

Pszichiátriai osztályon kezelt betegek szociális intézménybe történő elhelyezésének nehézségei

Dr. Papp Éva, Dr. Gazdag Gábor

Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház, I. Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály

A pszichiátriai osztályon kezelt betegek egy részének az otthoni ellátása megoldatlan, ezért szociális otthoni elhelyezése szükséges. A szociális otthoni férőhelyek korlátozott száma miatt az elhelyezésre váró betegek gyakran hosszabb időt töltenek a pszichiátriai osztályon. Célkitűzés: annak felmérése, hogy átlagosan mennyi időt töltenek a betegek a pszichiátriai osztályon a szociális otthoni elhelyezést megelőzően. Módszerek: vizsgálatunk során a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház I. Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztályán 6 hónapos időszak alatt szociális otthoni elhelyezésre került beteg adatait elemeztük. A különböző alapbetegségek, illetve a beteget szociális helyzete alapján összehasonlítottuk a várakozási időket. Eredmények: az átlagos várakozási idő 4,8 hónap volt, leghosszabb ideig a szenvedélybetegek otthonában történő elhelyezésre kellett várniuk a betegeknek. Következtetés: a hosszú távú elhelyezést nyújtó intézmények kapacitásának a bővítése mind a betegek, mind az egészségügyi ellátórendszer tehermentesítése szempontjából sürgető lenne. A költségvetés szempontjából is megtakarítást jelentene a szociális otthoni elhelyezést igénylő betegeknek a költségesebb kórházi ágyról minél gyorsabb áthelyezése a szociális rendszerbe.

Difficulties of Transferring Psychiatric Patients into Social Care. Home care for some of those patients hospitalized in a psychiatric Ward is unsolved, thus they have to be transferred to social care. Due to the limited number of beds in social institutes, patients waiting for being transferred often spend longer time on the psychiatric wards. Objective: to assess the average time patients spend on the psychiatric ward before being placed to a social institute. Methods: in our study, we analyzed data of those patients who were transferred to a social institute in a 6-month period in the 1st Psychiatric and Psychiatric Rehabilitation Department of the Jahn Ferenc South Pest Hospital. We compared the waiting time based on the different primary disease and the social status of the patients. Results: The average waiting time was 4.8 months and it was the longest for patients being placed into the home of addict patients. Conclusion: expanding the capacity of long-term social facilities would be urgent for both patients and the healthcare system. From a budget point of view, it would also be a saving to move faster the patients, who need social housing, from the more expensive hospital beds to the social system.

BEVEZETÉS

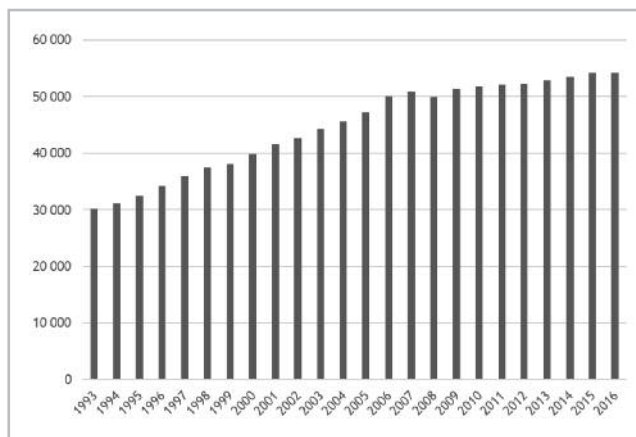
A pszichiátriai betegségek jelentős része krónikus betegség, ami a rendszeres szakorvosi kontroll és megfelelő compliance mellett sem tehető tünetmentessé. A krónikus pszichiátriai betegek sorsát, azt, hogy életüket családi körben, a társadalomban élik, vagy bentlakásos szociális otthoni elhelyezésre kerülnek, számos körülmény határozza meg. Ezek közül a legfontosabbak az elérhető családtagok száma, hajlandósága az ápolásban, felügyeletben való részvétellel, valamint a család anyagi helyzete. A gondoskodó környezet hiányában, az alapbetegség szerint különböző intézményi elhelyezésre lehet a betegnek szüksége: a major pszichiátriai kórképek esetében pszichiátriai betegek otthonában, idős ill. demens betegek esetében idősök otthonában ill. ezen belül speciálisan demens betegek számára kialakított részlegben. Addiktológia problémák esetében szenvedélybetegek otthonában, ill. mentális retardáció esetében értelmi fogyatékosok otthonában.

