

Novinarska konferenca, 6. november 2024, Ljubljana

## Pojasnjevalno gradivo

### Sistematično uničevanje strokovne obravnave pacientov na področju duševnega zdravja

Strokovnjaki s področja klinične psihologije, otroške in mladostniške psihiatrije in psihiatrije opozarjamo na **nevarno zakulisno dogajanje na področju zdravljenja duševnih motenj in stisk, ki nas lahko pripelje v tvegano situacijo, ko bo duševno zdravje prebivalstva v rokah posameznikov brez ustrezne izobrazbe za varno in kakovostno obravnavo pacientov z duševnimi boleznimi.**

Menimo, da si **zdravljenje duševnih motenj zasluži enako resno obravnavo kot zdravljenje telesnih bolezni**, saj lahko neustrezna in/ali nestrokovna obravnava resno poslabša zdravstveno stanje in dolgoročno kakovost življenja posameznika ali celo ogrozi njegovo življenje.

Pri pripravi predloga zakona o psihoterapiji, ki do zdaj še ni bil poslan v parlament v prvo branje, je MZ zdravstveno stroko **popolnoma ignoriralo**, kar je še posebej problematično glede na to, da bi zakon močno vplival na področje, kjer že dolga leta delujejo strokovnjaki iz zdravstva.

**PSIHOTERAPIJA:** Gre za **metodo zdravljenja pacientov z resnimi zdravstvenimi stanji**, ki se jo uporabi le, če zanjo obstaja indikacija. Nikakor **ni primerna za vse situacije ali vsakogar**.

Za posamezne duševne motnje, kot je na primer **anksioznost, depresivnost, obsesivno kompulzivna motnja, motnje hranjenja** in druge, so **dokazano učinkovite in ustrezne določene oblike psihoterapije**, ki jih mora klinik izbrati, se dogovoriti z pacientom in tudi izvajati. Tako je pomembno, katere vrste psihoterapija je izbrana, za katero duševno motnjo ter predvsem za kakšnega pacienta in tudi, v kakšnih okoliščinah je sam pacient.

**PSIHOTERAPEVT:** Predlog zakona o psihoterapevtski dejavnosti, kot ga vidi MZ, želi tudi uvesti **nov poklic psihoterapevta** in s tem povsem neustrezno **ločiti eno od oblik zdravljenja od celostne obravnave**, ki sedaj najbolj ustrezno poteka pri enem od kliničnih strokovnjakov.

**Celostna obravnava** zajema **prepoznavanje motnje** (diagnostika), **prepoznavanje morebitnih povezanih motenj ali težav** (povezane telesne bolezni), **celostne situacije človeka** (razvoj, socialni položaj, odnosi..) ter **najustreznejše oblike zdravljenja** (ali tudi psihoterapije in katere vrste). Kadar je to potrebno, pa tudi **napotitev ali povezovanje z drugimi službami** za razreševanje povezanih situacij (socialna služba, šola...).

Nagovarjamo nekaj ključnih dogajanj, za katere menimo, da kažejo na sistematično ogrožanje duševnega zdravja prebivalcev Slovenije.

#### 1. Čakalne vrste

**Povzetek:** Novi zakon predlaga rešitev za skrajšanje čakalnih dob z vključevanjem nekliničnih izvajalcev v zdravstvo, kar zmanjšuje strokovnost obravnave. V zdravstvu je ključno, da obravnavo duševnih motenj vodijo strokovnjaki z ustrežno klinično usposobljenostjo, saj le ti zagotavljajo celostno diagnostiko in zdravljenje ter varnost in kakovost oskrbe. Reševanje čakalnih dob brez zadostnih virov in ustreznega kadra

ogroža paciente, zlasti tiste s kompleksnimi in kroničnimi težavami, ki potrebujejo dolgotrajno in kontinuirano obravnavo.

