

**RESOLUCIJA O NACIONALNEM PROGRAMU DUŠEVNEGA ZDRAVJA  
2014 – 2018**

Datum: 30. 1. 2014

EVA: 2008-2711-0140

## KAZALO

<b>1 UVOD</b> .....	<b>3</b>
<b>1.1 DUŠEVNO ZDRAVJE - NI ZDRAVJA BREZ DUŠEVNEGA ZDRAVJA</b> .....	<b>3</b>
<b>1.2 POSLANSTVO IN NAČELA NPDZ</b> .....	<b>4</b>
<b>1.3 IZHODIŠČA ZA PRIPRAVO NPDZ</b> .....	<b>4</b>
<b>1.4 FORMALNE PODLAGE NPDZ</b> .....	<b>5</b>
<b>1.5 PODROČJE DUŠEVNEGA ZDRAVJA Z MEDNARODNEGA VIDIKA</b> .....	<b>6</b>
<b>1.6 METODOLOGIJA PRIPRAVE NPDZ</b> .....	<b>9</b>
<b>2 STANJE V SLOVENIJI Z OCENO POTREB IN OPREDELITVIJO CILJNIH SKUPIN TER PREDNOSTNIH PODROČIJ</b> .....	<b>14</b>
<b>2.1 OTROCI IN MLADOSTNIKI</b> .....	<b>14</b>
2.1.1 Duševno zdravje in duševne motnje pri otrocih in mladostnikih .....	15
2.1.2 Samomorilno vedenje pri otrocih in mladostnikih .....	20
2.1.3 Stigmatiziranost na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov .....	22
2.1.4 Izvajalci storitev za duševno zdravje otrok in mladostnikov ter podatki uporabe služb .....	22
<b>2.2 Promocija in preventiva:</b> .....	<b>25</b>
2.1.5 Ocena potreb na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov in opredelitev prednostnih področij na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov .....	38
2.1.6 Cilji, strategije in ukrepi za izboljšanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov .....	42
<b>2.2 ODRASLI</b> .....	<b>46</b>
2.2.1 Duševno zdravje in duševne motnje aktivne populacije .....	46
2.2.2 Samomorilno vedenje odraslega prebivalstva .....	54
2.2.4 Stigma .....	56
2.2.5 Mreža izvajalcev, ki v Sloveniji izvajajo programe in storitve za duševno zdravje v okviru javne službe in obravnave v skupnosti .....	57
2.1.6 Ocena potreb na področju duševnega zdravja odrasle populacije in opredelitev prednostnih področij na področju duševnega odrasle populacije .....	78
2.2.7 Cilji, strategije in ukrepi za izboljšanje duševnega zdravja odraslega prebivalstva .....	80
<b>2.3 STAROSTNIKI</b> .....	<b>85</b>
2.3.1 Duševno zdravje in duševne motnje v starosti .....	86
2.3.2 Samomorilno vedenje v starosti .....	90
2.3.3 Stigma .....	91
2.3.4 Mreža izvajalcev programov in storitve za duševno zdravje starejših v okviru javne službe in obravnave v skupnosti .....	92
2.3.6 Ocena potreb na področju duševnega zdravja starejših in opredelitev prednostnih področij ..	95
2.3.6 Cilji, strategije in ukrepi za izboljšanje duševnega zdravja starostnikov .....	98
<b>3. AKCIJSKI NAČRT NPDZ</b> .....	<b>104</b>
<b>4. EVALVACIJA IN RAZISKOVANJE</b> .....	<b>135</b>

# 1 UVOD

## 1.1 DUŠEVNO ZDRAVJE - NI ZDRAVJA BREZ DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Svetovna zdravstvena organizacija (v nadaljnjem besedilu: SZO) je duševno zdravje opredelila kot »stanje dobrega počutja, v katerem posameznik razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresom v vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno dela ter prispeva v svojo skupnost«. Duševno zdravje omogoča posamezniku udeležanje njegovih umskih in čustvenih zmožnosti ter mu omogoča, da najde in izpolni svojo vlogo v poklicnem, družbenem in zasebnem življenju.

Duševno zdravje je pomembno za posameznika in družbo. Za družbo je dobro duševno zdravje namreč podlaga za družbeno kohezijo ter za (boljšo) socialno in ekonomsko blaginjo. Duševno zdravje zato danes sodi med najpomembnejše javnozdravstvene vsebine in mu zdravstvene in socialne politike namenjajo veliko pozornosti, toliko kot so v nedavni preteklosti skrbele za obvladovanje in preprečevanje nalezljivih bolezni. Osebe z duševnimi motnjami in njihovi bližnji so pogosto deležni diskriminacije, izključenosti in nespoštovanja temeljnih človekovih pravic. Stigma negativno vpliva tudi na dostopnost oziroma potek zdravstvene obravnave.

Prizadevanja na področju krepitev in varovanja duševnega zdravja so usmerjena v krepitev, ohranjanje ter izboljševanje duševnega zdravja, zato so pomembne vse dejavnosti: promocija, preventiva, zdravljenje, rehabilitacija ter dolgotrajna oskrba.

Dokazana je povezava med duševnim zdravjem in revščino, ki povečuje tveganje za duševne motnje. Slabo gospodarsko stanje v družbi praviloma negativno vpliva na razvijanje ustreznih politik za duševno zdravje. Družbeno in gospodarsko breme duševnih motenj je zelo veliko v bolj in manj razvitih okoljih. Posledice duševnih bolezni namreč močno obremenjujejo družbene vire ter gospodarske, izobraževalne, socialne, zdravstvene, kazenske in sodne sisteme držav. **Slabo duševno zdravje tako pomeni izgubo najmanj 3 do 4 odstotkov bruto domačega proizvoda (v nadaljnjem besedilu: BDP), po nekaterih ocenah pa še več.** Povsem upravičeno je torej, da države duševno zdravje uvrščajo med pomembne cilje javnega zdravja (SOC/233: Strategija na področju duševnega zdravja za Evropsko unijo, 2006).

Primerjavo učinkovitosti sistemov za duševno zdravje v posameznih državah je izdelala Ekspertna skupina Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj (Organisation for Economic Cooperation and Development, v nadaljnjem besedilu: OECD) in uporabila 6 različnih modelov po posebni metodologiji DEA (Data Envelopment Analysis). Posebej opozarjajo, da rezultati te analize ne morejo služiti kot osnova za politične oziroma organizacijske odločitve, saj so zgolj eksploratorni. Pokažejo področje, ki zahteva nekoliko bolj podrobne analize. Šest modelov vhodnih in izhodnih podatkov so uporabili zato, da analizirajo konsistentnost razporeditve posameznih držav v posameznem modelu. Ugotovili so, da se države na vrhu učinkovitosti (npr. Švedska) in na dnu učinkovitosti pojavljajo zelo konsistentno (npr. Nizozemska, Irska in Češka), medtem ko države v sredini precej menjajo svoje uvrstitve. Slovenija se uvršča bolj proti koncu pri vseh modelih (Moran in Jacobs, 2011).

## 1.2 POSLANSTVO IN NAČELA NPDZ

**Poslanstvo NPDZ** je krepitev, varovanje, podpora ter ohranjanje čustvene in socialne dobrobiti z izboljšanjem dejavnikov, ki krepijo in varujejo duševno zdravje, ob hkratnem spoštovanju kulture, enakosti, socialne pravičnosti in osebnega dostojanstva ter ob upoštevanju socialnih in ekonomskih dejavnikov, pa tudi varovanja človekovih pravic.

### **NPDZ temelji na načelih:**

- interdisciplinarnega in medsektorskega sodelovanja na ravni politik, zakonodaje in služb;
- varovanja človekovih pravic;
- pravne in socialne države;
- promocije in varovanja duševnega zdravja;
- pozitivne diskriminacije ranljivih skupin prebivalstva;
- destigmatizacije in vključevanja oseb s težavami v duševnem zdravju;
- decentralizacije in dostopnosti služb, ki delujejo na področju duševnega zdravja;
- skupnostne skrbi in rehabilitacije oseb z duševnimi motnjami;
- varnosti, kakovosti, strokovnosti, učinkovitosti, dostopnosti in nepretrganosti obravnave, skladne s pričakovanji uporabnikov, ob upoštevanju strokovno preverjenih metod in mednarodno priznanih standardov;
- stalnega izobraževanja strokovnih delavcev in posodabljanja oblik promocije in varovanja duševnega zdravja ter prilagajanja dejanskim potrebam;
- uporabe najmanj omejevalnih metod zdravljenja in obravnave, s katerimi se še doseže namen;
- usklajenosti potreb in virov, stroškovne učinkovitosti ter na dokazih utemeljenih ukrepov.

## 1.3 IZHODIŠČA ZA PRIPRAVO NPDZ

Prvo in osnovno izhodišče NPDZ je, da je **duševno zdravje širok koncept**, ki vključuje tako pozitivno kot negativno dimenzijo duševnega zdravja na kontinuumu in da lahko vsak posameznik na tem kontinuumu pridobi z izboljšanjem svojega duševnega zdravja.

Kontinuum duševnega zdravja predstavlja stanja, kjer so meje med posameznimi kategorijami zdravje/težava/motnja arbitrarno postavljene, saj je težko določiti, kje se zdravje prevesi v težavo, težava pa v duševno motnjo. Prav zato je cilj NPDZ krepiti tako duševno zdravje celotne populacije kot tudi izboljšati zdravstveno obravnavo in s tem zdravje oseb z duševno motnjo.

**Kontinuum duševnega zdravja** predstavljajo naslednja stanja (povzeto po Understanding U: Managing the ups and downs of life ([http://www.hr.umich.edu/mhealthy/programs/mental\\_emotional/understandingu/learn/mental\\_health.html](http://www.hr.umich.edu/mhealthy/programs/mental_emotional/understandingu/learn/mental_health.html))).

- **DUŠEVNO ZDRAVJE**, ki pomeni na primer dober odnos do sebe, dobre odnose z drugimi, uspešno spoprijemanje z izzivi v vsakdanjem življenju, zmožnost uspešnega šolanja in pridobitnega dela, skrb za svoje vsakodnevne probleme, itd.
- **TEŽAVE Z DUŠEVNIM ZDRAVJEM**, ki še ne predstavljajo duševne motnje, pač pa so že lahko pokazatelj določenih težav in so lahko dejavnik tveganja za razvoj duševnih motenj. Med te težave sodijo na primer težave pri spoprijemanju s problemi, težave s samopodobo, škodljivo pitje alkohola, šolska neuspešnost, težave s spanjem, itd.

- DUŠEVNE MOTNJE na kontinuumu delimo na dve kategoriji:
  - Duševne motnje, ki pestijo aktivno populacijo in so v izjemnem porastu, zanje poznamo preventivne ukrepe in jih uspešno zdravimo. Sem spadajo stresne motnje, anksiozne motnje, unipolarna depresija, bipolarna motnja razpoloženja, odvisnost od psihoaktivnih snovi, itd.
  - Duševne motnje, ki so po poteku kronične, potrebujejo dolgotrajno zdravljenje, rehabilitacijo, dolgotrajno oskrbo in druge oblike kontinuirane bolj ali manj stalne psihosocialne oblike pomoči. Sem spadajo: psihotične motnje, organske duševne motnje, demence itd.

Drugo izhodišče NPDZ je, da **duševno zdravje ni le stvar zdravstvenega sektorja, ampak vseh sektorjev in politik**. Duševno zdravje pomeni nacionalni kapital. Kot takega ga je treba ohranjati in izboljševati s skupnimi prizadevanji celotne skupnosti in vseh zainteresiranih, vključujoč tudi uporabnike, njihova združenja in skupine svojcev. Duševno zdravje se namreč oblikuje, krepi in ohranja v družinah, vzgojno-izobraževalnih institucijah, na ulici in v delovnem okolju; je rezultat tega, kako nas drugi obravnavajo ter kako mi obravnavamo druge in sami sebe. Posebne dejavnosti so namenjene zlasti medsektorskemu sodelovanju ter ozaveščanju strokovnjakov in političnih odločevalcev, ki delujejo v različnih sektorjih in lahko posredno ali neposredno vplivajo na izboljšanje duševnega zdravja.

Tretje izhodišče NPDZ je uporaba celovitega pristopa promocije in varovanja duševnega zdravja pri pripravi konkretnih ukrepov. Posamezni ukrepi in dejavnosti različnih sektorjev so medsebojno usklajeni v največji možni meri, saj je le tako mogoče doseči največjo stroškovno učinkovitost. Konkretni ukrepi so usmerjeni k izboljšanju duševnega zdravja prebivalcev Republike Slovenije in enakomernejši dostopnosti do storitev za duševno zdravje v posameznih regijah.

Z ustrežno politiko duševnega zdravja lahko izboljšamo trenutno stanje v sorazmerno kratkem času s:

- povečanjem zavedanja o prepletenosti vsebin duševnega zdravja z drugimi politikami ter o pomenu medsektorskega sodelovanja in usklajenosti različnih politik;
- večjim poudarkom na promociji in varovanju duševnega zdravja ter preprečevanju nastanka duševnih motenj; s promocijo in ozaveščanjem lahko dvignemo raven skrbi prebivalcev za ohranjanje oziroma izboljšanje lastnega duševnega zdravja in zmanjšamo breme stigme oseb z duševnimi motnjami;
- izboljšanjem dostopnosti do služb za duševno zdravje in zmanjševanjem razlik med posameznimi regijami,
- razvojem potrebam in virom ustrezno prilagojenega sistema služb in storitev v deficitarnih regijah;
- vzpostavitvijo oziroma izboljšanjem sodelovanja med zdravstvenimi in drugimi delavci na primarni, sekundarni in terciarni ravni (liazon);
- večjo vključitvijo medicinskih sester, drugih zdravstvenih delavcev in drugih strokovnjakov v promocijo in varovanje duševnega zdravja ter obravnave duševnih motenj;
- razvojem interdisciplinarne-psihosocialne obravnave duševnih motenj oziroma obravnave v skupnosti;
- izboljšanjem sodelovanja z nevladnimi organizacijami ter večjim upoštevanjem oseb z duševnimi motnjami in njihovih svojcev.

## 1.4 FORMALNE PODLAGE NPDZ

Zaradi izrednega pomena in vpliva duševnega zdravja na blaginjo in zmožnost razvoja držav oziroma družb sta SZO in EU sprejeli več dokumentov za razvoj in uresničevanje ustreznih strategij in ukrepov. Težišče se je preneslo z duševnih motenj na njihovo preprečevanje oziroma promocijo, spodbujanje in ohranjanje duševnega zdravja; z izključno medicinskega modela obravnave na interdisciplinarno in medsektorsko sodelovanje; z vidika organizacije služb, ki se jim posameznik prilagaja, na potrebe posameznika, ki mora biti v središču storitev različnih služb; s pretežno bolnišničnega zdravljenja na obravnavo duševnih motenj v lokalnem okolju.

EU namenja duševnemu zdravju vse več pozornosti, kar je razvidno iz vrste strateških dokumentov, ki jih je sprejela in jih upoštevajo vse države članice, vključno s Slovenijo.

NPDZ upošteva vse dokumente s področja duševnega zdravja, ki so jih pripravili SZO, Svetu Evrope in EU, zlasti Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje, ki je bil sprejet v času slovenskega predsedovanja Svetu EU junija 2008 v Bruslju, in druge dokumente:

- Deklaracija in Akcijski načrt za področje duševnega zdravja v Evropi sprejet na Evropski ministrski konferenci SZO v Helsinkih, l. 2005
- Zelena knjiga za izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva – Pot k strategiji na področju duševnega zdravja za Evropsko unijo, Evropska komisija, l. 2005
- Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje, l. 2008
- Resolucija za duševno zdravje, Evropski parlament, l. 2009
- Evropski akcijski plan za duševno zdravje, SZO, l. 2013

Zakon o duševnem zdravju (Uradni list RS, št. 77/08; v nadaljnjem besedilu: ZDZdr) v 7. členu določa, da se razvojni cilji in potrebe na področju preventive (kamor spada tudi promocija), psihiatričnega zdravljenja, celovite socialno varstvene obravnave, nadzorovane obravnave in obravnave v skupnosti opredelijo z NPDZ za obdobje najmanj petih let.

NPDZ vsebuje za obdobje petih let:

- strategijo razvoja promocije in varovanja duševnega zdravja,
- akcijski načrt za promocijo in varovanje duševnega zdravja, s kazalniki učinkovitosti za evalvacije,
- cilje, organizacijo, razvoj in naloge izvajalcev,
- mrežo izvajalcev programov in storitev za duševno zdravje,
- nosilce nalog za uresničevanje nacionalnega programa.

Opomba: V letu 2014 se je Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (IVZ) reorganiziral v Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), kar smo v tekstu upoštevali tudi pri Zavodih za zdravstveno varstvo, ki so se reorganizirali v Območne enote (OE).

## **1.5 PODROČJE DUŠEVNEGA ZDRAVJA Z MEDNARODNEGA VIDIKA**

Duševne motnje pomenijo veliko izgubo in obremenitev za gospodarske, socialne, izobraževalne ter kazenske in pravosodne sisteme. Po ocenah stanejo duševne motnje v EU od 3 do 4 odstotke BDP, v glavnem zaradi izgubljene produktivnosti (kar 65 odstotkov stroškov je zunaj zdravstva): odsotnosti z dela, nezmožnosti za delo in zgodnjega upokojevanja (Evropska komisija, 2008a).

SZO je sprejela pripravljala globalni akcijski načrt za področje duševnega zdravja in Evropski akcijski plan za duševno zdravje v letu 2013.

V EU skupaj z Islandijo, Norveško in Švico je 27 odstotkov odraslega prebivalstva (stari med 18 in 65 let) doživelo vsaj eno vrsto duševne motnje v preteklem letu (vključene so vse težave, ki izhajajo iz zlorabe psihoaktivnih snovi, psihoze, depresija, anksioznost in motnje hranjenja). Te številke predstavljajo veliko breme na račun slabega zdravja, saj je prizadetih približno 83 milijonov ljudi. Toda tudi te številke verjetno podcenjujejo razsežnost problema, saj je izračun vključil le omejeno število bolezni in ni zajel populacije, starejše od 65 let.

Breme bolezni je za ženske bistveno višje v primerjavi z moškimi, razen za motnje povezane z uživanjem prepovedanih snovi (moški: 5,6 odstotkov, ženske 1,3 odstotkov) in psihotične motnje (oba spola imata enako breme). Ti podatki tudi ne zajemajo komorbidnih stanj. Do 32 odstotkov prizadetih naj bi imelo eno dodatno duševno motnjo, 18 odstotkov jih je imelo dve, 14 odstotkov pa tri ali več.

Nevropsihiatrične motnje so drugi vzrok zmanjšani zmožnosti prilagojenih življenjskih letih (v nadaljnjem besedilu: DALY) v Evropi in predstavljajo 19 odstotkov, le 4 odstotkov manj kot bolezni srca in ožilja (WHO, 2004).

Štiri izmed prvih 15 bolezni, odgovornih za DALY, so motnje v duševnem zdravju:

- unipolarna depresivna motnja, tretji vzrok DALY (5,6 odstotkov vseh DALY);
- motnje zaradi uživanja alkohola so šesti najpogostejši vzrok DALY (3,3 odstotkov vseh DALY);
- samopoškodbe so 10 vzrok DALY (2 odstotkov vseh DALY);
- Alzheimerjeva bolezen in druge demence so 14. glavni vzrok DALY (2 odstotkov vseh DALY).

Med kroničnimi nenalezljivimi boleznimi, ki pestijo prebivalce Evrope, duševne motnje predstavljajo največje breme. Po zadnjih razpoložljivih podatkih (WHO, 2004), so nevropsihiatrične motnje najpogostejši vzrok za leta življenja z invalidnostjo (v nadaljnjem besedilu: YLD) v Evropi, kar predstavlja 39,7 odstotkov:

- unipolarne depresivne motnje 12,4 odstotkov vseh YLD in je na prvem mestu v Evropi
- uživanja alkohola in z njim povezane motnje so na drugem mestu v Evropi, in predstavljajo 6,8 odstotkov vseh YLD.
- Alzheimerjeva in druge demence so na petem mestu, kar predstavlja 3,9 odstotkov
- shizofrenija in bipolarna motnja sta na 12 mestu in predstavljata vsaka zase 2,3 odstotkov vseh YLD.

V EU, kjer je povprečna stopnja samomorilnosti, po podatkih Evropskega statističnega urada (EUROSTAT), v letu 2009 znašala 10,3 smrti na 100 000 prebivalcev, so razlike med državami zelo velike (najvišje 31,5 smrti na 100 000 prebivalcev v Litvi, 21,8 smrti na 100 000 na Madžarskem in 20,7 smrti na 100 000 v Latviji in 18,7 smrti na 100 000 v Sloveniji ter najnižje 3,6 smrti na 100.000 prebivalcev v Cipru in 3 smrti na 100.000 prebivalcev v Grčiji).

Po podatkih OECD je v letu 2009 storilo samomor skoraj 150.000 ljudi (povprečje OECD članic znaša 11,3 smrti na 100.000 prebivalcev). Samomorilnost je bila najnižja v državah južne Evrope (Grčija, Italija in Španija) ter v Mehiki in Izraelu in sicer največ 6 smrti na 100.000 prebivalcev. Najvišje stopnje samomorov so bile zabeležene v Koreji, Rusiji, na Madžarskem in Japonskem in sicer več kot 19 smrti na 100.000 prebivalcev. Prav tako so razlike med moškimi in ženskimi; samomorilnost med moškimi je tri do štirikrat višja kot pri ženskah v državah članicah OECD. Izjemo predstavlja Koreja, kjer je situacija obrnjena – ženske večkrat storijo samomor kot moški.

Po podatkih SZO (WHO, 2004) se razlike pojavljajo tudi znotraj starostnih skupin. Najvišja stopnja samomorov je v starostni skupini nad 65 let (21,9 na 100 000 prebivalcev) in 45-59 (21,5 na 100 000 prebivalcev).

Države kot so Japonska (273 postelj na 100.000 prebivalcev), Belgija (179 postelj na 100.000 prebivalcev) in Nizozemska (140 postelj na 100.000 prebivalcev) imajo relativno visoko število postelj v psihiatričnih ustanovah. Večina držav članic pa ima manj kot 100 postelj na 100.000 prebivalcev dostopnih v psihiatrični oskrbi, večinoma nameščenih v psihiatričnih enotah splošnih bolnišnic. Stopnje psihiatričnih postelj so nizke v Mehiki (5 postelj na 100.000 prebivalcev), Turčiji (7 postelj na 100.000 prebivalcev) in Italiji (11 postelj na 100.000 prebivalcev; OECD 2009). Stopnje sprejemov na bolnišnične enote na 100 000 prebivalcev razlikujejo od 1301 v Romuniji in 1240 v Nemčiji do 87 v Albaniji. Mediana stopnja sprejemov je 568 na 100 000 prebivalcev. Stopnja obiskov v ambulantah vseh služb na 100 000 prebivalcev (od 28 200 na Slovaškem in 26 077 na Finskem do 1083 v Albaniji in 1066 v Združenem kraljestvu (Škotska), srednja stopnja 6596 (WHO 2004).

Večina držav članic OECD je imela po podatkih leta 2009 med 10 in 20 delovno aktivnih psihiatrov na 100.000 prebivalcev (OECD 2009). V nekaterih državah se količniki gibljejo nad 20 delovno aktivnih psihiatrov na 100.000 prebivalcev (na primer na Finskem 22, v Franciji 21, Islandiji 23, na Norveškem 22, in v Švici 42), v nekaterih državah pa so količniki nižji od 10 delovno aktivnih psihiatrov na 100.000 prebivalcev (na primer v Koreji 5, na Poljskem 9 ter v Turčiji 4).

V povprečju so stopnje psihiatrov na 100 000 prebivalcev v različnih delih v evropski regiji SZO:

- EU-15 - 12,9
- Nove države članice EU- 8.9
- državah, v jugovzhodni Evropi - 8
- Skupnost neodvisnih držav - 5.6.

Stopnja medicinskih sester, ki delajo v duševnem zdravju (WHO, 2004), se giblje od 163 na Finskem do 4 na 100 000 prebivalcev v Bosni in Hercegovini (Republika Srbska) in 3 v Grčiji. Mediana stopnja medicinskih sester na 100 000 prebivalcev je 21,7, več kot dvakrat srednja stopnja psihiatrov (WHO, 2004).

Večina držav poroča, da splošni zdravniki obravnavajo tudi osebe s težavami v duševnem zdravju (WHO, 2004):

- zaznavanje težav in napotitve v druge specializirane službe (95 odstotkov držav);
- diagnosticiranje težav (86 odstotkov);
- redno zdravljenje ljudi z določenimi motnjami (86 odstotkov).

Približno polovica duševnih motenj nastane že v otroštvu in adolescenci, zato morajo biti organizacije, ki se ukvarjajo z mladostniki, usposobljene za prepoznavanje znakov in odzivanje nanje. Za ponazoritev lahko navedemo, da ima 15 odstotkov evropskih 8- do 9-letnikov duševne motnje (Evropska komisija, 2008b).

Wittchen in sodelavci (2011) ocenjuje so, da vsako leto 38,2 odstotkov prebivalstva EU trpi za duševnimi motnjami. To pomeni 164,8 milijona oseb letno z duševnimi motnjami, ob tem da upoštevamo starost in možnost sočasno prisotnih duševnih motenj.

V primerjavi z letom 2005 (27,4 odstotkov in 2011: 165 milijonov proti letu 2005: 82 milijonov oseb) je številka višja, kar je v celoti posledica vključitve 14 novih diagnoz zdravstvenih težav, ki so pogostejše v otroštvu in adolescenci in pri starejših ter vključitev novih članic EU. Najpogostejše motnje so anksiozne motnje (14,0 odstotkov), nespečnost (7,0 odstotkov), velika depresija (6,9 odstotkov), somatoformne (6,3 odstotkov), odvisnost od alkohola in



drugih psihoaktivnih snovi (4odstotkov), ADHD (5odstotkov) pri mladih in demenca (1-30 odstotkov, odvisno od starosti). Razen pri težavah z zlorabo snovi in duševne manjrazvitosti, ni bilo večjih razlik med državami.

Ponovna raziskava je bila objavljena 2011 in predstavlja sistematični pregled literature, ponovno analizo obstoječih zbirk podatkov, nacionalnih raziskav in strokovnih posvetovanj. Študije in podatki so iz vseh držav članic Evropske unije (EU-27) in Švice, Islandije in Norveške. Ocenjujejo, da ima vsako leto 38,2 odstotkov prebivalstva EU duševne motnje, kar pomeni 164.8 milijonov ljudi. V primerjavi z letom 2005 (27,4 odstotkov) je ta ocena višja zaradi vključitve 14 novih nevropsihiatričnih motenj, ki zajemajo otroštvo/adolescenca oziroma starejše in novih članic EU (2011: 165 m proti letu 2005: 82 m). Najpogostejše motnje so anksiozne motnje (14,0odstotkov), nespečnost (7,0odstotkov) in velika depresija (6,9 odstotkov) in somatoformne (6,3odstotkov), motnje zaradi alkohola in drog (4 odstotkov), ADHD (5 odstotkov) pri mladih, ter demenca (1-30odstotkov, odvisno od starosti). Razen motenj uživanja prepovedane snovi in duševno prizadetih, ni bilo velike kulturne razlike ali država (Witchen in sod, 2011).

Zaradi staranja prebivalstva v državah EU ugotavljamo čedalje več duševnih motenj, povezanih s starostjo (različne demence, depresije, samomorilnost). Vse to nakazuje, da je duševno zdravje eno od glavnih javnozdravstvenih vprašanj v državah članicah EU. Da bi izboljšali duševno zdravje evropskega prebivalstva, je bilo v zadnjih letih več pobud v obliki različnih dokumentov na ravni EU in usmerjanja držav k vključevanju javnega duševnega zdravja v nacionalne politike.

Države članice EU urejajo področje duševnega zdravja na različne načine:

- s posebnimi nacionalnimi programi za duševno zdravje (Francija, Italija, Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske (zvezne enote imajo posebne programe), Ciper (program ne vključuje promocije in preventive), Grčija, Malta, Nizozemska, Slovaška);
- z vključitvijo vsebin duševnega zdravja v nacionalne programe zdravja (Češka, Danska, Latvija, Litva, Nemčija (zvezne enote imajo posebne programe), Portugalska, Španija, Švedska, Irska (imajo posamezne programe));
- z ureditvijo posameznih področij duševnega zdravja z nacionalnimi programi (Bolgarija, Finska);
- področje duševnega zdravja na ravni države ni urejeno in imajo samo regionalne dokumente (Avstrija, Belgija);
- področje duševnega zdravja ni posebej urejeno ali je urejeno pomanjkljivo (Estonija, Poljska);
- so v postopku sprejemanja nacionalnega programa za duševno zdravje (Luksemburg, Romunija).

## **1.6 METODOLOGIJA PRIPRAVE NPDZ**

Pri pripravi dokumenta je uporabljena naslednja metodologija:

- Preučitev členov ZDZdr, ki se nanašajo na nacionalni program varovanja duševnega zdravja.
- Preučitev mednarodnih dokumentov in posameznih nacionalnih programov za duševno zdravje razvitih držav.
- Preučitev relevantnih strokovnih in znanstvenih prispevkov o:
  - promociji in preventivi na področju duševnega zdravja,
  - incidenci in prevalenci duševnih motenj,
  - sodobnih stroškovno učinkovitih organizacijskih pristopih za krepitev in varovanja zdravja, preprečevanje duševnih motenj, zgodnje prepoznavanje, akutno zdravljenje, prolongirano zdravljenje, rehabilitacije, dolgotrajne oskrbe, psihosocialne pomoči, skupnostne psihiatrije.
- Zbiranje relevantnih in trenutno dostopnih podatkov o duševnem zdravju in duševnih motnjah v Republiki Sloveniji, iskanju pomoči, vrstah služb in njihovi uporabi po posameznih regijah in analiziranje podatkov na podlagi uporabe mednarodno veljavnih in sprejetih definicij:
  - Analiza dejavnosti na področju duševnega zdravja uporablja model promocije, primarne, sekundarne in terciarne preventive za področje duševnega zdravja (Grafikon 1.1) (Mrazek in Haggerty, 1994), saj omogoča odlično analizo obstoječih in manjkajočih oblik pomoči.
  - Za oceno stanja služb so bile upoštevane postavke, ki jih mednarodne smernice (Thornicroft in Tansella, 2004) predvidevajo za države z zadostnimi viri za zdravstveno varstvo in s tem tudi za duševno zdravje saj Republika Slovenija nedvomno spada v tem pogledu med visoko razvite države. Opis služb izhaja iz definicije posamezne službe oziroma storitve, kot jo definira SZO.
  - Opredelitev služb, ki nudijo storitve dolgotrajne oskrbe izhaja iz definicij, ki jih nudi instrument eDESDE (eDESDE-LTC Working Group, 2010). Instrument opredeljuje oblike dolgotrajne oskrbe v EU. Opredeljevanje služb, ki izvajajo storitve promocije in preventive je izdelano na podlagi metodologije ESMS (Luis Salvador, 2006), ki je bila uporabljena v raziskavi promocije in preventive na področju duševnega zdravja na primarni ravni (Dernovšek in Šprah, 2008).

Grafikon 1.1. Spekter posegov na področju duševnega zdravja. Commonwealth Department of Health and Aged Care (2000) ter Mrazek in Haggerty (1994).



NPDZ ima tri vsebinske sklope:

- Uvod, v katerem je opredeljen okvir nacionalnega programa varovanja duševnega zdravja v ožjem in širšem kontekstu.
- Stanje v Republiki Sloveniji z oceno potreb in opredelitvijo ciljnih skupin ter prednostnih področij. Vsako podpoglavje ima šest delov, ki so (Grafikon 1.2):
  - Duševno zdravje in duševne motnje posamezne ciljne skupine – Vsebuje razpoložljive podatke o duševnem zdravju posamezne ciljne skupine po regijah in podatke o tveganjih za zdravje v posameznih regijah. Prikazuje podatke o incidenci in prevalenci duševnih motenj. V kolikor so na voljo podatki za Republiko Slovenijo (podatki o celi Sloveniji in statističnih regijah), so uporabljeni. V primeru, da podatkov za Slovenijo ni, je to izrecno navedeno in so uporabljeni podatki iz mednarodnih priznanih in relevantnih študij.
  - Samomorilno vedenje posamezne ciljne skupine – navedeni so podatki za Slovenijo (podatki o celi Sloveniji in statističnih regijah) za obdobje od leta 1997 dalje.
  - Izvajalci storitev za duševno zdravje posamezne ciljne skupine ter podatki uporabe služb – prikazani so podatki mreže posameznih izvajalcev v Sloveniji in po statističnih regijah za leto 2010 in podatki uporabe posameznih služb oziroma storitev. Službe razdelimo na 1. zdravstvene (psihiatrične, javnozdravstvene, osnovno-zdravstvene in druge npr. svetovalni center), 2. socialne in 3. nevladne organizacije na področju duševnega zdravja. Podatki so prikazani po statističnih regijah posebej po inštitucijah in kadrih.
  - Ocena potreb na področju duševnega zdravja na regionalni in nacionalni ravni posamezne ciljne skupine – na podlagi ocene

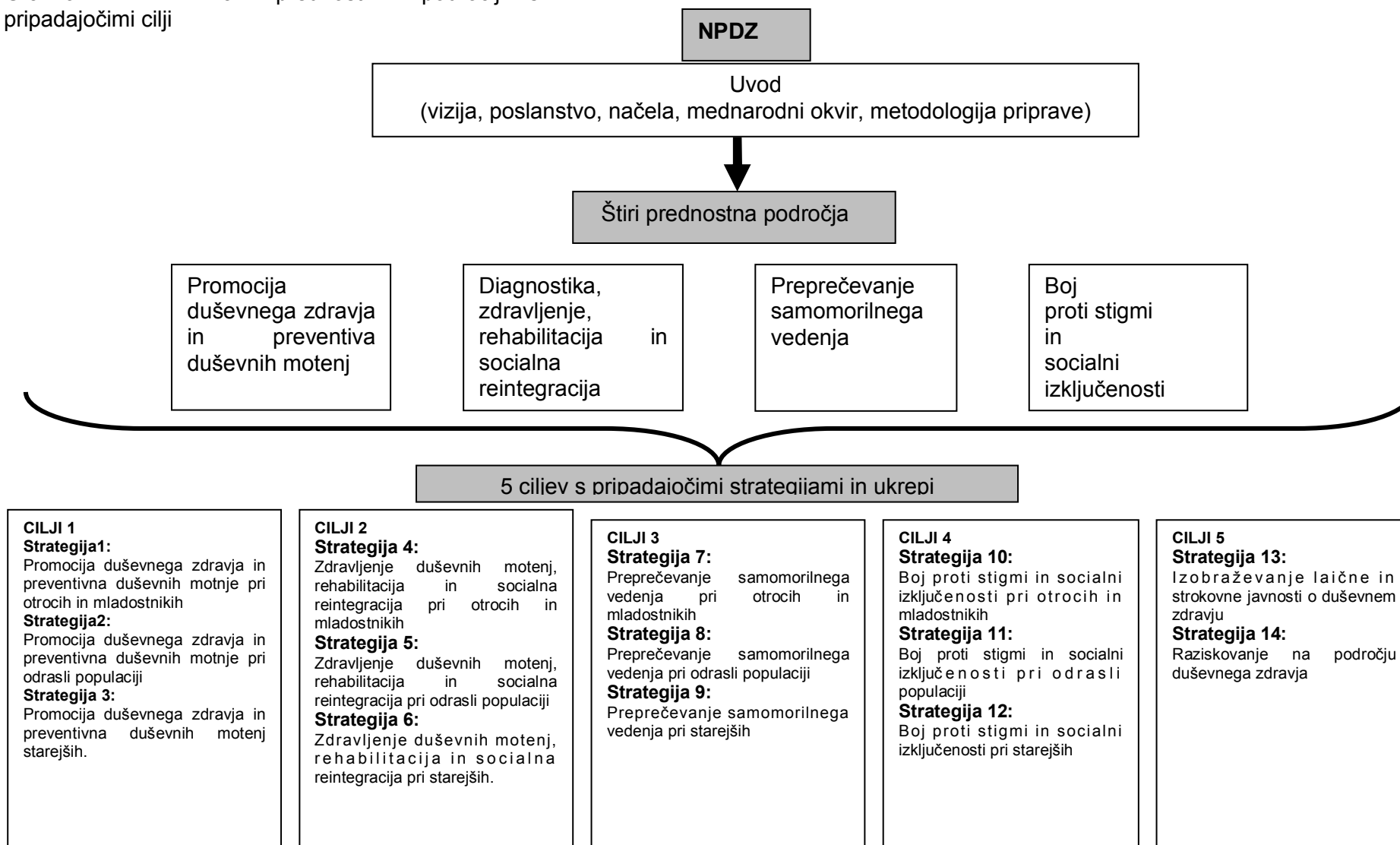
duševnega zdravja, incidence in prevalence duševnih motenj, stigme, samomorilnega vedenja, razpoložljivosti služb ter njihovi uporabi na nacionalni in regionalni ravni (statistične regije) so ocenjene potrebe posamezne ciljne skupine. V primeru, da nekaterih podatkov ni na voljo, so posebej so poudarjene potrebe po boljših in bolj natančnih podatkih na posameznih področjih. Opredeljeno je tudi področje izobraževanja in raziskovanja.

- Opredelitev prednostnih področij na področju duševnega zdravja posamezne ciljne skupine – na podlagi ocene potreb posamezne ciljne skupine, nujnosti rešitve posamezne potrebe v naslednjih 5 letih in razpoložljivosti virov so opredeljena prednostna področja.
- Cilji, strategije in ukrepi za izboljšanje duševnega zdravja posamezne ciljne skupine

Cilji so direktna operacionalizacija prednostnega področja in imajo natančno predeljene strategije ter ukrepe za doseg ciljev. Na posamezne cilje se vežejo konkretne naloge, ki jih opredeljuje akcijski načrt.

- Akcijski načrt Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2014 – 2018 (v nadaljnjem besedilu: AN) je tretji del dokumenta in prikazuje dejavnosti na področju duševnega zdravja za obdobje petih let. Ima več delov in sicer:
  - Ime posamezne naloge
  - Opis naloge
  - Opredelitev koristi in kazalnikov
  - Odgovorni nosilec
  - Vir sredstev
  - Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih
  - Stroški : pri stroških smo upoštevali obstoječe finančne omejitve

Grafikon 1.2. Prikaz prednostnih področij s pripadajočimi cilji



## 2 STANJE V SLOVENIJI Z OCENO POTREB IN OPREDELITVIJO CILJNIH SKUPIN TER PREDNOSTNIH PODROČIJ

### 2.1 OTROCI IN MLADOSTNIKI

V to ciljno skupino spadajo tako bodoči starši, starši, otroci in mladostniki (v nadaljevanju otroci) od 0 do 19 leta starosti.

Med posebej ogrožene skupine in tiste, ki zahtevajo posebno skrb so otroci, ki so kronično in pogosto bolni, otroci z motnjo v delovanju osrednjega živčevja, otroci z duševnimi motnjami, otroci, ki odraščajo v neugodnih družinskih razmerah in otroci, ki živijo v stalnem stresu, tudi zaradi ločitve staršev. Posebej ogroženi so tudi mladostniki, ki so se začasno prenehali šolati (v nadaljnjem besedilu: osipniki), otroci in mladostniki iz družin z nižjim socialno –ekonomskim položajem, manj prijatelji, s slabšim učnim uspehom in ki obiskujejo manj zahteven srednješolski program.

Med bodočimi starši so posebej ogroženi tisti z neugodnimi socialno-ekonomskimi okoliščinami in žrtve nasilja.

Ugotovitve raziskave Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju ("Health Behaviour in School-aged Children", v nadaljnjem besedilu: (HBSC, 2010) med 11-, 13- in 15-letniki kažejo, da največ udeležencev izkazuje povprečno z zdravjem povezano kvaliteto življenja (41 odstotkov), najmanj visoko z zdravjem povezano kvaliteto življenja (26 odstotkov), približno tretjina udeležencev (33 odstotkov) pa izkazuje nizko z zdravjem povezano kvaliteto življenja. Večina otrok in otrok in mladostnikov (90 odstotkov) svoje zdravje ocenjuje kot odlično ali dobro, podobno jih je večina (87 odstotkov) tudi zadovoljna s svojim življenjem in ne doživlja psihosomatskih simptomov. Vendar pa vsaj ena desetina otrok in otrok in mladostnikov svoje zdravje ocenjuje kot slabo, redno občuti določene težave (kot so nespečnost, nervoza, razdražljivost, glavobol, občutki potlačenosti, bolečine v križu, bolečine v želodcu) in ni zadovoljna s svojim življenjem.

Pomemben varovalni dejavnik je tudi vrstniška mreža, ki pa je lahko v primeru, da gre za mladostnike s prevladujočim tveganim vedenjem tudi dejavnik tveganja. Večina otrok in mladostnikov se o stvareh, ki jih resnično zanimajo, s prijatelji lahko pogovarjajo, večina ima tudi več res dobrih prijateljev, vendar pa kar okoli 8 odstotkov mladostnikov nima nobenega prijatelja oz. z njimi težje komunicira.

Raziskava ugotavlja razlike med spoloma in glede na starost. Dekleta slabše ocenjujejo svoje zdravje, doživljajo več psihosomatskih simptomov in so manj zadovoljne z življenjem v primerjavi s fanti. 15-letniki slabše ocenjujejo svoje zdravje, so manj zadovoljni in doživljajo več psihosomatskih simptomov kot 11 in 13-letniki. Razlike v samoocenjenem zdravju so tudi glede na socialno ekonomski položaj družine, in sicer otroci iz revnejših družin in družin, kjer sta oba starša nezaposlena slabše ocenjujejo svoje zdravje, so manj zadovoljni in doživljajo več psihosomatskih simptomov kot otroci iz bogatejših družin. Tudi (ne)zaposlenost obeh staršev in tip družine sta dejavnika, ki sta pomembno povezana z zadovoljstvom z življenjem in psihosomatskimi simptomi, tako so bolj zadovoljni otroci iz klasičnih družin z obema zaposlenima staršema, več simptomov pa doživljajo tisti otroci in mladi, ki prihajajo iz družin, kjer sta oba starša brezposelna in kjer gre za enostarševsko ali rekonstruirano družino. Ne gre pa zanemariti niti otrokove socialne pozicije, predvsem šolskega uspeha in števila prijateljev, kjer so se pokazale pomembne razlike. Otroci, ki nimajo nobenega prijatelja ali imajo slabši učni uspeh, slabše ocenjujejo vse merjene vidike samoocenjenega zdravja (samoocena zdravja, zadovoljstvo, psihosomatika).

## 2.1.1 Duševno zdravje in duševne motnje pri otrocih in mladostnikih

### ***Duševno zdravje in varovalni dejavniki***

V Republiki Sloveniji ne zbiramo rutinsko podatkov o pozitivnem duševnem zdravju in varovalnih dejavnikih otrok in mladih, je pa nekaj podatkov o tem na voljo iz nekaterih raziskav.

### ***Tveganja za duševno zdravje otrok in mladostnikov***

Dejavnikov tveganja za razvoj duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih je veliko, od bioloških (genetskih), psiholoških in psihosocialnih (med nje spada tudi skrb za lastno zdravje, zadovoljstvo z lastnim življenjem, trpinčenje, uporaba psihoaktivnih substanc).

Mednarodna klasifikacija bolezni (10. revizija SZO, 1995) predstavlja ogrožajoče dejavnike psihosocialnega razvoja na V. osi kot abnormne psihosocialne situacije:

- Težave, povezane s primarno družino (abnormni odnosi v družini, neustrezne ali izkrivljene komunikacije v družini, duševne motnje, odklonskost ali invalidnost v otrokovi družini).
- Težave, povezane z otrokovimi značilnostmi (stresogeni dogodki ali okoliščine zaradi otrokove motenosti).
- Težave, povezane z vzgojo in izobraževanjem (kronični medosebni stresi povezani s šolo).
- Težave, povezane s socialnim okoljem (abnormno neposredno okolje, akutni življenjski dogodki, družbeni stresorji).

Vedenje, odzivanje, psihosocialna odpornost ali ranljivost niso le odraz miljejskih dejavnikov, ampak tudi genetskih, konstitucionalnih in zdravstvenih dejavnikov.

V Republiki Sloveniji rutinsko ne zbiramo podatkov o pogostosti dejavnikov tveganja za duševno zdravje otrok in mladostnikov, je pa na voljo nekaj posameznih raziskav. Ena takšnih je presečna raziskava HBSC), v katero se Slovenija redno vključuje. Zadnja HBSC raziskava iz leta 2010 je pokazala, da je med 1774 anketiranimi učenci, starih 15 let, pri 11,6 odstotkov možna prisotnost klinično pomembnih težav duševnega zdravja, pri kar 8,1 odstotkov anketiranih pa je ta verjetnost velika (uporabljen je bil *Vprašalnik prednosti in slabosti*, (Goodman, 1997), ki se nanaša na pet vidikov duševnega zdravja: čustveni simptomi, hiperaktivnost, vedenjske težave, težave v odnosih z vrstniki in prosocialno vedenje). O več težavah so poročala dekleta kot fantje. V raziskavi je bilo postavljeno tudi vprašanje "*Ali si v zadnjem letu imel obdobje, v katerem si se dva ali več tednov zapored skoraj vsak dan počutil tako žalostno, da si zaradi tega prenehal početi stvari, ki jih počneš sicer?*", iz katerega se da sklepati na povečano tveganja za depresijo. Občutke žalosti in depresivnosti v zadnjem letu je doživljalo 29 odstotkov vseh anketiranih, oziroma 21,8 odstotka 11-letnikov, 30 odstotkov 13-letnikov ter 35,1 odstotkov 15-letnikov. O več težavah so poročala dekleta kot fantje. Delež je bil značilno višji pri učencih iz družin z nizkim socialno-ekonomskim položajem družine, slabo subjektivno oceno blagostanja družine in v skupinah, kjer sta brezposelna oba starša. 40,7 odstotkov 15-letnikov je navedlo, da so bili že vsaj dvakrat v življenju opitih, 26,7 odstotka jih je poročalo, da alkohol pijejo vsak teden. 23,2 odstotkov 15-letnikov je poročalo, da so že vsaj enkrat poskusili kaditi marihuano (Jeriček Klanšček in sod, 2011)

Izsledki raziskav o skrbi za zdravje in zadovoljstva z lastnim življenjem pri slovenskih otrocih in mladostnikih niso spodbudni. Pri mnogih otrocih in mladostnikih se kažejo slaba skrb za lastno zdravje in nizka stopnja zadovoljstva z lastnim življenjem in doživljanje različnih bolezenskih znakov ter trpinčenje. Pri tem se posebej izpostavlja kot problem pitje alkoholnih pijač. ESPAD - Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino iz leta 2007, v katero se redno vključuje tudi Republika Slovenija, je pokazala, da je alkoholne pijače vsaj enkrat v življenju že pilo približno 94 odstotkov 15 do 16-letnikov, od tega jih je 31 odstotkov pilo redno (Stergar in drugi, 2009). Številne raziskave tudi razkrivajo, da se mladostniki s prvo izkušnjo pitja alkohola

prvikrat pogosto srečajo v domačem okolju, kar v Sloveniji glede na razširjeno (domače) izdelovanje alkoholnih pijač in vpetost alkohola v kulturo niti ni posebej nenavadno (Jeriček in sod, 2007). Posebej ogrožajoč je način pitja mladostnikov. Podatki kažejo, da se med slovenskimi mladostniki v starosti 16 let povečuje delež uživalcev alkohola, ki je višji od mednarodnega povprečja (Hibell in sod, 2009). Med mladostniki naraščajo tudi zelo tvegane oblike pitja, npr. opijanje (Anderson in Baumberg, 2006).

Raziskava z naslovom Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije (Šprah in sod., 2011) iz leta 2011 je obsegala izračune posameznih dimenzij, pomembnih za zdravje in blagostanje po posameznih statističnih regijah. V Tabeli 2.1 navajamo povzetek najpomembnejših dimenzij za otroke in mladostnike, ki predstavljajo varovane dejavnike oziroma dejavnike tveganja. V Sloveniji imamo zelo pomanjkljive podatke in analize sociokulturnih dejavnikov, ki vplivajo na zdravje v posameznih regijah, zato se moramo zadovoljiti s podatki te raziskave in z njihovo pomočjo opredeliti potrebe posameznih regij.

Tabela 2.1 Definicija posamezne dimenzije, tri regije z najboljšimi ocenami in tri regije z najbolj neugodnimi ocenami, statistične regije, 2009.

<b>Dimenzija – definicija</b>	<b>Tri regije z najbolj ugodno oceno</b>	<b>Tri regije z najmanj ugodno oceno</b>
Dimenzija usklajenost poklicnega z zasebnim življenjem: delež otrok v vrtcih med vsemi otroki, starimi 1-5 let, število upravičencev do dela s skrajšanim delovnim časom zaradi starševstva v delovno aktivnem prebivalstvu, število upravičencev do očetovskega nadomestila zaradi starševstva v delovno aktivnem prebivalstvu in število sklenjenih zakonskih zvez glede na število prebivalcev posamezne regije.	Goriška, Gorenjska, Osrednjeslovenska	Pomurska, Podravska, Zasavska
Dimenzija socialna zaščita sestavljata dva kazalnika: število prejemnikov denarnih socialnih pomoči glede na število prebivalcev in delež študentov med dijaki in študenti v posamezni regiji.	Gorenjska, Obalno-kraška, Osrednjeslovenska	Pomurska, Podravska, Savinjska
Dimenzija perinatalno zdravje vsebuje: mrtvorojenost, delež porodnic s carskim rezom v anamnezi, delež novorojenčkov z nizko porodno težo (pod 2500 g) med živorojenimi v posamezni regiji.	Notranjsko kraška, Zasavska, Goriška	Jugovzhodna Slovenija, Podravska, Koroška
Dimenzija stabilnost partnerskega odnosa predstavljajo: kazalnik števila razvez glede na število prebivalcev v posamezni regiji.	Notranjsko-kraška, Zasavska, Koroška	Obalno-kraška, Gorenjska, Osrednjeslovenska

Vir SURS, IVZ



## **Duševne motnje pri otrocih in mladostnikih**

Duševne motnje pri otrocih in mladostnikih se razlikujejo po posameznih starostnih obdobjih. Tabela 2.2 predstavlja najpogostejše motnje v predšolskem in šolskem obdobju ter v adolescenci.

Tabela 2.2. Najpogostejše motnje v predšolskem, šolskem in mladostniškem obdobju

<b>OBDOBJE</b>	<b>NAJPOGOSTEJŠE MOTNJE</b>
PREDŠOLSKO	<ul style="list-style-type: none"><li>• motnje izločanja</li><li>• motnje spanja</li><li>• otroške motnje hranjenja</li><li>• strah in tesnoba</li><li>• samotolažilne navade</li><li>• pervazivne razvojne motnje</li></ul>
ŠOLSKO	<ul style="list-style-type: none"><li>• motnje pozornosti in koncentracije</li><li>• strah in tesnoba</li><li>• glavoboli in druge somatizacijske m.</li><li>• depresivne razpoloženijske motnje</li><li>• tiki</li><li>• obsesivno kompulzivne motnje</li><li>• vedenjske motnje</li><li>• začetki motenj hranjenja</li><li>• izolirane motnje v razvoju</li></ul>
ADOLESCENCA	<ul style="list-style-type: none"><li>• razpoloženijske motnje, največ depresije</li><li>• anksiozne motnje</li><li>• samodestruktivno vedenje</li><li>• obsesivno kompulzivne motnje</li><li>• somatizacijske motnje</li><li>• zlorabe drog in alkohola</li><li>• motnje hranjenja</li><li>• psihoze shizofrenija in bipolarna motnja razpoloženja</li></ul>

Študija Grahama je pokazala, da je v Angliji v 25 letih, med l. 1974 in 1999 prišlo do 64odstotnega povečanja duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih in to predvsem na račun povečanja vedenjskih in čustvenih motenj (Gregorič, 2006). Klinična praksa v Sloveniji daje podoben vtis, saj se otroški in mladostniški psihiatri srečujejo z vedno večjim številom vedenjsko in čustveno motenih otrok in mladostnikov, mnogi izmed njih kažejo simptome, kasneje v odraslem obdobju pa izpolnjujejo kriterije osebnostne motnje. Opažamo tudi, da se spodnja starostna meja nekaterih duševnih motenj niža in premika v mladostniško obdobje (npr. prve epizode depresije in shizofrenije). Shizofrenija, ki se začne v mladostniškem obdobju, je pogostejša pri fantih, nato pa se v odraslem obdobju razmerje med moškimi in ženskami izenači.