Idős, szellemi hanyatlásban szenvedő betegek elhelyezése

A demencia prevalenciája a társadalmunk elöregedésével évről-évre nő. A 65 év feletti lakosság 2001-ben 1 544 980 fő volt, míg 2016-ra ez a szám 1 796 579-re emelkedett [1]. Ennek a korosztálynak átlagosan a 8%-át érinti a demencia [2] (2001-ben 123 598 fő, míg 2016-ban 143 726 fő). A 90 év feletti lakoságnál ez az arány már 30%-os, így 2001 és 2016 között az érintettek száma több mint megnégyszereződött ebben a korcsoportban. (90 év felettiak száma 13 498 vs. 59 170, demenciában szenvedők száma: 4049 vs. 17 751).

Az idősotthoni ill. ezen belül demens részlegre történő elhelyezéssel kapcsolatban a valós igények nehezen felmérhetők. Az utóbbi évek klinikai tapasztalata az, hogy egyre több olyan idős beteg kerül pszichiátriai osztályra felvételre, akiknek vagy nincs hozzátartozója, vagy a beteg ápolásáról, felügyeletéről nem tud a család gondoskodni, így ezek a betegek az akut ellátást követően, további pszichiátriai teendő hiányában sem küldhetők haza.

A demenciával diagnosztizált betegek számára elhelyezést nyújtó intézmények kapacitása alig nőtt az elmúlt évek során. 2001-ben 41 597 főt láttak el idősök otthonában, ill. gondozóházban, míg 2016-ra ez a szám 54 239-re nőtt csupán (ezen belül a demens részleg kapacitására nincs pontos adat) [3]. Lásd részletesen az 1. ábrán.



1. ábra
Időskorúak otthonában, gondozóházban ellátottak száma 1993-2016 között (KSH)

Értelmi fogyatékos betegek elhelyezése

A mentális retardáció prevalenciája a populációban 1%, a súlyos esetek aránya 0,3-0,5% közé tehető. Magyarországon ez kb. 30 000-50 000 főt érint [4]. Az értelmi fogyatékosok otthonaiban ellátottak száma 2001 és 2016 között kismértékben csökkent – 15 439 főről 15 268 főre [5]. A rendelkezésre álló férőhelyek a súlyos esetek felének ellátására sem elegendők.

Pszichiátriai betegek elhelyezése

A pszichiátriai betegek otthonaiban lakók többsége vagy a szkizofrénia spektrumába tartozó, vagy a bipoláris zavar valamelyik formájában szenved. A szkizofrénia prevalenciája 0,8 % körülire tehető, így ez Magyarországon kb. 80 000 főt érint, míg a bipoláris zavar prevalenciája 2-3% közé tehető, ami 2-300 000 beteget jelent egy adott időpontban [6].

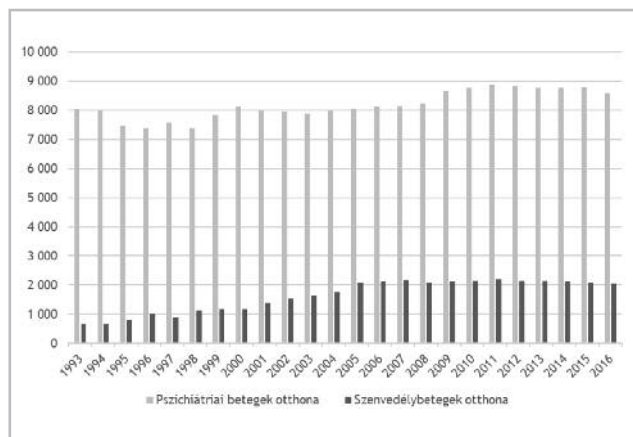
A pszichiátriai betegek otthonában ellátottak száma 2001-ben 7.962 volt, ami 2016-ra 8.596-ra nőtt mindösszesen, ami a töredéke a valós igénynek [7]. Részletesen lásd a 2. ábrán.

Szenvedélybetegek elhelyezése

A különböző mértékű alkoholproblémával küzdők számát Magyarországon a populáció 5-10 %-ára teszik, azaz 500 000 és 1 000 000 közötti csoportot érint a probléma [8].

A szenvedélybetegek otthonában ellátottak száma 2016-ban összesen 2063 fő volt (2001-es 1.390 főhöz képest csak kis mértékben növekedett a férőhelyek száma). Ez a férőhely-szám jelentősen elmarad attól a kapacitástól, amire ezen krónikus betegcsoport ellátásához szükség lenne [9]. Részletesen lásd a 2. ábrán.

