

TERVEZET! NEM NYILVÁNOS!

Tartalomjegyzék

Bevezetés

1. Köszöntő

2. Vezetői összefoglaló

3. Előzmények

Az Európai Unió lakosságának 38%-a szenved egy évben valamilyen neuropszichiátriai betegségben. A mentális betegségek növekvő terhei - beleértve a keresőképtelenséget és rokkantságot is - az Európai Unió prioritásai közé emelték azok megelőzését és kezelését.

Ennek megfelelően az Európai Unió több jelentős dokumentumot fogadott el, melyek a mentális betegségek megelőzését és kezelését szolgálják. Ezen dokumentumok közül a legfontosabb és a legfrissebb az ún. Tanácsi Következtetés, (A Tanács következtetései a lelki egészség és a jóllét európai paktumáról: eredmények és jövőbeli intézkedések -2011/C 202/01), amelynek elfogadására éppen a Magyar Soros Elnökség ideje alatt került sor, a Következtetés előkészítésében Magyarország vezető szerepet játszott. A dokumentum összegzi és emlékeztet többek között azokra a legjelentősebb eseményekre és határozatokra, amelyek a lelki egészség és jól-léttel, valamint a mentális betegségekkel foglalkoznak. Ezen események és határozatok közül már a bevezetőben kiemelnénk, az Egészségügyi Világszervezet (WHO) európai miniszteri konferenciájának 2005. január 15-i nyilatkozatát, amely a mentális egészségre vonatkozó kihívások európai kezeléséről és a megoldások kialakításáról szól. Továbbá a 2008. június 13-án Brüsszelben megrendezett, „Együtt a mentális egészségért és jóllétért” című magas szintű uniós konferenciát, amelynek eredményeképpen létrejött a lelki egészség és jóllét európai paktuma. A lelki egészség és jóllét európai paktuma keretében megrendezésre került konferenciák témái mutatják azokat a prioritásokat, amelyeket ma az Európai Unióban elsődlegesnek tekinthetünk.

- „A gyermekek és a fiatalok mentális egészségének és jóllétének előmozdítása – Valóra váltjuk!” című, 2009. szeptember 29–30-án Stockholmban tartott konferencia,

- „A depresszió és az öngyilkosság megelőzése – Valóra váltjuk!” című, 2009. december 10–11-én Budapesten tartott konferencia,

- „Az idősek mentális egészsége és jólléte – Valóra váltjuk!” című, 2010. június 28–29-én Madridban tartott konferencia,

- „A társadalmi befogadás előmozdításával és a megbélyegzés elleni küzdelemmel a jobb mentális egészségért és a mentális jóllétért” című, 2010. november 8–9-én Lisszabonban tartott konferencia,

- „A munkahelyi mentális egészség és jóllét előmozdítása” című, 2011. március 3–4-én Berlinben tartott konferencia.

A Tanácsi Következtetés emlékeztet a 2011. március 18–19-én Budapesten megrendezett, a neuropszichiátria területén folytatott felfedező kutatásokkal foglalkozó konferenciára is, amelynek középpontjában a depresszió, a szorongás és a szkizofrénia témaköre állt.

A Következtetés felkéri a tagállamokat – első helyen, hogy „egészségpolitikáikban tegyék kiemelt feladattá a mentális egészség és jóllét biztosítását, és dolgozzanak ki a mentális egészséggel – többek között a depresszió és az öngyilkosság megelőzésével – kapcsolatos stratégiákat és/vagy cselekvési terveket”.

A mentális területre vonatkozó EU Tanácsi Következtetés is megnevezi a WHO munkáját, amellyel az együttműködést javasolja a Bizottságnak is. Emlékeztet arra a „A mentális egészségügyi problémákkal küzdő emberek kiszolgáltatott csoportként való célzott kezelése” című 2010. évi WHO-jelentésre, amelyet az ENSZ Közgyűlésének a globális egészségügyi politikáról és külpolitikáról szóló, 2010. december 1-jei, 65/95. számú határozata is üdvözölt.

Több magas szintű nemzetközi egyezmény is arra kötelezi Magyarországot, hogy a megfelelő egyezmények követelményeinek feleljen meg. Elsősorban az ENSZ CRPD és OPCAT egyezmények mérvadók, melyeket Magyarország ratifikált.

A Következtetés további releváns részei az EU válaszlépései részben kerülnek ismertetésre.

Az Európai Unió szorosan együttműködik a WHO-val a mentális egészség és jól-lét területén, valamint a mentális betegségek megelőzésével kapcsolatosan is.

A WHO globális és európai akciótervet dolgozott ki. A WHO kezdeményezésére került kidolgozásra 2004-2006 között a hazai pszichiátriai ellátás stratégia terve, mely a Lelki Egészség Országos Program (LEGOP) kidolgozásához vezetett, azonban ennek az egészségügyi stratégiai programnak a megvalósítási terve soha nem készült el, sőt az előző kormányzati ciklusban radikálisan csökkentették a pszichiátriai ellátórendszer kapacitását. A Mentális Egészség Nemzeti Szakpolitikai Program (LEGOP új neve???) tükrözi azokat az erőfeszítéseket, melyek eddig történtek az egészségügyben a mentális betegségek megelőzésére és kezelésére és javaslatot tesz az e betegségek által növekvő kihívásnak megfelelő korszerű mentális egészségügyi ellátás kialakítására a prioritások kijelölésével.

A LEGOP elkészítésének mandátuma, elkészítői

Az EMMI Egészségügyi Államtitkársága megbízta a Magyar Pszichiátriai Társaságot és az Egészségügyi Szakmai Kollégium Pszichiátriai Tagozatát és Tanácsadó Testületét egy mentális egészségügyi szakpolitikai program kidolgozására. A két Megbízott egy közös csoportot állított fel azzal a feladattal, hogy ezt a programot előkészítse. A csoport vezetésével Prof. Dr. Bitter Istvánt a Magyar Pszichiátriai Társaság tiszteletbeli elnökét bízták meg, a csoport tagjai: Dr. Harmatta János, az MPT volt elnöke, Prof. Dr. Kurimay Tamás, az

Egészségügyi Szakmai Kollégium Pszichiátriai Tagozata Tanácsadó Testületének elnöke, Dr. Lehóczky Pál, a Magyar Pszichiátriai Társaság elnöke, Dr. Németh Attila, az Egészségügyi Szakmai Kollégium Pszichiátriai Tagozatának elnöke, Dr. Magyar Iván és Dr. Vizi János, a Magyar Pszichiátriai Társaság elnökségének tagjai.

A program előkészítésében, egyeztetésében részt vettek: Magyar Pszichiátriai Társaság, Egészségügyi Szakmai Kollégium Pszichiátriai Tagozata és Tanácsadó Testülete és az Országos Pszichiátriai Központ, **valamint a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum, úgy is mint a Nemzeti Beteg Fórum, az Országos Fogytékosságügyi Tanács és a Mental Health Europe (Hungarian National Focal Point) tagja.**

Tervezési kontextus, alkalmazott módszertan

A tervezés során az alábbiak vizsgálatára került sor:

- helyzetértékelés;
- a hazai és nemzetközi orvosi, pszichológiai, epidemiológiai szakirodalomban fellelhető adatok és evidenciák;
- hazai és nemzetközi szakmai útmutatók, protokollok, módszertani levelek;
- a rendelkezésre álló humán, pénzügyi és szervezeti-infrastrukturális erőforrások
- kiemelten: A WHO **The European Mental Health Action Plan (EU MHAP)**. Az EU MHAP-hoz Magyarország is csatlakozik (csatlakozott), annak egyes részei konkrét feladatokat jelölnek meg a WHO tagországok számára. Az EU MHAP szövegének jelentős részét – apróbb módosításokkal – ez a szakpolitikai program átvette, ezzel elősegíti a felesleges párhuzamos tervezések elkerülését és a források optimálisabb felhasználását.

Helyzetelemzés

A lakosság mentális egészségi állapota és a betegségteher

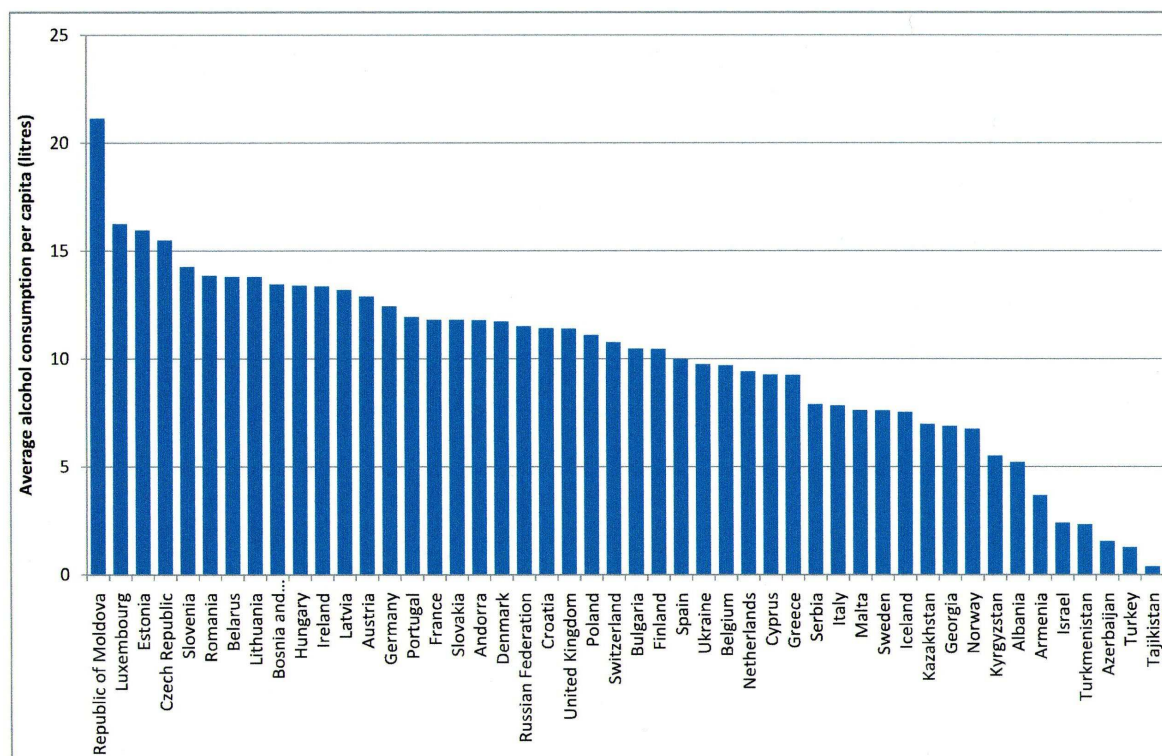
Európai kitekintés

A mentális egészségproblémák súlyos népegészségügyi problémát jelentenek minden európai országban, a morbiditás és mortalitás terén Európában csak a kardiovaszkuláris morbiditás és mortalitás magasabb. A mentális zavarok élettartam-prevalenciája a felmérések szerint legalább 25%-os, vagyis minden negyedik európai polgárt érintenek élete során.ⁱ 2004-ben a neuropszichiátriai betegségek voltak felelősek a funkcióvesztéssel korrigált életevek (disability-adjusted life-years, DALY) elvesztésének 19,1%-áért és a rokkantságban töltött életevek (years lived with disability, YLD) 39%-áért.ⁱⁱ Az unipoláris depresszió 5,6%-kal egymaga harmadik helyen állt az iszkémiás szívbetegségek és a cerebrovaszkuláris betegségek mögött, a DALY tekintetében.ⁱⁱⁱ Az öngyilkossági ráta is nagyon magas a régióban, 14,01 százazrelék volt 2007ben^{iv} és az öngyilkossági halálozás felelős a DALY 2%-os elvesztéséért és a teljes halálozás 1,6%-áért 2004-ben.ⁱⁱ

WHO The European Mental Health Action Plan kiemeli, hogy a mentális zavarok elterjedtségük, az általuk okozott betegségterhek és fogyatékoság miatt az európai régióban az egyik legnagyobb egészségügyi kihívást jelentik. A mentális egészség problémák, különösen a depresszió, szorongásos zavarok és a szkizofrénia a munkaképesség csökkenés és a korai nyugdíjazás fő oka számos országban. Mindez olyan súlyos terhet jelent a nemzetgazdaságokra, hogy a döntéshozók szerint politikai beavatkozásra van szükség. A mentális betegségekkel küzdő emberek várható élettartama sok évvel elmarad az átlagpopulációhoz képest. Ennek a magasabb öngyilkossági gyakoriságon túl fontos okai a szomatikus komorbiditás, a rosszabb compliance, valamint az, hogy mind a betegek, mind pedig az ellátórendszer nem fordít kellő figyelmet a mentális és fizikai egészségproblémák közötti interakciókra.

A betegségterh megoszlása függ az egyes országok nemzeti jövedelmétől. Az alacsony és közepes jövedelmű országokban a keringési rendszer „vezet”, ezt követik a neuropszichiátriai betegségek. A leggazdagabb országokban a neuropszichiátriai betegségek megelőzik a malignus daganatokat és a kardiovaszkuláris betegségeket.

Az alkoholfogyasztás felelős Európában a teljes halálozás közel 6,5%-áért. A 15 évnél idősebb populáció fejenkénti alkoholfogyasztása átlagosan 10,6 liter, gyakorlatilag változatlan az utóbbi évtizedben. Az országonkénti szórás igen nagy, 0,5-21 liter/fő között mozog országonként. Megjegyzendő, hogy ezek az adatok nem tartalmazzák az illegális alkohol előállítás és kereskedelem adatait. Nem csupán az elfogyasztott mennyiség érdekes, mivel az egészségkárosító hatások a fogyasztott szeszesital töménységével együtt nőnek.^v



1. ábra A 15 évnél idősebb lakosság éves fejenkénti alkoholfogyasztása 2006-2010 között

Witchen és munkatársai 2005-ös publikációjukat időszerrűsítették és kiterjesztették a korábbi publikációjuk óta az EU-ba bekerült, új tagállamokra, valamint a gyermekekre és az idősekre. Megállapították, hogy a mentális zavarok éves prevalenciája az EU-ban 38,2%-ra becsülhető, amely meghaladja a 2005-ben becsült 27,4%-os értéket. A növekedést azzal magyarázzák, hogy 14 új, elsősorban a gyermekeket és az időseket érintő mentális zavart is bevontak vizsgálataik körébe. A leggyakoribbnak a szorongásos zavarokat (14,0%), az alvászavarokat (7,0%), a major depressziót (6,9%), a szomatoform zavarokat (6,3%), az alkohol- és drog dependenciát (4+%) találták. A gyermekkorúakban a leggyakoribbnak az ADHD (5%) az idősebbeknél a demencia (1-30%, a korcsoporttól függően) adódott. A kóros szerhasználat és a mentális retardáció kivételével nem észleltek érdemleges kulturális, illetve országonkénti különbségeket. A demencia kivételével nem tapasztaltak érdemi emelkedést a betegállomány, a korai nyugdíjazás mértékében és a kezelt betegek arányában. A korábbi felméréshez képest nem javult a kezelésben részesülő betegek aránya, amely ma is csupán az esetek kevesebb, mint egyharmadát éri el. Nem csökkent a várólisták hossza és az inadekvát kezelések aránya. A fogyatékoságot illetően 26,6%-ban részesedtek a neuropszichiátriai zavarok a teljes fogyatékosági esetszámból. Ez a világ más régióihoz képest nagyobb arányt jelent. A nemeket és az egyes korcsoportokat illetően különbségek vannak, de általánosságban a depresszió, a demenciák, a kóros alkohol használat és a sztrók a fogyatékoság leggyakoribb neuropszichiátriai okai az Európai Unióban.vi

Az EU válaszlépései

Az unió döntéshozói felismerve a probléma súlyát, több önálló, illetve a WHO-val közös kezdeményezést tettek a megoldás érdekében. A bevezetőben már néhány dokumentumot kiemeltünk, a leglényegesebb összefoglalásait az alábbi dokumentumok tartalmazzák:

- Mental Health Declaration for Europe Facing the Challenges, Building Solutions EUR/04/5047810/6
WHO European Ministerial Conference on Mental Health Facing the Challenges, Building Solutions Helsinki, Finland, 12–15 January 2005¹ (Európai Nyilatkozat a Mentális Egészségről - Szembenézve a kihívásokkal, megoldásokat keresve)
- Zöld Könyv A népesség mentális egészségének javításáról
Az Európai Unió mentális egészségügyi stratégiájának céljából Brüsszel, 14.10.2005 COM(2005) 484²
- A Lelki Egészség és Jól-lét Európai Paktuma, Brüsszel, 2008. június 12-13.³
- Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group, WHO 2010⁴

¹ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88595/E85445.pdf

² http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_hu.pdf

³ http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_hu.pdf

⁴ http://www.who.int/mental_health/policy/mhtargeting/en/

A bevezetőben tárgyalta túl részletesebben ismertetjük „A Tanács következtetései a lelki egészség és a jóllét európai paktumáról: eredmények és jövőbeli intézkedések (2011/C202/01)”⁵ című dokumentumnak (a továbbiakban: Következtetés) az egészségüggyel közvetlenül összefüggő részeit, mivel ez jól összefoglalja az európai helyzetkép fő vonalait és felvázolja a közeljövő teendőit is. Utóbbiak Magyarország számára is irányadók, így a jelen dokumentum elkészítése során is kiemelt figyelmet szenteltünk neki.

A Következtetés tartalmaz néhány a mentális zavarokkal kapcsolatos epidemiológiai adatot és ezek társadalmi gazdasági hatását, ezzel mintegy a „politikai elismertség” szintjére emeli a fentebb említett kutatások prevalenciája 25%, éves prevalenciája pedig több mint 10%. Kiemelik, hogy évi több mint 50 000-es az öngyilkosság Európában korai halálozás jelentős oka, valamint azt, hogy az esetek 90%-ában mentális zavar áll a háttérben. Hangsúlyozzák, hogy a mentális zavarok, a lakosság mentális egészségi állapotát illetően komoly egyenlőtlenségek mutatkoznak, a gazdasági szempontból hátrányos helyzetű csoportok a legsérülékenyebbek. Így tartalmazza a dokumentum, hogy a mentális zavarok élettartam (lifetime) prevalenciája rontják az életminőséget, a munkaképességet és a szociális részvételt. A társadalmi-gazdasági terhekkel kapcsolatban a Következtetés leszögezi, hogy a mentális zavarok gyakran vezetnek a foglalkoztatottság, a termelékenység és a munkaképesség, csökkenéséhez, elvesztéséhez és azt, hogy a fogyatékkal töltött életek az EU-ban legnagyobb része e mentális zavarokra, elsősorban a kedély- és szorongásos zavarokra vezethetők vissza. Mindez komoly terhet jelent az érintett személyek, családok és közösségek, végső soron az egész társadalom számára.

Figyelemmel arra, hogy minden tagállamot sújtó problémáról van szó, a Következtetés a tagállamok közötti együttműködést sürget, elsősorban az egészségpolitika, a programok, az indikátorok összehangolása és a „jó gyakorlatok” átvétele, elterjesztése terén.

A Következtetés szükségesnek tartja, hogy a felhasználók, családtagjaik, gondozóik, valamint a civil szervezetek bevonását a szakpolitikai intézkedésekbe. Aláhúzza a mentális zavarokkal foglalkozó kutatások fontosságát. Felhívják a figyelmet arra, hogy a mentális zavarok kockázati tényezői és következményei egyaránt túlterjeszkednek az egészségügy határain, ezért elengedhetetlen az ágazati együttműködés, így például a szociális ügyek, a lakhatási politika, a foglalkoztatás és az oktatás innovatív partnersége is.

Ugyanakkor felhívjuk a figyelmet arra, a múltban a felhasználók, családtagjaik, gondozóik, valamint a civil szervezetek bevonása a szakmapolitikai intézkedésekbe formális volt, gyakran elmaradt.

A cselekvési tervben kiemelten jelenjen meg az önszervező csoportok fontossága, továbbá az érintettek, hozzátartozók, érdekvédelmi szervezetek bevonása a mentális egészséggel kapcsolatos stratégiák és cselekvési tervek megvalósításában, a „jó gyakorlatok” átvétele, terjesztése terén.

A Következtetés konkrét javaslatokat sorol fel a beavatkozásokat illetően, amelyeket az alábbiakban foglalunk össze:

Felhívják a tagállamokat, hogy:

- egészségpolitikáikban tegyék kiemelt feladattá a mentális egészség és jól-lét biztosítását, és dolgozzanak ki a mentális egészséggel -többek között a depresszió és az öngyilkosság megelőzésével- kapcsolatos stratégiákat és/vagy cselekvési terveket,
- a mentális zavarok megelőzése és a mentális egészség és jól-lét előmozdítása a fentiek szerves része, melyeket az érdekelt felekkel és az egyéb, releváns szakpolitikai ágazatokkal partnerségben kell végrehajtani,
- fejlesszék a mentális jóllétet támogató társadalmi tényezőket és infrastruktúrákat, és a mentális zavarokkal küszködő személyek számára könnyítsék meg a hozzáférést ezen infrastruktúrákhoz,
- amennyiben lehetséges és indokolt, mozdítsanak elő a közösségekre alapuló és társadalmilag befogadó jellegű kezelési és ellátási modelleket,

Jelenleg a korszerű közösségi ellátórendszer egyenetlen eloszlása, sok esetben ennek hiánya jellemzi az egészségügyi és a kapcsolódó szociális szolgáltatási területet. Nem meglepő ezek után, hogy az ellátottak hiányosnak tartják a rehabilitációs lehetőségeket, amelyekhez azon gondozottaknak csupán a fele fér hozzá, akik igényt tartanak erre. Legnagyobb szükségük védett lakhatási és munkalehetőségekre, házi gondozásra van, de szívesen járnának nappali klubokba, bár ilyen lehetőségekkel csak elvétve találkozhatnak. A teljesen elhibázott területi rendszer (pl. Terézvárosból Pomázra kell szállítani a beteget) azonnali revízióra szorul.

