

MEGKÉRDEZZÜK A SZAKMAI VEZETŐKET A PSZICHOTERÁPIÁS ELLÁTÁSRÓL II.

ÁLLÁSPONT

Hosszú várakozás után az elmúlt évben gyakorlatban is működni kezdett az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet (OPAI). Főigazgatója: dr. Németh Attila az OPAI főigazgatója és a Pszichiátriai Tagozat vezetője. Bár nevében nem szerepel, de feladatai közé tartozik a pszichoterápiás speciális ellátások fejlesztése is.

2011-ben felállt új szakmai kollégium részeként az Egészségügyi Szakmai Kollégium Klinikai Szakpszichológia és Pszichoterapeuta Klinikai Szakpszichológus Tagozata már 2012-ben is aktív munkát kezdett végezni. Tagjai: dr. Perczel Forintos Dóra, dr. Bugán Antal, Szabóné dr. Kállai Klára.

2013 őszén kinevezték a Szakterületi minőségügyi szakfőorvosokat, így a pszichiátria és pszichoterápia szakterület felelőseit is: dr. Sümegi András (állandó), dr. Kárpáti Róbert (ideiglenes). A Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézetnél (GYEMSZI) a klinikai szakpszichológiai és pszichoterápiás klinikai szakpszichológiai szakterület állandó minőségügyi vezetőt kapott: Urbán Éva.

Őket mint hivatalos vezető pozícióban lévő, felelős szakembereket kerestük meg kérdéseinkkel: hogyan látják, hogyan áll, merre alakul a pszichoterápia hazánkban?

A pozícióból adódó, áttekintő válaszokat kértünk, részletekbe csak ott és csak annyira belemenne, ami az álláspont megvilágításához szükséges.

Februári, 23/1. számunkban Sümegi András és Kárpáti Róbert, illetve Bugán Antal és Kállai Klára közös feleleteit közöltük. Mostani számunkban Németh Attila és Urbán Éva álláspontját közöljük. Perczel Forintos Dórától – ismételt megkeresésünk és ismételt ígéretük ellenére – egyelőre nem kaptunk választ. A lap természetesen a későbbiekben is nyitva áll előtte.

Az írásban feltett kérdéseket a válaszokkal együtt közöljük.

Szívesen nyitjuk ki vitává a pszichoterápiás ellátás kérdését, kiindulásnak véve a két számban közölt álláspontokat.

A felelős szerkesztő

NÉMETH ATTILA VÁLASZAI

Véleményed szerint mennyit fed le az OEP finanszírozású pszichoterápiás ellátás a szükségesnek vélelmezhetőből?

Hogyan látod ezt az osztályos ellátás vonatkozásában?

Hogyan látod ezt az ambuláns ellátás vonatkozásában?

Közös válasz: Ha arra gondolsz, hogy a TB finanszírozott járó- és fekvőbeteg-ellátásba kerülő betegek hány százaléka kap TB alapon pszichoterápiás kezelést, azok közül, akiknek valóban szükségük lenne rá, akkor az a válaszom, hogy csak kis részük. Ha becsülni kellene, akkor 15-20%. Járóbeteg-ellátásban abszolút számban többen részesülnek pszichote-

rapiában, de a járóbetegek körében nagyobb az igény is a pszichoterápiára. A kórházi osztályok akut részlegein a terápia hangsúlya a farmakoterápián van, a rehabilitációs részen nő meg az igény a pszichoterápiára, míg a krónikus részlegen (demens betegek, krónikus szkizofrének) – valljuk be őszintén – nem lenne költséghatékony.

Milyennek látod az állami pszichoterápiás ellátás minőségét (képzetség, feltételek, szakmaiság, elérhetőség)?

A tapasztalatom az, hogy ahol az elérhetőség, a képzetség, a feltételek meglennének, ott sem használják ki megfelelőképpen. Időhiányra, kompetenciahiányra lehet hivatkozni, de sokszor szakmai féltékenység vagy lustaság állhat emögött. A várólista kiváló elhárító mechanizmus☺.

Milyen elmozdulást látnál jónak?

A legkönnyebben kivitelezhető az lenne, ha az osztályokon dolgozó klinikai szakpszichológusokat nem főlegesen diagnosztikus tesztek felvételére, hanem pszichoterápiára vennék igénybe. Ne bízzák rájuk a nagycsoport vezetését, ha az osztály orvosai nem vesznek azon részt. A mostani minimumfeltételek elég sok pszichológus alkalmazását teszik lehetővé, csak éppen ehhez nincs elegendő finanszírozás. A másik ötletem az, hogy minél több pszichiátriai osztálynak legyen pszichoterápiás részlege. A profilozást minden szempontból jónak tartom.

