

Szkizofrénia betegségben szenvedő betegek követése az egészségügyi ellátórendszerben pseudo-TAJ betegforgalmi adatbázis és gyógyszerkiváltási adatok alapján a 2010-2017-es időszakban

Dr. Makkos Zoltán¹, Kováts Tamás², Dr. Gaál Péter³

¹ Nyíró Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet „C” Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály, Budapest, ² Állami Egészségügyi Ellátó Központ, Budapest,

³Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kar Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest

A szkizofrénia betegségben szenvedő emberek életminősége rendszeres kezelés nélkül jelentősen romolhat. Az Állami Egészségügyi Ellátó Központban rendelkezésre áll a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőtől származó betegforgalmi adatbázis, amelyben az egyes személyek egyedi számmal, de anonim módon (pseudo-TAJ) követhetők. Elemeztük a fekvő- és járóbetegszakellátásban megjelenő szkizofrén betegek számát, a gyógyszerkiváltásokat, követtünk egy meghatározott betegcsoportot. A szkizofrén betegek 65-70%-a jelent meg adott évben a pszichiátriai ellátórendszerben, a terápia beállítását követő hónapokban az új betegek 70%-a leállt a gyógyszeres kezeléssel, azt követően a „lemorzsolódás” minimális volt. Ezen eredmények arra utalnak, hogy azon pácienseket, akik önmaguk is igénylik a rendszeres gondozást, a pszichiátriai ellátórendszer képes megtartani. A gyógyszeres terápia megszakítása viszont együtt jár azzal, hogy a páciens megszakítja a terápiás kapcsolatot.

Follow-up of patients with schizophrenia in the Hungarian health system using pseudo identification number (pseudo-TAJ) based utilization database and prescription filling data for 2010-2017. The quality of life of people with schizophrenia can be severely impaired without regular treatment. The National Health Care Service Center (Állami Egészségügyi Ellátó Központ) has a health care utilization database from the National Health Insurance Fund of Hungary (Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő) in which individuals can be identified anonymously with a specific identification number (pseudo-TAJ). We analysed the number of patients with schizophrenia on the basis of the utilization of inpatient and outpatient specialist services, the patterns of prescription and drug purchase of the patients and followed a specific patient group. 65-70% of schizophrenic patients appeared in the psychiatric care system in a given year, 70% of new patients stopped treatment in the months following the first contact, and later on the 'drop-out' was minimal. Results suggest that patients who require regular care themselves can be kept by the psychiatric care system. Discontinuation of the drug

therapy, however, involves the interruption of the whole therapeutic relationship.

BEVEZETÉS ÉS CÉLKITŰZÉS

Az ember mentális egészségét (mentálhigiénéjét) érintő problémák az enyhe életvezetési zavaroktól, mentális problémáktól az élethosszon át fennálló pszichiátriai betegségekig terjedően sokféle formában jelenhetnek meg és jelentősen befolyásolják az egyéni életminőséget, komoly családi, közösségi, társadalmi nehézségeket is okozva. A társadalmi-gazdasági környezet változásainak eredményeként kihívást jelentő krónikus, nem fertőző megbetegedések között egyre nagyobb jelentősége van a mentális betegségeknek. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) előrejelzése alapján 2020-ra a mentális zavarok (kiemelten a depresszió, addikciók, személyiségzavar, szkizofrénia) rokkantságot (disability) okozó hatása növekszik [1].

Az újonnan megjelenő páciens kivizsgálása, az akut és rehabilitációs kezelések mellett a pszichiátriai ellátórendszer fontos feladata a harmadlagos prevenció, más szóval a gondozás. A gondozás a diagnosztizált mentális betegséggel élők rendszeres kontrollját, tartós orvos-beteg kapcsolat mellett kiépülő bizalmi kapcsolatot, pszichoszociális intervenciókat és természetesen a szükséges komplex (farmako-, szocio-, pszicho-) terápiák fenntartását jelenti. Ennek megfelelően a pszichiátriai betegellátás optimális működtetése csak az aktív, rehabilitációs és krónikus fekvőbeteg-ellátás, a járóbetegszakellátás és a pszichiátriai betegek speciális szociális ellátásai (közösségi ellátások, bentlakásos intézmények stb.) komplex rendszerében lehetséges [2]. Magyarországon a pszichiátriai ellátórendszer gerincét a kórházi fekvőbeteg-ellátó osztályok, a járóbetegszakellátást nyújtó kórházi és szakrendelői szakambulanciák, szakrendelések és a pszichiátriai, mentálhigiénés gondozók adják, alapvetően területi illetékesség alapján.

