szinten is képes elkészíteni.

7.4. Az adatkezelés fejlesztésének átfogó modellje

A pszichiátria ellátás adatkezelésének megújuló folyamata teljes mértékben **illeszkedni fog** az ágazat központi adatkezelési infrastruktúráját létrehozó **EESZT** (Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér) **szolgáltatásaihoz**, ezért a pszichiátriai terület informatikai fejlesztése során a lehetséges szinergiákat és kapcsolódási lehetőségeket figyelembe kell venni.



Az EESZT-vel való összehangolás eredményeképpen az adatkezelési folyamatokat egy komplex egységben megvalósító megoldás jöhet létre, amely lehetővé teszi az ellátórendszerben (beleértve a gyógyszerellátásban) keletkezett adatok hatékony feldolgozását, elemzését és az érintett szereplők számára való elérhetővé tételét, illetve támogatja a szakmai kutatások fejlődését.

Felhasználva az ellátórendszerben keletkezett esetszintű adatok ágazati szinten egységes kezelését biztosító EESZT funkciókat, egy megfelelő adatátadási folyamat megvalósításával a pszichiátriai adatok – a GDPR követelményei szerint álnevesítve – az ágazat központi adattárházába (Pulzus/Pulvita) kerülnek. Itt nem csupán regiszterszerű feldolgozásra, de a többi ágazati intézményből (ÁEEK, NEAK, OTH) származó adatokkal való összekapcsolásra, egységes felületen történő elemzésre is mód nyílik. A széleskörű kontextusban elemezhető adatrendszer kiszolgálja egyrészt a pszichiátriai országos intézeti igényeket, másrészt kinyitja

az átfogóbb feldolgozások lehetőségét a területen tevékenykedő kutatói munkacsoportok irányában.

Mivel az EESZT-be bekerül minden ellátási esemény, illetve azok dokumentumai (zárójelentés, ambuláns lap, leletek), megvalósulhat az egy-egy szakmai protokollhoz és vagy irányelvhez tartozó ellátási események és adatok összekapcsolt vizsgálata. Ez lehetővé teszi (megfelelően strukturált, egységesített szerkezetű betegdokumentumok bevezetésével) az ellátási tevékenységek kontrollálását, a protokolltól való eltérések arányainak ellátónkénti vizsgálatát.

A keletkező adatok kiszolgálják egyrészt az országos intézet szakmai feladatainak teljesítését, másrészt a területi kutatások igényeit. Az adatkezelési folyamat eredményeképpen mind a szakmai irányítás, mind pedig az ágazati irányítás szervei pontosabb információk alapján hozhatják meg döntéseiket, illetve megnyílik a mód a minőségi indikátoroknak az ellátórendszer szereplői felé való egységes visszacsatolására.

7.5. Az adatkezelés fejlesztésének hasznosulása

A szakterület adatkezelése akkor hasznosul maximális mértékben, ha az informatikai fejlesztés erőteljesen támaszkodik az EESZT által összegyűjtött adatokra, és kihasználja az integrációnak azt az előnyét, hogy az EESZT segítségével validált, országos alapadatok érhetőek el, biztosítva az összehangolt adatmenedzsmentet és a racionalizált erőforrás-felhasználást.

A létrejövő komplex informatikai rendszer alkalmas lesz:

- A közép-hosszú távú stratégia megvalósításához megfelelő minőségű és mélységű, országos elemzések készítésére
- A működő betegellátási rendszer folyamatosan monitorozására
- A nem megfelelő betegút illetve oki kezelés feltárására, korrigálására
- Az egyes intézmények elemzésére az összesített országos eredmények tükrében,
- A pszichiátriai betegek ellátásának folyamatos követésére és értékelésére
- A betegek korai és késői kezelésének követésére,
- Terápiát / betegellátási rendszert elhagyó betegek korai detektálására
- A gyógyszeres kezelések eredményességének mérésére, különösképpen kezeléshez tartozó terápiahűség (adherencia), gyógyszerkiváltási hajlandóság megállapítására
- Országos irányelvek és protokollok szerinti ellátási formák azonosítása, a protokollok betartására vonatkozó elemzések elvégzése
- A lekódolt szuicid kísérleti valamint befejezett öngyilkossági esetek korelőzményeinek feltárására, ok-okozati összefüggés **megállapítására**

A fenti eredményekre alapozva – különös tekintettel a betegutak és kezelések optimális beállítására - az alábbi mutatók javulása következhet be:

- Betegséghez fűződő mortalitási ráta csökkenése
- Befejezett öngyilkosság számának csökkenése
- Szuicid kísérletek csökkenése,
- Rehospitalizáció csökkenése (Adherencia javítás okán)
- Pszichiátriai betegek kezeléséhez kapcsolódó direkt költségek csökkenése
- Társadalmi költségek csökkenése
- Betegek munkavállalási lehetőségének emelkedése (elsősorban részmunkaidőben)
- Pszichiátriai betegségben szenvedők **hajléktalansági rátájának csökkenése**

A mutatók (indikátorok) képzésének, matematikai értékelésének és követhetőségének a feltétele, a forrásul szolgáló adatmezők az ellátási adatokból való feltöltése, gyűjtése. Erre a

komplex informatikai rendszer megvalósítása során lesz lehetőség. (Az EFOP 1.9.6 A3-informatikai projektben már elindult dokumentumegységesítés lehetővé teszi a kódolt adatok rögzítését, ami már be tud kerülni az EESZT megfelelő moduljába (e-Kórlap, e-Profil), amelyhez a pszichiátriai szakma most csatlakozott)

7.6. Az informatikai fejlesztés megvalósítása

Az adatkezelési folyamatok megújítása és fejlesztése részben szervezetfejlesztési, részben pedig informatikai fejlesztési feladatokat tartalmaz.

