

Kolegij fakultet in strokovnih združenj na področju psihoterapije in psihosocialnega svetovanja¹

in

Slovensko združenje za psihoterapijo in svetovanje²
Rovšnikova 2
1000 Ljubljana

Datum: 3. 1. 2018

Za Ministrstvo za zdravje
Štefanova 5
1000 LJUBLJANA

ZADEVA: PRIPOMBE NA PREDLOG RESOLUCIJE O NACIONALNEM PROGRAMU DUŠEVNEGA ZDRAVJA 2018-2028

Pripombe na predlog Resolucije pošiljamo v štirih delih: uvodu, splošnih pripombah, konkretnih pripombah in zaključnih mislih. V prilogi smo v par poglavjih dodali nekaj informacij, ki bi bile lahko uporabne pri nadaljnjem delu na Resoluciji.

I. UVOD

Z veseljem pozdravljamo predlog Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028 (v nadaljnjem besedilu: predlog Resolucije), ki smo ga žal vse predolgo čakali, a končno le dočakali. Opravljeno je veliko delo, zato snovalcem dokumenta vsa pohvala in zahvala. Prvo branje nas je navdalo z optimizmom nad celovitostjo pristopa in sistematičnostjo ureditve področja duševnega zdravja na vseh ravneh. Seveda je še preuranjeno soditi o dovolj dobri ustreznosti zastavljenih rešitev, a predlagani sistem kot celota obeta velike premike in izboljšave na področju varovanja in skrbi za duševno zdravje.

Še posebej pozdravljamo načela urejanja področja duševnega zdravja, ki dajejo poudarek preventivi in glavnini aktivnosti na področju ozaveščanja, edukacije in destigmatizacije, obravnavi duševnih motenj na primarni zdravstveni ravni in medresorski urejanja celotnega področja. Pozdravljamo 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 šele, če pride do duševnih motenj oziroma bolezni, je to stvar kurative in rehabilitacije znotraj zdravstvenega sistema.

Iz predloga Resolucije izhaja, da je bilo področje duševnega zdravja dolga leta zanemarjeno in neurejeno, pri čemer ne gre le za odsotnost systemskega pristopa in urejanja na vseh ravneh, pač tudi ali

¹ V juliju 2016 smo se tri fakultete, ki izvajamo akreditirane programe psihoterapije in psihosocialnega svetovanja, povezale z nekaterimi strokovnimi organizacijami s tega področja v Kolegij fakultet in strokovnih združenj na področju psihoterapije in psihosocialnega svetovanja. Eden glavnih ciljev Kolegija je zavzemanje za normativno ureditev psihoterapije in psihosocialnega svetovanja.

² Decembra 2016 smo posamezniki, strokovnjaki iz področja psihoterapije in psihosocialnega svetovanja, skupaj z uporabniki ustanovili Slovensko združenje za psihoterapijo in svetovanje z istim glavnim namenom, zavzemanjem za normativno ureditev psihoterapije in psihosocialnega svetovanja.

predvsem za pomanjkanje strokovnega kadra. Še vedno prevladuje predstava, da so strokovnjaki za področje duševnega zdravja predvsem psihiatri in klinični psihologi, ki jih je premalo, pa še ti

delujejo prvenstveno v zdravstvenih institucijah, medtem ko na primarni ravni ustrezne strokovne pomoči potencialnim koristnikom ni.

Pri predstavitvi zatečenega stanja na področju duševnega zdravja v Sloveniji pogrešamo predstavitev stanja psihoterapije pri nas. Ugotavljamo, da je v tem kontekstu povsem neupravičeno prezrt **poklic psihoterapevta in psihosocialnega svetovalca**, ki sta poleg psihiatra in kliničnega psihologa dva od enakovrednih poklicnih profilov, ki se ukvarja z duševnim zdravjem ljudi in ki bi morala sodelovati v vseh strokovnih timih, ki se ukvarjajo z duševnim zdravjem. Omenja se pomanjkanje strokovnega kadra, o področju psihoterapije in psihosocialnega svetovanja, ki bi ključno pripomogla k razreševanju pomanjkanja kadra, pa vse premalo oz. nič.

Poklica psihoterapevt in psihosocialni svetovalec v Sloveniji pravno formalno ne obstajata. Razlogov za takšno stanje je več. Vsekakor potrebujemo 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 preventivi in ukrepanju ob blažjih do težjih čustvenih stiskah, stresnih odzivih in preobremenjenosti vseh vrst, 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 izključno stvar zdravstvenega resorja in zdravstvenih delavcev. Ob tem je potrebno poudariti, da niti psihiatri niti klinični psihologi 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.

Izobraževanja in usposabljanja iz psihoterapije imajo v Sloveniji 50 letno tradicijo, saj so se začela 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 pred izobrazbami 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 nadaljnega 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), v zadnjih 15 letih pa tudi novo ustanovljene visokošolske institucije, ki izvajajo akreditirane študijske programe iz psihoterapije in psihosocialnega svetovanja, npr. 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.

II. SPLOŠNE PRIPOMBE

V nadaljevanju podajamo nekaj konkretnih ugotovitev in poudarkov, ki se nam kot poznavalcem slovenskega psihoterapevtskega prostora zdijo pomembni pri oblikovanju resolucije, jih pa težko umestimo v konkretne točke predloga Resolucije in sicer:

1. Strinjamo se 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 resoluciji, 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.

2. Ker smo predlog Resolucije brali s posebnim fokusom na psihoterapiji in psihosocialnem svetovanju, pozdravljamo navajanje ugotovitev Misije SZO 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 ZZSZ 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.«

3. Pozdravljamo tudi predlog SZO dan Sloveniji, naveden na stran 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.

4. Zaskrbljeni pa ugotavljamo, da je v predlogu Resolucije psihoterapija omenjena premalo, samo pod:

- tč. 5.3.2 »Mreža 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«,
- tč.5.5 »Preprečevanje samomorilnega vedenja«, kjer naj bi se samomorilno ogroženim omogočila prednostna dostopnost do brezplačne psihoterapevtske obravnave (poleg psihiatrične in klinično psihološke)
- tč.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.

Nikjer v predlogu Resolucije pa ni omenjeno psihosocialno svetovanje, ki predstavlja skupaj s psihoterapijo glavnino izvajalskega dela, predvsem v okviru primarne preventive. Odkrili smo tudi nedoslednost: čeprav je v ukrepu 5 navedeno zaposlovanje vsaj enega psihoterapevta v CDZ, ta določba v poglavju 7.1 ni upoštevana. Zato predlagamo:

PREDLOG 1

Pod tč. 5.3.2 »Mreža 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« predlagamo dopolnitve (označene so s poudarjenim tiskom):

Ukrep 1: Normativna ureditev psihoterapevtske dejavnosti **in dejavnosti psihosocialnega svetovanja** ter **poklicev psihoterapevt in psihosocialni svetovalc**.

Ukrep 2: Normativna ureditev psihoterapevtskih storitev **in storitev psihosocialnega svetovanja**, ki se financirajo iz javnih sredstev.

Ukrep 3: Normativna ureditev financiranja psihoterapevtskih storitev **in storitev psihosocialnega svetovanja**.

Ukrep 4: Vzpostavitev standardov in normativov za psihoterapevtske storitve **in za storitve psihosocialnega svetovanja za obravnavo psihosocialnih problemov** in duševnih motenj.

Ukrep 5: Zagotoviti dostop do psihoterapevtskih storitev z zaposlovanjem **vsaj enega psihoterapevta v CDZO (tako v timih za ambulantno obravnavo kot tudi timih za skupnostno psihiatrično obravnavo), CDZOM (tako v enotah za zgodnjo celostno obravnavo otrok s posebnimi potrebami kot tudi v enotah za duševno zdravje otrok, mladostnikov od 0 do 19 let in njihovih družin), Spominskih centrih, v subspecialističnih timih na nacionalni oz. regijski ravni za obravnavo otrok in mladostnikov s kompleksnejšimi motnjami in komorbidnimi stanji. Zagotoviti dostop do storitev psihosocialnega svetovanja z zaposlovanjem vsaj enega psihosocialnega svetovalca v CDZO (tako v timih za ambulantno obravnavo kot tudi timih za skupnostno psihiatrično obravnavo), CDZOM (tako v enotah za zgodnjo celostno obravnavo otrok s posebnimi potrebami kot tudi v enotah za duševno zdravje otrok, mladostnikov od 0 do 19 let in njihovih družin) in Spominskih centrih. V dveh letih ocena potreb po psihoterapevtskih storitvah in po storitvah psihosocialnega svetovanja v CDZO, CDZOM, Spominskih centrih in v subspecialističnih timih za obravnavo otrok in mladostnikov.**

Obrazložitev:

Nujno je v predlog Resolucije dodati psihosocialno svetovanje, ki predstavlja skupaj s psihoterapijo glavnino izvajalskega dela, predvsem v okviru primarne preventive. Zato je potrebno vključiti tudi psihosocialne svetovalce v naslednje nove strukture v zdravstvenem sistemu na področju duševnega zdravja, ki so opisane v poglavju 7.1. predloga Resolucije: v Regionalne Centre za duševno zdravje, ki so sestavljeni iz Centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov in Centrov za duševno zdravje odraslih, v Spominske centre za potrebe starejše populacije na področju obvladovanja demence.

V 5. ukrepu se predvideva zaposlovanje vsaj enega psihoterapevta v CDZ, vendar v poglavju 7.1 ta določba ni upoštevana, kar kaže na nedoslednost. Zato predlagamo, da se v ukrepu 5 natančno navede vključitev psihoterapevtov v vse nove strukture, ki so opisane v poglavju 7.1 predloga Resolucije: v Regionalne Centre za duševno zdravje, ki so sestavljeni iz Centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov in Centrov za duševno zdravje odraslih, v Spominske centre za potrebe starejše populacije na področju obvladovanja demence in v Subspeciallyne time na nacionalni oz. regijski ravni za obravnavo otrok in mladostnikov s kompleksnejšimi motnjami in komorbidnimi stanji.

Tudi če ne bi prišlo do omenjene nedoslednosti, pa menimo, da bi bila takšna ureditev nezadostna. To bi radi še posebej izpostavili: Če hočemo korektno normativno urediti področje psihoterapije v Sloveniji, potem bodo potrebni veliko večji premiki, povezani z vključevanjem psihoterapije in psihosocialnega svetovanja **v vsa prednostna področja** 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! Zato konkretne predloge podajamo v nadaljevanju, ko obravnavamo prednostna področja predloga Resolucije.

5. Iz predloga Resolucije izhaja, da je bilo področje duševnega zdravja dolga leta zanemarjeno in neurejeno, resolucije sicer v veliki meri popravlja pomanjkljivosti v dosedanem sistemu predvsem zdravstvenega varstva duševnega zdravja in z obljubljanjem medresorskega sodelovanja, na različnih ravneh skrbi za duševno zdravje. Pomanjkljiva pa je vizija, **kdo iz stroke bo ključni nosilec reforme, torej kateri strokovni kadri bodo ključni izvajalci novo postavljenega sistema varovanja duševnega zdravja!**

6. S predlaganimi kadrovskimi dopolnitvami in rešitvami v okviru zdravstvenega sektorja ter z zagotavljanjem sredstev zanje prinaša predlog Resolucije 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.

Dobre ideje, ki so navedene v poglavjih Izzivi, Priporočila, Viziji in v Orisu prednostnih področij se namreč v poglavju 7.1 in v akcijskem načrtu zožijo v peščico, sicer dragocenih sprememb v sistemu zdravstvenega varstva (predvsem na primarni ravni), manjka pa akcijski načrt za medsektorsko rešitev in seveda način financiranja le te. Ta vsebina ostaja omenjena samo na načelni ravni.

7. Šele na strani 60 predloga Resolucije je zapisano, da bo »natančen akcijski načrt za prednostna področja 5. 1., 5.2, 5.4, 5.5 in 5.6 (Zagotavljanja skupnostnega pristopa pri krepitvi duševnega zdravja ter obravnavi oseb z duševnimi motnjami v skupnosti, Promocija duševnega zdravja, preventiva in destigmatizacija na področju duševnih motenj, Alkohol in duševno zdravje, Preprečevanje samomora, Izobraževanje, raziskovanje, spremljanje in evalvacija) ter znotraj prednostnega področja 5.3 (Mreža služb za duševno zdravje) tudi tisti del, ki financira ukrepe, v katere so vključene NVO, dodan dokumentu po medsektorskem usklajevanju. Takrat bodo za ta področja vključena tudi finančna sredstva ostalih ministrstev.« Zdi se, da je predlog Resolucije dan v javno razpravo prezgodaj, saj je ključen izziv za bistvene spremembe prav v medsektorskem usklajevanju, ki se mora konkretno odraziti v predlogu novih struktur za varovanje duševnega zdravja in njihovih novih povezav. Problematika duševnega zdravja namreč daleč presega domet zdravstvenega sektorja, zato vidimo, da je predlog Resolucije v tem delu pomanjkljiv in ne prepriča.

Tudi naša bolj natančna analiza, ki sledi, bo zato zaradi rudimentarnosti predloga Resolucije, nujno manj popolna. Okrnjena bo tudi zato, ker so po našem mnenju, kot tudi po mnenju SZO, ključne spremembe povezane s tistimi področji piramide varovanja duševnega zdravja (glej stran 9 slika 1 v resoluciji), ki so pod primarno ravni zdravstvenega varstva.

8. Resolucija v poglavju 7.1. na strani 55 predvideva ustanavljanje novih 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 zapisano, kako bodo 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 vzpostavitev 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 smo že napisali zgoraj, 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, kar glede na stanje v Evropi pomeni vzdrževanje zastarelega stališča. 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) 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.

V predlogu Resolucije ni razmisleka o umestitvi psihosocialnega svetovanja v sistem zdravstvenega varstva in v druge sektorje, ki so pomembni za varovanje duševnega zdravja in ki so zato ključni za sodelovanje s sektorjem zdravstvenega varstva. Tudi brez normativne ureditve psihosocialnega svetovanja si po našem mnenju ni mogoče predstavljati ključnih premikov, ki jih želi spodbuditi Resolucija. MZ 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.

9. V predlogu Resolucije v celoti manjka analiza obstoječega stanja psihoterapije in psihosocialnega svetovanja, kar ne daje kompletne slike stanja na področju duševnega zdravja pri nas. Ponavljamo, da sta **poklica psihoterapevt** in **psihosocialni svetovalec** poleg psihiatra in kliničnega psihologa dva od štirih ključnih in enakovrednih poklicnih profilov, ki se ukvarjajo z duševnim zdravjem ljudi in ki bi morala sodelovati v vseh strokovnih timih, ki se ukvarjajo z duševnim zdravjem. Tako na primer ne bi prišlo do tega, da v načrtovanih timih za duševno zdravje otrok in mladostnikov ni psihoterapevta ne psihosocialnega svetovalca, ampak je predviden samo psihoterapevt v timih za duševno zdravje odraslih, ki ga v poglavju 7.1. pa že spet ni več.

10. Kdo bo torej nudil psihoterapijo, ki jo predvideva predlog Resolucije v tč.5.5. »Preprečevanje samomorilnega vedenja«, kjer naj bi se samomorilno ogroženim omogočila prednostna dostopnost do brezplačne psihoterapevtske obravnave (poleg psihiatrične in klinično psihološke) in v tč.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? Sledeč logiki predloga Resolucije bodo to psihiatri in klinični psihologi, kar pomeni ohranjanje sedanje ureditve, če predlog Resolucije nima v mislih medicinskih sester, delovnih terapevtov ali specialnih pedagogov ali pa morda celo pediaterov, ki jih navajajo kot člane teh timov?

Če to drži, kaj potem pomeni normativna ureditev psihoterapije in poklica psihoterapevt, ki je načrtovana v predlogu Resolucije? Da bodo psihiatri, klinični psihologi, medicinske sestre, delovni terapevti, specialni pedagogi, pediatri avtomatično hkrati tudi psihoterapevti?

Predlog Resolucije omenja pomanjkanje strokovnega kadra, o kadrih s področja psihoterapije in psihosocialnega svetovanja, ki bi lahko ključno pripomogli k razreševanju pomanjkanja kadra, pa ne spregovori. 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 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).

11. 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.

12.. Strokovnjaki SZO so opozorili na alarmantno stanje v Sloveniji, kjer »psihiatrične bolnice in specialistične službe za duševno zdravje predstavljajo največji strošek, 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.« Slovenija ima torej že dolgo časa obrnjeno piramido - najmanj denarja gre tja, kjer so potrebe največje in obratno. Strokovnjaki SZO zato Sloveniji predlagajo »partnerstvo s sektorjem socialnega varstva in drugimi ne zdravstvenimi sektorji.« (stran 10 predloga Resolucije)

Na tej točki je ključno vprašanje, kdo konkretno bo zdravstvenemu sektorju partner v sektorju socialnega varstva in drugih nezdravstvenih sektorjih? Od možnih poklicnih profilov so po našem mnenju ključni prav psihoterapevti in psihosocialni svetovalci. Resolucija izhaja iz zastarelega pogleda, saj predvideva le psihoterapevte, ki bodo delali na CDZ-jih (če jih sploh predvidevajo, saj jih v ključnem poglavju 7.1 ni), ne vidijo pa jih v specialističnih ambulantah in bolnicah, Spominskih centrih, Svetovalnih centrih za otroke in mladostnike in Centrih za krepitev zdravja, še manj pa jih vidijo na ravni neformalnih služb za duševno zdravje tam, kar je praksa iz evropskih dežel, kjer imajo regulirano psihoterapijo in psihosocialno svetovanje in se prav tu dogaja največ psihoterapije in psihosocialnega svetovanja. Resolucija je pri opisu neformalnih služb za duševno zdravje (kot so različne civilne skupine, društva, šole, nevladne in verske organizacije) prezrla, da v njih že obstaja veliko število psihoterapevtov in psihosocialnih svetovalcev.

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. To slepo pego v resoluciji bo potrebno v medsektorskem usklajevanju preseči in odpraviti.

13. Ključnega doprinosa k boljšemu varovanju duševnega zdravja ne bodo mogli dati psihoterapevti in psihosocialni svetovalci, ki naj bi bili zaposleni na CDZ-jih, ampak prav psihoterapevti in psihosocialni svetovalci v neformalnih službah. Če do tega ne bo prišlo, se obrnjena piramida v Sloveniji (s posledico, da gre največ denarja za vrh piramide, kjer je najmanjše število uporabnikov in najmanj za njeno dno, kjer je največje število uporabnikov), ne bo postavila tako, kot je treba in tako kot priporoča SZO. Da bi to stanje zasukali in presegli bi rabili več tisočih 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.).

14. 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.

Predlog Resolucije na isti strani navaja, 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.« Žal ni navedeno, kdo in kje je to dokazal. Po naših podatkih je nemogoče, da bi primarna raven odgovorila na večino potreb večine prebivalstva (Patel, 2017; Patel in dr., 2016a; Patel in dr., 2016b). Če samo pomislimo na prevalenco depresivnih in anksioznih motenj, ki skupaj zajameta že okoli 30 procentov populacije in bosta po napovedih SZO do leta 2020 najpogostejši svetovni zdravstveni problem, je nemogoče, da bi primarna raven odgovorila že samo na to hitro razširjajočo se pandemijo, kaj šele na vse druge duševne motnje, katerih mnoge so tudi v zaskrbljujočem porastu.

Na že omenjeni piramidi na strani 9 je ključni vir na dveh nivojih nižje: to je v skrbi posameznika za duševno zdravje in v podpornih službah, skupinah, društvih, NVO v skupnosti. Resolucija 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) Resolucije v svojem ključnem delu, kjer navaja širitev služb, financiranje in akcijski načrt, ne upošteva prejšnjih spoznanj in se temu popolnoma izogne. Po našem mnenju je nujno, da se v medresorskem usklajevanju ta manko odpravi.

15. Psihoterapevti in psihosocialni svetovalci lahko svoj ključni doprinos razvijamo prav v spodbujanju vsakega posameznika, da bo skrbel za lastno duševno zdravje in v podpornih službah, skupinah, društvih, NVO v skupnosti, na delovnih mestih, žal ostaja v resoluciji ključni pomen teh dveh poklicnih profilov neprepoznaven, še naprej izstopajo psihiatri in klinični psihologi, ob njih pa v najboljšem primeru še zdravniki splošne medicine oz. družinski zdravniki kot tisti, ki naj bi »dokazano« (kot je eksplicitno poudarjeno v resolucije na strani 16) na primarni ravni odgovorili na večino potreb večine prebivalstva, kar je seveda nerealno in napačno. Iz izkušenj zadnjih let vemo, da predstavniki MZ in zaposleni v sistemu zdravstvenega varstva v javnosti ponavljajo, da lahko primarna raven 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 alternativcih, svetovalcih in psihoterapevtih, ki delujejo v piramidi pod primarno ravniyo 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). V javnih debatah pogosto zasledimo, da je to stanje kotišče za šarlatane, kar navede k zaključku, da je edini pravi naslov za duševne težave in motnje ljudi družinski zdravniki, klinični psihologi in psihiatri.

