



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Razširjen strokovni kolegij za psihiatrijo

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

Zadeva: 31. seja RSK za psihiatrijo – 17.4.2026

Seje on-line so se udeležili: doc. dr. Jure Bon, dr. med., izr. prof. dr. Maja Rus Makovec, dr. med., Jure Koprivšek, dr. med., doc. dr. Andreja Čelofiga, dr. med., as. dr. Karin Ser nec, dr. med. prof. dr. Blanka Kores Plesničar, dr. med.

Dnevni red:

Ad 1/ Ugotovitev sklepčnosti

Sklep:

Člani RSK ugotavljajo, da je kolegij sklepčen.

Ad2 2/ Ministrstvo za zdravje, Zdravstveni inšpektorat RS, prošnja za podajo strokovnega mnenja o hipnozi, dopis št. 09102-3/2026-18 dne 4.3.2026 in prošnja ZIRS za dopolnitev strokovnega mnenja št. 09102-3/2026-48

Zdravstveni inšpektorat RS sprašuje RSK za psihiatrijo ali je medicinska hipnoza zdravstvena storitev in – v primeru, da je zdravstvena storitev, v okviru katere vrste zdravstvene dejavnosti (ali več njih) se lahko izvaja

Ad 3/ Ministrstvo za zdravje, Zdravstveni inšpektorat RS, prošnja za podajo strokovnega mnenja o hipnozi, dopis št. 09102-3/2026-25 dne 12.3.2026

Zdravstveni inšpektorat RS v tem dopisu navaja, da se RSK za psihiatrijo opredeli do dopisa prof. dr. Nataše Tul Mandič ter ali podano Mnenje društva za medicinsko hipnozo kakorkoli spreminja stališče RSK za psihiatrijo glede izvajanja oziroma opravljanja hipnoze. Prav tako prosijo za pojasnilo v luči navedbe omenjenega društva, da se hipnoza lahko uporablja tudi v okviru dela drugih zdravstvenih poklicev (npr. fizioterapevti, babice).

Ad 4/ Ministrstvo za zdravje, Zdravstveni inšpektorat RS, prošnja za podajo strokovnega mnenja o hipnozi, dopis št. 09102-3/2026-29 dne 16.3.2026

Izvajanje hipnoterapije: Zdravstveni inšpektorat prosi za pojasnilo:

- Ali je hipnoterapija zdravstvena storitev?
- V primeru, da je zdravstvena storitev, v okviru katere vrste zdravstvene dejavnosti se lahko izvaja?
- Kateri zdravstveni (so)delavec jo lahko izvaja?
- Ali je glede na priloženo prilogo (posnetek zaslona o hipnoterapiji) mogoče šteti, da gre v konkretnem primeru dejansko za opravljanje medicinske hipnoze, ki jo zavezanka zgolj poimenuje oziroma predstavlja kot hipnoterapijo?
- Ali se lahko šteje, da zavezanka izpolnjuje pogoje za opravljanje hipnoze, glede na to, da pri Društvu za medicinsko hipnozo ni opravila celotnega izobraževanja s področja hipnoze, temveč je del izobraževanja opravila v Združenih arabskih emiratih, DMH Slovenije pa je glede navedenega izdalo mnenje o ekvivalentnosti v tujini opravljenega izobraževanja?
- Ali se lahko šteje, da zavezanka izpolnjuje pogoje za opravljanje hipnoze, glede na to, da nima veljavne zdravniške licence?

Sklep: RSK za psihiatrijo odgovarja na postavljena vprašanja:

RSK za psihiatrijo predlaga ločnico, ki je standardna v EU pravu:

- Medicinska hipnoza (zdravljenje motenj, bolečine, zasvojenosti, psihosomatskih stanj) = zdravstvena dejavnost, le licencirani zdravstveni poklici.
- Laična hipnoza (coaching, relaksacija, izboljšanje nastopa, brez zdravstvenega cilja) = ni zdravstvena dejavnost; ne sodi pod ZZDej; ni predmet inšpekcijskega nadzora po ZZDej.