#### **KAJ SE DOGAJA:**

**Pod krinko skrajševanja čakalnih vrst in zagotavljanja dobrobiti** za slovensko prebivalstvo na področju duševnega zdravja **se zaradi političnih in finančnih interesov** izvaja **sistematična razgradnja javnega zdravstva na področju duševnega zdravja** s strani **izvajalcev storitev svetovanja**, ki komercialno delujejo izven zdravstva, a si želijo **odpreti vrata v zdravstvo** in s tem tudi dostop do zdravstvene blagajne.

Ljudje, ki so v čakalni vrsti – te so za prvi pregled pri zdravniku specialistu ali kliničnemu psihologu, ne pa tudi za obravnavo s psihoterapijo – potrebujejo **pregled psihiatra ali kliničnega psihologa zaradi izrazitejših duševnih težav** (anksioznost, motnje razpoloženja, samopoškodovno vedenje, odvisnost ali drugo), ki pomembno vplivajo in jih omejujejo v vsakdanjem življenju.

To lahko nudijo le **klinični strokovnjaki z ustreznim znanjem in kompetencami**, ki so jih pridobili tekom študija, **specializacije ter z dodatnimi kliničnimi izobraževanji**.

**Nikjer drugje v zdravstvu čakalnih dob ne krajšamo z vpeljevanjem manj oziroma neustrezno izobraženega kadra.**

*Pojasnilo: Klinični psihologi in psihiatri so sicer zasebniki (brez koncesije) v izredno majhnem odstotku.*

#### **ZAKAJ JE TO SPORNO?**

Predlog zakona **psihoterapevte** vzpostavlja **kot nov poklic v zdravstvu**, ki pa ga **ne bo zavezal osnovnim postopkom izobraževanja** (ki temelji v vseh strokah po pridobljeni osnovni izobrazbi na nadaljnjem večletnem teoretičnem in praktičnem usposabljanju v zdravstvu) **in zdravljenja v zdravstvu** (diagnostiki, pojasnilni dolžnosti in iz obeh izhajajoči medicinski odgovornosti), saj **brez klinične izobrazbe niso usposobljeni za postavljanje diagnoz** in je s tem povezano tudi **nadaljnje izvajanje in spremljanje zdravljenja ali poslabšanja oziroma celo razvoja nove duševne motnje**.

**To pomeni ukinitve zavezujoče postavitve diagnoze in glede na to tudi ustrezne oblike zdravljenja ter posledično odgovornosti kot integralnega dela stroke, kar je izjemno sporno in na dolgi rok nevarno!**

## **2. Akademizacija**

**Povzetek:** Akademsko izobraževanje brez klinične usposobljenosti pri psihoterapiji prinaša tveganje za paciente, saj zgolj teoretično znanje ne zadošča za zdravljenje duševnih motenj. Psihoterapija v zdravstvu zahteva poglobljeno klinično prakso in usposobljenost, pridobljeno v nadzorovanih okoljih, kar zagotavlja varnost in učinkovitost terapije.

#### **KAJ SE DOGAJA:**

**Psihoterapija je postala tržno blago v dveh oblikah** – kot **izobraževanje za psihoterapevte** in kot **storitev za kliente**. **Ustanovitelji izobraževalnih programov morajo povečati vpis, če želijo preživeti**.

Gre za zasebne univerze, Novo Univerzo, Alma Mater Europaea, Univerzo Sigmunda Freuda, ter tudi Teološko fakulteto (zakonski in družinski terapevti), sicer del Univerze v Ljubljani.

Številni študenti programov na zasebnih univerzah **veliko plačujejo za študij, zato morajo biti vzpostavljene možnosti zaposlovanja**. Ker so te zdaj v resnici omejene (s.p. ali podobno), je nastal predlog zakona, ki bi to »rešil«, česar snovalci ne zanikajo.

Uvajanje novega poklica – psihoterapevta – bi tako **»omogočilo« vstop na področje obravnave duševnih motenj številnim »študentom« novodobnih univerz**, med katerimi **večina niti nima akreditiranih študijskih programov s področja duševnega zdravja** v Sloveniji, denimo SFU Ljubljana.

