

*A magyarországi pszichiátriai gondozók és a
közösségi pszichiátriai ellátók monitorozása*

ELEMZÉS

2009-2011



Kiadja a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum
www.pef.hu
ISBN: 978-963-89497-0-7

Az utánkövető vizsgálatban közreműködők:

Látogatások-monitorozások *(a leadott monitorlapok alapján):*

Bulyáki Tünde,
Karácsony Erika,
Keller Bálintné,
Seress Attila,
Szőke Zsolt,
Szabó László,
Gergár Mária.

Adminisztráció-logisztika-szervezés: Radóné Andor Erika Alexandra

Felelős kiadó, szerkesztő: Radó Iván, a PÉF elnöke

Készítették: Keller Bálintné
Radó Iván
Seress Attila
Szőke Zsolt

Nyomdai munkálatok: Variopress Kft.

A PÉF tevékenységét az Open Society Institute (OSI) támogatja.

A Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum már szokványos elemzéseinek legújabb darabja a magyarországi pszichiátriai gondozók és a magyar pszichiátria területén működő közösségi ellátók működésének kérdéskörét tárgyalja.

Vizsgálatunkat 2 évig folytattuk 2009 és 2011 között.

A minta reprezentatív.

I. A pszichiátria és benne a pszichiátriai gondozók:

Az ellátásban a fekvőbeteg-ellátás még túlzott hangsúlyú, az átmeneti, rehabilitációs intézmények rendszere nem épült ki megfelelően, sőt gyakorlatilag egyáltalán nem. Mindeközben az osztályos ellátás hatékonysága a legrosszabb a lehetséges változatok közül, egyúttal a társadalom számára a legdrágább is. A kórházakban fekvőbetegként ellátottak számára a valóban akut epizódok esetében tudnak hatékony és rövid távon kivitelezhető kezelést nyújtani, a továbbiakban a területi ellátásokban a pszichiátriai gondozók válnak a folyamatos kontroll és a napi kapcsolattartás eszközévé. A gondozók száma nem mondható ugyan elégségesnek, de a területi megoszlás és az ellátott betegek száma egyelőre még nem jelent nagy veszélyt. Az igazi gond 2009 végére tetőzött, amikor a legkomolyabban felvetődött a pszichiátriai gondozóhálózat felszámolása, ami túl azon, hogy egyenesen dermesztő gondolat, felszámolta volna a hungarikumnak számító ellátási formát. Továbbá a finanszírozás kérdésében sem sikerült megállapodni, mert annak legújabb változata is egy akkor kilenc éves, minden szempontból túlhaladott rendszerre épült. A pszichiátriában ekkor szinte példátlan összefogás kezdődött a szakma és a kliensek együttműködésével, ami egy aláírásgyűjtésben csúcspontot ért el, melynek következtében a bezárások elmaradtak, bár addigra már több kedvezőtlen „beolvasztási folyamat” ment végbe. A gondozóhálózat „túlélése” a betegeket képviselő érdekvédelem és a szakmai érdekképviselet, a Magyar Pszichiátriai Gondozók Regionális Egyesülete (MPGRE) összefogásának köszönhető. A 2010-es év hozta az igazi eredményt, amikor többciklusú tárgyalás-sorozat után egy modellvizsgálati periódus meghatározásával eldőlt, hogy a gondozók maradhatnak, és a finanszírozásuk is kedvezőbbre változik. Nem ideális mértékben ugyan, de a gondozók jobb körülmények közt működhetnek és megmaradhattak.

Az utóbbi tíz évben a gondozók száma meghaladta a százat, de százötven alatt maradt. Ezekben lehetséges a kliensek lakhelyéhez legközelebbi ellátást nyújtani, és folyamatos kapcsolatot működtetni a gyógyítók és a gyógyítandók között. Hatalmas probléma, hogy az országban jelenleg üzemelő „hadipszichiátriai helyzet” a gondozókat sem kíméli, így sokszor a kliensek hosszan várakoznak és nem ritkán csak percek jutnak rájuk. Mégis azt kell mondanunk, hogy a gondozók működése nélkülözhetetlen eleme a pszichiátriai ellátásnak, így nem az a kérdés, hogy szükség van-e rájuk, hanem hogy működésüket hogyan lehet hatékonyabbá, emberközelibbé tenni. Pénzügyi értelemben a hatékonyság nem igazán érdekes, mivel egyértelműen bizonyított, hogy ez az ellátási forma jóval olcsóbb a fekvőbeteg ellátásban működő osztályokénál.

Kissé mélyedjünk el a pszichiátria történelmében Irinyi Tamás Pszichiátriai Szakápolástan (Medicina Könyvkiadó Rt., 2002) című művének adataira támaszkodva:

1788-ban jelentős lépés az olasz Chiarugi által bevezetett erőszakmentes ápolás: a kényszereszközöktől megszabadította a betegeket. 1798-ban a francia Philippe Pinel (1745-1826) nagy szimbolikus jelentőségű változásokat vezetett be: 49 elmebeteget szabadított meg a bilincsektől, akik a „kórház” falához voltak láncolva. Pinel fejlesztette ki a pszichiátria tanulmányozásának módszerét, ezzel létrehozva az orvostudomány keretében egy új szakot. Ekkortól már betegségnek tekintették az elmezavart. Az átmenet a középkori viszonyokból a humanus betegápolás színterére lassú folyamat volt. Párizsban 1880-ban, Rómában 1890-ben szabadultak meg az elmebetegek a láncoktól. Haiti szigetén 1936-ig őrizték fegyveres őrök a pszichotikusokat. A társadalom tele volt (van) előítélettel, félelemmel, meg nem értéssel, ezért elmeintézetekbe akkoriban szinte csak primitív, durva, erőszakos emberek mentek el „ápolni”, akiknek a betegek ki voltak szolgáltatva.

A XIX. század második felében fő szemponttá vált a beteg megnyugtatása:

- ópium és származékai
- bróm és származékai
- rácsos ágy alkalmazása
- órákon át tartó kádfürdők, ápolói felügyelet mellett
- 1877-től klorálhidrát adása

Aktív kezelések bevezetése hozott fordulatot a XX. század kezdetén:

- lázkezelés (maláriával fertőzték meg a betegeket)
- tartós altatás (a beteget napokig altatták)
- görcskezelés (tetrakor, ES)
- leukotómia (az agy homloklebenye elülső részének haránt irányú átmetszése az ott haladó asszociációs idegpályák megszakítása céljából)
- inzulinkezelés (nagy mennyiségű kristályos inzulint juttattak a szervezetbe, aminek következtében hypoglykaemiás kóma alakult ki).

A pszichiátria intézményesítése teremtette meg a kutatómunkát, hozta létre az agypatológiai kutatásokat (Griesinger, 1845). Minden idők egyik legnagyobb pszichiátriai osztályát Münchenben alapították a századfordulón Emil Kraepelin vezetésével, akit az idegtudományi hagyomány megteremtőjének tekinthetünk. Munkatársai között tudhatta Alzheimer, Brodmannt, Nissl. A századfordulón a pszichogén funkcionális megbetegedések tana (Dubois, Freud stb.) is kialakult. Sigmund Freud (1856-1939) a klinikai jelenségek megfigyeléséből, és az ezek alapját képező pszichés mechanizmusokra vonatkozó elméletekből és hipotézisekből alakította ki a pszichoanalízist. A pszichoanalízissel bontakozott ki a pszichoterápia, majd rendszeressé váltak a szuggesztív kezelések, a hipnózis, és az elmúlt évtizedekben a különböző pszichoterápiás módszerek, a feltételes reflextanra épülő viselkedésterápia, az exploratív racionalizáló terápia. Az egyéni pszichoterápiák mellett a különböző csoportterápiák is fejlődésnek indultak, egészen az úgynevezett terápiás közösségig.

A XIX. század végén az elmebetegség gyógyíthatatlanságának a szemlélete uralkodott, kialakult az úgynevezett örökletes degenerációs elmélet. Ezen elmélet politikai eltorzulása következett be a náci fasizmus alatt. A T-4 Operáció keretében 80 ezer elmebeteget végeztek ki a második világháború éveiben. A második világháború keserű tapasztalatai tették szükségessé a „pszichiátria szocializálását”: a pszichiátriai intézetek fokozatosan nyitott ajtót (open door RI) kaptak (kapnak), és megszületett az extramurális terápia, így elsősorban a gondozóhálózat, valamint a különböző átmeneti intézetek (nappali kórház, éjjeli szanatórium, klubterápia, foglalkoztatás és munkaterápia, védett munkahelyek, telefonszolgálat stb.). A mai időkben a pszichiátria felismerte, hogy saját szerveztségében a társadalmi igényeknek nem tud eleget tenni - szükséges a társadalom pszichiátrizálódása: a pszichiáternek a beteg kezelésében szociális támaszra van szüksége. Kialakult az a tendencia, hogy a beteget abban a milióban kell kezelni, amelyikben a betegsége kifejlődött: otthonában, munkahelyén. Az intézeti elhelyezés csak rövid időre, néhány napra - a tüneti képtől függően - válik szükségessé. Így a beteg szociális kapcsolatait nem veszíti el, és a vele együtt élők segítséget nyújthatnak a gyógyulásban.

A pszichofarmakológia az 1950-es évektől kezdte meg hódító útját. Az első antipszichotikumok és antidepresszívumok ekkor jelentek meg. Az első antipszichotikumot, a chlorprozamine-t 1950-ben szintetizálta Charpentier, 1952-ben a klinikumban alkalmazta Delay és Deniker. 1952-1957 között jelentek meg az antidepresszívumok, nem sokkal később a prevenciót biztosító lítiumkezelés.

Az utóbbi évtizedekben öröndetesen javult a pszichiátriai betegek társadalmi megítélése, de még nagyon sokat kell tennünk annak érdekében, hogy a pszichiátriai betegségekre, betegekre úgy tekintsenek, mint a szomatikus betegségeken szenvedőkre. A szemléletbeli javulást nagyban elősegítette a pszichiátriai kezelések gyors fejlődése és az emberi jogok előtérbe kerülése. Az új specifikus gyógyszerek, a pszicho- és szocioterápiák lehetővé tették, hogy a pszichiátriai betegek túlnyomó többsége teljes értékű életet élhessen, és a munkahelyi, családi és egyéb szerepeinek meg tudjon felelni. Az emberi és betegjogok érvényesítése eloszlatja azt a félelmet, hogy a pszichiátriákon kiszolgáltatottá válhat a páciens az ott dolgozó személyzetnek.

A magyar pszichiátria történeti áttekintése

A XIX. század előtt magyar pszichiátriáról nem beszélhetünk. Egy 1783-as intézkedés alapján az elmebetegeket a szegényházakba vették fel, de tarthatták börtönben is. 1852-ben Schwartzer Ferenc alapította Magyarországon az első elmeegógyintézetet, aki 1858-ban megjelentette az első magyar nyelvű pszichiátriai könyvet is. 1857-ben létesült a következő Kolozsváron, majd 1868-ban Budapesten az úgynevezett Lipótmezőt, melyet később Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetnek hívtak. Az intézetet 2007. december 31-én bezárták... Budapesten 1882-ben létesítették az első magyar pszichiátriai tanszéket, amelynek az első professzora Laufenauer Károly volt, akinek tanítványa Ranschburg Pál, a magyar kísérleti pszichológia megteremtője és Schaffer Károly, akinek neuropatológiai iskolája volt világhírű. A második egyetemi tanszék Kolozsváron került megalapításra 1889-ben (Lechner Károly). 1867-ben Magyarországon 400 elmebeteget tartottak különböző kórházakban, 1899-ben 7454-et. Az Országos Budai Tébolydában ekkortájt 500 betegre 7 orvos, 5 tisztviselő és 42 ápoló jutott. Az ápolószemélyzet 12, sőt 16 órát dolgozott, az ügyeletes nővér 36 órát tevékenykedett a munkahelyén.

Az 1950-es évektől jelentősen javult a helyzet, ekkor kezdték az ápolói és takarítói munkaköröket szétválasztani, illetve megkezdtek az elmeápolók képzését. Az elmeápolói munka a régebbi őrző szerepből egyre inkább a gyógyító teamben szakmaszerűen folytatott, megbecsült tevékenységgé vált. Talán a pszichiáterek ismerték fel leghamarabb, hogy az ápolószemélyzet aktív közreműködése nélkül a betegek gyógyítása nem lehetséges.

Amint már szóltunk róla, a pszichiátriai ellátás második vonala a pszichiátriai gondozók, RI. A gondozottaik közös jellemzői: járóképes személyek, akik berendelés, megállapodás vagy panasz esetén fel tudják keresni az illetékes pszichiátriai szakembereket. A pszichiátriai gondozók feltárják területük pszichiátriai problémáit, megfelelő kapcsolatokat építenek ki, felkutatják és ellátják a rászorulókat, követik, ellenőrzik és szociálisan is segítik gondozottaikat, sőt rehabilitációjukat is sokoldalúan támogatják.

A közösségi pszichiátria

A közösségi pszichiátria (community psychiatry) kapcsolódik az integrált pszichiátriai ellátáshoz (IPE) /Optimal Treatment Project, OTP/. A pszichiátriai ellátás területén a XX. század második felében intézményi forradalom indult el. Ennek hátterében a hatvanas évek (nyugat-európai) politikai mozgalmak, a kórházi struktúraváltás, az ágyszámcsökkentés, az egészségügyi árrobbanás, az új terápiás módszerek (új pszichofarmakonok) megjelenése áll. Mindezen összetevők új típusú pszichiátriai szolgálatok kialakulását eredményezték.