Különösen nehéz hosszútávú elhelyezést biztosítani azoknak a betegeknek, akiknek az anamnézisében több kórkép szerepel. A pszichiátriai gyakorlatban nem ritka az az eset, hogy egy korábbi drogfogyasztás talaján pszichotikus kórkép alakul ki és a későbbiek során ennek megfelelően történik a kezelése. Ezek a betegek azonban rendre elutasí-



2. ábra
Pszichiátriai ill. szenvedélybetegek otthonában ellátottak száma 1993-2016 között (KSH)

tásra kerülnek a pszichiátriai betegek otthonából a szerfogyasztás miatt, miközben a szenvedélybetegek otthonába sem nyernek felvételt a major pszichiátriai kórkép miatt. Hasonló probléma áll fenn az alkoholfogyasztás talaján kialakult demencia esetében is. Gyakran a közepesen súlyos, illetve a súlyos kognitív hanyatlás mellett a beteg már évek óta absztinens, de mégsem fogadják az időotthonok demens részlegén az előzményben szereplő alkoholprobléma miatt.

CÉLKITŰZÉS, MÓDSZEREK

Vizsgálatunkban arra kerestünk választ, hogy a pszichiátriai osztályon kezelt betegek hosszútávú elhelyezésére mennyi idő után kerül sor, illetve, hogy ezt a betegség típusa, valamint a betegek szociális helyzete hogyan befolyásolja.

Hat hónapon át (2017. május 1. és október 30. között) vizsgáltuk a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház I. Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztályán fekvő, szociális intézményi férőhelyre váró betegek elhelyezésének alakulását.

Vizsgáltuk a várakozási időt intézménytípusok szerint, illetve a betegek jövedelme alapján is. Jövedelem szerint a betegeket három csoportra osztottuk: 100 ezer Ft alatt, 100-150 ezer Ft között, illetve 150 ezer Ft feletti jövedelemmel rendelkezőkre.

EREDMÉNYEK

A vizsgált időszak alatt összesen 42 beteg került elhelyezésre (25 nő és 17 férfi). Az elhelyezett 42 fő esetében az átlagos várakozási idő 4,8 hónap volt, azonban ezen belül igen nagy eltéréseket találtunk az ellátást nyújtó intézmény típusa, illetve a beteg jövedelme alapján. Sintén egyenlőtlenségeket tapasztalunk nemek szerint, a férfiak átlagos várakozási ideje 6,4 hó volt, szemben a nők 3,7 hónapos átlagos várakozási idejével.

Leghosszabb várakozási idővel a szenvedélybetegek otthonában történő elhelyezés járt. A fél év során összesen egy betegünk került be, 2 éves várakozást követően. Bár min-tánkban egy beteg elhelyezésére került sor értelmi fogyaté-

kosok otthonába 2 hónapon belül, egyre gyakrabban szembeesülünk azzal a gyakorlattal, hogy ezen betegpopuláció esetében is az ismételt hospitalizált beteg elhelyezését végül a kórházi osztályon kénytelen megvárni (mivel otthon nem tudják ellátni, a gyógyszerbevitelről nem tudnak gondoskodni). A legrövidebb várakozási időre a krónikus ápolási részlegek esetén lehetett számítani, mindössze 1,3 hónap. Hasonlóan rövid várakozási időt tapasztaltunk demens részlegek esetében is (1,9 hó), ezekben azonban szerepet játszhatott az elhelyezett betegek magasabb jövedelme is.

A pszichiátriai betegek otthonára átlagosan 8,5 hónap volt a várakozási idő (8 fő), nemek alapján érdemi eltérés nem volt tapasztalható (ffi: 8 hó, nő: 9,3 hó). Az alacsonyabb jövedelemmel rendelkező betegek elhelyezéséhez közel kétszer annyi időre volt szükség, mint a magasabb jövedelműeknél (100 ezer Ft alatt – 10,6 hó, 100-150 ezer Ft között – 5,6 hó).

Az idősothonok esetében az átlagos várakozási idő 3,5 hónap volt (15 fő). Kifejezett különbség volt észlelhető nemek alapján, a nők 1,8 hónapos, míg a férfiak 7 hónapos várakozási idővel számolhattak. Szintén jelentős különbségek voltak észlelhetőek a jövedelem alapján. A legalacsonyabb (100 ezer Ft alatt) jövedelmi csoportba tartozók 8,5 hónapos, míg a legmagasabb (150 ezer Ft felett) jövedelmi csoportban 1,3 hónapos várakozást követően foglalhatták el a helyüket az otthonban.

Az idősothonok demens részlegére történő elhelyezésnél átlagosan 4 hónapos várakozási idővel kellett számolni (12 fő). Itt is jelentős különbség volt észlelhető a jövedelmi szint alapján. Alacsonyabb jövedelem mellett (100 ezer Ft alatt) 7,8 hónapos várakozási idővel szemben magasabb jövedelmi csoportban (150 ezer Ft felett) mindössze 1 hónapos várakozási időt tapasztaltunk.