Zbornica kliničnih psihologov Slovenije je maja 2024 podala tudi negativno mnenje za študij »Uporabne psihoterapevtske študije« na Novi Univerzi, z argumentacijo, da program **ne ustreza zahtevam za regulirane poklice na področju zdravstva in vključuje vsebine brez znanstvene podlage in strokovne usklajenosti**.

### **ZAKAJ JE TO SPORNO?**

**Akademizacija** pomeni sistematično preusmeritev področja duševnega zdravja v **povsem akademski okvir**, stran od **specializacije**, ki omogoča **pridobivanje praktično kliničnih znanj in izkušenj** ter je v Sloveniji, tako kot drugje po svetu, že desetletja dokazano nujen del strokovnega izobraževalnega procesa kliničnih strokovnjakov.

Vse prej omenjene fakultete ponujajo študij različnih smeri s področja duševnega zdravja, pri čemer lahko naziv prejmejo **z minimalno dejanskega praktičnega spoznavanja in pridobivanja izkušenj** tega področja v času študija.

Težnja omenjenih fakultet je, da bi lahko njihovi študenti obravnave duševnih motenj (s podporo zakona, kjer je predvideno manj kot 200 ur /5 tednov/ pridobivanja praktičnega znanja) izvajali **brez nekajletnega programa specializacije**, kot je to sicer običajno za **VSE klinične strokovnjake**.

To pomeni **brez ustreznega kliničnega znanja in kompetenc**. Znanje, ki ga pridobimo samo iz knjig, se nikakor ne more primerjati z znanjem, ki je poglobljeno še z znanjem in izkušnjami, ki jih pridobimo ob delu v bolnišnicah ter ambulantah.

**Zdravstvenega poklica se ne moreš učiti zgolj preko akademskega procesa**. Šele specializacija te opremi z znanjem za **samostojno klinično delo v zdravstvenem sistemu** ter s **pacienti, ki imajo resne zdravstvene (duševne) težave**.

V nobeni drugi veji medicine ne bi zaupali izvajanja zdravljenja **zdravniku brez opravljene specializacije**, kaj šele nekemu **s končano drugo fakulteto**.

### **3. Nov šifrant storitev ZZZS za 2025 že uvaja nezdravstvene profile v obravnavo duševnih motenj**

**Povzetek:** Nov šifrant storitev ZZZS vzpostavlja v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog od 2025 možnost izvajanja psihoterapije s strani nezdravstvenih poklicev, kot so teologi in pedagogi, kar krši obstoječe zdravstvene standarde in veljavne zakone. Odvisnost je uradno priznana kot bolezen, ki zahteva strokovno obravnavo.

#### **KAJ SE DOGAJA:**

Nedavni **sklep Upravnega odbora ZZZS mimo veljavnih zakonskih predpisov** in veljavne *Uredbe o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za izvajanje, in obsegu sredstev* vzpostavlja v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, ki delujejo v ZD, **možnost vpeljave kadrov, ki bodo lahko brez ustrezne zdravstvene izobrazbe obravnavali paciente z odvisnostmi**.

Uredba določa, da mora biti vsak tim **sestavljen iz določenih kvalificiranih zdravstvenih profilov**, skladno z **veljavnim seznamom zdravstvenih poklicev**.

Kot je videti v že objavljenem šifrantu storitev ZZZS za leto 2025 (glej spodaj) **bodo lahko z naslednjim letom storitev psihoterapevtske obravnave** v omenjenih centrih **izvajali tudi pedagogi, teologi in psihoterapevti** – pri čemer ti niso opredeljeni kot zdravstveni poklic, slednji pa v Sloveniji **kot poklic sploh niso uradno priznani**.

Po drugi strani pa **za klinične psihologe**, ki imajo tekom specializacije **pridobljena vsa potrebna znanja**, dodaja **nejasno in novo določilo »z dodatnimi znanji«**. Psihatri, ki **že sedaj opravljajo zdravljenje s pomočjo psihoterapije**, pa med možne izvajalce sploh **niso vključeni**.

