



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Razširjen strokovni kolegij za psihiatrijo

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana
Chengdujska 45
pp 5211
1001 Ljubljana
Tel.: 01 587 21 00
Fax:015294111

Zadeva: 7. Korespondenčna seja RSK za psihiatrijo – dne 12.7.2023

Glasovali so: doc. dr. Jure Bon, dr. med., izr. prof. dr. Maja Rus Makovec, dr. med., prof. dr. Blanka Kores Plesničar, dr. med., as. dr. Karin Serbec, dr. med., as. dr. Andreja Čelofiga, dr. med., Jure Koprivšek, dr. med.

Dnevni red:

Ad 1. Ugotovitev sklepčnosti

Sklep:

Člani RSK ugotavljajo, da je kolegij sklepčen.

Ad 2/ odgovor na vprašanja Direktorata za zdravstveno varstvo z dne 28.6.2023 glede ključnih izhodišč za pripravo zakona, ki bo urejal področje psihoterapije, številka zadeve 024-28/2023/85

Spoštovani,

uvodoma bi želeli poudariti, da smo vsi deležniki iz zdravstva, vključeni v skupino za pripravo zakona o psihoterapiji, tako kot že prvič, pripravili tudi skupen odgovor na vaša vprašanja (vključno z dopolnjeno

tabelo o definicijah psihoterapije), ki vam ga bodo poslali preostali deležniki iz zdravstva in ga predstavniki RSK za psihiatrijo absolutno podpiramo.

Želeli pa bi še izpostaviti, da so termini sredi poletja in časov dopustov, torej odsotnosti vsaj polovice kolegov, zares nesprijemljivi, zato vas prosimo, da seje (preko zooma ali v živo) organizirate od septembra dalje.

Sklep: V nadaljevanju odgovor RSK za psihiatrijo:

Zadeva: odgovor na vprašanja Direktorata za zdravstveno varstvo z dne 28.6.2023 glede ključnih izhodišč za pripravo zakona, ki bo urejal področje psihoterapije, številka zadeve 024-28/2023/85

RSK za psihiatrijo glede na svojo vlogo izkazuje zanimanje glede ključnih izhodišč za pripravo zakona, ki bo urejal področje psihoterapije, v okviru stroke psihiatrije.

RSK za psihiatrijo se sicer v svojem izkazanem zanimanju glede ključnih izhodišč za pripravo zakona ni opredeljeval glede priznanih psihoterapevtskih šol, verjetno v dopisu drugega deležnika so bile kot take navedene psihoanalitična psihoterapija, kognitivno-vedenjska psihoterapija, sistemska psihoterapija, ki poznajo naslednje oblike modalitet: individualna, partnerska, družinska in skupinska modaliteta. Se pa RSK strinja, da gre pri naštetih psihoterapevtskih šolah za tiste osnovne šole in modalitete, ki so glede na dokaze učinkovite in primerne za psihiatrični kontekst. Obstajajo seveda mnoge na dokazih sloneče izpeljave teh osnovnih usmeritev psihoterapevtskih šol, kot na primer t.i. tretji val vedenjsko kognitivne terapije (npr. dialektična vedenjska terapija), psihodinamske (npr. mentalization based therapy) in številne oblike sistemskih psihoterapij, vendar gre v osnovi za omenjene šole in modalitete (npr. multisistemsko sistemsko psihoterapijo je razumeti kot skupinsko modaliteto).

Menimo, da omenjeno vprašanje, v kolikor bi se nanašalo na natančen pregled vseh pomembnih meta-študij, močno presega naravo ključnih strokovnih izhodišč za pripravo zakona. Gre za strokovne ugotovitve, dostopne v strokovno kvalitetnih smernicah in priporočilih glede rabe psihoterapije za posamezne duševne motnje, kot so npr. NICE smernice in smernice-priporočila znanih svetovnih oziroma evropskih psihiatričnih in psiholoških strokovnih združenj, prilagojene našemu okolju. Neodvisno od vprašanja informiramo, da je za psihiatrični kontekst zdravljenja na sploh pomembna tudi t.i. suportivna oblika psihoterapije, ki je najbolj razširjena oblika intervenc v psihiatriji. Tudi ta pristop k psihiatričnemu zdravljenju sloni na elementih prej omenjenih osnovnih usmeritev šol, pri določenih duševnih motnjah se povezuje tudi z elementi eksistencialno-humanističnih pristopov.

