

**Miran Možina in Irena Kosovel<sup>1</sup>**

## **Minister Gregor pa nič: o predlogu Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028**

Potem ko smo leta 2010, po štirih letih zahtevnega usklajevanja v Delovni skupini Ministrstva za zdravje za pripravo predloga Zakona o psihoterapevtski dejavnosti oblikovali za tisti čas dober osnutek zakona, ki je, kot je znano, obležal v predalu, vedno znova trkamo na vrata ministrstva za zdravje, da bi kot samooklicano<sup>2</sup> pristojno ministrstvo znova pokrenilo Delovno skupino za normativo ureditev psihoterapije v novi sestavi. Žal se v smislu znanega zaključka zgodbe o Martinu Krpanu - „minister Gregor pa nič” – tam ni nič premaknilo. Tudi potem ne:

- ko je bil 19. 1. 2017 izdan sklep Odbora za zdravstvo, ki poziva Vlado Republike Slovenije, da aktivira delovno skupino, v katero naj bodo vključeni predstavniki relevantnih organizacij s področja psihoterapije;
- ko je 10. 2. 2017 Ministrstvo za zdravje sicer poslalo relevantnim organizacijam poziv za predlog predstavnikov, ki bodo sodelovali v Delovni skupini in so do 20. 2. morali izpolniti obrazce;
- ko je bila dva meseca po sklepu Odbora za zdravstvo zadeva obravnavana na komisiji Vlade RS za administrativne zadeve in imenovanja in so bile zadolžene za nadaljne korake: ministrica Milojka Kolar Celarc, sekretarka Tanja Mate, generalna direktorica Direktorata za zdravstveno varstvo, in mag. Nadja Čobal.

Od takrat naprej ni bilo z Ministrstva za zdravje nobenega glasu...

3. decembra 2017 pa je bil dan v javno razpravo predlog Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028 (v nadaljnjem besedilu: predlog Resolucije) (glej <https://e-uprava.gov.si/drzava-in-druzba/e-demokracija/predlogi-predpisov/predlog-predpisa.html?id=8871>). Ko sva ga prvič preletela, je na naju po dolgih letih posijal žarek upanja. Bila sva prijetno presenečena, ne le nad omembo psihoterapije na nekaterih mestih, kjer smo si že dolgo želeli, da bi bila vključena, ampak tudi nad bolj ambicioznim konceptom snovalcev dokumenta, ki širi nekatera do sedaj preozka razumevanja varovanja duševnega zdravja v okviru zdravstvenega varstva. Opravili so veliko delo (glej opombo 1).

### **Dobre plati predloga Resolucije**

Ko smo se v Slovenskem združenju za psihoterapijo in svetovanje lotili bolj poglobljenega branja ter pisanja pripomb in predlogov, nam je bil všče poudarek na preventivi in aktivnostih

---

<sup>1</sup> Mag. Miran Možina, psihiater in psihoterapevt, ustanovni član Slovenskega združenja za psihoterapijo in svetovanje, [miranmozina.slo@gmail.com](mailto:miranmozina.slo@gmail.com); 041748812

Irena Kosovel, univ. dipl. pravnica, psihoterapevtka, ustanovna predsednica Slovenskega združenja za psihoterapijo in svetovanje, [irena.kosovel@gmail.com](mailto:irena.kosovel@gmail.com); 040230491

<sup>2</sup> Namerno sva napisala samooklicano, ker v Slovenskem združenju za psihoterapijo in svetovanje Ministrstva za zdravje, glede na dolgoletno inertnost v zvezi z normativnim urejanjem psihoterapije, ne vidimo več kot pristojnega za to nalogo. Veliko bolj ustrezno se nam zdi Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Do podobnega zaključka so prišli tudi hrvaški psihoterapevti, ki so v okviru ministrstva, ki ureja socialno varstvo, tik pred obravnavo zakona o psihoterapiji v parlamentu (glej <https://vlada.gov.hr/UserDocsImages/Sjednice/2017/12%20prosinac/70%20sjednica%20VRH//70%20-%202.pdf>).

na področju ozaveščanja, edukacije in destigmatizacije, na obravnavi duševnih motenj na primarni zdravstveni ravni in obljuba o medresorski urejanja celotnega področja. Pozdravili smo spoznanje, da je duševno zdravje odgovornost cele družbe in vseh njenih resorjev, da se začne skrb za duševno zdravje že z nosečnostjo in dalje, preko vzgoje v vrtcih in v izobraževalnih sistemih, preko preventive vse od rojstva, odraščanja pa do poznih let, preko ustreznega življenjskega sloga in šole, če pride do duševnih motenj, je to stvar kurative in rehabilitacije znotraj zdravstvenega sistema. Tako se nam na primer zdi hvalevredno, da predlog Resolucije uvaja dolgo pričakovano okrepitev primarne ravni zdravstvenega varstva s širitvijo mrež Centrov za duševno zdravje odraslih (CDZO) in še Centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov (CDZOM).