V maju 2012 je Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport (v nadaljnjem besedilu: MIZŠ) izvedlo presečno raziskavo o iskanju pomoči zaradi duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih, (v nadaljevanju otroci), ki so nameščeni v vzgojnih zavodih v letu 2011. Raziskava je zajela vse otroke, ki so v letu 2011 obiskali ambulantnega psihiatra ali bili hospitalizirani. Podatke so zbrali zaposleni iz vzgojnih zavodov in so jih ob vnašanju v formular anonimizirali. Otroci so imeli od ene do tri diagnoze, od katerih so naj pogostejše čustvene in vedenjske motnje.

V Tabeli 2.3 in 2.4 prikazujemo podatke o izraženi avto in heteroagresiji.

Tabela 2.3. Heteroagresivno vedenje pri otrocih in mladostnikih, ki bivajo v vzgojnih zavodih, Slovenija, 2012

<b>HETEROAGRESIVNOST</b>	<b>Števílo otrok (odstotkov)</b>
ni izražena	13,7
verbalna heteroagresivnost	58,9
heteroagresivnost do predmetov	47,3
heteroagresivnost do drugih oseb	45,2
ni znano	6,2

Opomba: pri enem otroku je lahko izraženih več opisanih vedenj

Tabela 2.4. Avtoagresivno vedenje pri otrocih in mladostnikih, ki bivajo v vzgojnih zavodih, Slovenija, 2012

<b>AVTOAGRESIVNOST</b>	<b>Števílo otrok (odstotkov)</b>
ni izražena	34,9
samopoškodbeno vedenje	29,5
samomorilne misli	33,6
samomorilni poskus v preteklosti	13
prekinjen samomor v preteklosti	2,7
ni znano	15,7

Opomba: pri enem otroku je lahko izraženih več opisanih vedenj

Podatkov populacijske raziskave ocene duševnega zdravja otrok in mladostnikov za Slovenijo nimamo. Razpolagamo s podatki o uporabi različnih služb in iz teh podatkov lahko ocenimo stanje ob zavedanju, da so ocene prevalence duševnih motenj zgolj približne, saj zajamemo samo tiste, ki so v stiku s službami (treated prevalence). Podatkov o incidenci nimamo. Na pogostost duševnih motenj sklepamo tudi iz obiskov služb in iz ciljnih obdobjnih presečnih raziskav (npr. HBSC in ESPAD).

Analiza prvih obiskov otrok in mladostnikov na primarni in sekundarni ravni zdravstvenega varstva (Tabela 2.5) kaže, da otroci in mladostniki zaradi duševnih motenj obiščejo zdravnika ali strokovnjake s področja duševnega zdravja (psihologa, specialista klinične psihologije, pedopsihiatra, specialnega pedagoga, logopeda) najpogosteje zaradi motenj v duševnem razvoju, reakcij na hud stres in prilagoditvenih motenj, motenj prehranjevanja, hiperkinetičnih motenj ali drugih vedenjskih in čustvenih motenj, ki se začnejo navadno v otroštvu. V starostni skupini nad 15 leti vzroki postanejo primerljivi s starejšim prebivalstvom; obiski najpogosteje zaradi duševnih in vedenjskih motenj, depresivnih epizod, anksioznih motenj, reakcij na hud stres in prilagoditvenih motenj, motenj prehranjevanja. V tem starostnem obdobju so tudi v porastu duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola, kanabinoidov, hlapljivih topil in uživanja več drog hkrati.

Tabela 2.5. Razlogi prvih obiskov primarne in sekundarne zdravstvene mreže zaradi duševnih motenj po posameznih diagnozah, starostna skupina 0 do 19 let, Slovenija, 2010.

<b>Duševne motnje (skupina)</b>	<b>Primarna raven</b>			<b>Sekundarna raven</b>		
	Moški	Ženske	Skupaj	Moški	Ženske	Skupaj

F00-F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	23	8	31	17	3	20
F10-F19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi	70	35	105	74	25	99
F20-F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	34	44	78	81	65	146
F30-F39 Razpoloženske [afektivne] motnje	148	312	460	83	187	270
F40-F48 Nevrotske, stresne in somatoformne motnje	450	720	1170	256	429	685
F50-F59 Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami	147	323	470	37	478	515
F60-F69 Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi	30	33	63	21	15	36
F70-F79 Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija)	702	474	1176	181	109	290
F80-F89 Motnje duševnega (psihološkega) razvoja	1922	960	2882	120 5	593	1798
F90-F98 Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu	2169	1322	3491	178 7	784	2571
Skupaj	5695	4231	9926	374 2	2688	6430

Vir: IVZ, ZUBSTAT 2010

Med motnjami iz sklopa F00-F09 je bilo največ zabeleženih diagnoz Druge duševne motnje zaradi možganske okvare in disfunkcije, v sklopu F10-F19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja kanabinoidov, alkohola ter zaradi uživanja več drog, v sklopu F20-F29 Akutne in prehodne psihotične motnje ter Shizofrenija, v sklopu F30-F39 Depresivna epizoda, v sklopu F40-F49 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje ter Druge anksiozne motnje, v sklopu F50-F59 Motnje prehranjevanja, v sklopu F60-F69 Specifične osebnostne motnje, v sklopu F70-F79 Blaga in zmerna duševna manjrazvitost, v sklopu F80-F89 Specifične razvojne motnje pri šolskih veččinah, v sklopu F90-F98 pa Mešane motnje vedenja in čustvovanja, Čustvene motnje, ki se začnejo v otroštvu in Hiperkinetične motnje. V tabeli 2.5 niso vključeni podatki diagnoz otrok in mladostnikov, ki so obravnavani v svetovalnih centrih, šolskih svetovalcih in drugih službah izven zdravstvenega sistema.

Tabela 2.6 prikazuje podatke o diagnozah starostne skupine od 0 do 19 let, ki je potrebovala bolnišnično zdravljenje. Vključeni so vsi otroci in mladostniki, ki so bili hospitalizirani v katerikoli psihiatrični bolnišnici.

Tabela 2.6. Razlogi obravnave v psihiatričnih bolnišnicah zaradi duševnih motenj po posameznih diagnozah, starostna skupina 0 do 19 let, moški, ženske in skupaj, Slovenija, 2010.

Duševne motnje (skupina)	Hospitalizacije		
	Moški	Ženske	Skupaj
F00-F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	2	1	3
F10-F19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi	18	11	29
F20-F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	44	35	79
F30-F39 Razpoloženske [afektivne] motnje	12	27	39
F40-F48 Nevrotske, stresne in somatoformne motnje	34	66	100
F50-F59 Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami	1	36	37
F60-F69 Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi	9	6	15

F70-F79 Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija)	16	6	22
F80-F89 Motnje duševnega (psihološkega) razvoja	8	0	8
F90-F98 Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu	47	56	103
Skupaj	191	244	435

Vir: IVZ, BOLOB 2010.

Duševna motnja, ki se začne v otroškem ali mladostniškem obdobju, predstavlja visoko tveganje za nadaljnji psihosocialni razvoj in duševno zdravje. Veliko duševnih motenj, ki se začnejo v razvojnem obdobju, ima slabši potek, kot če bi se motnja začela kasneje (npr. shizofrenija, ki se začne v obdobju mladostništva, se 50 odstotkih razvije v kronično obliko, v primerjavi z 25 odstotki, če se začne v odrasli dobi). Preprečevanje, zgodnje odkrivanje in zdravljenje duševnih motenj v razvojnem obdobju so tako bistvenega pomena za otrokov optimalen psihosocialni in duševni razvoj.

Pri prepovedanih drogah podatki o uporabi katere koli prepovedane droge kažejo po obdobju pospešenega naraščanja njihove uporabe v letih 1995 do 2003 značilen upad v letih 2003 do 2007. Upad uporabe prepovedanih drog se kaže pri vseh drogah, razen pri kokainu, pri katerem raziskave kažejo porast v letu 2007. Večina uporabe prepovedane droge se nanaša na uporabo marihuane.

## 2.1.2 Samomorilno vedenje pri otrocih in mladostnikih

V Republiki Sloveniji si letno v povprečju življenje vzame med 6 do 18 otrok in mladostnikov v starostni skupini do 19 let (Tabela 2.7), med njimi je štirikrat več fantov kot deklet.

Samomor je na drugem mestu med vzroki smrti pri mladostnikih. Raziskava »Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih« iz leta 1998 je pokazala, da je kar 6,8 odstotka fantov in 13,6 odstotka deklet v starosti od 14 do 19 let, že poskušalo storiti samomor (Tomori, 1998). V raziskavi Evropski projekt raziskave o alkoholu in drugih drogah v šolah (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs; v nadaljnjem besedilu: ESPAD) je med anketiranimi dijaki prvih letnikov srednjih šol skoraj tretjina vsaj enkrat ali pogosto razmišljala o tem, da bi se poškodovali, 15,6 odstotka dijakov pa je navedlo, da so poskusili storiti samomor enkrat ali pogosteje (Stergar, Pucelj in Scagneti, 2005).

Tabela 2.7. Število umrlih zaradi samomora, starostna skupina 7 do 19 let, Slovenija, obdobje od 2000 do 2010

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2000-2010
Št. umrlih	18	15	11	14	15	6	10	6	13	7	12	127

Pripravi: ZZV Celje, VIR podatkov: IVZ

Tabela 2.8. Razlogi prvih obiskov primarne in sekundarne zdravstvene mreže ter bolnišnične obravnave zaradi samomorilnega vedenja, starostna skupina 0 – 19 let, Slovenija, 2010.

Skupina diagnoz po MKB 10	Primarna raven			Sekundarna raven			Bolnišnične obravnave		
	Moški	Ženske	Skupaj	Moški	Ženske	Skupaj	Moški	Ženske	Skupaj
X60-X84 Namerno samopoškodovanje	63	78	141	11	22	33	13	29	42

VIR: IVZ, ZUBSTAT 2010, BOLOB 2010.

Na sekundarni ravni (zunajbolnišnične in bolnišnične obravnave) smo v izračun vključili vse izvajalce in vse zdravstvene službe).

Pogosto se v ozadju samomora pri mladostnikih prisotne duševne motnje. Študije navajajo različne podatke; pri 47-74 odstotkov (Goldberg in Murray, 2006) ali pa celo 90 odstotkov (Martin in Volkmar, 2007) mladostnikih, ki so življenje končali s samomorom je bila ugotovljena resna psihopatologija ali duševna motnja. V dveh tretjinah primerov so to motnje razpoloženja; pri dekletih depresija, pri fantih pa depresija z motnjami vedenja, ki se kaže kot razdražljivost, impulzivnost in izbruhi agresije (Martin in Volkmar, 2007; Kutcher in Chehil, 2007). Pri fantih najdemo pogosto škodljivo uživanje psihoaktivnih substanc, ki spremlja motnje razpoloženja in/ali vedenja. Anksiozne motnje najdemo v eni četrtini do ene tretjine primerov samomorov pri mladostnikih, le-te lahko ostajajo najdalj časa spregledane, saj so taki mladostniki pogosto za okolico neopazni, neproblematični, lahko tudi perfekcionistični in pridni. Izolirano motnjo vedenja srečamo v ena tretjina do polovice primerov (Martin in Volkmar, 2007; Kutcher in Chehil, 2007; Tomori in Zihlerl, 1999).

Raziskava Grolegerja s sodelavci je dala skladne rezultate o pogostosti duševnih motenj pri slovenskih samomorilnih mladostnikih s tujimi študijami. Pri 59odstotkov hospitaliziranih dekletih po poskusu samomora so diagnosticirali motnjo razpoloženja, pri 41odstotkov pa vedenjsko motnjo (Groleger in sod, 1996). Tudi pogostost vedenjskih motenj med fanti je v slovenskem vzorcu primerljiva s tujimi študijami (Groleger in Stanič Gruden, 1993).

Primarna skrb pri preprečevanju samomora in samomorilnega vedenja je namenjena ustvarjanju družbene in kulturne klime, kjer samomor ne bi bil možnost rešitve. Sem spada tudi skrb za funkcionalno in kakovostno družino, v kateri lahko otroci odraščajo tako, da postopoma razvijajo svojo avtonomijo in pozitivno samopodobo, razvijejo sposobnosti za dejavno obvladovanje življenjskih preizkušenj in stresov. Pomembno je delo primarne zdravstvene pomoči in socialne službe, ki prepoznavajo rizične družine in jim omogočajo najbolj učinkovito pomoč. Seveda je optimalno, da je otrok in mladostnik v vseh okoljih, v katerih preživlja svoj čas, deležen vzpodbud in vzorov za to. V ta namen so pripravljene programi promocije zdravega načina življenja, ki so usmerjeni v izboljševanje, razvoj in utrjevanje splošnega telesnega, duševnega in socialnega zdravja. Ti programi so bolj učinkoviti od tistih, ki se poskušajo usmeriti le v posamezna vedenja (npr. samouničevalna), saj so iztrgani iz življenjskega konteksta (Tomori, 2003).

Sekundarna preventiva je namenjena populaciji mladostnikov, pri katerih se izkazuje visoko samomorilno tveganje. Pomembno vlogo imajo krizne telefonske linije ter svetovalne službe. Terciarna preventiva je namenjena mladostnikom po poskusu samomora. Taki mladostniki potrebujejo dolgotrajno spremljanje po načelih sodobne psihiatrične pomoči (Tomori, 2003).

Hospitalizacija je indicirana pri vseh mladostnikih, pri katerih smo ocenili visoko tveganje. Pri fantih načeloma velja, da jih hospitaliziramo vedno, saj moški spol že sam po sebi pomeni večje tveganje za samomorilno ogroženost. Hospitalizacija je indicirana tudi pri vseh mladostnikih, ki so uporabili drugo samomorilno metodo kot je zaužitje tablet ali površinsko "rezanje" ter pri tistih, ki imajo še vedno trajajoče samomorilne misli in/ali depresivne ali psihotične simptome. Tudi kadar ima mladostnik posledice uživanja psihoaktivnih snovi, je indicirana hospitalizacija. Poskus samomora kadarkoli v preteklosti je najresnejši napovedni faktor samomora v poznejših obdobjih življenja, zato je indicirana hospitalizacija pri vseh mladostnikih, ki so v preteklosti že poskušali narediti samomor (Martin in Volkmar, 2007).

### **2.1.3 Stigmatiziranost na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov**

Stigmatizacija je strokovni sociološki izraz, ki označuje poseben odziv okolja na drugačnost/različnost. Otrok in mladostnik je pri oceni svojih težav odvisen od okolice oz. od tega, kako hitro le ta zazna njegove težave. Pogosto se zgodi, da otrokove, mladostnikove težave trajajo že dlje časa pred prvo obravnavo, kot bi se to zgodilo z odraslo samostojno osebo. Razlog za to lahko iščemo v odnosu ljudi, staršev, do duševne motnje in pomoči s strani strokovnjakov s področja duševnega zdravja. Razloge za otrokove težave starši velikokrat iščejo v okolici (šola, družba), ali pa pri sebi (vzgoja, družinske razmere) in se zaradi tega ukvarjajo z občutki krivde, namesto, da bi poiskali ustrezno strokovno pomoč. Otrokove, mladostnikove težave se pogosto minimizirajo z enostavnimi razlagami – krivo je razvojno obdobje, puberteta, čeprav je ozadju pogosto prav strah pred stigmatizacijo. Obisk v ambulanti strokovnjaka s področja duševnega zdravja pogosto doživljajo negativno tako otroci, kot njihovi svojci. Pravilna in pravočasna obravnava otroka s psihično motnjo ne pomeni samo zdravljenje motnje same, pač pa predstavlja preventivo razvoja psihičnih motenj v odraslem obdobju.

Podrobnejših in natančnih podatkov o vplivu stigme, ki spremlja duševne motnje za otroke in mladostnike v Sloveniji nimamo.

### **2.1.4 Izvajalci storitev za duševno zdravje otrok in mladostnikov ter podatki uporabe služb**

O službah in storitvah imamo več področnih predpisov.

Vlada Republike Slovenije je leta 2006 sprejela Program za otroke in mladino 2006-2016, kjer je posebna pozornost namenjena tudi krepitvi duševnega zdravja v vseh razvojnih obdobjih otroštva in mladostništva ter preprečevanje najpogostejših vzrokov umrljivosti med otroki in mladino. V zvezi s tem je decembra 2009 sprejela Akcijski načrt za izvajanje programa za otroke in mladino v Republiki Sloveniji 2009-2010, kjer so opredeljene tudi aktivnosti in izvajalci programov za duševno zdravje:

- usmerjanje nacionalnih preventivnih dejavnosti,
- zagotavljanje možnosti za zdrav psihosocialni razvoj,
- krepitev duševnega zdravja,
- zmanjšanje samomorilnosti med otroci in mladostniki in
- preprečevanje poškodb in zastрупitev pri otrocih in mladini.

Omenjeni program ima posebno poglavje namenjeno družinski politiki.

Organiziranost: Programi se organizirajo na območju več upravnih enot.

Državni zbor Republike Slovenije je leta 2006 sprejel Resolucijo o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006-2010 (Uradni list RS, št. 39/06), ki je veliko pozornosti namenila družini, otrokom, kot ranljivi skupini prebivalstva in skrbi za duševno zdravje. Uvedla je tudi mrežo terapevtskih programov psihosocialne pomoči otrokom, odraslim ali družinam, namenjena razreševanju medsebojnih osebnostih problemov – na 50.000 prebivalcev približno en specialist.

Zakon o preprečevanju nasilja v družini (Uradni list RS, št. 16/08; v nadaljnjem besedilu: ZPND) in Resolucija o nacionalnem programu preprečevanja nasilja v družini 2009–2014 (Uradni list RS, št. 41/09; v nadaljnjem besedilu: Resolucija) predstavljata pravno podlago za pripravo in izvedbo dvehletnih akcijskih načrtov za preprečevanje nasilja v družini, kar je posledično vezano na preventivo, vezano na duševno zdravje posameznika in okolice v kateri živi.

Temeljni cilji Resolucije, ki so prepleteni s področjem duševnega zdravja, so naslednji:

- povečati občutljivost za problematiko nasilja v družini z zavedanjem posledic, ki jih ima takšno vedenje zlasti na otroke,

- spodbujanje razvoja in kakovostnega izvajanja programov pomoči za mladoletne žrtve (ustrezne namestitve),
- zagotoviti usklajeno delovanje pristojnih organov in služb (takojsnja ustrezna obravnava in namestitve mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami),
- osveščanje otrok, mladine in odraslih o vzgoji za nenasilje,
- zagotavljanje rednih virov financiranja za programe pomoči.

Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (Uradni list RS, št. 3/07-uradno prečiščeno besedilo in 52/10) in podzakonski predpisi, izdani na njegovi podlagi, urejajo dodatno strokovno pomoč ter usmerjanje otrok in mladostnikov, ki potrebujejo različne oblike pomoči, v ustrezne javno veljavne vzgojno izobraževalne programe.

Vzgoja in izobraževanje otrok s posebnimi potrebami temelji na ciljih in načelih, določenih v zakonih za posamezno področje vzgoje in izobraževanja in na naslednjih ciljih in načelih:

- enakih možnosti s hkratnim upoštevanjem različnosti otrok,
- ohranjanja ravnotežja med različnimi vidiki otrokovega telesnega in duševnega razvoja,
- vključevanja staršev v proces vzgoje in izobraževanja,
- zagotovitve ustreznih pogojev, ki omogočajo optimalen razvoj posameznega otroka,
- pravočasne usmeritve v ustrezen program vzgoje in izobraževanja,
- organizacije vzgoje in izobraževanja čim bližje kraju bivanja,
- celovitosti in kompleksnosti vzgoje in izobraževanja,
- individualiziranega pristopa,
- kontinuiranosti programov vzgoje in izobraževanja,
- interdisciplinarnosti.

Komisija za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami izdelava strokovno mnenje za vsakega otroka, za katerega je podana zahteva za usmeritev v posamezen vzgojno-izobraževalni program. Komisija na podlagi dokumentacije in po potrebi pregleda otroka, ugotovi njegove potrebe, določi vzgojno – izobraževalni program in preveri, katera izmed institucij je najbolj primerna za njegovo šolanje. Šola ali zavod zanj izdelava individualizirani program vzgoje in izobraževanja in z njim določi oblike dela na posameznih vzgojnih in izobraževalnih področjih, pri posameznih predmetih ali pri predmetnih področjih, način izvajanja dodatne strokovne pomoči, izvajanje fizične pomoči, prehajanje med programi ter potrebne prilagoditve pri organizaciji, preverjanju in ocenjevanju znanja, napredovanju in časovni razporeditvi pouka. Tabela 2.9. prikazuje število izdanih odločb med 2005 in 2010.

V nadaljevanju so prikazani podatki Zavoda Republike Slovenije za šolstvo (v nadaljnjem besedilu: ZRSŠ) o izdanih odločbah v Republiki Sloveniji po vrstah ovir, primanjkljajev oz. motenj med leti 2005 in 2009. Število otrok z ovirami, motnjami in primanjkljaji se povečuje. Tako je bilo v letu 2005 skupaj teh otrok 5.193, v letu 2009 pa že 6.689. Največji porast števila je bil v kategoriji 'več motenj' in 'primanjkljaji na posameznih področjih učenja', največji upad pa je opaziti v kategoriji 'mejne in intelektualne sposobnosti'.

Tabela 2.9. Število izdanih odločb komisij za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami po posameznih diagnostičnih skupinah, Slovenija, obdobje 2005-2010

KRITERIJI	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Skupaj	odstotkov
Motnje v duševnem razvoju	731	631	325	727	646	549	3606	10.6
Mejne intelek. sposobnosti	671	373	128*	151*	88*	42*	1453	4.3
Slepi in slabovidni	72	48	40	54	45	40	299	0.9
Gluhi in naglušni	191	172	80	176	180	121	920	2.7
Govorno jezikovne motnje	161	301	198	338	416	554	1968	5.8
Gibalno ovirani	205	182	99	173	153	136	948	2.8
Dolgotrajno bolni	296	383	353	676	786	730	3224	9.5
Primankljaj na pos. podr.	1761	2053	1110	2383	2362	260	12270	36.1

učenja						1		
Motnje vedenja in osebnosti	39	26	17	38	43	54	217	0.6
Več motenj	1066	1129	825	1859	1970	223 9	9088	26.7
<b>SKUPAJ</b>	5193	5298	3175	6575	6689	706 6	33996	100.0

Vir: ZRSS. 2011

Opomba: \* leta 2007 je bila zakonodaja spremenjena in kategorija mejnih intelektualnih sposobnosti ni bila več vključena.



## 2.2 Promocija in preventiva:

### *Promocija duševnega zdravja in preventiva duševnih motenj*

Programov promocije in preventive za otroke in mladostnike je izjemno veliko, izvajajo se v različnih okoljih (šolsko, zdravstveno, lokalno, spletno) in so raznoliki, vendar pa niso vsi pripravljani po standardih, na nacionalni ravni, le nekateri so tudi evalvirani in se kontinuirano izvajajo. Opisovanje posameznega programa bi presegalo obstoječo zasnovo dokumenta, zato ilustrativno navajamo v Tabeli 2.10 samo nekatere programe iz različnih okolij in njihove vire, kjer so dostopne dodatne informacije o teh programih.

Tabela 2.10. Pregled promocijskih in preventivnih programov za otroke in mladostnike

<b>Vrsta programa</b>	<b>Referenca, vir dodatnih informacij o programih</b>
Šole za bodoče starše – vsebine s področja duševnega zdravja	Nacionalni inštitut za javno zdravje – nacionalna raven koordinacije Območne enote Celje, Koper, Kranj, Ljubljana, Maribor, Murska Sobota, Nova Gorica, Novo Mesto, Ravne na Koroškem – regijska koordinacija Vsi zdravstveni domovi in nekatere bolnišnice v Sloveniji – izvajalci
Vzgoja za zdravje - program različnih vsebin o zdravju vključno z duševnim zdravjem, ki se izvajajo za predšolske in šolske otroke v okviru preventivnih sistematskih pregledov	Nacionalni inštitut za javno – nacionalna raven koordinacije Območne enote Celje, Koper, Kranj, Ljubljana, Maribor, Murska Sobota, Nova Gorica, Novo Mesto, Ravne na Koroškem – regijska koordinacija Vsi zdravstveni domovi v Sloveniji – izvajalci
Zdrave šole – projekt promocije zdravja za OŠ in SŠ: vključuje tudi teme duševnega zdravja npr. Promocija duševnega zdravja v šoli	Nacionalni inštitut za javno zdravje – nacionalna raven koordinacije Območne enote (Celje, Koper, Kranj, Ljubljana, Maribor, Murska Sobota, Nova Gorica, Novo Mesto, Ravne na Koroškem) – regijska koordinacija šol 324 OŠ in SŠ ter dijaških domov vključenih v projekt kot izvajalci
To sem jaz – preventivno promocijski program za krepitev pozitivne samopodobe otrok in mladostnikov	Območna enota Celje – nacionalna raven koordinacije Območne enote Celje, Koper, Kranj, Ljubljana, Maribor, Murska Sobota, Nova Gorica, Novo Mesto, Ravne na Koroškem – regijska koordinacija Izvajajo posamezne OŠ in SŠ v Sloveniji
www.tosemjaz.net – spletna stran za mlade s spletno strokovno svetovalnico	Območna enota Celje, <a href="http://www.zzv-ce.si">www.zzv-ce.si</a>
SEYLE – opolnomočenje in reševanje mladih življenj v Evropi	Univerza na Primorskem, inštitut Andreja Marušiča, Slovenski center za raziskovanje samomora <a href="http://www.seyle.eu">www.seyle.eu</a> , <a href="http://www.iam.upr.si/sl/raziskovanje/projekti/seyle/">http://www.iam.upr.si/sl/raziskovanje/projekti/seyle/</a>
A (se) štekaš?!? Integriran pristop krepitve duševnega zdravja in primarne preventive samomorilnega vedenja za mladostnike	Univerza na Primorskem, inštitut Andreja Marušiča, Slovenski center za raziskovanje samomora <a href="http://www.iam.upr.si/sl/enote/sczps/">http://www.iam.upr.si/sl/enote/sczps/</a>

Spregovorimo o samomoru med mladimi	NIJZ v sodelovanju z Univerza na Primorskem, inštitut Andreja Marušiča www.NIJZ.si
Ko učenca stresa stres – program za učitelje	Nacionalni inštitut za javno zdravje – nacionalna raven koordinacije Območne enote (Celje, Koper, Kranj, Ljubljana, Maribor, Murska Sobota, Nova Gorica, Novo Mesto, Ravne na Koroškem)
Model zdrav življenjski slog – modelne ure tudi za duševno zdravje	Nacionalni inštitut za javno zdravje, <a href="http://www.zdravjevsoli.si/">http://www.zdravjevsoli.si/</a>
Kam in kako po pomoč v duševni stiski - ključni problemi duševnega zdravja, podatki o programih, vsebini in virih pomoči	Izdajatelj: Izobraževalno raziskovalni inštitut Ljubljana

Pri programih je potrebno vzpostaviti register vseh programov, ki se izvajajo, in postaviti standard za njihovo oblikovanje, kriterije za izvajanje ter evalvacijo in spremljanje programov.

V Republiki Sloveniji dopolnjujemo že obstoječo skrb za zdravje žensk v obporodnem obdobju, ki jo v okviru projektov izvaja Nacionalni inštitut za javno zdravje Republike Slovenije (v nadaljnjem besedilu: NIJZ), svetovalnici Univerzitetne ginekološke klinike Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (v nadaljnjem besedilu: UKC Ljubljana) in Univerzitetnega kliničnega centra Maribor (v nadaljnjem besedilu: UKC Maribor) ter Združenje naravni začetki. Pomen teh programov je v njihovi univerzalni preventivi in promociji zdravja, s tem pa tudi duševnega zdravja.

Nosilci programa Šola za bodoče starše - materinska šola so zdravstveni domovi (v nadaljnjem besedilu: ZD) in porodnišnice, načeloma naj bi ga izvajali vsi v Sloveniji, v praksi pa je tako, da ga nekateri manjši ZD ne izvajajo, izvajajo pa ga nekatere bolnišnice. Program vsebinsko in časovno poteka različno, odvisno od iznajdljivosti izvajalcev. V letu 2011 so tedanji območni zavodi za zdravstveno varstvo izvedli analizo zdravstveno vzgojnih dejavnosti, ki je potrdila ugotovitve NIJZ-ja, v kateri se je pokazala velika raznolikost in predvsem želja izvajalcev po poenotenju in postavitvi standardov. Izpostavila se je tudi problematika nekaterih bolj ranljivih skupin prebivalstva npr. romskih staršev ter ustreznih vsebin za to populacijo. Šole za bodoče starše se v osnovi dopolnjujejo z vsebinami zdravih partnerskih odnosov, na pobudo Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (v nadaljnjem besedilu: MDDSZ) pa tudi pravočasnega zaznavanja ter preprečevanja nasilja v družini

Problematika zaradi svoje raznolikosti in narave terja multidisciplinarni in večsektorski pristop zato so vanjo vključene različne službe ter strokovnjaki. Zlasti pomembno je sodelovanje med izobraževalnim, socialnim in zdravstvenim sektorjem.

V Republiki Sloveniji imamo relativno dobro urejeno primarno preventivo, ki se izvaja v okviru osnovnega zdravstvenega varstva na področju zdravja nosečnic, otrok in mladostnikov. Preventiva je usmerjena v spremljanje splošnega zdravstvenega stanja in ocene dejavnikov tveganja za razvoj določene patologije, vključno s tveganjem razvoja patologije s področja duševnega zdravja.

Nosečnice imajo zagotovljene redne preglede v ginekoloških ambulantah (ginekolog, babica) in storitev patronažne medicinske sestre. Iz analiz NIJZ izhaja, da seznanjenost zdravstvenih delavcev, ki prihajajo v stik z nosečnico in porodnico, v zvezi z duševnim zdravjem ni zadostna in tako tudi obravnava te problematike v nosečnosti in poporodnem obdobju ni optimalna. Zato bi bilo potrebno v prihodnje povečati njihovo poznavanje tega področja. Trenutno tudi ni zagotovljena ustrezna dostopnost (krajevna, časovna) do pomoči v primeru ocene večje ogroženosti, saj je mreža izvajalcev (kliničnih psihologov in specializiranih psihiatrov), ki so za take primere usposobljeni, nezadostna oz. ne obstaja.

V po rojstvu do 18. meseca starosti so novorojenčki in dojenčki spremljani v t.im. Posvetovalnicah. Posvetovalnico sestavlja tim pediatra in medicinske sestre, ki spremljata otrokov telesni, psihični, socialni in čustveni razvoj. Za statistično primerljive rezultate se pri nas uporablja Denverjev razvojni test. V primeru zaznanih motenj oz. odstopanj v razvoju se otroke napoti v Razvojne ambulante, ki jih podrobneje razlagamo v poglavju o mreži služb. V razvojni ambulanti dela pediater – razvojni nevrolog.

V starosti treh let se izvaja t.im. Sistematski pregled triletnikov, ki poleg pregleda pri pediatru, in zobozdravniku vključuje tudi pregled pri psihologu. Psihologi za evalvacijo stanja uporabljajo SPP3 – Sistemiziran psihološki pregled triletnikov. Gre za strukturiran vprašalnik, ki zajema različna področja otrokovega duševnega razvoja. Odstopanja na testu so razlog za napotitev v obravnavo specialista kliničnega psihologa, pedagoga, logopeda ali pedopsihiatra.

Naslednji sistematski pregled se izvaja v petem letu otrokove starosti in dodatno vključuje pregled pri logopedu, hkrati pa predstavlja celostno oceno razvitih otrokovih spretnosti in sposobnosti za vstop v šolo.

Vsi navedeni preventivni zdravstveni programi se praviloma izvajajo v osnovnih enotah ZD, v katerem naj bi otrok imel tudi izbranega zdravnika – pediatra.

Osnovna zdravstvena preventiva se kasneje redno, sistematsko, na obdobje dveh let izvaja v času otrokovega, mladostnikovega šolanja.

V obdobju od rojstva do 19. leta poteka v okviru primarnega zdravstvenega varstva vzgoja za zdravje (v okviru sistematskih oz. namenskih pregledov ali izven njih). Dejavnosti potekajo dokaj neenotno, v večini primerov pa se vzgoja za zdravje pri predšolskih otrocih izvaja individualno ob pregledu (starši), v času šolanja pa v okviru sistematskega pregleda (skupinske oblike dela) ter v sodelovanju z izbrano šolo (redna predavanja, projektni dnevi, dnevi zdravja, naravoslovni dnevi) tako za učence kot tudi za pedagoške delavce.

V javno veljavnih vzgojno izobraževalnih programih poteka promocija in preventiva v okviru projektov in programov:

- zdrave šole, eko šole,
- varna šola brez nasilja,
- z glavo na zabavo,
- nasilje je "out", mi smo "in",
- programi za otroke, ki so žrtve ali povzročitelji nasilja,
- šola za starše,
- obveznih izbirnih vsebin,
- itd.

Centri za socialno delo (v nadaljnjem besedilu: CSD) in nevladne organizacije (npr. Zveza prijateljev mladine Slovenije – mladinski centri) delujejo na nacionalni ravni in izvajajo splošno preventivo, selektivno preventivo in indicirano preventivo. Viri za programe socialnega varstva so MDDSZ, imenovani programi za otroke in mladostnike so navedeni v Tabela 2.11 in Tabeli 2.12. Ti programi so javni socialno varstveni programi.

Tabela 2.11. Programi za otroke in mladostnike, ki jih izvajajo CSD-ji, Slovenija, 2011

Izvajalec	Ime programa
CSD Ilirska Bistrica	Dnevni center Sonček
CSD Kranj	Škrlovec – dnevni center za mlade in družine
CSD Ljubljana Moste - Polje	Program svetovalnica
CSD Ljubljana Moste - Polje	Program učne vzgoje pomoč CENT«R MOST
CSD - Polje Ljubljana Vič Rudnik	Integracija socialno izključenih otrok in mladostnikov

CSD Žalec	Dnevni center za otroke in mladostnike - Podmornica
CSD Škofja Loka	Dnevni center za otroke in mladostnike DC
CSD Ljubljana center	Psihosocialna pomoč mladim
CSD Ljubljana Bežigrad	Središče otrok in mladostnikov (S.O.M) Bežigrad
CSD Ljubljana Moste Polje	Program Korak

Vir: MDDSZ

Tabela 2.12. Programi socialnega varstva za otroke in mladostnike, ki jih izvajajo nevladne organizacije, Slovenija, 2011

Izvajalec	Ime programa
Zavod Salesianum OE Skala	Skala – mladinska ulična vzgoja;
Zveza prijateljev mladine	Nacionalna mreža TOM-telefon
Društvo za preventivno delo	Mladinske delavnice

Vir: MDDSZ

Družinski centri sodijo med pomembne ukrepe pri spodbujanju družini prijaznega okolja, za usklajevanje poklicnega in družinskega življenja ter uresničevanju politike enakih možnosti. Pomenijo tudi pomembno nadgradnjo in pluralizacijo storitev s strani zasebnega sektorja. Zato smo v letu 2010 na MDDSZ pričeli z dvoletnim sofinanciranjem programov družinskih centrov, saj je bilo na ta način izvajalcem zagotovljeno stabilnejše sofinanciranje, želeli pa smo tudi spodbujati k večji kakovosti izvajanja programov. Sredstva so praviloma namenjena za stroške dela strokovnih delavcev in materialne stroške, ki so nujni za izvajanje programov.

Vsebine programa se izvajajo izključno na preventivnem nivoju v obliki vzgojno-izobraževalnih delavnic, predavanj, pogovorov in diskusij, dela v manjših skupinah, študija primerov, igre vlog ter v obliki predstavitev ustreznih filmov z izbrano poučno tematiko. Vse navedene oblike imajo informacijsko – komunikacijski značaj in delujejo v smeri krepitve socialnih veščin preko druženja. Udeleženci so na takšen način ves čas aktivno vključeni v obravnavane vsebine.

Družinski centri imajo v programu vključenih najmanj pet izmed naslednjih vsebin, ki so enakomerno zastopane, in sicer:

- vzgoja za družino
- izboljšanje komunikacije v družini
- osebna rast otrok in mladostnikov
- ustvarjalno skupno preživljanje prostega časa
- organizirano občasno varstvo otrok
- izvajanje počitniških aktivnosti
- strokovna pomoč pri reševanju problemov v družini

### **Indicirana in selektivna preventiva**

Del otrok, ki so ocenjeni kot rizični, je napoten v razvojne ambulante. Pomen razvojnih ambulant za področje duševnega zdravja je v njihovi selektivni in indicirani preventivi duševnih motenj. Nadaljnji razvoj razvojnih ambulant bo potrebno določiti v skladu z opredelitvijo normativov in standardov oziroma mrežo izvajalcev za duševno zdravje.

Sistem svetovalnih služb je pomembna prednost slovenskega šolstva v primerjavi z drugimi državami, saj uspešno prepozna, pomaga razrešiti in zmanjšati marsikatero stisko otrok in mladostnikov, ki bi sicer ostala neprepoznava. Svetovalne službe v vrtcih in šolah se srečujejo z raznovrstnimi razvojnimi, učnimi, socialnimi in duševnimi težavami. Svetovalni delavec v vrtcu

oziroma šoli je lahko pedagog, psiholog, socialni delavec, defektolog ali socialni pedagog. Njegovo delo med drugim zajema področja učenja in poučevanja, šolske kulture, reda, vzgoje in klime, telesnega, osebnega in socialnega razvoja, šolanja in poklicne orientacije ter socialno-ekonomske stiske.

Pri preventivnem delu velja izpostaviti predvsem delo na področjih:

- učenci z učnimi težavami (motivacija, neposredna pomoč, učenje metod in tehnik učenja, razvijanje učinkovitih strategij ipd.),
- nadarjeni učenci (individualizirani učni programi, motivacija ipd.),
- vzgojna in disciplinska problematika (neposredna pomoč, delo z razredom, delo z učitelji, oblikovanje vzgojnih smernic, podpora in pomoč staršem ipd.),
- otroci s težavami v telesnem, osebnem (spoznavnem in čustvenem) ter socialnem razvoju (krepitev samopodobe, razvijanje učinkovitejše komunikacije, učinkovito spoprijemanje s problemskimi situacijami, urjenje otrok v socialnih spretnostih, za sproščanje, za preprečevanje odvisnosti od drog, trpinčenja in oblik nasilništva ipd.),
- iskanje in nudenje možnih oblik podpore in pomoči družinam, kadar je zaradi njihovih socialno – ekonomskih stisk ogrožen telesni, osebni in socialni razvoj.

Zagotovljene so tudi različne oblike pomoči osipnikom, vendar pa to področje ni sistematično urejeno, kar velja tudi za poklicno svetovanje.

Navajamo vrsto možnih ukrepov in neposrednih pomoči socialno ranljivim skupinam mladih, potencialnim ali dejanskim osipnikom, ki bi jih MIZŠ lahko vključilo v sistem (povzeto iz raziskave Kakovost življenja otrok in mladostnikov – osipništvo v Sloveniji, 2003, dr. Mirjana Ule, FDV):

- Vsaka šola bi morala imeti program za zmanjševanje šolske neuspešnosti; preventivni ukrepi bi se morali izvajati redno, ne le v obliki projektov – financirati bi jih moralo šolstvo z rednim pritokom sredstev. Na šolah naj bi se oblikovali timi, ki bi skrbeli za učence, za katere se pokaže, da so "rizični".
- Individualno delo z osipniki, ki upošteva njihovo šolsko, psiho.-socialno, ekonomsko in družinsko ozadje. Nuditi osipnikom pomoč, ki ni omejena na učenca, temveč se dotika tudi njegovega okolja – odnosa učenec-učitelj, učenec in njegova družina.
- Programi za preprečevanje osipa na posameznih šolah, ki upoštevajo šolske, lokalne, družinske, ekonomske, individualne dejavnike. Nujno je, da se v problematiko vključijo tudi lokalne skupnosti, tudi finančno.
- Sensibilizirati učitelje – šole – ravnatelje – za zavedanje akutnosti te problematike in primerne ravnanja; izobraževanje, študijske skupine, delavnice.
- Olajšati šolanje mladih s posebnimi potrebami: v poklicnem in srednjem izobraževanju je potrebno razbremeniti programe, poskrbeti za izobraževanje učiteljev za delo s temi mladostniki, uvesti koordinatorje za delo s posamezniki.
- Sprejeti bi morali sistem, ki bi učencem omogočil, da se jim znanje (pozitivne ocene iz določenih predmetov), ki so ga pridobili tekom šolanja upošteva, tudi če letnika niso uspešno zaključili, ko se prešolajo. Možnost napredovanja z eno negativno oceno v srednji šoli. Enoznačno opredeliti minimume znanja.
- Šolske svetovalne ure na teme, kot so motivacija, pomen izobrazbe, šolski problemi, karierni cilji, učne navade.
- Vzpodbujanje vrstniške podpore v razredu, medsebojnega sodelovanja, podpiranja, veselja nad uspehi vrstnikov, senzibiliziranje vrstnikov za težave njihovih sošolcev, nagrajevanje učencev, ki so se rešili potencialnega osipništva.

Velik osip je značilen v Republiki Sloveniji za srednje poklicno izobraževanje (16,6 odstotka), vendar v zadnjih letih počasi upada. Osip v strokovnih in tehniških programih pa je nekoliko pod celotnim povprečjem (11,9 odstotkov). Celoten osip iz poklicnih, tehniških in strokovnih programov za generacijo 93 je bil 15-odstoten, osip iz gimnazijskih programov pa precej nižji; 6,5-odstoten. Razen v nižjem poklicnem izobraževanju je osip deklet povsod nižji kot osip fantov. Analize kažejo tudi, da največ dijakov opusti šolanje v programih poklicnega in strokovnega izobraževanja že v prvem letniku: 40-50 odstotkov jih opusti šolanje takoj na začetku, okoli 30 odstotkov v drugem letniku in v tretjem še preostalih 20 odstotkov. Le redki v strokovnih programih ne končajo 4. letnika.

V šoli je treba poleg zagotavljanja podpore in dodatnega specifičnega izobraževanja učitelja tudi sistematično ustvarjati priložnosti, da učenci s specifičnimi učnimi težavami razvijejo podporne odnose z vrstniki in služijo drug drugemu kot vir opore in pomoči. To omogočajo različne oblike prostovoljnega dela, kooperativnega učenja in mentorstva (vrstnikov ali starejših). Pomemben varovalni dejavnik pa je tudi vključevanje otrok in mladostnikov v različne dejavnosti in ustvarjanje priložnosti za sodelovanje in smiselno prispevanje k družbi, kar zahteva razvijanje partnerstva in konstruktivnega sodelovanja med starši, šolo in družbo.

### **Kurativa in rehabilitacija**

Mreža izvajalcev, ki v Republiki Sloveniji izvajajo programe in storitve za duševno zdravje za otroke in mladostnike v okviru javne službe in obravnave v skupnosti so navedeni v Tabeli 2.13.

Specialisti družinske oziroma splošne medicine, specialisti pediatri in specialisti šolske medicine delujejo na primarni ravni in so zadržani za izvajanje preventivne in kurative. Razporeditev je regionalna.

V Sloveniji je leta 2010 delovalo (skupaj s specializanti, NIJZ):

- 376 specialistov družinske medicine,
- 531 specialistov splošne medicine,
- 428 specialistov pediatrov (ni posebej označeno, koliko od njih je zaposlenih v bolnišnicah in koliko v ambulantah),
- 66 specialistov šolske medicine,
- 24 otroških in mladostniških psihiatrov, ki delajo tako v ambulantah kot tudi v bolnišnicah.

Tabela 2.13. Seznam služb, ki v Sloveniji izvajajo predvsem kurativne storitve na področju duševnega zdravja. Preventivne dejavnosti so posebej označene. Slovenija, 2012

<b>Naziv službe</b>	<b>Regija</b>	<b>Vrste storitev</b>	<b>Opomba</b>
Družinski zdravniki, pediatri in specialisti šolske medicine.	Regionalna razporeditev	Splošna preventiva, selektivna preventiva, indicirana preventiva Kurativa	
Ambulantna otroška in mladostniška psihiatrija	Regionalna razporeditev	Splošna preventiva, selektivna preventiva, indicirana preventiva Kurativa	
Svetovalni centri za otroke in mladostnike v Ljubljani, Mariboru, Kopru, Novem mestu	Mestne občine	Splošna preventiva, selektivna preventiva, indicirana preventiva Kurativa	Pokrite so zgolj mestne občine, a nudijo storitve tudi okolici
Center za avtizem	Nacionalna raven	Kurativa	

		Rehabilitacija	
Bolnišnična otroška in mladostniška psihiatrija	Ljubljana Maribor	Kurativa	
Mladinska zdravilišča	Nacionalna raven	Kurativa določenih duševnih motenj Rehabilitacija	
Vzgojni zavodi, stanovanjske skupine, prevzgojni dom in mladinski domovi	Nacionalna raven	Splošna preventiva, selektivna preventiva, indicirana preventiva Kurativa Rehabilitacija	
Zavodi za usposabljanje	Nacionalna raven	Splošna preventiva, selektivna preventiva, indicirana preventiva Kurativa Rehabilitacija	

Uporabo posameznih služb lahko ugotavljamo na podlagi dveh vrst podatkov. V Tabeli 2.14 so podatki o uporabi posameznih služb na primarni in sekundarni ravni na 1000 prebivalcev za starostno skupino 0 do 19 let, za oba spola skupaj, za leto 2010. Iz teh podatkov lahko vidimo regionalno razporeditev ljudi, ki iščejo pomoč. Ti podatki prikazujejo število oseb, ki so bile v stiku s službo vsaj enkrat letno na račun zdravstvenega problema – v našem primeru zaradi duševne motnje.

Ugotavljamo, da se število obiskov na primarni ravni nekoliko zvišuje, pada pa število obiskov na sekundarni ravni, kar ob podatku o čakalni dobi dodatno govori o pomanjkanju ambulantnih psihiatrov otroške in mladostniške psihiatrije.

Tabela 2.14. Razlogi prvih obiskov primarne in sekundarne zdravstvene mreže zaradi duševnih motenj po posameznih diagnozah, starostna skupina 0 do 19 let, oba spola skupaj, statistične regije, 2010.

Statistične regije	Primarna raven		Sekundarna raven	
	Število obiskov	Število obiskov na 1000 prebivalcev	Število obiskov	Število obiskov na 1000 prebivalcev
Pomurska	393	18,03	9	0,41
Podravska	1353	23,34	1304	22,49
Koroška	346	24,38	23	1,62
Savinjska	647	12,62	885	17,26
Zasavska	202	25,65	63	8,00
Spodnjeposavska	261	19,61	39	2,93
Jugovzhodna Slovenija	750	25,45	775	26,30
Osrednjeslovenska	3812	36,26	2673	25,42
Gorenjska	799	19,24	369	8,89
Notranjsko-kraška	440	44,34	102	10,28
Goriška	594	26,66	87	3,90
Obalno-kraška	329	17,70	101	5,43
<b>Skupaj</b>	<b>9926</b>	<b>25,24</b>	<b>6430</b>	<b>16,35</b>

Vir: IVZ, ZUBSTAT 2010

## **Sekundarna raven**

### **Ambulantna služba za otroško in mladostniško psihiatrijo**

Služba za otroško in mladostniško psihiatrijo je v zadnjih letih doživela velike spremembe v organizaciji. Večji ZD (Ljubljana, Maribor, Kranj, Celje) so imeli v sklopu svojih služb tudi psihohigienske službe oz. centre za duševno zdravje. Zadnjih deset let je vedno več otroških in mladostniških psihiatrov dobilo koncesijo za ambulantno delo. S tem se je v dokajšnji meri razbilo timsko – interdisciplinarno delo, saj so nekateri delavci tima (psihologi, socialni delavci.) ostali v ZD, drugi (predvsem otroški in mladostniški psihiatri) pa so postali koncesionarji in se večinoma tudi fizično ločili od ZD. S tem se je še dodatno okrnilo timsko delo, otroci in mladostniki z duševnimi motnjami, ki potrebujejo pomoč več strokovnjakov pa dobivajo pomoč na različnih krajih (npr. pedagoško pomoč na Svetovalnem centru, psihiatrično pomoč pa pri otroškem in mladostniškem psihiatru s koncesijo v njegovih prostorih). Specialisti otroške in mladostniške psihiatrije, ki so koncesionarji, predstavljajo že več kot polovico specialistov otroških in mladostniških psihiatrov na sekundarni ravni.

Tabela 2. 15. Število prvih pregledov v ambulantah otroške in mladostniške psihiatrije pri vseh izvajalcih dejavnosti (zdravstveni domovi, bolnišnice, koncesionarji), statistične regije, 2012

<b>Regija</b>	<b>Zdravstveni dom</b>	<b>Bolnišnica</b>	<b>Koncesionar</b>	<b>Skupaj</b>
Pomurska	218	0	0	218
Podravska	397	46	346	789
Koroška	0	0	0	0
Savinjska	336	0	0	336
Zasavska	94	0	0	94
Spodnjeposavska	0	0	0	0
Jugovzhodna Slovenija	0	0	153	153
Osrednjeslovenska	177	139	666	982
Gorenjska	223	53	40	316
Notranjsko - kraška	0	0	0	0
Goriška	253	0	93	346
Obalno-kraška	152	0	45	197
<b>Skupaj</b>	<b>1850</b>	<b>238</b>	<b>1343</b>	<b>3431</b>

Vir: ZZZS

Mreža služb za otroško in mladostniško psihiatrijo ne zadošča potrebam nikjer po državi, regije kot so koroška, pomurska in krško-brežiška pa so sploh brez otroškega in mladostniškega psihiatra. Nekatero regije stisko rešujejo s pogodbenim občasnim delom že upokojenih pedopsihiatrov – npr. Zasavje. Podobna situacija pomanjkljive dostopnosti se kaže tudi za specialiste klinične psihologije za otroško in mladostniško populacijo.

Čakalna doba na specialistične preglede postaja nesprejemljivo dolga (nad 4 mesece). Ambulantni otroški in mladostniški psihiatri so preobremenjeni z rednim vodenjem bolnikov, ki jih lahko povečini naročajo le na 1-2 mesečne kontrole, za urgentne primer pa ne morejo poskrbeti. Tako je redna praksa, da otrok in mladostnik z duševnimi motnjami ali težavami, ki potrebujejo takojšnjo pomoč, hospitaliziran, saj na sekundarni ravni ne more priti dovolj hitro do ustrezne pomoči.

Dostopnost strokovnjakov tima na sekundarni ravni je zelo neenakomerna, saj otroci in mladostniki v nekaterih regijah nimajo možnosti za ustrezno strokovno obravnavo (Tabela 2.16). V Sloveniji je v letu 1999 delovalo 17, leta 2006 16, leta 2011 pa prav tako 17 ambulantnih otroških



in mladostniških psihiatrov (Tabela 2.16). Po evropskih normativih je priporočljivo zagotoviti vsaj 1 specialista otroške in mladostniške psihiatrije na 15.000 otrok in mladostnikov od 0 do 19 let. V Sloveniji bi tako potrebovali 25,86 otroških in mladostniških psihiatrov oziroma še vsaj devet dodatnih strokovnjakov otroške in mladostniške psihiatrije za ambulantno dejavnost.

Tabela 2.16. Število specialistov otroške in mladostniške psihiatrije v Sloveniji v letu 2011

REGIJA	Število zavarovancev do 18 leta za leto 2009	Predvideno število pedopsihiatrov 1/15.000	Dejansko število pedopsihiatrov v letu 2011
Celje	38.086	2,5	1
Koper	23.378	1,55	1,35
Kranj	40.231	2,7	2
Krško	13.410	0,9	0
Ljubljana	116.758	7,7	7 (+ 6.5* )
Maribor	56.052	3,7	3 (+ 1* )
Murska Sobota	21.899	1,45	0
Nova Gorica	18.374	1,2	1
Novo Mesto	23.092	1,5	1
Ravne	27.197	1,8	0
Ptuj	12.945	0,86	0,75
Skupaj	391422	25.86	17,1 (+ 7,5*)

\*hospitalni odd. Pediatrična klinika Ljubljana , Psihiatrična klinika LJ in UKC Maribor

Vir: RSK za psihiatrijo, podatki ankete s strani pedopsihiatričnih enot v Sloveniji, pomlad 2011

Na Pediatrični kliniki v Ljubljani je v okviru nevrološke ambulantne službe ustanovljen tudi Center za avtizem, ki skrbi predvsem za diferencialno diagnostiko avtističnih motenj in razvija kurativne in rehabilitacijske programe.

### Bolniški oddelki za otroško in mladostniško psihiatrijo

Na Pediatrični kliniki v Ljubljani je Služba za otroško psihiatrijo, kjer sprejemajo osnovnošolske otroke do 14 leta starosti. Imajo 12 postelj. V sklopu te službe poteka tudi program bolnišničnega zdravljenja motenj hranjenja do 19. leta starosti, ki mu je namenjenih 6 postelj. Služba ima 4.5 otroških psihiatrov. Število hospitaliziranih bolnikov v letu 2011 je bilo 110. Rutinsko bi bilo dobro zbirati podatke o napotitvah in odklonitvah. Ti podatki bi nam omogočili oceniti potrebe populacije.

