

## Műhely

### TÁMASZ-gondozók az alkoholbetegek kezelésében

Az addiktológiai járóbeteg-hálózat az elmúlt években jelentősen fejlődött, a régi típusú alkoholgondozók a TÁMASZ-konceptió jegyében modernizálódtak. A fekvőbeteg-ellátásban létrejöttek az önálló alkoholológiai-addiktológiai osztályok, a viszonylag önálló alkoholológiai részlegek, bár kevert típusú osztályok is maradtak a pszichiátriai hálózaton belül.

Az alkoholbetegek speciális addiktológiai ellátásának számszerű és tartalmi fejlődése azonban nem tudott lépést tartani a morbiditás-növekedéssel. 1995-ben már 1 millió alkoholistával kell számolni a Jellinek-formula szerint. Többségük (kb. 2/3-uk) ugyan nem sorolható az alkoholbeteg BNO diagnózisába, mégis a legkülönbözőbb alkoholos eredetű szomatikus szövődményekkel kezeljük őket.

Vizsgálataink is egyértelműen azt bizonyítják, hogy a keresőképes férfiak szív- és érrendszeri, illetve daganatos halálozása oki összefüggést mutat az egészségre káros mértékű alkoholfogyasztással. Sajnos, ez a magyar orvosok többségében, sőt az egészségügyi kormányzatban sem tudatosult. Csak egy megdöbbentő adat a sok közül: 1995-ben az addiktológiai gondozókban nyilvántartott 50252 beteg közül közel 10000-nél (9967) észleltek alkoholos eredetű belgyógyászati szövődményt.

Az addiktológiai gondozók statisztikai adataiból megállapítható, hogy 1995-ben az ellátási mutatók mérsékelten javultak, a napi orvosi óraszám 557,8 (117,3-mal több), a pszichológusi 107,5 óra (4,0-gyel több), a gondozónői 841,9 óra (12,4-gyel több), a szociális munkási 140,2 (10,7-tel több).

A létszám azonban még mindig kevés, különösen, ha figyelembe vesszük, hogy

- a nemzetközi norma szerint 100000 lakosra kellene napi 6-6 orvosi és pszichológusi óra, 16 gondozónői és 8 szociális munkási óra, tehát Magyarországon az optimális orvosi óra 612,6, a gondozónői 1633, és 816 a szociális munkási. A megemelt munkaórák bérének egy részét a TÁMASZ Alapítvány fedezi.

Sok még a kétszemélyes gondozó is (orvos-gondozónő), holott ez nem felel meg semmilyen szakmai elvárásnak. Az infrastruktúra hiányosságai miatt pedig az igazi terepmunka általában esetleges.

Még mindig kevés az önálló addiktológiai gondozó. Az alkohol-addiktológiai beteggondozás sok helyen csak papíron, elkülönített formában, de a pszichiátriai gondozás keretében zajlik, mert az alkoholbeteg-ellátás eredetileg elkülönített finanszírozása beleolvadt a pszichiátriai gondozók díjazásába.

A szakspecifikus gondozóintézet pedig az eredményes ellátás előfeltétele és a szenvedélybeteg-ellátás fejlesztése az egészségügy reformban megfogalmazott követelmény az ágycsökkentés lehetőségeinek érdekében.

A TÁMASZ-konceptió a kórházcentrikus szemlélettel és betegellátási formákkal szemben az ambuláns, félambuláns ellátás kialakítását preferálja. A teljesebb (holisztikus) orvoslás szemléletének elfogadását és a kuratív addiktológiában a prevenciót előtérbe helyező komplex, gyógyító-megelőző tevékenységet.

A TÁMASZ-konceptió célja az egységes addiktológiai hálózat (alkohol-, drog-, polytoxikománia), és a korai kezelésbe vétel megszervezése a családorvosokkal, a társszakmák orvosával, civil (pl. CsSK) és egyházi szervezetekkel együttműködve, részükre

a konzíliusi és tanácsadó szolgálat biztosításával. A TÁMASZ gondozókban csak olyan szakembercsoport dolgozhat (orvos, pszichológus, gondozó, szociális munkás, laikus segítők), amely képes a pontos differenciáldiagnosztikai munkára és az adott beteg állapotának megfelelő eredményes pszicho-szocioterápia végzésére a farmakoterápia mellett, ellátja a konzíliusi és tanácsadó szolgálatot.

Budapesten 27, vidéken 45 TÁMASZ gondozót sikerült megszervezni.

Az addiktológiai járóbeteg-hálózat munkájában a TÁMASZ koncepció alapján történt modernizálás minőségi javulást hozott.

