

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PSYCHOLOGII KLINICZNEJ

mgr Teresa Gordon

Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. Prof. Jana Mazurkiewicza

ul. Partyzantów 2/4, 05-802 Pruszków, e-mail: teresa.gordon@psych.edu.pl

Pruszków, dnia 16 grudnia 2014 r.

Uwagi do Projektu Rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień z dnia 28.11.2014 r.

W odpowiedzi na przekazany mi do szerokich konsultacji społecznych *Projekt Rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień z dnia 28.11.2014 r.* - mam na wstępie uwagę, że **czas przeznaczony na te konsultacje powinien być o wiele dłuższy niż 2 tyg.** (minus czas przesyłki) - zwłaszcza, że przepisy tego rozporządzenia będą miały zastosowanie do świadczeń gwarantowanych udzielanych dopiero od dnia 1 lipca 2016 r.

Mimo tak krótkiego czasu mam **następujące uwagi i postulaty** - sformułowane po naradach z Konsultantami Wojewódzkimi oraz Polskim Towarzystwem Psychologicznym i Polskim Towarzystwem Psychologii Klinicznej - a zatem **należy je traktować jako stanowisko wspólne w/w podmiotów.**

* * *

Do części: OCENA SKUTKÓW REGULACJI (plik OSR-17-08)

ad pkt. 1. dotyczący odstąpienia od minimalnej liczby etatów:

- Uważamy, że taka "konieczność" (czy naprawdę konieczność?) jest zagrożeniem dla zdrowia i jakości usług dla pacjenta (biorąc pod uwagę politykę pracodawców, często krótkowzroczną, oszczędzających na wszystkim, a prawo im to umożliwia).

ad pkt. 3. dotyczący odejścia od określania sztywnego czasu udzielania świadczenia gwarantowanego, realizowanego w formie porady lekarskiej:

- Uważamy, że to rozwiązanie **powinno dotyczyć także psychologów.**

Uzasadnienie: Również dla psychologa sztywne określenie czasu udzielania różnych porad, jednakowego dla wszystkich pacjentów niezależnie od ich stanu psychicznego - jest merytorycznie nieuzasadnione, a nawet niesie pewne zagrożenia w postaci konieczności skracania wizyty do narzuconej jednostki czasowej, tj. przerywania jej mimo nieukończenia danej czynności (np. wywiadu czy badania testowego), jak też podczas udzielania wsparcia pacjentowi w sytuacji szczególnie kryzysowej, itp.

ad pkt. 6. dotyczący informacji na temat zakresu i czasu trwania konsultacji projektu.

Wynika z niej, że Projekt ten był przedmiotem pre-konsultacji tylko ze Związkiem Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień.

- Uważamy, że **pre-konsultacje** powinny objąć także przedstawicieli zawodów, które mają zastosowanie w realizacji tych świadczeń, choćby ich Konsultantów Krajowych, m.in. **Konsultanta krajowego w dziedzinie psychologii klinicznej.**

Uzasadnienie: Pracodawcy nie zawsze znają specyfikę pracy i zakres kompetencji osób o różnych zawodach, mimo że ich zatrudniają. Czasem oczekiwania pracodawcy są wręcz niezgodne z merytorycznymi zasadami ich pracy i warunkami koniecznymi do jej skutecznego wykonywania (np. psychologowie skarżą się, że często nie przewidziano dla nich oddzielnych pomieszczeń do pracy i zakupu licencjonowanych narzędzi diagnostycznych, co uniemożliwia im poprawne zbadanie i prowadzenie terapii psychologicznej pacjenta w ciszy i spokoju, przy zachowaniu poufności).

- Wśród podmiotów przewidzianych do szerokiej konsultacji publicznych brak jest towarzystw naukowo-zawodowych zrzeszających psychologów, które przy braku samorządu zawodowego stanowią **główną merytoryczną i etyczną reprezentację naszego zawodu**. Pomijanie ich w konsultacjach pozostawia psychologów bez jakiegokolwiek reprezentacji – skutkiem czego jest tak wiele błędów w poprzednich rozporządzeniach i tak duża ilość uwag do obecnego projektu.

A zatem wnosimy o uzupełnienie "Rozdzielnika" co najmniej o:

- **Polskie Towarzystwo Psychologiczne** [ul. Stawki 5/7, 00-183 Warszawa, ptp@psych.uw.edu.pl];
- **Polskie Towarzystwo Psychologii Klinicznej** [ul. Partyzantów 2/4, 05-802 Pruszków, ptpk@psych.edu.pl].