V okviru Psihiatrične klinike v Ljubljani je Oddelek za mladostnike s 18 posteljami, namenjen mladostnikom od 14. do 19 oziroma 21. leta. Ima dva mladostniška psihiatra. Število hospitaliziranih bolnikov v letu 2011 je bilo 174 v celodnevni obravnavi ter 25 v dnevni obravnavi, skupaj 199 bolnikov. Rutinsko bi bilo dobro zbirati podatke o napotitvah in odklonitvah. Ti podatki bi nam omogočili oceniti potrebe populacije.

Na Kliniki za pediatrijo v Mariboru je Odsek za otroško in mladostniško psihiatrijo s 10 posteljami, namenjen je otrokom in mladostnikom (do 19. leta starosti) z duševnimi motnjami. Trenutno je zaposlen le en otroški in mladostniški psihiater. Število hospitaliziranih bolnikov v letu 2011 je bilo 134. Redno spremljanje podatkov o napotitvah in odklonitvah sprejema na zdravljenje bo omogočilo boljše načrtovanje storitev glede na potrebe populacije.

Tako deluje v vsej Sloveniji le 7.5 otroških in mladostniških psihiatrov, ki skrbijo za 46 bolnišničnih postelj. Problem predstavlja neenakomerna porazdelitev teh psihiatrov (v Mariboru eden, ostali v Ljubljani), kakor tudi neenakomerna obremenitev enega psihiatra s številom bolnikov.

Tabela 2.17. Število bolnišničnih obravnav in stopnja na 1000 prebivalcev, starostna skupina od 0 do 19 let, statistične regije, 2010.

Statistične regije	OBRAVNAVE 0-19 LET	OBRAVNAVE 0-19 LET na 1000 prebivalcev
Pomurska	17	0,78
Podravska	41	0,71
Koroška	19	1,34
Savinjska	28	0,55
Zasavska	11	1,40
Spodnjeposavska	13	0,98
Jugovzhodna Slovenija	32	1,09
Osrednjeslovenska	138	1,31
Gorenjska	70	1,69
Notranjsko-kraška	21	2,12
Goriška	19	0,85
Obalno-kraška	19	1,02
<b>Skupaj</b>	<b>428</b>	<b>1,09</b>

Vir: IVZ, BOLOB 2010.

Zaradi pomanjkanja otroških in mladostniških psihiatrov na sekundarni ravni in njihove neenakomerne razporeditve, predstavlja ustrezno in pravočasno triažiranje otrok in mladostnikov s duševno motnjo velik problem. Za napotitev v bolnišnično oskrbo se tako velikokrat odloči pediater, ne da bi uspel urediti ustrezen pregled pri otroškem in mladostniškem psihiatru na sekundarni ravni. S tem se večja število nepotrebnih hospitalizacij in dodatno bremeni bolnišnične otroške in mladostniške psihiatre.

Nikjer v državi nimamo oddelka pod posebnim nadzorom za otroško in mladostniško psihiatrijo, kjer bi dobili ustrezno pomoč vsi otroci in mladostniki z duševnimi motnjami, ko je njihovo psihično stanje tako slabo, da potrebujejo stalen nadzor in intenzivno psihiatrično zdravljenje. V praksi se tako dogaja, da so sprejeti na oddelke za odrasle psihiatrične bolnike, kljub zakonu o duševnem zdravju, kjer je v 15. členu zapisano, da se mladoletnika praviloma ne sprejme na zdravljenje v oddelku pod posebnim nadzorom skupaj s polnoletnimi osebami, razen če bi bilo to zanj koristno. V tabeli 2.18 predstavljamo število obravnav otrok in mladostnikov v psihiatričnih bolnišnicah in na Oddelku za pedopsihiatrijo Pediatrične klinike UKC Ljubljana.

Tabela 2.18. Število bolnišničnih obravnav in število dni bolnišničnih obravnav po posameznih izvajalcih, starostna skupina od 0 do 19 let, oba spola skupaj, Slovenija, 2010

	4-6 let		7-9 let		10-14 let		15-19 let	
	Število obravnav	Število dni	Število obravnav	Število dni	Število obravnav	Število dni	Število obravnav	Število dni
4131 PB Begunje	0	0	0	0	2	45	25	792
6001 UKC Ljubljana	2	102	10	432	59	2616	14	682
7531 PB Ormož	0	0	0	0	1	2	17	368
8051 UKC Maribor	0	0	0	0	0	0	42	741
10715 PB Idrija	0	0	0	0	1	1	20	773
11526 PK Ljubljana	0	0	0	0	12	332	212	6316

19290 PB Vojnik	0	0	0	0	1	1	18	425
Skupaj	2	102	10	432	76	2997	348	10097

Vir: IVZ, BOLOB 2010.

Še posebej se pomanjkanje primerne ustanove čuti ob naraščajočem številu otrok in mladostnikov s težkimi čustvenimi in vedenjskimi motnjami (64 odstotkov porast v zadnjih 25 letih, glej Graham v uvodu), ko njihova motnja dekompenzira do te mere, da bi potrebovali urgentno bolnišnično psihiatrično oskrbo. To populacijo tako nameščajo(mo) od enega do drugega VIZ, z vmesnimi postanki na oddelkih pediatrije, na odsekih za otroško in mladostniško psihiatrijo ali pa na oddelkih za odrasle psihiatrične bolnike, od katerih eni niso strokovno, drugi ne kadrovske, nobeni pa prostorsko primerni za takšno delo.

Nekateri otroci in mladostniki z duševnimi motnjami (npr. s shizofrenijo, avtizmom, s čustvenimi in vedenjskimi motnjami) po končani hospitalizaciji potrebujejo rehabilitacijo, vendar obstajata v Sloveniji trenutno le dva tri mesečna rehabilitacijska programa za otroke/mladostnike z motnjo hranjenja in z čustveno motnjo.

### **Svetovalni centri za otroke in mladostnike**

V pomoč šolskemu sistemu pri večjih težavah na področju učenja, čustvovanja in vedenja že od leta 1955 deluje Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše, ki je bil kot Kolaborativni center Svetovne zdravstvene organizacije za duševno zdravje otrok nosilec razvoja skrbi za duševno zdravje otrok in mladostnikov v Republiki Sloveniji. Svetovalni center je največja ambulantno zdravstvena, timsko delujoča ustanova pri nas (letno obravnava preko 2.000 otrok, ter tudi njihovih staršev, posredno pa še vzgojiteljev in učiteljev) in pokriva potrebe otrok osrednje Slovenije ter še nekaterih drugih, s temi službami deficitarnih regij. V svetovalnem centru z multidisciplinarnim timskim pristopom (specialisti klinične psihologije, psihologi, pedopsihiatri, specialni pedagogi, socialni delavci, logopedi) sledijo temeljnemu ciljem: specialistično, diagnostično, terapevtsko, korektivno in svetovalno delo z otroki in mladostniki; razvijanje preventivnih, diagnostičnih in terapevtskih pristopov in modelov; usposabljanje strokovnjakov, razvijanje strokovnega znanja, raziskovanje; prenos strokovnega znanja na vse, ki lahko prispevajo k zdravemu razvoju otrok in mladostnikov (starši, skrbniki, učitelji, vzgojitelji, zdravstveni delavci; ozaveščanje javnosti o pojavih in procesih, ki lahko zavirajo ali spodbujajo razvoj in dobrobit otrok in mladostnikov, promocija slednjih in zagovorništvo).

Podoben svetovalni center (ki ne vključuje zdravstvene dejavnosti) je tudi Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Maribor, ki deluje od leta 1954. Dejaven je tudi svetovalni center v Novem Mestu, ki se je razvil iz svetovalne pisarne. Svetovalni center v Kopru je po nekaj letih delovanja zaradi težav s financiranjem bil formalno priključen k Osnovni šoli Koper, kjer se uspešno razvija in načrtuje ponovno osamosvojitve v naslednjih letih. Kljub ambulantam za mentalno higieno (te so ostale v zdravstvenih domovih) pa storitve, ki jih ponujajo omenjeni centri in pedopsihiatrične ambulante, predvsem niso enakomerno dostopne vsem tistim otrokom, mladostnikom in staršem v državi, ki jih potrebujejo. Tudi njihova kadrovska zasedba je glede na naraščajoče potrebe po teh storitvah premajhna in ponekod pomanjkljivo specializirana.

Za zdravstvo so poleg preventivnih učinkov edukacijskih strategij tudi na področju duševnega zdravja pomembne storitve zdravstvenih profilov v svetovalnih centrih, ki izvajajo diagnostične, terapevtske in korekcijske obravnave. Program promocije in varovanja duševnega zdravja tem storitvam zagotovi ustrezen obseg na državni ravni, ter omogoči, da tudi ti strokovnjaki delujejo preventivno, torej z direktnim izobraževalnim in svetovalnim delom v šolskem prostoru, ki naj bo definirano kot zdravstvena storitev.

Z razvito mrežo regionalnih centrov sistemsko zagotovimo in reguliramo tisto, kar (premalo številni) obstoječi centri že sedaj opravljajo za varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Centri

delujejo na lokalni ravni, vendar bi morali njihovo delovanje uskladiti na nivoju države. Zato morajo lokalne skupnosti in država zagotoviti enotno urejeno ustanoviteljstvo in financiranje programov, in tako zagotoviti dosegljivost storitev svetovalnih centrov kot pravico otrok, mladostnikov in staršev.

## Oblike institucionalnega varstva otrok in mladostnikov

CSD obravnavajo ogrožene otroke in mladostnike, ki imajo pogosto tudi čustvene in vedenjske težave. V primeru, da je potrebna izločitev iz družine, jih CSD v skladu z Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih (Uradni list RS, št. 69/04 – uradno prečiščeno besedilo) namesti v rejniške družine ali ustrezne vzgojne zavode, mladinske domove, ali stanovanjske skupine. Iz uvodoma omenjene raziskave, ki je bila opravljena v Angliji, izhaja, da je v 25 letih prišlo do 64-odstotnega povečanja duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih predvsem na račun povečanja vedenjskih in čustvenih motenj (Gregorič, 2006). Iz študije lahko povzamemo, kako pomembna je zgodnja obravnava teh otrok, in kako pomembno je otrokom in mladostnikom zagotoviti ustrezne oblike pomoči, da se le-te preprečijo ali omilijo oziroma, da se ne razvijejo v duševne motnje. V zadnjem obdobju se CSD srečujejo s problematiko nameščanj otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi težavami v ustrezne zavode in stanovanjske skupine. Več ko ima otrok težav ali motenj in težje ko so, težja je namestitvev v ustrezno institucijo in zagotovitev primerne oblike pomoči oziroma programa (analiza Inštituta Republike Slovenije za socialno varstvo, 2011). Iz podatkov MDDSZ (interna raziskava iz leta 2011) izhaja, da so imeli v zadnjem letu CSD pri približno 45 otrocih in mladostnikih težave z namestitvijo v vzgojne zavode, za približno 96 otrok in mladostnikov pa po oceni CSD nimamo ustreznih institucionalnih oblik pomoči. Institucionalna oskrba in programi pomoči za otroke in mladostnike s čustvenimi in vedenjskimi težavami sodi pod okrilje MIZŠ. Nujno je potrebna prilagoditev kapacitet in programov potrebam otrok in mladostnikov.

V domsko varstvo v okviru zavodov se vključujejo otroci s funkcionalnimi motnjami (z motnjami vida, sluha, gibalno ovirani), ki se v teh zavodih tudi redno izobražujejo in zaradi velike oddaljenosti od kraja stalnega prebivališča tu tudi bivajo. V domsko varstvo v vzgojnih, prevzgojnih in mladinskih domovih je bilo v letu 2009 vključenih dobrih 400 otrok in mladostnikov. Te ustanove so namenjene otrokom in mladostnikom, starim od 8 do 18 let, ki imajo težave pri odraščanju in prilagajanju na socialno okolje, doma pa nimajo ustreznih pogojev za življenje ter otroci, prikrajšani za normalno družinsko življenje (Tabela 2.19).

Tabela 2.19. Število otrok s posebnimi potrebami po posameznih vrstah potreb v institucionalnem varstvu in dnevnem varstvu, Slovenija, 2009.

		število institucij	Otroci		
			skupaj	domsko varstvo	dnevno varstvo
ZMERNNA, TEŽJA, TEŽKA	CUDV (socialno-varstveni zavodi)	5	500	382	118
	Domovi v sklopu zavodov za otroke s posebnimi potrebami	15	530	530	-
FIZIČNE OVIRE	- zavodi za gibalno ovirane otroke	2	205	205	-
SENZORNE OVIRE	- zavodi za slepe in slabovidne	1	22	22	-
	- zavodi za gluhe in naglušne	1	42	42	-

INTELEKTUALNE OVIRE	- domovi v okviru OŠPP za otroke z lažjimi in zmernimi motnjami v duševnem razvoju	10	266	266	-
ČUSTVENE IN VEDENJSKE MOTENJE	Vzgojni zavodi, mladinski domovi in prevzgojni zavod	11	401	401	-
	- mladinski domovi	3	140	140	-
	- prevzgojni domovi	1	31	31	-
	- vzgojni zavodi	7	230	230	-

Vir: SURS, neobjavljeni podatki (posredovano po e-pošti: Breda Ložar, 9. 9. 2010).

Za otroke v domskem in dnevnem varstvu je v letu 2009 skrbelo več kot 600 strokovnih in drugih delavcev, od tega skoraj 200 varuhov in negovalcev, 130 specialnih pedagogov in nekaj več kot 80 zdravstvenih delavcev.

Skoraj dve tretjini vseh oseb s čustvenimi in vedenjskimi motnjami, ki bivajo v teh ustanovah, je starih od 14 do 18 let in so moškega spola. Fantje prevladujejo v vzgojnih zavodih in v prevzgojnem zavodu, v mladinskih domovih pa je razmerje med spoloma skoraj izenačeno. Vsi otroci, ki bivajo v teh ustanovah, so vključeni v osnovnošolsko ali srednješolsko izobraževanje. Osnovnošolsko izobraževanje je večinoma organizirano v okviru zavoda, medtem ko srednješolsko izobraževanje poteka večinoma v zunanjih institucijah. Po odhodu iz teh ustanov se več kot tri četrtine otrok vrne k staršem ali skrbnikom.

V prvih treh mesecih leta 2011 so CSD v obravnavo napotili 177 otrok in mladostnikov, ki so nasilni do sebe in/ali drugih. Podobno kot smo ugotovili že za leto 2010, jih je bilo največ napoteni v obravnavo na psihiatrijo oz. klinično psihologijo (51 oseb). Med vzgojnimi zavodi je bilo tudi v začetku tega leta največ napoteni v Vzgojni zavod Planina (18 oseb), sledita ji Vzgojno izobraževalni zavod Višnja Gora (11 oseb) in Zavod za vzgojo in izobraževanje Logatec (9 oseb). Najpogostejši razlogi, zaradi katerih je zavod odklanjal sprejem mladoletnika so težave v duševnem zdravju, zasvojenosti in neprostoovoljna namestitvev. Po podatkih CSD, so otroci in mladostniki, v prehodnem obdobju, ko jih zavod ne sprejme (zavrjene vloge/odločbe), nameščeni v druge oblike. Od 39 otrok in mladostnikov, za katere imamo podatek o tem, kje so bili nameščeni, ugotavljamo, da jih je bilo v letu 2010 največ nameščenih v matično družino (23 oseb), dosti jih je bilo nameščenih v krizni center (5 oseb), psihiatrično bolnišnico (5 oseb), med njimi tudi na zaprti oddelek za odrasle ter v rejniško družino (4 osebe). En otrok ali mladostnik je bil nameščen v center za odvajanje odvisnosti, eden pa v Vzgojnem zavodu Planina.

Otroke in mladostnike, ki zaradi vedenjskih in čustvenih motenj ter motenj v duševnem razvoju potrebujejo obravnavo v specializirani instituciji, sprejemajo: vzgojni zavodi, vzgojno-izobraževalni zavodi (tisti, ki združujejo domsko varstvo in šolo), centri za usposabljanje, delo in varstvo, mladinski domovi, stanovanjske oz. bivalne skupine ter zdravilišča, ki imajo v svojem programu tudi del rehabilitacije. V te institucije so nekateri otroci napoteni tudi zaradi težkih socialnih ali družinskih razmer ter pogosto zaradi pridružene duševne motnje, štirje vzgojni zavodi pa sprejemajo tudi otroke in mladostnike, ki jim ukrep sprejema v zavod izreče sodišče. V Sloveniji je šestim vzgojnim zavodom dodeljena koncesija za delež delovnega mesta pedopsihiatra. Mladostniki, nad 14 let starosti so na podlagi sklepa sodišča lahko zaradi težjih kaznivih dejanj napoteni v prevzgojni dom, eden od Centrov za usposabljanje, delo in varstvo (v nadaljnjem besedilu: CUDV) pa sprejema tudi mladostnike, katerim ukrep izreče sodišče. Manjkajo statistike dejanskih kapacitet po zavodih proti dejanski zasedenosti mest po zavodih

Tabela 2.20. Število otrok in mladostnikov, ki so izražajo nasilno vedenje do sebe ali drugih, oba spola skupaj, Slovenija, obdobje 2010 - maj 2011

	2010	DO MAJA 2011
CSD	281	240

VZ, VIZ, MD	113	81
CUDV	156	155

Vir: IRSSV 2011

Tabela 2.21. Število žrtev in povzročiteljev nasilnih dejanj, starostna skupina 6 do 18 let, Slovenija, obdobje 1.1.2011 do 31.12.2011

Starost	Število žrtev	Število povzročiteljev
Do 6 let	355	0
Do 14 let	467	1
Do 18 let	237	24

Vir: CSD

### **2.1.5 Ocena potreb na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov in opredelitev prednostnih področij na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov**

Ugotavljamo, da so trenutno dostopni podatki za ugotavljanje duševnega zdravja in duševnih motenj pomanjkljivi in ne ustrezajo sprejetim mednarodnim kazalcem. Zato menimo, da bi potrebovali drugačen set rutinsko dostopnih podatkov in presečne raziskave v določenih časovnih razmikih. Taki podatki bodo omogočali tudi ustreznejšo oceno potrebe in vpliv vseh implementiranih programov, dopolnitev in ukrepov na področju duševnega zdravja. Nabor kazalcev mora omogočati tudi evalvacijo obstoječih programov in služb, ki jih je potrebno spremljati glede na v naprej postavljene kriterije in standarde in v določenih časovnih intervalih opraviti evalvacijo učinkov in uspešnosti.

#### Prednostne naloge so:

- a) vzpostavitev dostopnosti podatkov o kazalcih duševnega zdravja in duševnih motenj – rutinskih in na določene časovne intervale,
- b) določitev kazalcev, ki bodo omogočali spremljanje stanja in bodo omogočali mednarodne primerjave.

Glede na odgovornost več resorjev (šolstvo, sociala, zdravstvo, in drugi) je pomembno, da se zagotovi medresorsko sodelovanje pri razvoju implementaciji in evalvaciji služb in programov, saj ocenjujemo, da so trenutno dostopne službe med seboj premalo povezane in zato manj učinkovite. Povezanost med posameznimi službami bi bilo potrebno okrepiti.

#### Prednostne naloge so:

- a) izdelava in implementacija formalni in vsebinskih podlag medresorskega sodelovanja na vseh področjih,
- b) izdelava protokolov in navodil medresorskega sodelovanja.

Na področju promocije duševnega zdravja in preventive duševnih motenj ocenjujemo, da obstaja vrsta potreb.

Obstoječi programi promocije duševnega zdravja in preventive duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih so raznovrstni in številni. Ocenjujemo, da vse regije niso enakomerno in zadostno pokrite. Vsi otroci in mladostniki nimajo enake dostopnosti do kakovostnih storitev in programov na področju promocije in varovanja duševnega zdravja.

V Republiki Sloveniji je dostopnost skrbi za duševno zdravje otrok in mladih v mestih bistveno boljša, prav tako se izboljšujejo promocijske dejavnosti. Izboljšati moramo dostopnost do storitev

varovanja duševnega zdravja otrok in mladih ter povečati osveščenost javnosti glede promocije duševnega zdravja otrok in mladih.

Nujno je poenotenje nekaterih vsebin in pokritost vseh perečih področij. Izboljšati moramo dostopnost do storitev varovanja duševnega zdravja otrok in mladih v vseh predelih države ter povečati osveščenost javnosti glede promocije duševnega zdravja otrok in mladih.

Tudi skrb za ženske v obporodnem obdobju je namenjena zdravju otroka, saj je zdravo starševstvo predpogoj za zdravo otroštvo. Za obravnavo nosečnic in otročnic s problematiko s področja duševnega zdravja je potrebno okrepiti mrežo kliničnih psihologov, ki so posebej usposobljeni za pomoč ob takih primerih (dodatnih 6 kliničnih psihologov), da se zagotovi enakomernejša in boljša dostopnost nosečnic in otročnic do teh oblik pomoči. V okviru obeh terciarnih porodnišnic je potrebno zagotoviti tudi obravnave s strani specializiranih psihiatrov.

Skrb za duševno zdravje otrok in mladostnikov je posebnega pomena, saj se 14 odstotkov vseh duševnih motenj, ki jih opažamo v odrasli dobi, prične že v otroštvu.

Prednostne naloge promocije duševnega zdravja in preventive duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih so:

- a) vzpostavitev registra obstoječih programov promocije in preventive,
- b) opredelitev kriterijev za izvajanje, standarde in evalvacijo promocijskih in preventivnih programov,
- c) zagotavljanje široke mreže izvajalcev ustreznih, evalviranih programov promocije zdravja in preventive z upoštevanjem medsektorskega sodelovanja in dopolnitvami sedanje mreže služb ter zagotovitev kakovostnih, varnih, dostopnih in učinkovitih storitev in programov promocije, preventive, zdravljenja in rehabilitacije,
- d) zagotavljanje programov za odkrivanje in podporo otrok in mladostnikov z večjim tveganjem za razvoj duševnih motenj (shizofrenija, bipolarna motnja razpoloženja),
- e) zagotavljanje programov promocije in preventive od rojstva dalje.

Na področju diagnostike, zdravljenja, rehabilitacije in socialne integracije ter reintegracije ocenjujemo, da je obstoječa mreža ambulantne in bolnišnične dejavnosti ter socialne integracije za otroke in mladostnike nezadostna, pokritost je neenakomerna in nekatere službe manjkajo. V Sloveniji sta obravnava in zdravljenje otrok in mladostnikov, ki imajo duševne motnje in tudi druge težave v vsakodnevem delovanju, nezadostna. Obstoječi sistem glede na izhode v normalno samostojno življenje ni naravnani v otrokovo korist, k čemur naj bi si skladno s 3. členom Konvencije Združenih narodov o otrokovih pravicah, ki jo je ratificirala Republika Slovenija (v nadaljnjem besedilu: KOP) prizadevali vsi organi in institucije. Temu področju namenja NPDZ posebno pozornost.

Čakalne dobe na pregled pri otroškem in mladostniškem psihiatru so od 3 do 6 mesecev, kar je predolgo. Nimamo normativa za še dopustno čakalno dobo.

Urgentni pregledi otrok in mladostnikov se trenutno opravljajo na bolniških oddelkih otroške in mladostniške psihiatrije bolnišničnih, ki so kadrovsko podhranjeni že za opravljanje svoje osnovne funkcije – skrbi za bolnišnične bolnike.

Varovanega oddelka za otroke in mladostnike nimamo. Otroci in mladostniki, ki tak oddelek potrebujejo, imajo večinoma ali čustvene in vedenjske motnje ali pa psihotične motnje, v nekoliko manjši meri razpoloženske motnje (večinoma depresija s suicidalno ogroženostjo). Otroci in mladostniki potrebujejo poseben nadzor, ko postanejo nevodljivi, avto – in/ali hetero-agresivni. Sedaj so otroci, ki potrebuje nadzor in varovanje nameščeni na varovane oddelke skupaj z odraslimi osebami s težavami v duševnem zdravju, kar je izhod v sili.

Prav tako nimamo ustrezne rehabilitacije za vse duševne motnje. Trenutno imamo zgolj možnost rehabilitacije za otroke in mladostnike z motnjami hranjenja. Potrebovali bi programe rehabilitacije

tudi za otroke in mladostnike z duševnimi motnjami, pri katerih je dolgotrajna in celostna rehabilitacija potrebna (akutna psihoza, motnje razpoloženja, pervazivne motnje in drugo).

V Sloveniji nimamo organizirane ustrezne mreže pomoči za otroke s kompleksnimi težavami in ne inštitucije, ki bi zanje celostno poskrbela, nudila ustrezno obravnavo ter možnost razvoja v največji možni meri, kar je država v skladu s KOP dolžna zagotoviti. Škodljivo je nenehno premeščanje otrok v različne inštitucije ter prelaganje odgovornosti, v nepopravljivo škodo otrok – torej v popolnem nasprotju z načelom največje koristi otroka.

Težka vedenjska problematika se obravnava institucionalno, ob tem ocenjujemo, da so programi, ki jih zavodi nudijo, premalo raznoliki in prilagojeni posameznikom. Imamo pereč problem zavodskih namestitvev in s tem povezano zagotavljanje varnosti tako varovancev kot osebja. Nekaterim ustanovam so podeljene koncesije oziroma odobren program otroške in mladostniške psihiatrije, nobena od ustanov pa nima svojega pedopsihiatričnega kadra ali pa ga ima premalo.

Vzgojnim zavodom in drugim ustanovam bi bilo nujno potrebno podeliti koncesijo in jih ustrezno opremiti z določenimi kadri za zagotavljanje varnosti osebja.

#### Prednostne naloge so:

- a) Okrepitev mreže otroške in mladostniške psihiatrije povsod po Sloveniji. Posamezne regije se brez otroškega in mladostniškega psihiatra in je tim sestavljen le iz specialista klinične psihologije. V Sloveniji bi potrebovali 1 ambulantnega otroškega in mladostniškega psihiatra na 15 000 otrok in mladostnikov, kar je za leto 2011 pomenilo 25,86 ambulantnih otroških in mladostniških psihiatrov (leta 2011 jih je bilo 16.1), kar pomeni za leto 2011 vsaj deset dodatnih strokovnjakov otroških in mladostniške psihiatrije.
- b) Okrepitev mreže klinično psihološke službe za otroke in mladostnike, tako da bo razmerje med otroškimi in mladostniškimi psihiatri ter specialisti klinične psihologije 1 proti 3 v skladu z mednarodnimi priporočili.
- c) Okrepitev obstoječih služb in dopolnitev mreže služb, ki se pri svojem delu srečujejo z otroci in mladostniki z duševnimi motnjami (vzgojni in drugi zavodi za otroke in mladostnike s posebnimi potrebami, svetovalni centri, mentalno higienski dispanzerji in drugi), ki izvajajo diagnostiko, zdravljenje, rehabilitacijo, integracijo in reintegracijo ter zajemajo tesno medresorsko sodelovanje s ciljem celostne obravnave otroka in mladostnika.
- d) Ustanovitev urgentnih ambulantnih služb za otroke in mladostnike z duševnimi motnjami.
- e) Določitev še dopustne čakalne dobe za redne ambulantne preglede otrok in mladostnikov z duševnimi motnjami.
- f) Ustanovitev oddelka pod posebnim nadzorom za otroško in mladostniško psihiatrijo.
- g) Priprava in sprejetje kadrovskega normativa za bolnišnično zdravljenje otrok in mladostnikov. Enakomernejša porazdelitev bolnišničnih otroških in mladostniških psihiatrov ter njihova enakomernejša obremenitev glede na število obravnavanih hospitaliziranih otrok/mladostnikov.
- h) Razvoj in implementacija splošnih in specializiranih programov za otroke in mladostnike, ki so v zavodski okrobi ali potrebujejo rehabilitacijo po preboleli epizodi duševne motnje.
- i) Ustanovitev medresorske mreže služb za celostno obravnavo otrok in mladostnikov s pervazivno razvojno motnjo (zgodnje odkrivanje, zgodnja obravnava, rehabilitacija).
- j) Zagotavljanje diagnostike za uresničevanje načela hitre in ustrezne pomoči otrokom ali mladostnikom z duševnimi motnjami ter usmeritev v ustrezen vzgojno izobraževalni program s strani komisije za usmerjanje.

Na področju preprečevanja samomorilnega vedenja ugotavljamo, da sicer količnik samomora pada, a razlike med posameznimi regijami ostajajo zelo velike in neugodne.

#### Prednostne naloge so:

- a) Sprejetje predpisov, ki otežujejo dostopnost metod samomora.



- b) Razvoj in implementacija programov za zgodnje prepoznavanje nevarnosti samomorilnega vedenja in zgodnjega ukrepanja.
- c) Razvoj in implementacija programov pomoči in aktivnega spremljanja za otroke in mladostnike, ki so poskušali samomor.

Na področju boja proti stigmatizaciji in socialni izključenosti ocenjujemo, da je stigmatiziranost duševnih motenj še vedno pereč problem in pomembno negativno vpliva na iskanje pomoči.

Prednostna naloga je vzpostavitev programov za zmanjševanje stigme in socialne izključenosti na vseh ravneh.

## **2.1.6 Cilji, strategije in ukrepi za izboljšanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov**

Cilji, strategije in ukrepi posebej oštevilčeni, tako da se nazorno vidi, katera naloga v Akcijskem načrtu je povezana z njimi. Pri otrocih in mladostnikih smo izpostavili naslednje cilje:

**CILJ 1 Promocija duševnega zdravja in preventivna duševnih motenj**

**CILJ 2 Diagnostika, zdravljenje duševnih motenj, rehabilitacija in socialna reintegracija**

**CILJ 3 Preprečevanje samomorilnega vedenja**

**CILJ 4 Boj proti stigmati in socialni izključenosti pri**

**CILJ 5 Izobraževanje laične in strokovne javnosti o duševnem zdravju in Raziskovanje na področju duševnega zdravja**

### **CILJ 1 (C1) Promocija duševnega zdravja in preventivna duševnih motenj**

#### ***Strategija 1 (S1) Promocija in preventiva duševnega zdravja pri otrocih in mladostnikih***

#### **Ukrepi:**

- A. Spodbujanje in grajenje socialnih mrež, zdravih skupnosti (lokalnih, šolskih)
- B. Oblikovanje programov za odrasle o tem, kako krepiti pozitivno duševno zdravje otrok in mladostnikov (programi za bodoče starše - materinske šole, šole za starše, programi za starše, stare starše, učitelje itd.).
- C. Vpeljevanje učinkovitih promocijskih programov v učne načrte vrtcev, osnovnih in srednjih šol ter fakultet s poudarkom na krepitvi varovalnih dejavnikov (kot so dobra samopodoba, odločanje in veščine učinkovitega reševanja problemov, asertivnost, strategije spoprijemanja s stresom, komunikacija, aktivno preživljanje prostega časa, oblikovanje zdravih navad, krepitev socialnega omrežja).
- D. Razvoj novih programov razširitve in dopolnitve obstoječih programov, ter evalvacija promocijskih programov, ki so namenjeni otrokom in mladostnikom s poudarkom na varovalnih dejavnikih. Priprava enotnih standardov za takšne programe.
- E. Razširitev obstoječih spletnih strani za osnovnošolske otroke, oblikovanje spletnih strani o zdravju za dijake in študente.
- F. Ozaveščanje politikov vseh sektorjev o pomenu duševnega zdravja in sodelovanje pri pripravi programov.
- G. Vključevanje mladih v pripravo ustreznih strategij in ukrepov (razvoj akcijske kompetence mladih)
- H. Korenite spremembe zakonodaje tako na šolskem, kot zdravstvenem, pravosodnem in socialnem področju
- I. Ocena vpliva politik na duševno zdravje
- J. Učinkoviti programi promocije duševnega zdravja za ranljive skupine (osipnike, otroke iz družin z nižjim socialno ekonomskim statusom, brezposelne itd.)
- K. Vpeljevanje učinkovitih preventivnih programov v vrtce, osnovne in srednje šole ter na fakultete.

- L. Razvoj novih, razširitve in dopolnitve novih programov, ter evalvacija preventivnih programov, ki so namenjeni otrokom in mladostnikom.
- M. Razširitev obstoječih spletnih strani za osnovnošolske otroke, oblikovanje spletnih strani o zdravju za dijake in študente.
- N. Ozaveščanje politikov vseh sektorjev o pomenu preventive duševnih motenj in sodelovanje pri pripravi programov.
- O. Spodbujanje reševanja vseh dejavnikov, ki predstavljajo tveganje za razvoj duševne motnje pri otrocih in mladostnikih (šolska neuspešnost, nasilje v družini, zlorabe psihoaktivnih snovi, revščina) Zmanjševanje tveganja za razvoj duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih, tudi s preventivnim delom na družini
- P. Identifikacija skupin z večjim tveganjem za razvoj duševne motnje pri otrocih in mladostnikih ter pomoč svojcem in programi za skupine z večjim tveganjem.
- Q. Vzpostavitev ustreznih srednješolskih programov, ki jih bodo mladi v zavodih lahko uspešno zaključili; krepiti delovne navade, skupnostno skrb ter samopodobo v okviru individualnega dela z mladostniki.
- R. Oblikovanje programov za odrasle o tem kako preprečevati razvoj duševnih motenj otrok in mladostnikov
- S. Vključevanje mladih pri pripravi ustreznih strategij in ukrepov (razvoj akcijske kompetence mladih)
- T. Korenite spremembe zakonodaje tako na šolskem, kot zdravstvenem, pravosodnem in socialnem področju

## **CILJ 2 (C2) Zdravljenje, rehabilitacija in socialna reintegracija**

### ***Strategija 4 (S4) Zdravljenje duševnih motenj, rehabilitacija in socialna reintegracija pri otrocih in mladostnikih***

#### **Ukrepi:**

- A. Povečevanje znanja otrok in mladostnikov o različnih oblikah pomoči, vključevanje vsebin o duševnih motnjah pri otrocih in mladostnikih v vsebine šolskih programov
- B. Izboljšanje diagnostike za zgodnje prepoznavanje simptomov in znakov duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih, uvajanje novih diagnostičnih pristopov, ki so se izkazali za zelo učinkovite – npr. na področju psihoz diagnostika za »at risk population«
- C. Omogočanje zgodnje obravnave duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih z izboljšanjem triaže in dostopnosti pomoči za zgodnje zdravljenje duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih (izboljšati regionalno pokritost s svetovalnimi centri in olajšati dostop do njihovih storitev, omogočiti urgentne ambulantne preglede otrok in mladostnikov z duševnimi motnjami, normativi, čakalne dobe)
- D. Zagotovitev ustrezne kadrovske zasedbe v vzgojnih zavodih, tako da bi otroci in mladostniki z različnimi težavami in več duševnimi motnjami dobili ustrezno strokovno celostno obravnavo.
- E. Spremembe in dopolnitve zakonodaje tako na šolskem, kot zdravstvenem, pravosodnem in socialnem področju (npr. formalne podlage za nov programi za individualno intenzivno

- obravnavo otrok s hudimi duševnimi motnjami, formalne podlage za kadrovske normative, formalne podlage za nove programe rehabilitacije, integracije in reintegracije).
- F. Vzpostavitev možnosti urgentnega pregleda pri otroškem in mladostniškem psihiatru na primarnem in sekundarnem nivoju.
  - G. Ustanovitev oddelka pod posebnimi pogoji za otroke in mladostnike z duševnimi motnjami.
  - H. Povečanje števila psihiatrov za otroško in mladostniško psihiatrijo vsaj za 10.
  - I. Povečanje multidisciplinarnih timov.
  - J. Zagotovitev dostopnosti obravnave pri otroškem in mladostniškem psihiatru za otroke in mladostnike, ki imajo duševne motnje in so nameščeni v zavodsko oskrbo.
  - K. Dostopnost učinkovitega in kontinuiranega zdravljenja in povezave med bolnišničnim in ambulantnim zdravljenjem.
  - L. Rehabilitacijski programi za otroke in mladostnike po prvi epizodi psihoze - možnost rehabilitacije za otroke in mladostnike po hospitalizaciji, ko še ne zmorejo vrnitve v domače in/ali šolsko okolje (predvsem za psihotične motnje) z možnostjo ustrezne namestitve.
  - M. Izboljšanje dolgotrajne oskrbe v institucijah, dostopnost zdravstvene oskrbe za otroke in mladostnike, zagotavljanje varnosti.
  - N. Sodelovanje med različnimi strokami.
  - O. Programi nevladnih organizacij.
  - P. Priprava in implementacija programov za »prehodno obdobje« (stanovanjske skupine), ki po 18. letu zapustijo zavod (učenje življenjskih veščin po vzoru Nizozemske in Združenega Kraljestva: razvijanje osnovne skrbi zase (osebna higiena, prehrana in zdravje, zdrava spolnost), praktične veščine (ravnanje z denarjem, nakupovanje, kuhanje in čiščenje) ter veščine medosebnih odnosov (obvladovanje komunikacije v formalnih in neformalnih odnosih).

### **CILJ 3 (C3) Preprečevanje samomorilnega vedenja**

#### ***Strategija 7 (S7) Preprečevanje samomorilnega vedenja pri otrocih in mladostnikih***

##### **Ukrepi:**

- A. Različne oblike posredovanja informacij o samomorilnem vedenju ter njegovem preprečevanju pri otrocih in mladostnikih (predavanja, tematske delavnice, strokovna srečanja in medijski nastopi, kampanje, itd.) laični in strokovnim javnostim.
- B. Smernice medijem za poročanje o samomoru.
- C. Identifikacija skupin z večjim tveganjem za razvoj samomorilnega vedenja pri otrocih in mladostnikih in napotitev na ustrezno obravnavo ter pomoč svojcem.
- D. Povečanje dostopnosti programov učinkovite, proaktivne in dolgotrajne pomoči po poskusu samomora pri otrocih in mladostnikih.
- E. Povečanje pomoči družini in ožji okolici ob samomorilnem vedenju otroka in mladostnika.
- F. Formalne podlage in organizacijski ukrepi za omejevanje dostopa do sredstev (varno okolje, itd.).

## **CILJ 4 (C4) Boj proti stigmati in socialni izključenosti**

### ***Strategija 10 (S10) Boj proti stigmati in socialni izključenosti pri otrocih in mladostnikih***

#### **Ukrepi:**

- A. Programi za zmanjševanje vpliva stigmatizacije pri otrocih in mladostnikih.
- B. Programi izboljšanja socialne vključenosti.
- C. Vzpostavitev 1 do 2 letnih programov v okviru socialnega podjetništva za zaposlovanje mladih, ki uspešno zaključijo šolanje v zavodu in zagotovitev prehodnih »stanovanjskih skupin«.

## **CILJ 5 (C5) Izobraževanje laične in strokovne javnosti o duševnem zdravju**

### ***Strategija 13 (S13) Izobraževanje laične in strokovne javnosti o duševnem zdravju***

#### **Ukrepi:**

- A. Ozaveščanje laične in strokovne javnosti o duševnem zdravju, preprečevanju in zdravljenju duševnih motenj in preprečevanju samomorilnega vedenja pri otrocih in mladostnikih: publikacije, tiskana in elektronska gradiva, predavanja za splošno javnost, akcije nevladnih organizacij.
- B. Sistemsko izobraževanje strokovnih delavcev, zdravnikov, pedagoškega kadra, svetovalnih delavcev, socialnih delavcev o pozitivnem duševnem zdravju, duševnih motenj, njihovem preprečevanju in prepoznavanju.
- C. Vključevanje vsebin o ohranjanju duševnem zdravju in preprečevanju duševnih motenj ter preprečevanju samomora v vsebine šolskih in študijskih programov.
- D. Spodbujanje raziskovalnih nalog za osnovnošolce, srednješolce in študente na temo duševnega zdravja.

## **CILJ 5 (C5) Raziskovanje na področju duševnega zdravja**

### ***Strategija 14 (S14) Spodbujanje raziskovalnega dela na področju duševnega zdravja in preprečevanja samomora pri otrocih in mladostnikih in vseh perečih vsebin***

#### **Ukrepi:**

- A. Ciljni raziskovalni programi, bilateralni raziskovalni programi, raziskovalni projekti, raziskovalni programi, zbiranje podatkov za pripravo ciljnih nacionalnih programov (za področje proučevanja duševnih motenj in področje samomorilnega vedenja pri otrocih in mladostnikih) in za posodobitev obstoječega nacionalnega programa.
- B. Evalvacija politik, posameznih programov, projektov.

## 2.2 ODRASLI

V to ciljno skupino sodijo odrasle osebe v starosti od 19 do 64 let. Med posebej ogrožene skupine, ki zahtevajo posebno skrb so osebe s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi, brezposelni, osebe, ki živijo v neugodnih družinskih razmerah in okoljih, osebe z nižjim socialno-ekonomskim položajem in manj izobraženi.

Podatki Statističnega urada Republike Slovenije o aktivnem prebivalstvu (število prebivalcev v starosti med 18 in 65 let) za januar 2009 kažejo, da je bilo v kategoriji aktivnega prebivalstva 946.157 oseb. Od tega je bilo 82,8 odstotka zaposlenih, 9,4 odstotka samozaposlenih in 7,8 odstotka registriranih brezposelnih. Odločili smo se prikazati podatke za leto 2009, ker se tudi vsi ostali izračuni in podatki nanašajo na leto 2009, saj podatkov za leto 2010 oziroma 2011 še ni na voljo.

Večina odraslih preživi na delu vsaj tretjino svojega življenja, zato je delovno okolje eno najpomembnejših življenjskih okolij. Ocenjuje se, da se zaradi ekonomskih posledic nevarnega in nezdravega delovnega okolja izgublja 3 do 5 odstotkov BDP. V Republiki Sloveniji predstavlja aktivna populacija največji delež prebivalstva. Vsestransko vlaganje v boljše delovne razmere vodi k boljšemu zdravju zaposlenih in s tem tudi k večji produktivnosti podjetij/organizacij/ustanov (WHO, 1998).

Zdravo delo vpliva na kakovost delovnega življenja in kakovost življenja v prostem času. Prispeva k ravni zdravstvene zaščite skupnosti in prebivalstva. Vpliva na mikroekonomsko in makroekonomsko vedenje ter pripomore k socialni koheziji.

Zlasti v sedanjih gospodarskih razmerah ne smemo pozabiti na tiste, ki jim grozi brezposelnost, oziroma na dolgotrajno brezposelne. Zaradi ogroženosti duševnega zdravja jim je treba nameniti posebno pozornost in ustrezne programe.

### 2.2.1 Duševno zdravje in duševne motnje aktivne populacije

#### Duševno zdravje in varovalni dejavniki

V Republiki Sloveniji ne zbiramo rutinsko podatkov o pozitivnem duševnem zdravju in varovalnih dejavnikih odraslih, je pa nekaj podatkov o tem na voljo iz nekaterih raziskav.

Raziskava CINDI (2004 in 2008) z zdravjem povezan življenjski slog (Djomba in sod., 2010, Hlastan Ribič, 2010) je obsegala tudi vprašanja o stresu in občutku življenja pod pritiskom. V obdobju od leta 2001 do 2008 so se v Sloveniji povečali deleži tistih, ki doživljajo stres vsak dan ali pogosto (2001: 24,9 odstotkov, 2004: 30,7 odstotkov, 2008: 27,7 odstotkov) in tistih, ki se tvegano stresno vedejo, torej pogosto doživljajo stres in imajo težave z njegovim obvladovanjem. Med letoma 2004 in 2008 se je povečalo tudi doživljanje stresa zaradi obremenitev na delovnem mestu.

Ugotavljamo tudi, da obstajajo preprečljive razlike v doživljanju stresa in njegovem obvladovanju med posameznimi skupinami, zato lahko govorimo o neenakostih. Kot bolj ranljive izstopajo naslednje skupine: ženske, stari od 40 do 45 let, nižje izobraženi in predstavniki najnižjega socialnega sloja, prebivalci mestnih okolij ter prebivalci vzhodne in osrednje regije.

Slovensko javno mnenje 2006 nam prikazuje naslednje podatke:

- 12 odstotkov anketirancev ni zadovoljnih s svojim življenjem,
- 37 odstotkov poredko najde čas za stvari, ki jih res veselijo,
- 5 odstotkov je bilo teden dni pred anketiranjem depresivnih (ves čas ali skoraj ves čas),

- 7 odstotkov večino tedna in 2 odstotkov cel teden žalostnih,
- 17 odstotkov se je v zadnjem tednu počutilo zelo malokrat srečni, 3 odstotkov pa nikoli srečni zadnji teden.

Raziskava Duševno zdravje prebivalcev Slovenije 2006 je bila izvedena na reprezentativnem vzorcu 846 polnoletnih oseb (Kamin in sod., 2009). Raziskava je bila izvedena telefonsko. Zajemala je sledeča področja: ocena splošnega fizičnega in duševnega stanja; zaznava stresa; socialna opora posameznikov; tvegana vedenja; zdravljenje duševnih težav; samopodoba in samovrednotenje; samomorilno razmišljanje; presejalna testa za anksioznost in depresijo. Vprašani so v 26,7 odstotkov odgovorili, da imajo povišan krvni tlak, kronične bolezni dihal je navedlo 12,2 odstotka vprašanih, sladkorno bolezen 5,2 odstotkov in rak 2,8 odstotkov. Indeks duševnega zdravja je bil v povprečju 67,23 (SD=19.50). V evropskem vrhu je Norveška z indeksom 70. V raziskavi so podatke razdelili na tri skupine – normalno duševno zdravje (vrednost nad povprečjem), na meji (vrednost indeksa 56-76) in težave v duševnem zdravju (vrednost indeksa 56 in manj). Brez težav je bilo 34,9 odstotkov, na meji težav 37 odstotkov in s težavami 28,1 odstotkov. Med tistimi, ki imajo težave je več žensk in tistih, ki so stari nad 60 let.

Poleg tega vprašani izkazujejo v splošnem visoko samospoštovanje (povprečna vrednost 33,4 na lestvici samospoštovanja RSES) in imajo dobro omrežje čustvene opore (v povprečju se vprašana oseba v primeru resnih problemov lahko obrne na štiri do pet ljudi).

### **2.2.1.1 Tveganja za zdravje aktivnega prebivalstva**

Mednarodna klasifikacija bolezni deseta revizija (SZO, 1995) predstavlja na V. osi socioekonomske in prihosocialne okoliščine, ki predstavljajo potencialno tveganje za zdravje:

- Težave, povezane z vzgojo in izobrazbo (npr. neizobraženost in nizka stopnja izobrazbe).
- Težave povezane z zaposlenostjo in nezaposlenostjo (npr. nezaposlenost, grozeča izguba službe, naporen delovni urnik, spori s šefom in sodelavci, neprimerno delo).
- Poklicna izpostavljenost dejavnikom tveganja (hrup, sevanje, prah, drugi onesnaževalci, strupene snovi, skrajne temperature, tresljaji).
- Težave, povezane s fizičnim okoljem (npr. hrup, onesnažen zrak, onesnažena voda, onesnažena zemlja, sevanje, neprimerna preskrba s pitno vodo).
- Težave, povezane z nastanitvenimi in ekonomskimi okoliščinami (npr. brezdomstvo, neprimerno bivališče, nesoglasje s sosedi, sostanovalci in gospodarjem, težave, povezane z življenjem v stanovanjski ustanovi, pomanjkanje primerne hrane, izjemna revščina, nizki prejemki, nezadostno socialno zavarovanje in socialna podpora).
- Težave, povezane s socialnim okoljem (npr. težave prilagajanja prehodom v življenjskem ciklusu, atipično stanje starševstva, živeti sam, težave zaradi druge kulture, socialna izključitev in zavrnitev, tarča opazne diskriminacije in preganjanja).
- Težave, povezane z negativnimi življenjskimi dogodki v otroštvu (npr. izguba ljubečega odnosa v otroštvu, odstranitev od doma v otroštvu, dogodki, ki povzročajo izgubo samospoštovanja v otroštvu, grozljiva osebna izkušnja v otroštvu).
- Ostale težave, povezane s primarno podporno skupino, vključujoč družinske okoliščine (npr. težave v odnosih z zakoncem ali partnerjem, težave v odnosih s starši in priženjenimi/primoženimi sorodniki, nezadostna družinska podpora, odsotnost družinskega člana, izginotje ali smrt družinskega člana, razbitje družine zaradi razhoda ali ločitve, odvisno sorodnik, ki potrebuje oskrbo doma, ostali stresni dogodki, ki vplivajo na družino in gospodinjstvo).
- Težave, povezane z drugimi psihosocialnimi okoliščinami (obsodbe v civilnem in kazenskem postopku brez zapora, zapor ali druge vrste ujetništvo, težave povezane z odpustom iz zapora, težave, povezane z drugimi pravnimi okoliščinami, žrtev zločina ali terorizma, izpostavljenost hudi nesreči, vojni ali drugemu nasilju).
- Težave, povezane s težavami pri urejanju življenja (npr. izgorelost, pomanjkanje sprostitve in prostega časa).

Podatki raziskave Evrobarometer – Duševno zdravje iz leta 2010 (Evropska komisija, 2010) prikazujejo podatke o duševnem zdravju v primerjavi z EU povprečjem. Gledano v celoti so slovenski anketiranci čustveno bolj pozitivno naravnani kot Evropejci na splošno. Več slovenskih anketirancev doživlja tri od štirih pozitivnih čustvenih izjav »ves čas« ali »večino časa« (še zlasti »srečen«, »poln življenja« in »imel veliko energije«), medtem ko jih manj doživlja štiri od negativnih izjav »ves čas« ali »večino časa« (še zlasti »malodušen in pobit«, »napet«, »izčrpan« in »utrujen«). Edina izjema tega precej pozitivnega trenda je bila, da se je manj anketirancev od povprečja počutilo »pomirjeno in mirno« »ves čas« ali »večino časa« (56 odstotkov v primerjavi z evropskim povprečjem 61 odstotkov).

Pri odnosu do dela so Slovenci bolj nezadovoljni s tem, koliko priznanja so deležni na delu kot velja za evropsko povprečje (26 odstotkov se »ne strinja« v primerjavi z evropskim povprečjem 19 odstotkov). Slovence enako kot druge Evropejce skrbi, da je varnost njihove službe ogrožena (24 odstotkov v primerjavi z evropskim povprečjem 25 odstotkov) in so bolj zadovoljni kot v povprečju, da njihova služba ustrezno odraža njihove veščine.

Raziskava z naslovom Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije (Šprah in sod., 2011) iz leta 2011 je obsegala izračune posameznih dimenzij, pomembnih za zdravje in blagostanje po posameznih statističnih regijah. Navajamo povzetek najpomembnejših dimenzij za odrasle, ki predstavljajo varovane dejavnike oziroma dejavnike tveganja. Tabela 2.22 prikazuje definicijo posamezne dimenzije, tri regije z najboljšimi ocenami in tri regije z najbolj neugodnimi ocenami.

Opozarjamo, da v Republiki Sloveniji nimamo dovolj zanesljivih podatkov in analiz sociokulturnih dejavnikov, ki vplivajo na zdravje v posameznih regijah, zato smo uporabili podatke omenjene raziskave in z njihovo pomočjo opredeli potrebe posameznih regij.



Tabela 2.22. Definicija posamezne dimenzije, tri regije z najboljšimi ocenami in tri regije z najbolj neugodnimi ocenami, statistične regije, 2009.