Medicinska hipnoza ni samostojna VZD, temveč metoda znotraj obstoječih VZD, pri čemer je njeno izvajanje dopustno v okviru:

- psihiatrije (zdravljenje duševnih motenj: anksioznost, depresija, fobije, zasvojenosti, PTSP idr.),
- klinične psihologije (psihodiagnostika in psihološka terapija),

- anesteziologije (obvladovanje bolečine),
- ginekologije in porodništva (priprava na porod, hypnobirthing),
- fizikalne medicine in rehabilitacije (obvladovanje kronične bolečine, motivacija),
- pediatrije in otroške psihiatrije (pri otrocih z enurezo, tiki, strahovi).

To je skladno s švicarskim modelom, kjer se hipnoza integrira v obstoječe specialnosti, ter z belgijskim priporočilom o multidisciplinarnem timu.

RSK za psihiatrijo predlaga ločitev med kategorijami izvajalcev:

Kategorija A – Samostojni izvajalci: Zdravniki in psihologi (vključno s kliničnimi psihologi) z veljavno licenco ter opravljenim izobraževanjem, usklajenem z ESH (diploma DMHS ali z dokumentirano ekvivalenco, ki jo potrди RSK). Ti smejo medicinsko hipnozo izvajati samostojno, v okviru svojih diagnostičnih in terapevtskih kompetenc.

Kategorija B – Izvajalci pod nadzorom: Zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci z opravljenim izobraževanjem (po programu DMHS ali enakovrednem) smejo hipnozo izvajati izključno v okviru primarne usposobljenosti (fizioterapevt za rehabilitacijo, babica za pripravo na porod) in zgolj pod nadzorom zdravnika ali psihologa z veljavno licenco in diplomom za hipnozo. To je skladno z ESH etičnimi smernicami in s stališčem DMHS samega.

Kategorija C – Osebe brez veljavne licence: Oseba, ki je pridobila medicinsko izobrazbo, a nima veljavne licence (kot v konkretnem primeru), ne izpolnjuje pogojev ne za kategorijo A ne za kategorijo B. Veljavna licenca je pogoj sine qua non za samostojno izvajanje zdravstvene dejavnosti v vsakršni obliki. To je v skladu z avstrijskim izrečnim stališčem BMG.

Na podlagi razpoložljivih dokumentov je mogoče pri presoji spletne strani Vibrium ugotoviti:

Glede narave storitve: Opis hipnoterapije na spletni strani Vibriuma — zdravljenje stresa, anksioznosti, kroničnih bolečin, odvisnosti, depresije, motenj spanja, fobij, pripravo na porod — nedvomno opisuje zdravstvene namene, kar ustreza definiciji medicinske hipnoze. ZIRS je pravilno postavil vprašanje in odgovor iz vsebine je pritrdilen: gre za medicinsko hipnozo.

Glede licence: Zavezanka ima stopnjo dr. med., a nima veljavne zdravniške licence. To je odločilno: ne glede na morebitno izobrazbeno usposobljenost, brez veljavne licence ne more samostojno izvajati zdravstvene dejavnosti v nobeni obliki. Zdravilska licenca za bioresonanco tega ne nadomešča, ker hipnoza ni zdravilska metoda.

Glede izobrazbene ustreznosti: zavezanka ni pridobila diplome »Terapevt medicinske hipnoze« DMHS, ki je edini formalni kriterij RSK za usposobljenost. UAE izobraževanje, čeprav obsežno (220 ur), ni

opravljeno pri ESH-akreditirani organizaciji in ne izpolnjuje ESH zahtev po superviziji. Mnenje mag. Brezavšček o ekvivalentnosti ni formalna odločitev RSK - in je pravno nezavezujoče.

Sklep o konkretnem primeru: Zavezanka hkrati ne izpolnjuje dveh ključnih pogojev — ima neveljavno licenco in ni pridobila zahtevanega izobraževalnega certifikata. Že vsak pogoj posebej zadostuje za ugotovitev, da ne izpolnjuje pogojev za izvajanje medicinske hipnoze.

Ad 5/ Opredelitev do predloga objektivnih kriterijev za določitev obsega letnega dopusta za psihične obremenitve po 5. točki 36. člena Kolektivne pogodbe za dejavnost zdravstva in socialnega varstva Slovenije

Sklep:

RSK za psihiatrijo ugotavlja, da je pri razlagi 5. točke 36. člena KPDZSV ključna razlika med neposredno in posredno izpostavljenostjo. Relevantni sta dve ločeni dimenziji, ki ju je treba strokovno in pravno natančno ločiti:

2.1 Neposredna (primarna) psihiatrična obravnava

Primarna psihiatrična obravnava pomeni, da je zdravljenje ali obvladovanje duševne motnje osrednji in primarni cilj delavčevega dela. Zanj je značilno:

- Intenzivna terapevtska interakcija: farmakoterapija psihičnih simptomov, psihoterapija, krizna intervencija, prisilni ukrepi, psihosocialna rehabilitacija.
- Sekundarna travmatizacija (secondary traumatic stress, STS): zdravstveni delavec je redno in sistematično izpostavljen travmatičnim izkušnjam pacienta, kar povzroča simptome, ki so analogni PTSD (vicarious trauma, compassion fatigue).
- Neposredna izpostavljenost agresiji, suicidalnosti, nasilju, nepredvidljivemu vedenju izhajajočemu iz psihoze, manične epizode, akutne intoksikacije ali osebnostne motnje.
- Tesni terapevtski odnos z osebo, katere primarna patologija je duševna motnja.
- Strokovna literatura jasno identificira psihiatre, psihologe, medicinske sestre na psihiatričnih oddelkih, ter delovne terapevte v psihiatriji kot primarne izpostavljene poklice.

Klinični primeri: psihiatri na oddelkih za akutno psihiatrijo, intenzivno psihiatrijo, forenzično psihiatrijo, centre za krizne intervencije, odvisnosti; klinični psihologi; psihiatrične medicinske sestre in zdravstveni tehniki na teh oddelkih; psihoterapevti; delovni terapevti v psihiatričnih bolnišnicah.

2.2 Posredna (sekundarna) izpostavljenost duševnim motnjam

Posredna izpostavljenost pomeni, da zdravstveni delavec obravnava pacienta z duševno motnjo kot komorbiditetno boleznijo, medtem ko je primarni cilj obravnave somatska diagnoza. V teh primerih:

- Zdravljenje poteka zavoljo somatske patologije, ne duševne motnje.
- Stik z duševno motnjo je priložnost, ne strukturiran glede na celotni delovni čas.
- Delavec ni terapevtski nosilec za duševno motnjo – zanjo skrbi psihiater, h kateremu je bolnik lahko napoten.
- Obremenitev je večinoma čustveno obarvana (npr. soočanje z anksioznostjo bolnika, s strahom, odvisnostjo), ne gre za kognitivno intenzivno delo, na primer z aktivno psihozo.

Odbor za razlago KPZZ (2024) je sicer poudaril, da kriterij ni vezan le na specializacijo, ampak na pogoje dela, kar je strokovno pravilno. Toda to ne pomeni, da je vsak stik z duševno motnjo enak intenzivnemu delu z duševno motenimi. Posredna izpostavljenost ne izpolnjuje pogoja "intenzivno delo v polnem delovnem času z duševno motenimi", ki ga zahteva 5. točka 36. člena KPDZSV.

2.3 Emocionalna obremenitev ob terapevtskem odnosu z bolniki s specifičnimi somatskimi boleznimi (ločena kategorija)

RSK posebej prepoznava kategorijo zdravstvenih delavcev, ki niso neposredno izvajalci psihiatričnih obravnav, so pa izpostavljeni resnim emocionalnim obremenitvam iz naslova specifičnih somatskih bolezni: onkologi in hemato-onkologi, paliativni specialisti, pediatri na oddelkih intenzivne nege in na neonatologiji, specialisti urgentne medicine, specialisti ALS in nevrodegenerativnih bolezni. Strokovna literatura potrjuje visoko stopnjo izgorelosti pri teh skupinah. Toda ta obremenitev ni posledica dela z duševno motnjo, ampak s somatsko boleznijo z visoko emocionalno težo – gre za kvalitativno drugačno psihično obremenitev, ki jo trenutni pravni okvir KPDZSV ne naslavlja.

RSK predlaga, da se vprašanje emocionalnih obremenitev ob somatski medicini oz. tistih zdravstvenih delavcev, ki niso psihiatrični delavci izloči iz okvira 5. točke 36. člena KPDZSV in uredi skozi ločen pravni naslov (predlog spremembe 3. ali 4. točke 36. člena ali z aneksom), ki prepoznava specifičnost teh poklicev. Tožbe nepsihiatričnih delavcev na podlagi 5. točke so po mnenju RSK pravno neutemeljene, saj pogoj "intenzivno delo z duševno motenimi" ni izpolnjen.

2.4 Predlog objektivnih kriterijev po mnenju RSK

RSK predlaga tristopenjski sistem za urejanje tega področja.

Kriteriji za dodelitev pravice po 5. točki 36. člena KPDZSV

Za uveljavljanje posebnega dopusta po tej točki morajo biti kumulativno izpolnjeni vsi naslednji kriteriji:

Kriterij 1 – Intenzivnost in delež delovnega časa:

- Delež delovnega časa z duševno motenimi pacienti kot primarno skupino mora znašati vsaj 2/3 celotnega delovnega časa (skladno s prakso Hrvaške in zahtevo po "polnem delovnem času" v KPDZSV).
- Upošteva se efektivni delež, ne nominalna razvrstitev na delovno mesto.

Kriterij 2 – Primarnost terapevtskega cilja:

- Primarni terapevtski cilj obravnave mora biti zdravljenje, stabilizacija ali rehabilitacija duševne motnje (ne somatske bolezni, ob kateri se duševna motnja zgolj sočasno obravnava).
- Ocena tega kriterija izhaja iz standardov in kodifikacije zdravstvene storitve (KPDZSV, Zakon o duševnem zdravju, Zakon o zdravstveni dejavnosti).

Kriterij 3 – Narava stika (aktivna terapevtska vloga):

- Delavec mora aktivno izvajati vsaj enega od naslednjih posegov: farmakoterapijo psihičnih simptomov, psihoterapevtske intervencije, krizne intervencije, prisilne ukrepe, psihosocialno rehabilitacijo, vodenje diagnostičnega postopka duševnih motenj ali neposredno zdravstveno nego v akutni fazi duševne motnje.
- Zgolj priložnostni stik z duševno motnjo (npr. konzultacija, enkratni pregled, anamneza) tega kriterija ne izpolnjuje.

Kriterij 4 – Profil tveganja:

- Dokumentirana (ali dokazljiva iz narave delovnega mesta) redna izpostavljenost vsaj enemu od naslednjih: agresija in nasilje, suicidalnost, prisilni ukrepi, nepredvidljivo vedenje izhajajočo iz aktivne psihoze ali hudih osebnostnih motenj.

Kriterij 5 – Instrukcijski okvir:

- Delo se opravlja v institucijah, ki jih navaja KPDZSV: bolnišnice (psihiatrični oddelki), psihiatrične bolnišnice, posebni socialnovarstveni zavodi, socialnovarstveni zavodi za usposabljanje, varstveno-delovni centri.
- Delovna mesta, ki izpolnjujejo te kriterije, morajo biti eksplicitno navedena v internem aktu delodajalca, kar mora potrditi pristojna komisija ali kolegij.

Pravica za dodatni dopust po 5. točki 36. člena pripada zdravstvenim delavcem, ki kumulativno izpolnjujejo vseh 5 omenjenih kriterijev. Jedro je intenzivnost + primarnost + aktivna terapevtska vloga + profil tveganja + instrukcijski okvir. Zgolj priložnostni ali posredni stik s pacientom, ki ima komorbidno duševno motnjo, tega ne izpolnjuje.

Predlagana lestvica za določanje števila dni dopusta je vezana na klasifikacijo intenzitete duševne motnje. Za akutno psihiatrijo, forenzično psihiatrijo in intenzivno psihiatrijo kategorija 4 (do 15 dni); za rehabilitacijo, gerontopsihiatrijo, odvisnosti kategorija 3 (10 dni); za skupnostno psihiatrijo in ambulantne programe kategorija 2 (5 dni). Ugotavljanje kategorije izvede interdisciplinarni odbor z upoštevanjem mnenja RSK.

Povzetek ključnih priporočil RSK

1. Sprejeti zavezujočo razlago Odbora za razlago KPDZSV, ki eksplicitno pojasni, da 5. točka 36. člena zahteva kumulativno izpolnjevanje vseh predlaganih kriterijev (intenzivnost $\geq 2/3$ delovnega časa, primarni cilj, aktivna terapevtska vloga, profil tveganja, institucijski okvir).
2. Vzpostaviti nacionalni seznam delovnih mest, ki izpolnjujejo kriterije, na podlagi skupnega mnenja RSK za psihiatrijo, RSK za klinično psihologijo in Zbornice-Zveze. Ta seznam naj bo strokovna podlaga za interne akte delodajalcev.
3. Ureditev emocionalnih obremenitev nepsihiatričnih poklicev skozi ločen pravni naslov v KPDZSV z omejenimi dnevi (2–5), vezanimi na jasno opredeljene enote (paliativna oskrba, onkologija, pediatrična intenzivna medicina), pri čemer velja pogoj $\geq 2/3$ delovnega časa v tej entoti.
4. Vzpostavitev obveznih sistemskih ukrepov za preprečevanje izgorelosti pri vseh intenzivno obremenjenih zdravstvenih delavcih (supervizija, Balintove skupine, rotacija, psihološka podpora), po vzoru avstrijske Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen in WHO priporočil.
5. Posvetovanje s socialnimi partnerji o predlaganih kriterijih v okviru Odbora za razlago KPDZSV in KPZZ, preden se sprejmejo zavezujoče razlage ali zakonodajne spremembe.

Mnenje je pripravljeno v skladu z zahtevo ministrstva pod številko 101-20/2025-2711-5 z dne 31. 3. 2026. RSK za psihiatrijo ostaja na razpolago za dodatna pojasnila in strokovne konzultacije.

Ad 6/ Ministrstvo za zdravje – odgovor ZZZS ju – prikaz psihiatričnih izvidov z omejeno vsebino št. 163-14/2026-2711-2, dne 4.3.2026

Psihiatri se pri vnosu dokumentacije v Centralni register podatkov o pacientih (CRPP) znajdejo v resnem normativnem navzkrižju. Po eni strani ZZPPZ in Pravilnik o pooblastilih za obdelavo podatkov v CRPP (Uradni list RS, št. 2024-01-1084) določata obveznost vnosa zdravstvene dokumentacije, po drugi strani pa GDPR (člen 9), ZVOP-2 (velja od 26. 1. 2023), ZPacP (členi 44–46) in Kazenski zakonik (člen 142 KZ-1) varujejo tako pacienta kot tretje osebe pred neupravičenim razkritjem. Ključna ugotovitev je, da zakonodaja daje psihiatrom in zdravstveni ustanovi trdne pravne argumente za to, da določene dele

psihiatrične dokumentacije – zlasti anamnestične podatke o tretjih osebah (svojcih, bližnjih) – označijo kot interno dokumentacijo ustanove in jih ne posredujejo v CRPP, kjer je dostop širok in nadzor dostopa pomanjkljiv.