PREDLOG 2

Predlagamo, da se med strateške cilje zapiše še sedmi strateški cilj in sicer:

Strateški cilj 7: Normativno urediti psihoterapijo in psihosocialno svetovanje, ki bo umestilo nova poklicna profila psihoterapevt in psihosocialni svetovalc v neformalne oblike pomoči, v podporne službe, skupine, društva, NVO v skupnosti, v zdravstveni sektor, sektor socialnega varstva in nezdravstvene sektorje, pomembne za varovanje duševnega zdravja in tudi na ta način izboljšati zagotavljanje skupnostnega pristopa, promocijo, preventivo in destigmatizacijo, dopolniti mrežo služb, obogatiti programe na področjih povezanih s problematiko alkohola, duševnega zdravja, preprečevanja samomora ter izobraževanje, raziskovanje in evalvacijo.

Obrazložitev:

Sedanja umestitev normativne ureditve psihoterapije v predlog Resolucije je preozka, popolnoma pa je izpuščeno področje psihosocialnega svetovanja. Normativna ureditev psihoterapije in psihosocialnega svetovanja ni majhna sprememba, ki naj bi po viziji resolucije dodala na primarno zdravstveno raven v najboljšem primeru nekaj deset psihoterapevtov, ampak mora ključno pripomoč k tektonskemu premiku v razumevanju in organizaciji varovanja duševnega zdravja, tako da se bo »Piramida povezanih služb za duševno zdravje« (glej sliko 1 na strani 9 resolucije) postavila na svojo bazo. Poklicna profila psihoterapevt in psihosocialni svetovalc s svojim področjem delovanja presegata okvire zdravstvenega sektorja. Njun glavni doprinos je na področju neformalnih oblik pomoči in primarne preventive³, čeprav sta se uveljavila tudi na področjih sekundarne in terciarne preventive.

Če povzamemo, psihoterapevt in psihosocialni svetovalc lahko delujeta na različnih ravneh in sektorjih, ti pa so:

³ 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.

- 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
- osebnostnem 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.

Za ureditev področja psihoterapije in psihosocialnega svetovanja je potreben medresorski pristop, ki bi med drugim definiral različne poti izobraževanja in usposabljanja:

- specializacijo iz psihoterapije za zdravstveno osebje znotraj zdravstvenega resorja;
- neakademsko pot izobraževanja in usposabljanja po evropskih kriterijih za psihoterapijo in psihosocialno svetovanje 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 in akademizacija izobraževanja iz psihoterapije in psihosocialnega svetovanja.

III. KONKRETNE PRIPOMBE

Konkretne pripombe smo oblikovali po vseh prednostnih področjih. Nato sledijo konkretne pripombe v zvezi z vodenjem, koordinacijo in podporo implementaciji nacionalnega programa duševnega zdravja, financiranju, pripombe v zvezi z novimi strukturami v zdravstvenem sistemu na področju duševnega zdravja ter akcijskim načrtom, saj sta tudi v teh delih psihoterapija in psihosocialno svetovanje popolnoma prezrta.

Prednostno področje 1: Zagotavljanje skupnostnega pristopa pri krepitvi duševnega zdravja ter obravnavi oseb z duševnimi motnjami v skupnosti

PREDLOG 3

Specifični cilj 1, ukrep 3: Priprava protokolov sodelovanja med različnimi službami (sociala, šolstvo, zdravstvo, zaposlovanje, okolje, ...), **strokami (psihijatrija, socialno delo, delovna terapija, psihoterapija, psihosocialno svetovanje,...)** in inštitucijami (cerkev, ...) ter NVO s ciljem krepitev duševnega zdravja, destigmatizacije in optimalnega zadovoljevanja potreb oseb z duševnimi motnjami.

Obrazložitev:

Psihoterapija (predvsem skupinske oblike psihoterapije in družinska psihoterapija) in psihosocialno svetovanje sta že desetletja po priporočilih SZO sestavni del skupnostnega pristopa pri krepitev duševnega zdravja ter obravnavi oseb z duševnimi motnjami v skupnosti. Od leta 1991 se je s pojavom organizacij, kot so Šent, Altra, Ozara idr., že veliko premaknilo, ker pa poklica psihoterapevt in psihosocialni svetovalec ne obstajata, je ta dejavnost skrita oziroma se jo izvaja pod drugimi imeni (npr. trening socialnih veščin). Zato bi normativna ureditev psihoterapije in psihosocialnega svetovanja, kot si jo glede na obstoječe stanje lahko predstavljamo, končno zapolnila to vrzel na zemljevidu skupnostne skrbi, saj bi se v službah skupnostne skrbi lahko zaposlovali tudi psihoterapevti in psihosocialni svetovalci.

Prednostno področje 2: Promocija duševnega zdravja, preventiva in destigmatizacija na področju duševnih motenj

PREDLOG 4

- a) 5.2.1 Specifični cilj 2, ukrep 1, alineja 3: Uvedba standardiziranih programov psihološke prve pomoči (posredovanje znanja o vzrokih, simptomih in znakih duševnih težav in motenj ter krepitev veščin za ukrepanje) (npr. program Mental Health First Aid, ki se že izvaja v 23 državah), **programov psihoterapevtske prve pomoči in psihosocialnega svetovanja.**
- b) 5.2.1 Specifični cilj 3, ukrep 2: Svetovalnice za otroke, mladostnike in starše (**npr. mreža 32 zakonskih in družinskih posvetovalnic, ki so jih ustanovili zakonski in družinski terapevti relacijske družinske terapije**)
- c) 5.2.1 Pod specifični cilj 3 predlagamo še nov ukrep 6: **Svetovalnice za študente, organizirane po univerzah oz. fakultetah (npr. Študentska psihološka svetovalnica na Filozofski fakulteti Univerze v Ljubljani, Psihoterapevtsko in psihosocialno svetovanje za študente ŠOU v Ljubljani).**
- d) 5.2.1 Pod specifični cilj 3 predlagamo še nov ukrep 7: **Širitev obstoječih in razvoj novih psihoterapevtskih svetovalnic v okviru zavarovalnic (npr. projekt Psihoterapevtske svetovalnice v okviru Zavarovalnice Adriatic).**
- e) 5.2.1 Pod specifični cilj 3 predlagamo še nov ukrep 8: **Širitev obstoječih in razvoj novih podpornih aktivnosti v smislu psihosocialnega svetovanja in psihoterapije za reševalce in prebivalce po nesrečah (glej sistem Uprave RS za zaščito in reševanje).**
- f) 5.2.1 Pod specifični cilj 3 predlagamo še nov ukrep 9: **Širitev obstoječih in razvoj novih podpornih programov kreativnega pisanja in psihoterapije za ljudi s težavami v duševnem zdravju (npr. Projekt Beletrine literarne šole).**
- g) 5.2.1 Pod specifični cilj 3 predlagamo še nov ukrep 10: **Širitev obstoječih in razvoj novih podpornih programov psihosocialnega svetovanja in psihoterapije v rehabilitaciji oseb obolenih za rakom (npr. program ROZA in program Društva Srečališče)**

- h) 5.2.1 Pod specifični cilj 3 predlagamo še nov ukrep 11: **Širitev obstoječih in razvoj novih podpornih programov psihosocialnega svetovanja in psihoterapije v rehabilitaciji oseb obolelih obsojenim in zapornikom (npr. program Terapija odpuščanja za skupine v zaporih).**
- i) 5.2.1. Pod specifični cilj 3 predlagamo še nov ukrep 12: **Širitev obstoječih in razvoj novih psihoterapevtskih ambulant ter centrov za osebno rast, psihosocialno svetovanje in psihoterapijo (npr. Psihoterapevtska ambulanta SFU Ljubljana, Center za osebno rast in psihoterapijo, Center za psihoterapijo Maribor, Center za psihoterapijo in psihosocialno pomoč Koper, Center za psihoterapijo Celje, Nacionalni inštitut za psihoterapijo Fakultete za uporabne družbene študije v Novi Gorici, Frančiškanski družinski inštitut in še 31 drugih inštitutov po celi Sloveniji, v katerih delajo svetovalci psihoterapevti relacijske družinske terapije, Odprti inštitut za psihoterapijo, Inštitut za klinično psihologijo in psihoterapijo, Dirona – Klinika za psihiatrijo in psihoterapijo, Srečališče – društvo za psihoterapijo in skupinsko delo itn.)**
- j) 5.2.1. Pod specifični cilj 3 predlagamo še nov ukrep 13: **Širitev obstoječih in razvoj novih podpornih programov psihoterapije in psihosocialnega svetovanja pri različnih telesnih boleznih.**
- k) 5.2.2 V uvodnem tekstu dodati: Za podporo otrokom in njihovim družinam imamo v Sloveniji primere dobre prakse štirih Svetovalnih centrov za otroke, mladostnike in starše, ki interdisciplinarno obravnavajo in nudijo ustrezno podporo otrokom in mladostnikom s specifičnimi učnimi težavami ter drugimi težavami v duševnem zdravju. Misija SZO priporoča, da kadrovsko ustrezno dopolnimo centre in zagotavljamo njihove storitve vsem otrokom in mladostnikom z učnimi težavami. **Svetovalne centre je treba kadrovsko okrepiti s psihoterapevti in psihosocialnimi svetovalci.**
- l) 5.2.2. specifični cilj 1 ukrep 5: Razvoj in izvajanje programov za ranljive skupine mladostnikov (kot npr. osipniki, manjšine, migranti) kot so na primer programi PUMO in mladinski centri, **razvijanje novih programov psihoterapije in psihosocialnega svetovanja ipd.**
- m) 5.2.2. Pod specifični cilj 1 predlagamo še nov ukrep 9: **Uvajanje svetovanja in psihoterapije preko mobilnih timov na domovih predšolskih otrok.**
- n) 5.2.2 specifični cilj 2 ukrep 2: Dopolnitev obstoječih kadrov in programov štirih obstoječih SCOMS v skladu s pripravljenimi standardi in v skladu z novo normativno ureditvijo psihoterapije in psihosocialnega svetovanja, ki bo omogočila kadrovsko dopolnitev s psihoterapevti in psihosocialnimi svetovalci
- o) 5.2.3 v uvodnem tekstu dodati: Tako lahko delodajalci omogočajo postopno vrnitev zaposlenega z bolniškega dopusta, prilagajanje delovnega mesta ipd. (Eurofound in EU-OSHA, 2014; Šprah in Dolenc, 2014). **Za primarno in sekundarno preventivo je treba spodbuditi širitev obstoječih programov psihosocialnega svetovanja v obliki coachinga, ki je v Sloveniji že dokaj razvito, za terciarno preventivo pa uvesti možnost psihoterapevtske pomoči v delovne organizacije.**
- p) 5.2.3 specifični cilj 1 ukrep 3: **Širitev obstoječih in razvoj novih izobraževalnih modulov in preverjenih programov svetovanja oz. coachinga na področju promocije zdravja...**

- q) 5.2.4 v uvodnem tekstu dodati: V študijah, v katerih so raziskovali varovalne dejavnike za pojav depresije med starostniki, so izpostavili predvsem tri glavne skupine zaščitnih dejavnikov: ustrezni podporni viri, učinkovite strategije pri spoprijemanju s stresorji in vključenost v osmišljene aktivnosti. **K upoštevanju in povečanju teh zaščitnih dejavnikov lahko ključno pripomoreta psihosocialno svetovanje in psihoterapija.**
- r) 5.2.4 specifični cilj 1 ukrep 2: Krepitev neformalnih in formalnih akterjev in mrež v skupnosti, ki vplivajo na kakovostno življenje v skupnosti in preprečujejo osamljenosti (programi NVO, družabništvo, medgeneracijski centri, univerze za tretje življenjsko obdobje, **programi psihosocialnega svetovanja in psihoterapije – npr. programi mobilne pomoči svetovanja in psihoterapije v okviru oskrbe na domu...**

Obrazložitev:

Na prednostnem področju 2 bi morala biti psihoterapija in psihosocialno svetovanje nujno omenjena na več mestih kot sestavni del brezplačne pomoči osebam v stiski, terapevtske pomoči v lokalnem okolju, na delovnih mestih, v vrtcih, šolah in na fakultetah oz. univerzah, za starejše idr. Namreč glede na obstoječe stanje v Sloveniji že imata ključno vlogo pri promociji duševnega zdravja in preventivi duševnih motenj, npr. pri ukrepih za „zagotavljanje enakomerno razporejene in enostavno dostopne ter brezplačne pomoči osebam v stiski in pri uporabi terapevtskih storitev v lokalnem okolju« (specifični cilj 3 na strani 27 predloga Resolucije), kjer so omenjene Svetovalnice za odrasle, Svetovalnice za otroke, mladostnike in starše, Skupine za samopomoč za osebe s podobnimi težavami in njihove svojce, Telefonsko in spletno svetovanje za otroke, mladostnike in starše.

K a) Pri posredovanju znanja o vzrokih, simptomih in znakih duševnih težav in motenj ter krepitev veščin za ukrepanje so se obnesli programi psihoterapevtske prve pomoči in psihosocialnega svetovanja. Medicinski model ima ozko uporabno vrednost pri obravnavi duševnih motenj in ima celo veliko iatrogenih učinkov. Psihoterapevtski in svetovalni pristop sta se v zadnjih tridesetih letih uveljavila kot bolj učinkovita in uspešna od medicinskega. Če medicinska stroka temelji na predpostavki, da se za simptomi skrivajo specifične bolezni s specifičnimi vzroki, ki naj se jih zdravi po določenem algoritmu in ki se pri obravnavanju duševnih motenj ne obnese, psihoterapevtska stroka gradi na t. i. »kontekstualnem modelu«, ki je vse bolj empirično podprt (Wampold in Imel, 2015), ki poudarja pomen terapevtskega odnosa med psihoterapevtom in pacientom. Psihoterapevtska obravnava ne more temeljiti na algoritmu in predpisovanju receptov, ki bi bili primerni za vsakega pacienta. Psihoterapevt mora v enkratnem odnosu z vsakim pacientom posebej soustvariti njemu prilegajočo se terapijo. V okviru psihoterapije in psihosocialnega svetovanja kot znanstvenih disciplin tako nastaja nov korpus znanj o vzrokih, simptomih in znakih duševnih težav in motenj ter nov nabor veščin za ukrepanje.

K b) Združenje zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije, ki je tudi član Kolegija fakultet in strokovnih združenj na področju psihoterapije in psihosocialnega svetovanja, ima na svoji spletni strani objavljen seznam 32 terapevtskih centrov in terapevtov s samostojno terapevtsko prakso, ki so razporejeni po regijah glede na naslov terapevtskih prostorov. Znotraj posameznih regij pa so le-ti razporejeni po abecednem vrstnem redu glede na ime centra. (glej http://zdt.si/clanstvo_izobrazevanje_in_nazivi/terapevti_in_terapevtski_centri/) Izvajajo relacijsko zakonsko in družinsko svetovanje in psihoterapijo, ki ju je utemeljil prof. dr. Christian Gostečnik. Zakonski družinski terapevti poleg individualnih, partnerskih in družinskih terapij vodijo tudi terapevtske skupine, šole za starše, priprave na zakon, preventivne programe za učence in dijake, izobraževalne dejavnosti, delavnice za osebnostno rast ipd.

K c) Študentska psihološka svetovalnica na Filozofski fakulteti v Ljubljani ima že dolgo tradicijo vsaj 20 let, saj jo je uvedel pokojni profesor Maks Tušak, nato pa je vodenje prevzel klinični psiholog in psihoterapevt izr. prof. Robert Masten. V njenem okviru so študentje deležni psihološkega, psihosocialnega svetovanja in psihoterapije. Je dober model za razvijanje podobnih svetovalnic v okviru fakultet in univerz. Tako sta temu sledila ŠOU v Ljubljani, ki je v letu 2016 skupaj s Fakulteto za psihoterapevtsko znanost Univerze v Ljubljani pokrenil nov projekt Psihoterapevtsko in psihosocialno svetovanje za študente ŠOU v Ljubljani.

K d) Zavarovalnica Adriatic je leta 2016 v sodelovanju s Fakulteto za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda začela s projektom psihoterapevtske svetovalnice za nekatere zavarovalniške programe. Obstaja veliko možnosti za vključitev psihosocialnega svetovanja in psihoterapije v različne produkte zavarovalnic.

K e) Na Upravi RS za zaščito in reševanje so se od leta 2008 v okviru Ciljnega raziskovalnega programa Znanje za varnost in mir 2006–2010 intenzivneje usmerili v razvoj psihosocialne pomoči po nesrečah. S projektom Razvoj modela preventive pred stresom in sistema psihološke pomoči na področju varstva pred naravnimi in drugimi nesrečami so začeli vzpostavljati psihološko podporo in organizirati pomoč za reševalce v sistemu varstva pred naravnimi in drugimi nesrečami. Temu so sledili koraki pri vzpostavljanju psihosocialne pomoči po nesrečah za prebivalce (Lavrič in Štirn, 2006). V okviru tega projekta je veliko potreb in možnosti za širitev svetovalne in psihoterapevtske pomoči.

K f) Beletrina, zavod za založniško dejavnost, je v letih 2014 in 2015 začel s projektom literarnih delavnic za udeležence, ki so v življenju doživeli določeno travmatično izkušnjo. Predvsem za osebe s težavami v duševnem zdravju, v prehranjevalnih navadah ter drugih oblikah odvisnosti ali problematičnega vedenja. Prek pisanja pesmi in zgodb se lahko soočijo s svojimi strahovi in jih na drugačen način izrazijo ter popeljejo v svet domišljije. Seznanijo se s splošnimi trendi in tehnikami sodobnega kreativnega pisanja ter začnejo z intenzivnim individualnim delom na sebi in pisanjem. K sodelovanju je poleg literarnih mentorjev kot pomembne partnerje projekta povabila tudi psihoterapevte, ki so udeležencem v procesu ustvarjanja in odkrivanja notranjega sveta nudili svetovanje in pomoč v trenutkih, ko so potrebovali oporo. Prepletanje umetniškega ustvarjanja in psihoterapije je udeležencem pomagalo pri razumevanju samih sebe in jim omogočilo, da so se skozi besedo odprli, izrazili in sprostili svoje napetosti. Prav tako so prek sodelovanja strokovnjakov pri izvajanju delavnic oblikovali orodje kreativnega pisanja kot metode samopomoči in samorealizacije.

K g) Program ROZA, ki ga že sofinancira MZ, je razvojni program za opolnomočenje in zdravo aktivacijo žensk z izkušnjo raka dojke in rodila in je lep primer programa, v katerem so se povezale različne organizacije in stroke: Združenje Europa Donna Slovenija, teme integrativne medicine, fizioterapije in zdravstvene nega pokrivajo strokovnjaki iz Alme Mater Europea, programe čuječnosti Društvo za čuječnost, svetovalno in psihoterapevtsko pomoč za okrevajoče in svojce pa nudijo psihoterapevti Fakultete za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani, Center za socialno psihologijo Fakultete za družbene vede pa je v projektu zadolžen za raziskavo o potrebah bolnic z rakom dojke in rodila. Podobne programe bi bilo potrebno razširiti za pomoč obolelim za rakom na drugih organih in njihovim svojcem.

Naj navedemo še drugi primer, ki kaže na veliko potrebo po širitvi psihoterapije in psihosocialnega svetovanja za onkološke bolnike (in za številne druge kronične telesne bolezni), to je projekt z naslovom *Organizacija in izvedba psihosocialne oskrbe onkoloških bolnikov ter dolgotrajno bolnih otrok in mladih v celjski regiji*, ki ga je za dvoletno obdobje (2014-15) podprl norveški finančni mehanizem. Izvajalec je bil Društvo Srečališče, društvo za psihoterapijo in skupinsko delo iz Celja. V zaključnem poročilu so med drugim navedli, da se je v primerjavi z ljubljansko regijo pokazalo, da je v celjski regiji prisotna večja stigma glede bolezni rak in tudi večje zavračanje psihosocialne pomoči in psihoterapije zaradi predsodkov, kar kaže na to, da bi bilo še posebej pomembno širiti psihosocialno svetovanje in

psihoterapijo prav na področja Slovenije, kjer je manjša osveščenost. Eno od pretresljivih spoznanj pa je bilo tudi, da medicinsko osebje nima skoraj nobene psihološke opore za svoje delo in da se na nekaterih oddelkih celjske bolnice izvajajo hudi pritiski nad osebjem, tako da so preutrujeni, imajo pogosto kronične (avtoimune) bolezni in ne vidijo izhoda iz situacije. Zato je na tem zahtevnem področju, da je potrebno nuditi psihološko oporo ljudem, ki delajo z obolelimi za rakom, če hočemo, da bo prišla psihosocialna oblika podpore tudi do pacientov.

