

A Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum javaslata az Állami Számvevőszék tanácsadója-Böröcz Imre úr részére a pszichiátria jövőjéről és kiegészítések a rehabilitációs indikátorokhoz

Budapest, 2011. Augusztus 2.

**Radó Iván
Seress Attila
Szőke Zsolt**

„Rehabilitáció” Új Idők lexikona Budapest Singer és Wolfner Irodalmi Intézet Rt kiadása, 1941. 24. kötet 5242. oldalon többek között:

„(latin rehabilitatio) a.m. a becsület helyreállítása. Jogi értelemben az elítélt mentesítése az elítéléshez, ill. a büntetés kiállításához fűződő hátrányos jogkövetkezmények alól. A rehabilitáció törvényi vagy bírói. Előbbinél a törvény erejénél fogva szűnnek meg a hátrányos jogkövetkezmények, utóbbinál a bíróság mérlegelés alapján mondja ki a jogkövetkezmények megszüntét.” stb.

„Rehabilitál” A magyar nyelv értelmező szótára Akadémiai Kiadó 1961. 5. kötet, a 961. oldalon:

„rehabilitál valakit: a becsületén esett jogtalan sérelmet orvosolja, igazságtalanul, jogtalanul megrágalmazott, v. elvesztett becsületét visszaadja, helyreállítja, a rajta elkövetett igazságtalanságot jóváteszi, elégtételt szolgáltat neki. *Rehabilitálták azzal, hogy visszavették állásába, rehabilitálja magát:* (elvesztett) becsületét visszaszerzi, helyreállítja, kiköszörüli a csorbát, tisztázza magát valamely rágalom, vád alól. *Rehabilitálta magát, amennyit vétett, anniyt helyrehozott (Jókai Mór)*

a/ Jogtalanul, igazságtalanul büntetett, vagy mellőzött személyt korábbi jogaiba, hivatalába, állásába visszahelyez. Az elszenvedett sérelmekért, hátrányokért hivatalosan elégtételt ad neki. *A népi demokrácia sok régi elbocsátott közalkalmazottat rehabilitált.*

b/ (*Jogtudomány*) A törvény hatálya, vagy bírói határozat elítélt, büntetett előéletű személyt mentesít az elítéléshez, illetve a büntetés kiállításához fűződő hátrányos jogkövetkezmények alól.

- > Rehabilitálás, rehabilitálható, rehabilitáló, rehabilitált, rehabilitáltat.

A rehabilitáció indikátorai és két melléklete a becsület helyreállítása irányába hat, azonban az igazságügyi komponensek és a szükséges európai jóvátételi-kárrendezési pénzügyi alapok hiányában jámbor óhaj maradhat a medikális irány túlzott erőltetése. Ugyanis a 100 éves orvosi modell manapság a társadalombiztosítási finanszírozást követeli, miközben gyakorlatilag megszűntek ezek a nemzeti, országos társadalombiztosítási jóléti rendszerek. Indokolt egy európai jóvátételi, becsület-helyreállítási intézkedést és konzultációt kezdeményezni. Ez a magyar külügyi szakmadiplomácia feladata legyen. Eddig a szintig nem jut el a megküldött pszichiátriai rehabilitációs indikátor jelentés, az inkább egy 20. századi paradigma tupírozása, erőltetése, fölösleges radikalizálása.

Réthelyi Miniszter úr Szövetségünkhöz írt levele már 21. századi nivójú, alapvetésében az együttműködő társulások és hatékony fórumok paradigmájához igazodó irás. Ez mutatkozik meg az új Alaptörvényben is (minden jogi értelemben vett fogyatékoságá dacára):

- a) egészséges természeti környezethez való hozzáférés
- b) munkavédelem, családvédelem, jogvédelem
- c) sport
- d) és a PÉF álláspontja, felfogása az akadálymentesítés és személyi segítség koncepciójáról (a személyi segítők körébe érelmezve az orvosokat, szociális, pénzügyi, foglalkoztatási, betegjogi szakembereket)
- d) továbbá: igazságügyi, forenzikus rehabilitáció (nem életfogytig tart a becsület vesztese)

