

EFOP-2.2.0-16-2016- 000008

Pszichiátriai és addiktológiai gondozóhálózat fejlesztése

KÖZÖSSÉGI PSZICHIÁTRIAI GONDOZÁS

Orvosi továbbképzés tananyaga

Szerző:

Dr. Harangozó Judit

SZÉCHENYI 



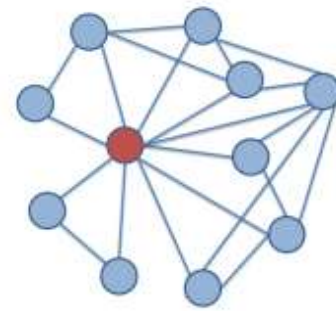
MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Regionális
Fejlesztési Alap

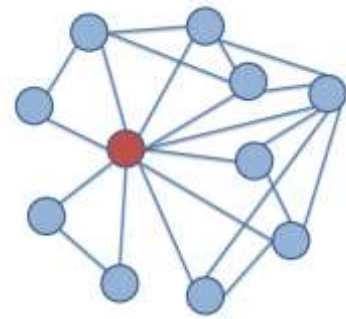


BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

BEVEZETÉS ÉS KAPCSOLÓDÁSOK I.



1. A **Kitekintés a pszichiátriai gondozás jó gyakorlataira és múltjára** c. előadásokban érintettük a hatékony közösségi gondozási gyakorlatokat és azok felépülés-szemléletét.
2. A közösségi gondozás egyik jó gyakorlataként mutattuk be a hagyományos **magyarországi pszichiátriai gondozást**, amely **közösségi pszichiátriai “alapellátásnak”** fogható fel.
3. Megismerkedtünk a közösségi pszichiátria magyarországi fejlődésében meghatározó **“Integrált pszichiátriai ellátás”** modelljével.



4. Az “**Önsegítést**” és a “**Team munkát**” bemutató előadásokban képet kaphattunk a **FELÉPÜLÉS** kontextusáról és a felépülést segítő szervezeti kultúráról.
5. A “**gondozói tevékenység bővítési lehetőségeiről**” szóló előadásban szerepelnek azok a területek, amelyek “progresszívebb”, közösségi alapú ellátási csomagokat tesznek hozzá az “alapgondozáshoz”.

- Az előadásban először a WHO észrevételeit és ajánlásait tekintjük át,
- majd a magyarországi szociális közösségi ellátásokkal és
- a pszichiátriai gondozók közösségi szolgáltatásai bővítésének lehetőségeivel foglalkozunk.
- A közösségi intervenciókat részletesen a rehabilitációval foglalkozó fejezetben tárgyaljuk.

A XIX-XX. SZÁZADI ELLÁTÁSI MODELL A „KÖZPONTBÓL SZERVEZETT...(WHO)



• A XXI. SZÁZADI MODELL DECENTRALIZÁLT ÉS MULTIDISZCIPLIÁRIS (BELEÉRTVE AZ ÖNSEGÍTÉST) - WHO

•Forenzikus ellátás

•Akut kórházi
•ellátás

•Védett lakhatás

•Házi hospitalizáció

•Reintegráció és
•rehabilitáció

•Közösségi
•munkacsoport

•Asszertív közösségi
•kezelés

•Alapellátás

•Önsegítés

A WHO SZOLGÁLTATÁSI MODELL I.

...egy a lakossági igényekre válaszoló szolgáltatási spektrum kialakítását tűzi ki célul. A közösségi alapú és kórházi szolgáltatások kölcsönösen függenek egymástól, integráltan dolgoznak az **elfogadhatóság, elérhetőség, hatásosság és hatékonyság** érdekében.



A WHO SZOLGÁLTATÁSI MODELL II.



Ezek a szolgáltatások a következők:

- (1) Eszközök és információ az **önsegítés**hez és a **családok** támogatásához.
- (2) Az **alapellátáshoz kapcsolódó szolgáltatások** a gyakori és egyszerűbben kezelhető mentális problémák megoldása céljából.
- (3) **Közösségi ellátási teamek** a súlyosabb, vagy **nehezebben kezelhető pszichiátriai problémák** kezelése érdekében.
- (4) Ágyak a közösségben..,vagy az általános kórházakban... és regionálisan, vagy országosan szervezett speciális szolgáltatások pl. az evészavarokkal élők számára, vagy a magas biztonságú szolgáltatások.