* * *

Uwagi do części wstępnej Rozporządzenia (str. 1-19) tzw. CZĘŚĆ NORMATYWNA.

ad § 2. dotyczący znaczenia określeń użytych w rozporządzeniu :

Odnosnie do psychologów jedynym określeniem, które tu uwzględniono (w pkt. 12) jest **"psycholog kliniczny"**, opisany jako *"psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologia kliniczna"*. Tymczasem nadal pracuje wiele osób, które zdobyły tylko I-szy stopień specjalizacji w "starym" trybie i także są określane jako "psycholog kliniczny", a więc nie są odróżniane od tych pierwszych (choć nie mogą np. być opiekunami specjalizacji dla nowych kandydatów).

Z kolei w załącznikach pojawiają się różne inne określenia: "psycholog", "psycholog w trakcie specjalizacji", "psycholog z udokumentowanym co najmniej dwuletnim doświadczeniem w pracy klinicznej", które w ogóle nie są zdefiniowane.

Należy zatem adekwatnie zdefiniować wszystkie określenia używane w rozporządzeniu.

- **Proponujemy umieszczenie w rozporządzeniu następujących definicji w/w określić:**

1. **specjalista psycholog kliniczny** – to magister psychologii, który uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej wg zasad określonych w *Rozp. Min. Zdrowia z dnia 30.09.2002 w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia* lub (zgodnie z § 35 tegoż *Rozporządzenia*), zachował tytuł specjalisty II stopnia z psychologii klinicznej, zdobyty przed dniem wejścia w życie tegoż rozporządzenia.
2. **psycholog kliniczny** – to magister psychologii, który zgodnie z § 35 *Rozporządzenia z Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia* zachował tytuł specjalisty I stopnia z psychologii klinicznej, zdobyty przed dniem wejścia w życie tegoż *Rozporządzenia*.
3. **psycholog w trakcie specjalizacji** – to osoba spełniająca łącznie następujące warunki:
 - a) jest magistrem psychologii, który zaliczył pierwsze dwa lata programu specjalizacji (tzw. blok podstawowy) wg zasad określonych w *Programie specjalizacji w psychologii klinicznej (2003 lub 2009 r)*, opublikowanym przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.
 - b) korzysta regularnie z konsultacji (superwizji) dotyczących problemów diagnostycznych i terapeutycznych napotykanym w pracy z trudniejszymi pacjentami, udzielanych mu przez jego kierownika specjalizacji.
4. **psycholog z co najmniej dwuletnim doświadczeniem w pracy klinicznej** – to osoba spełniająca łącznie następujące warunki:
 - a) jest magistrem psychologii, który przepracował co najmniej 2 lata pod nadzorem * specjalisty psychologa klinicznego lub psychologa klinicznego, co zostało poświadczone przez tegoż specjalistę albo przez konsultanta wojewódzkiego, który uznał jej wiedzę i doświadczenie za równorzędne.
 - * **praca pod nadzorem** oznacza, że psycholog wspólnie z osobą nadzorującą (*specjalistą psychologiem klinicznym lub psychologiem klinicznym*) planuje przebieg procesu diagnostycznego i terapeutycznego pacjenta i na bieżąco konsultuje z nią wyniki badań oraz postępy terapii psychologicznej. Wykonywanie poszczególnych badań i/lub oddziaływań terapeutycznych przez tego psychologa może być samodzielne, wg decyzji osoby nadzorującej, która ustala stopień tej samodzielności na podstawie oceny dotychczasowej pracy psychologa.
 - b) nadal ma dostęp, minimum 1 raz w m-cu, do konsultacji (superwizji) dotyczących problemów diagnostycznych i terapeutycznych napotykanym w pracy z trudniejszymi pacjentami, udzielanych mu przez specjalistę psychologa klinicznego lub psychologa klinicznego współpracującego z daną placówką.
5. **psycholog** – to osoba, która spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) ukończyła studia psychologiczne i zdobyła tytuł magistra psychologii.
 - b) pracuje pod nadzorem * (w znaczeniu jak wyżej) specjalisty psychologa klinicznego lub psychologa klinicznego, stale współpracującego z daną placówką.

Uzasadnienie:

Każdy inny zawód mający zastosowanie w ochronie zdrowia (zwłaszcza w zakresie opieki psychiatrycznej) został bardziej adekwatnie uregulowany w tym Rozporządzeniu niż "psycholog", którego nawet nie zdefiniowano. Dlatego konieczne jest wprowadzenie zaproponowanych wyżej definicji, wskazujących na **różne stopnie wiedzy i umiejętności psychologów w zakresie psychologii klinicznej**, co zapewni odpowiednią politykę ich zatrudniania, dla zapewnienia jakości, celowości i efektywności udzielanych świadczeń psychologicznych.