### **A forgalmi adatok értékelése**

A TÁMASZ típusú gondozókban számottevően nőtt a forgalom (a pszichiátria keretén belül működő addiktológiai rendeléseken csökkent), a megjelenések száma 241255 volt. Az év végén 50252 gondozott beteget tartottak nyilván, olyan körülmények között, hogy 12 419 beteget-töröltek (többségében a kötelezés megszűnése miatt) és 15434 új, önkéntes beteget vettek gondozásba.

Az egységes addiktológiai hálózat elfogadható működését jelzi, hogy 1995-ben több mint 51-gyei emelkedett a drog- és a polytoxicoman gondozottjaik száma (összesen 1696).

A korai kezelésbe vétel szerveződését pedig az mutatja, hogy a családorvosok és a társszakmák orvosai 7555 szakkonzíliumot kértek, egyéb civil és egyházi szervezetek pedig 1151-et. A statisztikai adatok tükrében hasznosnak bizonyul a TÁMASZ gondozók tanácsadói szolgálata is, hiszen ezt 4202 alkalmazottal vették igénybe. A munka eredményességét mutatja talán az is, hogy az új gondozottak közel 25%-ánál sikerült tartós absztinenciát elérni az ambuláns kezeléssel.

A gond az, hogy az 1995. október 1-jével megkötött OEP-szerződésekből nem tűnik ki, hogy a többszörösen egyeztetett, javasolt – és támogatott – TÁMASZ gondozók plusz, óraszám-igényét elfogadták-e? Egyelőre zömében a TÁMASZ Alapítvány finanszírozza a többletmunkát.

### **Az addiktológiai fekvőbeteg-ellátás helyzete**

Ma (1995) Magyarországon 1637 nevesített addiktológiai ágy működik (ebből 671 aktív, 378 krónikus és 588 rehabilitációs ágy), 1995. október 1-jével az OEP-pel ennél kevesebb addiktológiai ágyra kötöttek szerződést.

A 10214000 lakost és a nemzetközi normát figyelembe véve, mely 10000 lakosra 3 addiktológiai ágyat tart szükségesnek, 3064 ágy működése lenne indokolt.

A jelenlegi ágyszám tehát még az 54%-át sem éri el a nemzetközi normának. 1995-ben addiktológiai ágyon kezelték 22731 beteget, pszichiátriai ágyon pedig 8100-at, ez összesen 30831 (ebből 29634 alkoholbeteg volt, 742 drogfüggő, 455 polytoxicoman). A 30831 betegből az addiktológiai gondozók összesen 4843-at utaltak be (15,7%). Elgondolkoztató, hogy a 84,3% hogyan és milyen állapotban kerül kórházba. Ha feltételezzük, hogy a pszichiátriai osztályon gyógykezelt betegeket -8100-at – a pszichiátriai gondozók küldték, ez együtt is csak 12943, tehát 42%-a a kórházban kezelt betegeknek. Valószínű, hogy az addiktológiai betegek 58%-a már súlyos szomatikus szövődéssel terhelten, több kerülőutat megtéve jutott el az alapbetegségét talán eredményesen befolyásolni tudó szakemberhez. Ezt látszik bizonyítani, hogy az addiktológiai-pszichiátriai osztályokon gyógykezelték között 13327-nél, tehát 43,2%-nál találtak belgyógyászati, illetve egyéb szomatikus szövődésményt, 8654-nél (28,1%) pedig alkoholos eredetű pszichózist. (...)

### **Következtetések**

Általánosan megfogalmazható tapasztalatok: a statisztikai adatok szerint növekszik az addiktológiai betegforgalom mind a fekvőbeteg-, mind a járóbeteg-ellátó helyeken.

A TÁMASZ típusú addiktológiai gondozókban jelentősen nőtt a forgalom, az ideggondozókban viszont stagnált vagy csökkent (pszichiátriai gondozókban).

A TÁMASZ gondozókban – mint a statisztikai adatok elemzésénél már jeleztük – szoros a kapcsolat a családsegítőkkel, a társadalmi szervezetekkel, az egyházi segítő szolgáltatásokkal és a családorvosokkal. A növekvő gondozotti szám mellett komoly mértékű a konzultációs betegforgalom is. A TÁMASZ gondozók esetmegbeszélő csoportokon, továbbképző előadásokon igyekeznek felkészíteni a családorvosokat a szenvedélyszerű visszaélők esetében a szakszerű betegvezetésre.

Az addiktológia és a házi orvosok kapcsolata persze még hagy kívánnivalót. Ennek okai:

- A házi orvosi képzés pontszerző tanfolyamait többnyire a klinikák végzik, s e téren az Országos Intézet javaslatai az addiktológiai ismeretek igen indokolt bővítésére elsikkadnak.