Ker smo predlog Resolucije brali s posebnim fokusom na psihoterapiji in psihosocialnem svetovanju, smo se strinjali z ugotovitvami Misije Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), ki so navedene na strani 13 predloga Resolucije, ki kažejo na anomalije povezane s psihoterapijo pri nas in sicer:

- »da področje psihoterapije v Sloveniji ni urejeno;
- da so čakalne dobe za psihoterapijo predolge;
- da ni v redu, da ZZS prizna strošek psihoterapevtskih storitev samo kliničnim psihologom in psihiatrom ter da je ob tem pomembno dejstvo, da je kliničnih psihologov premalo in da je specializacija iz klinične psihologije odvisna od interesa izvajalcev in ne sloni na dejanskih potrebah populacije.«

Utemeljeni so se nam zdeli predlogi izboljšav, ki jih je na podlagi ugotovitev SZO predlagala Sloveniji:

- „prenos težišča služb in storitev za duševno zdravje na primarno raven in izboljšanje njihove dostopnosti;
- nadaljevanje usposabljanja za strokovno osebje na primarni ravni;
- vzpostavitev urgentnih služb za otroke, ki bo odgovorna za presojo in triažo;
- zmanjšanje trajanja hospitalizacij in števila ponovnih hospitalizacij s skupnostnim spremljanjem oseb s hudimi duševnimi motnjami;
- razširitev števila in zmoglosti skupnostnih timov na podlagi ocene potreb;
- načrtovanje izobraževanja in zaposlovanja strokovnjakov skladno z nacionalnimi potrebami;
- povečanje števila kliničnih psihologov;
- omogočanje usposobljenim strokovnjakom iz priznanih psihoterapevtskih šol psihoterapevtsko delo v okviru javnega zdravstva;
- ocenitev potrebe oskrbovancev socialnovarstvenih zavodov in možnosti za njihovo deinstitucionalizacijo;
- posodobitev zakonodaje in predpisov glede oskrbe forenzičnih bolnikov, ki so lahko nevarni za skupnost;
- vzpostavitev varovanega oddelka za otroke in mladostnike;
- razvoj več sektorskih psihosocialnih timov za otroke in mladostnike;
- podpora postopnemu uvajanju regionalnih interdisciplinarnih centrov za podporo otrokom z učnimi težavami.“

Pozdravili smo tudi predlog SZO dan Sloveniji, naveden na strani 14 predloga Resolucije, da se »omogoči usposobljenim strokovnjakom iz priznanih psihoterapevtskih šol

psihoterapevtsko delo v okviru javnega zdravstva«, kar je korak k boljšemu zagotavljanju potreb po psihoterapevtskih in svetovalnih storitvah, ne nazadnje pa tudi k priznavanju obstoječega stanja v slovenski psihoterapiji.

Na strani 16 predloga Resolucije je zapisano: »V skladu z že opisanimi priporočili SZO mora Slovenija spodbujati skrb ljudi za svoje duševno zdravje, podpirati neformalne oblike pomoči v skupnosti, integrirati službe za duševno zdravje v primarno zdravstveno varstvo ter omejiti sprejeme v psihiatrične bolnišnice in zavode ter preusmeriti sredstva iz institucionalne v skupnostne oblike obravnave. Dolgotrajna institucionalizacija ima namreč škodljive posledice za duševno zdravje.« Žal je v nadaljevanju predlog Resolucije površen in ne razdela, kako naj bi delovala podpora neformalnim oblikam pomoči.

Ko smo v iskalnik vtipkali besedo psihoterapija, je bilo največ zadetkov pod točko 5.3.2 predloga Resolucije, kjer je govora o »Mreži služb za duševno zdravje odraslih«, v podpoglavju 5.3.2.1. »Zagotavljanje preventive, zgodnje diagnostike...« in v okviru 3. specifičnega cilja »Izboljšati dostop do psihoterapevtskih storitev na osnovni ravni zdravstvenega varstva«, kjer je navedeno 5 ukrepov pod pristojnostjo Ministrstva za zdravje:

»Ukrep 1: Normativna ureditev psihoterapevtske dejavnosti in poklica psihoterapevta.

Ukrep 2: Normativna ureditev psihoterapevtskih storitev, ki se financirajo iz javnih sredstev.

Ukrep 3: Normativna ureditev financiranja psihoterapevtskih storitev.

Ukrep 4: Vzpostavitev standardov in normativov za psihoterapevtske storitve za obravnavo duševnih motenj.

Ukrep 5: Zagotoviti dostop psihoterapevtskih storitev z zaposlovanjem vsaj enega psihoterapevta v CDZ. V dveh letih ocena potreb po psihoterapevtskih storitvah v CDZ.«

Ko smo prvič prebrali teh pet ukrepov, je žarek upanja, da bo minister Gregor končno le nekaj ukrenil za normativno ureditev psihoterapije, tu najmočneje zasvetil. Vendar je začela svetloba ponovno bledeti, ko smo v zvezi s petim ukrepom žal kmalu odkrili, da v poglavju »7.1 Nove strukture v zdravstvenem sistemu na področju duševnega zdravja«, v CDZO in CDZOM psihoterapevt kot član tima ni naveden.

Še bolj je žarek upanja začel usihati, ko smo ugotovili, da v predlogu Resolucije psihosocialno svetovanje kot poklic in kot ena ključnih strok, predvsem na področju primarne preventive, ni vključen nikjer, in da je psihoterapija omenjena premalokrat, poleg omenjenih petih ukrepov, samo še pod:

- točko 5.5 »Preprečevanje samomorilnega vedenja«, kjer naj bi se samomorilno ogroženim omogočila prednostna dostopnost do brezplačne psihoterapevtske obravnave (poleg psihiatrične in klinično psihološke) in
- točko 7.1 »Nove strukture v zdravstvenem sistemu na področju duševnega zdravja«, kjer naj bi timi za duševno zdravje otrok in mladostnikov nudili z dokazi podprte psihoterapevtske intervencije in Centri za duševno zdravje odraslih psihoterapevtsko individualno, partnersko/družinsko in skupinsko obravnavo.