Ebbe a rendszerbe történő előkészítetlen, szakszerűtlen beavatkozás komoly egészségkárosodást okozhat az érintetteknek. Az Egészségügyi ellátás fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény (Eftv.) alapján például bezárták a szakma egyik fő intézményét, az Országos Pszichiátriai és Neurológiai

giai Intézetet (OPNI). A nagy visszhangot kiváltó intézkedés kapcsán számos diszkuszió, média hír, szakmai elemzés jelent meg, illetve ombudsmani vizsgálat is történt [3, 4, 5], amelyek közül két megállapítást érdemes kiemelni. Egyrészt azt, hogy a kapacitás átalakítás során egy szakmailag kiválóan működő centrum egy az egyben történő megszüntetése több problémát okoz, mint a szakmai ellátók közötti arányos kapacitás csökkenés. Másrészt pedig azt, hogy az OPNI korábbi betegei közül sokan nem jutottak hozzá a szükséges ellátásokhoz az intézmény bezárását követően.

A komplex, több különböző szintű és jellegű ellátó együttműködését igénylő betegségben szenvedő betegek ellátásának kulcsa a pontosan meghatározott és megszervezett betegút, különös tekintettel az egészségügyi szolgáltató közötti betegátadásra. A nem megfelelő betegirányítás következménye lehet a beteg „elkallódása”, amely egyaránt eredményezheti azt, hogy a beteg nem kapja meg a szükséges ellátást, és azt is, hogy inadekvát ellátónál, felesleges szolgáltatásokat vesz igénybe. A betegek követése, a betegutak folyamatos monitorozása tehát alapvető eszköze az ellátási egyenlőtlenségek csökkentésének, valamint a hatékonyság növelésének egyaránt. Magyarországon a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) betegforgalmi adatbázisa európai szinten is kiemelkedő lehetőséget ad a betegutak retrospektív elemzésére azzal együtt, hogy a rendelkezésre álló, finanszírozási céllal gyűjtött rutin adatok feldolgozása számos módszertani problémát vet fel.

Jelen vizsgálatunk célkitűzése a pszichiátriai ellátórendszer hatékonyságának megítélése volt a 2010-től 2017-ig terjedő időszakban egy folyamatos gondozást igénylő betegcsoport, a szkizofrénia betegségben szenvedő betegek ellátásban való megjelenése és követése alapján. A szkizofrén betegek gondozása rendszeres orvos-beteg találkozásokkal tesz szükségessé, így a betegek a NEAK betegforgalmi adatbázisának felhasználásával nyomonkövethetők az egészségügyi szolgáltatók által jelentett adatok elemzésével.

A TÉMA ORVOSSZAKMAI HÁTTERE

A szkizofrénia az elmeműködés zavarának súlyos formája, amelyet a különböző pszichés működések, mint észlelés, gondolkodás, érzelmi élet, motiváció, valóságérzékelés, magatartás zavarai jellemeznek, változatos munkahelyi és szociális működési zavarok kíséretében. Mivel a betegség fiatal korban manifesztálódik, a társadalom aktív, kreatív populációját érinti és teszi hosszabb-rövidebb ideig, vagy akár véglegesen inaktívvá, szociális ellátást igénylővé [2].

A nemzetközileg elfogadott szakirodalom alapján a szkizofrénia (pont)prevalenciája 0,85% körül mozog, az incidencia pedig 0,20-0,22%, mely adatok valamennyi vizsgált országban azonosnak bizonyultak [6]. Ebből következik, hogy Magyarországon mintegy 85 000 ember szenved a betegségben és évente 2-3 ezer új eset jelenik meg. A szkizofrén páciensek halálozási okai között jelentős szerepet játszik a szuicidium, a betegek közel 10%-a öngyilkosság következtében hal meg [2].

A szkizofrén betegek legtöbbször rossz betegségbelátás jellemzi. Ma egyre elfogadottabb, hogy ez a betegség tünete és jelen van a remisszió időszakában is. A páciensek jelentős hányadára jellemző, hogy tüneteiket nem minősítik patológiásnak, nem látják önmagukat betegnek és nem gondolják úgy, hogy kezelésre lenne szükségük. Ennek legfontosabb következménye a nem megfelelő együttműködés a kezeléssel, ami gyakori visszaesésekhez vezet és rossz betegségkimenetelt eredményez [2].