Praktyka wynikająca ze złych uregulowań powoduje bowiem, że pracodawcy chętniej (bo taniej) zatrudniają mgr psychologii bez żadnego przygotowania i doświadczenia, w warunkach, w których nie mają się oni od kogo uczyć. Wówczas są zdani jedynie na wiedzę teoretyczną wyniesioną ze studiów (o różnym poziomie) i własną intuicję (często nietrafną), albo uczą się od psychiatrów. W tym ostatnim przypadku często redukują swoją rolę do "pomocnika psychiatry", mimo że psycholog kliniczny to odrębny i samodzielny zawód, wykonywany w partnerstwie z psychiatrą lecz zachowujący swą specyfikę, poszerzający metody diagnozy i terapii psychologicznej klientów. Niewykorzystywanie przez nich dorobku psychologii klinicznej (o udokumentowanej skuteczności) jest marnotrawstwem szkodzącym pacjentom.

Dlatego konieczna jest taka organizacja pracy placówek świadczących usługi psychologiczne, **aby psychologowie z małym doświadczeniem mieli zapewniony nadzór i konsultowanie ich pracy przez specjalistów psychologii klinicznej lub psychologów klinicznych**, podwyższające jakość ich pracy i motywację do dalszego kształcenia się i zdobywania specjalizacji.

* * *

Do wszystkich ZAŁĄCZNIKÓW - UWAGI OGÓLNE.

Prawie we wszystkich załącznikach, w miejscach, gdzie jest mowa o "pozostałym personelu" jaki ma być zatrudniony w danej placówce - często pojawia się **alternatywa**: "psycholog lub osoba prowadząca psychoterapię, lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty".

Należy wyjaśnić, że jest to **alternatywa błędna, gdyż psychoterapeuta nie posiada takiego samego przygotowania i kompetencji jak psycholog** (chyba, że ma również wykształcenie psychologiczne).

Psychoterapeuta bez wykształcenia psychologicznego (a może nim być także absolwent pielęgniarstwa, pedagogiki, resocjalizacji, medycyny, itp.) nie może stosować bardzo wielu wystandaryzowanych metod diagnozy psychologicznej, gdyż samo szkolenie z psychoterapii go tego nie uczy, a nadto zabrania mu tego ustawa o zawodzie psychologa (pod rygorem prawnym).

Natomiast wyspecjalizowany psycholog ma wszelkie umiejętności do wykonania wszechstronnej diagnozy psychologicznej dotyczącej: zaburzeń osobowości, procesów poznawczych, zaburzeń psychicznych, diagnozy psychoneurologicznej itp. a do także ustalenia planu oddziaływań terapeutycznych dobranych do tych zaburzeń i **samodzielnego zrealizowania wielu z nich**.

Psycholog nie może więc być nagminnie zastępowany "osobą prowadzącą psychoterapię" (lub ubiegającą się o certyfikat psychoterapeuty), zwłaszcza wszędzie tam, gdzie konieczna jest diagnostyka psychologiczna rozpoczynająca lub weryfikująca proces leczenia, bez której trudno dobrać sensowne metody terapii, w tym odpowiednie techniki psychoterapii dopasowane do jego zaburzeń, potrzeb i możliwości.

*

Ponadto zauważamy, że termin "psychoterapia" jest w Rozporządzeniu zbyt często nadużywany, rozumie się pod nim różne oddziaływania psychologiczne, które nie są psychoterapią *sensu stricto*.

Psychoterapia to dość systematyczny i długotrwały (*od kilkunastu tygodni do kilku lat*) proces oddziaływania, którego zadaniem jest dokonanie u pacjenta głębszej zmiany sposobu przeżywania, myślenia czy zachowania - ale nie zawsze jest ona konieczna i możliwa do zastosowania w czasie i warunkach, w jakich udzielamy pomocy psychologicznej.

Zwykle **psychoterapię muszą poprzedzać bardziej doraźne działania**, np. rozładowanie aktualnego napięcia, wyjaśnianie natury zaburzeń (psychoedukacja), sesje motywacyjne (do podjęcia leczenia i współpracy), interwencja kryzysowa, pomoc w naprawieniu lub nawiązaniu relacji z bliskimi, czy bardziej elementarny trening codziennej aktywności, samoobsługi, umiejętności społecznych, itp.

