

Paradigmaváltás a pszichiátriában

Harangozó Judit
Tringer László
Gordos Erika
Kristóf Róbert
Werrnig Róbert
Slezák Adrienne
Lőrincz Zsuzsa
Varga Attila
Bulyáki Tünde

Az egészség feltételezi a mentális egészséget.

- *A mentális betegségek valóságok, diagnosztizálhatóak, gyakoriak és univerzálisak.*
- *A mentális zavarok prevenciója és kezelése is lehetséges és kivitelezhető.*
- *A mentális egészség problémái nem oldhatóak meg a mentális egészségvédelmet és a mentális zavarok kezelését egyaránt érintő világos nemzeti stratégia nélkül.*

Benedetto Saraceno (WHO)

*Felhívás az Egészség Világnapja alkalmából (részlet)
(2001)*

A fent jelzett paradigmaváltás, úgy is mondhatjuk, rendszerváltás, valójában az egész egészségügyet érinti, különösen mélyreható változásokat hozva a pszichiátriában. Minden egészségügyi dolgozó részese, néha pedig szenvedő alanya annak, hogy az egészségügyi törvény szerint a betegek kompetensen dönthetnek sorsukról, beleszólhatnak kezelésükbe, joguk van a teljes körű tájékozottsághoz, betekinthetnek az orvosi dokumentációba stb. Sokszor úgy érezzük, hogy az egészségügyi dolgozó a paternalisztikus és onnipotens „nagy fehér varázsló”, a szívvel, lélekkel gyógyító, elhivatott és önfeláldozó ember helyett egyre inkább a „cipőt a cipőboltból” típusú szolgáltatóvá silányul.

Sajnos, az új törvények megalkotását nem kísérte az egészségügy ütemes átalakítása. Márpedig minél inkább késik a (költség)hatékonyságra és megfelelő finanszírozásra, nagy részben piaci realitásokra épülő egészségügy megszervezése, annál nagyobb ür keletkezik a törvényi szabályozás és a valóság között. Ebben az időszakban pedig különösen a szakemberek felelőssége forog kockán, hiszen a törvények előírta szabályok gyakran nem valósulhatnak meg a jelenlegi ellátórendszer korlátai miatt, és az ebből adódó problémákért sokszor az ellátó orvos felelős (1).

Ma sok szakmabeli nehezen találja helyét és keresi új szakmai identitását a megváltozott viszonyok között. Az alábbiakban megkíséreljük a pszichiátria területén dolgozó „szolgáltatók” számára felvázolni azt a szakmai utat, amelynek nyomvonalát az új társadalmi, jogi, gazdasági környezet rajzolta meg. Reményeink szerint azonban a cikk nem csak a pszichiátriai dolgozók számára hordoz üzenetet és tanulságokat.

Munkánkban először kritikailag elemezzük a pszichiátriai ellátás eddigi és sok szempontból még ma is érvényes sajátosságait, majd a jelenlegi változásokat és a jövőbeni lehetőségeket vesszük számba. Munkánk természetéből adódóan a változásra szoruló tényezőkre koncentrálnak, ezért kevesebb helyet szentelünk a jelen gyakorlat hagyományainak és eredményeinek bemutatására.

A pszichiátriai ellátás múltja

Mindenható szakemberek,
totalitárius intézmények,
jogfosztott betegek

[*Megjegyzendő: A kritikai elemzés elsősorban a nyugati civilizáció elmúlt évszázadaira vonatkozik, ahol*

a pszichiátriai betegek ellátásának intézményeit megszervezték. Ezek az intézmények kezdetben börtönszerű „ellátást” nyújtottak, és a tébolydák még a humánusabb bánásmód elterjedése után is igen embertelen és hátrányos körülményeket jelentettek a betegek számára (2). Fontos még megemlíteni, hogy hazánkban sok szempontból jobb volt a helyzet, mint a fejlettebb országokban: kevesebb tébolyda épült, több beteget kezeltek humánusabb körülmények között, és a múlt század eleje óta létrehozták az úgynevezett családi ápolási telepeket, amelyek az akkori viszonyok között egy közösségi alapú, humánus és nagy sikereket felmutató ellátási forma volt. A befogadó családok hasonló rendszere egyes fejlett országokban, például Franciaországban, ma is működik. A második világháború után persze megszűnt ez az ellátási forma, azonban az ellátórendszer egy progresszív eleme, a pszichiátriai gondozóhálózat alakult meg és vált országos hálózattá (3).]

A következőkben bemutatjuk azt a korábban jellemző, de még ma is széles körben alkalmazott gyakorlatot, amelyben a betegek gyakran „jogi halottak” voltak és egy alacsony költséghatékonyságú, paternalisztikus kapcsolatokra épülő, intézményközpontú ellátásban részesültek.

A betegek helyzete és jogai

A kezeléssel kapcsolatos önrendelkezési jog a pszichiátria gyakorlatában Magyarországon napjainkban először jelenik meg. Az elmúlt századokban ez sehol a világon nem valósult meg. A gyakran anti-humánus, máskor humánus ellátási formák kitalálói mindannyiszor a betegek „kiszolgálói” közül kerültek ki, és az ellátás az ő elképzeléseiket tükrözte. Gyakorta alapelveként érvényesült a betegek kirekesztése és elzárása, tehát a közösség „védelme” a súlyosabb betegektől (4, 5). Még a XX. század mozgalmi, amelyek a betegeket úgynevezett terápiás közösségekben kívánták „reszocializálni” (6–8), emberhez méltó módon, de valójában nem a páciensek döntései és gyakran nem személyes szükségleteik alapján működtek.

A közösség védelme érdekében még a közelmúltban is történt számos intézkedés. Így például a szocializmus időszakában kialakított pszichiátriai szociális otthonokat a betegek eredeti lakóhelyeiktől tudatosan távol helyezték el. A budapesti betegek egy része például Szentgotthárdra vagy Máriapócsra került. Így biztos volt, hogy a beteg elveszti családi és szociális kapcsolatrendszerét, és még gondnokával is alig tud kapcsolatot tartani, ezáltal visszatérése teljesen reménytelenné válik. Ez a rendszer tehát számos – nem csak pszichiátriai okból – fogyatékos esetében a szervezett és nagy arányokban végrehajtott elkülönítés némileg, de semmiképpen sem radi-

kálisan humanizált elveire épült. Nem véletlen, hogy a régi, de érzékletes kifejezéssel elmeszocialis otthonoknak nevezett intézetek a rendszerváltást követő emberi jogi vizsgálódások (9) központi terepévé váltak. Még a (maguk nemében) szakmailag példaértékű intézmények sem képesek kompenzálni a betegek (és a rehabilitációs szakemberek) lehetetlen és igen reménytelen helyzetéből adódó nehézségeket. Mára e probléma kezelése a pszichiátriai szociális ellátás „vírusává” nőtte ki magát. Az EU-normák, a nagy nemzetközi visszhang, és a ma is működő rendszer napi szintű, nem nagyon kivédhető kockázatai (lásd a törökszentmiklósi tüzesetet) ma már politikai tényezővé duzzasztották e problémát.

A másik sok kérdést felvető intézmény a gondnokság volt. A korlátozottan vagy kizáróan gondnokság alá helyezett betegek jogi korlátozása nem illeszkedett egyéni adottságaikhoz, és nagyrészt formális bírósági eljárás során hoztak erről döntést. A betegek gondnokai semmiféle képzésben nem részesülnek, és a gondnok tevékenységében általában a beteg érdekeinek képviselete még nyomokban sem fedezhető fel (és nem is kéri számon senki). A gondnokság sajnos a legtöbb beteget sok felesleges korlátozással sújtja, egyenes utat jelent az izoláció felé, és a beteg legtöbbször elveszti a tartalmas és biztonságos élet kialakításához szükséges eszközöket és kompetenciákat (10).

Jól illusztrálja a betegek kiszolgáltatottságát, hogy például, ha egy gondnokság alatt álló beteg valamilyen sürgős műtetre szorul, ezt nem kezdheti el az orvos, csak a gondnok beleegyezése után. A gondnok folyamatos elérhetősége a beteg számára általában nem megoldott, sőt az önkormányzatok gyámügyi osztályai sem tudnak segíteni. Így gyakorta megesik, hogy a páciens ki van téve a halasztott beavatkozás okozta kockázatnak és szenvedésnek.

A pszichiátria mint a társadalmi deviancia kezelési eszköze

Szerencsére hazánkban nem volt jellemző, hogy politikailag „deviáns” személyeket kényszergyógykezelésre ítélték volna. Ismerjük azonban a modern pszichiátria talán legnagyobb szégyenét, amikor megfelelő diagnosztikus kategóriákat sikerült kreálni a szovjet rendszerbe be nem illeszkedő személyek számára, és számos szakember működött közre az ilyen személyek „ellátásában” (politikai pszichiátria). Arról is viszonylag kevés szó esik, hogy a náci népirtásnak a pszichiátriai betegek is tudatos célpontjai voltak. Tehát a pszichiátriai betegekkel kapcsolatban még a XX. században sem szűntek meg a diszkriminációs törekvések, annak ellenére, hogy a pszichiátria ekkorra a medicina önálló diszciplínájává vált, és számos tudományos és gyakorlati eredményt mutatott fel.

A fenti példák is mutatják, hogy a pszichiátria a medicina legtöbb ágával szemben sokkal jobban kiszolgáltató a társadalmi viszonyoknak és elvárásoknak, hiszen akárhogy is nézzük, mégiscsak az intézményes választ képviseli a társadalom egy „deviáns” csoportjával szemben, és ez a válasz nemcsak a betegek, de a társadalom vagy a politika szükségleteit is leképezi (4, 11, 12). A szakemberekkel szemben ma is egyszerre jelennek meg a betegek elvárásai: a teljes gyógyulás, a nagyobb szabadság, a teljes emberi élet előmozdítása, illetve a közösség elvárásai, amelyek a történelemben gyakorta ellentétesek voltak a betegek elvárásaival. A kettős elvárás jól nyomon követhető például a drogbetegekkel kapcsolatos stratégiákban.