Szkizofréniaiban a visszaesés valószínűsége antipszichotikus gyógyszeres kezelés nélkül 70% (ismételt epizód után 80-90%), ezért a fenntartó kezelés az esetek többségében indokolt. Az orvos-beteg találkozás a szkizofrénia betegség kompenzált stádiumában is havi rendszerességgel javasolt [6].

A szkizofrénia betegség kimenetelét, az ezzel a betegséggel élők életminőségét tehát alapvetően meghatározza a hosszútávon, rendszeresen szedett antipszichotikus gyógyszeres terápia. A Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) elnevezésű, az Amerikai Egyesült Államokban elvégzett multicentrikus vizsgálatban 1.500 szkizofrén páciens bevonásával hasonlították össze az alapvető terápiát jelentő antipszichotikumok – egy első (perphenazin) és négy második generációs (olanzapin, quetiapin, risperidon, ziprasidon) szer – eredményességét egy 18 hónapos időszakon át 2001. és 2002. között. Az eredményeket elemezve azt találták, hogy a lemorzsolódás 64 és 82% között mozgott, átlagban a betegek 74%-a hagyta abba a terápiát a 18 hónap letelte előtt [7]. Más terápián maradási elemző nemzetközi vizsgálatok, mint az EUFEST (The European First Episode Schizophrenia Trial, 2005) [8] és a SOHO (The Schizophrenia Outpatients Health Outcomes study, 2007) [9] vizsgálatok a CATIE-hez hasonló eredményre jutottak abban a tekintetben, hogy a betegek milyen arányban hagyták abba a gyógyszeres kezelést.

PSZICHIÁTRIAI BETEGEK KÖVETÉSE, TERÁPIÁN MARADÁS A SZAKIRODALOMBAN

A pszichiátriai ellátórendszer eredményességének és hatékonyságának vizsgálata összetett feladat. A hatékonyság elemzésének egyik lehetősége a betegkövetés, a páciens megjelenésének (fekvő, járó), gyógyszeres kezelésére (vény) vonatkozó adatainak vizsgálata alapján. Korábbi vizsgálatunkban elemeztük az OPNI 2007-es évben történt bezárása kapcsán kialakult helyzetet TAJ alapú, de az egyének kilétét fel nem fedő (pseudo-TAJ) adatbázis segítségével az ellátást igénybevevő személyek követésével. Az OPNI-ban a 2004-2006-os időszakban fekvőbetegként kezelt szkizofrén betegek 44%-a, a járóbetegek 49%-a nem jelent meg 2008-2010-ben sem fekvő, sem járó ellátásban. A betegforgalmi adatok azt mutatták, hogy a rehabilitációs/krónikus ágyszámnövekedés mellett az átlagos ápolási idő az aktívhoz képest nagyobb mértékben csökkent, ami arra utalhat, hogy aktív ellátást is igénylő betegek rehabilitációs ágyakon kerültek ellátásra [5]. Kozma Petra Orsolya és munkatársai antipszi-

chotikus terápiában részesülő szkizofrén betegek adatait vizsgálták gyógyszerkiváltási szokásaik alakulása alapján a 2005-2008-as időszakban [10]. Azt találták, hogy 50 000 olyan szkizofrén beteg azonosítható, aki rendszeres és folyamatos antipszichotikum terápiában részesül és összesen 75 000 beteg jelenik meg a szakorvosok „látókörében”. Ez nagyságrendileg összhangban van a nemzetközi irodalmi adatok alapján becsült előfordulási gyakoriságokkal.

ALKALMAZOTT MÓDSZEREK

Az Állami Egészségügyi Ellátó Központban (ÁEEK) rendelkezésre áll a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK), korábbi nevén az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) szolgáltatói teljesítményjelentések alapján képződött betegforgalmi adatbázisa, 2004-ig visszamenően, amelyben az egyes személyek a Társadalombiztosítási Azonosító Jel (TAJ) alapján képzett egyedi számmal (pseUDO-TAJ) azonosíthatóak. A pseUDO-TAJ tehát anonim és egy személyt jelent. A pseUDO-TAJ alapján a személy megjelenése azonosítható mind a fekvő-, mind a járóbeteg-szakellátásban, mind pedig a vénykiváltások között is. A páciens megjelenése kapcsán a diagnózis jelentése is megtörténik az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization – WHO) Betegségek Nemzetközi Osztályozása kódrendszer 10-es revíziója (BNO-10) alapján, megjelölve az adott ellátást indokló (fő)diagnózist az esetleges több kórisme mellett. A gyógyszerárban kiváltott vény kapcsán az adatbázisban (vény kassza) jelentésre kerül a kiváltott gyógyszer, a recepten szereplő TAJ és a diagnózis. A gyógyszer az ATC (gyógyszerek anatómiai, terápiás és kémiai osztályozása) kódja alapján kerül az adatbázisba.