Dimenzija – definicija	Tri regije z najbolj ugodno oceno	Tri regije z najmanj ugodno oceno
Dimenzija izobrazba zajema izobrazbeno strukturo prebivalcev, starih 22-64 let, brez izobrazbe oz. z nedokončano ali dokončano osnovnošolsko, srednješolsko, in višje ali visokošolsko izobrazbo; število študentov med delovno aktivnim prebivalstvom, delež odraslih oseb, starih 25-64 let, ki so vključeni v vseživljenjsko izobraževanje.	Goriška, Gorenjska in Osrednjeslovenska	Pomurska, Podravska in Spodnjeposavska
V dimenzijo zaposlenost se uvrščajo delež delovno aktivnega prebivalstva, stopnja delovne aktivnosti, stopnja registrirane brezposelnosti, delež brezposelnih z osnovnošolsko in z višje- oz. visokošolsko izobrazbo, število prostih delovnih mest glede na delovno aktivno prebivalstvo, delež delovno aktivnega prebivalstva, starega 55-64 let, in število aktivnih podjetij glede na delovno aktivno prebivalstvo v posamezni regiji.	Obalno kraška, Osrednjeslovenska in Podravska	Notranjsko kraška, Gorenjska in Goriška
V dimenzijo dohodek so vključeni indeks BDP na prebivalca, BDP na prebivalca, izražen v standardih kupne moči, in povprečna mesečna neto plača na zaposleno osebo	Goriška, Obalno kraška in Osrednjeslovenska	Pomurska, Zasavska in Notranjsko kraška
V dimenzijo okolje se uvrščajo količina vode, dobavljene gospodinjstvom iz javnega vodovoda, delež neprečiščene odpadne vode, izpuščene iz kanalizacije, in ocenjena škoda zaradi elementarnih nesreč, izražena v deležu regionalnega BDP.	Gorenjska, Savinjska in Osrednjeslovenska	Zasavska, Koroška in Spodnjeposavska
Dimenzija stanovanje vključuje povprečno površino stanovanja na osebo in število dokončanih stanovanj (novogradnje, povečave, spremembe namembnosti) glede na število prebivalcev v posamezni regiji.	Notranjsko kraška, Goriška in Obalno kraška	Zasavska, Koroška in Savinjska regija
Dimenzija zdravje vključuje: število zdravniških receptov na prebivalca, stopnjo hospitalizacije zaradi bolezni, število primerov bolezni obtočil in prebavil kot najpogostejših vzrokov smrti, število obiskov v primarnem zdravstvu zaradi: endokrinih, prehranskih in presnovnih motenj, duševnih in vedenjskih motenj, bolezni obtočil, bolezni prebavil in bolezni mišičnoskeletnega sistema in veziva glede na število prebivalcev posamezne regije.	Notranjsko kraška, Gorenjska, in Osrednjeslovenska	Zasavska, Pomurska in Koroška
V dimenzijo odsotnosti tveganih vedenj se uvrščajo: število hudo poškodovanih in umrlih v cestnoprometnih nesrečah, stopnja hospitalizacije zaradi samomora, število samomorov, število obravnav zaradi uživanja alkohola in zaradi zlorabe drog v primarnem zdravstvu glede na število prebivalcev v posamezni regiji.	Notranjsko kraška, Obalno kraška in Osrednjeslovenska	Zasavska, Pomurska in Spodnjeposavska
Dimenzijo poklicnega zdravja sestavljajo: število prijavljenih poškodb pri delu, delež bolniškega	Notranjsko kraška, Osrednjeslovenska	Zasavska,

staleža, indeks frekvence (IF), resnost (R) bolniškega staleža, stopnja bolnišničnih obravnav zaradi bolezni, povprečno trajanje hospitalizacije zaradi bolezni v posamezni regiji.	in Goriška	Koroška in Savinska
---	------------	---------------------

Vir: SURS, IVZ.

Za zagotavljanje promocije in varovanja duševnega zdravja v delovnem okolju je treba posvetiti zadostno pozornost izdelavi ocene tveganj. Ta je prepogosto povezana le s preprečevanjem fizičnih poškodb in pojavljanjem nezgod. Vse preredko se povezuje s preprečevanjem pojavljanja stresa, zato je treba začeti sistematično razvijati varnostno kulturo, ki omogoča človeka vredno delovno okolje ter podpira, varuje in tudi pripomore k promociji njegovega duševnega zdravja.

Težave z zdravjem pri delu vključujejo poškodbe, izpostavljenost hrupu in kemijskim tveganjem, slabe ergonomije delovnega mesta, negativne posledice stresa in trpinčenja v delovnem okolju.

Izsledki četrte evropske raziskave o delovnih razmerah kažejo, da je tri četrtine odstotkov slovenskih anketirancev s svojim delom sicer zadovoljnih, vendar pa jih veliko manj meni, da jim njihovo delo obeta poklicno napredovanje, da so primerno plačani za opravljeno delo, tretjino pa je strah, da bi izgubili zaposlitev (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2007).

Najpomembnejši dejavniki oziroma določilnice zdravja v delovnem okolju so:

- vrednote in politike odločevalcev v podjetjih in zunaj podjetij v zvezi z zdravjem, socialnim varstvom in politiko;
- varnostna kultura;
- praksa na področju vodenja in upravljanja;
- koncept proizvodnje in načela organizacije dela;
- zagotavljanje varnosti pri delu;
- kakovost delovnega okolja;
- življenjski slog in odnos do zdravja.

Zdravo delo se oblikuje na različnih medsebojno povezanih ravneh:

- osebni ravni;
- ravni podjetja/organizacije/družbe;
- ravni lokalne skupnosti/regije;
- ravni države (sistem socialnega varstva, nacionalna politika zdravstvenega varstva, - politika na področju dela in socialnih zadev);
- ravni evropske politike.

Škodljivo pitje alkohola je velik javnozdravstveni problem, ki pomembno vpliva na kakovost življenja posameznikov, njihovih bližnjih in družbe v celoti, saj se pojavlja tudi v delovnem okolju. Po izsledkih raziskav naj bi med 60 in 70 odstotkov slovenskega prebivalstva pilo v mejah manj tveganega pitja, med 13 in 20 odstotkov pa naj bi jih presegalo te meje (Hovnik Keršmanc, Čebašek Travnik in Trdič, 2000; Zaletel Kragelj, Fras in Maučec Zakotnik, 2004). Med letoma 1981 in 2005 smo Slovenci vsako leto presegli kritično količino 10 litrov popitega čistega alkohola na prebivalca, kar pomeni veliko tveganje za razvoj zdravju škodljivih posledic in ogrožanje blaginje ljudi. V standardizirani stopnji umrljivosti smo zaradi izbranih vzrokov, ki jih neposredno pripisujemo alkoholu, presegli povprečje evropskih držav, ki imajo podobno stopnjo umrljivosti in rodnosti kot mi (SZO HFA-DB, 2009).

### **2.2.1.2 Duševno zdravje in duševne motnje aktivne populacije**

Natančnih podatkov o obolevnosti za duševnimi motnjami aktivne populacije prebivalcev Slovenije nimamo, zato sklepamo na pojavnost duševnih motnje iz podatkov iskanja pomoči in treh presečnih raziskav.

V letu 2006 je bila izvedena raziskava o Duševnem zdravju Slovencev (Kamin in sod., 2009), ki je vključila reprezentativen vzorec odrasle populacije (18 do 64 let) in je pokazala, da je v preteklem letu 12,7 odstotkov anketiranih moralo omejiti svoje dejavnosti in so zaradi tega celo izostali z dela zaradi psiholoških, psihiatričnih ali duševnih težav. Od teh jih je slaba polovica v preteklem letu iskala strokovno pomoč, najpogosteje pri splošnem zdravniku. 9,6 odstotkov jih je zaradi omenjenih težav jemalo zdravila. Pomoč je iskalo več žensk kot moških, prav tako so zdravila pogosteje jemale ženske in pa brezposelni ter tisti, ki so bili nezadovoljni s svojim dohodkom. Med zdravili so prevladovala pomirjevala, sledila so zdravila iz domače lekarne, uspavala, nato antidepresivi in druga zdravila. Od oseb, ki so jemala zdravila, jih je 63 odstotkov zdravila jemalo več kot eno leto.

V letu 2007 je bila v Sloveniji izvedena Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu, katere namen je bil ugotoviti, kako prebivalci RS ocenjujejo svoje zdravstveno stanje, kako pogosto uporabljajo različne zdravstvene storitve in kakšen je njihov življenjski slog, povezan z zdravjem. Rezultati raziskave kažejo, da je 4,8 odstotkov oseb poročalo, da so kadarkoli v življenju občutili kronično tesnobo, med temi osebami je bilo več žensk. Podoben odstotek oseb (4,6 odstotkov) je poročal, da so že doživeli kronično depresijo, tudi med njimi je bilo več žensk. Dva odstotka oseb je poročalo o drugih duševnih težavah. Večina oseb je poročala, da je podobne težave potrdil tudi njihov splošni zdravnik.

Rezultati raziskave CINDI Slovenija (Zaključno poročilo projekta Presejanje, sistematično odkrivanje in celostna obravnava depresij v Sloveniji, 2008) kažejo, da predstavljajo ženske v starosti od 46 do 55 let rizično skupino za razvoj depresivne motnje, saj se pri njih klinični znaki in simptomi depresije pojavljajo v 17 do 24 odstotkih.

Podatki raziskave Evrobarometer – Duševno zdravje iz leta 2010 (Evropska komisija, 2010) prikazujejo podatke o duševnem zdravju v primerjavi s EU povprečjem.

Enak delež slovenskih anketirancev kot povprečje se je počutil, da so kot posledica fizičnih ali čustvenih zdravstvenih težav dosegli manj (»nikoli« pri fizičnih: 39 odstotkov in »nikoli« pri čustvenih: 54 odstotkov v primerjavi z evropskima povprečjema 41 odstotkov in 53 odstotkov). Delež slovenskih anketirancev, ki so poiskali strokovno pomoč v zadnjih 12 mesecih se od leta 2006 ni povečala (+1 odstotna točka) in je nižji od evropskega povprečja (12 odstotkov v primerjavi z EU povprečjem 15 odstotkov).

Delež slovenskih anketirancev, ki je v zadnjih 12 mesecih jemalo antidepresive je enak kot evropsko povprečje (8 odstotkov v primerjavi z EU povprečjem 7 odstotkov). Vendar pa je manj slovenskih anketirancev antidepresive jemalo za depresijo (39 odstotkov v primerjavi s povprečjem 51 odstotkov) ali tesnobe (39 odstotkov v primerjavi s povprečjem 47 odstotkov), več anketirancev kot v povprečju pa je jemalo antidepresive zaradi kronične bolečine (27 odstotkov v primerjavi s povprečjem 16 odstotkov) in za boljšo učinkovitost (19 odstotkov v primerjavi s povprečjem 8 odstotkov). Na splošno je odsotnost z dela podobna evropskemu povprečju, vendar je med slovenskimi anketiranci odsotnost od »6-10 dni« dvakrat pogostejša kot pri evropskem povprečju (6 odstotkov v primerjavi s 3 odstotkov v povprečju).

Tabela 2.23 in Tabela 2.24 prikazujeta razloge obiskov primarne in sekundarne zdravstvene mreže. Posredno lahko iz iskanja pomoči sklepamo na pogostost duševnih motenj, a pri tem moramo upoštevati, da se pogostost iskanja pomoči med posameznimi duševnimi motnjami razlikuje. Žal podatkov o prevalenci duševnih motenj za Slovenijo nimamo.

Tabela 2.23. Razlogi prvih obiskov primarne in sekundarne zdravstvene mreže zaradi duševnih motenj po posameznih diagnozah, starostna skupina 20 do 64 let, moški, ženske, skupaj, Slovenija, 2010.

Duševne motnje (skupina)	Primarna raven			Sekundarna raven		
	Moški	Ženske	Skupaj	Moški	Ženske	Skupaj
F00-F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	1090	697	1787	1275	910	2185
F10-F19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi	4620	1376	5996	3548	1159	4707
F20-F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	2973	2770	5743	4100	4296	8396
F30-F39 Razpoloženske [afektivne] motnje	8201	17445	25646	3923	8306	12229
F40-F48 Nevrotske, stresne in somatoformne motnje	14088	28427	42515	5558	10227	15785
F50-F59 Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami	1941	2051	3992	209	492	701
F60-F69 Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi	418	309	727	689	661	1350
F70-F79 Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija)	1497	1156	2653	434	362	796
F80-F89 Motnje duševnega (psihološkega) razvoja	78	41	119	23	21	44
F90-F98 Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu	243	411	654	95	43	138
Skupaj	35149	54683	89832	19854	26477	46331

Vir: IVZ, ZUBSTAT 2010

Tabela 2.24. Tabela 2.4. Razlogi obravnave v psihiatričnih bolnišnicah zaradi duševnih motenj po posameznih diagnozah, starostna skupina 20 do 64 let, moški, ženske in skupaj, Slovenija, 2010.

Duševne motnje (skupina)	Hospitalizacije		
	Moški	Ženske	Skupaj
F00-F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	256	184	440
F10-F19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi	1787	505	2292
F20-F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	1492	1153	2645
F30-F39 Razpoloženske [afektivne] motnje	553	772	1325
F40-F48 Nevrotske, stresne in somatoformne motnje	409	496	905
F50-F59 Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami	6	34	40
F60-F69 Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi	135	108	243
F70-F79 Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija)	96	37	133
F80-F89 Motnje duševnega (psihološkega) razvoja	0	1	1
F90-F98 Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu	3	3	6
Skupaj	4737	3293	8030

Vir: IVZ, BOLOB 2010.

Podatki o delovni invalidnosti in bolniškem staležu kažejo, da so duševne in vedenjske motnje že vsa leta pogost vzrok za I. kategorijo invalidnosti, da je pa ta skupina kot vzrok za bolniški stalež običajno na četrtem ali petem mestu (Tabela 2.25). Analiza bolniškega staleža zaradi duševnih in vedenjskih motenj po diagnozah za zadnjih trinajst let kaže, da se število primerov bolniškega staleža manjša hitreje kot število dni bolniškega staleža.

Zaradi duševnih in vedenjskih motenj smo samo v letu 2010 izgubili 842157 delovnih dni.

Zasavska regija je beležila v povprečju najdaljši bolniški stalež zaradi duševnih in vedenjskih motenj, medtem ko je bil najkrajši stalež v Spodnjeposavski regiji. V letih od 2006 do 2010 je število izgubljenih koledarskih dni zaradi odsotnosti z dela zaradi duševnih in vedenjskih motenj najbolj naraščalo v Koroški in Obalno-kraški regiji, najbolj pa je upadalo v Gorenjski in Pomurski regiji.

Tabela 2.25. Izgubljeni koledarski dnevi ter indeksi bolniškega staleža za duševne in vedenjske motnje, oba spola skupaj, Slovenija, obdobje 1997 do 2005.

leto	Primeri F00-99	Dnevi F00-99	Odstotkov BS F00-99	IO F00-99	IF F00-99	IT F00-99	Vsi primeri	Dnevi
1997	20032	977841	0,34	1,26	2,58	48,81	785272	14091960
1998	20139	1030140	0,36	1,33	2,60	51,15	766720	14646750
1999	19486	954892	0,33	1,22	2,49	49,00	787413	14064840
2000	19908	926147	0,30	1,2	2,5	46,5	754739	13487977
2001	20963	938751	0,32	1,2	2,6	44,8	740755	13332358
2002	21899	933164	0,34	1,3	2,8	45,8	731153	13581774
2003	20536	1018779	0,35	1,29	2,59	49,61	753580	13931303
2004	21181	121392	0,37	1,36	2,57	52,94	762273	14560366
2005	20890	1013408	0,33	1,22	2,51	48,51	789931	14312285
2006	20092	890472	0,29	1,0	2,4	44,3	695288	13026763
2007	21576	943105	0,29	1,1	2,5	43,7	788895	14095263
2008	20009	931855	0,29	1,0	2,2	46,6	739834	13894657
2009	18468	858503	0,27	0,98	2,11	46,49	742342	13325384
2010	19203	842157	0,27	1,0	2,2	43,9	729004	12808242

PRIMERI - štejemo vse primere, ki imajo zaključen bolniški stalež v opazovanem letu za eno diagnozo, ne glede, kdaj se je bolniški stalež začel. DNEVI - štejemo vse dneve odsotnosti z dela za eno zaključeno diagnozo v opazovanem obdobju. Odstotkov BOLNIŠKEGA STALEŽA (odstotkov BS) - odstotek izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega delavca. INDEKS ONESPOSABLJANJA (IO) - število izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega delavca. INDEKS FREKVENCE (IF) - število primerov odsotnosti z dela zaradi bolniškega staleža na 100 zaposlenih v 1 letu. RESNOST (IT) - povprečno trajanje ene odsotnosti z dela zaradi bolezni, poškodbe ali drugega zdravstvenega vzroka.

Vir: Evidenca začasne odsotnosti z dela zaradi bolezni, poškodb, nege in drugih vzrokov, NIJZ 3, 1997-20010.

Od leta 2000 do leta 2011 je vsako leto status invalida katerekoli kategorije zaradi najrazličnejših vzrokov pridobilo med 22.733 in 25.532 oseb. Med njimi je bilo vsako leto med 3.457 do 4.290 oseb, ki so pridobile status invalida katerekoli kategorije zaradi duševnih motenj. Delež oseb, ki so pridobile status invalida zaradi duševne motnje se v opazovanem obdobju letno giblje med 15,2odstotkov in 16,9odstotkov.

Prvo kategorijo invalidnosti je med leti 2000 in 2011 pridobilo vsako leto med 4.068 in 6.433 oseb zaradi najrazličnejših vzrokov. Prvo kategorijo invalidnosti je na račun duševnih motenj pridobilo letno med 1.063 in 1.757 oseb. Duševne motnje so za 24,7odstotkov do 27,74 odstotkov oseb razlog, da pridobijo prvo kategorijo invalidnosti. (SPIZ – podatki o invalidizaciji med leti 2000 in 2011).

Po zadnjih dostopnih podatkih je bilo v letu 2006 1,2 odstotka vseh hospitalizacij in 0,21 odstotka vseh primerov bolniškega staleža zaradi alkohola neposredno pripisljivih boleznim, poškodb in zastrupitev. Večino primerov smrti, hospitalizacij in bolniškega staleža zaradi alkohola beležimo pri moških. Pri obeh spolih pa so prevladovali duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola ter alkoholna bolezen jeter (Kovše in Nadrag, 2008; Tomšič in drugi, 2009).

## 2.2.2 Samomorilno vedenje odraslega prebivalstva

Vsako leto v Republiki Sloveniji zaradi samomora umre med 400 in 500 ljudi (Baza umrlih, NIJZ), poskusov samomora pa je še veliko več. Samomor prizadene v povprečju šest ljudi, ki so bili blizu osebi, ki je storila samomor (Shneidman, 1985). Slovenija se uvršča med države z najvišjim količnikom samomora (količnik samomora je število umrlih zaradi samomora na 100.000 prebivalcev letno).

Število umrlih zaradi samomora v Sloveniji vsako leto pomeni približno 3 odstotke vseh smrti (Baza umrlih, IVZ). Med letoma 1965 in 2004 se je samomorilni količnik vseskozi gibal med 24 in 30 (med 37 in 53 za moške; med 8 in 17 za ženske). Po letu 2004 je v Sloveniji nakazan trend upadanja števila samomorov, samomorilni količnik je v letu 2005 znašal 25,00, v letu 2010 pa celo 20,3 na 100.000 prebivalcev (Tabela 2.26). Zmanjšanje je vidno pri moških in ženskah v vseh starostnih skupinah. Tabela 2.27 prikazuje samomorilni količnik v posameznih zdravstvenih regijah.

Razmerje med moškimi in ženskami, umrlimi zaradi samomora, je v teh letih znašalo 3 do 4:1 (na vsak samomor, ki ga je storila ženska, so se zgodili 3 do 4 samomori, ki so jih storili moški) (Baza umrlih, IVZ). Samomorilni količnik narašča s starostjo, povprečna starost umrlega zaradi samomora je v obdobju od 1985 do 2007 znašala 50,4 leta (49,4 leta za moške; 54,3 leta za ženske). Delež smrti zaradi samomora (med vsemi glavnimi vzroki smrti) v starostni skupini do 60. leta znaša 10 odstotkov, če upoštevamo samo osebe, umrle pred 40. letom, pa celo 19 odstotkov vseh smrti (Tomšič in drugi, 2009).

Samomorilni količnik je višji med razvezanimi in ovdovelimi kot med poročenimi in samskimi osebami. Samomorilni količnik je tudi višji med osebami z nižjo stopnjo izobrazbe ali brez izobrazbe (Milčinski, 1985; Marušič, 1999; Leskovšek, 2001).

Samomor v Sloveniji v primerjavi s samomorom drugod po svetu izstopa vsaj po dveh značilnostih, in sicer regionalni razpršenosti in načinu izvedbe (Marušič, 1999). Med najbolj ogrožene regije v Sloveniji se uvrščajo severovzhodne regije. Te regije imajo večjo prevalenco z alkoholom povezanih diagnoz, nižjo izobrazbeno strukturo prebivalstva in nižji dohodek na prebivalca. Najmanj samomorov je v južnejših in zahodnejših predelih Slovenije, ki imajo boljše sociodemografske in gospodarske kazalnike. V letu 2010 so se med najbolj ogrožene uvrščale regije na severovzhodu Slovenije: Celje (27,8/100.000), Ravne na Koroškem (24,8/100.000) in Maribor (22,0/100.000) in Najmanj samomorov je bilo v Novi Gorici (15,00/100.000), pa tudi sicer v južnejših in zahodnejših predelih. Regionalne razlike se prikažejo drugače, če jih obravnavamo ločeno po spolu. Največ samomorov, ki so jih storile ženske, je bilo leta 2010 v Kopru (10,94/100.000) in Kranju (10,70/100.000), kar je drugače kot v prejšnjih letih, ter v Celju (9,25/100.000); največ samomorov, ki so jih storili moški, pa poleg Celja (46,49/100.000) in Raven na Koroškem (41,10/100.000) še v Mariboru (37,01/100.000) in v Novem Mestu (36,81/100.000).

Prevladujoča metoda samomora pri nas je obešenje (okrog dve tretjini vseh samomorov) (Marušič, 1999). Na odločitev o izbiri sredstva oziroma načina njegove izvedbe vpliva več dejavnikov (Maris in drugi, 2000): dostopnost in razpoložljivost metode (orožje, visoke zgradbe, mostovi, reke, način pakiranja zdravil itd.), vedenje, izkušnje in poznavanje metode, pomen, simboličnost in kulturna pomembnost načina, sugestije, posnemanje metode, duševno stanje osebe, ki poskuša storiti samomor.

Kljub spodbudnim podatkom v zadnjih letih, ki kažejo na upad števila samomorov oziroma zmanjšanje samomorilnega količnika v Sloveniji, pa ostaja vprašanje, kakšen vpliv bo imelo obdobje recesije na pojavnost samomora v naši državi, saj podatki iz nekaterih tujih držav (npr. Grčija in Italija) nakazujejo, da je v povezavi z recesijo prišlo do porasta števila samomorov.

Tabela 2.26. Število umrlih zaradi samomora in samomorilni količnik po starostnih skupinah med 20 do 64 let, oba spola skupaj, Slovenija, obdobje 2000 do 2010

Leto	Število umrlih			Samomorilni količnik		
	20-44	45-64	VSI	20-44	45-64	VSI
2000	197	216	588	43,5	27,2	29,7
2001	195	221	581	25,8	43,6	29,2
2002	169	240	546	22,4	46,5	27,4
2003	183	208	562	24,3	39,7	28,1
2004	152	214	514	20,8	40,1	25,9
2005	175	181	503	23,4	33,5	25,0
2006	162	203	529	21,8	37,3	26,3
2007	118	180	434	15,8	32,5	21,5
2008	116	166	409	15,4	29,6	20,1
2009	124	195	448	16,6	34,4	21,9
2010	108	178	416	14,6	30,7	20,3
2000 -2010	1699	2202	5530	-	-	-

Vir: IVZ

Tabela 2.27. Samomorilni količnik, zdravstvene regije, Slovenija, obdobje 2000 -2010

	Celje	Gorica	Koper	Kranj	Ljubljana	Maribor	Murska Sobota	Novo mesto	Ravne	Slovenija
2000	36,5	16,8	22,2	31,2	25,8	33,8	26,0	35,7	39,3	29,7
2001	34,5	16,5	16,6	29,4	27,3	31,3	38,7	31,2	35,1	29,2
2002	33,4	29,1	19,4	31,4	22,5	30,3	23,4	24,4	43,2	27,4
2003	35,1	12,7	23,6	23,2	20,7	37,2	39,7	27,3	47,4	28,1
2004	36,1	12,7	14,3	26,2	22,8	28,5	25,2	25,1	36,6	25,7
2005	27,4	21,4	19,3	22,6	21,0	31,9	35,9	27,2	21,6	25,1
2006	30,6	19,5	23,4	25,0	22,7	31,9	29,5	21,9	36,6	26,3
2007	25,8	9,7	16,2	18,4	18,6	29,0	27,1	19,6	24,5	21,5
2008	27,5	4,8	12,4	15,8	18,1	22,1	23,0	31,4	19,0	20,1
2009	25,9	14,7	19,9	21,2	17,0	25,4	30,1	25,9	28,8	21,9
2010	27,8	17,6	15,0	19,7	18,1	22,0	15,9	20,1	24,8	20,3
2000-10	30,9	15,9	18,4	24,0	21,3	29,4	28,6	26,3	32,5	25,0

Tabela 2.28 Samomorilni količnik, statistične regije, Slovenija, obdobje 2000 -2011

	Gorenjska	Goriška	Jugovzhodna	Koroška	Notranjsko-kraška	Obalno-kraška	Osrednjeslovenska	Podravska	Pomurska	Savinjska	Spodnjeposavska	Zasavska	Slovenija
2000	31,01	19,14	30,44	39,15	29,69	20,25	22,46	34,10	26,45	37,38	32,94	56,08	29,54
2001	29,43	18,30	25,33	35,13	19,72	17,33	25,87	31,26	38,68	34,63	38,68	45,45	29,17
2002	31,39	29,15	18,78	43,25	15,74	19,15	22,11	29,69	22,62	34,93	28,55	32,54	27,06
2003	23,24	14,20	21,60	47,39	19,66	23,80	21,25	37,25	39,73	34,96	38,43	19,61	28,15
2004	26,23	13,39	23,77	36,58	23,56	15,24	22,19	27,88	25,23	35,39	31,38	28,47	25,64
2005	22,65	20,91	25,82	21,65	19,56	18,99	20,47	31,95	35,92	29,12	20,02	30,79	25,14
2006	25,05	21,73	19,27	36,62	15,57	25,43	23,30	31,92	29,46	30,15	32,84	17,66	26,34
2007	18,45	10,00	16,30	24,46	17,36	15,88	16,77	28,98	27,06	25,76	29,90	42,00	21,49
2008	15,92	9,28	29,21	19,22	7,72	13,93	17,82	22,13	23,26	27,11	28,62	24,52	20,22
2009	21,24	15,96	28,18	28,83	23,00	17,29	15,19	25,38	30,08	26,18	24,25	24,59	21,94
2010	19,69	17,63	18,96	24,75	7,65	16,25	18,24	21,98	15,92	27,30	28,49	22,48	20,30
2011	20,62	12,59	23,15	27,58	20,98	14,41	15,71	27,26	22,66	26,53	32,82	20,41	21,29
2000-2011	23,70	16,87	23,39	32,09	18,32	18,13	20,03	29,13	28,14	30,77	30,58	30,49	24,66

Tabela 2.29. Razlogi prvih obiskov primarne in sekundarne zdravstvene mreže ter bolnišnične obravnave zaradi samomorilnega vedenja, starostna skupina 20-64 let, Slovenija, 2010

Duševne motnje (skupina)	Primarna raven			Sekundarna raven			Bolnišnične obravnave		
	Moški	Ženske	Skupaj	Moški	Ženske	Skupaj	Moški	Ženske	Skupaj
X60-X84 Namerno samopoškodovanje	531	321	852	208	230	438	164	121	285

VIR: IVZ, ZUBSTAT 2010, BOLOB 2010.

Na sekundarni ravni (zunaj bolnišnične in bolnišnične obravnave) smo v izračun vključili vse izvajalce in vse zdravstvene službe).

## 2.2.4 Stigma

Stigma in s tem socialna izključenost sta veliko breme za osebe z duševno motnjo in njihove svojce. Stigmatizacija ljudi z duševno motnjo je namreč ena od najbolj pomembnih ovir in težav, ki jo ti doživljajo in je ena od največjih ovir do duševnega zdravja. Zaradi stigmatizacije se lahko osebe v zdravstveno obravnavo vključijo pozneje, kar negativno učinkuje na zdravljenje, rehabilitacijo ter socialno reintegracijo. Tudi v Sloveniji je psihiatrična stroka v primerjavi z drugimi medicinskimi strokami pogosto stigmatizirana, posledica česar je težja dostopnost (oseba se pozneje odloči za zdravljenje, zaradi slabšega financiranja je psihiatrična zdravstvena obravnava manj dostopna ipd.).

Posledice stigmatizacije se kažejo na številnih področjih: izključevanje iz življenja v skupnosti, težave pri pridobivanju in ohranjanju stanovanja, težave pri zaposlovanju in ohranjanju zaposlitve, pomanjkanje dohodkov in prikrajšanost v družabnih stikih ter vključenosti v mreže v skupnosti. Stigmatizacija zmanjšuje dostop do obravnave in njeno kakovost, obravnava je v zdravstvenih in socialnih službah dokazano bolj površna in podvržena napakam bodisi zaradi zanikanja dejanskih



bolezni ali težav iskalcev pomoči ali njihovega podcenjevanja, bodisi zaradi strahu pred obravnavo te skupine. Zanesljivih podatkov o stanju na področju stigme za Slovenijo nimamo.

Stigma in s tem socialna izključenost sta veliko breme za osebe z duševno motnjo in njihove svojce. Stigmatizacija ljudi z duševno motnjo je namreč ena od najbolj pomembnih ovir in težav, ki jo ti doživljajo in je ena od največjih ovir do duševnega zdravja. Zaradi stigmatizacije se lahko osebe v zdravstveno obravnavo vključijo pozneje, kar negativno učinkuje na zdravljenje in rehabilitacijo. Tudi v Sloveniji je psihiatrična stroka v primerjavi z drugimi medicinskimi strokami pogosto stigmatizirana, posledica česar je težja dostopnost (oseba se pozneje odloči za zdravljenje, zaradi slabšega financiranja je psihiatrična zdravstvena obravnava manj dostopna ipd.).

Posledice stigmatizacije se kažejo na številnih področjih: izključevanje iz življenja v skupnosti, težave pri pridobivanju in ohranjanju stanovanja, težave pri zaposlovanju in ohranjanju zaposlitve, pomanjkanje dohodkov in prikrajšanost v družabnih stikih ter vključenosti v mreže v skupnosti. Stigmatizacija zmanjšuje dostop do obravnave in njeno kakovost, obravnava je v zdravstvenih in socialnih službah dokazano bolj površna in podvržena napakam bodisi zaradi zanikanja dejanskih bolezni ali težav iskalcev pomoči ali njihovega podcenjevanja, bodisi zaradi strahu pred obravnavo te skupine. Podatkov o stanju na področju stigme za Slovenijo nimamo.

V Republiki Sloveniji sta se izvajali vsaj dve pomembni mednarodni raziskavi na področju stigmatizacije (Mednarodna študija o diskriminaciji in posledicah stigmatizacije ljudi z diagnozo shizofrenija; v nadaljnjem besedilu: INDIGO) in projekt Antistigma (Anti-stigma Project European Network; v nadaljnjem besedilu: ASPEN). Prvi rezultati kažejo, da sta dejanska in pričakovana diskriminacija bolnikov s shizofrenijo prisotni v vseh sodelujočih 28 državah. Skupna stopnja diskriminacije v Sloveniji je primerljiva z vsemi drugimi državami. Nakazujejo se razlike v večji diskriminiranosti pri sklepanju/ohranjanju prijateljstev, ustvarjanju družine, nastanitvi, zaposlovanju, pridobivanju socialne pomoči/invalidske pokojnine in pri pridobivanju/ohranjanju vozniškega dovoljenja. Manj pa se počutijo diskriminirane pri izobraževanju, glede osebne varnosti in zaščitenosti, glede poroke/ločitve in glede možnosti za izvajanje starševskih nalog.

ASPEN projekt je izdelal priporočila za slovensko politiko na področju stigmatizacije pri duševnih motnjah v katerem je navedeno, da so možnosti za vključitev civilne družbe-predvsem uporabniških in skupin svojcev v načrtovanje na področju duševnega zdravja v Sloveniji, nezadostne. Pozivajo politiko naj prepozna uporabnike in svojce kot enakopravne partnerje pri odločanju o reformah in sprejme različnost njihovih mnenj in stališč kot prednost pri dogovarjanju. Slovensko vlado pozivajo naj definira načine kako bo dosegla zahteve člena 4. Konvencije o pravicah ljudmi z manjšimi zmožnostmi (CRPD) Združenih narodov, ki zahteva, da vlada tesno sodeluje in se posvetuje z osebami z težavami v duševnem zdravju v procesu sprejemanja zakonodajnih in političnih reform. Vladam se priporoča, da omogočijo pisni načrt in okvir sodelovanja s civilno družbo in, jo informirajo o predlogih na vse dostopne načine. Civilna družba naj ima možnost predlagati spremembe in ne le, se vključevati v predlagane rešitve. Uporabniki in svojci naj bodo vključeni v ocenjevanje reform, oblikujejo naj se skupna telesa in skupine za razvoj področja. Potrebno je vzpostaviti načine financiranja za enakopravno participacijo teh skupin.

## **2.2.5 Mreža izvajalcev, ki v Sloveniji izvajajo programe in storitve za duševno zdravje v okviru javne službe in obravnave v skupnosti**

Ustreznost razvitosti in dostopnosti služb na področju duševnega zdravja se opredeljuje z razpoložljivimi viri in loči tri stopnje – države z zadostnimi viri za promocijo in varovanje duševnega zdravja, države z okrnjenimi viri in države z malo viri za duševno zdravje. Evropske države so med tistimi z zadostnimi in tistimi z nekoliko okrnjenimi viri. Slovenija spada med visoko razvite države.

Zakon o socialnem varstvu (Uradni list RS, št. 3/07 - uradno prečiščeno besedilo, 61/10 – ZSVarPre, 62/10 - ZUPJS in 57/12) oseb s težavami v duševnem zdravju ne omenja. Omenjeni so le v dveh členih, ki urejata invalidski oz. družinski dodatek na podlagi omenjenega zakona. V pripravi je nov zakon o socialnovarstvenih dejavnostih.

Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013-2020 (Uradni list RS, št. 39/13) navaja osnovna načela za izvajanje sistema socialnega varstva ter vodila za izvajanje storitev in programov, ki veljajo tudi za področje duševnega zdravja.

Za aktivno populacijo skrbijo po Zakonu o varnosti in zdravju pri delu (Uradni list RS, št. 56/99, 22/01 in 46/01; v nadaljnjem besedilu: Zakon o varnosti in zdravju pri delu ) pooblašeni zdravniki, pooblašeni strokovni delavci, psihologi, kadrovske službe v podjetjih in ustanovah ter svetovalci za promocijo zdravja pri delu.

Obveznost vsakega delodajalca v Sloveniji po predpisih o varnosti in zdravju pri delu je izdelava in sprejetje izjave o varnosti. Najpomembnejši del izjave o varnosti je ocena tveganja. V slovenskem prostoru so ocene tveganja zelo neenotne. Razmeroma dobro so izdelane za tista tveganja, za obvladovanje katerih so sprejeti zakonski predpisi (ekološka tveganja in fiziološke obremenitve). Tveganja, ki so posledica slabih delovnih postopkov, slabe organizacije, neustreznih medsebojnih odnosov, neusklajenosti zahtev dela in zmožnosti delavcev, časovnih pritiskov in neustrezne usposobljenosti, pa niso dovolj jasno opredeljena.

V Tabeli 2.30 so navedeni posamezni izvajalci storitev in programov zdravstvenega in socialnega varstva.

Tabela 2. 30. Mreža izvajalcev, ki v Sloveniji izvajajo programe in storitve za duševno zdravje v okviru javne službe in obravnave v skupnosti, vključno z nevladnimi organizacijami (v nadaljnjem besedilu: NVO)

<b>Naziv službe</b>	<b>Regija</b>	<b>Vrste storitev</b>
Osnovno zdravstveno varstvo	Regionalna raven	Splošna preventiva, selektivna preventiva, indicirana preventiva, kurativa
Psihiatrična ambulantna dejavnost	Regionalna raven	Indicirana preventiva kurativa, rehabilitacija
Psihiatrična bolnišnična dejavnost	Regionalna raven	Indicirana preventiva kurativa, rehabilitacija
Medicina dela prometa in športa		Splošna preventiva, indicirana preventiva, selektivna preventiva Rehabilitacija
NIJZ in OE	Nacionalna in regionalna raven	Splošna preventiva, selektivna preventiva
Socialno varstveni zavodi	Nacionalna raven	Rehabilitacija, dolgotrajna oskrba
Nevladne organizacije	Regionalna raven	Splošna preventiva, indicirana preventiva, rehabilitacija, dolgotrajna oskrba
Zaposlitvena rehabilitacije	Regionalna raven	Rehabilitacija
CSD		Splošna preventiva, selektivna preventiva, indicirana preventiva, socialna reintegracija

### **2.2.5.1 Mreža izvajalcev programov in storitev promocije in preventive**

Dejavnosti promocije in varovanja duševnega zdravja aktivne populacije potekajo v zdravstvenem sistemu na primarni, sekundarni in terciarni ravni pa tudi v drugih okoljih – delovnih organizacijah, v lokalni skupnosti itd.

Za vse ukrepe varovanja zdravja in zagotavljanja varnosti aktivne populacije so izvajalci dokaj enakomerno razporejeni po vsej državi, kar pomeni, da jim je zagotovljena enakomerna dostopnost. Posebna pozornost se namenja promociji in varovanju duševnega zdravja aktivne populacije (osebe med 18. in 65. letom) v povezavi z delom, vendar ne smemo pozabiti tudi na brezposelne in osebe brez zaposlitve, zlasti v sedanjih gospodarskih razmerah.

Za zagotavljanje promocije in varovanja duševnega zdravja v delovnem okolju je treba posvetiti zadostno pozornost izdelavi ocene tveganj. Ta je prepogosto povezana le s preprečevanjem fizičnih poškodb in pojavljanjem nezgod. Vse preredko se povezuje s preprečevanjem pojavljanja stresa, zato je treba začeti sistematično razvijati varnostno kulturo, ki omogoča človeka vredno delovno okolje ter podpira, varuje in tudi pripomore k promociji njegovega duševnega zdravja.

Večina odraslih preživi na delu vsaj tretjino svojega življenja, zato je delovno okolje eno najpomembnejših življenjskih okolij. Ocenjuje se, da se zaradi ekonomskih posledic nevarnega in nezdravega delovnega okolja izgublja 3 do 5 odstotkov BDP. Težave z zdravjem pri delu vključujejo poškodbe, izpostavljenost hrupu in kemijskim tveganjem, slabe ergonomije delovnega mesta, negativne posledice stresa in trpinčenja v delovnem okolju. Vsestransko vlaganje v boljše delovne razmere vodi k boljšemu zdravju zaposlenih in s tem tudi k večji produktivnosti podjetij/organizacij/ustanov (Health 21, 2001).

Za promocijo in varovanje duševnega zdravja aktivnega prebivalstva v okviru svojih pristojnosti skrbi približno 140 specialistov medicine dela, prometa in športa, 25 psihologov oziroma specialistov klinične psihologije ter 60 svetovalcev za promocijo zdravja pri delu. Za brezposelne osebe in osebe v postopkih poklicne rehabilitacije deluje približno 5 pooblaščenih zdravnikov. Za izvajanje ukrepov varovanja zdravja in zagotavljanja varnosti po Zakonu o varosti in zdravju pri delu skrbi od 900 do 1.000 strokovnih delavcev – varostnih inženirjev. Približno 300 jih dela v službah za varnost in zdravje pri delu v delovnih organizacijah, podjetjih in ustanovah ter skrbijo za ukrepe varnosti in zdravja pri delu za svoje okolje. Drugi delajo v podjetjih z dovoljenjem za delo. Licenco jim podeljuje MDDSZ. Teh podjetij je od 340 do 350.

Programov promocije in preventive je izjemno veliko in so raznoliki. Opisovanje posameznega bi presevalo obstoječo zasnovo dokumenta, zato navajamo v Tabeli 2.31 samo vrste posameznih programov, ki jih za odraslo prebivalstvo izvajajo nevladne organizacije in vir, kjer so dostopne dodatne informacije o teh programih.

Tabela 2.31. Promocijske in preventivne dejavnosti, ki jih za odraslo prebivalstvo izvajajo Nevladne organizacije.

<b>Vrsta programa</b>	<b>Vir dodatnih informacij o programih</b>
P a p i l o t , z a v o d z a vzpodbujanje in razvijanje kvalitete življenja	A je kaj trden most
Ozara Slovenije- Nacionalno združenje za kakovost življenja	Mreža pisarn – Ljutomer, Črnomelj, Sevnica, Socialna mreža
Društvo Altra – odbor za novosti v duševnem zdravju	Svetovalnica Altra Ljubljana, Svetovalnica z elementi dnevnega centra Prevalje
Slovensko združenje za preprečevanje samomora	Svetovanje posameznikom in družinam v stiski
Humana, združenje svojcev pri skrbi za mentalno zdravje	Center za svetovanje, združenje in pomoč svojcem oseb s psihozo
Zaupni telefon Samarijan	Zaupni telefon za klic v duševni stiski
Društvo tvoj telefon	Klic v stiski
Društvo za pomoč ljudem v stiski, Zaupni telefon »Za – Te«	Svetovanje ljudem v stiski

Vir: MDDSZ

### **2.2.5.2 Mreža izvajalcev programov in storitev kurative, rehabilitacije in socialne reintegracije**

#### **2.2.5.2.1 Osnovno zdravstveno varstvo**

V okviru osnovnega zdravstvenega varstva se izvaja svetovanje, promocija zdravega življenjskega sloga in preventiva kroničnih nenalezljivih bolezni, kamor spadajo duševne motnje ter skrb za najpogostejše duševne motnje (stresne motnje, anksiozne motnje, depresije in somatoformne motnje), kot tudi glede nudenja nujne medicinske pomoči in napotitve na specialistične preglede in preiskave, napotitve na prostovoljno ali neprostovoljno zdravljenje v bolnišnico in drugo.

Storitve zdravstvene nege in zdravstvene vzgoje ter patronažna služba so pomembne pri zdravstvenih preventivnih in kurativnih dejavnostih (vzdrževalna terapija, aplikacija različnih zdravil).

Z dodatnim izobraževanjem na področju skupnostne obravnave so enakopravni člani tima za skupnostno obravnavo.

Specialisti družinske oziroma splošne medicine delujejo na primarni ravni in so zadolženi za izvajanje preventive in kurative. Razporeditev je regionalna.

V Sloveniji je leta 2010 delovalo (skupaj s specializanti) (IVZ):

- 376 specialistov družinske medicine,
- 531 specialistov splošne medicine.

Število prvih obiskov primarne zdravstvene mreže zaradi duševnih motenj za leto 2009 je v Tabeli 2.34.

#### **2.2.5.2.2 Ambulantna psihiatrična dejavnost**

Psihiatrične ambulante so z dispanzersko metodo dela že v preteklosti skušale povečati dostopnost storitev in povečati kontinuiteto zdravljenja.

Sestavni del mreže izvajalcev za duševno zdravje so tudi ambulante psihiatrov s koncesijo, ki so zadolžene za oskrbo prebivalstva v določeni regiji.

Psihiater, ki deluje v ambulanti, je lahko član tima za skupnostno obravnavo. Število specialistov psihiatrov prikazujeta Tabela 2.32 in Tabela 2.33

Tabela 2.32. Razlogi prvih obiskov in število zdravnikov v psihiatrični specialistični ambulanti dejavnosti glede na pravni in organizacijski status izvajalcev, Slovenija, 2010

	Število obiskov	Število zdravnikov
Psihiatrične bolnišnice	23009	146 (zdravniki izvajajo bolnišnično in ambulantno obravnavo)
Druge bolnišnice	665	3
Zdravstveni domovi	14581	49
Zasebni izvajalci	24916	53

Vir: IVZ, ZUBSTAT 2010, BPI 2011.

Tabela 2.35. Število zdravnikov psihiatrov (specialistov in specializantov) ter število zdravnikov psihiatrov (specialistov in specializantov) na 1000 prebivalcev (v vseh izbranih službah), statistične regije, 2011

Statistične regije	Število	na 1000 preb.
Gorenjska	20	0,10
Goriška	23	0,19
Jugovzhodna Slovenija	6	0,04
Koroška	2	0,03
Notranjsko - kraška	3	0,06
Obalno - kraška	8	0,07
Osrednjeslovenska	77	0,14
Podravska	38	0,12
Pomurska	5	0,04
Savinjska	22	0,08
Spodnjeposavska	4	0,06
Zasavska	2	0,05
Skupaj	210	0,10

Vir: Evidenca gibanja zdravstvenih delavcev in mreža zdravstvenih zavodov - BPI (IVZ,16) SURS, BPI - zaposlitve v izbranih službah, september 2011

[http://pxweb.stat.si/pxweb/Dialog/varval.asp?ma=05C2001S&ti=&path=../Database/Dem\\_soc/05\\_prebivalstvo/10\\_stevilo\\_preb/10\\_05C20\\_prebivalstvo\\_stat\\_regije/&lang=2](http://pxweb.stat.si/pxweb/Dialog/varval.asp?ma=05C2001S&ti=&path=../Database/Dem_soc/05_prebivalstvo/10_stevilo_preb/10_05C20_prebivalstvo_stat_regije/&lang=2)

Opomba: prikazani so vsi specialisti in specializanti, ne glede na to, ali delajo v ambulantah ali bolnišnicah.

Psihiatrično ambulantno dejavnost zagotavljajo vse psihiatrične bolnišnice. Psihiatrične storitve, ki so bile organizirane v obliki psihiatričnih dispanzerjev ali centrov za mentalno higieno v okviru zdravstvene mreže na primarni ravni so zaradi pomanjkanja kadrov in sprememb v organizaciji zdravstvene skrbi marsikje razpade, zato ne morejo več v popolnosti izvajati svoje dejavnosti. Psihiatrične ambulante, ki imajo koncesijo, so izrazito neenakomerno razporejene in večinoma dostopne le v večjih mestih.

Tabela 2.34. Število prvih obiskov zaradi duševnih motenj na primarni in sekundarni ravni na 1000 prebivalcev za starostno skupino 20-64 let, za oba spola skupaj.

Statistične regije	Število obiskov	Primarna raven	Sekundarna raven	
		Število obiskov na 1000 prebivalcev	Število obiskov	Število obiskov na 1000 prebivalcev
Pomurska	5098	66,43	2003	26,10
Podravska	9506	45,51	9602	45,97
Koroška	2975	63,68	8	0,17
Savinjska	9360	55,94	5338	31,90
Zasavska	2837	99,03	643	22,44
Spodnjeposavska	2228	49,63	1449	32,28
Jugovzhodna Slovenija	6978	76,86	1714	18,88
Osrednjeslovenska	27144	79,21	14262	41,62
Gorenjska	8661	67,74	3780	29,56
Notranjsko-kraška	4226	126,43	918	27,46
Goriška	5653	74,96	2908	38,56
Obalno-kraška	5166	70,44	3706	50,53
<b>Skupaj</b>	<b>89832</b>	<b>68,22</b>	<b>46331</b>	<b>35,19</b>

Vir: IVZ, ZUBSTAT 2010.

Podatki takratnega Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije za obdobje 2003 do 2009 kažejo, da je bilo v specialistični psihiatrični ambulantni dejavnosti na leto približno enako število obiskov.

Število prvih obiskov ni enako številu oseb, saj je po zaključenem zdravljenju lahko ista oseba v enem letu zopet prvič obravnavana (bodisi zaradi iste ali druge diagnoze) v naslednjem letu. Zajem podatkov vsebuje samo diagnozo za prvi stik v koledarskem letu. Zato ne vemo, kolikšno je število ponovnih pregledov oziroma povprečno število pregledov na posameznega bolnika. Podatki, ki jih zbira Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZZS) nam pokažejo razmerje med prvimi in ponovnimi pregledi. Žal so podatki na voljo le za leto 2012 (Tabela 2.36).

Tabela 2.35. Število prvih pregledov za starostno skupino 19+ v psihiatričnih ambulantah pri vseh izvajalcih dejavnosti (zdravstveni domovi, bolnišnice, koncesionarji), statistične regije, 2012

Regija	Zdravstveni dom	Bolnišnica	Koncesionar	Skupaj
Pomurska	883	0	2.962	3.845
Podravska	3.360	9.593	6.434	19.387
Koroška	1.502	389	0	1.891
Savinjska	3.050	3.377	1.090	7.517
Zasavska	2.440	0	0	2.440
Spodnjeposavska	3.222	0	0	3.222
Jugovzhodna Slovenija	484	1.091	1.842	3.417
Osrednjeslovenska	2.259	13.984	8.825	25.068
Gorenjska	0	1.320	2.194	3514
Notranjsko - kraška	0	0	715	715
Goriška	696	2.354	2.354	5.606
Obalno-kraška	2.199	0	4.050	6.249
<b>Skupaj</b>	<b>20.095</b>	<b>32.108</b>	<b>30.466</b>	<b>82.871</b>

Vir: ZZZS

Tabela 2. 36. Število ponovnih pregledov v psihiatričnih ambulantah za starostno skupino 19+ pri vseh izvajalcih dejavnosti (zdravstveni domovi, bolnišnice, koncesionari), statistične regije, 2012

Regija	Zdravstveni dom	Bolnišnica	Koncesionar	Skupaj
Pomurska	2.480	0	7.323	9.803
Podravska	5.878	12.362	14.866	33.106
Koroška	2.465	1.022	0	3.487
Savinjska	5.156	7.260	1.744	14.160
Zasavska	3.917	0	0	3.917
Spodnjeposavska	7.628	0	0	7.628
Jugovzhodna Slovenija	1.244	3.010	3.046	7.300
Osrednjeslovenska	7.174	44.391	38.813	90.378
Gorenjska	0	9.042	3.366	12408
Notranjsko - kraška	0	0	1.864	1.864
Goriška	997	4.025	5.675	10.697
Obalno-kraška	4.428	0	7.262	11.690
Skupaj	41.367	81.112	83.959	206.438

Vir: ZZZS

Iz obstoječega stanja je razvidno, da prihaja do velikih regionalnih razlik tudi zaradi neenakomerne razporeditve zdravstvenih zavodov, ambulant in specialistov psihiatrov. V primeru posodobljenja mreže, v kateri bi okrepili obstoječe in ustanovili nove mentalno-higienske oddelke oziroma centre za duševno zdravje pri zdravstvenih domovih ter dopolnili mrežo dnevnih oddelkov psihiatričnih bolnišnic, bi bila dostopnost do psihiatričnih storitev veliko bolj enakopravna za vse prebivalce Republike Slovenije.

Specialisti klinične psihologije izvajajo na pripadajočem območju večino diagnostike, psiholoških svetovanj in psihoterapevtskih obravnav. Izvajajo tudi promocijo in preventivo. Psihološke službe so bistveno manj stigmatizirane kot psihiatrične, zato je njihova povezava z drugimi službami zelo pomembna tudi pri obravnavi blažjih duševnih motenj in tistih, ki se pojavljajo v začetni obliki (npr. pri otrocih in mladostnikih). Specialist klinične psihologije je lahko član tima za skupnostno obravnavo. O številu delujočih psihologov z in brez specializacije na področju duševnega zdravja nimamo natančnih podatkov.

### 2.2.5.2.3 Psihiatrična bolnišnična dejavnost

Akutna bolnišnična zdravstvena obravnava je nujna oblika obravnave in je namenjena diagnostiki, uvedbi medikamentoznega in nemedikamentoznega zdravljenja in v nekaterih primerih tudi zagotavljanju varnosti za osebo z duševno motnjo. Število akutnih bolnišničnih postelj in dolžina hospitalizacije sta odvisna od delovanja in učinkovitosti drugih (skupnostnih) služb (Thornicroft in Tansella, 2003). Število oskrbnih dni in ležalne dobe v bolnišnicah je mogoče zmanjševati z zagotavljanjem drugih oblik oskrbe.

V Republiki Sloveniji deluje pet psihiatričnih bolnišnic in Psihiatrični oddelek Univerzitetnega kliničnega centra Maribor. Bolnišnice so razporejene tako, da imajo prebivalci Koroške, Dolenjske in Pomurja manjšo dostopnost kot preostali prebivalci. Število postelj znaša 8,46 postelje na 10.000 prebivalcev (SZO Mental Health Atlas, 2005). Po številu bolnišničnih postelj sicer dosegamo evropsko povprečje, vendar ni možnosti zmanjševanja, saj so v to število vključene tudi postelje za zdravstveno obravnavo bolezni odvisnosti in postelje za geriatrične paciente, ki zavzemajo skoraj polovico zmogljivosti. Torej je v zadnjih letih že prišlo do dodatne notranje diferenciacije glede na potrebe prebivalstva. Za osebe s shizofrenijo, bipolarno motnjo razpoloženja, depresijo in nekaterimi drugimi duševnimi motnjami se je število postelj zmanjšalo.

Težave so tudi zaradi enodnevnih ali celo krajših hospitalizacij oseb v akutnem alkoholnem opoju. Zanje še nismo naredili strokovnih smernic obravnave.

V Tabeli 2.40, Tabeli 2.41 in Tabeli 2.42 so podatki o uporabi bolnišničnih storitev.

Tabela 2.37. Število bolnišničnih obravnav v posameznih psihiatričnih bolnišnicah, starostna skupina od 20 do 64 let statistične regije, 2010.

Regije	PB Begunje	PB Ormož	UKC Maribor	PB Idrija	PK Ljubljana	PB Vojnik
Tujina	5	8	5	12	46	10
Pomurska	2	395	59	1	18	2
Podravska	5	386	773	2	52	26
Koroška	4	5	154	1	19	21
Savinjska	6	15	45	2	83	788
Zasavska	3	4	2	5	171	45
Spodnjeposavska	5	9	2	1	74	88
Jugovzhodna Slovenija	4	2	1	6	404	19
Osrednjeslovenska	94	18	7	45	1831	9
Gorenjska	820	0	2	30	92	1
Notranjsko - kraška	1	0	0	145	73	0
Goriška	3	0	0	504	48	1
Obalno - kraška	7	2	2	414	86	0
Skupaj	959	844	1052	1168	2997	1010

Vir: IVZ, BOLOB 2010.