A fejlesztés kiemelt feladata a megfelelő szakmai és módszertani háttérrel biztosító **szervezeti egység létrehozása**, az országos intézet bázisán.

A módszertani egység feladatai közé tartozik a szakterület adatáramlásának folyamatos felügyelete, a szakmai elemzések elvégzése, a szakterületi és ágazati döntéshozatal támogatása, a megfelelő szakmai kódrendszerek és indikátorok kidolgozása és nyomon követése, a szakterületet érintő szakmai kutatás támogatása.

A magas minőségű megvalósítás érdekében definiált csapat összeállítása szükséges:

- Orvos-szakmai Tanácsadó: 2 fő
- Informatikus: 1 fő
- Statisztikus: 1 fő
- Epidemiológus: 1 fő

A megerősített szakmai tevékenység biztosítása érdekében az alábbi **informatikai fejlesztési** feladatokat kell elvégezni:

- Az ellátórendszerből gyűjtendő feldolgozható adatok és dokumentumok tartalmi és informatikai egységesítése
- Az EESZT-ben tárolt adatok szakmai elemzésre alkalmas formában történő átadása a központi ágazati adattárháznak (Pulzus/Pulvita)
- A pszichiátriai szakmai követelmények beépítése a központi ágazati elemzőrendszerbe (pl. szakmaspecifikus lekérdezések kidolgozása)
- A módszertani szervezeti egység adatkezelési, adatelemzési tevékenységét szolgáló szoftver és hardver infrastruktúra létrehozása
- Az ellátórendszer intézményei felé történő visszacsatolást szolgáló informatikai eszközrendszer biztosítása

8. A pszichiátriai ellátás európai harmonizációja

A lelki egészség kérdésköre, a prevenció, a mentális egészség és a mentális betegségek népegészségügyi jelentősége, valamint a pszichiátriai ellátó rendszer fejlesztésének szükségessége a magyar EU csatlakozást követően (2004. május) került európai szinten a fókuszba.

8.1. Előzmények az Európai Unióban

- Az Európai Unió a lelki egészség megőrzését az elkövetkezendő évtizedek egyik legfontosabb prioritásának határozta meg, és a WHO-val együttműködve valamennyi, 53 európai országot összefogó egészségügyi programot fogadott el. (A WHO, 2005. január 12-15. Helsinkiben, **Európai Miniszteri Konferencia „Európai Nyilatkozat a Mentális Egészségről - Szembenézve a kihívásokkal, megoldásokat keresve.”** EUR/04/5047810/6, 2005. január 14.)
- A Helsinkiben tartott konferenciát követte 2005. október 14.-én útjára bocsátott **Zöld Könyv** (Green Paper), „A lakosság mentális egészségének javítása. Az EU mentális egészségügyi stratégiájának kialakítása” címmel.
- Az Európai Bizottság konklúzióját követően, a Zöld Könyv folytatásaként jött létre **„A Lelki Egészség Európai Paktuma” (LEEP)**. A Bizottság szándéka szerint a Paktum pragmatikus és cselekvés orientált, átlátható, szektorok közötti program volt, amely többek között a döntéshozókkal, a szakmai és társadalmi szervezetekkel, valamint az érintett polgárokkal, továbbá elsősorban a WHO-val és más nemzetközi szervezetekkel való kooperációval történt. A Paktum, a meghatározott öt prioritás mentén, tematikus konferenciákon keresztül próbálta érvényesíteni a közösen kitűzött cél, egy lelkileg egészségesebb, gazdaságilag versenyképesebb Európa jövőképe érdekében. Az akkor megfogalmazott elsődlegességek a mai napig változatlanul érvényesek. Öt tematikus konferencia került megrendezésre: - A fiatalok lelki egészsége és a lelki egészség az oktatásban, (Stockholm, 2009. szeptember 29-30.)
 - Az öngyilkosság és a depresszió megelőzése (Budapest, 2009. december 10-11.),
 - Az idős emberek lelki egészsége (Madrid, 2010. június 28-29.),
 - A stigma és a szociális kirekesztés elleni küzdelem (Lisszabon, 2010. november 8-9.)
 - A lelki egészség a munkahelyi környezetben került megvitatásra. (Berlin, 2011. március 3-4)
- A LEEP sorozat zárása képpen a magyar EU elnökség alatt, (2011-ben) került elfogadásra – Magyarország és a magyar szakértők hathatós hozzájárulásával – a **Tanácsi Következtetések**. (Council conclusions on 'The European Pact for Mental Health and Well-being: results and future action' 3095th EMPLOYMENT, SOCIAL POLICY, HEALTH and CONSUMER AFFAIRS Council meeting - Health issues - Luxembourg, 6 June 2011)

A dokumentum hangsúlyozza, hogy a mentális zavarok előfordulásában, a lakosság mentális egészségi állapotát illetően komoly egyenlőtlenségek mutatkoznak: a gazdasági szempontból hátrányos helyzetű csoportok a legsérülékenyebbek. A mentális zavarok rontják az életminőséget, a munkaképességet és a szociális részvételt. A társadalmi-gazdasági terhekkel kapcsolatban a Következtetések leszögezi, hogy a mentális zavarok gyakran vezetnek a foglalkoztatottság, a termelékenység és a munkaképesség, csökkenéséhez, elvesztéséhez. Az EU-ban a fogyatékossgal töltött életek legnagyobb része e mentális zavarokra, elsősorban

az affektív - és szorongásos zavarokra vezethető vissza. Mindez komoly terhet jelent az érintett személyek, családok és közösségek, az egész társadalom számára.