K h) Rezultati pilotske izvedbe programa za psihoterapevtsko zdravljenje krivic in odpuščanje v mali terapevtski skupini v osrednjem moškem zaporu v Sloveniji so pokazali, kako pomembno je širjenje in

intenziviranje psihosocialnega svetovanja in psihoterapije v zaporih. Čeprav so zaporniki izjemno ranljiva skupina, ki je v otroštvu doživela številne krivice in se težko sooča z vsakdanjimi pritiski, se zdravljenju teh krivic s psihosocialnim svetovanjem in psihoterapijo posveča malo pozornosti. V študiji se je pokazalo, da so udeleženci skupine doživeli enako ali več zlorab kot drugi zaporniki in več kot splošna populacija. Prav tako imajo višjo ali enako visoko stopnjo jeze, tesnobe in depresije kot drugi zaporniki in več kot splošna populacija, ter manjšo stopnjo upanja in pripravljenosti na odpuščanje. Doživljajo dve vrsti aktualnih krivic, lažne obtožbe ter izdajo zaupanja, in so zaradi njih zelo prizadeti, četudi je od krivice minilo več let. Rezultati na lestvici odpuščanja pred in po skupini so se razlikovali v predvideni smeri, a ne statistično pomembno. Po skupini so bili udeleženci bolj pripravljeni sprejeti povezavo med preteklimi krivicami in svojo odločitvijo za kriminal. Udeležbo v skupini so ocenili pozitivno. Program za psihoterapevtsko zdravljenje krivic in odpuščanje, ki izhaja iz Wisconsin in ga pilotno uvajajo v slovenske zapore, se kaže tudi pri nas kot obetavna metoda za psihoterapevtsko in svetovalno pomoč zapornikom. (Kompan Erzar in Erzar, 2016)

K i) V Sloveniji je veliko večjih in manjših centrov za psihosocialno svetovanje in psihoterapijo, inštitutov, društev (npr. Psihoterapevtska ambulanta SFU Ljubljana, Center za osebnostno rast in psihoterapijo, Center za psihoterapijo Maribor, Center za psihoterapijo in psihosocialno pomoč Koper, Center za psihoterapijo Celje, Nacionalni inštitut za psihoterapijo Fakultete za uporabne družbene študije v Novi Gorici, Frančiškanski družinski inštitut in še 31 drugih inštitutov po celi Sloveniji, v katerih delajo svetovalci psihoterapevti relacijske družinske terapije, Odprti inštitut za psihoterapijo idr.), v katerih po več psihoterapevtov in svetovalcev skupaj ponuja samoplačniške psihoterapevtske in svetovalne storitve.

Leta 2013 je začela delovati tudi prva Psihoterapevtska ambulanta v okviru Fakultete za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani (SFU Ljubljana), ki ima za cilj postati osrednja enota v mreži psihoterapevtskih ambulant po celi Sloveniji. Predstavlja namreč učno bazo za študente SFU Ljubljana, saj tu opravljajo psihosocialno in klinično prakso, študentje pa prihajajo iz vseh koncev Slovenije in mnogi so zainteresirani za širjenje ambulantne dejavnosti v krajih, od koder izhajajo. Prav tako pa ambulanta predstavlja bazo za znanstveno-raziskovalno dejavnost SFU Ljubljana. Pri plačilu terapije se v ambulanti med drugim upošteva dohodek, tako je lahko za ljudi z nizkimi prihodki terapija tudi brezplačna oz. zanjo plačajo le simbolični znesek. Pomemben cilj delovanja ambulante je tudi izboljšanje ravni skrbi za duševno zdravje otrok in mladostnikov, saj strokovnjaki opozarjajo, da je raven skrbi za duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji nezadovoljiva, dostopnost kakovostne in učinkovite pomoči pa iz leta v leto manjša. Med pomembnimi cilji delovanja ambulante so promocija, preventiva, destigmatizacija in kreiranje novih politik na področju psihoterapije in duševnega zdravja. V ambulanti je bilo v študijskem letu 2015/16 vključenih 60 specializantov pod supervizijo in 18 psihoterapevtov osmih psihoterapevtskih modalitet: psihoanaliza (19 specializantov pod supervizijo in 4 psihoterapevti), sistemska psihoterapija (23 specializantov pod supervizijo in 8 psihoterapevtov, gestalt (8 specializantov pod supervizijo), logoterapija (2 specializanta pod supervizijo in 3 terapevti), zakonska in družinska terapija (1 terapevtka), transakcijska analiza (3 specializanti pod supervizijo), integrativna psihoterapija (2 terapevtki) in psihodinamska psihoterapija (3 specializanti pod supervizijo). Za specializante pod

supervizijo so bile organizirane redne mesečne supervizije posameznih psihoterapevtskih modalitet (na 3-4 ure dela s pacienti ura supervizije), ki jih je v letu 2015/2016 izvajalo 8 supervizorjev. Vsak mesec je bila organizirana tudi skupinska supervizija, za terapevte in specializante pod supervizijo, ki so jih izvajali supervizorji različnih psihoterapevtskih modalitet. Vsi specializanti pod supervizijo, terapevti in supervizorji ambulate so zavarovani za primer poklicne odgovornosti. V okviru ambulate potekajo predstavitve terapij v živo in predstavitve primerov pacientov. Udeležujejo se jih študentje dodiplomskega študija, študentje specialističnega študija, ki še nimajo dovoljenja za delo s pacienti in specializanti pod supervizijo. Študentje fakultete lahko v ambulanti poleg klinične opravljajo tudi psihosocialno prakso v okviru katere spoznajo delovanje ambulate, pomagajo pri urejanju dokumentacije, promociji ipd. Kontinuirano so potekale promocijske aktivnosti in

predstavitve Psihoterapevtske ambulate na CSD, zdravstvenih domovih in v različnih drugih institucijah. V sodelovanju z zunanjimi institucijami, zasebniki in zainteresiranimi zavodi pa so potekala tudi sodelovanja in napotovanja za njihove uporabnike ali zaposlene (CSD, zasebni zavodi, podjetja, založbe, šole, zapori...). V študijskem letu 2015/16 sta z delom nadaljevali tudi enoti Psihoterapevtske ambulate v Murski Soboti (psihoterapijo odraslih je izvajala specializantka transakcijske analize) in v Mariboru (psihoterapijo odraslih so izvajale 4 specializantke psihoanalitične smeri). Enota v Murski Soboti je delovala v sodelovanju z Inštitutom za socialno psihiatrijo in psihotraumnologijo, enota v Mariboru pa v sodelovanju s Centrom za psihoterapijo Maribor. V študijskem letu 2015/16 je bilo v Psihoterapevtski ambulanti opravljene 104 registracije odraslih pacientov in 18 registracij otrok in mladostnikov.

K j) Poleg obravnavanja duševnih motenj je manj znano, da sta se psihoterapija in svetovanje pokazala kot uspešna pri obravnavanju širokega spektra komorbidnosti pri somatskih boleznih. Kontrolirane študije potrjujejo povezanost naslednjih somatskih bolezni s stresnimi življenjskimi dogodki (Kächele in Pirmoradi, 2009): astma, sladkorna bolezen, Gravesova bolezen, hipotalamična amenoreja, peptični ulkus, vnetne bolezni črevesa, funkcionalne gastrointestinalne motnje, koronarna srčna bolezen, zvišan krvni pritisk, miokardni infarkt, funkcionalne kardiovaskularne motnje, avtoimunske bolezni, rak, infekcijske bolezni, psoriaza, Alopecija areata, urtikarija, glavobol, cerebrovaskularne bolezni, kronična bolečina, sladkorna bolezen, epilepsija, debelost, sindrom iritabilnega kolona, artritis. Svetovanje in psihoterapija sta se pokazala kot koristna tudi v pripravi na medicinske posege.

Torej sta poleg tradicionalnih področij uporabe psihoterapije in svetovanja, npr. za ljudi, ki ne želijo jemati psihofarmakov in za ljudi, kjer zdravila nimajo dobrih učinkov (npr. motnje osebnosti, motnje hranjenja, somatoformne motnje idr.), dragocena tudi za ljudi z resnimi telesnimi boleznimi predvsem za izboljšanje psihosocialne prilagojenosti.

H k) Kot smo že poudarili na par mestih, je nujno, da se v skladu z novo normativno ureditvijo psihoterapije in svetovanja kadrovske okrepi Svetovalne centre s psihoterapevti in psihosocialnimi svetovalci. Ti bi lahko pomagali tudi razvijati in širiti različne programe, kot so npr. programi za zmanjševanje medvrstniškega nasilja. Po Evropi so jih po šolah razvili številni psihoterapevti, nekateri so svoje izkušnje tudi že preko raznih izobraževalnih seminarjev prenašali v Slovenijo (npr. program Faustlos) ali pa programov za preprečevanje pandemično razširjajočih se nekemičnih zasvojenosti (igranje računalniških igrar, igranje iger na srečo, družabna omrežja) in za psihoterapevtsko in svetovalno pomoč zasvojenim.

K l) V vzgojno izobraževalnih zavodih (kot je na primer Smlednik), v stanovanjskih skupinah, mladinskih centrih in v programih PUMO je že dolgo prisotno bolj ali manj razvito psihosocialno svetovanje in psihoterapija, ki ga mora nova normativna ureditev postaviti enakopravno ob bok drugim dejavnostim in poklicem v teh ustanovah.

K m) Psihosocialno svetovanje in psihoterapija sta se pokazala kot izjemno učinkovita, v kolikor svetovalci in psihoterapevti v mobilnih enotah lahko obiskujejo otroke in starše na njihovih domovih.

To se lahko začne že v prvem letu starosti, ko se pomaga staršem pri ravnanju z dojenčki. Koristna je lahko tudi uporaba videa, kjer se snema otroke in starše v običajnih vsakdanjih interakcijah (Npr. svetovalna in terapevtska metoda iz Nizozemskem Video-hometraining)

K n) Kot smo že poudarili na par mestih, je nujno, da se v skladu z novo normativno ureditvijo psihoterapije in svetovanja kadrovske okrepi Svetovalne centre s psihoterapevti in psihosocialnimi svetovalci.

K o) Eno najhitreje razvijajočih področij svetovanja za varovanje duševnega zdravja je t. i. Coaching na delovnem mestu. Svetovni dan zdravja SZO 10. oktobra 2017 je bil posvečen prav temi Duševno zdravje na delovnem mestu. Skrb za dobro duševno zdravje in počutje zaposlenih je odgovornost tako

družbe kot delodajalcev, pomembna pa je tudi skrb in odgovornost posameznika. Na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (NIJZ) so ob letošnji obeležitvi pripravili dve brošuri - o strategijah za krepitev duševnega zdravja na delovnem mestu in prvi psihološki pomoči sodelavcu, ki ima težave v duševnem zdravju (glej <http://www.nijz.si/sl/skrb-za-dobro-dusevno-zdravje-na-delovnem-mestu-je-odgovornost-vseh-drzave-delodajalcev-in-delavcev>). Tako se je po podatkih NIJZ leta 2016 precej povečal delež tistih, ki stres doživljajo zaradi obremenitev na delovnem mestu in slabih odnosov s sodelavci. V Sloveniji ta hip z zaposlenimi in vodstvenim kadrom dela par sto svetovalcev in coachev. Coaching, ki ga razumemo kot eno izmed oblik psihosocialnega svetovanja, je za informacijskimi tehnologijami najhitreje rastoča panoga na svetu. Predlog Resolucije ne omenja obstoječe bogate slovenske mreže svetovalcev in coachev, ki so tudi povezani v različnih združenjih (npr. Slovensko coaching združenje), ki jo je treba prepoznati kot odlično izhodišče za cilje, ki si jih predlog Resolucije zadaja glede primarne in sekundarne preventive. Programi coachinga, ki so namenjeni tako posameznikom, timom, kot tudi vodstvenim delavcem, lahko dobro presejejo rizične posameznike, ki bi rabili tudi psihoterapevtsko pomoč.

K p) Kot smo že omenili v prejšnji točki, predlog Resolucije ne omenja obstoječe bogate ponudbe izobraževalnih modulov in programov svetovanja oz. coachinga v delovnih organizacijah, ki jih je treba evalvirati oz. se že evalvirajo s strani krovnih organizacij za coaching, kot je npr. Slovensko coaching združenje. Kvalitetne je potrebno samo širiti in razvijati nove.

K q) Kot pri vseh drugih starostnih skupinah mora tudi pri starejših v programih primarne, sekundarne in terciarne preventive imeti svoje mesto psihosocialno svetovanje in psihoterapija, za katera je že empirično dokazano, da lahko krepi zaščitne dejavnike, ki zmanjšujejo pojav duševnih motenj.

K r) Delež starejših je že visok, v nekaj letih pa bo Slovenijo začel zalivati pravi cunami starejših, na kar smo na vseh družbenih ravneh slabo pripravljeni. Zato je že in bo nudenje psihoterapije in psihosocialnega svetovanja tudi na tem področju ključnega pomena. Psihoterapija in svetovanje sta koristna v programih psihosocialne pomoči starejšim v lokalnih skupnostih, ko se jim v programih oskrbe na domu ponudi tudi te dve obliki pomoči, ne samo v raznih zavodih, domovih upokoencev itn.

Prednostno področje 3: Mreža služb za duševno zdravje

PREDLOG 5

V tem segmentu bi morala biti psihoterapija in psihosocialno svetovanje omenjena na več mestih:

- pri ukrepih za specifični cilj 1 »Zagotavljanje dobrega začetka – skrbi za duševno zdravje nosečnic, mater ter družin v času nosečnosti in po porodu« (glej stran 35 predloga Resolucije):

- a) 5.3.1.1 Ukrep 1: Krepitev starševskih kompetenc in veščin komunikacije ter krepitev duševnega zdravja bodočih staršev v okviru skupinske vzgoje, **svetovanja in psihoterapije** za zdravje - Priprava na porod in starševstvo.
- b) 5.3.1.1 Ukrep 3: Zagotavljanje dostopa do ustrezne obravnave nosečnice ali porodnice s težavami v duševnem zdravju v CDZO in v porodnišnicah (**psihosocialno svetovanje, psihoterapija...**)
- c) 5.3.1.1 Ukrep 4: Zagotavljanje zgodnje prepoznave ranljivih nosečnic, družin in otrok s strani socialne službe in vzgojno izobraževalnih ustanov ter usmerjanje v ustrezne programe **psihosocialnega svetovanja in psihoterapije** za podporo družinam z visokim tveganjem.
- d) 5.3.1.1 Ukrep 5: Nadgradnja preventivnega programa, ki ga izvajajo patronažne medicinske sestre na domu otročnice in dojenčka z dodatnimi preventivnimi obiski in obravnavami za ranljive družine ter dodatnimi vsebinami na področju težav v duševnem zdravju, zanemarjanja in slabega ravnanja z

otroki in nasilja v družini (kot npr. programi starševstva v obliki izvajanj na domu, **psihosocialno svetovanje in psihoterapija v obliki izvajanj na domu**).

- pri ukrepih v segmentu 5.3.1.1 za specifični cilj 2 dodati ukrep: Zagotavljanje zgodnje obravnave otrok z ugotovljenimi težavami v razvoju v okviru centrov za zgodnjo obravnavo oz. novih centrov za duševno zdravje otrok (v nadaljnjem besedilu CDZOM) na primarni zdravstveni ravni **in v drugih službah za psihosocialno in psihoterapevtsko pomoč v okviru socialnega varstva in drugih sektorjev, ki so medresorsko usklajeni**.

- pri ukrepih v segmentu 5.3.1.1 za specifični cilj 3 dodati ukrep 4: **Vzpostavitev mreže regijskih služb za psihosocialno in psihoterapevtsko pomoč v okviru socialnega varstva in drugih sektorjev (npr. psihosocialno svetovanje in psihoterapija v vrtcih, šolah), ki bodo medresorsko usklajeni z regijskimi CDZOM. V aktivnem prepoznavanju in nudenju podpore otrokom in mladostnikom v različnih mrežprav službe oz. mreže različnih sektorjev izdelajo protokole za izvajanje teh aktivnosti**.

- pri ukrepih v segmentu 5.3.1.3 za specifični cilj 1 dodati ukrep 3: **Priprava in uvedba ustreznih standardov in normativov za svetovalno in psihoterapevtsko obravnavo otrok in mladostnikov z vedenjskimi motnjami s trajajočim agresivnim vedenjem na različnih ravneh zdravstvenega in socialnega varstva in drugih relevantnih sektorjev (npr. v svetovalnih službah po vrtcih, šolah)**.

- v naslovu 5.3.2.1 dodati: Zagotavljanje preventive, zgodnje diagnostike in dostopnih, kakovostnih interdisciplinarnih obravnav odraslih oseb s težavami v duševnem zdravju **na področju primarne preventive v socialnem varstvu** in na primarni ravni zdravstvenega varstva s poudarkom na skupnostni skrbi

- pri ukrepih v segmentu 5.3.2.1 za specifični cilj 1 dodati pri ukrepu 1: Izvajanje presejanja, zgodnjega odkrivanja in obravnave duševnih motenj ter svetovanja v referenčnih ambulantah družinskega zdravnika, v patronažni službi **in v službah socialnega varstva**.

- pri ukrepih v segmentu 5.3.2.1 za specifični cilj 1 dodati pri ukrepu 2: Izvajanje podpornih psihoedukativnih delavnic za osebe s težavami v duševnem zdravju in njihove svojce v Zdravstveno vzgojnih centrih/Centre za krepitev zdravja v zdravstvenih domovih, **na Centrih za socialno delo in v mreži služb za psihosocialno svetovanje in psihoterapijo na področju primarne preventive**.

- pri ukrepih v segmentu 5.3.2.1 za specifični cilj 2 izpustiti pojem skupnostni psihiatrični timi, ampak samo skupnostni timi v ukrepu 3: Vzpostavitev mreže regijskih skupnostnih **timov za skupnostne obravnave** za krizne posege, intenzivno spremljanje, zdravstveno obravnavo in rehabilitacijo.

Vzpostavitev skupnostnih timov prioriteto na območjih, najbolj ogroženih zaradi samomora in drugih slabih kazalcev duševnega zdravja.

- pri ukrepih v segmentu 5.3.2.1 za specifični cilj 2 dodati ukrep 7: **V skupnostne time vključiti psihosocialne svetovalce in psihoterapevte.**

- 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« so dopolnitve, ki jih predlagamo, navedene v PREDLOGU 1 zgoraj pod splošnimi pripombami.

- v podpoglavju 5.3.2.2 dodati v uvodni tekst: „...Z ozirom na to in z ozirom na naraščajoči trend starajoče se populacije z več kroničnimi boleznimi ter spremljajočimi duševnimi motnjami, ki je pogosteje hospitalizirana, je potrebno pri splošnih bolnišnicah zagotoviti posteljne kapacitete za akutno psihiatrično, **svetovalno in psihoterapevtsko** obravnavo pri teh pacientih.”

- v podpoglavju 5.3.2.2 za specifični cilj dodati k ukrepu 1: **Zagotavljanje posteljnih kapacitet in vzporedne psihiatrične, svetovalne in psihoterapevtske obravnave v splošnih bolnišnicah.**

- v podpoglavju 5.3.2.3 v uvodni tekst dodati: Rehabilitacija ljudi z duševnimi motnjami je sestavljena iz številnih in prilagodljivih oblik obravnave med katere sodijo **psihosocialno svetovanje, psihoterapija**, zaposlitvena rehabilitacija in zaposlovanje, podporne oblike zaposlitve, prilagojena delovna mesta, skupine za samopomoč, programi socialne vključenosti in prehodni zaposlitveni programi, in podpora pri bivanju ter tudi različni programi dnevnega bivanja v dnevni centrih s prosto časovnimi dejavnostmi in programi integracije.

- v podpoglavju 5.3.2.3 specifični cilj 1, dodati v ukrep 4: **Izboljšanje dostopnosti in razpoložljivost programov pomoči pri učenju, psihosocialnega svetovanja, psihoterapije, kognitivne remediacije in podpore študentom v šolskem sitemu pri vračanju v študijski program ali vključevanju v študijski program po preboleli duševni motnji.**

- v podpoglavju 5.3.2.3 specifični cilj 1, dodati v ukrep 5: **Razširitev programov rehabilitacije v terapevtskih komunah za osebe, ki imajo resne duševne motnje in so odvisne od psihoaktivnih snovi. Širjenje teh programov mora vključevati predvsem storitve psihosocialnega svetovanja in psihoterapije.**

- v podpoglavju 5.3.2.4 specifični cilj 1 dodati ukrep 3: **Zagotavljanje storitev psihosocialnega svetovanja in psihoterapije za spodbujanje deinstitucionalizacije zavodskih namestitev za osebe s težavami v duševnem zdravju.**

- v podpoglavju 5.3.2.5 specifični cilj dodati ukrep 6: **Zagotovitev storitev psihosocialnega svetovanja in psihoterapije za obravnavo oseb z izrečenim ukrepom obveznega zdravljenja na prostosti, za prioriteto kontinuirano obravnavo po poteku izrečenega ukrepa obveznega psihiatričnega zdravljenja nadzorovane obravnave v skupnosti, za rehabilitacijo po poteku izrečenega ukrepa obveznega psihiatričnega zdravljenja. Priprava protokolov in standardov za izvajanje rehabilitacijskih programov, v katerih je vključeno psihosocialno svetovanje in psihoterapija.**

V podpoglavju 5.3.3 predlagamo dopolnitev uvodnega teksta: „...Zato je pomembno, da se okrepijo kadrovske kapacitete **za primarno preventivo v okviru socialnega varstva in na primarni ravni zdravstvenega varstva**, da so družinski zdravniki in njihovi timi ustrezno usposobljeni za obravnavo starejših.”

