

A pszichiátriai szakma javaslatai a szakmapolitika felé, az egészségi állapot javítása céljából

A pszichiátriai szakma az alábbiak szerint foglalja össze a területen leginkább szükséges egészségpolitikai lépéseket, az öngyilkosság megelőzés, a hajléktalan pszichiátriai ellátás és a demencia ellátás területén

I. ÖNGYILKOSSÁG MEGELŐZÉSI PROGRAM

Helyzet

Hazánkban még mindig az egyik legmagasabb a szuicid ráta az Európai Unió országai között. A nyolcvanas évek közepén volt a legtöbb befejezett öngyilkosság (közel 5000 fő), innen kezdve fokozatosan csökkent 2006-ig (kb. 40%-kal). A 2007-es egészségügyi reform a pszichiátriai ellátórendszert szétzilálta (az OPNI bezárása, az aktív ágyak 22%-os csökkentése, a pszichiátriai gondozók fix finanszírozásának 50%-os elvonása), és – bizonyos mértékig – ennek következményeként a szuicid ráta csökkenése megállt, sőt enyhén emelkedett egészen 2010-ig. 2011 óta ismét javuló tendencia figyelhető meg. A legutóbbi, 2016-os adat (n=1763) alapján az elmúlt 5 év során több mint negyedével csökkent a befejezett szuicidumok száma, ami nemzetközi viszonylatban is figyelemre méltó. Ilyen mértékű csökkenést csak Dániában észleltek, ahol Nemzeti Szuicid Prevenációs programot és Szuicid regisztert vezettek be.

Az öngyilkos magatartást számos tényező váltja ki, illetve befolyásolja. Biológiai, pszichológiai és szociális faktorok egyaránt szerepet játszanak. A befejezett öngyilkosságok hátterében leggyakrabban valamilyen pszichiátriai betegség áll, elsősorban hangulatzavar (depresszió, bipoláris affektív zavar) és a szenvedélybetegségek, de nem ritka szkizofréniában, bizonyos személyiségzavarokban (pl. borderline) sem. A pszichiátriai betegségek mellett rizikó tényezőnek tekinthetők a krízisállapotok, az időskor, az egyedüllét, a munkanélküliség és a hajléktalanság. Tehát az öngyilkosság prevenció komplex biológiai (pszichiátriai, farmakológiai), pszichológiai és szociális intervenciót igényel társadalmi (politikai) támogatással kiegészítve.

Javaslat

A szuicid ráta csökkentése érdekében javasolt beavatkozások három csoportra oszthatók.

1. Univerzális (társadalmi szintű): Ide tartoznak a környezettel kapcsolatos döntések (a magasból ugrás szempontjából veszélyes helyek megközelítésének nehezítése, a szerencsejáték és az alkohol, illetve drogprobléma kezelése (pl. ittas vezetés büntetése).

2. Szelektív beavatkozás: A rizikócsoportok kiszűrése és figyelemmel kísérése. Pl. időskorúak, egyedülállók, a „broken home-ban” felnövő gyermekek, pszichiátriai zavarokban szenvedők stb. Eszköz: pl. kockázatbecslő kérdőívek használata az alapellátásban és a szakellátásban.

3. Célzott beavatkozás: Az öngyilkossági kísérletet elkövetők és a magas rizikócsoportba tartozó pszichiátriai betegek (komorbid állapotok) megfelelő terápiába vonása és gondozásba vétele (pl. esetmenedzser segítségével).

Bevonandó körök:

- Fekvőbeteg ellátó pszichiátriai osztályok
- Járóbeteg ellátó pszichiátriai és addiktológiai szakambulanciák, szakrendelések, gondozók
- Házi orvosok
- Lelki Elsősegély Telefonszolgálat (LESZ)
- Pszichiátriai Betegek Otthona
- Időskorúak Szociális Otthona
- Hajléktalan szállók
- Egyházak
- Gyermekvédelem (pl. Nevelési tanácsadók, iskolapszichológusok)

Bevonandó foglalkozási körök

– meghatározva a kompetencia körüket

- pszichiáterek, gyermekpszichiáterek, addiktológusok
- pszichológusok, klinikai szakpszichológusok
- szociális munkások