A paternalisztikus orvoslás

Az orvos-beteg kapcsolat világszerte élő hagyománya szerint az orvos tudja, hogy páciense mitől gyógyul meg, illetve lesz jobban, és közli az ezzel kapcsolatos, a betegre, esetleg hozzátartozóra háruló „feladatokat”. Ha a beteg ezeket nem teljesíti, „rossz a compliance-e”, akkor legfőképpen ő a felelős a gyógyítás sikertelenségéért. Ezzel párhuzamosan az orvos mintegy omnipotens, élet-halál ura, hiszen a beteggel kapcsolatos döntéseket nagyjából önállóan hozza meg, és a döntésekhez szükséges orvosi információkkal is főképp maga rendelkezik. Így másnak (például a betegnek) esélye sem nagyon van a jó döntések meghozatalára (13).

Ezt a hagyományos modellt a pszichiátriában mindig is kissé nehézkes volt követni, csak a totalitárius intézményekben, a személyzet segítségével lehetett működtetni igazán (lásd Ken Kesey: Száll a kakukk fészkére című regényét vagy a belőle készült filmet). Az ambuláns gondozás, a lazább keretek között történő kezelések során ugyanis problémát jelentett, hogy a betegek egy részének rossz volt a betegségbelátása, és nem kooperált a fenti szereposztással. Talán ezzel függött össze az a múltban széles körben elterjedt gyakorlat, amely titokban adott gyógyszereket (lásd például Haloperidol-csepp), vagy más kimondott okkal adott depot-injekciókat alkalmazott, amelyek révén „át lehetett hidalni” az együttműködés hiányát is. A kooperációra serkentés másik eszköze humánusabb: a beteg számára nyújtott, gyakran túlzott személyes támogatás, a terapeutához való személyes kötődés a fentebb leírt „mindenhatóság” mellett a betegek függővé válásának másik hathatós eszköze (volt).

A paternalisztikus kapcsolattartás az az eszköz, amellyel a beteg önálló akarata, döntései, szükségletei megjelenése a terápiában rövid úton (akarva-akaratlan) megkerülhető. Ez tehát egyenes út lehet a jogfosztottság felé. A paternalizmus gyakorta nem tudatos viselkedés az orvosok és más szakemberek

részéről, annak ellenére, hogy a terápiás kapcsolat milyensége még a leghatékonyabb, bizonyítékokon alapuló eljárások hatásosságát is befolyásolja (a paternalisztikus kapcsolat általában rossz irányban hat) (4). Sajnos e problémát sem szakmai, sem etikai szempontból tudomásunk szerint nem vizsgálják kellőképpen, és a megfelelő terápiás kontextus kérdései az oktatásban is alulreprezentáltak.

A paternalisztikus orvoslás gyakorlata szorosan kapcsolódik az egészségügyi ellátóhelyeken igen gyakran megfigyelhető feudalisztikus berendezkedéssel, hierarchikus szervezeti kultúrával, amelynek a hatékony és minőségi tevékenységet végző szervezetekben nincs helye. A feudalisztikus szervezetek sokkal nagyobb valószínűséggel rendelkeznek olyan belső szabályrendszerrel, amely rugalmatlan, antidemokratikus és öntörvényű, így könnyen távol kerül attól, hogy működését a betegek szükségletei irányítsák. Az intézmény saját törvényei válnak uralkodóvá, önálló intézményes szükségletek alakulnak ki, és a „szolgáltatóhely” a totális intézmények sajátosságait veheti fel (2, 13, 14). Az ilyen szervezetekben a szakemberek is kevésbé jutnak hozzá a megfelelő színvonalú munkavégzéshez szükséges feltételekhez (mert tevékenységüket az intézmény elvárásai irányítják, amely elvárások nem mindenben fedik a betegek szükségleteit). Minél inkább az intézmény törvényei uralkodóak, annál nagyobb az úgynevezett hospitalizációs ártalom. Az intézménnyel kapcsolatos személyes függőség a dolgozóknál is kialakulhat. A rosszul szervezett és irányított szervezetek okozta ártalmak tehát a szakembereket és a betegeket egyaránt érintik.

Például egy pszichiátriai szociális otthonban nagy problémát jelent, hogy a lakók egy része még a 100 méter távolságban felállított büfét sem keresik fel, hogy beszerezzék a szükséges cigarettát, enniválót, inkább szűkös jövedelmükből fizetnek valamennyit egy vállalkozó kedvű betegnek, aki beszerzi számukra a javakat. Egy másik otthonban a hasonló probléma áthidalására a mentálhigiénés csoport munkaköri feladatává tették a lakók számára történő bevásárlást. Ez a munkaidő jelentős részét felemészti, ráadásul igen bonyolult, a reggel az összeírással kezdődik, majd tanúk előtt kell elszámolni a pénzzel. A lakók persze nem elégedettek maradéktalanul, nagyszámú betegnek kell vásárolni és mindig becsúszik valami hiba. A mentálhigiénés csoport a bevásárlás miatt nem tudja a betegek gondozásában betöltendő egyéb feladatait ellátni. E példák illusztrálják, hogy az intézményesülés hogyan telepszik rá az ellátottakra és a szakemberekre.

Az intézményközpontú ellátás

Az egészségügy intézményközpontúsága sok furcsa jelenséget eredményezett a pszichiátriában. A pszi-

chiátriai ellátás ugyanis csak nagyon kevésbé ágyigényes, igen kevés olyan beavatkozást vonultat fel, amit csak és kizárólag kórházi ágyon lehet biztosítani. Ezzel szemben nagy a szakemberigénye, és a nagyszámú beteg miatt erőteljes nyomás nehezedik az első vonalban dolgozóakra. Emellett sok rehabilitációs szolgáltatásra is szükség van (5, 15, 16).

Az intézményközpontú ellátási struktúra ezzel szemben kevés és nem kellően rugalmas, illetve effektív szolgáltatást képes biztosítani a betegek tömege számára. A területi ambuláns ellátás túlszűfoaltsága és alacsony – bár az utóbbi időben kissé javuló – presztízse, a házi orvosok ritka és esetleges involválódása a pszichiátriai betegek kezelésébe és a közösségi szolgáltatók együttműködésének hiányosságai azt eredményezték, hogy a területi ambuláns szolgálatok csak a betegek egy részét (bár nagyobb részét) tudták, úgy-ahogy, ellátni. Különösen elégtelen volt az olyan betegek ellátása, akik körül nem volt támogató közeg, például család. Így a nehezebben kezelhető és megfelelő szociális, illetve pszichés támogatáshoz nem jutó betegek úgynevezett forgóajtós betegekké váltak, akik számára a pszichiátriai osztályok egy része (szociális) krízis-szolgáltatást nyújtott (nem túl hatékonyan).

Az ellátási rendszer tervezésekor az úgynevezett átmeneti intézmények (nappali és éjszakai szanatóriumok, védett munkahelyek stb.) lettek volna hivatottak a betegek visszavezetésére a közösségbe és a rehabilitációra. Valójában az ilyen intézmények további hospitalizációs ártalmat okoztak a krónikus betegeknek, és nem nyújtottak átfogó szolgáltatást, ezáltal feltöltődtek „oda nem való”, többnyire szociálisan rászoruló páciensekkel. Így nem csoda, hogy az ilyen intézményekben lévők esélye a reintegrációra minimális (volt). A krónikusan nappali szanatóriumban tartózkodó betegek gyakorta „túlzott ellátást” kapnak: jóval nagyobb kontrollt és támogatást, mint amilyenre valójában a legtöbbjüknek szüksége van (17–21). A rossz ellátásszervezés miatt a betegek és a szakemberek nagy része is elégedetlen és frusztrált.

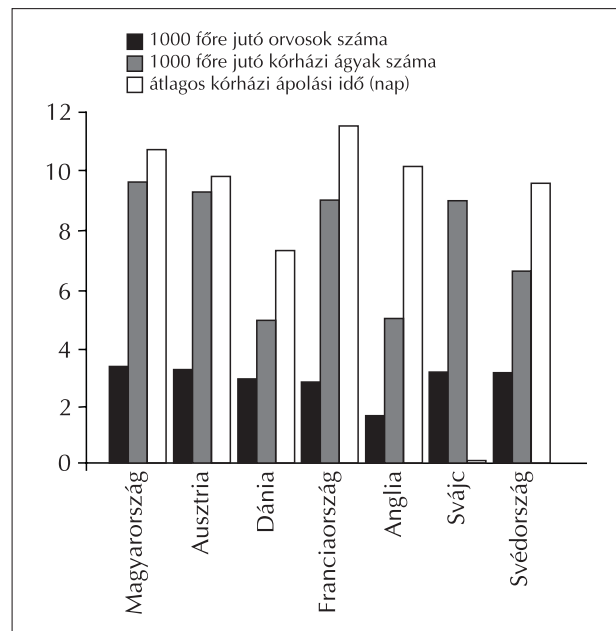
Természetesen az intézményes kereteknek számos előnye is van a hátrányok mellett. Olyan közeget jelentenek ugyanis, amelyre a modern kori pszichiátria épül, amely mind szakmai, mind társadalmi szempontból begyakorlott módon működik, hibáit tekintve is kiszámítható és relatíve könnyen szervezhető, továbbá a jelenlegi szakképzés alapja is (22). Mindez valójában a pozitívista és medikális szemléletű pszichiátriának alapvető közege. A reformoknak, amelyek a jelen rendszer változására törekednek, tehát számos területen kell felvenniük a versenyt a jelenlegi ellátással, és ez – egyebek mellett – elmélyült, párbeszédre és együttműködésre épülő szakmai munkát, megújuló szakmai megközelítést és közeget, továbbá új etikai megközelítést

is szükségessé tesz. A pszichiátriai ellátórendszer megreformálása tehát sok szempontból magának a pszichiátriának a megreformálását, vagy legalábbis megújítását is szükségessé teszi (12, 14).