Jellemzőik, hogy az ellátás súlya a kórház helyett a könnyű* intézményekre tevődik át. Az új típusú szolgálatok kevésbé intézményesednek, rugalmasok, sokszínűek és a helyi (közösségi) igényekhez alkalmazkodnak. A szolgálatok a lakóközösségbe illeszkednek, a mentális zavaroknak mintegy elébe mennek, s lehetőleg a bajok, a problémák helyszínén nyújtanak segítséget (család, munkahely, iskola stb.). A szolgálatok demedikalizálódnak. A pszichiáter szerepe korántsem kizárólagos. A segítő hivatások sokféle típusa jelenik meg, így a pszichiáter szerepe jelentősen átalakul (konzultáns, oktató, felügyelő).

Az új típusú ellátó szolgálatok a korábbi, lakóközösségre orientált pszichiátriai ellátás tapasztalatait is felhasználják. A mai szakirodalom a „community psychiatry” elnevezést használja ezen ellátásforma idézésekor. Ennek a filozófiának hazai megnyilvánulása, adaptálása volt a Nap utcai modell, mely a kilencvenes évek elején az egyetemi klinika bázisán jött létre.

A hagyományos, intézményi kereteken belül működő pszichiátriai egészségügyi teamben a jól képzett ápolóknak fontos szerep jut. A rájuk háruló feladatot még önállóbban, illetve még inkább nondirektív módon folytathatják a közösségi pszichiátria ellátás területén. Ez azonban szemléletváltást kíván nemcsak az ápolási, hanem az ellátásban közreműködő más egészségügyi és szociális szakemberektől is. (Vitalitas-Joginfo). Amikor közösségi pszichiátriáról beszélünk, meg kell említenünk dr. Harangozó Judit egyetemi adjunktus, pszichiáter, pszichoterapeuta, neurológus, rehabilitációs szakorvos feltétlen és elsődleges szerepét. Harangozó doktornő megkerülhetetlen bástyája a közösségi pszichiátriának, úttörő szerepe volt annak elterjesztésében. Többek mellett elsődlegesen a néhai Ian R. H. Falloon professzor volt segítségére, akinek fent már jelzett IPE/OTP programját hazánkban meghonosította. Ma már emlék, hogy nem is olyan régen a Tringer professzor vezette Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika Nappali Kórházában csak nagyon halkan volt szabad a közösségi módszerekről beszélni. A professzor egyébként a formabontó és ma is működő, bár már Harangozó által vezetett Ébredések Alapítvány által működtetett Nappali Kórházra azt mondta, hogy az tulajdonképpen olyan, mint egy mozi. Ezt abban a kontextusban mondta, hogy a moziban sincs olyan eszköz, amellyel hirtelen életet lehet menteni, pl. respirátor. Egy TV műsorban a professzor még a hálós ágyak mellett is kiállt, bár ekkor már sehol nem volt ez az eszköz comme il faut, így hamarosan sikerült be is tiltatni ezeket. Mindezt csak azért, hogy lássa az Olvasó, még 1995 környékén és utána is milyen nehézségekkel kellett szembenéznie annak, aki közösségi pszichiátriáról merészelt fantáziálni. Természetesen, ahogy az idők múltak, teret nyert ez az ellátási forma, ami számos előny mellett még költségghatékony is. Innentől számos ellenző hirtelen a közösségi pszichiátria lelkes támogatójává vált, sok olyan szereplő is volt, aki ellenzőből egyszerűen élvovássá léptette elő magát. A lényeg azonban, hogy a módszer mára már alkalmazott, bár e sorok írásakor éppen erősen visszafogott költségvetési támogatás mellett, ami betegek sokaságát fogja egyszerűen finanszírozási és az ebből eredő helyhiány miatt kizárni a legkorszerűbb ellátásból. Modern ellátásban a szenvedélybetegek is részei a közösségi ellátórendszernek. A lényeg egyébként elsőként Harangozó doktornő foglalta össze: Harangozó Judit et al. (2001) Paradigmaváltás a pszichiátriában. *Lege artis medicinae: Orvostudományi továbbképző folyóirat* 2001. 11. évf. 8/9. sz.

Vizsgálatunk tárgyává az ellátás mai mindennapjait tettük, annak nehézségeivel és a betegek szempontjainak megjelenítésével.

*=hogyan könnyű, azon érdemes lenne vitatkozni...(RI)

Sajnálattal vettük tudomásul, hogy voltak, akik megtagadták a monitorozást. Kárpáti Róbert főorvos a székesfehérvári kiskirály szerepében tetszelegve hajmeresztő válaszaiban a Magyar Pszichiátriai Társaság tisztségviselőjével folytatott személyes beszélgetése ellenére, továbbá az Országos Pszichiátriai Központ támogatásával (hogy egyéb hazai és nemzetközi szereplőket ne is említsünk) végzett monitorozás fontosságát alulértékelve egészen egyszerűen megtiltotta, hogy oda a lábunkat betegyük, a monitorozást elvégzendő. Az említett főorvos környékén egyéb problémák is akadtak és volt közöttük, amit kifejezetten Brüsszelbe kellett kivinnünk. Rendőrségi és ombudsmani vizsgálatok is történtek, sok a betegpanasz, ezt a helyet ez idő tájt nem tekinthetjük a magyar pszichiátria büszkeségének.

Ugyancsak elutasította a monitorozást a nemrégiben Szigony-Útitárs a Komplex Pszicho-szociális Rehabilitációért Közhasznú Nonprofit Kft-re átkeresztelt Szigony Alapítvány a Közösségi Pszichiátriáért is. Vezetője és az Alapítvány környékén több komoly panasz is felmerült, az egyiket a rendőrségnek kellett átadni. Ettől függetlenül in situ tájékozódunk az intézményi körülményekről és az autentikus betegek nem voltak elragadtatva.

Pécs Megyei Jogú Város Integrált Nappali Szociális Intézménye volt még olyan közösségi ellátó, amely hányaveti módon állt a kérdéshez. Vezetője szerint majd ő eldönti, van-e kedve a monitorozáshoz. El is döntötte... Az állami finanszírozást ennek ellenére megkapták, talán jövőre másképpen lesz... Ez az ellátó a következő településekért felel: Abaliget, Egerág, Cserkút, Bosta, Bogád, Birján, Baksa, Bakonya, Téseny, Tengeri, Szőkéd, Szőke, Szilvás, Szemely, Szalánta, Romonya, Regenye, Áta, Pogány, Pellérd, Pécsudvard, Pécs, Orfű, Ócsárd, Nagykozár, Magyarsarlós, Lothárd, Kozármisleny, Aranyosgadány, Kővágótötös, Kővágószőlős, Kovácsszénája, Kőkény, Kisherend, Keszü, Husztót, Gyód, Görcsöny, Ellend. A vezető szerint talán ez nem akkora terület és gondozásra szoruló esetszám, ami mentén neki az országos érdekvédelmi monitorozásban részt kellene vennie. -Miért is?- kérdezzük.

Jelentős probléma, hogy létezik a hasítás a szociális és egészségügyi ellátórendszer között, ami pedig már többször bizonyította életképtelenségét. Sem jogi, érdekvédelmi, sem szakmai-pénzügyi szempontok nem indokolják a szétválasztást. Ráadásul a szociális szakma képviselőinek jelentős része úgy képzei, hogy pusztán szociális szaktudással meg lehet oldani a pszichiátriai betegek problémáit, ami nyilvánvaló képtelenség.

Szegeden egy jól működő szociális ellátó működött, azonban pusztán finanszírozási okokból meg kellett szűnjön. Ez példátlan és korrekcióra szorul, a korábbi vezetőnő pedig bizonyította rátermettségét.

Feltétlenül kiemelendő dr. Balczár Lajos főorvos, aki egyben a közösségi ellátó vezetője is Veszprémben, illetve dr. Nyisztor Magdolna főorvos Dunakesziről, aki szintén mindkét pozíciót betölti. A számos együttműködő partner közül (és elsöprő többségben ők voltak) e két szakember különösen kooperatív volt, hivatásukat az elvárhatótól jelentős mértékben nagyobb mértékben végzik. Kelemen doktor úr Hatvanból ugyancsak mindent elkövetett volna, de a helyi vezető másképp látta a monitorozás jelentőségét.

Megállapítható, hogy ma már nem kérdés, van-e létjogosultsága a pszichiátriai gondozóknak vagy a közösségi ellátásnak. Mindkettő megkerülhetetlen oszlopa a hatékony (és ez költséghatékonyságot is jelent) kezelési modellnek. Ami problematikus, az a máshol is jelentkező létszámbiány, a kiöregedő szakembergárda, elsősorban azok az emberek, akik ellenszélben elhajtának egy bolhát Szentpétervárig. A nagy idők nagy tanúi helyett újak jönnek és próbálják meg sokszor a lehetetlent a nem túl könnyű körülmények között. Korrekcióra szorul a „csak szociális-csak egészségügyi” szemlélet, illetve az a gyakorlat és az erre irányuló törekvés, hogy a közösségi ellátás az egyébként rendkívül lelkes, de nem omnipotens szociális szakemberek hitbizománya legyen. A szakorvosi és a pszichiátriai multidiszciplináris teamben rejlő hatalmas előnyök és szaktudás e területen nélkülözhetetlen.

II. A pszichiátriai gondozók monitorozása

A pszichiátriai gondozó tárgyi-fizikai állapota: A gondozók tárgyi ellátottságai nagy szórást mutatnak, (váróhelyiség, rendelő adottsága, technikai feltételek) változók, általánosságban elmondható, hogy a minimum, szükséges feltételek megvalósulnak. Két esetben kifejezetten jónak tartják a feltételeket: „A váróhelyiségben zsúfoltság nem tapasztalható. Az ellátásra várakozóknak televízió áll rendelkezésére. A váróhelyiség hangulatos -sok virág van a váróban-.” és a másik példa: „Kifejezetten jónak mondható, a váróhelyiség, maga a rendelő és a technikai feltételek is”. Sajnos az általános kép nem mutatkozik ilyen kedvezőnek, egyes épületek felújítást igényelnek (vízhálózat, fűtési rendszer, tatarozás, csatornarendszer, hőszigetelés, teljes akadálymentesítés), a váróhelyiség sokszor közös a másik szakrendelővel, ezért a rendelő gyakran zsúfolt. Több gondozóban a számítógéppark nem korszerű, elavult, illetve nem megfelelő számú: „A receptírásban bevezetett változás következményeként segítené a munkát, ha a szakorvosnak is lenne számítógépe.” A kiszállásokhoz pedig sokszor nincs meg a megfelelő feltételrendszer.

E kérdéskörben általános tapasztalatunk az volt, hogy az utóbbi időben szinte valamennyi gondozó tárgyi és fizikai állapota pozitívan változott. Több helyen támogatásból sikerült e változást elérni, gyakori az alapítványok segítsége. (Békéscsabán a várótermet lefotóztam, ott várakozás közben még televízió nézésre is van lehetőség.)

Személyzet: Felmérésünk alapján kb. 30 - 40 ezer lakosra jut egy szakorvos, van olyan gondozói körzet, ahol 100 ezer lakosra 1,5 orvos jut és egy másik szélsőséges, de nem egyedi eset: „A körzet 32 településből áll, a lakosok száma kb. 50 ezer. Egy 73 éves szakorvos dolgozik a rendelőben.” A teljes munkaidős szakorvosok mellett dolgoznak szakorvosok félállásban is, ennek ellenére több körzetben jelezték, hogy állandó orvoshiánnyal küzdenek. Az orvosok munkáját segítik pszichológusok, szakápolók, szociális munkások, asszisztensek. Létszámuk gondozóként, körzetenként változó, sok helyen a pszichológus, szociális munkás, szakápoló hiányzik, ill. „pszichológus és gondozónői státuszra lenne szükség”. Az anyagi keret számos esetben szűkre szabott, emiatt nem tudnak felvenni dolgozót, évről-évre folyamatos leépítés van. A szakápolónő hiányának meghatározó oka a képzés hiánya. A kollektívák általában stabilak: „A betegellátást igyekszünk úgy megszervezni, hogy a létszámbiányból a betegek a lehető legkevesebbet észleljék.”

A szakorvosi állomány előregedett, több helyen gondot okoz a nyugdíjba ment szakorvosok státuszának betöltése. Tatabányán több mint két évig nem sikerült a gondozóban a szakorvosi állást betölteni, helyettesítéssel látják el a feladatot, ami azért sem kielégítő, mert fontos lenne, hogy az orvos megismerje a beteg életkörülményeit is.

A szakorvosok munkáját általában felkészült asszisztens, szakápoló, ápoló, szociális munkás és kevés helyen részmunkaidőben pszichológus segíti. Ezek rugalmasságán múlik a nagy létszámú betegellátás. Találkoztam olyan esettel ahol a bevált gyakorlat az volt, hogy a beteget nem minden esetben látja az orvos kontrollvizsgálaton, csak ha a szakdolgozó megítélése szerint az szükséges, vagy ha a beteg ezt külön kéri.

