

Unió forrásokból fejleszthet a pszichiátria

Interjú Dr. Németh Attilával,
az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet főigazgatójával

Mint arról Ónodi-Szűcs Zoltán egészségügyért felelős államtitkár tavaly októberi sajtótájékoztatóján beszámolt, az Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program (EFOP) keretében több milliárd forintnyi fejlesztési forrás érkezik az egészségügybe. A pszichiátriai ellátást érintő, ez év elején induló projektekről lapunk Pszichiátriai Rovatának vezetője, az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet (OPAI) főigazgató főorvosa, a Magyar Pszichiátriai Társaság vezetőségi tagja, Dr. Németh Attila tájékoztatja olvasóinkat.

– A pszichiátria mely területei részesülhetnek uniós forrásokból az EFOP keretében?

A pszichiátria négy kiemelt területét érintik az EFOP fejlesztések: a gyermek- és ifjúságpszichiátriát, az országos pszichiátriai gondozóhálózatot, a vidéki aktív pszichiátriai osztályokat és bizonyos szakellátásokat, mint amilyen az emelt biztonságú pszichiátriai ellátás, a krízis-intervenció és az addiktológia. A pályázatás lezajlott, az igények felmérését az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) – mint a program gazdája – 2016 utolsó negyedévében elvégezte, a valós érdemi munka ez év elején kezdődhet meg.

KIHÍVÁSOK ELŐTT A GYERMEKPSZICHIÁTRIA

– Milyen alappondolat mentén kívánják megvalósítani a gyermek- és ifjúságpszichiátriai ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztésére kiírt projektet?

A fejlesztés stratégiai célja, hogy javuljon a 18 év alatti lakosság mentális egészségi állapota, és biztosított legyen az esélyegyenlőség az egészségügyi ellátórendszer korszerű és költséghatékony működése mellett. Ennek megvalósulása érdekében meg kell teremteni a működéshez szükséges struktúrát és szakmai feltételeket a gyermekpszichiátria és gyermekaddiktológia területén. A pályázati kiírás kitér az elsődleges, másodlagos és harmadlagos prevenció előtérbe helyezésére, az átlátható betegutak kialakítására és a szükséges szakmai szabályozó anyagok összeállítására is.

– Milyen konkrét fejlesztéseket terveznek?

Felújításra kerülnek a meglévő – meglehetősen kisszámú – gyermekpszichiátriai osztályok, továbbá egy új gyermekpszichiátriai osztály fog létesülni Miskolcon. Emellett fejlesztik a gyermekpszichiátriai gondozóhálózatot is, új gondozók kialakításával. Továbbra is problémát jelent, hogy igen kevés a gyermekpszichiáter szakember. A humán erőforrás kapacitások feltétlenül bővítésre szorulnának, ám a pályázat nem biztosít erre pénzügyi fedezetet.

– Milyenek látja a 14-18 éves korosztály pszichiátriai ellátásának helyzetét? A gyermek, vagy a felnőtt pszichiátria kompetenciájába tartoznak a serdülőkorúak?

A válasz egyértelmű, hiszen a törvény szerint a 18. életévüket be nem töltött mentális betegek ellátása a gyermekpszichiátria feladata. Ugyanakkor ez a terület igen ellentmondásos. Könnyű belátni, hogy nem lehet ugyanabban a kórteremben elhelyezni a hároméves autistát és a tizenhét éves drogfüggő beteget. A serdülők pszichiátriai ellátása már csak azért is fejlesztésre szorul, mert ebben az életkorban kezdődik sok komoly pszichiátriai betegség. Foglalkozni kell a tizenéves drogosokkal, kényszeresekkel, pszichotikusokkal, evészavarral küzdőkkel éppúgy, mint az óvodás, kisiskolás korú betegekkel. Ehhez profilírozni kell, olyan osztályokat kialakítani, ahová eleve nem vesznek fel 14 év alatti gyermeket. A gyermekpszichiátereknek fel kell készülniük arra, hogy saját hatáskörben el tudják látni a nagyon agresszív gyermekpszichiátriai eseteket is.

ÚTON A BETEGBIZTONSÁG FELÉ

– Tudomásom szerint az agresszív magatartású betegek humánus elkülönítése a felnőtt pszichiátriai ellátórendszerben is megoldásra vár. Lesz mód ilyen irányú fejlesztésre az EFOP keretében?