## **Pomanjkljivosti predloga Resolucije**

Ob nadaljnjem poglobljanju v predlog Resolucije smo odkrili še veliko pomanjkljivosti in slepih peg. Najbolj neprijetno nas je presenetilo, da je šel predlog Resolucije v javno razpravo **pred medresorsko uskladitvijo**, kar je svojevrsten paradoks in absurd. Do ključnih izboljšav

v nacionalnem programu duševnega zdravja namreč lahko pridemo le preko medresorskih rešitev. To je sicer jasno poudarjeno v uvodu, a dejansko je šel v javno razpravo torzo, manjkali so mu bistveni deli. V roke smo dobili dokument Ministrstva za zdravje, ki glede na medresorsko problematiko ponuja, čeprav z vidika zdravstvenega varstva razširjeno, veliko preozko zastavljen dokument. Da bi bil absurd še večji, so navodila Ministrstva za zdravje glede predlogov, ki smo jih lahko v okviru javne razprave posredovali, zahtevala, da se lahko odzovemo samo na tisto, kar predlog Resolucije vsebuje. Torej smo lahko komentirali le torzo, ne pa glave in okončin, ki jih ni bilo, so pa bistvene.

Eno ključnih pomanjkljivosti predloga Resolucije vidimo v tem, da ni nikjer eksplicitno navedeno, kdo je ključni nosilec reforme, torej **kateri strokovni kadri bodo ključni izvajalci novo postavljenega sistema varovanja duševnega zdravja!** Predlog Resolucije sicer prinaša nekaj dragocenih novosti, predvsem nujno širitev varovanja duševnega zdravja odraslih ter otrok in mladostnikov na primarni ravni zdravstvenega sistema, ne prinaša pa dovolj dodelanih bistvenih sprememb na področju varovanja duševnega zdravja ravno zato, ker obide obstoječe stanje in se ne loti natančne analize obstoječih strokovnih kadrov in njihovega razvoja.

Tako v predlogu Resolucije ni razmisleka o umestitvi psihosocialnega svetovanja v primarno preventivo po sektorjih, ki so pomembni za varovanje duševnega zdravja in ki so zato ključni za sodelovanje s sektorjem zdravstvenega varstva. Brez normativne ureditve psihosocialnega svetovanja si po našem mnenju tudi ni mogoče predstavljati bistvenih premikov, ki jih želi predlog Resolucije spodbuditi. Ministrstvo za zdravje ne more biti ključno ministrstvo za normativno ureditev psihosocialnega svetovanja, mora pa sodelovati pri medresorskem usklajevanju z ministrstvi, ki so zadolžena za socialno varstvo, delo in družino, šolstvo, gospodarstvo, pravosodje idr.

Pri predstavitvi zatečenega stanja na področju duševnega zdravja v Sloveniji smo pogrešali jasno predstavitev stanja psihoterapije, ki bi poudarila nujnost njene umestitve v sistem zdravstvenega varstva preko zaposlovanja poklicnih psihoterapevtov. Ker so bili do zdaj in so še ključni strokovnjaki za obravnavo duševnih motenj v okviru zdravstva psihiatri in klinični psihologi, se v predlogu Resolucije še naprej ohranja vtis, kot da bodo oni tisti, ki bodo zagotovili tudi psihoterapevtske storitve. To je absurdno, saj jih je premalo že za to, da bi opravili svoje delo, kaj šele, da bi zagotovili velike potrebe po psihoterapevtskih storitvah, tako za odrasle kot tudi za otroke in mladostnike. Ob tem je potrebno poudariti, da niti psihiatri niti klinični psihologi (v kolikor se niso dodatno izobrazili za psihoterapijo po normativih za samostojen poklic) niso ustrezno educirani za psihoterapevtsko obravnavo, kot način zdravljenja s pogovorom, saj je njihovo osnovno poslanstvo predvsem medikamentozno zdravljenje duševnih motenj oz. diagnosticiranje ter klinično psihološko in psihiatrično svetovanje.

Ob kritičnem pomanjkanju strokovnega kadra, zaradi katerega se pazljivemu bralcu predloga Resolucije postavlja pod vprašaj izvedba obljubljenih bistvenih sprememb v sistemu varovanju duševnega zdravja, sta povsem neupravičeno prezrta poklica psihoterapevta in psihosocialnega svetovalca, ki sta poleg psihiatra in kliničnega psihologa dva od enakovrednih poklicnih profilov, ki se ukvarjajo z duševnim zdravjem ljudi in ki bi morala sodelovati v strokovnih timih na tem področju. Dejstvo, da teh dveh poklicev ni na seznamu poklicev, očitno vpliva tudi na odnos predloga Resolucije do teh poklicev, kot da so nevidni, včasih tudi zakriti pod razne druge poklicne nazive oz. identitete.

Spregledano je tudi priporočilo SZO, da se omogoči usposobljenim strokovnjakom iz priznanih psihoterapevtskih šol, ki jih je ta trenutek v Sloveniji najmanj okoli 200, psihoterapevtsko delo v okviru javnega zdravstva (glej stran 14 predloga Resolucije). Ti namreč trenutno delajo zunaj sistema javnega in privatnega zdravstva. Prav tako nikjer ni omenjeno, kako bi se v sistem vključili obstoječi psihosocialni svetovalci, ki jih je najmanj dvakrat toliko (lahko tudi precej več, odvisno od normativov, ki bi jih postavili za podeljevanje tega naziva oziroma licence).

SZO priporoča 1 psihoterapevta na 1000 prebivalcev, kar pomeni, da bi Slovenija ta trenutek potrebovala okoli 2000 psihoterapevtov. Glede števila psihosocialnih svetovalcev pa izkušnje v evropskih deželah, kjer imajo to področje normativno urejeno, kažejo potrebo po nekajkrat večjem številu. Moderna evropska ureditev področja psihoterapije in psihosocialnega svetovanja bi torej odprla vrata za najmanj 8000 novih strokovnjakov (2000 psihoterapevtov in 6000 psihosocialnih svetovalcev). To pa je po številu že enako močna skupina, kot je število slovenskih zdravnikov.