Do podjęcia tych oddziaływań w pełni przygotowany jest również psycholog kliniczny, a więc nie zawsze jest konieczność zastąpienia go wyszkolonym psychoterapeutą.

Dlatego zasadne jest, aby w Rozporządzeniu **rzadziej traktować tych specjalistów zamiennie,** a częściej korzystać z nich obu łącznie, bądź wskazywać bardziej adekwatnie, który z nich może spełniać w danej placówce rolę lepiej dopasowaną do potrzeb pacjentów.

Powyższe uwagi należy traktować jako **uzasadnienie** do szczegółowego wykazu postulatów zamieszczonego niżej, w uwagach do załączników.

* * *

(c.d str. 6)

Uwagi do Załącznika Nr 1

1. *Oddział psychiatryczny (dla dorosłych i dzieci)*
2. *Oddział psychiatryczny dla chorych somatycznie/dla chorych na gruźlicę*
3. *Oddział psychiatryczny dla przewlekle chorych*
4. *Oddział psychogeriatryczny*

W powyższych oddziałach **nie można zastąpić psychologa "osobą prowadzącą psychoterapię"**, gdyż jest zbyt dużo diagnostyki i doraźnej, krótkoterminowej pomocy psychologicznej, którą potrafi świadczyć również psycholog kliniczny.

- Powinien być: specjalista psycholog kliniczny lub psycholog kliniczny, lub psycholog w trakcie specjalizacji * a w razie ich braku może być psycholog z udokumentowanym 2-letnim doświadczeniem* (mający dostęp do konsultacji u w/w specjalistów).

Psycholog bez doświadczenia może być zatrudniony pod warunkiem, że będzie pracował pod nadzorem* specjalisty psychologa klinicznego/psychologa klinicznego zatrudnionego w tym oddziale.

5. *Oddział rehabilitacji psychiatrycznej*

Konieczny jest psycholog (rodzaje jak wyżej) **oraz (a nie "lub")** osoba prowadząca psychoterapię, gdyż potrzebnych jest dość dużo zajęć rehabilitacyjnych, którym nie podoła 1 osoba.

6. *Oddział leczenia zaburzeń nerwicowych*

Tu uregulowane jest lepsze - tj. konieczna jest osoba prowadząca psychoterapię (może dwie ?) **oraz** specjalista psycholog kliniczny lub psycholog kliniczny, lub psycholog w trakcie specjalizacji.

Psycholodzy o niższych kwalifikacjach mogą być zatrudniani, gdy w oddziale pracuje też psycholog bardziej wyspecjalizowany.

7. *Oddział psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu*

8. *Oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu*

W żadnym z tych oddziałów sądowych **nie można zastąpić psychologa** osobą prowadzącą psychoterapię - powinni być obydwaj ci specjaliści.

Co do psychologa, powinien to być specjalista psycholog kliniczny lub psycholog kliniczny lub w trakcie specjalizacji * (potrzeba sporządzania ekspertyz sadowo-psychologicznych).

Psycholodzy o niższych kwalifikacjach mogą być zatrudniani, gdy w tym oddziale pracuje też psycholog bardziej wyspecjalizowany.

9. *Oddziały opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne(dla dorosłych i dzieci)*

Regulacja jest wystarczająca pamiętając, że psycholog bez doświadczenia powinien współpracować ze specjalistą psychologiem klinicznym lub psychologiem klinicznym lub w trakcie specjalizacji *, sprawującym nadzór na jego pracą w formie wizytacji.

10. *Hostel dla osób z zaburzeniami psychicznymi*

Co do psychologa regulacja wystarczająca (albo psychoterapeuta). Przydałby się chyba prac. socjalny.

Świadczenia inne niż szpitalne - Opieka domowa / rodzinna

(patrz. następna strona)

* Patrz definicje kwalifikacji psychologów zamieszczone w części ogólnej rozporządzenia.

Świadczenia inne niż szpitalne - Opieka domowa / rodzinna

Uważamy, że tu **brak psychologa jest wielkim niedopatrzeniem**, gdyż właśnie w środowisku rodzinnym psycholog ma największą szansę świadczenia efektywnej pomocy ukierunkowanej na poprawę funkcjonowania życiowego i społecznego pacjenta, psychoedukacji, relacji pacjenta z rodziną i sąsiadami, aktywizacji pacjenta do prac domowych, itp.