Igen, az OPAI területén egy ún. high security osztályt alakítunk ki, ahol a nagyon agresszív, pszichotikus betegeket fogjuk elhelyezni és kezelni. A tervek szerint egy 30 ágyas osztályt fogunk létrehozni, egyszemélyes kórtermekkel. Ezzel egy hosszú évek óta húzódozó problémát oldunk meg, hiszen emelt biztonságú pszichiátriai osztállyal eddig egy hazai intézmény sem rendelkezett, szemben az európai országok legtöbbszörével, ahol nem egy, hanem több ilyen egységet is működtetnek. A pszichomotoros nyugtalanság és agresszivitás kezelése speciális infrastruktúrát, képzett személyzetet igényel. Többnyire drogindukált pszichotikus állapotról van szó, amit igen nehéz megfékezni, főként, ha adott esetben egy százkilós betegnél lép fel zavartság. Ehhez az ellátási formához betegenként minimum két fő személyzettel kell számolni. Az ápolószemélyzet speciális képzésének anyagi fedezetére igérvényt kaptunk, az oktatás megszervezése a mi feladatunk lesz.

– Elegendő lesz egyetlen intézmény ennek a problémának a kezelésére?

Azt gondolom, hogy az akut szakaszt tudjuk kezelni. Egy pszichotikus beteg – akár drogindukált, akár nem – pacifikálása három-négy hét alatt megoldható, ezt követően a normál pszichiátriai osztályon folytatódhat az ellátása. Elvileg mi ezt

vállaltuk. Nehezebb kérdés a kezelhetetlen – például veleszületett oligofrén – betegek ellátása, akik nem csak mentálisan retardáltak, hanem impulzívok is. Az autista betegek egy részénél is felléphet olyan agresszivitás, ami nem gyógyítható. Ezeknek a pácienseknek a krónikus ellátását nem lehet aktív osztályon megoldani, mivel ez az adott osztály „bedulolásához” vezetne.

– Ha már szóba került a droghasználat, felmerül a kérdés: foglalkozik-e a pszichiáter szakma a dizájner drogok problematikájával?

A mi feladatunk a gyógyítás, a prevenció viszont társadalmi szintű cselekvést igényel. Szakmailag annyit tehetünk, hogy kezeljük az intoxikált, drogindukált állapotot. Az OPAI-ban működtetjük az ország legnagyobb betegforgalmú drogambulanciáját. A nehézséget az okozza, hogy egy molekulán végzett apró változtatással olyan új szert tudnak előállítani, amelyik nem szerepel a tiltólistán, azaz elvileg szabadon használható. Míg a nyolcvanas évek végétől az országba begyűrűző „klasszikus” kábítószeres – például a heroin, vagy a kokain – beazonosítása nem okozott problémát, addig az utóbbi évtizedben egy új korszak nyílt meg a beazonosíthatatlan drogok megjelenésével. Emiatt egy gyakorlatilag kezelhetetlen helyzettel állunk szemben, ám – hangsúlyozom –, ez társadalmi probléma, nekünk a gyógyítással kell foglalkozni.

– Az EFOP fejlesztés az addiktológiára is kiterjed?

Igen, az OPAI Addiktológiai Osztálya is megújításra kerül. Ugyanebben a projektben a Péterfy Sándor utcai Kórház Krízisintervenció és Pszichiátriai Osztályát átköltöztetik az Alsó erdősor utcából a kórház központi épületébe. Az osztály különleges profilja immár harminc éve a krízisintervenció és a szuicidológia. Pszichoterápiás jellegű segítséget nyújtanak a lélektani krízis állapotába került személyeknek, olyan klienseknek, akik valamely nehéz élethelyzet, vagy veszteség révén beszűkült lelkiállapotba kerültek, és saját erejükből nem tudnak túljutni a problémás helyzeten. Segítséget kaphatnak olyan – egyébként súlyos elmebetegségben nem szenvedő – betegek is, akiknek szuicid gondolataik, illetve készítéseik vannak, illetve öngyilkosságot kíséreltek meg.

– A betegbiztonság kérdéséhez kapcsolódik a Sürgősségi Betegellátó Osztályok (SBO) közreműködése a betegfelvételben. Sikerült mára megvalósítani az SBO-kapus szűrési rendszert?

