

A struktúraátalakítás hogyan érintheti a pszichiátriát?

A struktúraátalakítás alapelvei:

- lehetőség szerint mindenkit a területén (megyében) lássanak el – a lehető legmagasabb szinten
- minden megyében egyetlen kórház lesz, amelyhez a különböző telephelyek (= korábbi városi kórházak) tartoznak – (mivel nem lehet mindenhol MR vagy kardiol. őrző stb.). A központ – minden valószínűség szerint – a megyei kórház lesz.
- A központi kh-nak mindenképpen kell biztosítani a 24 órás ügyeleti ellátást minden alapszakmából (SBO).

Egyelőre csak az aktív ellátásokat „szinkronizálják”, azaz a különböző megyékben az országos átlagtól eltérő ágyszámokat közelítik az átlaghoz.

A pszichiátriai ellátás specifikuma:

A pszichiátriai ellátásban szorosan kapcsolódik egymáshoz az aktív és a rehabilitációs ellátás, ellentétben más szakmákkal (pl. belgyógyászat, ortopédia stb.), ezért mindkét ágyszámot együttesen kellene figyelembe venni az ország pszichiátriai ellátórendszerének felülvizsgálatában.

A pszichiátriai ellátás szintjei:

- Aktív részleg/osztály
- Krónikus részleg/osztály
 - Pszichiátriai rehabilitáció: 1.2; 1.4; 1.8-as szorzó
 - Krónikus: 1.2 szorzó
- Nappali Kórház
- Pszichiátriai Gondozó
 - Közösségi pszichiátriai ellátás

Általános javaslat:

Az egyes megyékben célszerű lenne az akut felvételeket (pl. esetkocsival érkező, háziorvosi vagy ügyeletos orvosi beutalóval vagy beutaló nélkül érkező beteget) a kórház sürgősségi osztály (SBO) szűrőjén keresztül felvenni, azaz legyenek kizárva az elsősorban szomatikus ellátást igénylő kórképek, amelyek nem pszichiátriai osztályos ellátást igényelnek. (Tehát az előjegyzett betegek, az előre megbeszélt beutalt betegekre ez nem kell, hogy vonatkozzon). A sürgősségi osztályokon kiszűrődhetnek az intoxikált esetek, a szociális indokból beutaltak, olyan magatartászavarok (pl. agresszivitás), amelynek hátterében nem áll pszichiátriai ellátást igénylő zavar, olyan esetek, akik ambulánsan elláthatók (pl. pánikroham), stb. A megfelelő betegutak biztosítása érdekében személyes vagy telefonos konzultáció szükséges az SBO-val.

Egy jól működő SBO lényegesen lecsökkenti a pszichiátriai sürgős felvételek arányát, azaz nagyrészt kiszűri az indokolatlan eseteket (ld. Nyíregyháza, Szeged stb.). Egy rosszul működő SBO kisebb mértékben, de szintén tehermentesíti valamennyire a pszichiátriai osztályt, és ez még mindig költséghatékonyabb, mint SBO-s szűrés nélkül, minden beutalt beteget felvenni (ld. Jahn F. kórház). Azon kollégák, akik SBO-val rendelkező kórházakban dolgoznak, szinte kivétel nélkül pozitív tapasztalatokról számoltak be. Akiknek nem volt ilyen tapasztalatuk, azok inkább ódzkodnak a bevezetésétől. Ezért célszerű egymással konzultálni. Nagyobb pszichiátriai szakkórházban (pl. Nagykálló) is megfontolandó egy betegfelvételi részleg kialakítása, ahová az akut esetek bekerülnek szakvizsgálatra, és innen – 24 órán belül – a megfelelő profilú osztályra/ambulanciára irányíthatók a betegek (Ha igénybe veszik a nyíregyházi SBO-t, akkor ez fölösleges). Ilyen betegfelvételi részleg most februárban nyílik az OPAI-ban.

Javaslat az egyes megyékben lévő pszichiátriai osztályok működésének összehangolására:

A fentiek alapján minden olyan kórházban, ahol 24 órás SBO működik, ott természetesen meg kell maradnia az aktív osztálynak/részlegnek (szükség esetén megnövelhető az aktív ágyak száma). Amikor az akut szak lezárása után a beteg már átkerülhet rehab osztályra, akkor a területi elv alapján tovább kezeli vagy tovább küldi a megyén belüli illetékes rehab osztályra a javult állapotú beteget. (Ilyenkor változhat a kezelőorvos, de ugyanígy változik, amikor a kh-ból kiírják a beteget és a gondozóba kerül át további kezelésre).