Bistveno za uporabo psihoterapije v psihiatričnem kontekstu ni le aplikacija, neke v uglednih strokovnih evaluacijah, ustrezno z dokazi podprte metode psihoterapije, ampak je sočasno potrebno strokovno znanje in klinična izkušnost, kako diferencirano uporabiti to psihoterapevtsko metodo in modaliteto. To sočasno znanje je v psihiatričnem kontekstu imanentno za rabo psihoterapije. - V psihiatričnem kontekstu je torej bistvena odgovornost rabe psihoterapije v prepoznavanju, kateri psihoterapevtski pristopi in modalitete so primerne oblike intervencij oz. zdravljenja za določene duševne motnje, za določene podskupine pacientov in za posameznega pacienta, upoštevajoč tudi pacientove preference, motivacijo in naravo terapevtskega odnosa v določenem kontekstu razpoložljivosti in urgentnosti. Psihoterapija je del procesov zdravljenja v psihiatriji, zato je potrebno v čim večji meri sloneti na evidence-based terapijah, hkrati pa je znano, da je imanentni del psihoterapije tudi kreativnost in personaliziranost. Ravno zaradi potrebe po personaliziranosti, še toliko bolj pri klinično pomembnih duševnih motnjah ali resnih duševnih oziroma osebnostnih psihopatologijah, je potrebno upoštevati potencialno neskladnost priznanega pristopa s pacientovimi potrebami in ga takoj prepoznati.

Glede opredelitve »prehajanja klientov znotraj zdravstvenega psihiatričnega sistema in morebitno smiselnost vzpostavljanje smernic za vključitev klientov v zdravstvenem sistemu« poudarjamo, da uporabniki zdravstvenega sistema niso klienti, ampak pacienti. Poimenovanje uporabnikov s pacienti implicira, da ima uporabnik zdravstvenega sistema neko klinično pomembno motnjo – diagnozo, v psihiatričnem kontekstu ima diagnozo duševne oz. vedenjske motnje. Brez ustrezne diagnoze uporabnik po našem mnenju ne more biti obravnavan v okviru zdravstvenega sistema. V kolikor ne bi šlo le za lapsus zamenjave izraza klient namesto pacient, bi to vzbujalo veliko zaskrbljenost. Glede na to, da ima javnozdravstveni sistem tako resne finančne in kadrovske težave pri izpeljavi svojega poslanstva, bi bilo vključevanje uporabnikov brez ustrezne diagnoze v breme zdravstvenega varstva etično sporno.

Smernice za vključevanje pacientov z duševnimi motnjami znotraj zdravstvenega sistema naj se ne bi zamenjavale z indikacijami. Indikacije za ravni in načine zdravljenja so namreč del stroke psihiatrije same. Modalitete in vrste psihoterapije za paciente z duševnimi motnjami naj ne bi bile vezane na ravni zdravstvenega varstva, saj niso ti koncepti tisti, ki določajo raven obravnave, ampak po razumevanju RSK določa raven obravnave teža neke motnje, komorbidnost oziroma teža potrebe po kompleksnem kliničnem znanju, prav tako pacientova pripravljenost za sodelovanje ali sprejemanje pomoči. Prehajanje pacientov med ravnmi zdravstvenega varstva je vezano na napotitvene poti glede na omenjene potrebe pacienta in njegove bolezni in ni vezano na psihoterapijo kot tako. Seveda si zagotovo vsi želimo čim bolj smiselnih in lahko prehodnih poti za paciente. V psihiatrični stroki je zato

primarno za izpopolniti čim lažjo prehodnost pacientov na sploh, raba psihoterapije pa je sekundarna tej potrebi oziroma jo je razumeti kot del razpona zdravljenja.

Smernice v obliki manualizacije so lahko zelo primerne oblike za manj izkušene terapevte ali so koristni v smislu raziskovanja. V rabi psihoterapije je namreč vedno pomemben tudi element kreativnosti, ki ni del manualizacije, prav zato so potrebni resni strokovni okvirji, ki kreativnost spodbujajo, da se lahko izvede čim bolj personalizirana oblika zdravljenja s psihoterapijo v psihiatriji, prav zato pa so toliko pomembnejše meje in etične norme. Manualizacija psihoterapije ni empirično uniformno dokazana kot bolj učinkovita oblika psihoterapije, je pa lahko koristna zaradi lažjega plačila storitev s strani zavarovalnice posebej v manj kompleksnih kliničnih situacijah.

