

VAN-E SZÜKSÉG HAZÁNKBAN PSZICHOTERÁPIÁS ELLÁTÁSI HÁLÓZATRA, S HA IGEN, MIÉRT NINCSEN A KÖZFINANSZÍROZÁSBAN?

A GIGAZOOM szervezőcsapat tollából született vitaindító a Pszichoterápia folyóirat tavaly augusztusi számában jelent meg, azzal a céllal, hogy a pszichoterápiás ellátási hálózat finanszírozási kérdéseinek szakmai alapvetéseit minél szélesebb körben feltérképezze.

Az előző három számban összesen hat hozzászólást már olvashattak: Csigó Katalin, Égerházi Anikó, Kiss Anna, Mészáros Gergely, Sifter Éva és Váradi Enikő írták le véleményüket.

Az augusztusi lapszámban Vizin Gabriella, az ELTE Pszichológiai Intézetének docense, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta osztja meg szempontjait a vitaindítóban felvetett kérdések kapcsán. Ebben a lapszámban le is zárjuk a vitát a Gigazoom szervezőcsapat összegző reflexióival, gondolataival.

A Szerkesztőség

Hozzászólás

A mentális zavarok népegészségügyi jelentősége megkérdőjelezhetetlen. A szorongásos zavarok, depresszív zavarok és poszttraumás stressz zavar élettartam-prevalenciája magas. Az érintettek egy része tartósan vagy ideiglenesen munkaképtelenné válhat, ami össztársadalmi szinten is komoly kiadásokat jelent. Sőt, a páciensek nagy részénél egy időben több zavar is fennállhat; esetükben rosszabb prognózis várható és az általános életminőségük is alacsonyabb. A tradicionális pszichoterápiás ellátás a magasan képzett szakemberek által nyújtott egyéni vagy csoportos ellátáson alapul, a kezelésre szorulóknak száma azonban jóval meghaladja az elérhető szakembereket, ami jelentős várólistákat eredményezett nem csak az állami, de a magánellátásban is. A kialakult helyzet sürgető; optimális, reális megoldásokat igényelne.

Véleményem szerint az angolszász országokban alkalmazott ún. lépcsőzetes ellátási modell (Layard és Clark 2014) értékes kiindulási alapot jelenthet a hazai rendszer átalakításához. Ebben a modellben a páciensek a tünetek súlyossága és komplexitása alapján kapnak bizonyítékokon alapuló ellátást a megfelelő progresszivitási szinten. Az alacsony intenzitású intervenciók (pl. önsegítő programok,

irányított e-terápiák) költséghatékonyan, kevesebb emberi erőforrással is eredményt hozhatnak enyhe vagy közepes tünetek esetén. Magas intenzitású terápiák során hangsúlyt kap az időhatáros, de bizonyítékokon alapuló módszertan alkalmazása (interperszonális terápia, rövid dinamikus terápia, kognitív viselkedésterápia).

A brit NHS által működtetett Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) program keretében, az alapellátás részeként országszerte elérhetők pszichológiai ambulanciák. A páciensek önkéntesen vagy háziorvosi javaslat alapján jelentkezhetnek. Az ellátást jól képzett klinikai pszichológusok és szociális munkások nyújtják. Az ellátás 10–15 alkalmas, a páciens állapotának folyamatos monitorozása mellett. A rendszer előnye, hogy a hátrányos helyzetű populációk is hozzáférnek a bizonyítékokon alapuló pszichológiai ellátáshoz. A program emellett hangsúlyt helyez a munkaerőpiacra való visszatérés támogatására is. Azon pácienseket, akik további beavatkozást igényelnek, továbbirányítják pszichiátriai/pszichoterápiás szakambulanciára vagy osztályos ellátásba. Emellett az IAPT nyújtotta állami ellátás kiegészíthető magánellátás kereteiben zajló terápiákkal.