A WHO 2014-ES, PSZICHIÁTRIAI GONDOZÓKRA VONATKOZÓ ÉSZREVÉTELEI ÉS JAVASLATAI I.

- Az lenne a megfelelő, ha a súlyos és tartós pszichiátriai betegségekkel – és azok kockázatával – élő emberek lennének ezen szolgáltatások (Gonozók) fókuszában azzal a céllal, hogy segítsék társadalmi integrációjukat és megelőzzék a kórházi felvételeket.
- A járóbeteg rendelések **nem mindenütt található elérhető és elfogadható helyszínen**, ami feltehetően csökkenti az oda beutalt betegek számát.

A WHO GONDOZÓKRA VONATKOZÓ ÉSZREVÉTELEI ÉS JAVASLATAI II.

- Egyes járóbeteg rendelések nagyon alapszintűek és „medikális” modell szerint működnek, stigmatizáló környezetben. Megfontolásra javasolható ezek lakossághoz közeli, közösségbe integrált elhelyezése, lehetőleg a járóbeteg centrumokkal (beleértve a pszichiátriai gondozókat) integrálva.

A WHO GONDOZÓKRA VONATKOZÓ ÉSZREVÉTELEI ÉS JAVASLATAI III.

- A járóbeteg centrumok (a gondozókat beleértve) képesek a multidiszciplináris megközelítésre és az intervenciók széles körének biztosítására, beleértve a lakóhelyen vagy annak közelében történő ellátást és a pszichoszociális intervenciókat. Az ellátásoknak ez a változatossága kielégíti a páciensek szükségleteit, lehetővé téve az állapotromlás megelőzésére a korai intervenciót.

A WHO GONDOZÓKRA VONATKOZÓ ÉSZREVÉTELEI ÉS JAVASLATAI IV.

- Az ellátás legjobb példái integrált megközelítést alkalmaznak és integrált szolgáltatást nyújtanak, mely nagyobb flexibilitást és jobb eredményességet tesz lehetővé. Megfontolandó az ilyen integrációk ösztönzése.

A KÖZÖSSÉGI SZOCIÁLIS ELLÁTÁSOK I.

- Pszichiátriai és szenvedélybetegek közösségi ellátása
- Pszichiátriai és szenvedélybetegek nappali ellátása
- Szenvedélybetegek számára alacsonyküszöbű ellátás, utcai szociális munka

A PSZICHIÁTRIAI ÉS SZENVEDÉLYBETEGEK KÖZÖSSÉGI SZOCIÁLIS ELLÁTÁSÁNAK ERŐSSÉGEI I.

- a leginkább decentralizáltak, ami vidéken különösen fontos
- 25-35 klienst lát el egy gondozó, vagy koordinátor, tehát van a kliens komplex szükségleteire idő....
- A kliens és családja egyaránt célcsoport, a „környezeti tényezőkre” is hat
- A koordinátor a szolgáltatók és mások közti együttműködést szervezi a kliens és hozzátartozói céljai érdekében
- Leginkább a nagy szociális igényű, forgóajtós betegek ellátására szerveződött
- Minőség-ellenőrzött szolgáltatás (bár ez elsősorban a dokumentációra és a gazdálkodásra terjed ki)

A KÖZÖSSÉGI SZOCIÁLIS ELLÁTÁSOK ERŐSSÉGEI II.

- Nem zárja ki **tapasztalati szakértők** foglalkoztatását, támogatnia kell az önsegítést
- Képes ellátni a **kiscsoportos lakhatásba** „kitagolt” kliensek ellátását.
- A **nemzetközi jó gyakorlatokra** alapozott (ACT és IPE, lásd a jó gyakorlatokkal foglalkozó előadást)
- A módszertani hűség esetében **magasabb a költség-hatékonysága** mint a nappali és más szociális intézményeké.
- Megfelelő, 350 órás **képzés** áll rendelkezésre, korszerű módszertannal. Már kb. 2000 kiképzett szociális szakember van.

KISCSOPORTOS LAKHATÁS ÉS KÖZÖSSÉGI SZOCIÁLIS GONDOZÁS...

