

Milyen fejlesztésekre lenne szüksége a pszichiátriának?

Beszélgetés Dr. Németh Attilával

Mint ismert, az egészségügyi kormányzat kiemelt prioritásként kezeli a gyermekgyógyászatot, a keringési- és daganatos megbetegedések, valamint a mentálhigiénés és a mozgásszervi betegségek ellátását. Az öt felkért országos intézet már kidolgozta a saját nemzeti egészségprogramját. A pszichiátriai szakma által kívánatosnak tartott fejlesztésekről Dr. Németh Attila, lapunk Klinikai idegtudományok Rovatának vezetője, a Nyíró Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet (OPAI) főigazgató főorvosa, a Magyar Pszichiátriai Társaság vezetőségi tagja tájékoztatja olvasóinkat.

– Az öt nemzeti népegészségügyi program közül az egyik a mentális zavarok ellátásának fejlesztéséről szól. Milyen területeket kell fejleszteni a pszichiátriában?

Szinte minden terület fejlesztésre szorul. Az optimális betegutak biztosításához ki kell alakítani a lépcsőzetes és koordinált ellátó rendszert, ugyanis jelenleg nem beszélhetünk sem lépcsőzetes, sem koordinált ellátásról. Ez alatt az alapellátás, a járó és a fekvő szakellátás, valamint a pszichiátriai és a szociális ellátás koordinálását értjük.

– Mit jelent ez a háziorvosok szintjén?

Olyan alapellátást szeretnénk létrehozni, amely alkalmas a leggyakoribb mentális zavarok – a szorongásos zavarok, a depresszió, a demencia – kiszűrésére és az egyszerűbb esetek kezelésére. A háziorvosnál jelentkező betegek közel 50 százalékában fennáll kezelendő pszichés tünet, gyakran szomatikus betegséghez társulva.

– Hogyan lehet ezt elérni?

Természetesen csak fokozatosan, és több irányból megközelítve lehetséges. Tervezünk magas kreditpontú továbbképzéseket a pszichiátriai zavarok felismeréséről, a pszichofarmakoterápia alapjairól, az alacsonyküszöbű pszichoterápiás intervenciókról, valamint a szakellátás működési rendjéről. Összeállítanánk a leggyakoribb pszichiátriai kórképek felismerésére szolgáló egyszerűbb szűrővizsgálatokat, és rendelkezésükre bocsátanánk. Ezek többnyire rövidke, informatív és általában a betegek által kitölthetők (pl. rövidített Beck depressziós skála, órateszt demencia szűrésre stb.). Szeretnénk elérni, hogy az antidepresszánsokat – legalább a generikumokkal rendelkezőket – ugyanolyan NEAK támogatással írassák fel a háziorvosok, mint a pszichiáter szakorvosok. Ezt a tevékenységet pszichofarmakológiai licence vizsgálathoz lehetne kötni.

– Sok beteg nem szívesen megy a Pszichiátriai Gondozóba vagy osztályra, hiába küldi oda a háziorvos. Hogyan oldható meg ez a régi probléma?

Az alap- és szakellátás közé beillesztenénk egy lépcsőt. Javaslatunk szerint ún. „diszpécser szolgáltatást” végző pszichológusokat kell alkalmazni a csoportpraxisokban, a praxisközösségekben, a háziorvosi rendelőkben az optimális betegutak biztosítása érdekében. A háziorvosnál pszichés problémával, tünetekkel jelentkező betegeket – akikkel a háziorvos nem tud, vagy nem kíván ezen a téren foglalkozni –, az erre a célra alkalmazott pszichológushoz küldi pszichológiai konzultáció céljából. A pszichológus szűrőtesztekkel felméri a szükséges ellátási szintet, tájékoztat, illetve tájékoztató anyagokat ad át a betegeknek, megfelelő ellátóhelyre irányítja, szükség esetén alacsonyküszöbű pszichoterápiás intervenciót alkalmaz. Munkáját a területileg illetékes pszichiátriai gondozó szakmai kontrollja alatt végzi, de térben egyértelműen elkülönülten, és akár lehet az Egészségfejlesztési Iroda Lelki Egészség Központ (EFI-LEK) alkalmazottja. Ennek eredményeképpen várható, hogy hatékony másodlagos prevenció (szűrés) valósul meg, kevesebb beteg esik ki a rendszerből, a pszichológusoknak végzettségüknek megfelelő munkát lehet adni (ugyanis túlképzés van), valamint csökken a háziorvosok és a pszichiátriai gondozók túlterheltsége, így a rendelésen több idő maradhat egy-egy betegre.