Vizsgálatunkban a pseUDO-TAJ, a kiváltott gyógyszer és a diagnózis alapján szűrtük a betegforgalmi adatbázist. A szkizofrénia a BNO-10 rendszerben az F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8, F20.9 (azaz F20*) kódok alatt szerepel, a diagnózist ennek alapján határoztuk meg. A betegforgalmi adatbázisban az ország egész területére vonatkozóan a szűrés az alábbiak alapján történt:

- Fekvőbeteg-ellátásban (fekvő kassza) pseUDO-TAJ alapján 1-es vagy 3-as finanszírozási kategóriával jelölt F20* (szkizofrénias betegcsoport) BNO-10 diagnózissal azonosított betegek megjelenése a 2010-2017-es időszakban.
- Járóbeteg-szakellátásban (járó kassza) pseUDO-TAJ alapján F20* (szkizofrénias betegcsoport) BNO-10 diagnózissal azonosított betegek megjelenése a 2010-2017-es időszakban.
- Vény kassza adatbázisban pseUDO-TAJ alapján N05AA, N05AB, N05AD, N05AE, N05AF, N05AH, N05AL, N05AX ATC kóddal (antipszichotikumok) vényt kiváltó betegek a 2010-2017-es időszakban.
- Vény kassza adatbázisban pseUDO-TAJ alapján F20* (szkizofrénias betegcsoport) BNO-10 diagnózisú és antipszichotikumot (ATC: N05AA, N05AB, N05AD, N05AE, N05AF, N05AH, N05AL, N05AX) kiváltó betegek a 2010-2017-es időszakban.

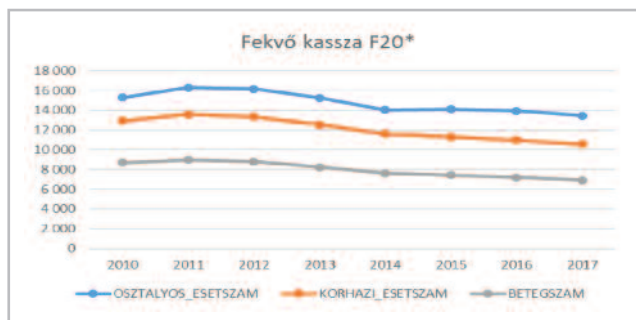
- Meghatározott szkizofrén betegcsoport követése havi bontásban a 2011-2017-ig terjedő időszakban, ahol a beválasztási kritériumok a következők voltak: BNO-10 F20* diagnózis és antipszichotikum (ATC: N05AA, N05AB, N05AD, N05AE, N05AF, N05AH, N05AL, N05AX) kiváltás 2011 januárjában és a megelőző fél évben nincs kiváltása ebből a gyógyszercsoportból.

Az utóbbi csoportba azon betegek tartoznak, akiknél újonnan beállított antipszichotikum terápia és betegvezetés (gondozás) indul. Ebben a csoportban vannak teljesen új betegek és „régí” betegek, akik minimum fél évig nem szedtek gyógyszert. Mindkét típusú betegnek vagy a járóbeteg ellátásban, vagy kórházba kerülésük kapcsán állítják be az új gyógyszert és az elbocsátást követően történik a gyógyszerfelírás.

Vizsgálatunk fókuszában annak megállapítása állt, hogy a folyamatos gondozást igénylő szkizofrénias betegcsoport milyen arányban kerül be és marad a pszichiátriai ellátórendszerben. Ezt a pseUDO-TAJ adatbázis segítségével azonosított szkizofrén betegek ellátórendszerben történő megjelenése és a vény kassza adatbázisban szereplő gyógyszerkiváltási adatok alapján állapítottuk meg. A kezelés abbahagyása (lemorzsolódás) természetesen nemcsak amiatt fordulhat elő, mert a beteg saját döntése alapján befejezi a gyógyszereszedést és nem jelenik meg a gondozást végző ellátónál. Előfordulhat a beteg elhalálása és külföldre távozása is. A 2010-2017-ig terjedő időszakban így azon betegeket követtük, akik 2011. január hónapban újonnan jelentek meg (azaz a megelőző fél évben nem volt gyógyszerkiváltásuk) és 2017. december 31-ig nem haltak meg, valamint 2016-ban vagy 2017-ben legalább egyszer megjelentek vagy a járó vagy a fekvő vagy a vény kasszában az egészségügyi ellátórendszerben. A követett betegek magyarországi jelenlétének megállapítására a járó szakellátás igénybevételét, valamint a gyógyszerkiváltást, amit együtt „egészségügyi lábnyomnak” is nevezhetünk, azért tartottuk alkalmasnak, mert egy korábbi vizsgálatból kiderült, hogy ezt a két ellátási formát, egy adott évben a lakosság több mint 80%-a legalább egyszer igénybe veszi [11]. Figyelembe véve a társult betegségek előfordulása által indokolt igénybevételt, az „egy kaszolás” eseteket (pl. gyógyszerkiváltás házi orvosi vényfelírás alapján), valamint a 2 éves periódust (2016. 2017.), úgy véljük, hogy az egészségügyi lábnyom vizsgálata jó közelítéssel becsli a beteg jelenlétét.