Morda se bodo komu zdele take številke pretirane, vendar psihoterapevti in psihosocialni svetovalci lahko delujejo na različnih ravneh in sektorjih:

- v neformalnih oblikah pomoči, v podpornih službah, skupinah, društvih, NVO v skupnosti;
- v zdravstvenem varstvu, npr. v CDZjih, v specialističnih ambulantah in bolnicah, v Spominskih centrih, Svetovalnih centrih za otroke in mladostnike, Centrih za krepitev zdravja, Rehabilitacijskih centrih idr..
- v socialnem varstvu, npr. na centrih za socialno delo in organizacijah civilne družbe, ki nudijo psihosocialno pomoč v obliki skupnostne skrbi osebam z dolgotrajnimi in hudimi duševnimi motnjami, v zakonskih, partnerskih in družinskih zadevah (disfunkcionalnost, spori, ločitev..), pri osebnotnem opolnomočenju oseb v duševni stiski, ob izgubah (bližnjega, službe, premoženja, zdravja), v mediaciji pri razvezah idr.;
- v šolstvu, npr. v vrtcih, šolskih svetovalnih službah ter v psihoterapevtskih in svetovalnih službah za študente;
- v gospodarstvu, npr. v gospodarskih organizacijah kot poklicno svetovanje in karierno svetovanje, coaching za time in vodstvene delavce, komunikacijsko svetovanje v timih in timska supervizija;
- v pravosodju, npr. za psihoterapevtsko in svetovalno pomoč obsojencem in zapornikom;
- v zdravstvenem turizmu idr.

### **Psihoterapevti in svetovalci so prezrti v predlogu novih organizacijskih struktur v zdravstvenem sistemu**

Predlog Resolucije v poglavju 7.1. na strani 55 predvideva ustanavljanje novih organizacijskih struktur v zdravstvenem sistemu na področju duševnega zdravja, in sicer:

- Regionalne Centre za duševno zdravje, ki so sestavljeni iz:
  - Centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov in
  - Centrov za duševno zdravje odraslih.
- Tri (3) spominske centre za potrebe starejše populacije na področju obvladovanja demence
- Subspecialistične time na nacionalni oz. regijski ravni za obravnavo otrok in mladostnikov s kompleksnejšimi motnjami in komorbidnimi stanji.

Na strani 53 predloga Resolucije je še zapisano, kako bodo za to uporabljena sredstva iz ZZZS: »Sredstva iz ZZZS pa so namenjena dopolnjevanju obstoječih in vzpostavljanju novih timov v 20 Centrih za duševno zdravje otrok in mladostnikov, vzpostavitvi 20 Centrov za duševno zdravje odraslih z 22,5 timi (dopolnitve obstoječih in vzpostavitve novih) s poudarkom na skupnostni psihiatrični obravnavi, 7 subspecialističnih ambulantnih timov na nacionalni oz. regijski ravni za obravnavo otrok in mladostnikov s kompleksnejšimi motnjami in komorbidnimi stanji, ter vzpostavitvi 3 Spominskih centrov za osebe z demenco. Timi se vzpostavljajo enakomerno v obdobju 10 let, stroški novega kadra in njihovega izobraževanja so prikazani v dvoletnih časovnih intervalih.«

Kot že zgoraj omenjeno, pozdravljamo predlog, da se okrepi primarno raven zdravstvenega sistema namenjeno varovanju duševnega zdravja. Vendar pa v predlogu Resolucije še vedno prevladuje predstava, da so strokovnjaki za področje duševnega zdravja v okviru zdravstvenega varstva predvsem psihiatri in klinični psihologi, ki jim pomagajo medicinske sestre in socialne delavke (glej npr. načrtovano sestavo tima za ambulantno obravnavo Centrov za duševno zdravje odraslih na strani 57), in v najboljšem primeru še kakšen izmed zdravstvenih delavcev in sodelavcev (npr. delovni terapevt, v spominskih centrih še specialni pedagog, v Centrih za otroke od 0 do 6 let nevrofizioterapevt, klinični logoped in specialni pedagog, v Centrih za otroke in družine specialni pedagog).

Tako v ključnem delu predloga Resolucije ni psihoterapevtov, niti psihosocialnih svetovalcev, pa tudi psihologov ne, kar glede na stanje v Evropi pomeni vzdrževanje zastarelega načina delovanja. Glede psihoterapije namreč nekateri slovenski psihiatri in klinični psihologi (pa tudi nekateri predstavniki zdravniškega lobija in v preteklih letih nekateri ključni akterji na Ministrstvu za zdravje) zastopajo zastarelo stališče, da je psihoterapija zgolj ena od storitev, ki jih opravljata ta dva poklicna profila, ne pa samostojen poklic in samostojna akademska disciplina. Ti zagovarjajo obstoječe stanje in nočejo sprememb v normativni ureditvi psihoterapije. Druga skupina psihiatrov in kliničnih psihologov vidi rešitev v specializaciji iz psihoterapije (podobno kot obstaja specializacija iz klinične psihologije in psihiatrije) samo za zdravstvene delavce (in morda tudi zdravstvene sodelavce) zaposlene v zdravstvenih ustanovah. To je mnogo preozka rešitev glede na obstoječe stanje, kjer večina poklicno usposobljenih psihoterapevtov deluje zunaj sistema zdravstvenega varstva. Psihoterapijo je glede na obstoječe stanje v Sloveniji (pa tudi glede na stanje psihoterapije v drugih evropskih državah, kjer se le okoli 10% psihoterapije izvaja v okviru zdravstvenega sistema) in kot že enkrat navedeno možno konstruktivno urediti samo medresorsko, saj so poleg zdravstva ključnega pomena še sektorji socialnega varstva, dela in družine, šolstva, pravosodja in gospodarstva ter dobre povezave med njimi.