„Spominski centri bodo zagotavljali medicinsko, psihološko, **psihoterapevtsko, svetovalno**, socialno in funkcionalno oceno stanja ter intervencije na teh področjih za osebe z demenco in njihove svojce.

Starejši se pogosto ne znajdejo v sistemu služb, zato bi morali v zdravstvenih ustanovah, priporočljivo pa tudi drugod, **npr. v službah socialnega varstva**, organizirati pomočnike **in psihosocialne svetovalce**, ki bodo sodelovali s starejšimi pri koriščenju storitev različnih služb ("starejšim prijazno okolje").

V podpoglavju 5.3.3 specifični cilj 1 dopolnitev ukrepa 1: **Krepitev mreže timov psihosocialnih svetovalcev in psihoterapevtov na področju primarne preventive in** krepitev mreže timov družinskih zdravnikov ter njihovega znanja in veščin za obravnavo starejših skladno s potrebami.

V podpoglavju 5.3.3 specifični cilj 1 dopolnitev ukrepa 2: **Okrepitev preventivne vloge psihosocialnih svetovalcev, psihoterapevtov, patronažne službe** pri obravnavi starostnika na domu.

V podpoglavju 5.3.3 specifični cilj 1 dopolnitev ukrepa 3: Zagotavljanje dostopa do specialistične interdisciplinarne obravnave na primarni zdravstveni ravni v okviru CDZO, **psihoterapevtske in svetovalne obravnave** ter obravnave v skupnosti za starejše s težavami v duševnem zdravju.

V podpoglavju 5.3.3 specifični cilj 2 dopolnitev ukrepa 3: Podpora dejavnosti NVO, ki izvajajo zagovorništvo, **psihosocialno svetovanje, psihoterapijo** in nudijo brezplačno pravno pomoč starejšim.

Obrazložitev:

Na prednostnem področju 3 najbolj pride do izraza, kako predlogu Resolucije manjka medresorska uskladitev, predvsem s socialnim varstvom, v okviru katerega sta psihosocialno svetovanje in psihoterapija med ključnimi stebri primarne preventive. Kar se tiče zdravstvenega sistema imata psihoterapevtsko svetovanje in psihoterapija svoje mesto na vseh ravneh preventive (primarni, sekundarni in terciarni) in na vseh ravneh zdravstvenega sistema: primarni, npr. v timih CDZ, sekundarni v specialističnih ambulantah in bolnicah ter v rehabilitacijskih centrih.

Psihoterapija in psihosocialno svetovanje imata že nekaj desetletno tradicijo v programih za varovanje duševnega zdravja nosečnic, mater in družin v času nosečnosti in po porodu.

Nujno je tudi omeniti psihoterapijo in svetovanje na področju rehabilitacije oseb s ponavljajočimi se duševnimi motnjami in pri zagotavljanju dolgotrajne oskrbe za osebe z duševnimi motnjami.

V timih CDZO niso predvideni profili psihoterapevta in psihosocialnega svetovalca kot članov tima, kar ne upošteva dejanskih razmer saj je psihoterapija otrok in mladostnikov, tako individualna, skupinska kot družinska, ena najbolj uveljavljenih vej psihoterapije in svetovanja, ki se je razvijala praktično celo 20. stoletje. Psihoterapijo na obstoječih Svetovalnih centrih za otroke in mladostnike bolj ali manj kompetentno izvajajo že desetletja zdravniki oz. psihiatri, psihologi, socialni delavci in drugi poklicni profili, ki so zaposleni na teh centrih. Raven njihove usposobljenosti za psihoterapijo je sicer različna, a vsi s pridom uporabljajo psihoterapevtska znanja in veščine. Ker v Sloveniji ne obstaja poklic psihoterapevta v praksi tudi na teh centrih ne morejo zaposlovati psihoterapevtov, psihoterapijo in svetovanje uradno lahko izvaja klinični psiholog/ psihologi ali psihiater kot storitev ne pa kot poklic. Z normativno ureditvijo psihoterapije in svetovanja se mora odpraviti tudi ta anomalija.

Nujno je omeniti potrebo po razvijanju psihoterapevtskih storitev na sekundarni ravni. V psihiatričnih bolnicah je nujno potrebno povečati psihoterapevtske oddelke in jih uvesti tam, kjer jih ni. Nujno je razvijati psihoterapevtske storitve na sekundarni ravni na področjih kot so motnje hranjenja (na tem področju imajo obstoječe strukture premajhne kapacitete, tako da so čakalne dobe nerazumno dolge tako v specialističnih ambulantah, kot tudi na Oddelku za motnje hranjenja na KOMZ v Ljubljani),

psihotravmatologija, depresije in anksiozne motnje, stresne in prilagoditvene motnje, mejne osebnostne motnje, začetne oblike demence idr.

Nujno je omeniti psihoterapijo in svetovanje na področju rehabilitacije oseb s ponavljajočimi se duševnimi motnjami in pri zagotavljanju dolgotrajne oskrbe za osebe z duševnimi motnjami, saj je pomembna vloga psihoterapije na področju sekundarne preventive v zgodnjem odkrivanju duševnih motenj in zgodnjih intervencah za zmanjševanje tveganja za kronificiranje motenj, hendikepa in samomorilnosti. Še posebno pomembna je ta vrsta preventive na področju depresije in duševnih motenj povezanih z odvisnostjo od alkohola. Psihoterapevti so dobro educirani, da prepoznavajo znake in simptome depresije in problemov povezanih z zlorabo alkohola. Zgodnjemu odkrivanju mora seveda slediti z dokazi podprto zdravljenje, ki je večinoma vzporedno - psihofarmakološko, psihoterapevtsko in edukacijsko.

Psihoterapevti in svetovalci tudi prispevajo k oceni tveganja za zdravje. Spodbujajo paciente z duševnimi motnjami, še posebno tiste s ponavljajočimi, da uporabljajo tehnike samoocenjevanja in

metode samopomoči. Izobraževalni tečaji, skupinsko in individualno svetovanje, kjer se pacienti in njihovi bližnji učijo prepoznavati opozorilne znake duševnih motenj in razvijajo strategije obvladovanja, so dragocena oblika psihoterapevtske in svetovalne pomoči. Že v 70-tih letih prejšnjega stoletja so številni psihoterapevti in svetovalci našli poti za popularizacijo psihoterapevtskih in svetovalnih metod v skupinah za samopomoč in raznih skupin z osebnostno rast.

Vloga psihoterapije v terciarni preventivi je v zdravljenju in skrbi za ljudi s klinično izraženimi duševnimi motnjami v akutni, primarni ali zgodnji fazi, in v kronični, pozni ali rehabilitacijski fazi. Ker prevalenca duševnih motenj v Evropi narašča in ker je psihoterapija posebno učinkovita v obravnavi najpogostejših duševnih motenj (anksioznost, depresija in pri motnjah zaradi zlorabe psihoaktivnih snovi), je vključevanje psihoterapije v celostno zdravstveno varstvo vse bolj pomembno. V zadnjih 30 letih so številne raziskave potrdile učinkovitost in uspešnost psihoterapije v zdravljenju številnih duševnih motenj na splošno in da so različni psihoterapevtski pristopi na splošno podobno učinkoviti (Bohak in Možina, 2003).

Predlagamo tudi spremembo naziva skupnostni psihiatrični timi v zgolj skupnostni timi, saj gre za interdisciplinarno sodelovanje v okviru skupnostne skrbi. Z opustitvijo besede psihiatrični se poudari, da psihiatrija nima več glavne vloge, ampak je samo en partner med enakimi oz. enakovrednimi.

O zaposlitvenih možnostih smo strnjeno še dopisali v Prilogi.

Prednostno področje 4: Alkohol in duševno zdravje

PREDLOG 6

Predlagamo, da se v uvodni tekst segmenta 5.4 doda: „... Ob tem pa je mogoče odvisnost od alkohola zelo uspešno zdraviti in uspešno okrevati **s pomočjo psihosocialnega svetovanja in psihoterapije. Z normativno ureditvijo je zato potrebno okrepiti obstoječe kapacitete teh storitev, ki že od sedemdesetih let prejšnjega stoletja predstavljajo ključni steber zdravljenja na alkohololoških oddelkih, alkohololoških ambulantah in okrevanja v mrežah neformalne pomoči (Klubih zdravljenih alkoholikov, AA).**

5.4 specifični cilj 1 predlagamo, da se doda ukrep 4: **Okrepitev programov psihosocialnega svetovanja in psihoterapije za ozaveščanje o posledicah škodljive rabe alkohola na duševno zdravje, za destigmatizacijo programov zdravljenja odvisnosti od alkohola in uporabnikov teh programov, za razvijanje kritičnega odnosa do pitja alkohola.**

5.4 specifični cilj 2 predlagamo, da se doda pri ukrepu 1: Okrepitev znanja in veščin za zgodnjo prepoznavo težav zaradi pitja alkohola in/ali zasvojenosti **in za psihosocialno svetovanje**, ki poleg zdravstvenih vključuje tudi službe socialnega varstva, delovne organizacije in izobraževalne ustanove.

5.4 specifični cilj 2 predlagamo, da se doda pri ukrepu 3: Redna evalvacija programa psihosocialnih in edukacijskih delavnic za voznike prekrškarje, **ki jih izvajajo psihosocialni svetovalci**.

5.4 specifični cilj 2 predlagamo, da se doda pri ukrepu 4: Izobraževanje **psihosocialnih svetovalcev, ki bodo izvajali psihosocialne in edukacijske delavnice** za voznike prekrškarje in njihovo povezovanje z interdisciplinarno stroko z namenom ustrezne nadaljnje obravnave oseb odvisnih od alkohola.

5.4 specifični cilj 2 predlagamo, da se doda pri ukrepu 6: **Vzpostavitev protokolov psihosocialnega svetovanja za** usmerjanje oseb odvisnih od alkohola v obravnavo v CDZO.

5.4 specifični cilj 2 predlagamo, da se doda pri ukrepu 7: Zagotavljanje enakomerne dostopnosti do zdravstvenih služb **za psihiatrično in psihoterapevtsko** zdravljenje oseb, zasvojenih z alkoholom in prilagojeni programi **psihiatričnega in psihoterapevtskega** zdravljenja za osebe s pridruženimi duševnimi motnjami.

5.4 specifični cilj 2 predlagamo, da se doda pri ukrepu 8: Zagotavljanje enakomerne dostopnosti podpornih služb **za psihoterapijo, psihosocialno svetovanje in** za psihosocialno rehabilitacijo oseb po zdravljenju zasvojenosti z alkoholom ter za njihove bližnje (npr. strokovno vodeni klubi in društva zdravljenih alkoholikov).

Obrazložitev:

V segmentu 5.4 je premalo konkretno navedeno, kateri strokovnjaki bodo izvajali ukrepe za doseg dveh specifičnih ciljev: »Ozaveščanje o posledicah škodljive rabe alkohola na duševno zdravje« in »Obravnava tvegane in škodljive rabe alkohola v zdravstvu in zagotavljanje sodelovanja z drugimi sektorji« (glej stran 44 in 45 resolucije). Predlagamo, da se ta del dopolni, da imajo psihosocialni svetovalci ključno vlogo pri ukrepih za doseganje prvega cilja in psihoterapevti ključno vlogo pri ukrepih za doseganje drugega cilja.

Kot smo že omenili zgoraj, je pomembna vloga psihoterapije in psihosocialnega svetovanja na področju primarne in sekundarne preventive v zgodnjem odkrivanju duševnih motenj povezanih z odvisnostjo od alkohola in zgodnjih intervencah za zmanjševanje tveganja za kronificiranje teh motenj, hendikepa in samomorilnosti. Psihoterapevti in svetovalci so dobro educirani, da prepoznavajo znake in simptome problemov povezanih z zlorabo alkohola.

Psihosocialni svetovalci so tisti, ki bodo morali imeti ključno vlogo pri Ukrepu 1, to je »Okrepitev znanja in veščin za zgodnjo prepoznavo težav zaradi pitja alkohola in/ali zasvojenosti, ki poleg zdravstvenih vključuje tudi službe socialnega varstva, delovne organizacije in izobraževalne ustanove«, ter pomembno vlogo pri ukrepih 3 in 4 z vozniki prekrškarji, ter ukrepih 6 in 8.

Psihoterapevti pa so tisti, ki bodo morali imeti ključno vlogo pri ukrepu 7 in pomembno vlogo pri ukrepih 6 in 8, saj od sedemdesetih let prejšnjega stoletja psihoterapija v Sloveniji predstavlja temeljni steber zdravljenja alkoholizma v alkohololoških ambulantah in na oddelkih za zdravljenje alkoholizma v psihiatričnih bolnicah. Tudi tu se zato glede na stanje v Evropi že dolgo vleče anomalija, da kljub ključni vlogi psihoterapije, ni zaposlenih psihoterapevtov.

Prednostno področje 5: Preprečevanje samomora

PREDLOG 7

5.2 specifični cilj 1 predlagamo, da se doda ukrep 3: **Razvoj in implementacija programov za zgodnje prepoznavanje in ukrepanje ob samomorilnem vedenju v okviru storitev in služb, ki nudijo psihosocialno svetovanje in psihoterapijo.**

5.2 specifični cilj 2 predlagamo, da se doda pod ukrep 1 nova alineja: - **Zagotoviti takojšnje svetovalne in psihoterapevtske intervencije v primeru samomorilne ogroženosti, posebej pri starejših.**

5.2 specifični cilj 3 predlagamo, da se doda pod ukrep 1: „Razvoj in implementacija programov pomoči in aktivnega spremljanja samomorilno ogroženih v različnih populacijah (prednostna dostopnost do brezplačne **svetovalne**, klinično psihološke, psihiatrične in psihoterapevtske obravnave,

vzpostavitev urgentne oz. triažne službe, ambulante za akutne primere, zagotovitev kontinuirane/dolgotrajne **psihosocialne** pomoči oziroma spremljanja po poskusu samomora, dostopnost do programov pomoči **s psihosocialnim svetovanjem in psihoterapijo** pri reintegraciji v vsakodnevno okolje, zagotoviti programe pomoči za svojce oseb po poskusu/storitvi samomora).”

Obrazložitev:

V segmentu 5.5 ni navedno, kdo bodo ključni izvajalci ukrepov. Psihoterapija je tu vsaj omenjena, a preveč površno in nedosledno. Normativna ureditev psihoterapije in psihosocialnega svetovanja bo morala omogočiti psihoterapevtom in psihosocialnim svetovalcem, da bodo kot ključni izvajalci ukrepov sodelovali v uresničevanju prvih štirih specifičnih ciljev, ki jih navaja predlog Resolucije.

Psihosocialni svetovalci lahko prispevajo:

- k uresničevanju specifičnega cilja 1 »Dvig pismenosti na področju duševnega zdravja, s poudarkom na samomoru«, predvsem pri Ukrepu 1 (npr. v okviru standardiziranega programa Psihološke prve pomoči) in Ukrepu 2;
- k uresničevanju specifičnega cilja 2 »Zgodnja identifikacija ogroženih oseb«, pri Ukrepih 1 in 2, predvsem v zagotavljanju kontinuirane edukacije in zagotavljanju takojšnje intervencije skupnostnih služb v primeru samomorilne ogroženosti;
- k uresničevanju specifičnega cilja 3 »Zagotavljanje dostopnosti do pomoči in obravnave samomorilno ogroženim osebam«, pri Ukrepih 1 in 2, predvsem pri zagotavljanju kontinuirane/dolgotrajne pomoči oziroma spremljanju po poskusu samomora, dostopnosti do programov pomoči pri reintegraciji v vsakodnevno okolje, zagotovitvi programov pomoči za svojce oseb po poskusu/storitvi samomora
- k uresničevanju specifičnega cilja 4 »Zmanjševanje porabe alkohola«, kot je že navedeno zgoraj v okviru Prednostnega področja 4.

Psihoterapevti lahko prispevajo:

- k ukrepu 2 specifičnega cilja 1;
- k uresničevanju specifičnega cilja 2 »Zgodnja identifikacija ogroženih oseb«,
- (pri Ukrepih 1 in 2, predvsem v zagotavljanju kontinuirane edukacije, zagotavljanju protokolov sodelovanja, razmejivti pristojnosti in zagotavljanju takojšnje intervencije skupnostnih služb v primeru samomorilne ogroženosti);
- k uresničevanju specifičnega cilja 3 »Zagotavljanje dostopnosti do pomoči in obravnave samomorilno ogroženim osebam«, pri Ukrepih 1 in 2, predvsem pri zagotavljanju prednostne

- dostopnosti do brezplačne psihoterapevtske obravnave, vzpostavitvi urgentne oz. triažne službe, ambulante za akutne primere in zagotovitvi kontinuirane/dolgotrajne pomoči oziroma spremljanja po poskusu samomora;
- k uresničevanju specifičnega cilja 4 »Zmanjševanje porabe alkohola«, kot je že navedeno zgoraj v okviru Prednostnega področja 4.

Prednostno področje 6: Izobraževanje, raziskovanje, spremljanje in evalvacija

PREDLOG 8

V segmentu o **izobraževanju** predlagamo, da se v uvodno besedilo doda: "...Še posebej je potrebno zagotoviti ustrezna znanja in veščine za vse strokovnjake, ki se profesionalno soočajo z osebami z duševnimi motnjami. **Med temi znanji in veščinami je potrebno posebno pozornost nameniti psihosocialnemu svetovanju in psihoterapiji, dvema ključnima področjema primarne preventive, ki sta bili do zdaj zaradi normativne neurejenosti premalo upoštevana.** Vlaganje v

izobraževanje in usposabljanje je ključno za učinkovito implementacijo RNPĐZ in je odgovornost vseh ključnih resorjev."

5.6.1 pod specifični cilj 1 naj se doda Ukrep 4:

„Vključitev oziroma okrepitev vsebin o psihosocialnem svetovanju in psihoterapiji v redno strokovno izobraževanje za vse poklicne skupine, ki delajo z ljudmi (zdravstva, sociale, vzgoje in izobraževanja, pravosodja in organov pregona).“

5.6.1 pod specifični cilj 2 predlagamo, da se doda Ukrep 6:

„Krepitev in izvajanje izobraževanj iz psihoterapije in psihosocialnega svetovanja za interdisciplinarno delo in sodelvanje pri obravnavi oseb z duševnimi motnjami, za interdisciplinarne time družinskih zdravnikov vključno s patronažno službo, za interdisciplinarne time v CDZOM ter disciplinarnih timov v CDZO za preventivo in integrirano obravnavo oseb z duševnimi motnjami, triažo, ta za interdisciplinarno in medresorsko sodelovanje na tem področju, za strokovnjake za psihiatrično skupnostno obravnavo, za interdisciplinarne strokovnjake vključene v obravnavo forenzičnih pacientov.“

V segmentu 5.6.2 o **raziskovanju** predlagamo, da se doda pod specifični cilj 2 »Povečanje obsega raziskovanja na področju duševnega zdravja« ukrep 3: **Krepitev in izvajanje raziskav učinkovitosti in raziskav stroškov in koristi različnih oblik pomoči za varovanje duševnega zdravja (npr. raziskovanja učinkovitosti in stroškov in koristi psihosocialne pomoči, psihoterapije, psihosocialnega svetovanja idr.)**

V segment 5.6.3 o spremljanju in evalvaciji implementacije resolucije je v odgovorno strokovno skupino upravljavca RNPĐZ potrebno vključiti tudi psihoterapevte in psihosocialne svetovalce kot predstavnike stroke oziroma kot predstavnike organizacij, ki se ukvarjajo s psihoterapijo in psihosocialnim svetovanjem. Ustrezna dikcija v tej fazi, ko je normativna ureditev psihoterapije in psihosocialnega svetovanja šele načrtovana, bi lahko bila:

„Na začetku dokumenta RNPĐZ smo definirali kazalnike za spremljanje strateških ciljev resolucije. Za potrebe spremljanja uspešnosti implementacije posameznih ciljev in ukrepov iz prednostnih področij RNPĐZ pa kazalnike navajamo v Akcijskem načrtu RNPĐZ. Za spremljanje in evalvacijo implementacije RNPĐZ je odgovorna strokovna skupina upravljavca RNPĐZ. Spremljali bomo strukturne, procesne kazalnike in kazalnike izida. V strokovni skupini je treba zagotoviti sodelovanje psihoterapevtov in psihosocialnih svetovalcev kot predstavniki stroke oziroma kot predstavnikov

organizacij, ki se ukvarjajo s psihoterapijo in psihosocialnim svetovanjem (v skladu z načrtovano normativno ureditvijo psihoterapije in psihosocialnega svetovanja)«.