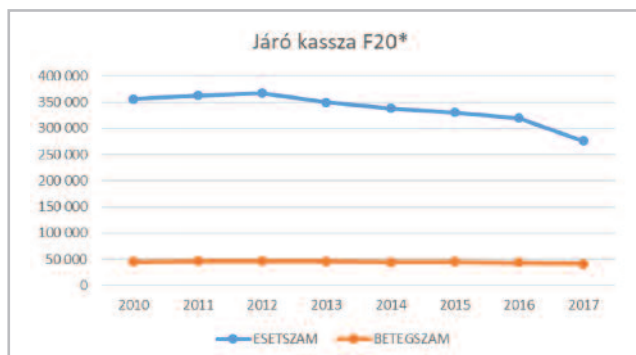
EREDMÉNYEK

Az 1. ábra a fekvőbeteg-ellátásban kezelt szkizofrén betegek számát mutatja éves bontásban, a 2010-2017-ig terjedő időszakban. A kórházban kezelt betegek száma csökkenő tendenciát mutat. Az epidemiológiai adatok alapján becsült mintegy 85 000 beteg 10-12%-át kezelték kórházban. Az egyéni és társadalmi érdek is az, hogy a kezelés a fekvőtől a járóbeteg ellátás felé tolódjon el, tehát ez az eredmény jelentheti a járóbeteg szakellátás részesedésének növekedését is.



1. ábra Fekvőbeteg-ellátásban kezelt szkizofrén betegek száma 2010-től 2017-ig

A 2. ábra a járóbeteg szakellátásban megjelenő szkizofrén betegek számának alakulását jeleníti meg éves bontásban, a 2010-2017-ig terjedő időszakban. A járóbeteg-szakellátásban megjelenő szkizofrén populáció száma állandó szinten mozog, a megjelenések (orvos-beteg találkozások) száma csökkenő tendenciát mutat. Látható, hogy a fekvő ellátással együtt, a szkizofrén betegek 65-70%-a jelent meg adott évben a pszichiátriai ellátórendszerben. Az adott évben szereplő betegszám tartalmazza az új esetek és a korábban már kezelt betegek számát is. Fontos megjegyezni, hogy ez az adat azon szkizofrén betegek számát mutatja, akik az adott évben legalább egy alkalommal jelentek meg az ellátásban, a rendszeresen gondozott betegek számát önmagában ezekből az adatokból még nem tudjuk megállapítani.

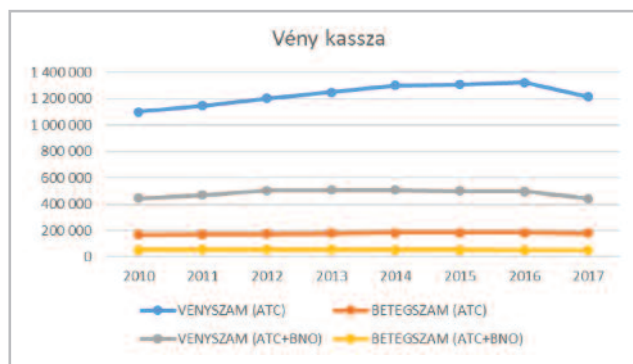


2. ábra Járóbeteg-ellátásban megjelenő szkizofrén betegek száma 2010-től 2017-ig

A 3. ábrán az antipszichotikumot kiváltó személyek (diagnózis megjelölés nélkül) száma látható éves bontásban, a 2010-2017-ig terjedő időszakban. Fontos, hogy antipszichotikum nemcsak szkizofrénia betegségben alkalmazandó, hanem olyan pszichiátriai kórképekben is, mint például a bipoláris zavar, pszichotikus szintű depressziós állapotok, időskori pszichotikus állapotok, egyes személyiségzavarok pszichotikus dekompenzációval járó epizódjai. Az adatok emelkedő tendenciát mutatnak, amit az antipszichotikumot szedő, nem szkizofrén betegek számának emelkedése okozhat.