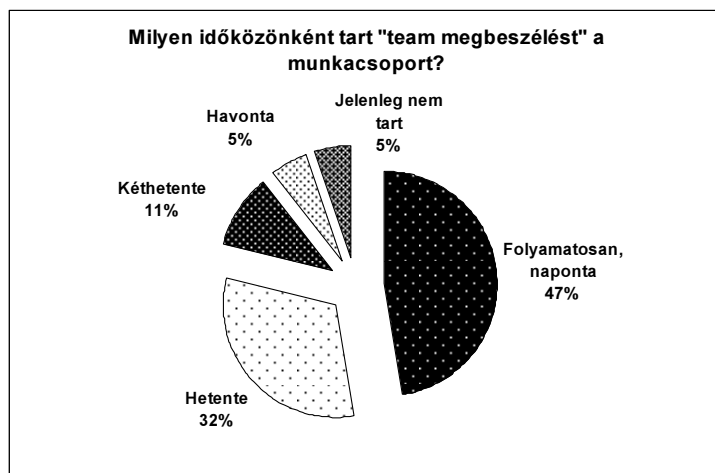
A monitorozott rendelők között csak kevés helyen voltak megelégedve, a gondozókban sok helyen személyi vagy anyagi gondokkal kell számolni.

Több helyen a túlterhelt, lassan működő számítógépekre panaszkodnak és az ellátandó betegek nagy számára. A fluktuáció nem jellemző ezen a területen. Egy helyen tapasztaltuk, hogy team megbeszélést nem tartanak, ez azon a helyen van, ahol több mint két éve helyettesítő orvossal látják el a feladatot.

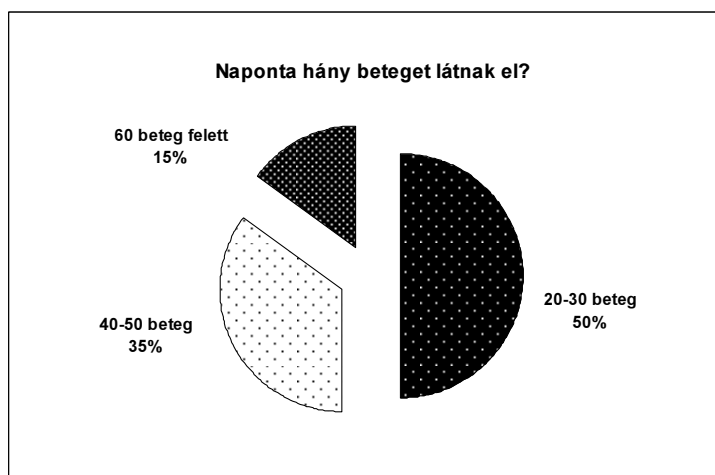
A dolgozók továbbképzésére a lehetőség általában biztosított, a burn out kivédésére különböző formában találnak megoldásokat.

Mi a legégetőbb, legsürgősebb gond, mely miatt akadályozott a munkájuk? Erre a kérdésünkre adott válaszokat egyenként közöljük, mivel a válaszok szemléletesen bemutatják a terület legsürgősebb gondjait és a problémák sokszínűségét. „A receptírás gépesítése nem segíti a munkánkat, amíg kézzel írtam, gyorsabban ment a munka.” „A jelenlegi helyzetben úgy érezzük, hogy a meglévő személyzettel el tudjuk végezni a munkánkat.” „Kevés a személyzet, sok a beteg.” „Szükséges lenne még legalább egy szakorvosra. Kevés a személyzet, sok a beteg.” „Számítógépes rendszer lassúsága, a program hiányossága.” „Nincs annyi lekötött óraszámunk (OEP-pel) amennyit a lakosság szám és a forgalmunk indokol. Így megvannak az orvosok, de csak kisebb óraszámban rendelhetnek, mint amennyire a területnek szüksége van. Az OEP kimutatás szerint 2-3-szorosa az egy órára eső forgalmunk az országos átlagnak - a Regionális ANT SZ javasolja az óraszám bővítést- az OEP nem tudja fogadni az igényt.” „Korszerű számítógépekre, nyomtatókra és fénymásolóra lenne szükség.” „Épület állaga”. „Orvoshiány.” „Megoldjuk a problémákat.” „Különösebb akadály nem merül fel.” „Nincs gond.” „Kevés idő jut egy betegre.” „Gondjaink krónikus jellegűek. Hosszú éveken át a gondozó vezetője egyedül látta el az orvosi feladatokat a gondozóban. A leterheltség, felelősség nagy. Állandó időbiánnyal küszködünk. A betegeket az olykor több órás várakozási idő frusztrálja. Fluktuáció nincs.” „Nincs gyermekpszichiátria, másik városban van, sajnos néhány kivétellel oda kell küldeniük a gyermekeket, ami gond a szülőknek, gyerekeknek egyaránt. Nincs szociális munkás státusz sem. Kicsi a pszichoterápiás kapacitás. Most úgy oldják meg, hogy a péntek csak pszichoterápiás nap.” „Az egészségügyben jelenlévő folyamatos nehezítések és bizonytalanság-idő és pénzhiány.” „Legégetőbbben orvosra lenne szükség. Adminisztráción is változtatni kellene, rengeteg időt vesz igénybe.” „Önálló rendelő.” „A legnagyobb, legégetőbb gond az állandó orvos hiánya, mely miatt a betegek nem

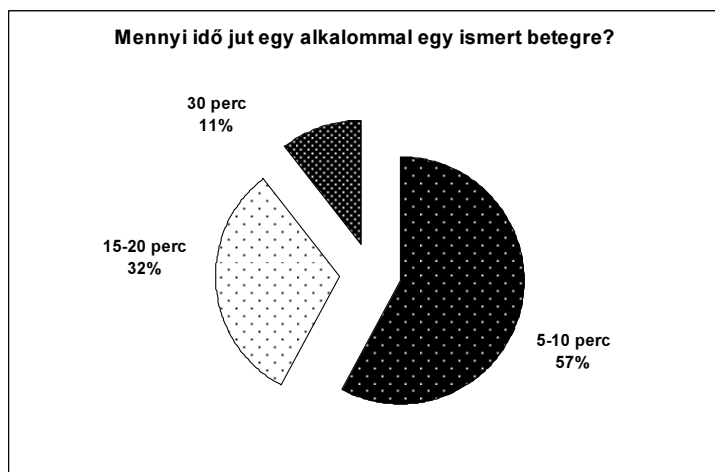
mindig ugyanabhoz az orvoshoz kerülnek vissza. Kevés a szakdolgozó, nincs megfelelő szállítóeszköz sem, emiatt nem tudjuk a kiszállásokat sem megfelelően ellátni. Hosszabb ideje nem megyünk címre. Szakdolgozóink munkáját nehezítik a technikai feltételeknél leírtak.” „Az informatikai rendszer korszerűsítése, az ápolónők pszichiátriai szakképzettségének a megszervezése.”



betegek nappali ellátása, több részállású munkatárs felvétele.” „Jó a munkahelyi légkör, a kollektíva segíti egymást. A munka változatos, sok a kihívás, sikerélményekkel. Van lehetőség szupervízióra.” „Közös programok, továbbképzés, esetmegbeszélés, személyzeti csoport.” „Jó a kollektíva, munkaközi szünetben felvidítják egymást.” „Egymást támogatjuk, az úgynevezett cigarettaszünetben, szervezetten nincs ilyen.” „Tréningen való részvétel.” „Team-munka, szupervízió, egyéni feltöltődés.” „A burn out kivédésében segítenek a továbbképzések és a család.” „A továbbképzések alkalmasak a kiégés kivédésére. A dolgozók maguk is szerveznek összejövetelt, összejárnak a munkatársak egymással.” „Hangulatos továbbképzések segítségével próbáljuk kivédeni.”



percet az egy betegre fordított idő.



(18 éven aluliak) gondozásában. Ahol van külön gyermekpszichiátriai szakrendelés, ott látják el őket, sok esetben az ellátásuk nehézkes. Minden általunk megkérdezett gondozót beutaló nélkül igénybe lehet venni. A betegellátás

A diagram bemutatja, hogy a munkacsoportok milyen időközönként tartanak „team megbeszélést” Egy kivétellel, ahol anyagi akadályai vannak, a megkérdezett gondozókban van lehetőségük a munkatársaknak továbbképzésre. Több esetben az intézetben belül és külső szponzor bevonásával, segítségével.

Mit tehetnek a burn out kivédésére? A burn out kivédésére a módszerek változatosak, felsoroljuk a különböző lehetőségeket: „Kórházunkban pályázati lehetőségből, stresszkezelő-tréningcsoportok működnek.” „Egymással megbeszéljük, egymás támogatása. A területi gondozóban pszichológus segítsége is igénybe vehető.” „Minden lehetséges együttműködési lehetőséget megragadunk a terhelés csökkentésére, feladatok delegálására (pszichiátriai betegek közösségi gondozása, pszichiátriai

Egészségügyi ellátás: Általánosan elmondható, hogy a gondozók túlterheltek, az ideálisnál 40-50 %-kal több beteget látnak el. „Naponta 60-70 beteget látunk el. A betegek egy része depot injekció adására vagy gyógyszerfelírás (a már korábban beállított gyógyszerek felírása céljából) ök sem minden esetben kerülnek az orvos elé. (Pl. kéthetente kap injekciót, de csak havonta kerül az orvos elé, ha állapota gyakoribb orvosi kontrollt nem kíván, vagy havonta jön gyógyszert íratni, s csak háromhavonta jön vizsgálatra). Orvosi vizsgálatra naponta 30-40 beteg kerül. Az igény nagyobb lenne, mivel 1-2 hónapos előjegyzéssel dolgozunk.” A túlterheltség következménye, hogy a látogatások, orvos-beteg találkozások közel 60%-ában egy alkalommal 5-10 perc idő jut egy gondozásra rendszeresen járó, ismert beteg esetében. A felmérésünk szerint csupán a találkozások 11%-ban (minden tizedik beteg esetében) éri el a 30

A helyzetet javítja, árnyalja, hogy új betegek esetén ez az idő a beteg állapotától függően akár 2 óráig is terjedhet. Egy példa: „Változó, hogy egy betegre mennyi idő jut egy alkalommal. 5-10 perctől akár 2 óráig is terjed. Az új betegek vagy a rendelésen hosszú ideje esetleg évekkal korábban megjelent betegek esetén az explorációt a pszichológus végzi, ha aznap nálunk dolgozik. Tájékoztató jellegű beszélgetést, szoc. anamnesis felvételt az asszisztensek is végeznek, és a beteg karterében rögzítik. Ezt követően kerül sor az orvosi vizsgálatra. Az orvosi leletek áttekintése és rögzítése is hosszabb időt vesz igénybe. Egyes betegeknél heteroanamnesis felvétele is szükséges stb. Pszichodiagnosztikai vizsgálatot az orvos kérésére a pszichológus végzi, de ezekre az ugyancsak hosszabb időt igénylő vizsgálatra, egy új időpontra rendeljük vissza a beteget.” A gondozók - egy-egy kivételes esetet leszámítva - nem vesznek részt gyermekek és kamaszok

nagyobb részben előjegyzés alapján, utána érkezési sorrendben, sürgős (akut állapotot jelző beutalóval, mentővel érkező) esetben soron kívül történik.

Naponta egy szakorvos 30-35 beteg ellátásáról gondoskodik, ez természetesen a minőség rovására megy, és gyakran úgy tűnik, mintha futószalagon folyna a rendelés. Az ideális betegforgalom tapasztalat szerint napi 20 fő lenne. A felkeresett szakorvosok elmondása alapján az egy betegre fordított idő nagymértékben változik. Az új betegek legalább 30 perc szükséges, a visszajáró betegekkel való foglalkozás is az állapotuktól függően változik. Van, akire csak 5-10 perc jut.

Nagyon szélsőséges esetről Békéscsabán hallottam: az orvos egy heti szabadságról jött vissza és aznap 74 beteget kellett ellátnia. Itt nincs előjegyzés, aki bejelentkezik azt ellátják. Vannak rossz gyakorlatok, amikor időpontra jegyzik elő a betegeket, és 3 óra csúszás is előfordul. A nagy betegforgalom miatt a kontrollra való visszarendeléssel is igyekeznek a betegforgalmat csökkenteni.

A jogszabályi előírásokkal egyezően a betegek ellátása beutaló nélkül /is/ történik.

„217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet 2. § (1) A biztosított - az Ebtv. 20. § (4) bekezdésében meghatározott eset kivételével - **orvosi beutaló nélkül is jogosult igénybe venni**

☞ a) szakorvosi rendelő által nyújtott

☞ ad) pszichiátriai és addiktológiai szakellátást,”

Szintén az előírások miatt minden beteget tájékoztatnak az újonnan felírt gyógyszerelésükről, illetve gyógyszeradag változtatásnál a gyógyszerek esetleges mellékhatásairól, várható eredmények eléréséről.

„1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről

135. § (1) A kezelőorvos a beteg tájékoztatását körültekintően, szükség szerint fokozatosan, a beteg állapotára és körülményeire tekintettel végzi.

(2) A beteg tájékoztatása során kiemelt figyelmet kell fordítani a kezelés általánosan ismert, jelentős mellékhatásaira, az esetleges szövődményekre és a beavatkozások lehetséges következményeire, azok előfordulási gyakoriságára. Meg kell győződni arról, hogy a beteg a tájékoztatást megértette, továbbá szükség esetén gondoskodni kell a tájékoztatott lelki gondozásáról.”