Természetesen a brit rendszer sem mentes a kihívásoktól, ennek ellenére az IAPT olyan modell,

melyhez hasonló rendszer kialakítása jelentős lépés lehetne a mentális zavarokkal élők ellátásának javításában Magyarországon is. Az alapellátásba integrált, limitált idejű, bizonyítékokon alapuló pszichológiai szolgáltatások kiépítése a képzési rendszer átalakításával párhuzamosan valósulhatna meg. Mivel jelenleg az alacsony intenzitású ellátás nyújtására a pszichológia MA diplomával rendelkezők és általános orvosok is képesek, magas intenzitású ellátáshoz viszont már pszichoterapeuta szakvizsga szükséges, ezért kívánatos lenne a klinikai szakpszichológusok és pszichiáterek kompetenciáinak bővítése, vagyis az alapszichoterápiás eszköztár gazdagítása, elsősorban a szorongásos zavarok, a depresszió és a PTSD ellátásában hatékony módszerek oktatásával. Véleményem szerint a képzés és az ellátórendszer megújítása együttesen valósulhat meg és járulhat hozzá a hatékonyabb és fenntarthatóbb ellátórendszer kialakításához.

Felhasznált irodalom:

Layard, R., Clark, D. M. (2014): *Thrive: The Power of Evidence-Based Psychological Therapies*. Princeton University Press

Vizin Gabriella

Vitazáró – összegző reflexiók

A sok értékes szempont továbbgondolása igen fontos, hiszen alapját képezheti a finanszírozással és a szakmai hálózatépítéssel kapcsolatos tervezésnek.

A jelen helyzet

A súlyos alulfinanszírozottság a fő jellemzője a helyzetnek. A humán erőforrás-problémák jó része ebből adódik. A szerkezeti hiányosság lényege az, hogy a hatalmas igény ellenére hiányzik a megfelelő ellátórendszer és hálózat. A jelenlegi rendszerben a hozzáférés egyenlőtlen, anyagi, földrajzi értelemben is, illetve mélyen igazságtalan, a szolidaritás alapszabályait nem veszi figyelembe. Méltánytalanul alacsony az elérhetőség. A szocioökonómiai státusz paradoxona, hogy kevésbé elérhető a pszichoterápia pontosan azokban az esetekben, amikor nagyobb mértékben lenne indokolt és igényelt a pszichoterápiás segítség.

A címadó kérdésfeltevés arra is rákérdez, hogy *miért az a helyzet*, ami. Eszerint a reflektivitás része ennek az előkészítő folyamatnak.

Reflektivitás

A pszichoterápia része az önmegértés, azaz saját folyamataira – például a finanszírozási keretekre, feltételekre – való *reflexiója* is. Ez a működés nagy erőforrás, ugyanakkor az egészségügyön belül versenyhátrányt is jelenthet. A pszichoterápiás ellátás fejlesztése érdekében aktivizmusra, aktív önérvényesítésre lenne szükség, néhol asszertív, proaktív fellépésre is.

Maga a reflektív alapműködés két szálon is az ellenállás mozgatója. Egyrészt a *hatalom felől* – ezt láthatjuk a pszichoterápia hazai fejlődéstörténetében, az ötvenes évektől kezdve: a hatalomnak nem érdeke az erős önreflexióval, tudatossággal bíró állampolgár, a kiművelt emberfő jelenléte. Másrészt a *szenvedő ember felől* is érthető az az attitűd, hogy az egyszerűsítő beavatkozásokat preferálja (például gyógyszer), a többlet erőfeszítést igénylő folyamatokat kevésbé. Ez a két szálon is értelmezhető társadalmi ellenállás fontos része tehát a pszichoterápia diskurzusának, ennek feloldása előre viheti a hálózatépítést és a finanszírozás témáját is. Feloldás lehet a lépcsőzetes ellátási modell szemlélete.