Igen, az SBO-kapus szűrés az ország szinte összes betegellátó intézményében megvalósult, ami jelentős eredményként könyvelhető el. Tavaly egy vitafórum keretében megvitatottuk a kérdést az országban működő pszichiátriai osztályok főorvosaival, és mindössze egyetlen intézményből jelezték, hogy nem az SBO-n keresztül történik a betegfelvétel. Bár korábban még elhangoztak ellenérvek, mára sikerült konszenzusra jutnunk abban, hogy minden betegnek – beleértve a pszichiátriai betegeket is – át kell esnie az SBO szűrőjén. Azért fontos, hogy a pszichiátriai tünetet mutató betegeket is a sürgősségi osztályon lássák el első vonalban, mert ott tör-

ténik meg az egyéb szervi eltérések kizárása, ami nem pszichiátriai feladat. Amennyiben a vizsgálatok nem igazolnak a pszichiátriai tünetek mögött húzódó szomatikus okokat, a pszichiátriai osztály fogadja a beteget. Adott esetben azonban kiderülhet, hogy az SBO-ra érkező páciensnek például sürgős ellátást igénylő szívinfarktusa, vagy subdurális hematómája van.

– Mivel érveltek azok, akik elleneztek az SBO-kapus szűrést?

Az ellenérv úgy szólt, hogy részeg ember ne legyen az SBO-n. Véleményem szerint azonban a sürgősségi osztályoknak nem az ittas állapotot kell ellátniuk, hanem a fekvő részeget. Azt a személyt, aki nem tud a saját lábára állni, ki kell vizsgálni, hogy kiderüljön, van-e neurológiai, traumatológiai, belgyógyászati, vagy egyéb egészségügyi problémája. Mára sikerült elérni, hogy az egészségügyi szolgáltatók 90 százalékában működik ez a rendszer.

MEGÚJULNAK A GONDOZÓK ÉS AZ AKTÍV OSZTÁLYOK

– Milyen célkitűzést hivatott megvalósítani a gondozóhálózat fejlesztése?

A fejlesztés célja, hogy javuljanak a pszichiátriai és addiktológiai gondozás infrastrukturális feltételei. Ennek eredményeként várhatóan javul a pszichiátriai és addiktológiai betegek lakossághoz közeli egészségügyi ellátáshoz való egyenlő hozzáférése. A jobb körülményeknek köszönhetően csökkenhet a pszichiátriai és addiktológiai fekvőbeteg ellátás terhelése, és javulni fog a lakosság mentális egészsége.

– Az ország egész területén működő gondozókra kiterjed a fejlesztés?

A Közép-Magyarországon kívül eső régiókban működő gondozók felújítására van lehetőség a pályázat keretein belül. Ez meglehetősen nagyszámú gondozót érint, a munkát az ÁEEK koordinálja. A negyedik projekt a vidéki aktív pszichiátriai osztályok felújítását foglalja magában. A pszichiátriai és addiktológiai osztályok az ellátás infrastrukturális feltételeit tekintve jelentős különbségeket mutatnak szakterületen belül is, más szakterületekhez viszonyítva pedig még jelentősebb az elmaradásuk. A pszichiátriai betegek nem ritkán a szomatikus osztályoktól távoli épületekben, vagy az adott kórház-épület legkevésbé komfortos osztályain kerülnek elhelyezésre. Számos esetben a különböző ellátási igényű betegek közös kórtermekbe kerülnek, megnehezítve az ápoló személyzet helyzetét és a biztonságos betegellátást. A fejlesztés általános célja, hogy olyan infrastrukturális és gyógykezelési körülmények kerüljenek biztosításra a pszichiátriai és addiktológiai betegek részére, amelyek megfelelő kereteket és szakmai feltételeket biztosítanak az adekvát kezelésekhöz. E fejlesztés stratégiai célja, hogy javuljon a pszichiátriai és addiktológiai szakellátások minősége és az ellátáshoz való egyenlő hozzáférés, valamint erősödjön meg a hazai pszichiátriai és addiktológiai ellátórendszer.

– Mely kórházakban fog megtörténni a fejlesztés?

Elsősorban a megyei kórházakban működő osztályok felújítását javasoltuk. Jómagam Debrecenben, Kecskeméten, Győrben és Tatabányán jártam személyesen, és követtem figyelemmel az előkészületeket. Megtörténik a pszichiátriai fekvőbeteg osztályok infrastruktúrájának korszerűsítése, valamint a berendezés, a bútorok, a szükséges eszközök beszerzése, esetlegesen betegágyak biztosítása a speciális ápolást igénylő betegek számára. A korszerű infrastruktúra-hoz kapcsolódóan sor kerül a helyi betegellátás folyamatának felülvizsgálatára és a megújuló környezethez történő adaptációjára.