Mindezek mellett értelmezhető az orvosi rehabilitáció. Együttműködés révén, vagyis az orvosi ágazati, szociális ágazati, foglalkoztatási, lakóhelyi, családi és az alapvető emberi jogi (becsület helyreállító) rehabilitáció komplex szöttesében helyezhető csak el az indikátorok rendszere és algoritmus. Az együttműködési indikátorok közé tartozik a lelkipásztori és lelkiismereti szolgálatok és jószolgálatok önkéntes akítivista rendszere. Még 100 éve is családok is befogadtak betegeket, vagy külföldre utaztak beteg gyermekek (Dánia, Svájc, Hollandia), illetve mindent elloptak a betegektől, szanatóriumokat, ideértve az OPNI földingatlanát is. Tehát tőke hozzáférés és igazságügyi, alapvető jogi (becsület helyreállítós) komponens nélkül nem reális a megküldött indikátor rendszer, amely ráadásul alapvetően még medikális paradigmában fogalmaz, pl. a betegek igényét nem méri, legfeljebb szükségleteket, igények nélkül. Az egész hazai pszichiátriai ellátórendszer büntetésre épül és NINCS PSZICHIÁTRIAI REHABILITÁCIÓ Azok az indikátorok se tűnnek ki a megküldött anyagból, ami a kulcsa mindennek:

A gyógyult beteg, a felépült beteg, a rehabilitálódott beteg. Ők kell irányítsanak, mint rendszerszintű „szakértői indikátorok”. Ez a betegek civil kontrollja volna az ellátórendszer minden részletére kiterjedően. A PÉF modellt kellene alapul venni és kiterjeszteni az egész országra. Az az irány azonban kiemelkedő a megküldött anyagban: tényekre épülő módszertani paradigma kitalálása kell. Itt egyetlen tény jön számításba: a gyógyult pszichiátriai beteg, aki igényli a lelki egészséget pszichiátriától függetlenül. Ezért nem elég a szükségletek felmérése, hanem az igények rögzítése. Mindezek miatt (is) indokolt egy igazságügyi-forenzikus rehabilitációs indikátor rendszer kidolgozása.

A szakma néhány korifeusa a Lipótra való csalfa hivatkozással szeretne egy új épületet és abban osztályokat, pl. addiktológiát. Jelenleg a kórházakban található ágyszám nem túl sok, de nem is mondhatjuk rossznak a helyzetet. A pénzügyi és érdekvédelmi szempontok megegyeznek: a jóval hatékonyabb járóbeteg ellátást (forgóajtó rendszer) és a rehabilitációt kell prioritásként kezelni, mivel a kallódó, rosszul kezelt, a rendszerből kieső, bizalmatlan stb. betegek az országnak hatalmas pénzbe kerülnek, míg a valamilyen mértékben is de rehabilitált beteg nem terheli a büdset és nem teremt társadalmi feszültségeket, ami nem elhanyagolható hazánkban, ahol a világon második a pesszimizmus a vizsgált százas nagyságrendű mintában, hasonló helyen vagyunk az öngyilkosságok területén és itt különösen aggasztó a fiatalok nagy száma, ahol százezer a szkizofrének száma és akkor csak egy betegségről és néhány szempontról beszéltünk. Az akut kórházi ágyak drágák és nem hatékonyak, az akut pszichotikus ellátás átélagideje néhány nap (kellene legyen) és jelenleg a legkevésbé drága úk ágyakra és osztályokra van szükség.