– Mi a terv a pszichiátriai gondozókkal kapcsolatban?

Szerepük egyre nagyobb lesz. Elképzeléseink szerint a Pszichiátriai Gondozók átalakulnának Közösségi Pszichiátriai Centrumokká, ami nem csak egy névváltozást jelent. Cél a párhuzamos ellátások megszüntetése. A többnyire teljesen elkülönülten, nem mindig megfelelő szakmai tudással rendelkező közösségi ellátást szorosan össze kell kapcsolni a pszichiátriai gondozók munkájával. A szociális ágazathoz tartozó közösségi ellátást a pszichiátriai gondozók szakmai kontrollja alá kell helyezni, és együtt kell működni a betegek érdekében. Ki kell alakítani az esetmenedzseri rendszert, időt és helyet kell biztosítani az esetmegbeszélő csoportoknak és a szupervízióknak, és mindezt finanszírozni kell.

– Milyen változtatást terveznek a fekvőbeteg ellátás területén?

Többféle változtatást tervezünk, melyek közül az egyik a sürgősségi felvételekkel kapcsolatos. Szükségesnek tartjuk, hogy a betegek a Sürgősségi Betegellátó Osztályon (SBO) keresztül érkezzenek a pszichiátriai osztályra, de ezenkívül a nagy forgalmú aktív pszichiátriai osztályokon célszerű lenne az ún. Sürgősségi Pszichiátriai Részleg kialakítása is. Ez tekinthető az egynapos sebészet analógiájára egynapos

pszichiátriának is, aminek célja a hospitalizációk számának csökkentése, illetve elkerülése. Feladata a sürgősséggel beutalt, mentővel vagy rendőrség által beszállított, vagy ügyeleti időben önként jelentkező kliensek szűrése és obszervációja szomatikus és pszichiátriai szempontból maximum 24 órán keresztül, melynek során meghatározható a további ellátás szintje (triage). Itt – többek között – ki kell szűrni a szomatikus okból zavart tudatállapotú pácienseket, és megoldhatók a krízisszituációk, az akut szorongásos állapotok, a drogindukált pszichotikus epizódok, a predeliriumok és az acting out reakciók jelentős része is 24 órán belül. A Nyíró Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézetben immár több mint hároméves tapasztalat alapján igazolható, hogy az ilyen feladatra létesített 2x4 ágyas részleg/osztály jelentősen csökkenti az osztályos felvételek számát, növeli a betegbiztonságot, és elősegíti a pszichiátriai és addiktológiai osztályok kiszámíthatóbb működését, mivel az akut betegfelvétel terheitől mentesítve végezheti a napi munkáját. Rövidtávon beruházási igényt, de hosszabb távon jelentős megtakarítást eredményez (pl. ágyszámcsökkentés, hospitalizáció csökkentése, stigmatizáció elkerülése). Ennek kialakítása nem jelent ágyszám bővítést egyetlen osztálynál sem, mert a Sürgősségi Felvételi Részleg ágyszámát az osztályos keretből ki lehet gazdálkodni.

– Említette, hogy más fejlesztéseket is terveznek a fekvőbeteg ellátásban. Melyek azok?