Obrazložitev:

Izobraževanje

V okviru specifičnega cilja 1 »Zagotavljanje vsebin o pomenu varovanja duševnega zdravja v izobraževalnih kurikulumih« izobraževalni programi iz psihoterapije in psihosocialnega svetovanja že uresničujejo Ukrepa 2 in 3. Izobraževanja in usposabljanja iz psihoterapije imajo v Sloveniji 50 letno tradicijo, saj so se začela 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 neakademsko 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 (Možina, 2011, 2016).

Življenje in potrebe družbe pa so od osemdesetih let prejšnjega stoletja do danes 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), v zadnjih 15 letih pa tudi novo ustanovljene visokošolske institucije, ki izvajajo akreditirane študijske programe iz psihoterapije in psihosocialnega svetovanja, npr. 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 (Možina, 2016). Pričakujemo, da se bo v naslednjih letih težišče izobraževanja iz psihoterapije in psihosocialnega svetovanja vse bolj nagibalo v akademsko sfero, saj psihoterapija ni le samostojen poklic, ampak tudi akademska znanstvena disciplina. (bolj podrobno glej v prilogi poglavje z naslovom **Kratek pregled stanja izobraževanj iz psihoterapije in psihosocialnega svetovanja**).

50 letni razvoj programov izobraževanja na področjih psihoterapije in psihosocialnega svetovanja je že do danes veliko doprinesel k boljši osveščenosti na področju duševnega zdravja in za destigmatizacijo, kar predlog Resolucije najava kot prioriteto na šestem prednostnem področju. Tega potenciala predlog Resolucije ne omenja in ne upošteva. Če primerjamo kurikulume psihoterapije in psihosocialnega svetovanja s kurikulumi medicine in psihologije, prvi veliko bolj prispevajo k boljši osveščenosti na področju duševnega zdravja in k destigmatizaciji, predvsem pa nudijo veliko več praktičnega usposabljanja za praktično delo na področju duševnega zdravja, tako preventivno, kurativno kot tudi rehabilitacijsko. Zato bi bili lahko dober zgled za uresničevanje ukrepov 2 in 3 (pa tudi ukrepa 1) za vse druge izobraževalne kurikulume, tako medicine (oziroma psihiatrije), psihologije (oziroma klinične psihologije) kot tudi drugih, ki so pomembni za področje duševnega zdravja (npr. socialno delo, socialna pedagogika idr.).

Prav psihoterapevti in psihosocialni svetovalci bi bili zato lahko (in bi morali biti) med ključnimi akterji za uresničevanje specifičnega cilja 2 »Zagotavljanja ustrezne usposobljenosti zdravstvenih delavcev in strokovnih delavcev drugih resorjev za delo z osebami z duševnimi motnjami«. Običajno je, da se imajo v Sloveniji npr. psihiatri za tiste, ki so najboljše usposobljeni za delo z osebami z duševnimi motnjami, številni uporabniki psihiatričnih storitev pa kažejo, da temu ni tako, saj so nad njihovimi storitvami razočarani, ker so preveč površne in usmerjene pretežno v psihofarmakoterapijo. Zato vedno bolj iščejo psihoterapevte in svetovalce, kar so javno oznanili tudi v Peticiji za ureditev psihoterapije in psihosocialnega svetovanja (glej http://www.nebojse.si/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=1446&Itemid=1)

Psihoterapevti in psihosocialni svetovalci, ki so zaključili izobraževanja za opravljanje samostojnih poklicev, so že danes dovolj izobraženi in usposobljeni, da lahko veliko konstruktivnega prispevajo k petim ukrepom, ki jih predlaga Resolucija za uresničevanje specifičnega cilja 2, torej pri:

- Razvijanju modela izobraževanja za interdisciplinarno delo in sodelovanje pri obravnavi oseb z duševnimi motnjami.
- Izvajanju izobraževanj za interdisciplinarne time družinskih zdravnikov vključno s patronažno službo za zgodnje odkrivanje in obravnavo pogostih duševnih motenj in za interdisciplinarno in medresorsko sodelovanje na tem področju.
- Izvajanju izobraževanj za interdisciplinarne time v CDZOM ter disciplinarnih timov v CDZO za preventivo in integrirano obravnavo oseb z duševnimi motnjami, triažo ter za interdisciplinarno in medresorsko sodelovanje na tem področju.
- Izvajanju izobraževanja strokovnjakov za psihiatrično skupnostno obravnavo.
- Izobraževanju in usposabljanju interdisciplinarnih strokovnjakov vključenih v obravnavo forenzičnih pacientov.

Raziskovanje

Razvoj raziskovanja na področju psihoterapije in psihosocialnega svetovanja v Sloveniji je bil v zadnjih 50 letih veliko počasnejši od razvoja izobraževanja. Odkar pa se je v zadnjih 15 letih začela bolj intenzivno razvijati akademizacija psihoterapije in psihosocialnega svetovanja, lahko govorimo o novi fazi razvoja znanstvene, empirično podprte psihoterapije in psihosocialnega svetovanja. Od leta 2009 je na primer prišlo do novega vala raziskav v okviru doktorskega študija relacijske družinske terapije na Teološki fakulteti Univerze v Ljubljani. Prav vstop psihoterapije in psihosocialnega svetovanja v slovenski akademski svet zato ponuja odlične možnosti za raziskave, ki bi prispevale k uresničevanju specifičnega cilja 1, to je k »Spremljanju stanja duševnega zdravja«.

Relativno počasen razvoj raziskovanja na področju psihoterapije in psihosocialnega svetovanja je nujno pospešiti, kar pa je v skladu z uresničevanjem specifičnega cilja 2, ki računa na »povečanje obsega raziskovanja na področju duševnega zdravja«. V ukrepu 1 »Zagotavljanje virov za izvajanje raziskav v povezavi z duševnim zdravjem v različnih populacijah (otroci in mladi, odrasli, starostniki, posebej ogrožene populacije...itd.)« in ukrepu 2 »Uvajanje aplikativnega in kvalitativnega raziskovanja v skupnosti z vključevanjem uporabnikov in izvajalcev«, kje naj bi bile ključne baze za tako raziskovanje, katerim bi bilo potrebno zagotoviti več virov. Menimo, da so med ključnimi bazami vsekakor zgoraj omenjene in v prilogi bolj natančno opisane tri fakultete z akreditiranimi programi iz psihoterapije in psihosocialnega svetovanja, pa tudi vsi psihoterapevtski inštituti in društva, kjer že potekajo raziskave v povezavi z duševnim zdravjem.

Metodologija raziskovanja učinkovitosti psihoterapije in psihosocialnega svetovanja je dobro razvita. Mednarodne študije so pokazale, da je količnik generalnega učinka zelo visok, okoli 0,8, kar pomeni,

da je 80% uporabnikov psihoterapevtskih storitev z duševnimi težavami na boljšem, kot če takih storitev ne bi bili deležni. (Wampold in Imel, 2015)

Spodaj, v delu o financiranju smo navedli krajši pregled študij o stroških in koristi psihoterapije in psihosocialnega svetovanja, ki morajo tudi biti nujni sestavni del raziskovanja in evalvacije.

Spremljanje in evalvacija

Glede na to, da poklica psihoterapevt in psihosocialni svetovalec še nista na seznamu poklicev, ju pa esolucija želi normativno urediti, je še posebej pomembno, da se eksplicitno napiše, da morajo biti v strokovni skupini upravljavca RNPĐZ, zadolženi za spremljanje in evalvacijo, zastopani tudi psihoterapevti in psihosocialni svetovalci kot predstavniki stroke oziroma kot predstavniki organizacij, ki se ukvarjajo s psihoterapijo in psihosocialnim svetovanjem.

Vodenje in koordinacija implementacije nacionalnega programa duševnega zdravja

PREDLOG 9

5.7.1 Ukrep 1: Okrepitev kadrovske kapacitete Ministrstva za zdravje, **Ministrstva delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti in drugih ministrstev** za podporo implementaciji RNPĐZ in strokovnega pokrivanja nalog na področju duševnega zdravja.

5.7.1 specifični cilj 1 ukrep 2: Vzpostavitev in delovanje nacionalne strokovne koordinacije in upravljanja RNPĐZ na NIJZ, ki opravljajo naloge vodenja, koordiniranja, spremljanja in evalvacije RNPĐZ, **v kateri morajo biti tudi predstavniki strok in organizacij, ki zagotavljajo interdisciplinarno, medsektorsko usklajeno izvajanje RNPĐZ. Glede na načrtovano normativno ureditev je potrebno vključiti tudi psihoterapevte in psihosocialne svetovalce kot predstavnike stroke oziroma kot predstavnike organizacij, ki se ukvarjajo s psihoterapijo in psihosocialnim svetovanjem**«.

5.7.1 specifični cilj 1 ukrep 3: Vzpostavitev interdisciplinarnega Programskega sveta in interdisciplinarnih strokovnih delovnih skupin, ki podpirajo razvoj intervencij, izobraževanje, vodenje, koordinacijo in evalvacijo implementacije RNPĐZ. **V Programskem svetu in v interdisciplinarnih delovnih skupinah je glede na načrtovano normativno ureditev potrebno vključiti tudi psihoterapevte in psihosocialne svetovalce kot predstavnike stroke oziroma kot predstavnike organizacij, ki se ukvarjajo s psihoterapijo in psihosocialnim svetovanjem.**

5.7.1 specifični cilj 1 ukrep 5: Vključitev vseh ključnih predstavnikov stroke, resorjev in civilne družbe/NVO ter uporabnikov programov v nacionalno, območno in lokalno koordinacijo implementacije, spremljanje in evalvacijo. **Glede na načrtovano normativno ureditev je potrebno vključiti tudi psihoterapevte in psihosocialne svetovalce kot predstavnike stroke oziroma kot predstavnike organizacij, ki se ukvarjajo s psihoterapijo in psihosocialnim svetovanjem.**

Obrazložitev:

Za uresničevanje specifičnega cilja 1 »Vzpostavitev upravljalne strukture za strokovno vodenje in interdisciplinarno ter medinstitucionalno koordinacijo implementacije Nacionalnega programa duševnega zdravja na nacionalni, regionalni in lokalni ravni« je pri ukrepu 1 potrebno omeniti okrepitev kadrovske kapacitete tudi na drugih ministrstvih (predvsem na Ministrstvu delo, družino, socialne

zadeve in enake možnosti), pri ukrepih 2, 3 in 5 pa je potrebno bolj natančno opredeliti, kdo bodo člani interdisciplinarnega Programskega sveta za izvajanje ukrepa 3 in kdo bodo ključni predstavniki stroke za izvajanje ukrepa 5. Med njimi morajo biti tudi psihoterapevti in psihosocialni svetovalci kot predstavniki stroke oziroma kot predstavniki organizacij, ki se ukvarjajo s psihoterapijo in psihosocialnim svetovanjem.

Glede na to, da poklica psihoterapevt in psihosocialni svetoalec še nista na seznamu poklicev, ju pa resolucija želi normativno urediti, je še posebej pomembno, da se napiše, da morajo biti v organe strokovne koordinacije in upravljanja RNPĐZ na NIJZ, v interdisciplinarnem Programskem svetu in med ključnimi predstavniki stroke in civilne družbe/NVO za nacionalno, območno in lokalno koordinacijo implementacijo, spremljanje in evalvacijo, vključeni tudi psihoterapevti in psihosocialni svetovalci kot predstavniki stroke oziroma kot predstavniki organizacij, ki se ukvarjajo s psihoterapijo in psihosocialnim svetovanjem.

Podpora implementaciji nacionalnega programa duševnega zdravja

PREDLOG 10

V okviru ukrepa 2 za uresničevanja specifičnega cilja 1 so naštetih naslednji predstavniki v okviru Regijskih svetov za Zdravje/Duševno zdravje (RSDZ/DZ): župani (zdravstvenih) regij, direktorji CSD na regijski ravni, regijski Zavode za šolstvo, direktor/ji zavodov za zaposlovanje, regijske splošne in

psihiatrične bolnišnice, direktorji ZD, predstavniki NVO na področju duševnega zdravja, predstavniki regijskih razvojnih agencij...

Predlagamo, da se doda:

»... psihoterapevti in psihosocialni svetovalci kot predstavniki stroke oziroma kot predstavniki organizacij, ki se ukvarjajo s psihoterapijo in psihosocialnim svetovanjem (v skladu z načrtovano normativno ureditvijo psihoterapije in psihosocialnega svetovanja)«.

V okviru ukrepa 3 za uresničevanje specifičnega cilja 1 pa so naštetih naslednji predstavniki v okviru Lokalnih svetov za zdravje/duševno zdravje (LSZ/DZ) na ravni občine ali več občin: župan/i, direktorji ZD, vodje CKZ in vodje CDZ, CSD, zavod/urad za zaposlovanje, zavod za šolstvo, predstavniki svetovalnih služb v šolah, predstavniki: vrtcev, cerkve, podjetij, NVO na področju duševnega zdravja občine/več občin, policije, in drugi predstavniki, ki jih lokalna skupnost razpoznava kot pomembne za krepitev zdravja/duševnega zdravja v lokalnem okolju...

Predlagamo, da se doda:

»... psihoterapevti in psihosocialni svetovalci kot predstavniki stroke oziroma kot predstavniki organizacij, ki se ukvarjajo s psihoterapijo in psihosocialnim svetovanjem (v skladu z načrtovano normativno ureditvijo psihoterapije in psihosocialnega svetovanja)«.

Obrazložitev:

Za uresničevanje 5.7.1 specifičnega cilja 1 »Vzpostavitev nacionalnih in lokalnih političnih ter odločevalskih struktur v podporo implementaciji RNPĐZ« je pri ukrepih 2 in 3 potrebno bolj natančno opredeliti, kdo bodo člani Regijskih Svetov za Zdravje/Duševno Zdravje (RSDZ/DZ), za izvajanje ukrepa 2, in kdo bodo člani Lokalnih svetov za zdravje/duševno Zdravje (LSZ/DZ) na ravni občine ali več občin za izvajanje ukrepa 3. Med njimi morajo biti tudi psihoterapevti in psihosocialni svetovalci kot predstavniki stroke oziroma kot predstavniki organizacij, ki se ukvarjajo s psihoterapijo in psihosocialnim svetovanjem.

Glede na to, da poklica psihoterapevt in psihosocialni svetoalec še nista na seznamu poklicev, ju pa predlog Resolucije želi normativno urediti, je še posebej pomembno, da se eksplicitno napiše, da morajo

biti v okviru Regijskih in Lokalnih svetov za zdravje/duševno zdravje vključeni tudi psihoterapevti in psihosocialni svetovalci kot predstavniki stroke oziroma kot predstavniki organizacij, ki se ukvarjajo s psihoterapijo in psihosocialnim svetovanjem.

Financiranje

PREDLOG 11

Predlagamo, da se v poglavje o financiranju doda podatke iz študij stroškov in koristi o psihoterapiji in psihosocialnem svetovanju, ki kažejo na smiselnost javnega financiranja teh dveh dejavnosti. To je tekst, ki ga predlagamo, da se ga doda:

V Sloveniji ni veliko študij stroškov in koristi (cost-benefit) in analize učinkovitosti (cost-effectiveness) o psihoterapiji in psihosocialnem svetovanju, medtem ko je v publiciranih tujih gradivih objavljenih veliko študij, analiz in primerjav. Iz njih se vidi, v kakšnih programih so sredstva, namenjena za socialno skrbstvo in psihoterapijo, porabljena tako, da imajo uporabniki največje koristi. Posledično se hkrati z dvigom kakovosti življenja (manj kriminalitete, manj odvisnosti idr.) zmanjša škoda, ki jo trpi družba zaradi socialne problematike (Čampa, Metlikovič, Šumak, Koštomaj in Žnidar, 2014) Podatki iz tujih študij stroškov in koristi o psihoterapiji in psihosocialnem svetovanju vsekakor kažejo na smiselnost javnega financiranja teh dveh dejavnosti.

V Evropi so bili prvi Nemci, ki so že leta 1967 vključili psihoterapijo v sistem javnega zdravstva. Na to odločitev je bistveno vplival podatek iz študije, da srednje dolga psihoanalitsko usmerjena terapija pomembno zmanjša stalež (Dührssen in Jorswieck, 1965, v Kächele in Pirmoradi, 2009). Čeprav je danes psihoterapija kot samoplačniška storitev dostopna praktično v vseh evropskih državah, je žal Nemčiji do zdaj sledilo le manjše število držav, npr. Nizozemska, Avstrija, Švica, Švedska idr. (Možina, 2010ab)

Pri analizah stroškov in koristi in analizah učinkovitosti, ki so temeljno orodje za ocenjevanje ekonomskih koristi projektov) ni cilj samo to, kako zmanjšati stroške, ampak kako izkoristiti omejene terapevtske vire za maksimalne učinke oz. koristi. (Newmann in Howard, 1986, v Kächele in Pirmoradi, 2009).

Kaj so stroški in kaj so koristi? Kächele in Pirmoradi (prav tam) opozarjata, da moramo pri stroških razlikovati med:

- neposrednimi stroški: jasno je, da vsaka terapevtska seansa stane, manj jasno pa je, kako je s stroški supervizije;
- posrednimi stroški: pacienti morajo investirati svoj čas, kar gre pogosto na račun delovnega časa - pri ambulantni obravnavi manj, pri stacionarni, kar je pogosto v Nemčiji, kjer je veliko psihoterapevtskih klinik, pa seveda več. Hkrati stacionarne obravnave (manj ambulantne) predstavljajo tudi strošek za pacientovo družino.

Glede koristi pa je pomembno razlikovati:

- prihranjene stroške: stroške povezane z neko boleznijo lahko zmanjšamo, če je psihoterapevtsko zdravljenje cenejše od somatskega zdravljenja in če / ali če psihoterapevtsko zdravljenje zmanjša tudi spremljajoče težave, ki niso neposredno povezane z boleznijo;

- pridobljene koristi: psihoterapija lahko neposredno ali posredno poveča produktivnost preko povečanja ustvarjalnosti, asertivnosti ali preko večje prisotnosti na delovnem mestu; lahko tudi poveča kvaliteto privatnega življenja, kar pa se izmakne večini finančnih analiz.

Iz dosedanjih analiz stroškov in koristi (npr. Chiles in sod., 1999; Grawe in sod., 1994; Gabbard in sod., 1997; Beutel in sod., 2004; Lazar in sod., 2006; Kraft in sod., 2006 – vse v Kächele in Pirmoradi, 2009) psihoterapiji dobro kaže, čeprav bo potrebno še veliko dodatnih analiz. Npr. študija Kraftra in sodelavcev (v Kächele in Pirmoradi, 2009), kjer so v naturalistični longitudinalni študiji spremljali 402 pacienta, ki so jih obravnavali psihodinamsko, in 236 pacientov, ki so jih obravnavali kognitivno vedenjsko, je pokazala, da dražji kot so pacienti za zdravstveni sistem, več pridobijo od psihoterapije glede stroškov in koristi.

Številne raziskave (Berg in dr., 2011; Fava in Sonino, 2000; Hunsley, 2003) so pokazale, kako učinkovite so psihološke oz. psihoterapevtske intervencije na širokem področju zdravstvenih težav otrok in odraslih. Izsledki teh raziskav kažejo, da so psihološke oz. psihoterapevtske intervencije stroškovno bolj učinkovite kot zdravljenje z zdravili. John Hunsly (2003) navaja primer kognitivno-vedenjske obravnave za zdravljenje panične motnje in depresije, ki stane približno tretjino manj, kot farmakološko zdravljenje. Anne Dezetter s soavtorji (2013) je ugotovila, da bi država na vsak euro, vložen v psihoterapevtsko oskrbo bolnikov z depresivnimi motnjami, prihranila 1,95 €. Pri tesnoba motnjah bi bil prihranek nekoliko manjši, a bi še vedno znašal 1,14 €.

Vedno več je študij, ki potrjujejo, da je psihoterapija stroškovno učinkovita oblika zdravljenja (Chiles, Lambert in Hatch, 1999; Myhr in KristaPayne, 2006) in da je vključitev psihoterapije v javni zdravstveni sistem učinkovit način nižanja stroškov zdravstvenega varstva (Dezetter in dr., 2013). V študiji, ki so jo opravili v sodelovanju s Centre's Wellbeing Programme v Londonu, so

pri upoštevanju vseh posrednih in neposrednih stroškov psihoterapije, ugotovili, da se z upoštevanjem koristi terapije, investicija v psihoterapijo povrne v dveh letih, pri čemer so bile obravnavane osebe z depresijo, fobijami, obsesivno-kompulzivnimi motnjami, paničnimi motnjami, generaliziranimi tesnoba motnjami in potravmatskimi stresnimi motnjami (Layard, Clark, Knapp in Mayraz, 2007).