A kamaszkorúak ellátása rosszabb állapotot tükröz. A fiatalok ellátása nagyon kevés településen érhető el.

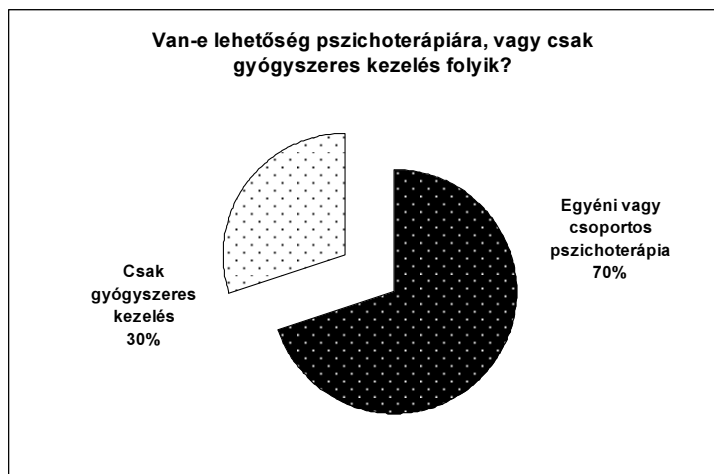
A kórházból távozó betegek utánkövetéséről nagyon változó tapasztalatokat szereztünk. Vannak jó gyakorlatok, akik a közösségi ellátást végző intézményekkel való jó együttműködés révén a kórházi kezelést követően nem maradnak el a kontroll vizsgálatok, de **van olyan hely is, ahol nem tapasztalható a két szervezet együttműködése. Ez elengedhetetlen, mivel mindkét szervezet közpénzből való finanszírozásból látja el a feladatot. Jogi szabályozással ez a rossz gyakorlat megszüntethető.** Vannak ugyan, akik behívót küldenek, vagy hozzátartozóval, esetleg a háziorvossal veszik fel a kapcsolatot az utógondozás érdekében.

Nagyon változó a saját otthonban-lakóhelyen történő látogatás gyakorlata, pedig a gondozó és ahol van, közösségi ellátást végző szervezet együttműködésével megoldható lenne.

Ahol az együttműködés jó, ott a betegek rehabilitációja is jobban megoldott. Jó példát tapasztaltunk erre Keszthelyen, ahol a közösségi koordinátor a receptek felírásában, gyógyszerek kiváltásában is segít, de több helyen is tapasztalható az együttműködés eredménye. A rehabilitációt nagyban segítené, ha elegendő rehabilitációs munkahelyen lennének foglalkoztatva a betegek.

Egyes gondozók a pszichiátriai kórházi osztályokkal, háziorvosi szolgálat munkatársaival, szakrendelésekkel, család gondozókkal, gyermekjóléti szolgálatokkal, szociális otthonokkal és egyéb szociális szolgáltatókkal, polgármesteri hivatalokkal, különféle hatóságokkal, civil szervezetekkel is kapcsolatot tartanak az ellátás jobb eredményének érdekében.

Veszélyeztető állapot esetén a gondozók a kórházi beutalást kezdeményezik, de gyakori a gondnok alá helyezés eljárásának megindítása, és ami elképesztő: **sok esetben az érintett és/vagy hozzátartozó teljes semmibe vételével és tájékoztatásuk nélkül.**



A gondozókban tájékoztatják a betegeket az új gyógyszerelésükről, a gyógyszerek lehetséges mellékhatásairól, fontosnak tartják, erre mindig szakítanak időt: „Ez nagyon fontos dolog, meg kell tenni, ez a feladatunk.” A tájékoztatás kötelező, jogszabály írja elő. Van gondozó, ahol ezen felül ismertetőket osztogatnak, a gyógyszergyáraktól kapott szórólapokat. A kórházból távozó beteg sorsának utánkötésével kapcsolatban a gyakorlat területenként, körzetenként változó, van gondozó és kórház, amelyek között szoros együttműködés van, és van terület, ahol nincs meg a folyamatos, állandó együttműködés.

Kórházból távozó beteg sorsát után tudják-e követni? Járnak-e kontrollra, gyógyszerfelírásra a betegek? „Igen, a kórházaktól kapunk a zárójelentésből.” „A kórházból távozó beteg a távozásakor megkapja az osztályon beállított gyógyszerekről a recepteket, de emittálása után néhány napon belül jelentkeznie kell a Gondozóban.” „Igen. Az utánkötéssel nincsen gond.” „Jó az együttműködés, utalási rendszer a kórház és a gondozó között.” „Nem kapunk a kórházról értesítést.” „A kórház és a gondozó között szoros együttműködés van, beti rendszerességgel bejár egy szakdolgozó, végiglátogatja a betegeket, elhozza a zárójelentéseket, összekötőként dolgozik. Tájékoztatja a betegeket a gondozó munkájáról.” „Vagy igen, vagy nem. Nem tudjuk, ki van a kórházban. Régen kaptam a zárójelentésekből egy példányt, ahol közölték a beteggel, hogy jelentkezzen a gondozóba. Ma nincs ilyen információnk.” „A Kórház Pszichiátriai Osztálya minden esetben küld zárójelentés másolatot a betegről, és a beteget a gondozóba irányítja.” „Igen, viszont nagy gondot okoz, hogy gyakran a kórházból zárójelentés nélkül engedik ki a betegeket. Ez ügyben már többször próbáltuk egyeztetni, de sikertelenül. A gondozó finanszírozás szempontjából a kórházhoz tartozik, míg annak idején plusz 10 milliót hoztak a kórháznak, most mínusz 10 millió.” „A követés meghatározott kórformák esetén történik, háziorvossal történő kapcsolat felvétel, vagy otthonában gondozónó keresi fel őket.” „A nem általunk beutalt területi beteg sorsa ismeretlen, amennyiben a kórház után a rendelésen nem jelentkeznek.” „A kórházból távozó betegek rendszerint járnak kontrollra gondozónkba. A nem rendszeresen járó betegek esetében felvesszük a kapcsolatot a közösségi pszichiátriai ellátással, ahol erre lehetőség van.” „Egyelőre nem igazán tudjuk követni a beteg sorsát, csak ha önként jelentkeznek. Jellemzően járnak a betegek kontrollra, gyógyszerfelírásra.”

Az ellátott betegek hány százaléka nem jön vissza kontrollra, mit tesznek ilyen esetben? A válaszokból arra következtettünk, hogy a betegek túlnyomó többsége megjelenik, rendszeresen visszajár kontrollra. Egy gondozóban jelezték: „Kontrollra a betegek 30-40 %-a nem tér vissza, nem tudnak mit tenni, a pánik betegek pár hónap után visszatérnek.” A 30-40 % volt a legrosszabb arány, jellemzően a betegek 2-10 %-a nem jár vissza kontrollra, illetve 4 gondozói körzetben jelezték, hogy a betegek kb. 25 %-a nem jár vissza ellenőrzésre. Ilyenkor általában a gondozó telefonon megkeresi a beteget, vagy udvarias levelet küldenek, hogy várják a gondozóban, esetleg a háziorvosát értesítik. „A betegek túlnyomó többsége meg is jelenik, és rendszeresen visszajár. Ha elmarad, behívót kap vagy hozzátartozóval, esetleg a háziorvosával tartjuk vagy vesszük fel a kapcsolatot.” „Kevesen nem jönnek vissza a gondozásra, amennyiben nem jön vissza a beteg, akkor telefonálnak, levélben keresik fel, ill. a háziorvossal is kapcsolatot tartanak. A háziorvosokkal egyébként is jó a kapcsolata a gondozónak.” „Meghatározott kórformák esetén berendelő lapot küldünk.” „Nincs róla információnk, nincs utánkötés kontrollós betegeknél.”

A gondozók 45 %-ban egyáltalán nem látogatják a gondozott beteget saját életterében, otthonában, 55%-ban igen, ám a látogatások gyakorisága és az indokai területenként nagyon eltérőek: „A Gondozó munkatársai csak esetenként látogatják otthonukban a betegeket, de a Családsegítő Szolgálat munkatársai, egyeztetve a Pszichiátriai Gondozóval, napi kapcsolatban vannak a betegekkel.” „3 havonta, szükség esetén sűrűbben járnak a gondozónók. Szakorvosi látogatás is van kb. 6 havonta.” „Ha valami indokolja látogatást. Pl.: tisztázatlan körülmények, gondozásról elmaradás és együttesen ezzel bizonytalan helyzet. Állapotról való információkat szeretnénk bővíteni. Terápiás okok is indokolják: családterápiás intervenciók, konzultációk, miliointervenció végzése, stb.” „Területi gondozónó látogat igény szerint, rendszeresen.”

Örvendetes, hogy a megkérdezett gondozók 84 %-ban jelezték, hogy közvetlen környezetükben (a városban, kerületben) működik közösségi ellátás: „Igen, nagyon jó a kapcsolatunk és nagyon jól végzik a munkájukat, rátermett szakképzett dolgozók foglalkoznak az ellátottakkal.” „Igen, a Családsegítő Központtal együttműködési szerződésük van.” „Igen. Működik a kerületben és jó az együttműködés.” „Igen, kitűnő ellátással.”

A betegek rehabilitációját szóbeli tanácsadással (életmód- és életvezetési tanácsokkal), orvosi segítségnyújtással, esetenként szociális munkás, illetve pszichológus bevonásával segítik. Visszatérő probléma, hogy rehabilitációs munkahelyek hiányában a felvilágosítás nem sokat ér. Van, ahol a rehabilitációban nem a gondozó segít, hanem a közösségi pszichiátria.

A gondozók jellemzően széles körben működnek együtt más intézményekkel a gondozási tevékenység hatékonyságának növelése érdekében, példa erre: „*Pszichiátriai kórházi osztály, háziorvosi szolgálat, szakrendelések, család gondozó, gyermekjóléti szolgálatok, szociális otthonok és egyéb szociális szolgáltatások, polgármesteri hivatalok, különféle batóságok, civil szervezetek. A fent felsorolt intézmények is segítségünkre vannak, ill. ők is kérnek a gondozótól felvilágosítást.*”

Veszélyeztető állapot esetén azonnali beállítás, kórházba utalás történik: „*Sürgős szükség, veszélyeztető állapot esetén a beteget sürgősséggel pszichiátriai osztályra utaljuk részletes beutalóval. Abban az esetben, ha nem mi észleljük, a háziorvos vagy ügyelet gondoskodik a beteg beutalásáról. Előfordul, hogy a gondozóba küldik a beteget, s mi gondoskodunk a pszichiátriai osztályra történő utalásról. Azokban az esetekben, amikor a beteg potenciálisan veszélyeztető és nem hajlandó elfogadni a kezelést, bíróságon keresztül kezdeményezzük kötelező intézeti kezelését. Az elmúlt években területünkön nem sok esetben történt ilyen kezdeményezés, de valamennyit indokoltnak talált a bíróság és elrendelte a kezelését. Cselekvőképességet korlátozó vagy kizáró gondnokság alá helyezés ügyében javaslatot teszünk a gyámbatóság részére indokolt esetekben. Erre azonban nem a pszichiátriai osztályra történő beutalással összefüggésben szokott sor kerülni.*” „*Az intézkedés a beteg állapotától függ. Rendelőintézeti megjelenés és szükség esetén azonnali beállítással. Ha beteg otthonából jön a jelzés, kimenni nincs mód, olyankor az alapellátás intézkedik.*” „*Ebből a szempontból szerencsés helyzetben van a gondozó, mert az osztálytal egy épületben található, így az osztályos elhelyezés azonnal megoldható. Sürgősségi esetben az osztályról azonnali értesítést küldünk fax útján a Városi Bíróságra.*” „*Kezelésre kötelezési eljárás kezdeményezése, illetve cselekvőképtelenség, vagy korlátozottság esetén a gondnokság alá helyezés elindítása, azonnali beállítással. Fentiek mind működnek nálunk. Közvetlen veszélyeztető állapot esetén a háziorvos segítségét kérjük.*”

Betegjogi-érdekvédelmi szempontok: A gondozókban a gondozottak észrevételeiket, panaszait a betegjogi képviselőnél tehetik meg, erről tájékoztatást adnak, általában a váróteremben ki van függesztve az elérhetősége. Civil kontroll 3 gondozói körzet kivételével nem működik, a 3 gondozói körzet egyikében a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum (PÉF) munkatársa segítségével valósul meg a civil kontroll. A megkérdezett gondozóknak 55 %-a nyilatkozta, hogy önszervező csoporttal (pl. AA mozgalom, pszichiátriai betegek klubja) van kapcsolata, illetve támogatnák ilyen szervezetek létrejöttét: „*A Lélek-Hang Egyesület (önszervező csoport) tagjaival és a PÉF munkatársaival van a gondozónak kapcsolata, a szocioterápiás foglalkozásra eljárnak a tagok. Működik egy önszervező csoport is, amit támogatnak, az Empátia Klub.*” „*Igen, van kapcsolatunk önszervező csoporttal. Támogatjuk is lehetőségeinkhez mérten. (csoportszoba biztosítása stb.)*”

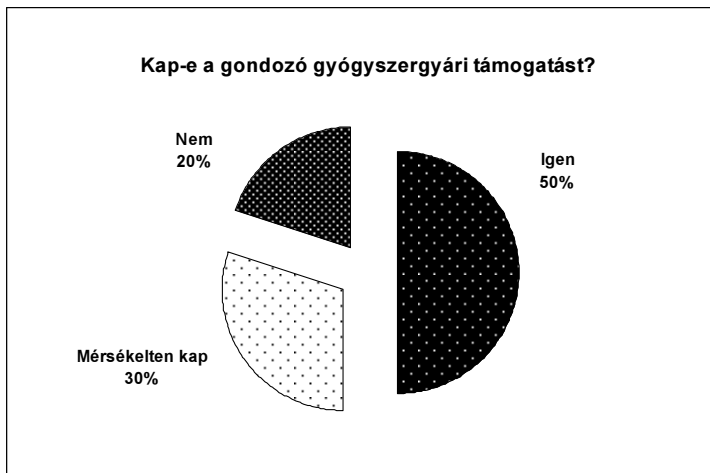
Tapasztalatunk szerint a gondozók rendelőkben általában megfelelően tájékoztatják a betegeket, hogy az ellátás során felmerült panasszal hova fordulhatnak, de a betegek sokszor nem mernek a jogaikkal élni. A civil szervezetek nagy része még nem nőtt fel a feladatának ellátására. Az érdekképviselet leginkább a segítségen múlik, de ez a segítség akadályba ütközik, ha az egészségügyi ellátás szabálytalanságaival kapcsolatos. Általában a pszichiátriai szakrendelés igénybevétele stigmatizáló tényező, a kezeléseket első időszakában a betegek nagy részét ez erősen foglalkoztatja, de később ez az érzés csökken. A gondozást emiatt általában nem szakítják meg.