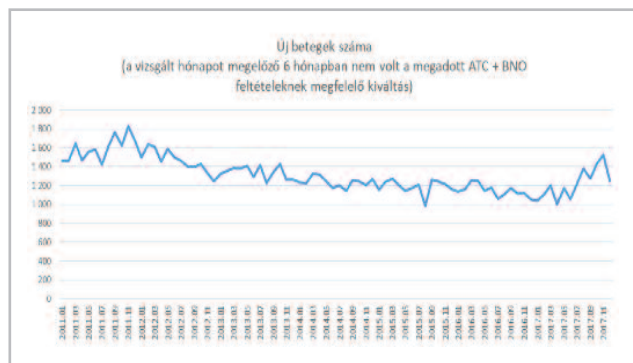
A 3. ábra az antipszichotikumot kiváltó szkizofrén betegek számát is bemutatja éves bontásban, a 2010-2017-ig terjedő időszakban. A szkizofrénia betegség gondozásának, a relap-

szusok megelőzésének és a társadalmi funkcionalitás legfontosabb eleme az antipszichotikum típusú gyógyszer folyamatos és rendszeres szedése. Ezen adatok azt mutatják, hogy a korábban említett epidemiológiai adatok alapján becsült betegszámhoz (85 000) viszonyítva, a szkizofrén betegek 65-70%-a váltott ki legalább négy alkalommal specifikus gyógyszert az adott évben. Ezek az adatok érthető módon összhangban vannak a járó ellátásban látott számokkal, hiszen ezek vényköteles gyógyszerek.



3. ábra Antipszichotikumot kiváltó személyek (diagnózis megjelölés nélkül és diagnózis megjelöléssel) száma 2010-től 2017-ig

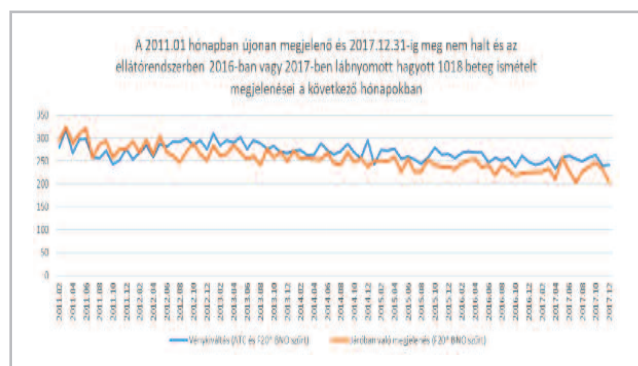
A 4. ábrán az újonnan beállított antipszichotikumot kiváltó szkizofrén betegek (új betegek) száma látható havi bontásban a 2011-2017-ig terjedő időszakban. A korábban elmondottak alapján új beállításnak minősítettük, ha a szkizofrén beteg a megelőző 6 hónapban nem váltott ki ilyen típusú gyógyszert. A kapott adatok csökkenő tendenciát mutatnak. Mivel a betegség incidenciája állandó, ezek az adatok arra utalnak, hogy a vizsgált időszakban folyamatosan kevesebb új beteg jelenik meg az ellátórendszerben.



4. ábra Újonnan beállított antipszichotikumot kiváltó szkizofrén betegek (új betegek) száma havi bontásban a 2011-2017-ig terjedő időszakban

Az 5. ábra 2011. január hónapban újonnan beállított és 2017. december 31-ig meg nem halt és az ellátórendszerben 2016-ban vagy 2017-ben megjelent (lábnymott hagyott) antipszichotikumot kiváltó szkizofrén betegek közül az antipszichotikumot kiváltó, valamint a járóbeteg szakellátásban megjelenő betegek számának alakulását mutatja a 2011 februárjától 2017 decemberéig terjedő időszakban. A gyógyszerkiváltási adatok azt mutatják, hogy a terápia beállítását