Če hočemo v Sloveniji korektno normativno urediti področje psihoterapije in svetovanja, potem bodo potrebni veliki premiki, povezani z vključevanjem psihoterapije in psihosocialnega svetovanja **v vsa prednostna področja** predloga Resolucije, torej pri zagotavljanju skupnostnega pristopa, pri promociji, preventivi in destigmatizaciji, v mreži služb, na področjih povezanih s problematiko alkohola, duševnega zdravja in preprečevanja samomora ter nenazadnje v izobraževanju, raziskovanju in evalvaciji!

**Medresorsko usklajevanje bo ključnega pomena tudi za ureditev različnih poti izobraževanja iz psihoterapije in svetovanja**

Da predlog Resolucije tako mačehovsko obravnava poklica psihoterapevt in svetovalec, je nenavadno tudi zato, ker imajo izobraževanja in usposabljanja iz psihoterapije v Sloveniji petdesetletno tradicijo. Začela so se namreč že v šestdesetih letih prejšnjega stoletja v zdravniških vrstah zaradi spoznanja, da psihiatrom in kliničnim psihologom primanjkuje znanj, da bi bili kos vsem duševnim stiskam pacientov, ki so pri njih iskali pomoč. Tako so se začele prve edukacije najprej predvsem za psihiatre in klinične psihologe, kasneje, od sedemdesetih let naprej, pa so v edukacijski proces prav pionirji psihoterapevtske edukacije pripuščali tudi kandidate z drugačnimi predizobrazbami in ne zgolj zdravnike oz. psihologe. Razvoj psihoterapevtske stroke je napredoval, okvirji, ki so jih tedaj predstavljala strokovna združenja, najprej Psihoterapevtska sekcija v okviru Zdravniškega društva in nato Združenje psihoterapevtov Slovenije (ZPS), ki je v sodelovanju z Medicinsko fakulteto v Ljubljani prvo nudilo interno psihoterapevtsko edukacijo, so postali pretesni, njihove strokovne kapacitete nezadostne, umanjala je vizija nadaljnjega razvoja, ki bi vključevala in povezovala vse ključne psihoterapevtske pristope ter akademsko izobraževanje iz psihoterapije.

Življenje in potrebe družbe pa so same zase trasirale nove poti izobraževanj tako v okviru različnih strokovnih združenj in krovne organizacije, kot je npr. Slovenska krovna zveza za psihoterapijo, ki trenutno združuje kar enajst različnih psihoterapevtskih društev (geštalt, transakcijsko analizo, logoterapijo, psihodramo, psihoanalitično, realitetno, transpersonalno in dve integrativni terapiji ter psihodinamsko in sistemsko psihoterapijo), kot tudi v okviru v zadnjih 15 letih novo ustanovljenih visokošolskih institucij in v akreditiranih študijskih programih iz psihoterapije in psihosocialnega svetovanja (to so magistrski in doktorski študij relacijske družinske terapije na Teološki fakulteti Univerze v Ljubljani, neposredni študij psihoterapevtske znanosti prve in druge bolonjske stopnje na Fakulteti za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani ter študij psihosocialnega svetovanja prve in druge bolonjske stopnje na Fakulteti za uporabne družbene študije v Novi Gorici).

Medresorsko usklajevanje bo ključnega pomena tudi za ureditev različnih poti izobraževanja in usposabljanja iz psihoterapije in svetovanja:

- specializacijo iz psihoterapije za zdravstveno osebje znotraj zdravstvenega resorja;
- neakademsko pot izobraževanja in usposabljanja po evropskih kriterijih za psihoterapijo in psihosocialno svetovanje v okviru strokovnih združenj ter
- akademsko pot dodiplomskih in podiplomskih študijev za psihoterapijo in psihosocialno svetovanje.

V normativni ureditvi psihoterapije in psihosocialnega svetovanja bo potrebno ločiti med akademsko izobrazbo in poklicem, podobno kot je npr. na področju socialnega dela, psihologije, medicine idr. Kdor konča magistrski študij socialnega dela, mora za pridobitev licence za opravljanje poklica socialni delavec v okviru socialnega varstva opraviti še pripravništvo in državni izpit. Podobno bo potrebno urediti za pridobitev licence za opravljanje psihoterapije ali psihosocialnega svetovanja. Po končanem neakademskem ali akademskem izobraževanju bo potrebno definirati pogoje za pripravništvo in opravljanje državnih izpitov na področju zdravstva, socialnega varstva, šolstva, pravosodja idr., glede na to, na katerem področju bo želel psihoterapevt ali psihosocialni svetovalec delovati. Tisto, kar bi v Sloveniji odločilno povečalo možnosti zaposlovanja psihoterapevtov in psihosocialnih svetovalcev in kar bi morala biti strategija prihodnosti, je prav ta trojna rešitev: normativna ureditev, registracija poklicev ter težišče izobraževanj iz psihoterapije in psihosocialnega svetovanja prenesti v akademsko sfero.