A pszichiátriai gondozóhálózat meghatározó szegmense a pszichiátriai járóbeteg ellátásnak, ugyanakkor az utóbbi években a gondozóhálózat finanszírozása kedvezőtlenül változott, bizonytalanná vált, radikálisan csökkentették a kapacitást. Ennek következményeként általánosan 10 perc időtartam jut egy-egy orvos-beteg találkozóra. Elmondható, hogy a gondozók túlterheltek, az ideális számtól eltérve, 40-50 %-kal több beteget látnak el naponta. A gondozók - egy-egy kivételes esetet leszámítva -, nem vesznek részt gyermekek és kamaszok, 18 éven aluliak gondozásában. Ahol van külön gyermekpszichiátriai szakrendelés, ott látják el őket, sok esetben az ellátásuk nehézkes. A kórházból távozó beteg sorsának utánkövetése, a gyakorlat területenként, körzetenként változó, van gondozó és kórház, amely között szoros együttműködés van, és van terület, ahol nincs meg a folyamatos, állandó együttműködés.

A teljes munkaidős szakorvosok mellett dolgoznak szakorvosok a gondozókban félállásban is, ennek ellenére több körzetben jelezték, hogy állandó orvoshiánnyal küzdenek.

Az orvosok munkáját segítik pszichológusok, szakápolók, szociális munkások, asszisztensek. Létszámuk gondozóként, körzetenként változó, sok helyen a pszichológus, szociális munkás, szakápoló hiányzik. Az anyagi keret számos esetben szűkre szabott, emiatt nem tudnak felvenni dolgozót, évről-évre folyamatos leépítés van. A szakápoló hiányának meghatározó oka, a képzés hiánya.

A pszichiátriai betegek rehabilitációját szóbeli tanácsadással, életmód és életvezetési tanácsokkal, orvosi segítségnyújtással, esetenként szociális munkás, illetve pszichológus bevonásával segítik. Visszatérő probléma, hogy rehabilitációs munkahelyek hiányában a felvilágosítás nem sokat ér. Van, ahol a rehabilitációban nem a gondozó segít, hanem a közösségi pszichiátria.

- hozzanak intézkedéseket a mentális egészségi problémákkal küzdő személyek megbélyegzése, kirekesztése és hátrányos megkülönböztetése ellen, segítsék elő társadalmi befogadásukat, továbbá az oktatáshoz, a képzéshez, a lakhatáshoz és a munkához való hozzáférésüket,
- használják ki a különböző technológiai alkalmazások – köztük az e-egészségügy – adta lehetőségeket az ellátórendszerek fejlesztésére és a szolgáltatások javítására, a mentális zavarok megelőzésére és a mentális jól-lét előmozdítására,
- támogassanak olyan tevékenységeket (pl. képzési programokat), amelyek mindenekelőtt az egészségügyi és a szociális ellátás területén tevékenykedő szakemberek és vezetők, valamint a munkahelyek számára segítséget nyújtanak a mentális jól-léttel és a mentális zavarokkal kapcsolatos kérdések kezeléséhez,

Az egészségügyi és szociális oldalon a megfelelő képzettségű szakdolgozók elvándorlása hatással van a közösségi szolgáltatások, az egészségügyi és szociális ellátás minőségére. Jól képzett szakdolgozók nélkül a pszichiátriai ellátás színvonala csökken, következmény, hogy a várt eredmény, a program sikere elmarad. Szolgáltatásonként változó a kapcsolat az egészségügyi és a szociális oldal között. Lehetne szabályozottabb is. A krónikus pszichiátriai betegek ellátását nyilvánvalóan az egészségügyi és a szociális oldal összefogásával lehet csak működtetni. Fontos a széleskörű kapcsolatrendszer, háziorvosi szolgálattal, helyi hatóságokkal, civil szervezetekkel.

- az EU 2008-2013-as egészségügyi programja keretében hozzanak létre olyan fórumot, amely a tagállamok közötti véleménycsere, együttműködés és koordináció fórumaként szolgálna, és tényeken alapuló gyakorlatokat határozná meg, illetve tevékenységeket elemezne különösen az alábbi területeken:
- a mentális zavarok leküzdése az egészségügyi és szociális rendszereken keresztül bizonyítékokon alapuló intézkedések foganatosítása a depresszió ellen,
- az egészségügyi és az egyéb releváns ágazatok (pl. a szociális, az oktatási és a foglalkoztatási ágazat) közötti innovatív partnerségek kialakítása a következők érdekében: a mentális egészségre gyakorolt szakpolitikai hatások elemzése, a kiszolgáltatott csoportok mentális egészségi problémáinak kezelése, a szegénység és a mentális egészségi problémák közötti kapcsolatok elemzése, az öngyilkosság megelőzése, a mentális egészségi zavarok különböző helyzetekben – például a munkahelyeken és oktatási intézményekben – való megelőzése,
- a mentális egészségre vonatkozó – a közösségekre alapuló és társadalmilag befogadó jellegű – megközelítések kidolgozásának irányítása,
- a lakosság mentális egészségi állapotával kapcsolatos adatok és tudományos bizonyítékok minőségének javítása,
- a mentális egészséggel kapcsolatos interdiszciplináris kutatások támogatása,

Hangsúlyozza a Következtetés, hogy „a jövőbeli pénzügyi keret sérelme nélkül a lehető legjobban aknázzák ki a strukturális alapok által a mentális egészség területén – mindenekelőtt a mentális egészségügyi rendszereik reformja és továbbfejlesztése tekintetében – nyújtotta lehetőségeket”, azaz a fejlesztések finanszírozásához a strukturális alapok forrásainak felhasználását javasolják.

Végül a Következtetés a Bizottság számára is megfogalmaz ajánlásokat.

A hazai lakosság mentális egészsége

A főbb mentális zavarok hazai előfordulása a felmérések szerint többé-kevésbé megegyezik a világszerte talált, illetve európai adatokkal. A főszabály alól azonban található néhány kivétel is. Az európai átlagnál kedvezőtlenebb a helyzetünk a férfiak depressziója, a kóros alkoholhasználat, a bipoláris betegség és a befejezett öngyilkosságok tekintetében. Az európai élcsoporthoz tartozunk a lakosság elöregedésének ütemében is. Mindezek alapján a hazai lakosság mentális egészségi állapota az európai országok döntő többségével összehasonlítva rosszabbnak minősíthető. Az alábbiakban csak azokkal a mentális egészség problémákkal foglalkozunk, amelyekkel kapcsolatban friss adatok állnak rendelkezésre, illetve amelyek különös jelentőséggel bírnak Magyarországon.

A hazai lakosság mentális egészsége az Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF2009) tükrében

Az ELEF felmérés krónikus depressziós panaszokat talált a vizsgált népesség 6%-ában, egyéb mentális betegséget pedig több mint 3%-ában. A depressziósok közül minden korosztályban több volt a nő, mint a férfi. Megjegyzendő, hogy a felmérés adatai nem „öndiagnózis”, hanem szakorvos által felállított kórismén alapulnak. Az összefoglaló adatokat az alábbi táblázat mutatja.

	krónikus szorongás(%)	krónikus depresszió(%)	egyéb mentális probléma(%)
Férfi	4,9	3,1	2,5
Nő	10,6	7,6	3,3
Összesen	7,9	5,5	2,9

1. táblázat Szakorvos által diagnosztizált mentális zavarok az ELEF adatai alapján

A férfiak 2%-a, a nők közel 5%-a számolt be depresszió miatti gyógyszeres kezelésről, míg krónikus szorongás miatt a férfiak több mint 3%-a, a nők több mint 8%-a szedett gyógyszert a kérdést megelőző 2 hétben. A megkérdezettek közül 6% körüli volt a rendszeres altató fogyasztók aránya.

	Szedett-e gyógyszert az elmúlt két hétben?		
	Krónikus depresszió miatt	krónikus szorongás miatt	altató
Férfi	2,0%	3,2%	3,7%
Nő	4,8%	8,1%	8,3%
Összesen	3,5%	5,8%	6,2%

2. táblázat Egyes „pszichotrop” gyógyszerek fogyasztása az ELEF adatai alapján

A gyógyszeres kezeléseknél lényegesen alacsonyabb arányban vettek igénybe pszichoterápiás kezelést. A férfiak kevesebb mint 3%-a, a nőknek kevesebb mint 5%-a járt pszichológusnál, illetve pszichoterapeutánál a kérdezést megelőző 12 hónapban, amely összesen kevesebb, mint 4%-ot jelentett. Ez azt jelenti, hogy egy egész év alatt is kevesebben keresnek pszichológiai segítséget, mint amennyiben pszichotrop gyógyszerhez fordulnak két hét alatt. Az adatok értékelését megnehezíti, hogy a tapasztalatok szerint a lakosság jelentős része nem tud biztonsággal különbséget tenni a pszichiáter-pszichológus szakemberek között, ezért könnyen elképzelhető, hogy a pszichológiai segítség igénybevétele még alacsonyabb arányú volt.

A szakorvos által diagnosztizált mentális problémákon túl a vizsgált népesség egyötöde gyakori idegeskedésről és kimerültségről, egyharmaduk krónikus fáradtságról panaszkodott. A pszichésnek minősíthető panaszok előfordulását az alábbi táblázatok szemléltetik.

	Az elmúlt 4 hétben milyen gyakran érezte azt, hogy semmi nem tudja felvidítani?				
	állandóan	gyakran	időnként	ritkán	soha
Férfi	1,2%	5,6%	12,4%	29,8%	51,0%
Nő	2,3%	8,7%	13,8%	31,4%	43,7%
Összesen	1,8%	7,3%	13,1%	30,7%	47,2%

	Az elmúlt 4 hétben milyen gyakran érezte szomorúnak és kedvetlennek magát?				
	Állandóan	gyakran	időnként	ritkán	Soha
Férfi	1,5%	6,8%	16,9%	44,4%	30,3%
Nő	2,9%	10,3%	21,3%	42,0%	23,6%
összesen	2,2%	8,6%	19,3%	43,1%	26,7%

	Az elmúlt 4 hétben milyen gyakran érezte azt, hogy kimerült?				
	Állandóan	gyakran	időnként	ritkán	Soha
Férfi	2,9%	14,3%	29,8%	35,6%	17,3%
Nő	4,6%	20,3%	31,0%	31,6%	12,5%
összesen	3,8%	17,5%	30,5%	33,5%	14,7%

3. táblázat Pszichés panaszok az ELEF adatai alapján

A fenti táblázatok „állandóan” és „gyakran” oszlopai felvetik aktuálisan fennálló mentális probléma gyanúját. Megjegyzendő, hogy az ezekben az oszlopokban jelzett arányok jól egybeesnek a mentális zavarokat felmérő lakossági epidemiológiai kutatások adataival.

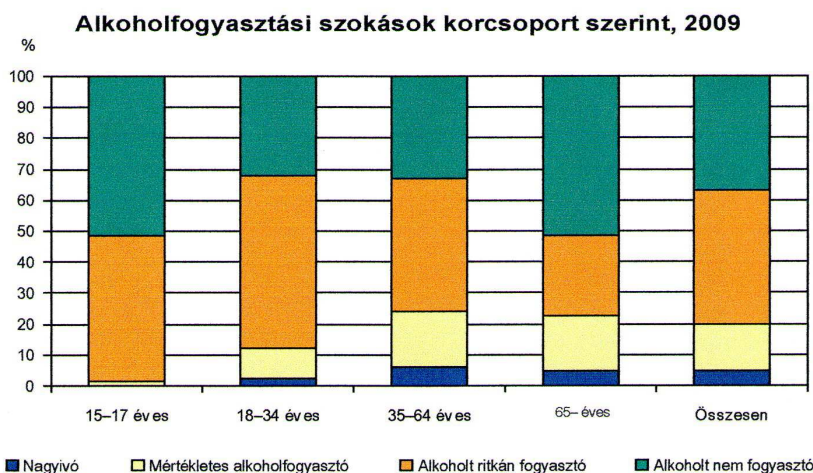
Némi egyszerűsítéssel az alábbi táblázatok „állandóan” és „gyakran” oszlopai jelzik azoknak az arányát, akiknél valószínűsíthető a mentális jól-lét aktuális fennállása.

	Az elmúlt 4 hétben milyen gyakran érezte nyugodtnak, békésnek magát?				
	Állandóan	gyakran	időnként	Ritkán	soha
Férfi	29,4%	40,0%	17,4%	11,5%	1,6%
Nő	22,2%	40,0%	21,9%	12,9%	3,1%
összesen	25,5%	40,0%	19,8%	12,2%	2,4%

	Az elmúlt 4 hétben milyen gyakran érezte azt, hogy tele van energiával?				
	Állandóan	gyakran	időnként	Ritkán	soha
Férfi	25,7%	33,0%	21,1%	14,7%	5,4%
Nő	17,7%	30,2%	24,3%	18,6%	9,2%
összesen	21,4%	31,5%	22,8%	16,8%	7,5%

Alkoholfogyasztás az ELEF eredményei alapján

Az alkoholfogyasztás adatait az Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF2009) alapján foglaljuk össze. Az önbevalláson alapuló adatok elemzése szerint a felnőtt lakosságon belül a nagyivók⁶ aránya az 5%-ot sem érte el, a nők közül csupán minden századik, a férfiak esetében viszont minden tizenkettedik a mértékletességet meghaladóan fogyaszt szeszest az ELEF eredményei szerint. A szerzők becslésüket konzervatívnak minősítették, így is csaknem négyszázezer embert problémás ivónak kell tekinteni.



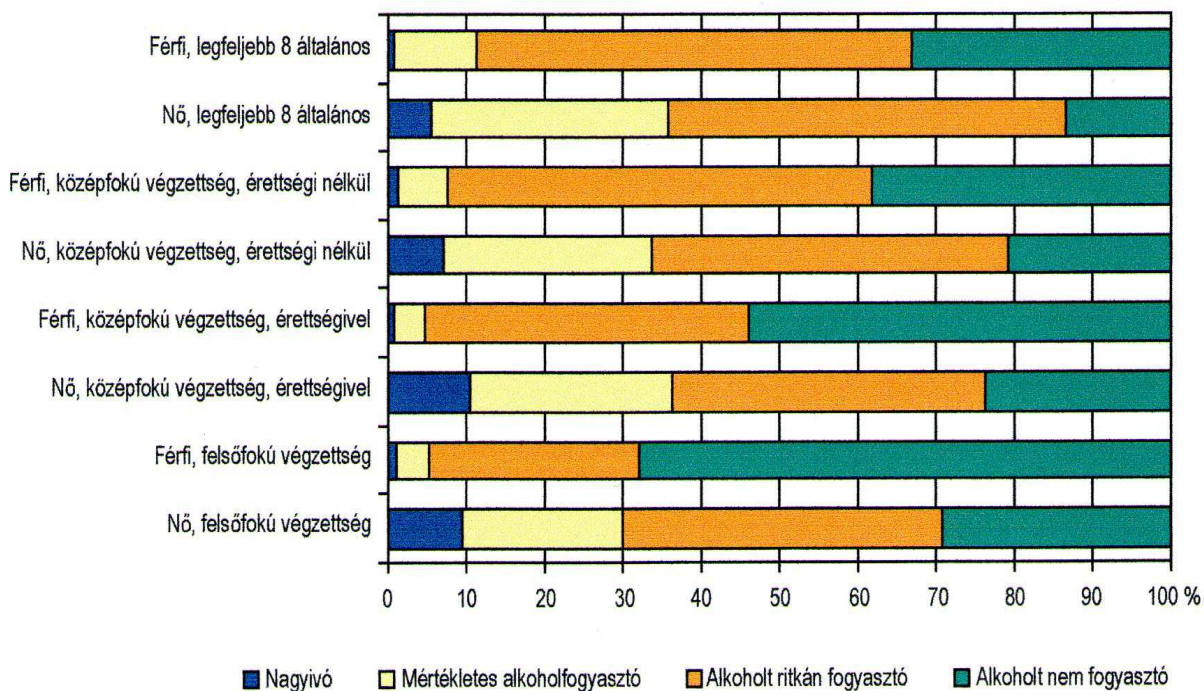
2. ábra Az alkoholfogyasztás és a korcsoportok összefüggése az ELEF2009 adatai alapján

A nők fele, a férfiak csaknem negyede állította magáról, hogy egyáltalán nem fogyaszt alkoholt. Nagyivókat legmagasabb arányban a középkorú férfiak között találtak, több mint tizedükre, azaz több mint kétszázezer a 35–64 év közötti korosztályba tartozó férfira jellemző. Absztinenseket legnagyobb gyakorisággal az idős nők körében fordultak elő.

A nem és az életkoron túl a felmérés az iskolai végzettség és az alkoholfogyasztási szokások között is összefüggést talált. Az eredmények szerint a felsőfokú végzettségűek között a legalacsonyabb az absztinensek és a legmagasabb a mértékletes alkoholfogyasztók aránya mindkét nem esetében, a legfeljebb 8 általános iskolai osztályt végzettek viszont saját bevallásuk szerint igen magas arányban soha nem fogyasztanak alkoholtartalmú italt (az ebbe a képzettségi kategóriába tartozó férfiak több mint negyede, míg a nők kétharmada állította ezt magáról).

⁶ Definíciók: Nagyivó: azok a nők, akik a kérdést megelőző héten összesen több mint 7, azok a férfiak, akik több mint 14 egységnyi alkoholt fogyasztottak, illetve akik egy alkalommal 6+ egységet („binge drinking”). Egy ital/alkoholegység: egy korsó sör, 2 dl bor vagy 0,5 dl rövidital. Mértékletes alkoholfogyasztó: aki legalább heti gyakorisággal fogyaszt alkoholt, de nem minősül nagyivónak. Alkoholt ritkán fogyasztók: azok, akik hetenkéntnél ritkábban fogyasztanak alkoholt. Absztinens: aki saját bevallása szerint egyáltalán nem fogyaszt alkoholt

Alkoholfogyasztási szokások nemek és iskolai végzettség szerint, 2009



3. ábra Az alkoholfogyasztás és a nemek, valamint az iskolai végzettség összefüggése az ELEF2009 adatai alapján

„Binge drinking” a felmérés adatai szerint a kérdezést megelőző egy évben legalább egyszer a férfiak mintegy felével, a nők több mint negyedével fordult elő saját bevallása szerint. Ugyanez a férfiak csaknem ötödénél, a nők 7%-ánál legalább havonta egyszer előfordul.

**Az eseti nagyivás* (*binge drinking*) gyakorisága
nemek és korcsoportok szerint, 2009**

(%)

Gyakoriság	15–17	18–34	35–64	65–	Összesen
	éves				
Férfi					
Egyszer sem	52,7	46,5	57,0	70,8	55,9
Ritkábban mint havonta	33,6	30,5	25,8	16,2	25,9
Havonta	10,1	15,6	7,9	5,2	9,8
Hetente	3,6	7,1	8,5	6,7	7,7
Naponta vagy majdnem naponta	–	0,3	0,8	1,1	0,7
Nő					
Egyszer sem	59,8	64,7	78,6	80,2	74,2
Ritkábban mint havonta	24,5	25,2	16,1	12,2	18,5
Havonta	11,9	7,1	4,0	4,2	5,2
Hetente	3,7	3,0	1,3	3,4	2,2
Naponta vagy majdnem naponta	–	–	–	–	–

*Az elmúlt 12 hónapban egy alkalommal 6 vagy annál több alkoholos ital elfogyasztása.

4. ábra A „binge drinking” és a nemek, valamint az iskolai végzettség összefüggése az ELEF2009 adatai alapján

Egy országos deskriptív vizsgálat alapján (Bodonyi-Kovács és mtsai, 2011) jelentős különbség mutatkozik az ország kistérségeiben pl. Zala, Somogy és Baranya, valamint BAZ és Nógrád megye alkoholfogyasztással összefüggő halálozási, kriminális és baleseti statisztikái között. Különbség van a nemek között is. Mindez azt jelzi, hogy nem csak országosan hanem regionálisan, különösen a kistérségekben, ahol az egészségügyi ellátás hiányos magasabb kockázattal és mortalitási valamint morbiditási különbségekkel is szükséges számolnunk. A szűrés és intervenció programokat térség-specifikusan is meg kell határozni. vii

Kábítószer-fogyasztás az ELEF eredményei alapján

A hazai kábítószer-fogyasztási adatokat az ELEF eredményei alapján mutatjuk be. Előrebocsátandó, hogy a droghasználat társadalmi elítélése sokkal mélyebb az alkoholfogyasztásnál, ezen túlmenően főszabályként bűncselekmény. Ezért még anonim, önkitöltő kérdőíves felmérés esetén is a becsült érték az elhallgatás miatt minden bizonnyal erősen konzervatív. A kábítószer-használat előfordulási gyakoriságát az ELEF 1,1%-osnak találta. A becslés szerint egy év alatt a 15 éven felüli lakosságból több mint 88 ezer ember fogyasztott valamilyen kábítószernek minősülő illegális drogot, 93%-uk marihuánát. A megkérdezettek közel 10%-a személyesen ismert cannabis fogyasztót, 5%-uk kokain, amfetamin, extasy vagy más kábítószer fogyasztót. Az ELEF kutatói tag határok között becsülték a hazai kábítószer fogyasztók számát, amely szerintük a 90–100 ezertől akár 800 ezerig is terjedhet.

Az ELEF eredményei szerint a kábítószer fogyasztók közül a férfiak vannak többségben, arányukat több mint 63%-osnak, a nőket közel 37%-osnak találták. A kábítószer-használatot a 35 éves kor alattiakban találták a leggyakoribbnak, a fogyasztók 61%-a tartozott ebbe a korosztályba, ezen belül 75% volt a férfiak aránya.