követő hónapokban a betegek mintegy 65-70%-a leállt a gyógyszereszedéssel, 1018-ból 300 körüli számban maradnak a terápián. Az ezt követő 4 és fél évben viszont a „lemorzsolódó” betegek száma jóval kevesebb. Ez megerősíti azokat a klinikai tapasztalatokat és szakirodalmi adatokat, hogy a probléma (betegség) belátása, az együttműködés nagyrészt a terápiás kapcsolat elején eldőli és nagymértékben jellemzi a páciens. A járóbeteg-szakellátás igénybevételi adatok összecsengenek az antipszichotikumot kiváltó betegek számával, aminek az a magyarázata, hogy az antipszichotikus gyógyszert járóbeteg-ellátásban szakorvos által felírt vényre lehet kiváltani, tehát, aki ilyen gyógyszert vált ki, az megjelent járóbetegként. A két adatsorban látható különbséget (a járó kevesebb, mint a vénykiváltás) az adhatja, hogy a kórházból való elbocsátás alkalmával, a zárójelentés átadása mellett a kezelőorvos recepttel is ellátja a beteget. Ezek az adatok azt is megerősítik, hogy aki megszakítja a gyógyszeres terápiát, az nem jelenik meg a pszichiátriai ellátórendszerben sem.



5. ábra
A 2011. január hónapban újonnan beállított és 2017. december 31-ig meg nem halt és az ellátórendszerben 2016-ban vagy 2017-ben leányomott hagyott 1018 beteg ismételt megjelenései a következő hónapokban

ÖSSZEZÉS, KÖVETKEZTETÉSEK

A Magyarországon működő társadalmi egészségügyi rendszer egyedülálló lehetőséget teremt a Magyarországon élő emberek egészségügyi ellátásának elemzésére a finanszírozási célú szolgáltatói teljesítményjelentések adatai alapján. A szkizofrén betegekről elmondható, hogy elengedhetetlen a pszichiátriai ellátórendszerben való megjelenésük, rendszeres gondozásuk, komplex farmako-, pszicho-

és szocioterápiás vezetésük. Az epidemiológiai adatok alapján Magyarországon mintegy 85 000 szkizofrénia betegséggel élő ember él, akit az ellátórendszernek kell felfedezni, kezelni, gondozni.

A fekvő-, járóbeteg-szakellátásban megjelentek és az antipszichotikumot kiváltó szkizofrén betegek számát mutató eredmények arra utalnak, hogy ezen betegek 30-35%-a az adott évben nem jut el az ellátórendszerig és a szakma szabályai szerinti kezelésben nem részesül. Fontosak lennének olyan intervenciók, amik ezekben az esetekben eljuttatnák az illetőt a segítséghez.

Az újonnan beállított antipszichotikumot kiváltó szkizofrén betegek követésének eredményei alapján megállapítható, hogy a terápia beállítását követő hónapokban a betegek mintegy 70%-a leállt a gyógyszereszedéssel, 1018-ból 300 körüli számban maradnak a terápián. Az ezt követő több mint 4 évben viszont a lemorzsolódás jóval kisebb. A terápián maradás vizsgálatok közül a CATIE vizsgálat eredményei 64-82%-os gyógyszeres terápia megszakítást mutatnak 18 hónapos követési időszakban. Itt klinikai vizsgálat keretében személyenként követték a betegeket, az első 3-6 hónapban meredeken esett a terápián maradás (50%-ig), azt követően mérsékeltebben csökkent a terápiát megszakító betegek száma.

Az általunk kapott adatok arra utalnak, hogy a rossz betegségbelátással rendelkező betegek nem jutnak el az egészségügyi ellátórendszerhez. Ez indokolhatná ezen betegcsoportra fordított kiemelt figyelmet az együttműködésük minél eredményesebb megnyerése érdekében. Azon pácienseket viszont, akik önmaguk is igénylik a rendszeres gondozást, a pszichiátriai ellátórendszer megtartja, ők a csökkent érdekérvényesítő képességeikkel is el tudják érni az ellátórendszert.

Az újonnan beállított specifikus gyógyszert kiváltó betegek követésénél kapott eredmények arra utalnak, hogy a gyógyszeres terápia megszakítása együtt jár azzal, hogy a páciens nem jelenik meg a kontroll vizsgálaton, megszakítja a terápiás kapcsolatot. Mindezekkel együtt megállapítható, hogy bár a nemzetközi terápián maradás vizsgálatok más módszereket alkalmaztak, de a terápia megszakításának arányát illetően hasonló eredmények láthatók a hazai adatokban is.