Tabela 2.38. Število bolnišničnih obravnav v psihiatričnih bolnišnicah na 1000 prebivalcev, starostna skupina 20-64 let, za oba spola skupaj, statistične regije, v 2010.

Statistične regije	Število obravnav	Število obravnav na 1000 prebivalcev
Pomurska	477	6,22
Podravska	1244	5,96
Koroška	204	4,37
Savinjska	939	5,61
Zasavska	230	8,03
Spodnjeposavska	179	3,99
Jugovzhodna Slovenija	436	4,80
Osrednjeslovenska	2004	5,85
Gorenjska	945	7,39
Notranjsko-kraška	219	6,55
Goriška	556	7,37
Obalno-kraška	511	6,97
<b>Skupaj</b>	<b>7944</b>	<b>6,03</b>

Vir: BOLOB, 2010.



Tabela 2.39. Število bolnišničnih obravnav zaradi duševnih motenj, oba spola skupaj, Tabela 36. Število bolnišničnih obravnav za starostno skupino od 20 do 64 let za leto 2010 in število dni bolnišničnih obravnav za isto skupino, prikazujemo podatke z oba spola skupaj.

	20-64 let	
	Število obravnav	Število dni
4131 PB Begunje	959	33423
6001 UKC Ljubljana	0	0
7531 PB Ormož	844	38085
8051 UKC Maribor	1052	38248
10715 PB Idrija	1168	78140
11526 PK Ljubljana	2997	147010
19290 PB Vojnik	1010	43249
Skupaj	8030	378155

Vir: IVZ, BOLOB 2010.

Obstojećih kapacitet v Sloveniji ni mogoče krčiti, ker bolnišnice takšne kot so, že zagotavljajo tisti nujni del bolnišnične oskrbe za osebe z duševnimi motnjami, ki jo le-te potrebujejo. Ležalna doba že nekaj let ostaja relativno dolga (42-48 dni), kar je več kot v Evropi. Relativno dolga ležalna doba kaže, da bolniki ostajajo v bolnišnici tudi takrat, ko se zdravstveno stanje zadostno stabilizira. Vzroki za nekatere hospitalizacije so pomanjkanje skupnostnih oblik obravnave, nezadostno ali premalo dostopno ambulantno zdravljenje, slab dostop do namestitvenih kapacitet (zavodi, stanovanjske skupine, domovi za starejše) in dejstvo, da se pri nas ljudje zatekajo v bolnišnice tudi zaradi duševnih stisk in motenj, ki so posledice težavnih socialnih in družinskih razmer. Na te pa lahko vplivamo le z učinkovitimi preventivnimi programi.

Sodobna bolnišnična zdravstvena obravnava duševnih motenj pomeni sorazmerno kratek, vendar ključen del pomoči pri osebah, ki imajo resne in pogosto tudi ponavljajoče se duševne motnje (shizofrenijo, bipolarno motnjo razpoloženja, depresivno motnjo in druge duševne motnje). Psihiatrične bolnišnice ohranjajo vlogo polivalentnih, odprtih, humanih centrov za čim krajšo zdravstveno obravnavo najtežjih akutnih bolezni za širše gravitacijsko območje.

Dnevne bolnišnice so organizirane v vseh psihiatričnih bolnišnicah.

Specializirane službe za motnje hranjenja, dvojne diagnoze, rezistentne čustvene motnje so organizirane na Psihiatrični kliniki Ljubljana (npr. motnje hranjenja, dvojne diagnoze, forenzična psihiatrija), nekaterih porodnišnicah (psihološka podpora za ženske v obporodnem obdobju) in v nekaterih dispanzerjih. Specializirane službe so lahko organizirane kot ambulante ali pa kot dnevni oziroma celodnevni bolnišnični oddelki.

Število psihiatrov in drugih kadrov je v trenutnih bazah podatkov zabeleženo skupaj tako za ambulantno kot tudi za bolnišnično zdravstveno dejavnost. Večina bolnišničnih psihiatrov izvaja tudi ambulantno dejavnost, zato je praktično brez dodatnih raziskav nemogoče ugotoviti dejansko število enih in drugih.

Alternative sprejemu v bolnišnico so zdravstvena obravnava na domu, skupine za krizne oziroma nujne posege in akutni dnevni oddelki bolnišnic.

Samo Psihiatrična klinika Ljubljana ima letno približno 500 primerov obravnav, ki niso nikjer zavedene kot storitve, saj gre za bolnike, ki so večinoma intoksicirani (alkohol in druge

psihoaktivne snovi) in zgolj prenočijo v bolnišnici. Ti bolniki niso v kvoti hospitalizacij, niso kvoti ambulantnih pregledov in dnevnih oddelkov.

Zagotavljanje nepretrgane obravnave in nudenje pomoči v nujnih stanjih v skupnosti, kadar zdravniki v OZV to potrebujejo, so alternativa sprejemu v bolnišnico. Pomembna je 24 urna konziliarno liazonska psihiatrična služba, ki jo uporabijo tudi zdravniki nujne medicinske pomoči, drugi specialisti in centri za socialno delo.

Forenzična psihiatrija je stroka, ki je nekakšna vez med zdravstvom in pravosodjem. Zdravstvo namreč skrbi za posameznika in ga varuje pred škodljivimi vplivi družbe, pravosodje pa skrbi za družbo in jo varuje pred škodljivim ravnanjem posameznika. Iz te dvojne vloge forenzične psihiatrije izvirajo načelna nasprotja glede umestitve takega oddelka. Nekateri strokovnjaki namreč menijo, da bi moral biti forenzično psihiatrični oddelk umeščen v krog zapora, drugi pa, da bi moral delovati v okviru psihiatrije. Prevladalo je mnenje psihiatrične stroke, da je forenzična psihiatrija vendarle del psihiatrije in mora biti torej umeščena v krog psihiatrične bolnišnice.

Dogovori o ustanovitvi forenzično psihiatričnega oddelka so imeli dolgo zgodovino. Čeprav je do leta 1998 deloval Oddelek za forenzično in socialno psihiatrijo v Centru za mentalno zdravje Psihiatrične klinike Ljubljana, ta ni več ustrezal zahtevam sodobne forenzične psihiatrije. Bil je namreč odprt in ni zmožal zadostiti vsem zahtevam po varnem zdravljenju forenzično psihiatričnih pacientov. Zato so že od leta 1994 potekali dogovori z obema ministrstvoma (za zdravje in pravosodje) o ustanovitvi takega oddelka. Dogovori so potekali z različno dinamiko. V letu 2011 je bila v UKC Maribor v okviru Oddelka za psihiatrijo odprta posebna Enota za forenzično psihiatrijo. V istem letu se je število oseb napotenih na tovrstno zdravljenje več kot podvojilo, zato so že v letu 2012 bile zapolnjene vse zmogljivosti (skupaj 30 postelj). V letu 2013 je število narastlo že na 48 forenzičnih psihiatričnih pacientov, zato je predvidena širitev dejavnost tudi v drugo etažo, kjer so prostori za dodatnih 36 postelj za forenzične psihiatrične paciente.

Izvrševanje varnostnega ukrepa obveznega psihiatričnega zdravljenja na prostosti v psihiatričnih ambulantah oseb z duševno motnjo poteka po regionalnem načelu. V prihodnjih letih bo oblikovan poseben program za obravnavo forenzičnih psihiatričnih bolnikov po odpustu iz zdravstvenega zavoda, s katerim se bodo te osebe ponovno vključene v družbo (resocializacija).

#### **2.2.5.2.4 Skupnostna psihiatrična obravnava**

V Sloveniji je z ZDZdr vzpostavljena pravna podlaga za nadaljnji razvoj obravnave v skupnosti in sicer v dveh oblikah – nadzorovana obravnava in obravnava v skupnosti.

Sodobna organizacija služb za duševno zdravje združuje skupnostne in bolnišnične oblike obravnave. Skupnostna skrb pomeni, da so službe blizu uporabnikovemu domu. Skupnostna obravnava je organizacija služb za duševno zdravje, ki zagotavlja učinkovito obravnavo oseb z duševnimi motnjami za določeno skupino prebivalstva v skladu z njihovimi potrebami (Thornicroft in Tansella, 1999). Gre torej za organizacijo in mrežo služb, ki omogočajo osebam z duševnimi motnjami nepretrgano zdravstveno obravnavo, nastanitev, zaposlitev ter socialno podporo in vključitev v družbo. Skupnostne službe opravljajo delo na podlagi ocenjenih potreb po zdravljenju tako, da se poveže vrsta virov pomoči, ki delujejo na dostopnih krajih. Uporabljajo z raziskavami dokazane uspešne načine zdravljenja in obravnave ter z dobro prakso dokazano uspešne pristope pri obravnavi oseb z duševnimi motnjami. Skupnostna obravnava vključuje zdravstvene, socialne in nevladne službe, zdravstveno nego in zdravstveno vzgojo ter formalne in neformalne mreže (Thornicroft in Szmukler, 2005).

Mednarodne smernice in EU glede organizacije služb za duševno zdravje predlagajo vladam, da organizirajo psihiatrične službe skupnostno, kar pomeni, da naj na definiranih regionalnih območjih povežejo obstoječe oblike pomoči v okviru zdravstvenih, socialnih in nevladnih služb. V to organizacijo naj bodo čim bolj neposredno vključeni tudi bolniki in njihovi svojci ki naj sodelujejo pri

načrtovanju, ustanavljanju in pri nadzoru nad njihovim delovanjem. Konvencija o pravicah invalidov (CRPD, 2012) zahteva, da se ljudem z različnimi manjšimi zmožnostmi, tudi tistim, ki imajo duševne motnje, zagotovi obravnava čim bližje njihovega doma in da se preprečuje institucionalizacije. Temelj kakovostne dostopne in vsestranske psihiatrične obravnave za ljudi z duševnimi motnjami, ki omogoča boljši dostop do pomoči in povečuje možnosti za obravnavo v naravnem okolju, so skupnostne psihiatrične delovne skupine (v angleščini CMHT-Community Mental Health Team; v nadaljnjem besedilu: ST), ki so sestavljene iz psihiatra, psihologa, socialnega delavca, medicinskih sester in delovnih terapevtov. Te skupine delujejo na področjih s 50 000 do 100 000 prebivalcev in odgovarjajo na potrebe po zdravljenju pacientov s kroničnimi duševnimi motnjami in na potrebe drugih posameznikov, ki imajo hude duševne motnje in potrebujejo takojšnjo psihiatrično oskrbo. Večinoma se ukvarjajo torej s kroničnimi psihiatričnimi bolniki na način spremljanja in zdravljenja na njihovem domu, hkrati pa obvladujejo tudi krizne situacije in asistirajo osnovnemu zdravstvenemu varstvu pri njihovem delu z ogroženimi bolniki. ST so temeljna celica za razvoj skupnostnih psihiatričnih služb (Thornicroft & Tansella, 2004). ST lahko pomembno znižajo indeks samomorilnosti (Sholman et al., 2007, While et al., 2012), posebej v depriviranih okoljih.

S ST lahko izboljšamo dostop do pravočasne psihiatrične obravnave, preprečujemo ponovitve bolezni in ponovne hospitalizacije, izboljšamo sodelovanje pri zdravljenju in bolje odgovorimo na potrebe pacientov. Njihova glavna prednost sta boljša nepretrganost obravnave in prilagodljivost. Paciente spremlja nepretrgano isto osebje, tudi v kriznih situacijah. Ker lahko ST opravlja svoje naloge na domu, na delovnem mestu ali v drugih nevtralnih okoljih je možnost za preprečevanje ponovitev bolezni zelo velika. ST so fleksibilni in lahko spreminjajo intenzivnost obravnave glede na pacientove potrebe. Številni bolniki vidijo prednost v pogostejših in intenzivnejših stikih v primeru poslabšanj duševne motnje (Thornicroft & Tansella, 2003), ob čemer lahko ST vzpostavi kontakt in spremlja tudi paciente, ki še niso bili v psihiatrični obravnavi in jih osebje na primarni ravni identificira kot ogrožene.

Z ST izboljšamo zadovoljnost bolnikov, znižamo stroške bolnišničnih psihiatričnih obravnav in dolgoročno zmanjšamo število sprejemov oseb z duševnimi motnjami v zavode (While et al., 2012). Zmanjšamo lahko stigmatizacijo duševno bolnih, izboljšamo znanje o duševnih motnjah ter njihovem preprečevanju in zdravljenju pri osebju v osnovnem zdravstvenem varstvu, socialnih službah in v javnosti, izboljšamo zadovoljnost pacientov in svojcev s psihiatrično oskrbo. Lahko dosežemo boljše varovanje pravic ljudi z psihiatričnimi motnjami v skupnosti (Thornicroft et al., 2010).

V večini držav evropske regije se zaradi velike pogostosti duševnih motenj skuša službe za duševno zdravje integrirati v osnovno zdravstveno varstvo, vendar v različni meri. Najboljši način, da se obravnava približa pacientom je integracija zdravljenja in preventive na osnovno raven zdravstvenega in socialnega varstva in izboljšanje kakovosti dela na tej ravni. To je mogoče doseči z zadostnim številom osebja na ravni primarnega zdravstvenega varstva, s podporo specialističnih služb in s povezovanjem z drugimi izvajalci na osnovni ravni (npr. socialnimi službami in nevladnimi organizacijami) (WHO, 2005). Klinične izkušnje in raziskovalni dokazi so pokazali, da je implementacija skupnostnih služb uspešna, če se upošteva vzpostavljanje ravnovesja med institucionalnimi in skupnostnimi oblikami obravnave.

Raziskovanje je pokazalo, da je dostopnost skrbi za duševno zdravje v Evropi zelo različna. V številnih državah je ovira nezadosten obseg in kakovost obravnave v OZV, kar pa za Slovenijo ne drži. Pregled RCT (randomiziranih raziskav) glede skupnostne obravnave na osnovni ravni zdravstvenega varstva kaže, da so te službe uspešne pri zmanjševanju sprejemov v bolnišnice in da izboljšajo zadovoljnost pacientov (Semrau et al. 2011). Skupnostne delovne skupine se najpogosteje organizirajo na območjih s 50.000 do 80.000 prebivalcev (Thornicroft in Tansella, 2007).

V Sloveniji načrtovani program skupnostne psihiatrične obravnave na osnovni ravni zdravstvenega varstva predvideva organizacijo timov na območju s 50.000 -100.000 prebivalcev.

V Republiki Sloveniji se skupnostna psihiatrija izvaja v vseh psihiatričnih bolnišnicah. Bolnišnični psihiatrični timi delajo po specifični metodi za skupnostno obravnavo (Assertive Community Treatment; v nadaljnjem besedilu: ACT), v skladu s katero spremljajo paciente s hudimi in kombiniranimi psihotičnimi motnjami po odpustu iz bolnišnice in spremljajo njihovo stanje ter zagotavljajo pravočasno zdravljenje. Vsi ACT timi so dosegli pomembno zmanjšanje števila hospitalizacij. Ti timi pa ne delujejo po regionalnem principu, zato lahko zajamejo samo omejeno število hospitaliziranih pacientov in tudi ne morejo intervenirati v skupnosti v primeru (npr. suicidalnih) kriz. Generični ST lahko zajamejo večje število pacientov, to naredijo na cenovno učinkovitejši način in zaradi povezave z lokalno skupnostjo in službami bistveno izboljšajo dostop do pomoči. Kronični pacienti, ki jih vodijo bolnišnični timi praviloma v okolju bolnišnic, naj imajo še vnaprej dostop do te oblike vodenja, ki zahteva 24 urno dostopnost 7 ur tedensko.

Že bolnišnični skupnostni timi so dokazali bistveno zmanjšanje hospitalizacij pri bolnikih, ki jih vodijo, in s tem tudi prihranke pri najdražji bolnišnični obravnavi. Z organizacijo timov po regionalnem principu bi tovrstne prihranke lahko še bistveno povečali. Število skupnostno vodenih pacientov bi naraslo v nekaj letih vsaj še za 200 v vsaki regiji. Prevalenca hudih duševnih motenj je po podatkih SZO 4-6,8 odstotkov prebivalstva (Kessler et al., 2009). Ker se bodo timi osredotočili v prvi fazi razvoja le na osebe s psihotičnimi motnjami, ki imajo težak in kroničen potek ter na samomorilno rizične posameznike je obseg obravnave v regiji z 50 000 prebivalcev predvidoma dodatnih 200-300 pacientov, v 15 regijah več kot 3 000 pacientov. S to številko bi lahko že pomembno vplivali na nekatere javno zdravstvene kazalce, kot je na primer indeks samomorilnosti. Pomembno bi lahko zmanjšali tudi število hospitalizacij.

#### 2.2.5.2.5 Socialno varstveni zavodi in druge oblike organiziranega bivanja

Zdravstveni in socialni zavodi ter bivalne skupine predstavljajo dolgotrajno oskrbo za osebe s kroničnimi težavami v duševnem zdravju. Reorganizacija posebnih socialnih zavodov v Sloveniji poteka v smer uveljavljanja manj institucionaliziranega bivanja. Glede na priporočila, da se oskrba izvaja v čim večji bližini domačega okolja, podpiramo programe razvoja mreže bivanjskih možnosti z različnimi stopnjami podpore za osebe z duševnimi motnjami.

Podatki o številu oseb, ki bivajo v posebnih socialnovarstvenih zavodih za leto 2011 so v Tabeli 2.40 in število oseb, ki bivajo v kombiniranih socialno varstvenih zavodih za leto 2011 v Tabeli 2.41.

Tabela 2.40. Število oseb, ki bivajo v posebnih socialno varstvenih zavodih (v število so vključene: osebe s težavami v duševnem zdravju, osebe z motnjami v duševnem razvoju in osebe z več motnjami), po posameznem izvajalcu storitve, oba spola skupaj, starostna skupina 18-64 let, Slovenija, 2011.

Posebni socialnovarstveni zavodi	Število oseb, ki biva v posameznem zavodu
PSVZ Hrastovec	706
PSVZ Lukavci	309
PSVZ Dom Nine Pokorn Grmovje	240
PSVZ Dutovlje	171

Tabela 2.41. Število oseb, ki bivajo v kombiniranih socialno varstvenih zavodih (v število so vključene: osebe s težavami v duševnem zdravju, osebe z motnjami v duševnem razvoju in osebe z več motnjami.), po posameznem izvajalcu storitve, oba spola skupaj, starostna skupina 18-64 let, Slovenija, 2011.

Kombinirani socialnovarstveni zavodi	Število oseb, ki biva v posameznem zavodu
DUIN oskrbovancev Impoljca Sevnica	292
DU Podbrdo – enota Tolmin	90
Dom Danice Vogrinc Maribor	195

### 2.2.5.2.6 Nevladne organizacije na področju duševnega zdravja

Aktivnosti, ki jih izvajajo dnevni centri in svetovalno informativne pisarne spadajo po definiciji "Opisa in vrednotenja služb v Evropi za dolgotrajno oskrbo" (Description and Evaluation of Services and Directories in Europe for Long-Term Care; v nadaljnjem besedilu: eDESDE-LTC) med storitve dolgotrajne oskrbe. Med storitve informiranja sodijo tudi telefonsko in internetno svetovanje, informativne zloženke in podobno. Dnevni centri ter svetovalno informativne pisarne izvajajo pomembno promocijsko in preventivno dejavnost.

Nevladne organizacije so v devetdesetih letih vpeljale skupnostno skrb na področju duševnega zdravja in imele pri tem podporo redkih posameznikov psihiatrične, pravne in humanistične stroke. Ker ni bilo ustreznih pravnih podlag za umestitev njihovih prizadevanj v mrežo služb, so skupnostno skrb pričele sprva uvajati prek razvojno-eksperimentalnih programov, ki so jih sofinancirali MDDSZ, občine, Fundacija za financiranje invalidskih in humanitarnih organizacij (v nadaljnjem besedilu: FIHO) ter drugi sofinancerji.

Programi Stanovanjskih skupin, Dnevni centrov ter Svetovalno-informativnih pisarn dvajset let kasneje pridobijo status javnih socialno varstvenih programov. S storitvami, ki jih izvajajo visoko usposobljeni strokovnjaki nudijo pomoč osebam s težavami v duševnem zdravju in njihovim svojcem (Tabela 2.42).

Tabela 2.42. Uporabniki in zmogljivosti v programih duševnega zdravja

Izvajalec	Program	Število							
		vseh uporabnikov	uporabnikov glavnega programa	uporabnikov v podprogramih	uporabnikov pod 18 let	uporabnikov na mesec (povprečno)*	ur vključenosti na mesec (povprečno)*	sob	postelj
<b>SVETOVALNE IN INFORMATIVNE PISARNE</b>									
Društvo Altra - Odbor za novosti v duševnem zdravju	Svetovalnica z elementi dnevnega centra	104	104	0	0	23,67	67,59	0	0
Društvo Altra - Odbor za novosti v duševnem zdravju	Svetovalnica Altra	302	302	0	2	84	5,66	0	0
OZARA Slovenija, Nacionalno združenje za kakovost življenja	Mreža pisarn za informiranje in svetovanje	1.096	990	106	9	474,82	7,78	0	0
Zavod PIP	Zagovorništvo za starejše osebe in za osebe s težavami v duševnem zdravju	449	449	0	3	73,80	2,50	0	0
Slovensko združenje za preprečevanje samomora - Center za	Svetovanje posameznikom in družinam v stiski	688	551	137	1	130,83	1,20	0	0

Izvajalec	Program	Število							
		vseh uporabnikov	uporabnikov glavnega programa	uporabnikov v podprogramih	uporabnikov pod 18 let	uporabnikov na mesec (povprečno)*	ur vključenosti na mesec (povprečno)*	sob	postelj
psihološko svetovanje-Posvet									
Inštitut za socialno psihiatrijo in psihotravmatologijo (ISPP)	Pomoč pri premagovanju depresije in preprečevanju samomorilnega vedenja	75	27	48	0	14,67	6	0	0
<b>DNEVNI CENTRI</b>									
OZARA Slovenija, Nacionalno združenje za kakovost življenja	Mreža dnevnihi centrov	431	279	152	0	153,75	68,46	0	0
ŠENT slovensko združenje za duševno zdravje	Mreža dnevnihi centrov	1.301	1.301	0	0	501	18,70	0	0
Društvo za duševno zdravje in kreativno preživljanje prostega časa »Vezi« Sežana	Mreža dnevnihi centrov	175	68	107	0	54,33	99,16	0	0
ŠENT slovensko združenje za duševno zdravje	Dopolnilna mreža dnevnihi centrov	216	216	0	0	102,83	23,57	0	0
Društvo Altra - Odbor za novosti v duševnem zdravju	Dnevni center Ljubljana	286	286	0	0	143,83	27,81	0	0
CSD Koper	Dnevni delovno terapevtski center Barčica	33	33	0	0	29,66	168	0	0
Novi Paradoks, Slovensko društvo za kakovost življenja	Mreža dnevnihi centrov Novi Paradoks	90	90	0	0	41,83	88,75	0	0
Društvo za pomoč in samopomoč Želva - Eureka Žalec	Dnevni center za ljudi s težavami v duševnem zdravju "Eureka"	48	48	0	0	19,83	10	0	0
ŠENT slovensko združenje za duševno zdravje	Dnevni center Škofja Loka	38	38	0	0	19,50	17,34	0	0
ŠENT slovensko združenje za duševno zdravje	Središče za psihosocialno rehabilitacijo Metlika	11	11	0	0	8,33	32,50	0	0
ŠENT slovensko združenje za duševno zdravje	Središče za psihosocialno rehabilitacijo Postojna	55	55	0	3	14,67	30,87	0	0
ŠENT slovensko združenje za duševno zdravje	Dnevni center Radlje ob Dravi	9	9	0	0	7,08	61	0	0
<b>STANOVANJSKE SKUPINE</b>									
ŠENT slovensko združenje za duševno zdravje	Mreža stanovanjskih skupin	59	59	0	0	50,08	168	31	51
Novi Paradoks, slovensko društvo za kakovost življenja	Stanovanjske skupine	50	50	0	0	43,25	121,67	21	42
OZARA Slovenija, Nacionalno združenje za kakovost življenja	Mreža stanovanjskih skupin za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju	119	119	0	0	72,25	63,20	50	64
Društvo za duševno	Mreža stanovanjskih	33	33	0	0	25	30,50	13	25+

Izvajalec	Program	Število							
		vseh uporabnikov	uporabnikov glavnega programa	uporabnikov v podprogramih	uporabnikov pod 18 let	uporabnikov na mesec (povprečno)*	ur vključenosti na mesec (povprečno)*	sob	postelj
zdravje in kreativno preživljanje prostega časa »Vezi« Sežana	skupin								3**
Društvo Altra - Odbor za novosti v duševnem zdravju	Program mreže stanovanjskih skupin za osebe z dolg. težavami v duševnem zdravju	33	33	0	0	28,67	38,54	25	30
Novi Paradoks, slo. društvo za kakovost življenja	Mreža stanovanjskih skupin Mali vrh	15	12	3	0	12	121,67	7	13
Društvo za duševno zdravje in kreativno preživljanje prostega časa »Vezi« Sežana	Stanovanjske skupine Podgrad z enoto celovite celodnevne psihosocialne podpore	19	19	0	0	11,25	50,67	5	13
Novi Paradoks, slovensko društvo za kakovost življenja	Eko kmetija-stanovanjska skupina	9	9	0	0	4,92	108,25	3	6
<b>DRUGO (SKUPINE ZA SAMOPOMOČ, PREVENTIVA, OCENJEVANJE POTREB)</b>									
Društvo za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami	Skupine za samopomoč za osebe z depresijo in anksioznimi motnjami	347	347	0	0	76,5	3,50	0	0
Humana, združenje svojcev pri skrbi za ment. zdravje	Komunikacijsko rehabilitacijska povezava svojcev	211	211	0	0	100,91	18,67	0	0
Društvo Mostovi, društvo za zdravje v duševnem zdravju	Telefonsko in virtualno spremljanje in identificiranje potreb v skupnosti (TIVIP)	46	46	0	0	27,92	2,46	0	0
CSD Škofja Loka	Skupina za samopomoč za osebe z dolg. težavami v duš. zdravju	30	30	0	0	25,67	17,83	0	0
CSD Krško	Pomoč ljudem z dolgotrajno duševno stisko	79	55	24	0	38,33	8	0	0
Skupaj		6.457	5.880	577	18	2.418,18	X = 8,06	155	247

\* podatek se nanaša le na glavni program

\*\* ter dodatna 3 ležišč, ob nujnih primerih

X - povprečna vrednost

V javnih socialnovarstvenih programih (v nadaljnjem besedilu: JSVP) 2 je bilo v letu 2011 skupaj 6.457 različnih uporabnikov, od tega 18 oseb, mlajših od 18 let. Omenjeni številki zajemata tako uporabnike v glavnem programu (nastanitev) kot tiste, ki so bili vključeni le v podprograme. V letu 2011 je bilo v glavnih programih duševnega zdravja 5.880 uporabnikov (3.314 v letu 2008, 4.237 v letu 2009 in 5.117 v letu 2010), v podprogramih pa še 577.

V programih s področja JSVP 2 je bilo na mesec povprečno vključenih skupaj 2.418,18, na program pa je bilo vključenih 77,91 uporabnikov in ti so bili povprečno na program aktivno vključeni po dobrih 48 ur na mesec.

V programih stanovanjskih skupin na področju duševnega zdravja je bilo v letu 2011 na voljo 155 sob ter v njih 247 postelj; od tega je en program nudil tudi tri dodatne postelje za nujne primere.

Od 6.457 uporabnikov programov s področja JSVP 2, jih je bilo največ (22,78 odstotkov) v programe vključenih nekajkrat na leto. Veliko je bilo tudi uporabnikov (19,62 odstotkov), ki so program obiskovali nekajkrat na mesec in kar nekaj (16,04 odstotkov) je bilo uporabnikov, ki pa so bili v program vključeni le enkrat.

Tabela 2.43. Čas (obdobje) vključitve uporabnikov v program

Struktura uporabnikov glede na čas/obdobje vključitve v program	Število uporabnikov				
	Pisarne	DC	SS	Drugo	Skupaj
Število uporabnikov, ki so program obiskovali/bili vključeni vsak dan ali petkrat na teden	16	389	284	5	694
Število uporabnikov, ki so program obiskovali/bili vključeni enkrat ali večkrat na, vendar ne vsak (delovni) dan	378	410	0	69	857
Število uporabnikov, ki so program obiskovali/bili vključeni večkrat/nekajkrat na mesec	667	477	0	123	1.267
Število uporabnikov, ki so program obiskovali/bili vključeni enkrat na mesec	430	247	0	174	851
Število uporabnikov, ki so program obiskovali/bili vključeni nekajkrat na leto	714	604	0	153	1.471
Število uporabnikov, ki so program obiskali/bili vključeni enkrat	509	368	3	156	1.036
Število uporabnikov, za katere ni znano kako pogosto so obiskovali/bili vključeni v program	0	198	50	33	281
Skupaj	2.714	2.693	337	713	6.457

Pisarne: programi informativnih pisarn in svetovalnic

DC: programi dnevnih centrov

SS: programi stanovanjskih skupin

Drugo: ostali programi na področju duševnega zdravja

Poleg osnovne dejavnosti programi za duševno zdravje izvajajo še nekatere druge dejavnosti oziroma izvajajo že omenjene podprograme. V spodnji preglednici prikazujemo podatke o podprogramih, vendar le pri tistih izvajalcih oziroma programih, ki so le - te v končnih poročilih za MDDSZ navedli. Izvajalci so poročali bodisi o opravljenih storitvah ali pa o številu vključenih uporabnikov v posamezen podprogram.

Tabela 2.44. Uporabniki v podprogramih

Izvajalec	Program	Podprogram	Število uporabnikov	Število opravljenih storitev
OZARA Slovenija, Nacionalno združenje za kakovost življenja	Mreža dnevnih centrov	Delo s svojci	51	110
		Delavnice za mlade	101	4



Izvajalec	Program	Podprogram	Število uporabnikov	Število opravljenih storitev
Društvo za duševno zdravje in kreativno preživljanje prostega časa »Vezi« Sežana	Mreža dnevnih centrov	Skupina svojcev	15	6
		Likovna kolonija Štanjel	48	1
		Aktivnosti balinarskega kluba	14	2
		Izobraževanje za težje zaposljive osebe	30	1
Društvo Altra - Odbor za novosti v duševnem zdravju	Svetovalnica Altra	Izobraževanje za svojce	*	2
		Izletniška in pohodniška aktivnost	*	20
		Letni tabor	*	1
OZARA Slovenija, Nacionalno združenje za kakovost življenja	Mreža stanovanjskih skupin za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju	Skupina za samopomoč	*	27
		E- svetovanje	*	36
OZARA Slovenija, Nacionalno združenje za kakovost življenja	Mreža pisarn za informiranje in svetovanje	Prostočasne aktivnosti	*	1.167
		Klub prostovoljcev	64	27
		Skupina za samopomoč	*	476
		Izobraževalne delavnice	*	194
		Preventivne delavnice za mlade	17	2
		Klub svojcev	25	12
Društvo za duševno zdravje in kreativno preživljanje prostega časa »Vezi« Sežana	Stanovanjske skupine Podgrad z enoto celovite celodnevne psihosocialne podpore	Delo s svojci	*	/
		Skupinsko svetovanje	*	48
		Skupina za samopomoč	*	40
Inštitut za socialno psihiatrijo in psihotravmatologijo (ISPP)	Pomoč pri premagovanju depresije in preprečevanju samomorilnega vedenja	Svetovanje in informiranje	48	59
CSD Krško	Pomoč ljudem z dolgotrajno duševno stisko	Skupina žensk z izkušnjo nasilja	24	/
Slovensko združenje za preprečevanje samomora - Center za psihološko svetovanje- Posvet	Svetovanje posameznikom in družinam v stiski	Skupinsko svetovanje	30	/
		Intervencije	107	/
Novi Paradoks, slovensko društvo za kakovost življenja	Mreža stanovanjskih skupin Mali vrh	Informativni ogledi stanovanjske skupine	3	3

\*- vključeni uporabniki so že upoštevani v glavnem programu;

/ - podatek o storitvah ni relevanten ali pa programi niso posredovali podatkov o številu opravljenih storitev

Na področju destigmatizacije je delovanje nevladnih organizacij zelo pomembno. Svoje delovanje so nevladne organizacije usmerile v ozaveščanje širše javnosti o različnih vsebinah s področja duševnega zdravja.

### 2.2.5.2.7 Zaposlitvena rehabilitacija

Okrevanje po duševni motnji je dolgotrajen proces, ki je individualno zelo različen in večinoma uspešen v primerjavi z okrevanjem pri drugih boleznih, zahteva pa uporabo dokazano uspešnih in preverjenih rehabilitacijskih metod.

Alternativne oblike rehabilitacije, podporne oblike zaposlitve, supervizijska delovna mesta, skupine za samopomoč, klubi in prehodni zaposlitveni programi, zaposlitvena rehabilitacija in nastanitvena podpora so za osebe z duševnimi motnjami pomembne, saj znatno prispevajo h kakovosti življenja.

Zaposlitvena rehabilitacija je ena izmed prioritet razvoja. Večina ljudi z različnimi duševnimi motnjami lahko ob ustreznem zdravljenju okreva, če so jim dostopne različne vrste, največkrat vsaj začasno prilagojene oblike usposabljanja in zaposlitve. Optimalno je, da so programi zaposlovanja invalidov implementirani in delodajalci primerno osveščeni glede potrebe po prilagoditvi delovnih mest. Družba vzdržuje in širi zaposlitveno rehabilitacijske centre in zagotavlja ustrezno izobraženost mentorjev pri zaposlovanju.

Vzpostavljena je tesna povezava med zavodi za zaposlovanje in delodajalci. Prav tako je vzpostavljena tesna povezava med področjem izobraževanja in študijskimi in učnimi programi ter zahtevami za učence in študente. Učitelji in šolske inštitucije se usposobijo o možnostih za pomoč, podporo in prilagodijo programe za te učence in študente.

Namen zaposlitvene rehabilitacije je ohranjanje in razvijanje delovnih spretnosti, navad in veščin v delovnem okolju, ki lahko daje tudi podporo pri širšem socialnem vključevanju posameznika. Uporabnikom omogoča vključitev v različne programe aktivne politike zaposlovanja (usposabljanje na delovnem mestu, javna dela) in v program socialne vključenosti.

Izvajanje zaposlitvene rehabilitacije je opredeljeno kot javna služba v okviru mreže izvajalcev zaposlitvene rehabilitacije. V Tabeli 2.45 so zbrani anketni podatki Sklada za pospeševanje zaposlovanja invalidov. Poleg Inštituta Republike Slovenije za rehabilitacijo in izvajalcev storitev zaposlitvene rehabilitacije izvajajo naloge na področju zaposlitvene rehabilitacije tudi rehabilitacijski svetovalci in rehabilitacijske komisije pri Zavodu Republike Slovenije za zaposlovanje.

Delež zaposlitev oseb z motnjami v duševnem zdravju je v skupini invalidov po oceni zavoda za zaposlovanje manj kot 10-odstoten. Razmerje med vsemi zaposlenimi invalidi in vsemi nezaposlenimi invalidi je približno 1:5.

Tabela 2.45. Število zaposlenih oseb v programih Zaposlitvene rehabilitacije oseb s težavami v duševnem zdravju, po posameznih izvajalcih, Slovenija, 23.03.2012

<b>Zaposlitveni center/Invalidsko podjetje</b>	<b>Štev. vseh zaposlenih invalidov</b>	<b>Štev. zaposlenih invalidov s težavami v duševnem zdravju</b>
Dobrovita plus, d. o. o.	20 invalidov / 38 vseh zaposlenih	7 s težavami v duševnem zdravju
Šentplavž	7 invalidov / 9 vseh zaposlenih	7 s težavami v duševnem zdravju
Dlan	10 invalidov / 7 vseh zaposlenih	2 s težavami v duševnem zdravju in 3 poškodbe možganov pri rojstvu
Ozara, d. o. o. (IP)	21 invalidov / 52 vseh zaposlenih	18 s težavami v duševnem zdravju
Ozara ZC, d. o. o.	14 invalidov / 18 vseh zaposlenih	8 s težavami v duševnem zdravju

Vir: MDDSZ

#### **2.2.5.2.8 Centri za socialno delo**

Koordinatorji obravnave v skupnosti (v nadaljnjem besedilu: KOS) (Tabela 2.46) so s svojim delom pričeli decembra 2009. Zaposleni so na centrih za socialno delo. Njihova naloga je načrtovanje koordiniranje in vodenje obravnave v skupnosti. KOS organizirajo in sodelujejo z mrežo izvajalcev nalog obravnave v skupnosti, sodelujejo s psihiatričnimi bolnišnicami in socialnovarstvenimi zavodi pri pripravi načrta obravnave v skupnosti po odpustu in pripravljajo mnenja ter oceno situacije, ki jo skupaj z uporabnikom opredelijo v načrtu obravnave.

Omenjeni institut se še razvija, zato podatki niso primerljivi s podatki z instituti, katerih praksa je dolgotrajna in utečena.

V letu 2010 so koordinatorji obravnave v skupnosti opravili 642 obravnav, od tega:

- 128 brez soglasja,
- 219 predlog za načrt obravnave,
- 328 soglasje za obravnavo,
- 78 začasne prekinitve,
- 183 multidisciplinarni timi.

Tabela 2.46. Število koordinatorjev obravnave v skupnosti v letu 2011, regije so opredeljene po načrtovani bodoči reorganizaciji CSD, 2012.

Regijski koordinatorji za območje	
Primorska	3,5
Gorenjska	2
Ljubljana	4
Obljublanske občine	3
Štajerska	4
Celje	3
Dolenjska	2
Koroška	1
Pomurje	1,5
<b>Skupaj</b>	<b>25</b>

Vir IRSSV, Poročilo o izvajanju programov v letu 2011

Tabela 2.47. Število obravnav in pobud za koordinacijo obravnave v skupnosti, regije so opredeljene po načrtovani bodoči reorganizaciji CSD, odrasla populacija, 2011

Regija	Psihiatrična bolnišnica	Psihiatrična ambulanta	CSD	Svojci	Uporabnik	NVO	SVZ	Drugi
Primorska	125	2	71	8	/	3	/	/
Gorenjska	59	/	23	4	2	4	3	1
Ljubljana	26	2	40	3	6	2	/	13
Obljublanske občine	12	9	47	3	4	4	2	/
Štajerska	251	4	23	11	1	5	3	4
Dolenjska	27	2	18	2	3	/	/	4
Koroška	18	/	6	3	3	/	/	2
Pomurje	20	/	3	2	3	/	/	/
<b>Skupaj</b>	<b>538</b>	<b>19</b>	<b>231</b>	<b>36</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>8</b>	<b>26</b>

Vir IRSSV, Poročilo o izvajanju programov v letu 2011

V okviru koordinacije obravnave v skupnosti so koordinatorji obravnave v skupnosti v letu 2011 opravili naslednje aktivnosti:

- organizacija in izvedba multidisciplinarnih timov za osebe vključene v obravnavo v skupnosti,
- izdelava ocen oz. evalvacij izvajanja posameznih načrtov obravnave v skupnosti ter morebitne dopolnitve načrtov,
- sodelovanje v strokovnih timih na centrih za socialno delo, zavodih za zaposlovanje, šolah ter nevladnih organizacijah,
- sodelovanje z zavodom za zaposlovanje, nevladnimi organizacijami, raznimi društvi, srednjimi šolami ter zdravstvenimi domovi glede oseb s težavami v duševnem zdravju (v nadaljevanju TVDZ),
- urejanje posameznih področju življenja oseb s TVDZ kot na primer:
  - podpora pri zagotavljanju socialnih stikov in družabnosti (pomoč in podpora pri širjenju socialne mreže, vključitvi v razna društva ter nevladne organizacije, iskanju prostovoljcev za druženje in pogovore, vključitvi v razne tečaje ipd.),
  - urejanje odnosov v družini ter v širši socialni mreži (pomoč in podpora pri vzpostavljanju boljših medsebojnih odnosov, pri razvezah ipd.),
  - urejanje področja zdravja (pomoč in podpora pri izbiri in ureditvi osebnega psihiatra, osebnega zdravnika, pri ureditvi psihoterapije, naročanju na specialistične preglede ipd.),
  - urejanje stanovanjskih oz. bivalnih razmer (pomoč in podpora pri organizaciji preselitve v drugo stanovanje, pisanju prošenj za pridobitev stanovanja v najem ipd.),
  - podpora pri izobraževanju (pomoč in podpora pri dokončanju študija oz. srednje šole, iskanju inštrukcij, sodelovanje s strokovnimi delavci šol ipd.),
  - urejanje zaposlitve in dela (pomoč in podpora pri iskanju zaposlitve oz. dela, ohranitvi obstoječe zaposlitve ipd.).

#### 2.2.5.2.9 Zastopniki pravic oseb na področju duševnega zdravja

Zastopniki pravic oseb na področju duševnega zdravja so pričeli z delom v letu 2010 (Tabela 2.48). Njihova naloga je varovanje pravic, interesov in koristi oseb na oddelku pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice, varovanem oddelku socialnovarstvenega zavoda ter v nadzorovani obravnavi. Delujejo neodvisno od zdravstvenega osebja, socialnih služb, svojcev ali skrbnikov.

Tabela 2.48. Številu zastopnikov pravic oseb na področju duševnega zdravja, po posamezni bolnišnici, 2011

Regijski koordinatori za območje	Število zastopnikov pravic oseb na področju duševnega zdravja
PK Ljubljana	8
UKC Maribor	4
PB Begunje	4
PB Vojnik	5
PB Idrija	4
PB Ormož	4
<b>Skupaj</b>	<b>19</b>

Vir IRSSV, Poročilo o izvajanju programov v letu 2011

V obdobju december 2010 – junij 2012 so zastopniki pravic oseb na področju duševnega zdravja opravili 1.258 zastopanj, od tega 526 prvih obiskov in 732 nadaljnjih obiskov (Tabela 2.52).

Tabela 2.49 : Število opravljenih zastopanj s strani zastopnikov pravic oseb na področju duševnega zdravja, po posameznih izvajalcih zdravstvenega in socialnega varstva, Slovenija, obdobje december 2010 – julij 2012.

	<b>1. obisk</b>	<b>2. obisk</b>	<b>Skupaj</b>
PB LJUBLJANA	120	193	313
PB IDRIJA	219	303	522
UKC MARIBOR	62	83	241
PB BEGUNJE	21	25	46
PB VOJNIK	43	38	81
PB ORMOŽ	34	33	67
PSVZ HRASTOVEC	16	45	61
PSVZ NINA POKORN	3	4	7
PSVZ PETROVO BRDO	4	0	4
PSVZ LUKAVCI	4	8	13
Skupaj	526	732	1258

Vir IRSSV, Poročilo o izvajanju programov v letu 2011

Vir, FSD, Evalvacija dela zastopnikov pravic oseb na področju duševnega zdravja: Naloge, ki so jih zastopniki pravic oseb na področju duševnega zdravja opravili v letu 2011

Pogovor * <i>Pogovori z zastopancem v smislu krepitve moči so bili v večini zastopanj</i>
Podpora pri premestitvi na odprti oddelek ali odpustu iz ustanove, pri premestitvi v drugo ustanovo na željo zastopanca
Podpora pri zagotavljanju začasnih izhodov
Podpora pri dostopu do telefona
Pogovor z drugim osebjem <ul style="list-style-type: none"> <li>- največkrat zdravstveno osebje</li> <li>- socialne delavke</li> <li>- delavni terapevti</li> </ul>
Vpogled v evidence o PVU
Podpora pri stikih s svojci/bližnjimi osebami
Informiranje o pravicah oseb v postopkih neprostovoljne hospitalizacije, o ZDZdr, posredovanja, da imajo osebe sklep sodišča pri sebi, posredovanje seznama odvetnikov
Posredovanje pri pridobitvi pomoči ali podpore glede varstva pravic pred sodiščem
Podpora pri dostopu do interneta
Pogovor z zastopancem (podpora s poslušanjem, krepitev moči)
Podpora pri zagotavljanju obiskov
Vzpostavitev stikov z drugimi institucijami <ul style="list-style-type: none"> <li>- koordinatorji obravnave v skupnosti,</li> <li>- policijska uprava,</li> <li>- zastopnik pacientovih pravic,</li> <li>- NVO,</li> <li>- brezplačna pravna pomoč idr.</li> </ul>
Podpora pri zagotavljanju osebnih stvari (deponirana oblačila, knjige, revije, kozmetika, pripomočke za risanje, dostop do svojega denarja), dokumentov, urejanje osebnih zadev (plačilo položnic itd)

Osebna podpora v postopkih pred sodiščem (naroki)
Pomoč pri vzpostavitvi stika z odvetniki
Informiranja o postopku sprejema,
Podpora pri iskanju namestitve ali urejanja osebnih razmer po odpustu
Podpora, da pride do pogovora s psihiatrom
Informiranje o nalogah zastopnika
Spremljanje uvedbe in izvajanja posebnih varovanih ukrepov
Informiranje, posredovanje glede zastopnika pacientovih pravic
Analiza tveganja

## 2.1.6 Ocena potreb na področju duševnega zdravja odrasle populacije in opredelitev prednostnih področij na področju duševnega odrasle populacije.

Ugotavljamo, da so trenutno dostopni podatki za ugotavljanje duševnega zdravja in duševnih motenj pomanjkljivi in ne ustrezajo sprejetim mednarodnim kazalcem. Zato menimo, da bi potrebovali drugačen nabor dostopnih podatkov in presečne raziskave v določenih časovnih razmikih. Taki podatki bodo omogočali tudi ustrežnejšo oceno potrebe in vpliv vseh implementiranih programov, dopolnitev in ukrepov na področju duševnega zdravja. Nabor kazalcev mora omogočati tudi evalvacijo obstoječih programov in služb, ki jih je potrebno spremljati glede na v naprej postavljene kriterije in standarde in v določenih časovnih intervalih opraviti evalvacijo učinkov in uspešnosti.

### Prednostne naloge so:

- Vzpostavitev podatkov in njihove dostopnosti o kazalcih duševnega zdravja in duševnih motenj – rutinskih in na določene časovne intervale v obliki presečnih študij.
- Določitev kazalcev, ki bodo omogočali spremljanje stanja in omogočali mednarodne primerjave.

Glede na odgovornost več sektorjev (sociala, zdravstvo in drugi) je pomembno, da se zagotovi medsektorsko sodelovanje pri razvoju implementaciji in evalvaciji služb in programov, saj ocenjujemo, da so trenutno dostopne službe med seboj premalo povezane in zato manj učinkovite. Povezanost med posameznimi službami bi bilo potrebno okrepiti.

### Prednostne naloge so:

- Izdelava in implementacija formalnih in vsebinskih podlag medsektorskega sodelovanja na vseh področjih
- Izdelava protokolov in navodil medresorskega sodelovanja
- Ustanovitev stalnega medresorskega telesa za pripravo operativnih aktov in skrb za njihovo implementacijo.

### **Na področju promocije duševnega zdravja in preventive duševnih motenj ocenjujemo, da obstajajo naslednje potrebe:**

Obstoječi programi promocije duševnega zdravja in preventive duševnih motenj pri odrasli populaciji so maloštevilni in neenakomerno dostopni. Promociji duševnega zdravja se posveča zelo malo pozornosti, preventivi morda za malenkost bolj. Ocenjujemo, da vse regije niso enakomerno in zadostno pokrite.

Izboljšati moramo dostopnost do storitev varovanja duševnega odraslih ter povečati osveščenost javnosti glede promocije duševnega zdravja odraslih. Pomembni so programi promocije duševnega zdravja in preventive duševnih motenj v skupnosti, družini, na delovnem mestu in posebej pri bolj ogroženih skupinah odraslih. Nujno je poenotenje nekaterih vsebin in pokritost vseh perečih vsebin, ki so na primer duševno zdravje na delovnem mestu, duševno zdravje

nosečnic in porodnic, preprečevanje nasilja v družina. Izboljšati moramo dostopnost do storitev varovanja in krepitve duševnega odraslih, saj gre za populacijo v produktivnih letih življenja.

Prednostne naloge so:

- a) Vzpostavitev registra obstoječih programov promocije duševnega zdravja in preventive duševnih motenj pri odrasli populaciji.
- b) Vzpostavitev kriterijev za izvajanje, standarde in evalvacijo promocijskih in preventivnih programov za odraslo populacijo.
- c) Zagotovitev široke mreže izvajalcev ustreznih, evalviranih programov promocije zdravja in preventive z upoštevanjem medsektorskega sodelovanja in dopolnitvami sedanje mreže služb ter zagotovitev kakovostnih, varnih, dostopnih in učinkovitih storitev in programov promocije duševnega zdravja in preventive duševnih motenj za vsa obdobja odraslosti in v različnih okoljih.

Na področju zdravljenja, rehabilitacije in socialne reintegracije ocenjujemo, da je dostopnost psihiatrične oskrbe na primarni ravni zdravstvenega varstva premajhna in neenakomerna. Ambulantna psihiatrična mreža je prav tako neenakomerno porazdeljena in pestijo jo dolge čakalne dobe. Psihiatrične bolnišnice odgovarjajo le na potrebe akutne zdravstvene oskrbe in primanjkuje specializiranih oddelkov za poglobljeno obravnavo določene problematike (motnje razpoloženja, osebnostne motnje). Z reorganizacijo in privatizacijo smo izgubili dispanzersko metodo dela, ki bi jo lahko dopolnili s skupnostno psihiatrijo. Večina služb je dostopnih v institucionalizirani obliki. Skupnostne psihiatrične obravnave skoraj ne poznamo oziroma se programi razvijajo v okviru socialnega varstva. Skupnostna psihiatrija bo omogočila boljše dostopnost in pravočasne krizne intervencije ter pripomogla pri preprečevanju samomorilnega vedenja.

Odrasli z duševnimi motnjami imajo velike težave v reintegraciji, so brezposelni, se soočajo z revščino. Pomanjkljivo je povezovanje služb različnih sektorjev in znotraj posameznega sektorja, podatkov o učinkovitosti in varnosti služb nimamo.

Prav tako nimamo ustrezne rehabilitacije za odrasle z duševnimi motnjami. Programi zaposlitvene rehabilitacije so premajhni in ne zadostijo vsem potrebam.

Programi socialne vključenosti so regionalno neenakomerno razporejeni.

Dolgotrajna oskrba je še vedno organizirana v obliki institucionaliziranega varstva, programi v skupnosti pa ne zadostijo potrebam. (stanovanjske skupine, dnevni centri in svetovalne pisarne). Nimamo stanovanjskih skupin z visoko stopnjo podpore.

Število koordinatorjev obravnave v skupnosti je nezadostno. Potrebno je zagotoviti enakomerno pokritost omenjenega inštituta glede vse regije.

Dostopnost zastopnikov pravic oseb na področju duševnega zdravja še ni zadovoljiva, zato je potrebno na podlagi medresorskega sodelovanja zagotoviti njihovo prisotnost tako v psihiatričnih bolnišnicah kot socialnovarstvenih zavodih.

Velike težave se pojavljajo pri nameščanju oseb s težavami v duševnem zdravju v posebne socialnovarstvene zavode na podlagi sklepa sodišča.

Prednostne naloge so:

- a) Okrepitev mreže služb za duševno zdravje v regijah, kjer je pomanjkanje ambulantne psihiatrične oskrbe in je psihiatrična bolnišnica oddaljena.
- b) Vzpostavitev skupnostne psihiatrije.
- c) Vzpostavitev učinkovite forenzične psihiatrije, ki bo nudila kontinuirano, varno, učinkovito oskrbo.
- d) Širitev mreže koordinatorjev obravnave v skupnosti
- e) Širitev mreže zastopnikov pravic oseb na področju duševnega zdravja.

Na področju preprečevanja samomorilnega vedenja ugotavljamo, da sicer količnik samomora pada, a razlike med posamezni regijami ostajajo zelo velike in neugodne.

#### Prednostne naloge

- a. Sprejetje predpisov, ki omejujejo dostop do sredstev za izvedbo samomora.
- b. Razvoj in implementacija programov za zgodnje prepoznavanje nevarnosti samomorilnega vedenja in zgodnjega ukrepanja.
- c. Razvoj in implementacija programov pomoči in aktivnega spremljanja za odraslo populacijo, ki je poskušala samomor.
- d. Ozaveščanje splošne in strokovne javnosti o samomorilnem vedenju.
- e. Razvoj in implementacija programov pomoči za svojce žrtev samomorilnega vedenja.
- f. Aktivacija registra samomorov.

Na področju boja proti stigmati in socialni izključenosti ocenjujemo, da je stigmatiziranost duševnih motenj razlog za mnoge težave, s katerimi se srečujejo osebe z duševnimi motnjami in njihove družine.

Prednostna naloga je vzpostavitev programov za zmanjševanje stigme in socialne izključenost na vseh ravneh.