## ZAKAJ JE TO SPORNO?

Uradna klasifikacija bolezni opredeljuje **odvisnost kot bolezen**, ki zahteva strokovno zdravstveno obravnavo.

Širitev pooblastil s sklepom UO ZZS z letom 2025 pa **BREZ PRAVNE PODLAGE** za izvajanje obravnave **že vključuje poklicne profile, ki v zdravstvenem okviru nimajo predpisanih kompetenc za obravnavo duševnih motenj**.

Sporno je, da se že dogajajo spremembe in določila, ki **delujejo v smeri predloga zakona**, ki sploh **še ni bil sprejet** in so spremembe sprejete tako ne le **brez ustrezne strokovne**, temveč tudi **brez zakonske podlage**.

## Pomeni to torej, da je zakon že sprejet in je procedura v parlamentu zgolj še formalnost?

		Pogovor s svojem ali informatorjem se obračuna kot samostojna storitev, če pridejo svojci na pogovor sami brez bolnika. Storitev se evidentira na bolnika (če je prisoten), sicer na svojca ali informatorja.			psiholog
C0078	Kratka timska obravnava - terapevt	Kratka timska obravnava - terapevt. Vključuje sodelovanje različnih strokovnjakov, ki pregledajo dosežani razvoj odvisnosti, trenutno stanje in oblikujejo kompleksen pristop k odločitvi in reševanju dejanskega stanja odvisnika. Storitve se obračuna, kadar timsko obravnavo skliče terapevt. Storitve obračuna samo terapevt.	Točka	2,25	terapevt = psiholog / socialni delavec / pedagog / teolog / psihoterapevt ali klinični psiholog
C0079	Obsežna timska obravnava - terapevt	Obsežna timska obravnava - terapevt. Vključuje sodelovanje različnih strokovnjakov, ki pregledajo dosežani razvoj odvisnosti, trenutno stanje in oblikujejo kompleksen pristop k odločitvi in reševanju dejanskega stanja odvisnika. Storitve se obračuna, kadar timsko obravnavo skliče terapevt. Storitve obračuna samo terapevt.	Točka	9	terapevt = psiholog / socialni delavec / pedagog / teolog / psihoterapevt ali klinični psiholog
C0080	Timski posvet z zun. izvajalci-terapevt	Timski posvet z zunanjimi izvajalci - terapevt. Vključuje dolg posvet z enim ali več strokovnjaki iz različnih ustanov. Storitve se obračuna, kadar timski posvet skliče terapevt. Storitve obračuna terapevt.	Točka	12	terapevt = psiholog / socialni delavec / pedagog / teolog / psihoterapevt ali klinični psiholog
C0081	Deeskalacijski ukrep - terapevt	Deeskalacijski ukrep terapevta, ki ima ustrezno obrazloženo indikacijo.	Točka	4,5	terapevt = psiholog / socialni delavec / pedagog / teolog / psihoterapevt ali klinični psiholog

## VI. Storitve psihoterapije, ki jih lahko izvajajo strokovnjaki z ustreznimi dodatnimi znanji - Priloga 2.8., 2.10., 3.1., 3.4., 3.13., 5.6., 5.8. in 5.9.

Izvajalec storitve psihoterapevskega pristopa mora imeti ustrezna dodatna znanja za izvajanje psihoterapije, kar pomeni ali zaključeno dodatno izobraževanje s področja psihoterapije in potrdilo ali pa biti vključen v edukacijo z dokazilom o vključenosti v dodatno usposabljanje.

Ministrstvo za zdravje je predlagalo, da se pri vseh psihoterapevtskih storitvah zahteva o dodatnih znanjih ustrezno umesti v opise storitev, s čimer bo omogočen tudi boljši nadzor nad izvajanjem psihoterapije v okviru javne zdravstvene mreže.