A finanszírozás tágabb kontextusban

A pszichoterápia nem szimplán egészségügyi kérdés, annak ellenére, hogy a jogi szabályozás ezt sugallja. Részbe, de nem önálló egysége a mentális ellátóhálózatnak, ezzel együtt része a kultúrának, a társadalmi színtérnek is. Másképp része, mint az egészségügy. Az egészségügy főként a betegség, a szenvedés gazdasági, társadalompolitikai, szociokulturális vetületeivel együtt integrálódik a társadalmi folyamatokba. A pszichoterápia emellett ideálisan a kreativitásnak, az *emberi kibontakozásnak*, az értékteremtő kultúrának is része, az emberi valóság megragadásának egyik alapvető eszköze. Hasonló pozícióban van, mint a filozófia, hiszen fő működése reflektív, hermeneutikai; a megértést célozza.

Az ellátóhálózat kialakításának feltétele és egyben egyik célja a *pszichoterápiás kultúra* fejlesztése az egészségügyön belül és a társadalmi színtéren. A hálózatosság nagyobb területet, hozzáférést jelent nem csak az ellátáshoz, hanem a pszichoterápiás *diskurzushoz* is.

A pszichoterápia jellemzése

A pszichoterápia önálló tevékenységként (1) és nagyobb rendszerbe illeszkedve (2) – mint egészségügy, szomatikus orvoslás, pszichiátria – egyformán releváns, mindkét forma rendkívül fontos. (1) Az önálló tevékenységként végzett pszichoterápia a hivatásbeli identitás, a tiszta kapcsolódás, a mód-

szertani fejlesztés színtere is. (2) A más ellátási főtevékenységen belül a pszichoterápia hatása például a szemléletben, a betegekkel való bánásban, a kapcsolati szint beemelésében mutatkozik meg.

Nagyon fontos kérdés, hogy azokban az esetekben, amikor a társadalmi helyzettel közvetlenül összefüggő szenvedés, patológia, betegség a segítségkérés konkrét oka – azaz társadalmi gyökerű patológiák, szenvedés mentén – a segítség fókuszát átterelheti-e, szükségyszerűen átterel-e a társadalmi szintre és az egyéni terápiás fókusz irrelevánssá válik, vagy pedig a pszichoterápia felvállalja a társadalmi háttérrel kapcsolatos kompetencia növelését is. Viszont ennek a szélesebb megközelítésnek a költségei szintén elszámolást igényelnek.

A pszichoterápia sajátosságai a gyógyító beavatkozások között

Az aktív egészségügyi beavatkozások jelentős része egyszeri, rövid időtartamú. Jellegében és finanszírozásában is más logikát követ a hosszabb távú, gondozást, rehabilitációt tartalmazó, kúraszerű ellátási forma. A pszichoterápia viszont egyszerre *aktív, intenzív* ellátás, ugyanakkor gyakran *hosszú távú, éves* nagyságrenddel működik. Ráadásul *személyhez kötött*, ezáltal humán erőforrásban költségesebb is, tehát az egészségügy felől személyesen ugyanaz az ellátó személyzet az aktív ágens, szemben mondjuk a rehabilitációs célú gyógytornával.

A pszichoterápia finanszírozása

Kiinduló kérdés: a pszichoterápia finanszírozása valójában minek a finanszírozása?

- a pszichoterápiás tevékenység
- a terapeuta megélhetése
- a felettes hatalom,
- a munkáltató haszna anyagi vagy pozicionális értelemben
- a *felvilágosítás, pszichoterápiás tudásátadás* költsége
- továbbá tartalmaznia kellene a szakember pszichoterápiás *felkészültsége megszerzésének költségét* is