Należy dodać psychologa (wizyta raz na tydzień).

do Załącznika Nr 2

Brak uwag (ze względu na niewystarczającą znajomość zagadnienia)

Uwagi do Załącznika Nr 3

Izba przyjęć szpitala (psychiatrycznego)

Uważam, że **należałoby dodać specjalistę psychologa klinicznego lub psychologa klinicznego - zgodnie z od dawna obowiązującymi uregulowaniami prawnymi** - tj. z art. 23 ust. 2 Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego oraz §3, ust. 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 13 lipca 2012 w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisywania ze szpitala psychiatrycznego.

Przepisy te dotyczą procedury przyjęcia pacjenta do szpitala psychiatrycznego bez jego zgody, o czym decyduje dyżurny lekarz psychiatra z udziałem drugiego lekarza psychiatrii **lub psychologa**.

Rolą psychologa byłoby rozładowanie napięcia u pacjenta, udzielenie mu wsparcia, złagodzenie oporu oraz próba przekonania go do wyrażenia zgody na przyjęcie - co ułatwiłoby leczenie i często uchroniłoby pacjenta i szpital od procedur stosowania przymusu bezpośredniego i postępowania sądowego. **Sądzę, że rola psychologa w rozwiązaniu tej sytuacji konfliktowej jest niedoceniana** i należałoby zacząć z niej korzystać.

Uwagi do Załącznika Nr 4

1. Oddział dzienny psychiatryczny ogólny
2. Oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny
3. Oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny / ogólny dla dzieci i młodzieży
5. Oddział dzienny psychiatryczny geriatryczny

W oddziałach dziennych, nawet dla dzieci i młodzieży - wszędzie jest tylko psycholog **lub** osoba prowadząca psychoterapię , a **powinni być obydwaj ci specjaliści** , gdyż są duże potrzeby zarówno diagnostyczne, jak i wiele zajęć terapeutycznych, którym nie podoła jedna osoba.

- Z psychologów powinien to być: specjalista psycholog kliniczny lub psycholog kliniczny, lub psycholog w trakcie specjalizacji^{*} - a w razie ich braku może być psycholog z 2-letnim doświadczeniem* (mający możliwość konsultacji u w/w specjalistów) lub psycholog pracujący pod nadzorem* specjalisty psychologa klinicznego/psychologa klinicznego.

6. Oddział dzienny zaburzeń nerwicowych

Jest psycholog kliniczny **lub** lekarz psychiatra **oraz** osoba prowadząca psychoterapię, ale 2 osoby to za mało, powinien być drugi psychoterapeuta lub psycholog, bo jest dużo zajęć psychoterapeutycznych.

* Patrz definicje kwalifikacji psychologów zamieszczone w części ogólnej rozporządzenia.

Uwagi do Załącznika Nr 5

Regulacje chyba wystarczające

Uwagi do Załącznika Nr 6

1. *Poradnia zdrowia psychicznego/Poradnia psychogeriatryczna/Poradnia psychosomatyczna*
2. *Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci*
3. *Poradnia leczenia nerwic*
5. *Poradnia psychologiczna/poradnia psychologiczna dla dzieci*
6. *Poradnia dla osób z autyzmem dziecięcym*
7. *Zespół leczenia środowiskowego (domowego).*

W poradniach najbardziej dziwi zbyt mały wymiar czasu przewidziany dla świadczeń psychologicznych, tylko 1/3 czasu pracy poradni tygodniowo. **Powinno być minimum 3/4**, podobnie jak porady lekarskie, bo porady psychologiczne trwają dłużej - a **w poradni psychologicznej dla dzieci i w poradni leczenia nerwic nawet w pełnym wymiarze czasu pracy poradni.**

Porada psychologiczna diagnostyczna może być udzielana przez: specjalistę psychologa klinicznego lub psychologa klinicznego, lub psychologa w trakcie specjalizacji *

- a w razie braku ww może to być psycholog z minimum 2-letnim doświadczeniem*, i z dostępem do konsultacji (superwizji) specjalisty psychologa klinicznego lub psychologa klinicznego.

Zatrudniając psychologa bez doświadczenia, uprawnionego do pracy pod nadzorem* poradnia powinna mu zapewnić możliwość współpracy ze specjalistą psychologiem klinicznym lub psychologiem klinicznym, który świadczy w tej poradni (choćby raz na 2 tygodnie) usługę nadzoru i konsultacji (superwizji) dla mniej doświadczonych pracowników.

do Załącznika Nr 7

Brak uwag (ze względu na niewystarczającą znajomość zagadnienia).

* Patrz definicje kwalifikacji psychologów zamieszczone w części ogólnej rozporządzenia.