Mekkora összeget biztosít az EFOP mindennek a megvalósítására?

A gyermek- és ifjúságpszichiátria fejlesztésére 6 milliárd forintot, a pszichiátriai ellátórendszer strukturált fejlesztésére 2,5 milliárd forintot lehet majd a pályázat keretein belül fordítani. Körülbelül 4-4 milliárd forint jut az aktív pszichiátriai osztályok és a pszichiátriai gondozók megújítására. Reményeink szerint a fejlesztések révén jelentősen javulni fognak a pszichiátriai és addiktológiai ellátás körülményei.

– Végezetül ejtsünk néhány szót arról, hogy éves vándorgyűlésére készül a Magyar Pszichiátriai Társaság. Mely szakmai témára fókuszál az idei konferencia?

Kiemelt témánk lesz a szkizofrénia, amely még mindig a legizgalmasabb és a legkevésbé körülhatárolt kórkép, és amelynek a rendszertani besorolása az évszázadok során sokat változott. Erről a betegségről sokféle aspektusból lehet beszélni, és a különböző megközelítések még mindig nem jutottak közös nevezőre. Jelenleg ott tartunk, hogy ún. szki-

zofrénia spektrumról beszélünk, azaz nem egy jól körülhatárolt betegségnek, hanem többféle kórképet és tüneti képet magában foglaló gyűjtőfogalomnak tekintjük a szkizofréniát. Ennek szellemében fogjuk megtárgyalni vándorgyűlésünk plenáris ülésén a szkizofrénia kérdéskörét, és körbejárni azt a kórkép biológiájától kezdve a gyógyszeres és pszichoterápián át a közösségi ellátásig.

– Hol tart ma a szkizofrénia gyógyszeres kezelése?

Az első nagy áttörést a második generációs antipszichotikumok – hat-hét korszerű gyógyszer – megjelenése jelentette az 1990-es években. Újabb mérföldkőhöz értünk, amikor a gyógyszergyárak ezen hatóanyagokból tartós hatású gyógyszereket fejlesztettek ki. Ezek az injekciós készítmények kb. egy hónapra biztosítják a hatóanyag egyenletes vérszintjét. Napjainkban pedig sokat várunk a legújabb antipszichotikum tartós hatású injekciós készítményétől, amely immár háromhavi egyenletes vérszintet biztosít. A gyógyszer háromhavonta egyszer történő beadása várhatóan nagymértékben javítani fogja a betegek együttműködését, és véleményem szerint gazdasági szempontból is előnyös lesz a finanszírozó számára. Kedvezőnek tűnik a készítmény mellékhatás-profilja is a klinikai vizsgálatok eredményei alapján. Egy új terápia hatékonyságának, klinikai alkalmazhatóságának megítéléséhez azonban legalább három-öt évre van szükség. Ezért az, hogy ez a gyógyszer milyen helyet fog elfoglalni a terápiás palettán, a jövőben fog kiderülni. Úgy gondolom, hogy az innovatív gyártók versenye folyamatosan bővíti a lehetőségeinket a szkizofrénia kezelésében, és az új és még újabb gyógyszerfejlesztések végső nyertesei pedig a betegek lesznek.

Boromisza Piroska

NÉVJEGY



Dr. Németh Attila pszichiáter szakorvos. 1978-ban végzett a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen. Öt évig az Újpesti Kórház Neurológiai Osztályán dolgozott, majd az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetbe került, ahol megkezdhetette pszichiátriai tanulmányait. A következő állomás a Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem Pszichiátriai Tanszéke, ahol 12 éven át egyetemi adjunktus volt. 1994-ben lett az orvostudomány kandidátusa. 1998-tól

a Nyíró Gyula Kórház II. Pszichiátrijának osztályvezető főorvosa volt, ahol – többek között – bevezette a kényszerbetegek új terápiás módszerét, valamint újrarendítette a művészetterápiát. 2006-tól a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika docenseként vezette az ambulanciát, és 2009-ben az itt helyet kapó Országos Pszichiátriai Központ szakmai igazgatója lett. 2012 augusztusától a Nyíró Gyula Kórház főigazgató főorvosa, valamint 2013 júniusától az újonnan megalakuló Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet főigazgatója.