Mit látsz rossz alakulási irányoknak?

A pszichológiai szakot végzett egyetemisták gyakorlati képzettsége rendkívül alacsony. Míg egy frissen végzett rezidens orvos körülbelül 3-4 hónap alatt közel teljes értékű munkatárssá válhat egy pszichiátriai osztályon, addig az egyetemről kikerült pszichológusoknál – tisztelet a kivételnek – évekre van szükség. Többnyire akkor érnek be, amikor szakpszichológusok lesznek.

Véleményed szerint mennyit fed le a magánpszichoterápiás ellátás a szükségesnek vélelmezhetőből?

Mondhatnám azt, hogy a „jéghegy csúcsát”, de komolyra fordítva a szót, még a fizetőképes kereslet esetében sem több, mint 50%-ot.

Milyennek látod a magán pszichoterápiás ellátás minőségét (képzetség, feltételek, szakmaiság, elérhetőség)?

Nagyon változó. Ijesztő történeteket hallok még neves terapeutákról is. Általánosságban a leggyakoribb hiba, hogy ha valaki kiképződött egy módszerben, akkor – a beteg diagnózisától függetlenül – mindent azzal akar kezelni. Ismernünk kell saját módszereink indikációs területeit és határait. Fel kell ismernünk azt a pontot, amikor már nem tudunk töb-

bet segíteni, illetve amikor más szakemberhez kellene küldeni a beteget. Ide illik egy spanyol közmondás: „Óvakodjunk az egykönyvű emberektől”.

Milyen elmozdulást látnál jónak?

Szupervízió fontos lehet, de nem csak az egyéni terápiák kapcsán, hanem egészen a pszichoterápiás oktatás színvonaláig bezárólag. Ugyanis itt is vannak problémák. Jó lenne, ha a hallgatók is visszajeleznének az oktatók, illetve az oktatás színvonaláról. (Állítólag félnek a vizsga előtt a véleményük artikulációjától – ez pedig egy pszichoterapeuta képzésnél igen furcsa).

Mit látsz rossz alakulási irányoknak?

Sokan képzettség nélkül végeznek pszichoterápiát, illetve pszichoterápiának titulálnak olyan „jószándékú beszélgetést” és tanácsadást, amellyel lejáratják a módszert. Ez a pszichiáterek között sem olyan ritka.

Látsz-e különbséget az állami és a magánpszichoterápiás ellátás között minőségben, hozzáférhetőségben?

Természetesen. Ha nem név szerint keresem meg a terapeutát a betegem részére, akkor kicsi az esély arra, hogy éppen olyan kézbe kerül, ahol megfelelő képzettségű és lelkesedésű szakember foglalkozik vele. A szakmailag jó pszichoterapeutáknak nem nagyon van szabad kapacitásuk – főleg TB támogattott ellátó helyen.

Jónak látnád-e az OEP finanszírozás szektorsemleges kiterjesztését, és/vagy kofinanszírozás lehetővé tételét?

Régóta vallom, hogy a pszichoterápiás magánrendelésekkel szerződnie kellene az OEP-nek, és egy adott betegségre hatékony módszerre vonatkozóan (például kognitív-behavior terápia), meghatározott ülésszámra (például 10 alkalom) fizetne az orvosnak/pszichológusnak egy olyan összeget (például 6-7000 Ft/ülés), amelyen fölül kérhetne még ráfizetést az ellátó orvos/pszichológus, de a beteg eldöntené, hogy ezt vállalja-e vagy keres egy olyan terapeutát, aki a TB általi összegért vállalja a kezelést. A közfinanszírozott ellátásban is elképzelhető a co-payment, például 2000 Ft-ot fizet a beteg a járóbeteg-ellátásban a pszichoterápiás ülésért.

Hogyan látod a nem egészségügyi szférában (szociális ellátás, oktatásügy/nevelés, tanácsadás) folytatott pszichoterápia helyét, szerepét (képzetség, feltételek, szakmaiság, elérhetőség)?

Erre nincs rálátásom

Véleményed szerint erősíteni vagy csökkenteni kellene inkább a nem egészségügyi szférában zajló pszichoterápiát?