## **Primarna preventiva, ki predstavlja temelj primarni ravni sistema zdravstvenega varstva, je v Sloveniji najbolj podhranjena**

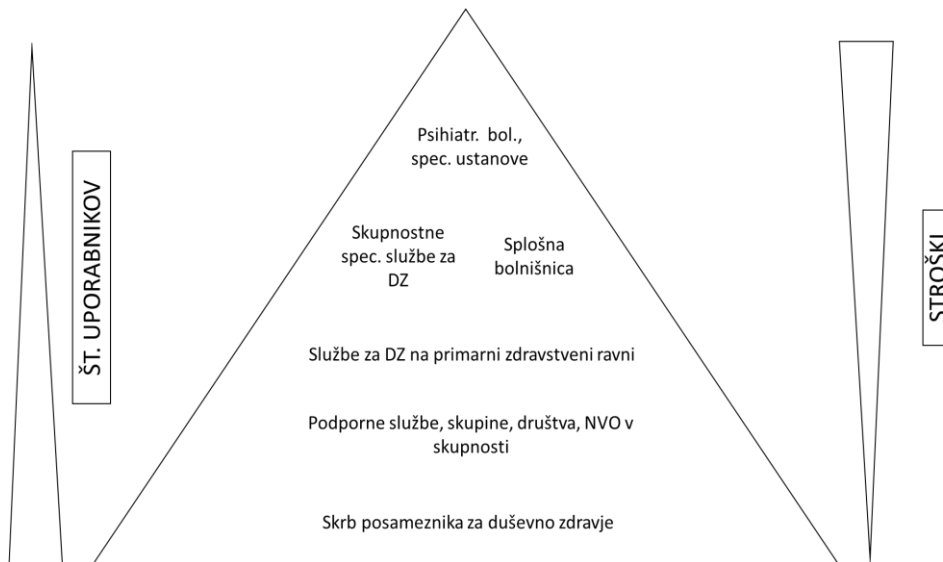
Še bolj pa pade v oči, da sta poklica psihoterapevt in psihosocialni svetovalec povsem prezrta na tistih področjih primarne preventive za varovanje duševnega zdravja, ki ne sodita v sistem zdravstvenega varstva. Naj posebej poudariva: primarna raven zdravstvenega varstva ni enako primarna preventiva, ampak predstavlja le njen manjši del! Primarna preventiva se mora skoraj v celoti dogajati pod ravnijo primarnega zdravstvenega varstva, na kar opozarjajo tudi strokovnjaki SZO.

V Slovenskem združenju za psihoterapijo in svetovanje se strinjamo z navedbami na strani 15 predloga Resolucije, da »duševne motnje oz. bolezni možganov (oziroma širše gledano bolezni možganov, kamor spadajo tudi epilepsija, demenca, kap itd.) prepoznamo in zdravimo prepozno«. Zato podpiramo navedbe v predlogu Resolucije, da je »eden od ključnih izzivov okrepiti duševno zdravje celotne populacije, zmanjšati duševne težave in motnje in s tem tudi bremena, ki je povezano s slabim duševnim zdravjem«. To pomeni obrat težišča varovanja duševnega zdravja v primarno preventivo, kar je radikalen premik od sedanjega stanja. To je naloga, ki je ne morejo izpeljati le zdravstveni delavci sami na primarni zdravstveni ravni, pač pa je potrebno medresorsko sodelovanje. K primarni preventivi lahko pomembno prispeva primarna raven zdravstvenega varstva, a le v manjši meri, ključno vlogo imajo tu drugi resorji in sodelovanje med njimi.

Snovalci predloga Resolucije opozarjajo, da je „SZO oblikovala priporočila za organizacijo služb na področju duševnega zdravja, ki je zasnovana na novi paradigmi: v središču je posameznik in njegove potrebe in na podlagi tega se organizirajo službe in storitve. Kot je razvidno iz slike 1, vsak posameznik sam skrbi za svoje duševno zdravje ob podpori svojcev in ožjega družinskega okolja, pridružujejo se mu neformalne službe za duševno zdravje in okolja v skupnosti (kot so različne civilne skupine, društva, šole, nevladne in verske organizacije). Ko je zaradi resnosti duševnih težav potrebno dodatno strokovno znanje ali podpora, se vključi formalna mreža strokovnih služb. Glede na potrebe se v obravnavo v največji meri vključujejo službe na primarni ravni zdravstvenega in socialnega varstva, sledijo formalne skupnostne službe za duševno zdravje in psihiatrične službe, ki delujejo v okviru splošnih bolnišnic, ter šele nazadnje specialistične službe za duševno zdravje in ustanove za dolgotrajno bivanje/zdravljenje.“ (predlog Resolucije, stran 9 in 10)

Slika 1: Piramida povezanih služb za duševno zdravje (iz predloga Resolucije, stran 9)

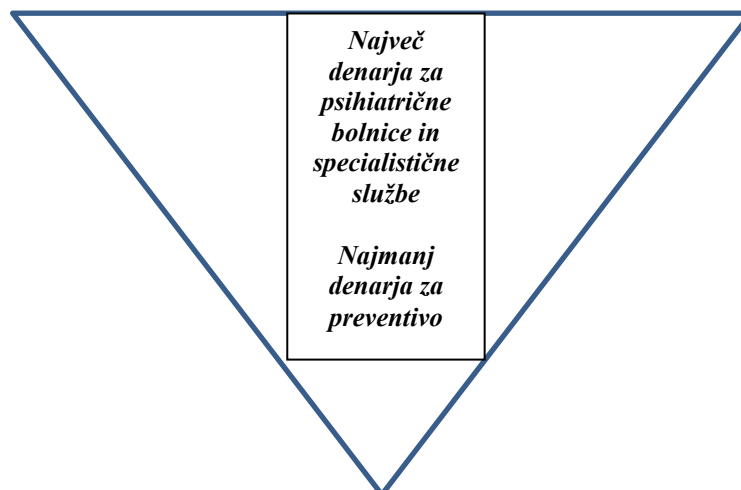




Žalostno in zaskrbljujoče dejstvo, ki ga ugotavljajo strokovnjaki SZO, pa je, da imamo v Sloveniji, kar se financiranja iz javnih sredstev tiče, piramido obrnjeno na glavo (glej sliko 2). Najmanj proračunskih sredstev gre za primarno preventivo, največ pa ga porabijo psihiatrične bolnišnice in specialistične službe, čeprav je število uporabnikov, ki potrebujejo tovrstno oskrbo, najmanjše. To je v nasprotju z možnostmi, ki jih ima posameznik sam v skrbi za duševno zdravje ali v okviru neformalnih služb v skupnosti, kjer so potrebe največje in jih je mogoče zagotavljati z najnižjimi stroški.