A legrövidebb várakozási időt a krónikus ápolási részlegek esetében észleltük: 1,3 hónap (5 fő), azonban itt volt a legnagyobb a magasabb jövedelműek aránya (3 fő).

MEGBESZÉLÉS

A hosszútávú elhelyezést biztosító szociális intézményeknél szinte minden esetben hónapokig, egyes esetekben akár évekig kell várakozni a bekerülésre. Különösen kritikus a helyzet a pszichiátriai betegek, illetve a szenvedélybetegek otthonába várakozóknál. Idősothoni elhelyezés esetében a férfiaknál lényegesen hosszabb várakozási idővel kell szá-

molni, mint a nőknél. A magasabb jövedelem minden intézménytípusnál lerövidíti a várakozási időt, mely felveti az anyagi helyzet alapján történő diszkrimináció problémáját.

Gyakran a kórházi személyzet szembeesül azzal, hogy a betegek nincs hozzátartozója, vagy nem tudják az otthoni ápolását, gondozását ellátni. Ilyen esetben a szociális otthoni férőhelyre várakozás alatt a betegek kórházi osztályon kerülnek ellátásra, annak ellenére, hogy pszichiátriai osztályos ellátást ezen idő alatt már nem igényelnének. A betegek egy jelentős részének pszichiátriai osztályos felvételére – közvetlen veszélyeztető magatartásból adódóan – sürgősséggel kerül sor, akaratuk ellenére a 60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendelet – a pszichiátriai betegek intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól – alapján. Azonban az akut szak lezajlását követően – miután a közvetlen veszélyeztető magatartás már nem áll fenn – sem bocsáthatóak el az osztályról a fenti szociális okok miatt.

A hospitalizáció fokozott egészségügyi kockázata (mint a nozokomiális fertőzés, hosszas immobilizációból adódó fel-fekvés) mellett jelentős problémát jelent az is, hogy ezen betegpopuláció ellátása lényegesen költségesebb kórházi ágyon, mint a szociális ellátórendszer egyéb intézményeiben. Míg a kórházi kezelés igen magas költségeit teljes mértékben a társadalombiztosításon keresztül az állam fedezi, a szociális otthonokban történő ellátás költségéhez a jövedelme 80%-áig a beteg is hozzájárul. A szociális otthoni elhelyezésre váró betegek tartós hospitalizációja aránytalanul nagy terhet ró az egészségügy egyébként is szűkös humán erőforrásaira is. Mindezen problémákra a hosszútávú elhelyezést biztosító intézmények kapacitásának a bővítése jelentene megoldást. Bár az utóbbi évek egészségpolitikai terveiben visszatérően megjelent a szándék a szociális otthonok férőhelyeinek a bővítésére, érdemi intézkedés ezzel kapcsolatban mind a mai napig nem történt.

Bár vizsgálatunk alapján a kapacitáshiány minden típusú elhelyezésnél észlelhető volt, az intézményi férőhelyek bővítésére a pszichiátriai betegek, illetve a szenvedélybetegek otthonánál mutatkozik a legnagyobb igény.

Vizsgálatunk során mindössze 6 hónapig követtük figyelemmel a betegek elhelyezését. Ez idő alatt volt olyan betegpopuláció, amelyik esetében mindössze 1-1 beteg végleges intézményi elhelyezése történt meg, így ez limitálja a vizsgálat kapcsán levonható általános következtetéseket.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] KSH koreloszlás. http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_wdsd009.html Megtekintve 2019.01.14.
- [2] Pákási M, Kálmán J: Major és minor neurokognitív zavarok in Füredi J, Németh A (szerk): A pszichiátria magyar kézikönyve. Budapest, Medicina 2015:409-32.
- [3] KSH http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fsi001.html Megtekintve 2019.01.14.
- [4] Nagy P: Az értelmi fejlődés zavara zavarok in Füredi J, Németh A (szerk): A pszichiátria magyar kézikönyve. Budapest, Medicina 2015:207-211.
- [5] KSH http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fsi001.html Megtekintve 2019.01.14.
- [6] Herold R, Simon M, Fekete S, Tényi T: Szkirozofrénia spektrum és más pszichotikus zavarok, Bipoláris beteg-

ségek és kapcsolódó zavarok in Füredi J, Németh A (szerk): A pszichiátria magyar kézikönyve. Budapest, Medicina 2015:233-56.

