EVALVACIJA IZVEDBE PRVEGA AKCIJSKEGA NAČRTA

VSEBINA

UVOD ... 3

POVZETEK EVALVACIJE ... 4

Zagotavljanje skupnostnega pristopa h krepitvi duševnega zdravja ... 4

Promocija duševnega zdravja, preventiva duševnih motenj in destigmatizacija duševnih motenj ... 4

Mreža služb za duševno zdravje ... 5

Alkohol in duševno zdravje ... 7

Preprečevanje samomorilnega vedenja ... 7

Izobraževanje, raziskovanje, spremljanje in evalvacija ... 7

KLJUČNA SPOROČILA ... 7

Metodologija evalvacije ... 8

EVALVACIJA izvedbe ukrepov Po prednostnih področjih ... 9

SKUPNOSTNI PRISTOP ... 9

promocija, preventiva in destigmatizacija ... 11

Različne ciljne skupine ... 11

Otroci in mladostniki ... 14

ODRASLI NA DELOVNEM MESTU ... 16

MREŽA SLUŽB ZA DUŠEVNO ZDRAVJE ... 19

Preventiva, zgodnja diagnostika in celostna obravnava Otrok in mladostnikov ... 19

Interdisciplinarne službe na sekundarni in terciarni ravni ... 25

Obravnava otrok in mladostnikov z agresivnim vedenjem ... 26

Duševno zdravje odraslih vključno s starejšimi ... 26

AKUTNE OBRAVNAVE NA SEKUNDARI RAVNI ... 30

Rehabilitacija oseb s ponavljajočimi se duševnimi motnjami ... 30

DOLGOTRAJNA OBRAVNAVA ... 32

Celostna oskrba za osebe s težavami v duševnem zdravju in nevarnim vedenjem ... 33

Starejši in duševno zdravje ... 33

Psihološka in psihoterapevtska dejavnost ... 35

Alkohol in duševno zdravje ... 36

PREPREČEVANJE SAMOMORILNEGA VEDENJA ... 36

IZOBRAŽEVANJE ... 36

Raziskovanje 38
Spremljanje in evalvacija 39
VODENJE IN KOORDINACIJA 39
Spremljanje strateških ciljev resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 42
Okvir spremljanja STRATEŠKIH CILJEV RNPDZ 43
Formativna evalvacija 45
Povzetek analize stanja na področju kadrov in storitev s področja duševnega zdravja ter predlog reformnih ukrepov na področju služb za duševno zdravje 45
Povzetek hitre ocene sistema duševnega zdravja v sloveniji 47
PRILOGE 48
Priloga I: Kazalniki 48
I. DETERMINANTE DUŠEVNEGA ZDRAVJA 49
II. SISTEMI IN STORITVE NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA 49
III. POSLEDICE DUŠEVNEGA ZDRAVJA IN PREPREČEVANJE TVEGANJ 49
Priloga II: Delfska študija 100
POROČILO DELFSKE ŠTUDIJE 100
CILJI DELFSKE ŠTUDIJE 100
METODOLOGIJA 100
SODELUJOČI 100
REZULTATI 101
Priloga III: ANALIZA STANJA IN PREDLOG REFORMNIH UKREPOV NA PODROČJU SLUŽB ZA DUŠEVNO ZDRAVJE 108

UVOD

Resolucija o Nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028 (RNPDZ 2018-2028) je bila sprejeta na seji Državnega zbora 27. marca 2018. V okviru RNPDZ 2018-2028 je bil pripravljen tudi natančnejši akcijski načrt za leta 2018, 2019 in 2020 (AN 2018-2020), ki je predmet pričujoče evalvacije.

V AN 2018-2020 so bile opredeljene aktivnosti, izvedbeni roki, nosilna ministrstva in sodelujoči partnerji ter izvajalci, kazalniki in potrebna finančna sredstva ter viri zanje. Ker je bila RNPDZ 2018-2028 sprejeta v v prvi polovici leta 2018, so bile prve aktivnosti v AN 2018-2020 predvidene za drugo polovico leto 2018. V AN 2018-2020 so bile vključene aktivnosti iz štirih od šestih prednostnih področij. Vključena prednostna področja so bila:

- Zagotavljanje skupnostnega pristopa pri krepitvi duševnega zdravja ter obravnavi oseb s težavami v duševnem zdravju v skupnosti
- Promocija duševnega zdravja, preventiva in destigmatizacija na področju duševnih motenj
- Mreža služb za duševno zdravje
- Izobraževanje, raziskovanje, spremljanje in evalvacija

Pomembna usmeritev AN 2018-2020 je bila priprava temeljev za učinkovito dolgoročno implementacijo RNPDZ 2018-2028. V ta namen je bila predvidena vzpostavitev upravljalske strukture programa na državni ravni (Svet za duševno zdravje pri vladi RS, okrepitev podpore s strani državnih organov preko medresorne delovne skupine, nacionalna strokovna koordinacija RNPDZ pri NIJZ ipd.) kakor tudi na lokalni ravni (regionalna strokovna koordinacija RNPDZ pri NIJZ, vključevanje lokalnih skupin za krepitev zdravja, oblikovanje regijskih svetov za duševno zdravje ipd.). Za zagotavljanje strokovne podpore pri implementaciji akcijskih načrtov in RNDPZ kot celote, so v AN 2018-2020 predvidena oblikovanja interdisciplinarnih delovnih skupin, ki pokrivajo vsa prednostna področja RNPDZ, strokovnega ter programskega sveta RNPDZ. Poleg vzpostavljanja upravljalskih struktur je bil poudarek v AN 2018-2020 na zagotavljanju povezanega, integriranega delovanja na področju krepitve duševnega zdravja in obravnave oseb z duševnimi motnjami ter pripravi interdisciplinarnih programov in modulov izobraževanja ter usposabljanja za obstoječe in nove strokovnjake, ki delujejo na področju duševnega zdravja.

Poročilo o evalvaciji izvedbe AN 2018-2020 zajema povzetek evalvacije, predstavitev metodologije opravljene evalvacije, evalvacijo izvedenih ukrepov po posameznih prednostnih področjih, kratek povzetek strateških ciljev RNPDZ 2018-2028, predstavitev okvira za spremljanje doseganja strateških ciljev RNPDZ, izsledke formativne evalvacije in povzetek poročila hitre ocene sistema duševnega zdravja v Sloveniji, ki so jo v letu 2020 opravili predstavniki Svetovne zdravstvene organizacije.

POVZETEK EVALVACIJE

V obdobju izvajanja prvega akcijskega načrta je bilo nekaj ukrepov realiziranih v celoti. Ukrepi, ki so bili realizirali delno ali še niso bili realizirani, pa se smotrno prenašajo v naslednje akcijsko obdobje. V nadaljevanju so predstavljeni povzetki evalvacije po posameznih prednostnih področjih.

ZAGOTAVLJANJE SKUPNOSTNEGA PRISTOPA H KREPITVI DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Medresorsko sodelovanje je bilo v preteklem letu realizirano skozi oblikovanje Interdisciplinarnih delovnih skupin, znotraj katerih so bili vključeni različni predstavniki. Hkrati pa so bili predstavniki stroke in uporabniki vključeni v delfsko študijo, ki je pripravila izhodiščni nabor ukrepov za pripravo akcijskega načrta v naslednjem obdobju.

Vzpostavljeni so bili protokoli sodelovanja med različnimi službami iz vidika medresorskega sodelovanja in sicer med Centri za duševno zdravje otrok in mladostnikov ter Centri za duševno zdravje odraslih in ključnimi deležniki iz lokalnega okolja (zdravstveni, socialni, nevladni sektor).

Iz vidika ocene stanja in potreb so bile v prvem triletnem obdobju izvedene tri aktivnosti. Pripravljen in v ARRS financiranje je bil sprejet raziskovalni projekt za pripravo orodij za oceno potreb na področju duševnega zdravja. Izvedena je bila tudi ocena stanja služb in storitev na področju duševnega zdravja in sicer z metodo mednarodnega orodja (ESMS – European Service Mapping Schedule). Izvedena je bila tudi mikro ocena potreb v pilotnem okolju vzpostavljenega Centra za duševno zdravje.

PROMOCIJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA, PREVENTIVA DUŠEVNIH MOTENJ IN DESTIGMATIZACIJA DUŠEVNIH MOTENJ

S področja promocije duševnega zdravja in preventive duševnih motenj so bile izvedene aktivnosti oz. ukrepi, ki so imeli že zagotovljeno financiranje iz drugih virov (vir financiranja se torej ni vzpostavljal na podlagi RNPDZ).

Od slednjih velja izpostaviti Centre za krepitev zdravja (ZVC/CKZ). Znotraj centrov se spodbuja tudi sodelovanje z delovnimi organizacijami, kjer je bilo letih 2019 in 2020 v programe krepitve duševnega zdravja in obvladovanje stresa za delovne organizacije vključenih 50 delovnih organizacij, kjer se je izvedlo delavnice tehnik sproščanja, delavnice o stresu in izgorelosti, ter splošne delavnice o pomenu duševnega zdravja.

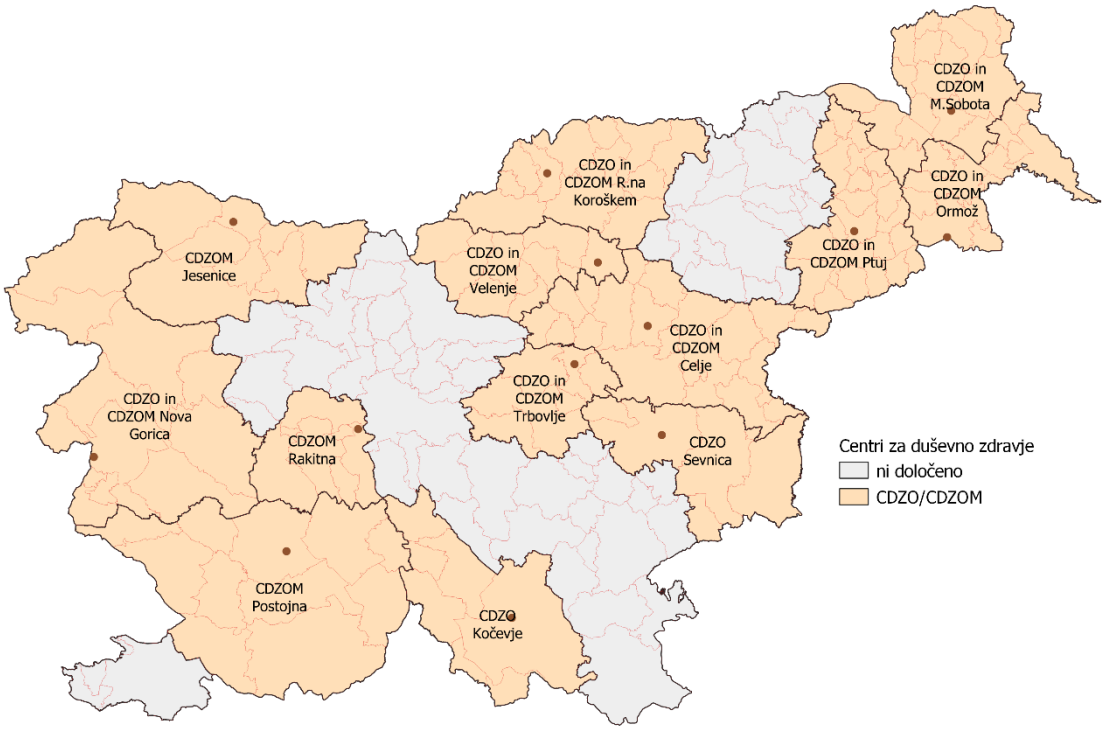
Aktivnosti so izvajale svetovalnice za otroke, mladostnike in starše, kjer so bile aktivnosti dostopne tako preko spletnih platform (To sem jaz, Zdaj.net), preko telefona (TOM telefon,

Telefon za psihološko podporo ob epidemiji), kot tudi v živo (Neverjetna leta, svetovalnice Posvet-Tu smo zate).

MREŽA SLUŽB ZA DUŠEVNO ZDRAVJE

Mreža služb je dobro razvita tako od najzgodnejših začetkov, kjer je poskrbljeno za preventivo in presejalne programe nosečnic ter doječih mater. V kasnejšem obdobju otroka in mladostnika se je vzpostavil nov varovan oddelek za otroke in mladostnike, ter tim za obravnavo otrok s kompleksnimi razvojno-nevrološkimi motnjami in komorbidnimi stanji na Pediatrični kliniki, UKC Ljubljana. Presejalni programi za odrasle potekajo v referenčnih ambulantah zdravnikov družinske medicine in so tako pripeljani na sam prag vsakega posameznika. Na drugi pa se je dopolnila tudi mreža skupnostne psihiatrije, ki je osrednji del delovanja centrov za duševno zdravje in se razvija že od leta 2013.

Pomemben poudarek implementacije prvega akcijskega načrta je bil na vzpostavitvi Centrov za duševno zdravje, ki pokrivajo od 50 do 70.000 odraslih (CDZO – Centri za duševno zdravje odraslih) in od 15.-17.000 otrok (CDZOM-Centri za duševno zdravje otrok in mladostnikov). Trenutno je vzpostavljenih 21 Centrov za duševno zdravje in sicer v okoljih: Celje, Trbovlje, Postojna, Ptuj, Kočevje, Rakitna, Ormož, Nova Gorica, Murska Sobota, Ravne na Koroškem, Velenje in Sevnica. Centri s svojo multidisciplinarno obravnavo zagotavljajo posameznikom kontinuirano obravnavo v njihovem lokalnem okolju. Vsi ljudje imamo svoja lastna zanimanja, preference in potrebe, hkrati pa je narava duševnega zdravja prepletena s številnimi vidiki življenja posameznika in povezana s telesnim zdravjem, ter družbo kot tako, znotraj katere delujejo različni sistemi. Vse to je sicer povezano tudi z načini iskanja pomoči, a prilagoditev, ki pomoč pripelje blizu posamezniku v njegovo lokalno okolje, je prvi korak k boljšemu duševnemu zdravju.



Znotraj vzpostavljenih centrov za duševno zdravje so bili vzpostavljeni protokoli za usklajeno delovanje; izvedena so bila izobraževanja za kader s poudarkom na timskem pristopu; znotraj centrov deluje tudi triažna služba. Multidisciplinarna obravnava je razvidna iz sodelovanja ne le znotraj tima različnih strokovnjakov, ki so zaposleni v Centrih za duševno zdravje, ampak tudi iz sodelovanja z drugimi deležniki. Pri nekaterih pacientih so v vzpostavljenih centrih sodelovali s CSD, referenčno ambulanto, ZVC/CKZ in tudi DSO, VDC in drugimi socialno varstvenimi programi, nenazadnje pa tudi s psihiatrično bolnišnico in specialistično ambulanto na področju duševnega zdravja. Največje organizacijske ovire v okviru vzpostavljanja CDZ pa se nanašajo predvsem na pomanjkanje prostora in opreme ter strokovnega kadra, kjer se ne pojavlja le težava iz vidika pomanjkanja določenih strokovnjakov (predvsem specialistov otroške in mladostniške psihiatrije, psihiatrije in klinične psihologije, pa tudi nekaterih drugih) ampak tudi iz vidika neustreznega in neenakega plačila strokovnjakov v različnih okoljih. Specializacije za klinične psihologe še vedno niso urejene iz vidika sistemskega financiranja in sistemskega razpisovanja. V tem trenutku je v Sloveniji približno 56 specializantov. Seveda pa so klinični psihologi dobro vključeni tudi v mrežo centrov za duševno zdravje. Po zadnjih podatkih je v Sloveniji 108 kliničnih psihologov, od tega jih je 46 zaposlenih na primarni zdravstveni ravni (osnovno zdravstvo) in sicer 19 v centrih za duševno zdravje.

Bolnišnice v tem trenutku še slabo sodelujejo s skupino za implementacijo Nacionalnega programa duševnega zdravja. Vzpostavitev subspecializiranih timov in oddelkov za posamezne sočasno prisotne duševne motnje je vključen v drugi akcijski načrt. Dodatni program gerontopsihiatrije v vseh psihiatričnih bolnišnicah pa naj bi se začel financirati v letu 2021.

Zelo pomemben je tudi podatek iz vidika števila psihiatričnih rehospitalizacij, ki je v Sloveniji sicer relativno visok. Dobro razvita skrb za duševno zdravje na primarni ravni in v skupnosti lahko pomembno zmanjša število ponovnih hospitalizacij pri bolnikih s kroničnimi težavami v duševnem zdravju. Na voljo imamo podatke iz enega pilotnega Centra za duševno zdravje, kjer je bilo spremljanih 134 oseb. Po teh pilotnih podatkih so imeli pacienti pred vključitvijo v povprečju tri hospitalizacije, po vključitvi pa nobene. Seveda je za resničen trend potrebno dolgoročno sistemsko spremljanje teh podatkov.

ALKOHOL IN DUŠEVNO ZDRAVJE

Področje alkohola ni bilo vključeno v prvi akcijski načrt.

PREPREČEVANJE SAMOMORILNEGA VEDENJA

Področje preprečevanja samomorilnega vedenja ni bilo vključeno v prvi akcijski načrt.

IZOBRAŽEVANJE, RAZISKOVANJE, SPREMLJANJE IN EVALVACIJA

Pripravljen je bil mednarodno primerljiv nabor kazalnikov za spremljanje duševnega zdravja moških in žensk v vseh starostnih skupinah ter v ogroženih skupinah. Usklajen nabor kazalnikov je priloga I tega dokumenta. Za namen načrtovanja spremljanja področja duševnega zdravja je pripravljen pregled velikih baz, ki imajo na voljo podatke s tega področje. Raziskovanje pa je bilo znotraj prvega akcijskega načrta izvedeno aplikativno in sicer v obliki delfske študije, ki je bila že omenjena in dobro predstavi nujne aktivnosti na tem področju v času trenutne krize oziroma epidemiološke situacije (priloga II).

Poleg izobraževanja zaposlenih v centrih za duševno zdravje je pomemben tudi poudarek na izobraževanju zdravstvenega kadra na primarnem nivoju zdravstvenega varstva, ki igra vlogo vratarja in je s tem ne le pomembna vstopna točka v zdravstveni sistem, ampak tudi povezovalna točka med drugimi nivoji. V prvem akcijskem načrtu izobraževanja s področja duševnega zdravja za pediatre, družinske zdravnike in patronažne medicinske sestre niso bila izvedena zaradi pomanjkanja finančnih sredstev, načrtovana pa so v akcijskem načrtu 2021-2023.

KLJUČNA SPOROČILA

V obdobju prvega akcijskega načrta so bile izvedene številne aktivnosti, ki so predvidene v RNPDZ. Uspešno realiziranim ukrepom je skupno, da so bila za njihovo izvedbo zagotovljena ustrezna

finančna sredstva. Največji napredek je bil narejen na področju mreže služb, kjer so se vzpostavile nove oblike virov pomoči v lokalnem okolju. S tem se je povečala dostopnost služb na področju duševnega zdravja v lokalnem okolju. Izvedena so bila izobraževanja in usposabljanja za strokovnjake centrov za duševno zdravje s področja duševnega zdravja. Oblikovan pa je bil okvir spremljanja duševnega zdravja v Sloveniji, ki omogoča vrednotenje uspešnosti doseganja strateških ciljev RNPDZ, ter kazalniki kakovosti za centre za duševno zdravje, ki omogočajo dolgoročno spremljanje delovanja centrov. V primeru, da ukrepi niso bili realizirani v celoti ali delno, so razlogi bili praviloma povezani z odsotnostjo utrezne finančne podpore ukrepom ali odsotnostjo ustrezne pravne podlage. S pomanjkanjem sredstev so bile povezane tudi težave pri zagotavljanju ustreznega upravljanja RNPDZ, kar je posledično povzročilo zaostanke tudi pri realizaciji vsebinskih ukrepov na številnih prednostnih področjih RNPDZ.

METODOLOGIJA EVALVACIJE

Namen evalvacije je preveriti uspešnost implementacije in učinkovitost realiziranih ukrepov. Prav tako je na podlagi evalvacije mogoče ustrezneje načrtovati aktivnosti v sledečih akcijskih načrtih. Načrtovanje aktivnosti podpira formativna evalvacija, ki zadeva vrednotenje izhodiščnega stanja in pogojev za implementacijo novih ukrepov. Evalvacija AN 2018-2020 in RNPDZ 2018-2028 spremlja strukturne kazalnike, procesne kazalnike in kazalnike izida. Skozi strukturne kazalnike so prikazani pogoji, ki so potrebni za izvajanje programa (kadri, oprema in drugi viri ter organizacijske mreže). Procesni kazalniki, ki se nanašajo na aktivnosti in samo izvedbo programa (število izvedenih delavnic, število obravnavanih oseb), ter kazalniki izida, ki opisujejo učinek ukrepov. S triangulacijo metod in virov je zagotovljena višja veljavnost rezultatov evalvacije. Za pričujoče poročilo so bile uporabljene kvantitativne in kvalitativne metode.

Evalvacija izvedenih ukrepov prvega akcijskega načrta je bila opravljena s sodelovanjem vodij in namestnikov imenovanih interdisciplinarnih delovnih skupin (IDS), ter strokovnjakov, ki delujejo na področjih posameznih IDS. Realizacija ukrepov je bila samoporočana. Izvedba aktivnosti je prikazana tudi skozi doseganje kazalnikov predvidenih v prvem akcijskem načrtu v poglavju izvedba ukrepov. V tem sklopu evalvacije so predstavljeni pretežno strukturni in procesni kazalniki. Pregled realizacije ukrepov prvega akcijskega načrta si sledi v enakem zaporedju, kot so bili ukrepi predvideni. Za enostavnejši prikaz kazalniki sledijo spodnjemu semaforju, ki opredeljuje ali je bila aktivnost v celoti izvedena (zelena barva), delno izvedena (rumena) ali neizvedena (rdeča). Podrobnejši opis pa opredeljuje tako samo izvedbo, kot tudi razloge, zakaj aktivnost ni bila izvedena, četudi je bila načrtovana.

Legenda:

Načrtovana in v celoti izvedena aktivnost

Načrtovana in delno ali z zamikom izvedena aktivnost

Načrtovana, a neizvedena aktivnost

Za potrebe evalvacije strateških ciljev RNPDZ je bil pripravljen okvir za spremljanje duševnega zdravja v Sloveniji. Okvir za spremljanje duševnega zdravja v Sloveniji je mogoče uporabiti tudi kot pripomoček za pregled strukturnih in procesnih kazalnikov ter kazalnikov izida, saj so ta osnovna načela evalvacije bila upoštevana ob zasnovi okvira. Za pripravo kazalnikov v okviru spremljanja duševnega zdravja v Sloveniji so bili uporabljeni podatki iz raziskav, ki so izvedene na vzorcu prebivalcev Slovenije in v večini primerov omogočajo mednarodno primerjavo. Med take raziskave sodijo Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu (EHIS), Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (HBSC), Anketa o tobaku, alkoholu in drugih drogah (ATADD). Uporabljena je bila tudi sekundarna analiza rutinsko zbranih podatkov iz obstoječih zdravstvenih podatkovnih baz NIJZ in ZZZS. Za namene rutinskega pridobivanja podatkov je bil oblikovan obrazec za popis delovanja centrov za duševno zdravje, ter uporabljen obrazec za popis služb na področju duševnega zdravja in sicer Evropski obrazec za mapiranje služb na področju duševnega zdravja.

Za načrtovanje aktivnosti naslednjega akcijskega načrta je kot del formativne evalvacije bila izvedena delfska študija (priloga II) o nujnih ukrepih ob epidemiji. V raziskavo so bili vključeni tako odločevalci, kot tudi strokovnjaki ter uporabniki in svojci. Participativni pristop raziskave je zagotavljal, da so upoštevane vse različne perspektive, hkrati pa je to vključevanje vseh deležnikov in tudi civilne družbe v skladu z Evropsko konvencijo o varstvu človekovih pravic in temeljnih svobočin (European Convention on Human Rights and Fundamental Freedoms – EHCR).

