

Miran Možina¹

Zakonska ureditev psihoterapije in svetovanja kot samostojnih poklicev: kaj se lahko naučimo na primeru Avstrije?

The legal regulation of psychotherapy and counselling as independent professions: what can we learn from Austria?

Povzetek

Odkar so leta 1990 v Avstriji sprejeli zakon o psihoterapiji, ki jo opredeljuje kot samostojen poklic in avtonomno znanstveno disciplino, so jasni njegovi glavni pozitivni učinki: povečanje števila psihoterapevtov, povečan priliv proračunskih sredstev za psihoterapijo in izboljšanje dostopnosti do psihoterapevtskih storitev. Izboljšalo se je tudi sodelovanje med psihoterapevti, psihologi, zdravniki in psihiatri, ki izvajajo psihoterapevtsko dejavnost v okviru zdravstvenega varstva, ter izobraževanje in raziskovanje na področju psihoterapije. Veliko pa se lahko naučimo tudi iz pomanjkljivosti avstrijskega zakona, ki jih bo v kratkem izboljšala novela, ki jo pripravljajo. V njej bodo odpravili starostne omejitve glede vključevanja v izobraževanje iz psihoterapevtskih pristopov in glede začetka samostojnega opravljanja poklica. Jasneje bodo tudi začrtali možnost neposrednega akademskega izobraževanja iz psihoterapije po srednji šoli na dodiplomski in magistrski stopnji ter razširili pooblastila Zbornice psihoterapevtov. Priporočila OECD za izboljšave avstrijskega sistema skrbi za duševno zdravje, ki so poučna tudi za nas, zajemajo pet točk: premike virov, spremembe v praksah zdravljenja z zdravili, opolnomočenje splošnih zdravnikov za prevzemanje pomembnejše vloge, spremembe v financiranju psihoterapije in izboljšanje zaposlovanja v okviru varovanja duševnega zdravja. Potem ko prikažem, kako imajo v Avstriji urejeno svetovanje, ki je v sodelovalnem in komplementarnem odnosu s psihoterapijo, zaključim s trinajstimi nauki, ki jih za normativno urejanje psihoterapije in svetovanja v Sloveniji lahko izluščimo iz avstrijskega primera.

¹ Mag. Miran Možina, psihiater in psihoterapevt, Univerza Sigmunda Freuda z Dunaja - podružnica v Ljubljani, miranmožina.slo@gmail.com

Ključne besede: psihoterapija, svetovanje, zakon, financiranje, izobraževanje, akademizacija, raziskovanje, splošni zdravniki, psihiatri, psihoterapevtska medicina, klinični psihologi, zdravstveni psihologi, psihoterapevtski pristopi, zbornica psihoterapevtov

Abstract

Since the adoption of the Psychotherapy Act in Austria in 1990, which defined psychotherapy as an independent profession and autonomous scientific discipline, its main positive effects are clear: an increase in the number of psychotherapists, an increased funding for psychotherapy and improved access to psychotherapy services. Cooperation between psychotherapists, psychologists, medical doctors and psychiatrists performing psychotherapeutic activities in health care, as well as education and research in the field of psychotherapy, have all improved. However, we can also learn a lot from the shortcomings of the Austrian law, which will soon be improved by the amendment they are preparing. It will remove age restrictions on the commencement of education in psychotherapeutic approaches and on the start of independent practice. The proposed amendment will also more clearly outline the possibility of direct academic education in psychotherapy after high school at the undergraduate and master's level and expand the powers of the Chamber of Psychotherapists. The OECD's recommendations for improvement of Austrian system for mental health protection, which could be informative also for Slovenian situation, cover five points: resource shifts, changes in drug treatment practices, empowering general practitioners to play a more important role, changes in funding for psychotherapy, and improving employment in mental health care. After showing how counselling is organised in Austria, which is in a cooperative and complementary relationship with psychotherapy, I conclude with thirteen lessons that can be extracted from the Austrian example for the normative regulation of psychotherapy and counselling in Slovenia.

Key words: psychotherapy, counselling, law, funding, academization, education, research, general practitioners, psychiatrists, psychotherapeutic medicine, clinical psychologists, health psychologists, psychotherapeutic approaches, chamber of psychotherapists

Extended abstract

1. Introduction

In the course of our long-term efforts to regulate psychotherapy as an independent profession and autonomous scientific discipline in Slovenia (Bohak, 2006ab; Možina and Bohak, 2008; Možina, 2011; Možina and Hus, 2015; Kosovel, 2016; Kosovel and Hus, 2017; Možina and Kosovel, 2017; Možina et al., 2018a; Možina et al., 2020) we have constantly searched for and studied good examples from abroad in order to prepare starting points for the best and most modern regulations in our country as well (Možina, 2010b). After Urška Kranjc Jakša and I published a detailed article in the journal *Kairos* how psychotherapy became an independent profession in the Netherlands and what we can learn from their case (Možina and Kranjc Jakša, 2019), this time with the same purpose I present a more detailed assessment of the Austrian experience. Because of cultural similarity with Austria and because Austria and Germany (Možina et al., 2018b; Drevenšek, 2019) are the most advanced in terms of psychotherapy regulation in the world, they are probably the most useful models for us. I will also look at how they have organized counselling in Austria, which they call »life and social counselling« (Lebens- und Sozialberatung). In conclusion, I summarize in thirteen points what we can learn from the Austrian example when writing a Slovenian law.

2. Legislation of psychotherapy in Austria

2.1. The adoption of the law

After five years of complicated debates, objections and upheavals, in August 1990, in parallel with the Psychology Act (BGBl 1990/360), the Psychotherapy Act (the Act) (RIS, 2022a) was adopted on 1st of January 1991. The Austrian Federal Association for Psychotherapy (Österreichische Bundesverband für Psychotherapie) (ÖBVP), consisting of nine associations of Austrian Länder, was established on 11 January 1992. It succeeded the ÖDPV umbrella association and continued to represent the interests of all who received a mandate from the then Ministry of Labor, Health and Social Affairs (Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales - BMAGS).

2.2. **The main consequences of the adoption of the law on psychotherapy**

The new law greatly encouraged the development of Austrian psychotherapy as evidenced by, inter alia:

- the increased number of psychotherapists (see Figure 1), so that in December 2021 there were 11,070 entered on the national register, of which 8,157 were women and 2,913 were men (Psyonline.at, 2022);
- the exponentially increased inflow of funds from the national budget (see Table 2) and
- improved access to psychotherapy services.

The text incorporates the spirit of the 1990 Strasbourg Declaration, which defines psychotherapy as a free and independent profession at a high professional and scientific level (Bohak, 2006a; Možina, 2006, 2010a; Možina and Bohak, 2008). In 1991, it amended the General Social Security Act to include in the public health system the right of every Austrian citizen to psychotherapy if they were in need of treatment for mental disorders (Pritz, 2002). Since then, this right has been gradually exercised, with psychotherapeutic services being paid for in all nine regions in the public health network today (between 1992 and 2021, the volume of these funds increased from three to more than € 100 million, see Table 2).

2.3. **Providers of psychotherapeutic services in health care and how they cooperate with each other**

2.3.1. **Psychotherapists**

In December 2021, 11,070 psychotherapists were registered in the national register, which is kept in accordance with the Act and is accessible to the public (<http://psychotherapie.ehealth.gv.at/>). There are however large differences in individual Austrian regions, between the number of inhabitants per psychotherapist (recommended by the World Health Organization (WHO) to be one psychotherapist per thousand inhabitants): 429 in Vienna and 1.543 in Burgenland; other regions fall between these two extremes (see Table 1). In addition to regional differences, there are also differences in access to psychotherapy services between cities and rural areas, as 70% of psychotherapists have worked mainly in cities and suburbs in the years since the adoption of the Act.

2.3.2. **Psychologists**

Among psychologists, only those who have a full psychotherapeutic education according to the standards for an independent profession have the right to provide psychotherapeutic services. The same, of course, applies to other professions, whether related to psychotherapy or not. Among those psychologists who

have trained for the psychotherapeutic profession, most are clinical and health psychologists. Today, only about one quarter of Austrian clinical psychologists have a psychotherapeutic education (Sagerschnig and Tanios, 2017).

2.3.3. **Physicians**

In addition to psychotherapy provided by psychotherapists and clinical and health psychologists, in public health, doctors can also provide what is termed »Psychotherapeutic medicine« (the Austrian qualification known as PSY3), paid for by insurance companies. It is a condition, however, that the doctor has completed a psychotherapeutic education or a postgraduate education in psychotherapeutic medicine, which has been organized by the Austrian Medical Chamber since 2004 (ÖAK, 2004). Psychotherapeutic medicine is characterized by an easy access threshold, so that these services benefit a large number of patients, for example 56,800 in 2006 and 65,500 in 2009. The duration of treatment in these years was relatively short (3 to 4 sessions per patient) (SV and SGKK, 2011).

2.3.4. **Psychiatrists**

In order to become a specialist psychiatrist (the Austrian name is Facharzt für Psychiatrie), a person must complete a six-year specialization in psychiatry after completing their medical studies. Until 2011, after completing the six-year specialization, everyone could then choose whether to receive additional training in psychotherapy or psychotherapeutic medicine (PSYIII) which entitled them to be known as a »specialist in psychiatry and psychotherapeutic medicine« (Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin). Since 2011, psychotherapeutic content has become a mandatory part of the specialization programme in psychiatry, so that since then those who complete the specialization are awarded the title of »specialist in psychiatry and psychotherapy« (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie).

2.3.5. **Cooperation between »psycho« healthcare professionals**

According to 2015 data, Austria, with a population of around 8.7 million at the time, boasted a large number of highly qualified »psycho« professionals: 8,411 were psychotherapists (including around 6,000 with a basic education in psychology or social work), 9,252 clinical psychologists (a quarter of whom had completed the additional psychotherapeutic education), 9,236 health psychologists and about 2,200 psychiatrists and more than 1,000 doctors with a degree in psychotherapeutic medicine (PSY-3). (Sagerschnig in Tanios, 2017)

Despite such a large number of »psycho« experts, there is a poor cooperation among them and between them and general practitioners who have no additional psychotherapeutic education. Most providers of psychotherapeutic services - psychiatric clinics, clinics, psychiatrists, psychotherapists, psychosocial

institutions - behave as if they are locked in their own separate ivory towers. General practitioners do not have specific clinical pathways for systematic collaboration with other psychotherapy service providers or for collaboration in multidisciplinary teams. The main obstacles to better cooperation are the fragmented organizational structure and fragmented funding of psychotherapy services, for example inpatient treatment is paid for by the regions, clinics are partially covered by health insurance and only about a fifth of private psychiatrists have contracts with health insurance companies. (OECD, 2015)

2.4. Financing psychotherapeutic services

2.4.1. Funding for psychotherapists and psychologists practising psychotherapy

Let us now look at the needs of psychotherapy in Austria. Mental disorders such as anxiety, depression and somatoform disorders overtook physical diseases in 2019 on the list of the most common diseases in Austria. Data from the OECD and the European Commission already showed in 2014 that mental disorders represent a burden of 3.5% on Austria's gross domestic product (GDP), i.e. 11 billion euros, and cause the most suffering to individuals and families (OECD, 2015). This figure has increased to 4.3% of GDP by 2019, to € 13.9 billion. The covid-19 pandemic increased the number of the most common mental disorders by 20%. Long-term studies show a prevalence of 25-30% of lifelong mental disorders (Wittchen et al., 2010), but only 30% of patients seek help in a publicly funded system.

If there is a good structure and an appropriate offer for the provision of psychotherapeutic help, about half of the patients are ready to seek it. Assuming that 3-7% of the total population needs medical care per year (depending on the study), 1.5 to 3% of Austrians, i.e. about 125.000 to 250.000 patients per year, would need psychotherapeutic treatment with 25 to 40 therapeutic sessions. (Löffler-Statska in Hochgerner, 2021)

Table 2 shows how the use of health and social insurance funds for psychotherapeutic services increased between the adoption of the Act in 1991 until 2021. Today, Austrian insurance companies reimburse psychotherapists in private practice the entire cost for a small number of clients, while most receive only 28.93 euros for an individual session (otherwise at least 70 euros) and 10.23 euros for a 90-minute group session (which otherwise costs an average of € 20) (see Table 3). The price of private psychotherapists without a concession is not regulated, so the price of one individual session, which usually lasts 50 minutes, ranges from 70 to 150 €. As early as 2005, the entire Austrian psychotherapy market had a turnover of around 220 million euros (around 185 million euros in the private sector). In 2017, of the 400.000 Austrian citizens

in need of psychotherapy, 65.000 were treated, more than half of whom were self-paying (Heidegger, 2017).

2.4.2. Funding for doctors and psychiatrists who provide psychotherapy

Psychiatrists rarely perform psychotherapy, as they mainly focus on diagnosis and drug treatment. Thus, in 2008, of all their paid services, individual and group therapies were only about 10%. International comparisons with OECD countries show that in Austria specialist psychiatric treatment of patients with mental disorders is more and almost exclusively pharmacotherapeutic and less psychotherapeutic or less combined psychotherapeutic and pharmacotherapeutic. (OECD, 2015)

Prescribing antidepressants, antipsychotics, and sedatives is much more common than psychotherapy. Psychiatrists and neurologists prescribe about 10% of all medicines, while general practitioners prescribe as much as 70% and physical illness specialists 20%. The fact that as many as 90% of psychiatric drugs are prescribed by doctors other than psychiatrists and neurologists is problematic, as only a few general practitioners are trained to effectively prescribe psychopharmaceuticals (ibid.).

Most people with mental disorders are treated by general practitioners. However, as in many other countries, they mostly only perceive the disturbances and then do not deal with them. There are several reasons for this:

- GPs do not have time for in-depth conversations, and if they do, they are not paid for it;
- GPs lack the professional knowledge and skills for such interventions;
- GPs are not aware of the importance of referring patients with mental disorders to specialists who perform psychotherapy;
- there are no available psychiatrists (OECD, 2015).

For doctors who want to practice psychosocial medicine, treat psychosomatic problems or offer psychotherapy, the Austrian Medical Association offers a system of further education - PSY diplomas of the first (PSY-1), second (PSY-2) and third degree (PSY-3). PSY-3 trains physicians for psychotherapy. Evaluations have shown that this system increases psychiatric knowledge and awareness of physicians about the limits of their treatment, and their communication skills and interventions have improved. Conversely, physicians who do not have a PSY education overestimate their capabilities and abilities in caring for patients with mental disorders (OECD, 2015).

Today, most psychotherapy health services are provided by psychiatrists and doctors with a PSY-3 degree. Their way of psychotherapeutic treatment is very different from that of professional psychotherapists. The average length of medical psychotherapy is 80 minutes per year, compared to 10 to 12 hours

of psychotherapy per year, provided by psychotherapists in private practice or in regional mental health institutions (»Versorgungsvereine«). Most medical psychotherapy is therefore a one-time intervention that cannot be compared to real psychotherapy. Because GPs often treat their patients over an extended period of time, their work could have much better effects if they were provided with more sustained supportive psychotherapeutic help. Because many mental disorders are recurrent and long-lasting, patients need someone who takes responsibility for their care and is accessible (OECD, 2015).

People with mental disorders have to wait for psychotherapy, the costs of which are reimbursed in full or in part, for two to eight months, depending on the mental health provider. The waiting time also depends on whether the patient is willing to go to any psychotherapist or wants a specific one. There is also a lack of information, so the patient has to call quite a few providers before finding a therapist. In short, there are many barriers that reduce accessibility (OECD, 2015).

In summary, the financing of psychotherapy is:

- complicated by the fact that there are too many different regional solutions and a large number of psychotherapeutic service providers who are paid according to different tariffs and criteria;
- ineffective because many qualified psychologists and psychotherapists could contribute more to the protection of mental health if reimbursement of therapy costs were higher and if clinical psychologists were allowed to practice therapy;
- insufficient targeting of individual patient groups;
- scientifically unsupported by evidence and not aimed at helping patients to function more effectively in their daily lives;
- caring for a large group of people with mild to moderate mental health problems who need quick access to low-threshold psychotherapeutic treatment;
- insufficient because the cost of psychotherapy is still low compared to spending on hospital or psychopharmacological treatment. (OECD, 2015)

The long-term efforts of the ÖBVP have been partially successful. From 1 September 2018 the partial reimbursement for an individual session from the Austrian Health Insurance Fund increased from EUR 21.80 to EUR 28.93, and reimbursement from the Social Insurance Fund to the desired EUR 40 (see table 3).

2.5. Education and research in the field of psychotherapy

The law defines psychotherapeutic education in two parts: basic education or propaedeutics is common to all future psychotherapists and lasts from one to

three years. After completing propaedeutics, education continues in one of the scientifically recognized psychotherapeutic approaches; this so called »Specific education« (Fachspezifikum) lasts from three to six years. There are three main pillars in both parts of education: theory, supervised psychotherapeutic practice, and personal experience. The current requirements for propaedeutics are at least: 765 hours of theory, 50 hours of personal experience, 480 hours of practice in institutions offering various forms of health and social care with 20 hours of supervision (see Table 4 for details).

The further requirements for specialist training are at least: 400 hours of theory (300 hours of general content and 100 hours in the chosen psychotherapeutic approach), 200 hours of personal experience, 550 hours of psychosocial practice with 30 hours of supervision, 600 hours of psychotherapeutic practice with 120 hours of supervision (Psyonline.at, 2022) (see Table 6). Candidates can currently choose from as many as twenty-three psychotherapeutic approaches, which are on the official list of the Ministry of Health.

The law provides that the supreme governing body for the entire field of psychotherapy at the national level is the »Psychotherapeutic Council« that has many functions, such as being able to give licences. The Council operates within the Ministry of Health under the auspices of the Federal Chancellor, i.e. the Prime Minister, who chairs the Council but who can appoint an employee of his office as his representative. The Council consists of representatives of the following institutions: the Federal Ministry of Science and Research, university institutes and clinics, renowned psychotherapeutic education providers, the Medical Chamber, the Federal Chamber of Crafts, insurance associations, workers' chambers, trade unions, the Chamber of Commerce, which also operates under the auspices of the Federal Chancellor. In total, there are about 60 members, most of whom are psychotherapists, which is an obligatory condition, except for rare exceptions (e.g. an insurance agent is not necessarily a psychotherapist by profession, etc.). The Chamber of Psychotherapists therefore has no important role or competence in Austria.

Education in psychotherapy in Austria is mainly organized by societies, associations and institutes for psychotherapy, which must be approved by the Ministry of Health. There are currently 21 accredited institutions that provide propaedeutics and 40 institutions that provide specific training (the list is available on the website <http://einrichtungen.ehealth.gv.at/>). Each approach or institution wishing to be approved must complete an application in accordance with the instructions and form of the Ministry (BMASGK, 1990).

Since the adoption of the Act in 1991, academic postgraduate programmes have been developed, and it was only a matter of time before an undergraduate

degree in psychotherapy was offered at one of the universities. This happened in October 2005, when 200 students enrolled in the faculty study of psychotherapeutic science at the private Sigmund Freud University in Vienna (SFU Vienna) (Fiegl, 2016; Možina, 2016; Laubreuter, 2012, 2018; Pritz et al., 2020). They were the first in the world to be offered the possibility of direct uniform study of psychotherapy immediately after school graduation according to the Bologna system: three years of undergraduate and two years of master's degree. The number of hours of both levels together far exceeds the minimum requirements of Austrian law, especially if we consider ECTS hours, which in addition to contact hours with teachers also include the student's independent work (see Table 6).

As I have already mentioned, the growing academization of psychotherapy within universities, where research is a prerequisite for the accreditation of universities, faculties and their programmes, has also shown a lack of non-academic education providers in Austria, because many societies or institutes don't participate in research projects. Therefore, the Austrian Ministry of Labour, Social Affairs, Health and Consumer Protection (Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz BMASGK) has published guidelines according to which they will regularly evaluate the research activity of psychotherapeutic education providers. The guidelines were developed based on research into the current state of research in the field of psychotherapy in Austria (Riess, Kern and Breyer, 2018).

2.6. **Shortcomings and planned updates to the law on psychotherapy**

Learning from mistakes, not only from successes, is valuable in life in general, so it is good to look at the shortcomings of the Austrian Law as well. One of them is related to age restrictions. As I have already mentioned, the Act stipulates as a criterion for entering education in propaedeutics a completed secondary school education or vocational school with a final exam, which can be done at the age of eighteen, whereas education in psychotherapeutic approaches can commence only at the age of 24. This means that those who start education in propaedeutics at the age of eighteen, when they finish it, must interrupt their education for as long as it takes to reach the appropriate age to enter specialist education. The law provides for 28 as the minimum age for self-employment in a licensed profession (PthG 91 §§ 10 and 11). This is loosely justified by the terms »personal maturity« and »necessary life experience« (Kierein, Pritz, & Sonneck, 1991, p. 99). These age restrictions will be abolished with the proposed amendment to the law which is in preparation.

2.7. **OECD guidelines for improvements in mental health care in Austria**

The OECD Research Report on Mental Health and Work in Austria in 2015, which was part of a larger study (similar research reports were done for Australia, Belgium, Denmark, the Netherlands, Norway, Sweden, Switzerland and the United Kingdom), focuses on topics such as: the transition from education to employment, assistance to various employment services, stock and disability, and the capacity of the health system. At the end of the report, guidelines for improvement were provided for each of the countries included in the survey. Although they were mainly based on the perspective of health protection at the workplace, the guidelines show a broader picture of the issue of mental health, which is also important to think about in Slovenia. The recommendations for Austria cover five points: resource shifts, changes in drug treatment practices, empowering general practitioners to take on a more important role, changes in psychotherapy funding, and improving employment in mental health care (OECD, 2015, pp. 173-177).

3. **Legislation on counselling in Austria**

3.1. **Austrian Life and Social Counselling Act**

In Austria, counselling is regulated by the Life and Social Counselling Act (Verordnung des Bundesministers für Wirtschaft und Arbeit über die Zugangsvoraussetzungen für das regulierte Geverbe der Lebens- und Sozialberatung; abbreviated Lebens- und Sozialberatung) under the umbrella of the Chamber of commerce. The official title for counselling is »life and social counselling« (Lebens- und Sozialberatung) (»counselling«). Counselling is intended to find solutions to clients' problems, does not involve working with mental disorders and is not a health activity. Coaching is a form of consulting for teams and executives. Psychotherapists can provide counselling, but counsellors cannot perform psychotherapy.

3.2. **Education in life and social counselling**

Education and training in counselling must comprise at least 584 hours, to be completed in at least 5 semesters at an approved training institution that verifies the success of the training in writing and orally. For example, the three-year academic undergraduate programme of counselling at SFU goes well beyond the minimum number of hours, including 480 hours of practice in psychosocial institutions, 100 hours of counselling at SFU, 100 hours of supervision and 150 hours of personal experience.

3.3. Collaborative and complementary relationship between psychotherapy and counselling

Austria is an example of a country where the relationship between psychotherapy and counselling is collaborative and complementary (Bitzer-Gavornik, 2012). It is accepted that the differences between these two fields are mainly historical (according to their origin), and partly due to their use in different contexts (Schlippe and Schweitzer, 2003; Brüggemann, Ehret-Ivankovic and Klütmann, 2014). Psychotherapy has been used more in healthcare and counselling in social care and work environments. Today, both psychotherapy and counselling are used in various departments, in addition to the health and social care departments, also in education, sports, justice and the economy (Mönkeberg, 2019). For example, today psychoeducational counselling is an integral part of psychotherapeutic treatments for various mental disorders and physical illnesses (Gouzoulis-Mayfrank, 2007; D'Amelio et al., 2008; Rabovsky and Stoppe, 2008; von Wachter and Hendrischke, 2016).

4. What can we learn from the Austrian example for the normative regulation of psychotherapy and counselling in Slovenia?

The Austrian example is very valuable for learning how to regulate psychotherapy in Slovenia, since it shows, more than thirty years after the adoption of the law, what the main positive effects are of normative arrangements for psychotherapy as an independent profession. But it also shows that the law itself is of course not a magical solution to the major mental health problems and challenges of modern society. Although professional psychotherapists can contribute only a small part to their solution, this part is indispensable. Let's take a look what we can learn from Austria:

- Psychotherapy is an independent profession and autonomous scientific discipline.
- Direct study of psychotherapy immediately after secondary school is a key educational path.
- A sufficient number of psychotherapists and other professionals with additional psychotherapy skills are needed to provide psychotherapy and good access to psychotherapy services.
- Inter-ministerial cooperation is necessary for the normative regulation of psychotherapy and mental health care.
- Cooperation between different mental health professionals and services is crucial to prevent the fragmentation of care.