Programi, ki temeljijo na stroškovni učinkovitosti, so se izkazali kot izjemno koristni tudi na področju zaporništv. Zdravljenje kot alternativa prestajanju zaporne kazni že prinaša uspehe v ameriški državi Maryland. Slednja ima kot alternativo zaporu dva programa, ki vključujeta zdravstvene centre, vsakodnevno javljanje, intenzivno supervizijo, hišni zapor in sankcije. Država ugotavlja, da so uspeli z vsemi programi na posameznika letno zmanjšati stroške alternativnih sankcij iz 20.000\$ na 4.000\$ na posameznika (Ashira, Lozowski, Powell, Sivillo in Traeger, 2001). Pri tem je smiselno upoštevati tudi to, da se v teh programih v veliki meri obravnava tudi problematiko zasvojenosti. Swisher, Scherer in Yin (2004) tako navajajo, da je v primeru zdravljenja zasvojenosti poleg pričakovanih stroškov zdravljenja zasvojenosti z drogami ter boleznimi, ki so povezane z uživanjem drog, potrebno upoštevati tudi stroške kot so materialna škoda zaradi kaznivih dejanj (ropi, vlomi, tatvine, goljufija ipd.), stroški kazenskega postopka in s kaznivim dejanjem povezani stroški stigmatizacije, izgubljene plače in davki zaradi poškodb in prezgodnjih smrti, ki se v primeru uspešnega zdravljenja od drog močno zmanjšajo in predstavljajo dolgoročni prihranek.

Aos s soavtorji (2001) v obširni študiji, v kateri so z analizo stroški-koristi primerjali prehodno izvedene raziskave na preko 400 različnih programih za zmanjševanje kriminala izvedenih od leta 1975 do leta 2000 v ZDA in Kanadi poroča o prepoznanih programih, ki ne zmanjšujejo kazenskih kršitev ali imajo celo negativen učinek, ter o programih, ki imajo velik pozitiven vpliv na

zmanjševanje kaznivih dejanj. Študija je bila pripravljena na zahtevo zvezne države Washington z namenom, da se evalvira stroške in koristi politike kazenskega pravosodja za mlade in odrasle, različne preventivne programe in drugih aktivnosti za zmanjšanje predvsem rizičnih vedenj pri mladih. Analize znotraj študije so osnovane na osnovi primerjalne ekonomije, izhajajo iz skupnega metodološkega pristopa, kar omogoča neposredno ekonomsko primerjavo različnih vrst programov s ciljem, da bi prišlo do ocene, ali so koristi programa večje od njegovih stroškov. Pristop v študiji je podoben finančni analizi stopnje donosnosti vzajemnih skladov, obveznic, delnic, nepremičnin ali drugih naložb. Pri vseh naložbah je skupno vprašanje: »Kolikšna je stopnja donosnosti naložbe?«. Pri navedeni študiji je bilo zastavljeno podobno vprašanje: Pri katerih politikah in programih za zmanjševanje stopnje kriminala so se pokazali boljši rezultati?

Drugi namen te študije je bil, da bi pridobljene informacije kasneje koristile nosilec odločanja pri dodeljevanju javnih sredstev različnim, konkurenčnim programom. Kajti glede na to, da je bilo v zadnjih treh desetletjih veliko raziskav, kaj deluje in kaj ne, in če se pri tem še upošteva ekonomijo teh možnosti, se lahko te podatke uporabi za izboljšanje dodeljevanja javnih sredstev. Pridobljene ocene so tako lahko v pomoč pri usmerjanju javnih sredstev v ekonomsko uspešne programe ter v pomoč pri odvzemanju sredstev ekonomsko neuspešnim programom. Pri tem navajajo, da se lahko ob takem delovanju in odločanju celo ob odsotnosti novih virov financiranja zmanjša stopnja kriminala in poraba sredstev na državni ravni.

Postopek v študiji vključuje raziskave učinkovitosti programov oz. kaj deluje in kaj ne pri zmanjševanju stopnje kriminala (»research-based evidence«), nato pa je dodan še učinek neodvisne primerjalne ekonomije na davkoplačevalce. Pri učinkovitosti programov so upoštevali predvsem študije, ki so vključevale primerjalne ali kontrolne skupine. Veliko programov za mlade in odrasle je bilo izvedenih v sklopu pravosodnih sistemov, kjer je bil cilj zmanjšati ponovitev kriminalnih dejanj, nekateri preventivni programi pa so imeli na prvem mestu

nalogo, da zmanjšajo možnosti, da bi mlada oseba naredila kaznivo dejanje. Pri tem so analizirali naslednje programe:

- preventivne programe za zgodnje otroštvo (Early Childhood Programs)
- programi za otroke in mlade mladostnike (Middle Childhood and Adolescent (Non-Juvenile Offender) Programs)
- programi za mladoletne prestopnike oz. storilce kaznivih dejanj (Juvenile Offender Programs)
- programi za odrasle storilce kaznivih dejanj (Adult Offender Program)

Kot kažejo različne raziskave znotraj študije, ima uporaba različnih tehnik, intervencij, programov različne finančne učinke. V tabeli 1 je prikazano nekaj izbranih primerov iz te študije:

Tabela 2: Primeri programov za zmanjševanje kriminalitete iz študije v ZDA (Aos in dr., 2001)

Program	Strošek programa na osebo	Koristi davkoplačevalcev	Koristi davkoplačevalcev in žrtev kriminala	Razmerje med koristmi davkoplačevalcev in žrtev kriminala ter stroški programa na osebo
Multisistemska terapija*	\$ 4.743	\$ 31.661	\$ 131.918	27,8

Terapevtska komuna izven zapora**	\$ 2.013	\$ 4.110	\$ 15.836	7,9
Trening regulacije agresivnosti***	\$ 738	\$ 8.287	\$ 33.143	44,9
Funkcionalna družinska terapija****	\$ 2.161	\$ 14.146	\$ 59.067	27,3
Programi »zastraševanja«*****	\$ 51	-\$ 6.572	-\$ 24.631	-482,9

* **Multi-Systemic Therapy**

** **Non-Prison TC (bivanje v obstoječi stanovanjski skupnosti)**

*** **Aggression Replacement Training**

**** **Functional Family Therapy**

***** **Scared Straight Type Programs; pri tem programu mladoletne storilce peljejo v zapor k odraslim, ki jim povedo, kakšno bo njihovo življenje v prihodnosti, če bodo nadaljevali s prestopništvom**

Kot vidimo, je razmerje med vložkom v program in dolgoročnimi koristmi lahko zelo visoko. To pomeni da za npr. Trening regulacije agresivnosti država za vloženi 1\$ v ta program dolgoročno privarčuje 44,9\$. Ker gre za reševanje ene problematike z uporabo različnih programov, je lahko tu analiza stroški-korist koristen kazalnik, kajti za enako vloženo vsoto denarja je pri ustrezno izbranih programih finančni učinek boljši.

In tudi obratno – na primeru programov »zastraševanja« je finančni učinek negativen. Namreč v študijah je bilo ugotovljeno, da mladoletni prestopniki, ki so bili vključeni v ta program pogosteje ponovijo kriminalno dejanje kot tisti iz kontrolne skupine. Cena na osebo takega programa je 51\$, pri čemer so stroški oz. negativne koristi, ki nato nastanejo zaradi ponovitve kriminalnih dejanj ocenjene na 24.631\$.

Pri študiji je potrebno upoštevati omejitve, da so razmerja podana le za koristi programov, ki se vežejo na področje zmanjševanja kriminalitete. Veliko programov ima poleg navedenega hkrati še več ostalih učinkov kot npr. zmanjševanje najstniških nosečnosti, zasvojenosti, izostajanje v šoli, ki pa niso upoštevani v izračunih.

Številne omenjene raziskave prikazujejo učinkovitost psihoterapije kot način zdravljenja različnih duševnih bolezni in s tem sporočajo, da bi morali psihoterapijo umestiti kot eno izmed možnosti zdravljenja v javnem zdravstvenem sistemu (Kächele in Pirmoradi, 2009). A veliko evropskih držav, na primer Francija, Italija, Španija, Grčija še vedno ignorira rezultate teh raziskav. Ob tem se moramo vprašati, zakaj je psihoterapija le del osebne izbire posameznika in zakaj se na področju sistema in zakonodaje nič ne spremeni. (Kächele in Pirmoradi, 2009). Zakaj dokazi o učinkovitosti, razvidni iz študij, ne zadoščajo? In zakaj v Sloveniji še vedno ni dovolj poslušna za ureditev zakonodaje o psihoterapevtski dejavnosti, ki bi urejala področje psihoterapije in s tem omogočal psihoterapevtom, da se primere dobrih praks v tujini uvede tudi v Sloveniji (Možina in Bohak, 2008)?

Na vprašanje: Ali lahko z obstoječimi viri, financiranjem dosežemo dolgoročno večji učinek (kvalitativno in finančno) z izbiro in izvajanjem ustreznih programov na področju socialnega varstva, lahko glede na primere dobrih praks zaključimo, da je kriterij stroškovne učinkovitosti

programov in upoštevanje njegovih dolgoročnih koristi (poleg kvalitativnih tudi finančnih) eden izmed pomembnejših načinov za zmanjšanje stroškov.

Kot se je pokazalo na primeru analiz programov za zmanjševanja kriminalitete, da so pri ustrezni izbiri programov razmerja med stroški in koristmi lahko zelo visoka – tudi do 40, kar pomeni za vloženi 1 EUR davkoplačevalskega denarja prihranek 40 EUR prihranka v prihodnosti. Pri programih, ki so imeli zelo ugodna razmerja med stroški in koristmi, je bilo v sodelovanje vključenih več različnih institucij (npr. sodstvo-policijska-psihoterapevtske ustanove-centri za socialno delo-šole-zdravstveni domovi). Že če se prestopnika, ki je zasvojen z drogo usmeri v proces zdravljenja (npr. komunjo) ne pa v zapor, je to hkrati cenejša izbira ki tudi dolgoročno prinaša večje koristi (manj povratništva, večja možnost ozdravitve zasvojenosti).

V okviru projekta ContactNetz v Švici, v Bernu, se je pokazalo, da se npr. nekoga, ki je bil obsojen (ali npr. nekoga, ki je zasvojen in obsojen za male tatvine), dolgoročno bolj kot dati v zapor, izplača podpreti, mu omogočiti možnost dostojanstvenega bivanja, prilagojene zaposlitve (s podporo psihoterapevtov) in dodatnih aktivnosti (družinske, individualne, skupinske terapije, učenje računalniške pismenosti, izobraževanja itn.) ter ga po končanem procesu podpreti pri reintegraciji. Ali če se npr. v neki družini uredi problem nasilja ali zasvojenosti (ob sodelovanju vseh, ki delajo z ljudmi – policije, sodstva, šolstva, nevladnih organizacij, zdravstva itd. ...), to pomeni za celo družino napredek, za državo in/ali občino pa v prihodnjih desetih, dvajsetih letih nekaj sto tisoč švicarskih frankov prihranka. Pokazali so nam tudi, da je področje psihoterapije, družinske terapije del celotnega procesa, za katerega so uporabljali tudi analize stroški – koristi (angl. cost-benefit). (Čampa, Metlikovič, Šumak, Koštomaj in Žnidar, 2014)

Za različne duševne motnje (depresije, fobije, tesnoba, stresne motnje, potravmatske stresne motnje ...) se je pokazalo, da se vloženi denar v terapevtske programe povrne v roku dveh let, po pretečenih štirih letih pa se programi lahko financirajo iz prihrankov javnih sredstev, ki so nastali iz predhodne investicije v te programe (Layard in dr., 2007).

To pomeni, da je z ustrezno izbiro programov, ki imajo ugodno razmerje med stroški in koristmi, možen napredek kljub enaki količini sredstev. Ugodna razmerja med stroški programa in kasnejšimi koristmi namreč pomenijo, da bo v prihodnosti na voljo več sredstev za podobne programe oz. sredstva ne bodo porabljeni za zmanjševanje kasnejše škode in odpravo posledic le-te (Layard in dr., 2007).

Kriterij stroški/koristi je le ena izmed možnosti v okviru zdravstvenega in socialnega varstva, ki ga glede na rezultate predstavljenih analiz ni zanemarljiv. Nekatera področja v zdravstvenem in socialnem varstvu so morda v deficitu, z analizo stroški-koristi bi lahko prepoznali področja, kjer bi z minimalnim vložkom dobili velik učinek.

Kot kažejo objavljeni izračuni so najučinkovitejši odgovor celostni programi z vključitvijo družine in okolja. Če želimo zmanjšati današnjo veliko socialno škodo, je potrebno aktivirati več terapevtskega, systemskega, svetovalnega in preventivnega dela.

Novе strukture v zdravstvenem sistemu na področju duševnega zdravja

PREDLOG 12

V vse predlagane nove strukture v zdravstvenem sistemu na področju duševnega zdravja vključiti psihoterapevte in psihosocialne svetovalce, torej v Regionalne Centre za duševno zdravje, ki so sestavljeni iz Centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov in Centrov za duševno zdravje odraslih, v Spominske centre za potrebe starejše populacije na področju obvladovanja demence in v Subspecialistične time na nacionalni oz. regijski ravni za obravnavo otrok in mladostnikov s kompleksnejšimi motnjami in komorbidnimi stanji.

Obrazložitev:

Glej obrazložitev zgoraj pod splošnimi pripombami.

Akcijski načrt

PREDLOG 13

Akcijski načrt je potrebno dopolniti in spremeniti v skladu s predlogi dopolnitev, ki smo jih že napisali pod poglavjem Splošne ugotovitve in konkretne pripombe. Ključnega pomena ni le dopolniti akcijski načrt za izvedbo sprememb v sistemu zdravstvenega varstva, ampak tudi za medresorsko usklajevanje, kot je v resoluciji tudi predvideno na strani 60.

Obrazložitev:

Glej obrazložitev pod splošnimi in konkretnimi pripombami. Težko je v tej fazi predloga Resolucije bolj natančno obrazložiti, saj bo, kot piše na strani 60 »Natančen akcijski načrt za prednostna področja 5. 1., 5.2, 5.4, 5.5 in 5.6 (Zagotavljanja skupnostnega pristopa pri krepitvi duševnega zdravja ter obravnavi oseb z duševnimi motnjami v skupnosti, Promocija duševnega zdravja, preventiva in destigmatizacija na področju duševnih motenj, Alkohol in duševno zdravje, Preprečevanje samomora, Izobraževanje, raziskovanje, spremljanje in evalvacija) ter znotraj prednostnega področja 5.3 (Mreža služb za duševno zdravje) tudi tisti del, ki financira ukrepe, v kater so vključene NVO, dodan dokumentu po medsektorskem usklajevanju. Takrat bodo za ta področja vključena tudi finančna sredstva ostalih ministrstev.«

Upamo, da bodo naši predlogi v zvezi s psihoterapijo in psihosocialnim svetovanjem koristili tako pri načrtovanju celotne strategije medresorskega sodelovanja kot tudi pri uvajanju novosti v zdravstvenem sektorju, ki so prikazane v obstoječem predlogu Resolucije.

IV. ZAKLJUČEK

Zatečena situacija na področju duševnega zdravja več kot nujno kliče po sistemski ureditvi področja psihoterapije in psihosocialnega svetovanja in normiranju poklicev psihoterapevt in psihosocialni svetovalci, ki bo postavilo zahteve za izobraževanje in izvajanje psihoterapije in psihosocialnega svetovanja, pa tudi omogočilo nadaljnji razvoj raziskovanja na teh področjih. Obseg potreb po psihoterapevtskih in svetovalnih storitvah je tolikšen, da ga zdravstvo ne zmore in ga tudi v bodoče ne bo zmoglo pokriti. Na drugi strani družba razpolaga z naborom mladih strokovnjakov, ki so se, se in se še bodo educirali za poklica psihoterapevta in psihosocialnega svetovalca po neakademskih in po akademskih akreditiranih študijskih programih v za to akreditiranih visokošolskih inštitucijah. Le ti potrebujejo zaposlitev, a so trenutno zaradi normativne neurejenosti področja v javnem sektorju nezaposljivi. Opisano stanje je del realnosti, ki jo je potrebno upoštevati, ko govorimo o duševnem zdravju v Sloveniji, ko vzpostavljamo sistem, ki bo izboljševal ureditev področja, ko torej pišemo strateški dokument, kot je Resolucija o duševnem zdravju 2018-2028.

Zelo nas skrbi huda družbena anomalija, saj na eni strani obstoji velika potreba po organizirani, standardizirani in nadzorovani zdravstveni, psihoterapevtski in psihosocialni pomoči posameznikom z duševnimi težavami, na drugi strani pa normativna neurejenost področja psihoterapije in

psihosocialnega svetovanja dovoljuje, da se dvom o tem, ali je šteti psihoterapevta in psihosocialnega svetovalca za ustrezno usposobljena strokovnjaka za delo z ljudmi z duševnimi težavami in motnjami, širi in deli strokovno skupnost. Tako se žal tudi v strateškem dokumentu, kot je predlog Resolucije o duševnem zdravju 2018-2028, praktično na vsaki strani kaže, kako manjka jasno postavljen okvir, v katerem bi bila psihoterapija in psihosocialno svetovanje umeščena v sistem varovanja duševnega zdravja, predvsem kot medresorsko urejeno področje primarne preventive.

V skrbi za korekcijo te hude družbene anomalije smo se že leta 1998 samoorganizirali s ciljem uveljavitve psihoterapije kot samostojnega poklica, v letih 2004 in 2005 pa tako v okviru Slovenske krovne zveze za psihoterapijo kot tudi v okviru Združenja psihoterapevtov Slovenije začeli delati na osnutkih Zakona o psihoterapevtski dejavnosti, ki smo jih predstavili Ministrstvu za zdravje. Leta 2006 smo se nato z veseljem odzvali povabilu Ministrstva za zdravje za sodelovanje v delovni skupini za normativno ureditev tega področja, v kateri smo bili predstavniki obeh društev. Leta 2010 je prenehala delovati, potem ko je izdelala predlog zakona, ki pa ni šel v javno razpravo. Od takrat sta se področji psihoterapije in psihosocialnega svetovanja seveda razvijali naprej, in danes že vemo, da je bil osnutek zakona, ki smo ga izdelali v letih 2006 do 2010, ki je psihoterapevtsko delo zamejeval izključno na zdravstveni sektor in ni vključeval normativne ureditve psihosocialnega svetovanja, koncipiran preozko.

Glede na vsa navedena dejstva so težave, s katerimi se je srečeval predlagatelj pri oblikovanju Resolucije o duševnem zdravju 2018-2028, in nanje opozarjamo v tem dokumentu, razumljive. Razumemo namreč, da so strateški dokumenti države, kot je tudi ta resolucija, kljub svojemu velikemu pomenu za skladen razvoj področja, katerega ureditvi so namenjeni, vendarle dokumenti izvedbene in akcijske narave. Zato je običajno, da se sprejemajo na področjih, ki so predhodno pravno-sistemsko že urejena.

Glede na navedeno vas vljudno prosimo, da ponovno razmislite o naši pobudi za čim prejšnjo pripravo Zakona o psihoterapiji in psihosocialnem svetovanju.

Po naših izkušnjah sta psihoterapevtska dejavnost in dejavnost psihosocialnega svetovanja primarno preventivni dejavnosti. Zato menimo, da bi bilo v pripravo zakona treba nujno vključiti tudi Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti ali mu morda celo podeliti ključno vlogo za medresorsko usklajevanje. Glede na opisano prepotrebno normativno uskladitev poklicnih

dejavnosti psihoterapije in psihosocialnega svetovanja z obstoječimi izobraževalnimi potmi bi bilo treba vključiti tudi Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport. Hkrati je to ministrstvo pomembno za reševanje vključevanja psihoterapije in psihosocialnega svetovanja v svetovalne službe v vrtcih, šolah in na fakultetah oz. univerzah ter za vključevanje psihoterapevtskih in svetovalnih vsebin na vse ravni izobraževanja, od vrtcev do univerz. Ker se vsa psihoterapevtska dejavnost po naravi stvari ne bo izvajala zgolj v okviru javnega sektorja, ampak je že, in bo v prihodnosti še bolj, ena od pomembnih tržnih storitvenih dejavnosti, bi k ustrezni regulaciji tega področja morale prispevati svoj pravno-sistemski uvid tudi Ministrstvo za gospodarski razvoj in tehnologijo (in morda Gospodarska zbornica). V okviru tega ministrstva bi bila pomembna tudi vključitev Direktorata za turizem, ker sta psihoterapija in psihosocialno svetovanje vse bolj prisotna v okviru zdravstvenega turizma. Ministrstvo za pravosodje bi bilo potrebno vključiti, ker sta psihoterapija in psihosocialno svetovanje med pomembnimi ukrepi v okviru kazenskih sankcij in obliki pomoči v zaporniškem sistemu.