[7] KSH http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fsi001.html Megtekintve 2019.01.14.

[8] Petke Zs, Szily E, Olasz A: Alkohol okozta mentális és viselkedészavarok) zavarok in Füredi J, Németh A (szerk): A pszichiátria magyar kézikönyve. Budapest, Medicina 2015:372-83

[9] KSH http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fsi001.html Megtekintve 2019.01.14.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dr. Papp Éva 2010-ben szerzett általános orvosi diplomát a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karán. Ezt követően Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház I. Pszichiátria és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztályán helyezkedett el rezidensként. 2013-ban szerzett másoddiplomát a Nyugat-magyar-

országi Egyetem Közgazdaságtudományi Karának orvos-közgazdász szakán. 2015-ben szakvizsgázott pszichiátriából. 2016-ban másoddiplomát szerzett a Pázmány Péter Katolikus Egyetem Jog- és Államtudományi Karának (Deák Ferenc Intézet) jogi szakokleveles orvos és egészségügyi szakember képzésén. Fő érdeklődési területe a pszichiátria jogi és finanszírozási kérdései.



Dr. Gazdag Gábor 1993-ban szerzett általános orvosi diplomát a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen. Az Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikáján kezdett el dolgozni, 1998-ban pszichiátriából, majd pszichoterápiából, addiktológiából, geriátriából, egészségbiztosításból, végül orvosi rehabilitációból pszichiátria területén

Pszichiátriai Rehabilitációs Osztályának, 2013-tól 2015-ig az Egyesített Szent István és Szent László Kórház Pszichiátriai és Addiktológiai Centrumának vezetője. Az elektrokonvulzív kezelés témakörében írt PhD értekezését 2005-ben védte meg. 2007-ben a Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetemen menedzsment szakirányú MBA diplomát szerzett. 2011-ben címzetes egyetemi docensi címet kapott a Semmelweis Egyetemen, 2017-ben habilitált a Pécsi Tudományegyetemen. 2017-től a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház Pszichiátriai és Addiktológiai Centrumának a vezetője. Érdeklődési területe a pszichiátria finanszírozási és humánerőforrás problémái.

szerzett szakképesítést. 1999-től a Szent László Kórház Addiktológiai és Pszichiátriai Ambulanciájának vezetője, 2008-tól 2010-ig a Jahn Ferenc Kórház I. Pszichiátriai és

Érbetegségek napja

Az európai „PAD and Vascular European Days” kezdeményezés részeként a Magyar Angiológiai és Érbeszeti Társaság március 21-én tartotta a magyarországi Érbetegségek Napját. A nemzetközi kampány az idei évben az alsóvégtagi érszűkület és a visszérbetegség vizsgálatára fókuszál.

Az alsó végtagi verőérszűkület Magyarországon több mint 400 000 embert érint. Az adatok riasztóak: hazánkban háromszor annyi az érszűkület miatt végzett amputáció, mint az európai átlag, ezek egy része elkerülhető lenne tudatos életmóddal és kellő odafigyeléssel.

A betegség sokáig felismerés nélkül maradhat, részben a betegségekre jellemző típusos tünetek hiánya, részben a hasonló tüneteket produkáló egyéb megbetegedések miatt. Az alsóvégtagi verőérszűkület esetén előbb terheléskor, majd nyugalomban lép fel lábfájdalom, súlyosabb formájában pedig szövetelhalás alakul ki.

Az alsó végtagi érszűkület legfontosabb kockázati tényezői: a kor, a magasvérnyomás-betegség, a magas koleszterinszint és a cukorbetegség, de emellett a kockázat kapcsolatban áll az életmóddal (pl. dohányzás, mozgásszegény életmód, helytelen táplálkozás), valamint örökletes tényezők is szerepet játszanak.

Az érszűkület tehát a lábokban lévő verőerek (artériák, amik a szívből a sejtek felé szállítják a vért) betegsége, ami ugyanaz a betegség, mint a szívkoszorúserek vagy az agyi erek érelmeszesedése.

A krónikus vénás betegség (KVB) a vénás rendszer hosszabb ideje fennálló, szerkezeti és funkcionális rendellenessége. A visszérbetegség előfordulása nagyon gyakori, egyes felmérések szerint akár a felnőtt lakosság 60 százaléka is érintett lehet a betegségben, különösen a fejlett országokban.

A vénás betegségek, illetve a krónikus vénás elégtelenség (KVE) előrehaladottabb stádiumai a népesség mintegy 5 százalékát érintik, a krónikus vénás betegség végstádiumainak (aktív és gyógyult vénás fekélyek) előfordulása 1-2%.

Folytatás az 51. oldalon