Na piramidi je ključna raven varovanja duševnega zdravja skrb posameznika za duševno zdravje in v podpornih službah, skupinah, društvih, NVO v skupnosti. Predlog Resolucije v zvezi s tem navaja »da službe za duševno zdravje organiziramo čim bližje ljudem (vseh starosti), ki jih potrebujejo in jih prilagodimo njihovim potrebam. Poleg tega je pomembno, da na ta način organiziramo tako promocijske in preventivne aktivnosti, kot tudi kurativne in rehabilitacijo.« (resolucija, stran 16) Žal pa predlog Resolucije v svojem ključnem delu, kjer navaja širitev služb, financiranje in akcijski načrt, tega ne upošteva.

Slika 2: V Sloveniji imamo obrnjeno piramido: najmanj denarja gre tja, kjer bi bil najbolj potreben in kjer bi bili rezultati največji, to je v primarno preventivo, in največ tja, kjer ima najmanj učinka na duševno zdravje populacije.



Vsekakor je skrajni čas, da začnemo v Sloveniji obračati piramido, tako da ne bo več stala na špici, saj si česa takega niso upali niti faraoni. Za spuščanje piramide na njeno bazo, pa med drugim potrebujemo tudi premik v dojemanju, kdo vse sodi med strokovno osebje, ki skrbi za duševno zdravje ljudi, predvsem še v fazi, ko ne govorimo o duševnih motnjah, pač pa o primarni preventivi in ukrepanju ob blažjih do težjih čustvenih stiskah, stresnih odzivih in preobremenjenosti, o žalovanju ob izgubah vseh vrst itd. Izkušnje zadnjih let kažejo, da se ta premik še ni zgodil, še vedno velja prepričanje, da je skrb za duševno zdravje v glavnem, če ne že izključno, stvar zdravstvenega resorja in zdravstvenih delavcev. Strokovnjaki SZO zato Ministrstvu za zdravje predlagajo »partnerstvo s sektorjem socialnega varstva in drugimi ne zdravstvenimi sektorji.« (stran 10 predloga Resolucije) Podobno je navedeno tudi na strani 16, kjer piše, da je »dokazano, da je mogoče na primarni ravni odgovoriti na večino potreb večine prebivalstva, tako z vidika preventive kot obravnave duševnih motenj vseh starostnih skupin, če zagotavljata primarno zdravstveno in socialno varstvo povezane storitve in programe.«

Zgovoren primer za to trditev je, če pomislimo na depresivne in anksiozne motnje, ki skupaj zajamejo že okoli 30 procentov populacije in bodo po napovedih SZO do leta 2020 najpogostejši svetovni zdravstveni problem. Nemogoče je, da bi sistem zdravstvenega varstva sam ustrezno odgovoril že samo na to hitro razširjajočo se pandemijo, kaj šele na druge duševne motnje, katerih številne so tudi v zaskrbljujočem porastu. Iz izkušenj zadnjih let vemo, da predstavniki Ministrstva za zdravje in zaposleni v sistemu zdravstvenega varstva v javnosti kljub temu ponavljajo, da lahko primarna raven zdravstva odgovori na večino potreb večine prebivalstva. Umanjka uvid, da se v Sloveniji že dolgo časa večji del ljudi z duševnimi težavami in motnjami ne obrača na zdravnike, psihiatre in klinične psihologe, ki jih že sicer po obstoječih normativih primanjkuje, ampak da v glavnem iščejo pomoč pri alternativnih, svetovalnih in psihoterapevtskih, ki delujejo v piramidi pod primarno ravnijo zdravstvenega sistema. Ta segment ni reguliran, je kaotičen in že dolgo čaka na normativno ureditev, ki bi spodbudila njegov razvoj v smeri večje dostopnosti in kvalitete, na kar že dolgo opozarjajo tudi uporabniki sami (kot primer glej Peticijo Društva DAM na povezavi [http://www.nebojse.si/portal/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1446&Itemid=1](http://www.nebojse.si/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=1446&Itemid=1)).

Normativna ureditev psihoterapije in psihosocialnega svetovanja ni majhna sprememba, ki naj bi po viziji predloga Resolucije dodala na primarno zdravstveno raven v najboljšem primeru nekaj deset psihoterapevtov, ampak mora ključno pripomoči k tektonskemu premiku v razumevanju in organizaciji varovanja duševnega zdravja, tako da se bo piramida postavila na svojo bazo. Poklicna profila psihoterapevt in psihosocialni svetovalec s svojim področjem delovanja presegata okvire zdravstvenega sektorja. Njun glavni doprinos je na področju neformalnih oblik pomoči in primarne preventive (glej opombo 2), čeprav sta se uveljavila tudi na področjih sekundarne in terciarne preventive. Da bi zasukali piramido, bi rabili več tisoč psihoterapevtov in svetovalcev, katerih večina ne bo zaposlenih v sektorju zdravstvenega varstva, ampak v neformalnih službah, v sektorju socialnega varstva in drugih nezdravstvenih sektorjih (npr. šolstvu, gospodarstvu, pravosodju, turizmu idr.).