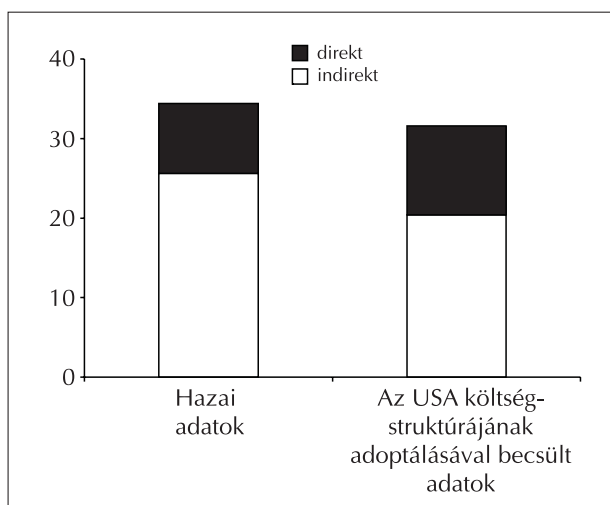
Kevésbé hatékony, rosszul ösztönzött és költségérzéketlen ellátás

Az előbbi fejezet is példázza, hogy az ellátórendszer egyszerre relatíve drága és alacsony hatékonyságú. *Kornai* (23) elemzése szerint 1996-os adatok alapján az EU-országokkal összehasonlítva hazánkban a legmagasabb az ezer főre jutó orvosok száma, és a kórházi ágyak száma is csak Franciaországban magasabb (1. ábra). Ha mindezt összevetjük az ellátásra fordított összegek különbségeivel, különösen kiviláglik a magyar ellátórendszerben az egyik oldalon tapasztalható irracionális pazarlás, a másikon az irracionális szűkmarkúság (1).

Hasonló eredményeket mutatnak a pszichiátriai ellátással kapcsolatos költségelemzések. *Rupp Ágnes*, az Egyesült Államokban dolgozó neves egészségügyi közgazdász segítségével dolgoztuk ki azt a metodikát, amely a magyar viszonyok között alkalmas a költségek felmérésére (24). Ennek segítségével vizsgáltuk a szkizofrénia éves költségeit Magyarországon. Eszerint a hazai elsődleges adatok feldolgozása alapján a kilencvenes évek közepén a szkizofréniaival kapcsolatos éves költség összesen



1. ábra. A magyar egészségügyi ellátórendszer sajátosságai más országokkal összehasonlítva. Magyarország 1996-ban élen járt az 1000 főre jutó orvosok, kórházi ágyak, illetve a kórházi ápolási napok számát tekintve az EU-országok többségéhez képest. Ez az egészségügyi ellátás pazarló voltát bizonyítja (23)

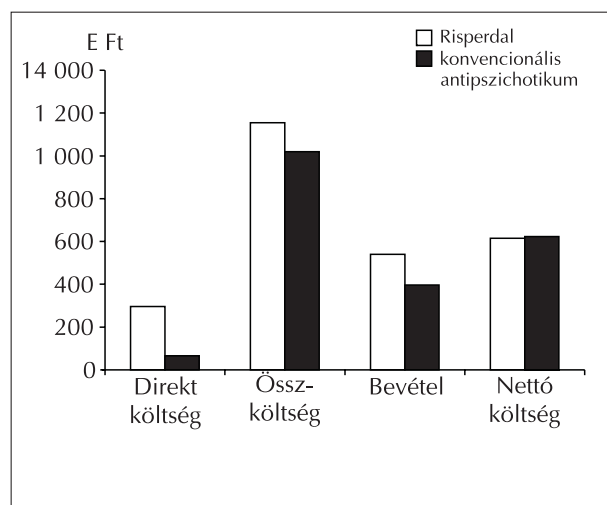


2. ábra. A szkizofrénia éves költségei. Magyarország és az USA eltérő költségstruktúráját szemlélteti: a magyar adatok az indirekt költségek magasabb arányát mutatják, amelyek felelősek a relatíve magasabb összköltségért

25,6 milliárd forint volt. Ennek csak kisebb részét tették ki a kezelési, úgynevezett direkt költségek (8,81 milliárd forint), és szokatlanul nagy hányadát az indirekt költségek alkották. Az arányok eltolódnak az indirekt költségek javára a fejlett országok költségarányaihoz hasonlítva is (2. ábra). Ennek feltehetően az a magyarázata, hogy Magyarországon a betegek nagyobb arányban esnek ki a munkából, és szorulnak ennek következményeképpen társadalmi támogatásra, mint a fejlettebb országokban. Mindez rámutat a rehabilitációs szolgáltatások hiányosságaira is. Tehát miközben a szkizofrénia fordított kezelési költség közel azonos hányadát teszi ki az egészségügyi ráfordításoknak, mint a fejlett országokban (körülbelül 2%), az indirekt költségek relatíve sokkal magasabbak. Ez az ellátás alacsony hatékonyságát és pazarló voltát támasztja alá.

A jelenlegi finanszírozási rendszer ugyan a rövid ápolási időkre ösztönöz (legalábbis az akut ellátásban), valójában azonban teljesen nyílt terepet biztosít a gazdálkodási szempontú betegellátásnak, ahol az ápolási szokások messzemenőig az intézmények nyereségességét célozzák. Erre utal például a pszichiátriában a rehabilitációs ágyak igen magas aránya (amelyet vessünk össze az „ágyon folyó” pszichiátriai rehabilitáció rendkívül alacsony hatékonyságával) (25), valamint a korszerű terápiák ágyfelhasználást csökkentő hatásának elmaradása, amelyet az alábbi vizsgálat is szemléltet.

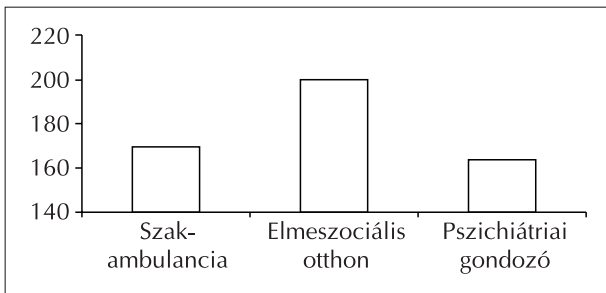
Vizsgálatunkban legalább egy éve hagyományos antipszichotikumot, illetve új típusú, úgynevezett atípusos antipszichotikumot (Risperdalt) szedő betegek három hónapra vonatkozó kezelési költségeit hasonlítottuk össze (26). A hasonló nemzetközi vizsgálatokból kiszűrtük azokat, amelyek modellált



3. ábra. A költségek összehasonlítása legalább egy éve Risperdalt (n=37), illetve konvencionális antipszichotikumot szedő (n=54), szkizofréniaiban szenvedő betegeknél. A Risperdallal kapcsolatos nagyobb direkt költségek a magasabb gyógyszerárral és a kórházi ápolási idő lerövidülésének elmaradásával függnek össze. A Risperdalcsoportban szignifikánsan nőtt a bevétel, mivel több beteg dolgozik és magasabb a jövedelmük, mint a másik vizsgálati csoportban. Így a Risperdalt összességében költségneutrális (nettó költség)

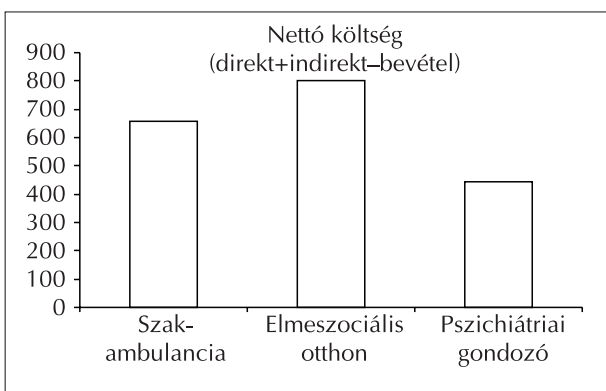
körülmények között vizsgálták a kétfajta kezelés költségeit és eredményességét, és megvizsgáltuk azokat a terepvizsgálatokat, amelyek kevésbé voltak megterhelve marketingszempontú spekulációkkal és kétes értékű becslésekkel. A korrekt vizsgálatokban a Risperdalt elsősorban a kórházi ágyfelhasználás csökkenése, továbbá a munkából való kiesés alacsonyabb aránya miatt költségneutrálisnak, illetve számos vizsgálatban „olcsóbbnak” bizonyult az egyébként számottevően alacsonyabb árú hagyományos antipszichotikumokkal végzett kezelésekhöz viszonyítva (27). A hazai vizsgálat előzetes eredményei érdekes képet mutatnak. A Risperdalt szedők csoportjában ugyanis semmivel sem csökkent a kórházi ágyfelhasználás, ami megítélésünk szerint a hazai viszonyok között ismeretes virtuális ágykihasználást mutatja. A gyógyszer azonban még így is költségneutrálisnak bizonyult a magasabb gyógyszerbekerülési költség ellenére, ugyanis jelentősen több beteg dolgozott ebben a csoportban, és ezáltal az indirekt költségek sokkal kedvezőbben alakultak (3. ábra).

A szakmai, jogi és gazdasági indokok dacára még ma is az intézményközpontú ellátás finanszírozása a jobb, és a struktúra leginkább költséghatékony elemei (így a háziorvosi és a pszichiátriai gondozói ellátás, valamint egyéb ambuláns ellátási formák) még mindig nem kellően ösztönöztek. Ezt szemlélteti a következő tanulmány.



4. ábra. A klinikai állapotot tükröző, súlyozott klinikai összpontszám szki-zofrén betegek-nél. A súlyozott klinikai összpontszámot becslőskálák értékeiből kalkuláljuk (minél magasabb, annál rosszabb állapotot tükröz)

Vizsgálatunkban (28) szki-zofréniában szenvedő, de három különböző intézményben gondozott betegek ($n=3 \times 30$) ellátásának költséghatékonyságát hasonlítottuk össze. Keresztmetszeti vizsgálatban a klinikai eredményességet a becslőskálával mért klinikai tünetek, fogyatékos-ság és károsodás alapján értékeltük, és ezt vetettük össze az adott ellátási csoportba tartozó költségekkel. A vizsgálat eredményei azt mutatták, hogy a klinikai mutatókban a három csoport között nem volt szignifikáns eltérés (4. ábra), azonban a pszichiátriai gondozókban végzett gondozás jelentősen olcsóbb volt, mint a klinikai/kórházi szakambulanciákon, illetve a pszichiátriai szociális otthonokban történő (5. ábra). A pszichiátriai gondozóval kapcsolatos alacsonyabb költségek a jelentősen alacsonyabb kórházi kezelési aránnyal és gyógyszerköltségekkel függtek össze elsősorban. Eredményeink a nemzetközi tapasztalatokkal kongruensek (29, 30). A pszichiátriai gondozók tevékenysége – bár jelentősen alulfinanszírozottan, de – hasonlóan szervezett, mint a más országokban működő, hatékony-nak mutatkozó közösségi gondozást végző intézményeké. Az alapellátás-



5. ábra. A különböző ellátásokat igénybe vevő, statisztikailag összehasonlítható, szki-zofréniában szenvedő betegekkel ($n=3 \times 30$) kapcsolatos nettó költségek. A 4. ábrával összevetve látható, hogy a pszichiátriai gondozó a leginkább költséghatékon-y

hoz hasonló működés lehetővé teszi a betegek folyamatos nyomon követését, a családok bevonását, a közel folyamatos elérhetőséget, a jó személyes kapcsolatok kiépítését, és ezek révén a kórházi beutaláshoz vezető krízisek elkerülését. Mégis a pszichiátriai gondozók a pszichiátriai ellátórendszer legrosszabbul finanszírozott, legalacsonyabb presztízsű szereplői. A fentebb idézett, a szki-zofréniás éves költségeit elemző vizsgálatunk szerint a szki-zofrén betegek zömét ellátó pszichiátriai gondozók éves költsége 0,2 milliárd forint volt a kilencvenes évek közepén, míg a kórházi ellátás, amely a betegek csak egy kisebb hányadát és időszakosan látta el, 5,4 milliárd forintot emésztett fel (24). A számok magukért beszélnek, azonban az egészségügyi finanszírozással foglalkozók máig nem vonták le belőlük a megfelelő következtetéseket, sőt a szelektív privatizálás lehetősége valószínűleg a gondozói rendszert is veszélyezteti.

