

Napjainkra a pszichés zavarok – előfordulási gyakoriságukat és népegészségügyi kockázatukat tekintve is – felzárkóztak a szív- és érrendszeri megbetegedésekhez. Egy néhány évvel ezelőtt végzett hazai felmérés szerint a kérdezés időpontjában a felnőtt lakosság 26, a férfiak 20, a nők 30%-ának voltak depressziós tünetei, 74 év felett pedig minden tizedik ember küzdött súlyos depresszióval. Ez csupán egy, azon számos pszichés probléma közül, melyek életünk egy-egy szakaszában, vagy akár életünk végéig elkísérhetnek bennünket. Már most látszik, hogy a koronavírus-járvány csillapodását követően még többen szorulnak majd segítségre szorongásos, depressziós, poszttraumás tüneteik miatt. A jelenség súlyát jól mutatja, hogy a mentális betegségek gyógyítási költségei és az általuk előidézett összes társadalmi veszteség Magyarországon meghaladja a GDP 3%-át – összehasonlításképpen: ez majdnem háromszorosa a teljes magyar felsőoktatásra fordított éves állami kiadásoknak. Ennek jelentős része ráadásul indirekt költség, például kiesett munkanapok, csökkent munkavégzési hatékonyság, táppénz, és csak kisebb részt direkt egészségügyi ráfordítás.

Ha társadalmi szinten érzékeljük is az aggasztó jeleket, látva például a még mindig viszonylag magas – ráadásul 2020-ban egy tízéves csökkenő trendet megszakítva növekvő – öngyilkossági arányt, vagy az alkoholizmus széleskörű elterjedtségét, saját magunkról hajlamosak vagyunk azt gondolni, hogy minket nem érhet baj. Pedig nincs olyan ember, aki biztos lehetne abban, hogy egész élete során elkerüljük a pszichés zavarok: a genetikai örökségünkön kívül is jó néhány olyan tényező van, amik bármikor, akár önhibánkon kívül sérülékennyé tehetnek bennünket. A fokozott stressz, a munkanélküliség, a mérgező iskolai vagy munkahelyi légkör, a családon belül elszenvedett bántalmazás, a gyermekkori traumák, egy szeretett hozzátartozónk elvesztése, a válás vagy éppen a demencia – és a sor még hosszan folytatható – mind-mind olyan megpróbáltatások, amiket bárki megtapasztalhat élete folyamán, és amelyek – amennyiben nem kapjuk meg a számunkra legmegfelelőbb segítséget – mentális és fizikai állapotunk romlásához, akár korai halálunkhoz is vezethetnek.

A közzgondolkodás ennek ellenére gyakorta elbogatellizál egyes pszichés zavarokat, jelentős gátat emelve ezzel a megelőzésüknek és a kezelésüknek. Ha valaki például szorongással vagy depresszióval küzd, sokszor nem is tekintjük valódi szenvedéssel és komoly következményekkel járó betegséggnek, rosszabb esetben az érintett jellembeli gyengeségének tulajdonítjuk: a „fel a fejfel” közismert frázis is azt sugallja, csak rajtunk múlik, hogyan érezzük magunkat. A megbélyegzéstől tartva ezért sokszor inkább nem beszélünk róla, szakemberhez sem fordulunk, mígnem életminőségünk oly mértékben romlik, ami már nem, vagy csak nagy nehézségek árán hozható helyre.

A pszichés zavarok egy másik körét ezzel szemben éppen hogy túlmisztifikáljuk, egyszersmind tabusítjuk, hallgatásra és permanens szégyenérzetre kárhoztatva azokat, akik ezekkel a betegségekkel kénytelenek szembenézni akár közvetlen érintettként, akár hozzátartozóként. Társadalmunk közel 1%-a, azaz több tízezer ember él például skizofréniával (esetleg diagnózis nélkül), melyről a közvélekedés úgy tartja, veszélyessé és munkaképtelenné teszi az embert, holott önmagában ez a mentális zavar sem növeli meg szignifikánsan az erőszakos bűnelkövetés kockázatát. A korai felismerés, a megfelelő és korszerű gyógyszeres kezelés, valamint a folyamatos gondozás és szociális támogatás mellett az önálló életvitel fenntartása is lehetséges.