Elfogadható, hogy a szakma szeretne egy módszertani-statisztikai központot, illetve a semmire sem jó és jogkörrel nem felruházott Országos Pszichiátriai Központ is „lakhatna” előnyösebb helyen. Ezt tudjuk támogatni. egy olyan országos központot, amely a külföldi, hasonló intézetekhez hasonlóan a szakmai módszertan fejlődésével, kutatások szervezésével, ellátás-szervezéssel, adatgyűjtéssel, minőség-ellenőrzéssel, pályázatok segítségével és működtetésével, a különböző szakmai csoportok közötti kapcsolatteremtéssel, egyeztetéssel, a civilekkel és más érdekeltekkel történő párbeszéddel (stb.) foglalkozik, ágyak nélkül. Az országos központnak a gyakorlati szolgáltatásokra épülő módszertani munkát ki kell szerveznie (pl. pályáztatás útján).

Világszerte csökkentik a pszichiátriai nagy intézmények létszámát és az ellátás a járóbeteg, közösségi formák felé fejlődik. A Nyírőben megvalósuló szakkórház (amelyet döbbenetünkre a szakma szeretne) visszalépés egy olyan modellhez, amelyet a nagy intézményi ellátás iatrogén ártalmi és költség-hatékony kiválthatósága miatt más országokban megszüntetnek.

Minden ilyen falanszter iszonyú drága és létrejöttét semmilyen érv nem indokolja.

Ma hazánkban rehabilitáció gyakorlatilag nincs a pszichiátriai területen. Kiemeljük az Ébredések Alapítvány úttörő szerepét és heroikus munkáját. Itt lesz érdekes, miért nem ebbe az irányba megy a szakma. Ez valamiért nem fontos nekik. A védett munkahelyek útján a társadalomba visszaintegrált betegeknek jó az életük, nem terhelik az egészségügyet és az ország büdzsáját sem. Vélnénk, hogy emberi jogi és érdekvédelmi szempontok mellett bizony ma nagyon nem lehet közömbös az anyagi teher nagysága sem.

Szövetségünk a magyar pszichiátria jövőjét úgy látja, hogy sokkal olcsóbban, de hatékonyabban mint eddig egy reális és kedvező jövőkép vázolható fel, ennek pillanatnyilag néhány –még a szakmában és annak vezetésében sem egységes szempontrendszerért kiabáló- vezető pszichiáter az akadály.

A forenzikus pszichiátriára vonatkozó javaslatot nem láthatta az érdekvédelem, a szakma legnagyobb része és maguk az igazságügyi területen dolgozók sem. Abban az új intézményben, melyet néhány orvos szeretne, tervezik ezt is elhelyezni. A forenzikus pszichiátria ennél sokkal komolyabb dolog, sőt biztonsági kérdés is. Az erre vonatkozó javaslatunkat mellékeljük azzal, hogy nem támogatjuk, hogy az esetlegesen mégis létrejövő intézményben ilyen egységnek helye legyen.

A PÉF vizsgálata szerint, a megkérdezett skizofréniában szenvedők húsz százaléka vallja, hogy nap mint nap szenved betegsége közvetlen hatásától, és fele panaszkodott a pszichiátriai kezelésből következő, hátrányos megkülönböztetés miatt – elsősorban a munkavállalás területén. A betegek közül kevesen tudnak családot alapítani, illetve azt megtartani, tartós partnerkapcsolatot létesíteni.

Az ellátottak hiányosnak tartják a rehabilitációs lehetőségeket, amelyekhez azon gondozottaknak csupán a fele fér hozzá, akik igényt tartanának erre (39 százalékuk vett részt rehabilitációs kezelésben, s 78 százalékuk választaná ezt az ellátási formát!). Legnagyobb szükségük védett lakhatási és munkalehetőségekre (a pszichiátriai diagnózissal élők jellemzően nem a végzettségüknek megfelelő munkát találnak.), házi gondozásra van, de szívesen járnának nappali klubokba, bár ilyen lehetőségekkel csak elvétve találkozhatnak.

A PÉF megállapítja, hogy a stigmatizáció és a diszkrimináció a mentális zavarok tekintetében súlyos plusz terheket okoz. A mentális zavarok egyrészt tüneteik révén közvetlenül, másrészt a fenti hatások közvetítésével jelentősen rontják az életminőséget.