A kábítószer-használat előfordulása korcsoportos megoszlásban az ELEF adatai alapján(%)

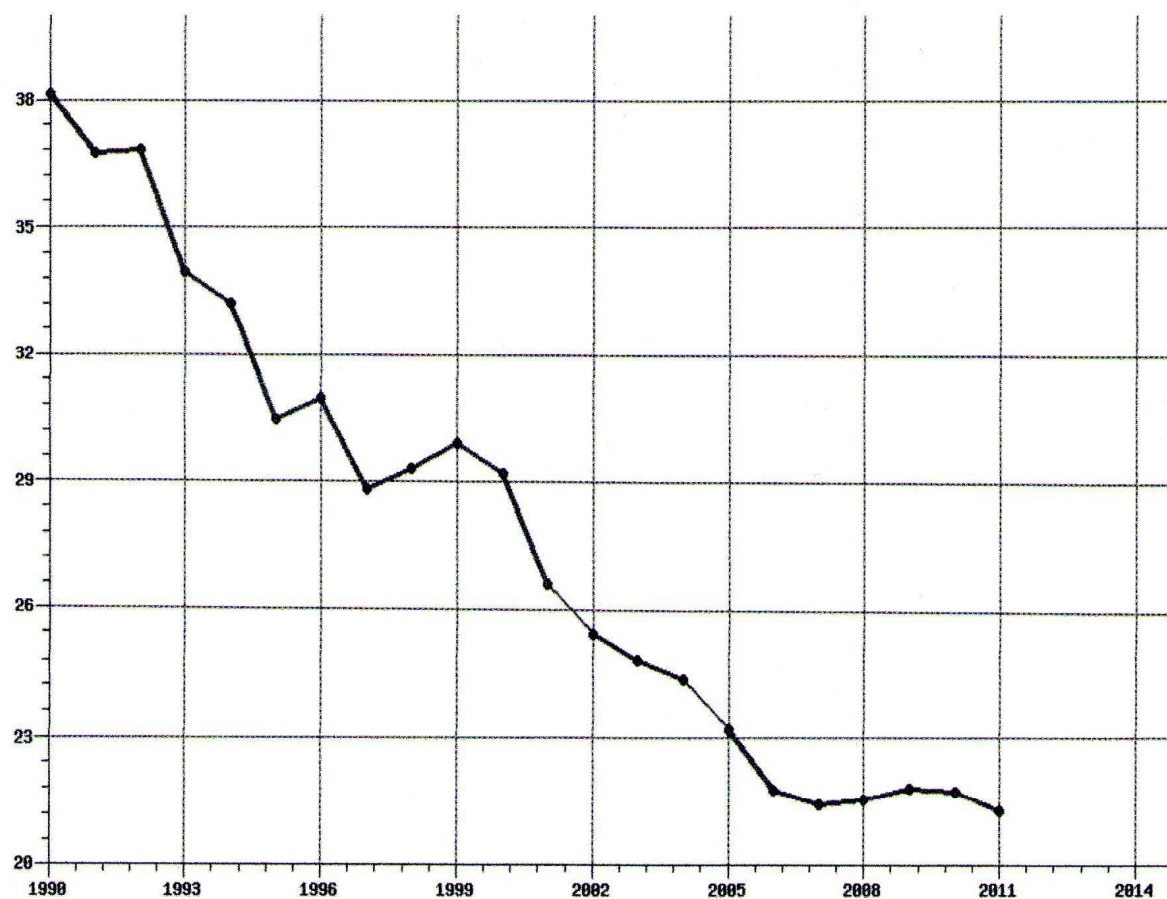
Használat	15–17	18–34	35–64	65–	Összesen
Éves					
Férfi					
Igen	2,0	3,5	0,5	0,3	1,4
Nem	98,0	95,3	98,7	98,4	97,6
Nem válaszolt	0,0	1,2	0,7	1,3	0,9
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nő					
Igen	2,4	1,2	0,7	0,2	0,7
Nem	95,9	98,0	98,1	98,0	98,0
Nem válaszolt	1,7	0,8	1,2	1,8	1,3
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Együtt					
Igen	2,2	2,4	0,6	0,2	1,1
Nem	96,9	96,6	98,4	98,2	97,8
Nem válaszolt	0,9	1,0	1,0	1,6	1,1
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

5. táblázat

Öngyilkos magatartás

Az öngyilkossági halálozás közismerten nagymértékben csökkent az utóbbi évtizedekben, amint azt az alábbi ábra mutatja.

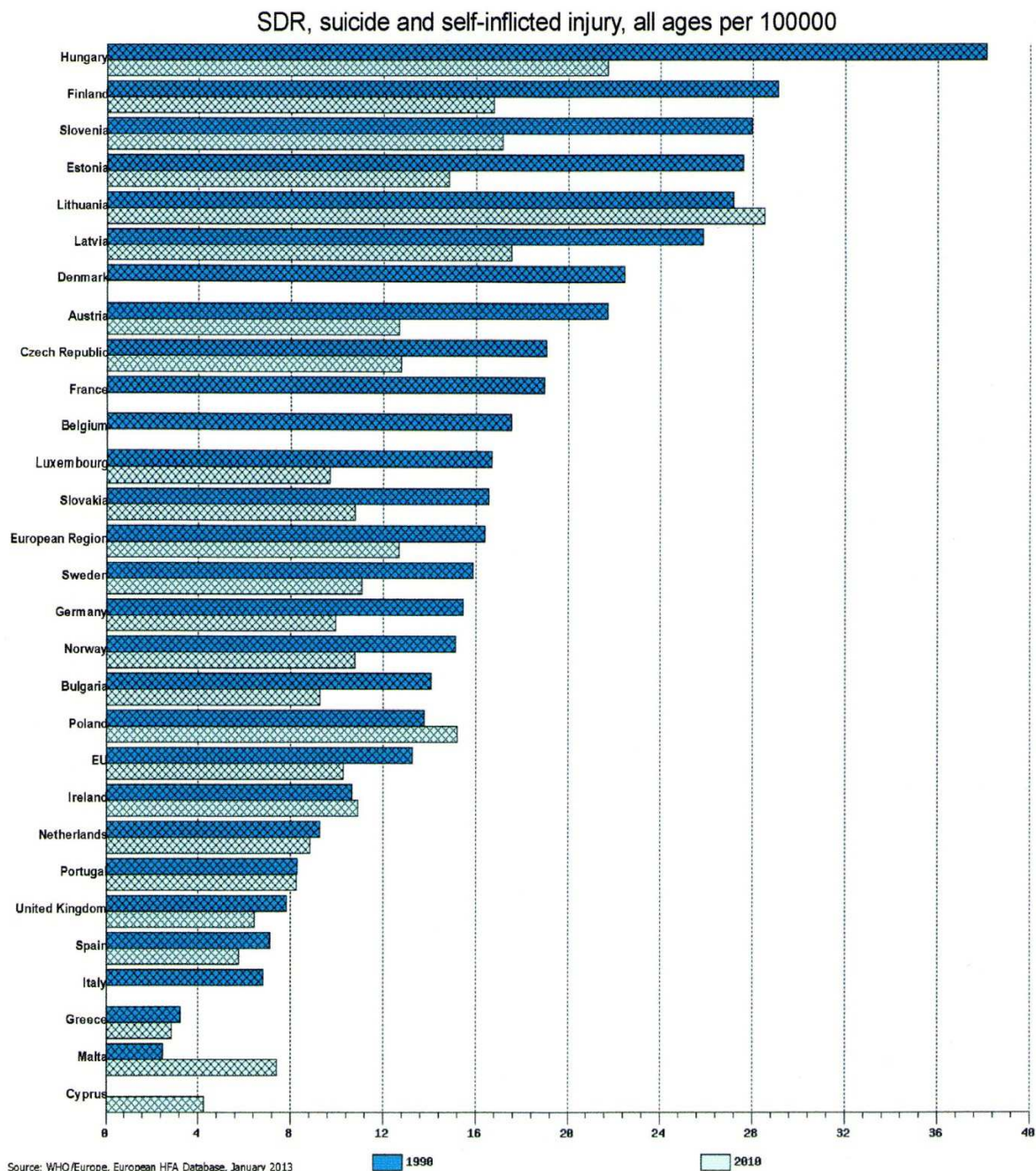
SDR, suicide and self-inflicted injury, all ages per 100000



Source: WHO/Europe, European HFA Database, January 2013

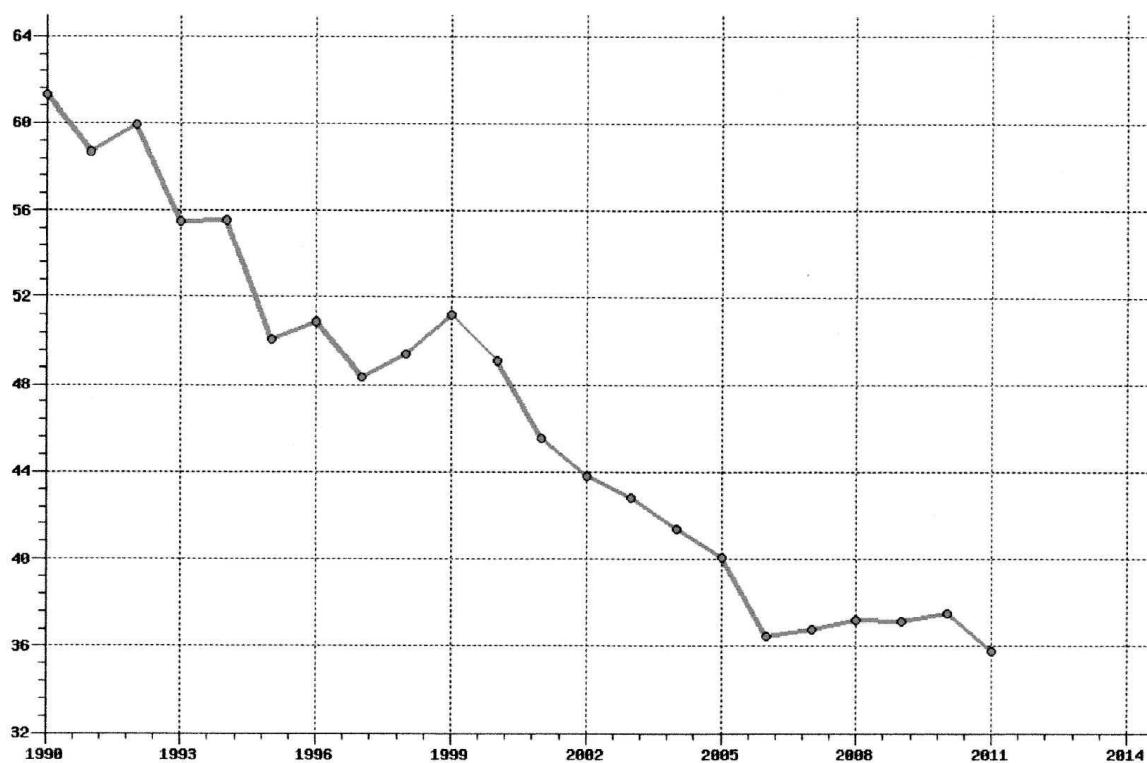
5. ábra A magyar lakosság öngyilkossági halálozásának alakulása

A valóban jelentős csökkenés ellenére a magyar adatok a Litvánia utáni második helyre utasítják a magyar öngyilkossági halálozás mértékét az EU-ban és a magyar adatok messze meghaladják az uniós átlagot, amint azt az alábbi ábra mutatja. Sajnos, ez a szomorú helyezés mind a férfiakra, mind a nőkre igaz.



6. ábra A magyar öngyilkossági halálozás európai uniós összehasonlításban

SDR, suicide and self-inflicted injury, all ages per 100000, male

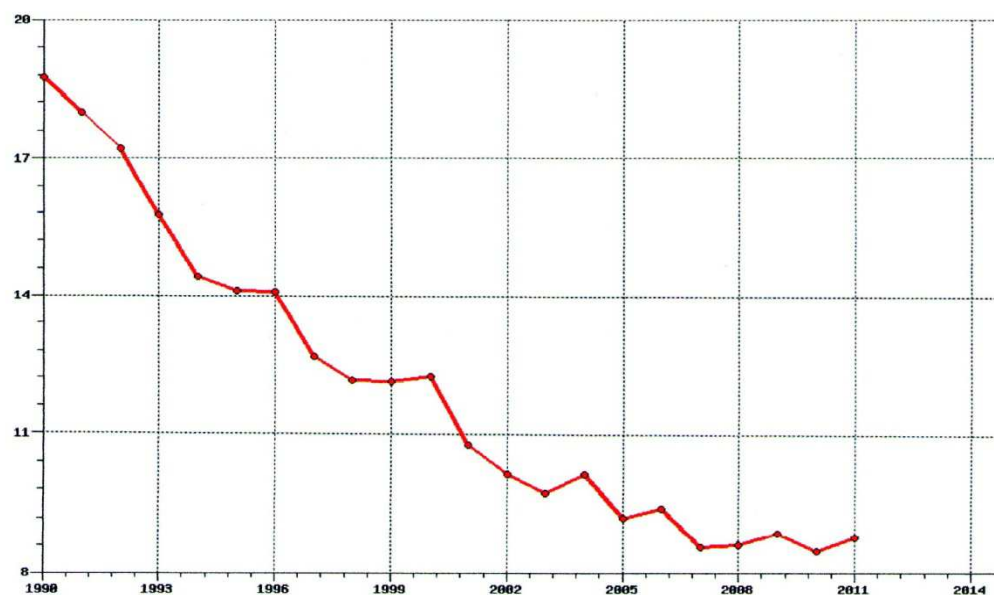


Source: WHO/Europe, European HFA Database, January 2013

7. ábra A magyar férfi lakosság öngyilkossági halálozásának alakulása

Az ábra alapján látható, hogy jelentős csökkenés következett be az utóbbi évtizedekben. Ezzel együtt a magyar férfiak öngyilkossági halálozása Litvánia után a második helyen áll az EU-ban, messze megelőzve az uniós átlagot.

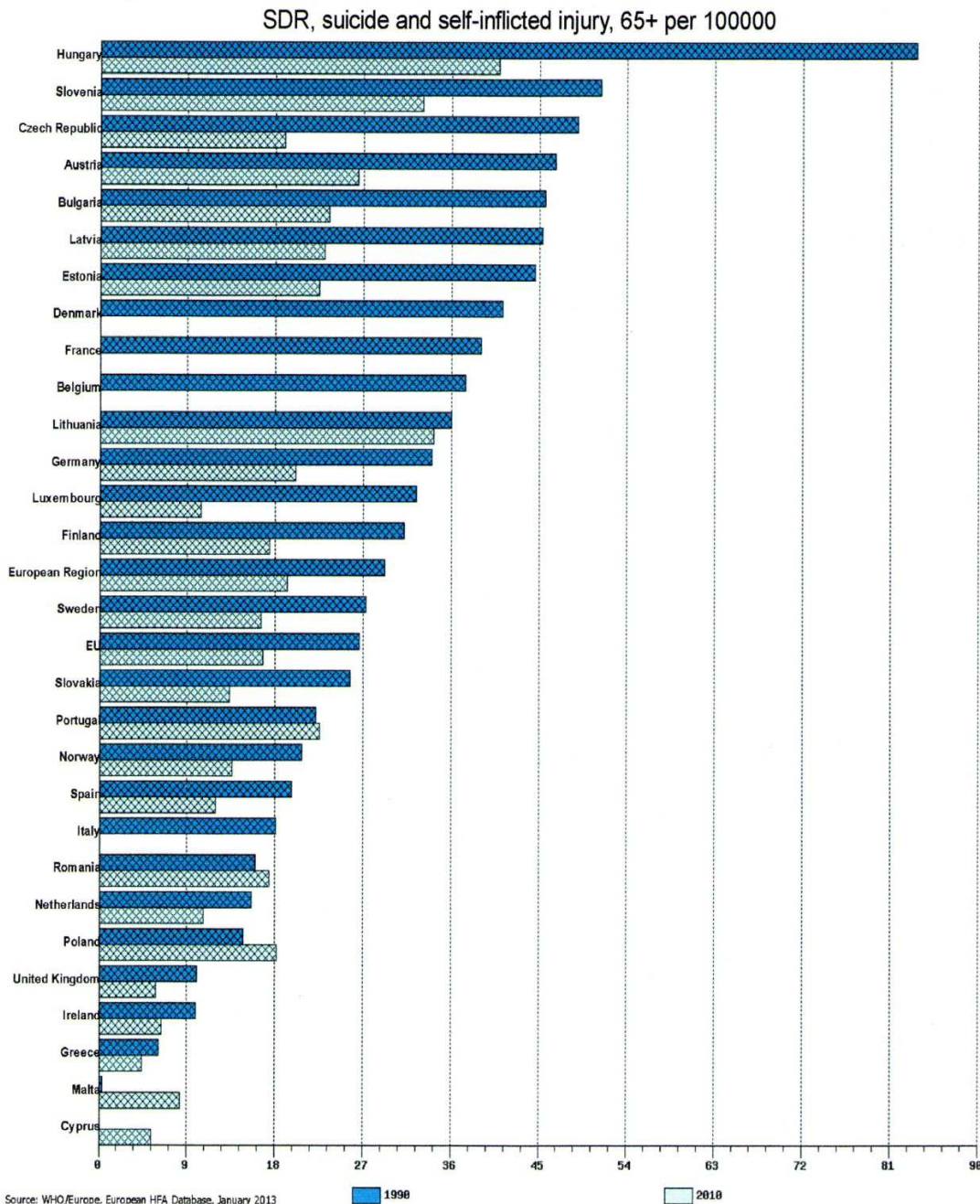
SDR, suicide and self-inflicted injury, all ages per 100000, female



Source: WHO/Europe, European HFA Database, January 2013

8. ábra A női öngyilkossági halálozás alakulása

Az ábrából látható, hogy a nők öngyilkossági halálozása is nagymértékben csökkent az utóbbi években, ugyanakkor sajnos, a nők a férfiakhoz hasonlóan rossz helyezést érnek el az unió ranglistáján.



9. ábra A 65 évesnél idősebb magyar lakosság öngyilkossági halálozása EU összehasonlításban

A szakirodalomban magyar típusú öngyilkosságnak nevezett jelenség egyik fontos jellemzője évtizedek óta az időskori öngyilkosságok rendkívül magas aránya. Mint a fenti ábrából látható, sajnos, ez a helyzet nem változott, az idősebb korú népesség az öngyilkossági halálozás tekintetében változatlanul vezető helyet foglal el az EU-ban. Ez az állítás a férfiakra és a nőkre egyaránt igaz az adatok alapján.

A pszichiátriai betegek ellátása

Az ellátórendszer főbb jellemzőit az Állami Számvevőszék „Jelentés a pszichiátriai betegellátás átalakításának ellenőrzéséről”⁷ című jelentése (a továbbiakban: Jelentés) alapján mutatjuk be. **Ezeket felül GYEMSZI elemzés is készült, arra is ki kellene térni.**

Fekvőbeteg ellátás

A Jelentés szerint az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény (Eftv.) meghatározta az egészségügyi szolgáltatók körét, átrendezte az ellátási struktúrát, csökkentette az aktív kapacitásokat. Az intézkedések része volt a pszichiátriai betegellátás központi intézményének, az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetnek (OPNI) a megszüntetése. Ezzel az intézkedéssel az OPNI 849 ágyából 599 közfinanszírozott kapacitást vettek át a Fővárosi Önkormányzat, a Semmelweis Egyetem és a Pest Megyei Önkormányzat intézményei, így 250 ágygal csökkent az aktív kapacitás. A 2007. évi kórházi struktúraátalakítás ezen túlmenően 11 kórházban megszüntette a pszichiátriai aktív fekvőbeteg-ellátást, az országos összes pszichiátriai aktív ágyszámot 777-tel, 20%-kal 3881-ről 3104-re csökkentette. Az aktív ágyak száma ezt követően is tovább csökkent, a 2006. év végi állapothoz képest 2011 szeptemberéig további 78 ágygal, 2,0%-kal.

A rehabilitációs ellátást nyújtó kórházak száma 2007-ben 63-ról 66-ra emelkedett, az ágyak száma 9,4%-kal 4897-ről 5356-ra nőtt. Ugyanakkor a krónikus fekvőbeteg-ellátás kapacitása a 2007-ben 224 ágygal (33,6%-kal) 666-ról 890-re emelkedett, majd folyamatosan csökkent, 2011 szeptemberére már csak 141 ágygal (21,2%-kal) haladta meg a 2006. évi szintet. Összességében a mentális betegségek kezelésére szolgáló ágyak száma 2006. december 31. és 2010. december 31. között 642 ágygal (7%-kal), 9444-ről 8802-re csökkent. Az ellátott fekvőbetegek száma 102 ezer főről 88,7 ezer főre, 13%-kal csökkent.

A lakosság számára vetítve az átlagos fekvőbeteg ellátó kapacitás 2006. évben 9,5 db ágy volt tízezer lakosra vetítve, ez a 2010. évre 8,8-ra csökkent. Ezen belül az aktív kapacitás 3,9-ről 3,0 ágyra csökkent, a rehabilitációs és krónikus kapacitások azonos mértékben, 0,1-0,1 ágygal emelkedtek tízezer lakosonként. Nem valósult meg tehát az, hogy az aktív ágyak számának csökkentését a rehabilitációs és krónikus ágyak számának emelkedése ellensúlyozza majd. A Jelentés adatai alapján a nappali kórházak száma 2006 és 2010 között 11-ről 9-re csökkent, 3412-ről 2684-re (21,3%-kal) csökkent, mindez tovább rontotta a betegek hozzáférési esélyeit. Ezt igazolja az is, hogy a Jelentés szerint az ellenőrzés számára információt szolgáltató kórházak körében az aktív ellátásban betegvárakozási időt jelző intézmények száma a 2006. évi 8-ról 2011-re 11-re nőtt. A jelzett átlagos várakozási idő mindkét évben 7,8 nap volt, de míg 2006.-ban 15 nap volt a leghosszabb várakozási idő, ez 2011-re 30 napra nőtt.