Glede na enakovrstne Priloge dosedanjega sklepa se zato v naslednjih prilogah pri vseh storitvah psihoterapije, kjer to še ni zapisano, v opis storitve in/ali v kadrovskega normativ zapiše, da mora imeti izvajalec storitve psihoterapije ustrezna dodatna znanja za izvajanje teh storitev:

- Priloga 2.8. Seznam evidenčnih storitev v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog,
- Priloga 2.10. Seznam storitev razvojnih ambulant s centrom za zgodnjo obravnavo otrok,
- Priloga 3.1. Seznam storitev specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti,
- Priloga 3.4. Seznam ambulantnih specialističnih storitev pedopsihiatrije,
- Priloga 3.13. Seznam dodatnih ambulantnih specialističnih storitev okulistike – CRSS,
- Priloga 5.6. Seznam storitev klinične psihologije,
- Priloga 5.8. Seznam storitev v centrih za duševno zdravje otrok in mladostnikov,
- Priloga 5.9. Seznam storitev v centrih za duševno zdravje odraslih (ambulantna in skupnostna psihiatrična obravnavo).

Spremembe se na predlog ZZS začnejo uporabljati 1. 1. 2025.

## 4. Vzpon psevdoznanosti

**Povzetek:** Predlog zakona temelji na smernicah EAP, ki priznava pristope brez znanstvene podlage. To pomeni, da bodo v zdravstvu lahko delovali izvajalci, katerih metode niso preverjene, kar ogroža varnost pacientov. Duševno zdravje mora temeljiti na znanstveno potrjenih terapijah, ki jih izvajajo klinično usposobljeni strokovnjaki, kot so psihiatri in klinični psihologi.

### KAJ SE DOGAJA:

**Klinični strokovnjaki s področja duševnega zdravja si želimo krepiti javni zdravstveni sistem**, kjer se bo pri obravnavi duševnih motenj uporabljalo samo z znanstvenimi dokazi podprte pristope. V Sloveniji (tudi s strani zavarovalnice) in tudi v večini evropskih držav so priznani **štirje**.

Na drugi strani pa European Association of Psychotherapy (EAP), ki jo predlog zakona navaja kot izhodišče za pripravo predloga, priznava **20 terapevtskih pristopov**, od katerih jih kar **17 nima ustrezne znanstvene podlage**. EAP je strokovno izredno sporna, proti njej sta že leta 2010 ostro nastopili tako EFPA (European Federation of Psychologists Associations) in Sekcija psihiatrov pri UEMS (European Union of Medical Specialists).

Glede na besedilo predloga zakona lahko pričakujemo, da bo **novoustanovljeni nosilec javnih pooblastil državne licence izdajal v skladu s priporočili EAP**, kar pomeni, da bodo v Sloveniji **vpis v državni register in državno licenco prejeli tudi izvajalci znanstveno nepotrjenih psihoterapevtskih pristopov**.

### ZAKAJ JE TO SPORNO?

**Psihoterapijo v okviru zdravstva izvajajo klinični psihologi, psihiatri in pedopsihiatri**, tako da bomo z uresničitvijo ciljev zgoraj zapisanih interesnih združb prišli do v svetovnem merilu unikatne situacije – da bodo torej **psihoterapevti, ki nimajo izobrazbe v zdravstvu, regulirali omenjene zdravstvene poklice oziroma jih, kot je videti iz točke 3, celo izločili iz zdravljenja (!) duševnih motenj**.

## 5. Vključitev »psihoterapevtov« v Centre za duševno zdravje odraslih (CDZO)

**Povzetek:** Projekt Ministrstva za zdravje predvideva vključitev "psihoterapevtov" brez klinične izobrazbe v Centre za duševno zdravje odraslih, kar predstavlja resno tveganje za kakovost obravnave.

### KAJ SE DOGAJA:

**Ministrstvo za zdravje** je predstavnikom CDZO napovedalo projekt, ki v centre predvideva vključitev "psihoterapevtov" – **posameznikov z nazivom klinični psihoterapevt**, kot ga opredeljuje še ne sprejet zakon o psihoterapevtski dejavnosti. Poleg tega naj bi v centrih zaposlovali tudi "**laične terapevte**" oziroma **osebe z lastno izkušnjo duševne motnje**.