Občutljivost psihiatričnih podatkov

Psihiatrična dokumentacija se strukturno razlikuje od somatske dokumentacije:

1. Anamneza vsebuje pogosto identifikacijske podatke in občutljive informacije o tretjih osebah (partnerji, starši, otroci, sosedje), ki sami niso pacienti in niso dali privolitve za obdelavo njihovih podatkov;
2. Psihični status razkriva intimne, stigmatizirane informacije (suicidalne misli, zasvojenosti, zlorabe, spolno vedenje), katerih razkritje ima konkretne socialne posledice;
3. Terapevtski odnos temelji na absolutnem zaupanju – razkritje celovite dokumentacije tretjim osebam ga ogroža in s tem škoduje zdravljenju.

Kot je potrjeno tudi v medijskih poročilih (Delo, maj 2023, <https://www.delo.si/novice/slovenija/zdravstveni-podatki-dostopni-34-tisoc-zaposlenim-v-zdravstvu>), psihiatri »zaradi možnosti zlorab podatkov praviloma ne vpisujejo« v CRPP.

Kategorizacija psihiatrične dokumentacije

Psihiatrična zdravstvena dokumentacija se deli na:

Kategorija A – Dokumenti za CRPP (obvezno posredovati):

- Odpustno pismo (vsebina: diagnoza po MKB-10/MKB-11, datum sprejema/odpusta, predpisana terapija, napotitve);
- Specialistični izvid (za namen napotitve ali nadaljevanja zdravljenja);
- Podatki za Povzetek podatkov o pacientu (PPoP): alergije, kronične diagnoze, terapija, cepljenja.

Kategorija B – Interna dokumentacija (ne posredovati v CRPP):

- Celotna psihiatrična anamneza, zlasti deli, ki vsebujejo podatke o tretjih osebah (svojcih, partnerjih, otrocih, znancih);
- Psihični status z opisom vsebine misli, doživljanja in vedenja;
- Psihoterapevtske opombe in zapisi terapevtskih sej;
- Zapisniki konzilijev, ki vsebujejo identifikacijske podatke tretjih oseb;
- Socialna anamneza z osebnimi podatki tretjih oseb;
- Forenzično-psihiatrična dokumentacija.

Pravna podlaga za Kategorijo B: GDPR čl. 5(1)(c) (minimizacija podatkov), GDPR čl. 9 (posebne kategorije podatkov tretjih oseb), ZPacP čl. 43 (zasebnost pri zdravstveni storitvi), ZPacP čl. 45 (poklicna skrivnost), KZ-1 čl. 142.

Obrazložitev izvzeta Kategorije B:

Dokumenti Kategorije B se ne posredujejo v CRPP iz naslednjih razlogov:

1. Vsebujejo osebne podatke tretjih oseb (svojcev, bližnjih), ki niso pacienti CRPP in niso dali privolitve za obdelavo svojih podatkov v centralnem registru;
2. Posredovanje teh podatkov presega obseg, ki je »nujno potreben« za namene CRPP (kontinuirana zdravstvena oskrba), kar je v nasprotju z načelom minimizacije podatkov iz GDPR čl. 5(1)(c);
3. Podatki predstavljajo poklicno skrivnost, ki jo zdravnik pridobi v zaupnem terapevtskem razmerju;
4. Informacijska varnost CRPP ne zagotavlja zadostne zaščite za tovrstne izjemno občutljive podatke, kar je v nasprotju z zahtevo GDPR čl. 32 po ustrezni ravni varnosti.

Posredovanje dokumentacije ZZS in imenovanim zdravnikom

Ko imenovani zdravnik ZZS zahteva vpogled v psihiatrično dokumentacijo za namen ugotavljanja delazmožnosti:

1. Ustanova nemudoma posreduje dokumentacijo Kategorije A;
2. Glede dokumentacije Kategorije B ustanova pisno obvesti imenovanega zdravnika, da gre za interno dokumentacijo, ki vsebuje podatke tretjih oseb in je izvzeta iz CRPP na podlagi GDPR čl. 5, 9 in ZPacP čl. 45;
3. Ustanova za namen ocene delazmožnosti po potrebi pripravi posebej prirejeno mnenje psihiatra, ki vsebuje le tiste informacije, ki so nujno potrebne za odločitev o delazmožnosti (diagnoza, funkcionalna ocena, prognoza), brez anamnestičnih podrobnosti o tretjih osebah.

Varstvo podatkov o tretjih osebah - Posebni ukrepi za varstvo podatkov tretjih oseb

Psihiatri in zdravstveno osebje so dolžni:

1. Pri vnosu podatkov v informacijski sistem razlikovati med podatki pacienta in podatki tretjih oseb;
2. V dokumentih, ki se posredujejo v CRPP, podatke tretjih oseb anonimizirati ali psevdonimizirati (npr. »partnerica«, »oče« brez imena, datuma rojstva in EMŠO);
3. Vsi dokumenti Kategorije B se hranijo izključno v internem informacijskem sistemu ustanove, z dostopom omejenim na neposredno vpletene zdravstvene delavce;

4. Dokumenti Kategorije B se ne posredujejo zunanjim izvajalcem, zavarovalnicam, delodajalcem ali drugim tretjim osebam brez pisne privolitve pacienta in posebne obrazložitve nujnosti.

Predlog potencialne rešitve problema - Sklep RSK za psihiatrijo (30. seja, 19. 3. 2026)

Razširjeni strokovni kolegij za psihiatrijo je na svoji 30. seji leta 2026 obravnaval točno to vprašanje in sprejel konkreten sklep, ki ga UPK Ljubljana že izvaja. Ključne ugotovitve:

Kaj se pošilja v CRPP (ambulantni izvidi):

- Diagnoza obravnave (MKB-10 koda)
- Predpisana terapija
- Datum kontrolnega pregleda
- Fakultativno: mnenje terapevta, kadar bolnik sam želi ali ko je lečeči terapevt zakonsko obvezan

Kaj se pošilja v CRPP (hospitalne odpustnice):

- Nevturalen povzetek bolnikove obravnave
- Izvidi preiskav
- Dolžina in vsebina je prepuščena presoji lečečih zdravnikov (bolniki z demenco – daljše; bolniki s psihotičnimi motnjami – krajše z nevtralnimi izrazi)

Kaj je občutljivo in ostane v interni dokumentaciji:

- Vse navedbe v avto- in heteroanamnezi
- Psihični status – razen kadar lečeči zdravnik presodi, da podatki niso občutljivi (npr. opis kognitivnega stanja pri demenci)

Tehnična rešitev UPK Ljubljana:

Bolnišnični informacijski sistem vsebuje ločena polja:

- Polje »ambulantni dekursus« / »hospitalna epikriza« → vsi podatki, vključno z občutljivimi → papirna kartoteka
- Polje »ambulantni izvid CRPP« / »hospitalna epikriza CRPP« → samo omejen nabor podatkov, avtomatičen prenos v CRPP po digitalnem podpisu.

RSK za psihiatrijo se načeloma strinja z uvedbo Identifikatorjev za psihiatrični izvid (SZD, 2025; COBISS.SI-ID [247398659](#)), ki predstavlja strukturiran šifriran zapis, ki imenovanim zdravnikom ZZS poda vse informacije, potrebne za presojo delazmožnosti, brez razkritja občutljivih anamnestičnih

podrobnosti, vendar le pod pogojem, da se za navedeno izvedbo s strani ZZSZ prizna povečane časovne normative za psihiatrično obravnavo.