Pedig amíg ez így marad, a pszichiátriai gondozók csak a minimális gondozást végzik el, és nem képesek érdemi együttműködést kialakítani a közösségben működő más segítő szolgáltatókkal, valamint képtelenek megvalósítani saját szakmai protokolljukat. Így azok a betegek, akik pszichoszociális gondozást, illetve egyéb közösségi támogatást és rehabilitációt is igényelnének a minimális gondozáson kívül, továbbra is a kórházak, illetve más intézmények (rehabilitációs osztály, szociális otthon) krónikus használóivá válnak („forgóajtós”, illetve krónikus beteg). Itt sajnos legtöbbször nem tudnak megfelelő szolgáltatáshoz jutni, és rehabilitációjuk is nagyrészt sikertelen. Azok a közösségi rehabilitációs szolgáltatások pedig, amelyek valóban hatékonyan segítenék a betegek rehabilitációját és reintegrációját, illetve megelőznék a felesleges és sokszor indokolatlan kórházhasználatot, még csak csírájukban léteznek, és finanszírozásuk, sőt szakmai elfogadottságuk is alacsony szintű. Az egészségügyi reform ilyen értelmű elodázása emellett konzerválja az ágyléépítések okozta elementáris félelmeket, mivel az elvonások mellé nem rendel új, jövőbeni fejlesztési irányokat, így bármely változtatás ma destrukciót jelent a szakemberek zöme számára, és ellenérdekelte teszi őket a valóban jó kezdeményezések felkarolásában is. A rossz szabályozás így a rossz hagyományokhoz való ragaszkodás és a taktikázás gyakorlatát is megerősíti.

A pszichiátriai ellátás jelene

A jogi környezet változásai

Talán a pszichiátria, a medicina többi ágához hasonlóan, a legérzékenyebb a társadalmi változásokra. A rendszerváltást követően szinte teljes egészében

megváltoztak a pszichiátriai beavatkozások jogi keretei.

Melyek a leglényegesebb változások?

– Az egészségügyi törvény szerint a pszichiátriai beteg hasonló jogokkal rendelkezik, mint a többi beteg, kivéve, ha veszélyeztető állapot észlelhető, amely orvosi és bírói döntés alapján indokolhatja e jogok korlátozását. Ez azt jelenti, hogy a pszichotikus betegeknek is döntési joguk van a kezelésükkel kapcsolatban, joguk van a tájékoztatáshoz, bizonyos korlátozások mellett akár betekinthetnek a dokumentációjukba, elhagyhatják a kórházat vagy abbahagyhatják ambuláns kezelésüket. Tehát a személyes szabadságjogok az ő esetükben is felülkerekedtek a „közösség jogain”.

– A fenti helyzet messzemenőkéig érinti a betegekkel való foglalkozás és kapcsolat minden területét. Fel kell ugyanis adni a paternalisztikus attitűdöt akkor, ha az új keretek között is hatékony szakmai segítséget akarunk nyújtani. Tudomásul kell vennünk, hogy ma már nem mi döntünk: az a beteg dönt, akiről sokszor azt hisszük, hogy nincs betegségbelátása, könnyen válik veszélyessé és nem együttműködő. Mégsem dönthetünk helyette. Más kell tennünk: megkeresni azokat a hatékony stratégiákat, amellyel az ő jó döntéseit segíthetjük elő. Így meg kell találnunk az adekvát tájékoztatás módjait, el kell érnünk a hozzátartozók bevonását és olyan intervenciókat kell alkalmaznunk, amelyek már igazolták hatékonyságukat a betegek bevonásában és segítésében. Ez a felelősség megosztásával is kell hogy járjon. A betegek döntési szabadsága a rossz döntésekre is vonatkozik. Ez az út tehát kockázatvállalást jelent és felelősséget a beteg számára is.

– Az egészségügyi törvény deklarálja a beteg természetes környezetében történő ellátáshoz való jogot is, amelyet az egyszerűség kedvéért közösségi ellátásnak is hívhatunk. Ez a jog is zavarba ejtő következményekkel jár, hiszen még inkább szembeesít azzal az ellentmondással, amely a pszichiátriai ellátórendszer jelenlegi paradoxonában megjelenik: a hatékony, de alulreprezentált és -finanszírozott közösségi ellátási formák együtt élnek az alacsonyabb hatékonyságú, de relatíve túlreprezentált és túlszótöztött intézmények rendszerével. Azzal is szembe kell néznünk, hogy egy közösségi alapú ellátási rendszer nem kellően kidolgozott, és kevés az ilyenben már jártas, vagy legalább képzett szakember. Meg kell továbbá küzdeni a szakmai lobbierdekekkel is, amelyek annál erősebben hatnak, minél kiszámíthatatlanabbaknak és megijósíthatatlanabbaknak (ezért fenyegetőnek) látják a „reformokat”.

– A gondnoksági rendszer is liberalizálódott, és ma már lehetővé teszi, hogy a betegek cselekvőképességének korlátozása csak azokra a területekre

terjedjen ki, amelyekre feltétlenül szükség van (például csak a vagyoni eladására vagy a pénzbeosztására).

Változó módszerek

Számos eredmény mutatja, hogy a közösségi pszichiátria erősödése az ellene ható tényezők dacára megkezdődött. Több civil szervezet és elsősorban szociális intézmény nyújt már szolgáltatásokat, és megkezdődött a közösségi pszichiátria oktatása a rezidens-, posztgraduális orvosképzésben, valamint a szakdolgozók és szociális munkások képzésében is. Megjelentek a közösségi pszichiátria standardjai a magyar nyelvű szakirodalomban, továbbá a pszichiátriai gondozás szakmai protokolljában (31) is, és mára „kötelező fejezetei” a tankönyveknek és összefoglaló munkáknak. Megjelentek a közösségi pszichiátria hazai modelljével kapcsolatos szakmai elképzelések (5, 19, 32).

A szociális törvény újabb módosításai már ezekre a standardokra támaszkodnak. Kötelező minden 20 ezer lakos fölötti településen a pszichiátriai és szenvedélybetegségben szenvedők nappali klubjainak megnyitása (Budapesten eddig még csak kettő nyílt meg a VIII. és III. kerületben). Felépült az első pszichiátriai szociális otthon Budapesten, annak érdekében, hogy a betegek ellátása lakóhelyük közelében történhessen. Megkezdődtek az úgynevezett kitagolási programok, amelyek során fogyatékos otthonokból betegek kerülnek ki kis csoportos lakóotthonokba. Megalakult az első, országos képviselettel rendelkező szervezet, amely pszichiátriai betegek érdekvédelmével foglalkozik (Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum), döntéshozókkal tárgyal és számos kérdésben országos publicitással fejt ki álláspontját.

Számos pszichiátriai gondozóban működnek és fejlődnek a közösségi pszichiátria egyes módszerei, jelen van a családgondozásra, reintegrációra épülő szemlélet és a többi szolgáltatóval való együttműködés. Budapesten és Székesfehérvárott két munkacsoport kutatja a krónikus pszichiátriai betegségekben szenvedők optimális (lehetőleg bizonyítékokon alapuló) gondozási módszerekkel végzett családgondozásának eredményességét. Tehát a paradigmaváltás a pszichiátriai ellátás több pontján is megkezdődött.

Előzetes vizsgálatunkban 23, szkizofréniában szenvedő beteget gondozó családnál végzett, bizonyítékokon alapuló módszerekkel (leírást lásd később) történő gondozás eredményességét hasonlítottuk össze 19, statisztikailag megfelelő, de a hagyományos módszerrel gondozott beteg eredményeivel (33). A betegek állapotát egyebek mellett a tünetek, a károsodás, a fogyatékoság, valamint a családi stressz alapján, független becslők mérték fel. Eredményeink szerint a vizsgálati csoportban a

relapsusráta 9%-os volt, míg a kontrollcsoportban 32%, a fogyatékoság 13%-kal csökkent, míg a kontrollcsoportban 23%-kal nőtt, végül a családi stressz 6%-kal nőtt, míg a kontrollcsoportban 41%-kal emelkedett.

A megvalósult paradigmaváltás

Az emberi jogok – szabadulás az intézményekkel és szakemberekkel kapcsolatos függőségtől –, a lakóhelyhez közel történő kezeléshez való jog, a közösségből való kirekesztés tiltása a közösségi alapú ellátás megszerzése révén érvényesülhet. Így a betegek nagy része intézményi kereteken kívül jut ellátáshoz, és remélhetőleg a lakóköznyezetében biztosítottak lesznek a védett lakhatási formák is.

A kompetens döntésekhez és az emberi méltósághoz való jog olyan terápiás kapcsolat és beavatkozások révén valósulhat meg, amely a paternalisztikus kapcsolat helyett szimmetrikus kapcsolatot feltételez a páciens és segítői között, ahol a szakember már nem mindenható, hanem egy szabadon választható szolgáltatást nyújtó személy, míg a páciens a felelős döntéshozó. Ebben az esetben a szakember által ajánlott szolgáltatás értékeiről meg kell győzni a beteget és hozzátartozóit, amely a strukturált és átfogó *tájékoztató* révén valósítható meg. Ebben a kontextusban tehát a compliance-t a terápiás kapcsolat szimmetrikus, empátiás, őszinte és nyitott volta (4) mellett elsősorban a strukturált tájékoztatás (pszichoedukáció) (34) és a hozzátartozók bevonása (35) biztosíthatja.