EVALVACIJA IZVEDBE UKREPOV PO PREDNOSTNIH PODROČJIH

SKUPNOSTNI PRISTOP

SPECIFIČNI CILJ 1: USKLAJENO MEDRESORNO SODELOVANJE IN VKLJUČEVANJE CIVILNE DRUŽBE NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA NA DRŽAVNI, REGIONALNI IN LOKALNI RAVNI

Ukrep 3: Priprava protokolov sodelovanja med različnimi službami

Prvi kazalnik: **Pripravljeni protokoli**

Ukrep se je realiziral v okviru vzpostavitve protokolov sodelovanja na med novimi Centri za duševno zdravje otrok in mladostnikov ter Centri za duševno zdravje odraslih in ključnimi deležniki iz lokalnega okolja (zdravstveni, socialni, nevladni sektor). Ugotovljena je potreba po protokolih še z nekaterimi deležniki (npr. Ljudska univerza) ter dopolnjevanje protokolov skladno s potrebami in prakso.

Ukrep 4**:** Vzpostavitev lokalne (interdisciplinarne medsektorske) skupine za (duševno) zdravje v skupnosti (v nadaljnjem besedilu LS(D)Z) (zdravstvo, šolstvo, sociala, društva, NVO, občina …) s ciljem krepitve zdravja/duševnega zdravja v skupnosti.

Prvi kazalnik: **Predstavitev RNPDZ lokalnim skupnostim**

- RNPDZ je bila predstavljena v vseh 9 zdravstvenih regijah v letih 2018, 2019 in 2020 v okviru regijskih strokovnih srečanj ob svetovnih dnevih zdravja, duševnega zdravja in preprečevanja samomora. V letu 2019 in 2020 so bile ob dnevu duševnega zdravja izvedene predstavitve lokalnim skupnostim (v letu 2020 na daljavo).
- RNPDZ je bila predstavljena 25 Lokalnim skupinam za krepitev zdravja, vzpostavljenih ob Centrih za krepitev zdravja v letih 2019 in 2020.
- RNPDZ je bila predstavljena deležnikom v številni okoljih ob različnih dogodkih namenjenih promociji duševnega zdravja in preventivi težav duševnega zdravja.

Drugi kazalnik: **Vzpostavitev Lokalnih skupin za (duševno) zdravje - LS(D)Z v okoljih kjer se vzpostavljajo CKZ**

- V okviru 25 zdravstvenih domov, ki so zdravstveno vzgojne centre nadgradili v Centre za krepitev zdravja so se v letu 2018/2019 vzpostavile t. i. Lokalne skupine za krepitev zdravja (LSKZ), ki jih je trenutno 30 (v okoljih, kjer CKZ pokriva več občin). Posebne vsebine s področja duševnega zdravja še niso vključene, so pa bile seznanjene s potrebo, da v AN vključijo skrb za duševno zdravje prebivalcev.

Tretji kazalnik: **Priprava AN za krepitev DZ v lokalnih okoljih**

- LSKZ so še v fazi priprave AN za zdravje. Na predstavitvah RNPDZ so bile LSKZ seznanjene s potrebo, da v AN vključijo skrb za duševno zdravje prebivalcev.

Ukrep 5: Priprava ocene stanja in potreb v skupnosti, prepoznavanje ranljivih skupin ter izdelava akcijskega načrta za udejanjanje ukrepov iz RNPDZ in njegovo spremljanje

Prvi kazalnik: **Priprava raziskovalnega orodja za oceno stanja ter potreb na področju DZ**

- V letu 2020 je bilo pripravljeno raziskovalno orodje ESMS - Evropski obrazec za mapiranje/razvrščanje služb na področju duševnega zdravja, ki omogoča oceno stanja in potreb med ponudniki različni storitev in programov v okviru zdravstvenega, socialnega in nevladnega sektorja.

Drugi kazalnik: **Vzpostavljene raziskovalne skupine**

- V letih 2019 in 2020 se je vzpostavila **r**aziskovalna skupina, ki jo sestavljajo zunanji in notranji sodelavci na nacionalnem programu za duševno zdravje MIRA v okviru NIJZ ter regijski koordinatorji za duševno zdravje zdravstvenih regij iz 9 Območnih enot NIJZ.

Tretji kazalnik: **Ocena stanja in potreb**

- Ocena stanja na področju ponudnikov storitev in programov na osnovi raziskovalnega orodja ESMS še poteka in bo zaključena v prvih tednih leta 2021. Predmet povabila k popisu je bilo več kot 600 služb.
- Mikro ocena potreb na ravni uporabnikov je bila delno izvedena v pilotnem okolju CDZ. V poročilo je bilo zajetih 74 pacientov in izkazalo se je, da so bile njihove potrebe skozi obravnavo v centru v večji meri zadovoljene. Ob sprejemu v center večinoma niso bile zadovoljene potrebe s področja fizičnega zdravja, dnevnih aktivnosti in varnosti, kar se je, skozi na pacienta osredotočeno obravnavo v lokalnem okolju, spremenilo. To kaže na to, da lahko celostna obravnava, skozi multidisciplinarno timsko delo in medsektorsko sodelovanje v lokalnem okolju, dobro naslovi številne pacientove potrebe.

PROMOCIJA, PREVENTIVA IN DESTIGMATIZACIJA

RAZLIČNE CILJNE SKUPINE

SPECIFIČNI CILJ 2: DVIG PISMENOSTI NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA PRI RAZLIČNIH DELEŽNIKIH, SKUPNOSTI, IZOBRAŽEVANJA STROKOVNE JAVNOSTI IN DESTIGMATIZACIJA

Ukrep 1: Razvoj in implementacija programov, ki povečujejo pismenost na področju duševnega zdravja za različne ciljne skupine in v različnih okoljih.

Prvi kazalnik: **Izvedena izobraževanja za novinarje**

Ni bilo realizirano.

Drugi kazalnik: **Pripravljen program psihološke prve pomoči in pripravljena gradiva in izobraževanje izvajalcev**

Ni bilo realizirano.

Tretji kazalnik: **Izvedena izobraževanja PPP za ciljne skupine**

Aktivnosti predvideni v letu 2020 in sicer izobraževanje za novinarje/urednike v treh regijah, ter psihološka prva pomoč za ciljne skupine (predvidenih 9 izobraževanj po regijah) nista bili realizirani.

Ukrep 2: Kontinuirano izvajanje na dokazih temelječih destigmatizacijskih kampanj.

Prvi kazalnik: **Število izvedenih kampanj**

Kampanje niso bile izvedene, saj ni bilo zagotovljenih finančnih sredstev.

SPECIFIČNI CILJ 3: ZAGOTAVLJANJE ENAKOMERNO RAZPOREJENE IN PREPROSTO DOSTOPNE TER BREZPLAČNE POMOČI OSEBAM V STISKI IN PRI UPORABI TERAPEVTSKIH STORITEV V LOKALNEM OKOLJU

Ukrep 1: Svetovalnice za odrasle (svetovalnice Posvet-Tu smo zate)

Prvi kazalnik: **Izvedena svetovanja in podporne skupine**

Svetovalnice Posvet - Tu smo zate delujejo v okviru Centra za psihološko svetovanje posvet, ki že 15 let deluje v okviru Slovenskega združenja za preprečevanje samomora. Posvet je humanitarna organizacija in društvo v javnem interesu na področju zdravstvenega varstva.

- V obdobju od januar 2018 do november 2020 je bilo v **14 svetovalnicah** za prvo psihološko pomoč opravljenih **več kot 11.800 svetovanj** (l. 2018 – 4278; l. 2019 – 4128; l. 2020 – 3394 svetovanj v trajanju eno uro vsako) **za posameznike, pare in družine.**
- Za polovico klientov so bile svetovalnice prvi vir pomoči, na katerega so se obrnili ob aktualni težavi.
- Najpogostejša glavna problematika klientov so bile partnerske težave, na drugem mestu so bili strahovi, fobije in tesnoba, na tretjem depresivno razpoloženje, nato pa si sledijo smrt bližnjega, odnosi/težave s starši, ločitev, slaba samopodoba in samozavest, težave v službi, težave z otrokom in težave z odraslim otrokom.
- Za svetovalce in strokovne osebe v sprejemu se 2 krat mesečno izvajajo skupinske supervizije, po potrebi tudi individualne supervizije, ki jih izvajata dva supervizorja.

Drugi kazalnik: **Izvedena izobraževanja svetovalcev / svetovalk**

Zaradi potreb po novih svetovalcih je bilo v letu 2020 ponovno razpisano 68 urno izobraževanje za nove svetovalce svetovalnic Posvet - Tu smo zate. Vanj se je vključilo 20 izbranih oseb med več kot 30 prijavljenimi. Izobraževanje se je tik pred zaključnimi delavnicami začasno prekinilo zaradi epidemije Covid-19.

Tretji kazalnik: **Vzpostavitev novih svetovalnic**

Nova, štirinajsta, svetovalnica je bila postavljena v Novem mestu v letu 2020.

Mreža svetovalnic Posvet Tu smo zate je financirana iz projektnih sredstev (razpisi Ministrstva za zdravje, FIHO ter več kot 80 slovenskih občin).

Ukrep 4: Skupine za samopomoč za osebe s težavami v duševnem zdravju in njihove svojce.

Prvi kazalnik: **Število skupin za samopomoč, podprtih v aktivnostih krepitve zdravja**

Skupine za samopomoč za starejše niso bile vzpostavljene.

Ukrep 5: Telefonsko in spletno svetovanje za otroke, mladostnike in odrasle.

Prvi kazalnik: **Izvedena svetovanja**

DELO NA PODROČJU IZVAJANJA SPLETNE SVETOVALNE DEJAVNOSTI MLADOSTNIKOM V E-SVETOVALNICI *TOSEMJAZ.NET* 2018-2020

Rezultati spletne svetovalne dejavnosti uporabnikom: približno 10 odstotkov spletnih vprašanj mladostnikov je vezanih na krizne situacije (na problematiko samomorilnosti, motenj hranjenja, samopoškodovalnega vedenja, depresije in anksioznosti, družinskega in vrstniškega nasilja ter spolnih zlorab):

- Število odgovorjenih vprašanj v 2018: 1.981, število obiskov: 144.270.
- Število odgovorjenih vprašanj v 2019: 2.164, število obiskov: 109.529.
- Število odgovorjenih vprašanj v 2020 (januar – november): 1.512, število obiskov: 74.250.

Vzdrževanje mreže spletnih svetovalcev – prostovoljcev:

- 2018 – število strokovnjakov: 55, št. supervizorjev: 1
- 2019 – število strokovnjakov : 60, št. supervizorjev: 2
- 2020 (januar – november) število strokovnjakov: 65, št. supervizorjev: 2

Vsebinska informativna nadgradnja spletišča:

- 2019: Informativna rubrika *Možgani in jaz* (marec 2019)
- 2020:
    - Informativna rubrika *Napotki za mladostnike v času epidemije covid-19* (marec 2020)
    - Informativna rubrika *Jaz na spletu* (rubrika o pasteh digitalne tehnologije, v sodelovanju z Logout), maj 2020

Nadgradnja uredniškega dela:

- uvedba računalniško podprtega spletnega uredniškega sistema za vsakodnevno upravljanje z e-vsebinami (vprašanja mladih, odgovori strokovnjakov, kodiranje vsebin). Koristi: optimizacija uredniških opravil (hitrejše delo, večja preglednost vsebin). Junij 2018.
- uvedba sistema za redno mesečno poročanje – obrazec – redno mesečno generirano poročanje (maj 2020)

Poročanje o spletni svetovalni dejavnosti in raziskovanje:

- Redna letna poročila o analizi vsebine spletnih vprašanj mladostnikov: Letno poročilo 2018, Letno poročilo 2019, Letno poročilo 2020.
- Poročilo o šestletni analizi najtežjih spletnih vprašanj – (vprašanja mladostnic in mladostnikov v kriznih situacijah) – analiza je zajela 1161 kodiranih spletnih vprašanj v obdobju 2012-2017.

Mednarodni dosežki:

- Program To sem jaz so v letu 2018 okviru evropskega projekta EU Compass uvrstili med devet izbranih primerov dobre prakse na področju duševnega zdravja (predstavljen v publikaciji *Good Practices in Mental Health & Well-being*).
- Vabljena predstavitev: Program To sem jaz predstavljen v Londonu, na mednarodnem strokovnem srečanju Global Ministerial Mental Health Summit kot vodilni primer dobre prakse s področja duševnega zdravja v skupini za otroke in mladostnike (oktober 2018)
- V okviru poročila »A sustainable approach to depression: moving from words to actions« (Trajnostni pristop k depresiji: od besed k dejanjem) je bil program To sem jaz evidentiran kot primer dobre prakse iz Slovenije pri obvladovanju duševnih stisk otrok in mladostnikov (decembra 2018 poročilo predstavljeno v Evropskem parlamentu).
- Program *To sem jaz* je bil objavljen kot primer dobre prakse v publikaciji Svetovne zdravstvene organizacije (Health Equity Status Report Initiative), M.L. Buzelli, WHO,

8.7.2019 – eden od 32 izbranih primerov, publikacija dostopna na spletni strani Svetovne zdravstvene organizacije: http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/publications/2019/case-studies-the-who-european-health-equity-status-report-initiative-2019

DELO NA PODROČJU TOM TELEFONA (telefon za otroke in mladostnike)

Od 1. 1. do 31. 12. 2018 je TOM telefon prejel 31627 telefonskih klicev, 347 e-vprašanj in 818 klepetov, kar je skupaj 32792 kontaktov. Od tega je 5744 svetovalnih kontaktov, ki so predmet nadaljnje analize. Znotraj tega je bilo opravljenih 80 supervizijskih ur, sodelovalo je 131 prostovoljcev, ki so opravili 6665 prostovoljnih ur.

Od 1. 1. do 31. 12. 2019 je TOM telefon prejel 30155 telefonskih klicev, 315 e-vprašanj in 780 klepetov, kar je skupaj 31250 kontaktov. Od tega je 4905 svetovalnih kontaktov, ki so predmet podrobnejše analize. Opravljenih je bilo 80 supervizijskih ur, sodelovalo je 135 prostovoljcev in opravljenih je bilo 8099 prostovoljskih ur.

Od 1. 1. do 4. 12. 2020 je TOM telefon prejel 17315 telefonskih klicev, 409 e-vprašanj in 708 klepetov, kar je skupaj 18432 kontaktov. Od tega je 3477 svetovalnih kontaktov, ki so predmet podrobnejše analize. Sodelovalo je 138 prostovoljcev.

Najpogostejše teme v letih 2018 in 2019 so bile vrstniki, ljubezen, družina, telesni razvoj in ostalo. Medtem, ko se je v letu 2020 pokazalo, da se je med prvimi petimi tematikami, poleg družine, vrstnikov in ljubezni pojavijo še psihične težave in preživljanje prostega časa.

Drugi kazalnik: **Supervizija svetovalcev in svetovalk**

V uredništvu spletne svetovalnice tosemjaz.net je zagotovljena možnost supervizije spletnega svetovalnega dela na področju psihološkega svetovanja zlasti za nove spletne svetovalce. Supervizijsko delo je v letu 2018 opravljala 1 supervizorka – prostovoljka, v letih 2019 in 2020 sta bili spletnim svetovalcem na voljo 2 supervizorki.

OTROCI IN MLADOSTNIKI

SPECIFIČNI CILJ 1: PROMOCIJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA IN PREVENTIVA TEŽAV DUŠEVNEGA ZDRAVJA PRI OTROCIH IN MLADOSTNIKIH V VZGOJNO IZOBRAŽEVALNIH USTANOVAH IN LOKALNIH OKOLJIH

Ukrep 2: Sistemska uvedba preizkušenih in evalviranih programov promocije duševnega zdravja in preventive težav duševnega zdravja pri otrocih in mladostnikih-implementacija programa To sem jaz v šolsko okolje

Prvi kazalnik: **Število izvedenih delavnic, vključenih otrok po spolu**

Šolsko leto	Število v projekt vključenih OŠ in SŠ ter	Število izvajalcev delavnic (posamezniki)	Število izvedenih delavnic	Število vključenih učencev in dijakov	Št. izvajalcev, ki so izvedli celovit program 10 delavnic	Ocena uspešnosti programa po mnenju izvajalcev (na lestvici od 1 do 5)

	dijaških domov					
2017/18	80	105	776	7.883	14 (14 % vseh izvajalcev)	4
2018/19	88	131	1.014	10.910	10 (8 % vseh izvajalcev)	4
2019/20	80	117	862	6.775	7 (6,5 % vseh izvajalcev)	4

Drugi kazalnik: **Izvedena evalvacija 10 delavnic**

Izvajalec raziskave Center za psihodiagnostična sredstva: evalvacija učinkovitosti celostnega modela 10 delavnic je bila zaključena junija 2018.

Tretji kazalnik: **Pridobljeno stališče MIZŠ ter Zavoda za šolstvo o sistemski uvedbi programa v šole**

- 2019 je bilo od Zavoda RS za šolstvo pridobljeno priporočilo za uporabo programa - organizirano izvajanje preventivnih delavnic po priročniku Zorenje skozi To sem jaz (priporočena uporaba zlasti razrednikom in šolskim svetovalnim delavcem).
- Stališče MIZŠ ni bilo pridobljeno.

Četrti kazalnik: **Upravljanje programa v zainteresiranih šolah**

Sistem upravljanja programa ni bil vzpostavljen.

Ukrep 3: Pilotno testiranje in postopna sistemska uvedba preverjeno učinkovitih programov zmanjševanja medvrstniškega nasilja.

Prvi kazalnik: **Izvajanje pilotnega testiranja**

Drugi kazalnik: **Poročilo pilotnega testiranja**

Tretji kazalnik: **Pridobljeno stališče MIZŠ in Zavoda za šolstvo o sistemski uvedbi programa v šole**

Zaradi pozne in nezadostne zagotovitve finančnih virov je IDS začela z delovanjem v polni zasedbi šele junija 2020. Izvedba ukrepa v tako kratkem časovnem obdobju ni možna.

Ukrep 4: Sistemska uvedba programov zgodnjih intervencij, podprtih z dokazi učinkovitosti, ki vključujejo programe starševstva, programe zgodnjih intervencij pri otrocih in mladostnikih ter programe za učitelje- implementacija programov Neverjetna leta.

Prvi kazalnik: **Izvajan program v 10 enotah v ZD, 16 CSD in lokalni skupnosti**

Program je bil v letu 2020 izvajan v 12 enotah, v 5 CDZOM-ih, v 2 Svetovalnih centrih za otroke, mladostnike in starše, v 3 CSD-jih, na Pediatrični kliniki in družinskem centru Mala ulica.

Drugi kazalnik: **Vzpostavitev 5 novih enot v ZD, CSD in lokalni skupnosti**

Izvajan program v 15 enotah (2019)

Vzpostavljenih je bilo v letu 2019 in 2020 5 novih izvajalskih centrov.

Tretji kazalnik: **Izvajan program v 15 enotah v ZD, CSD in lokalni skupnosti (2020)**

Vzpostavljenih je bilo v letu 2019 in 2020 5 novih izvajalskih centrov, skupno se izvaja v 12 izvajalskih centrih.

Četrti kazalnik: **Uvajanje novih programov NL (za starše, učitelje)**

Izvedeno je bilo osnovno izobraževanje za voditelje skupin programa za starše ter programa za učitelje, ki se je v letu 2019 pilotno izvedel, v letu 2020 pa je bilo izveden program 6x, vanj je bilo skupno vključenih 90 učiteljev, vzgojiteljev ter šolskih svetovalnih delavcev iz 20 vzgojno izobraževalnih ustanov.

Ukrep 6: Usposabljanje in okrepitev sodelovanja šolskih svetovalnih služb s CDZOM in s CSD pri delu z otroki in mladostnikih/mladostnicah z učnimi težavami in težavami v duševnem zdravju. Priprava protokolov sodelovanja za učinkovitejše sodelovanje.

Prvi kazalnik: **Program usposabljanja in protokoli sodelovanja**

V sklopu koordiniranja mreže Centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov so bili pripravljeni protokoli sodelovanja z različnimi deležniki v skupnosti.

Drugi kazalnik: **Izvedena usposabljanja, testirani protokoli sodelovanja**

Protokoli se usklajujejo in dopolnjujejo na ravni ministrstev (MZ in MDDSZ) in v naslednji fazi gredo v testiranje med službe in bodo najprej testno uporabljeni in nato končno dogovorjeni. V skladu s tem bodo izvedena izobraževanja in usposabljana za povezano delovanje oziroma za povezano obravnavo ciljne populacije.

SPECIFIČNI CILJ 2: VZPOSTAVITEV MREŽE SVETOVALNIH CENTROV ZA OTROKE, MLADOSTNIKE IN STARŠE (SCOMS)

Ukrep 1: Priprava standarda kadra in programov za pomoč otrokom in mladostnikom s specifičnimi učnimi težavami.

Prvi kazalnik: **Vzpostavljena delovna skupine MIZŠ, MZ**

Drugi kazalnik: **Predlog standarda programa in kadrov SCOMS**

Tretji kazalnik: **Izdelani standardi programa in kadrov SCOMS**

Četrti kazalnik: **Predlog pravno formalne ureditve SCOMS**

Zaradi pozne in nezadostne zagotovitve finančnih virov je IDS začela z delovanjem v polni zasedbi šele junija 2020. Izvedba ukrepa v tako kratkem časovnem obdobju ni možna.

ODRASLI NA DELOVNEM MESTU

SPECIFIČNI CILJ 1: KREPITEV IN IZBOLJŠANJE DUŠEVNEGA ZDRAVJA ZAPOSLENIH

Skozi naslednje aktivnosti so bili v sklopu specifičnega cilja »Krepitev in izboljšanje duševnega zdravja zaposlenih« delno izvedeni načrtovani ukrepi 2, 3, 5, 6, in 8, ukrep 7 pa je bil izveden v celoti.

Ukrep 2: Priprava in implementacija medsektorskih dokumentov za področje duševnega zdravja na delovnem mestu.

Ukrep 3: Razvoj in vpeljava izobraževalnih modulov in preverjenih programov za promocijo zdravja na delovnem mestu s poudarkom na duševnem zdravju in dobrem počutju – za delodajalce in koordinatorja/skupine za promocijo zdravja v podjetju.

Ukrep 5: Izdelati priporočila za promocijo in krepitev pozitivnih psihosocialnih dejavnikov (nadzor nad lastnim delom, avtonomija, pozitivni odnosi s sodelavci, socialna in čustvena podpora sodelavcev ter nadrejenih, karierni razvoj zaposlenih) in jih izvajati.

Ukrep 6: Vzpostaviti nacionalno in regijsko koordinacijo za promocijo in krepitev (duševnega) zdravja na delovnem mestu, ki bo v podporo delodajalcem in delavcem.

Ukrep 8: Vključevati socialne partnerje v načrtovanje in izvajanje programov promocije zdravja na delovnem mestu.

Prvi kazalnik: **Vzpostavitev nacionalne koordinacije za promocijo duševnega zdravja na delovnem mestu**

- Aktivnost je bila realizirana skozi vzpostavitev in delovanje IDS za duševno zdravje odraslih s poudarkom na krepitvi duševnega zdravja na delovnem mestu.
- Zaradi pozne in nezadostne zagotovitve finančnih virov je IDS začela z delovanjem v polni zasedbi šele junija 2020 (namesto leta 2018)
- IDS ima 15 članov in je sestavljena iz slovenskih strokovnjakov za duševno zdravje in zdravje pri delu, predstavnikov uporabnikov, delojemalcev in delodajalcev, predstavnikov Ministrstva za zdravje RS (MZ) in Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve RS (MDDSZ). V njej sodelujeta tudi predstavnik Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (ZPIZ) in predstavnica Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) **Napaka! Vira sklicevanja ni bilo mogoče najti.**).
- Člani IDS so pripravili kvalitativno analizo potreb na tem področju in prvi medsektorski dokument, tj. akcijski načrt za naslednje 3-letno obdobje.