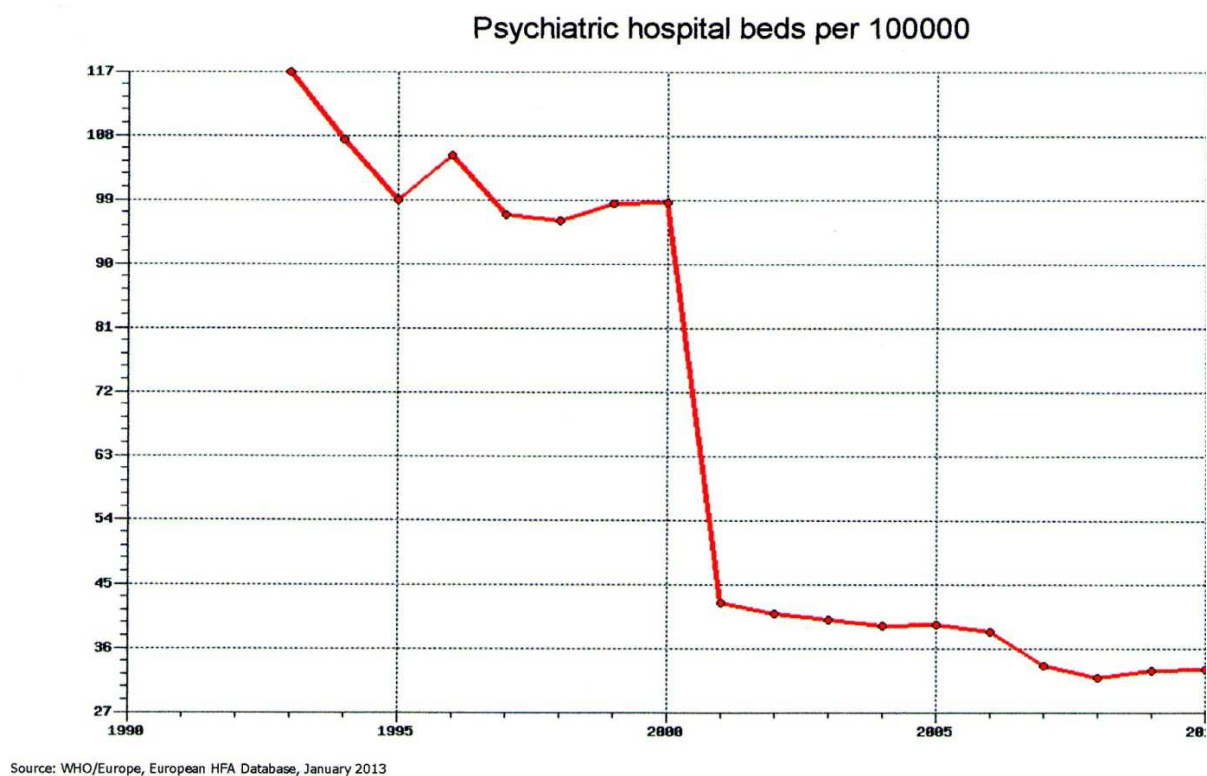
⁷ <http://www.asz.hu/jelentes/1286/jelentes-a-pszichiatrai-betegellatas-atalakitasanak-ellenorzeserol/1286j000.pdf>

Nem valósult meg a „struktúraátalakításnak” az a célja sem, hogy csökkenjenek a területi ellátási egyenlőtlenségek. A Jelentés leszögezi, hogy a megyei kapacitások közötti különbségek a 2006-2010. évek között alig csökkentek, az aktív fekvőbeteg-ellátás keretében pl. Heves megyében 1,2 ágy jut tízezer lakosra, míg a Dél-Alföldön ennek háromszorosa. Négy megyében egyáltalán nem működik krónikus ágy. A Jelentés szerint a megyék közötti 2,5-től közel 6-szoros kapacitáskülönbségek nem igazolhatók a lakosság igényeinek illetve szükségleteinek különbségeivel.

A Jelentés összegző megállapítása szerint az ellátórendszer átalakítása ugyan az ellátás racionalizálását tűzte ki célul, de a megfelelő szakmai előkészítés hiánya miatt végső soron a pszichiátriai ellátás feltételeit rontotta. Nem vált kiegyensúlyozottabbá a kórházi kapacitások elosztása, nem jött létre fenntarthatóbb, a szükségletekhez jobban igazodó ellátási rendszer.

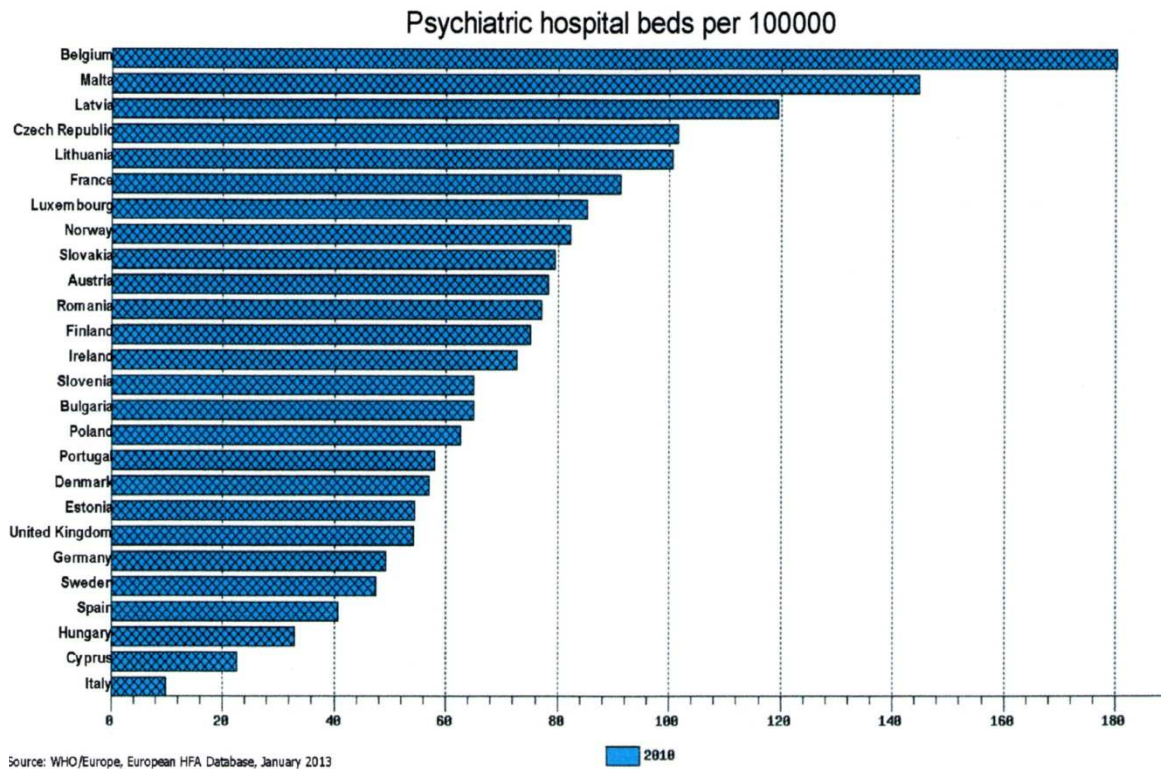
A Jelentés kiemeli továbbá, hogy egyes ellátások, például a magas biztonságú, a forenzikus, osztályok teljesen hiányoznak.

A pszichiátriai ágyak számának alakulását illusztrálja az alábbi ábra.



10 . ábra A Pszichiátriai ágyak számának alakulása

Európai uniós összehasonlításban a pszichiátriai ágyak száma nagyon alacsony, Magyarország hátulról a harmadik helyen áll, amint azt az alábbi ábra mutatja.



11. ábra A hazai pszichiátriai ágyak száma európai uniós összehasonlításban

Járóbeteg ellátás

A kapacitásátrendezés mellett 2007. április 1-jétől 50%-kal csökkent a pszichiátriai járóbeteg gondozók fix finanszírozása, illetve 2011. október 25-től megszűnt a finanszírozásnak ez az eleme, amely rontotta a területi járóbetegellátás súlypontját képező ellátás működési feltételeit. A jelzett dátumtól bevezetett Homogén Gondozói Kódok emelt pontértékeibe a korábbi fix díj beépítésre került, ennek ellenére a 2011. évi kifizetés a 2006. évben teljesítetthez képest 16%-kal (633,3 M Ft-tal) kevesebb. 2011 áprilisában 184 millió Ft, novemberben (ekkor váltotta a fix díjat a HGK) 138 millió Ft volt a pszichiátriai gondozók összfinanszírozása. 2006-ban egy órára jutó pont 1228, míg az egy órára jutó össz-finanszírozási érték 6161 Ft, míg 2010-ben 1939 pont mellett már csak 4556 Ft volt.

A Jelentés szerint 2006 és 2011 között a járóbeteg ellátás (járó-, ambuláns beteg és gondozói ellátás) összes heti óraszám 2,3%-kal csökkent, 26,0 ezerről 25,4 ezerre. A járóbeteg ellátás kapacitása – az összes járó-ambuláns és gondozói rendelés óraszám heti 26 ezerről heti 25,4 ezerre, azaz 2,5%-kal, az összes betegszám 1,9 millió betegről 1,7 millió betegre, azaz 10,5%-kal csökkent. A betegszám csökkenésében az ellátási kapacitás csökkenésén túl szerepe volt az átmeneti időszakra alkalmazott vizitdíjnak, a jogviszony ellenőrzésének, a betegellátási minimum idő bevezetésének, a három hónapos gyógyszerfelírás alkalmazásának is. A pszichiátriai járóbeteg-szakellátásban az átlagos ellátási kapacitás 2006-ban 22,2 rendelési óra volt tízezer lakosra vetítve, ez a

2010-re nem változott. Ezen belül a szakrendelés és a gondozás óraszámainak átlagai sem változtak számottevően a két év összehasonlításában.

A járóbeteg ellátásban a Jelentés adatai alapján a fekvőbeteg ellátáshoz hasonlóan nagyok a területi egyenlőtlenségek és ezek a különbségek megyékre lebontva az utóbbi években nem csökkentek számottevően. 2006-ban a tízezer lakosra vetített, 22,2 átlagos rendelési óraszámától a legmagasabb fajlagos kapacitású megye mutatója 42,5 órával több mint 90%-kal volt magasabb az országos átlagnál, a legalacsonyabb megyei mutató 8,1 órás értéke alig több mint egyharmada az országos átlagnak. 2010-re ezek az értékek (43,3 óra, +95,0%, 9,2 óra, 41,4%) érdemben nem változtak. Nem volt kapacitás a 2006. évben a nem szakorvosi szakrendelői órák esetében három, gondozás esetében pedig öt megyében. A 2010. évben eggyel nőtt azon megyék száma, ahol a gondozóknál nem volt szakorvosi kapacitás. A gondozás területén az elmúlt évben megindult kapacitás tisztítási, kiegyenlítési folyamat elakadt. **A pszichiátriai gondozók mind feladatkörük, mind hatásfokuk, mind gazdaságosság tekintetében elengedhetetlen fontosságúak és ezért nem visszafejlesztésük, hanem minimum a jelenlegi számuk megtartása indokolt.**

Finanszírozás

A Jelentés szerint az egészségbiztosító 2006 és 2010 között 92,5 Mrd Ft-ról 87,9 Mrd Ft-ra, 5%-kal mérsékelte a pszichiátriai betegellátás egészségügyi kiadásait. Ez az összeg a gyógyító-megelőző és a gyógyszer kiadásokat is tartalmazza. Mindezen belül a gyógyító-megelőző kasszából finanszírozott ellátások összege is hasonló mértékben csökkent, míg a gyógyszer támogatások az átmeneti csökkenés után meghaladták a 2006-os, kiinduló év összegét. Az ellenőrzéshez információkat szolgáltatató kórházak adatainak ÁSZ által elvégzett elemzése azt mutatta, hogy a kórházi pszichiátriai ellátásokra az OEP-től kapott bevételek fedezet-aránya a 2006-os 27%-ról 2010-re 22%-ra csökkent. A fedezet a Jelentés alapján azért csökkent, mert míg az egy esetre jutó átlagos OEP térítések 5,9%-kal, ezer forinttal, 17 E Ft-ról 18 E Ft-ra nőttek, addig az osztályos közvetlen gyógyítási költségek ugyancsak ezer forinttal, 13 E Ft-ról 14 E Ft-ra, vagyis 7,7%-kal emelkedtek.

A szakterületen a gyógyító-megelőző ellátások egészségbiztosítási finanszírozásában 2006-ban 25%-ot, azaz 10 064,4 M Ft-ot, 2010. évben már 28%-ot, azaz 9784,4 M Ft-ot képviselt a pszichiátriai járóbeteg-szakellátás és a gondozóintézeti gondozás támogatása. Az arány ugyan emelkedett, de az összeg még nominális értékben is csökkent.

A jelentés megállapítja, hogy összességében a pszichiátriai ellátást nyújtó intézmények szempontjából a finanszírozás kedvezőtlenül változott. A kórházi aktív ellátás alapdíját öt év alatt mindössze 10,3%-kal emelték (136 000 Ft/súlyszámról 150 000 Ft/súlyszámra). Megszűnt 2006 júliusában az addiktológiai, alkohol- és drogfüggő betegek rehabilitációjának kiemelt 1,6 szorzójú finanszírozása, valamint a szakmai minősítésű intenzív rehabilitációs ellátás 2,1-es és a krónikus ellátás 1,5 szorzója is. Az ezután bevezetett többféle szorzószám alapján számított éves átlagos szorzó 2010-re 1,25-re csökkent a 2005-ös évi átlag 1,73-ról. Az átlagos szorzó 27,7%-os csökkenése közben az alapdíj csak 24,4%-kal, a 2006-os évi átlag 4502 Ft/ápolási napról 5600 Ft/ápolási napra

nőtt öt év alatt. A járóbeteg ellátás alapdíja a 2006. és a 2010. évek között csak 10,3%-kal, 1,36 Ft/teljesítménypontról 1,50 Ft/teljesítmény-pontra emelkedett. Az ellátási teljesítmény eközben 18,2%-kal 3,3 Mrd teljesítmény-pontról 2,7 Mrd teljesítmény-pontra esett vissza.

A gondozók finanszírozása az ÁSZ által vizsgált időszakban a Jelentés megállapítása alapján a fenntarthatóságot veszélyeztető módon megváltozott, csökkent. Az egészségbiztosító a pszichiátriai gondozók finanszírozására 2006ban 3956,5 M Ft, míg 2010-ben 3138,6 M Ft, azaz 817,9 M Ft-tal kevesebb díjazást fizetett ki. A 2011-es kifizetés a 2006-oshoz képest 16%-kal, 633,3 M Ft-tal volt kevesebb. A 2010-2011 évben részletesen kidolgozott, és pilot projekt keretében kipróbált, megfelelő szakmai folyamat meghatározásokon alapuló finanszírozási modellt nem vezették be. A 2010. évi kormányváltás után a NEFMI által kezdeményezett korrekció célja a teljesítmény alapú finanszírozás mellett a gondozóintézeti hálózat működésének fenntarthatósága volt. Ennek érdekében bevezetésre került a Homogén Gondozói Kódok emelt pontértékeibe az eddigi fix díj. A Jelentés megállapítja, hogy a 2011. november 1-jén hatályba léptetett új gondozói teljesítmény elszámolási rendszer finanszírozási tapasztalatai az eltelt idő rövidsége miatt még nem értékelhető.

Ugyanakkor a Homogén Gondozói Kóddal kapcsolatos felmerült problémákat a szakma több alkalommal megfogalmazta, ezek az alábbiakban foglalhatók össze:

- A gondozási beavatkozások pont és így forint értékei igen alacsonyak, nem tükrözik az egyes beavatkozásokra fordított költségeket. Ennek következményeként az átlagszámításokból kialakult HGK-k is alacsonyak, a ráfordításokat nem tartalmazó értékűek.
- A homogén gondozási kód, jóllehet a működés általa lehetséges, inkább finanszírozás technikai, elszámolás technikai termék, szakmailag nehezebben definiálható, értelmezhető, használható.
- A jelenlegi elszámolás bevezetésének első hat hónapjában, a helytelen alkalmazás miatt a gondozói ellátásból jelentős összegeket vontak ki.
- Intézményhez (kórház, rendelőintézet) integráltan működő gondozók esetében a fix díj helyetti TVK növekményét nem a pszichiátriai ellátásra fordították.
- Számos gondozási eseményt, mely alapvető fontosságú az ellátás során, ez az elszámolási rendszer sem tud kezelni, megjeleníteni.

A gyógyszerkiadásokat illetően a szkizofréniások körében az egy főre jutó éves gyógyszer támogatás 264,3 E Ft/főről 313,7 E Ft-ra, vagyis 49,4 E Ft-tal, 18,7%-kal nőtt. A 2010. évi mutató reálértéken (egészségügyi árindexszel korrigálva) már valamelyest csökkent, 249,0 E Ft/fő/évre. A támogatásban részesített betegek száma 36 399 főről 37 534-re nőtt, ugyanakkor az egy beteg által kiváltott gyógyszer mennyiség is növekedett 408 DOT-ról 455 DOT-ra. A depresszió fajlagos gyógyszer támogatása 2006 és 2010 között 45,9 E Ft/fő/évről 45,8 E Ft/fő/évre csökkent. Kedvező, hogy az ebből az összegből kiváltott gyógyszerek átlagos mennyisége is nőtt, évi 297 DOT-ról 357 DOT-ra. A támogatott betegek száma 121 104 főről 115 370 főre csökkent, amely csökkenő

támogatotti létszám az ÁSZ szerint ellentmond a nemzetközi felméréseknek, így a támogatás abszolút értékének csökkenése a Jelentés alapján nem jelenti a költséghatékonyság növekedését. Az összes mentális zavar gyógyszer-támogatása öt év alatt mindössze 1,2%-kal, 657,4 MFt-tal nőtt, miközben a pszichiátriai betegek létszáma 13,3%-kal, azaz 69 136 fővel csökkent. A betegek gyógyszerre fordított kiadásai évi 7,6 Mrd Ft-ról 4,5 Mrd Ft-ra, vagyis 41%-kal csökkentek, ugyanakkor a kiváltott vények száma is 6,3 millió db-ról 4,9 millió db-ra, 22%-kal csökkent.

Szociális ellátás

A Jelentés megállapítja, hogy Magyarországon mind az egészségügyi, mind a szociális ágazat végez feladatokat a pszichiátriai betegek ellátásában, gondozásában, de az ellátás szempontjából nem képeznek összehangolt, egységes rendszert. Az egészségügyi és szociális pszichiátriai ellátások kapacitásai nem összehangoltak, az ellátási kapacitást az Eftv., a hagyományok, az egészségügyi és a szociális intézményeket fenntartók összehangolatlan intézményfejlesztései, valamint a különböző szakmai nézetek, érdekek együtt alakították. Nem jött létre fenntartható, modern szolgáltatási rendszer. Az ellátások keretszabályait elkülönülten, ágazatonként szabályozták. A pszichiátriai ellátást nyújtó egészségügyi és a szociális ellátórendszerek kapcsolódó ellátási elemeit is figyelembe véve a koordináció, a munkamegosztás, a célszerű betegirányítás terén vannak hiányosságok. A betegirányítást a hagyományok, az ellátást nyújtó szervezetek közötti egyedi megállapodások, valamint az éppen adódó lehetőségek határozzák meg. A teljes ellátás folyamatát koordináló ellátásszervezés nem jött létre. A pszichiátriai otthonok férőhely fejlesztése, a gondozottak elhelyezése nehézkes. Az átlagos várakozási idő a 2006-os 321 napról 2011-re 338 napra nőtt, de a Jelentés alapján előfordult ezer napot meghaladó várakozási idő is.

A szociális ágazatban a bentlakásos, nappali és közösségi ellátásokra fordított kiadások együttesen 14,7 Mrd Ft-ról 19,4 Mrd Ft-ra, közel egyharmadával nőttek. A kiadások növekedése alapvetően két tényező együttes hatására vezethető vissza. Míg a pszichiátriai szociális ellátások kapacitása a nappali és bentlakásos intézményeknél 11 698-ról 14 828 főre nőtt, addig a bentlakásos intézmények fajlagos finanszírozása 815,0 E Ft/fő/évről 710,7 E Ft/fő/évre csökkent a Jelentés adatai szerint. **Az egészségügyi és a szociális szervek összehangolása -a „hasítás” beszüntetése volna indokolt és kormányzati szinten gazdaságos is. A FOT revíziója például jó példa erre, ahol az egészségügyi és a szociális szakterületek gyakorlatilag külön dolgoznak.**

Humán erőforrás helyzet

A Jelentés megállapítja, hogy 2006 és 2010 között erőteljes csökkent a betegellátásban dolgozó pszichiáterek, gyermekpszichiáterek létszáma, 778 főről 706,4-re, vagyis 71,6 fővel. Ugyancsak csökkent a pszichológusok létszáma 272,8-ról 191,2-re, 81,6 fővel. A fekvőbeteg ellátásban a szakápolók létszáma pedig 631,6 fővel 1360,6-ról 729 főre csökkent – ami nem kevesebbet jelent, mint hogy a szakápolók száma kis híján megfeleződött! A pszichiáterek részére a külföldi munkavállalás céljából kiadott hatósági bizonyítványok száma emelkedett: míg

2006-ben 25, addig 2011-ben 36 volt. Jelenleg mind a pszichiátria, mind pedig a gyermek- és ifjúságpszichiátria is hiányszakma.