Azok a betegek, akik pszichoedukációs csoportterápián vesznek részt, szinte „felébrednek”, öntudatosá válnak. A csoport keretében kölcsönös tanulás folyik, a betegek jól szervezett, egyszerű és strukturált módon megtanulják a betegségükkel kapcsolatos legfontosabb információkat, míg a szakemberek megismerik a résztvevők tüneteit és problémáit. A kölcsönös tanulás csak egyenrangú emberek nyitott és őszinte párbeszéde nyomán lesz eredményes. Így lehet nyíltan beszélni a kényes kérdésekről is (például a szkizofrénia diagnózisáról), és pontos tájékoztatást adni a betegjogokról. A pszichoedukációs tréning családtagok csoportjában, illetve egyes családok számára is megszervezhető. A családtagok tájékoztatása és oktatása igen hatékony. A tréninget követően a legtöbbben képesség válnak a kompetens és egyenrangú együttműködésre, amely gyakran önszorgító csoportok alakításában is megnyilvánul. A pszichoedukált betegek rendszerint nem fogadják el „automatikusan” a gyógyszeres kezelést, viszont megosztják a szakemberekkel kétségeiket és bizonytalanságukat. Így a gyógyszeres kezeléssel kapcsolatos hosszabb távú compliance egy tanulási folyamat eredményeként valósul meg, amelynek során a tapasztalatokat a szak-

emberekkel megbeszéljük és a pszichoedukáción tanultakkal összevetjük, illetve a noncompliance okozta kockázatokat közösen kezeljük (például a korai figyelmeztető tünetek monitorozása révén). Tehát a pszichoedukációs tréning a korrekt tájékoztatás és a compliance javítása mellett a kompetens, öntudatos és felelős együttműködésre is tanít.

A biopszichoszociális megközelítés

A kompetens, önállóan döntést hozó beteg nemcsak a jogi kategóriákban jelenik meg. A biomedikális szemléletet felváltó *biopszichoszociális megközelítés* túllép a tünetek kontrolljának igényén, és a tünetek, a „betegség” kezelését a beteg ember céljainak megvalósulását szolgáló lépésekkel hozza harmóniába. Így a tünetek mellett figyelmet fordít a károsodás, a fogyatékoság és a rokkantság szintjére és összetevőire is. Ez a szemlélet valójában meg egyezik az úgynevezett „rehabilitációs szemlélettel”, amely reményeink szerint egyre inkább teret nyer a medicinában. Ez a szemlélet a tünetek kezelése mellett erőteljes figyelmet fordít a páciens személyes céljaira, amelyeknek korrekt és pontos felmérése a terápiás munka alapvető eleme. Így például egy páciens olyan személyes céljai, mint mondjuk a partnerkapcsolat kialakítása, döntő szempont lehet egy antipszichotikum választásakor: a tünetek kontrollja mellett szinte egyenrangú feladat lehet a mellékhatások (például kézremegés, lassú mozgás, nyálfolys, szexuális zavarok stb.) kivédése.

A betegek legtöbbször nem egyszerűen tüneteiket kívánják gyógyíttatni, sőt időnként egyáltalán nem tekintik azokat problémának. Például egy cukorbeteg lehet, hogy egyáltalán nem érdeklődik a vércukorszintje iránt, vagy egy hipertóniás sem foglalkozik a vérnyomásával. De mégis lehet, hogy például fontos a betegnek, hogy gyermeket vállalhasson, és e fontos életcéljához szükséges a betegség karbantartása (is). Hasonlóan, a pszichiátriai beteg sokszor nem motivált a pszichózisa kezelésében, de motivált lehet abban, hogy elvált feleségével élő gyermekét látogathassa, ennek érdekében pedig vállalhatja a kezelést is. Így tehát a beteg személyes céljainak ismerete és felvállalása a kezelés esélyeit növeli, és annak prioritásait is meghatározza.

A betegségkép változása

A fentiek is hozzájárulhattak az elmebetegségekkel kapcsolatos *betegségkép* megváltozásához is. Míg például régen a szkizofréniát inkább processzuálisnak, tehát folyamatosan romló lefolyásúnak fogtuk fel (ezt tükrözi a dementia praecox kifejezés is), ma egyre inkább tért hódít az epizodikus betegség koncepciója, ahol a visszaesések megelőzhetőek, és megfelelő terápiás eljárásokkal a lefolyás is javulhat.

Emellett míg korábban a pszichotikus tüneteket és a betegséggel kapcsolatos jelenségeket megérthetetlennek, „énidegennek” tekintettük, a beteget pedig ezek passzív elszenvédőjeként írtuk le, addig ma a pszichotikus tüneteket sem tekintjük olyan különösnek (a lakosság mintegy 15%-a tapasztal hallucinációkat élete során), és betegeinkben észrevettük a tanulni képes, hatékony megküzdési stratégiákat is felvonultató, felelős embert (36, 37).

A közösségi pszichiátria

Ez az ellátás *közösségi alapú*, tehát a pszichiátriai ellátás és a pszichoszociális rehabilitáció minden lehetséges formája biztosított a beteg otthonában, illetve annak közelében. Fő célja, hogy a betegek *integrált és teljes jogú* tagjai maradjanak a társadalomnak, illetve rehabilitációjuk során reintegrálódjanak a közösségbe. Ennek érdekében a gondozás és rehabilitáció a legnagyobb mértékben támaszkodik a *természetes közösségi erőforrásokra* (közösségi szolgáltatások, hozzátartozók, öngyógyítók), amelynek szereplőivel szoros együttműködésre törekszik, őket (is) oktattva és támogatva. A kezelést és gondozást a páciens *egyéni szükségleteiből* kiindulva, annak *aktív és felelős* részvételével, egyénre szabott terápiás terv alapján multidiszciplináris team végzi, amelynek egyenrangú szereplői a beteg természetes (laikus) segítői. A terápiás team a beteg és hozzátartozói pszichoedukációja és készségfejlesztése, stresszkezelésük javítása révén segíti *kompetens* működésüket a betegség okozta nehézségek leküzdésében és céljaik elérésében, miközben a *minimálisan szükséges támogatást* nyújtja, és kerüli a szakemberekkel kapcsolatos függőség kialakulását. Ez a mentális szférára vonatkoztatott szubszidiaritás elve, amely a támogatások mértékének meghatározásakor mindig figyelembe veszi az egyén (és természetes segítői) saját erőforrásait.

Esetismertetés

E. H. 20 éves leány szkizofréniában szenved. Sajnos a betegség első epizódja során „rossz társaságba” keveredett (mert elveszett a realitáskontrollja), több napra eltűnt, majd kórházba került. A kórházi kezelés után pszichotikus tünetei megszűntek, azonban nagyon inaktívvá vált, naphosszat az ágyban feküdt, szavát sem hallották. Időközben egy fiatalember, aki annak idején pszichotikus állapota során ismerte meg H-t, egy éjszaka rájuk tört, és minden értéküket elrabolta. E két esemény súlyos családi stresszt okozott, az éhezés határán éltek, és ez azt is eredményezte, hogy H. apja, aki 90%-os látáscsökkenéstől szenved, depresszióssá vált. Egyedül az anya dolgozott, aki kis jövedelme mellett

igen furcsa személyiség, alacsony intellektusú, és szinte alig vállalt szerepet a család problémáinak kezelésében. Ebben a helyzetben indult meg H. betegsége miatt a családgondozás. Körülbelül húsz alkalommal, hetente egyszer kereste fel a családot a lakásában egy pszichiáter és egy szociális munkás.

A családtagok és H. céljainak felmérésekor az derült ki, hogy H. szeretne egy kis pénzt keresni, hogy vehessen magának egy-két divatos holmit, és segíthessen a családnak. A divatos holmik pedig főleg azért szükségesek, mert szeretne partnerkapcsolatot kialakítani. A család szeretné, ha H. dolgozna, mert akkor jobban állnának anyagilag, és ez esetben a papa sem „örizné” naphosszat a beteg lányát, attól félve, hogy újra eltűnik. Szeretnék továbbá elcserélni kisebbre a lakásukat, hogy pénzhez jussanak, és elkerülhessék a betörő újabb látogatását (hiszen megfenyegette őket).

A következő lépésben felmértük azokat a problémákat, amelyek H. és családja céljait akadályozzák. A legfőbb probléma H. elhelyezkedése volt, majd az édesapa rossz lelkiállapota mutatkozott a fő akadálynak. Így tehát a gondozás következő lépéseként kezelni kezdtük az édesapa depresszióját, továbbá egy pszichiátriai betegekkel foglalkozó munkaközvetítő irodába (ahol persze egyéni felkészítés is zajlik) utaltuk H-t, amelynek munkatársaival rendszeres kapcsolatban álltunk (teammegbeszélések). Emellett a folyamatosan súlyos krízisben lévő családot megtanítottuk a problémamegoldás hatékony módszerére. (Ennek során kiderült, hogy a család azért is működik nehézkesen, mert minden döntést a papa hoz meg, aki azonban az utóbbi időben összeomlott a döntések súlya alatt. A tanított módszer a problémák közös megbeszélését írta elő, így kiderült, hogy H., akiről eddig azt hittük, hogy nem tud hozzászólni a dolgokhoz, sokkal jobban érti az új módszert, mint a szülei, és értelmes, kezdeményező módon képes hozzájárulni a családi döntésekhez.) Az első három hónap gondozás után felmértük az eddigi eredményeket. H. részidős munkát vállalt egy kisközértben. Nehéznek mutatkozott számára a szorongás leküzdése, amikor a szokásosnál több vevő jött a boltba, illetve a „nemet mondás” azoknak a férfiaknak, akik a csinos lányt nap mint nap leszólították. Ezek megoldására – a munkaközvetítő iroda munkatársaival együttműködve – fordítottuk a figyelmet (kognitív terápia, készségfejlesztés). H. partnerkapcsolatot kötött. A papa depressziója elmúlt, amely a gyógyszeres kezelés mellett annak is köszönhető volt, hogy súlyos anyagi helyzetük kissé javult H. jövedelme által, nem kellett egész nap H-t őriznie, feleleveníthette régi kedvteléseit. A sikerben H. is szerepet játszott, mert a gyógyszerekkel kapcsolatban a híresen noncompliance papát rávette a rendszeres gyógyszeresedésre. (Pszichoedukációt is végeztünk mindkettőjükkel.)