A tájékozatlanságból is eredő társadalmi előítéleteken, a stigmatizáción és a diszkrimináción túl a pszichiátriai, mentálhigiénés ellátás sikerességét az egészségügyi és a szociális ellátórendszer strukturális hiányosságai is súlyosan hátráltatják:

1. Ma Magyarországon azt, hogy hozzájutunk-e a megfelelő pszichiátriai és mentálhigiénés ellátáshoz, alapvetően határozza meg lakóhelyünk és társadalmi státuszunk. Mind az egészségügyi, mind a szociális férőhelykapacitások tekintetében átlagosan két-háromszoros különbségek vannak a megyék között, az állami finanszírozású ellátásokat kiegészítő vagy helyettesítő magán szolgáltatások (pl. egyéni vagy csoportos pszichoterápia) pedig sokak számára megfizethetetlenek, miközben éppen az alacsonyabb iskolai végzettségűeknél és a kedvezőtlen anyagi helyzetben lévőknel gyakoribbak a pszichés megbetegedések.
2. A hazai pszichiátriai és mentálhigiénés ellátás struktúráját leginkább egy fejére állított piramissal lehetne ábrázolni: alul helyezkednek el a korlátozott kapacitással bíró, sok esetben

alulfinanszírozott alapellátások és járóbeteg-szakellátások (közösségi és nappali pszichiátriai ellátás, pszichiátriai gondozók stb.), míg felül a jelentős férőhelyszámmal rendelkező, ugyanakkor kevésbé hatékonyan működő, az egyéni szükségleteket csak részben kielégíteni képes intézményi szakellátások (kórházi osztályok, pszichiátriai betegek otthonai). Ennek következményeként olyan problémákkal is kórházba kerülhetünk, kiesve a munkaerőpiacról és kiszakadva a családközből, melyek saját környezetünkben maradván, az életünket kevésbé befolyásoló módon is kezelhetők lennének. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) ajánlása szerint a közösségi erőforrásokra épülő, az egyént a saját környezetében támogató-gyógyító, felépülésközpontú szolgáltatások széles alapjára kell építeni a kisebb kapacitáson működő speciális intézményi ellátásokat, így biztosítva azt, hogy csak a legvégső esetben kelljen kórházba feküdni, vagy szociális otthonba költözni – azaz talpára kell állítani a piramist!

- Az egyes ellátási formák egymástól gyakran teljesen függetlenül működnek, miközben a modern pszichiátriai és mentálhigiénés ellátás az ember biológiai, pszichológiai, szociális (és esetenként spirituális) igényeit egyaránt figyelembe veszi, ami a gyakorlatban csak úgy valósítható meg, ha mindenki, akinek szerepe lehet a gyógyításban (pszichiáterek, pszichológusok, szakápolók, szociális munkások, addiktológusok, rehabilitációs foglalkoztatást végző szakemberek, gyógypedagógusok, művészetterapeuták stb.) együttműködik.** Jelenleg ma Magyarországon azt, hogy ki milyen ellátásban részesül, gyakran kevésbé a saját szükségletei határozzák meg, mint sokkal inkább a véletlen: hol lakik, kihez fordul elsőként a panaszával, illetve a felkeresett szakember milyen széles látókörrel és kapcsolati hálóval rendelkezik.
- Komplett csoportok számára nem, vagy csak elégtelen mértékben biztosított a szakszerű pszichiátriai és mentálhigiénés ellátás. Nem megoldott a hajléktalanokra specializált ellátás, a mai napig nem létesült magas biztonsági fokozatú pszichiátriai osztály, a gyermek- és ifjúságpszichiátria rendkívül súlyos férőhely- és szakemberhiánnyal küzd, az időskori demenciák egyre növekvő terhére nincsenek felkészülve sem az ellátórendszerek, sem a társadalom, a családon belüli bántalmazás áldozatai pedig továbbra sem kapnak specifikus figyelmet és támogatást.
- Mind az egészségügyi, mind a szociális pszichiátriai, mentálhigiénés ellátórendszer súlyosan és tartósan alulfinanszírozott, mely tükröződik egyrészt az infrastruktúra többnyire leromlott állapotában, másrészt a képzett szakemberek fokozódó elvándorlásában.

Mindezeket figyelembe véve Magyarországon egy olyan pszichiátriai és mentálhigiénés ellátórendszerre lenne szükség, amelyben az államilag támogatott egészségügyi és szociális ellátások mindenki számára, lakóhelytől és társadalmi helyzetétől függetlenül, magas színvonalon hozzáférhetőek, az eltérő egyéni szükségleteknek megfelelően kellően differenciáltak, valamint egymással jogszabályi szinten is összehangoltan és megfelelően finanszírozottan működnek.