A pszichoterápia pont olyan szakképzettséget igényel, mint a gyógyszeres terápia. Hiába tudhatja adott esetben egy tapasztalt nővér, hogy mit kell adni egy mániás betegnek, azért mégsem bízunk a nővérekre a gyógyszerelést. (Elég nagy baj, hogy sokszor – tudunkon kívül – ez történik.) A pszichoterápia

sem olyan, amit csak könyvből vagy csak gyakorlatból meg lehetne tanulni. Komoly elméleti alapok és gyakorlati tapasztalat kell a pszichoterápia elsajátításához. Nem mindegy, hogy ki kap erre jogosítványt. Fontos a szakmai keretek, a kompetenciák meghatározása.

URBÁN ÉVA VÁLASZAI

Véleményed szerint mennyit fed le az OEP finanszírozású pszichoterápiás ellátás a szükségesnek vélelmezhetőből?

A feltételezett – pontosan nem mért – szükségleteket 100 százaléknak véve, a közfinanszírozott ellátás a jelentkező igények 10-20 százalékát, a piaci finanszírozású ellátások 20-30%-át, s a lakosság jelentős részét – 50-70%-át – nincs, aki ellássa pszichoterápiás szempontból, legalábbis a kiadott engedélyek alapján. Ha a hozzáférést a területi eloszlás függvényében vizsgáljuk, még rosszabb arányt kaphatunk, amelyik településen nincs közfinanszírozású ellátás, ott általában piaci sincs.

Hogyan látod ezt az osztályos ellátás vonatkozásában?

(A pszichoterápiás osztályos ellátás kérdése a pszichiátriai és pszichoterápiás minőségügyi főorvos kompetencia körébe tartozik.)

A területi hozzáférést illetően az látható, hogy a pszichoterápiás ellátást illetően az erőforrás allokáció egyenetlen, fővárosközpontú. Az elmúlt évben a pszichoterápiás ágyak számát megközelítően 20%-kal csökkentették. Ez utóbbi fő oka, hogy a fekvőbeteg ellátást tekintve nem különül el a pszichoterápiás osztályok kódja a pszichiátriai rehabilitációtól. Ennek következtében Csanyik 30 ágyát úgy helyezhették át egy másik kórházba, s minősíthették vissza pszichiátriai rehabilitációs ágyakká, hogy a egészségügyi irányítás szintjén a pszichiátriai rehabilitációs ágyak száma nem változott, miközben *csökkent* a pszichoterápiás fekvőbeteg ellátáshoz való hozzáférés.

Hogyan látod ezt az ambuláns ellátás vonatkozásában?

Nincsenek pontos információim erről a területről. Általános tapasztalatom az, hogy közfinanszírozás keretében pszichoterápiás ellátást meghatározóan klinikai szakpszichológusok nyújtanak. Az országban megközelítően 10 000 pszichológus végzettségű szakember van. Ebből körülbelül 1000 klinikai szakpszichológus rendelkezik egészségügyi működési engedéllyel, ám nem lehet tudni, ennek a számnak milyen az eloszlása a köz és/vagy piaci finan-

szírozású ellátások között. Így azt sem lehet tudni, milyen a hozzáférése a lakosságnak a közfinanszírozású pszichoterápiához.

Az orvosok által végzett pszichoterápiás ambuláns ellátás kérdése a pszichiátriai és pszichoterápiás minőségügyi főorvos kompetencia körébe tartozik.

Milyennek látod az állami pszichoterápiás ellátás minőségét (képzettség, feltételek, szakmaiság, elérhetőség)?

(Jelenleg az állam nem finanszírozza az egészségügyi ellátásokat. Az állami garanciával működő Egészségbiztosítási Alap forrását a járulékokból származó bevételek jelentik, az OEP feladata, hogy az egészségbiztosítás és az egészségpolitika céljait finanszírozási eszközökkel segítse. A finanszírozás ezen módját közfinanszírozott egészségügyi ellátásnak nevezzük.)

A klinikai szakpszichológusok által végzett pszichoterápia minőségügyi felmérése most indul. Humán erőforrást illetően megállapítható, hogy a szakképzés elindulása (1981) óta erőteljesen pszichoterápia centrikus, például a diploma megszerzéséhez előírás 150 óra önismeret teljesítése. Így a klinikusok hagyományosan magasan képzettek a közfinanszírozott ellátásban ebből a szempontból.

Miután a közfinanszírozású intézmények eleget tesznek a jogszabályi kötelezettségüknek, működtetnek belső minőségügyi rendszert, ezért az egészségügyi ellátás szakmai feltételeinek különösen a szakmai irányelvek, protokollok, betegjogok érvényesülése biztosítottnak látszik.