Az újabb célok kitűzése során már olyan tervet sikerült kialakítanunk, amelyben lényegében nem kértek gondozói segítséget, hanem a tanult eszköztár segítségével, saját erejükből akartak továbblépni. (H. fejezze be a gimnáziumot, válasszon az újabb és a régi barátja között, papa fogjon neki a lakáscserének, rendezze szexuális kapcsolatát a mamával. Utóbbinál azt gondoltuk, talán ehhez kell még terápiás segítség, de az édesapa mosolyogva közölte, ezt csak bízzuk rá.) A gondozási kapcsolat azóta is fennáll, havonta rövid látogatások történnek. H. időközben továbbtanul, egy másik rész munkaidős állást tölt be. A közelmúltban jelezte, hogy eddig ritkán előforduló hallucinációi felerősödtek (korai tünetek önálló monitorozása), ekkor ambulánsan gyógyszert váltottunk, és a probléma rendeződött.

A példa szemlélteti, hogy egy súlyos pszichoszociális krízisben lévő család gondozása során hogyan lehet egyszerű, tanulásra épülő intervenciókkal tartós változást elérni. A rendszerszemléletű család-gondozás nemcsak a kijelölt beteg szükségleteivel foglalkozik, hanem a családot egészsként szemléli. Az ilyen megközelítés jelentősen javítja a gondozás hatékonyságát. A család gondozásához jelenleg szükséges erőforrások a családgondozás előtti időszakban ráfordított segítői aktivitás körülbelül ötödét teszik ki, hiszen korábban a papa naponta keresett fel más szakmába tartozó orvosokat depressziója okozta testi panaszai miatt, igénybe vettek emellett ambuláns pszichiátriai ellátást és szociális gondoskodást is.

Az előbbi példa is szemlélteti, hogy a közösségi pszichiátriai ellátás akkor hatékony, ha *átfogó*, tehát nem csak szigetszerűen épül ki (ez ugyanis a meglévő szolgálatok nem odavaló betegekkel való „feltöltését” és így diszfunkcionális működését eredményezi) és *integrált*. Ez azt jelenti, hogy megfelelő szabályozással ösztönözni kell a különböző szolgálatok (beleértve az egészségügyi és szociális szolgáltatások) szoros együttműködését a betegek céljainak megvalósulása érdekében. Az integratív működés minden fejlesztés nélkül is számottevően növeli a hatékonyságot.

Fontos, hogy az ellátás rugalmasan legyen *képes alkalmazkodni* az adott közösség változó igényeihez, tehát ezek felmérése alapján regionálisan (például pályázati rendszer segítségével) dőljön el, hogy mely szolgálatok nyújthatnak egy adott szolgáltatást; így a források elosztása is a helyi szükségletekhez igazodhat. A hatékony közösségi ellátás figyelmet fordít továbbá a beteg, a közösség és a természetes segítők megfelelő *oktatására és támogatására*, annak érdekében, hogy a közösségi ellátásban rájuk eső feladatokra kompetensen válaszolhassanak, és a beteg, a hozzátartozók és a közösség terhei ne emelkedjenek, hanem csökkenjenek.

A közösségi pszichiátria alapszolgáltatásai

A közösségi pszichiátriai gondozás

Magában foglalja a hozzátartozók bevonásával végzett házi gondozást-ápolást, akár az intenzív ellátást jelentő házi hospitalizációt, a 24 órás elérhetőséget, a betegek nyomon követését. A közösségi pszichiátriai gondozás elsősorban a krónikus pszichiátriai betegségben szenvedőket célozza meg, akik folyamatos gondozást igényelnek, és működése különbözik a szakrendeléstől. A gondozó szorosan együtt dolgozik a háziorvossal és más szolgáltatókkal, a munkatársai mobilisak, és a terápiás és rehabilitációs igények szerint kapcsolatba lépnek más segítőkkel (például a nappali klub, a drogambulancia, a családsegítő, a kórház stb. munkatársaival), akikkel a teammunka elvei szerint együtt dolgoznak (asszertív esetkezelés). A mobilis működés lehetővé teszi, hogy más, szociális típusú közösségi szolgáltatások pszichiátriai ellátási igényeit is kielégítsék. A gondozók speciális teameket alakíthatnak ki az adott területen jelentkező szükségletek szerint az úgynevezett forgóajtós betegek gondozására. A közösségi pszichiátriai gondozás céljai közé tartozik a tartós intézeti tartózkodás megelőzése (közösségi integráció fenntartása), és a beteg gondozásában, illetve rehabilitációjában a természetes segítők aktív közreműködését és az egyéni megoldásokat preferálja az intézményes lehetőségekkel szemben. A közösségi pszichiátriai gondozás ily módon a leghatékonyabb pszichoszociális rehabilitációt képes megvalósítani. A szemléleti és módszertani fejlődés mellett az ilyen gondozóhálózat kialakításához jelentősen emelni kell a szakdolgozók létszámát, hogy egy nővér, szociális munkás ne gondozzon ötvennél több beteget. A közösségi gondozói munka oroszlánrészét a megfelelően képzett szakdolgozók végezzék (19, 29, 30, 31).

Akut és krónikus nappali kórházak

Előbbiek az akut kórházi kezelés felváltására, illetve annak lerövidítésére szolgálnak, utóbbiak a tartósan szakellátást igénylő (például időskori pszichiátriai zavarokkal küzdő) betegek hosszabb távú kezelését látják el. A krónikus nappali kórház nem jelent hatékony ellátást a krónikus pszichotikusok nagy részének, az itt folyó rehabilitáció hatékonysága alatta marad a közösségi rehabilitációnak (17).

Nappali klubok

Krónikus pszichotikusok, szenvedélybetegek, időskori pszichiátriai zavarokban szenvedők számára más-más kialakítású szociális intézmények, amelyek nappali gondozást végeznek, elősegítik a betegek önszerveződését és önszolgáltató aktivitását, szabadidős tevékenységét, készségfejlesztését, munkarehabilitációját, önálló életvitelét. A rehabilitáció fontos te-

repei (ilyen szempontból hatékonyabbak a nappali kórházaknál). A pszichiátriai betegek klubjai nyitottak a közösség más tagjai számára is, például kávézót, kulturális rendezvényeket szerveznek, sporteszközeiket, helyiségeiket bérbe adják stb., ezáltal kerülnek az institulizáció veszélyeit és fokozzák az intézmény és kliensei közösségi elfogadottságát és integrált voltát. A nappali klubok vezetésében általában felhasználók is helyt kapnak. [Ilyen intézmények kötelező kialakításáról rendelkezik a szociális törvény (38, 39).]

Védett lakhatási lehetőségek

Olyan kis csoportos, illetve családi, egyéni lakhatási formák, ahol átmenetileg, illetve folyamatosan életviteli támogatásra szoruló betegek a szükségleteiknek megfelelő szintű támogatáshoz juthatnak hozzá. Az ilyen otthonok szerencsés esetben nem fogadnak 10-15 betegnél többet, és nem rínak ki a környezetből, például családi házakban működnek. [Hasonló otthonok létesítését már lehetővé teszi a szociális törvény (29, 38, 39).]

24 órás mobilis krízisszolgálat és -fektető

A krízisszolgálat a közösségi ellátás lényeges alkotórésze. Nem csak pszichiátriai betegség, de a közösségben jelentkező bármely krízis esetén riasztható. Hozzájárul a krízisek súlyos következményeinek és azok medikalizálódásának megelőzéséhez és a szakszerű, területen végzett akut pszichiátriai ellátás és intézkedés elterjedéséhez. A krízisfektetők adott területi igények és adottságok szerint alakíthatók ki a nem súlyos pszichiátriai tünetekkel kísért krízisállapotok kezelésére.

Munkarehabilitációs szolgáltatások

Szemben a védett foglalkoztatás hagyományos formáival, ezek elsősorban a munkaerőpiacon való versenyképes megjelenést, fennmaradást, a normál munkahelyeken való elhelyezkedést kívánják elősegíteni. Az ilyen programok készségfejlesztő tréningeket, munkahelyek számára egyénekre szabott (védett) munkahely teremtését, kisvállalkozások elindítását, ösztönző projekteket, egyéni esetkezelést biztosítanak a felhasználók számára, és elsősorban nem csoportos foglalkoztatási programokat (40). (Hasonló programot működtet hazánkban a Szigony Munkaközvetítő Stúdió a VIII. kerületben, Budapesten.)

Háziorvosi és szakorvosi konzultációs szolgálat

Többféle formában (például csoportpraxis, szervezett konzultációs lehetőség a gondozótól) is elképzelhető. A háziorvos és más szakorvos konzultációt, szupervíziót kérhet a pszichiátertől, illetve a kompetenciáját meghaladó esetekben a beteget a pszichiáterhez irányítja. Ebben a rendszerben reáli-

san elvárható, hogy a háziorvos a pszichiátriai zavarok akár 80%-át is adekvátnan kezelje, illetve hatékonyan és integráltan működjön közre a pszichiáter szakorvosok által kezelt betegek gondozásában. E rendszerben akár a pszichiátriai házi ápolás is kivitelezhető (4, 41).

A háziorvosok és az egyéb szakorvosok bevonása a depressziók és szorongásos zavarok kezelésébe az ezredforduló mentális egészségének kulcskérdése: ma a depressziós betegek mintegy 50%-ának senki nem ismeri fel a betegségét, és a másik 50% mintegy fele nem kap adekvát kezelést. Számos fejlett országban a szkizofréniában szenvedőknek csak 30%-át gondozzák, és a fejlődő országokban az epilepsziás betegek 60-90%-a nem jut kezeléshez (42). E megdöbbentő adatok indokolják, hogy az új évtizedben a WHO előrejelzései szerint a mentális betegségek okozzák világszerte a legnagyobb közegészségügyi problémát. Így tehát a konzultációs pszichiátria a paradigmaváltás lényeges tartalma és fő területe (4).

Az adott közösségek speciális igényei szerint a fenti szolgáltatások természetesen másokkal is kiegészíthetők.

