

ÁLLÁSPONT

MEGKÉRDEZZÜK A SZAKMAI VEZETŐKET A PSZICHOTERÁPIÁS ELLÁTÁSRÓL III.

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 válaszait, áprilisi, 23/2 számunkban Németh Attila és Urbán Éva álláspontját közöltük. Most örömmel adunk helyt Perczel Forintos Dóra írásának, aki elfoglaltságai miatt sajnos korábban nem tudta válaszát elküldeni. Az írás Perczel Forintos Dóra többféle, egymással összefüggő szerepéből – a Semmelweis Egyetem ÁOK Klinikai Pszichológia Tanszék vezetője, az Egészségügyi Szakmai Kollégium elnökségének tagja, Klinikai Szakpszichológia és Pszichoterapeuta Klinikai Szakpszichológus Tagozata elnöke – összeadódó álláspontját jeleníti meg.

Az írásban feltett kérdéseket a válaszokkal együtt közöljük.

Szívesen nyitjuk ki vitává a pszichoterápiás ellátás kérdését, kiindulásnak véve a megjelent álláspontokat.

A szerkesztő

Először is köszönöm a türelmet a válaszzal kapcsolatban, hiszen tanév közben épp a tanszéki munka mellett végzett szakmai kollégiumi teendők miatt nem volt lehetőségem a feltett kérdések megválaszolására.

Nagyon fontos kérdéseket tett fel a Szerkesztőség, hiszen abban az örömteli helyzetben vagyunk, hogy

ma már számos orvosszakma számára nyilvánvaló, hogy a betegellátás minden szintjén és sok (de nem mindegyik) területén szükség van pszichológiai (esetenként pszichoterápiás) ellátásra. Kifejezett és jól érzékelhető igény mind a társadalom, mind a pszichés és szomatikus medicina felől a pszichoterápia könnyebb elérhetősége. A rászorulóknak ennek hiányá-

ban fordulnak ezoterikus és egyéb alternatív gyógy módokhoz. Az elmúlt években az EMMI Egészségügyi Államtitkársága részéről nyitottság volt tapasztalható a klinikai pszichológia szorosabb integrálására az egészségügyben. Ez megnyilvánult a klinikai szakpszichológusok érdekvédelmének erősítését szolgáló kötelező MOK-tagságban, a szakképzések kiszélesítésében és a klinikai szakpszichológus rezidensi / központi gyakornoki rendszer bevezetésében, a klinikai szakpszichológusok alapellátásba való bevonásában (praxisközösségi program). Az ún. minimumfeltétel rendelet (73/2013 (XII.2) EMMI rendelet) pedig hatalmas elmozdulást jelent a korszerű holisztikus betegellátás irányába, mivel az egészségügyi ellátás 108 területén írja elő a klinikai szakpszichológiai ellátás elérhetőségét az intézményen belül vagy kívül, teljes vagy rész munkaidőben. Noha ez még sajnos messze van attól, hogy megvalósuljon, az irány jó és a lehetőségek rendkívül biztatóak. Végül, a tavasszal elindult Lelki Egészség Központok munkájának is elsődleges célja a súlyos pszichés és testi betegségek korszerű pszichológiai módszerekkel történő prevenciója.

Véleményed szerint mennyit fed le az OEP finanszírozású pszichoterápiás ellátás a szükségesnek vélelmezhetőből? Hogyan látod ezt az ambuláns ellátás vonatkozásában?

Az OEP finanszírozású pszichoterápiás ellátás véleményem szerint az igények kb. 20%-át elégíti ki, ami törvénytelen helyzet, mert az Eü. tv. kimondja, hogy mindenkinek joga van az ellátáshoz, ami pszichés betegségek esetén a pszichoterápia elérhetőségét is jelenti. Ennek elsősorban a járóbeteg ellátásban van a helye, mivel a pszichoterápia természetesen hosszabb folyamat, a pszichés változáshoz időre van szükség.

Hogyan látod ezt az osztályos ellátás vonatkozásában?

Sajnos nagyon kevés intézményben részesülnek a betegek adekvát pszichoterápiás ellátásban, ennek elsősorban a szakemberhiány az oka. A hosszú terápiák valóban kiszorultak a pszichiátriai osztályos ellátásból, mert világszerte (és így nálunk is) lerövidült a hospitalizáció ideje, még a krónikus pszichiátriai betegek is csak kb. 1-3 hetet töltenek az osztályon (egy-két kivételtől eltekintve).