Drugi kazalnik: **Vzpostavitev regijske koordinacije za promocijo duševnega zdravja na delovnem mestu**

- Regijska koordinacija še ni bila vzpostavljena, ker je IDS začela s svojim delovanjem šele v letu 2020 namesto v letu 2018.
- Zato je začetek te aktivnosti predviden za naslednje 3-letno obdobje in se povezuje z vzpostavitvijo Regijskih svetov za duševno zdravje ter Lokalnih skupin za krepitev (duševnega) zdravja ter s pilotnim projektom Promocije duševnega zdravja aktivnih na trgu dela.

Tretji kazalnik: **Priprava protokola sodelovanja med deležniki na področju promocije duševnega zdravja na delovnem mestu**

- Z vzpostavitvijo in delovanjem IDS se je začelo vzpostavljati sodelovanje med predstavniki strokovnih delavcev iz IDS, ki delujejo na področju (duševnega) zdravja aktivnih na trgu dela, tj. specialisti družinske medicine, psihiatrije, medicine dela, prometa in športa, izvajalci projektov na področju krepitve zdravja (Čili za delo, StarVital), koordinatorji programov v Centrih za krepitev zdravja, psihologi v okviru Zavoda za zaposlovanje
- Priprava protokolov sodelovanja in načrtno vzpostavljanje sodelovanj v večjem obsegu pa je predvideno skozi pilotni projekt Promocije duševnega zdravja aktivnih na trgu dela

Četrti kazalnik: **Priprava smernic na področju promocije duševnega zdravja na delovnem mestu.**

- Zaradi poznega začetka delovanja IDS se ta aktivnost še ni začela izvajati. Preveriti ali je to najboljša pot (komu naj bi bile smernice namenjene?) in kam jih umestiti v časovnici.

Peti kazalnik: **Priprava nacionalnega portala za promocijo zdravja na delovnem mestu za delodajalce in delavce.**

- Portal za promocijo zdravja pri delu poleg ostalih vsebin vključuje tudi vsebine s področja duševnih bolezni in vedenjskih motenj
- Na spletni strani so dostopne pravne podlage v zvezi s promocijo zdravja pri delu, raziskave in strokovna literatura, statistični podatki in trendi, dobre prakse iz Slovenije in EU ter obstoječe uporabne spletne povezave in video vsebine

Šesti kazalnik: **Uvajanje programov promocije duševnega zdravja na delovnem mestu**

- Kvalitetni programi promocije (duševnega) zdravja na delovnem mestu že tečejo v nekaterih podjetjih, vendar še ne v zadostnem obsegu
- Na prostem trgu obstaja veliko ponudnikov aktivnosti, ki (lahko) podpirajo duševno zdravje aktivnih na trgu dela
- V Sloveniji je v teku več strokovno podprtih projektov in izobraževanj s področja promocije zdravja pri delu, ki vključujejo tudi področje duševnega zdravja kot so: Čili za delo, StarVital, eVZD, Promocija aktivnosti za preprečevanje kostno-mišičnih obolenj in psihosocialnih tveganj pri delu, idr.
- Tečejo tudi projekti, ki so namenjeni krepitvi duševnega zdravja odraslih, npr. projekti OMRA, Naprej, Viva, ZdravaGlava, idr.
- Člani IDS so začeli s pripravo sistematičnega pregleda preteklih in tekočih projektov na področju duševnega zdravja delovno aktivne populacije v Sloveniji

Ukrep 7: Povezovati centre za krepitev zdravja (v nadaljnjem besedilu: CKZ) z delodajalci v lokalnem okolju pri izvajanju preventivnih in promocijskih programov na področju duševnega zdravja.

Prvi kazalnik: **Število vključenih delovnih organizacij**

V letu **2018** noben Center za krepitev zdravja (CKZ) še ni izvajal aktivnosti krepitve duševnega zdravja in obvladovanja stresa za delovne organizacije. Je pa 8 CKZ izvajalo druge aktivnosti za

krepitev duševnega zdravja v lokalnih okoljih. Te aktivnosti so pripravljali za Centre za socialno delo, mladinski center in raznorazna društva.

Drugi kazalnik: **Število izvedenih delavnic**

V letu **2019** je 15 CKZ izvajalo programe krepitve duševnega zdravja in obvladovanja stresa (za delovne organizacije).

- Število vključenih delovnih organizacij je bilo 45.
- Število izvedenih delavnic za delovne organizacije je bilo 57.

Največkrat so izvedli tehnike sproščanja (15-krat), delavnico o stresu in izgorelosti (12-krat) ter splošno o pomenu duševnega zdravja (9-krat). Druge tematike so bile v manjšini (socialne veščine, izguba in žalovanje, čuječnost, komunikacijske veščine).

V letu **2020** (podatki do konca meseca junija) so 4 CKZ izvajali programe krepitve duševnega zdravja in obvladovanja stresa (za delovne organizacije).

- Število vključenih delovnih organizacij je bilo 5.
- Število izvedenih delavnic za delovne organizacije je bilo 9.

Trikrat so izvedli motivacijsko predavanje in prikaz tehnik sproščanja, petkrat je bila glavna tema stres, enkrat pa so se osredotočili na psihološko podporo pri opuščanju kajenja.

MREŽA SLUŽB ZA DUŠEVNO ZDRAVJE

PREVENTIVA, ZGODNJA DIAGNOSTIKA IN CELOSTNA OBRAVNAVA OTROK IN MLADOSTNIKOV

SPECIFIČNI CILJ 1: ZAGOTAVLJANJE DOBREGA ZAČETKA – SKRB ZA DUŠEVNO ZDRAVJE NOSEČNIC, MATER TER DRUŽINE MED NOSEČNOSTJO IN PO PORODU

Ukrep 1: Krepitev starševskih kompetenc in večin komunikacije ter krepitev duševnega zdravja bodočih staršev v okviru skupinske vzgoje za zdravje – priprava na porod in starševstvo.

Ukrep 2: Uvedba presejanja in zgodnje odkrivanje ter ustrezna obravnava duševnih težav v okviru predporodnega in poporodnega preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (pediatri, ginekološke ambulante, porodnišnice, družinski zdravniki, CDZO).

Ukrep 3: Zagotavljanje dostopa do ustrezne obravnave nosečnice ali porodnice s težavami v duševnem zdravju v CDZO in v porodnišnicah.

Ukrep 4: Zagotavljanje zgodnje prepoznave ranljivih nosečnic, družin in otrok s strani socialne službe in vzgojno izobraževalnih ustanov ter usmerjanje v ustrezne programe za podporo družinam z velikim tveganjem.

Ukrep 5: Nadgradnja preventivnega programa, ki ga izvajajo patronažne medicinske sestre na domu otročnice in dojenčka z dodatnimi preventivnimi obiski in obravnavami za ranljive družine ter dodatnimi vsebinami na področju težav v duševnem zdravju, zanemarjanja in slabega ravnanja z otroki in nasilja v družini (kot na primer programi starševstva v obliki izvajanj na domu).

Prvi kazalnik: **Pripravljena presejalna orodja**

Presejalna orodja so bila pripravljena. V okviru projekta MoST so v delo patronažne službe dodane vsebine duševnega zdravja, presejanje za duševne stiske z vprašanjema o počutju in na poporodno depresijo z Edinburškim vprašalnikom ter morebitno potrebno nadaljno usmeritvijo glede na rezultate. Ugotavlja se tudi kriterije ranljivosti v družini z novorojenčkom/dojenčkom. V projektu PODN je pripravljeno presejanje nasilja v družini, nekatere zasvojenosti in težave v duševnem zdravju. Presejanje v nosečnosti izvaja usposobljen in izobražen del ginekoloških timov v Sloveniji. Žal pa to presejanje ni vključeno v pravilnik in še ni del sistemskih storitev.

Drugi kazalnik: **Pripravljeni protokoli intervencije za ranljive bodoče starše/družine**

Pomanjkanje financiranja, delno uresničeno. Uresničeno je prepoznavanje oziroma zagotavljanje kriterijev ranljivosti po rojstvu otroka, izvajajo patronažne medicinke sestre.

Tretji kazalnik: **Število pilotnih okolij, v katerih se izvaja presejanje in tarčne intervencije**

Vse skupaj so se presejanje in stopnjevane intervencije izvajale v 30 zdravstvenih domovih, ki sodelujejo na projektu MoST v okviru dela patronažne službe.

Četrti kazalnik: **Število obravnavanih ranljivih posameznikov/družin v okviru medresorskega sodelovanja**

Ni bilo izvedeno – ni bilo financiranja.

Peti kazalnik: **Model programa za podporo starševstvu na domu**

Šesti kazalnik: **Dodatno zaposlene (3+3?) patronažne medicinske sestre**

Sedmi kazalnik: **Evalvacija in načrt širjenja na nacionalno raven**

Osmi kazalnik: **Izvedba programa podpore starševstvu na domu v dveh okoljih**

Model programa za podporo starševstva na domu ni bil izveden, saj ni bilo financiranja.

SPECIFIČNI CILJ 2: ZGODNJA PREPOZNAVA TEŽAV V TELESNEM IN DUŠEVNEM RAZVOJU OTROK

Ukrep 1: Izvajanje rednih sistematskih preventivnih pregledov otrok in mladostnikov v skladu s pravilnikom o izvajanju.

Prvi kazalnik: **Pripravljen protokol presejanja otrok in mladostnikov s tveganji za težave v duševnem zdravju in usmerjanja v programe pomoči**

Ni izvedeno.

Drugi kazalnik: **Strokovne smernice za prepoznavanje in obravnavo otrok in mladostnikov z razvojnimi motnjami**

Strokovne smernice za obravnavo otrok s spektroavtističnimi razvojnimi motnjami je trenutno v potrjevanju pri relevantnih strokovnih telesih.

Tretji kazalnik: **Število izvedenih presejanj in število napotenih in delež obravnavanih otrok**

Zaradi pomanjkanja tako popolne mreže Centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov kot tudi na drugi strani kadra v teh službah, so še vedno čakalne dobe za redne preglede, zato se presejanja v celoti še ne izvajajo.

Četrti kazalnik: **Izvedena usposabljanja in izobraževanja za prepoznavanje, obravnavo in interdisciplinarno sodelovanje pri obravnavi otrok z razvojnimi motnjami**

Izvedeno je bilo dvo dnevno usposabljanje mhGAP edukatorjev, ki se ga je udeležilo približno 20 pedopsihiatrov, kliničnih psihologov (ponekod psihologov) in pediatrov.
Načrtovano je, da bodo v naslednjih letih edukatorji s temami WHO mhGAP izobraževali kader brez klinične specializacije.

Ukrep 2: Zagotavljanje zgodnje obravnave otrok z ugotovljenimi težavami v razvoju v okviru mreže centrov za zgodnjo obravnavo (v nadaljnjem besedilu CZO) na primarni zdravstveni ravni.

Prvi kazalnik: **Izvajanje pilotnega projekta uvajanja CZO, priprava podlage in načrt razvoja mreže**

Pilotni projekt je bil uspešno zaključen decembra 2020. Pripravljena je bila mreža razvojnih ambulant z vključenimi centri za zgodnjo obravnavo (RA-CZO).

Drugi kazalnik: **Priprava načrta vzpostavljanja mreže CZO**

Načrt je bil opredeljen v splošnem dogovoru za leto 2019. Glede na ta dogovor se timi postopno oblikujejo oz. dopolnjujejo z manjkajočimi profili. Ker mreža ni dovolj široko zastavljena je bil pripravljen tudi predlog širitve mreže razvojnih ambulant z vključenimi CZO.

Povzeto iz zaključnega poročila projekta celostne zgodnje obravnave:

Nujno bi bilo zagotoviti širšo mrežo razvojnih ambulant.
Število pediatrov/timov se v času projekta ni nič povečalo, dodeljene pa so nam bile številne dodatne naloge (timski sestanki, zapisniki; koordinacija z dodatnim širšim timom in zunanjimi člani). Število timskih sestankov zdravnikov je v dveh letih naraslo za **263%,** podobno pri ostalih članih tima.

Timski sestanki doprinesejo veliko dodano vrednost k kakovostni celostni zgodnji obravnavi, a zahtevajo svoj čas. Starši so na sestankih velikokrat izpostavili zadovoljstvo nad tem, da se zbere celoten tim strokovnjakov, ki dela z njihovim otrokom in skupaj s starši naredi načrt glede nadaljnjega spremljanja/obravnav otroka in družine. Starši se počutijo slišane in pridobijo zaupanje v strokovni tim.

Naraslo nam je zlasti število obravnavanih predšolskih otrok, ki potrebujejo dodatno strokovno pomoč (DSP) v vrtcih. Ti otroci so bili doslej obravnavani na komisijah za usmerjanje ali v okviru mentalno-higienskih dispanzerjev.
Posledično prihaja do podaljšanja čakalnih dob za prvi pregled v razvojni ambulanti, kar je strokovno nedopustno. Pri nas je v enem letu prišlo do podaljšanja čakalne dobe za 4 mesece. Problematiko smo reševali z nadurnim in pogodbenim delom zdravnikov.

Tabela prikazuje porast števila obravnavanih otrok, starih od 3 do 7 let; porast obiskov otrok te starosti pri razvojnem pediatru ter porast timskih pregledov, posvetov, sestankov razvojnega pediatra.

	2017	2018	2019	PORAST (%)
ŠT. OBRAVNAVANIH OTROK 3-7 LET	**399**	**369**	**494**	**24%**
ŠT. OBISKOV OTROK 3-7 LET	**543**	**557**	**897**	**65%**
ŠT. TIMSKIH	**601**	**1034**	**1578**	**263%**

Čakalna doba na DSP v vrtcu – vsaj 6 mesecev: vsaj 3 do 4 mesece čaka otrok na pregled v razvojni ambulanti in nato še cca. 2 do 3 mesece, da steče diagnostika pri vseh profilih znotraj RA; nato pa še uskladitev sestanka z vrtcem.

Tretji kazalnik: **Dopolnjeni multidisciplinarni timi (v treh oziroma 19) CZO v skladu z načrtom vzpostavljanja mreže**

Trije multidisciplinarni timi so bili dopolnjeni v sklopu pilotnega projekta in sicer v Mariboru, Celju in Kranju. Od 1.1.2019 so se postopno pričeli dopolnjevati tudi ostali timi v Sloveniji – kakor je bilo predvideno in odobreno tudi v splošnem dogovoru. Težave se pojavljajo predvsem iz vidika pomanjkanja določenih strokovnjakov (logopedov, specialnih pedagogov). Občasno se pojavljajo tudi težave iz vidika pomanjkanja specialnih znanj.

Četrti kazalnik: **Število obravnavanih otrok po spolu in njihovih družin v CZO**

Ta ukrep se izvaja v okviru centrov za zgodnjo obravnavo, kar ni v okviru upravljanja programa za duševno zdravje MIRA. Podatka za število vključenih družin v celotni Sloveniji ni bilo mogoče dobiti. Imamo pa podatek za Gorenjsko, ki predstavlja po številu otrok 10 % Slovenije in kjer so trenutno odobreni trije timi RA-CZO.

Leto	**Št. vseh obravnav pri zdravnikih v posameznem letu**	**Št. obravnavanih otrok**	**Št. prvih pregledov**	**Št. timskih pregledov /sestankov**
2014	3.510	1773	750	1187
2015	3.767	1851	800	1186
2016	3.787	1859	694	941
2017	3.479	1858	702	601
2018	3.875	2065	788	1034
2019	4.370	2238	757	1578

Podatkov o obravnavanih otrocih in njihovih družinah **po spolih** niso bili poročani, zato spodnja tabela velja kot ocena za gorenjsko.

Leto	moški	ženske	skupaj
2018	1156 (**56%**)	909 (**44%)**	2065

2019	1276 **(57%)**	962 **(43%)**	2238

SPECIFIČNI CILJ 3: ZAGOTAVLJANJE DOSTOPNOSTI INTERDISCIPLINARNIH TIMOV IN STORITEV ZA OBRAVNAVO OTROK IN MLADOSTNIKOV Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI TER NJIHOVIH DUŽIN N PRIMARNI RAVNI ZDRAVSTVENEGEA VARSTVA IN V SODELOVANJU S SLUŽBA,I SOCIALNEGA VARSTVA, PODROČJA DRUŽINE TER VZGOJE IN IZOBRAŽEVANJA

Ukrep 1: Vzpostavitev mreže 25 regijskih CDZOM, ki zagotavljajo preventivo ter celostno, multidisciplinarno ambulantno in skupnostno obravnavo otrok in mladostnikov na geografsko določenih območjih z okvirno 80.000 prebivalci, od tega približno 16.000 otrok in mladostnikov v starosti od 0 do 19 let.

Ukrep 2: Organizacija vstopno triažne službe v vsakem CDZOM s pripravo protokolov triaže, v kateri bodo sodelovali vsi regijski timi. V predhodnem obdobju vzpostavitve celotne mreže CDZOM bosta vzpostavljena dva triažno urgentna centra (UKC Ljubljana in UKC Maribor) za obravnavo nujnih primerov otrok in mladostnikov z akutno ogroženostjo zaradi duševne motnje. V delovanje teh dveh centrov se vključijo vsi delujoči specialisti otroške in mladostniške psihiatrije v javni zdravstveni mreži. Po vzpostavitvi mreže CDZOM bodo obravnavo nujnih primerov prevzeli centri in tako omogočili lokalno dostopnost.

Prvi kazalnik: **Priprava podlage in načrta**

Pripravljen je bil načrt vzpostavljanja predvidenih CDZOM v prioritetnih okoljih. Izvedeni so bili obiski lokalnih okolij in dogovori z nosilci, pripravljena je bila analiza kadrov in podlag za financiranje.

Okolja so bila pripravljena za vzpostavitev novih CDZOM v identificiranih v prioritetnih okoljih, v katerih je glede na analize pomanjkanje ustreznih virov pomoči na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Pripravljene so bile (strokovno in organizacijsko-tehnično-finančne) podlage za implementacijo ter pripravljen načrt vzpostavitve mreže in vzpostavitve prvih CDZOM povezanih s službami za zgodnje prepoznavanje razvojnih težav. Zagotovljena je bila podpora povezovanju strokovnjakov in dopolnjevanje tima CDZOM, zagotavljanje obravnave v okviru CDZOM ter izobraževanja novozaposlenega strokovnega kadra v CDZOM.

Drugi kazalnik: **Načrt vzpostavitve mreže CDZOM**

Timi vzpostavljenih CDZOM še ne dosegajo predvidenega standarda zaradi pomanjkanja strokovnega kadra, predvsem kliničnih psihologov in specialistov otroške in mladostniške psihiatrije. To se ureja vzporedno, z zagotavljanjem zakonskih podlag in sistemskim uvajanjem specializacije iz klinične psihologije ter načrtovanim in usmerjenim razpisovanjem specializacij iz otroške in mladostniške psihiatrije. Prav tako se gradi na kakovosti delovanja CDZOM z izvajanjem strokovnih obiskov posameznih centrov ter izmenjavo izkušenj med posameznimi CDZOM. Uvaja se tudi kroženje strokovnega kadra CDZOM znotraj drugih CDZOM in v drugih, skupaj s strokovnim kadrom v CDZOM identificiranih, ustanovah, ki delujejo na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov.

Načrt vzpostavitve celotne mreže je tako odvisen tudi glede kadra in se zato sproti dopolnjuje, a osnovni okvir je pripravljen.

Tretji kazalnik: **Vzpostavitev oziroma dopolnitev treh CDZOM**

Do konca leta 2020 je bilo vzpostavljenih 11 centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov. Centri za duševno zdravje odraslih so različno pričeli z delovanjem in sicer prvi center je pričel z delovanjem Celje (februar 2019) in za njim Ptuj (marec 2019). V sredini leta se je vzpostavil CDZOM Postojna (julij 2019). Proti koncu leta (od septembra do novembra) pa so se vzpostavili Trbovlje, Nova Gorica, Ravne na Koroškem, Rakitna, Murska Sobota in Velenje. Ormož je pričel z delovanjem s 1.9.2020 In Jesenice z novembrom 2020.

Četrti kazalnik: **Število strokovnjakov vključenih v izobraževanje**

Izobraževanja NIJZ (Uvodno usposabljanje) se je udeležilo 27 oseb, zaposlenih v CDZOM. Delavnice timskega pristopa se je udeležilo približno 71 zaposlenih v CDZOM (Murska Sobota 11, Trbovlje 9, Ormož, Nova Gorica, Postojna, Rakitna in Celje v vsakem po približno 9, ter Ptuj 6. Delavnica v Velenju in Ravnah na Koroškem še ni bila izvedena. Zaposleni v CDZOM se udeležujejo tudi OTI izobraževanj, kjer imamo podatke za izobraževanja v leti 2019 in 2020 in sicer: Motnje hranjenja (21 udeležencev), Razvoj otroka (19 udeležencev), Razvojno nevrološke motnje II (10 udeležencev) ter Diagnostika duševnih motenj in program zgodnje preventive (18 udeležencev).

Peti kazalnik: **Število otrok in mladih po spolu in njihovih družin v obravnavi v CDZOM**

- V vseh devetih CDZOM, ki so pričeli z delovanjem, so imeli v obravnavo vključenih 6554 uporabnikov (od pričetka delovanja centrov do julija 2020). V povprečju je imelo vseh 9 centrov vključenih 728 (od 213 do 2252) uporabnikov. Vključenih je bilo več dečkov (57,8 %, N=3603) kot deklic (42,2%, N=2629). Večina vključenih je mlajših od 9 let (69,7 %).
- V CDZOM so imeli več na novo vključenih pacientov (59,9 %) čeprav je kar nekaj tudi pacientov, ki so jih prestavili iz prejšnjih oblik obravnave (40,1 %).
- V povprečju so imeli centri vključenih 84 pacientov iz drugih regij (nekateri 0, nekateri pa 205). Skupno so iz vseh centrov poročali, da so imeli vključenih 674 pacientov iz druge regije (kjer bodisi je ali pa še ni vzpostavljenega centra za duševno zdravje).

Ukrep 3: Aktivno prepoznavanje in ponujanje podpore posebej ogroženim otrokom in mladostnikom ter priprava protokolov za zagotavljanje pomoči otrokom staršev z duševnimi motnjami, boleznimi odvisnosti, otrokom izpostavljenim drugim obremenjujočim življenjskim izkušnjam, kot so travmatska ločitev staršev, izguba podporne osebe, otrokom migrantom in njihovim podpornim skupinam ter rejniškim družinam.

Prvi kazalnik: **Opredelitev stanja**

Delovna skupina za mrežo služb že deluje na področju prepoznave stanja in opredeljevanja najranljivejših skupin, pripraviti bo potrebno dolgoročni načrt za ozaveščanje o trenutnem stanju in pripravi prepoznavanja in ukrepanja na tem področju.

Drugi kazalnik: **Načrt aktivnega prepoznavanja otrok in mladostnikov z velikim tveganjem za težave v duševnem zdravju**

V pripravi.

Tretji kazalnik: **Priprava protokolov pomoči za otroke in mladostnike z velikim tveganjem za težave v duševnem zdravju**

V pripravi.

To je nekaj kar se v prvem akcijskem obdobju ni realizirano, saj so se centri za duševno zdravje skozi timsko delo v preteklih letih šele vzpostavljali. Tudi na drugih delovnih področjih in v lokalnih okoljih ni bilo ustreznih kapacitet. Pričakuje se, da se bodo v bodoče pripravila izhodišča in strokovne podlage za realizacijo. Pripraviti je potrebno smernice za celostno delovanje in ustrezne programe.

INTERDISCIPLINARNE SLUŽBE NA SEKUNDARNI IN TERCIARNI RAVNI

SPECIFIČNI CILJ 1: ZAGOTAVLJANJE DOSTOPNIH INTERDISCIPLINARNIH BOLNIŠNIČNIH IN SUBSPECIALISTIČNIH OBRAVNAV

Ukrep 1: Postopno dopolnjevanje bolnišničnih enot za otroke in mladostnike z normativi in standardi ter dopolnitev bolnišničnih timov v skladu s temi standardi.