Elég gyakori az orvosoknak a gyógyszercegekkel való jó kapcsolat, akik apró ajándékokkal, szakmai konferenciák költségátvállalásával igyekeznek az általuk gyártott termékekre a figyelmet felhívni.

Minek alapján kerülnek gondozásra a betegek? A kórházi osztályok automatikusan minden elbocsájtott beteget gondozásra irányítanak-e? „*A betegség jellege alapján kerülnek gondozásra a betegek. Nem minden kórházi osztályról elbocsájtott beteg kerül automatikusan gondozásra.*” „*A betegek gondozásra betegcsoport alapján kerülnek. A kórházi osztályok csak bizonyos betegcsoportú betegeket irányítják a gondozóba.*” „*Nem. A betegség súlyossága, a visszaesések száma meghatározó.*” „*Többszöri kontroll vizsgálatot követően kórházi kezelés után minden beteget gondozásra, vizsgálatra irányítanak.*” „*A pszichiátriai osztály minden elbocsájtott beteget a gondozóba irányít. Mi döntjük el azonban, hogy gondozásba vesszük-e vagy pszichiátriai szakrendelésen látjuk el a továbbiakban. A krónikus, hosszú távú kezelést igénylő beteget vesszük gondozásba.*” „*Diagnózisuk és állapotuk szerint. Nem kerülnek automatikusan gondozás alá.*” „*Igen, minden osztályról elbocsájtott beteget gondozásba, esetleg szakrendelésbe irányítunk. Gondozásba vétel háziorvosi beutalás révén, illetve esetenként beutaló nélküli megjelenés nyomán is előfordul.*” „*Gondozásra a betegek a hivatalos protokoll szerint kerülnek. A diagnózis határozza meg, hogy gondozásba kerül-e. A kórházból távozó beteg első jelentkezéskor kontrollal ellátásba kerül.*” „*Mi történik, ha a gondozott nem kívánja tovább igénybe venni a szolgáltatást (önkéntes beteg, nem önkéntes beteg)?*” „*Ha nem kívánja tovább igénybe venni a beteg a gondozást, és nem tartozik olyan betegcsoportba, mely a cselekvőképességét korlátozná, akkor a betegnek, esetleg hozzátartozójának megajánljuk a további gondozás fenntartásának mérlegelését.*” „*Megkeressük a beteget, de nem kényszerítjük.*”

Járóbetegellátásban mindenki önkéntesnek tekinthető. „*Motivációs interjú eszközökkel, compl. javításának tanult technikáival próbáljuk megnyerni, ha a gondozás kívánatos lenne.*” „*Megpróbáljuk feltárni az elmaradás indokát, motivációját.*” „*Próbáljuk megbeszélni, hogy miért látnánk szükségesnek, kérjük, hogy egy öt segítőt személyt is hívjon el a megbeszélésre. Alternatívákat is kínálunk. Ha nem szükséges a gyógykezelése, akkor döntését elfogadjuk, de ha egészségi állapota miatt fontos a gyógyszeres kezelés, akkor próbáljuk meggyőzni, hozzátartozókkal beszélünk, háziorvosával felvesszük a kapcsolatot.*” „*A pszichiátriai osztály minden elbocsájtott beteget a gondozóba irányít. Mi döntjük el azonban, hogy gondozásba vesszük-e, vagy pszichiátriai szakrendelésen látjuk el a továbbiakban. A krónikus, hosszú távú kezelést igénylő beteget vesszük gondozásba.*” „*Megpróbálják tartani a kapcsolatot, önkéntesség van, van beteg pl. aki nem vesz be gyógyszert, viszont jár a gondozásra. Segítség a hozzátartozóval való együttműködés is.*” „*Először értesítést küldünk, a további intézkedések a beteg aktuális állapotától függ. A gondnokolt betegnél a kapcsolatot a gondnokkal is felvesszük.*”

A gondozottak a gondozóban való megjelenést először önmagában stigmatizálónak tartják, ennek ellenére - egy-két esetet leszámítva- nem maradnak el, illetve később nem foglalkoznak ezzel a problémával: „Sajnos még mindig, bár a gondozó helye jó, független, üvegajtóval, függönnyel elválasztott, a váróban zene szól, a betegek először fenntartással jönnek a gondozóba, utána csökken a stigmatizáló érzésük, pozitív irányba változik véleményük.” „Gyakran találkozunk betegekkel, akik a pszichiátriai kezelés bármilyen formáját (osztályos, szakrendelői, gondozói) stigmatizálónak érzik. Amely betegnél ez kiderül, ott már jó helyzetben vagyunk, párbeszéd indulhat el.”



A gondozók 50 %-a kap **gyógyszergyári támogatást** (kongresszusokon való részvétel, számítógép vásárlás, gyógyszerek). Az esetek 30 %-ban a támogatás szerény, kismértékű, időszakos: pl. promóciós ajándékok, toll, naptár, felvilágosító füzetek. „Igen, kap tárgyi támogatást, de az lenne a jó, ha nem kellene gyógyszergyári támogatással élni, hanem önállóan tudnák finanszírozni a szükséges dolgokat.” „Nem. Gyógyszermentát hagynának, de én azt sem fogadom el.”

III. A közösségi ellátások monitorozása

Szervezetfejlesztési kérdések

Mi a célja a közösségi ellátásnak? *“A közösségi pszichiátriai ellátás célja egyéni szinten a környezetbe való visszailleszkedés elősegítése, a beteg elszigeteltségének megelőzése”*

Mit csinál a közösségi ellátás? *“A szolgáltatás olyan hosszú távú, egyéni szükségletekre alapozott gondozást kínál, amely épít az ellátottak aktív és felelős részvételére, valamint a természetes közösségi erőforrásokra.”*

Mi a küldetése a közösségi ellátásnak? *“Küldetésünk, hogy ... területén élő, krónikus pszichiátriai betegek életvitelét segítsük, pszichoszociális rehabilitációjukat biztosítsuk, életminőségüket javítsuk a szakma által előírt feltételek és módszerek alkalmazásával.”*

Kikkel együtt? Van-e együttműködés érdekvédő, önsegítő szervezettel, ha igen, mely szervezetekkel? Egy jó példa: „Igen, többek között a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Pszichotikus Betegek Érdekvédő Egyesülete, ÉFOÉSZ, családvédő egyesület, siketeket tömörítő civil szervezetek” „Civil Szervezetek Szövetsége, Békéscsaba” „Nyújtsd a segítő kezéd Alapítvány, Békéscsaba” „AA mozgalom” „Daganatos betegek klubja” Míg egy érdekes példa: „Igazságügyi Hivatal”. Valamint egy olyan példa, ami rávilágít arra, mi a különbség az önsegítő és a szakmai szervezetek között, vagyis ahol a szakember nem tud különbséget tenni önsegítő és szakmai szervezet, magánszemély között vagy fáradt volt a válaszadáskor: Vagy arra, mennyire kialakulatlan az ember társas lény! „DMJV Városi Szociális Szolgálat (házi gondozás), Kenézy Kórház - Rendelőintézet Egészségügyi Szolgáltató KFT Felnőtt Pszichiátriai Osztály, Kenézy Kórház - Rendelőintézet Egészségügyi Szolgáltató KFT Nappali Kórház részleg, DE Orvos és Egészségtudományi Centrum Pszichiátriai Tanszék, VESZ Pszichiátriai Ambulancia és Gondozó Intézet Felnőtt Részleg, Magyar Ökumenikus Segélyszervezet Debreceni Szociális Központja, DMJV Gyermekvédelmi Intézménye, Családsegítő Szolgálat és gyermekvédelmi Központ, ReFoMix Nonprofit Közhasznú Kft. Szociális és Egészségügyi Központ (hajléktalan ellátás), „Lelkierő” Fiatalon Fiatalokért Egyesület, Északalföldi Regionális Munkaügyi Központ Debreceni Kirendeltség és Szolgáltató Központ, „SEGÍTŐ KÉZ” Lelkiséghely Telefonszolgálat, Tevékeny Szeretet Közössége „S.O.S” Szenvedélybetegek Közösségi Ellátása, Terápiás Ház Y.X. klinikai szakpszichológus, X.Y. családterapeuta szupervízor, Dr. Y.X.jogász, Dr. X.Y. házi orvos, ALÉTHELA Szociális Szolgáltató Központ Házi Segítségnyújtó Szolgálat” „Milyen területen működnek együtt (konkrétan)?”

A dolgozók önmagukhoz való viszonya. Milyen nehézségeket fogalmaznak meg a dolgozók? *“Túlzott adminisztrációs feladatok, egészségügyi ellátó rendszer együttműködési hiánya, új ellátási forma- nincs teljes mértékben a lakosság köztudatában, túl sok ellenőrzés- aminek a szempontrendszerei változóak, a rehabilitáció következő lépcsőfoka (nappali ellátás és foglalkoztatás) tárgyi, beruházási feltételeinek kialakítása nagyon hosszú idő és nagyon sok pénzt igényel.” “Fluktuáció” „Nincsenek rehabilitációs és szabadpiaci munkahelyek” “Az egészségügy egyes területeivel való együttműködés, a gyakran változó szakmai és jogi követelmények” „Képzett emberek hiánya, elhivatottsága, az intézmény messze van, nebész a munka, kevés a bér, sok a fluktuáció”. Milyen változtatást jeleznek az ellátórendszerben? „Pályázati források a nappali ellátás és szociális intézményen belüli foglalkoztatásra; a KJT alapilletményeinek emelése (ugyanis a kliensek mellett a dolgozók is elszegényednek), Munkahelyhez közeli szakmai képzések- pszichiátriai tudás bővítése, a közösségi*

gondozók készségeinek fejlesztése”. „Egészségügyi rendszer szereplőinek együttműködési készségének javítása (törvényi szinten elsősorban, struktúraváltozással). A közösségi gondozást elsősorban intézményi keretek között kellene (nappali ellátás keretében) megoldani, valószínűleg több igény van a nappali, ill. foglalkoztatási ellátásra: a közösségi gondozásra kevesebben „alkalmasak, nyitottak”: a más ellátás révén újabb betegeket, családokat „alkalmassá, nyitottá” lehet „tenni”. Községi ellátás szakmai döntéshozatala rendelkezzen a betegek ellátásával (rehabilitáció, gyógyulás, társadalmi fejlődés, szociális ellátási rendszer sajátosságai...) kapcsolatos való ismeretekkel: ennek a szakmunkérés, az ellenőrzés, a célkitűzés... során fontos szerepe van”. Szakmai továbbképzés: **„Elegendő-e a közösségi képzés a minőségi követelmények teljesítéséhez?”** A dolgozók fele szerint igen, de fele szerint nem. „A közösségi képzés a minőségi követelmények teljesítéséhez nem elegendők, ellenben a dolgozók előző munkahelyei, tapasztalatai (pl. a válaszadó a pszichiátriai Gondozóban dolgozott) pótolják ezt a hiányt. A pszichiátriai munkacsoport ezzel a háttérrel jól működik.” Biztosított-e a továbbképzés? A dolgozók 20 %-a szerint nem, míg 80 %-uk szerint ez biztosítva van. Igényelne-e továbbképzést? A válaszadók mindegyike igényli a továbbképzést.

Mi az eredménye? „Töltenek-e ki kliens-elégedettségi kérdőívet? Ha igen, mik az eredményei?” Megdöbbenő, hogy 3:1 arányban nem töltenek ki kliens-elégedettségi kérdőívet - azaz kijelenthetjük, országos szinten a kliensek szintjén nem mérhető a közösségi ellátás eredményessége, sajnos nincs igazi visszacsatolás. A módszertan ezt a fajta mérést lehetővé teszi, de kérdéses, tudományosan igazolható-e a működésének mikéntje. Íme három jó példa, amiből sokat tanulhatunk.