Številčnost timov v centrih, ki delujejo pod okriljem **Nacionalnega inštituta za javno zdravje**, sicer določa **Ministrstvo za zdravje**.

Ker v skladu z **Nacionalnim programom duševnega zdravja 2018-2028** pričakujemo znatno **povečanje števila specialistov klinične psihologije ter specialistov otroške in mladostniške psihiatrije**, se strokovna združenja zavzemajo za povečanje zdravstvenih timov v centrih. Združenje za otroško in mladostniško psihiatrijo, denimo, je predlagalo povečanje števila pedopsihiatrov v Centrih za duševno zdravje otrok in mladostnikov z enega na dva, ker se je iz dosedanjih izkušenj pokazalo, da je to potrebno za ustrezno obravnavo.

Predlogi strokovnih združenj so bili **zavrjeni**. ZZSZ je podalo mnenje, da je **najprej potrebna analiza dostopnosti storitev, preden se načrtujejo nove zaposlitve**, MZ pa na pobudo sploh ni podalo odgovora.



Za zgoraj omenjeni projekt to očitno ni potrebno.

#### ZAKAJ JE TO SPORNO:

Omenjen projekt prinaša **resna tveganja za kakovostno in varno oskrbo**, saj naj bi posamezniki brez ustrezne zdravstvene izobrazbe – le z nekaj urami dodatnega izobraževanja in opazovanja (!) – pridobili dovoljenje za obravnavo pacientov.

**Gre za premalo usposobljene osebe za tako odgovorno delo, ki vključuje zdravljenje kompleksnih duševnih motenj.**

Hkrati pa se s tovrstno politiko zanemarja **izobražene mlade strokovnjake**, za katere ni nikakršnih zagotovil (in to kljub daljšim čakalnim dobam), **da bodo dobili zaposlitev v javnem zdravstvenem sistemu**, obenem pa dnevno dobivajo vabila za delo v zahodnoevropskih državah.

**Takšen pristop znižuje standarde oskrbe, kar lahko privede do napačnih diagnoz in neustreznih obravnav, s čemer se ogroža zdravje, dobrobit, pa tudi življenje pacientov.**

## 6. Vsako leto skoraj 300 prvih pregledov več za psihiatre

**Povzetek:** Novi predpisi določajo obvezen minimum prvih pregledov na leto za psihiatre, kar zmanjšuje čas za redno spremljanje pacientov s kroničnimi težavami. Psihiatrična oskrba zahteva dolgotrajno sodelovanje med pacientom in psihiatrom. Povečanje števila prvih pregledov zmanjšuje kakovost oskrbe, povečuje tveganje za poslabšanja in finančno obremenjuje zdravstveni sistem zaradi pogostejših urgentnih posegov.

#### KAJ SE DOGAJA:

**Uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za izvajanje, in obsegu sredstev za 2024 določa obvezen minimum 296 prvih pregledov na tim na leto za psihiatrične ambulante. Cilj naj bi bil skrajšati čakalne vrste in povečati dostopnost obravnav. Vendar je takšna ureditev neprimerna za delo v psihiatričnih ambulantah, saj to temelji na dolgotrajni in redni obravnavi pacientov s kroničnimi duševnimi motnjami.**

Obravnave teh pacientov običajno **zahtevajo pogoste kontrolne preglede**, prilagojene posameznikovemu zdravstvenemu stanju, ki se lahko hitro spremeni in zahteva strokovno odzivnost.

Psihiatrične bolnike v naših ambulantah obravnavamo **s kombinacijo medikamentoznega zdravljenja, psihoterapevtskih ukrepov in psihosocialnih intervencij**. Načrt in ukrepe zdravljenja prilagajamo sproti glede na **bolnikove spreminjajoče se potrebe, simptomatiko, njegove življenjske okoliščine ter odzive na zdravljenje**.