- Doctors, psychiatrists and (clinical) psychologists must be additionally trained to perform quality psychotherapy.
- The Chamber of Psychotherapists with mandatory membership is the highest professional body for regulating psychotherapeutic professional activity.
- It is important to increase the scope and availability of low-threshold psychotherapy.
- Psychotherapy must be equally accessible in both urban and rural areas.
- The Chamber of Psychotherapists is responsible for the scientific validation of psychotherapeutic approaches.
- Academization is crucial to intensifying psychotherapy research.
- Given the excessive consumption of psychopharmaceuticals and the positive costs and benefits ratio of psychotherapy services, it is necessary to increase public funding for psychotherapy.
- In addition to the legal regulation of psychotherapy and counselling, the legal regulation of psychology is also required.

5. Conclusion

One of the major positive political developments in Slovenia in the field of mental health care in recent years was the adoption of the Resolution (Vinko et al., 2019; Mikuž and Zupančič, 2020), which included the obligation to draft a law on psychotherapy as a project of three ministries, health, education and social welfare (Možina and Kosovel, 2017; Možina et al., 2018a; Možina et al., 2020). In March 2018, an extensive Working Group was formed to prepare a new draft law. It immediately showed that healthcare psychologists and psychiatrists reject the collaboration with psychotherapists working outside of healthcare. They obstructed the work of the Working Group and prevented further joint activities in the field of regulation of psychotherapy as an independent profession. It also turned out that the Ministry of Health has no interest in regulating the field of psychotherapy, despite WHO recommendations (WHO, 2020) to regulate psychotherapy so that psychotherapists who currently work outside of the national healthcare system will be able to provide health services.

And what are the solutions, what can we learn from the Austrians so that we do not have to reinvent the wheel? We must draft a law on psychotherapy with standards and norms for the academic path of education, and on this basis legalize the independent profession of psychotherapist, establish a chamber of psychotherapists as the highest professional body and provide for a smooth and gradual transition to a new system. All other professionals with additional psychotherapeutic education according to the criteria for an

independent profession (doctors, psychiatrists, (clinical) psychologists, social workers, pedagogues, etc.) should be enabled to teach new generations of psychotherapists. So there are many tasks that we will not be able to carry out without the adoption of the law, following the example of Austria and Germany. If we do not hurry, we will continue to stay decades behind the development of psychotherapy in these countries, and not only that, our backlog will only increase exponentially from year to year, damaging the health of people who would otherwise be able to receive expeditious expert professional help.

1. **Uvod**

V dolgoletnih prizadevanjih za zakonsko ureditev psihoterapije kot samostojnega poklica in avtonomne znanstvene discipline v Sloveniji (Bohak, 2006ab; Možina in Bohak, 2008; Možina, 2011; Možina in Hus, 2015; Kosovel, 2016; Kosovel in Hus, 2017; Možina in Kosovel, 2017; Možina in dr., 2018a; Možina in dr., 2020) smo stalno iskali in proučevali dobre zglede iz tujine, da bi pripravili izhodišča za čim boljše in sodobnejšo regulativo tudi pri nas (Možina, 2010b). Potem ko sva z Urško Kranjc Jakša v reviji Kairos poglobljeno prikazala, kako se je psihoterapija kot samostojni poklic uveljavljala na Nizozemskem in kaj se lahko naučimo na njihovem primeru (Možina in Kranjc Jakša, 2019), tokrat z enakim namenom predstavljam natančnejši prikaz avstrijskih izkušenj, saj so naši severni sosedje poleg Nemčije (Možina in dr., 2018b; Drevenšek, 2019) glede zakonske ureditve psihoterapije najnaprednejši na svetu in glede na kulturno podobnost s Slovenijo za nas verjetno najuporabnejši model. Hkrati tudi prikažem, kako imajo v Avstriji urejeno svetovanje, ki ga imenujejo »življenjsko in socialno svetovanje« (Lebens- und Sozialberatung). V zaključku v trinajstih točkah povzamem, kaj se za pisanje slovenskega zakona lahko naučimo iz avstrijskega primera.

2. **Zakonska ureditev psihoterapije v Avstriji**

2.1. **Kratka zgodovina psihoterapije v Avstriji in sprejem zakona**

Dunaj je konec 19. stoletja in v začetku 20. stoletja, zahvaljujoč predvsem Sigmundu Freudu (1856-1939), postal zibelka razvoja sodobne psihoterapije. Psihoanaliza, kot je poimenoval svoj terapevtski pristop, potem ko se je najprej posvečal hipnoterapiji, je postopoma postala znana po vsem svetu in je še danes, predvsem med laično publiko, ki o psihoterapiji ne ve kaj veliko, prepoznana kot sinonim za psihoterapijo. Poleg psihoanalize pa so se na Dunaju oz. v Avstriji kot avtohtoni razvili tudi drugi psihoterapevtski pristopi: individualna psihologija Alfreda Adlerja (1870-1936), psihodrama Jacoba Levyja Morena (1889-1974) in logoterapija Viktorja Frankla (1904-1997). Obdobje nacionalnega socializma v Avstriji (1938-1945) je grobo prekinilo živahen razvoj psihoterapije, vendar so se po letu 1945 kmalu začeli kazati znaki oživljanja psihoanalize. (Pritz, 2002)

V sedemdesetih letih prejšnjega stoletja je prišlo do pravega razcveta že omenjenih avtohtonih, hkrati pa tudi drugih psihoterapevtskih pristopov, ki so se v Avstrijo razširili iz drugih držav, npr. na osebo usmerjena terapija Carla Rogersa, geštalt terapija, avtogeni trening, hipnopsihoterapija, sistemska družinska terapija idr.. Sledila je entuziastična faza razvoja, ki ga je med

drugim spodbudilo ustanavljanje oddelkov na medicinskih fakultetah na Dunaju, v Gradcu in Innsbrucku, ki so v svojih imenih vsebovali tudi besedo »psihoterapija«. Od leta 1980 so na teh univerzah uvedli tudi redna uvodna predavanja in seminarje iz psihoterapije na oddelkih za psihologijo ter pedagogiko (prav tam). Tako se je psihoterapija z vstopanjem v akademski prostor začela vse bolj uveljavljati tudi kot samostojna znanstvena disciplina (Pritz, 1996; Laubreuter, 2012, 2018; Braakman, 2016).

Pomemben korak v razvoju psihoterapije kot samostojnega poklica se je zgodil leta 1981 z ustanovitvijo Krovnega združenja avstrijskih psihoterapevtskih društev (Österreichischer Dachverband Psychotherapeutischer Vereinigungen - ÖDPV). Sprva se je v njem povezalo sedem društev, ki so si zastavila za cilj promocijo psihoterapije na nacionalni ravni. Po zakonu je bilo takrat dovoljeno opravljati psihoterapijo kot obliko zdravljenja samo zdravnikom, vendar je kar 80 % od tistih, ki so izvajali psihoterapijo, pripadalo drugim poklicem s psihosocialnega področja, npr. psihologi, socialni delavci in pedagogi. To je pokrenilo javno razpravo o nadzoru kakovosti psihoterapevtskih storitev, krovno združenje pa je na to navezalo svoja prizadevanja za uveljavitev pravne ureditve psihoterapije kot samostojnega poklica.

Po petih letih zapletenih debat, različnih nasprotovanj in preobratov so avgusta 1990, vzporedno z Zakonom o psihološki dejavnosti (BGBl 1990/360), sprejeli Zakon o psihoterapiji (v nadaljevanju Zakon) (RIS, 2022a), ki je po parlamentarni proceduri postal pravnomočen s 1. januarjem 1991. Tako dolgo je bilo potrebno za oblikovanje zavesti, da je osebna izkušnja oz. učna terapija, ki je nekateri pristopi niso imeli vključene v programe izobraževanja, vendarle nujno potrebna za bodočega psihoterapevta. Pri tem so se morali pogoditi o srednji poti med maksimalističnimi edukativnimi zahtevami, ki so jih zastopale psihoanalitično usmerjene šole, in minimalističnimi zahtevami, ki so jih zagovarjali nekateri mlajši psihoterapevtski pristopi. Čas je bil potreben tudi zato, da so nekateri še neuveljavljeni pristopi uspešno opravili proces znanstvene validacije.

11. januarja 1992 je prišlo do ustanovitve Avstrijskega zveznega združenja za psihoterapijo (Österreichische Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP), sestavljenega iz devetih združenj avstrijskih zveznih dežel oz. regij. Nasledilo je krovno zvezo ÖDPV in nadaljevalo z zastopanjem interesov vseh avstrijskih psihoterapevtov, saj je tako pooblastilo dobilo od takratnega Ministrstva za delo, zdravje in socialo (Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales - BMAGS).

Glede na to, da je Avstrija v drugi polovici dvajsetega stoletja postala ena od psihoterapevtsko najbolj razvitih držav na svetu, ni presenetljivo, da je z ustanovitvijo Svetovnega sveta za psihoterapijo (WCP – World Council for Psychotherapy; <http://www.worldpsyche.org/>) leta 1995 v Zürichu pomembno

prispevala k povezovanju psihoterapevtov med celinami. Čeprav so v Avstriji in drugod po Evropi potekali številni mednarodni kongresi, so svetovni kongresi WCP (1996, 1999 in 2002 na Dunaju, 2005 v Buenos Airesu, 2008 v Pekingu, 2011 v Sidneju, 2014 v Durbanu in 2017 v Parizu, načrtovani kongres leta 2022 v Moskvi pa je zaradi vojne v Ukrajini odpovedan) z okoli 4.000 udeleženci iz okoli stopetdesetih držav omogočili nove uvide ter nove prioritete glede ključnih izzivov za razvoj globalizirane psihoterapije (Pritz, 2002).

V preglednem članku, s katerim so obeležili tridesetletnico razvoja avstrijske psihoterapije po sprejetju zakona, so Datler in sodelavci (Datler in dr., 2021) na podlagi izsledkov empiričnih raziskav ugotovili kup pozitivnih učinkov, ki jih je prinesla umestitev poklicnih psihoterapevtov v sistem zdravstvenega varstva, in veliko kvalitativnih, ki psihoterapijo ločijo od (klinične) psihologije in drugih zdravstvenih poklicev. V relacijskem, interakcijskem načinu zdravljenja duševnih motenj se je pokazala kot najpomembnejša in kot tista, ki ponuja največji spekter tovrstnih storitev. Ključne značilnosti psihoterapije so celoviti, z dokazi podprti ter znanstveno teoretično in metodološko utemeljeni koncepti za razlago, diagnozo in individualno, procesno usmerjeno zdravljenje ljudi z duševnimi motnjami ter višja kakovost izobraževanja in usposabljanja iz psihoterapevtskih vsebin v primerjavi z drugimi zdravstvenimi poklici.

2.2. Glavne posledice sprejetja zakona o psihoterapiji

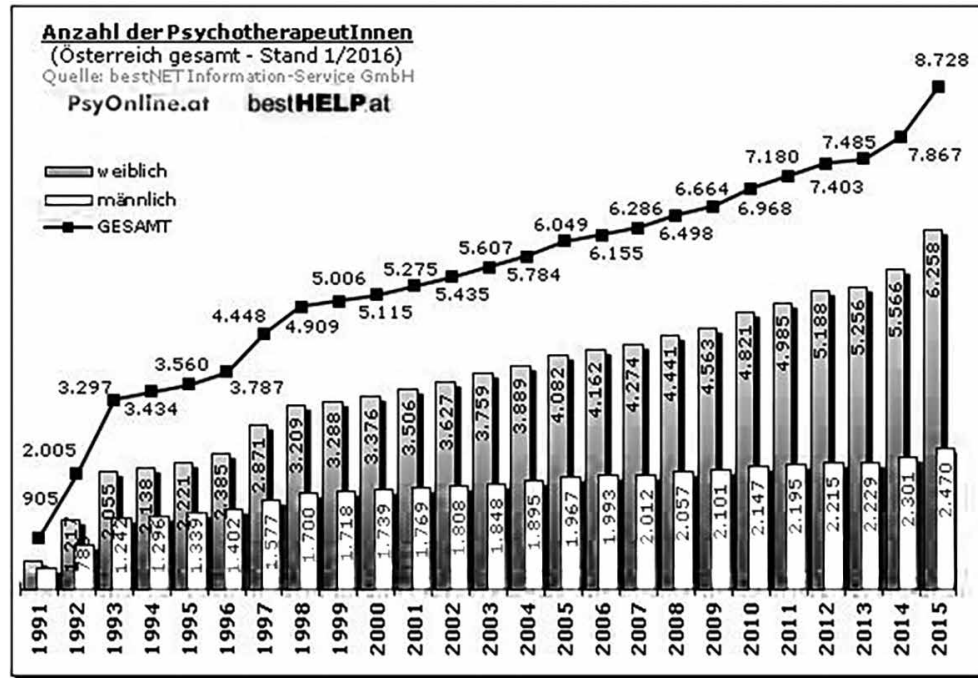
Zakon je izjemno spodbudil razvoj avstrijske psihoterapije, tako da se je med drugim:

- povečalo število psihoterapevtk² (glej sliko 1), tako da jih je bilo decembra 2021 v nacionalnem registru 11.070, od tega 8.157 žensk in 2.913 moških (Psyonline.at, 2022);
- eksponentno povečal priliv sredstev iz proračuna (glej tabelo 2) in
- izboljšala dostopnost do psihoterapevtskih storitev.

2 Ker je okoli dve tretjini avstrijskih psihoterapevtov žensk (Hofmarcher, 2013; Schigl, 2016; Sagerschnig in Tanios, 2017; Psyonline.at, 2022), bom v članku, kjer naslavljam vse avstrijske psihoterapevte, uporabljal samo ženski spol, čeprav to seveda vključuje tudi moške.

Slika 1

Počevanje števila avstrijskih psihoterapevtov_k po implementaciji zakona leta 1991 do vključno leta 2015 (Schigl, 2016). Legenda: višji stolpci predstavljajo število psihoterapevtk, nižji psihoterapevtov; skupno število je prikazano s črnimi kvadrati.



Zakon je v svoje besedilo prevzel duha Strasburške deklaracije iz leta 1990, ki psihoterapijo opredeljuje kot svoboden in samostojen poklic na visoki strokovni in znanstveni ravni (Bohak, 2006ab; Možina, 2006, 2010ab; Možina in Bohak, 2008). Leta 1991 so na njegovi podlagi spremenili Zakon o splošni socialni varnosti, tako da so v sistem javnega zdravstva vključili pravico vsakega avstrijskega državljanu do psihoterapije, v kolikor jo potrebuje za zdravljenje duševnih motenj (Pritz, 2002). Od takrat so to pravico postopno uresničili, tako da danes v vseh devetih zveznih deželah oziroma regijah v mreži javnega zdravstva plačujejo psihoterapevtske storitve (v letih od 1992 do 2021 se je obseg teh sredstev povečal s treh na več kot 100 milijonov evrov, glej tabelo 2).

Poglejmo si natančneje, kako je Zakon vplival na izvajalce psihoterapevtske dejavnosti in njihovo sodelovanje, na financiranje psihoterapevtskih storitev ter na psihoterapevtsko izobraževanje in raziskovanje, pa tudi kje so se pokazale pomanjkljivosti Zakona, ki kličejo po izboljšavah.

2.3. Izvajalci psihoterapevtske dejavnosti v zdravstvenem varstvu in kako med seboj sodelujejo

2.3.1. Psihoterapevtke

V nacionalnem registru, ki je voden v skladu z Zakonom in je dostopen javnosti (<http://psychotherapie.ehealth.gv.at/>), je bilo decembra 2021 evidentiranih več kot 11.070 psihoterapevtk³, vendar so v posameznih avstrijskih regijah velike razlike, kar zadeva število prebivalcev na eno psihoterapevko (po priporočilu Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) naj bi bil en psihoterapevt na tisoč prebivalcev): na Dunaju 429, medtem ko na Gradiščanskem 1.543; druge zvezne dežele so med tema dvema skrajnostma (glej tabelo 1). Poleg regionalnih razlik so razlike v dostopnosti do psihoterapevtskih storitev tudi med mesti in podeželjem, saj vsa leta od sprejetja Zakona 70% psihoterapevtk deluje predvsem v mestih in predmestjih. Psihoterapija je tako bila in ostaja urbani fenomen, k čemur med drugim prispeva manjši socialni nadzor oziroma večja anonimnost v mestih v primerjavi s podeželjem, kjer »vsak ve o drugem vse« in so tisti, ki poiščejo psihoterapevtsko pomoč, manj stigmatizirani oz. lažje ohranijo svoj ugled kot »normalni«.

Pri oceni skupnega števila evidentiranih psihoterapevtk je tudi pomembno, da psihoterapevtske dejavnosti ne opravljajo vse, čeprav ni natančnih podatkov, koliko jih je terapevtsko neaktivnih (Sagerschnig in Tanios, 2017). Tako je bilo npr. leta 2009 opravljenih 500.000 enot psihoterapevtskih storitev (od tega so skupinske in družinske terapije obsegale le okoli 4%), ki jih je prejelo 31.000 pacientov (ta številka se je do leta 2015 dvignila na 55.000). 2.067 psihoterapevtk je opravljalo plačane storitve v okviru regionalnih ustanov za mentalno zdravje (»Versorgungsvereine«), kar je bila četrtnina od okoli 8.300 psihoterapevtk, ki so bile takrat registrirane.

Tabela 1

Število prebivalcev na psihoterapevko po avstrijskih zveznih deželah oz. regijah (Psyonline.at, 2022)

ZVEZNA DEŽELA/ REGIJA	Število psihoterapevtk	V %	Število prebivalcev na psihoterapevko
Gradiščansko (Burgenland)	192	1,7	1.543
Koroška (Kärnten)	552	5,0	1.018

³ Zanimiva je primerjava s številom psihiatrov, ki jih je okoli šest do sedemkrat manj kot psihoterapevtk. Tako je bilo npr. že leta 2002 (Hrabcik in Katschnig, 2003) in tudi zadnja leta, ko se skupno število psihiatrov giblje okoli 1500 (Pressl, 2018).

ZVEZNA DEŽELA/ REGIJA	Število psihoterapevtk	V %	Število prebivalcev na psihoterapevtko
Spodnja Avstrija (Niederösterreich)	1.385	12,5	1.221
Zgornja Avstrija (Oberösterreich)	1.176	10,6	1.272
Salzburg	836	7,6	671
Štajerska (Steiermark)	1.134	10,2	1.100
Tirolska (Tirol)	899	8,1	846
Vorarlberg	416	3,8	961
Dunaj	4.480	40,5	429
SKUPAJ	11.070	100	807

V nedavni raziskavi o zasebni psihoterapevtski praksi (Tanios, Grabenhofer-Eggerth in Valady, 2020), v kateri je bilo od 12. junija do 14. julija 2019 skupno število anketiranih 1.360, kar je predstavljalo okoli 15% od vseh psihoterapevtov in psihoterapevtk, vpisanih v nacionalni register, je bilo 39% anketiranih starih več kot 54 let, 9% 65 in več. 46% anketiranih je delalo zgolj v zasebnih praksah, 54% pa hkrati tudi v neki instituciji. Povprečno število klientov, ki so jih anketirani obravnavali, je bilo okoli 46 na leto (vse psihoterapevtke skupaj pa so obravnavale 47.000 klientov). Tretjina anketiranih je obravnavala največ 15 klientov na leto, 20% med 31 in 50 ter samo 10% 51 do 75 klientov na leto. 52% klientov je prejelo delno povračilo stroškov, okoli 29% so bili stroški povrnjeni v celoti, 21% pa je bilo samoplačnikov. 94% vseh ur obravnav so bili deležni klienti, ki so imeli diagnosticirano duševno motnjo. Povprečno so anketirani v zasebnih praksah delali deset ur na teden s klienti z duševnimi motnjami, s klienti brez diagnosticiranih duševnih motenj pa je okoli 80% anketiranih delalo od ene do največ 20 ur na teden, povprečno 12 ur na teden. Za urejanje dokumentacije so anketirani porabili povprečno tri ure na teden. Seštevek delovnih ur v zasebni praksi, instituciji in za urejanje dokumentacije je bil 24 ur na teden.

2.3.2. Psihologi

Izmed psihologov imajo pravico do izvajanja psihoterapevtskih storitev le tisti, ki imajo polno psihoterapevtsko izobrazbo po standardih za samostojen poklic. Enako seveda velja tudi za druge poklice, pa naj bodo psihoterapiji sorodni ali ne. Med tistimi psihologi, ki so se usposobili še za psihoterapevtski poklic, je največ kliničnih in zdravstvenih psihologov. Danes ima psihoterapevtsko izobrazbo okoli ena četrtnina avstrijskih kliničnih psihologov (Sagerschnig in Tanios, 2017).

2.3.3. Zdravniki

Poleg psihoterapije, ki jo nudijo psihoterapevtke ter klinični in zdravstveni psihologi, so v javnem zdravstvu tudi zdravniki tisti, ki lahko obračunavajo storitve t. i. »psihoterapevtske medicine« (avstrijska kratica zanjo je PSY3), ki jih plačujejo vse zavarovalnice. Pogoj pa je, da je zdravnik zaključil psihoterapevtsko izobraževanje ali podiplomsko izobraževanje iz psihoterapevtske medicine, ki ga od leta 2004 organizira Avstrijska zdravniška zbornica (ÖAK, 2004). Za psihoterapevtsko medicino je značilen nizek prag dostopa, tako da je teh storitev deležno veliko število pacientov, na primer 56.800 leta 2006 in 65.500 leta 2009. Trajanje obravnave v teh letih je bilo relativno kratko (3 do 4 seanse na pacienta) (SV in SGKK, 2011).

2.3.4. Psihiatri

Da bi nekdo postal specialist psihiater (avstrijski naziv je Facharzt für Psychiatrie), mora po končanem študiju medicine opraviti še šestletno specializacijo iz psihiatrije. Do leta 2011 je po opravljeni specializaciji lahko vsak sam izbiral, ali se bo še dodatno usposabljal iz psihoterapije ali psihoterapevtske medicine (PSYIII) in je potem v svoj naziv dodal »specialist psihiatrije in psihoterapevtske medicine« (Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin). Od leta 2011 pa so psihoterapevtske vsebine postale obvezni del programa specializacije iz psihiatrije, tako da se od takrat tistim, ki končajo specializacijo, podeljuje naziv »specialist psihiatrije in psihoterapije« (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie).

Glede na uradne dokumente (ÖAK Bundesfachgruppe Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin 11/2013) naj bi delo psihiatra vključevalo tako diagnostiko, obravnavo, preventivo in rehabilitacijo duševnih motenj kot tudi izvedeništvo, vključno z raziskovanjem in poučevanjem. Psihiatrično zdravljenje duševnih motenj naj bi tako zaobjemalo telesne, socioterapevtske in psihoterapevtske vidike. Za razliko od psihologov in psihoterapevtov, ki nimajo medicinske izobrazbe, naj bi bila naloga psihiatrov, da ugotavljajo, ali so morda duševne motnje povezane tudi s telesnimi boleznimi. Tako naj bi npr. pri depresivnih motnjah poleg preverjanja psihosocialnih dejavnikov bili pozorni tudi na telesni vidik, ali so prisotne bolezni ščitnice, slabokrvnost ipd. kot možni etiološki dejavniki. Tovrstna diagnostika naj bi služila kot osnova za postavljanje indikacij za kombinirano obravnavo, ki naj bi večinoma potekala vzporedno in vključevala:

- telesno terapijo (somatoterapijo), ki obsega zdravljenje z zdravili (psihofarmakoterapijo) in druge oblike, kot so prikrajševanje spanja ali zdravljenje z močno svetlobo pri depresiji;
- psihoterapijo s pomočjo pogovorov in terapevtskega delovnega odnosa ter

- socioterapijo, ki se ukvarja z vplivom, ki ga imajo na pacienta interakcije z njegovimi bližnjimi in s širšo socialno mrežo. Vključuje tudi koordinacijo med različnimi oblikami pomoči na področju delovne rehabilitacije. (Psyonline.at, 2022)

Žal pa kljub tako celostno oblikovanim uradnim smernicam tudi delo avstrijskih psihiatrov, podobno kot se dogaja po drugih evropskih državah (še bolj izrazito v tistih, ki nimajo urejene zakonodaje za regulacijo psihoterapije kot samostojnega poklica, kot je npr. tudi v Sloveniji) (Možina, 2021), drsi v fragmentacijo in enostransko, pretirano farmakološko obravnavo ter zanemarjanje psihoterapevtskih in socioterapevtskih oblik pomoči (OECD, 2015; Datler in dr., 2021).