## Epilog

Tik preden je šel ta prispevek v tisk, je vlada RS 25. 1. 2018 po hitrem postopku določila besedilo Predloga Resolucije in ga poslala Državnemu zboru (glej

[uprava.gov.si/drzava-in-druzba/e-demokracija/predlogi-predpisov/predlog-predpisa.html?id=8871](http://uprava.gov.si/drzava-in-druzba/e-demokracija/predlogi-predpisov/predlog-predpisa.html?id=8871)). Za natančno analizo bi potrebovali več časa, a prvi vtis pušča grenak priokus, da pripombe iz javne razprave niso bile upoštevane in da je bila medresorska uskladitev zaradi naglice pomanjkljiva in površna.

Hkrati pa po naši hitri oceni predlog Resolucije, kot ga je določila vlada RS, ne preprečuje dobre bodoče normativne ureditve psihoterapevtske dejavnosti. Prvič v zgodovini slovenske države v zavezujočem pravnem aktu piše, da se bo omogočalo usposobljenim strokovnjakom iz priznanih psihoterapevtskih šol psihoterapevtsko delo v okviru služb socialnega varstva in zdravstva (str. 19 Resolucije). Nadalje je zapisano, da poleg psihološke obstoji tudi psihoterapevtska dejavnost, da bosta obe v določenem delu financirani iz javnih sredstev, da bo treba obe normativno urediti in da bosta obe vključeni v mrežo služb za duševno zdravje (str. 48 Resolucije). Ločeno se navaja prednostna dostopnost do brezplačne klinično psihološke, psihiatrične in psihoterapevtske obravnave (str. 51 Resolucije). Piše pa tudi, da bo v naslednjih dveh letih pripravljena normativna ureditev psihološke in psihoterapevtske dejavnosti s tem, da bodo pri njenem nastajanju k sodelovanju pozvane upoštevane izobraževalne ustanove ter strokovna združenja s področja psihologije in psihoterapije ter pristojna ministrstva (str. 102 Resolucije).

Psihoterapevti in svetovalci imamo znova odlično priložnost, da strnemo vrste in postanemo (še bolj) politično prepoznavna skupina pritiska. Od državnih institucij moramo zahtevati, da naše predstavnike vključijo v delovni proces celovite normativne ureditve področja psihoterapije in svetovanja. Glede na Akcijski načrt, ki je sestavni del Resolucije, naj bi se to dogajalo že v drugi polovici leta 2018 in v letu 2019!

## **Opombe**

### **Opomba 1**

Odgovorne za strokovno pripravo in usklajenost predloga Resolucije so bile:

- Jožica Maučec Zakotnik, državna sekretarka, Ministrstvo za zdravje,
- mag. Nadja Čobal, sekretarka, Ministrstvo za zdravje,
- dr. Agata Zupančič, podsekretarka, Ministrstvo za zdravje,
- Tonija Črnigoj, svetovalka III, Ministrstvo za Zdravje.

Zunanji strokovnjaki, ki so sodelovali pri pripravi dela ali celotnega gradiva predloga Resolucije, so bili:

- dr. Maja Roškar, Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), Center za proučevanje in razvoj zdravja,
- dr. Saška Roškar, NIJZ, Center za proučevanje in razvoj zdravja,
- dr. Helena Jeriček Klanšček, NIJZ, Center za proučevanje in razvoj zdravja,
- Nuša Konec Juričič, NIJZ, OE Celje, Center za upravljanje programov preventive in krepitev zdravja,
- dr. Marija Anderluh, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Pediatrična klinika,
- dr. Vesna Švab, Zdravstveni dom Novo mesto, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Psihiatrična bolnišnica Ormož,
- dr. Mojca Zvezdana Dernovšek, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani,
- Sladjana Jelisavčič, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

## Opomba 2

Vloga psihoterapije in psihosocialnega svetovanja v primarni preventivi je preprečevati pojavljanje duševnih motenj. Že Freud je vključeval to dimenzijo, saj se je pokazalo, da ima lahko vsak človek, ki je motiviran za izboljšanje kvalitete življenja, korist od psihoanalize preden se pri njem ali njej pojavi kakšna duševna motnja. Freudovo sporočilo je še vedno moderno: "Živite bolj ozaveščeno! Bolj se zavedajte kompleksnosti lastne duševnosti in uresničite svoje potenciale v delu in ljubezni!" V zadnjih 50 letih se je to sporočilo razširilo med milijone ljudi preko različnih psihoterapevtskih in svetovalnih pristopov, predvsem v delu s skupinami, npr. »sensitivity« treningi ali »encounter« skupine, in v delu z ogroženimi in ranljivimi skupinami (npr. adolescenti, nosečnice, nezaposleni, hendikepirani, starostniki itn.). Mnogi psihoterapevti in svetovalci so razvili programe, ki se kombinirajo s psihoedukativnim pristopom: za otroke in družine; za matere z dojenčki za podporo po rojstvu s svetovanjem in praktično pomočjo; za skupine, kjer se člani učijo obvladovanja stresa in večje asertivnosti v vsakdanjih življenjskih situacijah; za povečevanje osveščenosti v zvezi z zlorabami otrok in preventivne programe na tem področju; za preventivo nasilja; za preventivo telesnih bolezni, ker kronične telesne bolezni povečujejo verjetnost duševnih motenj; za preventivne programe na področju alkohola in drog za ogrožene skupine itn.