Ami azonnal megvalósítható:

- önálló mentálhigiénés törvény előkészítésének megkezdése
- a lakosság mentális egészséggel kapcsolatos tudásának fejlesztése célzott információs, prevenciós és antistigma programokkal, a mentálhigiénés ismeretek iskolai tantervbe emelése, az óvodai és iskolapszichológusok létszámának, bérezésének, infrastruktúrájának fejlesztése, online információs és edukációs felület (dashboard) létrehozása a brit NHS weboldalának mintájára
- a kórházi pszichiátriai osztályok, a pszichiátriai rehabilitációs intézmények, a pszichiátriai és addiktológiai gondozók, a közösségi és nappali pszichiátriai ellátást nyújtó intézmények felújítása, az egészségügyi és a szociális pszichiátriai, mentálhigiénés ellátórendszerekben dolgozók bérrendezése, folyamatos szupervíziójuk biztosítása
- a civil fenntartású közösségi ellátók, valamint a beteg- és hozzátartozói szervezetek kiemelt anyagi támogatása, a jó gyakorlatok azonosítása és elterjesztése, együttműködés hazai és

A Programjavaslat a mentális egészség problémaival és kezelésükkel foglalkozó ellátórendszerek átalakítására és fejlesztésére című tudományos vitaindító programhoz kapcsolódó közérthető szöveg

nemzetközi civil jogvédő szervezetekkel az ellátások fejlesztése és a betegjogok/ellátotti jogok védelme érdekében

5. a hazai lakosság mentális egészségi állapotának, valamint a gyermekkori ártalmak és azok hosszú távú hatásainak átfogó, reprezentatív, standardizált, legalább kétvenkénti felmérése, , indikátor-fejlesztés, a rendelkezésre álló – elsősorban NEAK és ÁEEK – adatok strukturált gyűjtése, kiértékelése, hozzáférhetővé tétele

Ami rövid- és középtávon megvalósítható:

1. az alapellátás fejlesztése a háziorvosok pszichiátriai és mentálhigiénés továbbképzésével, az alapellátás megerősítése pszichológusokkal és mentálhigiénés szakemberekkel, a liaison (konzultációs) pszichiátria támogatása, orvosegyetemi pszichiátriai képzés folyamatos fejlesztése, pszichiátriai rezidens helyek számának növelése
2. a tapasztalati szakértők képzési rendszerének kialakítása és fejlesztése, foglalkoztatásuk finanszírozásának biztosítása
3. multidiszciplináris, országos hálózatot alkotó, az ellátás széles spektrumát lefedő mentálhigiénés centrumok kialakítása közösségbe integrált elhelyezéssel
4. a családon belüli erőszak áldozatainak segítséget nyújtó krízispontok létesítése
5. új ellátási formák kialakítása: hajléktalanokra specializált pszichiátriai ellátás, magas biztonsági fokozatú pszichiátriai osztály, kor- és szükségletspecifikus szakellátások, funkcionálisan integrált egészségügyi és szociális ellátások, a felépülés-központú szemlélet jegyében
6. az intézményi kapacitások és férőhelyek (járó- és fekvőbeteg, kórházi és bentlakásos) megfelelő elosztása, fejlesztése, korszerűsítése a jelentős területi egyenlőtlenségek csökkentése és a hozzáférés javítása érdekében
7. az egészségügyi és a szociális pszichiátriai ellátás finanszírozásának átalakítása és növelése, tekintettel az ellátások összehangoltságának és folyamatosságának ösztönzésére is
8. a bentlakásos pszichiátriai betegotthonok ellátórendszerben betöltött „végállomás-szerepének” fokozatos csökkentése a támogatott lakhatás kapacitásainak jelentős bővítésével és a rehabilitációs profil fejlesztésével
9. a gyermek- és ifjúságpszichiátria intézményi és humánerőforrás kapacitásainak összehangolt, hálózatos fejlesztése
10. Nemzeti Demencia Stratégia létrehozása és végrehajtása a demenciák hatékonyabb megelőzésére és kezelésére, valamint a demens betegek és hozzátartozóik életminőségének javítására

Fontosnak tartjuk hangsúlyozni: meggyőződésünk, hogy a lakosság mentális egészségi állapotának megőrzése, fejlesztése és javítása az emberi méltósághoz való jog biztosításának egyik alappillére, amely szükségszerűen elválaszthatatlan a társadalmi, gazdasági és politikai alrendszerektől. Ezért bármilyen mentális egészséggel kapcsolatos program – az imént felvázolt is, melynek jelentősen bővített, hivatkozásokkal és adatokkal alátámasztott változatát hamarosan publikálni fogjuk –, csak akkor valósulhat meg, ha összhangban áll a társadalom- és gazdaságpolitikai, az oktatáspolitikai, a (tágabb) egészségpolitikai, a szociálpolitikai, valamint a foglalkoztatáspolitikai célokkal és eszközökkel.