Prvi kazalnik: **Dopolnjevanje bolnišničnih timov**

Nerealizirano.

Ukrep: Vzpostavitev varovanega oddelka za otroke in mladostnike

Prvi kazalnik: **Število obravnavanih otrok in mladostnikov**

V letu 2019 (od 4.3.2019 do 31.12.2019) je bilo na oddelku opravljenih 215 hospitalizacij, ter 417 pregledov brez hospitalizacij. V letu 2020 (od 1.1.2020 do 31.12.2020) pa je bilo opravljenih 286 hospitalizacij, ter 326 pregledov brez hospitalizacij.

Drugi kazalnik: **Vzpostavljen pedopsihiatrični tim**

Tim, ki obravnava otroke in mladostnike je bil vzpostavljen.

Ukrep 2: Vzpostavitev subspecialističnih timov na državni oziroma regijski ravni za obravnavo otrok in mladostnikov s kompleksnejšimi motnjami in komorbidnimi stanji.

Prvi kazalnik: **Načrt vzpostavitve službe**

V pripravi.

Drugi kazalnik: **Vzpostavljen subspecialistični tim**

V letu 2020 je bil vzpostavljen tim za obravnavo otrok s kompleksnimi razvojnonevrološkimi motnjami in komorbidnimi stanju na Pediatrični kliniki, UKC Ljubljana.

Tretji kazalnik: **Število obravnavanih oseb**

Obravnavanih je bilo 20 oseb.

Ukrep: Zagotavljanje programov bolnišnične šole pri vključevanju v matično šolsko okolje med končanim zdravljenjem, dokler ni možna polna vključenost v matično šolo, ter tudi poznejše svetovanje in povezovanje z matično šolo.

Prvi kazalnik: **Načrt izvajanja**

Ni bil realiziran.

Drugi kazalnik: Pilotno uvajanje podpornega izobraževanja

Ni bil realiziran.

OBRAVNAVA OTROK IN MLADOSTNIKOV Z AGRESIVNIM VEDENJEM

SPECIFIČNI CILJ 1: ZAGOTAVLJANJE USTREZNE OBRAVNAVE OTROK IN MLADOSTNIKOV Z VEDENJSKIMI MOTNJAMI IN TRAJAJOČIM AGRESIVNIM VEDENJEM

Ukrep 1: Priprava medresorske sistemske rešitve za zagotavljanje ustrezne diagnostike in obravnave otrok in mladostnikov z vedenjskimi motnjami in trajajočim agresivnim vedenjem s protokoli sodelovanja med zdravstvom, socialnim varstvom in šolstvom.

Ukrep 2: Posodobitev mreže vzgojnih zavodov ter zagotovitev standarda kadra in programov za interdisciplinarno obravnavo na področju duševnega zdravja.

Ukrep 3: Prenova vzgojnega programa za otroke in mladostnike s čustvenimi in vedenjskimi motnjami ter opredelitev oblik in metod dela posameznim težavam, motnjam in interesom.

Ukrep 4: Priprava in implementacija skupnostnih služb za obravnavo otrok, mladostnikov in družin na domu in v lokalnem okolju v sodelovanju med MZ, MDDSZ in MIZŠ, najprej z uvedbo pilotnih projektov z mobilnimi timi in poznejša sistemska implementacija.

Prvi kazalnik: **Protokoli in standardi ter sistemske podlage za nacionalno uvedbo**

Drugi kazalnik: **Uvedene rešitve**

Tretji kazalnik: **Število otrok nameščenih v zavode in stanovanjske skupine**

Četrti kazalnik: **Prenovljen vzgojni program za otroke in mladostnike s čustvenimi in vedenjskimi motnjami**

Ni bilo izvedeno. MIZŠ je v tem obdobju pripravil Zakon o obravnavi otrok s čustvenimi in vedenjskimi potrebami v vzgojno izobraževalnih ustanovah, ki je bil decembra 2020 v parlamentarni proceduri. Zakonodaja predvideva protokole, ki se bodo v naslednjem programskem obdobju še vzpostavili. Protokoli bodo zajeli tudi sodelovanje s CDZOM in strokovnimi timi, ki bodo vzgojne in druge težave reševali.

DUŠEVNO ZDRAVJE ODRASLIH VKLJUČNO S STAREJŠIMI

SPECIFIČNI CILJ 1: ZGODNJE ODKRIVANJE DUŠEVNIH MOTEN IN PSIHOEDUKACIJA OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU

Ukrep 1: Izvajanje presejanja, zgodnjega odkrivanja in obravnave duševnih motenj ter svetovanja v referenčnih ambulantah družinskega zdravnika/zdravnice in v patronažni službi

Prvi kazalnik: **Pripravljen inštrument za presejanje**

Presejalna orodja za zgodnje odkrivanje depresije in stresnih motenj so razvite in se uporabljajo v RADM sistematično v okviru preventivnih pregledov odrasle populacije. Uvajanje presejalnega vprašalnika za anksiozne motnje ni bilo izvedeno zaradi mnenja družinskih zdravnikov, da bi odkrivanje pričakovano prevelikega števila oseb s težavami z anksioznimi motnjami preveč obremenilo ambulante družinskih zdravnikov.

Drugi kazalnik: **Pripravljene klinične poti**

Pripravljene in v prakso uvedene so tudi klinične poti obravnave teh pacientov. Uporabljajo se tako v ambulanti družinskih zdravnikov kot tudi v centrih za krepitev zdravja.

Tretji kazalnik: **Število obravnavanih oseb po spolu**

V ambulantah družinske medicine se spremlja obravnavane paciente glede na bolezen (KOPB, diabetes, arterijska hipertenzija, osteoporoza in depresija). Na voljo so podatki po posameznih OE ZZZS, podatka po spolu ni na voljo. Zadnji trenutno dostopni podatki so za leto 2018 (zaradi korone še ni bilo pripravljeno poročilo za leto 2019).

V letu 2018 je bilo na novo odkritih 3354 oseb z depresijo med vsemi (148431) pregledanimi pacienti. V zadnjih sedmih letih (2021-2018) je bilo s pomočjo referenčnih ambulant na novo odkritih 13588 pacientov z depresijo, kar predstavlja skoraj odstotek vseh odraslih (od 20 do 85 let) prebivalcev Slovenije.

Ukrep 2: Izvajanje podpornih psihoedukativnih delavnic za osebe s težavami v duševnem zdravju in njihove svojce v CKZ in CDZO

Prvi kazalnik: **Pripravljene vsebine delavnic in gradiva za udeležence**

Pripravljene in uvedene v izvajanje v ZVC in CKZ so psihoedukativne delavnice za obravnavo oseb z depresijo, anksioznimi motnjami in stresnimi motnjami, ter tehnike sproščanja. V psihoedukativne delavnice so vključeni tudi svojci. Vzpostavljena je tudi supervizija in ustrezno razvita orodja za uporabo tako za izvajalce kot tudi za uporabnike delavnic. Delavnice za depresijo so bile evalvirane in izsledki so objavljeni v posebni publikaciji. Dognanja pa so bila direktno prenesena v izboljšanje kakovosti izvajanja. Evalvacija delavnic prikazuje vzorčen primer dobre prakse.

Drugi kazalnik: **Število delavnic in število udeležencev**

V letu 2019 je bilo v ZVC in CKZ izvedenih vse skupaj 1032 delavnic s tremi različnimi temami, ki se jih je udeležilo vse skupaj 7262 oseb.

- Največ izvedenih delavnic (484) in s tem tudi največ udeležencev (3954) je bilo na delavnici Spoprijemanje s stresom;
- malo manj je bilo udeležencev (1724) in izvedenih delavnic (286) z naslovom Podpora pri spoprijemanju s tesnobo;
- izvedenih je bilo tudi 262 delavnic z naslovom Podpora pri spoprijemanju z depresijo, ki se jih je udeležilo 1584 udeležencev.

Tretji kazalnik: **Zadovoljstvo udeležencev**

Psihoedukativne delavnice so po povratnih informacijah dobro sprejete med uporabniki. Podatki o zadovoljstvu se spremljajo na ravni posameznih zdravstvenih domov.

SPECIFIČNI CILJ 2: ZAGOTAVLJANJE DOSTOPNOSTI DO INTERDISCIPLINARNIH TIMOV IN SKUPNOSTNE OBRAVNAVE ODRASLIH Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI NA PRIMARNI RAVNI

Ukrep 1: Vzpostavitev regijskih centrov za duševno zdravje za odrasle (v nadaljnjem besedilu: CDZO), ki na primarni ravni zagotavljajo celostno, multidisciplinarno ambulantno in skupnostno obravnavo na območjih za od 50.000 do 70.000 prebivalcev.

Ukrep 3: Vzpostavitev mreže regijskih skupnostnih psihiatričnih timov za skupnostne obravnave za krizne posege, intenzivno spremljane, zdravstveno obravnavo in rehabilitacijo. Vzpostavitev skupnostnih timov, prioritetno na območjih, najbolj ogroženih zaradi samomora in drugih slabih kazalcev duševnega zdravja.

Prvi kazalnik: **Načrt implementacije**

Program skupnostne psihiatrije, ki je osrednji del delovanja centrov za duševno zdravje se razvija že od 2013, ko so prvi skupnostni timi nastali v štirih zdravstvenih domovih v predelih RS, kjer je bila oskrba najslabša. V 2019 in 2020 se je mreža skupnostne psihiatrije z ustanavljanjem CDZ širila in danes zajema že preko 1000 pacientov (bolnišnice skupaj dosežejo 300 pacientov). To so predvsem ljudje s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami, ki potrebujejo nepretrgano spremljanje in pogosto intenzivno obravnavo, tudi v bolnišnici. S programi skupnostne psihiatrije, ki so tesno povezani z drugimi službami za duševno zdravje v skupnosti, smo dosegli bistveno zmanjšanje hospitalizacij teh pacientov. V zadnjih letih skupnostni psihiatrični timi vključujejo tudi vse več starostnikov z različnimi duševnimi motnjami, predvsem demenco. Pri tej skupini gre najpogosteje za pridružene somatske - telesne bolezni, ki zahtevajo tesno sodelovanje z zdravniki družinske medicine ter drugimi specialisti. Dokazali smo, da smo s družinskimi zdravniki v lokalnih okoljih tesno povezani. Najpogostejše potrebe pacientov v skupnostni obravnavi so pri obvladovanju psiholoških stisk, osamljenosti, pacienti so v skoraj tretjini primerov tudi samomorilno ogroženi, pogosto uživajo alkohol in so v hudih finančnih stiskah. Na te kompleksne potrebe je mogoče odgovoriti le v multidisciplinarni delovni skupini, ki je tesno povezana z drugimi službami, zaradi česar so bili ustanovljeni CDZ.
Skupnostni pristop zagotavlja nepretrgano zdravstveno psihiatrično obravnavo in povezovanje med sektorji in službami na lokalni ravni, ter tako izboljšuje dostop do pomoči.

Drugi kazalnik: **Vzpostavljen CDZO (en v 2019 in dva v 2020)**

Do konec leta 2020 se je vzpostavilo 10 centrov za duševno zdravje odraslih. Centri za duševno zdravje odraslih so različno pričeli z delovanjem in sicer prvi center je pričel z ambulanto obravnavo meseca marca 2019 (Ptuj). Kasneje so se proti koncu leta (oktobra, novembra, decembra) vzpostavili tudi ostali CDZO-ji. Medtem, ko sta Sevnica in Murska Sobota kot pilot v skupnostni psihiatrični obravnavi delovali že od leta 2013.

Tretji kazalnik: **Število na novo zaposlenih po spolu**

V vseh CDZOM je trenutno zaposlenih 13 kliničnih psihologov, 7 pedospihiatrov, 4 psihiatri in ostali kadri (psihologi, diplomirane medicinske sestre, delovni terapevti, logopedi in socialni delavci). Nekaj zaposlenih je tudi specializantov pedopsihiatrije, psihiatrije in klinične psihologije. Med zaposlenimi je slaba petina moških, ostalo so ženske.

Četrti kazalnik: **Število oseb, ki končajo izobraževanje po spolu**

V letu 2019 sta bili izvedeni dve uvodni usposabljanji, ki vključujeta prvih pet sklopov od skupno predvidenih 11 sklopov usposabljanj. Obeh usposabljanj za CDZO se je udeležilo 63 zaposlenih, z

opravljenim izpitom pa je izobraževanje zaključilo 57 zaposlenih. Vseh 11 sklopov je zaključilo 18 oseb, s čimer so zaključili celotno temeljno usposabljanje strokovnega kadra centrov za duševno zdravje odraslih. Zaradi fluktuacije kadra ali nepopolno oblikovanih timov ob začetku delovanja je še precej kadrov, ki se izobraževanja še morajo udeležiti oziroma ga zaključiti. Med udeleženci usposabljanj je petina moških, ostalo so ženske.

Peti kazalnik: **Število obravnavanih oseb v CDZO po spolu**

- Vse skupaj so CDZ v času delovanja CDZO v obravnavo imeli vključenih 3741 uporabnikov. V povprečju je imelo vseh 9 centrov vključenih 56 (od 0 do 157) uporabnikov v skupnostno psihiatrično obravnavo (SPO) in 323 uporabnikov v ambulantno obravnavo (od 52 do 781). Vključenih je bilo več žensk (64,5 %, N=2199) kot moških (35,5 %, N=1208) in največ starih od 50 do 65 let (32,3 %), katerim so sledili mlajši stari od 19 do 39 let (24,9 %). Zanimivo je bilo, glede na to, da so se v centre vključevali tudi tisti, ki so že bili v tej obravnavi drugje, tudi število na novo vključenih v CDZO. Več je bilo na novo vključenih v vse centre in sicer po poročanih podatkih je bilo na novo vključenih 1316 uporabnikov, kar je več kot tretjina.
- Zanimalo nas je koliko imajo pacientov vključenih iz drugih regij. V povprečju so imeli centri vključenih 36 pacientov iz drugih regij (nekateri 0, nekateri pa 134). Skupno so iz vseh centrov poročali, da so imeli vključenih 134 pacientov iz druge regije (kjer bodisi je ali pa še ni vzpostavljenega centra za duševno zdravje).

Ukrep 2: Vzpostavitev službe za triažo in konziliarne službe znotraj centra za duševno zdravje

Prvi kazalnik: **Pripravljeni protokoli sodelovanja in klinične poti**

Pripravljeni in se tudi uporabljajo ter se sproti dopolnjujejo.

Drugi kazalnik: **Število konziliarnih pregledov v različnih službah (1000)**

Znotraj tega ukrepa niso bili predvideni vsi konziliarni psihiatrični pregledi v vseh splošnih bolnišnicah, ampak le tisti, ki so jih izvajali CDZO-ji. V novem šifrantu storitev CDZO smo opredelili, da se lahko pregled osebe z duševno motnjo opravi kjerkoli – tudi v splošni bolnišnici. Ta storitev se ne imenuje konziliarni pregled zato, ker je tak pregled formalno nemogoče združiti z organizacijo dela CDZO. Zato je v novem akcijskem načrtu (2021-2023) ime tega ukrepa spremenjeno (pregled na domu, ki se opravi tam, kjer se oseba nahaja: na domu, v zavodu ali v bolnišnici). Število pregledov oseb z duševnimi motnjami, ki so jih izvedli psihiatri CDZO v splošnih bolnišnicah pa ne presega številke 10 v tem času delovanja CDZO-jev.

Ukrep 4: Uskladitev in poenotenje standardov, protokolov in dejavnosti timov za skupnostno obravnavo na primarni, sekundarni in terciarni ravni.

Prvi kazalnik: **Pripravljena metodologija evalvacije**

Drugi kazalnik: **Skupni standardi, protokoli in aktivnosti**

Tretji kazalnik: **Izvedeno izobraževanje (število udeležencev in evalvacija)**

Prizadevanja so šla v smer izvedbe tega ukrepa, a se zaradi nesodelovanja sekundarja in terciarja ukrep ni izvedel.

Ukrep 5: Dolgotrajna, integrirana in multidisciplinarna obravnava za osebe s sočasno prisotnimi hudimi duševnimi motnjami.

Prvi kazalnik: **Število in vrsta protokolov, oblikovane smernice in standardi**

Drugi kazalnik: **Število izobraženega osebja, po spolu v skladu s protokoli in standardi**

Tretji kazalnik: **Število uporabnikov, ki so obravnavani po protokolih**

Ni bilo realizirano zaradi nesodelovanja vseh predvideno sodelujočih – psihiatričnih bolnišnic in zavodov.

AKUTNE OBRAVNAVE NA SEKUNDARI RAVNI

SPECIFIČNI CILJ 1: ZAGOTAVLJANJE DOSTOPNE IN SODOBNE BOLNIŠNIČNE PSIHIATRIČNE OSKRBE VSEM PREBIVALCEM SLOVENIJE

Ukrep 1: Postopno dopolnjevanje bolnišničnih enot za odrasle in starejše z duševnimi motnjami v skladu z normativi in standardi delovanja. Specializirane enote za gerontopsihiatrijo in posamezne duševne motnje in stanja (specializirani oddelki).

Prvi kazalnik: **Analiza stanja**

Drugi kazalnik: **Načrt**

Psihiatrične bolnišnice pri uvajanju novih programov ne sodelujejo s skupino za implementacijo nacionalnega programa duševnega zdravja. Specifična analiza stanja po naših informacijah ni bila narejena.

Dodatni program gerontopsihiatrije je bil za vse psihiatrične bolnišnice v Sloveniji v letu 2020 vključen v aneks 1 k splošnemu dogovoru 2020 z začetkom financiranja s 1.1.2021 v okviru sodelovanja psihiatričnih bolnišnic z združenjem zdravstvenih zavodov Slovenije. Vzpostavljen je bil tudi subspecialistični tim za obravnavo kriznih stanj v PB Ormož.

Specifični načrt za uvajanje subspecializiranih timov in oddelkov za posamezne sočasno prisotne duševne motnje je vključen v drugi akcijski načrt (2021-2023).

REHABILITACIJA OSEB S PONAVLJAJOČIMI SE DUŠEVNIMI MOTNJAMI

SPECIFIČNI CILJ 1: OKREPITI MREŽO REHABILITACIJSKIH SLUŽB

Ukrep 1: Zagotavljanje dostopnosti do kakovostnih programov stanovanjskih skupin za odrasle in mladostnike z različnimi stopnjami podpore ter možnosti prehoda med različnimi stopnjami podpore in zmanjšanje neenakosti med posameznimi ponudniki teh programov.

Prvi kazalnik: **Normativi in standard, varnostni protokol**

Drugi kazalnik: **Število vključenih uporabnikov**

Vzpostavitev stanovanjskih skupin za odrasle in mladostnike z različnimi stopnjami podpore ter možnost prehoda med različnimi stopnjami podpore v času AN NPDZ 2018-20 je bilo le delno izvedeno, zaradi pomankanja finančnih sredstev. V obdobju AN 2018-2020 je delovalo 54 stanovanjskih skupin (enot) in 29 samostojnih enot. V stanovanjskih skupinah je bilo zaposlenih 58 oseb, od tega 45 strokovnih delavcev in 13 laičnih delavcev.

Varnosti protokol v času AN ni bil narejen in je predviden za prihodnji AN 2020-2023.

Ukrep 2: Zagotavljanje dostopnosti do kakovostnih programov dnevnih centrov in programov obveščanja, svetovanja in osebne pomoči.

Prvi kazalnik: **Število in izobrazba zaposlenih**
Drugi kazalnik: **Število dnevnih centrov in svetovalnih pisarn**
Tretji kazalnik: **Zadovoljstvo uporabnikov**

V obdobju med 2018 do 2020 je v okviru MDDSZ delovalo 28 dnevnih centrov za osebe s težavami v duševnem zdravju in v zadnjih dveh letih ni bilo širitev. Število svetovalnih pisarn se je v obdobju AN 2018-2020 razširilo za 3 pisarne, in tako doseglo število 22. Izobrazbena struktura zaposlenih je pretežno sestavljena iz strokovnih delavcev s področja socialnega varstva, ki jih dopolnjujejo tudi laični delavci in prostovoljci. V letu 2020 je bilo v dnevnih centrih za duševno zdravje in v svetovalnih pisarnah 57 zaposlenih, od tega 54 strokovnih delavcev in 3 laični delavci.
Zadovoljstvo uporabnikov se meri v sklopu evalvacijskih vprašalnikov, ki so del redne evalvacije Inštituta za socialno varstvo, ki je zadolžen za evalviranje programov.

Ukrep 3: Zagotavljanje dostopnosti do programov zaposlovanja, prilagojenega zaposlovanja in usposabljanja za delo za ljudi z različnimi težavami v duševnem zdravju.

Prvi kazalnik: **Število novih delovnih mest za uporabnike storitev**

Izvajanje podpornih dejavnosti zaposlovanja in ne posebnih oblik. Izvajanje delovnih vsebin, ki zagotavljajo prehod v zaposlitvene programe.
Nove aktivnosti programov zaposlovanja, prilagojenega/podpornega zaposlovanja in usposabljanja za delo z ljudmi z različnimi težavami v duševnem zdravju so predvidene v AN 2021-2023.

Ukrep 4: Izboljšanje dostopnosti in razpoložljivost programov pomoči pri učenju, kognitivne remediacije in podpore študentom v šolskem sistemu pri vračanju v študijski program ali vključevanju v študijski program po preboleli duševni motnji.

Prvi kazalnik: **Opravljeno število obravnav kognitivne remediacije**

Za kognitivno remediacijo je predvideno, da se izvaja v CDZO, vendar v času od uporabe predloga novega šifranta od 1. 9. do 30. 10. 2020 nihče ni uporabil te šifre storitve. Razlog je v pomanjkanju znanja strokovnega kadra. V AN NPDZ 2021-23 je predvideno dodatno usposabljanje.
Glede programov pomoči pri učenju in podpori študentom po preboleli duševni motnji so dejavnosti predvidene v času AN NPDZ 2021 – 23.

Ukrep 5: Širitev terapevtskih in rehabilitacijskih programov za osebe, ki imajo težave v duševnem zdravju in so odvisne od psihoaktivnih snovi.

Prvi kazalnik: **Pripravljen priročnih in izobraževanje za obravnavo dvojnih diagnoz**
Drugi kazalnik: **Izvajanje izobraževanja in število udeležencev**
Tretji kazalnik: **Število vključenih uporabnikov, izid, hospitalizacije**

Priročnik in izobraževanje za obravnavo dvojnih diagnoz nista bila izdelana, prav tako ni bilo izvedeno posebno izobraževanje. V obdobju 2018-2020 sta delovala dva programa stanovanjske skupine z visoko stopnje podpore za osebe s hudimi duševnimi motnjami in pridruženo boleznijo odvisnosti (terapevtski skupnosti za osebe z pridruženimi motnjami). V obeh stanovanjskih skupinah je prostora za 16 oseb. Število morebitnih hospitalizacij ni bilo ugotovljeno.
Dejavnosti so ponovno predvidene v času AN NPDZ 2021 – 23. Priprava priporočnika je skupna naloga MZ in MDDSZ.

Ukrep 6: Zagotavljanje enakomerne dostopnosti programov zagovorništva in samozagovorništva z ustanovitvijo dodatnih pisarn za zagovorništvo in samozagovorništvo ter zagotovitev izobraževanj za zagovornike in vrstniške zagovornike.

Prvi kazalnik: **Pregled stanja in potreb na tem področju**
Drugi kazalnik: **Nove zaposlitve z naslova dopolnjevanja programov glede na potrebe**

V obdobju AN 2018 do 2020 sta delovala dva programa zagovorništva.
V programih zagovorništva so bili zaposleni trije zaposleni strokovni delavci.
Širitev mreža zagovornikov, izobraževanje za zagovornike in vzpostavitev vrstniških zagovornikov je predvideno za obdobje AN NPDZ 2021 – 23.