Gyakran viszont sajnos az sem valósul meg, amire lehetőség (és szükség lenne): a korszerű készségfejlesztő módszerek egyéni vagy csoportos formája. Olyan, viszonylag egyszerűbb beavatkozásokra gon-

dolok, mint fóbiáknál a deszenzitizálás, borderline betegeknel a szociális készségek fejlesztése, indultkezelési tréning, konfliktuskezelés, relaxáció, tudatos jelenlét meditáció (mindfulness), problémamegoldó tréning. Erre ideális terep lenne az osztályos ellátás, hiszen itt folyamatosan lehet nyílt csoportokat működtetni. Azonban ezek nagyrészt hiányoznak, annak ellenére, hogy a pszichiátriai osztályokon sok helyen dolgozik pszichoterápiás képzetségű pszichiáter illetve klinikai szakpszichológus (és/vagy jelölt). Az időhiány mellett másik gátló tényező az, ha a klinikai szakpszichológust korszerűtlen feladatokkal bízzák meg, vagy ha nem ismeri ezeket a módszereket, hiányos tudással rendelkezik. Gyakran hallom a szakképzésben a pályakezdő kollégáktól, hogy idejük nagy részét felesleges MAWI vagy Rorschach vizsgálatokkal töltik (mert ezt kéri tőlük), noha számos validált kérdőív gyors állapotfelmérést tesz lehetővé – érdemes lenne ezeket használni. A felszabaduló időt pedig inkább a terápiás tevékenységre kellene fordítani, aminek sokkal több értelme lenne mind a beteg, mind a szakember szempontjából. Szerencsére vannak kiemelt helyek, ahol a pszichoterápia az osztályos ellátásban is elérhető.

Jó, ha tudjuk azonban, hogy pl. Olaszországban, Nagy-Britanniában sok helyen a klinikai szakpszichológusokat, pszichoterapeutákat kizárólag a járóbeteg ellátásban alkalmazzák (s az osztályokon egyáltalán nem), mert a pszichoterápia az akut ellátás befejezését követően a területi / közösségi ellátás körébe tartozik és ott érhető el.

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

Az állami és a privát ellátás között csak az elérhetőségben látok különbséget. Ahogy fentebb említettem, az állami ellátás véleményem szerint kb. 20%-ot, a privátszféra kb. 40%-ot fed le. Azért nem többet, mert kevés a bizalom a „pszichoszakmák” iránt, sok a negatív tapasztalat, a mentálhigiénés képzettségük gyakran illetéktelenül terápiának nevezik tevékenységüket, amit a laikusok valóban nem tudnak megkülönböztetni a terápiától és ennek alapján formálnak véleményt. De a pszichoterápiára is gyakori panasz, hogy feleslegesen hosszú vagy nem a beteg problémájára irányul vagy nem küldik tovább a beteget megfelelő szakemberhez, ha nincs javulás. Úgy látom, hogy leginkább az informális csatornák működnek, a betegek egymás ajánlása alapján keresnek terápiát, s vannak népszerű helyek, népszerű szakemberek.

Egy kis statisztika az elérhetőséggel kapcsolatban: az EEKH kimutatása szerint 1520 fő tett klinikai szakpszichológus szakvizsgát; pszichoterapeuta szakvizsgával 227 fő klinikai szakpszichológus és 518 fő orvos és fogorvos rendelkezik (összesen 745 fő). Mivel a gyakorlatban azt látjuk, hogy elsősorban klinikai szakpszichológusok végeznek pszichoterápiát (még akkor is, ha „csak” a szaktudásuk van meg, de nem tették le a pszichoterapeuta szakvizsgát!), a közép-magyarországi és a debreceni régióban (a klinikai szakpszichológiai szakképzési centrumok körzetében) viszonylag több klinikai szakpszichológus szakember dolgozik. A dél-magyarországi régióban nagyon kevés szakember érhető el s ez igaz az ország többi részére is; Nógrád megye van a legmostohább helyzetben.

Milyen elmozdulást látnál jónak?

Három dolgot tartok nagyon fontosnak. Egyrészt mentális (lelki) egészségközpontok működését, ahol elsősorban pszichiáter és/vagy klinikai szakpszichológus pszichoterapeuták dolgoznak. A brit modell alapján a betegellátás és a források felhasználása szempontjából a legjobb az lenne, ha a meglévő pszichiátriai gondozóhálózatot neveznék át „Lelki egészség központ”-nak (ld. mental health center) és ez kibővülne a jelenleginél lényegesen nagyobb mértékű pszichoterápiás ellátással, ahova a háziorvos is elküldheti a betegét.

Másodsorban a fizetések rendezését halaszthatatlannak tartom. Az álláshiány mellett az egészségügyben oly alacsony fizetések mellett a legjobb akaratú klinikai szakpszichológustól sem várható el, hogy teljes állásban dolgozzon, főleg, hogy a szakképzését saját maga fizeti. Az álláshiánynak és az alacsony fizetéseknek egyenes következménye, hogy már a klinikai szakpszichológusok elvándorlása is elkezdődött. A korszerű kognitív terápiás ismeretekkel rendelkező szakembereket (például akik a Semmelweis Egyetemen végeztek) azonnal alkalmazták Ausztriában, Németországban, Angliában, ha itthon (pl. vidéken) megszűnik az állásuk. Emiatt egyik szemem sír, a másik nevet: örülök, hogy európai szintű a képzésünk, de szomorú, hogy a fiatalok ezt nem itthon tudják kamatoztatni.