Gre torej za izrazito interdisciplinarno področje, ki daleč presega zgolj področje zdravstva. Ker družba nujno potrebuje bolj medresorsko usklajeno področje primarne preventive za varovanje duševnega zdravja, ključni koraki za vključitev psihoterapije in psihosocialnega svetovanja pa do danes - kljub opozorilom zainteresirane javnosti, ki je prav zaradi te dolgoletne neurejenosti vse bolj razklana - niso bili storjeni, s tem dokumentom seznanjamo tudi prestojnike najbolj odgovornih institucij v državi in jih prosimo, da storijo vse v svoji moči, da se nemudoma pristopi k pripravi zakona, ki bi po vzoru razvitih

evropskih držav postavil normativne temelje za tako težko pričakovano ureditev področja psihoterapije in psihosocialnega svetovanja.

Zahvaljujemo se vam za pozornost, za razumevanje naših prizadevanj in vas prosimo za vaše konstruktivno sodelovanje. Za kakršnekoli dodatne informacije smo vam na voljo na št. 041 748 812 (Miran Možina⁴) ali 040 230 491 (Irena Kosovel⁵).

Za Kolegij fakultet in strokovnih združenj na področju psihoterapije in psihosocialnega svetovanja:
Mag. Miran Možina, pooblaščen zastopnik

Za Slovensko združenje za psihoterapijo in svetovanje:
Irena Kosovel, ustanovna predsednica

Priloga:

- Kratek pregled stanja izobraževanj iz psihoterapije in psihosocialnega svetovanja

V vednost:

- dr. Miro Cerar, predsednik Vlade Republike Slovenije
- g. Tomaž Gantar, predsednik Odbora za zdravstvo Državnega zbora Republike Slovenije,
- ga. Milojka Kolar Celarc, ministrica za zdravje
- dr. Maja Makovec Brenčič, ministrica za izobraževanje, znanost in šport
- dr. Anja Kopač Mrak, ministrica za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti
- mag. Goran Klemenčič, minister za pravosodje
- g. Zdravko Počivalšek, minister za gospodarski razvoj in tehnologijo
- ga. Eva Štravs Podlogar, generalna direktorica Direktorata za turizem

⁴ **Mag. Miran Možina**, psihiater in psihoterapevt, direktor in dekan SFU Ljubljana, član delovne skupine za Zakon o psihoterapevtski dejavnosti pri Ministrstvu za zdravje 2006-2010.

⁵ **Irena Kosovel**, univ. dipl. pravnica, analitična psihoterapevtka, družinska mediatorica pri Okrožnem sodišču v Ljubljani, pripravljalka prvega osnutka Zakona o psihoterapevtski dejavnosti pri Ministrstvu za zdravje v letih 2006-2010.

PRILOGA

KRATEK PREGLED STANJA IZOBRAŽEVANJ IZ PSIHOTERAPIJE IN PSIHOSOCIALNEGA SVETOVANJA

Trenutno ponujajo tri slovenske fakultete akreditirane študije iz psihoterapijo in svetovanja, zato si jih poglejmo malo bolj podrobno, saj njihovi diplomanti psihoterapiji in psihosocialnemu svetovanju utirajo nove poti:

- 1) Na Teološki fakulteti Univerze v Ljubljani so se pred bolonjsko prenovo izvajali naslednji programi: od leta 2001 specialistični program Zakonska in družinska terapija (2 leti, pridobljen naziv »specialist/ka zakonske in družinske terapije«), od leta 2004 magistrski program Zakonska in družinska terapija (2 leti + magistrska naloga, pridobljen naziv »magister/magistrica zakonske in družinske terapije) in doktorski program s področja Zakonske in družinske terapije (2 leti, pridobljen naziv »doktor/doktorica znanosti s področja zakonske in družinske terapije«). Po bolonjski prenovi od leta 2009 se za relacijsko družinsko terapijo študentje izobražujejo znotraj magistrskega programa Zakonske in družinske študije (smer Zakonska in družinska terapija, 2 leti, pridobljen naziv »magister/magistrica zakonskih in družinskih študij«), programa izpopolnjevanja Zakonska in družinska terapija (2 leti, pridobitev javne listine) in doktorskega programa s področja zakonske in družinske terapije (3 leta, pridobljen naziv »doktor/doktorica znanosti«).

Omenjeni programi so predstavljali prvi akreditirani univerzitetni podiplomski znanstveno-raziskovalni študij v Sloveniji s področja psihoterapije in tako predstavljajo velik doprinos k znanstveno-raziskovalnemu razvoju psihoterapevtske stroke pri nas, predvsem zakonske in družinske terapije.

Od leta 2008 imajo tisti diplomanti, ki se želijo po evropskih standardih usposobiti za poklicnega psihoterapevta glede na evropske standarde, možnost opravljati psihoterapevtsko prakso pod supervizijo. S stažem, kot ga imenujejo, lahko začnejo po zaključenem študiju v lastni organizaciji. Najprej je možnost opravljanja prakse ponujal Frančiškanski družinski inštitut, kasneje pa vse več terapevtskih centrov in svetovalnic, ki po raznih krajih Slovenije izvajajo relacijsko družinsko terapijo. Združenje zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije (ZZDTS), ki je bilo ustanovljeno decembra 2007, je dalo še dodaten zagon hitremu razvoju te skupine strokovnjakov z uvedbo strokovnih nazivov (zakonski in družinski terapevt, supervizor, terapevt za osebno izkušnjo in učitelj), s postavitvijo pogojev za te nazive po evropskih standardih, z vzpostavitvijo registra centrov, supervizorjev in z urejanjem področja stažiranja.

- 2) Fakulteta za uporabne družbene študije v Novi Gorici (FUDŠ) omogoča študij psihosocialne pomoči prve in druge stopnje za poklic psihosocialni svetovalac/psihosocialna svetovalka, ki po SURS spada v poklicno skupino 2635 - Strokovnjaki za socialno delo in svetovanje. V prvi letnik študijskega programa Psihosocialna pomoč se lahko na osnovi 38. člena Zakona o visokem šolstvu vpiše: kdor je opravil maturo / kdor je opravil poklicno maturo ali zaključni izpit v kateremkoli srednješolskem programu / kdor je pred 01. 06. 1995 končal katerikoli štiriletni srednješolski program. Splošni cilj dodiplomskega študijskega programa Psihosocialna pomoč je profesionalna kompetentnost kandidatov na interdisciplinarnem področju psihosocialne pomoči, ki obsega temeljno znanje in temeljno usposobljenost za svetovalno delo na psihosocialnem področju, da se bodo lahko po prvi stopnji vključili v kreativni delovni proces v organizacijah v socialnem varstvu, šolstvu, v programih psihosocialne rehabilitacije oz. povsod, kjer se nudijo razne oblike psihosocialne pomoči, pa

tudi gospodarstvu, v javnih, privatnih ali v nevladnih organizacijah ali pa nadaljevali študij psihosocialne pomoči na drugi stopnji. Tekom študija študentje predvidoma v treh študijskih letih zberejo 180 kreditnih točk, kot je predvideno v okviru bolonjske reforme študija. Diplomant psihosocialnega svetovanja je strokovnjak za nudenje temeljne psihosocialne pomoči in nedirektivnega svetovanja. Ta zajema: pomoč v težavnih življenjskih situacijah, čustveno razbremenitev, poglobljanje vpogleda v aktualne težave, krepitev samozaupanja, opolnomočenje za samostojno reševanje problemov, razvijanje socialnih spretnosti, spodbujanje osebne rasti. Za izvajanje te pomoči dobi študent med študijem znanja in veščine za vzpostavitev svetovalnega odnosa, izvedbo nedirektivnega intervjuja, razpoznavanje simptomatike duševnih motenj in napotitev k ustreznemu strokovnjaku oziroma na ustrezno institucijo.

Magistrski študij izobražuje na področju psihosocialne pomoči, pri čemer v sedanji izvedbi izhaja iz kognitivno vedenjskega psihoterapevtskega pristopa. Tekom magistrskega študija študentje predvidoma v dveh študijskih letih zberejo 120 kreditnih točk, kot je za to stopnjo predvideno po bolonjski reformi študijskega sistema. Magister psihosocialnega svetovanja je usposobljen za obravnavo čustvene in vedenjske probleme po izbranem pristopu svetovanja. Usposobljen je, da s tehnikami svetovalnega pogovora pomaga klientu v procesu poglobljanja uvida v lastno emocionalno stanje, in doseganju sprememb ter prenosu naučenega iz svetovalne situacije v vsakdanje življenje klienta, kar mu omogoča boljše delovanje v družbi. Pri tem se v čim večji meri trudi klienta usposobiti, da v prihodnje sam razrešuje svoje emocionalne in socialne probleme. Po zaključenem magistrskem študiju je možnost opravljanja dodatne supervizirane psihoterapevtske in svetovalne prakse preko Združenja za psihosocialno pomoč in psihoterapijo Slovenije (PSIP) ter preko Nacionalnega inštituta za psihoterapijo, ki deluje pod okriljem FUDŠ. Na ta način si lahko magistrantje pridobijo ustrezno število ur prakse, potrebne za doseganje norm Evropskih certifikatov iz psihoterapije in svetovanja (glej tabelo 1). Doslej so tri generacije študentov pridobile naziv magistrov psihosocialnega svetovanja.

Tabela 1 - Pot do naziva psihosocialni svetovalec

Magistrska diploma iz psihosocialnega svetovanja na Fakulteti za uporabne družbene študije v Novi Gorici in Ljubljani (FUDŠ)
Dodatno praktično usposabljanje po kriterijih Evropskega združenja za svetovanje (EAC):
- 450 ur usposabljanja iz specifičnih znanj in tehnik (upoštevajo se tudi ure pridobljene med univerzitetnim študijem)
- 450 ur dela s klienti, od tega določen delež supervizirane prakse
- 50 ur osebne izkušnje
- praktično usposabljanje naj bi trajalo najmanj 3 leta in največ 6 let

- 3) Fakulteta za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani (SFU Ljubljana) omogoča študij psihoterapevtske znanosti prve in druge stopnje, magistrski študij psihoterapije otrok in mladostnikov, omogoča pa tudi neformalno specialistično izobraževanje iz različnih psihoterapevtskih pristopov (v okviru fakultete iz psihoanalize, sistemske terapije, gestalt terapije, jungovske psihoterapije, kognitivno vedenjske terapije; v sodelovanju z raznimi društvi in inštituti pa tudi iz drugih znanstveno utemeljenih pristopov). Za vstop v fakultetni študij psihoterapevtske znanosti je pogoj srednješolska izobrazba, za neakademsko izobraževanje pa univerzitetna stopnja po predbolonjskem sistemu oziroma prva bolonjska

stopnja in propedeutika psihoterapije. Tako fakulteta podpira izobraževanje iz psihoterapije za prvi poklic in drugi poklic.

Študijski program psihoterapevske znanosti prve stopnje posreduje znanstvene osnove zdravega in patološkega biopsihosocialnega razvoja človeka, diagnostiko zdravih in bolezenskih pojavov, dosežke nevroznanosti pomembne za psihoterapijo, osnove znanstveno utemeljene psihoterapevske obravnave življenjsko pogojenih bolezenskih slik – ob upoštevanju psiholoških, medicinskih, socioloških in antropoloških dimenzij. Z osnovnim študijem študenti spoznajo osnove raziskovalnih metod in etične, pravne, ekonomske in družbene okvire, ki so pomembni za opravljanje psihoterapevske dejavnosti. Da bi študent dosegel cilj študija, mora poleg tega razviti tudi sposobnost reflektirajoče prakse, ter refleksije in razvoja lastne osebnosti. Splošni cilj dodiplomskega študijskega programa Psihoterapevska znanost je profesionalna kompetentnost kandidatov na interdisciplinarnem področju psihosocialne pomoči, ki obsega temeljno znanje in temeljno usposobljenost za svetovalno delo na psihosocialnem področju, da se bodo lahko po prvi stopnji vključili v kreativni delovni proces v organizacijah v socialnem varstvu, šolstvu, v programih psihosocialne rehabilitacije oz. povsod, kjer se nudijo razne oblike psihosocialne pomoči, pa tudi gospodarstvu, v javnih, privatnih ali v nevladnih organizacijah ali pa nadaljevali študij psihosocialne pomoči na drugi stopnji.

Oba magistrska programa temeljita na dodiplomskem študiju in služita poglobljenemu osvajanju teorij, metodike in zgodovine psihoterapije, splošnih in specifičnih znanj o diagnozah in potekih duševnih motenj in o konceptih njihove obravnave. Študij posreduje podrobna znanja temeljnih znanosti nevrobiologije, nevroznanosti, družboslovnih in socialno filozofskih tem.

V okviru magistrskega programa psihoterapevske znanosti je vključen specialistični pristop (psihoanaliza, sistemska psihoterapija, analitična psihologija oz. Jungovska psihoanaliza, geštalt, kognitivno vedenjska psihoterapija), ki ga je študent izbral v tretjem letniku dodiplomskega študija. Magister psihoterapevske znanosti je usposobljen za psihoterapevsko delo po izbranem psihoterapevskem pristopu. Po obstoječih evropskih merilih za psihoterapijo kot samostojni poklic opravi kvantitativno za več kot tretjino ur teoretičnega izobraževanja in praktičnega usposabljanja. Usposobljen je, da s tehnikami psihoterapevskega pogovora pomaga klientu v psihoterapevskem procesu.

V okviru magistrskega programa psihoterapije otrok in mladostnikov si študenti morajo pridobiti multidisciplinarna in od posameznih psihoterapevskih pristopov neodvisna temeljna znanja, na njih pa potem dograditi specifična znanja povezana s pristopom. Tako morajo imeti psihoterapevti otrok in mladostnikov multidisciplinarno osnovno znanje na področju telesnega, čustvenega, kognitivnega in socialnega razvoja. Poznati morajo specifična vprašanja iz otroškega in mladostniškega obdobja in kakšne motnje v razvoju se lahko pojavijo. Magister psihoterapije otrok in mladostnikov je usposobljen za psihoterapevsko delo z otroki in mladostniki. Usposobljen je, da s tehnikami psihoterapevskega pogovora pomaga otrokom, mladostnikom in njihovim staršem v psihoterapevskem procesu.

Ključni del študija, ki kvantitativno predstavlja več kot polovico kontaktnih ur, je torej praksa, ki na prvi in drugi stopnji poteka v treh oblikah:

- kot praksa v raznih psihosocialnih ustanovah (študentje lahko izbirajo med več kot 60 učnimi bazami po celi Sloveniji, ki nudijo razne oblike psihosocialne pomoči za odrasle in otroke,

mladostnike, v javnem in nevladnem sektorju) z namenom, da se študenti seznanijo z različnimi oblikami psihosocialne pomoči ljudem;

- kot osebna izkušnja (oz. učna psihoterapija, osebnostna rast, delo na sebi) v obsegu najmanj 250 ur, v kateri študenti preizkusijo psihoterapevtske metode na lastni koži. Ta oblika prakse

je edinstvena posebnost študija psihoterapije, saj pomeni, da mora bodoči psihoterapevt sprejeti nase enak proces dela na sebi, kot ga bodo nekoč sprejeli njegovi pacienti;

- kot praksa pri izkušenih psihoterapevtil pristopa, ki so ga izbrali v tretjem letniku študija, kjer so študenti najprej opazovalci, nato pa (predvsem na drugi stopnji) postopno prevzemajo vse bolj aktivno vlogo in v zadnji fazi vodijo pogovore pod supervizijo izkušenih učiteljev. Pogoji za opravljanje zaključnega izpita na magistrski stopnji je najmanj 650 ur psihoterapevtske prakse pod supervizijo. Po akreditaciji SFU Ljubljana je bila septembra 2013 po zgledu matice na Dunaju odprta Psihoterapevtska ambulanta, v kateri izvajajo psihoterapevtsko dejavnost psihoterapevti (večina so hkrati učitelji na fakulteti) in študentje SFU Ljubljana pod njihovo supervizijo. Glavni namen ambulante je, da predstavlja učno in raziskovalno bazo za študente psihoterapije.

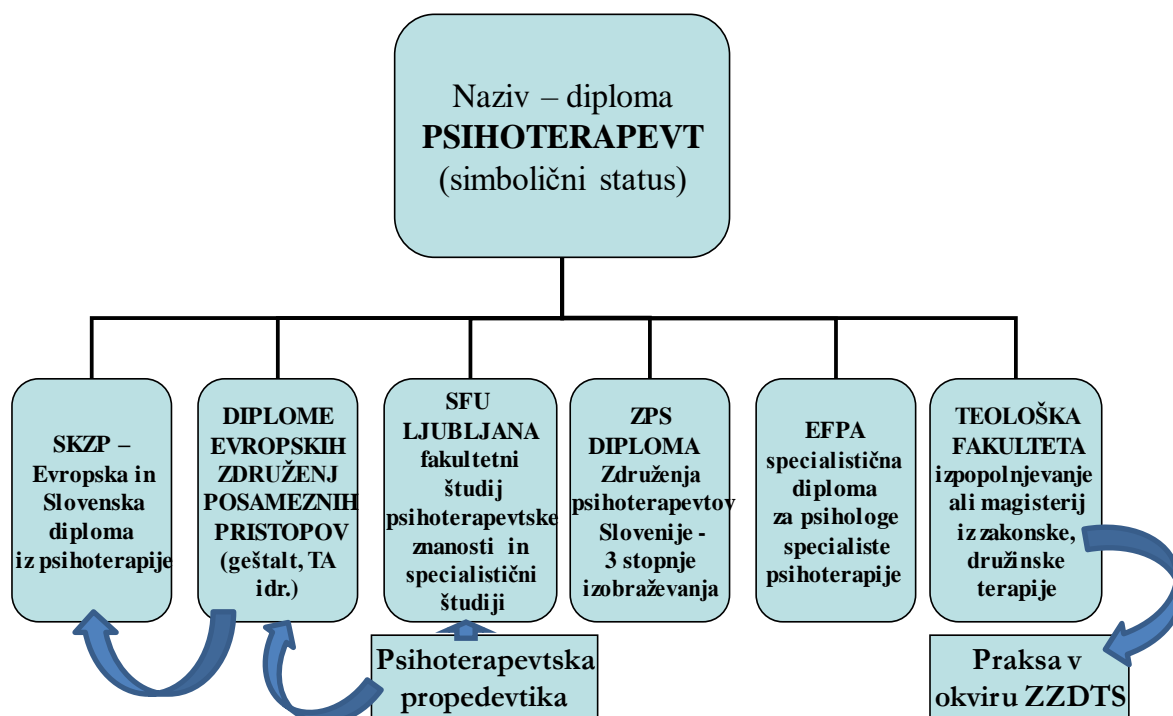
Poleg akademskih poti obstajajo tudi neakademske poti izobraževanja za poklicni profil psihoterapevt. Na sliki 1 so zajete tiste poti do naziva psihoterapevt, ki so v Sloveniji možne danes in ki zadoščajo evropskim standardom za samostojen poklic:

- SKZP kot s strani EAP pooblaščen nacionalna akreditirajoča organizacija podeljuje Evropsko in Slovensko diplomu iz psihoterapije (EDP in SDP). Po eni strani ju lahko dobijo staroste, to so psihoterapevti, ki so pridobili strokovno znanje s prakso ne pa nujno z izobraževanjem (angl. »grandparenting«) in so se uveljavili kot pionirji v razvoju psihoterapije na Slovenskem. Po drugi strani pa ju lahko dobijo tisti psihoterapevti, ki so zaključili izobraževanje v psihoterapevtskem pristopu, ki ima evropsko akreditirajočo organizacijo priznano s strani EAP (npr. Evropska konfederacija psihoanalitskih terapij ECPP, ki povezuje psihoanalitske terapevte; Evropsko združenje za družinsko terapijo EFTA, ki povezuje sistemske psihoterapevte itn.). EAP podeljuje tudi status inštituta za izobraževanje iz psihoterapije (angl. EAP training institute – EAPTI), ki sta ga v Sloveniji dobila Inštitut za geštalt terapijo GiTa in Inštitut za realitetno terapijo, katerih diplomanti imajo direktno pravico do Evropske diplome iz psihoterapije;
- diplome v Evropi priznanih psihoterapevtskih pristopov, ki imajo evropsko akreditirajočo organizacijo (npr. diploma iz TA, ki jo priznava EATA /Evropsko združenje za transakcijsko analizo/, diploma iz geštaltske terapije, ki jo priznava EAGT /Evropsko združenje za geštaltsko terapijo/ itn.);
- zaključen petletni študij psihoterapevtske znanosti, ki poteka na SFU Ljubljana - triletna prva in dvoletna druga stopnja po bolonjskem sistemu. SFU Ljubljana omogoča tudi enoletni študij psihoterapevtske propedeutike, ki je vsebinsko usklajen s prvim letnikom fakultetnega študija psihoterapevtske znanosti. Po zaključeni propedeutiki se lahko edukanti vključijo v specialistične študije psihoterapije, ki trajajo štiri leta. V okviru SFU Ljubljana se lahko vpišejo v študije psihoanalize, sistemske psihoterapije, geštalt terapije, kognitivno vedenjske terapije, jungovske psihoanalize, hipnopsihoterapije;

- diploma Združenja psihoterapevtov Slovenije (ZPS) po zaključeni tretji oziroma specialni stopnji izobraževanja za psihoterapevta;
- Evropsko združenje društev psihologov (EFPA) izdaja Specialistično diplomo za psihologe specialiste psihoterapije (glej http://www.klinicna-psihologija.si/klip_psihoterapija_kot_evropski_projekt_psihologov). V specializacijo lahko vstopijo kandidati z diplomom EFPE iz psihologije ali tisti, ki imajo enakovredno petletno univerzitetno usposabljanje in eno leto prakse s supervizijo. Nato se izobražujejo in usposabljaajo iz psihoterapije najmanj tri leta, če usposabljanje poteka s polnim delovnim časom, in seveda dlje, če študirajo ob delu, dokler ne izpolnijo zahtevanih minimalnih kvantitativnih kriterijev: 150 ur supervizije, 500 ur psihoterapevtske prakse pod supervizijo, 400 ur teorije, terapevtske metodologije in tehnike, 100 ur osebne izkušnje. Poleg tega ima EFPA tudi postopek za staroste;
- zaključen magistrski študij ali program izpopolnjevanja iz relacijske družinske terapije na Teološki fakulteti v Ljubljani in nato še najmanj tri leta psihoterapevtske prakse pod supervizijo, ki poteka pod okriljem Združenja zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije (ZZDTS) po raznih centrih, ki po Sloveniji izvajajo to vrsto terapije.