Ukrep 7: Zagotoviti dostop do z dokazi podprtih programov krepitve socialnih, vsakdanjih veščin in programov prostočasnih dejavnosti in vključevanja v skupnost ter do programov pomoči z umetnostjo.

Prvi kazalnik: **Analiza stanja**
Drugi kazalnik: **Priprava načrta**

Aktivnosti z dokazi podprtih programov krepitve socialnih, vsakdanjih veščin in programov prostočasnih dejavnosti in vključevanja v skupnost ter do programov pomoči z umetnostjo so potekale v okviru delujočih dnevnih centrov za osebe s težami v duševnem zdravju (28 dnevnih centrov).
Dejavnosti, vključno s pripravo načrta aktivnosti, so predvidene v času AN NPDZ 2021 – 23.

Ukrep 8: Znižanje stopnje revščine in izključenosti oseb s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami.

Prvi kazalnik: **Rezultati analize stanja**
Drugi kazalnik: **Pripravljeni ukrepi za zmanjšanje socialne izključenosti**

V dnevne centre, pisarne za informiranje in v okviru programov zagovorništva se je število uporabnikov s težavami v duševnem zdravju v obdobju AN 2018-2020 dvignilo za 10%.
Aktivnosti za znižanje stopnje revščine se nadaljujejo v novem AN NPDZ 2021 – 23.

Ukrep 9: Vzpostavitev rehabilitacijskih programov za rehabilitacijo otrok in mladostnikov z zaključeno diagnostiko, ki se še ne morejo vrniti v vzgojni zavod ali v domače okolje.

Prvi kazalnik: **Vzpostavljena medresorska delovna skupina**
Drugi kazalnik: **Pripravljeni načrti ukrepov**

Ni bilo realizirano.

DOLGOTRAJNA OBRAVNAVA

SPECIFIČNI CILJ 1: ZAGOTAVLJANJE POGOJEV V SKUPNOSTI ZA ZMANJŠEVANJE IN PREPREČEVANJE INSTITUCIONALIZACIJE

Ukrep 1: Zagotavljanje pogojev v skupnosti za zmanjšanje institucionalizacije oseb s težavami v duševnem zdravju.

Prvi kazalnik: **Število institucionalnih postelj**
Drugi kazalnik: **Število in izobraženost osebja**

Aktivnosti zagotavljanja postelj izven instituciji potekajo v okviru projekta deinstitucionalizacije posebnega zavoda Dom na Krasu in Centra za usposabljanje in delo Črna na Koroškem in bodo

realizirane v obdobju AN 2021-23. Vezano na vzpostavitev namestitvenih kapacitet, so bili pripravljeni projekti, trenutno poteka novogradnja, vzpostavitev kapacitet pa je predvidena v obdobju 2021-2023.
Nadaljevanje dejavnosti in aktivnosti so predvidene v času AN NPDZ 2021 – 23.

Ukrep 2: Zagotavljanje visokih standardov varovanja človekovih pravic in dostojanstva ter kakovosti obravnave v institucijah za dolgotrajno oskrbo.

Prvi kazalnik: **Rezultati analize preučitve stanja glede spoštovanja človekovih pravic (CRPD FRA analiza)**

Drugi kazalnik: **Načrtovanje na podlagi analize in opredeljeni koraki**

Aktivnosti potekajo v okviru projekta deinstitucionalizacije.
Nadaljevanje aktivnosti je predvideno v času AN NPDZ 2021 – 23.

CELOSTNA OSKRBA ZA OSEBE S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU IN NEVARNIM VEDENJEM

SPECIFIČNI CILJ 1: VZPOSTAVITEV CELOSTNE IN UČINKOVITE OBRAVNAVE OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU IN NEVARNIM VEDENJEM, KI BO PONUJALA KONTINUIRANO, VARNO IN UČINKOVITO OSKRBO

Ukrep 1: Ocena potreb na področju celostne in učinkovite obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju in nevarnim vedenjem

Prvi kazalnik: **Rezultati analize**

Drugi kazalnik: **Načrtovanje na podlagi analize, opredeljeni koraki**

Aktivnost delno realizirana, pripravljen je bil pregled dobrih praks v tujini in analiza stanja v Sloveniji. V pripravi je elaborat.
Naloga se nadaljuje v AN NPDZ 2021-23.

STAREJŠI IN DUŠEVNO ZDRAVJE

Deležniki so bili ves čas aktivni na lastnih področjih dela in navajajo pa zelo počasne premike na področju sprejemanja nove zakonodaje na področju dolgotrajne oskrbe. Na področju programov krepitve zdravja in preventivnih programov izvajalci iz nevladnega sektorja opažajo kronično pomanjkanje informacij, tako strokovnih kot tudi organizacijskih, za udeležence njihovih programov. Zaključilo se je obdobje Strategije za obvladovanje demence do leta 2020, v pripravi je nov dokument do leta 2030.

SPECIFIČNI CILJ 1: ZGODNJA DIAGNOSTIKA IN OBRAVNAVA DUŠEVNIH MOTENJ PRI STAREJŠIH

Ukrep 1: Krepitev mreže timov družinskih zdravnikov in patronažnih medicinskih sester ter njihovega znanja in veščin za obravnavo starejših v skladu s potrebami.

Ukrep 3: Zagotavljanje dostopa do specialistične interdisciplinarne obravnave na primarni zdravstveni ravni v okviru CDZO ter obravnave v skupnosti za starejše s težavami v duševnem zdravju.

Prvi kazalnik: **Pripravljeno učno gradivo**

Aktivnost delno realizirana - priprava in izvedba programa specialnih znanj iz gerontologije na primarni zdravstveni ravni. Gradivo so pripravljali na Katedri za družinsko medicino in tudi izvedli del izobraževanj.

Drugi kazalnik: **Izveden učni program specialnih znanj, število udeležencev izobraževanj**

Aktivnost delno realizirana - priprava in izvedba programa specialnih znanj iz gerontologije na primarni zdravstveni ravni. Na FZV Maribor obstaja 2-letni študij za poklic magister zdravstvene nege smer gerontološka zdravstvena nega. Zbornica zdravstvene nege je v sodelovanju z različnimi strokovnjaki pripravila predlog specializacije zdravstvene nege v psihiatriji, ki pa še ni bil odobren s strani Ministrstva za zdravje. V okviru upravljanja implementacije NPDZ se je pripravil program izobraževanja »Duševno zdravje v skupnosti« za zaposlene v mreži CDZO. Ta program je bil za diplomirane medicinske sestre vložen na Zbornico zdravstvene nege za pridobitev potrdila o specialnih znanjih.

Tretji kazalnik: **Število udeležencev izobraževanj**

Podrobni podatki so prikazani v okviru izvedenih izobraževanj. Število ljudi, ki so opravili izobraževanje »Duševno zdravje v skupnosti«.

Ukrep 2: Okrepitev preventivne vloge patronažne službe pri obravnavi starostnika na domu.

Prvi kazalnik: **Dodatno zaposleni 2 patronaži medicinski sestri**

Aktivnost je delno realizirana v letih 2019 in 2020 iz naslova izobraževanja patronažnih medicinskih sester pri obravnavi starostnika na domu.

V okviru vzpostavljanja Centrov za duševno zdravje odraslih (CDZO), sta se za vsako območje, ki ga CDZO pokriva, zaposlila po dva patronažna tima. Vzpostavljenih je bilo 10 CDZO in s tem 16 novih patronažnih timov (vsi ZD niso zaposlili dodaten kader).

Patronažna služba bo z dopolnjenimi timi sodelovala pri obravnavi starostnikov s težavami v duševnem zdravju.

SPECIFIČNI CILJ 2: VARSTVO PRAVIC STAREJŠIH

Ukrep 1: Izobraževanje in ozaveščanje širše in ciljnih populacij o varstvu pravic starejših, zlasti žensk in ekonomsko prikrajšanih, vključno s prepoznavanjem znakov nasilja nad starejšimi.

Prvi kazalnik: **Pripravljen izobraževalni program**

Aktivnost delno realizirana - izvedba izobraževanj širše in ciljnih javnosti o varstvu pravic starejših, zlasti žensk in ekonomsko prikrajšanih vključno s prepoznavanjem nasilja nad starejšimi. Priročnik in CD ROM sta pripravljena. Delovna skupina za nenasilje znotraj Zbornice zdravstvene nege od leta 2000 redno izvaja izobraževanja za zdravstveni kader, kar delno vključuje tudi vsebine nasilja nad starejšimi.

Drugi kazalnik: **Izveden izobraževalni program v vseh regijah in v socialnih zavodih.**

Del izobraževanja je bilo izvedeno v okviru rednih izobraževanj za starejše, sicer pa so specializirana izobraževanja s poudarkom varstvo pravic starejših predvidena v AN 2020-23 v vseh regijah.

Ukrep 2: Krepitev kompetenc negovalnega osebja z namenom preprečevanja nasilja nad osebami z duševno motnjo.

Prvi kazalnik: **Pripravljeno izobraževanje**

Aktivnost ni realizirana - krepitev kompetenc negovalnega osebja z namenom preprečevanja nasilja nad osebami z DM.

Drugi kazalnik: **Izvedeno izobraževanje, vzpostavitev nadzornih kamer v vseh socialnih zavodih**

Izvedena so bila izobraževanja za razvoj novih konceptov dela za ljudi z demenco ter vzpostavitev novih konceptov dela.
V okviru AN 2021-2023 se načrtuje nadaljnji razvoj konceptov izobraževanja s sodobnimi koncepti, ki so v čim večji meri prijazni uporabnikom.

Ukrep 3: Podpora dejavnosti NVO, ki izvajajo zagovorništvo in ponujajo brezplačno pravno pomoč starejšim.

Prvi kazalnik: **Izveden izobraževalni program**

Aktivnost ni bila izvedena.

Drugi kazalnik: **Prisotnost zagovornika 8 ur dnevno v socialnih zavodih.**

Aktivnost ni bila izvedena.

PSIHOLOŠKA IN PSIHOTERAPEVTSKA DEJAVNOST

SPECIFIČNI CILJ 1: IZBOLJŠATI DOSTOP DO PSIHOLOŠKIH IN PSIHOTERAPEVTSKIH STORITEV

Ukrep 1: Normativna ureditev psihološke in psihoterapevtske dejavnosti.

Prvi kazalnik: **Pripravljena predloga normativne ureditve**

Drugi kazalnik: **Sprejeta normativna ureditev**

Tretji kazalnik: **Uveljavljena normativna ureditev vključno s financiranjem**

Ni narejeno zaradi nesodelovanja ministrstva za zdravje.

Ukrep 2: Normativna ureditev psiholoških in psihoterapevtskih storitev, ki se financirajo iz javnih sredstev

Ukrep 4: Sistemska ureditev financiranja specializacije iz klinične psihologije

Ukrep 5: Razpisovanje specializacij iz klinične psihologije

Prvi kazalnik: **Pripravljen predlog za standarde in normative psihološke in psihoterapevtske dejavnosti iz javnih sredstev**

Standardi in normativi so pripravljeni za klinične psihologe, vendar formalno niso potrjeni.

Drugi kazalnik: **Pripravljen predlog možnosti za sistemsko financiranje specializacije iz klinične psihologije**

Novela zakona o duševnem zdravju, ki je v fazi zaključene javne razprave, ima člen 114. v poglavju prehodne in končne določbe, ki ureja specializacijo za duševno zdravje za klinične psihologe, dokler tega ne uredi področna zakonodaja.

Tretji kazalnik: **Sprejet in usklajen predlog standardov in normativov**

Še ni realizirano.

ALKOHOL IN DUŠEVNO ZDRAVJE

Področje ni bilo vključeno v prvi akcijski načrt skozi predlagane specifične cilje oziroma predvidene ukrepe Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja.

PREPREČEVANJE SAMOMORILNEGA VEDENJA

Področje ni bilo vključeno v prvi akcijski načrt skozi predlagane specifične cilje oziroma predvidene ukrepe Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja.

IZOBRAŽEVANJE

SPECIFIČNI CILJ 2: ZAGOTAVLJANJE USTREZNE USPOSOBLJENOSTI ZDRAVSTVENIH DELAVCEV/DELAVK IN STROKOVNIH DELAVCEV/DELAVK DRUGIH RESORJEV ZA DELO Z OSEBAMI Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI.

Ukrep 1: Razvoj oz. posodobitev modelov izobraževanj za interdisciplinarno delo in sodelovanje pri obravnavi oseb z duševnimi
motnjami.

Ukrep 3: Izvajanje izobraževanj za interdisciplinarne time v CDZOM ter interdisciplinarnih timov v CDZO za preventivo in
integrirano obravnavo oseb z duševnimi motnjami, triažo ter za interdisciplinarno in medresorsko sodelovanje na tem področju.

Ukrep 4: Izvajanje izobraževanja strokovnjakov/strokovnjakinj za psihiatrično skupnostno obravnavo.

Ukrep 5: Izobraževanje in usposabljanje interdisciplinarnih strokovnjakov/strokovnjakinj, vključenih v obravnavo oseb z duševno
motnjo in nevarnim vedenjem.

Ukrep 6: Uvedba dodiplomske smeri izobraževanja na področju zdravstvene nege oz. specializacija s področja duševnega zdravja
za zdravstveno nego in dopolnitev dodiplomskega in podiplomskega usposabljanja zdravstvenih delavcev/delavk in strokovnih
delavcev/delavk drugih resorjev.

Prvi kazalnik: Razviti /posodobiti vsaj štiri module izobraževanj

V letu 2018 in 2019 smo razvili 11. modulov temeljnega usposabljanja strokovnega kadra Centrov za duševno zdravje odraslih. Prvi modul usposabljanja z naslovom Etika, politika in zakonodaja, je namenjen tako Centrom za duševno zdravje odraslih kot tudi Centrom za duševno zdravje otrok in mladostnikov. Naslednjih 10 sklopov je namenjenih CDZO.
Za CDZOM smo razvili delavnico na temo timskega pristopa, ki je usmerjena na specifiko posameznega tima CDZOM.

V letu 2020 smo posodobili vseh 11. sklopov usposabljanj v skladu s strokovnimi predlogi in diskusiji v strokovnih skupinah ter na podlagi evalvacije prejšnjih izvedb usposabljanja.

Drugi kazalnik: Opravljena izobraževanja v okoljih implementacije CDZ

Strokovni kader Centrov za duševno zdravje odraslih se je v letu 2019 in 2020 udeležil temeljnega usposabljanja, razdeljenega na 11 sklopov.
Vsebinski sklop 1: Etika, politika in zakonodaja
Vsebinski sklop 2: Protokoli sodelovanja in klinične poti
Vsebinski sklop 3: Duševno zdravje in duševne motnje/ težave v duševnem zdravju
Vsebinski sklop 4: Zdravljenje in rehabilitacija
Vsebinski sklop 5: Prepoznavanje problemov, ocena potreb, načrtovanje obravnave, timsko delo
Vsebinski sklop 6: Obravnava duševnih motenj in mreža služb
Vsebinski sklop 7: Promocija duševnega zdravja in preventiva duševnih motenj
Vsebinski sklop 8: Komunikacija, prepoznavanje komunikacije v družini, motivacijski intervju
Vsebinski sklop 9: Obravnava starejših v skupnostnih službah
Vsebinski sklop 10: Odvisnost
Vsebinski sklop 11: Proces zdravstvene nege v Centrih za duševno zdravje odraslih

Prvo Uvodno usposabljanje (Uvodno usposabljanje strokovnega kadra Centrov za duševno zdravje vsebuje prvih 5 vsebinskih sklopov) je potekalo aprila 2019, katerega se je v 5 dneh udeležilo v povprečju 35 udeležencev. Drugo Uvodno usposabljanje pa je potekalo decembra 2019, katerega se je v 5 dneh udeležilo v povprečju 33 udeležencev. Vsebinski sklop 6. je prvič potekal septembra 2019, udeležilo se ga je 33 udeležencev. Drugič je potekal novembra 2020, udeležilo se ga je 55 udeležencev. Vsebinski sklop 7. je potekal oktobra 2019, udeležilo se ga je 36 udeležencev. Vsebinski sklop 8. je potekal novembra 2019, udeležilo se ga je 37 udeležencev. Vsebinski sklop 9. je potekal decembra 2020, udeležilo se ga je 38 udeležencev. Vsebinski sklop 10 je potekal januarja 2020, udeležilo se ga je 37 udeležencev. Vsebinski sklop 11 je potekal septembra 2020, udeležilo se ga je 43 udeležencev. Zaradi epidemiološke situacije usposabljanja leta 2020 niso potekala po programu in se bodo nadaljevala v letu 2021.
V letu 2020 smo pričeli z izvajanjem posvetov s posameznimi Centri za duševno zdravje odraslih, kjer smo se soočali z izzivi posameznega Centra, omogočili smo jim individualni pristop in odprli varen prostor za pogovor.

Strokovni kader Centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov se je udeležil Vsebinskega sklopa 1, v sklopu Uvodnega usposabljanja. Prvega Uvodnega usposabljanja se je udeležilo 10 udeležencev zaposlenih v CDZOM. Drugega Uvodnega usposabljanja se je udeležilo 16 udeležencev zaposlenih v CDZOM.
Strokovni kader CDZOM je imel delavnico na temo timskega pristopa, ki je bila izvedena v njihovem lokalnem okolju.
Udeleževali so se tudi OTI izobraževanj. V naši evidenci imamo zabeleženo, da so se zaposleni v CDZOM udeležili naslednjih sklopov OTI: Diagnostika duševnih motenj in programi zgodnje preventive 2019 – 18 udeležencev; Razvojno nevrološke motnje II 2019 – 10 udeležencev; Razvoj otroka 2019 – 19 udeležencev; Motnje hranjenja 2020 – 21 udeležencev.

Ukrep 2: Izvajanje izobraževanj za interdisciplinarne time družinskih zdravnikov in pediatrov vključno s patronažno službo za zgodnje odkrivanje in obravnavo pogostih duševnih motenj ter za interdisciplinarno in medresorsko sodelovanje na tem področju.

Prvi kazalnik: **Število vključenih zdravstvenih domov in zdravstvenih delavcev**

Izobraževanje ni bilo izvedeno saj za izvajanje naloge ni zagotovljenih finančnih sredstev. Pripravljen in prirejen je bil mhGAP priročnik, ki ga bomo v našem okolju uporabili za izobraževanje patronažnih medicinskih sester in zainteresiranih družinskih zdravnikov.

RAZISKOVANJE

SPECIFIČNI CILJ 1: SPREMLJANJE STANJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Ukrep 1: Vzpostavitev nabora mednarodno primerljivih kazalnikov za spremljanje duševnega zdravja v vseh starostnih skupinah po spolu ter v ogroženih skupinah prebivalstva.

Prvi kazalnik: **Predlog kazalnikov**

Drugi kazalnik: **Usklajen nabor kazalnikov**

Sredstev iz tega naslova v letih 2018, 2019 in 2020 nismo pridobili, vendar so se znotraj Inderdisciplinarne delovne skupine za raziskovanje, spremljanje in vrednotenje oblikovalo ogrodje za spremljanje duševnega zdravja, ki služi kot izhodišče za razvoj kazalnikov. Predlogi kazalnikov so bili usklajeni med NIJZ, ZZZS, SURS in IRSSV. Na podlagi predlaganih kazalnikov se je pripravil trenutni usklajen nabor kazalnikov s prikazom podatkov na ravni Slovenije in v primerjavi z Evropo in njenimi državami. Nabor kazalnikov se bo v prihodnje še dopolnil in razširil.

Ukrep 2: Vzpostavitev in izvajanje ustreznega stalnega spremljanja in proučevanja duševnega zdravja ter učinkovitosti ukrepov v vseh starostnih skupinah po spolu ter v ogroženih skupinah prebivalstva.

Prvi kazalnik: **Predlog sistema spremljanja DZ in ukrepov RNPDZ**

Drugi kazalnik: **Testiranje sistema za spremljanje duševnega zdravja in ukrepov RNPDZ**

Sredstev iz naslova ARRS v letih 2018-2020 nismo pridobili. Zunanji evalvator je pripravil predlog metodologije za spremljanje duševnega zdravja. Iz področja RNPDZ so bili pripravljeni kazalniki kakovosti delovanja centrov za duševno zdravje.

Ukrep 3: Vzpostavitev delovne skupine za proučitev načina spremljanja samomora in poskusov samomora (register samomora in poskusov samomora).

Prvi kazalnik: **Predlog spremljanja poskusov samomora**

Drugi kazalnik: **Vzpostavljen sistem spremljanja poskusov samomora**

Nobena od zgoraj načrtovanih aktivnosti v AN 2018 – 2020 ni bila izvedena. Vse omenjene aktivnosti so takšne, ki bi jih veljalo prenesti v obdobje naslednjega AN 2021-2023.

SPECIFIČNI CILJ 2: POVEČANJE OBSEGA RAZISKOVANJA NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Ukrep 1: Zagotavljanje virov za izvajanje raziskav v povezavi z duševnim zdravjem v različnih populacijah (otroci in mladi, odrasli, starostniki, posebej ogrožene populacije po spolu …itd.).

Ukrep 2: Uvajanje aplikativnega in kvalitativnega raziskovanja v skupnosti z vključevanjem uporabnikov in izvajalcev.

Prvi kazalnik: **V skladu z razpisanimi in potrjenimi vsebinami v sodelovanju z ARRS in drugimi raziskovalnimi inštitucijami**

Znotraj raziskovalnega področja ni bilo novih ARRS razpisov, na katere bi se v večjem obsegu lahko prijavili. Kjer so bile prijave možne, smo se prijavili in smo sredstva oziroma projekt dobili, a so namenjena naslednjemu finančnemu obdobju.

SPREMLJANJE IN EVALVACIJA

Znotraj prvega akcijskega načrta je bilo predvideno spremljanje uspešnosti implementacije posameznih ciljev in ukrepov prednostnih področij.
Pričujoče poročilo je prikaz spremljanja strukturnih, procesnih kazalnikov in kazalnikov izida. Posamezna poročila (delfska študija, pregled obstoječih baz podatkov, prikaz kazalnikov, prikaz kazalnikov kakovosti) so na voljo, določeni podatki pa so že vključeni v drugi akcijski načrt.

VODENJE IN KOORDINACIJA

Znotraj prvega akcijskega načrta je bila podlaga za pripravo načrta implementacije in pripravo podlag, ter koordinacijo procesa implementacije, vzpostavitev interdisciplinarnih skupin. Predvidena je bila vzpostavitev osmih interdisciplinarnih delovnih skupin, zaradi razdelitve področij in vsebinskih nalog, je bilo vzpostavljenih 15 intedisciplinarnih skupin. Skupine so se dokončno vzpostavile in imenovale v avgustu, septembru in oktobru 2020.

- V **IDS za duševno zdravje v obporodnem obdobju**, ki jo vodi Zalka Drglin, namestnica pa je Barbara Mihevc Ponikvar je imenovanih še 12 članov, ki prihajajo iz NIJZ, UPK Ljubljana, UKC Ljubljana, Fakultete za socialno delo, Ministrstva za zdravje ali so samostojni strokovnjaki.
- V **IDS za duševno zdravje otrok in mladostnikov**, ki jo vodi Matej Vinko, njegova namestnica pa je Mateja Hudoklin je imenovanih še 13 drugih članov, ki prihajajo iz NIJZ, Društva šolskih svetovalnih delavcev Slovenije, Osnovne šole Simona Jenka Kranj, Centra za socialno delo, Zdravstvenega doma Grosuplje, Zavoda RS za šolstvo, Osnovne šole Kolezija, Ministrstva za zdravje, Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport, Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti ter iz Mladinskega sveta Slovenije.
- V IDS za duševno zdravje odraslih s poudarkom na krepitvi duševnega zdravja na delovnem mestu, ki jo vodi Ditka Vidmar, njena namestnica pa je Tatjana Novak Šubara je še 13 drugih članov, ki prihajajo iz NIJZ, Gospodarske zbornice Slovenije, Zavoda RS za zaposlovanje, Ministrstva za delo družino, socialne zadeve in enake možnosti, Ministrstva za zdravje, Zavoda ZAP, Združenja za medicino dela, prometa in športa, Fakultete za vede o zdravju, Ekonomsko-socialnega sveta s predstavnikoma delodajalcev in delojemalcev, Kliničnim inštitutom za medicino dela, prometa in športa ter uporabnico.
- V IDS za duševno zdravje starejših, ki jo vodi Olivera Stanojević Jerković, njena namestnica pa je Mateja Vek je dodatno še 10 članov, ki prihajajo iz Inštituta Antona Trstenjaka, Skupnosti socialnih zavodov Slovenije, Doma Danice Vogrinec Maribor,

Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve in enake možnosti, Skupnosti CSD Slovenije, Mestne občine Velenje, Primorske spominčice, Slovenskega združenja za pomoč pri demenci, Zveze društev upokojencev Slovenije in Društva Šola zdravja.