„A kiértékelésből kitűnt, hogy az 50 válaszadóból 44 fő vesz részt ellátásban, 2 fő kitöltő nem vesz részt ellátásban, 4 fő közeli hozzátartozó. A kitöltők 44 %-a szenvedélybeteg és 56%-a pszichiátriai beteg közösségi ellátásban vesz részt. A szolgáltatásainkkal kapcsolatos elégedettség a következő eredményt hozta. 58% teljesen elégedett, 24% részben elégedett, 16 % közepesen és 2 % nem elégedett a házuk szolgáltatásaival. Rendezvényeinkkel, programjainkkal teljes mértékben elégedett 40%, részben elégedett 28%, közepesen 10%, nem elégedett 4%. Munkatársainkkal elégedett teljes mértékben 72%, részben elégedett 20%, közepesen 8 % és nem elégedett 0%. A klienseink véleménye szerint jobb internet elérhetőségre, még több programra, (előadások kirándulás, tornaklub) és még több egyéni gondozásra volna még szükség. Igény lenne azonos problémájú csoport létrehozására. Javasataink szerint még ismertebbé kéne tenni a közösségi ellátást és szociális foglalkoztatás beindítását is szorgalmazzuk. Összességében elmondható, hogy a válaszadók meg vannak elégedve a közösségi ház munkájával. Véleményük szerint az itt dolgozó munkatársak kedvesek, figyelmesek, segítőkészek és hozzáállásuk kitűnő. A mentálhigiéné területén fontosnak találják munkánkat. **Úgy vélik, kevesebb adminisztrációval kellene terhelni a munkatársakat, mert így kevesebb idejük marad az érdemi munkára.**” (Egyszer egy nem e tanulmány keretei közt megszólaló orvos ezt mondta: „a betegektől nem marad idő dolgozni”).

„2009. januárjában összeállítottunk egy kérdőívet, melynek célja az eddigi munkánkról kialakult vélemények megismerése, valamint az újabb igények felmérése volt. A kérdőív rövid, tömör volt, kitöltése nem igényelt sok időt és nagyobb koncentrációt, mivel pszichiátriai betegek számára készült. A mintavétel nem volt reprezentatív: 52 kliensünk közül 14 töltötte ki kérdőívünket. A válaszadók szolgáltatásaink közül leggyakrabban a segítő beszélgetést vették igénybe. Ezen kívül a szociális ügyintézés és az életvezetési tanácsadás volt a legnépszerűbb. Legkevesebbé a kríziskezelésre és a jogi tanácsadásra került sor. Az igénybe vett szolgáltatásokkal minden megkérdezett teljesen vagy nagyobb részben meg volt elégedve. A legnagyobb elégedettségről a segítő beszélgetés esetén számoltak be. A kérdőívvel fel szerettük volna mérni, milyen új szolgáltatásokra, tanácsadásokra tartanak igényt klienseink, de erre a nyitott kérdésre nem kaptunk válaszokat. A nemek szerinti megosztást tekintve a válaszadók 50%-a nő, 50%-a férfi. A kérdőívet kitöltők átlag életkora 27 év. Összegezve a felmérés eredményét, mindenképpen pozitív visszajelzést kaptunk eddigi munkánkról, hisz azok a klienseink, akik kitöltötték kérdőívünket, nagymértékű elégedettségről számoltak be.”

„A lelki egészség védelmét, kedvező irányban történő változását pszichiátriai betegeink közösségi gondozása során sikerült elérnünk. Községi ellátottaink állapotjavulására enged következtetni, a kórházi kezeléseket, a pszichiátriai osztályon eltöltött napok számának jelentős csökkenése, valamint elértük betegeink hét százalékánál már azt az eredményt is, hogy egyáltalán nem voltak pszichiátriai okból kifolyólag gyógyintézetben gondozásuk óta. A Társas támogatás, mely klienseink felé lehet baráti, családi, vagy szakember részéről biztosított, fontos szerepet tölt be számukra a betegséggel való megküzdésben. A közösségi gondozásban ellátottaink jelentős rétege, akik többnyire párkapcsolat nélkül, szüleikkel élnek, kifejezték válaszaikban, hogy mennyire szükségességét érzik és igénylik a közösségi pszichiátriai szolgáltatást.”

A közösségi ellátásban alkalmazott szakmai stratégiák hasznossági sorrendje: 1. egyéni szociális esetmunka, 2. ügyintézés, 3. problémamegoldó tréning és készségfejlesztés, 4. (a következő stratégiák sorrendi adata nem szignifikáns) kommunikációs tréning, pszichoedukáció, hozzátartozó bevonása, team-megbeszélés 5. esetkonferencia

Hogyan helyezhető el a pszichiátriai betegek közösségi ellátása az országos pszichiátriai ellátórendszerben? A közösségi gondozás intézményes helyét valahol a pszichiátriai kórházak és orvosi osztályok, pszichiátriai gondozók, betegotthonok, jegyzők térképén lehetne megtalálni. A jogi-állami berendezés, valamint az orvosi és a szociális ágazat szereplője jelenik meg a narratívákban. A pszichiátriai kórházakban inkább rendőr és bírósági titkár (esetleg fogalmazó), a közösségi ellátásoknál inkább a törvényesség egyik őre jelenik meg: a jegyző. A törvényesség másik őre, az ügyész funkciója nem kellőképpen hatja át a magyarországi lelki egészségi ellátórendszert. Ezért kerül a PEF szervezeti tevékenysége ilyen értelemben közelebb az ügyészi funkcióhoz. Területileg öt tengely azonosítható be a közösségi ellátók és pszichiátriai gondozók rendszerében. A tengelyek iránya eltérő. A kecskeméti-kiskunhalasi tengely iránya a bíróságokra mutat - ügyészi vádemelés után. Egy budapesti tengely iránya a monitorozás megtagadása felé mutat. Egy harmadik tengely erőteljesen duzzadóan az ellátottakra és

betegekre mutat. Gödöllőn a pszichiátriai gondozóban szinte közösségi ellátást nyújtanak (helyes szervezeti önértelmezés és jeles szereplők jelenléte miatt talán), Debrecenben a közösségi ellátás és a pszichiátriai kórház, valamint több tucat szervezet közti jó együttműködés irányába mutat a tengely. Azonban a legszomorúbban kell megállapítanunk, hogy egy bizonyos tengely technológiai szinten elmeszociális otthoni előgondozásként értelmezi a munkáját, és ezzel rossz gyakorlatot valósít meg, szemben azzal a felfogással, amelyik a nehézséget ebben látja: "Szinte csak mi vagyunk, akik kapcsolatot tartunk a klienssel." Az együttműködésre irányuló monitorkérdésekből kitűnik, az ellátottak kimeneti főirányai a rehabilitáció, bentlakásos szociális intézet/betegotthon, nappali ellátás, öngyilkosság, de hiányzik a lakóotthoni elhelyezés, ami önmagában aggályos.

Hány kliens gondozása folyik? Egy közösségi ellátóban átlagosan 49 főt segítenek. Ez „különös módon” erősen hajaz a megállapított minimum normára. Az ennél több beteget ellátni kívánók a meglévő igények ellenére sem kapnak erre finansziális lehetőséget 2012-től.

Rehabilitációs és öngyilkossági statisztika. Arra a kérdésre, „Mit tart a legnagyobb nehézségnek a közösségi munkában?” figyelemre méltó, de egyben lesújtó rendszerkritikaként ezt a választ adta az egyik közösségi ellátó: *“Egészségügyi rendszer alkalmatlansága (struktúra, kultúra, morál egyaránt). Finanszírozás elégtelensége, ill. rossz struktúrája. Szakmai „idealizmus” a döntéshozás szintjén, amely a gyakorlatban a „többet mar, keveset fog” eredményt hozza. A sikeres szakmai párbeszéd a döntéshozatal és a szakmai gyakorlók között kevés, nincs. Családok, társadalmi ellenállások, stigmák, előítéletek..”* Ennek fényében a szociális szolgáltatásként értelmezett közösségi ellátás célja a rehabilitáció, felépülés. Ehhez bizony a többségi társadalomnak is együtt kell működni, aminek az időnkénti hiányát fogalmazza meg fent említett ellátó, amikor arra a kérdésre, Milyen változást javasol az ellátásban?, ezt a választ adja: *“Egészségügyi rendszer szereplői együttműködési képességének javítása (törvényi szinten elsősorban, struktúraváltozással). A közösségi gondozást elsősorban intézményi keretek között kellene (nappali ellátás keretében) megoldani, valószínűleg több igény van a nappali, ill. foglalkoztatási ellátásra: a közösségi gondozásra kevesebben „alkalmasak, nyitottak”: a más ellátás révén újabb betegeket, családokat „alkalmassá, nyitottá” lehet tenni. A közösségi ellátás szakmai döntéshozatala rendelkezzen a betegek ellátásával (rehabilitáció, gyógyulás, társadalmi fejlődés, szociális ellátási rendszer sajátosságai...) kapcsolatos való ismeretekkel: ennek a számonkérés, az ellenőrzés, a célkitűzés... során fontos szerepe van.”*

„2009-ben hány kliens került ki a gondozásból, mivel rehabilitációja sikeres volt?” kérdésre 15 ellátó adott konkrét pozitív választ, mindösszesen 65 ellátott került ki az adatok szerint a közösségi gondozásból, mert sikeres volt a rehabilitációja. Viszont 9 helyről nincs adat (nem adott választ, megtagadta a monitorozást, nincs is közösségi ellátó). „Volt-e öngyilkosság? Ha igen, hány kliensnél?” kérdésekkel az emberi lét egyik legszomorúbb oldalára láthatunk rá. 13 közösségben történt öngyilkosság, ez 8 ellátott közül 1 esetében befejezett öngyilkosság volt - az adatközlések szerint. Kiemelem azonban, nem statisztikai adatgyűjtésről van szó. A monitorok nem személyiségkutatások, főként az ember társas lényére irányulóak a kérdéseink, mivel pszichoszociális fogyatéklóságról van itt szó. Akad szolgáltató, aki nem létező jogszabályi hivatkozással nem ad felvilágosítást erről, de annyit beismer, hogy történt nála öngyilkosság. A sikeres rehabilitáció, mint szakmai pozitívum és a kudarc, mint negatívum arányba állítva kedvező képet ad: 65 a 8 hoz. De még ekkor is megdöbbenő, hogy a felépüléshez képest közel 10 %-ban kell számolni a beteg, páciens halálával. Hány kliens került nappali ellátásba, valamint volt-e szociális otthonba helyezés (Ha igen, hány kliens?) kérdéseinkre adott válaszok is érdekesek. Tartós bentlakásos intézetbe 18-an kerültek, míg nappali ellátásba 78-an. Ez utóbbi szám meglepő, hogy valós-e, hiszen egyik ellátóból 50 fő fölötti létszámban kerülnek nappali ellátásba, míg jobbára maximum 8 klienst szolgáltató egy-egy ellátó. Az egyik közösségből 27-en a szociális foglalkoztatót kapják, mert nem volt hivatalosan nappali ellátás.

Úgy tűnik, a közösségi ellátás sem oldotta meg önmagában a pszichiátriai betegek gyógyítását, felépülését, a munkanélküliséget, a fő tényezők a rendszeren kívül, főleg alkotmányossági, morális és pénzügytechnikai, társadalmi együttműködési területen vannak. Ezért monitorozásunkat az eddiginél nagyobb mértékben ki kell terjesztenünk alapjogi és alkotmányos területekre.

IV.

Közösségi ellátók - klienselégedettségi monitorozás

A régiókban történt közösségi monitorozások során különösen nagy hangsúlyt fektettünk a kliensekkel való találkozásra, az elégedettségi monitorlapok kitöltésére. Az ellátottak érdekében dolgozik az egészségügyi gondozó, a közösségi szolgáltató, ezért fontos az érintettek megkérdezése, monitorozása. Az elv kapcsolódik a „**Semmit rólkunk, nélkülünk**” elvhez, elemzésünk hiányos lenne a felhasználók megkérdezése, véleménye nélkül. Munkacsapatunk 11 kérdést állított össze. Figyelembe vettük, hogy a felvett monitorlapok adatai bizalmasak, azonosításra alkalmatlan módon készítettük el. Kliensek esetében a nemet és a korcsoportot írtuk rá a monitorlapra pl. középkorú férfi.

Mióta veszi igénybe a közösségi ellátást?

Felmérték-e személyes céljait: igen nem bizonytalan nem válaszol

Mondjon egy példát:

Segített-e a közösségi ellátó céljai elérésében: igen nem bizonytalan nem válaszol

Tanult-e: pszichoedukációt? problémamegoldást? helyes kommunikációt?

Megbeszéltek-e önnel a kezeléseket lehetőségeit: igen nem

Milyen gyakran beszélget orvossal, vagy pszichológussal: hetente havonta

Probléma esetén mennyi idő elteltével tud beszélni orvosával: azonnal napokon belül heteken belül

Szokott-e kérdéseket feltenni a kezelésével kapcsolatban: igen nem bizonytalan nem válaszol

Kapott-e felvilágosítást az ellátótól arról, hogy lakóhelyéhez közel hol található önszolgáltató, illetve sorstárs csoport?

Részt vesz-e ilyen csoportban?