## **2.2.7 Cilji, strategije in ukrepi za izboljšanje duševnega zdravja odraslega prebivalstva**

Cilji, strategije in ukrepi posebej oštevilčeni, tako da se nazorno vidi, katera naloga v Akcijskem načrtu je povezana z njimi. Pri odrasli populaciji smo izpostavili naslednje cilje:

**CILJ 1 Promocija duševnega zdravja in preventivna duševnih motenj**

**CILJ 2 Diagnostika, zdravljenje duševnih motenj, rehabilitacija in socialna reintegracija**

**CILJ 3 Preprečevanje samomorilnega vedenja**

**CILJ 4 Boj proti stigmati in socialni izključenosti pri**

**CILJ 5 Izobraževanje laične in strokovne javnosti o duševnem zdravju in Raziskovanje na področju duševnega zdravja**

**CILJ 1 (C1) Promocija duševnega zdravja in preventivna duševnih motenj**

***Strategija 2 (S2) Promocija in preventiva duševnega zdravja pri odrasli populaciji***

#### **Ukrepi:**

- A. Povečanje razumevanja duševnega zdravja in povečanje zavedanja pomena pozitivnega duševnega zdravja in varovanja duševnega zdravja. Oblikovanje programov promocije, ki bodo vključevali zavedanje vpliva dobrega duševnega zdravja na kvaliteto življenja in produktivnost.
- B. Vpeljevanje učinkovitih promocijskih programov v vseh okoljih s poudarkom na krepitvi varovalnih dejavnikov (kot so dobra samopodoba, odločanje in veščine učinkovitega reševanja problemov, asertivnost, strategije spoprijemanja s stresom, komunikacija, aktivno preživljanje prostega časa, oblikovanje zdravih navad, krepitev socialnega omrežja). Vpeljevanje učinkovitih promocijskih programov v delovne organizacije s poudarkom na krepitvi varovalnih dejavnikov.



- C. Razvoj novih, razširitve in dopolnitve obstoječih programov, ter evalvacija promocijskih programov, ki so namenjeni odrasli populaciji.
- D. Razširitev obstoječih spletnih strani in oblikovanje novih spletnih strani o duševnem zdravju za odraslo populacijo.
- E. Povečanje zavedanja pomena duševnega zdravja na strukturni ravni in ravni politik.
- F. Ozaveščanje politikov in vseh sektorjev o pomenu duševnega zdravja.
- G. Spodbujanje in grajenje zdravih skupnosti.
- H. Korenite spremembe zakonodaje tako na zdravstvenem, pravosodnem in socialnem področju.
- I. Razvoj in izvajanje različnih oblik interdisciplinarnega izobraževanja formalnih/neformalnih (na do- in podiplomski ravni) za strokovnjake, novinarje in deležnike.
- J. Povečanje razumevanja pomena preprečevanja duševnih motenj v vseh okoljih. Oblikovanje programov preventive, ki bodo vključevali vse dostopne dejavnike tveganja in varovalne dejavnike.
- K. Vpeljevanje učinkovitih preventivnih programov v vsa okolja. Spodbujanje programov za reševanje in obvladovanje dejavnikov, ki predstavljajo tveganje za razvoj duševne motnje pri odrasli populaciji (nezaposlenost, nasilje v družini, šikaniranje na delovnem mestu, zlorabe psihoaktivnih snovi, revščina)
- L. Identifikacija skupin z večjim tveganjem za razvoj duševne motnje pri odrasli populaciji ter pomoč svojcem in programi za skupine z večjim tveganjem.
- M. Razvoj novih, razširitve in dopolnitve obstoječih programov, ter evalvacija preventivnih programov, ki so namenjeni odrasli populaciji.
- N. Ozaveščanje politikov vseh sektorjev o pomenu preventive duševnih motenj.
- O. Korenite spremembe zakonodaje na zdravstvenem, pravosodnem in socialnem področju

## **CILJ 2 (C2) Zdravljenje duševnih motenj, rehabilitacija in socialna reintegracija**

### **Strategija 5 (S5) Zdravljenje duševnih motenj, rehabilitacija in socialna reintegracija pri odrasli populaciji**

#### **Ukrepi:**

- A. Povečevanje znanja odrasle populacije o različnih oblikah pomoči, vključevanje vsebin o duševnih motnjah v obstoječe programe zgodnjega prepoznavanja kroničnih nenalezljivih bolezni.
- B. Izboljšanje diagnostike za zgodnje prepoznavanje simptomov in znakov duševnih motenj pri odrasli populaciji na vseh ravneh obravnave.
- C. Omogočanje zgodnje obravnave duševnih motenj pri odrasli populaciji z izboljšanjem triaže in dostopnosti pomoči za zgodnje zdravljenje duševnih motenj (izboljšati regionalno pokritost z ambulantnimi psihiatri, dispanzersko metodo dela, liazonsko psihiatrijo in skupnostno psihiatrijo).
- D. Korenite spremembe zakonodaje na zdravstvenem, pravosodnem in socialnem področju.

- E. Povečevanje znanja splošne populacije in strokovne javnosti o različnih oblikah pomoči.
- F. Povečanje zavedanja pomena zgodnjega odkrivanja duševnih motenj in iskanja pomoči.
- G. Izboljšanje zgodnjega prepoznavanja simptomov in znakov duševnih motenj (Uporaba presejalnih metod v primarnem zdravstvu, preventivni patronažni obiski, skupnostne psihiatrične intervencije, izobraževanje svojcev in širše javnost, s pomočjo svetovalnih linij, tehnik telemedicine in samoocenjevalnih tehnik, spletnih strani namenjenih izključno tej problematiki).
- H. Izboljšanje triaže in zgodnje zdravljenje novo nastalih duševnih motenj in poslabšanj že prepoznanih. Povečana dostopnost metod za zgodnjo diagnostiko: slikovne in druge sodobne metode. Dostopnost metod za diferencialno diagnostiko.
- I. Skupnostna obravnava, krizne intervencije v lokalnih okoljih preko skupnostne psihiatrije, nadzorovana obravnava.
- J. Povečanje dostopnosti psihiatričnih ambulant v vseh regijah in subspecialistične obravnave.
- K. Širitev mreže koordinatorjev obravnave v skupnosti, ki jo izvajajo centri za socialno delo za namen zagotavljanja lažje dostopnosti.
- L. Povečanje dostopnosti konziliarne službe.
- M. Opredelitev akutne dnevne bolnišnične obravnave.
- N. Subspeciallyčna hospitalna obravnava. Dostopnost služb za komorbidna stanja.
- O. Nadaljevanje razvoja služb za forenzično psihiatrijo, ki bodo omogočale učinkovito, varno in strokovno diagnostiko, obravnavo in socialno reintegracijo.
- P. Dostopnost učinkovitega in kontinuiranega zdravljenja in povezave med bolnišničnim in ambulantnim zdravljenjem.
- Q. Povečanje dostopnosti rehabilitacijskih in reintegracijskih programov a osebe z resnimi duševnimi motnjami.
- R. Skupnostna psihiatrična obravnava z nadzorovano obravnavo.
- S. Obravnave v skupnosti, ki jo izvajajo centri za socialno delo.
- T. Povečanje dostopnosti svetovalne dejavnosti.
- U. Izboljšanje dolgotrajne oskrbe v institucijah, dostopnost zdravstvene oskrbe, zagotavljanje varnosti.
- V. Sodelovanje med različnimi strokami.
- W. Programi nevladnih organizacij.
- X. Skupnostna psihiatrična obravnava, pomoč na domu.
- Y. Vzpostavitev varovanih oddelkov v posebnih socialnovarstvenih zavodih, kamor bodo nameščene osebe s težavami v duševnem zdravju na podlagi sklepa sodišča.

### **CILJ 3 (C3) Preprečevanje samomorilnega vedenja**

#### ***Strategija 8 (S8) Preprečevanje samomorilnega vedenja pri odrasli populaciji***

### **Ukrepi:**

- A. Različne oblike posredovanja informacij o samomorilnem vedenju ter njegovem preprečevanju pri odrasli populaciji (predavanja, tematske delavnice, strokovna srečanja in medijski nastopi, kampanje,) laični in strokovnim javnostim.
- B. Smernice medijem za poročanje o samomoru.
- C. Identifikacija skupin z večjim tveganjem za razvoj samomorilnega vedenja pri odrasli populaciji in naporitev na ustrezno obravnavo ter pomoč svojcem.
- D. Povečanje odstopnosti programov učinkovite, proktivne in dolgotrajne pomoči po poskusu samomora pri odrasli populaciji.
- E. Povečanje pomoči družini in ožji okolici ob samomorilnem vedenju.
- F. Zagotavljanje ustrezne kadrovske podpore.
- G. Omejevanje dostopa do sredstev.
- H. Formalne podlage in organizacijski ukrepi za omejevanje dostopa do sredstev (zaščita železniških prehodov, zavarovanje visokih zgradb, postavljanje napisov z kontaktnimi številkami na mestih, ki so prepoznana kot nevarna, varno pakiranje tablet ipd.).

### **CILJ 4 (C4) Boj proti stigmati in socialni izključenosti**

#### ***Strategija 11 (S11) Boj proti stigmati in socialni izključenosti pri odrasli populaciji***

- A. Programi za zmanjševanje vpliva stigmatizacije pri odrasli populaciji. Programi destigmatizacije z vključitvijo uporabnikov v procese izobraževanja in promocije.
- B. Programi izboljšanja socialne vključenosti: spodbujanje socialne vključenosti odraslih z duševnimi motnjami.

### **CILJ 5 (C5) Izobraževanje laične in strokovne javnosti o duševnem zdravju**

#### ***Strategija 13 (S13) Izobraževanje laične in strokovne javnosti o duševnem zdravju***

### **Ukrepi:**

- A. Izobraževanje strokovne in laične javnosti o duševnem zdravju, preprečevanju in zdravljenju duševnih motenj in preprečevanju samomorilnega vedenja pri odrasli populaciji: publikacije, tiskana in elektronska gradiva, predavanja za splošno javnost, akcije nevladnih organizacij.
- B. Izobraževanja strokovnih delavcev zdravnikov, pedagoškega kadra, svetovalnih delavcev, socialnih delavcev

### **CILJ 5 (C5) Raziskovanje na področju duševnega zdravja**

#### ***Strategija 14 (S14) Raziskovanje na področju duševnega zdravja***

**Ukrepi:**

- A. Ciljni raziskovalni programi, bilateralni raziskovalni programi, raziskovalni projekti, raziskovalni programi, zbiranje podatkov za pripravo ciljnih nacionalnih programov (za področje proučevanja duševnih motenj in področje samomorilnega vedenja pri otrocih in mladostnikih) in za posodobitev obstoječega nacionalnega programa.
- B. Zagotoviti prenos raziskovalnih izsledkov v prakso in njihovo uresničevanje, zagotoviti izmenjavo znanja med domačimi in tujimi strokovnjaki.
- C. Evalvacija politik, posameznih programov, projektov.

## 2.3 STAROSTNIKI

V to ciljno skupino spadajo odrasle osebe, ki so starejše od 65 let. Med posebej ogrožene skupine štejemo vse, ki imajo kronične telesne bolezni, so funkcionalno ovirani in odvisni od tuje pomoči, ki živijo v neugodnih družinskih in ekonomskih razmerah, so brez socialne mreže in osamljeni.

V zadnjih 50 letih se je pričakovana življenjska doba v Sloveniji vsakih 4 do 5 let podaljšala za eno leto. Najhitreje se povečuje delež najstarejših, pri katerih je tudi verjetnost nastanka demence največja. Število starejših od 65 let se je po podatkih Statističnega urada v Sloveniji samo v obdobju 2000 do 2010 povečalo za 21,9 odstotkov, število starejših od 80 let pa kar za 81,0 odstotkov. Leta 2000 je bilo le 60 prebivalcev starih 100 let ali več, desetletje kasneje pa je bilo takih prebivalcev že 209. Tak trend se bo po napovedih statističnega urada nadaljeval še nekaj časa, nato pa se bo postopoma upočasnil do leta 2050, ko bo pričakovana življenjska doba za ženske 85,2 in za moške 79,8 leta.

Projekcije Eurostata za Slovenijo do leta 2050:

- število starejših se bo podvojilo,
- število starih 80 let in več se bo povečalo za štirikrat,
- število prebivalcev med 15 in 65 let se bo zmanjšalo,
- zato je bila Slovenija pozvana, da prilagodi sistem socialnega varstva in politiko upokojevanja.

Zaradi podaljševanja življenjske dobe in večjega števila starejših se čedalje pogosteje soočamo s starejšimi, ki imajo demenco in druge duševne motnje. Pri starostni skupini nad 65 let so glavni vzrok prvih obiskov na primarni ravni demence in ostale organske duševne motnje, sledijo jim depresije, anksiozne motnje in motnje spanja. Na sekundarni ravni so prav tako najpogostejši vzrok demence in ostale organske duševne motnje, sledijo jim depresije, shizofrenija in ostale psihoze (Tomšič in dr., 2008).

Več kot dve tretjini starejših v Evropi, in zagotovo tudi pri nas, imajo diagnosticirano vsaj eno kronično bolezen, ta pa pogosto vodi v težave z duševnim zdravjem in k večjemu tveganju umrljivosti (European Communities, 2008). Rezultati raziskave CINDI (Zaključno poročilo projekta Presejanje, sistematično odkrivanje in celostna obravnava depresij v Sloveniji, 2008) kažejo, da predstavljajo kronični bolniki rizično skupino za razvoj depresivne motnje, saj se pri njih klinični znaki in simptomi depresije pojavljajo v 13,0 do 10,8 odstotkov. Ker so duševne motnje pogost in pomemben dejavnik tveganja za različne telesne bolezni bi morale biti deležne enake pozornosti kot ostali dejavniki tveganja (npr, sladkorna bolezen, hipertenzija).

Večina raziskav glede stigme pri osebah z duševno motnjo se osredotoča na splošno ali mlajšo populacijo in to kljub dejstvu, da so starejši stigmatizirani v večini družb. Starejši z duševno motnjo so tako dvakratno stigmatizirani, pri tem pa so še zlasti izpostavljene ženske (WHO-WPA, 2002). Med drugim so pogosta napačna prepričanja, da so nekatere duševne motnje pričakovan del staranja (in kot take ne potrebujejo obravnave). Žal so taka stališča prisotna tudi med strokovnimi delavci, zaradi česar lahko pride do negativnega strokovnega odnosa do starejših z duševno motnjo. Posebno opozorilo je namenjeno tudi deliriju v starosti (zlati zavrte oblike), ki ostaja pogosto spregledan.

Pri pripravi akcijskih načrtov poročajo vključevanje sledečih sporočil: duševne motnje v starosti lahko zdravimo, depresija je ozdravljiva bolezen – ne slabost, vsi starejši z demenco imajo lahko sprejemljivo kvaliteto življenja, če opazate pozabljivost se posvetujte z zdravnikom, stigma je uničujoča in ovirajoča ter drugih podobnih sporočil.

### 2.3.1 Duševne zdravje in duševne motnje v starosti

Raziskave, ki so poskušale odgovoriti na vprašanje, kaj so varovalni dejavniki za pojav depresije med starostnike, so izpostavile predvsem tri glavne skupine zaščitnih dejavnikov: ustrezni podporni viri, učinkovite strategije pri spoprijemanju s stresorji in vključenost v osmišljene aktivnosti (Hendrie in dr., 2006).

Prva skupina zaščitnih dejavnikov predstavlja podlago za ohranjanje duševnega zdravja starostnika. Starostniku pri tem pomembno pomaga dobro telesno zdravje in kognitivno funkcioniranje, ki ga mora vzdrževati z ustrezno telesno in miselno aktivnostjo ter zdravo prehrano. Primerna podlaga je tudi višji socialno-ekonomski status, ki posameznika ščiti pred določenimi finančnimi stresorji in mu omogoča kvalitetno zdravstveno oskrbo. Omeniti pa je potrebno še socialno podporo, ki, če je prisotna v pravi meri in na ustrezen način, ključno prispeva k blaženju dejavnikov tveganja.

Druga skupina dejavnikov, ki posameznika v starosti varujejo pred razvojem depresivne motnje, se nanaša na njegovo uspešno prilagajanje na spremembe in spoprijemanje s težavami ter stresnimi situacijami. Mnogi starostniki se bolje odzovejo na stresne dogodke in so sposobni boljše emocionalne regulacije kot mlajši odrasli, kar je povezano z njihovimi življenjskimi izkušnjami. Pomembno je tudi, kako doživljajo sebe in svoje sposobnosti, saj sta se občutek kontrole nad lastnim življenjem in pozitivna samopodoba izkazala kot pomembni mediatorski spremenljivki tudi v povezanosti med funkcionalno oviranostjo in depresijo (Fiske in dr., 2009).

Zadnja skupina zaščitnih dejavnikov izpostavlja pomembnost starostnikove vključenosti v aktivnosti, ki mu osmišljajo bivanje. Med njimi predstavlja največjo zaščito religija. Starostniki, ki so aktivni verniki, so manj izpostavljeni tveganju za razvoj depresije, kar delno pojasnjujejo z večjim doživljanjem smisla v posameznikovem življenju. Pomembna pa je tudi vpetost v druge aktivnosti, ki starostnika veselijo in se mu zdijo pomembne, hobiji, prostovoljno delo, izobraževanja, varovanje vnukov ipd.

#### 2.3.1.1 Tveganja za duševno zdravje starejših

Najpogostejši duševni motnji v starosti sta depresivna motnja in demenca. Za obe poznamo vrsto dejavnikov tveganja, ki jih prikazujeta Tabela 2.50, 2.51 in 2.52.

Tabela 2.50. Dejavniki tveganja za nastanek depresije v starosti.

Dejavnik	Tveganje	95 % interval
Žalovanje	3.3	1.7–4.9
Motnje spanja	2.6	1.9–3.7
Odvisnost od pomoči	2.5	1.6–4.8
Predhodne depresije	2.3	1.1–7.1
Kognitivne motnje	2.1	0.6–8.6
Nova bolezen	2.1	0.4–10.1
Bolezni	1.8	0.5–12.8
Živeti sam	1.7	0.6–4.7
Nižja izobrazba	1.5	0.8–2.8
Ženski spol	1.4	1.2–1.8
Nižji socialni status	1.2	0.5–3.7
Starost	1.2	0.9–1.7
Samski stan	1.0	0.8–1.3

Prilagojeno po »Dejavniki tveganja za nastanek depresije v starosti – meta-analiza« (Cole MG, Bellavance F. CMAJ 1997).

Najpomembnejši dejavnik tveganja za nastanek demence je višja starost. Ostali najpogosteje omenjeni dejavniki tveganja so navedeni v tabeli. Verjetno je tudi dolgotrajna depresija dejavnik tveganja za nastanek demence.

Tabela 2.51. Dejavniki tveganja za nastanke možganske kapi in depresije

Dejavnik	Tveganje	95 %interval
Starost (+5 let)	1.59	1.50–1.67
Moški	1.74	1.44-2.12
Kajenje	1.54	1.25-1.90
Diabetes	1.56	1.15–2.12
Depresija-izraziti simptomi	1.73	1.30-2.31
Depresija-blagi simptomi	1.25	1.02-1.52

Tabela 2.52. Dejavniki tveganja za nastanek vseh demenc in Alzheimerjeve demence ločeno (Patterson C, et al. Alzheimer's & Dementia 2007).

Dejavnik	Vse (RR)	Alzh. dem. (RR)
Visok pritisk	1,6	1,5-2,3
Sladkorna bolezen	2,8	2,0
Holesterol	3,1	2,1-3,1
Možganske kapi	2,4	1,8
TSH - znižan		3,5

### 2.2.1.2 Duševno zdravje starejših

Depresija je najpogostejša duševna motnja v starosti. Depresivnih je približno 15 odstotkov starejših (Petek Šter in Kersnik, 2004). Med obiskovalci splošne ambulante ima izrazito simptome depresije 14 odstotkov, blažje oblike pa dodatnih 26 odstotkov (Starina, 2001).

Depresija kaže na tesno prepletanje duševnega in telesnega. Razvije se pri najmanj 20 odstotkov bolnikov v prvem letu po možganski kapi, pogostejša je pri bolnikih s sladkorno boleznijo, kronično obstruktivno pljučno boleznijo in drugimi telesnimi boleznimi. Kar polovica pacientov s Parkinsonovo boleznijo zbolijo tudi za depresijo. Velja tudi obratno, da je depresija dejavnik tveganja za nastanek možganske kapi in verjetno tudi za nekatere druge telesne bolezni ter demenco. Obravnava starejšega bolnika z depresijo zato zahteva celosten pristop.

V Sloveniji nimamo primerne registra bolnikov z demenco, niti ni bila doslej opravljena nobena epidemiološka študija s katero bi prišli do zanesljivih podatkov o številu bolnikov. Kljub temu si lahko pomagamo s podatkih tujih raziskav, zlasti iz primerljivo razvitega področja Evrope, ob predpostavki, da v Sloveniji ni bistvene razlike v prevalenci demence.

Iz prevalenca demence v posameznih starostnih skupinah in števila prebivalcev lahko ocenimo predvideno število bolnikov z demenco v Sloveniji. Podatki o prevalenci demence se v različnih študijah nekoliko razlikujejo. Na to lahko vplivajo tudi različni metodološki dejavniki, kot na primer kriteriji za demenco. Dejstvo pa je, da vse raziskave potrjujejo eksponencialno rast prevalenca v starosti. Vsakih 5 let višja starost približno podvoji verjetnost za nastanek demence. Istočasno pa podaljševanje življenjske dobe prispeva k čedalje večjemu deležu starejših v celotni populaciji.

Upoštevajoč rezultate raziskave EuroCoDe (Tabela 2.53, ki je zajela doslej največjo populacijo, je v letu 2012 v Sloveniji že 30.000 bolnikov z demenco. Glede na predvidene trende gibanja populacije se bo njihovo število že v 10 letih povečalo za 40 odstotkov. Rezultati raziskave Kukull in sodelavcev (2002) omogočajo projekcije glede prevalence demence (Tabela 2.54).

Tabela 2.53. Prevalenca demence po starosti in spolu Prišteti je treba še primere pred 60. letom in za načrtovanje zdravstvene oskrbe še vse primere blage kognitivne motnje.

Starost	Moški (odstotkov)	Ženske (odstotko v)
60-64	0,20	0,90
65-69	1,80	1,40
70-74	3,20	3,80
75-79	7,00	7,60
80-84	14,50	16,40
85-89	20,90	28,50
90-94	29,20	44,40
95+	32,40	48,80

Vir: EuroCoDe

Tabela 2.54. Incidenca demence in ocenjeno število novih bolnikov glede na število prebivalcev in srednjo vrednost incidence, Slovenija, 2009

Starost	Incidenca /1000 prebivalcev letno	Št. prebivalcev v Sloveniji	Ocena št. bolnikov
65-69	5,39	99899	538
70-74	9,69	85297	827
75-79	13,52	71652	969
80-84	38,00	46713	1775
85-89	58,58	22034	1291
90+	89,39	6701	599
Skupaj 65+		332296	5999

Vir: Kukull WA et al., 2002

Delirij je v starosti običajno posledica istočasnega sovplivanja različnih dejavnikov, med katerimi so zlasti različne telesne bolezni in zdravila. Zaradi polimorbidnosti in polipragmazije lahko pričakujemo hitro naraščanje števila bolnikov z delirijem (Kogoj, 2008). Različni avtorji navajajo, da 10-30odstotkov starejših bolnikov v različnih splošnih in intenzivnih enotah bolnišnic prestane bolj ali manj izrazite oblike delirija. Bolniki z delirijem potrebujejo takojšno zdravstveno obravnavo in stalen nadzor.

Tabela 2.55. Razlogi prvih obiskov primarne in sekundarne zdravstvene mreže zaradi duševnih motenj po posameznih diagnozah, starostna skupina nad 65 let, Slovenija, 2010.

Duševne motnje (skupina)	Primarna raven			Sekundarna raven		
	Moški	Ženske	Skupaj	Moški	Ženske	Skupaj
F00-F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	2893	7171	10064	1411	2785	4196
F10-F19 Duševne in vedenjske motnje zaradi	724	353	1077	242	136	378



uživanja psihoaktivnih snovi							
F20-F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	440	898	1338	340	818	1158	
F30-F39 Razpoloženske [afektivne] motnje	1761	5606	7367	749	1983	2732	
F40-F48 Nevrotske, stresne in somatoformne motnje	2185	6893	9078	496	1358	1854	
F50-F59 Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami	1114	2263	3377	24	34	58	
F60-F69 Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi	38	53	91	30	31	61	
F70-F79 Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija)	76	131	207	49	63	112	
F80-F89 Motnje duševnega (psihološkega) razvoja	4	6	10	0	1	1	
F90-F98 Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otrošt	36	113	149	1		1	
Skupaj	9271	23487	32758	3342	7209	10551	

Vir: IVZ, ZUBSTAT 2010

Število opravljenih pregledov seveda ne odraža dejanskih potreb. Ocenjena incidenca za demenco v Sloveniji je 6000 primerov letno. Število prvih pregledov na sekundarni ravni zaradi demence pa je v istem letu 2048 za vse starejše, od tega je bilo 640 moških in 1408 žensk. Upoštevati je potrebno, da so nekateri bolniki pregledani pri nevrologu in psihiatru. Pregled pri specialistu nevrologu ali psihiatru je po navodilih ZZZS potreben za uvedbo zdravila.

Tabela 2.56. Razlogi obravnave v psihiatričnih bolnišnicah zaradi duševnih motenj po posameznih diagnozah, starostna skupina nad 65 let, Slovenija, 2010

Duševne motnje (skupina)	Hospitalizacije		
	Moški	Ženske	Skupaj
F00-F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	304	461	765
F10-F19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi	94	48	142
F20-F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	68	171	239
F30-F39 Razpoloženjske [afektivne] motnje	112	230	342
F40-F48 Nevrotske, stresne in somatoformne motnje	28	65	93
F60-F69 Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi	1	1	2
F70-F79 Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija)	2	4	6
Skupaj	609	980	1589

Vir: IVZ, BOLOB 2010.

### 2.3.2 Samomorilno vedenje v starosti

V skoraj vseh industrializiranih državah imajo moški, starejši od 75 let najvišjo stopnjo samomorilnosti med vsemi starostnimi skupinami. Slovenija še vedno sodi med države z največjim količnikom samomora (Grad, Kogoj, Trontelj, 2001). Čeprav ta v zadnjih letih postopoma upada, pa ravno pri starejših žal ostajamo v svetovnem vrhu. Standardizirana stopnja smrti (v nadaljnjem besedilu: SDR) pri starejših moških je približno dvakrat večja kot pri mlajših moških. Čeprav je pri starejših moških količnik trikrat večji kot pri starejših ženskah, pa je zadnji podatek še zlasti zaskrbljujoč, saj je pri starejših ženskah ta količnik bistveno višji kot v Evropski uniji in istočasno trikrat višji kot pri ostalih ženskah (Tabela 2.57).

Medtem ko je bil v letu 1999 SDR količnik za Evropsko unijo v celoti 11,8 (Tabela 2.48), je bil za Slovenijo 27,9, za starejše od 65 let v Sloveniji 45,3 in za starejše moške 96,0. V letu 2009 je bil SDR količnik za Evropsko unijo v celoti 10,3, za Slovenijo 18,7, za starejše od 65 let v Sloveniji 35,3 in za starejše moške 59,4 (WHO, 2012).

Tabela 2.57. Število umrlih zaradi samomora in incidenca samomora, starostna skupina nad 65 let, Slovenija, obdobje 2000 do 2010

leto	Število umrlih		Samomorilni količnik	
	157	VSI	65+	VSI
2000	150	588	56,3	29,7
2001	126	581	52,7	29,2
2002	157	546	43,1	27,4
2003	133	562	52,8	28,1
2004	141	514	43,6	25,9
2005	154	503	45,3	25,0
2006	130	529	48,7	26,3
2007	114	434	40,2	21,5
2008	122	409	34,5	20,1
2009	118	448	36,2	21,9
2010	157	416	34,8	20,3
2000 -2010	1502	5530	-	-

Vir: IVZ.

Tabela 2.58. SDR starejših in ostalih moških in žensk v Sloveniji glede na povprečje Evropske unije v letu 2009.

2009	Slovenija	EU	odstotkov glede na EU
Moški 0-64	27,1	15,2	178,0
Moški 65+	59,4	30,5	194,6
Ženske 0-64	5,7	4,0	142,6
Ženske 65+	20,6	7,9	262,1

Splošno sprejeto je dejstvo, da je v starosti bistveno manj samomorilnih poskusov na število samomorov.

Depresija je daleč najpomembnejši dejavnik tveganja za samomore v starosti. Po mnenju nekaterih je 75 odstotkov samomorov v starosti posledica motenj razpoloženja, ki pogosto niso prepoznane, jih pa lahko učinkovito zdravimo. Zato je nujno dobro prepoznavanje in uspešno zdravljenje depresije v starosti. Samomorilno ogroženi starejši redkeje uporabijo možnost klica v duševni stiski v primerjavi z mlajšimi, vendar tudi mnogi starejši obiščejo zdravnika v mesecu pred smrtjo. To pa nam skupaj z dejstvom, da so samomori v starosti običajno dolgo načrtovani, manj impulzivni in niso posledica trenutne odločitve, daje čas za primerne intervence, če je samomorilna ogroženost prepoznana.

Ostali dejavniki tveganja za samomor pri starostnikih so (Cattell, 2000; Conwell, Duberstein, Caine, 2000): višja starost in moški spol, živeti sam, ovdovelost, predhodni poskus samomora in osebnostna ranljivost. Telesne bolezni, bolečina in funkcijske prizadetosti povečajo tveganje, čeprav je njihov vpliv verjetno posreden prek depresije.

Tabela 2.59. Razlogi prvih obiskov primarne in sekundarne zdravstvene mreže ter bolnišnične obravnave zaradi samomorilnega vedenja, starostna skupina nad 65 let, Slovenija, 2010.

Duševne motnje (skupina)	Primarna raven			Sekundarna raven			Bolnišnične obravnave		
	Moški	Ženske	Skupaj	Moški	Ženske	Skupaj	Moški	Ženske	Skupaj
X60-X84 Namerno samopoškodovanje	79	70	149	16	25	41	22	18	40

VIR: IVZ, ZUBSTAT 2010, BOLOB 2010.

Na sekundarni ravni (zunaj bolnišnične in bolnišnične obravnave) smo v izračun vključili vse izvajalce in vse zdravstvene službe).

### 2.3.3 Stigma

V večini tako imenovanih razvitih držav je stigmatizirana že sama starost, saj ni ideal hitrosti, moči in lepote. Starejši so predstavljeni kot neproduktiven del družbe, ki samo povečuje stroške. Poleg vsega velja tudi vse, kar velja za stigmo glede duševnih motenj. Zato so starejši z duševno motnjo dvakrat stigmatizirani. Mnogi nasprotujejo obravnavi demence v sklopu duševnih motenj, saj so tako bolniki izpostavljeni večji stigmi. Poleg tega pa so tudi strokovno gledano demence področje nevrologije in psihiatrije.

## **2.3.4 Mreža izvajalcev programov in storitve za duševno zdravje starejših v okviru javne službe in obravnave v skupnosti**

Starejšim osebam je potrebno zagotoviti pomoč za njihove individualne potrebe. To je mogoče z boljšim sodelovanjem in povezovanjem različnih formalnih in neformalnih mrež (Strategija varstva starejših do leta 2010 – solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva; Zelena knjiga EU o odzivu na demografske spremembe, 2005; Leonska deklaracija UNECE: družba za vse generacije – izzivi in priložnosti, 2007).

### **2.3.4.1 Mreža izvajalcev programov in storitev promocije in preventive**

Specifične mreže izvajalcev za programe in storitve promocije in preventive duševnih motenj v starosti ni. Obstajajo občasni posamezni poskusi organiziranja strokovnih srečanj in srečanj za laično javnost, namenjenih spodbujanju preventive duševnih motenj v starosti v organizaciji nevladnih organizacij, psihiatričnih bolnišnic, zavodov za zdravstveno varstvo.

### **2.3.4.2 Mreža izvajalcev programov in storitev kurative in rehabilitacije**

#### **2.3.4.2.1 Osnovno zdravstveno varstvo**

Z dobro dostopnostjo do starejšega bolnika zaradi pogostih telesnih bolezni bi osnovno zdravstveno varstvo skupaj z patronažno službo lahko opravilo pomembno vlogo v presejanju in zdravljenju duševnih motenj v starosti in preprečevanju samomorilnosti. Smiselna in tudi cenovno učinkovita bi bila uvedba referenčnih ambulant, saj posamezni zdravniki kažejo interes za to področje, vendar je delo s starejšimi z duševno motnjo ob sedanjih normativih povsem nemogoče.

Žal pa so duševne motnje v starosti, zlasti depresija in demenca, na nivoju osnovnega zdravstva še vedno pogosto ne prepoznane. Upad kognitivnih funkcij, ki je posledica demence pretirano poenostavljeno in popolnoma zgrešeno preštevilni osebni zdravniki pripisujejo običajnim starostnim spremembam, ki jih ne ločijo od bolezenskih motenj.

#### **2.3.4.2.2 Ambulantna psihiatrična dejavnost**

Izjemno velike so razlike v številu obiskov starejših od 65 let zaradi duševne motnje na primarni in sekundarni ravni (na 1000 prebivalcev v letu 2009). Najmanj je obiskov na Savinjskem (primarna raven 18,6/ sekundarna 0), sledijo ji Goriška, Obalno-kraška regija in Podravje. Po drugi strani pa je zelo veliko obiskov v JV Sloveniji (220/125) in na Notranjsko-kraškem (247/99).

Le posamezni ambulantni psihiatri so se opredelili tudi za obravnavno bolnikov z demenco. Poleg tega se večina psihiatrov, ki opravljajo ambulantno psihiatrično dejavnost v okviru socialnovarstvenih zavodov (domov starejših občanov: v nadaljnjem besedilu: DSO), ne izobražuje redno iz strokovnih področij gerontopsihiatrije, niti niso večinoma zaposleni v gerontopsihiatričnih oddelkih, kjer bi lahko pridobili sodobno strokovno znanje za tako delo.

#### **2.3.4.2.3 Psihiatrična bolnišnična dejavnost**

Zelo velike so razlike v številu bolnišničnih obravnav zaradi duševne motnje (na 1000 starejših prebivalcev v letu 2009) po statističnih regijah (IVZ, 2011). Najmanjše število bolnišničnih obravnav je na Koroškem (2,7), sledijo ji Spodnjeposavska in Jugovzhodna Slovenija (3,1), Savinjska (3,4), Zasavska (4,3), Obalno-kraška (4,9), Pomurje in Podravje (6,6), Osrednjeslovenska (7,0), Goriška (8,2), Gorenjska (8,3) ter Notranjsko-kraška (10,1).

Delež hospitaliziranih starejših od 65 let (v letu 2009) se v psihiatričnih bolnišnicah pomembno razlikuje. Razlogi za to niso jasni, kažejo pa na izrazito neenakomerno dostopnost starejših do hospitalne obravnave. Najmanjši delež hospitaliziranih starejših je v Psihiatrični bolnišnici Vojnik, ki z 13,3 odstotkov izrazito izstopa, sledijo ji Psihiatrična klinika Ljubljana (18,6 odstotkov), Psihiatrični oddelek UKC Maribor (20,1 odstotkov), Psihiatrična bolnišnica Begunje (22,1 odstotkov), Psihiatrična bolnišnica Idrija (22,9 odstotkov) ter Psihiatrična bolnišnica Ormož (23,9 odstotkov) (IVZ, 2011).

Kot je razvidno iz zgoraj navedenih podatkov delež hospitalizacij starejših zaostaja za skoraj vsemi ostalimi psihiatričnimi ustanovami. Od leta 2000 do 2008 se je število obravnav starejših na Psihiatrični kliniki v Ljubljani sicer povečalo za 40,6 odstotkov, čeprav se je v tem času število starejših povečalo »le« za 19,4 odstotkov. Kljub temu povečanju potrebe še presegajo zmožnosti. Za populacijo približno 10.000 oseb z demenco, katerim je potrebno prišteti še vse ostale duševne motnje v starosti je na voljo 90 postelj. Formalno sicer imamo terciarne centre (na klinikah), ki pa (vsaj na Psihiatrični kliniki v Ljubljani) ne zmorejo zadostiti niti potrebam sekundarne ravni.

Tabela 2.60. Število bolnišničnih obravnav in število dni bolnišničnih obravnav po posameznem izvajalcu za starostno skupino nad 64 let, oba spola skupaj, Slovenija, 2010

	65+	
	Število obravnav	Število dni
4131 PB Begunje	184	5714
6001 UKC Ljubljana	0	0
7531 PB Ormož	228	5823
8051 UKC Maribor	197	4566
10715 PB Idrija	225	8676
11526 PK Ljubljana	546	31607
19290 PB Vojnik	209	4566
Skupaj	1589	60952

Vir: IVZ, BOLOB 2010.

Ker v Republiki Sloveniji v nasprotju z večino razvitih držav nimamo zdravnikov specialistov s področja geriatrije, je obravnava bolnikov z demenco večinoma v domeni psihiatrov, deloma nevrologov. V letu 2013 smo imeli zgolj 2 zdravnika šolana (več kot 1 leto) za klinično delo z bolniki z demenco, zgolj 1 z doktoratom znanosti iz področja demenc, 3 zdravnike, ki več desetletij delajo skoraj izključno na tem področju. Medicinske sestre oziroma tehniki niso posebno šolani za delo z bolniki z demenco, podobno velja za socialne delavce, fizioterapevte, delovne terapevte in druge (Delovna skupina za demence-RS, 2011).

Ob tem pa obstajajo zelo velike razlike v dostopnosti. V štirih psihiatričnih bolnišnicah so posebni oddelki namenjeni zdravljenju duševnih motenj v starosti. V dveh pa ločenih oddelkih za starejše ni. Psihiatri, ki se pretežno ukvarjajo s starejšimi so večinoma psihiatri, ki so zaposleni v gerontopsihiatričnih oddelkih (skupno 10). Poleg teh je le še ena psihiatrinja z gerontopsihiatrično ambulanto v ZD Maribor. Zelo majhen del ostalih nevrologov in psihiatrov (skupaj 25) načrtovano sprejema v obravnavo tudi bolnike z demenco, vendar ti predstavljajo manjši del obravnav.

Novi diagnostični kriteriji (npr. za Alzheimerjevo bolezen pa tudi za druge oblike demenc) ne slonijo več zgolj na klinični sliki in izključevanju nekaterih bolezni, temveč na sodobnih diagnostičnih možnostih, ki vključujejo slikovne metode, funkcijske metode in preiskave likvorja.

#### 2.3.4.2.4 Skupnostna psihiatrična obravnava

Skupnostne psihiatrične obravnave ciljane za duševne motnje v starosti v Sloveniji ni.

#### **2.3.4.2.5 Socialno varstveni zavodi in druge oblike organiziranega bivanja**

Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije je bilo leta 2010 v domovih za starejše 16.666 mest, v posebnih socialnovarstvenih zavodih pa 2511 (SURS, 2012). V nekaterih območjih Slovenije ostajajo čakalne dobe za sprejem v zavod razmeroma dolge. Spremembe starostne strukture so opazne tudi v domovih starejših občanov. Delež starejših od 75 let se je v domovih povečal iz 53odstotkov leta 1995 na 67 odstotkov leta 2006. Taki spremembi starostne strukture sledi tudi večje število oseb z demenco. Približno tretjina stanovalcev ima diagnozo demence. Dolga je že tradicija slovenskih domov, da imajo pogodbeno zaposlene psihiatre in tako približajo pomoč bolnikom. Osebam z demenco je namenjenih nekaj dnevnihih centrov v okviru domov starejših občanov ali kot samostojnih zavodov.

V domovih za starejše je okrog 30odstotkov oziroma najmanj 5700 bolnikov z demenco v različnih stadijih. Bolnike z demenco lahko sprejmejo vsi domovi za starejše, posebne oddelke za bolnike z demenco ima 72odstotkov domov, okoli 10odstotkov domov uporablja model stanovanjskih skupin. V primerjavi s primerljivimi storitvami razvitih držav EU je kadrovski normativ v naših domovih nižji, so pa izhodišča glede izobrazbe višja. Kadrovski normativ za kadre, ki izvajajo socialno oskrbo se je v zadnjem obdobju bistveno zvišal, vendar se v celoti še ni uveljavil, ker bi to zelo vplivalo na ceno storitve. V letu 2013 je ZZZS za domove starejših občanov zagotavljal 62 zdravniških ekip družinske medicine, dodatno najpogosteje specialista psihiatrije, enega na 2000 postelj. Za zaposlene v domovih se od leta 1998 organizirajo izobraževalni programi za delo z bolniki z demenco (Delovna skupina za demence pri Ministrstvu za zdravje, 2011).

#### **2.3.4.2.6 Nevladne organizacije na področju duševnega zdravja**

Demenca je bolezen, ki ne prizadene le bolnika. Neredko se znajdejo v celo hujši stiski svojci, ki spremljajo napredovanje bolezenskih sprememb in »duševno umiranje« bližnjega. Slovensko združenje za pomoč pri demenci - Spominčica v trinajstih različnih krajih po Sloveniji ponuja svojcem različne programe v podporo njihovi skrbi bližnjim z demenco, kot so izobraževalni programi, svetovalni telefon in skupine za samopomoč.

#### **2.3.4.2.7 Zaposlitvena rehabilitacija**

Zaposlitvena rehabilitacija za starejše z duševno motnjo v Sloveniji ne obstaja. Žal pa tudi ni sistemsko organiziranih primernih programov rehabilitacije, ki bi bili zlasti za bolnike z demenco in depresijo primerni. Obstajajo le omejeni poskusi v posameznih zdravstvenih in socialno-varstvenih ustanovah.

#### **2.3.4.2.8 Centri za socialno delo**

Koordinirana obravnava v skupnosti je vezana na izvajanje pomoči starejšim osebam, ki potrebujejo pomoč pri psihosocialni rehabilitaciji, vsakdanjih opravilih, urejanju življenjskih razmer in vključevanju v vsakdanje življenje na podlagi načrta obravnave.

V letu 2010 in 2011 je bilo opravljenih 49 koordinacij obravnave v skupnosti starejših oseb nad 65 let

Tabela 2.61. Število koordinatorjev obravnave v skupnosti v letu 2011, regije so opredeljene po načrtovani bodoči reorganizaciji CSD, starostna skupina nad 64 let , 2012.

	<i>št. obravnavanih oseb v letu 2010, 2011</i>
PRIMORSKA	11
GORENJSKA	5
LJUBLJANA	8
OBLJUBLJANSKA	3
ŠTAJERSKA	17
DOLENJSKA	5
KOROŠKA	3
POMURJE	0
skupaj	53

Vir MDDSZ

#### **2.3.4.2.8 Zastopniki pravic oseb na področju duševnega zdravja**

Zastopnik pravic oseb na področju duševnega zdravja je posameznik, ki varuje pravice, interese in koristi starejših oseb v varovanih oddelkih psihiatrične bolnišnice oz. Socialnovarstvenih zavodih, kjer so osebe zaradi svojih potreb nepretrgoma deležne posebne zaščite in varstva ter zavoda ne morejo zapustiti po lastni volji.

#### **2.3.6 Ocena potreb na področju duševnega zdravja starejših in opredelitev prednostnih področij**

Ugotavljamo, da so trenutno dostopni podatki za ugotavljanje duševnega zdravja in duševnih motenj pomanjkljivi in ne ustrezajo sprejetim mednarodnim kazalcem. Zato menimo, da bi potrebovali drugačen set rutinsko dostopnih podatkov in presečne raziskave v določenih časovnih razmikih. Takí podatki bodo omogočali tudi ustrežnejšo oceno potrebe in vpliv vseh implementiranih programov, dopolnitev in ukrepov na področju duševnega zdravja. Nabor kazalcev mora omogočati tudi evalvacijo obstoječih programov in služb, ki jih je potrebno spremljati glede na v naprej postavljene kriterije in standarde in v določenih časovnih intervalih opraviti evalvacijo učinkov in uspešnosti.

##### Prednostne naloge so:

- a. Vzpostavitev dostopnosti podatkov o kazalcih duševnega zdravja starejših in duševnih motenj – rutinskih in na določene časovne intervale.
- b. Določitev kazalcev, ki bodo omogočali spremljanje stanja in bodo omogočali mednarodne primerjave v populaciji starejših.

Glede na odgovornost več sektorjev (sociala, zdravstvo in drugi) je pomembno, da se zagotovi medsektorsko sodelovanje pri razvoju implementaciji in evalvaciji služb in programov, saj ocenjujemo, da so trenutno dostopne službe med seboj premalo povezane in zato manj učinkovite. Povezanost med posameznimi službami bi bilo potrebno okrepiti.

Prednostne naloge so:

- a. Izdelava in implementacija formalnih in vsebinskih podlag medsektorskega sodelovanja na vseh področjih
- b. Izdelava protokolov in navodil medresorskega sodelovanja
- c. Ustanovitev stalnega medresorskega telesa za pripravo operativnih aktov in skrb za njihovo implementacijo.

Na področju promocije duševnega zdravja in preventive duševnih motenj pri starostnikih ocenjujemo, da obstajajo naslednje potrebe:

Obstoječi programi promocije duševnega zdravja in preventive duševnih motenj pri starostnikih so maloštevilni in neenakomerno dostopni. Večina programov je usmerjena v varovanje telesnega zdravja. Starostniki predstavljajo pomemben delež socialnega kapitala vsake družbe, zato je nujno ohranjati njihovo zdravje.

Izboljšati moramo dostopnost do storitev varovanja duševnega starostnikov ter povečati osveščenost javnosti. Pomembni so programi promocije duševnega zdravja in preventive duševnih motenj v skupnosti, družini in posebej pri bolj ogroženih skupinah odraslih. Nujno je poenotenje nekaterih vsebin in pokritost vseh perečih vsebin, ki so na primer pridružene kronične telesne nenalezljive bolezni, zloraba in odvisnost od psihoaktivnih snovi, osamljenost, revščina, preprečevanje nasilja v družini. Obstoječi programi promocije telesnega zdravja in preprečevanja kroničnih nenalezljivih bolezni lahko dopolnimo z vsebinami varovanja duševnega zdravja.

Prednostne naloge so:

- a. Vzpostavitev registra obstoječih programov promocije duševnega zdravja in preventive duševnih motenj pri starostnikih.
- b. Vzpostavitev kriterijev za izvajanje, standarde in evalvacijo promocijskih in preventivnih programov za starostnike.
- c. Zagotovitev široke mreže izvajalcev ustreznih, evalviranih programov promocije zdravja in preventive z upoštevanjem medsektorskega sodelovanja in dopolnitvami sedanje mreže služb ter zagotovitev kakovostnih, varnih, dostopnih in učinkovitih storitev in programov promocije duševnega zdravja in preventive duševnih motenj za starostnike v različnih okoljih.

Na področju zdravljenja, rehabilitacije in socialne reintegracije poudarjamo hitro povečevanje števila starejših. Načrtovanju služb ni sledilo dejanskim potrebam in upoštevalo povečevanje števila starejših in povečevanje prevalence najpogostejše duševne motnje v tem obdobju, saj delež bolnikov z demenco narašča hitreje kot samo število starejših.

Že v obdobju naslednjih 10 let je predviden velik porast potreb (Kogoj, 2008). Najhitreje se bodo povečevale potrebe po nujnih hospitalizacijah starejših zaradi delirija (F05) (36,4 odstotkov), le nekoliko manj pa zaradi demenc (30,2 odstotkov). V nekaterih diagnostičnih skupinah bodo potrebe naraščale počasneje od števila starejših, še vedno pa bo porast pomemben: ostale organske duševne motnje (24,1 odstotkov), nevrotske, stresne in somatoformne motnje (20,2 odstotkov), depresija (19,1 odstotkov), motnje zaradi psihotropnih snovi (18,3 odstotkov) in shizofrenija (17,1 odstotkov).

Nespremenjene kapacitete v bolnišnicah pomenijo dejansko dezinstucionalizacijo, saj se relativno zmanjšujejo kapacitete. Ob nespremenjenih indikacijah za sprejem v bolnišnično zdravljenje bi potrebovali več posteljnih kapacitet. Namesto sedaj prevladujočega bolnišničnega zdravljenja, je bolj smiselno razvijati več izven bolnišničnih oblik pomoči, kot so dnevni oddelki, ambulantne obravnave, pomoč na domu (kjer je to glede na naravo bolezni mogoče). Za starostnike, ki zaradi narave duševne motnje nujno potrebujejo bolnišnično zdravljenje – to so zlasti bolniki z delirijem, ki zahtevajo celostno obravnavo, vključno z vsemi telesnimi boleznimi, je potrebno zagotoviti kakovostno obravnavo. Pričakujemo, da bodo na nujno bolnišnično zdravljenje s strokovnega



stališča prihajali starostniki s čedalje bolj zahtevnimi zdravstvenimi težavami, zato bo potrebnih več strokovnih kadrov na število sprejemov in boljša opremljenost.

Če bi vse preglede bolnikov z demenco opravili specialisti psihiatrije in nevrologije, ki bi porabili več kot 75 odstotkov svojega časa. Za delo z bolniki z demenco bi potrebovali 30 specialistov psihiatrije ali nevrologije kar predstavlja 10 odstotkov vseh specialistov psihiatrije in nevrologije. V tem primeru bi potrebovali več kot 20 novih za demenco izšolanih specialistov (Delovna skupina za demenco pri Ministrstvu za zdravje, 2011). Ocenjujemo, da je v obravnavo starostnikov z demenco pomembno vključiti primarno zdravstveno varstvo.

Socialno varstveni zavodi se v Sloveniji ustanovljajo za več namenov: za celodnevno varstvo oseb v zavodu, bivalni skupini, bivalnem stanovanju, za dnevno varstvo, za bivanje v varstveno-delovnem centru, za pomoč na domu, za kratkotrajne sprejeme, za izvajanje programov za zunanje uporabnike ipd. S širokim spektrom možnosti bo potrebno tudi v prihodnje slediti potrebam glede na demografske spremembe.

Starejši (tudi z duševnimi motnjami, vključno z demenco) večinoma ostajajo v domačem okolju. Spominčica – Slovensko združenje za pomoč pri demenci je nevladna organizacija, ki že več kot desetletje razvija in zagotavlja dejavnosti za osebe z demenco in njihove svojce, med drugim vzgojno-izobraževalne, informativne in podporne programe s katerimi vplivajo na boljšo kakovost življenja. Ima pomembno vlogo pri ozaveščanju javnosti. Ker s svojimi programi zajema le nekatere dele Slovenije bi bilo potrebno dejavnosti razvijati enakomerno v vseh regijah in na vseh ravneh zdravstvene in socialne dejavnosti, v lokalnih skupnostih in prostovoljnih organizacijah.

Organizacija paliativne oskrbe v Sloveniji ni sistematično urejena. Zagotavljajo jo posamezne zdravstveno-varstvene ustanove in društvo Hospic. Paliativna oskrba je namenjena posameznim ožjim skupinam bolnikov. Vlogo negovalnih bolnišnic pa dejansko opravljajo domovi starejših občanov, saj so kapacitete v obstoječih negovalnih bolnišnicah daleč pod potrebami. Ob tem pa tudi obstoječe negovalne bolnišnice niso prilagojene in pripravljene sprejemati bolnikov, ki imajo istočasno prisotno duševno motnjo – npr. demenco.

Delovna skupina Ministrstva za zdravje je v svojem zaključnem poročilu iz leta 2011 izpostavila demografske trende in specifične potrebe oseb s težavami demence in priporočila sprejetje posebnega nacionalnega programa za osebe z demencami in ustanovitev nacionalnega centra za demenco, ki bi v sodelovanju z drugimi zdravstvenimi ustanovami, vladnimi in nevladnimi organizacijami, učinkovito skrbel za vse večje število bolnikov z demenco.

#### Prednostne naloge so:

- a. Dopolnitev mreže ambulant za obravnavo starostnikov z duševnimi motnjami v povezavi s centri, ki zagotavljajo ustrezno diagnostiko ter referenčne ambulante.
- b. Dopolnitev služb s centri, ki zagotavljajo ustrezno diagnostiko in nujno bolnišnično zdravljenje
- c. Omogočiti, da negovalne bolnišnice sprejmejo osebe z demenco
- d. Omogočanje pomoči na domu
- e. Povečanje dostopnosti programov nevladnih organizacij

Na področju preprečevanja samomorilnega vedenja ugotavljamo, da je količnik samomora starostnikov za Slovenijo v svetovnem vrhu, zato so nujni takojšnji učinkoviti ukrepi:

- a) Sprejetje predpisov, ki omejujejo dostop do sredstev za izvedbo samomora.
- b) Razvoj in implementacija programov za zgodnje prepoznavanje nevarnosti samomorilnega vedenja in zgodnjega ukrepanja
- c) Razvoj in implementacija programov pomoči in aktivnega spremljanja za odraslo populacijo, ki je poskušala samomor
- d) Ozaveščanje splošne in strokovne javnosti o samomorilnem vedenju
- e) Razvoj in implementacija programov pomoči za svojce žrtev samomorilnega vedenja.