A pszichoterápia általános, *nem specifikus hatásai*, mint az életminőségre, prevencióra, egészségmegőrzésre, önismeretre kifejtett hatások egy része is mérhető, de ellentételezése, finanszírozása nem egészségügyi feladat. Ez is a *pszichoterápia paradoxonjának* része, saját speciális pozíciójának a következménye: a pszichoterápiás tevékenység csak részben gyógyító – korrektív, hiányt pótló – hatású, *nemcsak szűken a gyógyítás része*, hanem számos egyéb társadalmi színtér része is. Ugyan-

akkor a szabályozás az egészségügyi tevékenységek körébe utalja, ezzel jelentősen befolyásolja a pszichoterápiás képzés jogi és tartalmi illeszkedését is. Itt nem arról van szó, hogy a pszichoterápiát ki kellene venni ebből a pozícióból, feloldani a betegségek kezelésére, a beteg emberek kezelésére való illetékességet az általános humanisztikus küldetésben. Sokkal inkább annak a *sokrétűségnek a felmutatásáról* van szó, hogy az egészségügy, az orvoslás nem csupán betegek gyógyítása, s ezen belül a pszichoterápia sem csak az, hanem szélesebb merítésű. A pszichoterápia ennek kiemelt példája. A pszichoterápia gyógyító hatókörén túl annak a meghatározása is szakmai feladat, hogy milyen nem specifikusan gyógyító hatásokkal bír, s ezek hogyan építhetők be pontokkal az egészségügyi finanszírozásba és hogyan illeszthetők más költségvetési rendszerekhez, pl. a magánfinanszírozáshoz, a mecenatúrához, a kutatáshoz stb.

Szakellátási, szakrendelői hálózat

A szakrendelői hálózat tágabb, megalapozott átfogó pszichoterápiás stratégiába illeszkedik, amely nem alárendelődően, hanem partneri együttműködés keretében illeszkedik a mentális egészségügy egyéb elemeihez (pszichiátria, mentálhigiéné, prevenció, rehabilitáció).

A pszichoterápiás, szakmai rendelői hálózat kiépítésének feltétele a finanszírozás rendbetétele, azaz az arányos, adekvát pontok, amelyek tükrözik a tényleges tevékenységet. De ehhez szükséges kidolgozni, hogy *mi az a tevékenység, amit tükröznie kell*. Fontos, hogy a pszichoterápiás szakrendelői hálózat a *valós igények* alapján alakuljon, de honnan tudjuk a valós igényeket?

Költséghatékonyság és evidence base

A bizonyítottan hatékony módszer a költséghatékonyság is egyben? Az egyik hozzászólói vélemény szerint: „A megfelelő költséghatékonyság érdekében azon módszerek időhatáros alkalmazását kell elérhetővé tenni, amelyek bizonyítottan hatékonyak. Ez biztosítja azt, hogy a legtöbben a legnagyobb eredményességgel vehessék igénybe a szolgáltatást.”

Több kérdést is felvet a megállapítás. Költséghatékonyságról beszélünk, ami azt feltételezi, hogy a pszichoterápiás tevékenységet konvertálni tudjuk a közgazdasági logika közegébe. Például meg tudjuk mondani, hogy egy *terapeutának mennyi a költsége*. Akár azt is, hogy van-e különbség egy 20 éve működő terapeuta és egy frissen szakvizsgázott terapeuta költsége között. Ugyanakkor valószínűleg annyi változóról beszélünk, hogy ezt ilyen mérték-

ben nem tudjuk leírni. A másik oldalról a költséghatékonyság saját szabályozója lehet a *piac*: amennyi költséget elvisel a pszichoterápiás tevékenység, annyi lesz a költsége. De ez korántsem hatékonysági mutató, hiszen benne van az állam működésének vagy a magánrendelést fenntartó vállalkozó működésének költsége is.

Látszólag tehát közvetlenül kapcsolódik a költséghatékonyság és a megvalósíthatóság, de nagyon sok köztes paraméterrel kell számolni.

A másik része az állításnak azt sugallja, hogy a „bizonyítottan hatékony” a költséghatékony. Egy nagyon egyszerű példával lehet ezt az állítást cáfolni: a csoportterápia köztudomásúlag rendkívül költséghatékony műfaj, mivel fajlagosan kevesebb költséget jelent a pácienseknek. Ugyanakkor a csoportterápia esetén a legnehezebb azt a diagnózis szerinti homogenitást elérni egy vizsgálat során, ami által az evidencia kellőképpen erős lesz. Muszáj tehát a bizonyítékon alapuló megkötés mellett más garanciaelemet is beépíteni.

Az időhatáros alkalmazás előírása mintha azt sugallná, hogy a hosszú terápiák kevésbé hatékonyak. Itt mindenesetre azt a szempontot is figyelembe kell venni, hogy az *időhatárosság* általában a célok korlátozottságát is magával hozza. Annak a pontos megítélése, hogy a mélyebb személyiségváltozás elérése lenne-e hosszabb távon költséghatékony vagy akár a tünetorientált, körülírt változást hozó módszerrel való megközelítés, biztosan nagyon komplex kutatási feladat. Az ambuláns és osztályos pszichoterápia eltérő pozíciója, funkciója kiindulási alap lehet ehhez. Az egész rendszer szintjén érdemes vizsgálni a költségeket: a hozzáférés növelése – akár ambuláns, akár osztályos – nem feltétlenül növeli az összköltségeket, hiszen az egyén változása, és ennek mentén a rendszer változása javítja az egyéni és az egészséges kilátásokat.

A legfontosabb átgondolandó szemléleti vonatkozás az, ami leegyszerűsíti a pszichoterápiát a *módszerek alkalmazására*. Ha ebbe a redukcióba belemegy a szakma, akkor az beláthatatlan következményekkel járhat. A pszichoterápiát végző kolléga jó esetben nem módszeralkalmazó technokrata, hanem

autonómiával bíró szakember. Ma is látszódik már, hogy az új generációk kényszerből a módszerek elsajátítását célozzák meg és az általánosan értelmezett pszichoterápiás felkészültséget másodlagosnak tekintik. Ha ezt legitimáljuk, akkor az sajnos nem az elérhetőségek növelését fogja eredményezni, hanem a pszichoterápiás munka színvonalának és biztonságának csökkenését.

A pszichoterápia hatékonysága társadalmi szinten

Nem valódi dilemma az, hogy a pszichoterápia társadalmi hasznát ki kell-e mutatni, vagy eleve adottnak kell tekinteni. Józan ésszel nem lehet megkérdőjelezni, hogy a pszichoterápia, a mentálhigiénés segítség valamilyen formája, az önismeret, az önreflexió, a saját erőforrások nem specifikus fejlesztése, a családi élettörténet megismerése, a személyiség érésének facilitálása kedvező hatású a személy életére, egészségi állapotára, életminőségére. A társadalmi szinten értelmezhető hatások, mint az egészségügyi ellátások csökkenő igénybevétele, aktív munkával töltött munkaórák számának növekedése hasonlóan rendkívül széles merítésű kutatási programot igényel, mint a 80-as években a társadalmi beilleszkedési zavarok felmérése.

Kapacitásbővítés

A pontok növelése nem jelent automatikus kapacitásbeli bővülést – figyelembe kell venni a magyar egészségügyi működések sajátosságait. A *több-leltforrás nem feltétlenül a kapacitás bővítésére megy*. Ezért nem csupán a kódokra kell javaslatot készíteni, hanem az *intézmények felé* is kampányszerű tájékoztatási aktivitással élni. A hálózat ebben adekvát eszköz: a helyi szintű reagálások kezelése, a szakmai szempontokat képviselő struktúra megerősítése, ehhez háttér lehet a létező hálózat. Vagyis az *ellátó hálózat* nem csupán szervezeti kapcsolódást, hanem a *szakemberek együttműködését* is jelenti.

A GIGAZOOM szervező csapata:

Árkovits Amaryl, Csurgai Dorottya,
Kútvolgyi Andrea, Markó Dávid, Terenyi Zoltán,
Tóth Erika, Varga S. Katalin