További vizsgálatok szükségesek annak megállapítására, hogy ezt a lemorzsolódást milyen eszközökkel lehetne csökkenteni. Ilyen irány lehet az ellátórendszerből kiesők jellemzőinek pontosítása, betegtörténetek elemzése és más betegpopuláció (pl. depressziós betegek) követése.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Murray CJ et al.: The Global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. World Health Organization; World Bank; Harvard School of Public Health, 1996
- [2] Füredi J, Németh A: A pszichiátria magyar kézikönyve, Medicina Könyvkiadó, 2015
- [3] Az Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosának állásfoglalása, 2009.12.13.

- [4] Stubnya G, Nagy Z, Bagdy Gy, Rihmer Z, Molnár MJ, Harmatta J, Kovács GG, Perczel Forintos D, Simon L, Bitter I: A válságból kivezető út – az OPNI megszüntetésétől a Semmelweis Egyetemig, *Psychiatria Hungarica*, 2009, 24(3): 193-204.
- [5] Makkos Z: Az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet megszüntetésének hatása az intézményben ellátott pszichiátriai betegeknek. Szakdolgozat. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ, 2011
- [6] Pszichiátriai Szakmai Kollégium: Szkizofrénia – az Egészségügyi Minisztérium Szakmai Protokollja, 2008
- [7] Lieberman JA et al.: Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, 2005, 353: 1209-23.
- [8] Fleischhacker WW et al.: The European First Episode Schizophrenia Trial (EUFEST), *Schizophr Res*, 2005, Oct 15;78(2-3): 147-56
- [9] Ciudad A et al.: The Schizophrenia Outpatients Health Outcomes study (SOHO), *Eur Psychiatry*, 2008, Jan; 23(1):1-
- [10] Kozma PO, Katona L, Zámboi J, Dankó D, Molnár MP: A szkizofréniában szenvedő, antipszichotikus terápiában részesülő járóbeteg populáció elemzése gyógyszer- és betegforgalmi adatok alapján a 2005-2008-as időszakban, 2010, *IME IX. évfolyam 6. szám*
- [11] Boncz I, Sántha K, Szaszko D, Sebestyén A: Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár kiadásainak Lorenz-féle elemzése. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2006, 44:(2) 35-41.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dr. Makkos Zoltán 1996-ban végzett a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karán. Tizenegy évig dolgozott az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetben (OPNI), annak megszüntetéséig. Szakvizsgái: pszichiátria (2001), pszichiátriai rehabilitáció (2003), klinikai farmakológia (2015). 2012-ben szerzett PhD fokozatot a Semmelweis



Kovács Tamás programozó-matematikus szakon végzett az ELTE Természettudományi Karán. Dolgozott az Országos Mentőszolgálatnál és az Országos Vérellátó Szolgálatnál, majd 2002-ben a MEDINFO-ban folytatta a mun-



Dr. Gaál Péter 1993-ban végzett a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán, 1995-ben szerzett Master of Science fokozatot egészségügyi menedzsmentből a Londoni Egyetemen, 2004-ben pedig ugyanott sikerrel védte meg PhD-értékelését a magyarországi hálapénz jelenlétének témakörében. A PhD-dolgozat anyagából készített egyik angol nyelvű cikkével 2005-

Egyetem Szentágotthai János Idegtudományi Doktori Iskolában. 2011-ben egészségügyi szakmenedzseri, 2017-ben okleveles egészségügyi menedzseri végzettséget szerzett a Semmelweis Egyetemen. 2005-től tutorként folyamatosan részt vesz a pszichiátriai szakorvosképzésben. Munkatársával rendszeresen szerepel tudományos rendezvényeken a mindennapi pszichiátriai gyakorlatot érintő témákkal, vizsgálatokkal. 2013-tól a Nyíró Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet egyik pszichiátriai osztályát vezeti.

kát. A háttérintézményt azóta többször átkeresztelték, így került az ESKI, a GYEMSZI, illetve jelenleg az Állami Egészségügyi Ellátó Központ állományába. 2010-2015 között külsős előadóként egészségügyi informatika órákat tartott az ELTE-n, jelenlegi érdeklődési területe az adatbányászat és a hálózatkutatás.

ben elnyerte az Európai Egészségügyi Menedzsment Társaság (EHMA) és a Karolinska Egyetem (Karolinska Medical Management Centre) közös kutatási díját, amelyet PhD doktori értékelésből készített legjobb publikációért ítélnek oda. A Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának vezetője, oktatója és kutatója, egyetemi docens. Részt vesz különböző hazai és nemzetközi szakértői munkákban is. Szakterülete az egészségpolitika. 2011-től az IME Szerkesztőbizottságának tagja.