Opozoriti pa je potrebno tudi, da je sodelovalnost pacientov z duševno motnjo v nekaterih elementih lahko zelo drugačna, kot v somatskih vejah medicine. Pacienti so lahko npr. navezani na terapevta, ki ni dovolj strokoven in nevtralen, ali so posebej odklonilni do psihoterapevtskega zdravljenja ali intervenc zaradi narave svoje duševne motnje, svojih osebnostnih značilnosti in drugih prepričanj ter življenjskih situacij. Pacienti z manj izraženo duševno motnjo ali pacienti z več motiviranosti za psihoterapevtsko obravnavo lahko na prvi pogled laiku ali manj strokovno izobraženemu in manj klinično izkušenemu terapevtu na področju duševnih motnje dajejo vtis, da so ti terapevti strokovno učinkovitejši. Pričakovati je, da se na sekundarni in terciarni ravni zdravi več pacientov z duševnimi motnjami, ki so klinično močno izražene, s komorbidnostjo in z večjo verjetnostjo osebnostne in socialne kompleksnosti. Zato je potrebno na sekundarni in posebej na terciarni ravni predvidevati multidisciplinarno in timsko razumevanje in obravnavo pacientov, ki ustrezno diferencira indikacije in domete psihoterapije. Ob tem ta tip strokovnjakov lahko usmerja in prepozna ustrezne relativne spremembe v funkcionalnosti, vedenju, zmanjšanju intenzitete motnje, drugačni subjektivni percepciji pacienta, drugačnemu odnosu pri svojcih ipd. Sekundarni in terciarni nivo v psihiatriji torej nudi diferencirane psihoterapevtske intervence pri kompleksnejših kliničnih slikah in posebej za paciente, ki potrebujejo intenzivno in dovolj dolgo obogateno terapevtsko okolje za doseganje za pacienta in/ali njegove svojce pomembnih, a neredko za laika in manj klinično izkušenega strokovnjaka manj razvidne spremembe. Tim v sekundarni in posebej terciarni ravni potrebuje razumevanje psihoterapije v življenjih pacientov z duševno motnjo na način visoke stopnje toleriranja dvoumnosti in negotovosti, po potrebi se psihoterapevtske metode uporabijo tudi v paliativni paradigmi (paliativa kot vzdrževanje zdravstvenega stanja, kjer ni pričakovati pomembnega izboljšanja).

Ravno zaradi zavedanja omenjene kompleksnosti (na primer da določen pacient doživi poslabšanje stanja ob sicer indicirani obliki psihoterapije zaradi osebnostnih, odnosnih in situacijskih dejavnikov) se je RSK za psihiatrijo odločil za priporočila in ne smernice glede rabe psihoterapije v psihiatriji.

Glede šifranta je najbolj opazna problematika neskladnost med storitvijo in časom, ki je na razpolago. Združenje psihiatrov je že pred časom skrbno pripravilo predlog novih normativov o časovno ovrednotenju storitev, posebej tiste, ki bi veljale za zdravljenje v psihiatriji, posebej ambulantnem zdravljenju, pa žal to ni bilo sprejeto s strani zavarovalnice. Upamo, da je aktualno dogajanje tudi spodbuda za časovno prevrednotenje posebej ambulatnih storitev, da bi lahko pacienti v večji meri dobivali celostno ambulanto intervenco. Za celostno, tudi psihoterapevtsko obravnavo ali pristop k pacientom, bi bile v psihiatričnem zdravljenju potrebne storitve supervizije, timskega posvetovanja ali posvetovanja med specialisti, saj posebej v sekundarni in terciarni ravni tudi tak tip dela določa najustreznejše načrtovanje PT obravnave.

Nadzor kvalitete rabe psihoterapije v psihiatriji sloni na sami naravi stroke v smislu rednega izobraževanja, kliničnih oz. peer supervizij, strokovnimi nadzori in drugimi načini (samo)refleksije o delu. Ustrezni normativi dela v smislu novih omenjenih storitev bi pomembno povečali sistematično redno aplikacijo omenjenega nadzora nad psihoterapijo v psihiatriji na vseh ravneh sistema. Posebej poudarjamo potrebo po nadzoru profesionalizma z etiko na tem področju.

Razširjeni strokovni kolegij za psihiatrijo

predsednica:

prof. dr. Blanka Kores Plesničar, dr.med., spec.psih., višja svetnica

Pripravili predstavniki RSK za psihiatrijo, ki so vključeni v Delovno skupino za pripravo zakona o psihoterapiji:

prof. dr. Maja Rus Makovec, dr.med., spec.psih., psihoterapevka

prof. dr. Borut Škodlar, dr.med., spec.psih., psihoterapevt

prim. asist. dr. Karin Sernec, dr.med., spec.psih., psihoterapevt

