

Átdolgozott finanszírozási eljárásrend tervezet

Differenciál diagnózis: Régen a differenciál diagnózis kritériuma a 6 hónapos tünetcsoport fennállása volt. Az 1 hónap utáni diagnosztika szakmailag nevetséges, világosan magában hordozza a diagnosztikai hibák nagyon komoly előfordulásának növekedését, egy ilyen diagnózis kiosztása pedig növeli a stigmát, predesztinál. 1 hónap alatt projektív eljárásokkal (Szondi), papírceruza személyiségteszt (MMPI), agyi képalkotók (CT, FMRI- nem diagnosztizálható az sch, hanem csak PET-tel, amiből az országban jelenleg kb 2 van és éveket kell várni rá). A hebefrén szkizofrénia diagnózis, kb. minden 2. szétesett művészre ráhúzható, de ők nem lesznek előrébb a depo-val, stb.

Gyógyszerelés: A cukorbetegség, a súlyos elhízás, a fogak kihullása valóban látványos mellékhatás, olyannyira, hogy egyénekre lebontva megmondható, hogy ki melyik típusú (leponex, zyprexa, stb.) antipszichotikumot fogyasztotta. Az ezen szerek csökkentését pedig gyakorlatilag a kliensek nagy arányánál súlyos depresszió követte.

Etikai irányelveken túl - informed consent (Helsinki nyilatkozat óta alapelv): A klienseknek joga volna tudni az antipszichotikum mellékhatásokról a kezelés megkezdés előtt (impotencia, meddőség, torzszülött utód a teratogén hatás miatt). Az orvos informálhatná a beteget és az akkor szabadon hozhatna döntést (szabad akarat).

A pszichoterápiák, mozgásterápiák, nonverbális terápiák miért nem kapnak teret a protokollban?

Olyan "szabályokat" olvashattunk itt, amikről nem is volt tudomásunk. A II. gen. AP-oknak kétségtelenül kedvezőbb a mellékhatásprofilja, nem nagyon érthető, miért nem lehet elsőként választandó készítményként felírni. Harangozó doktornővel is egyetérthetünk a psychosoc. támogatás fejlesztésének ügyében. Még egy apróság: a clozapin valóban szoros vérkép kontrollt és gyógyszer-szint-monitorozást igényel, akár csak pl. a lithium, hogy csak a psych. gyógyszerek közül említsünk példát (a clozapine terápiás tartománya 1 mikrogramm pro liter, a 2 már toxicusnak számít).

A clozapinnal (Leponex) kapcsolatban sok éves tapasztalat van. A terápiás adagja legalább 150-250 mg naponta. A gondozóban a kórházban beállított dózist szokás adni, rendszeres vérkép-vizsgálat mellett.

3 év után Egy idő után tolerálhatatlanná válhatnak a mellékhatások (súlyos elhízás, fáradékonyság, alvászavar), a napi életvitel teljesen felborulhat. A mellékhatások miatt sokan megtagadják a további gondozói kezelést.

Sajnos az "ébredő" beteg az egészségügyi ellátórendszerre plusz terheket ró és nincsenek felkészülve a problémára. A kontroll fenntartása okán, megoldásként depo antipszichotikum készítményt, - mint alternatív megoldást - alkalmaznak, leállítják a szájon át szedhető, orális készítményeket. A felhasználó kiszolgáltatott helyzetben van, erején, kitartásán múlik, hogy a depo kezelést vissza tudja-e utasítani!

Megoldásként lehet, hogy az antipszichotikumok mellékhatásait (elhízás, cukorbetegség, stb.), a felhasználó ez irányú panaszait az egészségügyi ellátórendszernek komolyan kell vennie, a beteget partnerként kezelve, egyéb megoldásokat is keresve (pl. pszichoterápia) kell az egyensúlyi állapotot, együtt, közösen megtalálni. Amikor csak lehet, kis anyagszere-kockázattal járó antipszichotikumot kell alkalmazni.

A szkizofrénia diagnózissal élők várható élettartalma 20-25 évvel kevesebb a teljes populáció élettartalmánál, ennek a rossz statisztikának okai elsősorban az antipszichotikumok okozta mellékhatások és a kilátástalan, biztató távlat nélküli élethelyzet.

Dr. Balczár Lajos és dr. Silling Tibor véleményével egyetértünk:

„Összességében a tervezetet-- a korábbi dementia centrumokhoz hasonlóan-- finansziális és nem szakmai szempontok alapján állították össze megítélésünk szerint. Bevezetése a schizofren betegek kezelhetőségét indokolatlanul bonyolulttá, vélhetően több esetben lehetetlenné teszi. Az ellátást indokolatlanul az intézményi vonal felé viszi. Sok beteg nem fog elmenni a gyakran akár 100 km távolságban lévő, a progresszivitási lépcső II fokán lévő osztályra, a mentőszolgálat pedig aligha vállalja szállítását. Miért gondoljuk, hogy ezen az osztályon egy akár friss szakvizsgával rendelkező szakorvos, aki a beteget még sosem látta, egy rövid vizsgálat-- vagy befekvés??-- alapján jobban meg tudja ítélni a terápiáját, mint az őt, akár 20 éve ismerő kezelő orvosa? Azt gondoljuk, hogy néhány indokolatlan beállítás, vagy kombináció--ami egyébként esetileg ellenőrizhető--nem indokolja ezt a szigorítást, ami ennek a „kényes” beteg csoportnak a részbeni ellátatlanságát eredményezheti. Az ő újbóli kezelésbe vonásuk költsége meghaladhatja a „spórolás” összegét. Ambuláns oldalról a tervezet újra gondolását javasoljuk a fentiek alapján.”

A betegek nem kapnak pszichoszociális támogatást, amely pedig jelentősen leszoríthatja a gyógyszer-igényt és legtöbbször emiatt nem is kellene depot. A pszichoszociális gondozás hiánya a legtöbbször a gysz-adag emeléséhez és polipragmáziához vezet, és a gysz fogy csökkentését a pszichoszoc ellátás irányelveknek megfelelő kiterjesztése eredményezheti. Ez jelenleg nem finanszírozott. Indokolt volna a két intézkedést összehangolni.