Figyelemmel arra, hogy minden tagállamot sújtó problémáról van szó, a Következtetések a tagállamok közötti együttműködést sürgeti, elsősorban az egészségpolitika, a programok, az indikátorok összehangolása és a „jó gyakorlatok” átvétele, elterjesztése terén.

A Következtetések kiemeli továbbá a felhasználók, családtagjaik, gondozóik, valamint a társadalmi szervezetek bevonását a szakpolitikai intézkedésekbe. Aláhúzza a mentális zavarokkal foglalkozó kutatások fontosságát. Felhívja a figyelmet arra, hogy a mentális zavarok kockázati tényezői és következményei egyaránt túlterjeszkednek az egészségügy határain, ezért elengedhetetlen az ágazati együttműködés, így például a szociális ügyek, a lakhatási politika, a foglalkoztatás és az oktatás innovatív partnersége is.

- A Tanácsi Következtetések követte az EU tagállamainak az **ún. Közös Akciója (Joint Action on Mental Health and Wellbeing, 2013-2016)**, amely a lelki jól-lét és a mentális betegségekkel kapcsolatos tagállami, elsősorban a politikák szintjén megjelenő kihívásokat és a jó gyakorlatokat igyekezett összegyűjteni és bemutatni. (<http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/>) Ebben a projektben Magyarország kiemelkedő szerepet vállalt, a Depresszió-öngyilkosság-e-egészség munkacsomag vezetésével, (SE Magatartástudományi Intézet), valamint a Közösségi Pszichiátriai Ellátás (SE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika) és a Munkahelyi Lelki Egészség (Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar) munkacsomagokban való részvétellel is.
- Ennek folytatásaként jött létre az ún. **EU Compass on Action on Mental Health and Wellbeing (2016-2018)**, amely az EU 3-ik Egészségügyi Keretprogramából (2014-2020) finanszírozott projekt, amely a tagállami jó-gyakorlatokat gyűjti össze, és teszi elérhetővé. A prioritások között a depresszió ellátása, az öngyilkosság megelőzése, a pszichiátriai ellátó rendszer elérhetőségének a javítása, a munkahelyi lelki egészség, a közösségi pszichiátria alapú ellátás fejlesztése, valamint integrált kormányzati/ kormányzási vezetés jó gyakorlatainak az elterjesztése szerepelnek.

8.2. Az Európai Bizottság 2017-ben felállított egy kormányzati szakértői csoportot, hogy segítse az EU Tagállamok egészségügyi célkitűzésének elérését, amely az egészség-promóciójára, a betegségek megelőzésére és a nem-fertőző betegségek menedzselésének a segítésére vonatkozik. (**Steering Group on Health Promotion, Disease Prevention and Management of Non-Communicable Diseases - the Steering Group on Promotion and Prevention, or SGPP**). Az egészségügyi egyenlőtlenségek, a táplálkozás, a fizikai aktivitás és sport, a dohányzás és a káros alkohol-használat csökkentése, a szűrések, valamint a daganatos megbetegedések, a pszichiátriai megbetegedések, a kardiovaszkuláris kórképek, a ritka betegségek, diabétesz szerepelnek más betegségekkel együtt a prioritások között. Az SGPP csoport ún. jó-gyakorlatokat azonosít, melyek mentén tervezik a project-támogatásokat kialakítani.

8.3. Az Európai Unió és a WHO

Az Európai Unió a mentális egészség és jól-lét területén valamint a mentális betegségek megelőzésével kapcsolatosan is szorosan együttműködik az Egészségügyi Világszervezettel (WHO).

8.3.1. A WHO a mentális egészségügy területén globális és európai akciótervet dolgozott ki.

- WHO Global Mental Health Action Plan (adopted at WHA in May 2013)
- WHO European Mental Health Action Plan (adopted at RC in Izmir, Sept 2013)

A WHO 2013-ban közzé tette a közgyűlése által elfogadott **Lelki Egészség Európai Akció Tervét**. Ezt Magyarország is aláírta. Az ebben szereplő prioritások a következők:

- I. Mindenkinek egyenlő lehetősége van arra, hogy az egész élete folyamán megvalósítsa mentális jól-létét, különösen azok, akik a legsérülékenyebbek vagy veszélyeztetettek.
- II. A mentális egészség problémákkal küzdő emberek teljes jogú állampolgárok, akiknek az emberi jogait értékelik, megvédik és fejlesztik.
- III. A mentális egészségügyi ellátás hozzáférhető és megfizethető, a közösségben az igényeknek megfelelően elérhető
- IV. Az emberek jogosultak tiszteletteljes, biztonságos és hatékony kezelésre, részt vesznek a döntésekben.
- V. Az egészségügyi rendszer jó fizikai és mentális egészségügyi ellátást nyújt mindenkinek.
- VI. A mentális egészségügyi rendszer jól koordinált partnerségben működik más szektorokkal együtt.
- VII. A mentális egészség irányítását és a végrehajtást helyes információk és tudás vezérlik.