Milyen elmozdulást látnál jónak?

A klinikai szakpszichológiai képzés állami finanszírozását, hiszen ez az alapja a pszichoterapeuta cím megszerzésének.

Mit látsz rossz alakulási irányynak?

Az egyébként is kevés szakember további elvándorlását. Klinikai szakpszichológusok szintjén az orvosokénál rosszabb fizetést, megbecsülést és a szervezeti előmenetel lehetőségének hiányát. Tehát egy klinikai szakpszichológus végezhet bármennyi tudományos munkát, azt sem címben, sem fizetésben nem honorálják. Ez nem vonzó hosszú távon.

Véleményed szerint mennyit fed le a magánpszichoterápiás ellátás a szükségesnek vélelmezhetőből?

Válaszoltam rá.

Milyennek látod a magán pszichoterápiás ellátás minőségét (képzettség, feltételek, szakmaiság, elérhetőség)?

Humán erőforrást illetően itt találhatóak a legnagyobb szélsőségek. Egyrészt a magasan kvalifikált pszichoterapeuták kiszorultak a jórészt piaci finanszírozású ellátásba, illetve azt tapasztalom, jelentős rétegük a betegellátást elhagyva a továbbképzésre helyezi a hangsúlyt – ami ugye már nem az egészségügyi ellátás, hanem az oktatás keretébe tartozik. Más feltételekkel, más jogi és szakmai garanciával az abban résztvevők szempontjából. Látszólag – amennyiben az ügyfél tudja finanszírozni –, ez az ellátás a nagyobb városokban az elérhetőbb. Másrészt viszont ebben a szegmensben találhatóak a zavarosban halászó szakemberek. (Most az „alternatív terapeuták kérdését nem vizsgálom.) Itt sokaknak nincs meg vagy éppen nem érvényes a működési nyilvántartásuk, ÁNTSZ engedélyük.

Milyen elmozdulást látnál jónak?

A terület „kifehéredését”, tehát a végzett munka és a hozzátartozó engedélyek, végzettségek harmonizálását.

Nem választható el ettől a kérdéstől a képzőhelyek oktatási gyakorlata. Fontos lenne, ha ebben a kérdésben egységes álláspontot képviselnének a szervezetek, mely szerint pszichoterápia végzésére klinikai szakpszichológus és szakorvos jogosult. S a különböző képzőhelyek megszűrnék, ki vehet részt a képzésükön, s a jogszabályi elvárásokkal harmóniában lévő képzési igazolásokat adnának ki, különös tekintettel a „terapeuta” szó megtévesztő mivoltára.

Fontos lenne világos határt húzni a kiképző és a gyógyító céllal végzett beavatkozások között. Jó lenne, ha ez a különbség a folyamatban résztvevőknek is egyértelmű lenne. Csakhogy egy példát mondjak ennek fontosságára: a törvény által előírt „orvosi” titoktartási kötelezettség egy esetleges peres eljárás esetén egészen másként működik egy gyógyító és egy oktató tevékenység esetén, vagyis az utóbbira nem érvényes az „orvosi” titoktartás jogi fogalma.

Ugyanakkor az oktatás garanciális rendszere sem érvényesül sokszor, gyakran sérül a képzésben résztvevők oktatáshoz fűződő joga, valamint a „vevői joga”, a kontúrtales, megfelelő szerződési háttérrel nélküli képzések okán. Kiszolgáltatottak gyakran az egyes képzésekben lévők, s ez a fajta hatalmi egyenlőtlenség nem biztos, hogy jó üzenet a jövő terapeutáinak.

Mit látsz rossz alakulási irányynak?

Az ebben a szférában dolgozó, ismert, saját, külön bejárható kóckerjeink ellen nem lépünk fel. Nem a szakma érdeke, ha például a tudományos fokozatot szerzett, ám klinikai szakpszichológus végzettséggel nem rendelkező pszichológus kolléga pszichoterápiát hirdet, s ezt teheti, mert nem szól neki senki, s hatósági eljárás sem indul ellene.

Látsz-e különbséget az állami és a magánpszichoterápiás ellátás között minőségben, hozzáférhetőségben?

Mint említettem, a közfinanszírozású ellátások minőségügyi rendszert működtetnek. Ez az előírás egyebekben szektorsemleges, tehát a piaci finanszírozásúaknak is kellene, de kérdés az, hogyan is tudják megvalósítani. Valószínűleg a sok széttagolt kis rendelő valamilyen összefogása mentén lenne ez lehetséges.