- V IDS za skupnostni pristop k duševnemu zdravju, ki jo vodi Nuša Konec Juričič z namestnico Marjeto Ferlan Istinič je dodatno še 10 članov, ki prihajajo iz NIJZ, Razvojne agencije Savinja, Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport, Skupnosti občin Slovenije, Društva Altra, Zdravstvenega doma Jožeta Potrate Žalec, Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, Zdravstvenega doma Trbovlje, Centra za psihološko svetovanje POSVET in uporabnika.
- V IDS za mrežo služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov, ki jo vodi Marija Anderluh z namestnico Katarino Lobe je dodatno še 13 članov, ki prihajajo iz NIJZ, Slovenske filantropije, Rejništkega društva Slovenije, Zdravrstvenega doma Adolfa Drolca Maribor, Pediatrične klinike, Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, Ministrstva za zdravje, Zavoda RS za šolstvo, Zdravstvenega doma Domžale, Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše Ljubljana, Vzgojnega zavoda Kranj, Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport ter samostojna strokovnjakinja.
- V IDS za mrežo služb za duševno zdravje odraslih, ki jo vodi Vesna Švab z namestnico Marjeto Ferlan Istinič je dodatno še 13 članov, ki prihajajo iz Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, Psihiatrične bolnišnice Ormož, Ministrstva za zdravje, Inštituta RS za socialno varstvo, Medicinske fakultete, Socialne zbornice Slovenije, ŠENTa, Zdravstvenega doma Sevnica, Skupnosti Centrov za socialno delo, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport, Psihiatrične bolnođnice Idrija ter predstavnik svojcev.
- V IDS za mrežo Centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov, ki jo vodi Marija Anderluh in njena namestnica je Špela Selak, je dodatno še 10 članov, ki prihajajo iz zdravstvenih domov, kjer imajo vzpostavljene CDZOM: Rakitna, Celje, Murska Sobota, Nova Gorica, Ormož, Postojna, Ptuj, Ravne na Koroškem, Trbovlje, Velenje.
- V IDS za mrežo Centrov za duševno zdravje odraslih, ki jo vodi Mojca Zvezdana Dernovšek z namestnico Katarino Lobe je dodatno še 12 članov, ki prihajajo iz zdravstvenih domov, ki so nosilni za CDZO; Sevnica, Celje, Trbovlje, Ormož, Ptuj, Kočevje, Ravne na Koroškem, Velenje, Nova Gorica, Murska Sobota.
- V IDS za nekemične zasvojenosti, ki jo vodi Špela Selak, njen namestnik je Domen Kralj, je dodatno še 10 članov, ki prihajajo iz NIJZ, LOGUOUTa, Fakultete za družbene vede, Zavoda RS za šolstvo, Ministrstva za izobraževanje, znanost in špost, ZD Nova Gorica, SCOM ali so samostojni strokovnjaki.
- V IDS za alkohol in duševno zdravje, ki jo vodi Maja Bundalo Bočić z namestnico Mojco Zvezdano Dernovšek je dodatno še 9 članov, ki prihajajo iz NIJZ, Zdravstvenega doma Trbovlje, Medicinske fakultete, Zavoda RS za zaposlovanje, Ministrstva za pravosodje, Zdravstvenega doma Maribor, Društva za urejeno življenje Abstinent ali so samostojni strokovnjaki.
- V IDS za preprečevanje samomorilnega vedenja, ki jo vodi Saška Roškar z namestnico Nušo Konec Juričič, je dodatno še 10 članov, ki prihajajo iz NIJZ, Inštituta Andreja Marušiča, Ministrstva za notranje zadeve, Društva novinarjev Slovenije, Gimnazije

Moste, Slovenskega združenja za preprečevanje samomora, Fakultete za družbene vede ter predstavnica svojcev.

- V IDS za izobraževanje na področju duševnega zdravja, ki jo vodi Vesna Švab z namestnico Niko Vukša, je dodatno še 9 članov, ki prihajajo iz UKC Maribor, Univerze v Ljubljani, Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport, Fakultete za socialno delo, Socialne zbornice Slovenije, Fakultete za zdravstvo Angele Boškin, Zdravstvenega doma Ljubljana, ter samostojna strokovnjakinja.
- V IDS za raziskovanje, spremljanje in vrednotenje izvajanja NPDZ, ki jo vodi Lilijana Šprah z namestnico Ireno Makivić je dodatno še 11 članov, ki prihajajo iz NIJZ, Statističnega urada RS, Inštituta RS za socialno varstvo, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Zdravstvene fakultete, Fakultete za management in Medicinske fakultete.

SPECIFIČNI CILJ 1: VZPOSTAVITEV UPRAVLJAVSKE STRUKTURE ZA STROKOVNO VODENJE IN INTERDISCIPLINARNO TER INTERINSTITUCIONALNO KOORDINACIJO IMPLEMENTACIJE RNPZD NA DRŽAVNI, REGIONALNI IN LOKALNI RAVNI

Ukrep 1: Okrepitev kadrovskih zmogljivosti Ministrstva za zdravje za podporo implementaciji RNPDZ in strokovnega pokrivanja nalog MZ na področju duševnega zdravja.

Prvi kazalnik: **Izvedene načrtovane aktivnosti RNPDZ**

Predvidena aktivnost ni bila izvedene.

Ukrep 2: Vzpostavitev in delovanje nacionalne strokovne koordinacije in upravljanja RNPDZ na NIJZ, ki opravljajo naloge vodenja, koordiniranja, spremljanja in evalvacije RNPDZ.

Prvi kazalnik: **Predvideno 6 novih zaposlitev v centrali NIJZ in 9+2 novih območnih koordinatorjev**

Realiziralo se je 9 novih zaposlitev na OE NIJZ. Znotraj koordinativne skupine NIJZ na centralni enoti so se realizirale 5 novih zaposlitev.

Ukrep 3: Vzpostavitev interdisciplinarnega programskega sveta (PS) in interdisciplinarnih strokovnih delovnih skupin (IDS), ki podpirajo razvoj intervencij, izobraževanje, vodenje, koordinacijo in evalvacijo implementacije RNPDZ, nadzor kakovosti izvajanja
programa ter promocija programa.

Prvi kazalnik: **Poročilo o delu programskega sveta**

Programski svet, ki se sedaj imenuje strokovni svet, se je vzpostavil s septembrom 2020.

Drugi kazalnik: **Poročila o delu IDS**

Tretji kazalnik: **Vzpostavitev spletnega programa**

Spletna stran je bila oblikovana.
www.program-mira.si

Ukrep 5: Vključitev vseh ključnih predstavnikov stroke, resorjev in civilne družbe ter uporabnikov programov v državno, regionalno in lokalno koordinacijo implementacije, spremljanje in evalvacijo.

Prvi kazalnik: **Poročila**

V delovanje IDS so vključeni tako predstavniki stroke, kot tudi civilne družbe in uporabnikov, kar je razvidno tudi iz nabora članov Interdisciplinarnih delovnih skupin.

SPREMLJANJE STRATEŠKIH CILJEV RESOLUCIJE O NACIONALNEM PROGRAMU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Resolucija zagotavlja jasne in konkretne cilje ter ukrepe za trajnostni razvoj duševnega zdravja. Celovit in ambiciozno zastavljen načrt zapolnjuje vrzel, ki je dolga leta vladala na tem področju.

Namen Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028 je zmanjšati obstoječe neenakosti na področju duševnega zdravja. Dolgoročna vizija pomeni zagotoviti vsem prebivalcem Slovenije pravico do optimalnega duševnega in telesnega blagostanja, do pogojev za razvoj in udejanjanje vseh svojih potencialov v poklicnem, družbenem, zasebne, in družinskem življenju ter do enakega dostopa do kakovostnih virov pomoči.

Implementacija z več kot 150 ukrepi, razdeljenimi v šest prednostnih področij, sledi osmim strateškim ciljem:

(1) Zagotoviti trajnostno in učinkovito **implementacijo politik in ukrepov za podporo duševnemu zdravju** celotne populacije, še posebej ranljivih skupin prebivalcev in ukrepov za varstvo pravic oseb s težavami v duševnem zdravju;

(2) Razvoj in implementacija z dokazi podprtih medsektorskih in interdisciplinarnih **promocijskih in preventivnih programov na področju duševnega zdravja**;

(3) Zmanjšanje **samomora in duševnih motenj, povezanih z alkoholom**;

(4) Zagotoviti **dostopno, celostno in kakovostno obravnavo** na področju duševnega zdravja v skupnosti;

(5) Krepitev **znanja, kompetenc, z dokazi podprtih intervencij** in izmenjave dobrih praks na področju duševnega zdravja;

(6) Socialnovarstveni programi in programi v podporo družini, ki se povezujejo s programi zdravstvenega varstva, bodo nadgrajeni s službami in **programi za obravnavo oseb s pridruženimi motnjami v duševnem zdravju**;

(7) Spodbujanje in krepitev horizontalnega in vertikalnega **sektorskega in medsektorskega sodelovanja za razvoj** na področju duševnega zdravja;

(8) **Zmanjšanje deficitarnosti na področju poklicev**, na katerih sloni skrb za boljše duševno zdravje prebivalcev.

*

OKVIR SPREMLJANJA STRATEŠKIH CILJEV RNPDZ

Strateški cilji so oblikovani skozi tri področja in sicer skozi (1) determinante duševnega zdravja, skozi (2) sistem in storitve na področju duševnega zdravja ter skozi (3) izide skrbi za duševno zdravje in obvladovanje tveganj. Vsako od treh področij oz. domen vsebuje še nabor kategorij, ki natančneje opredeljujejo področja, ki jih spremljamo z izbranimi kazalniki. Okvir spremljanja duševnega zdravja v Sloveniji se vsebinsko prepleta s kazalniki ciljev trajnostnega razvoja. Kazalniki so podrobneje predstavljeni v prilogi poročila (priloga I). V nadaljevanju so predstavljeni izbrani izsledki po posameznih domenah spremljanja duševnega zdravja.

DETERMINANTE DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Determinante duševnega zdravja so dejavniki in okoliščine, ki vplivajo na duševno zdravje posameznika ter na tveganje za pojav duševnih motenj. Determinante opisujejo lastnosti posameznika (dedni dejavniki, osebnostne značilnosti), njegovega neposrednega družbenega okolja (medosebni odnosi, nasilje, življenjske razmere) kot tudi širšega družbenega okolja (diskriminacija, ekonomske neenakosti, dostopnost izobraževanja). Kazalniki v domeni determinante duševnega zdravja so razporejeni po kategorijah: enake možnosti, ekonomske determinante, življenjske razmere, diskriminacija in nasilje, družbene in kulturne determinante, življenjski slog in zdravje.

Slovenija dosega dobre rezultate na področju enakosti med spoloma, saj imamo stopnjo razlike v zaposlenosti med moškimi in ženskami krepko pod evropskim povprečjem in takoj za Švedsko, Latvijo, Finsko in Litvo. Prav tako nimamo velikih težav iz vidika urbanizacije, saj živi v prenatrpanih gospodinjstvih manjši odstotek populacije, kot je povprečje držav evropske unije. Prav tako smo pod evropskim povprečjem glede odstotka oseb, ki bivajo sami in si gospodinjstva ne delijo z nikomer drugim. Pozitivno je, da je v Sloveniji stopnja kriminala nizka, po podatkih iz leta 2018 je najvišja v Bolgariji in na Nizozemskem. V primerjavi s povprečjem evropske unije imamo ne le nižji odstotek oseb, ki so izstopile iz nadaljnjega terciarnega šolanja, ampak imamo tudi nadpovprečno visok odstotek odraslih, ki se izobražujejo (tako formalno kot neformalno izobraževanje). Standardizirana stopnja smrti na 100.000 prebivalcev pa je bila v letu 2016 le malo nad evropskim povprečjem in nižja kot je bila v Sloveniji v prejšnjih petih letih. Vsi ti podatki nakazujejo, da so razmere, ki pomembno vplivajo tudi na duševno zdravje, v Sloveniji za večino prebivalstva ugodne.

SISTEMI IN STORITVE DUŠEVNEGA ZDRAVJA

V domeni sistemi in storitve duševnega zdravja so kazalniki zbrani po kategorijah: upravljanje, financiranje, razpoložljiva delovna sila, razpoložljivost in zagotavljanje storitev, dostop do storitev in pokritost, kakovost storitev.

V času od leta 2013 do 2019 so na primer izdatki programov na področju socialnega varstva rasli, medtem, ko je znotraj teh izdatkov, za programe na področju duševnega zdravja, namenjen približno enak odstotek sredstev. Število psihiatrov na 100.000 prebivalcev konstantno raste v zadnjih osmih letih, a smo glede tega števila še vedno pod evropskih povprečjem. Po podatkih iz leta 2020 imamo v Sloveniji 215 psihiatrov in 34 pedopsihiatrov, ter 96 kliničnih psihologov, ki so primarno zaposleni na primarni, sekundarni ali terciarni ravni zdravstvenega sistema. Visoko je število psihiatričnih hospitalizacij, ki je v letu 2019 še naraslo tudi na račun neprostovoljnih hospitalizacij (9564 prostovoljnih in 1114 neprostovoljnih). Psihiatrične rehospitalizacije v Sloveniji sicer niso med vodilnimi, vendar skoraj 9 odstotni delež rehospitalizacij v 30 dnevih po odpustu, ni zanemarljiv. Trenutno ima skoraj polovica občin pripravljen akcijski načrt za področje promocije zdravja in zmanjšanja neenakosti v zdravju, ki pa jih je potrebno še dopolniti z ukrepi podkrepljenimi s posebnimi področji duševnega zdravja.

Pomemben vidik kakovosti storitev se nanaša tako na zadovoljstvo uporabnikov v bolnišnicah in v centrih za duševno zdravje, kot tudi zadovoljstvo s posameznimi programi, ki so na voljo za osebe ali svojce s težavami v duševnem zdravju ali duševnimi motnjami. Na področju zagotavljanja in spremljanja zadovoljstva se v naslednjem triletnem obdobju pripravlja kar nekaj aktivnosti, ki bodo pokrile trenuten primanjkljaj na tem področju.

IZIDI SKRBI ZA DUŠEVNO ZDRAVJE IN OBVLADOVANJE TVEGANJ

Področje izidov skrbi za duševno zdravje in obvladovanje tveganj vključuje kazalnike, ki govorijo o uspešnosti aktivnosti na širšem področju duševnega zdravja. Kazalniki so razporejeni po kategorijah zdravstveni, socialni in ekonomski izidi ter preprečevanje socialnega in finančnega tveganja.

V Sloveniji od kazalnikov izida izstopa količnik samomora, ki je nad evropskim povprečjem in nas uvršča na vrh držav, ki beležijo visoko število umrlih zaradi samomora. V preteklih letih sicer opažamo trend upadanja števila samomorov, ki pa ga opažajo tudi v drugih evropskih državah. Razširjenost težav ali simptomov, ki so značilni za depresivno motnjo, je v Sloveniji večja pri ženskah – opisano razmerje je še bolj izrazito v starostni skupini nad 65 let. Potrebe po varovanju duševnega zdravja, ki so neizpolnjene zaradi finančnih razlogov, so po raziskovalnih podatkih v Sloveniji primerljive z povprečjem Evropske unije. V Sloveniji je največ neizpolnjenih potreb v starostnih skupinah mladostnikov in mladih odraslih.

FORMATIVNA EVALVACIJA

Kot del formativne evalvacije, ki podpira pripravo AN 2021-2023, sta bili izvedeni delfska študija o ukrepanju ob epidemiji (priloga II) ter analiza stanja na področju kadrov in storitev s področja duševnega zdravja ter predlog reformnih ukrepov na področju služb za duševno zdravje (priloga III).

POVZETEK ANALIZE STANJA NA PODROČJU KADROV IN STORITEV S PODROČJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA TER PREDLOG REFORMNIH UKREPOV NA PODROČJU SLUŽB ZA DUŠEVNO ZDRAVJE

Za oceno stanja in potreb na področju dostopnosti do služb, storitev in programov na področju duševnega zdravja v okviru zdravstvenega varstva, je bila izvedena analiza stanja na področju razpoložljivosti programov in kadrov na področju duševnega zdravja. Zaradi pomanjkanja specialistov na področju skrbi za duševno zdravje in ambulantnih ter skupnostnih programov na primarni ravni, smo se osredotočili predvsem na analizo razpoložljivosti teh programov in razporejenosti specialistov psihiatrije, specialistov otroške in mladostniške psihiatrije, specialistov klinične psihologije in specializantov teh specialnosti ter njihove razporejenosti glede ravni primarne zaposlitve in glede regionalne dostopnosti do teh kadrov in programov.

Podatki iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (RIZDDZ) iz junija 2020 kažejo, da imamo v Sloveniji 215 psihiatrov in 34 pedopsihiatrov, ter 96 kliničnih psihologov v sistemu javnega zdravstva. Podatki kažejo poleg absolutnega pomanjkanja, predvsem specialistov otroške in mladostniške psihiatrije in klinične psihologije, neustrezno razporeditev kadra glede ravni zaposlitve (predvsem specialisti psihiatrije), kot tudi glede neenake regionalne razporeditve vseh specialistov na področju duševnega zdravja. Večina specialistov psihiatrije je zaposlenih na sekundarni in terciarni ravni psihiatričnih bolnišnic. Tudi ambulantni specialistični programi psihiatrije se v več kot 40% izvajajo v psihiatričnih bolnišnicah. Posledica tega je slaba dostopnost do služb in storitev za duševno zdravje na primarni ravni zdravstvene dejavnosti in v skupnosti. Izrazito veliko pomanjkanje specaialističnih in timskih obravnav na področju duševnega zdravja je pri otrocih in mladostnikih, kjer izstopajo tudi izrazite regionalne neenakosti v dostopnosti do obravnav zanje. V Sloveniji imamo nekaj okolij, kjer specialistov otroške in mladostniške psihiatrije sploh nimamo (OE ZZZS Krško in OE ZZZS Murska Sobota). Posledica vsega tega je zaskrbljujoče dolga čakalna doba, ki ostaja enaka v letih 2018 in 2019, in sicer v povprečju več kot 100 dni, za otroke in mladostnike pa presega 6 mesecev za obravnave pri specialistih otroške in mladostniške psihiatrije, pri specialistih klinične psihologije pa celo 1 leto. Problem absolutnega pomanjkanja specialistov klinične psihologije je neurejeno sistemsko financiranje in razpisovanje specializacij iz klinične psihologije.

Predlog reformnih ukrepov, ki ji predlagamo v dokumentu priloge III - Analiza stanja in predlog reformnih ukrepov na področju služb za duševno zdravje, temeljijo na rezultatih ocene stanja in potreb, ki izhajajo iz opisane analize, na strateških in specifičnih ciljih ter ukrepih Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-28 ter na priporočilih misije SZO o organizaciji sistema skrbi za duševno zdravje v Sloveniji iz septembra 2020. V dokumentu, ki naslavlja opisano analizo in predlog reformnih ukrepov, se omejujemo na reformne ukrepe na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega sistema, čeprav je integralni del reforme tudi sistem socialnega varstva na področju duševnega zdravja, ki pa ga ta dokument ne obravnava.

Ključni reformni ukrepi so namenjeni povečanju dostopnosti do kakovostne obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Za zvečanje dostopnosti do služb in storitev na področju duševnega zdravja na primarni ravni in v skupnosti ter skrajševanje čakalnih dob na obravnave je kratkoročno potrebno vzpostaviti celotno mrežo CDZ s standardnimi timi, ki zagotavljajo lokalno dostopnost in timske obravnave. Zaradi pomanjkanja specializiranega kadra na področju duševnega zdravja na primarni ravni zdravstvene dejavnosti in njihove večinske zaposlitve v psihiatričnih bolnišnicah, bo potrebna delna prerazporeditev, predvsem specialistov psihiatrije iz bolnišnične na primarno raven do obsega, da se vzpostavi polno delujoča mreža CDZO s standardnimi timi. Potrebno je zaposlovanje specializantov otroške in mladostniške psihiatrije in specializantov psihiatrije, ki specializirajo iz naslova nacionalnih razpisov, na primarno raven, v CDZO in CDZOM. Srednje in dolgoročno pa je pomembno ciljano in načrtovano razpisovati specializacije na področju duševnega zdravja skladno s potrebami razvoja služb, da se prioritetno pokrije potrebe po ambulantnih in skupnostnih specialističnih službah na primarni ravni. Za te namene je bil pripravljen predlog kadrovskega standarda za zagotavljanje lokalne dostopnosti služb na področju duševnega zdravja. Hkrati z razvojem služb na področju duševnega zdravja za zagotavljanje lokalne dostopnosti se izvaja tudi prestrukturiranje dela obstoječih psihiatričnih programov sekundarne in terciarne ravni v subspecialistično obravnavo (hospitalna in ambulantna obravnava določenih duševnih motenj in pridruženih duševnih motenj, skladno s potrebami populacije). Za zagotavljanje potreb populacije po klinično psiholoških in psihoterapevtskih obravnav je potrebno zagotoviti financiranje specializacij za klinično psihologijo iz državnega proračuna in zagotavljanje vsaj 30 specializacij iz klinične psihologije letno do zapolnitve potreb po kadrih, po tem obdobju v obsegu za vzdrževanje doseženega standarda (15 kliničnih psihologov/100 000 prebivalcev) ter pripraviti in sprejeti zakon o psihoterapevtski dejavnosti in zagotoviti večjo dostopnosti do psihoterapevtskih storitev.

POVZETEK HITRE OCENE SISTEMA DUŠEVNEGA ZDRAVJA V SLOVENIJI

Na povabilo Ministrstva za zdravje je Evropska regijska pisarna Svetovne zdravstvene organizacije v septembru leta 2020 izvedla hitro oceno sistema duševnega zdravja v Sloveniji. Hitra ocena je bila izvedena z namenom pregleda napredkov, ki so bili doseženi na področju duševnega zdravja v preteklih letih, in prepoznave vrzeli v nudenju storitev s področja duševnega zdravja, s čimer bi se umerilo tudi nadaljnjo implementacijo RNPDZ. Zaradi epidemije je bila hitra ocena izvedena virtualno s sodelovanjem številnih deležnikov s področja duševnega zdravja.

V primerjavi z zadnjo hitro oceno na področju duševnega zdravja, ki je bila izvedena leta 2015, je bil ključni napredek v Sloveniji priprava in sprejetje RNPDZ 2018-2028. Ta nudi celostni okvir in strategijo za medsektorsko delovanja na področju razvoja storitev s področja duševnega zdravja. Pomemben napredek je bil prepoznan v implementaciji prvega akcijskega načrta RNPDZ ter upoštevanju priporočil, ki so bila posredovana v hitri oceni leta 2015 – posebej izpostavljeni so v tem primeru novi centri za duševno zdravje. Hkrati pa je bilo ugotovoljeno, da so storitve s področja zdravstva in socialnega varstva še vedno neenako dostopne oz. porazdeljene po državi, ostajajo nepovezane in se v veliki meri zanašajo na institucionalne oblike nudenja storitev. S hitro oceno so bile prepoznane priložnosti za izboljšanje delovanja sistema duševnega zdravja, ki vključujejo bolj povezano medsektorsko načrtovanje in koordinacijo, posodobitev aktivnosti na področju preventive duševnih motenj ter povečanje dostopnosti do storitev in razvoja strokovnega kadra na področju duševnega zdravja.