2.3.5. Sodelovanje med »psihološki« strokovnjaki v zdravstvenem varstvu

Po podatkih iz leta 2015 se je Avstrija, ki je takrat imela okoli 8,7 milijona prebivalcev, lahko pohvalila glede velikega števila visoko kvalificiranih »psiholoških« strokovnjakov: 8.411 je bilo psihoterapevtk (med njimi okoli 6.000 z osnovno izobrazbo iz psihologije ali socialnega dela), 9.252 kliničnih psihologov (od njih četrtina z dodatno kompletno psihoterapevtsko izobrazbo), 9.236 zdravstvenih psihologov⁴ ter okoli 2.200 psihiatrov in več kot 1.000 zdravnikov z diplomo psihoterapevtske medicine (PSY-3). (Sagerschnig in Tanios, 2017)

Kljub tako velikemu številu »psiholoških« strokovnjakov pa šepa sodelovanje med njimi samimi ter med njimi in splošnimi zdravniki, ki nimajo dodatne psihoterapevtske izobrazbe. Večina ponudnikov psihoterapevtskih storitev - psihiatrične klinike, ambulante, psihiatri, psihoterapevtke, psihosocialne ustanove - se obnaša, kot da bi bili zaprti v svoje stolpe. Splošni zdravniki nimajo določenih kliničnih poti za sistematično sodelovanje z drugimi ponudniki psihoterapevtskih storitev ali za sodelovanje v multidisciplinarnih timih. Glavna ovira za boljše sodelovanje je fragmentirana organizacijska struktura in razdrobljeno financiranje psihoterapevtskih storitev, na primer stacionarno obravnavo plačujejo regije, ambulante delno pokriva zdravstveno zavarovanje in pogodbo z zdravstvenimi zavarovalnicami ima le okoli petina zasebnih psihiatrov. (OECD, 2015)

Splošni zdravniki ne opravljajo funkcije vratarja (angl. »gate keeping role«) za zdravstvene storitve in ne usmerjajo zdravstvene oskrbe, kot bi bilo potrebno. Glede na podatke analize zdravja prebivalcev v Avstriji iz leta 2006-07 (Austrian Health Survey 2006-07) na leto obišče splošnega zdravnika 80% prebivalcev. To je visoka številka, ki je podobna kot v drugih evropskih

državah, npr. na Norveškem, Irskem ali v Franciji. Vendar pa je zelo visok odstotek tistih, ki pridejo do ambulantnega specialista, kar 67%, kar je veliko več kot v drugih državah, npr. 17% na Norveškem, kjer splošni zdravniki veliko bolje opravljajo funkcijo vratarja. Visoko število pacientov, ki s posredovanjem splošnih zdravnikov pridejo do specialistov, ne ustvarja le visokih stroškov, temveč tudi slabo vpliva na integracijo in kontinuiteto zdravstvenega varstva. Izguba informacij vsakokrat, ko pacient menja ponudnika obravnave, še bolj drobi oskrbo in zmanjšuje njeno učinkovitost. (OECD, 2015)

Zanimivo je tudi, da velik obseg specialističnih ambulantnih pregledov ne zmanjšuje števila hospitalizacij, saj je vsaj enkrat letno hospitaliziranih okoli 23% prebivalcev Avstrije. Čeprav je na splošno dostop do zdravljenja zelo lahek, je razdrobljen. To pomeni, da je ob obilici časovno bolj ali manj omejenih ambulantnih in hospitalnih storitev relativno zelo malo trajnejših obravnav, ki so nujne za uspešno in učinkovito oskrbo ponavljajočih se ali kroničnih duševnih motenj. Poleg tega velik del pacientov z duševnimi motnjami trpi zaradi komorbidnih stanj, ki zahtevajo širok spekter podpore. Čeprav je bilo v zadnjih desetih letih nekaj diskusij o položaju splošnih zdravnikov, še niso dobili vloge specialistov in ne igrajo pomembne vloge v usmerjanju in vodenju pacientov skozi sistem zdravstvenega varstva. Pacienti z dolgotrajnimi duševnimi motnjami bi imeli velike koristi, če bi splošni zdravniki delovali kot vratarji. (OECD, 2015)

Komuniciranje med različnimi ponudniki psihoterapevtskih storitev in bolj usklajeno načrtovanje obravnav ovira tudi nizka stopnja financiranja s strani socialnega zavarovanja. Glede na to, da so potrebe pacientov z dolgotrajnimi duševnimi motnjami pogosto raznolike in mnogovrstne, so kratkotrajne, lahko dostopne oblike pomoči, ki niso del stalne in sistematične skrbi, učinkovite samo za krajši čas. Prav tako način financiranja s strani zdravstvenega zavarovanja odvrta splošne zdravnike od tega, da bi nudili stalno podporo za okrevanje ter socialno in delovno integracijo. Svoj način dela bi lahko izboljšali, tako da bi bili glede na stroške učinkovitejši in koristnejši, če bi jih zavarovalnice s svojimi standardi in normativi bolj spodbujale k sodelovanju ter razvijanju integrirane obravnave in oblikovanju rehabilitacijskih načrtov. (OECD, 2015)

2.4. Financiranje psihoterapevtskih storitev

2.4.1. Financiranje psihoterapevtk in psihologov, ki izvajajo psihoterapijo

Najprej si pogledajmo, kakšne so v Avstriji potrebe po psihoterapiji. Duševne motnje, kot so anksioznost, depresija in somatoformne motnje, so leta 2019 na lestvici najpogostejših bolezni v Avstriji prehiteli telesne bolezni. Podatki OECD in Evropske komisije so že leta 2014 kazali, da predstavljajo duševne motnje obremenitev v višini 3,5% avstrijskega bruto domačega proizvoda (BDP), torej

4 Med poklicnima skupinama kliničnih in zdravstvenih psihologov je leta 2015 obstajalo 98%-no prekrivanje, kar je bila posledica zakonske ureditve psihološke dejavnosti iz leta 1990 (BGBl 1990/360). Ta je namreč do izteka svoje veljavnosti 30. 6. 2014 določal, da so bile teoretične vsebine obeh izobraževanj enake in so jih lahko kandidati doštudirali istočasno. Po novem psihološkem zakonu (BGBl 2013/182), ki je stopil v veljavo s 1. 7. 2014, pa imata oba programa skupen le osnovni modul, ki se potem razdeli v modul za klinično in modul za zdravstveno psihologijo, kar je do danes privedlo do večjih razlik med obema profiloma. (Sagerschnig in Tanios, 2017)

11 milijard evrov, ter posameznikom in družinam povzročajo največ trpljenja (OECD, 2015). Ta znesek se je do leta 2019 povečal na 4,3% BDP, to je na 13,9 milijarde evrov. Pandemija s covid-19 je število najpogostejših duševnih motenj povečala za 20%. Dolgoročne študije kažejo na prevalenco 25-30% duševnih motenj v toku celega življenja (Wittchen in dr., 2010), vendar v sistemu, ki je javno financiran, poišče pomoč le 30% obolelih.

V kolikor obstaja dobra struktura in s tem povezana ustrezna ponudba za nudenje psihoterapevtske pomoči, jo je pripravljena poiskati okoli polovica pacientov. Če izhajamo iz predpostavke, da letno potrebuje zdravstveno pomoč (odvisno od študije) 3-7% celotne populacije, bi psihoterapevtsko obravnavo s 25 do 40 terapevtskimi seansami potrebovalo od 1,5 do 3% Avstrijcev, torej približno 125.000 do 250.000 pacientov letno. (Löffler-Statska in Hochgerner, 2021)

V tabeli 2 je prikazano, kako je od sprejema Zakona leta 1991 pa do vključno leta 2021 rasla poraba sredstev zdravstvenega in socialnega zavarovanja za psihoterapevtske storitve. Danes avstrijske zavarovalnice plačujejo psihoterapevtkam v zasebni praksi tako, da manjšemu delu klientov povrnejo celoten strošek, večini pa le del v znesku 28,93 Evra za individualno seanso (ki drugače stane najmanj 70 Evrov) in 10,23 evra za 90-minutno skupinsko seanso (ki drugače stane povprečno 20 evrov) (glej tabelo 3). Cenik zasebnih psihoterapevtk brez koncesije ni reguliran, tako da se cena ene individualne seanse, ki običajno traja 50 minut, giblje med 70 do 150 €. ⁵ Tako je bilo že leta 2005 na celotnem avstrijskem psihoterapevtskem trgu kar okoli 220 milijonov evrov prometa (v zasebnem sektorju okoli 185 milijonov). Leta 2017 je bilo od 400.000 avstrijskih državljanov, ki bi potrebovali psihoterapijo, obravnavanih 65.000, od katerih jih je bila več kot polovica samoplačnikov (Heidegger, 2017).

Leta 2009 je znašal skupni strošek psihoterapevtskih storitev 59,7 milijonov evrov, kar je bilo 12 % več kot leta 2007. Od tega je bilo s strani zdravstveno socialnega zavarovanja financirano:

- 56 % (33,5 milijonov evrov) polno plačanih storitev, ki so jih opravila psihoterapevtska združenja (»Versorgungsvereine«) v vsaki regiji in psihosocialne ustanove, ki jih je v celotni Avstriji okoli 70;

5 Glede na posamezni terapevtski dogovor med terapevtko in klientom so možna tudi odstopanja navzdol ali navzgor, tako da številne psihoterapevke upoštevajo socialno ekonomsko stanje klientov in nudijo cenejše storitve. Obstajajo tudi posebne svetovalnice (Beratungsstellen), ki omogočajo določeno kvoto brezplačne terapije, največkrat 10 do 15 ur, včasih pa tudi dolgotrajne obravnave. To je odvisno od tega, kdo te svetovalnice vodi in kakšne so njihove finančne zmožnosti. Na Dunaju nudijo psihoterapijo, ki jo v celoti plačajo zavarovalnice, naslednje institucije: Psihoterapevtska ambulanta Univerze Sigmunda Freuda, Inštitut za globinsko psihoterapijo (Institut für Tiefenpsychologie), Dunajsko združenje za psihoterapevtsko pomoč (Wiener Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung) in Združenje za ambulantno psihoterapijo (Verein für ambulante Psychotherapie). (Psyonline.at, 2022)

- 22% (13 milijonov evrov) so za psihoterapevtske storitve v obliki polnega povračila prejeli zdravniki s PSY-3 diplomom in psihiatri;
- 21% (12,3 milijonov evrov) so kot delno povračilo v znesku 22 evrov za 50 minutno seanso prejele psihoterapevke v zasebnih praksah in
- 1% so prejele psihoterapevke, ki so delale po pogodbah v okviru socialnega zavarovanja (Hofmarcher, 2013, str. 121; OECD, 2015).

V letu 2021 pa so za psihoterapevtske storitve zavarovalnice plačale okoli 100 milijonov evrov, kar je s samoplačniškim deležem nanese najmanj 260 milijonov evrov, v kolikor računamo, da je bila povprečna cena 77 evrov na terapevtsko uro (kar je zelo nizka predpostavka glede na cene, ki se oblikujejo na trgu) (Löffler-Statska in Hochgerner, 2021).

Tabela 2

Rast porabe sredstev zdravstvenega in socialnega zavarovanja za psihoterapevtske storitve v obdobju od leta 1992 do leta 2021 (po Hrabcik in Katschnig, 2003; SV in SGKK, 2011; Grabenhofer-Eggerth in Sator, 2020; Löffler-Statska in Hochgerner, 2021)

Leto	Milijoni evrov
1992	3,20
1993	6,90
1994	8,43
1995	10,54
1996	11,85
1997	22,56
1998	24,43
1999	27,25
2000	28,63
2001	29
2004	45
2007	54,8
2009	59,7
2012	okoli 70
2014	76,4
2015	okoli 80
2021	okoli 100

Zdravstvene in socialne zavarovalnice plačujejo zasebne psihoterapevtske storitve na tri načine:

- z direktnim plačilom, kjer zavarovalnica plača psihoterapevki ali psihologu neposredno;
- s polnim povračilom, kjer mora klient najprej plačati sam in mu zavarovalnica povrne kasneje;
- z delnim povračilom, kjer zavarovalnica povrne fiksno vsoto, ostalo pa mora kriti klient (glej tabelo 3).

Tabela 3

Delno povračilo zavarovalnic za individualno, skupinsko in družinsko psihoterapijo v zasebnih praksah (stanje avgust 2021, vir Psyonline.at, 2022)

	OBLIKA TERAPIJE	TRAJANJE	DELNO POVRAČILO
Avstrijska zdravstvena blagajna (Österreichische Gesundheitskasse)	Individualna seansa	60 minut 30 minut	€ 28,93 € 16,53
	Skupinska seansa (največ 10 klientov) na osebo	135 minut 90 minut 45 minut	€ 17,57 € 10,23 € 7,23
	Družinska seansa (najmanj 3 klienti)	100 minut 75 minut	€ 51,66 € 36,68
Socialno zavarovanje – BVAEB (Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau)	Individualna seansa	do 50 minut do 25 minut	€ 40,00 € 23,34
	Skupinska seansa na osebo	90 minut 45 minut	€ 13,34 € 9,34
Socialno zavarovanje – BSVG (Bauern-Sozialversicherungsgesetz)	Individualna seansa	50 minut 25 minut	€ 40,00 € 23,34
	Skupinska seansa (največ 10 klientov) na osebo	90 minut 45 minut	€ 13,34 € 9,34
Socialno zavarovanje – GSVG (Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz)	Individualna seansa	50 minut 25 minut	€ 40,00 € 23,34
	Skupinska seansa (največ 10 klientov) na osebo	90 minut 45 minut	€ 13,34 € 9,34

V vseh primerih pa psihoterapevke za svojo storitev dobijo plačilo, kar je še posebej razveseljivo, saj se oblikovanje dogovora o financiranju drugih psihosocialnih oblik pomoči še kar izmika in vse kaže, da ga še dolgo ne bo (Hofmarcher, 2013, str. 121).

Za razliko od storitev, ki jih izvajajo zdravniki, Avstrija na državni ravni nima enotno urejenega financiranja psihoterapevtskih storitev, temveč zavarovalnice sklepajo pogodbe s posameznimi regionalnimi psihoterapevtskimi združenji, ob tem da v nobeni regiji ni osnovno varstvo duševnega zdravja financirano v celoti. Glavni razlog za takšno pomanjkljivost je, da zdravstveno zavarovanje nima sistema plačevanja na osnovi potreb, temveč po prebivalcu, kar ne zadošča. Tako so sredstva namenjena psihoterapiji običajno porabljenega že veliko pred koncem koledarskega leta, saj vsako regionalno združenje dobi plačilo za omejeno število klientov.

Poleg tega ima vsaka zvezna dežela z zavarovalnicami svoje rešitve in modele, kar povečuje zmedo, nepreglednost in negotovost pri konkretni realizaciji temeljne pravice avstrijskih državljanov do psihoterapije, otežuje pa tudi raziskovanje učinkovitosti oz. kvalitete sistema varovanja duševnega zdravja⁶. Posamezna psihoterapevka ima praviloma zagotovilo do popolnega povračila stroškov za dva do štiri kliente, kar pomeni da le-ti dobijo terapijo zastoj. V takšnem primeru mu zavarovalnica največkrat plača do 40 ur obravnave, kar je dovolj za eno leto, ker se računa na pavzo v poletnih mesecev. Obstaja možnost podaljšanja za eno leto, na kar vpliva tudi vrsta diagnoze. Ker je število klientov, ki lahko dobijo polno povračilo tako omejeno, obstajajo čakalne vrste, v kolikor niso pripravljeni biti delni samoplačniki. (Psyonline.at, 2022)

2.4.2. Financiranje zdravnikov in psihiatrov, ki izvajajo psihoterapijo

Psihiatri redko izvajajo psihoterapijo, saj se v glavnem osredotočajo na diagnostiko in zdravljenje z zdravili. Tako je bilo leta 2008, od vseh njihovih plačanih storitev, individualne in skupinske terapije le okoli 10%. Mednarodne primerjave z državami OECD kažejo, da je v Avstriji specialistična psihiatrična obravnava pacientov z duševnimi motnjami izraziteje in skoraj izključno farmakoterapevtska ter manj psihoterapevtska oziroma manj kombinirano psihoterapevtska in farmakoterapevtska. (OECD, 2015)

Avstrijski analitiki ocenjujejo kot zaskrbljujoče tudi vzorce predpisovanja psihofarmakov. Leta 2009 je dobilo recept 850.000 ljudi z duševnimi motnjami (pri tem niso všteti pacienti z demenco), kar predstavlja okoli 10% prebivalstva. Skoraj polovica predpisanih zdravil (47%) je bila antidepressivov, od leta 2006 do 2009 pa se je število ljudi, ki jih jemlje, dvignilo za 16%. V istem obdobju

6 V raziskavi, ki jo je izvedla Sophie Sagerschnig s sodelavci (2018), je bila ena ključnih ugotovitev, da kvantitativne analize podatkov o psihoterapevtskih in psihiatričnih storitvah, ki jih po regijah zavarovalnice zbirajo rutinsko, dajejo zelo različne rezultate. Zato podatkov ene zavarovalnice ni možno preprosto primerjati s podatki drugih zavarovalnic in je potrebna previdnost pri sklepanju na podlagi podatkov zgolj ene zavarovalnice. Šele s pomočjo kvalitativnih analiz so lahko dobili realnejši vpogled v situacijo, ki se skriva »za podatki« in odkrili pomembne dejavnike, ki so ključnega pomena za izboljšanje kvalitete storitev in ki jih ni bilo možno razbrati iz rutinskih podatkov. Zato opozarjajo, da se lahko izognemo enostranskemu in površnemu sklepanju le s kombinirano analizo kvalitativnih in kvantitativnih podatkov (Sagerschnig in dr., 2018, str. 6).

se je za 10% zvišalo število pacientov, ki so jim predpisali antipsihotike, medtem ko je število ljudi, ki so prejeli pomirjevala, ostalo enako. (prav tam)

Število ljudi, ki jemljejo psihofarmake, je večje v obdobju delovne dobe kot v adolescenci. Do 40. leta starosti jih jemlje 6% moških in 9% žensk, po 40. letu pa 10% moških in 18% žensk. Število ljudi, ki so jim predpisali psihoaktivna zdravila, se je med letom 2006 in 2009 zvišalo za 17%, medtem ko se je število ljudi, ki jemljejo vsa ostala zdravila, zvišalo za »samo« 6%. Tako so se stroški za psihofarmake od leta 2006 do 2009 zvišali za 30%. (prav tam)

Predpisovanje antidepresivov, antipsihotikov in pomirjeval je veliko bolj razširjeno kot psihoterapija. Psihatri in nevrologi predpišejo okoli 10% od vseh zdravil, medtem ko splošni zdravniki kar 70% in specialisti za telesne bolezni 20%. Da kar 90% psihiatričnih zdravil predpisujejo drugi zdravniki in ne psihiatri ter nevrologi, je problematično, saj so le redki splošni zdravniki usposobljeni za učinkovito predpisovanje psihofarmakov (prav tam).

Vendar pa pacienti teh zdravil ne jemljejo dolgo. Od vseh prvih receptov, ki so bili izdani leta 2009, jih je le petina po treh mesecih dobila recept ponovno. Anti-depresive je najkasneje po treh mesecih nehali jemati 50% pacientov, antipsihotike pa 46%. Okoli 10% receptov je bilo enkratnih in nikoli ponovno predpisanih. Ti podatki kažejo, da so stroški za tak način »zdravljenja« veliki, učinki pa majhni. (prav tam)

Zavedajoč se pomanjkljivosti enostranske psihiatrične obravnave duševnih motenj s posledično (hiper)medikalizacijo je leta 2019 Ministrstvo za delo, socialo, zdravje in varstvo uporabnikov (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz – BMASGK) izdalo obsežno interdisciplinarno gradivo o pomoči ljudem z depresivnimi težavami in motnjami (BMASGK, 2019). Pri pripravi gradiva je sodelovalo čez 50 uglednih strokovnjakov s področij psihiatrije, splošne medicine, psihoterapije, klinične in zdravstvene psihologije, socialnega dela, rehabilitacije, pa tudi uporabniki. Izdelali so tudi smernice za »idealno obravnavo«, iz katerih jasno izhaja, da so rezultati veliko boljši, v kolikor se ljudi, ki dobijo diagnozo »depresija«, obravnava z več perspektiv in če pomoč ne temelji zgolj na enostranskem medicinskem pristopu, kjer psihoterapija in druge oblike psihosocialne pomoči niso vključene. Podobna gradiva z nacionalnimi strokovnimi smernicami, ki v okviru zdravstvenega varstva postavljajo psihoterapevtke kot enakopravne partnerje ob bok psihiatrom, zdravnikom, kliničnim in zdravstvenim psihologom, obstajajo tudi za obravnavo nekaterih drugih duševnih motenj, npr. shizofrenije (Bundesministerium für Gesundheit, 2008), pregorelosti (Lehofer, 2011), ADHD (Bundesministerium für Gesundheit, 2013) idr.

Večino ljudi z duševnimi motnjami obravnavajo splošni zdravniki. Vendar, podobno kot v številnih drugih državah, v glavnem motnje samo zaznajo, potem pa se z njimi ne ukvarjajo. Za to je več razlogov:

- nimajo časa za poglobljene pogovore, če pa si ga slučajno vzamejo, za to niso plačani;
- imajo premalo profesionalnega znanja in usposobljenosti za takšne intervencije;
- ne zavedajo se pomembnosti napotitve pacientov z duševnimi motnjami k specialistom, ki izvajajo psihoterapijo; ni psihiatrov, ki bi bili primerno odzivni (OECD, 2015).

Psihiatrija ni dovolj integrirana v uposabljanje splošnih zdravnikov. Ker ni obvezen modul, je zato zelo kratek in ne vključuje vsebin rehabilitacije na področju duševnega zdravja. Posledica je, da splošni zdravniki niti niso usposobljeni za delo s pacienti z duševnimi motnjami niti ne znajo sodelovati v multidisciplinarnih timih ali z delodajalci svojih pacientov, tako da iz tega razloga številni pacienti na delovnih mestih trpijo zaradi hudih težav v duševnem zdravju (OECD, 2015).

Za zdravnike, ki želijo prakticirati psihosocialno medicino, obravnavati psihosomatske težave ali nuditi psihoterapijo, Avstrijska zdravniška zbornica ponuja sistem nadaljnjega izobraževanja – PSY diplome prve (PSY-1), druge (PSY-2) in tretje stopnje (PSY-3). PSY-3 usposobi zdravnike za psihoterapijo. V evalvacijah se je pokazalo, da ta sistem poveča psihiatrična znanja in zavedanje zdravnikov glede meja njihove obravnave, izboljšale so se njihove komunikacijske veščine in intervencije. Obratno pa zdravniki, ki nimajo PSY izobrazbe, precenjujejo svoje zmožnosti in sposobnosti glede skrbi za paciente z duševnimi motnjami (OECD, 2015).

Z vključitvijo v PSY izobraževanje splošni zdravniki začasno izgubijo zaupanje v svojo strokovnost, vendar pa sčasoma razvijejo nov, močnejši občutek profesionalne identitete na višji ravni. V zadnjih dveh desetletjih je okoli 1200 zdravnikov diplomiralo na PSY-3 ravni in okoli 5000 jih je opravilo vsaj eno PSY diplomsko raven (OECD, 2015).

Danes večino psihoterapevtskih storitev v okviru zdravstva opravijo psihiatri in zdravniki s PSY-3 diplomom. Njihov način psihoterapevtske obravnave se zelo razlikuje od poklicnih psihoterapevtk. Povprečna dolžina medicinske psihoterapije je 80 minut na leto v primerjavi z 10 do 12 urami psihoterapije letno, ki jo opravijo psihoterapevtke v zasebni praksi ali v regionalnih ustanovah za mentalno zdravje (»Versorgungsvereine«). Večina medicinske psihoterapije je torej enkratna intervencija, ki je ni mogoče primerjati s pravo psihoterapijo. Ker splošni zdravniki velikokrat zdravijo svoje paciente skozi daljše

obdobje, bi lahko njihovo delo imelo veliko boljše učinke, če bi jim nudili trajnejšo suportivno psihoterapevtsko pomoč. Ker so številne duševne motnje ponavljajoče se in dolgotrajne, pacienti potrebujejo nekoga, ki prevzame odgovornost za njihovo oskrbo in je dostopen (OECD, 2015).

Ljudje z duševnimi motnjami morajo čakati na psihoterapijo, katere stroški so povrnjeni v celoti ali delno, od dva do osem mesecev, odvisno od ponudnika zdravstvenih storitev na področju duševnega zdravja. Čakalna doba je odvisna tudi od tega, ali je pacient pripravljen iti h katerikoli psihoterapevtki ali pa si želi točno določeno. Prav tako je pomanjkljiv informacijski sistem, tako da mora pacient poklicati precej ponudnikov, preden si najde terapevtko. Skratka, veliko je ovir, ki zmanjšujejo dostopnost (OECD, 2015).

Po drugi strani obstaja široka ponudba triindvajsetih psihoterapevtskih pristopov, ki jih je verificirala avstrijska vlada oziroma Ministrstvo za zdravje. Večina jih temelji na psihodinamskem oziroma psihoanalitičnem pristopu, ki ima za cilj pacientov uvid v lastno doživljanje in vedenje. Prevlada dolgotrajnih, intenzivnih, na uvid usmerjenih terapij pa seveda ustvarja nove probleme. Prvič, veliko ljudi si jih ne more privoščiti. Drugič, številni psihodinamski terapevti eksplicitno odklanjajo, da bi intervenirali v pacientovem življenju, npr. v njegovi službi oziroma delovni situaciji, tako da niti ne želijo niti nočejo kontaktirati delodajalcev ali sprejeti mediacije v konfliktih na delovnem mestu. Tretjič, na uvid usmerjene terapije zahtevajo čas, niso učinkovite na kratke proge, ko se na primer pojavijo problemi na delovnem mestu. In končno, nekateri pristopi in metode, ki jih je verificiralo avstrijsko ministrstvo za zdravje, niso dovolj znanstveno podprti z dokazi (OECD, 2015).

Če povzamemo, je financiranje psihoterapije:

- zapleteno, ker obstaja preveč različnih regionalnih rešitev in veliko število ponudnikov psihoterapevtskih storitev, ki so plačani po različnih tarifah in kriterijih;
- neučinkovito, ker bi lahko številni kvalificirani psihologi in psihoterapevtke več prispevali k varovanju duševnega zdravja, če bi bila povračila stroškov terapije višja in če bi kliničnim psihologom dovolili, da izvajajo tudi terapijo;
- premalo ciljno usmerjeno na posamezne skupine pacientov;
- znanstveno nepodprto z dokazi in ni usmerjeno v to, da bi pripomoglo k bolj učinkovitemu funkcioniranju pacientov v vsakdanjem življenju;
- nebrižno do velike skupine zaposlenih z milejšimi do srednje težkimi problemi v duševnem zdravju, ki potrebujejo hiter dostop do nizkopražne psihoterapevtske obravnave;
- premajhno, ker so stroški psihoterapije še vedno nizki v primerjavi z izdatki za hospitalno ali psihofarmakološko zdravljenje. (OECD, 2015)

Posledice tega so, da je v Avstriji deležno psihoterapevtske obravnave 0,8% prebivalstva, kar je precej manj kot v Nemčiji in Švici, kjer je uporabnikov psihoterapevtskih storitev okoli 3% prebivalstva. Po raziskavi iz leta 2012 je škoda, ki nastane zaradi premajhne ponudbe psihoterapevtskih storitev in pomanjkljivih konceptov obravnave, kar 3,3 milijarde evrov (ÖBVP, 2018).

Kriteriji za celotno ali delno povračilo stroškov psihoterapevtskih storitev torej izključujejo večino avstrijskih državljanov, ki bi potrebovali tako obliko pomoči. Ustanove za zdravstveno in socialno zavarovanje se stalno bojijo, da bi s povišanjem prispevne stopnje samo povečale prihodke psihoterapevtk, uporabniki pa ne bi pridobili ničesar. Zato so v pogajanjih o reševanju neustrezne situacije dolgo zastopali stališče, da bi raje zvečali število psihoterapevtskih storitev z delnim nadomestilom, kot pa povišali znesek delnega nadomestila (OECD, 2015, str. 166).

Na drugi strani je bilo Avstrijsko krovno združenje za psihoterapijo (ÖBVP, 2011) neomajno v svojem dokazovanju, da je povišanje prispevne stopnje z 21,80 Evra na 40 evrov realno možno in je svoje stališče utemeljevalo s statističnimi podatki iz leta 2009, ko:

- se je 900.000 avstrijskih državljanov obrnilo po pomoč zaradi duševnih motenj,
- jih je 840.000 jemalo psihofarmake (okoli dve tretjini antidepressive, 22% pomirjevala in 18% antipsihotike),
- vendar jih je samo 35.000 dobilo plačane psihoterapevtske storitve,
- jih je 30.000 plačalo psihoterapijo iz lastnega žepa in dobilo delno povračilo v višini 21,80 evrov,
- jih je bilo 70.000 v stacionarni obravnavi,
- jih je bilo 78.000 zaradi duševnih motenj na bolniški in je
- 3 % prebivalcev trpelo zaradi težjih oblik duševnih motenj.

Dolgoletna prizadevanja ÖBVP so doživela delen uspeh, saj se je od 1. 9. 2018 naprej delno povračilo za individualno seanso iz Avstrijske zdravstvene blagajne zvišalo iz 21,80 na 28,93 evrov, povračilo iz blagajn socialnega zavarovanja pa na zelenih 40 Evrov (glej tabelo 3).

2.5. Izobraževanje in raziskovanje na področju psihoterapije

Zakon podrobno opredeljuje psihoterapevtsko izobraževanje, ki je dvodelno: osnovno izobraževanje ali propedeutika je skupna vsem bodočim psihoterapevtkam in traja od enega do treh let. Po končani propedeutiki se izobraževanje nadaljuje v enem od znanstveno priznanih psihoterapevtskih pristopov; to t. i. »specifično izobraževanje« (Fachspezifikum) traja od treh do šest let. V obeh delih izobraževanja so trije glavni stebri: teoretične vsebine, supervizirana praksa in osebna izkušnja. Po urah so trenutne zahteve za propedeutiko najmanj:

765 ur teorije, 50 ur osebne izkušnje, 480 ur prakse v ustanovah, kjer nudijo razne oblike zdravstvene in socialno varstvene pomoči z 20 urami supervizije (natančneje glej tabelo 4).

Tabela 4

Program propedeutike oz. uvodnega izobraževanja iz psihoterapije (Psyonline.at, 2022)

TEORIJA	765 ur
Osnove psihoterapije (zgodovinski razvoj psihoterapevtskih šol, globinsko psihološki, sistemski, kognitivno vedenjski in komunikacijski koncepti)	120
Teorije osebnosti	30
Splošna in razvojna psihologija	60
Rehabilitacija ter socialna in specialna pedagogika	30
Psihodiagnostika in psihološko izvedeništvo	60
Psihosocialne intervencije	60
Temelji somatologije in medicine, medicinska terminologija	30
Psihijatrija, psihopatologija in psihosomatika, psihoterapija otrok in mladostnikov ter gerontopsihoterapija	120
Psihofarmakologija	45
Prva pomoč	15
Osnove raziskovanja in znanstvena metodologija	75
Etika	30
Robni pogoji za izvajanje psihoterapije	90
OSEBNA IZKUŠNJA	50 ur
Individualna ali skupinska osebna izkušnja	50
PRAKSA	500 ur
Psihosocialna praksa v učnih bazah, ki so lahko organizacije oziroma zasebni delavci, ki izvajajo psihiatrično oziroma psihoterapevtsko dejavnost ter organizacije in službe za psihosocialno pomoč	480
Supervizija psihosocialne prakse	20
SKUPAJ	1315 ur

Nadalje Zakon govori o pogojih za vključitev v izobraževanje, ki, na prvi in drugi stopnji skupaj, traja najmanj sedem let. Vstop je veliko bolj odprt kot v večini evropskih dežel, saj se v študij propedeutike lahko vključi kandidatka, ki je opravila zaključni izpit na splošni ali višji poklicni šoli, med katere spada tudi šola za učitelje in vzgojitelje, ali zaključni izpit na srednji ali kakšni drugi srednješolski izobraževalni ustanovi, ter tista, ki je končala izobraževanje iz bolnišnične nege ali medicinsko tehnične službe. To pomeni, da se lahko vključi v študij propedeutike z osemnajstimi leti, medtem ko je možno v specifično izobraževanje iz psihoterapevtskih pristopov vstopiti pri starosti nad 24 let. Zakon namreč predvideva starost 28 let kot najnižjo za samostojno opravljanje poklica z licenco.

V specifično psihoterapevtsko izobraževanje se lahko vključi kandidatka, ki je uspešno zaključila psihoterapevtsko propedeutiko ali izobraževanje na akademiji za socialno delo, pedagoški akademiji, univerzitetni program glasbene terapije, edukacijo v javno priznani ustanovi za izobraževanje iz družinskega in zakonskega svetovanja ali pa je zaključila študij medicine, pedagogike, filozofije, psihologije, publicističnih in komunikacijskih ved ter teologije. Kandidatke za specifično izobraževanje morajo opraviti predmete iz osnovnih psihoterapevtskih znanj, ki jih niso absolvirale v času višješolskega ali univerzitetnega študija.

Zahteve za specialistično izobraževanje so najmanj: 400 ur teorije (300 ur splošnih vsebin in 100 ur v izbranem psihoterapevtskem pristopu), 200 ur osebne izkušnje, 550 ur psihosocialne prakse s 30 urami supervizije, 600 ur psihoterapevtske prakse s 120 urami supervizije (Psyonline.at, 2022) (glej tabelo 6). Kandidatke lahko trenutno izbirajo kar med triindvajsetimi psihoterapevtskimi pristopi, ki so na uradnem seznamu Ministrstva za zdravje (glej tabelo 5): analitična psihologija, skupinska psihoanaliza, individualna psihologija, psihoanaliza/psihoanalitična psihoterapija, psihoanalitično orientirana psihoterapija, avtogeno psihoterapija, Dasein analiza, dinamična skupinska psihoterapija, hipno psihoterapija, katatimno imaginativna psihoterapija (angl. Catathym-Imaginative Psychotherapy), koncentrativna gibalna terapija (angl. Concentrative Movement Therapy), transakcijska analiza, eksistencialna analiza, eksistencialna analiza in logoterapija, geštalt teoretična psihoterapija, integrativna geštalt terapija, integrativna terapija, na klienta usmerjena psihoterapija (angl. Client-centred Psychotherapy), na osebo usmerjena psihoterapija (angl. Person-centred Psychotherapy), psihodrama, nevrolingvistična psihoterapija, sistemska družinska terapija in vedenjska terapija (Heidegger, 2017). Med registriranimi psihoterapevtkami je največ sistemskih družinskih terapevtk.

Tabela 5
Število psihoterapevtk po zakonsko priznanih psihoterapevtskih
pristopih (stanje december 2021 po Psyonline.at, 2022)

ŠTEVILO	PSIHOTERAPEVTSKI PRISTOP (po abecednem redu)	ODSTOTEK
1.286	Brez oznake	11,0%
103	Analitična psihologija	0,9%
57	Avtogena psihoterapija	0,5%
16	Dasein analiza	0,1%
185	Dinamična skupinska psihoterapija	1,6%
570	Eksistencialna analiza	4,95%
314	Eksistencialna analiza in logoterapija	2,7%
96	Geštalt teoretična psihoterapija	0,8%
112	Skupinska psihoanaliza/psihoanalitična psihoterapija	1,0%
158	Hipnopsihoterapija	1,4%
322	Individualna psihologija	2,8%
793	Integrativna geštalt terapija	6,8%
300	Integrativna terapija	2,6%
621	Katatimno imaginativna psihoterapija	5,3%
293	Na klienta usmerjena psihoterapija	2,5%
123	Koncentrativna gibalna terapija	1,0%
21	Nevrolingvistična psihoterapija	0,2%
216	Na osebe osredotočena psihoterapija	1,9%
857	Na osebo osredotočena psihoterapija	7,4%
608	Psihoanaliza/psihoanalitična psihoterapija	5,3%
148	Psihoanalitično usmerjena psihoterapija	1,3%
526	Psihodrama	4,5%
2.449	Sistemska družinska terapija	21,1%
187	Transakcijska analiza	1,6%
1.259	Vedenjska terapija	10,8%
11.620*	SKUPAJ	100,0%

* Nekatere psihoterapevtke so prijavljene v dveh pristopih, zato je skupni seštevek višji

Zakon kar v treh členih govori o poklicnih dolžnostih psihoterapevtk. V njih povzame temeljne etične zahteve, natančneje razčlenjenih v etičnem kodeksu, ki je poleg statuta temeljni akt vsakega psihoterapevtskega združenja.

Zakon določa, da je vrhovno upravljalno telo za celotno področje psihoterapije na nacionalni ravni t. i. Psihoterapevtski svet, ki ima številne pristojnosti, na primer tudi to, da lahko odvzema licence. Svet deluje na Ministrstvu za zdravje pod okriljem zveznega kanclerja, to pomeni predsednika vlade, ki svetu predseduje in ki lahko kot svojega zastopnika določi uslužbenca svojega urada. V svetu sedijo zastopniki naslednjih ustanov: zveznega ministrstva za znanost in raziskovanje, univerzitetnih inštitutov in klinik, priznanih izvajalcev psihoterapevtskega izobraževanja, zdravniške zbornice, zvezne zbornice za obrtne vede, združenja zavarovalnic, delavske zbornice, zveze delavskih sindikatov, upravnega odbora gospodarske zbornice in Psihološkega sveta, ki prav tako deluje pod okriljem zveznega kanclerja. Skupaj je to okoli 60 članov, ki so večinoma psihoterapevtke, to je namreč pogoj, razen pri redkih izjemah (npr. zastopnik zavarovalnic ni nujno, da je po poklicu psihoterapevt ipd.). Zbornica psihoterapevtk zato v Avstriji nima nobene pomembne vloge oziroma pristojnosti.

Izobraževanja iz psihoterapije so v Avstriji v glavnem organizirana po društvih, združenjih in inštitutih za psihoterapijo, ki pa morajo imeti verifikacijo Ministrstva za zdravje. Trenutno je akreditiranih 21 ustanov, ki izvajajo propedeutiko in 40 ustanov, ki izvajajo specifično izobraževanje (seznam je dostopen na spletni strani <http://einrichtungen.ehealth.gv.at/>). Vsak pristop oziroma ustanova, ki želi biti verificirana, mora izpolniti vlogo v skladu z navodili in obrazcem ministrstva (BMASGK, 1990).

Na dan 1. 6. 2016 je bilo v specifičnih izobraževanjih 3.789 edukantov, od tega 78% edukantk. Le manjši del je bil mlajši od 31 let (19,2%). Največja skupina je bila stara med 31 in 40 let (okoli 44,7%), 36% pa jih je bilo starejših od 40 let. Trije dejavniki pojasnjujejo, zakaj je kar dobrih 80% v starostni skupini 31 in več let:

- začetek specifičnega izobraževanja je po Zakonu dovoljen s 24. leti;
- večina edukantk in edukantov se vključi v izobraževanje po zaključku drugega študija (največkrat psihologije, pedagogike, socialnega dela, medicine);
- povprečna doba študija je 5 let, ob tem da se podaljšuje nekje do 10 let.

Tako v Avstriji kot v drugih državah EU pa se v zadnjih petnajstih letih hitro večja ponudba izobraževanj s področja psihoterapije na univerzah, na primer v Gradcu, Salzburgu, Innsbrucku, na Podonavski univerzi v Kremsu in na Dunaju. Ministrstva za zdravje, šolstvo in znanost podpirajo tak razvoj, ker ne želijo le povečevati akademizacijo izobraževanj, temveč tudi zmanjševati zaostanek, do katerega je prišlo na področju raziskovanja psihoterapije.

Društva in inštituti, na katerih v Avstriji še danes poteka večji del psihoterapevtskih izobraževanj, namreč v glavnem samo izobražujejo in le malo raziskujejo.

Od sprejetja Zakona leta 1991 so se razvijali akademski podiplomski programi, le vprašanje časa pa je bilo, kdaj se bo na kateri od univerz odprl tudi dodiplomski študij psihoterapije. To se je zgodilo oktobra 2005, ko se je kar okoli 200 študentov vpisalo v fakultetni študij psihoterapevtske znanosti na zasebni Univerzi Sigmunda Freuda na Dunaju (SFU) (Fiegl, 2016; Možina, 2016; Laubreuter, 2012, 2018; Pritz in dr., 2020). Kot prvi na svetu so omogočili možnost neposrednega enovitega študija psihoterapije takoj po maturi po bolonjskem sistemu: tri leta dodiplomska in dve leti magistrska stopnja. Število ur obeh stopenj skupaj precej presega minimalne zahteve avstrijskega zakona, še posebno če upoštevamo ECTS ure, ki poleg kontaktnih ur z učitelji vključujejo tudi študentkino samostojno delo (glej tabelo 6).

Tabela 6

Primerjava med kriteriji izobraževanje iz psihoterapije po avstrijskem Zakonu o psihoterapiji in kriteriji študijskega programa Psihoterapevtska znanost Univerze Sigmunda Freuda (SFU)

	ZAKON (ure)	SFU (kontaktne ure)	SFU (ECTS ure)
Splošne vsebine ⁷	min. 765	930	2387.5
Specialistične vsebine ⁸	min. 400	min. 778,5	min. 2725
	min. 1165	min. 1708.5	min. 5112.5
OSEBNA IZKUŠNJA			
Splošne vsebine	min. 50	50	50
Specialistične vsebine	min. 200	min. 250	min. 250
	min. 250	min. 300	min. 300
PRAKSA			
Splošne vsebine	min. 480	480	480
Specialistične vsebine	min. 1150	min. 1185	min. 1185
	min. 1630	min. 1665	min. 1665
SUPERVIZIJA			
Splošne vsebine	min. 20	20	20
Specialistične vsebine	min. 130	min. 165	min. 165
	min. 150	min. 185	min. 185
SKUPAJ			
Splošne vsebine	min. 1315	1480	2937.5
Specialistične vsebine	min. 1880	min. 2378.5	min. 4325
VSE VSEBINE	min. 3195	min. 3858.5	min. 7262.5

7 Prva dva letnika bakalavreata Psihoterapevtske znanosti na SFU sta po vsebinah enaka avstrijski Propedeutiki – uvodnemu izobraževanju iz psihoterapije.

8 Tretji letnik bakalavreata in dva letnika magistrskega študija Psihoterapevtske znanosti so po vsebinah enaki specialističnemu izobraževanju iz psihoterapevskega pristopa (Fachspezifikum).

Druga velika novost, ki jo je prinesla SFU, je bila, da pod isto streho ponuja izobraževanje iz različnih psihoterapevtskih pristopov. Program prve stopnje je v prvih dveh letnikih usklajen s programom propedeutike, v tretjem letniku pa študent izbere enega od psihoterapevtskih pristopov. Na magistrski stopnji so v programu vsem psihoterapevtskim pristopom skupne vsebine in specialne vsebine, ki so vezane na izbrani pristop. Delež supervizirane psihosocialne in psihoterapevtske prakse je več kot 50% od vseh študijskih vsebin, kar pomeni, da je velik poudarek na praktičnem usposabljanju. Zato v okviru SFU deluje tudi psihoterapevtska ambulanta, ki ima enoto za odrasle in več enot za otroke in mladostnike, kjer lahko študentke opravljajo svojo psihoterapevtsko prakso pod supervizijo in ki se je na Dunaju zelo hitro uveljavila kot največja psihoterapevtska ambulanta. Trenutno se v njej zdravi okoli 2000 odraslih ter okoli 300 otrok in mladostnikov. Spekter diagnoz sega od pacientov s hudimi psihotičnimi motnjami do pacientov s splošnimi življenjskimi težavami. Kot ustrezno pripravniško ambulanto jo priznava tudi avstrijsko ministrstvo za zdravje. (Laubreuter, 2018)

Leta 2007 je Avstrijski akreditacijski svet akreditiral tudi doktorski študij psihoterapevtske znanosti na SFU, ki danes poteka tako v nemškem kot tudi angleškem jeziku. Težišče programa je na pluralističnem pristopu, ki vključuje tako kvantitativno kot tudi kvalitativno metodologijo in mešano kvalitativno-kvantitativno metodologijo (t. i. »mixed method design«). Vse povezujejo empirično, teoretično in zgodovinsko raziskovalno delo, vključno s kritičnim pregledom obstoječih raziskovalnih smeri in področij. Številni doktoranti so do danes dali veliko prispevali k razvoju psihoterapevtske znanosti, saj je SFU prva univerza na svetu, ki se primarno osredotoča na izobraževanje s tega področja (Laubreuter, 2012, 2018; Fiegl, 2016; Pritz in dr., 2020). Tako je SFU postala eno pomembnih središč raziskovanja psihoterapije v svetovnem merilu (Gelo, Pritz in Rieken, 2016).

SFU je od svoje ustanovitve do danes razširila svoje podružnice v Pariz, Berlin, Milano, Lienz in Ljubljano (Bohak, 2006ab; Možina, 2006, 2007, 2010ab, 2016), v katerih je možen vpis v študij psihoterapevtske znanosti in v druge programe, ki jih je razvila - psihologijo, medicino in pravo. Ključno v strategiji in viziji razvoja SFU je »dialoški pluralizem« tako v okviru psihoterapevtske znanosti kot tudi interdisciplinarno (Gelo in Pritz, 2020; Možina, 2021). To pomeni povežovanje in ne izključevanje, česar so se na začetku njenega delovanja bali številni neakademski inštituti in društva, na primer povežovanje med psihoterapijo kot stroko in kot znanstvenim področjem, med psihoterapevsko prakso in raziskovanjem, med univerzo ter društvi in inštituti, ki izobražujejo iz različnih pristopov (Laubreuter, 2012, 2018; Pritz in dr., 2020).

Spomladi 2010 so na SFU diplomirali prvi magistri psihoterapevske znanosti. Med njimi je bilo tudi nekaj takih, ki so začeli študirati takoj po maturi. Ko so dopolnili 28 let, so v skladu z določilom Zakona glede starosti dobili licenco. Zanimivo je, da tudi v Nemčiji, kljub takratni drugačni regulativi psihoterapije, od jeseni 2010 diplomantom psihoterapevske znanosti SFU priznavajo njihovo izobrazbo za pridobitev psihoterapevske licence, kar je bilo pomembno uradno priznanje možnosti, da lahko dobi licenco tisti, ki je študiral psihoterapijo kot prvi poklic. Hkrati je bila to že napoved velike spremembe, ki jo je potem leta 2019 prinesel novi nemški zakon o psihoterapiji, ki je neposredni dodiplomski in magistrski študij psihoterapije po srednji šoli postavil kot edino pot do poklica psihoterapevt (le zdravniki lahko še specializirajo psihoterapijo v okviru svojih specializacij) (Možina in dr., 2018b; Drevenšek, 2019).

Kot sem že omenil, je naraščajoča akademizacija psihoterapije v okviru univerz, kjer je raziskovalno delo nujen pogoj za akreditacijo univerz, fakultet in njihovih programov, tudi v Avstriji pokazala na pomanjkljivost neakademskih izvajalcev izobraževanja, saj veliko društev ali inštitutov nima svojih raziskovalnih projektov oziroma niti ne sodelujejo v projektih, kjer so nosilci druge ustanove. Zato je avstrijsko ministrstvo za delo, socialo, zdravje in varstvo uporabnikov (Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz BMSGK) objavilo smernice, v skladu s katerimi bodo redno ocenjevali raziskovalno aktivnost izvajalcev psihoterapevskih izobraževanj. Smernice so oblikovali na podlagi raziskave o trenutnem stanju raziskovanja na področju psihoterapije v Avstriji (Riess, Kern in Breyer, 2018).

2.6. Pomanjkljivosti in načrtovane posodobitve zakona o psihoterapiji

V življenju nasploh je dragoceno učenje iz napak, ne samo iz uspehov, zato je dobro, da si pogledamo tudi pomanjkljivosti avstrijskega Zakona. Ena od njih je povezana s starostnimi omejitvami. Kot sem že omenil, Zakon določa kot kriterij za vstop v izobraževanje iz propedeutike končano maturo ali poklicno šolo z zaključnim izpitom, kar je možno opraviti z osemnajstimi leti, v izobraževanje iz psihoterapevskih pristopov pa se je mogoče vključiti šele pri starosti nad 24 let. To pomeni, da morajo tisti, ki začnejo z izobraževanjem iz propedeutike z osemnajstimi leti, ko jo končajo, izobraževanje prekiniti za toliko časa, da dosežejo ustrezno starost za vstop v specialistično izobraževanje. Zakon predvideva 28 let kot najnižjo starost za samostojno opravljanje poklica z licenco (PthG 91 § 10 in 11). To je ohlapno utemeljeno s pojmom »osebna zrelost« in »potrebne življenjske izkušnje« (Kierein, Pritz in Sonneck, 1991, str. 99).

Tako razumevanje je povozil čas in hiter razvoj avstrijske psihoterapije, še posebno po uvedbi neposrednega akademskega študija psihoterapije na SFU in po sprejetju novega nemškega zakona, ki kot edino pot izobraževanja omogoča neposredni študij psihoterapije po maturi (Možina in dr., 2018b; Drevenšek, 2019). V strokovnih in javnih debatah se vedno bolj sprašujejo, kako da se lahko avstrijski maturantje z osemnajstimi leti vključujejo v študije, ki vodijo do izobrazbe za opravljanje zdravstvenih poklicev (medicina, zdravstvena nega, pedagogika, psihologija, socialno delo idr.) in nato začnejo poklic tudi opravljati. Ali zanje »osebna zrelost« ali »življenjske izkušnje« niso potrebne? Ali je poklic psihoterapevt res nekaj tako posebnega, da je zanj potrebna drugačna vrsta osebne zrelosti in življenjskih izkušenj, kot je na primer potrebna za poklic zdravnika? Kaj v zvezi s tem pomeni »zrelost« in ali je dejansko odvisna od starosti? Kaj pomeni pojem »življenjske izkušnje« in kako jih lahko ocenjujemo?

Obsežna raziskava⁹ o diplomantih dvostopenjskega študija psihoterapevske znanosti na SFU (Okorn, 2014; Fiegl, 2016; Možina, 2016) je pokazala, da zrelost ni povezana s starostjo in da izkušnje same po sebi še ne pomenijo nujno zrelosti. Ključnega pomena je, ali posameznik izkušnje lahko reflektira in ali je pripravljen na kritično samorefleksijo. Le taka kompleksna refleksija določa življenjsko učinkovitost naših izkušenj. Tako se je tudi pri mladih študentih psihoterapevske znanosti sposobnost samorefleksije pokazala kot posebej pomembna in nepogrešljiva tako za proces učne terapije kot tudi za strokovni razvoj v izobraževanju. Za razvoj te sposobnosti pa je potrebno ustvariti učno klimo, ki študente med drugim spodbuja tudi k temu, da izrazijo negotovosti, bojazni in dvome o samih sebi.

Odločanje o primernosti za vstop v izobraževanje iz psihoterapije samo na osnovi starosti ni ustrezno, temveč je bistveno navesti kriterije za ocenjevanje zrelosti in življenjskih izkušenj. Fieglova na podlagi ugotovitev študije predlaga naslednje kriterije zrelosti: zmožnost podati informacije o dosedanjem življenju, separacija od staršev, finančna neodvisnost, izpolnjevanje obveznosti, odkrivanje možnosti različnih rešitev, dobro samoopazovanje, zmožnost stati za svojim mnenjem, nejezljivost, védenje o pisanosti življenja, neodvisnost od zunanjega mnenja, občutek za resničnost in vzdržljivost.

9 Do zdaj je to v svetu najbolj poglobljena raziskava o neposrednem izobraževanju iz psihoterapije takoj po srednji šoli, saj vsebuje pet delov: kvantitativno analizo osebnostnih lastnosti bodočih psihoterapevtk na reprezentativnem vzorcu 380-tih študentk v obdobju od študijskega leta 2011/12 do 2013/14; analizo osebnostnih lastnosti, ki si jih pripisujejo študentke same, v primerjavi z rezultati testa osebnosti in želenim profilom »idealne psihoterapevtke« na naključnem vzorcu 137-tih študentk prvega letnika študija psihoterapevske znanosti; presečno analizo s pomočjo Vprašalnika za spremljanje psihoterapevtkinega razvoja na naključnem vzorcu 110-tih študentk; pogled na študentke z vidika osmih supervizork z induktivno kvalitativno analizo po Mayringu; kvalitativno analizo o stališču študentk in njihovih razlogih glede odločitve za študij psihoterapije s pomočjo intervjujev devetih študentk po metodi utemeljene teorije (angl. »grounded theory«).

Rezultati raziskave Fieglove so pokazali, kako intenzivnega procesa osebnostne rasti so sposobne mlade študentke psihoterapevtske znanosti, tako da je lahko izluščila tri razvojne faze:

- začetniško fazo, za katero je značilna radovednost in navdušenje, ki mu sledi preobremenitev in nervoza; v tem obdobju študentke pridejo do prve učne izkušnje v lastni terapiji in na koncu izberejo psihoterapevtski pristop;
- pubertetno fazo, za katero je najprej značilna idealizacija učiteljev, želja po splošno uporabnih konceptih in receptih, sledi pa kritičnost do učiteljev in teorije, prizadevanja za avtonomnost in hkrati čedalje večja negotovost, ko pod supervizijo naredijo prve korake v psihoterapevtski praksi;
- fazo razvijanja lastne identitete, ki se krepí ob nabiranju izkušenj pri delu s klienti in se kaže v razvijanju lastnega stila, vse večjih občutkih gotovosti in lažjem prenašanju negotovosti, rastočem zaupanju v lastno delo, sprejemanju lastnih meja in povezovanju teorije s prakso (Fiegl, 2016, str. 166).

Druga pomanjkljivost Zakona, ki je povezana s prvo, je, da je leta 1991 sicer odprl možnost izobraževanja za prvi poklic preko propedevtike, ne omenja pa eksplicitno akademske neposredne poti. Prav hitro razvijajoča se akademizacija psihoterapije je zato eden glavnih razlogov, da v okviru avstrijskega ministrstva za zdravje trenutno pripravljajo novelo Zakona, ki bo upoštevala spremembe, ki jih je v visokošolsko izobraževanje nasploh in tudi v izobraževanje s področja psihoterapije prinesla bolonjska reforma. V predlogu novele so navedene tri poti do poklicne psihoterapevtske izobrazbe: akademska (tri leta prva stopnja in dve leti druga), edukacijska (triletna propedevtika in štiriletna edukacija iz izbranega psihoterapevtskega pristopa) in kombinacija obeh poti (Heidegger, 2017).

Obeta se tudi sprememba sestave Psihoterapevtskega sveta. Krovno združenje ÖBVP namreč želi močnejšo zastopanost predstavnikov stroke ter prenos nekaterih pristojnosti iz sveta na Zbornico psihoterapevtk, ki ji Zakon iz leta 1991 ni dal nikakršnih pooblastil in ki naj bi s tem okrepila svojo vlogo. Nenazadnje naj bi novela spodbudila tudi boljšo organiziranost in financiranje psihoterapije v okviru javnega zdravstva ter postala del širših sprememb na področju varovanja duševnega zdravja.

2.7. OECD smernice za izboljšave na področju varovanja duševnega zdravja v Avstriji

V OECD raziskovalnem poročilu z naslovom *Duševno zdravje in delo v Avstriji* iz leta 2015, ki je bilo del širše raziskave (podobna raziskovalna poročila so naredili tudi za Avstralijo, Belgijo, Dansko, Nizozemsko, Norveško, Švedsko, Švico in Veliko Britanijo), so se osredotočili na teme, kot so: prehod iz izobraževanja

v zaposlovanje, pomoč raznih služb pri zaposlovanju, stalež in invalidnost ter kapacitete zdravstvenega sistema. V zaključku poročila so za vsako od v raziskavo vključenih držav podali smernice za izboljšave. Čeprav so izhajali predvsem s perspektive varovanja zdravja na delovnem mestu, se v smernicah kaže širša slika o problematiki duševnega zdravja, o kateri je pomembno razmišljati tudi v Sloveniji. Priporočila za Avstrijo zajemajo pet točk: premike virov, spremembe v praksah zdravljenja z zdravili, opolnomočenje splošnih zdravnikov za prevzemanje pomembnejše vloge, spremembe v financiranju psihoterapije in izboljšanje zaposlovanja v okviru varovanja duševnega zdravja (OECD, 2015, str. 173-177). Poglejmo si jih bolj podrobno.

Premiki virov naj bi bili naslednji:

- *premik virov iz specializirane somatske medicine na področje varovanja duševnega zdravja*, ker v avstrijskem zdravstvenem sistemu prevladuje stacionarna obravnava telesnih bolezni z visokim odstotkom specialistov, ki je nad OECD povprečjem. Stroški za zdravstveno oskrbo so med najvišjimi v OECD, vendar pa je število psihiatrov pod OECD povprečjem, psihiatrična pomoč za otroke in mladostnike je neustrezna, premalo je psihiatričnih oddelkov v splošnih bolnicah;
- *premik virov iz stacionarne psihiatrične obravnave na ambulantno in skupnostno skrb za duševno zdravje*, ker stacionarna psihiatrična obravnava še vedno prevladuje, za ambulantno obravnavo pa so čakalne dobe predolge;
- *premik virov na področje psihiatrije in psihoterapije otrok in mladostnikov*, ki je deficitarno; v tem okviru so zgovorne Smernice za psihoterapevtsko delo z dojenčki, otroki in mladostniki, ki jih je leta 2014 izoblikovala ekspertna skupina pri ministrstvu za zdravje, kjer je posebej poudarjeno, kako je v skladu s sodobnimi dognanji razvojne psihologije in raziskav o psihoterapiji otrok pomembno začeti preventivno in kurativno delo že z dojenčki (BMASGK, 2014);
- *premik virov iz diagnostike na terapevtsko obravnavo*, ker je diagnostika zelo razširjena ob hkratnem pomanjkanju psihiatričnih in psihoterapevtskih obravnav; veliko je kompetentnih kliničnih psihologov, ki jim ni dovoljeno zdraviti, tako da je od vseh psihiatričnih in psihoterapevtskih storitev za paciente z duševnimi motnjami skoraj polovica konzultacij in ne zdravljenj;
- *premik virov iz regionalnih prestolnic na podeželje*; na Dunaju na primer splošnim zdravnikom s PSY-3 diplomo ne priznajo psihoterapevtskih storitev, ker so zavarovalnice zaradi velikega števila psihiatrov ocenile, da niso potrebne.

Spremembe v praksah zdravljenja z zdravili naj bi bile naslednje:

- *usposabljanje splošne zdravnike za pogovorne terapije in jih za to ustrezno financirati*, ker je delež pacientov, ki jih v Avstriji zdravijo samo s psihofarmaki relativno velik in visoko nad OECD povprečjem; za številne paciente z duševnimi motnjami je najboljša kombinacija psihoterapije in zdravil, zato je potrebno spodbujati splošne zdravnike, da se usposablajo za psihološke in psihoterapevtske intervencije in obravnave;
- *usposabljanje splošne zdravnike za predpisovanje psihotropnih zdravil in omejiti predpisovanje specialistov*, ki niso strokovnjaki na področju varovanja duševnega zdravja; največ psihotropnih zdravil predpisujejo splošni zdravniki, zato morajo biti za to bolj usposobljeni;
- *izboljšati sodelovanje pacientov glede pravilne uporabe zdravil s spremljanjem (follow-up)* tako, da bodo splošni zdravniki razvili postopke za preverjanje sodelovanja.

Opolnomočenje splošnih zdravnikov za prevzemanje pomembnejše vloge naj bi vključevalo:

- *usposabljanje splošnih zdravnikov za prepoznavanje in obravnavanje problemov, povezanih z duševnim zdravjem*, saj se ljudje z duševnimi težavami največkrat obrnejo na splošne zdravnike, ki pa se ne odzivajo ustrezno;
- *usposabljanje splošnih zdravnikov za naslavljanje duševnih težav, povezanih z delovnimi mesti, in ureditev plačevanja za intervencije na delovnih mestih pacientov*, ker ne bi smeli čakati, da se bolniški staleži vlečejo, namesto da bi se zdravniki čim prej povezali z delodajalci in ukrepali na delovnih mestih pacientov;
- *izboljšanje sodelovanja med splošnimi zdravniki in specialisti*; ker so storitve specialistov v Avstriji večinoma kratke in epizodične, medtem ko imajo splošni zdravniki s svojimi pacienti običajno dolgotrajne odnose, bi to lahko postal dragocen vir za vzpostavljanje bolj kontinuirane skrbi in načinov obravnave, kjer bi splošni zdravniki izvajali programe skupaj s specialisti.

Spremembe v financiranju psihoterapije naj bi bile:

- *povečati in razširiti financiranje psihoterapevtskih storitev s polnim in delnim povračilom ter povečati znesek delnega povračila*;
- *revidirati kriterije za financiranje psihoterapije*, ki trenutno temeljijo na težavnosti duševnih motenj, ob tem pa upoštevati, da psihoterapija ni indicirana le pri dolgotrajnih in ponavljajočih se duševnih motnjah, temveč je lahko zelo učinkovita za srednje težke in lažje duševne motnje ter duševne težave; ker ima večina ljudi lažje do srednje intenzivne težave z duševnim zdravjem in niso v staležu, bi se moralo razširiti financiranje prav na njihovo psihoterapevtsko obravnavo;

- *implementirati orodja za spremljanje funkcioniranja pacientov*, saj trenutno zavarovalnice uporabljajo le diagnoze, nujno pa bi bilo za bolj učinkovito spremljanje ocenjevati še raven splošnega in socialnega funkcioniranja pacientov (npr. s pomočjo GAF lestvice v večsni DSM diagnostiki);
- *omejiti število priznanih psihoterapevtskih pristopov*, ker nekateri nimajo dovolj z raziskavami podprtih dokazov o učinkovitosti; potrebno bi bilo uvesti sisteme sprotnega spremljanja učinkovitosti v klinični praksi (t. i. povratno informirane obravnave (Prescott, Maeschalck in Miller, 2017));
- *razviti kriterije za intervencije psihoterapevtk na delovnih mestih pacientov in načine usposabljanja psihoterapevtk za tovrstne intervencije*; psihoterapevtske storitve bi bilo potrebno plačevati le tistim, ki imajo tovrstno usposabljanje in ki delajo s pacienti na tak način.

Izboljšanje zaposlovanja povezanega z varovanjem duševnega zdravja naj bi vključevalo:

- *uresničevanje nacionalne strategije varovanja duševnega zdravja*, saj je avstrijsko združenje zavarovalnic za zdravstveno in socialno varstvo razvilo pomembne strateške smernice za bolj koordinirano navigiranje skrbi za duševno zdravje, integrirane obravnave, učinkovite psihoterapije in vloge splošnih zdravnikov; te smernice je zdaj potrebno implementirati preko konkretnih akcijskih načrtov in finančnih spodbud, spremljati izvedbo za vzpostavitev na dokazih podprtih praks, predvsem pa izboljšati povezavo med različnimi oblikami obravnav in varovanjem duševnega zdravja na delovnih mestih;
- *izboljšanje psihiatrične rehabilitacije*, ki so jo v Avstriji uvedli šele pred okoli dvajsetimi leti za stacionarne paciente, ima pa zaradi svoje multidisciplinarnosti velik potencial tudi za večino ljudi z duševnimi težavami, ki še vedno delajo in imajo dobro prognozo za okrevanje; zato je potrebno psihiatrično rehabilitacijo postaviti na nove temelje, tako da bodo vključeni tudi ambulantni pacienti, da bo lahko in hitro dostopna za zaposlene paciente, da bo omogočala hitre intervencije na delovnih mestih in s tem omogočila ohranjanje zaposlitev; skratka, psihiatrična rehabilitacija se mora razširiti na paciente z zmernimi duševnimi motnjami in duševnimi težavami.

Z vidika razmer v Sloveniji, kjer glede razvitosti psihoterapije za Avstrijo močno zaostajamo, so OECD priporočila glede financiranja psihoterapije za nas še stvar prihodnosti, v kolikor bomo z zakonodajo regulirali psihoterapijo kot samostojen poklic, smernice glede premikov virov, izboljšanja zaposlovanja ter praks zdravljenja in opolnomočenja splošnih zdravnikov pa so še kako aktualna in poučna.

3. Zakonska ureditev svetovanja v Avstriji

3.1. Avstrijski zakon o življenjskem in socialnem svetovanju

V Avstriji je svetovanje urejeno z zakonom o življenjskem in socialnem svetovanju (*Verordnung des Bundesministers für Wirtschaft und Arbeit über die Zugangsvoraussetzungen für das reglementierte Gewerbe der Lebens- und Sozialberatung; skrajšano Lebens- und Sozialberatungs-Verordnung*) (RIS, 2022b) in spada pod Gospodarsko zbornico. Uradni naziv za svetovanje je torej »življenjsko in socialno svetovanje« (Lebens- und Sozialberatung) (v nadaljevanju svetovanje). Svetovanje je namenjeno iskanju rešitev glede na probleme klientov, ne vključuje dela z duševnimi motnjami in ni zdravstvena dejavnost. Kovčing je oblika svetovanja za time in vodstvene delavce. Psihoterapevtke lahko izvajajo svetovanje, svetovalci pa ne morejo izvajati psihoterapije.

Pogoji za opravljanje poklica med drugim zajemajo:

- uspešno zaključeno usposabljanje za življenjsko in socialno svetovanje v potrjeni ustanovi za usposabljanje in
- najmanj 30 ur osebne izkušnje pri kvalificirani osebi za usposabljanje in
- najmanj 750 ur dela s klienti pod supervizijo pri kvalificirani osebi za usposabljanje

ali

- uspešno zaključeno usposabljanje na eni od naslednjih ustanov:
- izobraževalna ustanova za zakonsko in družinsko svetovanje ali
- akademija za socialno delo ali primerljiva študijska smer ali
- pedagoška, poklicno pedagoška in religiozno pedagoška akademija ali
- izobraževalna ustanova za delavce v vrtcih ali
- izobraževalna ustanova za socialno pedagogiko (vzgojitelji) ali
- usposabljanje na področju zdravstvenega varstva in nege v skladu z določbami zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstveni negi ali
- humanistične ali družboslovne smeri, vključno s pravom, psihologijo, pedagogiko, filozofijo, sociologijo, medicino / zobozdravstvom, novinarstvom in komunikologijo, teologijo ali podiplomsko izobraževanje: klinični psiholog, zdravstveni psiholog ali psihoterapevtka ali študijska smer s področja »socialno delo« ali
- psihoterapevtska propedevtika v skladu s psihoterapevtskim zakonom

in

- v verificirani ustanovi za usposabljanje uspešno zaključenih:
- vsaj 240 ur predmeta »Metodologija življenjskega in socialnega svetovanja«
- vsaj 80 ur predmeta »Krizne intervencije« in
- vsaj 16 ur predmeta »Poklicna etika in poklicna identiteta« in

- najmanj 16 ur predmeta »Osnove podjetništva« in
- vsaj 24 ur predmeta »Pravna vprašanja v zvezi z življenjskim in socialnim svetovanjem«.

Znotraj svetovanja so regulirana naslednja področja: svetovanje za probleme z osebnostjo, partnerskimi odnosi, z družino, otroki, za spolne probleme in za probleme pri delu.

Svetovanje za posameznike, pare in družine vključuje:

- osebno svetovanje: analiza življenjske situacije, psihohigiena, organizacija vsakdana;
- svetovanje v konfliktih in mediacijo;
- zakonsko, partnersko in družinsko svetovanje;
- mediacijo pri razvezah in
- krizne intervencije.

Svetovanje za skupine, time in organizacije pa vključuje:

- poklicno svetovanje in karierno svetovanje;
- kovčing za time in vodstvene delavce;
- komunikacijo v timih in
- timsko supervizijo.

3.2. Izobraževanje iz življenjskega in socialnega svetovanja

Tudi izobraževanje iz življenjskega in socialnega svetovanja oziroma kovčinga ima podobne osnovne stebre kot izobraževanje iz psihoterapije:

- propedevtične vsebine (ki so skupne izobraževanju za psihoterapevtke);
- teorija psihoterapije/svetovanja/kovčinga;
- psihoterapevtska/svetovalna/kovčing praksa pod supervizijo in
- osebna izkušnja

Glavna področja izobraževanja iz svetovanja so (za natančnejši pregled glej tabelo 7):

- svetovanje za izobraževanje, poklicno svetovanje, načrtovanje kariere;
- kovčing za time in vodstvene delavce;
- svetovanje za vzgojo, svetovanje in mediacija pri konfliktih in razvezah;
- krizne intervencije;
- komunikacijski trening;
- razvijanje socialnih kompetenc;
- svetovanje za spolne težave;
- mentalni in motivacijski trening;
- menedžment življenjskega stila.

Tabela 7

Program izobraževanja in usposabljanja iz življenjskega in socialnega svetovanja v Avstriji (po RIS, 2022b).

PREDMET	Minimalno število ur
1. Uvod v življenjsko in socialno svetovanje <ul style="list-style-type: none"> Zgodovinski razvoj življenjskega in socialnega svetovanja Družbenopolitični okvir življenjskega in socialnega svetovanja Socialna filozofija in sociologija 	20
2. Skupinska osebna izkušnja	120
3. Osnove življenjskega in socialnega svetovanja na sorodnih družboslovnih, psiholoških, psihoterapevtskih, pedagoških in medicinskih področjih <ul style="list-style-type: none"> Razlike, meje in skupne točke med življenjskim in socialnim svetovanjem, psihoterapijo, psihologijo, medicino (vprašanja nosečnosti, poroda in psihatrije), pastoralno oskrbo, pedagogiko, socialnim delom in drugimi dejavnostmi na psihosocialnem področju Antropološki in filozofski temelji na sorodnih področjih Psihološki, pedagoški in komunikološko-teoretični temelji 	68
4. Metodologija življenjskega in socialnega svetovanja <ul style="list-style-type: none"> Pregled različnih modelov svetovanja individualnega, zakonskega in družinskega svetovanja Teorija in praksa življenjskega in socialnega svetovanja Psihosocialne oblike intervencij in procesna diagnostika v svetovanju Pomembne teme s področja življenjskega in socialnega svetovanja Uvod v specifične vsebine svetovanja: supervizija, osebna izkušnja, kovčing, mediacija Svetovanje po družinskem zakonu 	240
5. Krizne intervencije <ul style="list-style-type: none"> Prepoznavanje kriznih situacij Simptomatika krize Potek kriz Intervencije v različnih fazah kriz Napotitev in sodelovanje 	80
6. Pravna vprašanja v zvezi z življenjskim in socialnim svetovanjem <ul style="list-style-type: none"> Družinsko pravo Poklicno pravo Splošna pravna vprašanja 	24
7. Osnove podjetništva <ul style="list-style-type: none"> Vodenje knjig, vodenje podjetja Osnove davčnega prava Izračuni in izstavljanje računov Marketing za življenjsko in socialno svetovanje 	16

PREDMET	Minimalno število ur
8. Poklicna etika in poklicna identiteta <ul style="list-style-type: none"> Temeljna etična vprašanja Stanovska in izvedbena pravila Poklicni profil in področje delovanja Poklicna identiteta in poklicna organizacija 	16
SKUPAJ	584

Izobraževanje in usposabljanje iz svetovanja mora obsegati najmanj 584 ur, ki jih je treba opraviti v najmanj 5 semestrih v verificirani ustanovi za usposabljanje, ki pisno in ustno preverja uspešnost usposabljanja. Tako na primer akademski dodiplomski triletni program študija svetovanja na SFU precej presega minimalni kriterij glede števila ur, saj vključuje 480 ur prakse v psihosocialnih ustanovah, 100 ur svetovanja v SFU ambulantni, 100 ur supervizije in 150 ur osebne izkušnje.

Prva dva letnika študija psihoterapevtske znanosti SFU sta enaka za bodoče psihoterapevte in svetovalce, nato pa se v tretjem letniku razdelijo na dva tira. Bodoče psihoterapevte morajo po zaključeni prvi stopnji nadaljevati s študijem na podiplomski stopnji, medtem ko svetovalci s študijem zaključijo z opravljeno prvo stopnjo. Nato pa jih, v kolikor hočejo priti do licence, čaka še pripravništvo in strokovni izpit.

Glede spričevala o uspešno zaključenem izobraževanju in usposabljanju iz svetovanja so postavljene naslednje zahteve:

- V spričevalu o uspešno zaključenem usposabljanju za svetovanje mora biti vključeno:
 - tabela opravljenih ur usposabljanja,
 - podrobni kurikulum usposabljanja,
 - ime osebe, ki je poučevala predmet »Metodologija življenjskega in socialnega svetovanja«, skupaj s potrdilom o verodostojnosti,
 - ime osebe, odgovorne za vodenje osebne izkušnje v skupini, skupaj s potrdilom o verodostojnosti in
 - izrecna izjava izvajalca usposabljanja, da je kandidat dosegel minimalno število ur in da je usposabljanje vključevalo predvidene predmete in tematska področja.
- V spričevalu mora biti tudi navedeno, s katerimi ukrepi je bila zagotovljena kakovost usposabljanja. Ukrepi za zagotavljanje kakovosti se nanašajo posebno na vaje, ki temeljijo na študijah primerov iz svetovalne prakse ter na pisno in ustno preverjanje znanja in sposobnosti.
- Zaključno spričevalo mora vključevati jasno viden logo svetovalcev.

Svetovalna praksa pod supervizijo mora vključevati 750 ur, in sicer:

1. najmanj 100 svetovalnih enot (ena svetovalna enota se šteje za eno uro strokovne dejavnosti) z dnevnikom (vključno s protokolom vsaj petih začetnih pogovorov in protokolom dveh zaključenih svetovanj) in
2. vsaj 100 enot dela s klienti pod supervizijo (individualna in skupinska supervizija, s tem da se ena enota supervizije šteje za eno uro strokovne dejavnosti), od tega vsaj deset enot individualnih supervizij.

Za strokovno dejavnost v celoti se štejejo naslednje dejavnosti do navedenega maksimuma:

- strokovno svetovanje, spremljanje in mentorstvo v ustreznih praksah ali institucijah – največ 200 ur in
- sodelovanje v skupinah strokovnjakov (»skupine sošolcev« za refleksijo procesa, poglobljanje kurikulumu, diskusijo o literaturi, vaje) - največ 100 ur in
- vodenje ali tehnična pomoč na seminarjih s specifičnimi temami – največ 150 ur in
- obseg predhodnega in naknadnega dela v zvezi z navedenimi dejavnostmi - največ 150 ur.

Opravljen praksa se šteje za strokovno dejavnost, če je vsebina usposabljanja omenjenega praktičnega dela specifična za svetovanje.

Individualna in skupinska osebna izkušnja morata ustrezati zahtevam praktičnega usposabljanja, specifičnega za svetovanje, pri kvalificirani osebi za usposabljanje.

Zahteve glede kvalifikacij učiteljskega kadra za izobraževanje in usposabljanje iz svetovanja pa so naslednje:

1. Oseba za poučevanje metodologije svetovanja v okviru usposabljanja mora biti kvalificirana za opravljanje poklica življenjski in socialni svetovalci, ki ga izvaja vsaj pet let in mora opraviti vsaj 16 ur dodatnega usposabljanja na leto.
2. Oseba za poučevanje kriznih intervencij v okviru usposabljanja mora biti kvalificirana za opravljanje poklica klinični psiholog, psihoterapevt ali specialist psihiatrije, ki ga izvaja vsaj 5 let in mora opraviti vsaj 16 ur dodatnega usposabljanja na leto.
3. Oseba za vodenje individualne in skupinske osebne izkušnje v okviru usposabljanja mora biti kvalificirana za opravljanje poklica življenjski in socialni svetovalci, mora imeti opravljenih 250 ur individualne in skupinske osebne izkušnje ali mora biti kvalificirana za opravljanje poklica klinični psiholog ali psihoterapevt, ki ga opravlja vsaj 5 let in mora opraviti vsaj 16 ur dodatnega usposabljanja na leto.
4. Oseba, pri kateri lahko kandidati med usposabljanjem opravijo individualno in skupinsko supervizijo, mora biti kvalificirana za opravljanje poklica

življenjski in socialni svetovalci in mora imeti opravljenih 100 ur dodatnega usposabljanja s področja supervizije ali mora biti kvalificirana za opravljanje poklica klinični psiholog ali psihoterapevt, ki ga opravlja vsaj 5 let in mora opraviti vsaj 16 ur dodatnega usposabljanja na leto.

Usposabljanje poteka na verificirani ustanovi za poklicno usposabljanje. Verifikacijo te ustanove opravlja organ, ki ga je ustanovila Gospodarska zbornica. Ta organ mora tudi izvajati stalne evalvacije ustanov za usposabljanje. Ustanova za usposabljanje mora zagotavljati kvaliteto usposabljanja in opraviti pisne evalvacije usposabljanja.

3.3. Sodelovalen in komplementaren odnos med psihoterapijo in svetovanjem

Avstrija je primer države, kjer je odnos med psihoterapijo in svetovanjem sodelovalen in komplementaren (Bitzer-Gavornik, 2012). Sprejeto je stališče, da so razlike med obema vejama pogovornih oblik pomoči predvsem zgodovinske narave (glede na njun izvor), deloma pa so nastale tudi zaradi uporabe v različnih okoljih (Schlippe in Schweitzer, 2003; Brüggemann, Ehret-Ivanovic in Klütmann, 2014). Psihoterapija se je bolj uporabljala v okviru zdravstvenega varstva, svetovanje pa v okviru socialnega varstva in v delovnih okoljih. Danes se tako psihoterapija kot svetovanje uporabljata v različnih resorjih, ob zdravstvenem in socialno varstvenem resorju tudi v vzgoji in izobraževanju, športu, pravosodju in gospodarstvu (Mönkeberg, 2019). Tako je na primer danes psihoedukativno svetovanje sestavni del psihoterapevtskih obravnav pri raznih duševnih motnjah in telesnih boleznih (Gouzoulis-Mayfrank, 2007; D'Amelio in dr., 2008; Rabovsky in Stoppe, 2008; von Wachter in Hendrichske, 2016).

4. Kaj se lahko za normativno ureditev psihoterapije in svetovanja v Sloveniji naučimo iz avstrijskega primera?

Poglejmo si trinajst možnih naukov, ki jih lahko potegnemo iz do sedaj prikazanega gradiva o normativni ureditvi psihoterapije in svetovanja v Avstriji.

4.1. Psihoterapija je samostojen poklic in avtonomna znanstvena disciplina

Dokler ne bomo v Sloveniji po avstrijskem zgledu psihoterapije opredelili kot samostojen poklic, ne bomo imeli temelja, na katerem bi lahko, glede na obstoječe razmere, gradili smiselno normativno ureditev. Avstrijski primer nam namreč

jasno kaže, da se le tako lahko poveča število psihoterapevtov, saj se poveča interes za izobraževanje iz psihoterapije, poveča se priliv proračunskih sredstev za psihoterapijo in izboljša dostopnost do psihoterapevtskih storitev. Čeprav zakon sam seveda ni magična rešitev za velike probleme in izzive na področju duševnega zdravja, s katerimi se soočajo sodobne družbe (spomnimo se samo pomanjkljivosti, v zvezi s katerimi je ekspertna skupina OECD izdala priporočila za izboljšave (2015)) in čeprav lahko poklicni psihoterapevti k njihovem reševanju prispevajo le majhen del, je ta nepogrešljiv.

Priznanje psihoterapije kot samostojnega poklica pa hkrati postavi nov okvir izobraževalnim potem. V dvajsetem stoletju so se te poti v veliki meri akademizirale, tako na dodiplomski kot podiplomski stopnji. Psihoterapija danes ni le stroka, temveč tudi samostojna znanstvena disciplina, katere razvoj lahko, kot smo videli na primeru Avstrije, zakon dodatno spodbudi (Laubreuter, 2012, 2018). Kljub temu da pri nas nimamo zakona, pa je že prišlo do akademizacije izobraževanj iz psihoterapije in svetovanja na Teološki fakulteti Univerze v Ljubljani, Fakulteti za uporabne družbene študije v Novi Gorici in na SFU Ljubljana, ki jih bo nova normativna ureditev psihoterapije pri nas morala upoštevati in izkoristiti.

4.2. **Neposredni študij psihoterapije takoj po maturi je ključna izobraževalna pot**

V kolikor bi zakonsko opredelili psihoterapijo kot samostojen poklic, bi se med mladimi počeval interes psihoterapijo kot prvi poklic in s tem za vpis v programe izobraževanja iz psihoterapije takoj po maturi. Tudi glede tega so avstrijske izkušnje zgovorne. Novela avstrijskega Zakona namreč kot eno najpomembnejših dopolnitev prinaša potrditev treh (že obstoječih) poti izobraževanja iz psihoterapije: akademsko na fakultetah, edukacijsko po društvih in inštitutih ter kombinacijo obeh poti. Priznali bodo torej novo možnost neposrednega študija psihoterapije na fakultetah, ki jo je kot prva od leta 2005 uvedla SFU, in pa kombinacijo te nove poti s staro, ki še vedno poteka po društvih in inštitutih.

Žal pravna ureditev v Sloveniji ne omogoča, da bi v zakonski ureditvi psihoterapije obstoječe izobraževalne programe po društvih in inštitutih upoštevali kot enakovredne akademskim. Fakultete in njihovi študijski programi gredo namreč skozi zahtevne akreditacijske postopke, ki jih izvaja Nacionalna agencija Republike Slovenije za kakovost v visokem šolstvu (NAKVIS). Obstoječi zavodi, v katerih potekajo izobraževanja iz psihoterapije, bi zato morali v zakonsko določenem prehodnem obdobju najprej preko akreditacije v okviru NAKVISA dobiti status visokošolskega zavoda/fakultete in nato v naslednjem koraku akreditirati še svoje programe. V kolikor bomo v Sloveniji sprejeli

zakon, bomo torej po prehodnem obdobju, ko bo imel vsak obstoječi zavod priložnost izpeljati svojo akreditacijo, morali kot edino možno pot izobraževanja določiti akademsko pot v okviru fakultet (triletni dodiplomski in dvoletni magistrski študij), kar zahteva tudi novi nemški zakon o psihoterapiji (Možina in dr., 2018b; Drevenšek, 2019). Če bomo sledili avstrijskemu in nemškemu zgledu, se bodo poleg obstoječih možnosti študijev na Teološki fakulteti in SFU Ljubljana, gotovo začele odpirati tudi nove fakultete in novi študijski programi za psihoterapijo.

Debate in raziskave, ki so se ob vprašanju primerne starosti in izkušenosti za študij in izvajanje psihoterapije pokrenile v Avstriji, so pripeljale do tega, da bo novela ukinila starostne omejitve iz starega Zakona. Ker so se tudi v Sloveniji, tako v strokovnih kot laičnih krogih, pokrenile podobne razprave o primerni starosti za študij in izvajanje psihoterapije, nam je lahko tudi v tem oziru njihova novela dober zgled. Skrajni čas je, da še bolj kot do zdaj podpremo možnost študija psihoterapije takoj po maturi. Tudi zato, ker je v zadnjih letih prišlo tudi do presenetljivih empiričnih izsledkov o vplivu starosti terapevtov na izide terapij, ki je prav obraten od prevladujočih prepričanj. Najprej so meta analize pokazale, da starost, podobno kot spol in rasa, ni povezana z izidi terapij (Wampold in Imel, 2015), nato pa se je pokazal celo negativen vpliv starosti. Terapevti so namreč z leti nagnjeni k temu, da začnejo povečevati svojo uspešnost in jo jemljejo za preveč samoumevno. Posledično se zmanjša njihova učinkovitost in pripravljenost za poglobljeno delo s klienti (Goldberg in dr., 2016).

4.3. **Za izvajanje psihoterapije in dobro dostopnost do psihoterapevtskih storitev je potrebno dovolj veliko število psihoterapevtov in drugih strokovnjakov, ki so dodatno usposobljeni za psihoterapijo**

Videli smo, da sta v Avstriji, kljub več kot 11.000 registriranim psihoterapevtkam, obseg in dostopnost do psihoterapevtskih storitev še vedno premajhna, med drugim tudi zato, ker je po raziskavi Sophie Sagerschnig in Aide Tanios (2017) velik del registriranih psihoterapevtk neaktiven. V Sloveniji je, v primerjavi z Avstrijo, ponudba psihoterapevtskih storitev drastično manjša, saj je psihoterapevtov, usposobljenih po kriterijih za samostojen poklic, le okoli 300 (morali pa bi jih imeli okoli 2000, če naj bi izpolnili kriterij SZO - en psihoterapevt na 1000 prebivalcev), obenem pa jih le okoli 50 izvaja psihoterapijo s polnim delovnim časom (natančnih podatkov nimamo, ker nimamo nacionalnega registra).

Glede števila svetovalcev pa izkušnje evropskih dežel z normativno urejenim svetovanjem kažejo potrebo po nekajkrat večjem številu (Bitzer-Gavornik, 2012), tako da bi jih Slovenija potrebovala najmanj 6000. To pa bi bilo približno enako število, kot je aktivnih slovenskih zdravnikov (6838 v letu 2021

(Zdravniška zbornica Slovenije, 2021)). Zakonska ureditev psihoterapije in svetovanja kot samostojnih poklicev bi, tako kot se je zgodilo v Avstriji, zagotovo močno povečala število psihoterapevtov in svetovalcev.

Koliko pa izvajajo psihoterapevtske storitve drugi strokovnjaki, ki so se dodatno usposobili iz psihoterapije? Zelo malo, saj jih je primanjkuje (Možina in Okorn, 2022). Premalo je psihiatrov in (kliničnih) psihologov (Čoderl Dobnik, 2017), ki trenutno pri nas edini za izvajanje psihoterapije dobijo plačilo iz javnih sredstev. Za večino je psihoterapija obrobna dejavnost ob službi ali pa predstavlja manjši del službenih obveznosti. Tako je na primer le peščica slovenskih psihiatrov po bolnicah in ambulantah usposobljena za psihoterapijo, pa še ti opravljajo v glavnem psihiatrične storitve in le v manjšem obsegu psihoterapevtske. Čakalne dobe za psihoterapijo so tako v javnem zdravstvu od enega leta do dveh (SZO, 2020). Leta 2021 smo imeli registriranih 293 psihiatrov za odrasle (od tega 251 javnih in 42 zasebnih), 61 pedopsihiatrov (53 javnih in 8 zasebnih), 126 kliničnih psihologov (113 javnih in 13 zasebnih) ter 359 psihologov (348 javnih in 11 zasebnih) (Kamenarič, 2021). Obenem pa v Sloveniji nimamo zdravstvenih psihologov, ki jih je v Avstriji veliko in bi lahko tudi pri nas pomembno prispevali k širjenju ponudbe psihoterapevtskih storitev.

Zgovorni so podatki o pomanjkanju strokovnjakov za duševno zdravje v Sloveniji, podani v poročilu misije Regionalnega urada SZO (SZO, 2020). Leta 2017 je imela Slovenija nekaj več kot 1.500 strokovnjakov za duševno zdravje, ki so delali tako v javnem sistemu kot zunaj njega, kar je pomenilo približno 75 na 100.000 prebivalcev: 36,73, torej skoraj polovica (v letu 2020 40,5), je bila medicinskih sester, 12 je bilo psihiatrov (istega leta sta jih imeli Avstrija 19 in Nemčija 27) in 9,3 psihologov. Število psihiatrov je v zadnjih letih naraščalo, a je v primerjavi z drugimi državami še vedno pod evropskim povprečjem. Večina kadra je opravljala delo v psihiatričnih bolnicah, na primer 134 od 215 specialistov psihiatrije ter 17 od 32 specialistov otroške in mladostniške psihiatrije. Število specialistov klinične psihologije je bilo še nižje (skupaj 96, potrebnih pa bi bilo 300), od tega jih je 40 delalo v bolnišnicah.

Tako je poleg pomanjkanja strokovnjakov drugi veliki problem prevelika koncentracija specialistov v psihiatričnih bolnišnicah in njihovo pomanjkanje na primarni ravni zdravstvenega varstva. Le 44 psihiatrov, 9 specialistov otroške in mladostniške psihiatrije in 46 specialistov klinične psihologije je delalo na primarni ravni (v zdravstvenih domovih). Od 54 specializantov psihiatrije jih je 48 delalo v bolnišnicah in le 6 v zdravstvu na primarni ravni. Od 22 specializantov otroške in mladostniške psihiatrije pa jih je bilo v bolnišnicah zaposlenih 13 in zgolj 9 v zdravstvu na primarni ravni. Specialisti, ki so delali v specializiranih ustanovah za duševno zdravje ali na bolnišničnih oddelkih, so pogosto

opravljali dodatno pogodbeno delo v drugih zdravstvenih ustanovah. Od 191 specialistov, ki so delali v specializiranih psihiatričnih bolnišnicah ali na psihiatričnih oddelkih, jih je imelo 128 podpisane pogodbe o izvajanju storitev tudi v drugih zdravstvenih ustanovah, večinoma na primarni ravni, kar kaže, da je bila v zdravstvu na primarni ravni velika potreba po specialistih. (SZO, 2020)

Pomanjkanje in slaba razporeditev drugih strokovnjakov, ki bi lahko nudili psihoterapevtske storitve, sta samo še dodatna razloga, da je potrebno čimprej slediti avstrijskemu zgledu ter zakonsko urediti psihoterapijo kot samostojen poklic in s tem podpreti že obstoječo pot akademskega izobraževanja za psihoterapijo kot prvi poklic. Ob velikem pomanjkanju poklicnih psihoterapevtov lahko le zakon dovolj poveča njihovo število in z več kot tridesetletnim zaostankom končno le vključi psihoterapevte in svetovalce v javno mrežo strokovnjakov, ki pomagajo preko pogovora oziroma preko t. i. »pogovornih terapij« (Marx, Benecke in Gumz, 2017).

4.4. **Za normativno ureditev psihoterapije in integracijo skrbi za duševno zdravje je nujno medresorsko sodelovanje**

V organizaciji ministrstev lahko opazimo pomembno razliko med avstrijsko in slovensko ureditvijo. Pri nas je ministrstvo za zdravje ločeno od ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, v Avstriji pa so socialne zadeve in socialno varstvo, zdravje ter zaščita uporabnikov pod okriljem enega ministrstva. Ker je za kvalitetno normativno urejanje psihoterapije in nasploh duševnega zdravlja nujno medresorsko sodelovanje med področji zdravstva in socialnega varstva (pa tudi vzgoje in izobraževanja, športa, pravosodja ter gospodarstva), se je kot eden glavnih problemov pri dosedanjih poskusih priprave slovenskega zakona o psihoterapiji pokazal prav razcep med zdravstvom in socialo, ki je v Avstriji, tudi zaradi drugačne strukture ministrstev, manjši.

Izrazito se je razcep pokazal že pri odlaganju sprejetja Zakona o duševnem zdravju, ki naj bi prinesel predvsem boljšo usklajenost obeh področij. Ko je bil z večletno zamudo, leta 2008, končno le potrjen, se je takoj pokazalo, da še naprej ohranja primat psihiatričnih bolnic in s tem utečene denarne tokove¹⁰, ki onemogočajo učinkovito financiranje in širitev t. i. »skupnostne psihiatrije« oz. »skupnostne skrbi« (Možina, 2004; Bregar in Peterka Novak, 2011; Švab in Švab, 2013; Možina in Okorn, 2022). Ta bi morala po evropskih smernicah postati temelj kvalitetne skrbi za ljudi s hudimi in dolgotrajnimi duševnimi težavami, bolnišnična

¹⁰ Poleg neusklojenega finančnega načrtovanja izdatkov ministrstva za zdravje in ministrstva za socialo je druga težava povezana z mehanizmi za poplačila izvajalcev storitev, ki so osredotočeni na količino namesto na kakovost. Tako se na primer na ravni bolnišnice opravi plačilo za vsak obravnavani primer, pri tem pa niso upoštevani kazalniki kakovosti ali uspešnosti (SZO, 2020).

oskrba pa le majhen del v okviru skupnostne skrbi (Semrau in dr., 2011). Čeprav Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (ReNPDZ18–28) (v nadaljevanju Resolucija), ki jo je sprejel Državni zbor 27. marca 2018, poziva k preusmeritvi sredstev v skupnostno skrb, je večji delež sredstev še vedno namenjen psihiatričnim bolnišnicam in zavodom za dolgotrajno oskrbo. Približni deleži posameznih izdatkov za duševno zdravje v Sloveniji leta 2020 so namreč bili: psihiatrične bolnišnice 40–60 %, skupnostne storitve na področju duševnega zdravja 21–40 %, oskrba na področju duševnega zdravja v splošnih bolnišnicah 6–10 %, oskrba na področju duševnega zdravja na primarni ravni 6–10 % in promocija duševnega zdravja manj kot 5 % (SZO, 2020).

Tako tudi Resolucija, v kateri je eden od strateških ciljev medresorska normativna ureditev psihoterapije in svetovanja, zaenkrat ni prinesla premostitve velikih prepadov, ki med ministrstvi še bolj izrazito kot običajno zavezajo vedno znova takrat, ko bi se naj lotili usklajenih ukrepov za varovanje duševnega zdravja in drugih medresorskih problemov, kot je npr. dolgotrajna oskrba ali varstvo starejših. Jalova tolažba nam je lahko le to, da nismo edini s takimi problemi. Dovolj je, da pogledamo na Hrvaško, kjer se psihoterapevti po sprejetju zakona o psihoterapiji leta 2018 pod okriljem Ministrstva za socialne zadeve (Možina in dr., 2018b; Prevendar, 2018, 2019) soočajo z zaprtostjo zdravstvenega sistema in ministrstva za zdravje, kjer imajo, ko gre za duševno zdravje, glavno besedo psihiatri in klinični psihologi (Morović, 2022). Tem pa so poklicni psihoterapevti trn v peti ter jih nikakor nočejo priznati kot strokovno enakovredne in komplementarne sodelavce.

