

A pszichiátriai szakma közös állásfoglalása az elfogadható színvonalú pszichiátriai ellátás biztosítása érdekében

- 1) Az epidemiológiai adatok szerint a pszichiátriai zavarok gyakorisága elérte a *népbetegség* szintjét a nemzetközi (1) és a hazai vizsgálatok (2) alapján egyaránt. A lelki egészséget az EU és a WHO prioritásnak tekinti (3). Ezt a tényt egy, a népegészségügyért elkötelezett Kormánynak is el kell fogadnia. A Lelki Egészség Országos Programját (LEGOP), amelyet az Egészségügyi Minisztérium már elfogadott (4), kormányprogram szintjére kell emelni, és biztosítani kell az anyagi forrásokat a megvalósításához.
- 2) A LEGOP megvalósulásáig is az elmúlt hónapok tragikus eseményei, valamint a pszichiátriai ellátás egyre égetőbb problémái (amelyekre a WHO Európai Szervezete is felhívta a figyelmünket) szükségessé teszik, hogy a döntéshozók figyelmét felhívjuk néhány elodázhatatlan lépésre.
- 3) Legelőbb az 2006-os „reform” néhány káros következményének – szinte költségmentes – korrigálására lenne szükség.
 - a) Az ágylétszámcsökkentés az *aktív betegellátást* az éppen még túlélhető minimum szintre vitte, ugyanakkor itt is a szerkezet (pl. aktív rehabilitációs egység visszaállítása) és a felvételi területi kötelezettségek elosztásának teljes aránytalansága áll fenn, amelynek haladéktalan átalakítása indokolt, de ez csak a szakma bevonásával lehetséges.
 - b) A pszichiátriához rendelt *rehabilitációs ágyaknak* egy jelentős része más szakterületre került. Ennek a helyzetnek a felülvizsgálata szükséges, azzal együtt, hogy az orvosi rehabilitációhoz csatolt ágyak kerüljenek vissza a pszichiátriához.
 - c) A *járóbeteg* ellátás beígért fejlesztése elmaradt, pedig a pszichés zavarok kezelése csak jól működő járóbetegellátás mellett lehetséges. Ehhez szükséges a szektorsemlegesen kezelt szak- és magánrendelési hálózat, valamint a – közösségi pszichiátriai ellátás teljes spektrumát koordináló – Pszichiátriai Gondozók krízisének megszüntetése és fejlesztése.
 - d) A megszűnt OPNI, mint *gyógyítási, oktatási, kutatási és szervező központ* helyett, a fenti teendők összefogásához, megfelelő kompetenciákkal bíró szervezet létrehozása szükséges. Ennek kiinduló magva lehet az Országos Pszichiátriai Központ. Az új szervezet fejlesztése során lehetővé kell tenni az eddigi adminisztratív-közigazgatási funkciók mellett, speciális betegellátási és oktatási feladatok ellátását is.
- 4) A pszichiátriai betegek megfelelő ellátása érdekében reális *finanszírozás* biztosítása szükséges, amely figyelembe veszi a mentális zavarok sajátosságait. Szükséges, hogy a BNO-F kódok csak a pszichiátriai és addiktológiai ellátásban kerüljenek felhasználásra. Figyelembe kell venni, hogy a pszichiátriában magas a humánerőforrás igény.
- 5) Kevés a közvetlen betegellátásban dolgozó pszichiáter, gyermekpszichiáter és klinikai szakpszichológus, pszichiátriai szakápoló, arányuk messze elmarad az EU-s átlagtól. Tudomásul kell venni, hogy a *pszichiátria hiányszakma*, és ennek megfelelően kell támogatni a pszichiáter rezidensképzést és a szakképzést. A szakemberek külföldre vándorlásának megakadályozása céljából megfelelő életpálya modellt kell biztosítani számukra.
- 6) Támogatni kell a nemzetközi gyakorlatnak megfelelően önállóan működő gyermek- és serdülő pszichiátriai ellátó rendszer kialakítását, beleértve a 14-18 éves korosztály ellátásának megoldását.
- 7) Bővíteni szükséges a szenvedélybeteg ellátó intézményrendszer egészét is, az elfogadott Nemzeti Drogstratégia, és a még elfogadásra váró Alkohol-politika és -stratégia 2009 (tervezet) alapján. A családorvosi addiktológiai egészségügyi ellátás finanszírozásától az addiktológiai gondozáson át a fekvő akut ellátás és rehabilitáció intézményrendszeréig az egész spektrumot indokolt fejleszteni.
- 8) Az egyre szaporodó *agresszív és forenzikus pszichiátriai esetek* ellátása érdekében EU kompatibilis forenzikus osztályt kell létrehozni, valamint a súlyosan veszélyeztető magatartású pszichiátriai betegek kezeléséhez ún. *magas biztonságú osztályt* kialakítani.

- 9) A hajléktalanok körében gyakran fordul elő pszichotikus betegség, és emiatt számukra profilírozott fekvőbeteg részleg kialakítása indokolt, legalább a főváros területén, ahol a legtöbb hajléktalan él.
- 10) A pszichiátriával szembeni előítéletek (amelyek a mentális zavarban szenvedők élet- és munkalehetőségeinek lehetetlenné tételétől a pszichiátriai rendelőknek és osztályoknak az egészségügyi (kórházi) központokból való eltávolításáig terjednek) csökkentése nélkülözhetetlen.

Hivatkozások:

1. http://www.euro.who.int/mentalhealth/baseline/20080602_1
2. Kopp M (szerk.): Magyar Lelkiállapot 2008. Semmelweis Kiadó, Budapest.
Skrabski Á, Kopp MS, Sándor Rózsa, János Réthelyi, Richard Rahe (2005) Life meaning: an important correlate of health in the Hungarian population, Int J. Behavioral Medicine, 2005, Vol. 12, No. 2, 78-85
3. A Lelki Egészség és Jól-lét Európai Paktuma, (Brüsszel, 2008. június 12-13.)
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf
4. <http://www.eum.hu/archivum/hirek-esemenyek/lelki-egeszseg-oroszagos>
5. <http://www.eum.hu/egeszsegpolitika/koncepcio-k-vitaanyagok/alkohol-politika>

Dr. Németh Attila
szakmai igazgató
Országos Pszichiátriai Központ

Dr. Harmatta János
elnök
Pszichiátriai Szakmai Kollégium

Dr. Kurimay Tamás
elnök
Magyar Pszichiátriai Társaság

Dr. Bitter István
tanszékvezető egyetemi tanár
Semmelweis Egyetem
Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika

Dr. Fekete Sándor
tanszékvezető egyetemi tanár
Pécsi Tudományegyetem
Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika

Dr. Frecska Ede
tanszékvezető egyetemi docens
Debreceni Egyetem OEC
Pszichiátriai Tanszék

Dr. Janka Zoltán
tanszékvezető egyetemi tanár
Szegedi Tudományegyetem
Pszichiátriai Klinika

Dr. Rihmer Zoltán
egyetemi tanár
ÁNTSZ országos szakfelügyelő főorvos

Dr. Varga Gábor
elnök
Addiktológiai Szakmai Kollégium