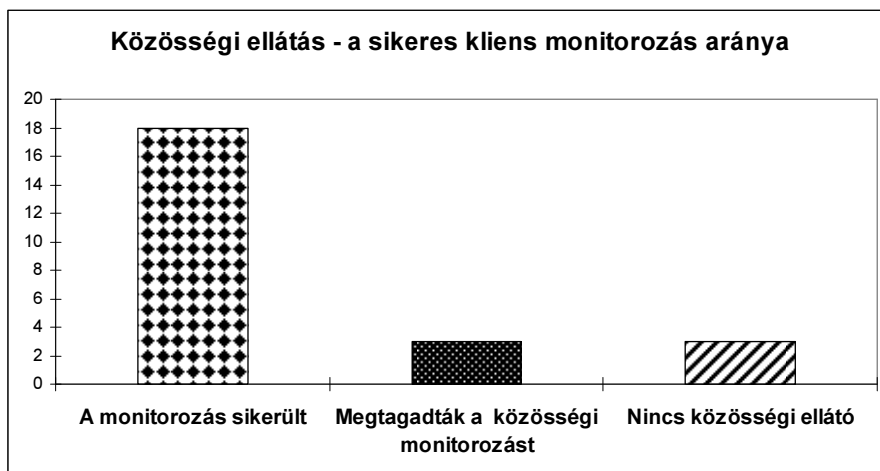
Kapott-e tájékoztatást az ellátótól érdekvédő szervezetekről?

Dátum:

Kitöltő neve:

Monitorozás helye:

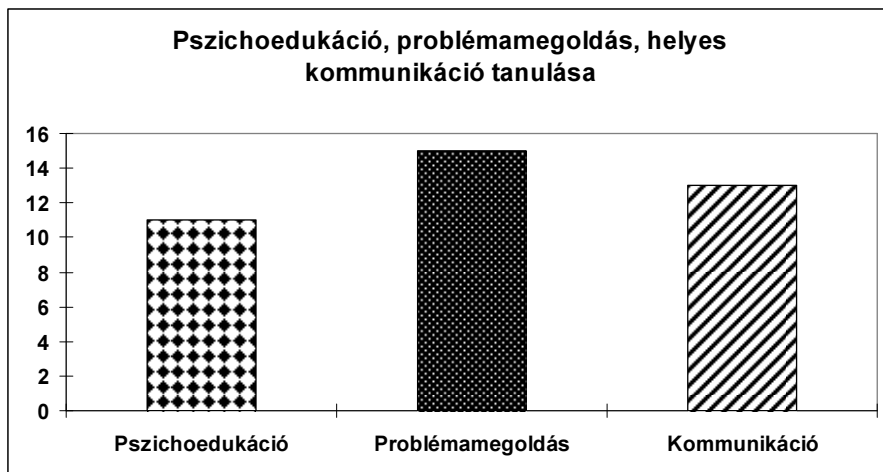
A közösségi ellátókat telefonon megkerestük, időpontot kértünk a monitorozásra és elmondtuk, hogy ellátóval, klienssel szeretnénk beszélgetni és megismerni a véleményét a közösségi ellátásról.



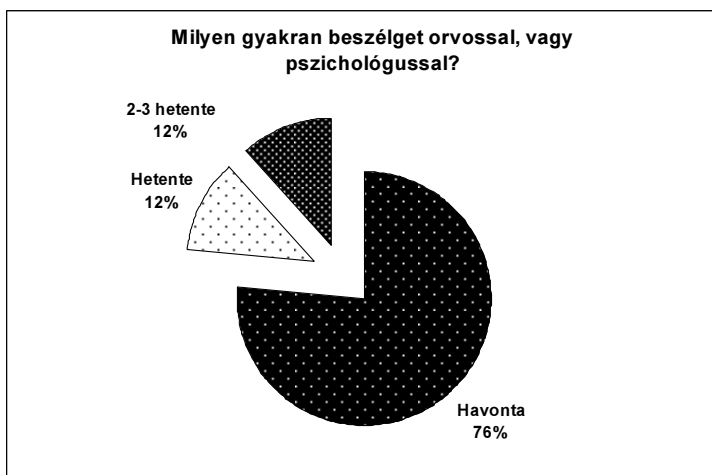
A diagramon látszik, 18 esetben sikerült a kliensmonitorozás, 3 közösségi ellátóban megtagadták a kérésünket, 3 gondozói körzetben nem volt az adott időpontban közösségi ellátás. A közösségi ellátást a megkérdezettek többsége 1-2 éve veszi igénybe, a leghosszabb időtartam 4 év, a legrövidebb 6 hónap. A válaszokból kiderül, volt olyan eset, a felhasználó elmondása szerint: a büszkesége nem engedte, hogy elfogadja az ellátást, annak ellenére, hogy a pszichiáter javasolta ezt a lehetőséget. A jelenség arra mutat rá, hogy a felhasználók között előfordul

bizonytalanság, információhiány, nem ismerik a közösségi ellátási formát, ezért idegenkednek tőle. Felvilágosító munkával, amely tevékenységbe civil szervezetek is bevonhatóak, segíteni lehet a kezdeti lépések megtételét, a szorongások legyőzését. A személyes célokat minden esetben felmérték. A munkavállalás, munkahelykeresés nagyon sok esetben célként jelenik meg, ezen felül jellemző motiváló tényező a képességfejlesztés, életviteli készségek fejlesztése, csoportfoglalkozások, párkapcsolati problémák kezelése. A pszichiátriai betegekre igaz, hogy halmozottan, kétszeresen hátrányos helyzetűek, betegek és egyúttal szegények is. A közösségi ellátásban a szociális szakemberek segítenek a pénzkezelésben, pénzbeosztásban, az adósságok rendezésében, a különböző szociális juttatások igénybevitelében (pl. méltányossági nyugdíjmelés kérelme). A felhasználók szabadidős programokat, ismerkedésre alkalmas tevékenységeket (városban séta, torna, közös rejtvényfejtés, kézműves foglalkozások) jelölték meg célként. Van mozgássérült, akinek a lakás akadálymentesítésében segítettek. A monitorozás során kiderült, minden megkérdezett kliens esetében sikeresen járult hozzá a közösségi ellátó a felsorolt célok eléréséhez.

Negyedik kérdésünk arra irányult, **a kliens tanult-e pszichoedukációt, problémamegoldást, helyes kommunikációt?**



orvossal, pszichológussal történő beszélgetések gyakoriságát az alábbi diagram mutatja be.



Probléma esetén jellemzően azonnal vagy napokon belül tud beszélni az orvosával a kliens, egy-egy esetben előfordul, hogy csak heteken belül sikerül a találkozás az orvossal. A betegek kétharmada (67 %) szokott kérdéseket feltenni a kezelésével kapcsolatban, 22 % nem tesz fel ilyen jellegű kérdéseket, 11 % bizonytalan. Szintén a felhasználók kétharmada kapott felvilágosítást az ellátótól arról, hogy lakóhelyéhez közel hol található önszolgáltató, illetve sorstárs csoport. Hét fő részt vesz, tagja önszolgáltató csoportnak, tíz fő nem tagja (gyakran előfordul, ennek oka, hogy nincs csoport), egy fő nem szereti, nem igényli ezt a lehetőséget.

A megkérdezettek 78%-a kapott tájékoztatást az ellátótól érdekvédő szervezetekről.

V. Hova lettek a közösségeink 100 év során? – a lelki egészségi közösségek védelméről

IV. generációs alapvető emberi jogok (a *mindenkori alapjogi biztosnak ajánlva*).

Földünk fenntartható fejlődése szempontjából az emberi lény társas mivoltának kérdésköre igencsak alapvető jogi kérdés. Alapvető jogaink katalógusai is fejlődnek, ma már IV. generációs emberi jogokról beszélünk a huszadik század után. Ezek az emberi jogok az embert mint társas lényt értelmezik. A személyiség az Örök Róma egyik alkotása, és a mai jogrendszerünk római joghoz kötése nem elegendő minden tekintetben. Az acélos kikényszeríthetőség felfogása mintha régimódi lenne a II. világháború után, de különösen 2001. szeptember 11-e után, vagyis a terrorizmus elleni világharc idején. A személyiség egy tágabb világösszefüggésben áll, a szociális környezetünk egyes tényezőivel kölcsönfüggésben lehet szó bármilyen személyiségről! A társas lényünk kikerült egyfajta évezredek óta releváns társadalmi összefüggésből. Valahol viszonylagos, mi normális, mi az emberi érték, mi mit jelent, már semmi sem abszolút talán. A pszichiátria nemrég került ki az önkényuralmi (korábbi belügyi és rendőrségi) meghatározottság alól. A lelki egészség és a pszichiátria terén már meghaladta az idő az orvosi modellt. A nagy létszámú, diktatórikus és büntetésen alapuló pszichiátriai intézetek Európában a 17. századtól kezdve főleg a városi rendőrség fellépésével kerültek be a történelem nagy rejtélyei közé. A szociális elkülönítés ideológiája tekintetében az orvosi tanulmányok nem tudták igazolni, miért is volna szükség emberi lényeket pl. ketrecekben tárolni? A hosszú 19. század végére, a rövid 20. század elejére szétporladt a boldog békeidők álma és rendkívül agresszív önkényuralmi társadalmi kísérletek mutatták meg a gonosz arcát oly leplezetlen és kendőzetlen brutalitással, amit szinte nem is lehet feldolgozni lelkileg a régimódi gondolkodás alapjára állva, mert a gondolkodásunk alapjai mint irreális álmok porladtak szét a történelmi tűzben. A pszichiátria orvosi modellje alapjaiban lett oda, legalábbis a megalapozás néhány kelléke tűnt el.

Személyiség és társas lény. Az emberi lény szükségleteinek Maslow által leírt piramis szerkezete is érint ilyen közösségi szükségleteket, vagy talán inkább jogos emberi igényeket mondhatnánk. Minden bizonnyal attól ember az ember, hogy gondolkodni tud, de ettől még nem válhatunk közösségi emberré, a gondolkodástól még nem lehetünk társas lények! Bizonyára nagy tudományos fordulatot hozott az ún. kopernikuszi világlkép, de ebben

Egy kivétellel („Lehetőség lenne rá, de engem zavar, ha ott vagyok, ezért nem veszek részt.”) 17 megkérdezett igennel válaszolt, ebből 8 helyen megjelölt mindhárom módszer: a pszichoedukáció, a problémamegoldás és a helyes kommunikáció tanítása. A diagram bemutatja, elsősorban problémamegoldást tanítanak (15 esetben), ezt követi a kommunikáció (13 esetben) és végül a pszichoedukáció (11 esetben).

A kezelési lehetőségeket szintén egy kivétellel, 17 esetben megbeszéljük. Az

az ember nincs benne! A Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum érdekes vállalkozásra adta fejét, kutatni kezdte a 21. század elején a magyarországi pszichiátriai betegeket ellátó intézeteket, az ellátásban részesülők emberi jogait monitorozza. Ezek a monitorok sosem az egyéneket célozták meg, tehát módszertanilag meglehetősen eltérnek a fent említett római eredetű személyiségfelfogástól. A monitorozás során hangsúlyos ugyan a betegekkel való bánásmódban az, hogy az emberi lény méltósága egymetes érvényű, azonban ez nem elég, vizsgálni kell a szociális környezetbe ágyazottságot. Nem személyiség kutatásról van szó, vagy egyének társadalomstatisztikai adatainak felkutatásáról, hanem a talán leginkább méltánytalan helyzetéről adatokat gyűjteni. Hiszen az önmagában méltánytalan, ha a pszichiátriai eljárások során valaki kitett állapotába, esetleg akaratnyilvánításra kizárt körülmények közé kerül és még a büntetőjogban is elsimert ártatlanság véelme sem illeti meg - voltaképp családon és alkotmányon kívüli helyzetbe...személyiségétől megfosztva...

Háromféle pszichiátriai eljárás. Három íratlan alapeljárás figyelhető meg az ún. pszichiátriai területen. Az egyik családi eredetű, a másik végtelenül jóindulatú segítőkészséggel jellemezhető, míg a harmadik úgymond meglehetősen korlátozó, helyenként rosszindulatú gyanún alapul. A 2011. december 31-éig hatályos Alkotmány egyszerűen szentesítette a családi körből eredő pszichiátrizálást, alkotmányos garanciákat nem alkotva, lényegében helyben hagyva a család jogát gondnoksági perek elindítására és a nem kívánatos beteg családi körből való kizárására, oly sokszor megtapasztalt kismimmizésekre, végül is semmiféle következményt sem alkotva alkotmányos szinten, ha el akarják dobni maguktól a beteget. A jóindulatú eljárásokra az orvosi modell megalkotói és pecsétőrei szoktak hivatkozni, hogy levették a betegekről a láncokat. Hozzáteszem azokat a láncokat, amiket a városi rendőrség tett a betegekre a 17. századtól kezdve a 20. századi eutanáziaprogramok végéig. Maslow, Rogers és társai Magyarországon, pl. Buda Béla, Vekerdy Tamás, a humanisztikus pszichiátria és pszichológia alakjai is jó lelkű emberekként ötvözték egybe tudományos tehetségüket a jóindulatukkal. A kényszerítő eljárások és kezelések és sokszor egy-két ember általi hatóságok előtti bemondások nyomán elindított stigmatizáló gondnoksági és egyéb korlátozások, beavatkozások, vagyis a jogi indokú, de alkotmányos és törvényi szinten nem szabályozott ügyek nem csekély számban vezettek visszaélésekhez, abuzusokhoz. Talán még nem ismertük meg eléggé az emberi lélek és a társadalmi-közösségi környezet közti kölcsönhatásokat, biztos ezért van oly sok szabályozatlan és kellően meg nem értett elem a pszichiátriai területen. Ehhez a gyermekbetegségeket felmutató pszichiátriai betegjogi körhöz képest képest a büntetőjog öregúr.