- A házi orvosok igen gyakran (szubjektív és objektív okok miatt) fedő diagnózissal szomatikus osztály azután csak súlyos polimorbid állapotban (kvázi) végállapotban kerülnek addiktológiára.

- Általánosan megfogalmazható, hogy nőtt az addiktológiai osztályok egy részlegének forgalma is. Jelentős, 35-40%-os a pszichiátriai osztályokon alkoholos neuropszichiátriai szövődmények miatt kezelt betegek aránya. Ebben mutatkozik némi különbség az ország régiói között.

- Egyes területi, regionális felmérések szerint igen jelentős a szomatikus szövődmények miatt belgyógyászaton, sebészetben, traumatológián, pulmonológiai osztályokon kezelt alkoholbetegek száma is. Extrapolált adatok szerint ez a kezelték 25-40%-a.

- Torzítja a statisztikát ugyan, hogy a HBCS-besorolás szerint az addiktológiai diagnózisok a fekvőbeteg osztályok számára sem kedvezőek, ezért ezt az alapbetegséget sokszor csak a szövődmények között lehet megtalálni.

- Az epidemiológiai vizsgálatok szerint észrevehetően nőtt az utóbbi 5 esztendőben az alkoholbeteg nők aránya (10%-ról 25%-ra) Ugyancsak jelentősen emelkedett a 35-59 év közötti korcsoportban (keresőképes férfi-lakosság) a korai halálozás-ráta, ezzel párhuzamosan kifejezett emelkedést mutat a veszélyeztetett mértékű alkoholfogyasztók aránya ugyanebben a korcsoportban (63,2%).

- A szuicídiumoknál, a közlekedési baleseteknél, a kriminális cselekményeknél az alkoholos befolyásoltság kiemelt szerepét igazoló adatok alapján az addiktológiai vészhelyzet romlott.

- Az addiktológiai veszélyeztetettség természetesen párhuzamos a szociális helyzet romlásával is. Ez a korai kezelésbe vételt még indokoltabbá teszi, s ugyanakkor rendkívül megnehezíti. A hajléktalan betegek addiktológiai betegségének kezelése gyakran még súlyos lelkiismereti gondot okoz a szakembereknek. (Hová küldjék javult állapotban, vissza az utcára?)

### **Mi lenne a teendő?**

Az addiktológiai szakma önállóságát, presztízsének kialakulását támogatni kell.

Ennek első lépése lenne az Addiktológiai Szakmai Kollégium visszaállítása. A Kollégium megszüntetése 1995-ben negatív kihatású, amit csak fokoz, hogy az addiktológia még csak nevében sem került be egyetlen más összevont kollégium elnevezésébe se.

Megfontolandó, hogy az addiktológiának ugyanolyan érvényesítő struktúrát kellene kialakítani, mint a-milyen a drogügy szempontjából a Kábítószerügyi Tárcaközi Bizottság (KTB), mely a medicinánál magasabb presztízsű összefüggésekbe helyezi a megoldatlan problémát.

1995-ben megalakult ugyan a Magyar Addiktológiai Társaság és megkezdte munkáját a Mentálhigiénés programiroda, de a MAT szakmapolitikai támogatás nélkül nem képes az addiktológia érdekeit érvényesíteni.

Visszatérő reflexió, hogy a TÁMASZ koncepció a mai realitások között az egyetlen sikerrel kecsegtető megoldás^ mégsem finanszírozza „alanyi jogon” az OEP (az összevont vagy kétszemélyes gondozók nem felelnek meg a szakmai követelményeknek). El kell tehát érni a TÁMASZ-ok OEP befogadását.

A most finanszírozási okok miatt fogyatkozó addiktológiai fekvőbeteghálózat további erózióját meg kell akadályozni és célszerű struktúráját meg kell szervezni (kórházi ágyak, reszocializációs intézetek, nappali szanatóriumok, foglalkoztatók stb.).

Az egyre növekvő addiktológiai problematológia ellenére sem kap az ellátó rendszer kellő támogatást.

A Tárcának az önálló addiktológiai (alkohológiai) munka mellett konkrét kiállását bizonyítaná, ha az OAI-nak átfogó epidemiológiai munkára megbízást adna a szükséges primér prevenció eredményessége érdekében is (a korai kezelésbe vétel a korai szocializáció meghatározója).

*(Forrás: Beszámoló az Országos Addiktológiai Intézet 1995. évi tevékenységéről. Network 1996/3)*