Ad 7/ Zadeva: Strokovna utemeljitev standardov obravnave oseb z duševnimi motnjami v zdravstvenem sistemu

Zveza: Komentar RSK za psihiatrijo na predlog predpisa – evidenca št. 2026-2711-0039

Osebe (bolniki) z duševnimi motnjami so izredno ranljiva skupina, zato je primarna dolžnost zdravnikov in vseh zdravstvenih delavcev ter sodelavcev, zagotavljanje učinkovite in varne obravnave.

Takšno obravnavo je mogoče zagotoviti le s priznanimi, z empiričnimi dokazi preverjenimi in potrjenimi načini zdravljenja, ki sledijo uveljavljenim mednarodnim standardom (sistematični pregledni članki, meta-analize) in nudijo najvišjo stopnjo zanesljivosti. Uveljavljen primer tovrstnih standardov, ki se pogosto uporabljajo tudi v slovenskem prostoru, so smernice britanskega inštituta NICE (National Institut for Health and Care Excellence).

Z dokazi podprta psihoterapija je le eden od možnih pristopov zdravljenja posameznika z določeno duševno motnjo. Ustrezno educiran psihiater, zna na podlagi svoje izobrazbe, kliničnih izkušenj ter upoštevanja individualnih lastnosti bolnika, diagnosticirati duševno motnjo in izbrati najbolj učinkovito in najbolj varno metodo zdravljenja. Psihatri v okviru svoje specializacije pridobijo potrebna, mednarodno določena, strokovna znanja in klinične izkušnje, ki jim omogočajo duševno motnjo prepoznati in izbrati ter implementirati ustrezno metodo zdravljenja.

Psihoterapija kot metoda zdravljenja duševnih motenj, se v praksi pogosto enači s psihosocialnim svetovanjem, kar je ne le zmotno, temveč tudi izjemno nevarno. Psihosocialno svetovanje je dejavnost, kjer svetovalec uporablja psihološke veščine za pomoč posameznikom, ki se soočajo z življenjskimi izzivi, osebnimi težavami ter si želijo izboljšati kakovost svojega življenja.

Oba pristopa sta brez dvoma usmerjena v pomoč posamezniku v stiski, vendar pa je med njima ključna razlika. Psihoterapija je metoda zdravljenja duševnih motenj, torej gre za kurativo, medtem, ko se svetovanje osredotoča na preventivo in promocijo zdravja.

Člani RSK za psihiatrijo poudarjamo, kot smo že večkrat zapisali, da je Zakon o psihoterapevtski dejavnosti neustrezen in celo ogroža najbolj ranljive skupine ljudi, to so osebe z duševnimi motnjami. Predlog Uredbe dovoljenih psihoterapevtskih pristopov navedeno le potrjuje, saj vključuje številne pristope, ki niso znanstveno dokazano učinkoviti pri zdravljenju oseb z duševnimi motnjami, kaj šele varni, obenem pa bi jih izvajali posamezniki, ki nimajo ustreznega strokovnega (medicinskega) znanja in kliničnih izkušenj.

Člani RSK za psihiatrijo se zavedamo svoje strokovne in človeške odgovornosti, zato ponovno apeliramo na odločevalce, da zdravljenje bolnikov z duševnimi motnjami ostane v domeni zdravstva torej usposobljenih strokovnjakov, ki so ob ustrezni osnovni izobrazbi (zdravnik, psiholog, diplomirana medicinska sestra, specialni pedagog, delavni terapevt, socialni delavec, itd.) pridobili dodatno usposabljanje in s tem znanje iz ene od, z dokazi podprtih, psihoterapevtskih šol (analitska individualna in skupinska psihoterapija, sistemska družinska terapija in vedenjsko kognitivna terapija).

Le na ta način bo Slovenija ohranila visoke standarde zdravljenja bolnikov z duševnimi motnjami, hkrati pa poskrbela za ustrezno psihosocialno pomoč ljudem v stiski in tistim, ki si želijo izboljšati kakovost svojega življenja.

Zapisala:

Predsednica RSK za psihiatrijo

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