Povzetek ključnih izzivov oz. potreb in možnih ukrepov, s katerimi bi slednje naslovili, je predstavljen v spodnji tabeli.

Ključni izzivi in potrebe	**Možni ukrepi oz. priporočila**
Upravljanje in financiranje	
1. Medsektorska koordinacija, načrtovanje in financiranje	• Vlaganje v interdisciplinarne, medsektorske mehanizme upravljanja za zagotavljanje usklajenega načrtovanja, financiranja, implementacije in evalvacije aktivnosti RNPDZ 2018-2028 na državni in lokalni ravni
2. Dostopnost storitev	• Zmanjšanje geografke neenakosti v dostopnosti do storitev z razvojem skupnostnih storitev in storitev, ki upoštevajo lokalne potrebe • Povečanje dostopnosti do storitev za otroke in mladostnike po celotni državi
Načrtovanje kadrov	
3. Dostopnost specialističnih storitev	• Načrtovanje, zaposlovanje in usposabljanje kliničnih psihologov na ravni celotne državei in posameznih regij

	• Razvoj regulativnega okvirja za izvajanje (in plačilo) psihoterapije
Zdravstveni informacijski sistem in zagotavljanje kakovosti	
4. Kakovost in učinkovitost obravnav	• Razvoj in rutinska raba kazalnikov kakovosti na področju duševnega zdravja
Organizacija in zagotavljanje storitev	
5. Preventiva duševnih motenj in promocija duševnega zdravja	• Okrepitev aktivnosti na področju osveščanja o duševnem zdravju, povečevanja pismenosti o duševnem zdravju in zagovorništva • Vpeljava programov socialnega in čustvenega učenja v šole • Sistemska implementacija učinkovitih preventivnih programov in programov za podoro družinam
6. Integracija duševnega zdravja v primarno zdravstvo in skupnostne obravnave	• Gradnja kompetenc nespecialističnega strokovnega kadra za prepoznavo in obravnavo oseb z duševnimi motnjami • Nadaljevanje razvoja centrov za duševno zdravje z interdisciplinarnimi delovnimi timi ter spremljanje in upoštevanje spoznanj v tem procesu
7. Bolnišnične in institucionalne storitve	• Povečanje prizadevanj za premeščanje storitev iz velikih institucij preko a) vzpostavljanja in finančne podpore alternativnim oblikam storitev v skupnostni (bivanjske skupine, dnevni centri), b) usposabljanja kadrov, ki delajo v institucijah in v skupnosti, c) spremljanja standardov kakovosti obravnave v skladu s Konvencijo ZN o pravicah invalidov

PRILOGE

PRILOGA I: KAZALNIKI

Okvir za spremljanje javnega duševnega zdravja

Slovenija 2020

Kazalniki v tem dokumentu so delovni osnutek okvira za spremljanje javnega duševnega zdravja v Sloveniji. Osnutek je bil pripravljen za seznanitev strokovnjakov, ki so izvedli virtualno ocenjevalno misijo Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) z naslovom *Mental health system*

development in Slovenia: looking back, looking forward (Razvoj zdravstvenega sistema na področju duševnega zdravja v Sloveniji: pogled nazaj in pogled v prihodnost).

Okvir za spremljanje javnega duševnega zdravja:

I. DETERMINANTE DUŠEVNEGA ZDRAVJA

A. *Enake možnosti*
   1. Vrzel stopnje delovne aktivnosti med spoloma
   2. Neprilagojena plačna vrzel med spoloma
   3. Vrzel med spoloma v terciarnem izobraževanju

B. *Ekonomske determinante*
   4. Stopnja dolgotrajne brezposelnosti
   5. Ginijev količnik
   6. Stopnja tveganja revščine

C. *Življenjske razmere*
   7. Stopnja prenaseljenosti stanovanja
   8. Delež enočlanskih gospodinjstev
   9. Kriminal, nasilje in vandalizem v okolišu

D. *Diskriminacija in nasilje*
   10. Prijavljeni primeri nasilja v družini
   11. Trpinčenje v šoli

E. *Družbene in kulturne determinante*
   12. Zgodnja opustitev izobraževanja in usposabljanja
   13. Udeležba odraslih v učenju
   14. Zaznana splošna družbena podpora

F. *Življenjski slog in zdravje*
   15. Standardizirana stopnja umrljivosti
   16. Uživanje konoplje
   17. Problematična uporaba digitalnih tehnologij –družabnih medijev

II. SISTEMI IN STORITVE NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

A. *Upravljanje*
   1. Lokalne skupine za promocijo (duševnega) zdravja
   2. Lokalni akcijski načrt za promocijo zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju

B. *Financiranje*
   3. Izdatki za programe duševnega zdravja v okviru izdatkov za programe socialne varnosti

C. *Razpoložljiva delovna sila*
   4. Skupno število psihiatrov na 100.000 prebivalcev

D. *Razpoložljivost in zagotavljanje storitev*
   5. Število uporabnikov storitev dnevnih centrov na 100.000 prebivalcev

E. *Dostop do storitev in pokritost*
   6. Čakalne dobe za storitve na področju duševnega zdravja
   7. Poraba psihoaktivnih zdravil

F. *Kakovost storitev*
   8. Neprostovoljne hospitalizacije za psihiatrično zdravljenje brez privolitve bolnika
   9. Delež ponovno hospitaliziranih v psihiatrično ustanovo

III. POSLEDICE DUŠEVNEGA ZDRAVJA IN PREPREČEVANJE TVEGANJ

A. *Zdravstveni, socialni in ekonomski izidi*
   1. Stopnja umrljivosti zaradi samomora
   2. Delež oseb s simptomi, ki so značilni za večjo depresivno motnjo
   3. Umrljivost zaradi alkoholu pripisljivih vzrokov

B. *Preprečevanje socialnega in finančnega tveganja*

4. Stopnja resne materialne prikrajšanosti
5. Neizpolnjene potrebe po varovanju duševnega zdravja zaradi finančnih razlogov
6. Bolniški stalež zaradi duševnih in vedenjskih motenj

Opis kazalnikov javnega duševnega zdravja

I. *Determinante duševnega zdravja*

A. Enake možnosti
B. Ekonomske determinante
C. Življenjske razmere
D. Diskriminacija in nasilje
E. Družbene in kulturne determinante
F. Življenjski slog in zdravje

II. Sistemi in storitve na področju duševnega zdravja

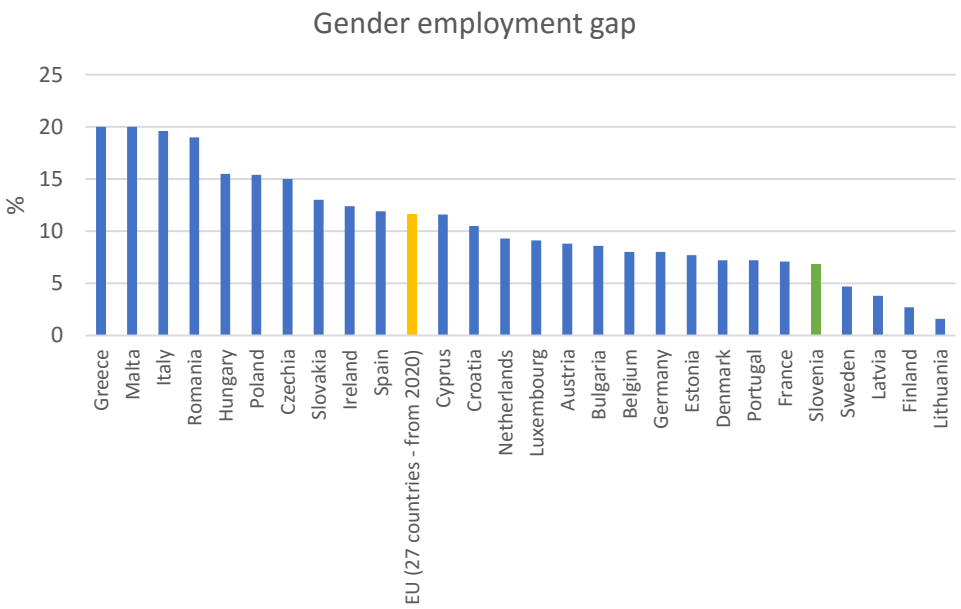
A. Upravljanje
B. Financiranje
C. Razpoložljiva delovna sila
D. Razpoložljivost in zagotavljanje storitev
E. Dostop do storitev in pokritost
F. Kakovost storitev

III. Posledice duševnega zdravja in preprečevanje tveganj

A. Zdravstveni, socialni in ekonomski izidi
B. Preprečevanje socialnega in finančnega tveganja

Legenda za primerjave v času (trend) in mednarodne primerjave:		
Poslabšanje/ slabše	Stagniranje/ primerljivo	Izboljšanje/ boljše

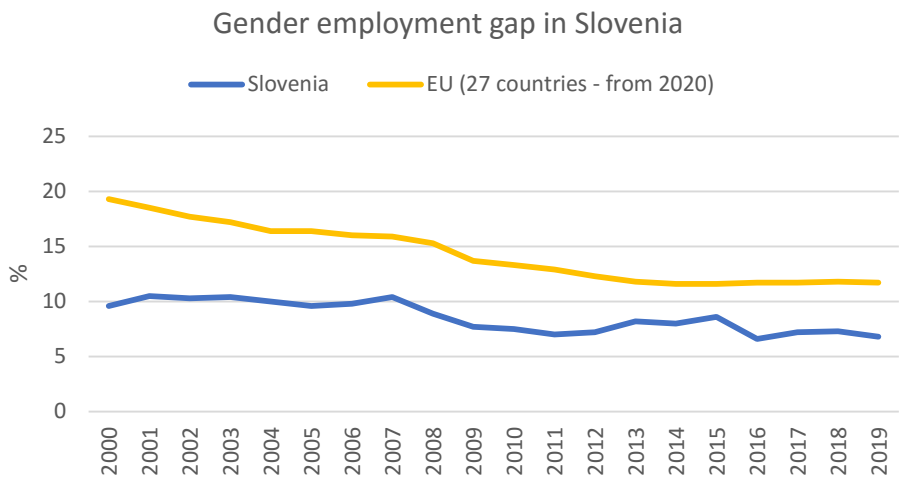
Področje: Determinante duševnega zdravja	Trend
Podpodročje: Enake možnosti	Mednarodna primerjava
Kazalnik: Vrzel stopnje delovne aktivnosti med spoloma	



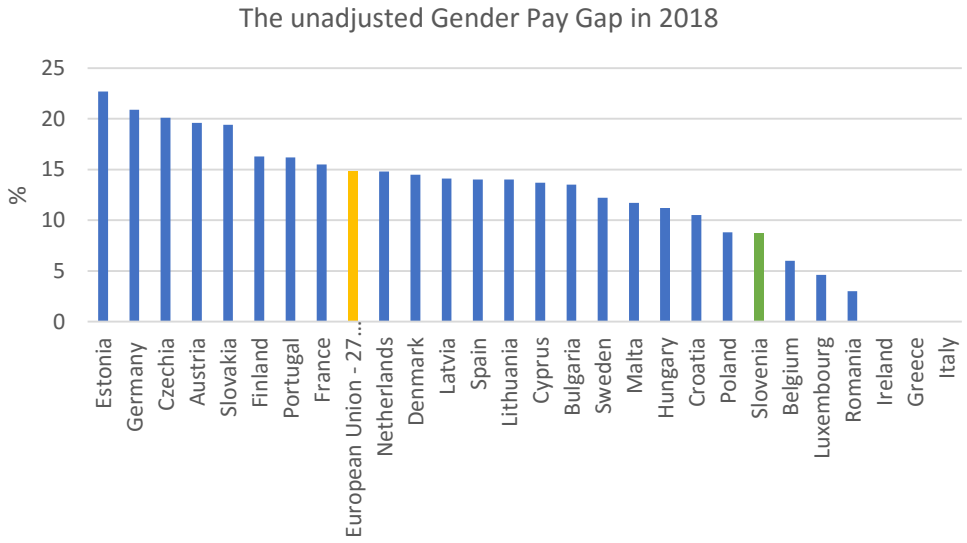
Opis kazalnika: Vrzel stopnje delovne aktivnosti med spoloma je opredeljena kot razlika med stopnjo delovne aktivnosti moških in stopnjo delovne aktivnosti žensk v starostni skupini 20 do 64 let. Stopnja delovne aktivnosti se izračuna tako, da se število delovno aktivnih oseb v starostni skupini 20 do 64 let deli s številom vseh prebivalcev v isti starostni skupini. Kazalnik temelji na raziskavi *The European Union Labour Force Survey* (Anketa o delovni sili).

Vir: 2020, Eurostat

Analiza:



Področje: Determinante duševnega zdravja	Trend
Podpodročje: Enake možnosti	Mednarodna primerjava
Kazalnik: Neprilagojena plačna vrzel med spoloma	

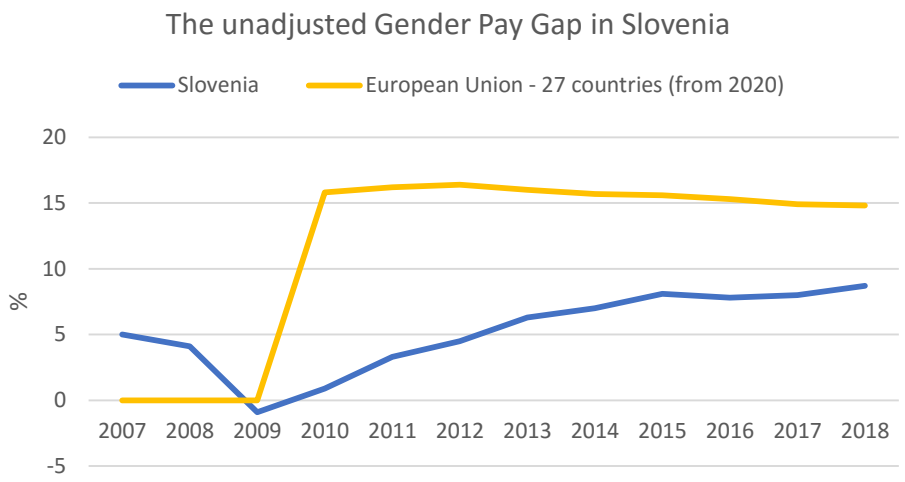


Opis kazalnika: Neprilagojena plačna vrzel med spoloma (imenovana tudi plačilna vrzel ali razlika v plačah) je razlika med povprečnim bruto dohodkom na uro moških in žensk, izražena v odstotkih dohodkov moških. Pri izračunu se ne upošteva izobrazbe, starosti, števila opravljenih ur ali vrste dela. Podatki vključujejo samo podjetja z 10 ali več

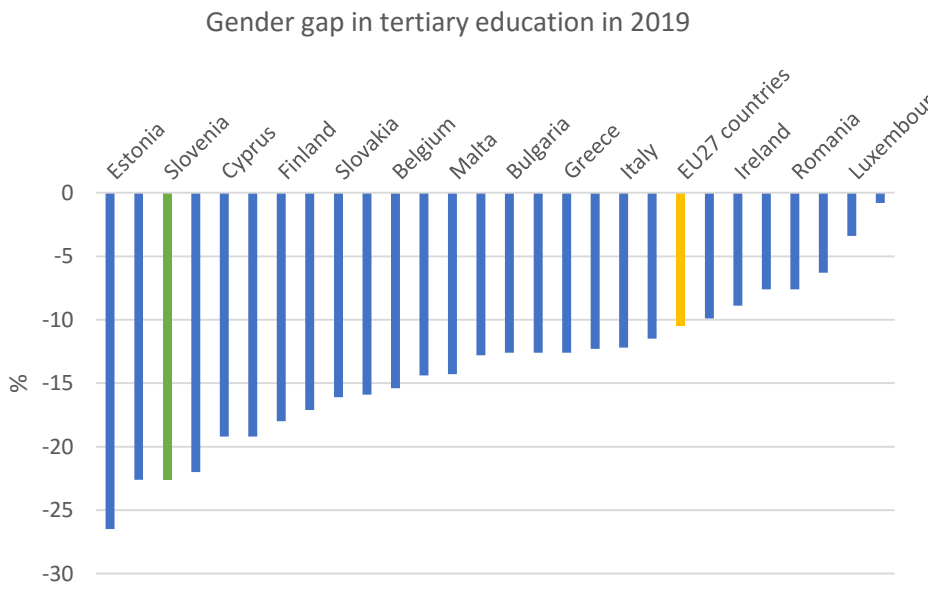
zaposlenimi. Kazalnik se izračunava v okviru podatkov, zbranih v skladu z metodologijo Raziskovanja o strukturi plače (Uredba ES: 530/1999).

Vir: 2020, Eurostat

Analiza:



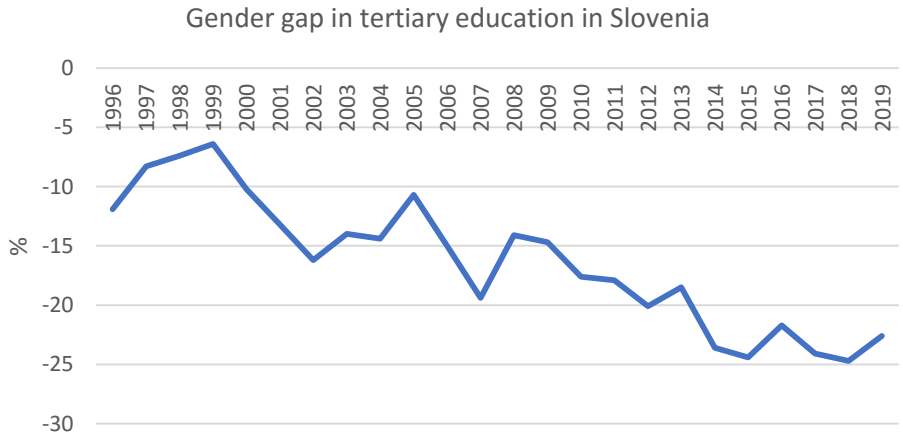
Področje: Determinante duševnega zdravja	Trend
Podpodročje: Enake možnosti	Mednarodna primerjava
Kazalnik: Vrzel med spoloma v terciarnem izobraževanju	



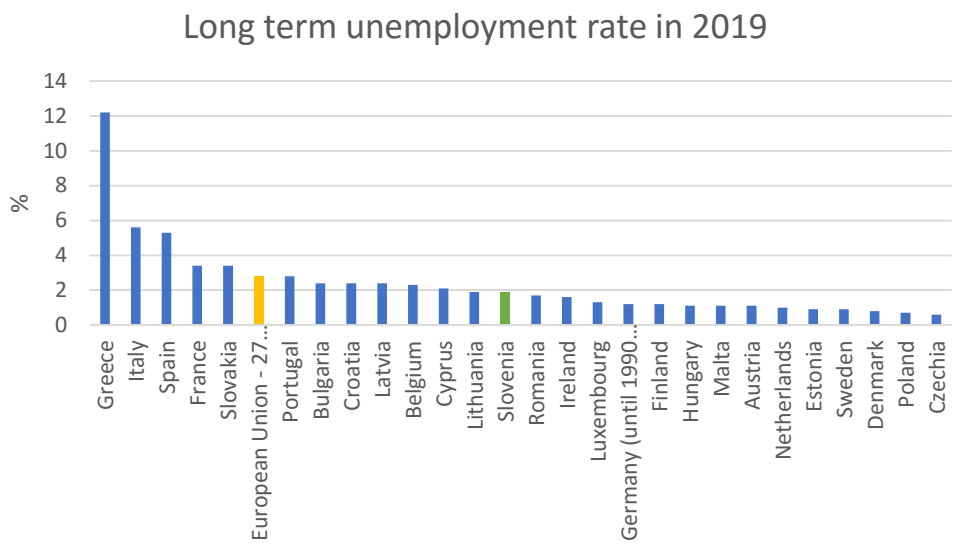
Opis kazalnika: Kazalnik se izračuna kot razlika v odstotku moških in žensk s terciarno izobrazbo (moški minus ženske). Pri čemer se upošteva prebivalstvo staro med 30 in 34 leti, ki je uspešno končalo terciarni študij (npr. Univerza, višja tehnična ustanova itd.). Kazalnik temelji na raziskavi *The European Union Labour Force Survey* (Anketa o delovni sili).

Vir: 2020, Eurostat

Analiza:



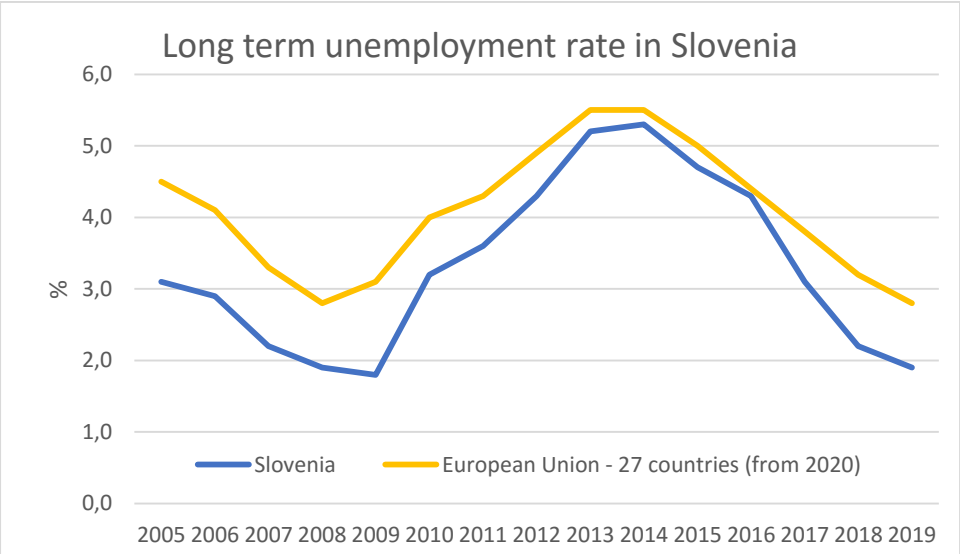
Področje: Determinante duševnega zdravja	Trend
Podpodročje: Ekonomske determinante	Mednarodna primerjava
Kazalnik: Stopnja dolgotrajne brezposelnosti	



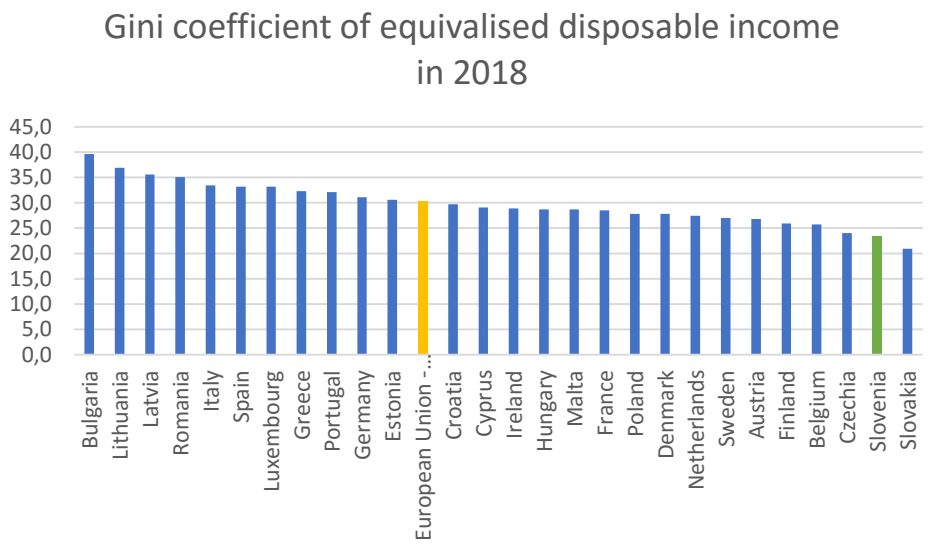
Opis kazalnika: Stopnja dolgotrajne brezposelnosti predstavlja število dolgotrajno brezposelnih oseb med 15. in 74. letom izraženo v odstotku vseh delovno aktivnih prebivalcev v isti starostni skupini. Kazalnik temelji na raziskavi *The European Union Labour Force Survey* (Anketa o delovni sili).