Na področju boja proti stigmati in socialni izključenosti ocenjujemo, da je stigmatiziranost zaradi duševnih motenj pereč problem tudi pri starostnikih. Mnogo starostnikov se sooča z izključenostjo in osamljenostjo.

Prednostna naloga je vzpostavitev programov za zmanjševanje stigme in socialne izključenosti na vseh ravneh.

### **2.3.6 Cilji, strategije in ukrepi za izboljšanje duševnega zdravja starostnikov**

Cilji, strategije in ukrepi posebej oštevilčeni, tako da se nazorno vidi, katera naloga v Akcijskem načrtu je povezana z njimi. Pri starostnikih smo izpostavili naslednje cilje:

**CILJ 1 Promocija duševnega zdravja in preventivna duševnih motenj**

**CILJ 2 Diagnostika, zdravljenje duševnih motenj, rehabilitacija in socialna reintegracija**

**CILJ 3 Preprečevanje samomorilnega vedenja**

**CILJ 4 Boj proti stigmati in socialni izključenosti pri**

**CILJ 5 Izobraževanje laične in strokovne javnosti o duševnem zdravju in Raziskovanje na področju duševnega zdravja**

**CILJ 1 (C1) Promocija duševnega zdravja in preventivna duševnih motenj**

**Strategija 3 (S3) Promocija duševnega zdravja in preventivna duševnih motenj pri starejših**

#### **Ukrepi:**

- A. Povečanje zavedanja pomena duševnega zdravja starostnikov na individualni ravni in v različnih okoljih. Povečanje razumevanja duševnega zdravja in povečanje zavedanja pomena pozitivnega duševnega zdravja in varovanja duševnega zdravja. Oblikovanje programov promocije, ki bodo vključevali zavedanje vpliva dobrega duševnega zdravja na kvaliteto življenja in produktivnost.
- B. Vpeljevanje učinkovitih promocijskih programov v vseh okoljih s poudarkom na krepitvi varovalnih dejavnikov (kot so dobra samopodoba, odločanje in veščine učinkovitega reševanja problemov, asertivnost, strategije spoprijemanja s stresom, komunikacija, aktivno preživljanje prostega časa, oblikovanje zdravih navad, krepitev socialnega omrežja). Varovanje duševnega zdravja starostnikov.
- C. Razvoj novih, razširitve in dopolnitve obstoječih programov, ter evalvacija promocijskih programov, ki so namenjeni starejšim.
- D. Razširitev obstoječih spletnih strani in oblikovanje novih spletnih strani o zdravju za starostnike.
- E. Povečanje zavedanja pomena duševnega zdravja na strukturni ravni in ravni politik.
- F. Ozaveščanje odločevalcev na vseh področjih o pomenu duševnega zdravja.
- G. Spodbujanje in grajenje zdravih skupnosti.
- H. Korenite spremembe zakonodaje tako na zdravstvenem, pravosodnem in socialnem področju.

- I. Povečanje razumevanja pomena preprečevanja duševnih motenj v vseh okoljih. Oblikovanje programov preventive, ki bodo vključevali vse dostopne dejavnike tveganja in varovalne dejavnike.
- J. Vpeljevanje učinkovitih preventivnih programov v vsa okolja. Spodbujanje programov za reševanje in obvladovanje dejavnikov, ki predstavljajo tveganje za razvoj duševne motnje pri starejših (osamljenost, nasilje v družini, zlorabe psihoaktivnih snovi, revščina) Identifikacija skupin z večjim tveganjem za razvoj duševne motnje pri starejših ter pomoč svojcem in programi za skupine z večjim tveganjem. Vpeljevanje dejavnosti za zmanjševanje tveganja za razvoj demence: aktivnosti za ohranjanje spoznavnih sposobnosti, informiranje o zmanjševanju vpliva dejavnikov tveganja za razvoj demence. Vpeljevanje dejavnosti za zmanjševanje tveganja za razvoj depresije: ozaveščanje o procesu žalovanja, skupine za samopomoč pri žalovanju, službe za pomoč ob žalovanju. Vpeljevanje dejavnosti za prepoznavanje tveganega pitja in nevarnosti pri samozdravljenju ter uživanju psihotropnih substanc.
- K. Razvoj novih, razširitve in dopolnitve obstoječih programov, ter evalvacija preventivnih programov, ki so namenjeni starejšim. Identifikacija skupin z večjim tveganjem za razvoj duševne motnje vedenja v starosti ter pomoč svojcem.
- L. Ozaveščanje politikov vseh sektorjev o pomenu preventive duševnih motenj.
- M. Korenite spremembe zakonodaje na zdravstvenem, pravosodnem in socialnem področju

## **CILJ 2 (C2) Zdravljenje duševnih motenj, rehabilitacija in socialna reintegracija**

### ***Strategija 6 (S6) Zdravljenje duševnih motenj, rehabilitacija in socialna reintegracija pri starejših***

#### **Ukrepi:**

- A. Povečevanje znanja starostnikov o različnih oblikah pomoči, vključevanje vsebin o duševnih motnjah v obstoječe programe zgodnjega prepoznavanja kroničnih nenalezljivih bolezni.
- B. Izboljšanje diagnostike za zgodnje prepoznavanje simptomov in znakov duševnih motenj pri starejših na vseh ravneh obravnave.
- C. Omogočanje zgodnje obravnave duševnih motenj pri starejših z izboljšanjem triaže in dostopnosti pomoči za zgodnje zdravljenje duševnih motenj (izboljšati regionalno pokritost z ambulantnimi psihiatri in nevrologi specializiranimi za obravnavo duševnih motenj pri starostnikih, s posebnim poudarkom na demencah, dispanzersko metodo dela, liazonsko psihiatrijo in skupnostno psihiatrijo).
- D. Korenite spremembe zakonodaje na zdravstvenem, pravosodne in socialnem področju.
- E. Povečevanje znanja splošne populacije in strokovne javnosti o različnih oblikah pomoči.
- F. Povečanje zavedanja pomena zgodnjega odkrivanja duševnih motenj in iskanja pomoči.
- G. Izboljšanje zgodnjega prepoznavanja simptomov in znakov duševnih motenj zlasti kognitivnega upada, depresije in delirija (uporaba presejalnih metod za kognitivne funkcije in razpoloženje v primarnem zdravstvu, prepoznavanje simptomov delirija s strani specialistov drugih strok, prepoznavanje porušenega stika z realnostjo s strani svojcev, preventivni patronažni obiski, skupnostne psihiatrične intervencije, izobraževanje svojcev in širše javnost, s pomočjo svetovalnih linij, tehnik telemedicine in samoocenjevalnih tehnik, spletnih strani namenjenih izključno tej problematiki). Poseben poudarek je na zgodnjem prepoznavanju demence, depresije in delirija.

- H. Izboljšanje triaže in zgodnje zdravljenje novo nastalih duševnih motenj in poslabšanj že prepoznanih. Povečana dostopnost metod za zgodnjo diagnostiko: slikovne in druge sodobne metode.
- I. Povečanje dostopnosti metod za diferencialno diagnostiko in ustanovitev centrov za laboratorijsko diagnostiko različnih vzrokov demence. Zgodnje obravnava blage kognitivne motnje, blagih oblik demence. Zgodnja obravnava distimije, podprazne depresije, mešane anksiozno depresivne motnje, s stresom povezanih, motenj spanja in drugih psihičnih motenj.
- J. Nujna obravnava starostnikov s predelirantnimi znaki in simptomi. Demenca: referenčne ambulate družinske medicine, specialistične ambulate, centri za obravnavno kognitivnih motenj (ambulate in oddelki z enakomerno dostopnostjo po Sloveniji), terciarni center za obravnavno demenc (za celotno Slovenijo zadošča en center), specializirane diplomirane medicinske sestre. Depresija in druge duševne motnje v starosti: ambulate družinske medicine, specialistične in gerontopsihiatrične in druge subspecialistične ambulate (npr. ambulanta za samomorilno ogrožene starejše), dnevni gerontopsihiatrični oddelki, gerontopsihiatrični oddelki bolnišnic, terciarni center, specializirane diplomirane medicinske sestre. Delirij: primerne enote za intenzivno zdravstveno oskrbo bolnikov z delirijem. Dostopnost metod za diferencialno diagnostiko. Obravnava v skupnosti, ki jo izvajajo centri za socialno delo.
- K. Dostopnost učinkovitega in kontinuiranega zdravljenja in povezave med bolnišničnim in ambulantnim zdravljenjem.
- L. Povečanje dostopnosti rehabilitacijskih in reintegracijskih programov a osebe z resnimi duševnimi motnjami.
- M. Skupnostna psihiatrična obravnava
- N. Obravnave v skupnosti, ki jo izvajajo centri za socialno delo
- O. Povečanje dostopnosti svetovalne dejavnosti. Demenca: Izobraževalni programi, svetovalni telefon, skupine za samopomoč, pomoč na domu in drugi programi za bolnike in svojce. Specializirane diplomirane medicinske sestre (posvetovalnice, patronažna služba) za bolnike z demenco. Razvoj specializirane skupnostne psihiatrije namenjene obravnavi starostnikov s psihičnimi motnjami. Pomoč osebam po zaključku bolnišničnega zdravljenja ali po obravnavi v specialističnih ambulantah. Depresija in druge duševne motnje v starosti: sistem spremljanja oseb po poskusu samomora, možnost telefonskega posvetovanja zdravnikom, skupine za samopomoč, pomoč na domu. Delirij: možnost telefonskega posvetovanja z zdravnikom, sistem spremljanja oseb po deliriju.
- P. Izboljšanje dolgotrajne oskrbe v institucijah, dostopnost zdravstvene oskrbe, zagotavljanje varnosti
- Q. Sodelovanje med različnimi strokami
- R. Programi nevladnih organizacij
- S. Skupnostna psihiatrična obravnava, pomoč na domu
- T. Vzpostavitev varovanih oddelkov v posebnih socialnovarstvenih zavodih, kamor bodo nameščene osebe s težavami v duševnem zdravju na podlagi sklepa sodišča. Izboljšanje dolgotrajne oskrbe v institucijah. Sodelovanje med različnimi strokami. Spodbujanje dolgotrajne oskrbe v skupnosti, pomoč na domu. Programi nevladnih organizacij

### **CILJ 3 (C3) Preprečevanje samomorilnega vedenja**

## ***Strategija 9 (S9) Preprečevanje samomorilnega vedenja pri starejših***

### **Ukrepi:**

- A. Različne oblike posredovanja informacij o samomorilnem vedenju ter njegovem preprečevanju pri odrasli populaciji (predavanja, tematske delavnice, strokovna srečanja in medijski nastopi, kampanje, itd.) laični in strokovnim javnostim.
- B. Smernice medijem za poročanje o samomoru.
- C. Identifikacija skupin z večjim tveganjem za razvoj samomorilnega vedenja pri starostnikih in napotitev na ustrezno obravnavo ter pomoč svojcem
- D. Povečanje dostopnosti programov učinkovite, proaktivne in dolgotrajne pomoči po poskusu samomora pri starostnikih
- E. Povečanje pomoči družini in ožji okolici ob samomorilnem vedenju.
- F. Formalne podlage in organizacijski ukrepi za omejevanje dostopa do sredstev (varno okolje)

## **CILJ 4 (C4) Boj proti stigmati in socialni izključenosti**

### ***Strategija 12 (S12) Boj proti stigmati in socialni izključenosti pri starejših***

### **Ukrepi:**

- A. Programi za zmanjševanje vpliva stigmatizacije pri odrasli populaciji. Programi destigmatizacije z vključitvijo uporabnikov v procese izobraževanja in promocije
- B. Programi izboljšanja socialne vključenosti: spodbujanje socialne vključenosti odraslih z duševnimi motnjami. Izboljšanje sožitja med generacijami: spodbujanje priprav prireditev v soorganizaciji osnovnih in srednjih šol ter domov starejših občanov. Spodbujanje usmerjenih skupin za samopomoč.

## **CILJ 5 (C5) Izobraževanje laične in strokovne javnosti o duševnem zdravju in Raziskovanje na področju duševnega zdravja**

### ***Strategija 13 (S13) Izobraževanje laične in strokovne javnosti o duševnem zdravju***

### **Ukrepi:**

- A. Izobraževanje strokovne in laične javnosti o duševnem zdravju, preprečevanju in zdravljenju duševnih motenj in preprečevanju samomorilnega vedenja pri odrasli populaciji: publikacije, tiskana in elektronska gradiva, predavanja za splošno javnost, akcije nevladnih organizacij,
- B. Izobraževanja strokovnih delavcev zdravnikov, pedagoškega kadra, svetovalnih delavcev, socialnih delavce. Vključevanje vsebin o psihičnih motnjah v starosti v vsebine šolskih programov: spodbujanje raziskovalnih nalog za srednješolce na temo demence/depresije in drugih duševnih motenj v starosti,

## **CILJ 5 (C5) Raziskovanje na področju duševnega zdravja**

### ***Strategija 14 (S14) Raziskovanje na področju duševnega zdravja***

### **Ukrepi:**

- A. Ciljni raziskovalni programi, bilateralni raziskovalni programi, raziskovalni projekti, raziskovalni programi, zbiranje podatkov za pripravo ciljnih nacionalnih programov (za področje proučevanja duševnih motenj in področje samomorilnega vedenja pri otrocih in mladostnikih) in za posodobitev obstoječega nacionalnega programa.
- B. Zagotoviti prenos raziskovalnih izsledkov v prakso in njihovo uresničevanje, zagotoviti izmenjavo znanja med domačimi in tujimi strokovnjaki.
- C. Evalvacija politik, posameznih programov, projektov.
- D. Spodbujanje raziskovalnega dela: ciljni raziskovalni programi, bilateralni raziskovalni programi, raziskovalni projekti, raziskovalni programi, zbiranje podatkov za pripravo ciljnih nacionalnih programov (za področje proučevanja demenc in področje samomorilnega vedenja) in za posodobitev obstoječega nacionalnega programa.

Viri:

1. European Commission. The state of mental health in the European Union. Bruxelles: European Commission, 2004.
2. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, Ustün TB, Wang PS. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2009;18(1):23-33.
3. Konvencija o pravicah invalidov. 6.7.2012 iz spletne strani: <http://www.dccd.nl/reader/pdf/A3/CRPD-Slovenian.pdf>
4. OECD indicators. Najdeno 1. 7. 2012 na spletni strani: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/countries/slovenia/>,
5. Resolucija o Nacionalnem programu duševnega zdravja (osnutek) Slovenija. Najdeno 1. Julija 2012 na spletni strani: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna\\_razprava\\_2011/resoluc\\_dusevno\\_zdravje/Resolucija\\_dusevno\\_zdravje\\_060411.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna_razprava_2011/resoluc_dusevno_zdravje/Resolucija_dusevno_zdravje_060411.pdf)
6. Semrau M, Barley EA, Law A & Thornicroft G. Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry* 2011;10:217-225
7. Sholman B, Heilä H, et al. (2007). Reductions in postdischarge suicide after deinstitutionalization and decentralization: a nationwide register study in Finland. *Psychiatr Serv.* 58(2):221-6.
8. Thornicroft G & Tansella M. Components of modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care Overview of systematic evidence. *British Journal of Psychiatry* 2004; 185: 283-290.
9. Thornicroft G, et al. Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry* 2010;9:67-77.
10. Thornicroft G, et al. Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry* 2010;9:67-77.
11. Thornicroft G, Tansella M. What are the arguments for community based mental health care? Copenhagen 2003. WHO Regional Office for Europe, 2003.
12. While D, Harriet Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J, Appleby L, Kapur N. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997–2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *The Lancet* 2012; 379(9820): 1005-12 )
13. WHO/WONCA. Integrating mental health into primary care: A global perspective. Geneva 2008.
14. World Health Organization. European health for all database, Geneva 2009.
15. World Health Organization. Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.
16. World Health Organization. Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.
17. World Health Organization. Resolution The European Mental Health Action Plan, 2013.

### 3. AKCIJSKI NAČRT NPDZ

#### 1. NALOGE, KI PODPIRAJO IMPLEMENTACIJO NPDZ, IZDELAVA PROTOKOLOV, MERIL IN NORMATIVOV

Akcijski načrt NPDZ (v nadaljnjem besedilu: AN) določa naloge, ki podpirajo implementacijo NPDZ. Zaradi trenutne gospodarske situacije AN ne predvideva dodatnih sredstev.

##### 1.1 Naloge ki podpirajo implementacijo

###### 1.1.1 Opredelitev pravil izvedbe NPDZ - naloga koordinacijske skupine (C 1-5; S 1-14)

###### Opis naloge:

Izdelava krovnega protokola po področjih in glavnih nosilcih in nadzor nad izvajanjem posameznih nalog tako glede vsebine kot tudi glede terminskega načrta

###### Odgovorni nosilec (sodeluje z):

NIJZ (MZ MDDSZ, MIZŠ, RSK za psihiatrijo, RSK za klinično psihologijo, NVO, Odbor psihiatričnih bolnišnic, psihiatrične bolnišnice, Združenje psihiatrov, Katedra za psihiatrijo MF v Mariboru, Katedra za psihiatrijo MF v Ljubljani, Sekcija za otroško in mladostniško psihiatrijo pri zdravniškem društvu, specifične delovne skupine)

###### Koristi (posledice) oziroma kazalniki:

Neposredni učinek	Rezultat:	Učinek:	Vpliv:
Pridobitev dodatnih podatkov za natančnejšo opredelitev nekaterih nalog AN (posebej označeno) in usklajeno, objektivno in sprejemljivo ocenjevanje vpliva nacionalnega programa in drugih relevantnih dogajanj v družbi.	Opravljen naloge glede na terminski in vsebinski načrt - elaborat, zapisniki in poročila.	Vsakoletna evalvacija implementacije NPDZ.	Bolj učinkovita implementacija NPDZ tudi na podlagi rezultatov začetnih dejavnosti.

###### Stroški:

Osnova za izračun stroškov:

- Pogodbeno delo 12,30 na uro (vir: Pravilnik o plačilih članom delovnih teles in posameznim strokovnjakom).
- Plačilni razred, bruto plača za 1 FTE, VII stopnja izobrazbe, 2189,84.

Specifikacija stroškov: 1 FTE nova zaposlitev, 3 zunanji pogodbeni sodelavci s VII. stopnjo izobrazbe 10 ur dela mesečno.

Vir: Državni proračun (finančne posledice ZDZdr)

###### Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih:

Leto	Naloga:	Kazalniki:	Stroški:
2014	Izdelava krovnega protokola za vseh 5 let: 1. za izvedbo posameznih nalog; 2. vsebinske in časovne uskladitve med posameznimi nalogami; 3. za evalvacijo, nadzor. Za leto 2014 vsebinska in terminska koordinacija posameznih nalog AN.	Izdelani protokoli in število opravljenih in neopravljenih nalog. Dnevi zaostankov glede na terminski načrt. Izdelava nadzornih inštrumentov v zvezi z izvajanjem nalog nacionalnega programa-kontroling.	0
2015	Za leto 2015 vsebinska in terminska	Število opravljenih in število	0



	koordinacija posameznih nalog AN.	neopravljenih nalog. Dnevi zaostankov glede na terminski načrt.	
2016	Za leto 2016 vsebinska in terminska koordinacija posameznih nalog AN.	Število opravljenih in število neopravljenih nalog. Dnevi zaostankov glede na terminski načrt.	0
2017	Za leto 2017 vsebinska in terminska koordinacija posameznih nalog AN.	Število opravljenih in število neopravljenih nalog. Dnevi zaostankov glede na terminski načrt.	0
2018	Za leto 2018 vsebinska in terminska koordinacija posameznih nalog AN.	Število opravljenih in število neopravljenih nalog. Dnevi zaostankov glede na terminski načrt.	0

### **1.1.2 Priprava Strategije za promocijo duševnega zdravja z aktivnostmi (C 1; S 1-3)**

#### **Opis naloge:**

Izdelava strateškega dokumenta promocije duševnega zdravja s posameznimi aktivnostmi, ki vsebuje: opredelitev promocije duševnega zdravja; pregled in razvoj politik za promocijo duševnega zdravja; opredelitev medsektorskega sodelovanja v promociji; oblikovanje celovite strategije za promocijo duševnega zdravja za vse ciljne skupine. Dokument je podlaga za posebej označene naloge AN.

#### **Odgovorni nosilec (sodeluje z):**

NIJZ, MZ MDDSZ, MIZŠ, RSK za psihiatrijo, RSK za klinično psihologijo, NVO, Odbor psihiatričnih bolnišnic, psihiatrične bolnišnice, Združenje psihiatrov, Katedra za psihiatrijo MF v Mariboru, Katedra za psihiatrijo MF v Ljubljani, Sekcija za otroško in mladostniško psihiatrijo pri zdravniškem društvu, specifične delovne skupine, Inštitut za socialno varstvo, FSD, Skupnost centrov za socialno delo, Socialnovarstveni zavodi (SCSD in SSVZ)

#### **Koristi (posledice) oziroma kazalniki:**

<b>Neposredni učinek</b>	<b>Rezultat:</b>	<b>Učinek:</b>	<b>Vpliv:</b>
Strateški dokument na področju promocije duševnega zdravja, ki služi tudi za natančnejšo opredelitev nekaterih nalog AN (posebej označeno).	Uvajanje pristopa Zdravje v vseh politikah. Povečano prepoznavanje pomena duševnega zdravja.	Izboljšanje duševnega zdravja populacije. Zmanjšanje bremena duševnih bolezni. Zmanjšanje prezgodnje umrljivosti.	Večja kakovost življenja. Daljše trajanje pričakovanega življenja v zdravju.

#### **Stroški:**

Osnova za izračun stroškov:

Specifikacija stroškov:

- stroški organizacije 20 sestankov v dveh letih z 10 strokovnjaki, Sejnine 16,00 (vir: Pravilnik o plačilih članom delovnih teles in posameznim strokovnjakom).
- 

**Vir:** Državni proračun (finančne posledice ZDZdr)

#### **Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih:**

<b>Leto</b>	<b>Naloga:</b>	<b>Kazalniki:</b>	<b>Stroški:</b>
2014	Izdelava strateškega dokumenta za delovanje na področju promocije duševnega	izdelan strateški dokument. Zapisniki sestankov.	0

	zdravja, ki je podlaga za naloge promocije v tem dokumentu in širše. Strateški dokument izdelava skupina strokovnjakov in ga v potrditev pošlje vsem formalnim in neformalnim skupinam.		
2015	Diskusija pripravljenega strateškega dokumenta v različnih javnostih in vnašanje dodatnih vsebin v pripravljen strateški dokument.	Popravljen strateški dokument, zapisniki sestankov, poročila okroglih miz in drugih predstavitev strateškega dokumenta. Odzivi različnih javnosti.	0
2016	-	-	-
2017	-	-	-
2018	-	-	-

## 1.2 Izdelava protokolov, meril in normativov

### 1.2.1 Področni protokoli za medsektorsko sodelovanje (C2-3; S4-9)

#### Opis naloge:

Izdelava področnih protokolov, ki opredeljujejo: način sodelovanja, vsebino, nadzor, vlogo posameznih strok in kadrov, reševanje sporov. (Služi kot podlaga za določene naloge NPDZ AN in delo različnih strokovnih skupin). Protokoli predstavljajo temelje za implementacijo algoritmov in smernic za obravnave posameznih kliničnih entitet.

#### Odgovorni nosilec (sodeluje z):

NIJZ (MZ, MDDSZ, MIZŠ, RSK za psihiatrijo, RSK za klinično psihologijo, NVO, Odbor psihiatričnih bolnišnic, psihiatrične bolnišnice, Združenje psihiatrov, Katedra za psihiatrijo MF v Mariboru, Katedra za psihiatrijo MF v Ljubljani, Sekcija za otroško in mladostniško psihiatrijo pri zdravniškem društvu, specifične delovne skupine, Skupnost centrov za socialno delo, Skupnost socialnovarstvenih zavodov, Skupnost organizacij za usposabljanje)

#### Koristi (posledice) oziroma kazalniki:

Neposredni učinek	Rezultat:	Učinek:	Vpliv:
Protokol medsektorskega sodelovanja, ki služi tudi za natančnejšo opredelitev nekaterih nalog NPDZ AN (posebej označeno) in širše.	Protokol je osnovni dokument, ki podpira naloge, ki si vsebinsko sledijo in so odvisne predvsem od dobrega in učinkovitega medsektorskega sodelovanja - npr. mreža služb in sodelovanje z drugimi mrežami.	Krajše čakalne dobe, manjše podvajanje storitev, krajše hospitalizacije, za 1 odstotkov manj hospitalizacij (akutne bolnišnične obravnave).	Večja stroškovna učinkovitost zdravstveno-varstvenih in socialnovarstvenih storitev.

#### Stroški:

Osnova za izračun stroškov:

- Specifikacija stroškov: stroški organizacije 20 sestankov v prvem letu z 20 strokovnjaki, sejnine 16,00 (vir: Pravilnik o plačilih članom delovnih teles in posameznim strokovnjakom).

**Vir:** Državni proračun (finančne posledice ZDZdr)

## Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih:

Leto	Naloga:	Kazalniki:	Stroški:
2014	Izdelava protokolov medsektorskega sodelovanja, ki opredeljujejo način, vsebino, vlogo in pristojnosti posameznih strok in kadrov, nadzor, reševanje sporov med posameznimi deležniki, obravnava posebej ogroženih skupin in posebej zapletenih primerov in otrok. Posredovanje predloga na pristojne inštitucije in forume ter druge zainteresirane skupine ter civilna združenja.	Zapisniki sestankov. Izdelani in ustreznim organom ter inštitucijam posredovani protokoli. Zbrane pripombe in odzivi.	0
2015	-	-	0
2016	-	-	0
2017	-	-	0
2018	-	-	0

### 1.2.2 Normativi za vse zdravstvene službe in kadre, nadzor kakovosti izvajanja storitev (C 4; S 1, S 2)

#### Opis naloge:

Izdelava predloga pristojnosti vseh kadrov, normativov glede kadrov, strukture storitev (področni dogovor oziroma aneks k področnemu dogovoru), flexicurity kot projekt, financiranje timov, supervizija. (Služi kot podlaga za določene naloge NPDZ AN). Izdelava predloga načina vzpostavljanja nadzora nad kakovostjo storitev.

#### Odgovorni nosilec (sodeluje z):

NIJZ (MZ MDDSZ, MIZŠ, RSK za psihiatrijo, RSK za klinično psihologijo, NVO, Odbor psihiatričnih bolnišnic, psihiatrične bolnišnice, Združenje psihiatrov, Katedra za psihiatrijo MF v Mariboru, Katedra za psihiatrijo MF v Ljubljani, Sekcija za otroško in mladostniško psihiatrijo pri zdravniškem društvu, specifične delovne skupine)

#### Koristi (posledice) oziroma kazalniki:

Neposredni učinek	Rezultat:	Učinek:	Vpliv:
Oblikovanje predloga pristojnosti vseh kadrov in predlog normativov za vse službe in kadre je širšega pomena. Predlog se uporabi tudi za natančnejšo opredelitev nekaterih nalog v AN (posebej označeno). Izdelava predloga načina vzpostavljanja nadzora kakovosti storitev.	Normativ omogoči v nadaljevanju nalog AN načrtovati službe v mreži. Načini zagotavljanja kakovosti bodo pripomogli k večji učinkovitosti, dostopnosti, kontinuiranosti in varnosti služb.	Bolj dostopna in učinkovita obravnava tudi v regijah, kjer je sedaj pomanjkanje služb.	Izboljšanje zdravja populacije.

#### Stroški:

Osnova za izračun stroškov:

- Specifikacija stroškov: stroški organizacije 30 sestankov v dveh letih z 10 strokovnjaki. Sejnine 16,00 (vir: Pravilnik o plačilih članom delovnih teles in posameznim strokovnjakom).

Vir: Državni proračun (finančne posledice ZDZdr)

## Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih:

Leto	Naloga:	Kazalniki:	Stroški:
2014	Izdelava predloga normativov za vse službe in kadre ter Posredovanje predloga na pristojne inštitucije in forume ter druge zainteresirane skupine ter civilna združenja.	Zapisniki sestankov. izdelani in posredovani predlogi. Zbrane pripombe in odzivi.	0
2015	Izdelava predloga nadzora kakovosti izvajanja storitev. Posredovanje predloga na pristojne inštitucije in forume ter druge zainteresirane skupine ter civilna združenja.	Zapisniki sestankov. izdelani in posredovani predlogi. Zbrane pripombe in odzivi.	0
2016	-	-	-
2017	-	-	-
2018	-	-	-

### **1.2.3 Normativi za različne modalitete dolgotrajne oskrbe in socialne reintegracije in uskladitev financiranja (C 2, C 4; S 4-6, S 10-12)**

#### **Opis naloge:**

Izdelava predloga normativov oblikam dolgotrajne oskrbe in socialne reintegracije. (Služi kot podlaga za določene naloge NPDZ AN)

#### **Odgovorni nosilec (sodeluje z):**

Komisija pri MDDSZ (Skupnost socialnovarstvenih zavodov Slovenije, Skupnost organizacij za usposabljanje, ZZSZ, NVO)

#### **Koristi (posledice) oziroma kazalniki:**

Neposredni učinek	Rezultat:	Srednjeročni učinek:	Vpliv:
Oblikovanje predloga poenotenja bivalnih skupin glede normativov, ocenjevanja potreb in financiranja in se uporabi tudi za natančnejšo opredelitev nekaterih nalog AN (posebej označeno).	Odpravljanje dolgotrajne neskladja med posameznimi oblikami dolgotrajne oskrbe v skupnosti in je podlaga za razvoj novih oblik dolgotrajne oskrbe oseb z duševno motnjo, ki potrebujejo organizirano obliko bivanja	Podlaga za razvoj novih oblik dolgotrajne oskrbe in socialne reintegracije.	Izboljšanje zdravja in kvalitete življenja populacije.

#### **Stroški:**

Osnova za izračun stroškov:

- Specifikacija stroškov: stroški organizacije 20 sestankov v enem letu z 10 strokovnjaki. Sejnine 16,00 (vir: Pravilnik o plačilih članom delovnih teles in posameznim strokovnjakom).

**Vir:** Državni proračun (finančne posledice ZDZdr)

#### **Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih:**

Leto	Naloga:	Kazalniki:	Stroški:
2014	izdelava predloga poenotenja normativov glede statusa bivalnih skupin, glede financiranja in določanja potreb oseb, ki v	Zapisniki sestankov. Pripravljen predlog normativov. Posredovanje predloga. Odzivi različnih	0

	njih bivajo. Posredovanje predloga na pristojne inštitucije in forume ter druge zainteresirane skupine ter civilna združenja.	zainteresiranih subjektov.	
2015	-	-	0
2016	-	-	0
2017	-	-	0
2018	-	-	0

## 2. MREŽA SLUŽB ZA DUŠEVNO ZDRAVJE S Poudarkom NA NOVIH KAPACITETAH IN DOPOLNITVAH SEDANJIH SLUŽB

### 2.1. Službe za duševno zdravje s poudarkom na promociji in preventivi

#### 2.1.1 Mreža razvojnih ambulant (C1, S1)

##### Opis naloge:

Dopolnitev timov obstoječe mreže razvojnih ambulant. Okrepljeni timi z dodatnimi psihologi, socialnimi delavci in specialnimi pedagogi omogočajo celostno obravnavo otrok z dejavniki tveganja za razvoj in z razvojnimi motnjami in s tem izvajajo iz vidika duševnega zdravja selektivno in indicirano preventivo.

##### Odgovorni nosilec (sodeluje z):

MZ (ZZZS, MIZŠ, MDDSZ)

##### Koristi (posledice) oziroma kazalniki:

Neposredni učinek	Rezultat:	Učinek:	Vpliv:
Povečanje oz. razširitev obstoječih programov ter njihova nadgradnja za specifično število primerov letno	Izvajanje selektivne in indicirane preventive pri otrocih z rizičnimi dejavniki za razvoj in z razvojnimi motnjami. Izvajanje zgodnjega prepoznavanja duševnih motenj. Izvajanje logopedске in psihološke pomoči za otroke in mladostnike.	Pozitivni učinki na duševno zdravje otrok in mladostnikov.	10odstotkov vseh otrok se obravnava v razvojnih ambulantah in pri polovici lahko preprečimo razvoj duševnih motenj in s tem dosežemo optimalen otrokov razvoj in bolj kakovostno življenje družine.

##### Stroški:

Specifikacija stroškov:

- Sejnine 16,00 (vir: Pravilnik o plačilih članom delovnih teles in posameznim strokovnjakom). Stroški organizacije 5 sestankov v enem letu s 5 strokovnjaki
- Zdravstvene storitve – ocene po Zeleni knjigi, vrednost točke za leto 2013, (približna ocena specialističnega pregleda 40 EUR)

Vir: ZZZS

##### Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih:

Leto	Naloga:	Kazalniki:	Stroški:
2014	Sestanki. Priprava formalnih podlag	zapisniki, formalne podlage, sprejetje ustreznih dokumentov, protokoli ocene koristnosti in učinkovitosti.	0
2015	Povečanje obstoječega števila primerov za 1200 primerov letno	znižanje stroškov zdravil, prihranek sredstev za bolniška nadomestila pri	0

		starših, število pregledov	
2016	Povečanje obstoječega števila primerov za 2400 primerov letno	znižanje stroškov zdravil, prihranek sredstev za bolniška nadomestila pri starših, število pregledov	0
2017	Povečanje obstoječega števila primerov za 3600 primerov letno	znižanje stroškov zdravil, prihranek sredstev za bolniška nadomestila pri starših, število pregledov	0
2018	Povečanje obstoječega števila primerov za 6000 primerov letno	znižanje stroškov zdravil, prihranek sredstev za bolniška nadomestila pri starših, število pregledov	0

### **2.1.2 Mreža dispanzerjev (centrov) za duševno zdravje (C1, S1)**

#### **Opis naloge:**

Dopolnitev programov obstoječih dispanzerjev (centrov) za duševno zdravje.

#### **Odgovorni nosilec (sodeluje z):**

MZ (ZZZS, MIZŠ, MDDSZ)

#### **Koristi (posledice) oziroma kazalniki:**

<b>Neposredni učinek</b>	<b>Rezultat:</b>	<b>Učinek:</b>	<b>Vpliv:</b>
Povečanje oz. razširitev obstoječih programov ter njihova nadgradnja za specifično število primerov letno	Izvajanje selektivne in indicirane preventive pri otrocih z rizičnimi dejavniki za razvoj in z razvojnimi motnjami. Izvajanje zgodnjega prepoznavanja duševnih motenj. Izvajanje logopedске in psihološke pomoči za otroke in mladostnike.	Pozitivni učinki na duševno zdravje otrok in mladostnikov.	10odstotkov vseh otrok se obravnava v dispanzerjih in pri polovici lahko preprečimo razvoj duševnih motenj in s tem dosežemo optimalen otrokov razvoj in bolj kakovostno življenje družine.

#### **Stroški:**

Specifikacija stroškov

- stroški organizacije 5 sestankov v enem letu s 5 strokovnjaki. Sejnine 16,00 (vir: Pravilnik o plačilih članom delovnih teles in posameznim strokovnjakom).
- Zdravstvene storitve – ocene po Zeleni knjigi, vrednost točke za leto 2013, (približna ocena specialističnega pregleda 40 EUR)

**Vir:** ZZZS

#### **Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih:**

<b>Leto</b>	<b>Naloga:</b>	<b>Kazalniki:</b>	<b>Stroški:</b>
2014	Sestanki. Priprava formalnih podlag	zapisniki, formalne podlage, sprejetje ustreznih dokumentov.	0
2015	Povečanje obstoječega števila primerov za 1200 primerov letno	znižanje stroškov zdravil, prihranek sredstev za bolniška nadomestila pri starših, število pregledov	0
2016	Povečanje obstoječega števila primerov za 2400 primerov letno	znižanje stroškov zdravil, prihranek sredstev za bolniška nadomestila pri starših, število pregledov	0
2017	Povečanje obstoječega števila primerov za	znižanje stroškov zdravil, prihranek	0

	3600 primerov letno	sredstev za bolniška nadomestila pri starših, število pregledov	
2018	Povečanje obstoječega števila primerov za 6000 primerov letno	znižanje stroškov zdravil, prihranek sredstev za bolniška nadomestila pri starših, število pregledov	0

### **2.1.3 Svetovalni centri za otroke, mladostnike in starše oziroma mreža centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov (C 1-5; S 1, 4, 7, 10, 13, 14)**

**Opis naloge:** Ustanovitev dodatnih 3 svetovalnih centrov za otroke in mladostnike oziroma ohranitev psihohigienskih dispanzerjev v ZD – tako da bo skupno v državi 6 multidisciplinarnih centrov, ki bodo izvajali ½ diagnostike in ½ terapije. Povezava med posameznimi deležniki (razvojnimi ambulantami, svetovalnimi centri, dispanzerji in šolsko svetovalno službo in drugimi) skladno z protokoli, normativi in pristojnostmi.

**Odgovorni nosilec (sodeluje z):**  
MZ, MIZŠ, MDDSZ (KIMDPS, ZZZS)

**Koristi (posledice) oziroma kazalniki:**

<b>Neposredni učinek</b>	<b>Rezultat:</b>	<b>Učinek:</b>	<b>Vpliv:</b>
Priprava formalnih podlag in modelov dela za posamezna okolja. Dodatni svetovalni centri za otroke in mladostnike oziroma okrepitev psihohigienskih dispanzerjev, da bo skupno v državi na voljo 6 centrov.	Zaradi povečanega obsega programa in bolj dostopne pomoči, bo mogoče poleg diagnostike, izvajati tudi zdravljenje v večjem obsegu prav tako pa tudi poklicno svetovanje otrokom in mladim.	Boljše duševno zdravje otrok in mladih, boljše sodelovanje s šolsko svetovalno službo.	Ocenjujemo, da se lahko 7odstotkov populacije izboljša duševno zdravje, saj se otroške in mladostniške težave ne bodo pri tej populaciji prenesle na odraslo dobo, ter da bodo uspešno zaključili šolanje. Izboljšanje delazmožnosti.

#### **Stroški:**

Specifikacija stroškov:

- stroški organizacije 5 sestankov v enem letu s 5 strokovnjaki. Sejnine 16,00 (vir: Pravilnik o plačilih članom delovnih teles in posameznim strokovnjakom).
- Zdravstvene storitve – ocene po Zeleni knjigi, vrednost točke za leto 2013, (približna ocena specialističnega pregleda 40 EUR)

**Vir** (finančne posledice ZDZdr): ZZZS – 65 odstotkov (ca. 2800 obravnav), MIZŠ – 5odstotkov (delo komisije za 14 000 primerov letno), lokalne skupnosti poskrbijo za investicijo 30odstotkov, socialni strukturni skladi.

**Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih:**

<b>Leto</b>	<b>Naloga:</b>	<b>Kazalniki:</b>	<b>Stroški:</b>
2014	Sestanki. Priprava formalnih podlag	zapisniki, formalne podlage, sprejetje ustreznih dokumentov.	0
2015	Povečanje in nadgradnja obstoječega števila primerov za 2800 primerov letno v različnih slovenskih regijah	Število ambulantnih obravnav pri različnih strokovnjakih po regijah, delež diagnosticiranih in delež vključenih v obravnavo.	0
2016	Vzdrževanje obstoječega predhodnega povečanja in	Število ambulantnih obravnav pri različnih strokovnjakih po regijah, delež	0

	nadgradnje obstoječega števila 2800 primerov letno v različnih slovenskih regijah	diagnosticiranih in delež vključenih v obravnavo.	
2017	Povečanje in nadgradnja obstoječega števila primerov za 5600 primerov letno v različnih slovenskih regijah	Število ambulantnih obravnav pri različnih strokovnjakih po regijah, delež diagnosticiranih in delež vključenih v obravnavo.	0
2018	Povečanje in nadgradnja obstoječega števila primerov za 8400 primerov letno v različnih slovenskih regijah	Število ambulantnih obravnav pri različnih strokovnjakih po regijah, delež diagnosticiranih in delež vključenih v obravnavo.	0

#### **2.1.4 Šolske svetovalne službe in strokovni centri za otroke in mladostnike s posebnimi potrebami (C 1-5; S 1, 4, 7, 10, 13, 14)**

**Opis naloge:** Vzpostavitev mreže strokovnih centrov za otroke in mladostnike s posebnimi potrebami. Okrepitev šolske svetovalne službe.

**Odgovorni nosilec (sodeluje z):**  
MIZŠ, MDDSZ (MZ)

**Koristi (posledice) oziroma kazalniki:**

<b>Neposredni učinek</b>	<b>Rezultat:</b>	<b>Učinek:</b>	<b>Vpliv:</b>
Priprava formalnih podlag in modelov dela za posamezna področja posebnih potreb. Vzpostavitev mreže strokovnih centrov za otroke in mladostnike oziroma okrepitev šolskih svetovalnih služb.	Zgodnja obravnava, svetovanje staršem, š o l a m , razvijanje stroke.	Večja informiranost, strokovnost, prepoznavanje in obvladovanje dejavnikov tveganja za razvoj duševnih motenj, zgodnje obravnave.	Ocenjujemo, da se lahko 7odstotkov populacije izboljša duševno zdravje, saj se otroške in mladostniške težave ne bodo pri tej populaciji prenesle na odraslo dobo, ter da bodo uspešno zaključili šolanje. Izboljšanje delazmožnosti.

**Stroški:**

Specifikacija stroškov:

- sejnine 5 oseb po 12 sestankov prvo leto. Sejnine 16,00 (vir: Pravilnik o plačilih članom delovnih teles in posameznim strokovnjakom).
- Pogodbeno delo 12,30 na uro (vir: Pravilnik o plačilih članom delovnih teles in posameznim strokovnjakom). 5 zunanjih pogodbenih sodelavcev s VII. stopnjo izobrazbe 300 ur skupno;
- Raziskovalno delo: 10 000,00 EUR

**Vir:** socialni strukturni skladi.

**Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih:**



Leto	Naloga:	Kazalniki:	Stroški:
2014	Vzpostavitev pravnih podlag	Pripravljene pravne podlage	0
2015	Načrt mreže strokovnih centrov za posamezne skupine otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami	Pripravljen načrt	0
2016	Vzpostavitev mreže strokovnih centrov za otroke in mladostnike s posebnimi potrebami	Število vzpostavljenih strokovnih centrov	0
2017	Evalvacija dela in dopolnitev sistema delovanja strokovnih centrov	Evalvacije in pregled podlag	0
2018	Vzpostavljena mreža 10 do 15 strokovnih centrov za otroke in mladostnike s posebnimi potrebami	Število centrov	0

### **2.1.5 Specializirana pomoč za nosečnice in otročnice s težavami v duševnem zdravju (C1; S1)**

**Opis naloge:** Okrepitev strokovnih služb (specialisti klinične psihologije s posebnimi znanji, psihiatrična ambulanta v sklopu ambulant za patološko nosečnost).

**Odgovorni nosilec (sodeluje z):**  
MZ (ZZZS)

**Koristi (posledice) oziroma kazalniki:**

Neposredni učinek	Rezultat:	Učinek:	Vpliv:
Službe in strokovnjaki, ki razpolagajo s posebnim znanjem obporodne in poporodne skrbi za duševno zdravje.	Izboljšana skrb za nosečnice in otročnice.	Zmanjšanje bremena duševnih motenj.	Izboljšano zdravstveno stanje populacije.

**Stroški:**

Osnova za izračun stroškov

- Sejnine 16,00 (vir: Pravilnik o plačilih članom delovnih teles in posameznim strokovnjakom).
- Zdravstvene storitve – ocene po Zeleni knjigi, vrednost točke za leto 2013 (specialistični pregled približno 40,00 EUR).

**Vir:** ZZZS

**Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih:**

Leto	Naloga:	Kazalniki:	Stroški:
2014	Priprava formalnih podlag	Sprejetje ustreznih dokumentov	0
2015	Dopolnitev oz. vzpostavitev službe za obporodno duševno zdravje –za 1000 pregledov	Zmanjšanje števila nujnih pregledov v obporodnem obdobju in komplikacij v obporodnem obdobju, izboljšanje zdravstvenega stanja novorojenčka	0
2016	Dopolnitev oz. vzpostavitev službe za obporodno duševno zdravje –za 2000 pregledov	Zmanjšanje števila nujnih pregledov v obporodnem obdobju in komplikacij v obporodnem obdobju, izboljšanje zdravstvenega stanja novorojenčka	0
2017	Vzdrževanje službe za obporodno duševno	Zmanjšanje števila nujnih pregledov v	0

	zdravje, povečane za 2000 pregledov	obporodnem obdobju in komplikacij v obporodnem obdobju, izboljšanje zdravstvenega stanja novorojenčka	
2018	Vzdrževanje službe za obporodno duševno zdravje, povečane za 2000 pregledov	Zmanjšanje števila nujnih pregledov v obporodnem obdobju in komplikacij v obporodnem obdobju, izboljšanje zdravstvenega stanja novorojenčka	0

### **2.1.6 Nove oblike namestitev za otrok in mladostnikov s težavami v duševnem zdravju (avtodestruktivno in heteroagresivno vedenje) (C1, S1)**

#### **Opis naloge:**

Ustanovitev novih oblik namestitev za otrok in mladostnikov s težavami v duševnem zdravju (avtodestrukcija, heteroagresija)

**Odgovorni nosilec (sodeluje z):** MDDSZ (MZ, ZZZS, MIZŠ )

#### **Koristi (posledice) oziroma kazalniki:**

<b>Neposredni učinek</b>	<b>Rezultat:</b>	<b>Učinek:</b>	<b>Vpliv:</b>
Ustanovitev novih oblik namestitev za otrok in mladostnikov s težavami v duševnem zdravju	Zagotovitev ustrezne namestitve otrok in mladostnikov s težavami v duševnem zdravju.	Učinkovita in celostna obravnava ter ustrezna namestitev otrok in mladostnikov s težavami v duševnem zdravju.	Celostna obravnava, izboljšanje vsakodnevnega funkcioniranja, vsakodnevni učenje veččin, preprečevanje hospitalizacij.

#### **Stroški**

Osnova za izračun stroškov

- Socialno varstvene storitve

**Vir** (finančne posledice ZDZdr): MDDSZ

#### **Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih:**

<b>Leto</b>	<b>Naloga:</b>	<b>Kazalniki:</b>	<b>Stroški:</b>
2014	Priprava formalnih podlag	Sprejetje ustreznih dokumentov	0
2015	Ustanovitev 2 novih prilagojenih stanovanjskih skupin za otroke in mladostnike s težavami v duševnem zdravju	Število stanovanjskih skupin za otroke in mladostnike s težavami v duševnem zdravju, število vključenih uporabnikov, število zaposlenih, regijska pokritost	0
2016	Ustanovitev 2 novih prilagojenih stanovanjskih skupin za otroke in mladostnike s težavami v duševnem zdravju	Število stanovanjskih skupin za otroke in mladostnike s težavami v duševnem zdravju, število vključenih uporabnikov, število zaposlenih, regijska pokritost	0

2017	Vzdrževanje 4 prilagojenih stanovanjskih skupin za otroke in mladostnike s težavami v duševnem zdravju	Število stanovanjskih skupin za otroke in mladostnike s težavami v duševnem zdravju, število vključenih uporabnikov, število zaposlenih, regijska pokritost	0
2018	Vzdrževanje 4 novih prilagojenih stanovanjskih skupin za otroke in mladostnike s težavami v duševnem zdravju	Število stanovanjskih skupin za otroke in mladostnike s težavami v duševnem zdravju, število vključenih uporabnikov, število zaposlenih, regijska pokritost	0

## 1.2 Službe za duševno zdravje s poudarkom na zgodnjem prepoznavanju in kontinuiranem zdravljenju

### 2.2.1 Specializiran intenziven oddelek za otroke in mladostnike (C2, S4)

Opis naloge: Ustanovitev specializiranega varovanega oddelka z 10 posteljami za otroke in mladostnike s hudimi duševnimi motnjami, ki potrebujejo zdravljenje v varovanih oddelkih ( v skladu z ZDZDr)

**Odgovorni nosilec (sodeluje z):** MZ (ZZZS, PKL)

**Koristi (posledice) oziroma kazalniki:**

Neposredni učinek	Rezultat:	Učinek:	Vpliv:
Specializirani varovan intenziven oddelek za otroke in mladostnik s hudimi duševnimi motnjami, zaradi katerih potrebujejo zdravljenje v varovanih oddelkih v skladu z ZDZDr.	Pozitivni učinki zdravljenja in obravnave hudih duševnih motenj otrok in mladostnikov..	Pravočasna in učinkovita obravnava v otroškem obdobju je preventiva za kasnejše zdravstvene težave. Celostna obravnava na enem in za otroka ustreznem mestu ob pravem času (ob akutni stiski), zmanjšanje suicidalnega vedenja pri mladih s hudimi duševnimi motnjami, izboljšanje prognoze, manj komplikacij.	Izboljšanje zdravja in učne uspešnosti otrok in mladostnikov, uspešne socialne integracije in uspešnega zaposlovanja.

**Stroški:**

- Število primerov: 120 primerov letno a 5000,00 EUR primer
- Investicija: 50 000,00
- Raziskava 15.000,00 (2016, 2018)

**Vir** (finančne posledice ZDZdr): ZZZS

**Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih:**

Leto	Naloga:	Kazalniki:	Stroški:
2014	Podlage, priprave, investicije	Sprejetje ustreznih dokumentov	0
2015	Vzpostavitev oddelka, vzpostavitev tima, 120 primerov na leto	Varovani oddelek za otroke in mladostnike s hudimi duševnimi	0

		motnjami in njihovo število na leto. Zmanjšanje samomorilnega in samopoškodbenega vedenja, boljše zdravstveno stanje, boljša kvaliteta življenja.	
2016	Delovanje varovanega oddelka za otroke in mladostnike, evalvacija.	Varovani oddelek za otroke in mladostnike s hudimi duševnimi motnjami in njihovo število na leto. Zmanjšanje samomorilnega in samopoškodbenega vedenja, boljše zdravstveno stanje, boljša kvaliteta življenja.	0
2017	Delovanje varovanega oddelka za otroke in mladostnike	Varovani oddelek za otroke in mladostnike s hudimi duševnimi motnjami in njihovo število na leto. Zmanjšanje samomorilnega in samopoškodbenega vedenja, boljše zdravstveno stanje, boljša kvaliteta življenja.	0
2018	Delovanje varovanega oddelka za otroke in mladostnike, evalvacija	Varovani oddelek za otroke in mladostnike s hudimi duševnimi motnjami in njihovo število na leto. Zmanjšanje samomorilnega in samopoškodbenega vedenja, boljše zdravstveno stanje, boljša kvaliteta življenja.	0

### **2.2.2 Rehabilitacija in socialna integracija za otroke in mladostnike z duševnimi motnjami (C2, S4)**

**Opis naloge:** Ustanovitev specializirane službe za otroke in mladostnike, ki potrebujejo rehabilitacijo po zaključenem bolnišničnem zdravljenju duševne motnje in osipnike.

**Odgovorni nosilec (sodeluje z):** MDDSZ, MIZŠ, MZ (ZZZS, UKC MB, vzgojni zavodi)

**Koristi (posledice) oziroma kazalniki:**

<b>Neposredni učinek</b>	<b>Rezultat:</b>	<b>Učinek:</b>	<b>Vpliv:</b>
Specializirane službe za otroke in mladostnike po zaključnem bolnišničnem zdravljenju zaradi hude duševne motnje.	Na letni ravni je rehabilitacija na voljo 50 do 100 otrokom in mladostnikom.	Izboljšanje prognoze, lažje vključevanje v šolsko in domače okolje, zmanjšanje suicidalnega vedenja, manj komplikacij, manj ponovitev bolezni.	Izboljšanje zdravja in učne uspešnosti otrok in mladostnikov, uspešne socialne integracije in uspešnega zaposlovanja.