8.3.2. Öngyilkosság prevenció

2014-ben a WHO közzé tette a **világ öngyilkossági riportját**. A magyar szakértők ezen a területen kimagasló munkássággal rendelkeznek, és aktívan részt vettek a riport elkészítésében, valamint prezentációjában.

8.3.3. Demencia program

2017-ben indította útját a **WHO demencia elleni világméretű cselekvési terve. (WHO Global action plan on the public health response to dementia 2017 – 2025)**. Ennek első fázisában, egy világméretű felmérés pilóta előkészítésében Magyarország is részt vett. Az öregedő populáció miatt idős-ügyi és nemzeti demencia – ellenes stratégia kidolgozását javasolják.

8.3.4. A WHO magyarországi programjai a mentális ellátórendszer vonatkozásában

A lelki egészség megőrzése, a mentális betegségek megelőzése és kezelése szempontjából a Magyarországon is, a WHO kiemelt szerepet lát el. Külön szakmapolitikai jelentőséget ad ennek az is, hogy a WHO Európai Regionális Közgyűlése 2017. szeptemberében Budapesten volt, továbbá az is, hogy a WHO Európai Irodájának igazgatója dr. Jakab Zsuzsanna folyamatosan támogatja a magyar egészségügyi kormányzatot. 2013.-ban a magyar miniszterelnök, Orbán Viktor Úr a WHO korábbi főigazgatójától Margaret Chen asszonytól

kérte, egy a mentális ellátórendszert érintő szakértői elemzés és javaslatot, amely 2014-ben készült el, és a mai napig érvényes ajánlásokat tartalmaz.

A 2017 szeptemberében, Budapesten tartott WHO Európai Regionális Közgyűlés kapcsán a Pszichiátria és Pszichoterápia Tagozat és Tanács közös rendkívüli ülésén (a WHO Magyarországi Irodája, az EMMI, NEAK delegáltjai is részt vettek), a WHO magasrangú vezetői felajánlották, hogy stratégia kialakításában, véleményezésében, a mentális ellátórendszer finanszírozásának fejlesztésében, és valamennyi aktuális szakmai kérdésben továbbra is konzultációt biztosítanak, amennyiben erre felkérés érkezik.

8.3.5. Összefoglalva

- az EU-ban az egészségügyi ellátás tagállami kompetencia
- ettől függetlenül célszerű és szükségszerű az EU és más nemzetközi ajánlások és folyamatok figyelembevétele, azok kiaknázása, a különböző testületekben való aktív részvétel, hiszen többek között a mentális egészség és a mentális betegségek, ellátásuk Magyarországon is a nemzetközi trendeket követik, és gyakran csak együttműködéssel lehet hatékonyan fellépni a megelőzésük és kezelésük érdekében
- a Visegrádi 4-ekkel való együttműködés fontos és kiaknázandó (ld. másik fejezetekben a jó-gyakorlatokat)
- a WHO Európai Irodájával való folyamatos együttműködés, a WHO 2014-es magyar mentális ellátórendszert érintő részletes beszámoló jelenti elsősorban azokat a lehetőségeket, amelyeket egy, az ellátórendszert érintő stratégia/terv kidolgozásában szükséges kiaknázni.
- cselekvési terv és ehhez kapcsolt finanszírozási tervezet nélkül a stratégia nem hatékony

9. A pszichiátriai kutatás-fejlesztés helyzete és szerepe

A pszichiátriával kapcsolatos kutatásokban számos tudományág/diszciplína képviselői vesznek részt (pl. biológia, idegtudományok, kémia-gyógyszerkutatás, közgazdaságtan, neurológia, pszichológia), az alapkutatásokban is képviselt (pl. Nemzeti Agykutatási Program). Az elmúlt 10 évben Magyarországról 914 magasan idézett közlemény jelent meg, ebből 23 jelent meg a pszichiátria és pszichológia területén (a két területről külön nem áll rendelkezésünkre adat), ezzel a 23 tudományág közül ez a két terület együttesen a 14. helyet foglalta el hazánkban.

A pszichológia és a pszichiátria együttes teljesítménye a többi területhez képest Magyarországon érte el a legjobb, de még így is szerény helyezést.

A hazai klinikai pszichiátriai kutatási-fejlesztési kapacitás és teljesítmény 4 egyetem pszichiátriai klinikáihoz, doktori iskoláihoz és az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézethez (OPAI) fűződik.

Ahhoz, hogy a pszichiátriai ellátás és oktatás kb. arra a színvonalra kerülhessen, mint ami az ország jelenlegi helyzetében elvárható (pl. egy főre eső GDP vagy más szakmák helyzete alapján), ahhoz elengedhetetlen a kutatói utánpótlás kérdésének a megoldása és részben sürgős infrastrukturális fejlesztések is szükségesek. A négy egyetemi klinika és az OPAI humán erőforrás ellátottságában meg kellene világosan jelennie a klinikai kutatói rétegnek, akiket kevesebb betegellátó és oktatói feladat terhel.