Ha egy családi kör elveti magától vagy kitesztálja kebeléből azokat, akiket hagyományosan elmebetegnek neveztek, nos, akkor ez mégis csak a fent ecsetelt társas emberi mivoltunk alapvető kellékét érinti. Család nélkül élni nem lehet, hiszen minden embert a szülei szülnék erre a világra, valamilyen családi eredője minden egyes embernek van. Család nélküli ember nehezen képzelhető el a józan ész számára. Azok esetében is felmerül a közösséghez tartozás vagy attól elválás kérdés, akiket orvosi kezelésre vagy pszichiátriai intézetekbe merő jószándékból küldenek. Eredeti közegéből kiemeli az orvoslási ok legitimációja szerint a többségi társadalmi gyakorlat. A jogi-állami berendezkedés általi kényszerítés is alapvetően társadalmi lényünket érinti. Ez a többségi társadalom jogi alapú beavatkozása az egyébként oly szentnek tartott személyiségbe.

A társas lényünk gyógyítása. Ez utóbbi fejtegetések annak megértését célozták meg, miért lehet szoros összefüggés a pszichiátriai betegségek, közösségek építése és hanyatlása között. Az emberiség kulturális örökségének nagy alakjai, mint pl. Buddha, Krisztus és mások mind közösségalkotók voltak és ezek a közösségek általában befogadóak, nyitottak, pozitív irányulásúak. A buddhista pszichológia előszeretettel beszél az elméről, tudati kérdésekről, de elmebetegség koncepciója voltaképp nincs. Az evangéliumok is mindenfajta külsődleges megbélyegzés levetéséről tanúskodnak és arról, mindenki megtérhet a vallások közösségeibe, oda mindenkit be lehet fogadni és senkiről se mondjunk le, nincs reménytelen eset.

Gyógyító közösségek, támogató- és munkakörök, szabad rehabilitációs közösségek, érdekvédők szövetségi körei. De hova lettek a régmúlt idők tiszteletre méltó intézményei és közösségei a világháborúk után? Ilyen és hasonló megfontolások készítették a II. világháború vége felé pl. Jan Vanier a Bárka közösség vagy Dr. Karl Königet a Camphill közösség megalapításához. Ezek a közösségek csakhamar szakmailag is megindokolt terápiás közösségek lettek és azóta elterjedtek a szakemberek által kialakított gyógyító közösségi formák. Ezek eredetileg egy szellemi ötletből eredtek, és mint az emberi szellem szabad tettei érleltek a hétköznapi élet rideg valóságában valóban praktikus gyümölcsöket. És aztán áttevődtek ezek a valóban csodálatos közösségformáló gondolatok a jogi szabályozás területére, és megszülettek a jogi-állami berendezésben törvény által szabályozott ún. "Pszichiátriai és/vagy addiktológiai betegek közösségi ellátásai". Hangsúlyozni kell, hogy ezek a közösségek a jog általi közösségek. Ezek nem római jogi alapú közösségek, ezek jogi alapjai nincsenek meg a római jogban. Ez érdekes. Újabb fejlődési irányok adódnak azóta, mint a sérüléssel élő emberek által alapított érdekvédő közösségek, szabad rehabilitációs közösségek. Bizonyára az emberi lény is fejlődőképes és más a jogtudat ma, mint 400 évvel ezelőtt. A társadalmi intézményekhez sziklaszilárd személyiségtudat kell, az emberi éntfejlődés azonban széttöri a ráerőltetett intézményeket, legyenek azok evilági, vagy túlvilági indokúak. Az embereknek öngondolatai, vagyis önálló céljai lettek, olyanok, amiket nem tud még a szociológiai kutatás se előrejelezni. Ezek a belső eredetű alapvető jogokkal összhangban álló emberi célok. Ezek a célok vezetnek ki egy hiábavaló körforgásból, vagy külső társadalmi

intézményi, avagy pénzügyi megszorításból. Az emberi célok belső kitűzése már önmagában szabadságelv. Ezt az emberi szabadságot támogathatják meg, ösztönözhetik fejlődésre ezek a segítő körök, új közösségek. Ezen új közösségek vezető elve nem az igazgatói utasításokban van elrejtve, hanem a szociális ellátás formáit egy fordított piramis szerint a betegek céljai mozzgatják. Mi több, betegek céljaira törvényben szabályozott pénzeket ad a többségi társadalom jogi-állami szervezete, mint pl. a pszichiátriai betegek közösségi ellátására.

Pszichiátriai gondozóhálózat mint hungarikum, és pszichiátriai betegek közösségi ellátása mint szociális törvényben szabályozott szociális ellátás. Magyarországon a pszichiátriai gondozó hálózat és a közösségi ellátások bevezetése tör ilyen új humanisztikus irányokba utat. Az emberi lény alapvetően társas minőségéből építi fel saját intézményi értékvilágát, lándzsát tör a lakóhelyhez közeli és megbélyegzésmentes humánus ellátásért. A gondozóhálózat ágazati jellegét az orvosi szakmai monopólium, a közösségi ellátások szociális ellátások lévén nem orvosszakmai monopólium határozza meg. Voltaképp a közösségi ellátások a szociális kompetenciákat telepítenék a kompetencia hiányban szenvedőkhöz, hogy lakóhelyéhez közel nyújtson pszichoszociális segítséget, és a nem csekély szenvedéseket enyhítse. A gondozóhálózat is lakóhelyhez közeli ambuláns ellátást ad pácienseinek, de főleg orvosi eljárásokat valósít meg.

Az orvoslás szociálissá válása. Amíg az orvosegyetemeken szociális kérdések eldöntéséhez nem adnak szakmai kompetenciát, addig csak remélni lehet a nyugati orvoslás szociális kibővítését. A nyugati orvoslás egyik ilyen szociális kibővítési kísérlete a pszichiátriai betegek közösségi ellátása. Ha a betegeknek közösségi szükségleteit nem lehet kielégíteni a széteső természetes közösségekkel, akkor ilyen mesterséges, jogi eszközökkel életre hívott szakmai eszközökkel ezen lehet segíteni, eredeti jó példák sikereire utalva. Ezek a közösségek egymástól tanulhatnak. De van-e tudományos bizonyíték és tényalapjai közpénzek ilyen felhasználásának? Ezekre a kérdésekre építették fel a közösségi és lakóhelyhez közeli pszichiátriai eljárások módszertanát. Módszertanilag tehát nem lélekelemzésről és büntetésen alapuló katonai rezsimről van szó, hanem igényében a tudatos emberi lény módszertani felfogásához igazodó eljárásról, a kedélyt megnyugtató bezárások meghaladásáról. Az Európai Bizottság is a szakmai- és betegszervezetek közti együttműködést, a telekommunikációt és mobilitást támogatja.

Módszertani ellátások. A lelkipásztori gyógyítás és ennek körében a betegek, ellátottak öngondolatai (céljai) szakmai támogatása, és a demokratikus jogi orvoslás körében a gyógyult, felépült, rehabilitálódott, vélt vagy valós betegek, felhasználók, volt felhasználók önkormányzatai és gyűlései és általuk elvégzett civil kontroll, valamint a testi (medikális) gyógyításhoz hasonlóan a világgazdasági részvétel segítése egyes gazdasági társulások bevezetésével megnyitja a kaput a szakmai monopoli játékhöz képest a nyer-nyer alapú multidisziplináris társadalmi együttműködések felé. A "Szeress és Nevezz" épek és sérültek társadalmi együttműködési mozgalmait és hálózatait a többségi társadalom egyfajta egyetemes társadalmi tervezésben támogatja, voltaképp mint egyetemes szolgáltatási spektrumot működteti. Az orvosi-foglalkoztatási-papi-gyógyepedagógiai, szociális és igazságügyi szakmai ágazatokból érkező professzionális segítők alkotják meg a közösségi, szociális ellátások munkatársi csapatát. A lakóhelyhez közeli ellátást nyújtó pszichiátriai gondozók ideája sem áll távol ettől, mégis a hagyományos egészségügyi hierarchiába tagolva működtetett járóbeteg ellátás orvosi ágazati.

Külön ki kell emelni, hogy Magyarországon még meglehetősen hiányzik a szociális szövetkezeti munkavégzési lehetőség, gyakorlatilag nincs egyetemes foglalkoztatási rehabilitáció, egy-egy jeleskedő alapítvány mutat fel eredményeket a foglalkoztatási rehabilitáció terén. Emlékeztetni szeretnénk azonban egy csodálatos társadalmi reformerre, Robert Owenre (Newtown, 1771. május 14. - 1858. november 17.).

Még ma is utópia lenne egy európai jóvátételi, rehabilitációs pénzügyi alap felállításának hiányában a pszichiátriai betegek foglalkoztatási rehabilitációja? A rehabilitációs járadék, közösségi ellátás sem oldotta meg a problémát. A tervezett nemzeti rehabilitációs hatóság, kormányhivatal és országos intézet felállítása fontos vívmány lesz bizonyára, de mintha a Fogyatékkal Élő Személyek Jogairól Szóló ENSZ Egyezmény (CRPD) részes államai önerőből nem tudnák megoldani a pszichiátriai, pszichoszociális rehabilitációt. (De van, ahol annyira nem is akarják).

Javasolhatjuk az ENSZ Fogyatékkal Élők Jogairól Szóló Egyezményéhez, a CRPD-hez rendelni Európai, vagy Világbanki szinten megfelelő jóvátételi pénzügyi alapokat, amiket a betegek is ellenőrizhetnek. Amíg ez hiányzik, addig sok-sok minden utópia és látszat csupán.

Utószó:

Köszönetet mondunk a többségében jóindulatú szolgáltatóknak és mindenekelőtt a pácienseknek együttműködésükért.

A monitorozásról készült elemzést sok helyre eljuttatjuk. Felelősségünk mindamellett a feltárásban és az információszerzésben áll, javaslatot is tehetünk, de a döntéshozók helyett nem tudunk dönteni, és pénzügyi kereteink sincsenek ehhez. Magyarországon 22 évvel a rendszerváltozás után, 14. éves tevékenységünk folyamatos végzése mellett kizárólag külföldi támogatásból létezünk. Országunk ennyire becsülte és becsüli munkánkat. Ki tudja? Talán ez is változik majd. Hogy mikor? Ha majd olyan ember is érintett lesz, akiktől fontos döntések függnének. Bár az új kormányoktól mindig sokat várunk és ez még csak a ciklus eleje. A beteg ember helyzete mindig szörnyű, mert kiszolgáltatott. De a beteg lélek fájdalmánál nincs erősebb. A nemzetnek pedig ép lelkekre van szüksége, ha vinni akarja valamire.

A PÉF honlapján nagy mennyiségű információ érhető el: www.pef.hu

A Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum elfogult véleménye szerint az alábbi szakemberek (döntően pszichiáterek) érdemesek a reformpszichiáter elnevezésre. Tisztában vagyunk azzal, hogy nem tudhatunk mindenkiről. Ha bárki tud még ilyen szakembert, ne habozzon jelezni felénk.

Akiket külön is szeretnénk megnevezni:

† prof. Philippe Pinel, † prof. Ian R. H. Falloon, dr. Antal Albert, dr. Bagi Mária, dr. Balczár Lajos, dr. Bender Zsuzsanna, dr. Bodrogi Andrea, † dr. Boldizsár Ferenc, dr. Buda Béla, dr. Bujdosó Zoltán, dr. Csibri Éva, dr. Czikajló Péter, dr. Danics Zoltán, dr. Folmayer Erzsébet, dr. Gazdag Gábor, dr. Gerevich József, dr. Glaub Teodóra, † dr. Haitsh Emil, dr. Hamula János, dr. Harangozó Judit, dr. Herczeg Ilona, dr. Horváth Ildikó Mária, Budapest Környéki Törvényszék, Szentendrei Városi Bíróság bíró, dr. Kántor Zsuzsa, dr. Kassay-Farkas Ákos, dr. Kelemen Tibor, dr. Kéri Szabolcs, dr. Kopp Mária, dr. Kuncz Elemér, dr. Lajtavári László, dr. Lehóczky Pál, dr. Lőrincz Zsuzsa, dr. Mór E. Csaba, dr. Nyisztor Magdolna, dr. Olasz Anna, dr. Pászthy Bea, dr. Pátkai István, dr. Petke Zsolt, dr. Pető Katalin, dr. Rác József, dr. Ratkóczi Éva, dr. Silling Tibor, dr. Slezák Adrienn, dr. Szabó Erzsébet, dr. Szilágyi Júlia, dr. Tölgyes Tamás, dr. Unoka Zsolt, dr. Váradi Enikő, Virág Jánosné Erzsike ápolási igazgató, dr. Wernigg Róbert

A listát folyamatosan bővítjük, és az kizárólag a betegek "elfogult" véleményét tükrözi.

Budapest, 2012. január 14.