Slika 1 – Poti do naziva psihoterapevt v Sloveniji (stanje julija 2016)

Poti do naziva psihoterapevt v Sloveniji (stanje julija 2016)



V Sloveniji je trenutno okoli 300 psihoterapevtov, ki izpolnjujejo evropske kriterije (glede na kriterije Svetovne zdravstvene organizacije, ki zahtevajo enega psihoterapevta na 1000 prebivalcev, pa bi jih

potrebovali 2000). Večina psihoterapevtov je zaposlenih v svojem prvotnem poklicu, npr. kot (klinični) psihologi, psihiatri, socialni delavci, pedagogi in imajo zelo različne možnosti za psihoterapevtsko delo. Običajno posvečajo psihoterapiji samo manjši del svojega delovnega časa ali pa le del svojega prostega časa.

ZAPOSLOTVENE MOŽNOSTI ZA PSIHOTERAPEVTE IN PSIHOSOCIALNE SVETOVALCE

Zaključeno izobraževanje za poklicnega psihoterapevta ali psihosocialnega svetovalca po akademski ali neakademski poti skupaj s pripravništvom in državnim izpitom kot pogojem za pridobitev licence bi moralo v okviru normativne ureditve psihoterapije in psihosocialnega svetovanja nuditi široke zaposlitvene možnosti v drugod v Sloveniji in v tujini posebno zaradi kombinacije interdisciplinarnega profila, vrste uporabnih znanj in praktičnih veščin.

Kot smo že omenili zgoraj, potencialne zaposlitvene možnosti vidimo v socialnem in zdravstvenem varstvu, v šolstvu, pravosodju, zdravstvenem turizmu, gospodarstvu v zelo različnih programih psihosocialne pomoči od preventive preko kurative do rehabilitacije, paliativne oskrbe, psihosocialnega svetovanja, še posebno na področju hitro rastočih storitvenih dejavnosti, v javnih in zasebnih neprofitnih organizacijah, v mednarodnih ustanovah (npr. dobrodne in karitativne organizacije) itn.

Glede možnosti zaposlovanja želimo posebej izpostaviti naslednje:

- 1) Da morajo diplomanti podiplomskih programov in neakademskih izobraževanj za poklicnega psihoterapevta ali psihosocialnega svetovalca po kvantitativnih in kvalitativnih kriterijih zadoščati dogovorjenim evropskim standardom in normativom za samostojno opravljanje psihoterapevtske oziroma svetovalne dejavnosti. Združenje psihoterapevtov Slovenije in Slovenska krovna zveza za psihoterapijo imata javno objavljene registre psihoterapevtov, ki so poklicno usposobljeni za psihoterapijo.
- 2) V nekaterih razvitih evropskih deželah imajo reguliran poklic (npr. angl. counselor, nem. Berater). V Angliji so npr. psihoterapevtska izobraževanja v neakademskem svetu razdeljena na dva dela (približno na polovico), tako da po končanem prvem delu (to je po okoli dveh do treh letih) specialnega izobraževanja iz psihoterapevtskega pristopa, lahko kandidat izstopi z diplomom svetovalca (counselor). V Avstriji je z zakonom reguliran poklic Lebens- und Sozialberatung. Na Univerzi Sigmunda Freuda na Dunaju se študentje v tretjem letniku dodiplomskega študija psihoterapija odločijo med dvema študijskima smerema: svetovanjem in psihoterapijo. Če se odločijo za svetovanje, lahko končajo študij po treh letih oz. z diplomom in nazivom Svetovalec na psihosocialnem področju. Tak diplomant lahko opravi še dodaten tečaj in krajši staž v ustanovah s programi psihosocialne pomoči in opravi državni strokovni izpit in pridobi licenco za opravljanje ti. življenjskega in socialnega svetovanja.
- 3) V zadnjih dvajsetih letih so se po Sloveniji razširile svetovalnice za partnerske težave in probleme družin, npr. relacijski partnerski in družinski terapevti so organizirani po več kot tridesetih svetovalnicah širom po Sloveniji. Prav tako nastajajo razni Centri za psihoterapijo in svetovanje in psihoterapevtske ambulante, v katerih dela po več psihoterapevtov in svetovalcev skupaj.
- 4) Stanje v slovenski psihiatriji v ambulantah splošne medicine kaže, da se večja število ljudi, ki iščejo pomoč zaradi raznih psihosomatskih težav, stresa in anksiozno depresivnih motenj in ki

bi rabili poleg medikamentozne terapije tudi psihoterapevtsko in svetovalno pomoč ali večkrat tudi bolj psihoterapijo kot zdravila. Psihoterapevtska in svetovalna pomoč lahko koristno dopolnjuje medicinsko- psihiatrično zdravljenje in obratno. Zaradi pomanjkanja kvalitetne psihoterapevtske pomoči se večajo čakalne dobe v psihiatričnih ambulantah. Za zaposlovanje psihoterapevtov in psihosocialnih svetovalcev so zato na tem področju velike možnosti.

- 5) V Sloveniji tudi primanjkujejo stacionarne oblike psihoterapevtske pomoči (psihoterapevtski oddelki), na kar spet kažejo dolge čakalne dobe za psihoterapevtsko obravnavo na takih oddelkih slovenskih psihiatričnih bolnic. Če pogledamo primer Nemčije so npr. postale v zadnjih tridesetih letih zelo popularne ti. psihosomatske klinike, ki so v glavnem privatne in kjer je največ zaposlenih psihoterapevtov. Podobno bi se lahko razvijali tudi psihoterapevtski oddelki in klinike pri nas.
- 6) Raziskave so potrdile pomen in mesto psihoterapije in psihosocialnega svetovanja v psihosocialni rehabilitaciji ljudi s hudimi in dolgotrajnimi duševnimi motnjami (npr. psihotične motnje), kjer lahko psihoterapevti in psihosocialni svetovalci učinkovito pomagajo bolnikom in njihovim svojcem tudi po zaključeni hospitalizaciji v okviru različnih nevladnih organizacij, klubov in društev.
- 7) Dokler psihoterapija in psihosocialno svetovanje nista zakonsko regulirana, bo večina psihoterapevtov in psihosocialnih svetovalcev lahko opravljala psihoterapijo oziroma svetovanje v privatnem sektorju. Čeprav v Sloveniji poklica psihoterapevta in psihosocialnega svetovalca nista registrirana, pa sta registrirana psihoterapija in svetovanje v Standardni klasifikaciji dejavnosti. Tako lahko vsak danes registrira s.p. ali d.o.o. z navedbo teh dejavnosti. To ima slabo stran, saj ni nobene kontrole nad tem, kdo se razglašuje za psihoterapevta ali svetovalca in je veliko prostora tudi za šarlatane. Take privatne oblike psihoterapevtske in svetovalne dejavnosti so danes samoplačniške in bodo še nekaj časa, saj izkušnje razvitih evropskih dežel kažejo, da je pot do koncesij za psihoterapevte in svetovalce relativno dolga (v Avstriji je npr. trajalo deset let po sprejetju zakona, da so zavarovalnice začele sklepati pogodbe z regionalnimi psihoterapevtskimi združenji). Zaenkrat je pri nas s strani zavarovalnice plačana (sicer slabo v primerjavi z drugimi psihiatričnimi in klinično psihološkimi storitvami) psihoterapija samo v zdravstvu, če jo opravljajo psihiatri ali klinični psihologi.
- 8) Situacija v razvitih evropskih deželah kaže, da se le 10% psihoterapije dogaja v okviru zdravstva, pretežni del pa na drugih področjih. Psihosocialno svetovanje večinoma ni vključeno v okvir zdravstva, vendar se npr. v Veliki Britaniji psihoterapevti in svetovalci vse bolj povezujejo v skupnih združenjih in v prizadevanjih za normativno ureditev.
- 9) Na centrih za socialno delo in v socialnem varstvu se je pokazalo, da se psihoterapevtska in svetovalna pomoč lahko dobro povezuje s socialnim delom. Tudi tu je možno področje zaposlovanja, ki bi ga morala normativna ureditev spodbuditi.
- 10) Na Svetovalnih centrih za otroke, mladostnike in starše, na Kriznih centrih za mlade, v stanovanjskih skupinah za mladostnike so prav tako zaželeni strokovnjaki s psihoterapevtskimi in svetovalnimi znanji in veščinami.
- 11) V mnogih evropskih državah se psihoterapevti in psihosocialni svetovalci zaposlujejo v neprofitnem sektorju. V Nemčiji je npr. izredno dobro razvita mreža psihoterapevtskih centrov in svetovalnic Karitasa za posameznike, skupine in družine.
- 12) Psihoterapevti in svetovalci so zelo uspešni tudi v preventivnih programih s sistemskim pristopom za preprečevanje nasilja na šolah.
- 13) Svetovalci in psihoterapevti se bodo lahko zaposlovali tudi v delovnih organizacijah, kjer gre za visoko stopnjo obremenjenosti in stresa in bi lahko nudili coaching, svetovalno in psihoterapevtsko pomoč še preden bi se razvila duševna ali psihosomatska motnja.

- 14) Področje, ki je zelo zanimivo za zaposlovanje psihosocialnih svetovalcev, so razne oblike psihosocialnega svetovanja po telefonu, npr. krizne linije za ljudi v duševnih stiskah, otroke, mladostnike, stare ljudi itn., ki so se v Sloveniji v zadnjih dvajsetih letih zelo razvile.
- 15) V Sloveniji ima psihoterapija že dolgo tradicijo (več kot trideset let) na področju zdravljenja alkoholizma, v zadnjih letih pa tudi na področju zdravljenja odvisnosti od drog. Psihoterapevti so nujni v stacionarnih in ambulantnih programih, saj lahko pomagajo individualno, skupinam in družinam.
- 16) Prav tako so se v Sloveniji mnogi svetovalci in psihoterapevti že zaposlili v programih za zdravljenje odvisnosti od drog. Razvijajo se tudi novi programi za vedenjske odvisnosti povezane s sodobno tehnologije (npr. odvisnost od računalniških iger).
- 17) V okviru gibanj za izboljšanje kvalitete življenja sta se psihoterapija in psihosocialno svetovanje uveljavila tudi kot sredstvo za spodbujanje osebne rasti ne le kot način zdravljenja. V razvitih deželah je veliko privatnih psihoterapevtov in svetovalcev, ki nudijo

razne oblike seminarjev za izboljšanje kvalitete življenja. Lahko pa se psihoterapevti in svetovalci zaposlujejo tudi v okviru zdravstvenega turizma (npr. v zdraviliščih).

- 18) Velike možnosti zaposlovanja so na področju svetovanja in psihoterapije parov, zakonskih konfliktov, mediacije, spolnih motenj in na področju družinske terapije.
- 19) V programih rehabilitacije kroničnih telesnih bolezni (npr. na centrih za pomoč sladkornim bolnikom, bolnikom z multiplo sklerozo, epilepsijo itn.) imajo psihoterapevti in svetovalci prav tako lahko pomembno vlogo in možnosti zaposlovanja.
- 20) Kot sodni ukrep je velikokrat izrečeno obvezna psihoterapevtska oziroma svetovalna obravnava, prav tako se psihoterapija in svetovanje kažeta zelo koristna v programih pomoči zapornikom.
- 21) Slovenija se bo v naslednjih letih soočila z dramatičnim povečanjem deleža starejšega prebivalstva. Psihoterapija in svetovanje sta koristna v programih psihosocialne pomoči starejšim v lokalnih skupnostih, na njihovih domovih in v raznih zavodih, domovih upokoencev itn.

So pa še druga področja, na katerih so psihoterapevti in svetovalci prav tako aktivni in se lahko zaposlujejo. V zadnjih dvajsetih letih je izredno v porastu potreba po superviziji za ljudi v pomagajočih poklicih in mnogi psihoterapevti in svetovalci so dejavni kot supervizorji. Drugi dajejo na voljo svoje znanje in spretnosti ljudem v svetovalnih situacijah najrazličnejših vrst (npr. svetovanje v menedžmentu, svetovanje po svetovnem spletu), vedno pogosteje pa tudi kličejo psihoterapevte in svetovalce, da pomagajo oskrbeti akutne travme ljudi, neposredno po katastrofah (npr. po letalskih nesrečah).

VIRI

- Aos, S., Phipps, P., Barnoski, R. in Lieb, R. (2001). The comparative costs and benefits of programs to reduce crime. Washington: Washington State Institute for Public Policy.
- Ashira, L., Lozowski, B., Powell, H., Sivillo, M. in Traeger, K. (2001). Issues in Maryland Sentencing - The Impact of Alternative Sanctions on Prison Populations. College Park, MD: Maryland State Commission on Criminal Sentencing Policy.
- Bendat, M. (2014). In Name Only? Mental Health Parity Or Illusory Reform. *Psychodynamic Psychiatry*, 42, 353-375.
- Berg, M. v. d., Smit, F., Vos, T. in Baal, P. H. M. v. (2011). Cost-Effectiveness of Opportunistic Screening and Minimal Contact Psychotherapy to Prevent Depression in Primary Care Patients. *PLoS ONE*, 6(8), 1-7.
- Bohak, J. (ur.) in Možina, M. (ur.) (2003). Kaj deluje v psihoterapiji : novejša raziskava njene uspešnosti : zbornik prispevkov. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.

Cellini, S. R. in Kee, J. E. (2010). Cost-effectiveness and cost-benefit analysis. V J. S. Wholey, H. P. Hatry in K. E. Newcomer (ur.), *Handbook of Practical Program Evaluation* (str. 493-530). San Francisco: John Wiley & Sons.

Chiles, J. A., Lambert, M. J. in Hatch, A. L. (1999). The Impact of Psychological Interventions on Medical Cost Offset: A Meta-analytic Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(2), 204-220.

Čampa, B., Metlikovič, P., Šumak, K., Koštomaj, N., Žnidar, S. (2014). Analiza stroškov in koristi na področju psihoterapije, zdravstvenega in socialnega varstva. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, letnik 8, št. 3-4.

Dezetter, A., Briffault, X., Lakhdar, C. B. in Kovess-Masfety, V. (2013). Costs and Benefits of Improving Access to Psychotherapies for Common Mental Disorders. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 16, 161-177.

Fava, G. in Sonino, N. (2000). Psychosomatic Medicine: Emerging Trends and Perspectives. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(4), 184-197.

Hunsley, J. (2003). Cost effectiveness and medical cost-offset considerations in psychological service provision. *Canadian Psychology*, 44(1), 61-73.

Istinič, M. F. (2002). Vloga programov terapevtskih skupnosti na socialno integracijo zasvojenih z drogami. V A. K. Blaznik (ur.), *V središču* (str. 25-26). Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve.

Kächele, H. in Pirmoradi, S. (2009). Psychotherapy in European public mental health services. *International Journal of Psychotherapy*, 13(1), 40-48.

Kee, J. E. (2004). Cost-Effectiveness and Cost-Benefit Analysis. V J. S. Wholey, H. P. Hatry in K. E. Newcomer (ur.), *Handbook of Practical Program Evaluation* (str. 506-541). San Francisco: John Wiley & Sons, Inc.

Kompan Erzar, K. in Erzar, T. (2016). Zaporniška skupina za zdravljenje krivi in spodbujanje odpuščanja. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos* letnik 10, številka 3-4: v tisku.

Lavrič, A. in Štirn, M. (2006). Psihosocialna pomoč pri nesrečah in drugih kriznih dogodkih. *Priročnik za vsakdanjo rabo*. Ljubljana: Uprava za zaščito in reševanje.

Layard, R., Clark, D., Knapp, M. in Mayraz, G. (2007). *Cost-Benefit Analysis of Psychological Therapy (CEP Discussion Papers)*. London: Centre for Economic Performance.

Lazar, S. G. (2010). *Psychotherapy is worth it: A comprehensive review of its cost effectiveness*. Arlington: American Psychiatric Publishing.

McDougall, C., Cohen, M. A., Swaray, R. in Perry, A. (2003). The Costs and Benefits of Sentencing: A Systematic Review. *Social Science, The Annals of The American Academy of Political and, Social Science*, 587, 160-177.

Možina, M. (2010a). Psihoterapija v Sloveniji danes in jutri. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, letnik 4, št. 1-2: 133-166.

Možina, M. (2010b). Za psihoterapijo kot samostojen poklic: Kaj se dogaja po Evropi?. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, letn. 4, št. 3-4: 63-104.

Možina, M. (2011). *Kratka zgodovina psihoterapije na Slovenskem*. V: Žvelc, M. (ur.), Možina, M. (ur.) in Bohak, J. (ur.). *Psihoterapija*. Ljubljana: IPSA: 11-55.

Možina, M. (2016). Tako mladi pa že psihoterapevti: Akademizacija psihoterapije v Sloveniji in neposredni študij psihoterapevtske znanosti na Fakulteti za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani. V Fiegl, J. Tako mlad pa že psihoterapevt: Empirična raziskava o neposrednem študiju psihoterapije. Ljubljana Vienna: Sigmund Freud University Press: 165-190.

Možina, M. in Bohak, J. (2008). Na poti k slovenskemu zakonu o psihoterapevtski dejavnosti. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, letnik 2, št. 3-4: 119-142.

Myhr, G. in KristaPayne. (2006). Cost-Effectiveness of Cognitive-Behavioural Therapy for Mental Disorders: Implications for Public Health Care Funding Policy in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(10), 662-670.

Patel, V. (2017). Talking sensibly about depression. *PLoS Med* 14(4): e1002257.

Patel, V., Chisholm, D., Parikh, R., Charlson, F. J., Degenhardt, L., Dua, T., Ferrari, A. J., Hyman, S., Laxminarayan, R., Levin, C., Lund, C., Medina Mora, M. E., Petersen, I., Scott, J., Shidhaye, R., Vijayakumar, L., Thornicroft, G. in Whiteford, H. (2016a). Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. *Lancet* 387: 1672-1685.

Patel, V., Xiao, S., Chen, H., Hanna, F., Jotheeswaran, A. T., Luo, D., Parikh, R., Sharma, E., Usmani, S., Yu, Y., Druss, B. G. in Saxena, S. (2016b). The magnitude of and health system responses to the mental health treatment gap in adults in India and China. *Lancet* 388: 3074- 3084.

- Patel, V., Weobong, B., Weiss, H. A., Anand, A., Bhat, B. et al. (2017). The Healthy Activity Program (HAP), a lay counsellor-delivered brief psychological treatment for severe depression, in primary care in India: a randomised controlled trial. *Lancet* 389: 176–185.
- Schulberg, H. C., Raue, P. J. in Rollman, B. L. (2002). The effectiveness of psychotherapy in treating depressive disorders in primary care practice: clinical and cost perspectives. *General hospital psychiatry*, 24(4), 203-212.
- Swisher, J., Scherer, J. in Yin, R. (2004). Cost-Benefit Estimates in Prevention Research. *Journal of Primary Prevention*, 25(2), 137-148.
- Šugman Bohinc, L. in Kobal, L. (2003). Prikaz evalvacijskih študij psihoterapije v Sloveniji. V: Bohak, J. (ur.) in Možina, M. (ur.). *Kaj deluje v psihoterapiji: novejša raziskava njene uspešnosti: zbornik prispevkov*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo: 18-24.
- Wampold, B. E. in Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*. New York in London: Routledge.
- Zarkin, G. A., Cowell, A. J., Hicks, K. A., Mills, M. J., Belenko, S., Dunlap, L. J. in dr. (2012). Benefits and costs of substance abuse treatment programs for state prison inmates: results from a lifetime simulation model. *Health Economics*, 21(6), 633-652.