- A képeken ugyanaz a kliens Albániában egy nagy intézményben és a közösségben



A PSZICHIÁTRIAI ÉS SZENVEDÉLYBETEGEK SZOCIÁLIS KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁSÁNAK NEHÉZSÉGEI

- Nincs egészségügyi „lábuk”, - bár már van lehetőségük egészségügyi szakemberek alkalmazására konzultáció céljából..
- A szakemberek világszinvonalú, felépülés-alapú módszereket tanulnak, de a megvalósuló gyakorlat ettől néha eltér, túlzottan kontrolláló, nem segíti a felépülést.
- Kevésbé valósul meg az ellátás valódi tartalmának minőség-ellenőrzése és „karbantartása”
- A szolgáltatás viszonylag kis kapacitású és nem mindenütt áll rendelkezésre, nem tudja lefedni az összes közösség ellátási igényt.
- Újabban a szociális nappali ellátások finanszírozása jobb, mint a közösségi ellátásé, annak ellenére, hogy az utóbbi költség-hatékonyabb.

A SZOCIÁLIS NAPPALI ELLÁTÁSOK ERŐSSÉGEI

- Az amerikai Fountain House mintájára tervezték, amely felépülés- és önszegítés-alapú modell
- Rugalmasabb az eü. nappali ellátásoknál
- Komplex rehabilitációra ad lehetőséget a kliensek szükségleteire alapozottan
- Stabil finanszírozású



A SZOCIÁLIS NAPPALI ELLÁTÁSOK NEHÉZSÉGEI

- Bár a törvény kötelezi a 20 ezer feletti lakosságszámú településeken a létrehozását, az önkormányzatok sok helyütt ezt **nem valósították meg** és nincs is mindenütt megfelelően képzett közösségi szakember
- A szemlélet sok klubban **nem felépülés-szemléletű**, a klienseknél függőséget, „hospitalizációs ártalmat” okoz
- Jobb a finanszírozása, mint a közösségi gondozásoké, ezért a fenntartók **jobban érdekeltek a kisebb költség-hatékonyságú nappali ellátásban**, a kliensek „beterelésében”. Nem ösztönzött egy olyan sorrend, ahol a közösségi gondozásban nem eléggé jól haladó kliensek kerülhetnek a nappali ellátásba.

A PSZICHIÁTRIAI GONDOZÓK FEJLŐDÉSI LEHETŐSÉGEI A KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁS FELÉ

- A WHO javaslata, - amely a gondozókat „Közösségi központokká” tenné -, széles körű **szakmai konszenzust** élvez.
- Ennek előzményeként a gondozókban 2010-11-ban **finanszírozási modellvizsgálat** készült, amelyben „progresszívebb”, közösségi ellátási csomagok megvalósíthatóságát és költségeit tesztelték néhány gondozóban.
- Mivel a gondozók eltérő adottságúak, pl. az erőforrásaik tekintetében és van ahol nyitottak a pszichoszociális eljárásokra és a közösségi, felépülés-szemléletre, máshol pedig inkább a régebbi bio-medikális szemlélet uralkodik, a szerző szerint a közösségi „nyitást” **pályázati rendszerben, minőség-ellenőrzéssel** lehetne elkezdni.

LEHETSÉGES KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁSI STRATÉGIÁK A GONDOZÓKBAN I.

- Mobilis és gyors reagálású konzultáció és liaison szolgáltatások a házi orvos felé
- Akut betegek intenzív ellátása és otthoni intenzív gondozása (házi hospitalizáció) – 7x24 óra
- Területi (részben mobilis) krízis-szolgáltatások bővítése (szociális ellátókkal együttműködésben), krízis-fektetők 7x24 óra
- Nagy kockázatú csoportok kiemelt és alacsonyküszöbű komplex ellátása (pl. hajléktalanok, drog-függők, alkoholbetegek), szociális ellátókkal – 7x24 óra

LEHETSÉGES KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁSI STRATÉGIÁK A GONDOZÓKBAN II.

- **Korai intervenció** keretében családi stresszkezelés, pszichoterápiás, pszichoszociális és gyógyszeres intervenciók első epizódos pszichotikus betegek és prodromális állapotban lévők számára.
- **Család** bevonásával végzett közösségi gondozás súlyosabb pszichiátriai problémákkal élők számára
- **Önsegítő csoportok** támogatása, bevonása, tapasztalati és kísérő szakértők bevonása. Professzionális tájékoztatás.
- **Rehabilitációs gondozás.** Mivel ez egy következő előadás témája és nem különíthető el élesen a közösségi módszertantól, együttesen tárgyaljuk egy következő előadásban.

KÖSZÖNÖM A FIGYELMET!

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Regionális
Fejlesztési Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE