

Interjú Dr. Császár-Nagy Noémivel

2015.06.17.

Jelen interjú óta nagyon sok kedvező változás történt a pszichológiában. Az EMMI társadalmi vitára bocsátotta a Magyar Pszichológus Kamarai Törvénytervezetet 2016 februárjában. Hatalmas remény és jogi lehetőség van a szakmánk előtt, hogy legyen kamaránk, névjegyzékünk, megbecsültségünk, érdekvédelmünk.

*2015 december 31-ével a mandátumok lejártával véget ért a korábbi szakmai ellentét a Klinikai Pszichológiai Tagozat és a Tanács között. Új lehetőségeket kapott a szakma. Balog Zoltán Miniszter Úr történelmi lehetőséget adott a pszichológiának és a klinikai szakpszichológiának is. Mindemellett megalakult a MOK-on belül a Nem-Orvos Diplomás Tagozat (DTESZ), amely jelenleg vezetőség választás alatt áll, így végre a MOK-ban lévő 890 főnyi klinikai szakpszichológusnak lesz saját szakterület-specifikus érdekképviselője és etikai bizottsága is, melyre 5. Éve vártunk. Mindemellett idén végeznek Szegeden az első alkalmazott egészségpszichológusok, akik ha szakmakódot kapnak, akkor segíthetik a preventív és szomatogyógyászati betegellátást. **2016 bízvást a szakma megújulásának éve.***

Hány pszichológus van ma Magyarországon?

Jelenleg becsléseink szerint 11 000 pszichológus van Magyarországon. 5000-en jelentkeznek évente pszichológusnak, akiből kb. 1200-at vesznek fel, és 500-an végeznek az MA-n (master képzésen). Ennyivel nő évente a magyar pszichológustársadalom, ami ugyan meg sem közelíti az orvosok vagy a tanárok társadalmának létszámát, de gyakorlatilag a pszichológus hallgatók tartják el a bölcsészkarokat. *Kijelenthetem, hogy jelenleg Magyarországon a pszichológusok szakmai közössége az egyik legelhanyagoltabb szakmai kisebbség.* Egyrészt nem létezik mint közösség, másrészt nincs jogvédelmünk, nem létezik semmiféle minisztériumon vagy bármilyen hivatalos szervben belül működő „főelőadó”, aki az ügyünket képviselné az országban. A Magyar Pszichológusok Érdekvédelmi Egyesülete (hisz Kamaránk nincs) huszonhat éve, a rendszerváltás óta minden évben beadja a kérelmét, hogy az immár 11 000 fős közösség legalább névjegyzéket kaphasson. Miért fontos ez? Normális, hogy egy kéményseprőnek legyen működési engedélye, benne legyen egy hivatalos névjegyzékben, hiszen nem akárci nyúlhat a kéményekhez. Ugyanígy természetes lenne, az egész világon és

Európában is jellemző, hogy nem akárki foglalkozhat sérülékeny, mentális, lelki problémával küzdő emberekkel. Ebből a 11 000 fős számból 890 fő a klinikai szakpszichológusoké. A klinikai szakpszichológus képzés az orvosegyetemi képzés égisze alá került, azaz ma csak egészségügyi karon lehet ilyen képzettséget megszerezni. A Magyar Orvosi Kamarába 2011-ben kellett kötelezően belépni a klinikai szakpszichológusoknak. Ez a 890 fő tehát ma a MOK tagja.

Ha jól értem, nincsen Magyar Pszichológus Kamara?

Pontosan, pedig 26 éve küzdünk érte. A Magyar Pszichológusok Érdekvédelmi Egyesülete az egyetlen olyan demokratikus érdekvédelmi egyesülete a magyar pszichológusoknak, amelyiknek csak pszichológus tagja van, így névjegyzéke hiteles. De a tagság önkéntes, így ez nem fedi le a 11 000 főt. A Magyar Pszichológiai Társaság, ami egyébként az ország legidősebb tudományos társasága, nem köti pszichológiai diplomához a tagfelvételt, bárki tag lehet, akit érdekel a pszichológia tudománya, így nagyon sok nem pszichológus tagja is van. Ez helyes is. Ez a két társaság 26 éve minden évben kérvényezi, hogy legyen Magyar Pszichológus Kamara, pszichológus névjegyzék és pszichológus törvény, ami definiálja, ki a pszichológus. A jelenlegi állapot sok szempontból erősen diszkriminatív. Az egyik, hogy a klinikai-, az alkalmazott egészség- és a neuro-szakpszichológus végzettség szakvizsgának minősül, míg a tanácsadó-, a munka-, szervezet- és sportpszichológus „csupán” szakirányú továbbképzés, azaz nem szakvizsga, nem lehet vele az egészségügyben dolgozni. A klinikai szakpszichológusok fizetnek MOK tagdíjat, be kell tartásuk az egészségügyi rendeleteket, továbbképzésre kell járjanak stb. a többi pszichológusra ilyen szabályok nem terjednek ki. Vagyis a pszichológusoknak alig 10%-a dolgozik szabályozott feltételek mellett a kliensek számára megnyugtató módon.