A Jelentés alapján a felnőtt pszichiátriai gondozók esetében az orvosok száma a 2009-re a 2006-os érték 76%-ára, 222,6 főre csökkent. Ezt követően enyhe emelkedés következett be, de 2010-ben így is csak a 2006. évi átlaglétsszám 80%-a, 233 fő dolgozott. A pszichológusok esetében az ingadozás a 2009-es legalacsonyabb átlaglétsszámot figyelembe véve 10%-os (60 fő), 2010-ben pedig mindössze 0,3%-kal (67,35 fő) haladta meg a 2006-os. átlaglétsszámot.

A Jelentés legfontosabb megállapításai

Az ÁSZ sommás megállapítása szerint a népegészségügyi és pénzügyi mutatók (indikátorok) alakulásának elemzése és a változások irányainak értékelése alapján 2006-hoz viszonyítva a pszichiátriai betegellátást szolgáló közpénzfelhasználás költséghatékonysága és eredményessége romlott. Anélkül, hogy a részletekbe mennénk, az alábbiakban csak az ezt a megállapítást alátámasztó főbb pontokat emeljük ki.

A költséghatékonyságot illetően a Jelentés megállapítja, hogy az egy pszichiátriai betegre jutó közfinanszírozás 2006 és 2010 között szkizofrén betegeknél 1228 E Ft/év/főről 1224 E Ft/év/főre, a depressziós betegeknél 603 E Ft/év/főről 433 E Ft/év/főre csökkent. Ugyanebben az időszakban a bentlakásos szociális pszichiátriai otthonokban az egy gondozott ellátásának közfinanszírozása 1561 E Ft/év/főről 1403 E Ft/év/főre csökkent. A fajlagos közfinanszírozási mutatók tehát kedvező irányba változtak (csökkentek). Ugyanakkor a kiadáscsökkenés az ellátáshoz való hozzáféréssel, a betegszámmal és az ellátási minőséggel együttes értékelése már nem igazolta a költséghatékonyság növekedését. A fekvőbeteg ellátásnál az alacsonyabb költségigényű ellátási formák közül a nappali kórházi ellátás szűkülése kedvezőtlen, míg a szociális ellátás körében biztosított közösségi ellátásra fordított kiadások növekedése kedvező iránynak tekinthető. A Jelentés tizenegy szempont (indikátor) alapján mérte és értékelte az ellátórendszer eredményességet, ezek közül kettő kedvező és kilenc kedvezőtlen irányban változott. A további részleteket illetően a Jelentés szövegére utalunk, a lényegét az alábbi, a Jelentésből átvett ábrákkal illusztráljuk.

Az eredményesség mérésére alkalmazott indikátorok és a 2006. és 2010. évek közötti változás értékelése

Nem javuló változók, nem teljesült célok:

Az öngyilkossági kísérletek száma növekedett.

A drogfüggők száma a 2002. évhez viszonyítva nem csökkent.

Az öngyilkossági kísérletet megelőző 3 hónapban pszichiátriai kezelésben részesültek arányának trendje növekvő.

A depressziós betegek kezelési arányszáma a várt növekedéssel szemben csökkent.

A százezer főre vetített öngyilkosságok számának 20 fő alá csökkenése nem történt meg.

Az aktív pszichiátriai és addiktológiai osztályokról hazabocsátottak 30 napon belüli visszavételi aránya emelkedett (romlott).

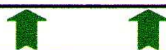
A fiatalok körében elkövetett öngyilkosság miatti halálozás 20%-os csökkenése mellett az utóbbi években a trend emelkedő (kedvezőtlen).

A pszichiátriai otthonokba történő elhelyezés várakozási ideje emelkedett.

A nem önkéntes pszichiátriai felvételű esetszám emelkedett.



Eredményesség összességében csökkent.



Javuló változók, teljesült célok:

Az alkoholos májsugor és egyéb alkoholos májbetegségek miatti halálozások számának 10%-kal való csökkenése 2008-ig megtörtént.

A pszichiátriai betegek közösségi ellátásában lévő betegek száma emelkedett.

12. ábra A pszichiátriai ellátás eredményességének vázlata a Jelentés szerint

A költséghatékonyság mérésére alkalmazott indikátorok és a 2006. és 2010. évek közötti változás értékelése

Nem javuló változók:

Az egy szkizofrén betegre jutó természetbeni ellátás (OEP kiadás) csökkent, miközben az ellátás minősége romlott.

A bentlakásos szociális intézményi ellátásokban az egy pszichiátriai gondozottra jutó közkiadás csökkent, miközben az ellátás minősége romlott.

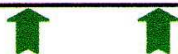
Az egy depressziós betegre jutó természetbeni ellátás (OEP kiadás) csökkent, de kevesebb az ellátott beteg és az ellátás minősége romlott.

Az egy depressziós betegre jutó gyógyszer támogatás csökkent, de kevesebb az ellátott beteg.

A nappali kórházban ellátott pszichiátriai betegek száma csökkent.



Költséghatékonyság összességében csökkent.



Javuló változók:

A közösségi ellátásra fordított központi kiadások aránya emelkedett a pszichiátriai fekvő- és járóbeteg-ellátás kiadásaihoz mérten.

Az egy szkizofrén betegre jutó gyógyszer támogatás csökkent.

13. ábra A pszichiátriai ellátás költséghatékonyságának alakulása a Jelentés szerint

A program forrás és ütemterv meghatározása

Lehatárolás

a) A dokumentum célja

- Ágazat: egészségügy
- Átfogó téma mentális egészségpolitika
- Régió: országos

b) Időhorizont

A program ideje: 2013-2020, az EU-s tervezési ciklushoz illeszkedően.

c) Helye és szerepe a KSIR dokumentum rendszerben

- (a) Mely KSIR dokumentumokra épít? EMMI
- (b) Mely KSIR dokumentumok felé irányadó?
- (c) Mely KSIR és más dokumentumokkal kell összhangban lennie?

Tervezési alapelvek, szempontok

A szakpolitikai program megalkotása az alábbi főbb alapelvek mentén történt.

- A mentális betegségek növekvő prevalenciája és terhei korszerű prevenciós és ellátási rendszert igényelnek Magyarországon is.
- Partneri együttműködés szükséges mindazon szereplők között, akik hozzájárulhatnak a mentális betegségek megelőzéséhez és kezeléséhez, a mentális betegséggel élők egészségi állapotának és életminőségének javításához, a mentális betegségek által okozott terhek csökkentéséhez.
- A nemzetközi és hazai szakirodalmi, kiemelten az epidemiológiai adatok és a mentális egészségügygel kapcsolatos hazai és nemzetközi szakmai és politikai állásfoglalások alapján készült a program.
- A program készítésénél maximálisan figyelembe vettük a bevált módszereket és a jó gyakorlatok folytatásának szükségességét, ugyanakkor alkalmasnak kell lennie a hazai megelőző és ellátó rendszernek az új, innovatív módszerek befogadására is.

A Mentális Egészség Nemzeti Szakpolitikai Program (2013-2016) egységes rendszerben kezeli a megelőzést és az egészségügyi ellátást. A megelőzésben a másodlagos és a harmadlagos megelőzésre koncentrál ez az egészségügyi program, az elsődleges megelőzés elsősorban az egészségügyön kívüli tevékenység. A program sikeres végrehajtása során ugyanakkor szorosan együttműködik az egészségügy a szociális és az oktatási nevelési intézményekkel, kormányhivatalokkal, önkormányzati szervekkel, civil szervezetekkel, szakmai és gazdálkodó szervezetekkel és a médiával.

A Program végrehajtásához elengedhetetlen az intézményi feltételek biztosítása és az emberi és anyagi erőforrások folyamatos, fenntartható biztosítása és fejlesztése.

Koncepció

A WHO az EU MHAP-ban 7 célt javasol: négy alapvető- és három átfogó célt. A célokat a dokumentum jövőképszerűen fogalmazza meg, ez magyarázza a jelen idejű megfogalmazást. A hazai célok megegyeznek az EU Mental Health Action Plan-ban megfogalmazott célokkal, melyek a következők:

A négy alapvető cél:

1. Mindenkinek egyenlő lehetősége van arra, hogy az egész élete folyamán megvalósítsa mentális jólétét, különösen azok, akik a legsérülékenyebbek vagy veszélyeztetettek.
2. A mentális egészség problémákkal küzdő emberek teljes jogú állampolgárok, akiknek az emberi jogait értékelik, megvédik és fejlesztik.
3. A mentális egészségügyi ellátás hozzáférhető és megfizethető, a közösségben az igényeknek megfelelően elérhető
4. Az emberek jogosultak tiszteletteljes, biztonságos és hatékony kezelésre, részt vesznek a döntésekben.

A három átfogó cél:

5. Az egészségügyi rendszer jó fizikai és mentális egészségügyi ellátást nyújt mindenkinek.
6. A mentális egészségügyi rendszer jól koordinált partnerségben működik más szektorokkal együtt.
7. A mentális egészség irányítását és a végrehajtást helyes információk és tudás vezérlik.

Különösen fontos, hogy az antistigma programok hatékonyabbak legyenek és ebben a média - különösen az elektronikus- segíthet sokat, amelyhez kormányzati támogatás szükséges. Magyarországon a mentális problémákhoz kapcsolódó stigma a világon az egyik legerősebb.

Az EU MH Action Plan tagállamokra vonatkozó részét, ill. annak hazai viszonyokra módosított változatát az alábbiakban foglaljuk össze.

1. cél: Mindenkinek egyenlő lehetősége van arra, hogy az egész élete folyamán megvalósítsa mentális jólétét, különösen azok, akik a legsérülékenyebbek vagy veszélyeztetettek.

1. A kormány és az állampolgárok egyre inkább értékelik a jólétet, és azt kívánják, hogy a politika ezt vegye számításba. A mentális jólét támogatja a rugalmasságot, erősíti a jövőbe vetett hitet, valamint erősíti a változásokhoz való alkalmazkodáshoz, a megpróbáltatásokkal való megküzdéshez szükséges képességeket. A nagy szociális és gazdasági stressz idején, különösen fontos azért, hogy megerősödjön a jóllét és megelőzzük a mentális egészség problémákat, főként a sérülékenyebb csoportoknál.
2. Az ország egyes régióiban emberek okozta vagy természeti csapások történhetnek, ami intenzív stressz és szenvedést okozhat sok embernek. A megfelelő prevenció és/vagy korai intervenció erősítheti az ellenálló képességet és csökkenti a poszt traumás stressz zavar (PTSD), a depresszió, a szorongás, a kóros szerhasználat, az erőszak és öngyilkosság előfordulását.
3. Integrált, átfogó megközelítésekről egyre inkább bebizonyosodik, hogy hatékonyabbak és költség-hatékonyabbak, mint az egyszerű intervenciók. A kormánynak központi szerepe van olyan feltételek megteremtésében, melyek felhatalmazzák az egyéneket és közösségeket, hogy emeljék és megvédjék a jólétet, és erősítsék az ellenálló képességet.

Kimenetel

1. Erősödő tudatosság a mentális jól-létről és az ezt támogató tényezőkről – az életmódban, a családban, a munkában, az iskolában, és óvodákban, a közösségben és a szélesebb társadalomban.
2. Támogatás nyújtása a mentális egészség szükségletekre az ante- és posztnatális ellátásban, beleértve az otthoni erőszak és alkohollal való visszaélés szűrését.
3. Kapacitásokat alakítanak az alapellátásban a mentális egészség javítása, a megelőzés, a felismerés érdekében, valamint az alacsony küszöbű pszichés támogatás biztosítására.
4. A mentális problémákkal élő embereknek a munka világába való visszatérésének növelése.
5. Az öngyilkossági arány csökken az egész társadalomban, ezen belül életkori, nemi, etnikai és egyéb sérülékeny alcsoportokban.
6. A jól-lét és a jól-lét determinánsainak felmérése (a mentális zavarok felmérése mellett) a teljes élethosszában.

Beavatkozások

1. Olyan öngyilkosság megelőző stratégiák kifejlesztése és alkalmazása, melyek magukban foglalják a legjobb bizonyítékokat, kombinálva az univerzális megközelítést olyan tevékenységekkel, melyek a sérülékeny csoportokat védik. Kiemelendő, hogy egy nemzeti szuicid prevenció program össz-társadalmi feladat, amelyben az egészségügyi/pszichiátriai és szociális ellátórendszerek mellett fontos szerepe van a társadalmi, politikai vezetésnek is.^{viii}
2. A traumatikus gyermekkori élmények (pl. abúzus, elhanyagolás, erőszak és drog-, alkoholhasználat átélése) csökkentése a tudatosság növelésével, korai intervencióval.
3. Általános és célzott mentális egészségfejlesztő programok indítása az iskolákban, beleértve a gyermekek érzelmi problémáinak és az iskolatársak erőszakoskodásának korai felismerését.
4. A munkáltatók **anyagilag erőteljesebb** ösztönzése, hogy csökkentsék a pszicho-szociális stresszorokat és a munkával kapcsolatos stresszt, növeljék a stressz-kezelést és vezessenek be egyszerű programokat a munkahelyi jól-lét elősegítésére.

2. cél: A mentális egészség problémákkal küzdő emberek teljes jogú állampolgárok, akiknek az emberi jogait értékelik, megvédik és fejlesztik.

1. A mentális egészségpolitika és a jogalkotás átalakul abba az irányba, hogy lehetőséget teremtsen a mentális egészség problémákkal küzdő embereknek arra, hogy rendelkezzenek javaikkal, és vegyenek részt teljes mértékben a társadalmi és a családi életben a saját maguk által választott az őket megillető módon.
2. Elfogadott, hogy a rokkantság és a fogyatékosága nem csupán a betegség következménye, hanem a mentális problémákkal küzdő emberek kapcsolatainak eredménye is, valamint külső attitűd-béli és környezeti akadályoké. A Fogyatékos Emberek Jogairól szóló ENSZ Egyezménynek (CRPD) megfelelően

szükség van arra, hogy a kormány és az intézmények nyújtsanak szociális, gazdasági és jogi támogatást, aminek a segítségével a mentális fogyatékossgal élő emberek gyakorolhatják állampolgári jogait.

3. A mentális egészségügyi ellátó rendszer lényegesen hozzájárulnak ennek eléréséhez, hiszen a jó közösségi ellátás javítja a szociális bevonódást és elősegíti a gyógyulást. Ezt csak olyan ellátásokkal és tevékenységekkel lehet elérni, melyek felhatalmazzák az egyént, valamint a közösségeket, hogy megvalósítsák lehetőségeiket, miközben védelmezik és fejlesztik emberi jogait.
4. Ez a megközelítés elkötelezettséget jelent a szociális igazságosság és egyenlőség alapvető értékei felé. Erős eszköz is, melyen keresztül az egészségügyi ellátó rendszer javítani képes az egyén és a népesség egészségét, valamint csökkenti a szociális és egészségi egyenlőtlenségeket.
5. Minden lépést meg kell tenni az önkéntes felvétel és kezelés, a kényszerítés elkerülése érdekében, egyidejűleg garantálni kell a nemzetközi és nemzeti emberi jogi eszközöket. Erős garanciákra van szükség az emberi jogok védelmére, beleértve nem önkéntes felvételek és kezelések dokumentálását; felül kell vizsgálni a körülményeket, amelyekben a személyi szabadságot korlátozzák; és hozzáférhetővé kell tenni a panasz-eljárásokat, független jogi tanácsadást és más támogatásokat. **Elengedhetetlen a civil kontroll és a független szakértők bevonása.**
6. Az emberi jogi megközelítés megköveteli annak a megértését és elemzését, hogy az egyenlőtlenség, a diszkrimináció milyen hatással van a mentális problémákkal küzdő emberekre, akár az egészségügyi ellátórendszeren belül, akár azon kívül. Az ilyen egyenlőtlenség, stigmatizáció és diszkrimináció egyes csoportok számára – beleértve azokat, akik etnikumuk, nemük, szexualitásuk, koruk, vallásuk, menekült státuszuk, szociális-gazdasági státuszuk és fizikai és/vagy mentális fogyatékossguk alapján kategorizálnak - nehézzé vagy lehetetlenné teheti, hogy hozzáférjenek a kellő mentális és fizikai egészséggondozáshoz.

Kimenetel

1. A mentális problémákkal küzdő emberek számára garantált minden emberi jog és védelem a diszkrimináció ellen. **Minden pszichiátriai beteget ellátó/szolgáltató legyen köteles a betegjogi, ellátottjogi és gyermekjogi képviselők, valamint a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum elérhetőségeit jól láthatóan elhelyezni.**
2. A mentális egészség problémáktól szenvedő emberek számára **a teljes állampolgári jogok gyakorlása feltételeinek biztosítása. a teljes állampolgári jogok biztosítása más emberekkel egyenlően, számításba véve azokat az eszközöket, amelyek az esetleges fogyatékossgok kompenzálásához szükségesek.**
3. A nem önkéntes kezelésnek alávetett emberek számára szabad információáramlás és jogi tanácsadás.

Beavatkozások

- Adoptálni vagy korszerűsíteni politikákat és a jogalkotást a ratifikált egyezmények és egyéb elfogadott nemzetközi dokumentumoknak megfelelően, biztosítva az emberi jogokat és a mentális egészségi problémákkal összefüggő diszkrimináció elleni védelmet.
- Az egyenlőtlenségek és diszkrimináció kezelése a mentális egészségügyi ellátásokhoz való hozzáféréssel és azok igénybevitelével kapcsolatban.
- Minden érintettet és családtagot el kell látni megfelelő információkkal, hozzáférhető formátumban, a jogairól, a gondozási standardról és kezelési alternatívákról.
- Létre kell hozni olyan mechanizmusokat, amelyek a mentális egészség problémákkal élők számára lehetővé teszik, hogy részt vehessenek a mentális egészség politikák és ellátások megtervezésében, nyújtásában, monitorozásában és értékelésében. **A civil és jogvédő szervezetek támogató tevékenysége e téren is elengedhetetlen.**
- Az érintettek és a családi támogató csoportok lehetőségét növelni kell, beleértve az anyagi támogatást is, erősíteni kell az érdekeik érvényesítésének lehetőségeit.
- Ingyenes jogi tanácsadást kell biztosítani a nem önkéntesen intézetbe felvett emberek számára. **A betegjogi, ellátottjogi és gyermekjogi képviselő intézményét is kellene fejleszteni -> főállású legyen és az intézményben tartózkodjon kb. napi 8 órában vagy 4 órában azért, hogy könnyebben elérhető legyen, mert jelenleg nem az és emiatt formálisnak tűnik a szerepük, illetve tájékoztatókat kellene kitenni, hogy hol kaphatnak gyors, hatékony jogi segítséget. A fenti képviselők elérhetősége mellett az országos pszichiátriai érdek és emberi jogi védelem civil elérhetőségével együtt.**

3. cél A mentális egészségügyi ellátás hozzáférhető és megfizethető, a közösségben az igényeknek megfelelően elérhető

1. A közösségi mentális egészségi ellátás középpontjában nem csupán a mentális zavarok kezelése áll, hanem a remény felébresztése és olyan lehetőségek biztosítása a mentális egészség problémákkal küzdő emberek számára, melyek segítik a felépülésüket. A bio-medikális, a társadalmi-gazdasági, a kulturális és pszichológiai aspektusok mind egyenlően fontos szerepet töltenek be a teljes élet elérésében.
2. Olyan stratégiák és/vagy akciótervek kidolgozása és elfogadása, amelyek célja az, hogy a hangsúlyt az intézményi pszichiátriáról áthelyezzék a közösségi alapú mentális egészségi ellátásra. A pszichiátriai ágyak száma jelentősen csökkent, a további csökkentés nem indokolt. Azonban a területi egyenlőtlenségek csökkentése egyes esetekben decentralizációt, míg a valóban progresszív ellátórendszer kialakítása, hiányos-hiányzó (szub)specialitások kialakítása ugyanakkor centralizációt jelent.
3. A nálunk valóban hungarikumnak tekinthető pszichiátriai gondozók köré olyan helyi közösségi alapú ellátást hozunk létre, amelyek az ellátandó terület igényeihez, a közösség demográfiai, morbiditási mutatói és egyéb helyi sajátosságaihoz igazodik. Az ilyen alapon szervezett ellátás képes integrálni a helyben

releváns információkat, ellátási formákat és eszközöket, támogatni az önsegítést, a családtagok bevonását és támogatását. Ez a rendszer jelenti az elsődleges gondozást a gyakori mentális egészség problémák ellátásában, a közösségi alapú prevenciót, és a súlyos és/vagy komplex mentális egészségi problémákkal küzdők pszicho-szociális rehabilitációját. Ezen okok miatt a gondozói hálózat szerkezet átalakítását az alapellátáshoz, a területhez való közelítésben és nem az intézményi integrációban kell megvalósítani. Az ambuláns ellátáshoz közösség közeli, kisebb fekvőbeteg osztályok kapcsolódnak az általános kórházakban azok számára, akiknek olyan intenzív ellátásra van szükségük, amely ambulánsan nem biztosítható. A speciális, ritkábban előforduló állapotok, a terápia rezisztens, illetve egyéb okokból specializált ellátást igénylők számára regionális/országos központokban kell megszervezni az ellátást, ide a forenzikus ellátást és a magasabb biztonsági fokozatú intézményeket is.

4. Sok betegnél több egészségprobléma jelentkezik, a mentális zavarok gyakran egymással és/vagy szomatikus problémákkal társulnak, közismerten magas a komorbiditás. Ezek az esetek komplexebb megközelítést kívánnak, szakma- és ágazatközi, valódi partnerségen alapuló együttműködést igényelnek.
5. A gyermekek és a fiatalok, valamint az idősek esetében felmerülhetnek a korral összefüggő speciális fejlődési-, illetve neuro-pszichiátriai problémák, melyek speciális szakértelmet, beavatkozásokat, ellátási formákat kívánnak meg. A gyermek-pszichiátriai vagy időskori ellátások olyan speciális ellátások különleges képzettségű szakemberekkel, amelyek szorosan együttműködnek a családokkal és a szociális szektorral. **A gyermekpszichiátriai fekvőbeteg osztályok száma (van, ahol a függetlensége is) elégtelen. Ráadásul országos eloszlásuk sem az igényeknek, sem a regionális megoszlásnak nem felel meg.**
6. A mentális ellátás megfelelő színvonala kizárólag kompetens szakemberek elégséges létszámával és megfelelő összetételével biztosítható. Az ellátási struktúra és gyakorlat változásai a munkaerő létszámának és a stáb megfelelő szakemberekkel történő összeállításának változtatását kívánja meg az ellátás minden szintjén.
7. Az alapvető mentális ellátások térítésmentesek, illetve olyan alacsony térítéssel vehetők igénybe, amelyek a legelesettebbek számára is biztosított azok elérése. Egyes speciális ellátásokkal kapcsolatban felmerülhet magasabb térítés is, de a rendszernek biztosítania kell, hogy az egész népesség számára elérhető legyen a megfelelő ellátás.

Kimenetek

1. A mentális ellátásokat úgy szervezik, hogy lehetővé tegyék a (normális) életet a társadalomban és létrejöjjön egy olyan ellátási spektrum, amely integrálva a speciális mentális és a generikus ellátásokat.
2. Az alapellátás képes a mentális zavaroktól szenvedő emberek helyes diagnosztizálására, alapvető kezelésére, szükség esetén referálására.
3. A közösségi alapú mentális ellátás a társadalom minden csoportja számára elérhető.
4. Olyan fekvőbeteg ellátó rendszer alakul ki, amelyben minden beteg számára biztosítható a megfelelő ellátás, a közösség-közeli kis osztályoktól kezdve a magasan specializált centrumokig, ide értve a

területi egyenlőtlenségek felszámolását is. A fekvőbeteg intézményekben megfelelő tárgyi feltételeket biztosítanak ahhoz, hogy a környezet maga is terápiás tényező legyen.

5. A krónikus mentális egészség problémával küzdő emberek is teljes jogú állampolgárként **élhessé**tik életüket.
6. A mentális ellátás minden korcsoportról megfelelően gondoskodik.
7. A család kapacitását és igényeit rendszeres időközönként felméri, képzést és támogatás nyújtanak nekik.
8. Jól képzett munkaerő megfelelő létszámban és összetételben elérhető az ellátás minden szintjén.
9. A mentális ellátások hozzáférhetőek tisztességtelen, diszkriminatív anyagi korlátok nélkül.

Beavatkozások

1. Olyan alapellátás létrehozása és működtetése, amely alkalmas arra, hogy a mentális problémákkal küzdő emberek elsődleges belépési pontja lehessen az egészségügyi ellátásba, és amely képes a leggyakoribb mentális zavarok rutinkezelésére.
2. Könnyen elérhető közösségi alapellátás, közel a legvesélyeztetettebb csoportokhoz, ide értve a legfontosabb támogató szolgáltatásokat is.
3. Speciális programok kidolgozása, elfogadása és működtetése a veszélyeztetett csoportok számára, mint például a szegény kisebbségi csoportok vagy a hajléktalanok.
4. Olyan, az életkoruknak megfelelő közösségi ellátás kialakítása és működtetése a fiatalok számára, amely egyaránt alkalmas arra, hogy korai intervenciót nyújtson valamely súlyos mentális zavar első epizódjakor, majd folyamatos támogatást nyújtson a beteg számára.
5. Olyan pszichiátriai egységek kialakítása, amelyek terápiás hatású környezetet jelentenek, biztosítják a magánélet tisztelőben tartását, ide értve a nemi elkülönülés lehetőségét a hálósobák, WC-K, fürdőszobák tekintetében. Olyan személyzet biztosítása, amely egyéni és hatékony kezelést nyújtására képes a méltóság tisztelőben tartásával. Mindez feltételezi a minimum-feltételek módosítását és a finanszírozás átalakítását. A járóbeteg ellátásban a gondozás területén egységes struktúrában, meghatározott területenként hasonló kapacitással, személyi állománnyal, tárgyi feltételekkel, a terepmunka lehetőségével bíró szolgáltatói hálózatot kell létrehozni. **Mivel közel hatvan pszichiátriai betegotthonban közel hétezer embert ápolnak, fentiek mellett az ún. intim szobák létesítéséről és azok szabad felhasználásáról gondoskodni kell.**
6. A forenzikus pszichiátriai ellátást az egészségügyi ellátó rendszerbe kell integrálni, azonban a személyzet speciális képzésére és speciális tárgyi feltételekre van szükség.
7. Azonosítani és támogatást kell nyújtani azoknak a családoknak, akik hosszas ápolást kívánnak, beleértve az oktatást, az időszakos ápolási segítséget és a megfelelő támogatást, legalább olyan mértékig, amennyivel a közösség költségeit csökkentik.
8. Bizonyítékokon alapuló antistigma tevékenységek folytatása a közösségben, különösen megcélózva azokat az embereket, akik hatással lehetnek a diszkriminációtól szenvedők életére. **Pl.**

ha tv-riportban vagy újságban hangzott el, jelent meg stigmatizáló kijelentés, akkor a következő számban az „elkövetők” kérjenek elnézést és tegyenek helyreigazítást és tegyék közzé a PÉF, mint szakértő szervezet álláspontját a problémás kijelentésről (ez a személyiségi jogi sérelmek egyik lehetséges és legkevésbé problematikus reparációja lehet).

4. cél A mentális egészségügyi ellátás hozzáférhető és megfizethető, elérhető a közösségben az igényeknek megfelelően.

1. Az orvos-beteg kapcsolat szerves része a mentális egészségügyi ellátásnak. A mentális egészségügyi ellátó rendszereket megtervező és működtető stábnak szem előtt kell tartania azt az örökséget, hogy a közösség nem bízik az ellátó rendszerben, sőt, fél tőle. Ha az emberek és családjaik bíznak abban, hogy garantált a méltóságuk és biztonságuk, csak akkor fogják bizalommal felkeresni a mentális egészségügyi szolgálatokat és folyamatosan igénybe venni a szolgáltatásaikat.
2. A mentális egészség problémákkal küzdő embereket is megilleti az a jog, hogy olyan kezelésben részesüljenek, amely megfelel a legjobb bizonyítékoknak, ide értve a biológiai, pszichológiai és szociális kezeléseket egyaránt. Támogatni kell az e-egészségügy bevezetését és a szakemberek képzését ezen a területen.
3. A betegeknek és családjuknak bíznia kell abban, hogy a kezelés megválasztásának egyetlen kritériuma, hogy mi szolgálja legjobban az egészségüket. A kezelést nyújtók esetleges érdekütközéseinek teljesen átláthatóaknak kell lenniük és közösség számára, ide értve minden anyagi ösztönzést, amely ösztönözhet bizonyos termékek rendelésére, legyen az fizetés, bónusz vagy bármilyen más juttatás.
4. A bizonyítékokon alapuló, biztonságos és humánus beavatkozások és kezelési lehetőségek fejlődését tükröznie kell a képzéseknek és továbbképzésekben, valamint a szakemberek kvalifikációjában. A hazai szakemberképzésnek és kvalifikációs eljárásoknak figyelemmel kell lennie az európai standardokra.
5. Az ellátó személyzet közismerten túlterhelt, gyakran nem megfelelő munkakörülmények között dolgozik, részben ezzel összefüggésben számára nem teljesíthető elvárásokkal, szerep zavarokkal, stigmatizációval, diszkriminációval szembesül. Csak „felhatalmazott”, magát megbecsültnek érző munkaerő képes tiszteletteljes és felhatalmazó gondoskodást nyújtania betegek és családtagjaik számára. Ehhez a kellő számú, megfelelő összetételű stábon, elfogadható munkakörülményeken kívül támogató, felelősségteljes vezetőkre, vezetési stílusra van szükség.

Kimenetel

1. Minden beavatkozás – legyen orvosi, szociális vagy pszichológiai – terápiás értékű, tiszteli az ellátásban részesülő, illetve indokolt esetben a családtagok méltóságát és preferenciáit.
2. A hatékony kezelés a hatékonyság és tisztesség alapelve mentén elérhető mindenki számára.
3. A munkaerő kellőképpen képzett, kompetens és magas morális szintet tart fenn.

4. Nemzetközi kooperáció jön létre a kormányok és a szakmai szervezetek között annak érdekében, hogy a lehetőségekhez képest egységes képzést, kompetenciákat és ellátási színvonalat alakítsanak ki.

Beavatkozások

1. Olyan szakigazgatási struktúrát kell kialakítani, amely elősegíti, biztosítja és ellenőrzi, hogy a betegek hatékony, biztonságos és etikus ellátásban részesüljenek.
2. Az ellátás felhasználói részt vesznek a döntéshozatalban, különösen a prioritásokkal, fejlesztésekkel és az innovatív, hatékony beavatkozások alkalmazásával kapcsolatban, mind a rendszer szintjén, mind pedig egyéni szinten.
3. Minden gyakorlatot a szakmai társaságok által megerősített szakmai és etikai standardok szerint kell működtetni.
4. A mentális egészséggel kapcsolatos kompetenciákat minden orvosi és más szakmai csoport egyetemi képzésébe be kell építeni, és folyamatosan olyan továbbképzést kell nyújtani, hogy az ellátórendszer tagjai képesek legyenek az új gyakorlatok alkalmazására és alkalmazkodni a változásokhoz.
5. Az ellátás minden szintjén biztosítani kell a megfelelő kompetenciákkal rendelkező szakembereket, a folyamatos továbbfejlődési lehetőséget, stimuláló munkakörnyezetet, és előremozdító etikai standardokat.

5. cél: Az egészségügyi rendszer jó fizikai és mentális egészséggondozást nyújt mindenkinek

1. A mentális egészség problémák adta súlyos betegség-teherhez hozzá kell adnunk a mentális és a fizikai (rossz) egészség komobiditásával és kölcsönhatásával. A szív-érrendszeri, a rákos és a diabéteszes betegek nagy aránya szenved depresszióban, ami jelentősen növeli a halálozási arányukat. A krónikus, nem fertőző betegségek és más betegség-csoportok pedig a mentális zavarok kockázati tényezői.
2. A súlyos mentális zavarokban szenvedők (ilyen a szkizofrénia, a bipoláris zavar vagy a súlyos depresszió) várható élettartama 20-30 évvel rövidebb, mint az átlag népességé. A magas mortalitás 60%-a rossz testi egészségi állapotuknak tudható be. Ezeknél a betegek az általános népességnél kevésbé profitáltak az iszkémiás szívbetegség, a rák és a diabétesz prevenciójában és kezelésében bekövetkezett kedvező trendekből még a fejlett országokban sem.
3. A mentális zavarokban szenvedők rossz fizikai egészségi állapota részben olyan kockázati tényezőknek tudható be, mint a dohányzás, a fizikai inaktivitás, a diétahibák, az alkohol- és droghasználat. Néhány pszichotrop gyógyszer nem kívánt hatása lehet a metabolikus szindróma, az elhízás és a 2. típusú diabétesz. Azonban az egészségügyi ellátáshoz és a szolgáltatások (folyamatos) igénybevételéhez való hozzáférésben mutatkozó egyenlőtlenségnek is komoly szerep jut a betegek magasabb halálozási arányában és a mortalitási arányok közötti különbség növekedésében. Ezt a különbséget és az ellátáshoz való hozzáférés terén mutatkozó egyenlőtlenségeket csökkenteni kell. Ugyanakkor a mentális zavarok számos testi betegség kockázati tényezői. Különösen a depresszió gyakori a kardiovaszkuláris

betegségben, diabéteszben és rákban szenvedőknél, ráadásul ezeknél a betegeknél az aluldiagnosztizálás és az alulkezelés még inkább jellemzi az ellátást. A rossz mentális egészség rontja számos testi betegség lefolyását és végkimenetelét. Negatívan befolyásolja az adherenciát és jelentősen hozzájárul a rokkantság kialakulásához és az életminőség romlásához. **A pszichoszociális probléma ez esetben is nagy mértékben függ a szociális ellátás minőségétől.**

Kimenetel

1. A mentális egészség problémákkal küzdő emberek számára ugyanolyan a várható élettartamot kell biztosítani, mint hasonló korú és nemű embereknél az átlag populációban.
2. A mentális egészség problémákkal küzdők számára az átlag populációval megegyező hozzáférést kell biztosítani a szomatikus ellátásokhoz, különös tekintettel a kardiovaszkuláris betegségek, a diabétesz, a rák ellátás és a fogászati ellátás terén. A szomatikus ellátás minőségének ugyanolyannak kell lennie, mint amilyenben az általános népesség részesül.
3. A mentális zavarokban szenvedő, szomatikus komorbiditású betegek testi betegségeit felismerik és megfelelő kezelésben részesülnek.

Beavatkozások

1. A súlyos mentális zavarokkal élők prioritási csoportot jelentenek a releváns stratégiákban.
2. Biztosítani kell, hogy minden ember ugyanolyan minőségű szomatikus és mentális ellátásra legyen jogosult.
3. Anti-diszkriminációs jogalkotásra van szükség és olyan kezdeményezéseket tenni, amelyek elősegítik a mentális zavarban szenvedők szomatikus ellátását, különösen sürgős szükség esetén.
4. Az intézményekben kezelt mentális zavarban szenvedők egészségi paramétereit, a kockázati tényezőit és a gyógyszerek nem kívánt hatásait folyamatosan monitorozni kell.
5. A mentális zavarokban szenvedőknél az oktatásba és a kezelési programokba be kell építeni az életmód-változtatást.
6. A háziorvosokat megfelelően ki kell képezni a szomatikus betegeknél fennálló komorbid depresszió és szorongás felismerésére és rutin kezelésére.

6. cél: Mentális egészségi rendszerek jól koordinált partnerségben működnek együtt más szektorokkal

- 1.** A mentális egészség és a mentális zavarokban szenvedők megfelelő ellátása, kezelése szempontjából elengedhetetlen a különféle ellátások valódi partnerségen alapuló, jól koordinált együttműködése. Olyan ellátás szervező szervezetet kell kialakítani, amelyek meghatározzák az ellátásban részt vevők kompetenciáinak megfelelő feladatokat, felelősségeket, megszervezik a megfelelő koordinációs rendszert a

különböző területi és egyéb alapokon szerveződő, különböző ágazatokhoz tartozó szolgáltatások között. Magyarországon a hatályos jogszabályok a közösségi pszichiátriai ellátást csak szociális szolgáltatásként ismerik, ez teljes mértékben ellentmond az európai szabályozásnak és gyakorlatnak. Úgy kell alakítani a szabályozást, a szolgáltatók megszervezését, kompetenciáik, ellátásban vitt szerepük, felelősségük meghatározását, hogy egyrészt világosan különüljön el a közösségi pszichiátria, mint egészségügyi ellátás és a mentális zavarokban szenvedők közösségi ellátás, mint szociális ellátás, másrészt definiálni kell, hogy mit értünk közösségi pszichiátria ellátáson és ki kell dolgozni az erre vonatkozó egészségügyi jogi és szakmai szabályozást. **Mindezt a területen tevékenykedő civil szervezetekkel együtt.**

2. Egységes értékelési rendszert kell kialakítani a különböző ágazatok szolgáltatói számára annak érdekében, hogy egységes rendszerben bírálják el, melyik felhasználó számára melyik szolgáltatás típus, illetve mely szolgáltatások kombinációi jelentik az optimális ellátást. A ma meglehetősen bonyolult „betegutakat” egyszerűsíteni kell, a párhuzamos szolgáltatásokat egyszerűsíteni kell. Növelni kell a különböző típusú szolgáltatóknál dolgozó szakemberek ismereteit az alternatív szolgáltatásokkal, szolgáltatókkal kapcsolatban egyrészt hogy ennek alapján javuljon a felhasználók átirányításának, másrészt a különböző szolgáltatóknál működő szakemberek közötti együttműködésnek a hatékonysága.
3. A mentális egészség, a közegészségügy és a szociális szolgáltatások finanszírozása különböző forrásokból és költségvetési rovatokból származik, melynek eredményeképpen eltérő kifizetési és visszatérítési szabályok érvényesek. Ezen eltérő szabályok akadályozhatják a jó gyakorlatok kialakulását. Meg kellene állapodni a finanszírozást lebonyolítók között a támogatások új módozataiban, akár tételek, költségvetési források összevonásával, ezzel javítva a hatékonyságot és méltányosságot. Néhány területen a szolgáltatások felhasználói és családjaik vannak abban a helyzetben, hogy meg tudják határozni a források hatékony és eredményes felhasználását. Ehhez biztosítani kell számukra a kellő jogosultságot is.

Kimenetel

1. A mentális zavarokban szenvedők megkapják mindazokat a juttatásokat és ellátásokat, amelyekre jogosultak.
2. A páciensek az integrált értékelési-(át)írányítási folyamatok segítségével hozzájutnak a számukra optimális ellátáshoz, beleértve a speciális ellátásokat is.
3. A finanszírozás megfelelően ösztönzi a hatékony ellátást.
4. A felhasználók és családtagjaik tapasztalatait felhasználják a források megfelelő allokációjához.

Beavatkozások

1. Specifikálni kell az alapellátás és a mentális ellátásban működő szolgáltatók szerepét, feladatait, kötelezettségeit, kompetenciakörét.
2. Biztosítani kell, hogy a jóléti, foglalkoztatási, lakhatási és oktatási lehetőségek meghatározásában a megfelelő mentális egészségi szolgálatok kompetensek.

3. Egységes értékelési.(át)irányítási eljárásokat kell kialakítani a különféle szolgálatok között, ide értve a különböző ágazatok égisze alatt működő szolgálatokat is.
4. A szoros partnerségben működő szolgáltatók számára az együttműködést ösztönző finanszírozási módszereket kell kialakítani és működtetni.
5. Átlátható, előrelátható és tervezhető költség-alternatívák nyújtásával lehetőségeket kell adni a felhasználók és/vagy családjaik számára, hogy az anyagi terhelés szempontjából is megtervezhessék saját ellátásukat.

7. cél: A mentális egészség irányítását és a végrehajtást helyes információk és tudás vezérlik.

1. A mentális ellátó rendszer minden szintjén és a társadalom mentális egészségének megbízható felméréséhez pontos, releváns és kellően friss tudás és információ elengedhetetlenek a népegészségügyi intervenciók hatékonyságának megítéléséhez, az ellátásban az egyenlőség, a hatékonyság, a hatásosság biztosításához; a humán erőforrás létszámának, eloszlásának és migrációjának követéséhez és az innovációval elért nyereség értékeléséhez.
2. A különféle érdekeltek, rendszerek különböző adatokat igényelnek. Egy olyan szerteágazó területen, mint a mentális egészség, szükség van bizonyos egészségi, társadalmi-gazdasági valamint környezeti változókkal kapcsolatos adatok inputjára, feldolgozásra, outputjára és eredményeire. Az adatokat csak akkor érdemes kérni, ha megbízhatóan lehet gyűjteni őket és az eredmények értelmesen felhasználhatók, mivel az értelmetlen, nem használható információ-igénylés a betegek gondozásától veszik el a kapacitásokat és az ellátók demoralizációjához vezetnek.
3. Az átláthatóság és elszámoltathatóság nagyon fontos, hogy kimutatható és fenntartható legyen a mentális egészségi ellátás biztonságossága és minősége, valamint a felhasználók és családtagjainak jogbiztonsága.
4. Az innovációhoz kutatásra, illetve magas szintű technológia transzferre van szükség, hogy értékeljék az innováció hatékonyságát, és azonosítsák a lényeges komponenseket, majd terjesszék a döntéshozók között.
5. A megbízható információgyűjtést és (az egységes) értelmezést akadályozza az időnként zavaros terminológia, melyet a mentális egészség területén használnak. Sok kifejezés nem egyértelmű, ezért konszenzusra kell jutni a fogalomhasználatban és a definíciókban.

Kimenetel

1. A kimeneti indikátorokat a célközönség szükségleteinek megfelelően választják meg és interpretálják.
2. A minőséget és a biztonságot függetlenül vizsgálják, bevonva a felhasználókat és családtagjaikat.
3. A kutatást koordinálják, az eredményeket továbbítják a potenciális felhasználóknak.
4. A személyzet létszáma, elosztása és motivációik ismertek.
5. (Nemzetközi) egyetértés a terminológiában és a definíciókban.

Beavatkozások

1. Az EU MHAP indikátorainak elfogadásán alapuló munka
2. Minőség és jogok ellenőrzését egymástól független szervek végzik, átlátható jelentéseket készítve.
3. Lépéseket tesznek annak érdekében, hogy megosszák az információkat a szakemberek és a különböző, érdekelt, szervek között, miközben megvédik az egyének jogait (titoktartás)
4. Támogatják a kutatást, fejlesztik a kapacitásokat a szükségletek felmérése, a hatékony innováció és mentális ellátás kimeneti változóinak értékelése érdekében.
5. A felhasználókat és családtagjaikat, **illetve a területen működő civil szervezeteket** a minőségellenőrzés integráns részeivé kell tenni.