A kutatási infrastruktúra fejlesztés terén óriási a lemaradás az agyi képalkotókhoz (strukturális és funkcionális MRI, EEG, MEG, stb.) való hozzáférésben, mely sürgős és kiemelkedő feladatként jelölhető ki. Az OPNI bezárásával megszűnt/eltűnt a gyógyszerek vérszintjét montírozó labor. A 2018-nak megfelelő technológia szerencsére „benn van” az országban (komplex farmakogenetikai és gyógyszer plazmaszint meghatározást végző labor, pl. Tóth és mtsai, 2017); egy ilyen labor létrehozása hiánypótló lenne a betegellátásban és lendületet adhatna gyógyszerekkel kapcsolatos klinikai kutatásoknak. A pszichiátriai genetikai kutatásokhoz elengedhetetlen a laborok fejlesztése, biobankok léterhozása és az informatikai fejlesztés. A korszerű neuropszichológiai kutató eszközök nélkül (agyi képalkotók, szemmozgás követő; neuropszichológiai tesztek) számos pszichiátriai kutatás nem megvalósítható. A „big data” (NEAK adatbázis) sokat segíthet a pszichiátriai betegségek megismerésében, ebben nemzetközileg is élen járunk, azonban a folytatáshoz a jelenlegi egyetemi számítógépes kapacitás fejlesztésre szorul.

Végül érdemes röviden szólni a pszichiátriai betegségekre irányuló kutatások járulékos hasznairól, melyek nem fejezhetők ki nemzetközi publikációkban és impakt faktorokban. A pszichiátriai szakma elfogadottságát, presztízsét, sőt a fiatal kollégák megszólításán keresztül az utánpótlását is nagyban növeli, ha nemzetközileg sikeres kutatási projekteket képes felmutatni. A páciensek és hozzátartozóik, továbbá a döntéshozók felé is pozitív üzenetet jelent, ha a szakma a pszichiátriai betegségek jobb megértésén és a pszichiátriai betegségek által sújtott személyek jobb életminőségéért fáradozik.

10. Pszichiátria és jog

10.1. Gyermekek és ifjúságpszichiátria

Beleegyezés a kezelésbe

A hatályos jogszabályok rendelkezéseiből nem egyértelmű, hogy ha a gyermek közös szülői felügyelet alatt áll, akkor kell-e mindkét szülő beleegyezése a pszichiátriai-pszichológiai

kezelésekhez. A gyakorlat sem egyértelmű ebben a kérdésben, vannak ellátó helyek, amelyek csak mindkét szülő egybehangzó nyilatkozata esetén vállalják a kezelést, vannak, amelyek szakmailag indokolt esetben elégségesnek tartják az egyik szülő beleegyezését. Ez nem csak a szűkebb értelemben vett egészségügyi ellátásra vonatkozik, hanem egyéb ellátásokra is (gyermekvédelem, iskolapszichológus, stb.) és a(z igazságügyi szakértői) vizsgálatokra is.

Javaslat: A másik szülő értesítése, amennyiben nem tiltakozik a vizsgálat, kezelés, stb. ellen, akkor az legyen folytatható a másik szülő kifejezett beleegyezése nélkül is. (Mi legyen, ha a másik szülő tiltakozik. A kezelőorvos/a kezelésben részt nem vevő szakember véleménye döntsön. Fekvőbetegnél ilyen esetben kötelező bírósági felülvizsgálat.

16. életévét betöltött, cselekvőképességében nem érintett személy – az invazív beavatkozások kivételével – maga dönthessen. Közvetve ma is ez a helyzet, mert bizonyos alakításokkal meghatalmazhat cselekvőképes személyt, aki helyette gyakorolhatja a beleegyezés jogát, ha már végső soron megadjuk neki a jogot, minek bonyolítsuk az eljárást.

Intézeti gyógykezelés bírósági felülvizsgálata

A hatályos szabályozás alapján minden esetben kötelező kiskorúak esetében a bírósági felülvizsgálat. A gyakorlatban többnyire ez nem valósul meg, egyrészt, mert alig van GYIP szakértő, másrészt a bíróságok nem tartják indokoltnak számos esetben a felülvizsgálatot (pl. enuresis nocturnás, önkéntesen felvett, semmiféle korlátozó intézkedés hatálya alatt nem álló gyermekek, stb.)

Javaslat: Az esetkör meghatározása, ahol a bírósági felülvizsgálat továbbra is legyen kötelező. (Ez nem pusztán jogi kérdés, nem lehet az akarata ellenére felvett gyerekekre szűkíteni, pl. Münchhausen by proxy miatt). Igazságügyi szakértő alkalmazása ne legyen kötelező, a véleményt adhassa a beteg kezelésben részt nem vevő GYIP szakorvos is.

16. életévét betöltött, önkéntesen felvett, korlátozás hatálya alatt nem álló, nem cselekvőképtelen állapotú személy tiltakozhasson a bírósági felülvizsgálat ellen. (Esetleg bizonyos időn túli – pl. 30 napos – kezelés esetén legyen csak kötelező önkéntesen felvettnél is.)

16. életévüket betöltött személyek fekvőbeteg intézeti elhelyezése

A hatályos szabályozás alapján 18. életévüket nem betöltött személyek főszabályként jogszerűen nem kezelhetők felnőtt pszichiátriai osztályon. A gyakorlatban a jogszabályokat lerontó közigazgatási aktusok, illetve szokásjog „alapján” a 16-18 év közötti kiskorúakat gyakran kezelik felnőtt osztályokon tárgyi, személyi feltételek és a megfelelő hatósági engedélyek hiányában.

Javaslat

Szakmai javaslatunk az ún. átmeneti intézmények létrehozása, amely a 16-22 éves korosztálykezelését biztosítaná. Ehhez jogi szempontból az ilyen osztályok minimumfeltételeinek megalkotása szükséges.

10.2. Felnőtt pszichiátria

Pszichiátriai fekvőbeteg intézetbe szállítás

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 10. § (5) bekezdése szerint korlátozó intézkedést csak orvos, illetve szakápoló rendelhet el, mentőtiszt nem. Ha a mentőegységnek nincs szakápoló tagja sem, akkor elvileg minden ilyen esetben rendőr közreműködését kellene kérni, ha a beteg nem működik együtt a kórházba szállítással.

Javaslat

Teljes mértékben indokoltnak tartjuk, hogy a mentőtiszt is jogosult legyen korlátozó intézkedések alkalmazására. Ez nem csak a mentés esetén lenne szükséges, hanem az emelt

biztonsági fokozatú osztályra történő átszállításkor is. Javasoljuk az Eütv. megfelelő módosítását.

A beteg akarata ellenére történő intézeti elhelyezés

A beteg akarata ellenére történő intézeti elhelyezés jogalapja a (közvetlen) veszélyeztető magatartás. Ezek a magatartások számos formában nyilvánulhatnak meg. Az Eütv. ezekről szóló, jelenleg hatályos szabályai álláspontunk szerint ezzel szemben a gyakorlat számára nehezen értelmezhető „gumiszabálynak” tekinthetők.

Az Eütv. hatályos szabályai nem teszik lehetővé, hogy az akarat ellenére felvett beteg önkéntesként folytathassa a kezelést a bírósági felülvizsgálat előtt. A törvényi előírás betartása esetén elvileg minden sürgősséggel felvett betegnek az intézetben kellene megvárnia a bírósági felülvizsgálatot. Az esetek jelentős részében ez felesleges, mert a beteg már nem igényel intézeti kezelést (lezajlott szuicid krízis, stb.) vagy a kezelést önkéntesen folytatja akár a fekvőbeteg intézetben, akár ambulánsan. A gyakorlatban törvényrontó szokásjog érvényesül, a beteget elbocsátják a fekvőbeteg intézetből, ha állapota már nem igényel osztályos kezelést.

Javaslat: A gyakorlati szakembereket kellő részletességgel orientáló szabályozás terjedelme a jogszabályi kereteket szétfeszítené, célszerűbbnek tartjuk a szabályokat szakmai szabályban, pl. irányelvben rögzíteni.

Javasoljuk továbbá az Eütv. módosítását akként, hogy a beteg – amennyiben a kezelőorvosa ezzel egyetért – a törvényben kimondott, egyértelmű szabályok alapján önkéntesen folytathassa a kezelést, illetve elbocsátható legyen az intézetből.

Kötelező fekvőbeteg intézeti gyógykezelés, korlátozó intézkedések

A sürgősségi intézeti felvételt igénylő akut esetek nagy része esetén a beteg állapota hullámzó, állandóan változik, ide értve azt is, hogy időnként (közvetlen) veszélyeztető magatartást tanúsít, máskor pedig nem. A hatályos szabályozás nem rendelkezik a kötelező gyógykezelés kereteiről, szakmai tartalmáról, időtartamáról. A korlátozó intézkedésekről szóló szabályok csak a beteg aktuális állapotát ismerik el a korlátozás jogalapjaként. Az aktuálisan (közvetlen) veszélyeztető magatartást nem tanúsító betegek esetén a hatályos szabályozás nem teszi lehetővé, hogy a beteget a múltbeli kórelőzmények, és/vagy a jövőbeli kockázatok felmérése alapján lehessen korlátozni, akarata ellenére gyógykezelni. Ez nem felel meg az uniós tagállamok többsége szabályozásának, gyakorlatának.

A bírósági felülvizsgálat során hozott határozat csak fehér, vagy fekete lehet, a bíróság elrendeli a beteg kötelező intézeti gyógykezelését, vagy elrendeli azonnali hatályú elbocsátását. Az uniós tagállamokban ezzel szemben ismert olyan gyakorlat is, amely határozott idejű kötelező gyógykezelést is ismer. Ennek megfelelően az igazságügyi elmeszakértő előtt is csak az a két lehetőség áll, hogy véleményében vagy javasolja a beteg kötelező gyógykezelését, vagy ezt nem tartja indokoltnak.

Javaslat: Az igazságügyi elmeszakértő tehessen javaslatot a beteg határozott idejű kötelező gyógykezelésére, a bíróság a szakértői vélemény ismeretében dönthessen ennek megfelelően is. A szabályozás ilyen módosítása csak akkor életszerű, ha a korlátozó intézkedések ebben az időszakban akkor is alkalmazhatók lesznek, ha a beteg aktuálisan nem tanúsít (közvetlen) veszélyeztető magatartást, de kötelező gyógykezelése a hosszmetzeti kép alapján indokolt. Természetesen a beteg számára biztosítani kell e tekintetben is a jogorvoslat lehetőségét.