Nagyon jó lenne, ha fekvőbeteg háttérrel biztosító, hiánypótló szakambulanciák jönnének létre. Gondolok az éveszavarokban szenvedők ellátására, de a felnőttkori autizmust is említhetném. Természetesen ezek az ellátó egységek pluszfinanszírozásban részesülnének. Meg kell oldani a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai Klinikájának igazságügyi pszichiátriai osztályán megfigyelt betegek ellátásának finanszírozását, ugyanis, ha adott esetben nem állapítanak meg pszichiátriai zavart, akkor nulla forint finanszírozást kap a klinika. Ez tarthatatlan. Csillagos HBCS-ben, vagy fix finanszírozásban gondolkodunk.

– Eljuttunk a finanszírozáshoz. Ennek módosítása a pszichoterápiával kapcsolatban már régóta esedékes lenne. Van erre vonatkozó elképzelésük?

Igen. A jelenlegi helyzetben nem éri meg az intézményeknek egy pszichoterapeuta szakorvos, klinikai szakpszichológus alkalmazása, mert az általa „termelt” összeg nem fedezi a bérét sem. Ezért javasoljuk, hogy a végzettséghez kötött pszichoterápia, szakpszichoterápia német pont értékét emeljük 100 százalékkal, és egyszerűsítsük rövid, illetve hosszú terápiás időtartamokra, elhagyva a középhosszú kategóriát. A másik megoldás az lenne, ha négyszeresére emelkedne a szakvizsgához kötött pszichoterápia pontértéke, de ez a beavatkozás mással együtt nem lenne kódolható. Ez tisztább helyzetet teremtene, és lehetne külön pszichoterápiás rendelkezéseket működtetni.

– Már az sem kevés, ami eddig elhangzott, de mit említené még?

Eddig csak a felnőtt pszichiátriáról volt szó. Lépcsőzetes és koordinált ellátást tervezünk a gyermekpszichiátriában és az addiktológiában is. Szeretnénk, ha érdemi hiányszakma pótlékot kaphatnának a TB finanszírozott ellátásban dolgozó gyermekpszichiáterek és addiktológusok, továbbá, hogy az addiktológiába is bevezessék a magasabb rehabilitációs szorzót. A drogbetegek fenntartó gyógyszeres kezelése könnyebbé válhatna a korszerűbb szerek támogatásával. Elérhetővé kellene tenni a pszichotrop szerek gyógyszer-szintjének meghatározását terápiarezisztencia esetében. Kívánatos lenne a demenciában szenvedő betegek ápolásának megoldása, a baba-mama program finanszírozása, az átmeneti osztály létrehozása a 16-20 évesek fiatalok részére, valamint módszertani központ létesítése az OPAI-ban. Végül, de nem utolsósorban talán az egyik legfontosabb elem lenne a szakdolgozók bérének az átlagnál sokkal magasabb emelése, mert nélkülkük nem működhet a rendszer, bármilyen jól van kitalálva.

Boromisza Piroska

NÉVJEGY



Dr. Németh Attila pszichiáter szakorvos. 1978-ban végzett a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen. Öt évig az Újpesti Kórház Neurológiai Osztályán dolgozott, majd az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetbe került, ahol megkezdhetette pszichiátriai tanulmányait. A következő állomás a Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem Pszichiátriai Tanszéke, ahol 12 éven át egyetemi adjunktus

volt. 1994-ben lett az orvostudomány kandidátusa. 1998-tól a Nyíró Gyula Kórház II. Pszichiátriájának osztályvezető főorvosa volt, ahol – többek között – bevezette a kényszerbetegek új terápiás módszerét, valamint újraindította a művészetterápiát. 2006-tól a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika docenseként vezette az ambulanciát, és 2009-ben az itt helyet kapó Országos Pszichiátriai Központ szakmai igazgatója lett. 2012 augusztusától a Nyíró Gyula Kórház főigazgató főorvosa, valamint 2013 júniusától az újonnan megalakuló OPAI főigazgatója.