Ugyanakkor, ahol nincs 24 órás SBO, akkor az adott kórház pszichiátriai osztálya lehetőség szerint ne vállalja fel a sürgős beutalásokat (pl. drogindukált pszichózis, súlyos szomatikus állapotú zavart demens beteg, szuic. veszélyes súlyos depressziós beteg stb.) éjjel-nappal, inkább álljon át egy tervezett működésre, többnyire rehabilitációs ágyakkal, amelyek kétféle profilja lehet. Az egyik lehetne a 70 éven felüli betegek osztálya (gerontopszichiátria), ami lényegében – több, mint 95%-ban – organikus pszichoszindrómát, demenciát jelent, és krónikus ápolási feladatot kell végezni. A másik, a felépülésen alapuló rehabilitációs osztály/részleg, ahol magas szintű rehabilitáció megvalósítható – ennek megfelelően magasabb szorzóval, nagyobb humánerőforrás ráfordítással. Tekintettel arra, hogy a krónikus pszichiátriai osztályokon az orvos/pszichológus szükséglet lényegesen alacsonyabb, ezért egy adott osztály jobban tudja a humánerőforrásait megfelelően elosztani a két profil között. Másrészt szakmailag nagyon fontos, hogy tisztán elkülöníthető legyen a valódi rehabilitáció a pszedorehabilitációtól. A demencia osztályok/részlegek nem keverhetők össze a valódi rehabilitációs munkát végző osztályokkal. Ezen lehet vitatkozni, de mindannyian tudjuk, hogy a gyakorlatban a demens betegek ellátásában a farmakoterápia és az ápolási munka a döntő.

Minden osztály, de különösen a rehabilitációra specializálódott osztályok szoros együttműködést alakítsanak ki a Pszichiátriai gondozókkal. A pszichiátriai rehab osztályok mellett legyen nappali kórház, a Pszichiátriai gondozó szorosan működjön együtt a közösségi ellátással (integrálja vagy szupervideálja). Így az adott ellátási terület pszichiátriai betegeit közösen látnák el, és az adott beteg mindig az állapotának megfelelő helyen állna kezelés alatt (Pszichiátriai rehab osztály – Nappali kórház – Pszichiátriai Gondozó – Közösségi ellátás), akár egyazon esetmenedzser vezetésével.

Javasolt teendők:

1. Minden pszichiátriai osztály vezetője vegye fel a kapcsolatot a megyéjében a többi ov. főorvossal, és alakítsanak ki egy közös koncepciót a megyei ellátásról (munkamegosztás).

2. Minden ov. főorvos beszéljen a kórház főigazgatójával a terveiről.

Összefoglalva:

Tisztában vagyok azzal, hogy nincs tökéletes megoldás, főként akkor, amikor a rendszert olyan tényezők befolyásolják, mint a paraszolvencia, az ágykihasználtság vagy a ponttermelés. Mégis meg kellene próbálnunk egy korszerűbb ellátást megvalósítani, amely igazodik a kevesebb humán erőforráshoz, a korszerűbb farmako- és pszichoterápiás eljárásokhoz. Valljuk be, hogy a pszichiátriai ellátó rendszer is átalakításra szorul, és ez ne felülről és nélkülünk történjen meg, hanem aktív részvételünkkel, minél szélesebb szakmai támogatással. Ne azt nézzük, hogy mit nem lehet, hanem azt, hogy mit tehetünk. Tanuljunk 2007-ből. Ha széthúzás lesz, akkor annak senki sem lesz a nyertese. Minden konstruktív javaslatnak örülünk.

Az idő sűrget. Febr. 20-ig meg kell egyezniük a kórházaknak az ellátásról, és febr. 28-ig a GYEMSZI és az EMMI véglegesíti az ellátási feladatokat.

2015-02-01

üdvözlettel

Németh Attila

Ui: mellékelem az MPT Vándorgyűlésen bemutatott diasoromat.