Motnje, ki jih obravnavamo v psihiatričnih ambulantah, so v veliki meri **kronične, ponavljajoče, z nihajočim potekom in pogostimi poslabšanji**. Stanja, kot so depresija, anksiozne motnje, bipolarna motnja in shizofrenija praviloma zahtevajo **dolgotrajno, marsikdaj vseživljenjsko zdravljenje**, samo **enkratni pregled marsikdaj ne zadošča niti za postavitve končne diagnoze**, za doseganje **izboljšanja in stabilne remisije bolezni pa je potrebna obravnava skozi daljše, včasih tudi dolgoletno obdobje**.

Psihiatrična ambulantna obravnava zahteva **dobro spoznavanje in dolgotrajno intenzivno sodelovanje med psihiatrom in pacientom**. Pogoj za to so, v primerjavi z ostalimi specialnostmi v medicini, **dokaj pogosta, tudi vseživljenjska kontrolna srečanja, spremljanje duševnega stanja, učinkov zdravil ter sprotne ocena pacientovega funkcioniranja**, ki se ne konča po nekaj pregledih.

Terapevtski odnos med bolnikom in psihiatrom se namreč **s časom in postopoma razvija ter pogloblja, zagotavljanje kontinuirane oskrbe pri istem psihiatru, dolgotrajnost, odzivnost in fleksibilnost pri oskrbi** pa so pomembni dejavniki, ki **dokazano izboljšujejo izid zdravljenja in zmanjšujejo bolnikovo stigmo**.

Način obravnave, kot to predvideva uredba, bi lahko izpeljali le, če bi **strokovno ravnali povsem neustrezno** – postavili diagnozo, uvedli zdravila in prepustili paciente same sebi ter jih morda naročili čez nekaj mesecev na »kontrolno«.

*Za ilustracijo:*

*Če določen psihiater šele začne z ambulantno in nima nobenega pacienta od prej ter v prvem letu v okviru približno 200 delovnih dni (ob upoštevanju dopusta in obveznih izobraževanj) opravi predpisanih 296 prvih pregledov na leto, to pomeni povprečno 1,5 novega pacienta na dan.*

*Če bo samo 20% od njih potrebovalo redne tedenske preglede, ostali pa enkrat na mesec in jih bo konec vsakega leta približno 20% teh zaključilo zdravljenje (tako kažejo klinične izkušnje), bo psihiater po petih letih take dinamike dela (vsako leto 300 novih prvih pregledov itd.) posameznemu pacientu lahko namenil le še enkrat mesečno po 4 minute.*

**Nova uredba zdravnike psihiatre sili v strokovno neustrezen pristop zgolj postavljanja diagnoze in določitev ustreznega zdravljenja, ne daje pa možnosti njegovega izvajanja. Komu v korist? Pacientom nikakor ne.**

#### **ZAKAJ JE TO SPORNO:**

**Omejevanje časa za kontrolne preglede postavlja kronične paciente, ki potrebujejo stalno spremljanje, v podrejen položaj, in na ta način ljudem z duševnimi boleznimi manjša košarico pravic (manj obravnava letno) do primerne obravnave.**

Njihova oskrba zahteva **kontinuirano spremljanje simptomov in redne terapevtske stike**, zmanjševanje števila kontrolnih pregledov pa **ogroža njihovo stabilnost in napredek**, kar povečuje **tveganje za nenadna poslabšanja in urgentne obravnave**.

**Omejen čas obravnave povečuje tudi tveganje za napačne diagnoze**, saj **vzpostavitev zaupanja in poglobljeno razumevanje stanja zahteva daljše stike**. Posledično **narašča število hospitalizacij in nujnih obravnav**, kar prinaša **višje stroške** zdravstvenemu sistemu.

**Uredba manjša košarico pravic osebam z duševnimi motnjami ogroža terapevtski proces, povečuje tveganje za poslabšanje stanja pri pacientih s kroničnimi duševnimi motnjami, in na dolgi rok prinaša tako finančne kot družbene posledice za zdravstveni sistem. Zato je nujno, da se to iz uredbe za leto 2025 umakne.**