Véleményünk szerint a jövő elmeegészségügyi ellátásának kistérségi központokban, közösségi alapú megoldásokra kell épülnie. A korszerű pszichiátriai központokban kevés aktív ágy, jól szervezett ambuláns ellátás és közösségi alapú szolgáltatások veszik körül a pszichiátriai betegeket. A jelenlegi magyarországi helyzet messze elmarad a kívánatostól.

A közösségi pszichiátria egyesíti és ezáltal az adott közösségben biztosítja az optimális pszichiátriai gondozás és a rehabilitáció legfontosabb elemeit. Főbb összetevői:

- újszerű terápiás módszerek alkalmazása a gyógyszeres kezelés mellett.
- meghatározott intézmények az orvosi ellátás biztosítására (pszichiátriai gondozók, szakambulanciák)
- a foglalkozási rehabilitáció segítése (foglalkoztatók, nappali és éjszakai szanatóriumok, munkahelyek biztosítása, speciális rehabilitációs oktató központok)
- a szabadidő szervezésének támogatása (klubok, programok, önszerveződések)
- széleskörű kapcsolatrendszer (házi orvosi szolgálattal, helyi hatóságokkal, civil szervezetekkel)

A pszichiátriai betegek esetében a lakóhely közeli ellátásra megoldást jelenthet a közösségi pszichiátriai ellátás, amely azonban a jelenleg hatályos jogszabályok értelmében túlmutat az egészségügyi ellátáson. A Szociális törvény módosításával a közösségi szociális gondozás - mint alapellátási forma - kikerült a kötelező önkormányzati feladatok köréből, pályázati rendszer bizonytalanítja az ellátottak ellátáshoz való jogát. Az egészségügyben tapasztalható forráshiány következtében az amúgy is túlsúlyos pszichiátriai gondozóhálózat felől törekvés jelent meg a szociális szolgáltatás nyújtására, ahelyett, hogy az egészségügyi és szociális rendszer együttműködésével biztosítanák a pszichiátriai betegek korszerű és költséghatékony, komplex bio-pszicho-szociális ellátását. Nagyban elősegítené a közösségi pszichiátria széleskörű megvalósulását és az önszervező csoportok (és egyéb civil szervezetek) kezdeti lépéseit támogathatná a pszichiátriai betegek nappali intézményének országos hálózata. Az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szabályozza ezen intézmények működését, megnevezi a személyes gondoskodást nyújtó ellátásokat, ill. a gondoskodás megszervezésére köteles szerveket. Az 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről rendelkezik.

A törvényi szabályozás megtörtént, a nappali intézmények száma mégsem éri el a szükséges mértéket és akkor finoman fogalmaztunk.

Rendszeresen monitoroz a PÉF az IMEI-ben, a program keretében látogattuk a 4 férfi és 1 női osztályt. Megállapításunk szerint az IMEI nem tud megfelelni a mai kor követelményeinek (ráadásul rendkívül költséges is), a gyógykezelték jelentős része azért kényszerül az osztályokon élni, mert az intézményen kívüli életvitelnek nincsenek meg a feltételei. Szociális okból nem hagyhatják el az intézményt, ezen betegek rehabilitációja megoldatlan. Jobb ellátási struktúra esetén (közösségi ellátás, védett munkahelyek-szállások) ambulánsan is elláthatóak lennének.

A szociális ellátórendszer nincs felkészülve a betegek fogadására, ráadásul az előítéletek miatt úgy a család, mint az ellátórendszer tart az IMEI-t megjárt betegektől. Ennek okán a pszichiátriai otthonokba való elhelyezés nehezített, évekig vannak a lakók várólistán, addig az IMEI-ben vannak ex lex állapotban.

Célszerű lenne az IMEI felszámolásával egyidejűleg korszerű, a nemzetközi szakmai normáknak megfelelő ún. biztonsági pszichiátriai osztályok létrehozása az egészségügy keretei között, minimum megyénként. Megyénként kb. 10 ágy elég lehetne.