Pszichoterápiát klinikai szakpszichológus és pszichoterapeuta végezhet?

Klinikai pszichológus nem végezhet szak-pszichoterápiát, csak alap-pszichoterápiát. Ez utóbbit jelenleg nem jogszabály, hanem kizárólag az ún. terápiás szakmai protokoll definiálja, illetve utal rá az ún. minimum feltétel rendelet. Ennek definíciója alapján az életvezetési tanácsadás, az autogén tréning és a krízisintervenció tartozik az alap-pszichoterápiák körébe. Tehát hivatalosan egy pszichiáter szakorvos és egy klinikai szakpszichológus csak ezt a

hármat csinálhatja, semmi mást. Önállóan pszichoterápiát csak pszichoterapeuta második ráépített szakképzéssel rendelkező pszichológus végezhet.

Van néhány olyan probléma, kérdés, amivel naponta fordulnak hozzánk. Ha valakit trauma ér, mondjuk, kiderül, hogy szexuális abúzus áldozata volt, akkor kap-e az állami finanszírozás keretén belül segítséget? Teljesen ellentmondásos információk jutnak el hozzánk, és azt tapasztaljuk, nem csak az áldozat, hanem a szakember sem tudja, mi jár az áldozatnak, a páciensnek.

Mind a szakképzési-, mind a minimumfeltétel-rendelet arról rendelkezik, hogy egészségügyi tevékenységet csak klinikai szakpszichológus végezhet. Ma az országban 11 000 pszichológusból állam által finanszírozott terápiába 283 főhöz lehet fordulni TB-kártyával. Ebből az alapellátásban, illetve a járóbeteg-ellátásban kb. 60 pszichológus dolgozik országosan. Nincs állás, nincs státusz. E számok magától az Államtitkárságtól származnak.

Sok evidencia jelenik meg a nemzetközi tudományos szakfolyóiratokban, ami a pszichoterápia hatékonyságát bizonyítja. Mintha ezek nem jutnának el az OEP-hez. Ki az, aki az evidenciákat mind a szakma, mind a betegek érdekében képviseli az OEP felé?

Ma Magyarországon a következőképpen működik az egészségügyi kormányzás döntéseibe a pszichológia bevonása. Az egészségügyi államtitkár (valójában maga az EMMI miniszter döntése nyomán, de nyilván egyeztetnek) választ maga mellé egy három fős tanácsadó testületet az Egészségügyi Kollégiumon belül. A Kollégiumnak számos orvosi tagozata van. Az egészségügyi kollégiumi rendelet szabályozza, hogy ez a tanácsadó testület, amit úgy hívnak, hogy Tagozat, hivatott arra, hogy a klinikai pszichológia helyzetéért javaslatokat tegyen. Ennek Dr. Németh Attila volt négy évig a vezetője a pszichiátriában, és Dr. Perczel-Forintos Dóra a klinikai szakpszichológiában.

A szakma megkapja azt a jogot, hogy egy tanácsadó testület is javasoljon a Tagozat mellé az összes vezető szakmai szervezetből, ezt hívják Tanácsnak. Ennek jómagam voltam a vezetője az utóbbi 2,5 évben. Előtte más tagokból állt a Tanács, akiket a delegáló Magyar Pszichológiai Társaság visszahívott, mert nem a delegáló szakmai érdekeket képviselték. Most a Tagozat és a Tanács mandátuma májusban lejárt, a Tagozat tagjainak kijelölése az államtitkár/Miniszter feladata, a Tanács tagjai demokratikus úton, szavazással kerülnek jelölésre ezt követően.

Őszintén szólva, a Tagozat nagyon rossz kapcsolatot ápolt 2,5 éven keresztül a Tanáccsal. Az elmúlt 2,5 év: 2012–2015-ig számomra kudarc, szinte semmit nem tudtunk elérni miniszteriális szinten a pozícióban lévő Tagozat mellett. Jelen pillanatban a pszichológia a Tagozatot leszámítva mindenféle tanácsadó testület nélkül van a miniszternél, illetve az államtitkárnál. Kamara híján nincs képviselője igazán sem a tanácsadó-, sem a munka-, sem a szervezetpszichológusoknak stb. Amit elértünk Tanácsként, azt általában sok vitával és szembe helyezkedve a Tagozattal vagy csak magunkra maradtan tettük.

Hogyan működik a szakmai protokollok, irányelvek fejlesztésének a bonyolultnak tűnő folyamata?

A Tagozat irányelveket fejlesztet a GYEMSZI kérésére vagy saját javaslatára. Az irányelvfejlesztés vezetőjének a mindenkori Tanács elnökét, így 2,5 évig engem bízott meg. Az irányelv fejlesztés összetett, interdiszciplináris, nagyon komoly szellemi munka. 120 klinikust vontunk be. Az irányelvek – amelyek egyébként jogszabály értékűek – fejlesztése ún. társadalmi munkában történik. Létrejöttek a munkacsoportok, összesen 120 betegséghez kapcsolódóan kezdtük el az irányelvfejlesztést evidence based (bizonyítékon alapuló orvoslás) alapján, azonban ezeknek csak töredéke jutott el a befejezésig. Ma van 120 olyan klinikai szakpszichológus Magyarországon, aki rengeteget dolgozott azon, hogy interdiszciplináris alapon fejlesztésre kerüljenek az irányelvek, és az evidenciákon alapuló tudomány bekerüljön az elfogadott irányelvekbe, ám ahol bekerült, és a minimum feltétel rendelet előírja a pszichológust, ott sem alkalmazzák mindig a gyakorlatban, mert nincsenek státusok.

Miért annyi a pszichoterápia támogatása, amennyi?

Rengeteg szakmai javaslat, kérés született szakmai testületektől a pontrendszer megváltoztatása miatt, de nem láttam eredményét. Ma egy klinikus bizonyos beavatkozásokkal tud csak annyi HBCS pontot termelni, hogy legalább a bérét kitermelje. A klinikai pszichológiai intervenciók illetve a pszichoterápia alacsonyan pontozott, így „nem jól finanszírozott”, tehát „nem is éri meg.” A pontokról olyan magas szinten döntenek, amire rálátásom sincsen. Az pedig, hogy mely ellátó (ambulancia vagy kórház) évente hány beteget láthat el, és mennyi pontot hívhat le a TB-től, szintén szakmai érdekegyeztetés eredménye. Minden pl. ideggondozó, pszichiátriai betegellátó osztály kórháza szerez kontingenst, és azzal gazdálkodik. Sajnos a monopol biztosítás rendszere (az állami TB szemben a minőség és

eredmény-érdekelt magánbiztosítókkal), a hatékonyság monitoring hiánya, a betegség finanszírozás a folyamat kezelés helyett...stb. mind kitermelik, hogy az egyéni érdek, a pénz, a pozíció érték lehessen szemben az evidenciákkal és a betegek tartós gyógyulásával. De ez nem pszicho-szakma specifikus. Az egészségügy reformra szorul mindenben. Ebben is. Szemlélettel kell kezdeni: *interdiszciplinaritás (az egyéni szakmacsoporti érdek háttérbe helyezése a beteg érdekében), prevenció hangsúly, verseny, minőség- és hatékonyság alapú finanszírozás, az alapellátás előtti ellátási formák (tanácsadás, oktatás, sport, mentális egészség támogatása, munkahelyi egészségfejlesztés) után az alapellátás fejlesztése (családorvos mellett pszichológus, a védőnői rendszer megerősítése), és CSAK kivételes szükségben a fekvőbeteg ellátás (így pl. giga-kórházak építése). A pszichológia és a pszichiátria éppen ebben a hatékony és költséghatékony egészségügyben tudna igazán bizonyítani.*

A magyar viszonyokkal szemben bizonyos nyugati országokban más a szemlélet és gyakorlat. Ha egy pincér dolgozik valahol, akkor a munkahely köt rá egy biztosítást, ún. social security card-ja lesz, ami megfelel a magyar TAJ-kártyának. Ebben nemcsak fogorvos van benne vagy a menedzserszűrés, hanem évi 15-30 óra pszichoterápia neki, a feleségének és a gyerekeinek is. Ezt nevezem igazi prevenciónak. Ettől szemléletben 200 évre járunk. Bizonyosan más gazdasági erő, más egészségügyi rendszer engedhet meg ilyen magas színvonalú prevenciót. De ez kell legyen a cél!