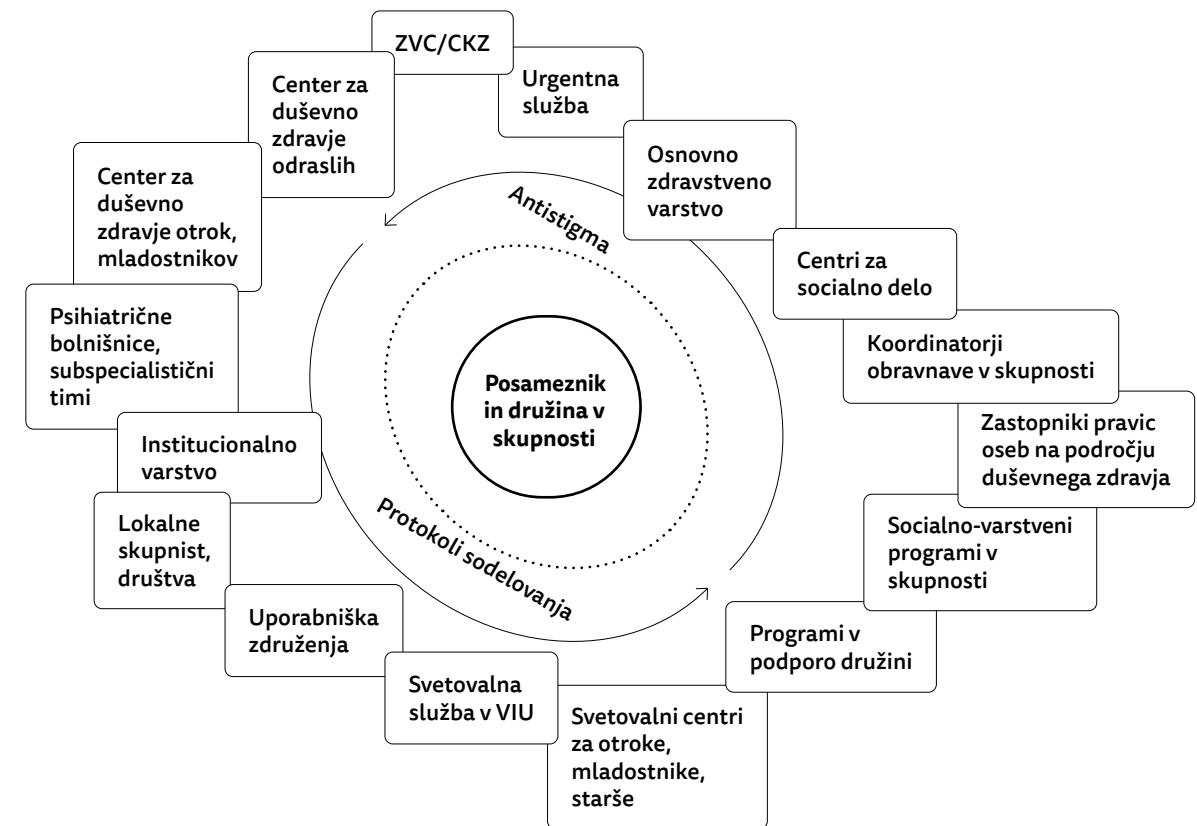
4.5. Sodelovanje med različnimi strokovnjaki in službami za duševno zdravje je ključnega pomena za preprečevanje fragmentacije

Ob vse večji profiliranosti in (sub)specializaciji zdravstvenih in socialno varstvenih storitev je tudi na področju varovanja duševnega zdravja ena od splošnih težav fragmentacija, ki se ji tudi Avstrija kljub veliko večji razvitosti v primerjavi s Slovenijo, ni mogla izogniti. Ko se posamezni strokovni profili, npr. splošni zdravniki, psihiatri, (klinični) psihologi, psihoterapevti, socialni delavci, svetovalci, pedagogi, velikokrat zapirajo v svoje stolpe, ne bi smeli pozabiti, da število ljudi, ki potrebujejo pomoč za povrnitev ali ohranjanje duševnega zdravja, skokovito narašča. Tudi avstrijske statistike kažejo ta trend, ki je žal globalen. Dela je torej več kot dovolj za vse, zato je nesmiselno in celo škodljivo za posamezne stroke, službe, družbene sektorje kot tudi za družbo kot celoto, če katerakoli poklicna skupina ali služba poskuša izrivati druge ali se postavljati v privilegiran položaj.

V preprečevanju negativnih učinkov fragmentacije je pomembno nenehno spodbujati integracijo znotraj preventivnih, kurativnih in rehabilitacijskih obravnav ter med njimi, razvijati multidisciplinarne in medsektorske time ter sodelovanje na mikro (med posameznimi strokovnjaki), mezo (med službami, organizacijami in ustanovami) in makro ravni (med različnimi ministrstvi oz. resorji). Ko pogledamo, koliko služb se po Sloveniji ukvarja z duševnim zdravjem na regionalni ravni, se jasno pokaže potreba po njihovem mreženju (glej sliko 1) (Vinko in dr., 2019, str. 19). Za vsako od njih velja, seveda tudi za tiste, ki nudijo psihoterapevtske storitve, da bodo učinkovite le, v kolikor bodo delovale usklajeno s širšo mrežo.

Slika 1

Regionalna mreža služb za duševno zdravje



Le medresorsko usklajena ureditev psihoterapevtske dejavnosti in njena umestitev v mrežo služb za duševno zdravje, ki bi jo v sedanji postavitvi slovenskih ministrstev lahko pripravila medresorska delovna skupina, bi lahko zmanjšala fragmentacijo znotraj strok in med njimi preko integracije obravnav, ki jih opravljajo različni strokovni profili na spektru od preventive preko zdravljenja do dolgotrajne oskrbe.

4.6. **Za kvalitetno opravljanje psihoterapije morajo biti zdravniki, psihiatri in (klinični) psihologi dodatno usposobljeni**

Na primeru Avstrije, ki je za zdravnike razvila usposabljanje iz psihoterapevtske medicine, kot tudi Nemčije (DGPPN, 1997; BPTK, 2017), kjer se lahko vsak zdravnik odloči za specializacijo iz psihoterapije, lahko vidimo, kako je možno na podlagi zakonov in pravilnikov zdravnikom predpisati dodatno izobraževanje, s katerim za kvalitetnejše delo s pacienti z duševnimi motnjami pridobijo ustrezna psihoterapevtska znanja in veščine, saj so brez njih veliko manj učinkoviti ter glede na izračun stroškov in koristi za družbo veliko dražji. V obeh državah se že desetletja ne sprašujejo več, ali bi psihiatri (in seveda tudi psihologi) morda vseeno lahko opravljali psihoterapijo brez ustreznega dodatnega usposabljanja po standardih psihoterapije kot samostojnega poklica, kot se to dogaja pri nas in na Hrvaškem, kjer so psihiatri in psihologi kljub zakonski ureditvi psihoterapije kot samostojnega poklica izsilili poseben položaj (Možina in dr., 2018b; Morović, 2022). Na ta način so okrepili razcep med po njihovem mnenju manjvredno psihoterapijo, ki se lahko opravlja pod okriljem ministrstva za socialne zadeve, in večvredno psihoterapijo, ki jo opravljajo sami v zdravstvenih ustanovah pod okriljem ministrstva za zdravje. Temu bi se morali v Sloveniji vsekakor izogniti.

Tudi zato, ker avstrijski primer ponuja še en pomemben nauk. Kljub izboljšavam, ki jih je v Avstriji prineslo usposabljanje iz psihoterapevtske medicine, se namreč način psihoterapevtske obravnave, ki jo izvajajo psihiatri in zdravniki s PSY-3 diplomom, zelo razlikuje od tiste, ki jo izvajajo poklicni psihoterapevti. Večina avstrijske medicinske psihoterapije je namreč enkratna intervencija, ki je ni mogoče primerjati s strokovno korektno izvedeno psihoterapijo. Iz tega je moč sklepati, da bi bila tudi v Sloveniji normativna ureditev psihoterapije, ki bi v okviru zdravstva omogočila izvajanje psihoterapevtske dejavnosti samo zdravnikom, psihiatrom in (kliničnim) psihologom z opravljenim dodatnim izobraževanjem iz psihoterapije, le delna rešitev, saj jih primanjkuje in za izvajanje psihoterapije ne bi imeli časa, kot ga nimajo že v obstoječem sistemu.

Podobno kot v Avstriji tudi pri nas večina ljudi z duševnimi težavami in motnjami najprej poišče pomoč pri splošnih zdravnikih oz. zdravnikih družinske medicine (Rifel in dr., 2008). Njihovo pomanjkanje je eden glavnih problemov

na ravni osnovnega zdravstvenega varstva (Računsko sodišče Republike Slovenije, 2021) in med glavnimi razlogi za dolge čakalne dobe (Rotar Pavlič, Švab in Brinovec Pribakovič, 2015; OECD, 2019; Zabukovec, 2020) ter pomanjkljivo preventivno in kurativno delo na področju duševnega zdravja (Kersnik in dr., 2009; Poplas Susič, Kersnik in Kolšek, 2010; Farkaš Lainščak, Buzeti in Maučec Zakotnik, 2015; Farkaš Lainščak, 2016). Zato je nujno čimprej zagotoviti, da v sistemu zdravstvenega varstva (in seveda tudi v sistemu socialnega varstva, vzgoje in izobraževanja, športa, pravosodja in gospodarstva) dobijo svoje mesto tudi poklicni psihoterapevti in svetovalci, ki bodo poleg ustrezne usposobljenosti lahko ponudili uporabnikom kaj več kot enkratne ali posamezne intervencije (Možina, 2008).

4.7. **Zbornica psihoterapevtov z obveznim članstvom je najvišji strokovni organ za urejanje psihoterapevtske poklicne dejavnosti**

Kot sem že omenil, se je z leti v Avstriji pokazala pomanjkljivost, da je Zakon vsa ključna pooblastila za urejanje področja psihoterapije dal Psihoterapevtskemu svetu in ne Zbornici psihoterapevtk, ki nima obveznega članstva in ima zato zelo omejen vpliv, kar bodo popravili v noveli Zakona. Iz tega se lahko naučimo, kako pomembno je obvezno članstvo v Zbornici, da bi lahko izvajala najvišjo strokovno funkcijo urejanja psihoterapevtske poklicne dejavnosti. Le v tem primeru pogoje za njeno delo zagotavlja država, saj zbornica nalog ne izvršuje le v interesu svojih članov, ampak tudi v javnem interesu. Z obveznim članstvom se namreč zagotavlja njena reprezentativnost (vsi psihoterapevti so njeni člani), kar ji omogoča lažji dialog z državo in s tem stabilnost pri urejanju medsebojnih razmerij, vključno s financiranjem, zlasti s financiranjem izvajanja javnih pooblastil. Slednje je poleg z zakonom določene obveznosti plačevanja članarin ključni vir njene trajnosti in stabilnosti. Na ta način se poleg ene od osnovnih nalog zbornice, namreč da štiti poslovne in strokovne interese svojih članov, zagotavlja tudi varstvo pravic posameznikov, ki so jim dejavnosti, za katerih nemoteno zagotavljanje se Zbornica ustanovi, v prvi vrsti tudi namenjene (klienti, pacienti oziroma uporabniki psihoterapevtskih storitev).

Ker poklicne zbornice v Sloveniji v prvi vrsti izvirajo iz društvene organiziranosti, ki je še posebej ključna za področje psihoterapije, saj so se zaradi (pre)dolge odsotnosti normativne ureditve tega področja ustanovila močna društva, zasebni zavodi in druge oblike nevladnih organizacij ter njihova združenja in druge oblike povezovanja, bi bilo prav, da bi se ta pestrost ohranila v organiziranosti Zbornice (enakopravna zastopanost vseh oblik civilnodružbene organiziranosti psihoterapevtov) na eni strani, in v možnosti njihovega nadaljnega obstoja tudi po zakonko določenem prehodnem obdobju, na drugi. Za društva, ki imajo

danes organizirano izobraževanje, in ki bi se po sprejetju zakona ne želela ali ne zmogla vključiti v akademski študij psihoterapije, bi bilo mogoče in zato tudi treba uzakoniti možnost za njihovo vključitev v sistem dodatnega in rednega usposabljanja psihoterapevtov v okviru Zbornice.

4.8. **Pomembno je povečati obseg in dostopnost nizkopražne psihoterapije**

Avstrijsko ministrstvo za delo, socialo, zdravje in varstvo uporabnikov v svojih pripravah novele Zakona upošteva empirično podprto dejstvo o učinkovitosti t. i. »nizkopražne psihoterapije« pri obravnavi blažjih in zmernih duševnih motenj. Zato nameravajo v sistemu financiranja več sredstev nameniti zanjo, kajti tudi sami imajo podoben problem kot v Sloveniji, namreč obrnjeno piramido financiranja, tako da največ sredstev porabijo za bolnišnične in specialistične storitve, premalo pa za univerzalno, selektivno in indicirano preventivo ter zgodnje prepoznavanje znakov duševnih motenj in njihovo zgodnje zdravljenje. Povečanje obsega nizkopražne psihoterapije bi pomembno pripomoglo k obračanju piramide. Nedavna slovenska raziskava na neslučajnostnem, priročnem vzorcu 300 oseb, je na primer pokazala, da kljub temu, da pri nas prevladuje medikalizacija varstva duševnega zdravja, se večina ljudi z blažjimi in zmernimi duševnimi motnjami najpogosteje obrne po pomoč k psihoterapevtu (Mijatović, 2018). To pomeni, da bi tudi pri nas morali povečati obseg in dostopnost nizkopražne psihoterapije.

Hkrati ne smemo pozabiti, da je avstrijsko ministrstvo za zdravje hkrati pristojno za področje sociale in dela, kar pomeni, da imajo namen uvajati nizkopražno psihoterapijo tudi na področjih socialnega varstva in varstva duševnega zdravja na delovnih mestih. Pomembno je, da podobno rešitev uvedemo tudi v Sloveniji, s tem da je potrebno vključiti tudi področja vzgoje in izobraževanja, športa, pravosodja in gospodarstva kot izjemno pomembnih za uvajanje nizkopražne psihoterapije in svetovanja.

4.9. **Psihoterapija mora biti enakomerno dostopna tako v mestih kot na podeželju**

Ne samo v Avstriji, temveč tudi po drugih evropskih državah, vključno s Slovenijo, je tipična večja gostota psihoterapevtov po mestih v primerjavi s podeželjem, pa naj imajo države zakon o psihoterapiji ali ne. Normativna ureditev psihoterapije pri nas bi zato morala postaviti temelje za zagotavljanje enakomerne dostopnosti psihoterapevtskih storitev in naložiti Zbornici psihoterapevtov odgovornost za realizacijo enakomernega razvoja mreže psihoterapevtov po celi Sloveniji.

4.10. **Za znanstveno priznavanje psihoterapevtskih pristopov skrbi zbornica psihoterapevtov**

Ko so se po sprejetju Zakona leta 1990 v okviru avstrijskega ministrstva za zdravje začeli postopki verifikacije psihoterapevtskih pristopov, so bile zahteve preverjanja o njihovi znanstvenosti in učinkovitosti v praksi v skladu s takratno stopnjo razvitosti psihoterapije, ki je bila seveda precej nižja kot danes. Tako si lažje razložimo presenetljivo veliko število pristopov, iz katerih se lahko danes v Avstriji kandidati za psihoterapevtski poklic izobražujejo in jih po pridobitvi licence izvajajo v praksi. Razumljive pa so tudi napovedi povezane z novelo Zakona, da bodo glede na višje sodobne kriterije znanstvenosti nekateri že priznani pristopi težko obnovili verifikacijo. Za slovenske razmere se nam zdi najustreznejše, da odgovornost za znanstveno verifikacijo pristopov prevzame Zbornica psihoterapevtov. Pri tem si bo lahko pomagala z obsežnimi gradivi, ki so jih za znanstveno priznanje določeni pristopi v tujini že oblikovali, pa tudi z njihovimi razdelanimi kriteriji in postopki za verifikacijo. Predvsem nemška gradiva, ki so jih različni pristopi pripravili za priznanje na t. i. Znanstvenem svētu za psihoterapijo, izstopajo po svoji obsežnosti in temeljitosti (Nübling, 2008).

4.11. **Akademizacija je ključnega pomena za intenziviranje raziskovanja psihoterapije**

Še veliko bolj kot v Avstriji je raziskovanje psihoterapije po družtvih in inštitutih pri nas slabo razvito (Šugman Bohinc in Kobal, 2003), medtem ko je že dosedanja akademizacija izobraževanj v Sloveniji vnesla, podobno kot je fakultetno izobraževanje v Avstriji, veliko pozitivitev (predvsem v okviru doktorskega študija relacijske zakonske in družinske terapije na Teološki fakulteti in v okviru programa psihoterapevtske znanosti na SFU Ljubljana) (Cvetek, 2005; Okorn, 2014; Možina, 2016). Kot pričakujejo glede posledic novele Zakona v Avstriji, ki bo še bolj spodbudila akademizacijo, lahko podobno pričakujemo tudi pri nas, ko bomo normativno določili akademsko pot izobraževanja kot edino možno.

4.12. **Glede na pretirano porabo psihofarmakov ter glede na stroške in koristi je nujno povečanje javnega financiranja psihoterapije**

V prikazu normativne ureditve v Avstriji sem namerno relativno veliko prostora namenil prikazu finančnih tokov, ki so pomembni za razumevanje razvoja psihoterapevtske dejavnosti ter problemov in možnih rešitev, ki so s tem povezani. Čeprav je sprejetje zakona šele osnova za urejanje financiranja s strani zavarovalnic, predvsem tistega dela, ki gre iz javnih sredstev, pa je iz avstrijskega primera popolnoma jasno, da lahko le normativna ureditev psihoterapije kot poklicne dejavnosti bistveno poveča priliv javnega financiranja.

Za boljšo ureditev sistema varovanja duševnega zdravja pa je pomembno tudi upoštevati, da je na podlagi zgoraj prikazanih finančnih analiz psihoterapija v primerjavi z uporabo psihofarmakov kot David napram Goljatu:

- celo v psihoterapevtsko tako razviti državi, kot je Avstrija, je predpisovanje antidepresivov, antipsihotikov in pomirjeval veliko bolj razširjeno kot psihoterapija, tako da so stroški psihoterapije še vedno majhni v primerjavi z izdatki za hospitalno ali psihofarmakološko zdravljenje;
- ko je govora o visokih stroških psihoterapije, se večkrat namerno zanemarija dejstvo, kako veliko dražja je psihofarmakoterapija, še posebno za tiste kliente, za katere je indicirana nizkopražna psihoterapija in je izključno zdravljenje s psihofarmaki škodljivo;
- naraščanje porabe psihofarmakov v vseh starostnih skupinah brez sočasnega večanja raznolikih in dostopnih oblik psihosocialne pomoči, med njimi tudi psihoterapije, je več kot zaskrbljujoče. Tako je ob pandemični medikalizaciji varovanja duševnega zdravja tudi na podlagi avstrijskega primera jasno, kako absurdno je govoriti o nevarnosti prevelikega števila psihoterapevtov, ki bodo ljudem vsiljevali »psiho« oblike pomoči tudi takrat, ko jo ne bodo potrebovali. Da je strah pred »psihoterapizacijo« v Sloveniji odveč, kaže nazorno prav avstrijski primer, kjer je kljub več kot 11.000 registriranim psihoterapevtom obseg in dostopnost do psihoterapevtskih storitev še vedno premajhen.

Če se bodo komu, predvsem bodočim slovenskim političnim odločevalcem o slovenskem zakonu o psihoterapiji, zdeli avstrijski izdatki za psihoterapijo in njihov naraščajoči trend razlog (ali izgovor), da si Slovenija javnega, proračunskega financiranja psihoterapevtskih storitev ne more privoščiti, pa je zgovorna primerjava, da je leta 2000 skupni strošek psihoterapevtskih storitev predstavljal le 20% od vsote, ki je bila v istem letu v Avstriji porabljena za psihotropna zdravila (Hrabcik in Katschnig, 2003). Študije stroškov in koristi ter metanalitične primerjave učinkovitosti psihoterapije in psihofarmakoterapije pa nikakor ne govorijo v prid medikalizaciji obravnave duševnih motenj, temveč potrjujejo smiselnost večjega vlaganja v psihoterapijo (glej npr. Chiles, Lambert in Hatch, 1999; Fava in Sonino, 2000; Hunsley, 2003; Myhr in KristaPayne, 2006; De Maat in dr., 2007; Kächele in Pirmoradi, 2009; Berg in dr., 2011; Anne Dezetter in dr., 2013; Gusner, 2016; Kamenov in dr., 2016).

V Sloveniji nimamo podatka, koliko proračunskih sredstev gre za psihoterapijo, imamo pa natančne podatke o stroških porabe zdravil. Zdravila, ki delujejo na živčevje (razdeljena so v sedem skupin), so na drugem mestu, takoj za zdravili za boleznir srca in ožilja. Po podatkih za leto 2020 so bili stroški za ambulantno predpisana zdravila za živčevje 67.501.413,00 evrov, za bolnišnično zdravljenje pa nekaj več kot 7 milijonov evrov (Kostnapfel in Albrecht, 2021ab). Izdanih je

bilo skoraj 3,6 milijonov receptov, največ za analgetike (39,7 %), psiholeptike (27,4 %) ter psihoanaleptike (21 %). Povprečna vrednost na en recept je znašala 18,8 EUR, na 1.000 prebivalcev je bilo predpisanih 1771 receptov, leto prej 1.651 receptov, največ iz skupine analgetikov (675 receptov/1000 prebivalcev), sledijo psiholeptiki (anksiolitiki, hipnotiki in sedativi) (470 receptov/1000 prebivalcev) ter psihoanaleptiki (antidepresivi) (361 receptov/1000 prebivalcev). Skupno je opioide prejemale 6,0 %, anksiolitike 6,9 %, hipnotike in sedative 3,0 % ter antidepresive 7,3 % populacije. Predpisanih je bilo 118.929.386 dnevni odmerkov, to je 154,7 dnevni odmerkov na 1000 prebivalcev na dan. Največ dnevni odmerkov na 1000 prebivalcev na dan je bilo predpisanih v skupini psihoanaleptikov ter psiholeptikov.

Če bi v Sloveniji porabili za psihoterapijo 20% od stroškov za zdravila za živčevje (skupni stroški ambulantno predpisanih in bolnišničnih so 74,5 milijonov evrov), bi to znašalo okoli 15 milijonov evrov. Tudi po uvedbi proračunskega financiranja bi torej ostali izdatki za psihoterapijo, podobno kot v Avstriji, v primerjavi s tem, koliko pobere farmacevtska industrija, relativno majhni.

4.13. **Poleg zakonske ureditve psihoterapije in svetovanja je potrebna tudi zakonska ureditev psihološke dejavnosti**

Avstrija nam je lahko dober zgled tudi glede zakonske ureditve psihološke dejavnosti. Spomnimo se namreč, da so leta 1990 zakona o psihoterapevtski in psihološki dejavnosti sprejeli istočasno. Tej dobri izkušnji smo poskušali slediti že leta 2006, ko nam je v sodelovanju z Društvom psihologov na Ministrstvu za zdravje uspelo pokreniti vzporedni proces za oblikovanje osnutkov obeh zakonov v dveh ločenih, a usklajenih delovnih skupinah (Možina in Bohak, 2008). Žal sta oba predloga leta 2010 ostala v ministrovem predalu, vendar pa bi bila strategija vzporednega dela na normativni ureditvi obeh področij po avstrijskem zgledu še vedno smiselna in plodna, saj se veliko vsebin prekriva in dopolnjuje.

5. **Sklep**

Eden večjih pozitivnih političnih premikov na področju skrbi za duševno zdravje v zadnjih letih je bilo sprejetje Resolucije (Vinko in dr., 2019; Mikuž in Zupančič, 2020), ki je med drugim prinesla tudi obvezo, da se oblikuje zakon o psihoterapiji kot projekt treh ministrstev, poleg zdravstva še šolstva in socialnega varstva (Možina in Kosovel, 2017; Možina in dr., 2018a; Možina in dr., 2020). Marca 2018 je bila oblikovana obsežna Delovna skupina, ki naj bi pripravila nov osnutek zakona. V njej pa se je takoj pokazalo izrazito odklonilno stališče psihologov in psihiatrov, ki delujejo v okviru zdravstva, z Združenjem

psihoterapevtov Slovenije (ZPS), Zbornico kliničnih psihologov, Društvom za vedenjsko kognitivno terapijo ter Razširjenima strokovnima kolegijema za psihiatrijo in klinično psihologijo na čelu, do sodelovanja s psihoterapevti, ki delujemo izven zdravstva. Ovirali so delo Delovne skupine in preprečili nadaljnje skupne aktivnosti na področju normiranja psihoterapije kot samostojnega poklica. Izkazalo se je tudi, da Ministrstvo za zdravje nima interesa, da bi normiralo področje psihoterapije in se kljub priporočilom SZO (SZO, 2020), naj se zakonsko uredi psihoterapijo tako, da bo tudi psihoterapevtom, ki zaenkrat delujemo izven zdravstva, omogočeno opravljanje zdravstvenih storitev, izgovarja na neusklajenost znotraj stroke.

V ZPS so od prvega osnutka zakona v letu 2010, h kateremu so veliko prispevali (Možina in Bohak, 2008), ključno spremenili svoje takrat pozitivno stališče do sprejetja zakona, ki je danes, poenostavljeno povedano, sledeče: »Zakona ne potrebujemo, psihoterapija je le za klinične psihologe, psihiatre in zdravnike, poklicnim psihoterapevtom izven zdravstva, še posebno tistim, ki se izobražujejo za psihoterapijo kot prvi poklic, pa ne priznavamo usposobljenosti za psihoterapevtsko delo. Zakon ni potreben tudi zato, ker smo področje psihoterapije že uredili, saj smo v program specializacije iz klinične psihologije zapisali, da mora specializant klinične psihologije zaključiti tudi edukacijo iz enega od psihoterapevtskih pristopov po našem izboru.« Ta izbor (glej Zbornica kliničnih psihologov Slovenije, 2021) pa seveda izključuje vse tiste v Sloveniji uveljavljene psihoterapevtske šole in pristope, ki se zavzemamo za zakonsko ureditev psihoterapije kot samostojnega poklica.