Jövőkép és a célállapot meghatározása

Külső, felettes célok azonosítása

1. A népesség mentális jól-létének javítása, a mentális zavarok terheinek csökkentése, különös tekintettel a vulnerábilis csoportokra, a meghatározó tényezőkre és a kockázati magatartásokra.
2. A mentális problémákkal élők jogainak tisztelete, egyenlő lehetőségek nyújtása a legmagasabb életminőség eléréséhez, a stigma és a diszkrimináció leküzdése.
3. Elérhető, biztonságos és hatékony szolgáltatások kialakítása, amelyek megfelelnek a lakosság mentális, fizikai és szociális igényeinek és a mentális problémákkal élő személyek és családtagjaik elvárásainak.

Célállapot meghatározása

Méltányosság: Mindenki jogosult a mentális jól-lét lehető legmagasabb szintjének elérésére, és arra, hogy a szükségletei arányában kapjon támogatást. Meg kell gátolni a diszkriminációt, az előítéletet vagy az elhanyagolást bármely formáját, ami a mentális egészségi problémáktól szenvedő emberek jogai teljes elérésének útját állja.

Felbatalmazás: ~~Minden mentális egészségi problémától szenvedő embernek egész életében joga van ahhoz, hogy autonóm legyen,~~ Minden ember -emberi mivoltából adódóan autonóm, függetlenül ~~betegségétől-~~ kapjon lehetőséget arra, hogy felelősséget vállaljon és részt vegyen minden döntésben, amely életét, mentális egészségét és jól-létét, **valamint az összes emberi jogait** érinti.

Biztonság és hatékonyság: Az emberek bízhatnak abban, hogy minden aktivitás és intervenció biztonságos és hatékony, és a mentális egészségi problémákkal küzdő populáció javát, illetve jól-létét szolgálja.

A stratégiai cél meghatározása

A mentális egészség fejlesztése és a mentális zavarok megelőzése, illetve kezelése alapvető jelentőségű az élet minőségének, az egyének, családok, munkavállalók és közösségek jól-létének és produktivitásának megőrzése és javítása érdekében, ezzel elősegítve a társadalom egészének erejét és alkalmazkodó képességét.

SWOT-elemzés

A SWOT elemzéshez érdemes felidézni a LEGOP 2008-as változatában szereplő SWOT analízist. Ez lehetőséget ad benyomásokat szerezni a szakterületen zajló folyamatok dinamikájáról.

6. táblázat: 1. SWOT elemzés a 2008-as LEGOP-ból

Erősségek	Gyengeségek
▪ Magas képzettségű szakembergárda ▪ Kiterjedt, nemzetközileg is hivatkozható tradíciók ▪ Országosan kiépült pszichiátriai- gyermekpszichiátriai- és addiktológiai gondozóhálózat ▪ Krízisintervencióban képzett lelki telefonsegély szolgálatok országos hálózata ▪ Nemzetközileg is elismerten képzett orvos- és pszichológus- pszichoterapeuta szakemberek	▪ Az egészség, mint érték viszonylagos háttérbe szorulása a közgondolkodásban. ▪ Területi egyenlőtlenségek az ellátásban egyes szolgáltatások biztosításában, jelentős különbségek a hozzáférés tekintetében régióként és településtípusonként ▪ Az országos pszichiátriai emberi jogi és érdekvédelmi szervezet eddigi elégtelen bevonása a szakmai –a betegekre közvetve vagy közvetlenül ható- döntésekbe, a valós civil kontroll hiánya, a javaslatok figyelmen kívül hagyása, a minőségellenőrzésből való kihagyásuk. ▪ Az infrastruktúra állapotára vonatkozó felmérések és átgondolt fejlesztési koncepciók hiánya ▪ A fejlesztést, sőt az infrastruktúra állapotának szinten tartását akadályozó krónikus forráshiány ▪ A tulajdonosi viszonyok rendezetlensége, a fenntartói felelősség körüli bizonytalanság ▪ Az ágazatközi kapcsolatok, együttműködések, társulások hiányosak ▪ Az ellátórendszer szerkezete nem felel meg a demográfiai és morbiditási szükségleteknek ▪ A források elosztása nem a szükségletekhez, hanem a szerkezethez igazodik ▪ Nem megfelelő szerkezeti és működési hatékonyság ▪ Az ellátás minősége, kultúrája egyenetlen, esetenként és helyenként alacsony színvonalú ▪ Az ellátás infrastruktúrája, eszközellátottsága általában mennyiségileg elégtelen, minőségileg elavult ▪ Az info-kommunikációs rendszer alulfejlett ▪ Nem kellően fejlett az egészségmonitorozás rendszere ▪ Az egészség érték személete hiányos, alacsony az egészségtudatosság ▪ Nem megfelelő a minőségbiztosítás rendszere, elégtelen az ellátórendszer működésével kapcsolatos információgyűjtés ▪ Fejletlen a szakmai irányítást támogató elemző-, értékelő és tervező kapacitás és intézményrendszer ▪ Gyenge a betegek, egyéb érintettek érdekvédelmi rendszere, a fogyasztóvédelem nem hatékony ▪ A munkavállalók munkafeltételei és körülményei nem felelnek meg a hatékony munkavégzés követelményeinek ▪ Autoriter, teljesítményorientált iskolarendszer ▪ egyes földrajzi- és szakterületeken krónikussá vált a szakemberhiány ▪ kedvezőtlen orvos-szakdolgozó arány

	▪ hiányzó humán erőforrás stratégia, a szakterület szakember megtartó ereje igen alacsony ▪ a szakma stigmatizáltsága nem csökken kellő mértékben még társszakmák körében sem ▪ a pszichiátria kompetenciájának megkérdőjelezése
Lehetőségek	Veszélyek
▪ A szolgáltatások hatékony és minőségi működtetése iránti érdekltség növekedése ▪ A magántőke részvételének fokozott bekapcsolódása a fejlesztésbe ▪ Társadalmi konszenzus kialakulása a közszolgáltatások átfogó és sürgető reformjának szükségességéről ▪ Kiemelt társadalmi érdeklődés a szakterület iránt ▪ Kellően megtervezett strukturális változtatások jelentős hatékonyságnövekedést eredményezhetnek ▪ A modern sürgősségi ellátás, rehabilitáció, átmeneti intézmények kialakítása jelentős hatékonyság- és minőség növekedéshez vezethet ▪ Ágazatközi, különösen a szociális ágazattal való integráció ▪ A mentális egészség bizonyos aspektusai hatékonyan és költséghatékonyan javíthatók ágazaton kívüli beavatkozásokkal ▪ A szakterületben előállt kapacitás- és szakemberhiány miatt a további leépítés valószínűtlen, ▪ A szakterület a reformok mellé állt, és ez előnyt jelenthet a források elosztásánál	▪ Az átlagéletkor növekedésének hatására egyes szociális és egészségügyi szolgáltatások iránti igény folyamatos növekedése nem párosul a kapacitások és a működésükhöz szükséges állami források bővülésével ▪ Társadalmi szinten csökkenő hajlandóság és/vagy képesség a humán szolgáltatások infrastruktúrájának működtetési és fejlesztési költségeihez való hozzájárulás tekintetében ▪ A fizikai fejlesztések elégtelensége veszélyeztetheti a tartalmi fejlesztések és a rendszerek átalakításának hatékonyságát, a reformok sikerét ▪ Az intézményi reformok mikéntjének a kérdésében a mérvadó társadalmi, politikai tényezők között nem jön létre a megvalósításhoz elengedhetetlen konszenzus ▪ A torz szerkezet és nem kellően hatékony működés miatt egyes csoportoknál komoly ellátási zavar alakul ki ▪ A fejlettebb országokban fokozódó szakemberhiány és a szakemberek itthoni megbecsülésének hiánya miatti egyre erősödő „agyelszívás” miatt fokozódó szakemberhiány alakul ki ▪ A szakterületen belüli konszenzus hiánya miatt a szakterület alulmarad a forrásokért, támogatásokért folyó harcban

Mivel a 2008-as LEGOP-hoz képest a Mentális Egészség Nemzeti Szakpolitikai Programja szűkebb kört, csak a szorosabban vett egészségügyi területet foglalja magába, így szükségszerű bizonyos változtatás, hiszen a SWOT elemzésben az erősségek-gyengeségek az elemzett területre vonatkoznak, melyekre befolyással lehetünk, míg a lehetőségek-veszélyek pedig az azon kívüli területre, melyet figyelembe kell vegyünk és hatással van az elemzett terület működésére, de nem vagyunk rá befolyással! Ha az erősségeket vesszük szemügyre, megállapítható, hogy a 2008-as megállapítások ma is helytállóak, de sajnos, csökkenő „erővel.” A külföldi „agyelszívás” dinamikája nem csökkent, a „magasan képzett szakembergárda” egyre fogy, az utánpótlás nem elégséges, így az itthon- illetve a szakmában maradókra egyre nagyobb terhelés hárul. A pszichiátria korábban sem volt kiemelkedően „hálapénzes szakma”. Minden kutatás, forrás egyértelműen azt a tendenciát jelzi, hogy a hálapénz összege csökken, egyes kutatások szerint nominálisan is, mások szerint legalább értékben. Nem ismerünk a pszichiátriára koncentrált kutatást ebben a témában, így csak a kollégáktól érkezett anekdotikus jelzésekre támaszkodhatunk, amelyek azonban egybehangzóan a „hálapénz” jelentős csökkenésére utalnak. Ez a humán erőforrás megtartó képesség csökkenésére utal, ebből a szempontból kevésbé lényeges, hogy valóban objektív jövedelem csökkenésről van szó, vagy „csak” a szakemberek szubjektív értékeléséről. Nem magyar specialitás, hanem

sajnos, globális jelenség, hogy a pszichiátria területén meredeken zuhan a gyógyszeripar innovációs aktivitása, néhány vezető cég egyenesen megszüntette ez irányú fejlesztéseit. Ez a tendencia értelemszerűen a klinikai vizsgálatok számának csökkenéséhez vezetett, ez szintén jövedelem csökkenéshez vezetett az ágazatban, éppen a magasan képzett szakemberek körében.

A gondozóhálózat ma is működik, ma is pozitív értelemben vett „hungarikum”. Ugyanakkor a gondozók is humán erőforrás problémákkal küzdenek. Szükséges a finanszírozás átalakítása, e tekintetben folynak egyeztetések, modellkísérletek, amelyek hosszabb távú kimenete egyelőre nem belátható. Szükséges a szakmai működéshez jobban igazodó, a megfogalmazott kritikákat figyelembe vevő modell kidolgozása. A minimumfeltételek változásai is kedvezőtlenül érintették a gondozókat. Mindez összességében a kinyilvánított kormányzati szándékok ellenére a gondozók helyzetének romlásához, egyes területeken gondozók megszűnéséhez, alacsonyabb szintű működéséhez vezetett. Jelentős mértékben súlyosbítja a helyzetet az a szakmán belüli szerkezet átalakítás, amely a gondozókat a létszámproblémák megoldása céljából a pszichiátriai osztályokba olvasztja be. Ez a folyamat a pszichiátriai gondozás és ezzel az egész ellátás helyzetét tovább rontja.

A gyengeségek alatt 2008-ban felsorolt tényezők közül az egészség, mint érték szerepének értékelése utólag is vitatható. A felmérések eredményei szerint ugyanis a magyar lakosság saját és hozzátartozói egészségét akkor is az első helyekre sorolta az értékek rangsorában, így van ez ma is. Ugyanakkor ehhez képest meglehetősen keveset tett és tesz egészsége megőrzéséért, e tekintetben jelentős előrelépés nem következett be.

Az utóbbi évek tapasztalatai is azt erősítik sajnos, hogy a pszichiátria presztízse, érdekérvényesítő képessége nem nőtt az utóbbi években, ide értve a forrásokból való részesedés, fejlesztés területét is. Azt ma még nem tudjuk megítélni, hogy a 2012-es struktúraváltás változtat-e a helyzeten, vajon a struktúraváltást a lehetőségek, vagy a veszélyek alatt kell(ene) felsorolnunk.

A 2008-ban a lehetőségek között felsoroltak közül nem váltak be sem a magántőke fokozott bevonódásához, sem a további „leépítések” elkerülhetőségéhez fűződő remények. Ugyan jelentősebb „központi” leépítésekre nem került sor, ugyanakkor részben helyi döntések, részben szakember- és/vagy forráshiány miatt tovább szűkült az ellátórendszer, elsősorban vidéken. Pozitívumként említhetők a kilátásban lévő uniós források hozta lehetőségek.

A 2008-as veszélyek sajnos, ma is változatlanul fenyegetnek, sőt, elmélyülni látszanak, egyrészt a kedvezőtlen demográfiai változások erősödése, másrészt a humán erőforrás krízis kiéleződése miatt.

7. táblázat: 2. SWOT elemzés a Mentális Egészség Nemzeti Szakpolitikai Programjához

Erősségek	Gyengeségek
-----------	-------------

▪ Magas képzettségű, a nemzetközi tudományos és ellátási folyamatokra érzékenyen reagáló, azokkal folyamatosan kapcsolatban lévő nemzetközileg is elismert szakembergárda ▪ Kiterjedt, nemzetközileg is hivatkozható tradíciók, ▪ Országosan kiépült pszichiátriai- gyermekpszichiátriai- és addiktológiai gondozóhálózat ▪ Krízisintervencióban képzett lelki telefonsegély szolgálatok országos hálózata ▪ Nemzetközileg is elismerten képzett orvos- és pszichológus- pszichoterapeuta szakemberek ▪ A szakterület kész a források hatékony felhasználására	▪ Növekvő területi egyenlőtlenségek az ellátásban egyes szolgáltatások biztosításában, jelentős különbségek a hozzáférés tekintetében régióként és településtípusonként ▪ Az infrastruktúra állapotára vonatkozó felmérések és átgondolt fejlesztési koncepciók hiánya ▪ A fejlesztést, sőt az infrastruktúra állapotának szinten tartását akadályozó krónikus forrás- és szakemberhiány ▪ Az ellátórendszer átalakulása t körüli bizonytalanság ▪ Az egészség deklarált értékéhez viszonyítva a lakosság egészségmagatartása európai összehasonlításban nagyon gyenge ▪ Az ágazatközi kapcsolatok, együttműködések, társulások hiányosak ▪ Az ellátórendszer szerkezete nem felel meg a demográfiai és morbiditási szükségleteknek ▪ A források elosztása nem a szükségletekhez, hanem a szerkezethez igazodik ▪ Nem megfelelő szerkezeti és működési hatékonyság ▪ Az ellátás minősége, kultúrája egyenetlen, esetenként és helyenként alacsony színvonalú ▪ Az ellátás infrastruktúrája, eszközellátottsága általában mennyiségileg elégtelen, minőségileg elavult ▪ Az info-kommunikációs rendszer alulfejlett ▪ Nem kellően fejlett az egészségmonitorozás rendszere ▪ Nem megfelelő a minőségbiztosítás rendszere, elégtelen az ellátórendszer működésével kapcsolatos információgyűjtés ▪ Fejletlen a szakmai irányítást támogató elemző-, értékelő és tervező kapacitás és intézményrendszer ▪ Gyenge a betegek, egyéb érintettek érdekvédelmi rendszere, a fogyasztóvédelem nem hatékony ▪ A munkavállalók munkafeltételei és körülményei nem felelnek meg a hatékony munkavégzés követelményeinek ▪ egyes földrajzi- és szakterületeken krónikussá vált a szakemberhiány ▪ kedvezőtlen orvos-szakdolgozó arány ▪ hiányzó humán erőforrás stratégia, a szakterület szakember megtartó ereje igen alacsony ▪ Szakmai és gazdasági érdekek divergenciája
Lehetőségek	Veszélyek

▪ A szolgáltatások hatékony és minőségi működtetése iránti érdekeltség növekedése ▪ Társadalmi konszenzus kialakulása a közszolgáltatások átfogó és sürgető reformjának szükségességéről ▪ Kiemelt társadalmi érdeklődés a szakterület iránt ▪ Kellően megtervezett strukturális változtatások jelentős hatékonyságnövekedést eredményezhetnek ▪ A modern sürgősségi ellátás, rehabilitáció, átmeneti intézmények kialakítása jelentős hatékonyság- és minőség növekedéshez vezethet ▪ Ágazatközi, különösen a szociális ágazattal való integráció ▪ A mentális egészség bizonyos aspektusai hatékonyan és költséghatékonyan javíthatók ágazaton kívüli beavatkozásokkal ▪ A szakterület a reformok mellé állt, és ez előnyt jelenthet a források elosztásánál ▪ erősödő nemzetközi szakmai kapcsolatrendszer ▪ Kilátásba helyezett uniós források	▪ Az átlagéletkor növekedésének hatására egyes szociális és egészségügyi szolgáltatások iránti igény folyamatos növekedése nem párosul a kapacitások és a működésükhöz szükséges források bővülésével ▪ Társadalmi szinten csökkenő hajlandóság és/vagy képesség a humán szolgáltatások infrastruktúrájának működtetési és fejlesztési költségeihez való hozzájárulás tekintetében ▪ A fizikai fejlesztések elégtelensége veszélyeztetheti a tartalmi fejlesztések és a rendszerek átalakításának hatékonyságát, a reformok sikerét ▪ Az intézményi reformok mikéntjének a kérdésében a mérvadó társadalmi, politikai tényezők között nem jön létre a megvalósításhoz elengedhetetlen konszenzus ▪ A torz szerkezet és nem kellően hatékony működés miatt egyes csoportoknál komoly ellátási zavar alakul ki ▪ A fejlettebb országokban fokozódó szakemberhiány és a szakemberek itthoni megbecsülésének hiánya miatti egyre erősödő „agyelszívás” miatt fokozódó szakemberhiány ▪ A szakterületen belüli konszenzus hiánya miatt a szakterület alulmarad a forrásokért, támogatásokért folyó harcban ▪ a szakma stigmatizáltsága nem csökken kellő mértékben még társszakmák körében sem ▪ a pszichiátria kompetenciájának megkérdőjelezése
---	--

Cselekvési terv

A „Cselekvési terv” a WHO Mentális Egészség Akció Terve alapján készült, mely az egészségügyön kívüli megvalósítható célokat is tartalmaz. Ezek a célok és beavatkozási javaslatok szerepelnek a Mentális Egészség Nemzeti Szakpolitikai Programjában, megvalósításukat javasoljuk, azonban ez a Cselekvési terv – mely 2013 májusában készült – a rövid és középtávú egészségügyi feladatokra koncentrál, az eredeti felkérésnek megfelelően.

1. cél: Mindenkinek egyenlő lehetősége van arra, hogy az egész élete folyamán megvalósítsa mentális jól-létét, különösen azok, akik a legsérülékenyebbek vagy veszélyeztetettek.

Beavatkozások

Olyan öngyilkosság megelőző stratégiák kifejlesztése és alkalmazása, melyek magukban foglalják a legjobb bizonyítékokat, kombinálva az univerzális megközelítést olyan tevékenységekkel, melyek a sérülékeny csoportokat védik.

A. Az egészségügyi Kollégium illetékes tagozatai irányelvet dolgoznak ki az öngyilkosság megelőzésére, melybe bevonják a civil szervezeteket,(különös figyelmet fordítva a beteg, ill. hozzátartozói szervezetekre, valamint a krízis és segélytelefon szolgálatokra,) az oktatás-nevelésért felelős Államtitkárságokat, és az egyházakat. Az irányelvben megfogalmazandó stratégia kiter a sérülékeny csoportokra, köztük a gyermekekre, serdülőkre, idősekre, a munkanélküliekre és a hajléktalanokra.

B. A tagozati irányelvek alapján az OEP a szuicid prevenciós stratégiák egészségügyben történő alkalmazásához elvégzi a szükséges beavatkozási kódok felülvizsgálatát és finanszírozási protokollt dolgoz ki.

C. A tagozati irányelvek alapján az OEP a szuicid prevenciós stratégiák egészségügyben történő alkalmazásához elvégzi a szükséges beavatkozási kódok felülvizsgálatát és finanszírozási protokollt dolgoz ki.

D. Lelki egészség-fejlesztéshez kapcsolódó lakossági kommunikáció, média kapcsolatok.

E. Általános és célzott mentális egészségfejlesztő programok indítása az iskolákban, beleértve a gyermekek érzelmi problémáinak és az iskolatársak erőszakoskodásának korai felismerését.

2. cél: A mentális egészség problémáival élő emberek teljes jogú állampolgárok, akiknek az emberi jogait értékelik, megvédik és fejlesztik.

Beavatkozások

1. Adaptálni vagy korszerűsíteni politikákat és a jogalkotást a ratifikált egyezmények és egyéb elfogadott nemzetközi dokumentumoknak megfelelően, biztosítva az emberi jogokat és a mentális egészségi problémákkal összefüggő diszkrimináció elleni védelmet.
 - *Pszichoszociális akadálymentesítés bevezetése minden fogyatékos csoportban, a rehabilitáció során a pszichoszociális rehabilitációs elemek bevezetése a szakmai protokollokba és oktatásba, (pl. stresszkezelés a hozzátartozók bevonásával, önkép javítása, ön-megbélyegzés csökkentése, család pszichoszoc. támogatása, családi kapcsolatok segítése, társas kommunikáció és kapcsolatok segítése, pozitív gondolkodás, önmegvalósítás stb., az egyéni szükségletek, személyes életcélok felmérése alapján)*
2. Az egyenlőtlenségek és diszkrimináció kezelése a mentális egészségügyi ellátásokhoz való hozzáféréssel és azok igénybevételeivel kapcsolatban.