A beteg elbocsátása az intézetből

A sürgősségi, illetve kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelés hatálya alatt álló pszichiátriai beteg intézetből való elbocsátása kapcsán jelenleg a gyakorlatban a jogalkalmazók körében jelentős jogbizonytalanság tapasztalható. Az Eütv. 199. § (1)

bekezdése szerint a sürgősségi intézeti felvétel akkor indokolt, ha a pszichiátriai beteg közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsít, és ez csak azonnali pszichiátriai intézeti gyógykezelésbe vétellel hárrítható el. Az Eütv. 199. § (9) bekezdése úgy rendelkezik, hogy a pszichiátriai intézetből el kell bocsátani a beteget, ha intézeti gyógykezelése a továbbiakban nem indokolt.

A jelenleg hatályos szabályozás (az Eütv. és a pszichiátriai betegek intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól szóló 60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendelet, a továbbiakban: R.) csak a korlátozó intézkedésként alkalmazható eljárásokról szól, azonban nem szabályozza azt, hogy a kötelező gyógykezelés vajon túlterjeszkedhet-e a korlátozásokon, vagy sem. Ennek az a jelentősége, hogy a korlátozó intézkedések a jogszabályok alapján kizárólag az aktuálisan fennálló (közvetlen) veszélyeztető magatartás elhárítására alkalmazhatók. Az érintett ellátotti kör kapcsán lényeges szempont az, hogy milyen lehetősége van az egészségügyi dolgozónak akkor, ha a (közvetlen) veszélyeztető magatartás megszűnt, illetve aktuálisan nem észlelhető. Elfogadható az az érvelés is, hogy mivel a 199. § egy folyamatot ír le, a beteget akkor kell elbocsátani, ha már nem tanúsít (közvetlen) veszélyeztető magatartást. Ugyanakkor az az értelmezés is indokolható, hogy a két törvényhely más életviszonyt szabályoz. Az Eütv. 199. § (1) bekezdése a sürgős intézeti felvételtől rendelkezik, ugyanakkor a bírósági eljárás a sürgősségi felvétel indokoltságáról és a kötelező gyógykezelés elrendeléséről dönt. Szakmailag a pszichiátriai intézeti gyógykezelés nem csak (közvetlen) veszélyeztető magatartás tanúsítása esetén indokolt, hanem ennél lényegesen szélesebb tüneti körben.

A pszichiátriai betegek nagy része teljesen tisztában van azzal, hogy milyen feltételekkel kell elbocsátani őt az intézetből. Még a súlyos betegek nagy része is képes rövid ideig tüneteit elfedni, eltitkolni (disszimulálni) és így elérni, hogy az Eütv. fent említett első értelmezése alapján elhagyhassa az intézetet. A betegek elég jelentős részénél a (közvetlen) veszélyeztető magatartás csak meghatározott személyekkel (például a beteg téves eszméiben szereplő családtagokkal, másokkal) kapcsolatban áll fönn, az egészségügyi dolgozókkal szemben nem, sőt, a beteg akár biztonságban érezheti magát a pszichiátriai intézetben. Megjegyezzük, hogy korábban ismételt sor került a jogbizonytalanság tisztázását célzó egyeztetésekre, de egyértelmű jogértelmezés nem született.

Javaslat: A jogbizonytalanság feloldása az Eütv. megfelelő módosításával, amely egyértelműen rögzíti a beteg elbocsátásának szabályait.

Az Eütv. 200. §-a szerinti kötelező kötelező gyógykezelés

A kötelező gyógykezelés jogalapja a veszélyeztető magatartás, a beteget az intézetből el kell bocsátani, ha gyógykezelése már nem indokolt. Ez utóbbi fordulat a gyakorlat számára alig értelmezhető, különösen azért, mert a gyógykezelés jelző nélkül szerepel. Azok a betegek, akiknek kötelező gyógykezelése szükséges (lenne), főszabályként olyan mentális zavarban szenvednek, amely hosszadalmas, nem ritkán élethossziglani gyógykezelést igényelnek. Ha a jogszabályt így értelmezzük, akkor a beteg elvileg igen hosszú ideig tartható az intézetben, amennyiben ezt a bírósági felülvizsgálat is jóváhagyja. De a fentiekben kifejtettek alapján lehet olyan értelmezés mellett is érvelni, amely szerint a veszélyeztető magatartás megszűntekor a beteget el kell bocsátani. Mutatis mutandis hasonló jogbizonytalanság merül fel tehát, mint amelyeket fentebb a sürgős intézeti felvételt követően elrendelt kötelező gyógykezelés kapcsán már érintettünk.

Javaslat: A fekvőbeteg intézetből történő elbocsátás, a kötelező gyógykezelés során a korlátozó intézkedések alkalmazási szabályainak egyértelmű rögzítése az Eütv.-ben és az R.-ben, hasonló módon az Eütv. 119.§-a szerinti kötelező gyógykezeléshez.

Emelt biztonsági fokozatú pszichiátriai osztályok

Az ezzel kapcsolatos szabályozási és egyéb kérdések külön projekt részét képezik. Itt csak annyit említünk, hogy a fentiekben érintett jogi problémák rendezése, a megfelelő jogalkotási lépések nélkül az emelt biztonsági fokozatú osztályok nem működtethetők rendeltetésszerűen.