In kakšne so rešitve, za katere ni potrebno, da odkrivamo toplo vodo, temveč se lahko preprosto učimo od Avstrijcev? Pripraviti moramo zakon o psihoterapiji s standardi in normativi za akademsko pot izobraževanja, na tej podlagi zakoniti samostojen poklic psihoterapevta, ustanoviti zbornico psihoterapevtov kot najvišji strokovni organ in v prehodnih določbah zagotoviti blag in postopen prehod v nov sistem, v katerem se bo obstoječim poklicnim psihoterapevtom in vsem drugim strokovnjakom z dodatno psihoterapevtsko izobrazbo po merilih za samostojen poklic (zdravnikom, psihiatrom, (kliničnim) psihologom, socialnim delavcem, pedagogom idr.) priznala dosežena izobrazba, edukantom omogočil zaključek študija po starem sistemu, dosedanjim učiteljem in supervizorjem v psihoterapevtskih izobraževanjih pa odprle možnosti za poučevanje novih generacij psihoterapevtov. Veliko nalog torej, ki pa jih brez sprejetja zakona po avstrijskem in nemškem zgledu ne bomo mogli izpeljati. Če ne bomo pohiteli, bomo še naprej ostajali desetletja za razvojem psihoterapije v teh državah, in ne samo to, naš zaostanek se bo iz leta v leto samo še skokovito večal.

6. Izjava avtorja

V skladu z uredniško politiko in etiko objavljanja Slovenske revije za psihoterapijo Kairos izjavljam, da sem bil član Delovne skupine za pripravo predloga normativne ureditve psihoterapije v Sloveniji, ki je bila marca 2018 imenovana s strani Ministrstva za zdravje. V njej sem si kot zastopnik Fakultete za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda prizadeval za zakonsko ureditev psihoterapije kot samostojnega poklica. Izjavljam, da v tem članku ne navajam informacij, ki bi enostransko, tendenciozno poudarjale moj interes v Delovni skupini, temveč sem na osnovi relevantnih strokovnih in znanstvenih informacij poskušal uravnovešeno utemeljiti smiselnost normativne ureditve psihoterapije kot samostojnega poklica.

Viri

- 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.
- BGBI (1990). Nr. 360/1990: 360. Bundesgesetz vom 7. Juni 1990 über die Führung der Berufsbezeichnung „Psychologe“ oder „Psychologin“ und über die Ausübung des psychologischen Berufes im Bereich des Gesundheitswesens (Psychologengesetz). Pridobljeno s: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1990_361_o/1990_361_o.pdf
- BGBI (2013). Nr. 182/2013: 182. Bundesgesetz über die Führung der Bezeichnung „Psychologin“ oder „Psychologe“ und über die Ausübung der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie (Psychologengesetz 2013). Pridobljeno s: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20008552>
- Bitzer-Gavornik, G. (2012). Lebens- und Sozialberatung in Österreich. *Facultas*.
- Bohak, J. (2006a). Freud in njegova dediščina. *Dialogi*, 42(9), 7-14.
- Bohak, J. (2006b). Odločilen prag v profesionalizaciji psihoterapije. *Ampak*, 7(4), 38-40.
- Braakman, D. (2016). Historical Paths in Psychotherapy Research. V O. Gelo, A. Pritz in B. Rieken, B. (ur.), *Psychotherapy research: Foundations, Process and Outcome* (str. 39-65). Springer Verlag GmbH.
- Bregar, B. in Peterka Novak, J. (2011). *Skupnostna psihiatrična obravnava*. Zbornica zdravstvene in babiške nege.
- Brüggemann, H., Ehret-Ivankovic in Klütmann, C. (2014). *Systemische Beratung in fünf Gängen: Ein Leitfadens*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) (1990). *Ansuchen auf Anerkennung als psychotherapeutische Ausbildungseinrichtung gemäß § 7 Psychotherapiegesetz, BGBI.Nr. 361/1990*.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) (2014). *Richtlinie für die psychotherapeutische Arbeit mit Säuglingen, Kindern und Jugendlichen*. BMASGK.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) (2019). *Depressionsbericht Österreich Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme*. BMASGK.
- Bundesministerium für Gesundheit (2008). *Österreichischer Schizophreniebericht 2008*. Bundesministerium für Gesundheit.
- Bundesministerium für Gesundheit (2013). *AD(H)S Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitäts-Störung Bericht*. Bundesministerium für Gesundheit.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) (2017). *Psychotherapie-Richtlinie*. BPTK.
- 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.
- Cvetek, R. (2005). Trends and Problems in Marital and Family Therapy Research: Possible Use of Action Research. *Horizons of Psychology*, 14(4), 43-60.
- Čoderl Dobnik, S. (2017). Na 100.000 prebivalcev le trije psihologi. Priboljeno s: <http://www.primorske.si/novice/slovenija/-na-100-000-prebivalcev-le-trije-psihologi>
- D'Amelio, R., Reitz, W., Philipsen, A. in Rösler, M. (2008). *Psychoedukation und Coaching ADHS im Erwachsenenalter: Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen*. Urban & Fischer.
- Datler, W., Hochgerner, M., Korunka, C., Löffler-Stastka, H. in Pawlowsky, G. (2021). Disziplin, Profession und evidenzbasierte Praxis: Zur Stellung der Psychotherapie im Gesundheitssystem. Eine Bilanz. *Psychotherapie Forum*, 25, 7-21.
- De Maat, S., Philipszoon, F., Schoevers, R., Dekker, J. in De Jonghe, F. (2007). Costs and benefits of long-term psychoanalytic therapy: changes in health care use and work impairment. *Harvard Rev Psychiat*, 15(6), 289-300.

- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (1997). *Die Behandlung psychischer Erkrankungen in Deutschland: Positionspapier zur aktuellen Lage und zukünftigen Entwicklung*. Springer.
- 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.
- Drevenšek, M. (2019). V Nemčiji z novim zakonom redefinirali poklic psihoterapevta in uvedli študij psihoterapije po maturi. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 13(3-4), 347-355.
- Eurostat (2017). Number of psychiatrists: how do countries compare? Pridobljeno s: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20200506-1>
- Farkaš Lainščak, J., Buzeti, T. in Maučec Zakotnik, J. (2015). *Zaključki ocene potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle*. Poročilo izsledkov kvalitativnih raziskav in stališč strokovnih delovnih skupin. Skupaj za zdravje. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno s: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/zakljucki_ocene_potreb_uporabnikov_in_izvajalcev_preventivnih_programov_za_odrasle.pdf
- Farkaš Lainščak, J. (2016). *Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: Ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin*. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno s: <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-LGFYU3MS/40fe463c-7a46-47a9-9176-abc6f4a12d64/PDF>
- Fava, G. in Sonino, N. (2000). Psychosomatic Medicine: Emerging Trends and Perspectives. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(4), 184-197.
- Fiegl, J. (2016). *Tako mlad pa že psihoterapevt: Empirična raziskava o neposrednem akademskem študiju psihoterapije*. Sigmund Freud University Press.
- Gouzoulis-Mayfrank, E. (2007). *Komorbidität Psychose und Sucht: Grundlagen und Praxis, Mit Manualen für die Psychoedukation und Verhaltenstherapie*. Steinkopff Verlag
- Gelo, O. G. C. in Pritz, A. (2020). Dialogical pluralism in psychotherapy science. V A. Pritz, J. Fiegl, H. Laubreuter in B. Rieken (ur.), *Universitäres Psychotherapiestudium. Das Modell der Sigmund Freud PrivatUniversität* (str. 57-84). Pabst Science Publishers.
- Gelo, O., Pritz, A. in Rieken, B. (2016). *Psychotherapy research: Foundations, Process and Outcome*. Springer Verlag GmbH.
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T. in Wampold, B. E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 1-11.
- Grabenhofer-Eggerth, A. in Sator, M. (2020). *Psychotherapie als Sozialversicherungsleistung – Inanspruchnahme und Finanzierung von Psychotherapie als Leistung der sozialen Krankenversicherung mit einem Sonderkapitel zur Verordnung von Psychopharmaka*. Gesundheit Österreich. Pridobljeno s: https://jasmin.goeg.at/1522/1/PT-Inanspruchnahme%20und%20Finanzierung%20Version%202020_bf.pdf
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (SV) in Salzburg Sickness Fund (»Salzburger Gebietskrankenkasse« – SGKK) (2011a). *Psychotherapy in Austria*. SV in SGKK.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (SV) in Salzburg Sickness Fund (»Salzburger Gebietskrankenkasse« – SGKK) (2011b). *Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter. Projekt »Psychische Gesundheit«. Abschlussbericht*. SV in SGKK.
- Heidegger, K. E. (2017). *The Situation of Psychotherapy in Austria*. Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP).
- Hofmarcher, M. M. (2013). Austria – Health System Review. *Health Systems in Transition*, 15(7), 1- 292.
- Hrabcik, H. in Katschnig, H. (ur.) (2003). *Mental Health in Austria*. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Hunsley, J. (2003). Cost effectiveness and medical cost-offset considerations in psychological service provision. *Canadian Psychology*, 44(1), 61-73.

- Gusner, K. (2016). *Psychotherapie in Österreich unter besonderer Berücksichtigung der Situation in Oberösterreich*. Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Mag. rer.soc.oec. im Diplomstudium Sozialwirtschaft. Johannes Kepler Universität Linz Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik.
- Kächele, H. in Pirmoradi, S. (2009). Psychotherapy in European Public Mental Health Services. *International Journal of Psychotherapy*, 13(1), 40-48.
- Kamenarič, K. (2021). Absurdno dolge čakalne vrste, neurejena zakonodaja in čedalje več zdravil. 24 ur. Pridobljeno s: <https://www.24ur.com/novice/slovenija/psihater-psihiolog-ali-psihoaterapevt.html>
- Kamenov, K., Tworney, C., Cabello, M., Prina, A. M. in Ayuso-Mateos, J. L. (2016). The efficacy of psychotherapy, pharmacotherapy and their combination on functioning and quality of life in depression: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 47(3), 1-12.
- Kierein, M., Pritz, A. in Sonneck, G. (1991). Psychologen-Gesetz, Psychotherapie-Gesetz: Kurzkomentar. Orac.
- Kersnik, J., Poplas Susič, T., Kolšek, M. in Švab, I. (2009). What may stimulate general practitioners to undertake screening and brief intervention for excess alcohol consumption in Slovenia? A focus group study. *The Journal of international medical research*, 37(5), 1561-1569.
- Kosovel, I. (2016). Naša psihoaterapevtska realnost - od besed k dejanjem. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 10(3-4), 263-268.
- Kosovel, I. in Hus, I. (2017). O ustanovitvi »zbornice« psihoaterapevtov in svetovalcev: Intervju z Ireno Kosovel. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 11(1-2), 261-269.
- Kostnapfel, T. in Albrecht, T. (2021a). *Poraba ambulantno predpisanih zdravil v Sloveniji v letu 2020*. Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Kostnapfel, T. in Albrecht, T. (2021b). *Poraba bolnišničnih zdravil v Sloveniji v letu 2020*. Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Laubreuter, H. (2012). About psychotherapy science. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 6(1-2), 12-19.
- Laubreuter, H. (2018). Profession and discipline of psychotherapy. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 12(3-4), 41-53.
- Lehofer, M. in dr. (2011). Burnout & Depression. Ein Leitfaden zur Prävention, Früherkennung und Behandlung. Experten-Statement. *Internationale Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 9, 1-12.
- Löffler-Stastka, H. in Hochgerner, M. (2021). Versorgungswirksamkeit von Psychotherapie in Österreich. *Psychopraxis. Neuropraxis*, 24, 57-61.
- Marx, C., Benecke, C. in Gumz, A. (2017). Talking Cure Models: A Framework of Analysis. *Frontiers in Psychology*, 8, 1589.
- Mikuž, A. in Zupančič, A. (2020). Perspektive: Duševno zdravje. Dostopnost učinkovite obravnave pri težavah v duševnem zdravju, razvojnih in duševnih motnjah - izzivi, dobre prakse in sistemske priložnosti. *Javno zdravje*, 4, 1-18.
- Mijatović, T. (2018). *Psihologizacija in somatizacija duševnih stisk v Sloveniji*. Diplomsko delo. Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani.
- Mönkeberg, S. (2019). *Der (Un-)Sinn der Beratung: Psychotherapie, Coaching und Seelsorge im Vergleich*. Springer.
- Morović, J. (2022). Kako se uništava psihoterapija u Hrvatskoj. Pridobljeno s: <https://www.nacional.hr/kako-se-unistava-psihoaterapija-u-hrvatskoj-u-vrijeme-krize-porastanasilja-posljedica-potresa-i-pandemije-vlada-brani-psihoaterapeutima-da-rade/>
- Možina, M. (2004). Stalna skupnostna skrb za uporabnike psihiatrije: prikaz primera. *Socialno delo*, 43(2/3), 87-104.
- Možina, M. (2006). Slovenska psihoterapija na prelomnici. *Dialogi*, 42(9), 15-29.
- Možina, M. (2007). V Sloveniji se je začel fakultetni študij psihoterapije. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 1(1-2), 83-103.

- Možina, M. (2008). Psychotherapy as integral part of comprehensive health care. V L. Kovačič in L. Zaletel-Kragelj (ur.), *Management in health care practice: a handbook for teachers, researchers and health professionals* (str. 642-659). Hans Jacobs Publishing Company.
- Možina, M. (2010a). Psihoterapija v Sloveniji danes in jutri. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 4(1-2), 133-166.
- Možina, M. (2010b). Za psihoterapijo kot samostojen poklic: Kaj se dogaja po Evropi?. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 4, 3-4: 63-104.
- Možina, M. (2011). Kratka zgodovina psihoterapije na Slovenskem. V M. Žvelc, M. Možina in J. Bohak, *Psihoterapija* (str. 11-55). IPSA.
- Možina, M. (2016). Tako mladi pa že psihoaterapevti: Akademizacija psihoterapije v Sloveniji in neposredni študij psihoaterapevske znanosti na Fakulteti za psihoaterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani. V J. Fiegl, *Tako mlad pa že psihoaterapevt: Empirična raziskava o neposrednem študiju psihoterapije* (str. 165-190). Sigmund Freud University Press.
- Možina, M. (2021). Uvodnik o skupnih dejavnih in medicinskem modelu: od znanstvenega monizma preko dialoškega pluralizma do integrativne psihoterapije. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 15(1-2), 9-55.
- Možina, M. in Bohak, J. (2008). Na poti k slovenskemu zakonu o psihoaterapevtski dejavnosti. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 2(3-4), 119-142.
- Možina, M., Flajs, T., Jerebic, D., Kosovel, I., Kranjc Jakša, U. in Rakovec, P. (2018a). Čas za zakon je dozorel: Uvodnik o novostih glede normativne ureditve psihoterapije in psihosocialnega svetovanja v Sloveniji. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 12(3-4), 7-39.
- Možina, M., Flajs, T., Jerebic, D., Kosovel, I., Kranjc Jakša, U., Milič, A. in Rakovec, P. (2018b). Hrvaška, Malta in Nemčija v letu 2018 sprejele zakone o psihoterapiji: kaj pa Slovenija? *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 12(3-4), 245-272.
- Možina, M., Flajs, T., Kress, R., Kosovel, I., Kranjc Jakša, U. in Rakovec, P. (2020). Novi zakoni o psihoterapiji v Evropi: Kako se je zataknila Slovenija? *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 14(1-2), 377-394.
- Možina, M. in Hus, I. (2015). Na področju psihoterapije za Avstrijo zaostajamo tridesetlet: Intervju z Miranom Možino. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 9(1-2), 225-230.
- Možina, M. in Kosovel, I. (2017). Minister Gregor pa nič: o predlogu Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 11(3-4), 235-248.
- Možina, M. in Kranjc Jakša, U. (2019). Uveljavljanje psihoterapije kot samostojnega poklica: kaj se lahko naučimo na primeru Nizozemske. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 13(1-2), 171-207.
- Možina, M. in Okorn, I. (2022). Challenges of the development of mental health care in Slovenia. *JoGHNP*. Objavljeno online 17. januar, 2022. Pridobljeno s: <https://joghnp.scholasticahq.com/article/31788>
- 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.
- Nübling, R. (2008). Das Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie: Definierte Hürden für die Zulassung von Psychotherapieverfahren für Ausbildung und Berufsausübung. *Psychotherapeuten Journal*, 2, 102-110.
- ÖAK (2004). *ÖAK-Diplomrichtlinie Psychotherapeutische Medizin*. ÖAK. Pridobljeno s: https://www.arztakademie.at/fileadmin/template/main/OeAeKDiplomePDFs/Diplom-Richtlinien/RL05_PSYIII.pdf
- ÖBVP (2011). *Stand der Psychotherapie in Österreich*. Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP). Pridobljeno s: <https://www.psychotherapie.at/oebvp/berufspolitik>
- ÖBVP (2018). *Erleichterung für psychisch Kranke - Hauptverband erhöht Zuschuss für Psychotherapie - Jahrelange Bemühungen des ÖBVP führen zu erfreulichem Etappen-Ziel*. Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP). Pridobljeno s: https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20180620_OT0186/erleichterung-fuer-psychisch-kranke-hauptverband-erhoeht-zuschuss-fuer-psychotherapie
- OECD (2015). *Mental Health and Work: Austria*. Pridobljeno s: https://read.oecd-ilibrary.org/employment/mental-health-and-work-austria_9789264228047-en

- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019). *Slovenia: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*. OECD Publishing. Pridobljeno s: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_sl_english.pdf
- Okorn, I. (2014). Pričakovanja in predstave o poklicu psihoterapevta pri slovenskih študentih psihoterapevske znanosti Univerze Sigmunda Freuda. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 8(1-2), 55-78.
- Poplas Susič, T., Kersnik, J. in Kolšek, M. (2010). Why do general practitioners not screen and intervene regarding alcohol consumption in Slovenia? A focus group study. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 122, 68-73.
- Prescott, D. S., Maeschalck C. L. in Miller, S. D. (2017). *Feedback-informed treatment in clinical practice: reaching for excellence*. APA.
- Pressl, D. (2018). Warten auf den Psychiater. Pridobljeno s: <https://www.diepresse.com/5357219/warten-auf-den-psychiater#:~:text=Insgesamt%20gibt%20es%20in%20%20C3%96sterreich,besch%20A4ftigt%20oder%20arbeiten%20als%20Wahlarzt.>
- Prevcendar, T. (2018). *Development of Psychotherapy in Croatia*. Sigmund Freud Privatuniversität Wien.
- Prevcendar, T. (2019). The process of establishing and regulating the profession of psychotherapy in Croatia. *Kairos - Slovenian Journal of Psychotherapy*, 13(3-4), 131-153.
- Pritz, A. (1996). *Psychotherapie - eine neue Wissenschaft vom Menschen*. Springer.
- Pritz, A. (2002). Austria. V A. Pritz, *Globalized Psychotherapy* (str. 27-38). Facultas Universitätsverlag. V A.
- Pritz, A., Fiegl, J., Laubreuter, H. in Rieken, B. (2020). *Universitäres Psychotherapiestudium. Das Modell der Sigmund Freud PrivatUniversität*. Pabst Science Publishers.
- Psyonline.at (2022). Statistik und Daten zur Psychotherapie. Pridobljeno s: <https://www.psyonline.at/contents/14722/statistik-und-daten-zur-psychotherapie>
- Rabovsky, K. in Stoppe, G. (2008). *Diagnosenübergreifende und multimodale Psychoedukation*. Urban & Fischer.
- Računsko sodišče Republike Slovenije (2021). *Skrb za učinkovit vstop zdravnikov na trg dela: Revizijsko poročilo*. Računsko sodišče Republike Slovenije. Pridobljeno s: https://www.rs-rs.si/fileadmin/user_upload/Datoteke/Revizije/2021/Zdravniki/Zdravniki_RSP_RevizijskoP.pdf
- Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028 (ReNPDZ18-28). Pridobljeno s: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=RESO120>
- Riess, G., Kern, D. in Breyer, E. (2018). *Praxisorientierte Psychotherapieforschung: Leitfaden zur Förderung von Wissenschaft und Forschung in der psychotherapeutischen Ausbildung*. Koordinationsstelle Psychotherapieforschung an der Gesundheit Österreich GmbH.
- Rifel, J., Švab, I., Šter, M. P., Pavlič, D. R., King, M. in Nazareth, I. (2008). Impact of demographic factors on recognition of persons with depression and anxiety in primary care in Slovenia. *BMC Psychiatry*, 8, 96 - 96.
- RIS (2022a). *Gesamte Rechtsvorschrift für Psychotherapiegesetz, Fassung vom 24.04.2022*. Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS). Pridobljeno s: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010620>
- RIS (2022b). *Gesamte Rechtsvorschrift für Lebens- und Sozialberatungs-Verordnung - Zugangsvoraussetzungen, Fassung vom 24.04.2022*. Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS). Pridobljeno s: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20002563>
- Rotar Pavlič, D., Švab, I. in Brinovec Pribaković, R. (2015). Primary Care in Slovenia. V D. S. Kringos, W. G. W. Boerma, A. Hutchinson in R. B. Saltman (ur.), *Building Primary Care in a Changing Europe: Case Studies*. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization.
- Sagerschnig, S. in Tanios, A. (2017). *Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie: Statistik der Berufsgruppen 1991-2015*. Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Pridobljeno s: <https://jasmin.goeg.at/109/1/Psychotherapie%20Klinische%20Psychologie%20Gesundheitspsychologie%20%282016%29.pdf>

- Sagerschnig, S., Grabenhofer-Eggerth, A., Kern, D., Sator, M. in Zuba, M. (2018). Inanspruchnahme von Psychotherapie und psychiatrischer Rehabilitation im Kontext der Angebote. *Gesundheit Österreich, Wien*.
- Schigl, B. Feminisierung von Psychotherapie und Perspektiven für die Ausbildung: weitere Überlegungen zum von Eva Jaeggi aufgegriffenen Thema. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 6(1), 52-60.
- Schlippe, A. v. in Schweitzer, J. (2003). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Vandenhoeck&Ruprecht.
- Semrau, M., Barley, E. A., Law, A. in Thornicroft, G. (2011). Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry*, 10, 217-25.
- Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) (2020). Pogled nazaj, pogled naprej: hitra ocena sistema skrbi za duševno zdravje v Sloveniji: Poročilo misije Regionalnega urada SZO za Evropo, opravljene na daljavo, september 2020. Pridobljeno s: <https://www.zadusevnozdravje.si/wp-content/uploads/2021/11/SZO-hitra-ocena-sistema-skrbi-za-dusevno-zdravje-v-Sloveniji.pdf>
- Šugman Bohinc, L. in Kobal, L. (2003). Prikaz evalvacijskih študij psihoterapije v Sloveniji. V J. Bohak in M. Možina (ur.), *Kaj deluje v psihoterapiji: novejša raziskave njene uspešnosti* (str. 18-24). Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.
- Švab, V. in Švab, I. (2013). Barriers and errors in the implementation of community psychiatry in Slovenia. *Ment Health Fam Med*, 10(1), 23-28.
- Tanios, A., Grabenhofer-Eggerth, A. in Valady, S. (2020). *Analyse der Versorgungswirksamkeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in freier Praxis*. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und das Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- Vinko, M., Makivić, I., Maučec Zakotnik, J., Švab, V. in Dernovšek, M. Z. (2019). *MIRA za duševno zdravje: Nacionalni program duševnega zdravja*. Nacionalni inštitut za javno zdravje. von Wachter, M. in Hendrichske, A. (2016). *Psychoedukation bei chronischen Schmerzen*. Springer.
- Zabukovec, M. (2020). Dobiti zdravnika - srečno naključje. Delo. Pridobljeno s: <https://www.delo.si/lokalno/ljubljana-in-okolica/dobiti-zdravnika-srecno-nakljucje/>
- Zakon o duševnem zdravju (2008). Pridobljeno s: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO2157>
- Zbornica kliničnih psihologov Slovenije (2021). Priznani psihoterapevtski pristopi v okviru specializacije iz klinične psihologije. <http://klinikna-psihologija.si/wp-content/uploads/2021/02/Priznani-psihoterapevtski-pristopi-ZKP.pdf>
- Zdravniška zbornica Slovenije (2021). Članstvo 2021. Pridobljeno s: https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/statistika-in-analize/%C4%8Dlanstvo-2001-2021.pdf?sfvrsn=26393a36_2
- Wampold, B. E. in Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. in Steinhausen, H-C. (2011). *CNP/EBC REPORT 2011. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*. *Eur Neuropsychopharmacol*, 21, 655-679.