**Specifikacija stroškov:**

- Število primerov predlaganih primerov letno a 2142,00 EUR za primer (cena primera v skupnostni obravnavi)

**Vir** (finančne posledice ZDZdr): ZZZS

**Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih:**

<b>Leto</b>	<b>Naloga:</b>	<b>Kazalniki:</b>	<b>Stroški:</b>
2014	Priprava formalnih podlag	Sprejetje ustreznih dokumentov	0
2015	Vzpostavitev službe (dnevna in celodnevna)	Služba za rehabilitacijo za otroke in	0

	obrnava), vzpostavitev tima, 50 primerov na letni ravni	mladostnike, število primerov na leto. Število primerov. Zmanjšanje samomorilnega in samopoškodbenega vedenja. Zmanjšanje ponovitev bolezni, izboljšanje sodelovanja.	
2016	75 primerov na letni ravni	Število primerov. Zmanjšanje samomorilnega in samopoškodbenega vedenja. Zmanjšanje ponovitev bolezni, izboljšanje sodelovanja.	0
2017	100 primerov na letni ravni	Število primerov. Zmanjšanje samomorilnega in samopoškodbenega vedenja. Zmanjšanje ponovitev bolezni, izboljšanje sodelovanja.	0
2018	100 primerov na letni ravni	Število primerov. Zmanjšanje samomorilnega in samopoškodbenega vedenja. Zmanjšanje ponovitev bolezni, izboljšanje sodelovanja.	0

### **2.2.3 Konziliarno liazonska služba in sodelovanje v specializiranih timih (C2; S 4-6)**

#### **Opis naloge:**

Ustanovitev in organiziranje 24 urne konziliarno liazonske psihiatrične službe v Sloveniji za sodelovanje z bolnišnicami in klinikami, s predbolnišnično službo nujne medicinske pomoči -PHE (Celje, Koper, Kranj, Ljubljana, Maribor, Murska Sobota, Nova Gorica, Novo mesto, Ptuj, Slovenj Gradec, Velenje); interventnimi službami CSD (12), centri za socialno delo, kriznimi centri za žrtve nasilja v družini ter drugimi specialnimi timi izven zdravstvene službe. Organizacija sodelovanja v timih po Zakon o duševnem zdravju, Zakonu o preprečevanju nasilja v družini in Zakonu o zdravstveni dejavnosti)

#### **Odgovorni nosilec (sodeluje z):**

MZ (MDDSZ, ZZZS, psihiatrične bolnišnice, RSK za psihiatrijo, RSK za urgentno medicino, psihohigienski dispanzerji, koncesionarji, PHE)

#### **Koristi (posledice) oziroma kazalniki:**

<b>Neposredni učinek</b>	<b>Rezultat:</b>	<b>Dolgoročne koristi:</b>	<b>Vpliv:</b>
Razširitev obstoječih psihiatričnih konziliarnih storitev in organiziranje sodelovanja zdravstvenih delavcev v multidisciplinarnih timih.	Zagotovitev psihiatrične konziliarne službe za predbolnišnično službo nujne medicinske pomoči, splošne bolnišnice, interventne službe CSD, krizne centre za žrtve nasilja v družini.	Hitrejša in bolj učinkovita psihiatrična pomoč (triaža, diagnostika, zdravljenje), razbremenitev služb, manj podvajanja storitev.	izboljšanje zdravstvenega stanja populacije.

#### **Stroški:**

Specifikacija stroškov:

- pogodbe med izvajalci zdravstvenih storitev
- Osnova za izračun stroškov: vrednost točke, število točk za konziliarni pregled

Izračun stroškov:

- 3500 konziliarnih pregledov na leto za 14 bolnišnic in 10 enot SNMP – 50,00 EUR na pregled
- 320 liazonskih sestankov letno za 60 CSD in drugih službah socialnega varstva v 12 regijah po 50,00 EUR
- 50 liazonskih sodelovanj letno v specializiranih konziliarnih timih – po 50,00 EUR

Vir (finančne posledice ZDZdr): ZZZS

**Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih:**

Leto	Naloga:	Kazalniki:	Stroški:
2014	Povečanje in uvedba konziliarno liazonske psihiatrične službe in sodelovanje v specializiranih multidisciplinarnih timih	Število storitev konziliarno liazonske psihiatrične službe za bolnišnice in klinike, s predbolnišnično službo nujne medicinske pomoči –PHE in liazonsko sodelovanje v specializiranih timih	0
2015	Povečanje in uvedba konziliarno liazonske psihiatrične službe in sodelovanje v specializiranih multidisciplinarnih timih	Število storitev konziliarno liazonske psihiatrične službe za bolnišnice in klinike, s predbolnišnično službo nujne medicinske pomoči –PHE in liazonsko sodelovanje v specializiranih timih	0
2016	Povečanje in uvedba konziliarno liazonske psihiatrične službe in sodelovanje v specializiranih multidisciplinarnih timih	Število storitev konziliarno liazonske psihiatrične službe za bolnišnice in klinike, s predbolnišnično službo nujne medicinske pomoči –PHE in liazonsko sodelovanje v specializiranih timih	0
2017	Povečanje in uvedba konziliarno liazonske psihiatrične službe in sodelovanje v specializiranih multidisciplinarnih timih	Število storitev konziliarno liazonske psihiatrične službe za bolnišnice in klinike, s predbolnišnično službo nujne medicinske pomoči –PHE in liazonsko sodelovanje v specializiranih timih	0
2018	Povečanje in uvedba konziliarno liazonske psihiatrične službe in sodelovanje v specializiranih multidisciplinarnih timih	Število storitev konziliarno liazonske psihiatrične službe za bolnišnice in klinike, s predbolnišnično službo nujne medicinske pomoči –PHE in liazonsko sodelovanje v specializiranih timih	0

**2.2.4 Subspecializirani programi za različne duševne motnje (C2, 4; S 4-6, 10-12)**

**Opis naloge:** Vzpostavitev programov za celostno obravnavo prodromalnih psihotičnih stanj, motenj razpoloženja in somatoformnih motenj ter organizacija službe za druga mnenja

**Odgovorni nosilec (sodeluje z):** Psihiatrična klinika Ljubljana (psihiatrične bolnišnice, ZZZS,)

**Koristi (posledice) oziroma kazalniki:**

Neposredni učinek	Rezultat:	Učinek:	Vpliv:
Celostna obravnava za nekaterih do sedaj zanemarjenih kliničnih entitet, ki v trenutnih organizacijskih oblikah služb nimajo ustrezne obravnave. Dostopnost službe za druga mnenja. Služba za prodromalna psihotična stanja, organizirana podobno kot	200 oseb s težavami v duševnem zdravju bo imelo dostop do specializiranih programov, ki so zanje najbolj učinkoviti.	Izboljšanje duševnega zdravja. Bolj učinkovita pomoč. Povečanje z a u p a n j a v psihiatrijo.	Izboljšanje vsakodnevnega funkcioniranja in povečanje delazmožnosti. Zmanjšanje stigme.

skupnostna oskrba.			
--------------------	--	--	--

### **Stroški:**

Specifikacija stroškov:

- Zdravstvene storitve: 10 postelj, 80 primerov letno
- Služba za prodromalna psihotična stanja –organizacija kot skupnostna oskrba za 20 primerov letno a 4600,00 EUR
- Druga mnenja: ambulanta 100 pregledov po 50,00 EUR
- Raziskovalno delo: 12.000,00 EUR, razdeljeno na 4 leta
- Investicije: 10 000,00 EUR

Vir: ZZS

### **Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih:**

<b>Leto</b>	<b>Naloga:</b>	<b>Kazalniki:</b>	<b>Stroški:</b>
2014	Podlage, priprava, investicije	Struktura dokumentov, kazalniki učinkovitosti	0
2015	Vzpostavitev službe, 80 hospitalnih terciarnih primerov in 20 primerov terciarne ambulantne obravnave	Zmanjšanje in preprečevanje akutnih prehodov v polno razvito sliko duševne motnje. Zmanjšanje ponovitev bolezni, izboljšanje sodelovanja. Zmanjševanje bolniškega staleža, invalidnosti. Zmanjšanje samomorilnega in samopoškodbenega vedenja.	0
2016	80 hospitalnih terciarnih primerov in 20 primerov terciarne ambulantne obravnave	Zmanjšanje in preprečevanje akutnih prehodov v polno razvito sliko duševne motnje. Zmanjšanje ponovitev bolezni, izboljšanje sodelovanja. Zmanjševanje bolniškega staleža, invalidnosti. Zmanjšanje samomorilnega in samopoškodbenega vedenja.	0
2017	80 hospitalnih terciarnih primerov in 20 primerov terciarne ambulantne obravnave	Zmanjšanje in preprečevanje akutnih prehodov v polno razvito sliko duševne motnje. Zmanjšanje ponovitev bolezni, izboljšanje sodelovanja. Zmanjševanje bolniškega staleža, invalidnosti. Zmanjšanje samomorilnega in samopoškodbenega vedenja.	0
2018	80 hospitalnih terciarnih primerov in 20 primerov terciarne ambulantne obravnave	Zmanjšanje in preprečevanje akutnih prehodov v polno razvito sliko duševne motnje. Zmanjšanje ponovitev bolezni, izboljšanje sodelovanja. Zmanjševanje bolniškega staleža, invalidnosti. Zmanjšanje samomorilnega in samopoškodbenega vedenja.	0

### **2.2.5 Obravnava v skupnosti – psihiatrične bolnišnice ((C2,3; S 5,6))**

**Opis naloge:** Dopolnitev služb, ki za osebe s kroničnimi duševnimi motnjami v psihiatričnih bolnišnicah izvajajo obravnavo v skupnosti.

**Odgovorni nosilec (sodeluje z):** psihiatrične bolnišnice (MZ, ZZS)

**Koristi (posledice) oziroma kazalniki:**

<b>Neposredni učinek</b>	<b>Rezultat:</b>	<b>Učinek:</b>	<b>Vpliv:</b>
Dodatnih 100 oseb s kroničnimi duševnimi motnjami v obravnavi v skupnosti.	Izboljšanje sodelovanja v zdravljenju, ohranjanje funkcionalnosti za samostojno življenje.	Učinkovitejše koriščenje raznih oblik pomoči, ki so na voljo, zmanjšanje ponovitev bolezni in posledičnih hospitalizacij.	Izboljšanje vsakodnevnega funkcioniranja in povečanje delazmožnosti.

**Stroški:**

Osnova za izračun stroškov

- Zdravstvene storitve – ocene po Zeleni knjigi, vrednost primera za leto 2013, primer 2142,00 EUR

**Vir:** Državni proračun (finančne posledice ZDZdr)

**Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih:**

<b>Leto</b>	<b>Naloga:</b>	<b>Kazalniki:</b>	<b>Stroški:</b>
2014	100 novih primerov letno	Preprečevanje ponovnih hospitalizacij, znižanje stroškov za bolniška nadomestila pri svojcih.	0
2015	100 novih primerov letno	Preprečevanje ponovnih hospitalizacij, znižanje stroškov za bolniška nadomestila pri svojcih.	0
2016	100 novih primerov letno	Preprečevanje ponovnih hospitalizacij, znižanje stroškov za bolniška nadomestila pri svojcih.	0
2017	100 novih primerov letno	Preprečevanje ponovnih hospitalizacij, znižanje stroškov za bolniška nadomestila pri svojcih.	0
2018	100 novih primerov letno	Preprečevanje ponovnih hospitalizacij, znižanje stroškov za bolniška nadomestila pri svojcih.	0



### **2.2.6 Nadzorovana obravnava (C2,3; S 5,6)**

**Opis naloge:** Vzpostavitev mreže koordinatorjev nadzorovane obravnave pri psihiatričnih bolnišnicah in timov, ki skrbijo za psihiatrično zdravljenje v skupnosti po zahtevah ZDZDr.

**Odgovorni nosilec (sodeluje z):** Psihiatrične bolnišnice (ZZZS)

**Koristi (posledice) oziroma kazalniki:**

<b>Neposredni učinek</b>	<b>Rezultat:</b>	<b>Učinek:</b>	<b>Vpliv:</b>
18 koordinatorjev nadzorovane obravnave, ki bodo zaposleni v psihiatričnih bolnišnicah in 100 oseb letno vključenih v nadzorovano obravnavo.	Približno 100 oseb z duševno motnjo bo s pomočjo koordiniranega in nadzorovanega zdravljenja v skupnosti ohranilo zdravstveno stanje, ki jim omogoča življenje doma. Zmanjšalo se bo število hospitalizacij, predvsem tistih proti volji.	Zmanjšanje števila hospitalizacij, zmanjšanje samomorov, zmanjšanje nasilnega vedenja, zmanjšanje kaznivih dejanj, ki jih zagrešijo osebe z duševno motnjo in zmanjšanje števila forenzičnih bolnikov.	Razbremenitev svojcev, razbremenitev služb, povečana kakovost življenja oseb s hudimi in ponavljajočimi duševnimi motnjami njihovih svojcev ter neposredne okolice.

**Stroški:**

Osnova za izračun stroškov

- Zdravstvene storitve – ocene po Zeleni knjigi, vrednost primera za leto 2013, primer 2142,00 EUR

**Vir:** Državni proračun (finančne posledice ZDZdr)

**Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih:**

<b>Leto</b>	<b>Naloga:</b>	<b>Kazalniki:</b>	<b>Stroški:</b>
2014	Dodatno usposabljanje obstoječih zdravstvenih kadrov in dopolnitev timov za nadzorovano obravnavo. Obravnava 100 oseb letno.	Preprečevanje ponovnih hospitalizacij, znižanje stroškov za bolniška nadomestila pri svojcih.	0
2015	Dodatno usposabljanje obstoječih zdravstvenih kadrov in dopolnitev timov za nadzorovano obravnavo. Obravnava 100 oseb letno.	Preprečevanje ponovnih hospitalizacij, znižanje stroškov za bolniška nadomestila pri svojcih.	0
2016	Dodatno usposabljanje obstoječih zdravstvenih kadrov in dopolnitev timov za nadzorovano obravnavo. Obravnava 100 oseb letno.	Preprečevanje ponovnih hospitalizacij, znižanje stroškov za bolniška nadomestila pri svojcih.	0
2017	Dodatno usposabljanje obstoječih zdravstvenih kadrov in dopolnitev timov za nadzorovano obravnavo. Obravnava 100 oseb letno.	Preprečevanje ponovnih hospitalizacij, znižanje stroškov za bolniška nadomestila pri svojcih.	0
2018	Dodatno usposabljanje obstoječih zdravstvenih kadrov in dopolnitev timov za nadzorovano obravnavo. Obravnava 100 oseb letno.	Preprečevanje ponovnih hospitalizacij, znižanje stroškov za bolniška nadomestila pri svojcih.	0

### **2.2.7 Ustanovitev mreže timov Skupnostne psihiatrične obravnave (C2,3; S 5,6)**

**Opis naloge:** Ustanovitev 24 timov Skupnostne psihiatrične obravnave v lokalnih okoljih, kjer so izvajalci predvsem zdravstveni domovi, ki se povezujejo z vsemi obstoječimi službami za duševno zdravje v lokalnem okolju in timi skupnostne obravnave v psihiatričnih bolnišnicah.

**Odgovorni nosilec (sodeluje z):** MZ (sodeluje z ZZSZ, psihiatrične bolnišnice, zdravstvenimi domovi, MDDSZ)

**Koristi (posledice) oziroma kazalniki:**

<b>Neposredni učinek</b>	<b>Rezultat:</b>	<b>Učinek:</b>	<b>Vpliv:</b>
24 timov Skupnostne psihiatrične obravnave v lokalnih okoljih in 6 lokacij timov za skupnostno psihiatrično obravnavo v bolnišnici.	Koordinacija obravnave odraslih oseb s hudimi duševnimi motnjami v skupnosti.	Bolj učinkovita obravnava. Zmanjšanje števila hospitalizacij.	Manjša obremenitev svojcev. Izboljšanje zdravstvenega stanja populacije.

**Stroški:**

Osnova za izračun stroškov

- Zdravstvene storitve – ocene po Zeleni knjigi, vrednost primera za leto 2013, primer 2142,00 EUR
- 60 primerov/tim/leto

**Vir:** Državni proračun (finančne posledice ZDZdr)

**Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih:**

<b>Leto</b>	<b>Naloga:</b>	<b>Kazalniki:</b>	<b>Stroški:</b>
2014	Nadaljevanje delovanja lokalnih delovnih skupin v štirih slovenskih regijah in opredelitev načina financiranja.	Število obravnav po timih in regijah. Število preprečenih ponovnih sprejemov v psihiatrične bolnišnice.	0
2015	Nadaljevanje delovanja lokalnih delovnih skupin v štirih slovenskih regijah in opredelitev načina financiranja.	Število obravnav po timih in regijah. Število preprečenih ponovnih sprejemov v psihiatrične bolnišnice.	0
2016	Vzpostavitev delovanja dveh dodatnih timov v dveh slovenskih regijah	Število obravnav po timih in regijah. Število preprečenih ponovnih sprejemov v psihiatrične bolnišnice.	0
2017	Vzpostavitev delovanja dveh dodatnih timov v dveh slovenskih regijah	Število obravnav po timih in regijah. Število preprečenih ponovnih sprejemov v psihiatrične bolnišnice.	0
2018	Nadaljevanje delovanja lokalnih delovnih skupin v osmih slovenskih regijah.	Število obravnav po timih in regijah. Število preprečenih ponovnih sprejemov v psihiatrične bolnišnice.	0

### **2.2.8 Obravnava v skupnosti na CSD (C2,3; S 5,6)**

**Opis naloge:** Dopolnitev mreže koordinatorjev obravnave v skupnosti pri CSD

**Odgovorni nosilec (sodeluje z):** MDDSZ (CSD, MZ)

**Koristi (posledice) oziroma kazalniki:**

<b>Neposredni učinek</b>	<b>Rezultat:</b>	<b>Učinek:</b>	<b>Vpliv:</b>
30-50 koordinatorjev obravnave v skupnosti.	Št. oseb s težavami v duševnem zdravju bo v ključeno v individualno obravnavo v skupnosti	Učinkovitejše koriščenje raznih oblik pomoči, ki so na voljo, zmanjšanje ponovitev bolezni in posledičnih hospitalizacij.	izboljšanje vsakodnevnega funkcioniranja in povečanje delazmožnosti.

**Stroški:**

Osnova za izračun stroškov

- Plačilni razred, bruto plača za 1 FTE, VII stopnja izobrazbe, 2189,84.
- Socialno varstvene storitve

Specifikacija stroškov: 1 FTE nova zaposlitev.

**Vir** (finančne posledice ZDZdr): MDDSZ

**Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih:**

<b>Leto</b>	<b>Naloga:</b>	<b>Kazalniki:</b>	<b>Stroški:</b>
2014	Zaposlitev 0 koordinatorjev obravnave v skupnostni, obravnava v skupnosti na podlagi interdisciplinarnega načrta za osebe, ki zaradi težav v duševnem zdravju potrebujejo podporo in pomoč.	Preprečevanje ponovnih hospitalizacij, znižanje stroškov za bolniška nadomestila pri svojcih.	0
2015	Zaposlitev 6 novih koordinatorjev obravnave v skupnostni, obravnava v skupnosti na podlagi interdisciplinarnega načrta za osebe, ki zaradi težav v duševnem zdravju potrebujejo podporo in pomoč. Xx obravnava letno.	Preprečevanje ponovnih hospitalizacij, znižanje stroškov za bolniška nadomestila pri svojcih.	0
2016	Zaposlitev 6 novih koordinatorjev obravnave v skupnostni, obravnava v skupnosti na podlagi interdisciplinarnega načrta za osebe, ki zaradi težav v duševnem zdravju potrebujejo podporo in pomoč. xx obravnava letno.	Preprečevanje ponovnih hospitalizacij, znižanje stroškov za bolniška nadomestila pri svojcih.	0
2017	Zaposlitev 6 novih koordinatorjev obravnave v skupnostni, obravnava v skupnosti na podlagi interdisciplinarnega načrta za osebe, ki zaradi težav v duševnem zdravju potrebujejo podporo in pomoč.	Preprečevanje ponovnih hospitalizacij, znižanje stroškov za bolniška nadomestila pri svojcih.	0
2018	Zaposlitev 6 novih koordinatorjev obravnave v skupnostni, obravnava v skupnosti na podlagi interdisciplinarnega načrta za osebe, ki zaradi težav v duševnem zdravju potrebujejo podporo in pomoč.	Preprečevanje ponovnih hospitalizacij, znižanje stroškov za bolniška nadomestila pri svojcih.	0

## **2.2.9 Dopolnitev služb in formalne podlage za forenzično psihiatrijo (C2, S5,6; C3, S8,9)**

**Opis naloge:** Dopolnitev službe za forenzično psihiatrijo - ambulantna oskrba , ZDZDr

**Odgovorni nosilec (sodeluje z):** PKL (RSK, MZ)

**Koristi (posledice) oziroma kazalniki:**

<b>Neposredni učinek</b>	<b>Rezultat:</b>	<b>Učinek:</b>	<b>Vpliv:</b>
Ambulanta za forenzično psihiatrijo. Ureditev formalnih podlag za forenzično psihiatrijo.	Zagotovitev ambulantne obravnave za bolnike z u k r e p o m zdravljenja na prostosti, zmanjšanje samomorilnega vedenja , večja varnost. Formalne podlage.	Zagotovitev enotne in učinkovite obravnave v okviru forenzične psihiatrije in podlaga za napredek v tej stroki.	Izboljšanje skrbi za forenzične paciente.

### **Specifikacija stroškov:**

- Ambulantni pregledi: 5/dan a 40 EUR
- Socialno varstvo: 30.000,00 EUR
- Raziskovalna dejavnost: 9.000,00 EUR

**Vir** (finančne posledice ZDZdr): MP + ZZZS

### **Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih:**

<b>Leto</b>	<b>Naloga:</b>	<b>Kazalniki:</b>	<b>Stroški:</b>
2014	Priprava formalnih podlag, dokumentov in zakonodaje	Sprejetje ustreznih dokumentov	0
2015	Priprava formalnih podlag, dokumentov in zakonodaje	Sprejetje ustreznih dokumentov	0
2016	Delovanje specializirane ambulante za forenzično psihiatrijo.	Zmanjšanje števila avtoagresivnega vedenja, zmanjšano število poškodb osebja in sobolnikov.	0
2017	Delovanje specializirane ambulante za forenzično psihiatrijo.	Zmanjšanje števila avtoagresivnega vedenja, zmanjšano število poškodb osebja in sobolnikov.	0
2018	Delovanje specializirane ambulante za forenzično psihiatrijo.	Zmanjšanje števila avtoagresivnega vedenja, zmanjšano število poškodb osebja in sobolnikov.	0

## **2.2.10 Celostna obravnava oseb z nekaterimi duševnimi motnjami na primarnem nivoju (C2, S.5.6; C3, S8.9, C4)**

**Opis naloge:** Uvedba presejanja za depresijo pri skupinah s povečanim tveganjem, zdravljenje novo odkritih primerov in delavnice za prepoznavanje in obvladovanje depresije, anksioznih motenj in stresa na primarnem nivoju, izvajanje v vseh 60 zdravstvenih domovih

**Odgovorni nosilec** (sodeluje z): NIJZ, ZD

**Koristi (posledice) oziroma kazalniki:**

<b>Neposredni učinek</b>	<b>Rezultat:</b>	<b>Učinek:</b>	<b>Vpliv:</b>
vzpostavljen sistem presejanja za skupine s povečanim tveganjem (osebe s kroničnimi telesnimi obolenji, starejši, ...), diagnostike in zdravljenja.	20odstotkov vseh v ključnih v presejanje, 9odstotkov diagnosticiranih in 4,5odstotkov zdravljenih.	izboljšanje zdravstvenega stanja dela populacije, zmanjšanje bolniških staležev.	izboljšanje zdravstvenega stanja populacije in povečanje delazmožnosti.

### **Specifikacija stroškov:**

- implementacija klinične poti od presejanja, diagnostike do zdravljenja, povečanje števila preventivnih pregledov, več zdravil, delavnice, svetovanje, nove zaposlitve
- Po podatkih SURS je leta 2012 prebivalcev starejših od 50 let 780327 in od teh je 5 odstotkov, ki vstopi v presejanje (39 000 oseb), ocenjujemo da jih bo 20 odstotkov s klinično pomembno depresijo (7 800 oseb) a 15,00 EUR/osebo/pregled
- Delavnice za premagovanje depresije za 1000 oseb letno: 50 EUR na osebo za 4 delavnice skupaj
- Sejnine

**Vir** (finančne posledice ZDZdr): NIJZ in ZZS

### **Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih:**

<b>Leto</b>	<b>Naloga:</b>	<b>Kazalniki:</b>	<b>Stroški:</b>
2014	Priprava podlag, sistema		0
2015	Presejanje 5odstotkov odrasle populacije, starejše od 50 let diagnosticiranje depresije in zdravljenje, svetovanje in pomoč v obliki delavnic.	Znižan strošek zdravljenja na bolnika, znižanje absentizma in invalidnosti	0
2016	Presejanje 5odstotkov odrasle populacije, starejše od 50 let diagnosticiranje depresije in zdravljenje, svetovanje in pomoč v obliki delavnic.	znižan strošek zdravljenja na bolnika, znižanje absentizma in invalidnosti	0
2017	Presejanje 5odstotkov odrasle populacije, starejše od 50 let diagnosticiranje depresije in zdravljenje, svetovanje in pomoč v obliki delavnic.	znižan strošek zdravljenja na bolnika, znižanje absentizma in invalidnosti	0
2018	Presejanje 5odstotkov odrasle populacije, starejše od 50 let diagnosticiranje depresije in zdravljenje, svetovanje in pomoč v obliki delavnic.	znižan strošek zdravljenja na bolnika, znižanje absentizma in invalidnosti	0

**2.2.11 Povečanje kapacitet nosilnih programov NVO in razvoj novih, potrebam prilagojenih programov na področju duševnega zdravja. (C2, S5, S6; C3, S 8,9; C4, S11,S12)**

**Opis naloge:** Povečanje kapacitet nosilnih programov NVO s področja duševnega zdravja in s področja socialnega varstva - stanovanjskih skupin, dnevnih centrov, informativnih pisarn in svetovalnic, zagovorništvo

**Odgovorni nosilec** (sodeluje z): MDDSZ

**Koristi (posledice) oziroma kazalniki:**

<b>Neposredni učinek</b>	<b>Rezultat:</b>	<b>Učinek:</b>	<b>Vpliv:</b>
Povečanje kapacitet v stanovanjskih skupinah, dnevnih centrih, informativnih pisarnah in svetovalnicah.	152 oseb z duševno motnjo več v stanovanjski skupini, 225 bolnikov več vključenih v dnevne centre.	Zajezitev hospitalizacij, brezdomstva, dostop do svetovanja in strokovne pomoči v skupnosti	manjša obremenitev svojcev, večja kakovost življenja oseb z duševno motnjo in njihovih svojcev, povečana delovna zmogljivost.

**Stroški:**

Specifikacija stroškov:

- Število stanovanjskih skupin, dnevnih centrov in informacijskih pisarn, število zaposlenih, in stroški storitev, materialni stroški, zagovorništvo, dopolnilni programi

**Vir** (finančne posledice ZDZdr): MDDSZ – že obstoječa sredstva, FIHO, lokalne skupnosti, EU (strukturni skladi 2014 – 2020)

**Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih:**

<b>Leto</b>	<b>Naloga:</b>	<b>Kazalniki:</b>	<b>Stroški:</b>
2014	Stanovanjske skupine, dnevni centri, informativne pisarne, prehodne stanovanjske skupine, 24 urne stanovanjske skupine, svetovanje in terensko delo (svetovanje, motivacija, ostale dejavnosti terenskega dela)	Število uporabnikov, Zadovoljstvo uporabnikov, znižano stroškov zdravljenja, zmanjšanje stroškov absentizma	0
2015	Stanovanjske skupine, dnevni centri, informativne pisarne, (samo zagovorništvo)	Število uporabnikov, Zadovoljstvo uporabnikov, znižano stroškov zdravljenja, zmanjšanje stroškov absentizma	0
2016	Stanovanjske skupine, dnevni centri, informativne pisarne, (samo zagovorništvo)	Število uporabnikov, Zadovoljstvo uporabnikov, znižano stroškov zdravljenja, zmanjšanje stroškov absentizma	0
2017	Stanovanjske skupine, dnevni centri, informativne pisarne, (samo zagovorništvo)	Število uporabnikov, Zadovoljstvo uporabnikov, znižano stroškov zdravljenja, zmanjšanje stroškov absentizma	0
2018	Stanovanjske skupine, dnevni centri, informativne pisarne, (samo zagovorništvo)	Število uporabnikov, Zadovoljstvo uporabnikov, znižano stroškov zdravljenja, zmanjšanje stroškov absentizma	0

## **2.2.12 Specializirana pomoč za starostnike s težavami v duševnem zdravju (C2, S6; C3, S9)**

**Opis naloge:** Širitev obstoječih zdravstvenih in socialnovarstvenih programov za starostnike s težavami v duševnem zdravju. Na zdravstvenem področju povečanje obsega ambulantne oskrbe, na socialnovarstvenem pa ureditev formalnih podlag varovanih oddelkov.

**Odgovorni nosilec** (sodeluje z): MZ, MDDSZ (NVO, Psihiatrične bolnišnice, ZZSZ)

**Koristi (posledice) oziroma kazalniki:**

<b>Neposredni učinek</b>	<b>Rezultat:</b>	<b>Učinek:</b>	<b>Vpliv:</b>
Specializirane psihiatrične in nevrološke ambulante (6-8 novih ambulant). Sledenje potrebam oseb z demenco in njihovem številu.	Povečano prepoznavanje in zgodnejša obravnava težav v duševnem zdravju. Dostopnejša in ustrežnejša dolgotrajna oskrba. Učinkovitejše obvladovanje demence, depresije, samomorilnega vedenja v starosti in drugih na starost vezanih duševnih težav.	Boljše funkcioniranje oseb z demenco, manjša obremenitev svojcev, zajezitev povečevanja hospitalizacij	Povečana kakovost življenja pri starejših in daljše samostojno življenje. Izboljšanje usposobljenosti delovne sile.

**Specifikacija stroškov:**

- Število pregledov – 2000 na leto na enega specialista a 40,00 EUR

**Vir** (finančne posledice ZDZdr): MDDSZ, ZZSZ, lokalne skupnosti

**Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih:**

<b>Leto</b>	<b>Naloga:</b>	<b>Kazalniki:</b>	<b>Stroški:</b>
2014	Priprava formalnih podlag za strategije na področju demenc		0
2015	4000 novih pregledov	Zmanjšanje obremenitve svojcev in s tem absentizma, zvišanje stroškov zdravl pri 50odstotkov in znižanje pri 50odstotkov, zmanjšanje stroškov hospitalizacije	0
2016	Še dodatnih 4000 novih pregledov (8000 pregledov)	Zmanjšanje obremenitve svojcev in s tem absentizma, zvišanje stroškov zdravl pri 50odstotkov in znižanje pri 50odstotkov, zmanjšanje stroškov hospitalizacije	0
2017	Še dodatnih 4000 novih pregledov (12000 pregledov)	Zmanjšanje obremenitve svojcev in s tem absentizma, zvišanje stroškov zdravl pri 50odstotkov in znižanje pri 50odstotkov, zmanjšanje stroškov hospitalizacije	0
2018	Še dodatnih 4000 novih pregledov (16000 pregledov)	Zmanjšanje obremenitve svojcev in s tem	0

		absentizma, zvišanje stroškov zdravil pri 50odstotkov in znižanje pri 50odstotkov, zmanjšanje stroškov hospitalizacije	
--	--	--	--

**2.2.13 Razvoj novih konceptov za delo z osebami z demenco DSO, dnevnih centrih in v skupnosti (C2, S6; C3, S; C4, S12)**

**Opis naloge:**

Razvoj novih oblik za delo z osebami z demenco v DSO, dnevnih centrih, skupnosti, Priprava strategije na področju demenc.

**Odgovorni nosilec (sodeluje z):**

MDDSZ, MZ

**Koristi (posledice) oziroma kazalniki:**

<b>Neposredni učinek</b>	<b>Rezultat:</b>	<b>Učinek:</b>	<b>Vpliv:</b>
Koncepti dela, ki so prilagojeni potrebam oseb z demenco	Priprava smernic, ki so izvajalcev v pomoč pri razvoju in izvajanju oskrbe oseb z demenco in ki so usklajene z modernimi koncepti dela	Kakovostne in primerljive storitve za osebe z demenco v DSO, dnevnih centrih in v domačem okolju.	Izboljšanje počutja in stanja oseb z demenco, ki se posledično kaže tudi v boljšem razumevanju in večjem vključevanju svojcev oz. oskrbovalcev.

**Stroški:**

Osnova za izračun stroškov

- Socialno varstvene storitve

Specifikacija stroškov: Socialnovarstvene storitve:

**Vir (finančne posledice ZDZdr):** MDDSZ

**Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih:**

<b>Leto</b>	<b>Naloga:</b>	<b>Kazalniki:</b>	<b>Stroški:</b>
2014	Priprava ustreznih podlag	Ustrezni sistemi evaluiranja, preverjanje podatkov o potrebah, nadzorni mehanizmi	0
2015	Vzpostavitev dveh (2) novih dnevnih centrov	Število vključenih uporabnikov, število dnevnih centrov, povečano št. kadrovske strukture	0
2016	Vzpostavitev dveh (2) novih dnevnih centrov	Število vključenih uporabnikov, število dnevnih centrov, povečano št. kadrovske strukture	0
2017	Vzpostavitev treh (2) novih dnevnih centrov	Število vključenih uporabnikov, število dnevnih centrov, povečano št. kadrovske strukture	0
2018	Vzpostavitev treh (2) novih dnevnih centrov	Število vključenih uporabnikov, število dnevnih centrov, povečano št. kadrovske strukture	0



**2.2.14 Varovani oddelki za osebe s težavami v duševnem zdravju in več motnjami ter varovani oddelki v za osebe , ki zaradi demence ali sorodnih stanj potrebujejo delno ali popolno osebno pomoč in nadzor (C2, S6; C3, S 9; C4; S12)**

**Opis naloge:** Dopolnitev mreže varovanih oddelkov na področju socialnega varstva

**Odgovorni nosilec (sodeluje z):** MDDSZ (MZ, ZZZS)

**Koristi (posledice) oziroma kazalniki:**

<b>Neposredni učinek</b>	<b>Rezultat:</b>	<b>Učinek:</b>	<b>Vpliv:</b>
Varovani oddelki za osebe s težavami v duševnem zdravju in več motnjami ter varovani oddelki v za osebe , ki zaradi starostne demence ali sorodnih stanj potrebujejo delno ali popolno osebno pomoč in nadzor	Zagotovitev varovanih oddelkov za osebe s težavami v duševnem zdravju in več motnjami ter varovani oddelki v za osebe , ki zaradi starostne demence ali sorodnih stanj potrebujejo delno ali popolno osebno pomoč in nadzor	Učinkovita in celostna obravnava ter ustrezna namestitve oseb s težavami v duševnem zdravju in več motnjami ter varovani oddelki v za osebe , ki zaradi starostne demence ali sorodnih stanj potrebujejo delno ali popolno osebno pomoč in nadzor	izboljšanje vsakodnevnega funkcioniranja in povečanje delazmožnosti.

**Stroški:**

Osnova za izračun stroškov

- Socialno varstvene storitve
- Socialnovarstvene storitve:

**Vir** (finančne posledice ZDZdr): MDDSZ

**Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih:**

<b>Leto</b>	<b>Naloga:</b>	<b>Kazalniki:</b>	<b>Stroški:</b>
2014	Prostorska prilagoditev novih varovanih oddelkov in dodatna kadrovska struktura – povečanje za 20odstotkov	Povečanje števila varovanih oddelkov, povečanje števila vključenih uporabnikov, povečanje kadrovske strukture	0
2015	Prostorska prilagoditev novih varovanih oddelkov in dodatna kadrovska struktura – povečanje za 20odstotkov	Povečanje števila varovanih oddelkov, povečanje števila vključenih uporabnikov, povečanje kadrovske strukture	0
2016	Prostorska prilagoditev novih varovanih oddelkov in dodatna kadrovska struktura – povečanje za 20odstotkov	Povečanje števila varovanih oddelkov, povečanje števila vključenih uporabnikov, povečanje kadrovske strukture	0
2017	Prostorska prilagoditev novih varovanih oddelkov in dodatna kadrovska struktura – povečanje za 20odstotkov	Povečanje števila varovanih oddelkov, povečanje števila vključenih uporabnikov, povečanje kadrovske strukture	0
2018	Prostorska prilagoditev novih varovanih oddelkov in dodatna kadrovska struktura – povečanje za 20odstotkov	Povečanje števila varovanih oddelkov, povečanje števila vključenih uporabnikov, povečanje kadrovske strukture	0

**3. AKTIVNOSTI PROMOCIJE, PREVENTIVE DUŠEVNIH MOTENJ, PREPREČEVANJA SAMOMORA IN STIGME NA NACIONALNI RAVNI Z DOLGOROČNIMI UČINKI**

### **3.1 Izobraževanje in osveščanje o promociji duševnega zdravja (C5, S13)**

**Opis naloge:** Organizacija izobraževanj na teme: Zdravo odraščanje, zdrav življenjski slog v vseh obdobjih življenja in aktivno staranje.

Izobraževanja so namenjena: družinskim zdravnikom, medicinskim sestram, šolskim svetovanim delavcem, psihologom, socialnim delavcem, policistom, uslužbencem zavodov za prestajanje kazni zapora, svetovalcem zavodov za zaposlovanje, duhovnikom, strokovnim delavcem nevladnih organizacij, strokovnim delavcem varstvenodelovnih centrov in drugim strokovnjakom. (sistemska naloga; nosilec je NIJZ).

Osveščanje (informiranje, učenje veščin, izobraževanje, učenje prepoznavanja simptomov, priprava in izdaja gradiv).

Obeležitve svetovnih dni (delavnice, okrogle mize, koncerti, druge javne prireditve): svetovne dneve pripravljajo v sodelovanju NIJZ in OE, kjer NIJZ izobražuje edukatorje, OE izvaja celoletne ali obdobjne delavnice, svetovne dneve pa obeležujejo tudi nevladne organizacije (sistemska naloga NIJZ in OE; financiranje NVO preko razpisov). Podlaga za izvedbo so dokumenti iz točk 1.1.2, 1.1.3, 1.2.1, 1.2.2, 1.2.3, 1.2.4, 1.2.5.

**Odgovorni nosilec** (sodeluje z): NIJZ, (MDDSZ, OE, NVO, drugi javni in zasebni zavodi)

**Koristi (posledice) oziroma kazalniki:**

<b>Neposredni učinek</b>	<b>Rezultat:</b>	<b>Učinek:</b>	<b>Vpliv:</b>
Predavanja in delavnice v različnih okoljih. Dogodki, ki obeležujejo svetovne dni.	povečano prepoznavanje pomena duševnega zdravja in dejavnosti, za ohranjanje duševnega zdravja pri zaposlenih v različnih okoljih in pri osebah, ki bivajo oziroma so vključene v dejavnosti v teh okoljih.	Izboljšano duševno zdravje in boljše sposobnosti spoprijemanja z vsakodnevnimi problemi. Zgodnejše iskanje pomoči in s tem zmanjšani stroški zdravljenja in bolniškega staleža, zmanjšanje stigme.	Večja kakovost življenja, izboljšano zdravstveno stanje populacije, zmanjšanje samomorilnosti. Izboljšana delazmožnost in boljša usposobljenost delovne sile.

**Stroški:**

Specifikacija stroškov:

- Redna dejavnost; projektno financiranje: organizacija delavnic in dogodkov; gradiva za delavnice, druga informativna gradiva; razpisi za lokalne izvajalce programov
- Osnova za izračun stroškov: materialni stroški, stroški organizacije dejavnosti

**Vir** (finančne posledice ZDZdr): Državni proračun, lokalne skupnosti

**Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih:**

Leto	Naloga:	Kazalniki:	Stroški:
2014	Priprava vsebin in terminski načrt izobraževanj in drugih dejavnosti. Izvedba dejavnosti.	Vsebinski in terminski načrt. Izvedba načrta.	0
2015	Priprava vsebin in terminski načrt	Vsebinski in terminski načrt.	0

	izobraževanj in drugih dejavnosti. Izvedba dejavnosti.	Izvedba načrta	
2016	Priprava vsebin in terminski načrt izobraževanj in drugih dejavnosti. Izvedba dejavnosti.	Vsebinski in terminski načrt. Izvedba načrta	0
2017	Priprava vsebin in terminski načrt izobraževanj in drugih dejavnosti. Izvedba dejavnosti.	Vsebinski in terminski načrt. Izvedba načrta	0
2018	Priprava vsebin in terminski načrt izobraževanj in drugih dejavnosti. Izvedba dejavnosti.	Vsebinski in terminski načrt. Izvedba načrta	0

### **3.2 Izobraževanje in osveščanje o preventivi ter zgodnjem prepoznavanju duševnih motenj ter preprečevanju samomora ter stigme in socialne izključenosti (C5, S13)**

**Opis naloge:** Organizacija izobraževanj o duševnih motnjah in o prepoznavanju ter preprečevanju le-teh: demenca, stres, depresija, anksiozne motnje, samomorilno vedenje.

Izobraževanja so namenjena: družinskim zdravnikom, medicinskim sestram, šolskim svetovanim delavcem, psihologom, socialnim delavcem, policistom, uslužbencem zavodov za prestajanje kazni zapora, svetovalcem zavodov za zaposlovanje, duhovnikom, strokovnim delavcem nevladnih organizacij, strokovnim delavcem varstvenodelovnih centrov in drugim strokovnjakom.

Namen izobraževanj je tudi destigmatizacija duševnih motenj. Informativna gradiva za preprečevanje samomora, stresa, depresije, nasilja in zlorabe alkohola (sistemska naloga; nosilec je NIJZ; financiranje drugih organizacij preko razpisov); Podpora projektom preprečevanja duševnih in vedenjskih motenj, ki jih povzroča alkohol. Podlaga za izvedbo so dokumenti iz točk 1.1.2, 1.1.3, 1.2.1, 1.2.2, 1.2.3, 1.2.4, 1.2.5.

**Odgovorni nosilec** (sodeluje z): NIJZ , MDDSZ (OE, PKL, Slovensko združenje za preprečevanje samomora, drugi javni in zasebni zavodi, NVO)

**Koristi (posledice) oziroma kazalniki:**

<b>Neposredni učinek</b>	<b>Rezultat:</b>	<b>Učinek:</b>	<b>Vpliv:</b>
Predavanja in delavnice v različnih okoljih. Prevodi knjig, druga informativna gradiva za laično in strokovno javnost.	povečano prepoznavanje duševnih motenj in nevarnosti samomorilnega vedenja v različnih okoljih.	Hitrejše iskanje pomoči, krajši bolniški staleži in zato izboljšano duševno zdravje. Manjšanje stigme.	Večja kakovost življenja. Izboljšana delazmožnost.

**Stroški:**

Specifikacija stroškov:

- Redna dejavnost – 2 novi zaposlitvi (2 FTE) projektno financiranje: organizacija delavnic in dogodkov; gradiva za delavnice, druga informativna gradiva; razpisi za lokalne izvajalce programov

**Vir** (finančne posledice ZDZdr): Državni proračun, ZZZS, razpisi ministrstev

**Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih:**

Leto	Naloga:	Kazalniki:	Stroški:
2014	Priprava vsebin in terminski načrt izobraževanj in drugih dejavnosti. Izvedba dejavnosti.	Vsebinski in terminski načrt. Izvedba načrta.	0

2015	Priprava vsebin in terminski načrt izobraževanj in drugih dejavnosti. Izvedba dejavnosti.	Vsebinski in terminski načrt. Izvedba načrta.	0
2016	Priprava vsebin in terminski načrt izobraževanj in drugih dejavnosti. Izvedba dejavnosti.	Vsebinski in terminski načrt. Izvedba načrta.	0
2017	Priprava vsebin in terminski načrt izobraževanj in drugih dejavnosti. Izvedba dejavnosti.	Vsebinski in terminski načrt. Izvedba načrta.	0
2018	Priprava vsebin in terminski načrt izobraževanj in drugih dejavnosti. Izvedba dejavnosti.	Vsebinski in terminski načrt. Izvedba načrta.	0

### **3.3 Programi varovanja in promocije duševnega zdravja na delovnem mestu in za brezposelne**

**Opis naloge:** Izdelava ocene tveganja delovnega mesta programi in dejavnosti, ki jih izvajajo delodajalci z namenom izboljševanja duševnega zdravja in dobrega počutja zaposlenih. Usposabljanje oseb za prebroditev osebnih stisk, ki so posledica brezposelnosti in socialne stiske. Razpisi za 2 ali triletno projekte enkrat letno.

**Odgovorni nosilec** (sodeluje z): NIJZ in OE (Zavod RS za zaposlovanje, strokovne službe delodajalcev, Oddelek za tehnično varnost, združenja delodajalcev, sindikati, drugi javni in zasebni zavodi in inštituti)

#### **Koristi (posledice) oziroma kazalniki:**

<b>Neposredni učinek</b>	<b>Rezultat:</b>	<b>Učinek:</b>	<b>Vpliv:</b>
programi (predavanja, delavnice, usposabljanja, skupinsko in individualno svetovanje) za delodajalce, strokovnjake za varstvo pri delu, zaposlene in brezposelne.	humanizacija delovnega okolja, izboljšanje zdravstvenega stanja zaposlenih, znižanje stroškov zaradi bolniške odsotnosti, izboljšanje odnosov na delovnem mestu, zmanjšanje mobinga, povečana usposobljenost brezposelnih in ogroženih za soočanje z vsakodnevnimi problemi in reševanje stisk.	manj nesreč in nesoglasij na delovnem mestu in izven delovnega mesta, povečanje produktivnosti, izboljšano zdravstveno stanje zaposlenih, brezposelnih in socialno ogroženih.	večje zadovoljstvo, motiviranost in produktivnost zaposlenih, inovativnost, manjši stroški na račun prezentizma in absentizma, manj stresa na delovnem mestu, izboljšana delazmožnost.

#### **Specifikacija stroškov:**

- Razpis za projekte
- Osnova za izračun stroškov: 125.000,00 stroški projektov

**Vir:** Strukturni skladi – ESS, drugi viri.

**Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih:**

Leto	Naloga:	Kazalniki:	Stroški:
2014	Priprava razpisov in izbor projektov.	Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov.	0
2015	Priprava razpisov in izbor projektov.	Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov.	0
2016	Priprava razpisov in izbor projektov.	Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov.	0
2017	Priprava razpisov in izbor projektov.	Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov.	0
2018	Priprava razpisov in izbor projektov.	Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov.	0

### **3.4 Programi hitre pomoči v duševni stiski (C4)**

**Opis naloge:** 24 - urna laična in strokovna pomoč osebam, ki se nahajajo v akutni duševni stiski, spodbujanje prostovoljstva pod strokovnim nadzorom.

Program Svetovalnice za prvo psihološko pomoč: izvajanje podpore, svetovanja in psihoterapije odraslim osebam, ki še ne potrebujejo zdravljenja, so pa v stiski, ki je sami ne obvladajo in bi se lahko prevesila v težave duševnega, telesnega ali socialnega zdravja. Telefonsko in internetno svetovanje.

**Odgovorni nosilec** (sodeluje z): MDDSZ (MZ, MIZŠ, javni in zasebni zavodi in inštituti ter nevladne organizacije)

#### **Koristi (posledice) oziroma kazalniki:**

Neposredni učinek	Rezultat:	Učinek:	Vpliv:
24-urna laična in strokovna pomoč preko telefona za osebe, ki so v duševni stiski oziroma so ogrožene zaradi samomorilnega vedenja. Svetovalnice za prvo psihološko pomoč v vseh regijah.	zaradi anonimnosti in dostopnosti možnost takojšnje razbremenitve duševne stiske, možnost svetovanja in napotitve k iskanju pomoči za reševanje težav. Večja dostopnost psihološke pomoči	Zmanjšanje samomorilnosti, zmanjšanje bolniških odsotnosti, zmanjšanje zlorabe alkohola. Zmanjšanje prezentizma, večja kakovost življenja.	Izboljšana delazmožnost.

	osebam z duševnimi motnjami, hitrejša diagnostika in morebitna preusmeritev k iskanju drugih pomoči, razbremenitev, svetovanje.		
--	---	--	--

**Stroški:**

Specifikacija stroškov:

- Projektno financiranje - svetovanje
- Osnova za izračun stroškov: stroški projektov

**Vir** (finančne posledice ZDZdr): Razpisi FIHO, razpisi ministrstev (MZ, MIZŠ, MDDSZ) in lokalnih skupnosti

**Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih:**

Leto	Naloga:	Kazalniki:	Stroški:
2014	Priprava razpisov in izbor projektov.	Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov.	0
2015	Priprava razpisov in izbor projektov.	Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov.	0
2016	Priprava razpisov in izbor projektov.	Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov.	0
2017	Priprava razpisov in izbor projektov.	Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov.	0
2018	Priprava razpisov in izbor projektov.	Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov.	0

#### 4. EVALVACIJA IN RAZISKOVANJE

##### 4.1 Kazalniki na področju duševnega zdravja (C5, S14)

**Opis naloge:** Ovrednotenje obstoječih kazalnikov, spremljanje in razvoj novih kazalnikov na področju duševnega zdravja. Sledenje evropskim direktivam in priporočila OECD.

**Koristi (posledice) oziroma kazalniki: NIJZ**

<b>Neposredni učinek</b>	<b>Rezultat:</b>	<b>Učinek:</b>	<b>Vpliv:</b>
implementirani in izračunani kazalniki duševnega zdravja.	boljše ovrednotenje problematike duševnega zdravja.	Izboljšano upravljanje sistema vseh ukrepov na področju duševnega zdravja.	Zmanjševanje stroškov, izboljšanje duševnega zdravja.

**Stroški:**

Specifikacija stroškov:

- redna dejavnost upoštevana v točki 1.1.2
- Osnova za izračun stroškov: ni stroškov

**Vir** (finančne posledice ZDZdr): Državni proračun

**Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih:**

<b>Leto</b>	<b>Naloga:</b>	<b>Kazalniki:</b>	<b>Stroški:</b>
2014	Operacionalizacija in optimizacija analize podatkov	Novi protokoli za rutinsko obdelavo podatkov	0
2015	Operacionalizacija in optimizacija analize podatkov	Novi protokoli za rutinsko obdelavo podatkov	0
2016	Rutinska analiza podatkov po na novi določnih kazalcih	Izvedene in objavljene analize	0
2017	Rutinska analiza podatkov po na novi določnih kazalcih	Izvedene in objavljene analize	0
2018	Rutinska analiza podatkov po na novi določnih kazalcih	Izvedene in objavljene analize	0

#### **4.2 Sofinanciranje mednarodnih projektov (C5, S14)**

**Opis naloge:** Zagotovitev sofinanciranja za mednarodne projekte. Sprejeti projekti za mednarodno sofinanciranje pridobijo sofinanciranje v Sloveniji.

**Odgovorni nosilec** (sodeluje z): ARRS (MZ, MDDSZ, MIZŠ)

**Koristi (posledice) oziroma kazalniki:**

<b>Neposredni učinek</b>	<b>Rezultat:</b>	<b>Učinek:</b>	<b>Vpliv:</b>
povečanje števila mednarodnih sodelovanj slovenskih raziskovalcev.	povečanje mednarodne vpetosti slovenskih raziskovalcev v mednarodni prostor.	Nova dognanja, spoznanja.	Povečana konkurenčnost Slovenije.

**Stroški:**

Specifikacija stroškov:

- sofinanciranje v Evropi pridobljenih projektov in podpora slovenskim prijaviteljem evropskih projektov
- Osnova za izračun stroškov: stroški projektov 70.000.00

**Vir** (finančne posledice ZDZdr): Državni proračun

**Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih:**

<b>Leto</b>	<b>Naloga:</b>	<b>Kazalniki:</b>	<b>Stroški:</b>
2014	Priprava razpisov in izbor projektov.	Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov.	0
2015	Priprava razpisov in izbor projektov.	Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov.	0
2016	Priprava razpisov in izbor projektov.	Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov.	0
2017	Priprava razpisov in izbor projektov.	Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov.	0
2018	Priprava razpisov in izbor projektov.	Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov.	0



### **4.3 Nacionalni raziskovalni projekti C5, S14)**

**Opis naloge:** Promocija in preventiva (zdravo odraščanje, v vseh obdobjih zdrav življenjski slog in aktivno staranje), duševne motnje, preprečevanje samomora. Razpisi za 2 ali triletno projekte 1 letno

**Odgovorni nosilec** (sodeluje z): ARRS (Raziskovalne organizacije)

**Koristi (posledice) oziroma kazalniki:**

<b>Neposredni učinek</b>	<b>Rezultat:</b>	<b>Učinek:</b>	<b>Vpliv:</b>
povečanje števila projektov na področju duševnega zdravja in preprečevanja samomora.	Spremljanje učinkov politike, posameznih programov, projektov in iniciativ.	Nova dognanja, spoznanja.	Izboljšano zdravstveno stanje populacije in racionalizacija stroškov.

**Stroški:**

Specifikacija stroškov:

- Projektno financiranje svetovanje
- Osnova za izračun stroškov: stroški projektov 20.000,00

**Vir** (finančne posledice ZDZdr): Državni proračun

**Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih:**

<b>Leto</b>	<b>Naloga:</b>	<b>Kazalniki:</b>	<b>Stroški:</b>
2014	Priprava razpisov in izbor projektov.	Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov.	0
2015	Priprava razpisov in izbor projektov.	Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov.	0
2016	Priprava razpisov in izbor projektov.	Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov.	0
2017	Priprava razpisov in izbor projektov.	Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov.	0
2018	Priprava razpisov in izbor projektov.	Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov.	0