Felelős: Egészségügyért Felelős Államtitkárság

- A. A civil szervezetek bevonásával javaslat készül.
 - B. Ez a téma bekerül az orvostanhallgatók és az egészségügyi szakdolgozók képzésébe.
 - C. A mentális egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférést és azok igénybevehetőségét a GYEMSZI minőségellenőrzésért felelős osztálya ellenőrzi. Az ellenőrzés eredménye alapján a szakmai és civil szervezetek bevonásával az Egészségügyért Felelős Államtitkárság intézkedési tervet dolgoz ki és annak végrehajtását ellenőrzi.
3. Minden érintettet és családtagot el kell látni a betegséggel és a kezeléssel, gyógyulással kapcsolatos megfelelő információkkal, hozzáférhető formátumban, a jogairól, a gondozási standardokról és kezelési alternatívákról.
 - A. A szakmai irányelvekben szerepelnie kell ezeknek az információknak. Felelős: Szakmai Kollégium Pszichiátriai és Pszichoterápiás Tagozat
 - B. A leggyakoribb betegségekről, a betegek jogairól, a gondozási standardról és kezelési alternatívákról tájékoztató anyagok készülnek, melyeket az Egészségügyi Államtitkárság rendel meg.
 4. Létre kell hozni olyan mechanizmusokat, amelyek a mentális egészségi problémákkal élők számára lehetővé teszik, hogy részt vehessenek a mentális egészség politikák és ellátások megtervezésében, megvalósításában, monitorozásában és értékelésében.
 - **Felhasználók részvételének garantálása a döntéshozás minden szintjén. (A részvétel nem egyenlő az egyeztetéssel.) A szakértők díjazása.**
 - **Tapasztalati szakértők segítőként való alkalmazási lehetőségének bővítése a szociális, rehabilitációs, eü., fogyatékosügyi területen (pl. szakképzési küszöb csökkentése az ő esetükben**

indokolt, hiszen saját tapasztalatból tudnak segíteni, %-os foglalkoztatási minimum meghatározása), továbbá ezen területek oktatási és kutatási intézményeiben fizetett oktatóként, kutatóként.

- **Minőségügy: Az intézmények és szolgáltatások civil kontrollja.**

Felelős: Egészségügyért Felelős Államtitkárság, a Társadalmi Felzárkózásért Felelős Államtitkárság bevonásával

- Ingyenes jogi tanácsadást kell biztosítani a nem önkéntesen intézetbe felvett emberek számára.

Felelős: Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ, **Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum**

3. cél A mentális egészségügyi ellátás hozzáférhető és megfizethető, a közösségben az igényeknek megfelelően elérhető

Beavatkozások

1. Olyan alapellátás létrehozása és működtetése, amely alkalmas arra, hogy a mentális problémákkal küzdő emberek elsődleges belépési pontja lehessen az egészségügyi ellátásba, és amely képes a leggyakoribb mentális zavarok, kiemelten a szorongásos zavarok és a depresszió általános kezelésére.

A. A családorvosi rezidens képzési rendszer felülvizsgálata, és módosítása.

B. A családorvosok továbbképzésének felülvizsgálata és. módosítása.

C. A továbbképzésben részt vett, és bizonyítottan megfelelő felkészültséggel rendelkező családorvosok jogosultságának bővítése a pszichofarmakonok térítéssel történő rendelkezésére.

Az Egészségügyért Felelős Államtitkárság a fenti pontok teljesítésére kéri a Szakmai Kollégium Háziorvostan Tagozatát, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Tagozatát és Klinikai Szakpszichológia Tagozatát és az OEP-et.

2. Könnyen elérhető közösségi alapellátás, közel a legveszélyeztetettebb csoportokhoz, ide értve a legfontosabb támogató szolgáltatásokat is. ***Pszichoszociális akadálymentesítés bevezetése minden fogyatékos csoportban, a rehabilitáció során a pszichoszociális rehabilitációs elemek bevezetése a szakmai protokollokba és oktatásba.***

A szociális és az egészségügyi ellátás koordinált együttműködése. Ezt a célt szolgálja a 2013-ban induló koordinátori program a Norvég Alap támogatja bevezetését.

- Speciális programok kidolgozása, elfogadása és működtetése a veszélyeztetett csoportok számára, mint például a szegény kisebbségi csoportok vagy a hajléktalanok. **A fogyatékosok akadálymentes hozzáféréseinek biztosítása a mentális szolgáltatásokhoz. Kommunikáció segítése azoknál, akik nem tudnak kommunikálni: ismeretek az augmentatív és alternatív kommunikációs módszerekről. A pszichoszociális rehabilitáció megjelenítése a fogyatékosok rehabilitációja, habilitációja során.**

Felelős: Az Egészségügyért Felelős Államtitkárság, a Társadalmi Felzárkózásért Felelős Államtitkárság és Szociális és Családügyért Felelős Államtitkárság közösen kezdeményezi a programok kidolgozását, elfogadását és gondoskodik azok működtetéséről.

3. Olyan, az életkoruknak megfelelő közösségi ellátás kialakítása és működtetése a fiatalok számára, amely egyaránt alkalmas arra, hogy korai intervenciót nyújtson valamely súlyos mentális zavar első epizódjakor, majd folyamatos támogatást nyújtson a betegséggel élő számára.

Felelős: Az Egészségügyért Felelős Államtitkárság és a Szociális és Családügyért Felelős Államtitkárság

4. Olyan pszichiátriai egységek kialakítása, amelyek terápiás hatású környezetet jelentenek, biztosítják a magánélet tiszteletben tartását, ide értve a nemi elkülönülés lehetőségét a hálósobák, WC-k, fürdőszobák tekintetében. Olyan személyzet biztosítása, amely egyéni és hatékony kezelés nyújtására képes a méltóság tiszteletben tartásával. Mindez feltételezi a minimum-feltételek módosítását, **és a finanszírozás és a minőség-ellenőrzés** átalakítását.

A. GYEMSZI minőségellenőrzési rendszerén keresztül ellenőrzi és kezdeményezi a szükséges átalakításokat.

B. Az orvosképzésben, a szakorvosképzésben és a szakdolgozók képzésében és továbbképzésében (vizsgák anyagában is) szerepelnek ezek a pontok. Az Egészségügyért Felelős Államtitkárság felszólítja a Szakmai Kollégium Pszichiátriai és Pszichoterápiás Tagozatát és Ápolás (szakdolgozói) Tagozatát a vizsgakövetelmények ennek megfelelő felülvizsgálatára és a módosítások kidolgozására.

6. A forenzikus pszichiátriai ellátást az egészségügyi ellátó rendszerbe kell integrálni, azonban a személyzet speciális képzésére és speciális tárgyi feltételekre van szükség **és valódi, független, civil kontrollra.**

A. Az emberi erőforrások minisztere tárgyalást kezdeményez erről a közigazgatási és igazságügyi miniszterrel és a belügyminiszterrel az IMEI működtetéséről.

B. A bíróságok által elrendelt pszichiátriai osztályos megfigyelések erre kialakított, megfelelő tárgyi és személyi feltételekkel rendelkező osztályokon/részlegeken zajlanak. Ezek az osztályok/részlegek látják el a polgári peres ügyekben szükségessé váló intézeti megfigyelést is. ~~Az országban a becslések szerint négy ilyen részlegre, osztályra lesz szükség.~~

7. Bizonyítékokon alapuló antistigma tevékenységek folytatása a közösségben, különösen megcélozva azokat az embereket, akik hatással lehetnek a diszkriminációtól szenvedők életére. **A PTK. 84 §. figyelembe vételével.**

Antistigma programok támogatása, melynek a teljes EMMI és a Miniszter a védnöke.

4. cél A mentális egészségügyi ellátás hozzáférhető és megfizethető, elérhető a közösségben az igényeknek megfelelően.

Beavatkozások

1. Olyan szakigazgatási struktúrát kell kialakítani, amely elősegíti, biztosítja és ellenőrzi, hogy a betegek hatékony, biztonságos és etikus ellátásban részesüljenek.
2. Az ellátás felhasználói részt vesznek a döntéshozatalban, különösen a prioritásokkal, fejlesztésekkel és az innovatív, hatékony beavatkozások alkalmazásával kapcsolatban, mind a rendszer szintjén, mind pedig egyéni szinten.
3. Minden gyakorlatot a szakmai társaságok és kollégiumi tagozatok által megerősített szakmai és etikai standardok szerint kell működtetni.

A. A szakmai irányelvek és protokollok folyamatos fejlesztése/revíziója. Felelős: GYEMSZI.

B. Az orvosi és bioetika oktatását, művelését meg kell erősíteni az Egyetemeken. Tanszéki csoportok kialakítását javasoljuk. .

Az Egészségügyi Államtitkárság javaslatot tesz az illetékes felsőoktatási intézményeknek.

4. A mentális egészséggel kapcsolatos kompetenciákat minden orvosi és más szakmai csoport egyetemi képzésébe be kell építeni, és folyamatosan olyan továbbképzést kell nyújtani, hogy az ellátórendszer tagjai képesek legyenek az új gyakorlatok alkalmazására és alkalmazkodni a változásokhoz.

A. Az oktatás rendszeres fejlesztése és minőségének ellenőrzése (GYEMSZI, MAB).

5. Az ellátás minden szintjén biztosítani kell a megfelelő kompetenciákkal rendelkező szakembereket, a folyamatos továbbfejlődési lehetőséget, stimuláló munkakörnyezetet, és előremozdító etikai standardokat.

A. A Szakmai Kollégium Pszichiátriai és Pszichoterápiás Tagozata és Tanácsadó testülete és az OPAI kidolgozzák a minőség ellenőrzésének protokollját, **az érdekvédelmi szervezetekkel együtt.**

5. cél: Az egészségügyi rendszer jó fizikai és mentális egészséggondozást nyújt mindenkinek

Beavatkozások

1. A súlyos mentális zavarokkal élők prioritási csoportot jelentenek a releváns stratégiákban.
2. Biztosítani kell, hogy minden ember ugyanolyan minőségű szomatikus és mentális ellátásra legyen jogosult.
3. Anti-diszkriminációs jogalkotásra van szükség és olyan kezdeményezéseket tenni, amelyek elősegítik a mentális zavarban szenvedők szomatikus ellátását, különösen sürgős szükség esetén.
4. Az intézményekben kezelt mentális zavarban szenvedők egészségi paramétereit, a kockázati tényezőit és a gyógyszerek nem kívánt hatásait folyamatosan monitorozni kell.

A. A szakmai irányelvek, protokollok rögzítik ezeket a követelményeket.

Az Egészségügyért Felelős Államtitkárság felszólítja a Szakmai Kollégium Pszichiátriai és Pszichoterápiás Tagozatát és Ápolás (szakdolgozói) Tagozatát, hogy vizsgálja felül ebből a szempontból az érvényes irányelveket/protokollokat és felszólítja a GYEMSZI-t a szükséges ellenőrzés megszervezésére. Az Államtitkárság felkéri a Szociális és Családügyért Felelős Államtitkárságot, hogy a felügyelete alatt álló intézményekben ennek protokolljait dolgoztassa ki ill. vizsgálta felül és az abban foglaltak végrehajtásáról, és annak ellenőrzéséről gondoskodjon.

5. A mentális zavarokban szenvedőknél az oktatásba és a kezelési programokba be kell építeni az életmód-változtatást.

A meglévő, kidolgozott jó gyakorlatokat be kell emelni az OEP által finanszírozott eljárások közé. Felelős: Egészségügyért Felelős Államtitkárság, Szakmai Kollégium Pszichiátriai és Pszichoterápiás Tagozata. **Forrás**

6. cél: Mentális egészségi rendszerek jól koordinált partnerségben működnek együtt más szektorokkal

Beavatkozások

1. **A WHO értékek és alapelvek megjelenítése, átvezetése** szükséges a szociális, egészségügyi törvényeken, rendelkezéseken, protokollokon, irányelveken, hasonlóan az oktatásban, a média-etikában, a munkaügy

területén, valamint az ilyen szervezetekre vonatkozó szabályozásban, a szervezetfejlesztésre vonatkozó pályázatokban való megjelenítés, minden területen a minőségügyben való megjelenítés. Ennek részeként a **stigma- és diszkrimináció csökkentése a humán hivatások képzése és továbbképzése során**. Ennek részeként a **közösségi elvek és gyakorlat nagyobb arányú megjelenítése a humán hivatások képzése és továbbképzése során** (pl. orvosok, rezidensek, pszichológusok gyakorlati és elméleti képzésében a terepmunka, a mobilis munka elméletének és gyakorlatának bővítése), valamint a **stressz szerepének és felismerésének, kezelésének oktatása az egészségügyi- és szociális képzések során**, az egészségügyben **pszichoszomatika** szemléletének bővítése a képzések során.

2. **Kormány szintű, több szektort érintő lelki egészségprogram**

3. Szakágazatok és szakmák közötti **szinergikus beavatkozások**, együttműködési utak, egymás munkájának megismerése, egyeztetett protokollok, a tényleges munka szintjén a koordináció. A szakmák mellett a döntéshozói szintek, szaktárcák együttműködése (az EMMI erőforrásainak használata). **Civilek, kliensek, jó gyakorlatok bevonása**, a döntéshozásba, pályáztatásba, minőségügybe, a kezdetektől és minden szinten (figyelem, a bevonás nem egyenlő a véleményezéssel, vagy egyeztetéssel)

4. Az értékeket, alapelveket is monitorozó **ombudsmán** tevékenység kiakasztása

2. Specifikálni kell az alapellátás és a mentális ellátásban működő szolgáltatók szerepét, feladatait, kötelezettségeit, kompetenciakörét.

A. A Norvég Alap által finanszírozott koordinátori projekt és Leleki Egészségközpont projekt vezetőjét felszólítja az Egészségügyért Felelős Államtitkárság, hogy szervezzen az Államtitkárság felügyelete alatt egyeztetéseket, konszenzus konferenciákat az érintett felek részvételével, melynek alapján megszületnek ezek a specifikációk és azok beépülnek a szakmai és finanszírozási irányelvekbe/protokollokba.

3. Biztosítani kell, hogy a jólléti, foglalkoztatási, lakhatási és oktatási lehetőségek meghatározásában a megfelelő mentális egészségi szolgálatok kompetensek legyenek.

4. Egységes értékelési-(át)írányítási eljárásokat kell kialakítani a különféle szolgálatok között, ide értve a különböző ágazatok égisze alatt működő szolgálatokat is.

a. Az eljárások kidolgozása a Norvég Alap által támogatott koordinátori projekt feladata.

5. A szoros partnerségben működő szolgáltatók számára az együttműködést ösztönző finanszírozási módszereket kell kialakítani és működtetni.

A. Az Egészségügyért Felelős Államtitkárság megbízza ennek kidolgozásával a Szakmai Kollégium Pszichiátriai és Pszichoterápiás Tagozatát és Tanácsadó Testületét és az OEP-et, felkéri együttműködésre a WHO Magyarországi Irodáját.

5. Átlátható, előrelátható és tervezhető költség-alternatívák nyújtásával lehetőségeket kell adni a felhasználók és/vagy családjaik számára, hogy az anyagi terhelés szempontjából is megtervezhessék saját ellátásukat.

Fontos lehet a felhasználók munkatársként való alkalmazásának lehetősége.

7. cél: A mentális egészségügy irányítását és a végrehajtást helyes információk és tudás vezérlik.

Beavatkozások

1. Az EU MHAP indikátorain (függelék) elfogadásán alapuló munka
2. Minőség és jogok ellenőrzését egymástól független szervek végzik, átlátható jelentéseket készítve.
3. Lépéseket tesznek annak érdekében, hogy megosszák az információkat a szakemberek és a különböző, érdekelt, szervek között, miközben megvédik az egyének jogait (titoktartás)
4. Támogatják a kutatást, fejlesztik a kapacitásokat a szükségletek felmérése, a hatékony innováció és mentális ellátás kimeneti változóinak értékelése érdekében.
 - A. Az Egészségügyért Felelős Államtitkárság megbeszélést kezdeményez az ETT, az MTA, az NFÜ és más, kutatást irányító és finanszírozó szervezetekkel annak érdekében, hogy az egészségügyi ellátás és a szükségletek kutatását, fejlesztését, a technológia transzfer és az innovatív módszerek hazai bevezetését a pályázati rendszerek támogassák a mentális egészség – betegségek területén.
 - B. Az Egészségügyi Államtitkárság megvizsgálja, hogyan segíthető az, hogy minél több hazai szakember kapjon kutatási támogatást a mentális egészség javítását, a betegségek okait és jobb kezelését vizsgáló projektekre,
5. A felhasználókat és családtagjaikat a minőségellenőrzés integráns részeivé kell tenni. **Fizetett alkalmazottként, illetve civil kontroll formájában vehetnek ebben részt. Utóbbi esetben is szükséges finanszírozás, mivel a civil szervezetek erőforrásai nagyon szűkösek.**

Felelős: Nemzeti Beteg Fórum

A Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum úgy ítéli meg, hogy a hazai pszichiátriai ellátórendszer komoly átalakításra szorul. Véleményünk szerint a jövő pszichiátriai egészségügyi ellátásának kistérségi központokban, a közösségi alapú megoldásokra kell épülnie. A korszerű pszichiátriai központokban kevés aktív ágy, jól szervezett ambuláns ellátás és közösségi alapú szolgáltatások veszik körül a pszichiátriai betegeket. A jelenlegi magyarországi helyzet messze elmarad a kívánatostól.

A szkizofrénia kezelésében és a pszichotikus állapotok megelőzésében kiemelt jelentőségű az önsegítő (self-help) csoportok tevékenysége. Magyarországon a pszichoszociális károsodással élő személyek által működtetett önsegítő csoportok száma elenyészően kevés, támogatottságuk nem megoldott.

A Lelki Egészség Program megvalósításakor törekedni kellene arra, hogy ne csupán Budapesten, illetve a nagy városokban legyenek reálisan elérhető programok.

Tapasztaljuk, hogy a kis városokban, falvakban oly mértékű munkanélküliség van, és az ezzel együtt járó manifesztálódott lelki problémák, amelyek teljesen alkalmatlanná teszik az egyént a munkára.

Másrészt tapasztaljuk, hogy a szociális ágazatban dolgozók, akik véleményünk szerint a legrászorultabb populáció életét kísérik el a halálig, szinte semmilyen programban nem tudnak részt venni. Lásd például: köztisztviselők napja a köztisztviselőknek, Semmelweis nap az egészségügyben, „semmi nap” a szociális ellátásban dolgozóknak. Ez a terület az, amely életet ad az éveknek, miközben intellektuálisan és anyagilag egyaránt ellehetetlenül. Intellektuálisan az ágazatot ért folyamatos fenntartó váltás, anyagilag pedig a berekesztett bértábla adta lehetetlenségek miatt.

Tehát jó lenne, ha a Lelki Egészség Program ténylegesen az egész országra kiterjedően érezhető lenne.

Az 1972-es egészségügyi törvényt az 1997-es váltotta fel, amelynek a pszichiátriára vonatkozó része több szempontból elavult és aggályos. Feltétlenül több ponton módosítani kell, még hozzá lehetőleg még ebben a kormányzati ciklusban.

Budapest, 2013. július 4.

Radó Iván elnök
Mental Health Europe Hungarian National Focal Point
képviselésében is

Ábrák listája:

1. ábra A 15 évnél idősebb lakosság éves fejenkénti alkoholfogyasztása 2006-2010 között
2. ábra Az alkoholfogyasztás és a korcsoportok összefüggése az ELEF2009 adatai alapján
3. ábra Az alkoholfogyasztás és a nemek, valamint az iskolai végzettség összefüggése az ELEF2009 adatai alapján
4. ábra A „binge drinking” és a nemek, valamint az iskolai végzettség összefüggése az ELEF2009 adatai alapján
5. ábra A magyar lakosság öngyilkossági halálozásának alakulása
6. ábra A magyar öngyilkossági halálozás európai uniós összehasonlításban
7. ábra A magyar férfi lakosság öngyilkossági halálozásának alakulása
8. ábra A női öngyilkossági halálozás alakulása
9. ábra A 65 évesnél idősebb magyar lakosság öngyilkossági halálozása EU összehasonlításban
10. ábra A Pszichiátriai ágyak számának alakulása
11. ábra A hazai pszichiátriai ágyak száma európai uniós összehasonlításban
12. ábra A pszichiátriai ellátás eredményességének vázlata a Jelentés szerint
13. ábra A pszichiátriai ellátás költséghatékonyságának alakulása a Jelentés szerint

Táblázatok listája:

1. táblázat Szakorvos által diagnosztizált mentális zavarok az ELEF adatai alapján
2. táblázat Egyes „pszichotrop” gyógyszerek fogyasztása az ELEF adatai alapján
3. táblázat Pszichés panaszok az ELEF adatai alapján
4. táblázat Mentális jól-lét az ELEF adatai alapján
5. táblázat A kábítószer-használat előfordulása korcsoportos megoszlásban az ELEF adatai alapján(%)
6. táblázat: 1. SWOT elemzés a 2008-as LEGOP-ból
7. táblázat: 2. SWOT elemzés a Mentális Egészség Nemzeti Szakpolitikai Programjához

ⁱ World Health Organization. Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005.

ⁱⁱ World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008.

ⁱⁱⁱ European Commission. The state of mental health in the European Union. Bruxelles: European Commission; 2004.

^{iv} World Health Organization. European health for all database, 2009. Geneva: World Health Organization; 2009.

^v The European health report 2012: charting the way to well-being

^{vi} Wittchen HU et al: The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol. 2011 Sep;21(9):655-79.

^{vii} Bodonyi-Kovács István, Nagy Csilla, Juhász Attila, Páldy Anna „TRADICIONÁLIS” SZENVEDÉLYBETEGSÉG: A MÉRTÉKTELEN ALKOHOLFOGYASZTÁS NÉPEGÉSZSÉGÜGYI JELENTŐSÉGE MAGYARORSZÁGON A XXI. SZÁZADBAN(DESZKRIPTÍV EPIDEMIOLOGIAI ELEMZÉS) ADDIKTOLÓGIA – 2011. X. ÉVFOLYAM2. SZÁM pp 141-172

^{viii} Rihmer Z, Kántor Z, Rihmer A, Seregi K.: Suicide prevention strategies - a brief review. Neuropsychopharmacol Hung. 2004 Dec; 6(4):195-9.