Módszer

A különböző munkahelyeken és munkakörökben dolgozó 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. Például minimális programként legyen minden eü. intézményben krízisintervencióhoz értő pszichológus, történjen minden betegnél egy kockázat felmérés stb. Maximális célként készüljön el – Dániához és más európai országokhoz hasonlóan – egy Nemzeti Szuicid Regiszter, és egy Szuicid Prevenációs Program. A stratégia megvalósítása (oktatás, adatgyűjtés, elemzés stb.) államilag támogatott legyen, és a legjobban teljesítőket (szuicid ráta legnagyobb csökkenése alapján) anyagilag is jutalmazhassuk. (Ez utóbbira vonatkozóan az OPAI főigazgatója részéről megtörtént az első lépés).

II. A DEMENS BETEGEK ELLÁTÁSA

Helyzet

Az összes neurológiai és pszichiátriai betegség közül – a hangulatzavarok mellett – a demencia jelenti a legnagyobb költséget az állam számára. Ebbe 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 intézményben elhelyezni
- egyházak által működtetett szociális otthonokban elhelyezni
- magán szociális otthonban elhelyezni

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.

Megoldási javaslat

1. 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.
2. Támogatni kellene az idősek ellátására specializálódó magánvállalkozásokat adókedvezménnyel vagy kedvező kamatozású kölcsönrel.

3. Érvényt kell szerezni a szülőtartási kötelezettségnek (ez csak papíron működik, a hozzátartozók nem veszik komolyan).

III. A HAJLÉKTALAN PSZICHIÁTRIAI BETEGEK ELLÁTÁSA

Általános jellemzők

1. A pszichiátriai betegségek jelentős része (szervedélybetegség, pszichózisok) krónikus lefolyású. A terápia célja a tünetmentesség elérése lehet, és nem a teljes gyógyulás (azaz visszaesés bármikor bekövetkezhet).
2. Sok pszichiátriai betegnél hiányzik a betegségbelátás, ezért nem szedik be a felírt gyógyszert (non-compliance), és emiatt következik be visszaesés újabb hospitalizációval (ez az ún. „forgó-ajtó rendszer”). Ezért nélkülözhetetlen a gondozás, a rendszeres találkozás a kezelő teammel.
3. Kezelés nélkül a betegségek általában súlyosbodnak, amely nagymértékben kihat az illető szociális helyzetére (válás, lakás és munkahely elvesztése stb.) is.
4. A hajléktalan betegeknél sokkal gyakoribb a pszichiátriai zavar, mint a lakhatással rendelkezőknél, átlagosan.

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 a meghatározó (szociális munkások, mint esetenedzserek). A hajléktalan pszichiátriai betegek leggyakrabban az alábbi csoportokba sorolhatók tüneti kép alapján:

1. Pszichotikusok: szkizofréniában vagy bipoláris zavarban (régiben néven 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 lásd alább.
2. Öngyilkos magatartásra hajlamos egyének: többségük depresszióban és/vagy szerfüggőségben szenved. Az alapbetegség tisztázása és megfelelő kezelése önmagában hatékony szuicid prevenció.
3. Szerfüggők, szervedélybetegek (alkoholisták, drogfüggők, játékszervedélyesek): 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.

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 Központi Ágynyilvántartó (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 beszállításra 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, amely figyelne a gyógyszer bevitelére, illetve észrevenné az állapotrosszabbodást. Ha a hajléktalan szállón pszichiátriai tapasztalattal vagy ismeretekkel rendelkező szociális munkások dolgoznának, az sokat segítené. A pszichiáterek szívesen képeznének 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!

Megoldási javaslat – ez 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 irányíthatóak távozáskor 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 költséghatékonyág 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 beszállítások 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, 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, amelyben mind az egészségügyi, mind a szociális ellátás együttesen van jelen, és egyidejűleg. A pszichiátriai betegeknel – 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.



*Dr. Németh Attila PhD,
Nyíró Gyula Országos Pszichiátriai és
Addiktológiai Intézet főigazgató
Szakmai Kollégium Pszichiátria és
Pszichoterápia Tagozat vezető*