Harmadrészt, nagyon fontos érdemi változás lenne a minőségbiztosítás bevezetése. Magyarország nem egy szabálykövető kultúrával jellemezhető ország, ennek ellenére fontos lenne a szakma iránti bizalom visszaszerzése érdekében az, hogy az ellátás a protokollokon alapuljon és kövesse az ott megadott szempontokat, valamint az, hogy az OEP ennek

alapján finanszírozza az ellátást. Miért? Mert az OEP az adófizetők pénzéből téríti az ellátást és a befizetett adóforintokat a hatékony gyógymódokra etikus költeni, mint ahogy a szomatikus orvoslásban ez nagyrészt megvalósul. Ha megbetegszünk, mindegyikünk azt szeretné, hogy a legkorszerűbb és leginkább hatékony kezelést kapja: ahogy az onkológiai betegek a legújabb gyógyszert szeretnék megkapni – hasonlóképpen, a pszichoterápiában is a hatékony gyógymódokat kellene finanszírozni. Emellett fontos lenne az időkorlát bevezetése (pl. első 20 ülést téríti a társadalombiztosítás), mert számos pszichoterápiás hatékonyságvizsgálat kimutatta, hogy a 10-30 üléses, strukturált, célorientált pszichoterápiák a leghatékonyabbak, akár kognitív, akár rendszerszemléletű, akár dinamikus terápiáról van szó (Oxford Textbook of Psychotherapy, 2000).

Végül, de nem utolsósorban rendkívül biztató irány, hogy a szomatikus területeken is elkezdtek alkalmazni újra a klinikai szakpszichológusokat, hiszen ismeretes, hogy a compliance, az adherencia, a szorongás csökkentése és egyéb pszichés tényezők nagymértékben befolyásolják a gyógyulást.

Mit látsz rossz alakulási iránynak?

A már említett elvándorlást, másrészt azt, hogy az oktatás több helyen korszerűtlen, nem szerepelnek kellő hangsúllyal a képzésben a modern pszichodiagnosztikai és pszichoterápiás módszerek. Ezt nem azért mondom, mert ez a vesszőparipám, hanem azért, mert a szakma iránti bizalom és a pszichoterápia hosszú távú jövője szempontjából nagyon fontos lenne, hogy a fiatal szakemberek ismerjék és alkalmazzák a pszichoterápiás kutatások új eredményeit. Például egy kardiológiai osztályon dolgozó pszichológus stressz-kezelést tanítson az infarktust elszenvedett személynek és segítse őt a munkához való diszfunkcionális viszonyulása (perfekcionizmusa) átértékelésében, és ne az álmokkal foglalkozzon vagy pusztán szupportálja. Persze ezek is fontosak lehetnek, de a pszichoterápiás kutatások szerint az előzőek sokkal eredményesebbek a visszaesés (a következő infarktus) megelőzésében.

Emellett nagyon problematikusnak tartom a kompetenciahatárok összemosását a klinikai szakpszichológus, az egészségpszichológus és a mentálhigiénés szakember között: ez rendszeresen érezhető feszültséget szül és a pszichoterápiás szakma egyértelműen kárát látja. Nyílt titok, hogy alapidplomával nagyon sokan rendelnek „tanácsadás” címszó alatt s ameddig ennek nincs következménye, addig ez fenn

is fog maradni. Hiába vannak racionális indokok, ez sajnos egyértelműen a szakma hírnevét rontja.

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

Ebben az esetben még kevésbé lenne elérhető a pszichoterápia, miközben egyértelműen nő a mentális betegek száma és a WHO mental health iránymutatása, hogy könnyebben elérhetőek legyenek a pszichoterápiák. A kofinanszírozást a 20 – 30. ülés után tartanám motiválónak és elfogadhatónak a tb-finanszírozású ellátásban.

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

A „terápia” szó „gyógyítást” jelent: a beteg ember gyógyítását. Ezért a terápia mindenképp az egészség helyreállításával kapcsolatos, vagyis egészségügyi tevékenység, bárhol is végzik. Szociális otthonokban, hajléktalanszállón, iskolákban is vannak orvosi

rendelők, mégsem nevezik orvosi tanácsadásnak. Nem helyes összemenni a fogalmakat és a szakmánknak is jót tenne a világos kompetenciahatárok betartása épp úgy, ahogy a képzésekben tanítjuk. Terápiásan képzett szakemberek végezhetnek tanácsadást, azonban egy tanácsadó nem képzett arra, hogy gyógyító tevékenységet végezzen és épp ezért nem is etikus (még akkor sem, ha ez elterjedt gyakorlat).

Véleményem szerint egy bonyolult csapdahelyzet alakult ki hazánkban a pszichoterápiás ellátás területén: részben a pénzhiány, részben az ellenőrizetlen és sokszor sajnós korszerűtlen pszichoterápiás rendelések miatt nem létesülnek állások, az álláshiány azonban további ellenőrizetlen praktizáláshoz vezet. Először tehát a határokat kellene világosan meghúzni és a szakma iránti bizalmat visszaszerezni áttekinthető, korszerű és kompetens pszichoterápiás tevékenységgel. Erre a kompetens gyógyító munkára szeretnék hívni mindenkit, mert megtartó ereje van, és mert először magunkon illik kezdeni a változást.

Perczel Forintos Dóra