A közösségi pszichiátria szolgáltatásai tehát abban különböznek az átmeneti intézményekétől, hogy nem a kórházból a közösségbe való fokozatos átmenetet kívánják biztosítani (amelyben az adott intézményben történő rehabilitáció nagy hangsúlyt kap), hanem a gondozás és rehabilitáció minden formáját a közösségi keretek között, a közösség integrált tagjaként kívánják biztosítani a betegek számára. A fentebb bemutatott elvek szerinti és szolgáltatások keretében folyó gondozás és rehabilitáció a hagyományosnál hatékonyabb, ezért az intézményközpontú ellátási formáknak is lehetőségeik szerint adaptálniuk kell a közösségi ellátás alkalmazható elemeit (15, 20, 29, 43). (Ilyen például a gyors reintegráció elősegítése, a hozzátartozók és a gondozást végző szakemberek mielőbbi bevonása a kórházi felvételt követően, a személyes célok megjelenítése a terápiás, rehabilitációs tervben, a kompetencia és önálló felelősségvállalás erősítése egy szimmetrikus terápiás kapcsolatban, az életviteli készségek gyarapítása, a közösségi gondozási és rehabilitációs formák preferálása, az ellátás szereplőivel folytatott szoros integrált együttműködés stb.) Ilyen tudatos törekvés nyomán követhető a pszichiátriai gondozás 1999-es szakmai irányelveiben.

A közösségi pszichiátria bevezetése tehát valójában számos hatékony beavatkozás optimális hátterét és a jelenlegi törvényi szabályozás kongruens keretét adná. A közösségi ellátás bevezetése a fejlett országok majd mindegyikében megkezdődött, illetve megvalósult. Ennek a reformnak nagy részben gazdasági okai is voltak, mert a közösségi ellátás ke-

retei között a pszichiátriai ellátás költséghatékonyabbá tehető. Így az átállás során szükséges befektetés a későbbiekben feltehetően megtérül (30, 38).

Költséghatékony és bizonyítékokon alapuló eljárások

A biológiai pszichiátria nagy áttörése megteremtette azokat az orvosi beavatkozási lehetőségeket, amelyeket bizonyítékokon alapulóknak tekinthetünk. Az utóbbi évtizedekben, talán a biológiai terápiák forradalmának is köszönhetően, a pszichoszociális intervenciók is versenyhelyzetbe kerültek, és igyekeztek bizonyítani hatékonyságukat. Ez a bizonyítás persze sokkal nehezebb. Mindazonáltal az egyszerű, standardizálható intervenciók képesek voltak relatíve jól megmértetni a tudományos értékelés során, és – a hatékonyság terén – felsorakozni a biológiai eljárások mellé. Ez természetesen nem azt jelenti, hogy semmilyen más pszichoszociális intervenciónak nincs létjogosultsága, inkább talán azt, hogy körülrajzolható a biopszichoszociális beavatkozások olyan köre, amely kevésbé idő- és pénzigényes, bizonyíthatóan hatékony, és minden rászoruló számára biztosítható lehetne. Emellett speciális indikációval, térítéses alapon, illetve a pszichoszociális gondoskodás részeként lehetne más eljárásokat is alkalmazni. A pszichiátria még a kutatási metodika radikális fejlődése esetén sem lesz teljességgel beleprésszélhető a „bizonyítékokon alapuló eljárások szűk nyakú zsákjába”. Az ellátás ugyanis szoros kapcsolatban van a társadalmi gondoskodással, válaszolnia kell a felhasználói és közösségi igényekre, meg kell felelnie humanitárius és etikai igényeknek. Minadazonáltal indokolt a bizonyítékokon alapuló eljárások szerepének erősödése, és az a – jelenleg megfigyelhető – folyamat is, amelynek során a pszichoszociális gondozásban a szociális ellátórendszer egyre nagyobb szerepet vállal. Ez az elképzelés ma még sokkal inkább a biztosítók logikáját mutatja és nagyon távol áll a szakemberektől.

A költséghatékony eljárások (szűk) köre a pszichiátriában a következőkben vázolható fel (15, 30, 32, 40, 41, 43):

- A személyes célokra alapozott, egyénre szabott terápiás terv.

- Terápiás megállapodás, amely rögzíti a résztvevők feladatait, a várható eredményeket, az áttekintés időpontját szóban vagy írásban.

- Optimális gyógyszeres kezelés, amely nem csak a tünetekre figyel, de a lehető legjobb életminőség elérését célozza, és illeszkedik a komplex terápiához, illetve a páciens céljaihoz.

- Családgondozás, amely a krónikus pszichiátriai betegségek gondozásának egyik leghatékonyabb eleme.

- Közösségi ellátás és gondozás standardizált formái, ahol teamek dolgoznak.

- Pszichoedukáció: strukturált és didaktikus tájékoztatás a betegséggel kapcsolatos minden tudnivalóról az érintettek számára, saját érdeklődésüket és problémáikat szem előtt tartva, lehetőleg családi körben, illetve csoportosan.

- Stresszkezelés, amelynek során fejlesztjük a sérülékeny személy számára túlzott stresszterhelést okozó helyzetek megoldásával kapcsolatos készségeit (például kommunikáció, problémamegoldás stb.).

- Krízisellátás, amelynek során komplex, orvosi és pszichoszociális intervenciókkal, minél hamarabb végezzük el a krízisintervenciót.

- Specifikus kognitív viselkedésterápiás stratégiák, amelyek a gyógyszeres kezelésekk mellett hatékonyak a szorongás, depresszió, alvászavar, viselkedészavar, kényszerbetegség, egyes pszichotikus tünetek stb. kezelésében.

Természetesen a pszichiátriai ellátás számos hatékony eleme, így például a családgondozás vagy a közösségre alapozott ellátás, a szimmetrikus terápiás kapcsolat és a teammunka nem elsősorban a beavatkozások technikai elemeit, hanem inkább kontextusát jelentik, amelynek elemzéséhez a pozitívista megközelítés sajnos legtöbbször nem elégséges. Ez rávilágít arra, hogy a pszichiátria vsz. a medicina többi ágánál jóval kevésbé technicizálható, és hermeneutikusan megismerhető területeinek is meg kell őrizniük helyüket a szakmán belül (14, 16).

A hatékony munkaszervezés

A pszichiátriában különös jelentőséggel bír a csapatmunka, mivel a több szakembert is igénylő, komplex megközelítések hatékonyak. Ez azt jelenti, hogy a hierarchikus kapcsolat az orvos és a szakdolgozók között nem eléggé hatékony. A jövőben várhatóan az orvos szerepe kissé háttérbe szorul, mivel a legtöbb hatékony pszichoszociális beavatkozást a jól képzett, felsőfokú végzettségű szakdolgozók, nővérek, szociális munkások is hasonló módon el tudják látni. Az orvos azonban továbbra is meghatározó tagja a teamnek, aki a biológiai terápiák mellett a munkacsoport magas szintű, folyamatos képzéséért is felelős lehet (30).

A magas szintű szakmai munka csak olyan szervezeti feltételek mellett várható el, ahol megvalósul a teljesítményértékelés és a jó teljesítmény megfelelő díjazása, és minden szinten felkészült vezetők segítik a munkacsoportok tevékenységét.

Összefoglalás

Munkánkban annak a forradalmi változásnak tekintettük át az előzményeit és következményeit, amely a társadalmi rendszerváltás eredményeképpen magas szintű személyes szabadságra és kompetenciára

nyújt jogi garanciát a pszichiátriai betegek számára (is). Az új jogi szabályozás és az egészségügy, illetve a szociális szféra átalakulása nagy szakmai kihívást jelent a pszichiátria számára. Áttekintettük azokat a főbb területeket, ahol a pszichiátriai ellátás átalakulása szükségszerű, vagy legalábbis kívánatos. Felvázoltuk a közösségi pszichiátria, a terápiás kontextus, a biopszichoszociális intervenciók, a szervezeti kultúra megújulásának főbb irányait.

Az itt felvázolt új szakmai irányok a modern pszichiátria kereteit is feszegetik, hiszen az intézményes környezetben definiált, medikális, individu-

ális, racionális és sokszor pozitívista megközelítésen alapuló modern pszichiátriának egy humanisztikus, a személy méltóságán alapuló biopszichoszociális, család- és közösségközpontú megközelítés felé kell nyitnia. E közegben a szorosan vett tudományos megalapozottságú (bizonyítékokon alapuló) szakmai standardok sem nélkülözhetik, sőt feltételezik a hermeneutikus módszerekkel leírható optimális terápiás kontextus, etika és értékrend megtalálását. Mindez a medicina más ágaihoz képest a társadalmi kontextustól sokkal inkább függő pszichiátria egészének megújulását is előrevetíti.