Ambuláns kötelező gyógykezelés

Az uniós tagállamok jelentős részében nem csak fekvőbeteg intézeti, hanem ambuláns kötelező gyógykezelés is ismert. Ennek oka, hogy a pszichiátriai betegek nagy részének betegségbelátása hiányos, vagy hiányzik, ezért a fekvőbeteg intézetből történő elbocsátásuk után nem szedik a gyógyszereiket, nem működnek együtt a szükséges ambuláns kezeléssel. A szakirodalom következetes adatai alapján ez az esetek elsöprő többségében előbb-utóbb visszaeséshez, ismételt fekvőbeteg intézeti felvételekhez vezet. Az ismételt visszaesések rontják a betegség prognózisát, szubjektív szenvedéshez, az egyéni, családi társadalmi betegségterhek jelentős növekedéséhez vezetnek.

Javaslat: A jogalkotónak meg kellene alkotnia az ambuláns kötelező gyógykezelés jogintézményét, alkalmazásának szabályait (elrendelés feltételei, az igazságügyi szakértő szerepe, bírósági felülvizsgálat, korlátozó intézkedések). Ezek a szabályok lényegében hasonlóak lehetnek, mint a fekvőbeteg intézeti kötelező gyógykezelés szabályai, azzal, hogy fizikai korlátozások ambulánsan értelemszerűen nem alkalmazhatók.

A személyi szabadságon kívüli betegjogok korlátozása

Álláspontunk szerint az Eütv. és a gyógyintézetek működési rendjéről, illetve szakmai vezető testületéről szóló 43/2003. (VII. 29.) ESzCsM rendelet nem szabályozza kellő részletességgel azt, hogy a személyi szabadságon kívüli, egyéb betegjogok milyen mértékben és módon korlátozhatók. A tulajdonjogok korlátozásának egyáltalán nincs közvetlen jogszabályi alapja. Nem található semmiféle jogszabályi alap, amelynek alapján elvehető lenne a betegtől a ruhája, a mobiltelefonja, bármilyen személyes használati tárgya, a pénze, stb.-stb. Hasonló szabályozatlanság, jogbizonytalanság tapasztalható egyéb betegjogokkal kapcsolatosan is – pl. vajon honnan vezethető le az, hogy egy intézményben éppen 10 éves kor a látogatás korhatára.

Az egyes korlátozásokkal kapcsolatosan csak „közvetett” jogalap lelhető fel – pl. az Eütv. 11. §-a korlátként a betegtársak jogainak tiszteletben tartását, a betegellátás zavartalanságát említi. Azonban ez és a hasonlóan általánosságban fogalmazó egyéb szabályokból egyrészt nem vezethető le minden – egyébként szakmailag indokolt – korlátozás, másrészt az általános megfogalmazás, a „gumiszabály” jelleg nem nyújt elég segítséget a jogalkalmazóknak a (beteg)jogi szempontból nem kifogásolható házirendek megalkotásában.

Ugyanakkor nyilvánvalóan szakmai szempontból indokolt a betegek tulajdoni jogainak korlátozása az Eütv.-ben említett okok mellett akár saját érdekében is. (pl. szuicid veszély esetén, higiénés okból a saját ruha viselése, cselekvőképtelen állapotban az értékek magánál tartása, stb.) Ezeknek a korlátozásoknak a szabályozását az Eütv. a házirendbe utalja. Azonban aggályos, hogy olyan alapvető emberi jogokat, mint pl. a tulajdonjogot csak egy jog alatti norma korlátozzon.

Javaslat: Az említett betegjogok korlátozásának alapvető szabályait törvényben kell rögzíteni, ilyen irányú jogalkotásra van tehát szükség, a szakmai szempontokat kellően figyelembe vevő, a jelenleg hatályos szabályozásnál szélesebb tárgyi kört felölelő, részletesebb jogi szabályozás jelenthetne megoldást. Csak így lenne csökkenteni a joghézagokat, a jogbizonytalanságot is, amit az okoz, hogy a házirendek intézetről intézetre eltérőek. A jogi szabályozatlanság kiküszöbölésével lehet visszaszorítani az önkényes, kiterjesztő jogértelmezéseket és az ezeken alapuló „szokásjogokat”, elejét venni az ezek miatti jogvitáknak.

10.3. Gerontopszichiátria

A szabályozás nagy része nem különbözik a felnőtt pszichiátriától. Némileg eltérők a zavart idősök korlátozásának okai, gyakorlata. Ezeket a betegeket nem csupán a szűk értelemben vet (közvetlen) veszélyeztető magatartásuk miatt kell korlátozni, hanem abból a célból, hogy ne kóboroljanak el az osztályról, megakadályozzák az elesésüket, ágyról való leesésüket, ne húzzák ki az infúziójukat, stb. Vitatható, hogy az. R. szabályainak tárgyi hatálya mennyiben terjeszthetők ki ezekre a lényegében balesetvédelmi célú korlátozásokra. Ugyanakkor nincs az R.-hez hasonló részletes szabályozás, amely az ilyen korlátozásokról szólna. Ez egyébként nem csak a pszichiátriai osztályok problémája.

Javaslat: Szükséges lenne a balesetek megelőzést, a kezelés zavartalan elvégzését biztosító rendeleti szintű szabályozás megalkotására.