A minőségügyi rendszer működése hiányában és a sokszor hiányos tárgyi feltételek okán (például: elektronikus betegnyilvántartási rendszer) a „magán pszichoterápiás ellátás” során leggyakrabban beteg dokumentációhoz való joga sérül (mint betegjog, aminek megfelelő érvényesülése kiemelt minőségügyi elvárás!), miután a szolgáltató nem teljesíti a *dokumentációs kötelezettségét*. Tehát a szolgáltatás során nem érvényesülnek a jogszabályi előírások, ami szintén kiemelt minőségügyi kritérium az egészségügyi törvényben.

A magánrendelők tárgyi feltételeit tovább elemezve több helyről jött hozzám visszajelzés, hogy a pszichoterápiás rendelőkben nincs váró, s a páciensnek meg kellett várnia percre pontosan az utcán a kezdés időpontját. A betegnek joga van az emberi méltóságához, s ez a gyakorlat aligha van rá tekintettel, arról nem is beszélve, hogy érthetetlen, hogyan kapott ilyen rendelő működési engedélyt a hatóságtól. Ezeket a „gyerekbetegségeken” a közfinanszírozású ellátások túl vannak, illetve amennyiben az egyes kollégák mégis korlátoznák beteg dokumentációhoz való hozzáféréseinek a jogát, a szintén megfelelőbb működtetett betegpanasz kezelési rendszer korrigálja ezt a problémát.

Ugyanakkor a „kezelőhelység” egy „magán” rendelőkben egészen bizonyosan jobban megfelel a pszichoterápiás protokollban elvártaknak, mint a közfinanszírozásúak zöme.

Más oldalról viszont az, hogy a magasan képzett pszichoterapeuták megbecsülés híján kiszorultak a piaci finanszírozásba, azt is jelenti, hogy nincsenek a közfinanszírozásban szakmai műhelyként tudományos kutatást szolgáló helyek, vagy ha mégis, ott

a generációs folytonosság nincs jelen, s ez hosszú távon beláthatatlan a pszichoterápia magyarországi fejlődése szempontjából. Egy gyógyító eljárás szerintem akkor erős, ha a teljes országot lefedi, elérhető minden társadalmi réteg számára, s földrajzilag is több tudományos központtal rendelkezik. Ma ez sem a köz- sem a piaci finanszírozású pszichoterápiákra nem érvényes.

Jónak látnád-e az OEP finanszírozás szektorsemleges kiterjesztését, és/vagy kofinanszírozás lehetővé tételét?

Nem tudom, hogy ki lehet-e emelni a pszichoterápiát finanszírozás szempontjából a teljes rendszerből. A közfinanszírozás kofinanszírozása 2009-ben a „vizitdíjon” megbukott, ebben a pszichoterápiás ellátások is benne voltak. Az OEP finanszírozás szektorsemlegessége is bonyolult. Ha csak szolgáltatói oldalról nézem, nem tudom, eleget tudna-e tenni a jelenleg működő magánszektor az OEP követelményeinek, például jól működő dokumentációs rendszer, ellátási jogosultság azonnali vizsgálata, három havi fizetési halasztás.

Ez egy hosszabb történet, s több szaktudást igényel a kérdés.

A piaci szegmensen belül ugyanakkor az egészségpénztárakkal való szolgáltatói együttműködés valószínűleg segítené a pszichoterápiás ellátás elérhetőségét.

Hogyan látod a nem egészségügyi szférában (szociális ellátás, oktatásügy/nevelés, tanácsadás) folytatott pszichoterápia helyét, szerepét (képzettség, feltételek, szakmaiság, elérhetőség)?

A pszichoterápia deklaráltan egészségügyi tevékenység, amelynek folytatása kizárólag (egészségügyi) hatósági engedély köteles egészségügyi szolgáltatás keretében folyhat.

Minden más megbiztonsági kockázatot jelent, az így végzett egészségügyi tevékenység mögött nem áll az egészségügyi szolgáltatók számára kötelező biztosítás, nem érvényesülnek a betegeknek az egészségügyi törvényben lefektetett jogai, sem az egészségügyi dolgozók kötelezettségei, kiesnek mind a egészségügyi hatósági szakfelügyeletet ellátó szerv, a szakmai munka minőségértékelését végző szerv látóköréből. Tehát az egészségügyi szolgáltatók garanciális rendszere marad el a kliens mögül, s az egyébként is kiszolgáltatót gyerekeket illetően ez különösen kényes kérdés.