IRODALOM

- Csáky A, Fejér L, Misz I. I, Kis Gyl, Kovács J, Urbán L. Egészségügyünk az ezredfordulón. Megjelent: Az egészségügy Magyarországon. Szerk.: Glatz Ferenc. Budapest: Magyar Tudományos Akadémia; 2001. p. 15-45.
- Goffman E. Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates. Harmondsworth, Middlesex, England. Penguin Books; 1961.
- Kosza I. A pszichiátriai rehabilitáció gyakorlatának kézikönyve. Budapest: Akadémiai Kiadó; 1996. p. 157.
- Tringer L. A pszichiátria tankönyve. Egyetemi tankönyv. Budapest: Semmelweis Kiadó; 1999.
- Huszár I. A pszichiátriai kórképekben megjelenő agresszió megelőzésének feltételei. A pszichiátria humanizálása. In: Pszichoterápia és klinikai kutatás. Szerk.: Unoka Zs. *Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika* 1999. p. 104-124.
- Tringer L. Az ápolónők pszichoterápiás feladatai. Magyar R Társ Pszichiátriai Szekció. 1976. ápr. 26-28. Tud. ankét kiadványa. Szeged: 1976. p. 68-73.
- Tringer L. La participation des non professionnels au dispositif d'hygiène mentale Esquisse d'un modele. *L'Information Psychiatrique* 1983;59:1953-7.
- Füredi J. A terápiás közösség kialakítása és szociálpszichológiai vizsgálata. Budapest: Akadémiai Kiadó; 1979.
- Rosenthal E, Okin R, Bauer EW, Burnim I, Dinerstein, R, Bakos A, et al. Emberi jogok és elmeegészségügy: Magyarország. *Mental Disability Rights International, Washington DC.* 1997.
- Gombos Gabor. A „gondnoksági csapda”. *ÉS* 2001. március 16.
- Foucault M. Elmebetegség és pszichológia. A klinikai orvoslás születése. Budapest: Corvina Kiadó; 2000.
- Buda B. Test és lélek. Egy (ál)probléma kultúr- és tudománytörténete és relevanciája a mai pszichiátria szempontjából. MPT IX. Vándorgyűlése. *Miskolc, 2001. jan. 24-27. Absztrakt.*
- Kovács J. A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába. Budapest: Medicina; 1999.
- Brachen P, Thompson, Ph. Postpsychiatry: a new direction of mental health. *BMJ* 2001;322:723-7.
- Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment I.: conceptual model, treatment program, clinical evaluation. *Arch of Gen Psychiatry* 1980;37:392-7.
- Tringer L. A pszichiátria önmeghatározása. In: Tények és gondolatok a 20. század magyar pszichiátriájáról. Szerk.: Huszár Ilona. *Magyar Pszichiátriai Társaság Jubileumi Évkönyv, 2000. p. 17-36.*
- Linn MW, Caffey EM, Klett CJ, Hogarty GE, Lamb HR. Day treatment and psychotropic drugs in the aftercare of schizophrenic patients. *Arch of Gen Psychiatry* 1979;36:1055-66.
- Rappant Gy. A rehabilitáció hatékonyságának vizsgálata. Szakdolgozat. *SOTE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, 1996.*
- Harangozó J. Röpirat a magyar pszichiátriáról. *Psychiatria Hungarica* 1997;1:75-84.
- Falloon IRH. Cognitive-behavioural interventions for patients with functional psychosis and their caregivers. An annotated bibliography. In: Families as partners in care. An initiative of the World Schizophrenia Fellowship. *WSF Strategy Document. May. Appendix I.* 1998.
- Walker R, Clark JJ. Heading off boundary problems: Clinical supervision at risk management. *Psychiatric Services* 1999;50(11):1435-40.
- Füredi J. A posztgraduális képzés. In: Tények és gondolatok a 20. század magyar pszichiátriájáról. Szerk.: Huszár Ilona. *Magyar Pszichiátriai Társaság Jubileumi Évkönyv, 2000. p. 141-6.*
- Kornai, J. Az egészségügy reformjáról. (On the Reform of the Health Care System) Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó; 1998.
- Rupp Á, Harangozó J, Bognár G, Iván N, Radó I. A szkizofrénias megbetegedések gazdasági költségei Magyarországon az 1990-es években. *Psychiatria Hungarica* 1999;2:131-42.
- Bujdosó Z. A pszichiátriai rehabilitáció finanszírozása. HIETE továbbképző tanfolyam: A pszichiátriai rehabilitáció. 2000. nov. 11.
- Harangozó J, Unoka Zs, Slezák A, Wernigg R, Varga A. A Risperdal kezelés költségei szkizofrénias szenvedő betegeknél a klasszikus antipszichotikumokkal összehasonlítva. Absztrakt. A Magyar Pszichiátriai Társaság 2001. évi Vándorgyűlése. *Miskolc* 2001. jan. 24-27.
- Procyshyn RM, Thompson D, Tse G. Pharmacoeconomics of Clozapine, Risperidone and Olanzapine. A review of the literature. *CNS Drugs* 2000. jan. 13.
- Harangozó J, Slezák A, Wernigg R, et al. Pszichiátriai szolgáltatók költség/hatékonyság vizsgálata Magyarországon. *Pszichoterápia* 1998;supp1.:76-91.
- Stein LI, Santos AB. Assertive community treatment of persons with severe mental illness. *New York-London: W.W. Norton and Company, Inc.; 1998.*
- Hu T, Jerrel JM. Estimating the cost impact of three case management programmes for treating people with severe mental illness. *British J Psychiatry* 1998;173(suppl36):26-32.
- A pszichiátriai gondozási tevékenység szakmai útmutatója. *Psychiatria Hungarica* 1999;5:579-84.
- Harangozó J, Tringer L. A pszichiátriai rehabilitáció. Lehetséges-e „Harmadik forradalom” Magyarországon? *Medicus Universalis* 1996;11-12:419-23.
- Lórintz Zs, Varga A. Tapasztalataink az integrált pszichiátriai ellátás elvei alapján történő család gondozással Székesfehérváron. MPT IX. Vándorgyűlés. *Miskolc, 2001. jan. 26-30. Absztrakt.*
- Harangozó J, Iván N, Martényi F. Új szemlélet és módszer az elmebetegek kezelésében: a pszichoedukációs tréning. *LAM* 1996;6(7-8):442-7.
- McFarlane WR, Dushay RA, Stastny P, Deakins SM, Link B. A comparison of two levels of family-aided assertive community treatment. *Psychiatric Services* 1996;47(7):744-50.

36. Liberman RP, Mueser KT, Wallace CJ. Social skills training for schizophrenic individuals at risk for relapse. *Am J of Psychiatry* 1986;143:523-6.
37. Liberman RP, Mueser KT, Wallace CJ, et al. Training skills in the psychiatrically disabled: Learning coping and competence. *Sch Bulletin* 1986;12(4):631-47.
38. Okin RL. Testing the limits of desinstitutionalization. *Psychiatric Services* 1995;46:6.
39. APA Gold Award. The wellspring of the clubhouse model for social and vocational adjustment of persons with serious mental illness. Fountain House, New York City. *Psychiatric Services* ;50(11):1473-7.
40. Drake RE, Becker DR. The Individual Placement and Support Model of Supported Employment. *Psychiatric Services* 1996;47:5.
41. Falloon IRH, Coverdale JH, Roncone R. A mentális zavarok integrált biológiai és pszichoszociális terápiája: az optimális gondozási modell alapjai. *Pszichoterápia* 1998;suppl1:6-15.
42. Saraceno, B. Editorial. 2001 WHO mental health activities: an opportunity for collaboration. *Mental Health Reforms. Geneva Initiative on Psychiatry publication, vol. 6. winter 2001.*
43. Lehman, AF, Carpenter WT, jr. Goldman HH, Steinwachs DM. Treatment outcomes in schizophrenia: Implications for practice, policy and research. *Schizophrenia Bulletin* 1995;21(4):669-75.

A TÁRSASÁG A SZABADSÁGJOGOKÉRT NYÍLT LEVELE

A Társaság a Szabadságjogokért (TASZ) jogvédő szervezet évek óta foglalkozik a kábítószer-fogyasztók jogainak védelmével és drogpolitikai kérdésekkel. Jogsegélyszolgálatunkon az utóbbi időben sajnálatosan megnövekedett azoknak az ügyfeleknek a száma, akik ellen a rendőrség valamilyen egészségügyi intézmény feljelentése alapján indított eljárást. Számos ilyen esetben adtunk tanácsot ügyfeleinknek az elmúlt időszakban, és több eljárásban jogi képviselést is biztosítunk a hozzánk fordulóknak.

(Egy 22 éves budapesti fiatalember egy munkahelyi bulin túlzott alkoholfogyasztás miatt lett rosszul, és munkatársai kórházba szállították. A kórházban drogtesztet végeztek, és az eredmény a marihuána hatóanyagára, azaz THC-ra pozitív eredményt adott. Az ellátó orvos értesítette a rendőrséget, és a fiatalembert a kórházba szállítást követő napon a kórteremben kihallgatták a rendőrök.

Egy másik esetben kábítószer intravénás adagolása következtében kialakult sebészeti probléma miatt kért az illető segítséget városi kórházban. Az őt ellátó orvos ebben az esetben is azonnal – hivatali kötelességére hivatkozva – értesítette a rendőrséget.

A TASZ meggyőződése, hogy ezekben az esetekben a bejelentések okát legtöbbször abban kell keresni, hogy az ellátó orvosok nem ismerik kellőképpen az idevágó jogszabályokat.)

A drogtémát hazánkban övező általános ismerethiány és félelemérzet sajnos, az orvosok körében is megfigyelhető, így fordulhat elő, hogy sok gyógyító szakember tévesen azt hiszi, hogy ha nem tesz bejelentést a rendőrségen, akkor maga is felelősségre vonható lesz.

Az igazság ezzel szemben, hogy a hatályos magyar törvények nem teszik lehetővé az orvosoknak azt, hogy kábítószeres betegeikről bejelentést tegyenek a rendőrségen. Az az orvos vagy egészségügyi dolgozó, aki jelenti a kábítószeres esetet a rendőrségen, az – az orvosi titkon kívül – megsérti az alkotmányt, az egészségügyi és az adatvédelmi törvényt, valamint az egészségügyi adatok kezeléséről szóló jogszabályt is. Nem mellékes az sem, hogy a bejelentést tevő orvos bűncselekményt követ el, hiszen a büntető törvénykönyv az ilyen magatartást 177/B §-ában „különleges személyes adatokkal visszaélésnek” nevezi, és három évig terjedő szabadságvesztéssel rendeli büntetni.

Tapasztalataink szerint a speciálisan drogbetegekkel foglalkozó, tehát például a drogambulanciákon dolgozó terápiás szakemberek ismerik, és szigorúan betartják az adatvédelmi előírásokat, a rendőrség értesítése olyan területen jellemző, ahová a beteg nem elsősorban droproblémája, hanem egészségügyi panasa miatt fordul.

A téves és káros gyakorlat amellet, hogy súlyosan sérti a droghasználók személyiségi jogait, könnyen tragikus következményekkel is járhat, hiszen előfordulhat, hogy a drogfogyasztók az esetleges büntetőjogi következményektől féltve szükség esetén sem mernek orvosi segítséget kérni.

A TASZ ezek miatt indított már eljárást egy megyei orvosi kamara etikai bizottsága előtt, illetve több esetben éltünk panasszal az érintett gyógyintézményekben. Úgy érezzük azonban, hogy erre a komoly problémára országos szinten lenne szükség megoldást találni. 2001. szeptember 10-én ezért nyílt levélben fordultunk a Magyar Orvosi Kamara elnökéhez, kérve a kérdésben a MOK segítségét. Álláspontunk szerint a Magyar Orvosi Kamarának érdekében áll, hogy a drogfogyasztókkal kapcsolatba kerülő orvosok az elterjedt tévhiteken túl megismerjék a tényleges jogi helyzetet, s a hatályos magyar jogszabályoknak megfelelően végezzék munkájukat.

Dénes Balázs