Vir: 2020, Eurostat

Analiza:


Long term unemployment rate in Slovenia
6,0
5,0
4,0
3,0
2,0
1,0
0,0
%
Slovenia
European Union - 27 countries (from 2020)
2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019

Področje: Determinante duševnega zdravja	Trend
Podpodročje: Ekonomske determinante	Mednarodna primerjava
Kazalnik: Ginijev količnik	

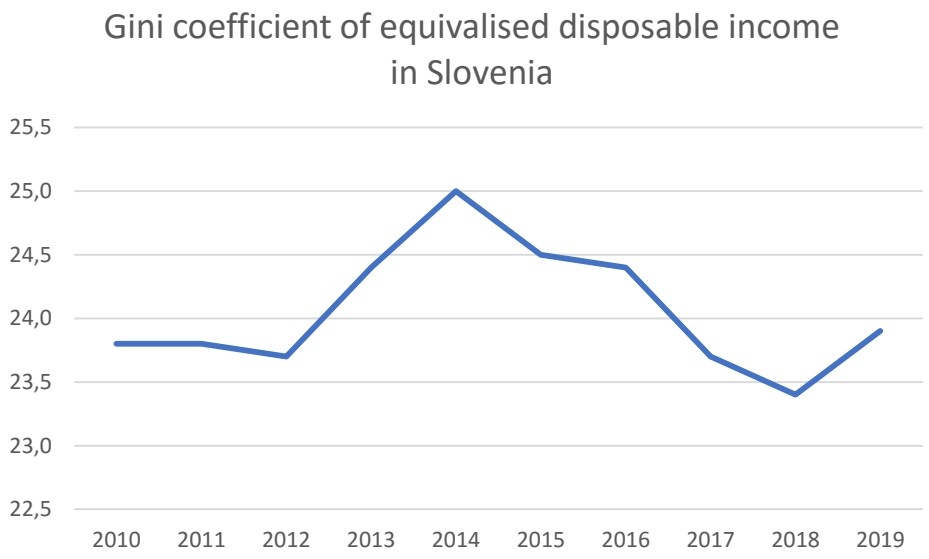


Opis kazalnika: Ginijev količnik ekvivalentnega razpoložljivega dohodka je mera za koncentracijo dohodka v populaciji.

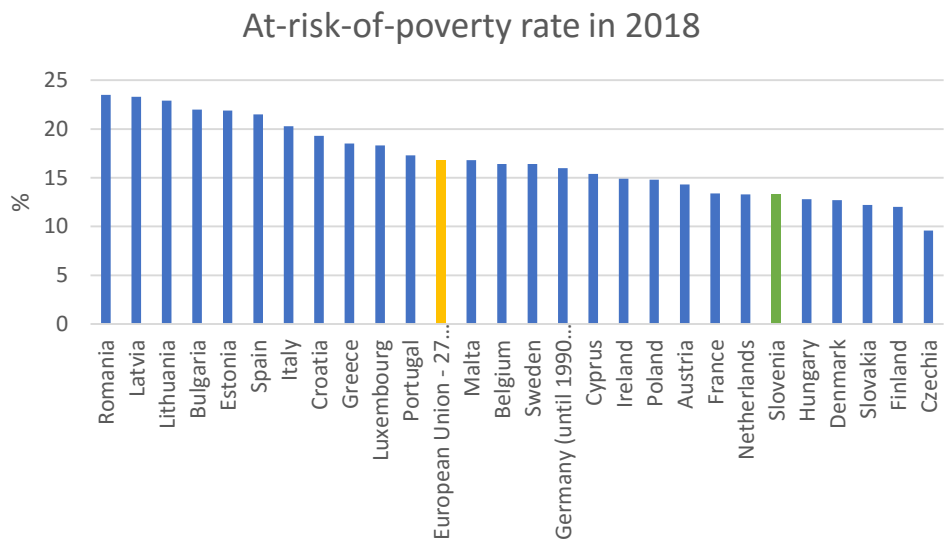
Vrednost količnika je med 0 % in 100 %. Če bi bila njegova vrednost 0 %, bi bil dohodek porazdeljen popolnoma enako (vsi bi imeli popolnoma enak ekvivalentni dohodek), pri vrednosti 100 % pa bi bila porazdelitev dohodka popolnoma neenaka (ves dohodek bi bil v rokah ene osebe).

Vir: 2020, Eurostat

Analiza:



Področje: Determinante duševnega zdravja	Trend
Podpodročje: Ekonomske determinante	Mednarodna primerjava
Kazalnik: Stopnja tveganja revščine	

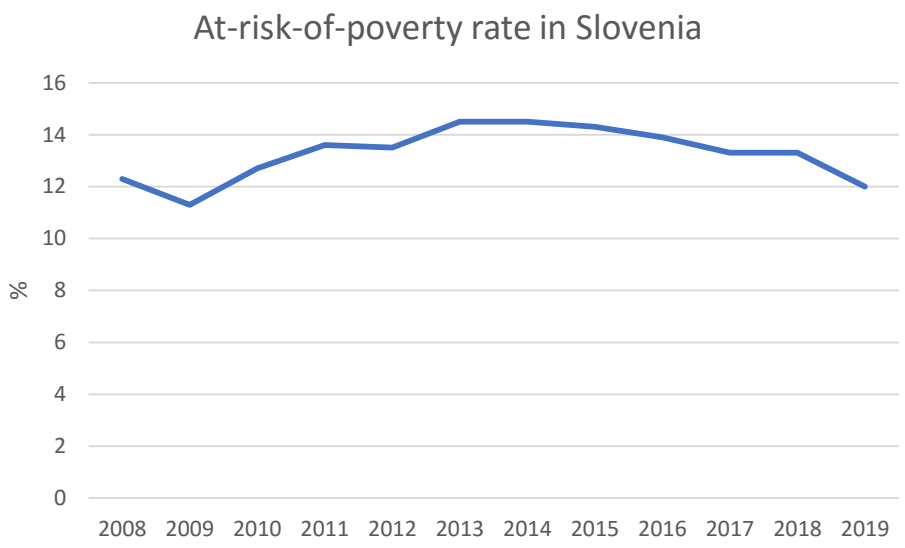


Opis kazalnika: Stopnja tveganja revščine je odstotek oseb, ki živijo v gospodinjstvih, katerih ekvivalentni razpoložljivi dohodek (po socialnih transferjih) je nižji od praga tveganja

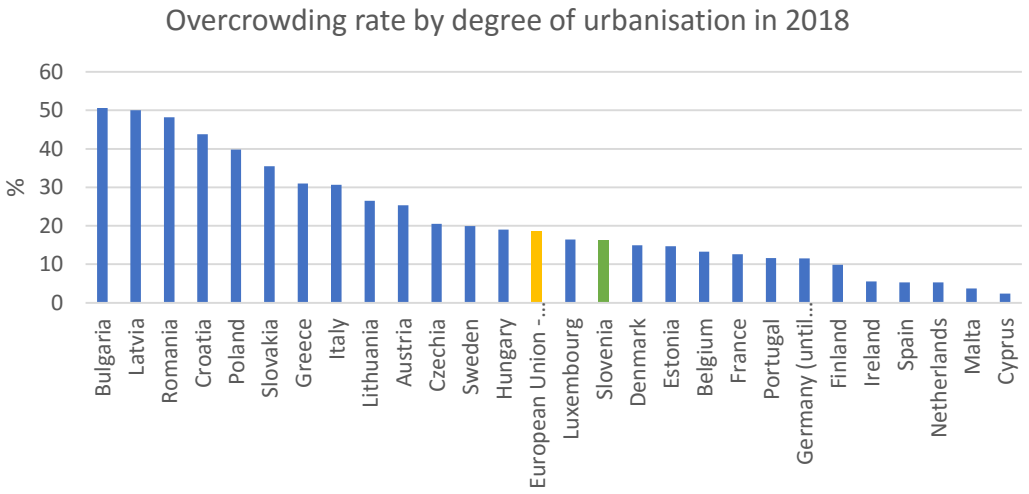
revščine. Prag tveganja revščine je opredeljen s 60 % mediane ekvivalentnega razpoložljivega dohodka v državi.

Vir: 2020, Eurostat

Analiza:



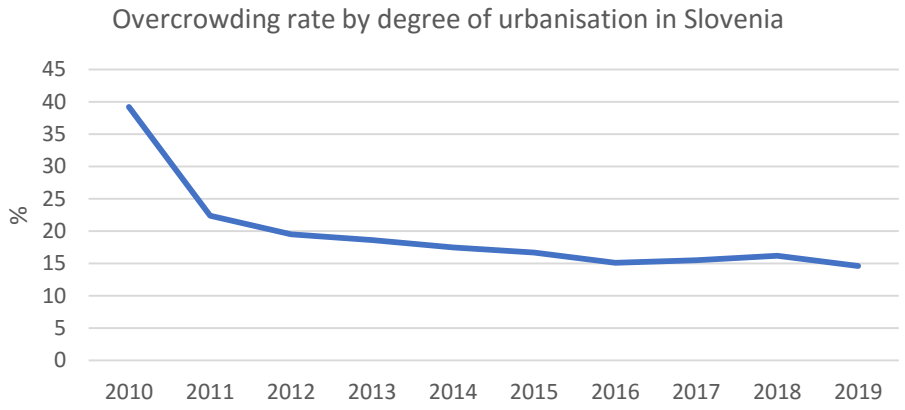
Področje: Determinante duševnega zdravja	Trend
Podpodročje: Življenjske razmere	Mednarodna primerjava
Kazalnik: Stopnja prenaseljenosti stanovanja	



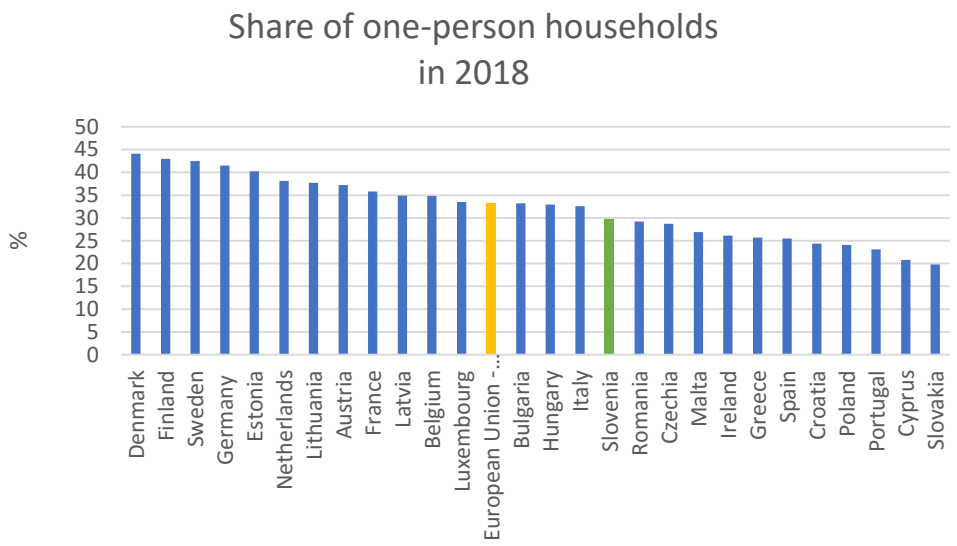
Opis kazalnika: Kazalnik je opredeljen kot odstotek prebivalstva, ki živi v prenaseljenem gospodinjstvu. Oseba živi v prenatrpanem gospodinjstvu, če gospodinjstvo nima na voljo naslednjega minimuma sob: ena soba za gospodinjstvo; ena soba za vsak par v gospodinjstvu; ena soba za vsako samsko osebo staro 18 let ali več; ena soba za vsako dvojico samskih oseb istega spola starih med 12 in 17 let; ena soba za vsakega posameznika med 12. in 17. letom starosti, ki ni vključena v prejšnjo kategorijo; ena soba za vsako dvojico otrok mlajših od 12 let.

Vir: 2020, Eurostat

Analiza:



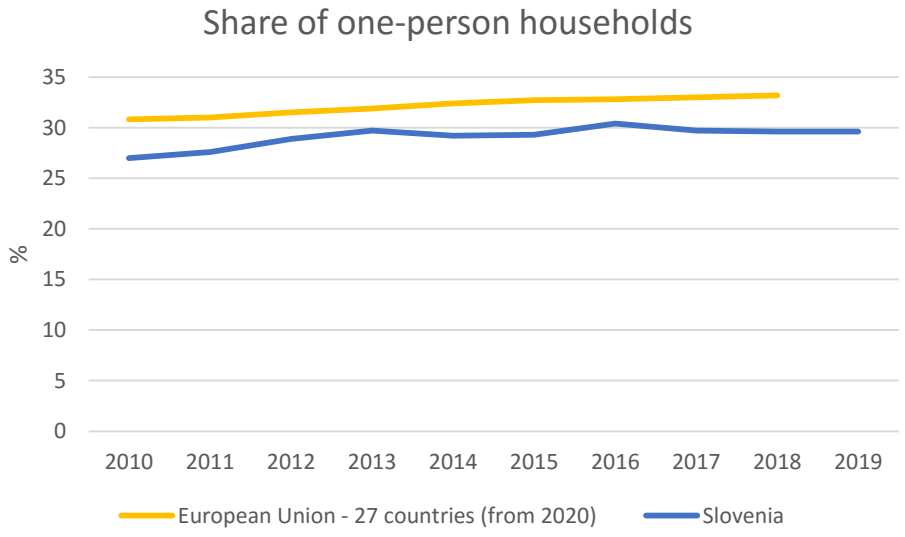
Področje: Determinante duševnega zdravja	Trend
Podpodročje: Življenjske razmere	Mednarodna primerjava
Kazalnik: Delež enočlanskih gospodinjstev	



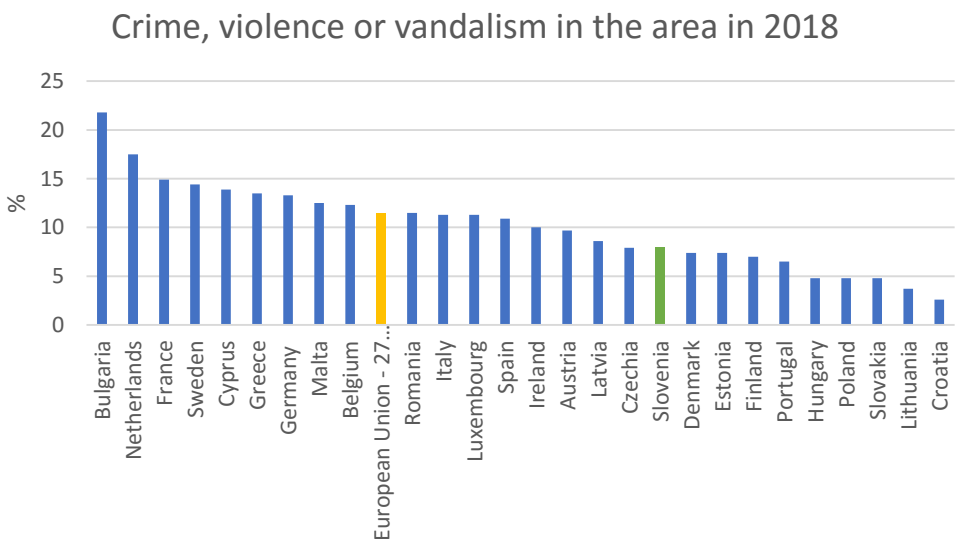
Opis kazalnika: Kazalnik je opredeljen kot delež gospodinjstev z enim članom med vsemi gospodinjstvi. Kazalnik temelji na raziskavi EU-SILC.

Vir: 2020, Statistični urad RS

Analiza:



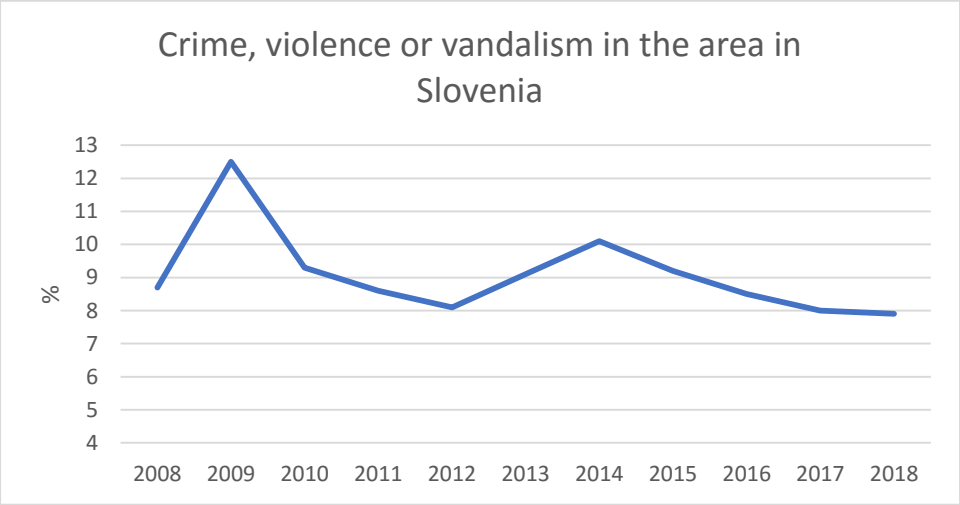
Področje: Determinante duševnega zdravja	Trend
Podpodročje: Življenjske razmere	Mednarodna primerjava
Kazalnik: Kriminal, nasilje in vandalizem v okolišu	



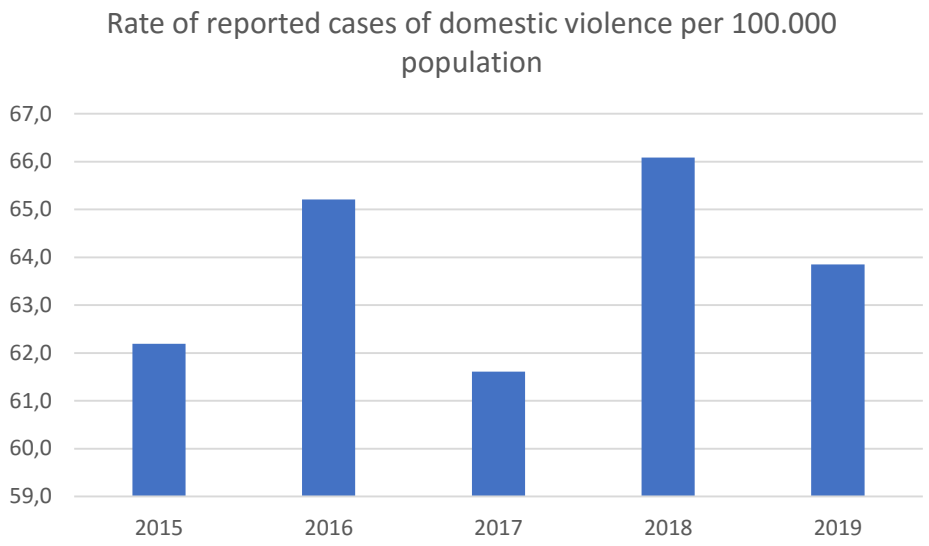
Opis kazalnika: Kazalnik je opredeljen kot odstotek gospodinjstev v katerih so pritrdilno odgovorili na naslednje vprašanje raziskave EU-SILC: Ali imate v okolišu, kjer bivate, težave z kriminalom, nasiljem ali vandalizmom?

Vir: 2020, Eurostat

Analiza:



Področje: Determinante duševnega zdravja	*Trend*
Podpodročje: Diskriminacija in nasilje	*Mednarodna primerjava*
Kazalnik: Prijavljeni primeri nasilja v družini	

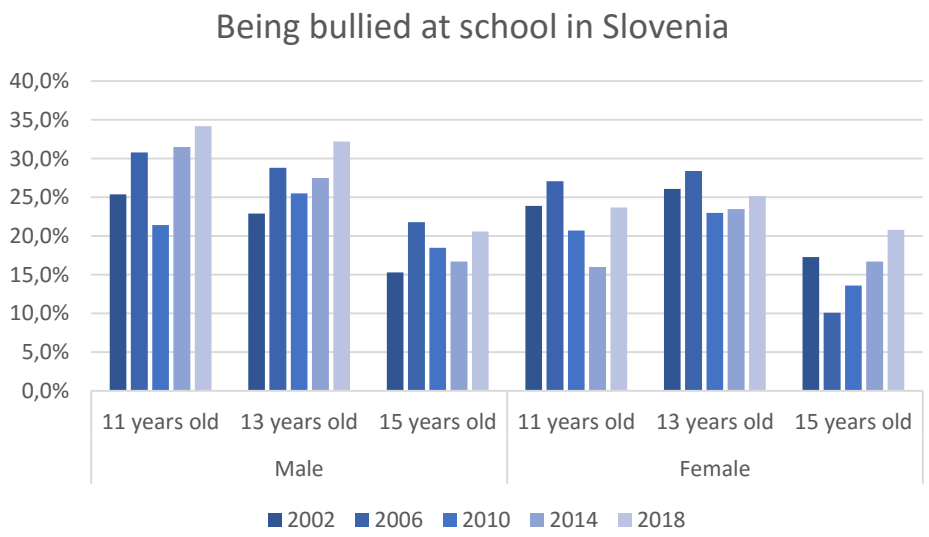


Opis kazalnika: Kazalnik je opredeljen kot stopnja prijavljenih primerov nasilja v družini na 100.000 prebivalcev. Prijavljeni primeri nasilja v družini brez pravne podlage za kazenski postopek niso vključeni v izračun kazalnika.

Vir: 2020, Ministrstvo za notranje zadeve, Policija

Analiza:

Področje: Determinante duševnega zdravja	Trend
Podpodročje: Diskriminacija in nasilje	*Mednarodna primerjava*
Kazalnik: Trpinčenje v šoli	

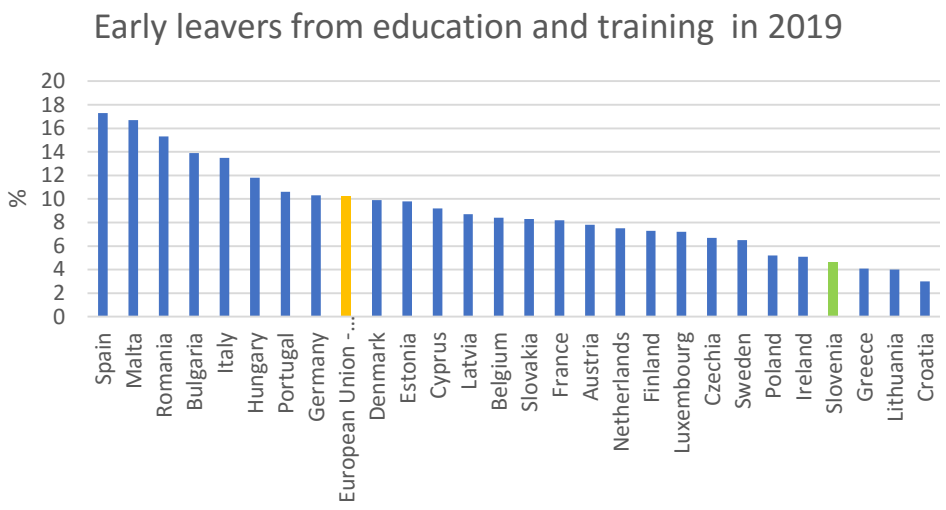


Opis kazalnika: Kazalnik je opredeljen kot delež otrok, ki so poročali, da so bili v zadnjih nekaj mesecih vsaj enkrat trpinčeni v šoli. Kazalnik temelji na anketi Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju.

Vir: 2020, Nacionalni inštitut za javno zdravje; HBSC

Analiza:

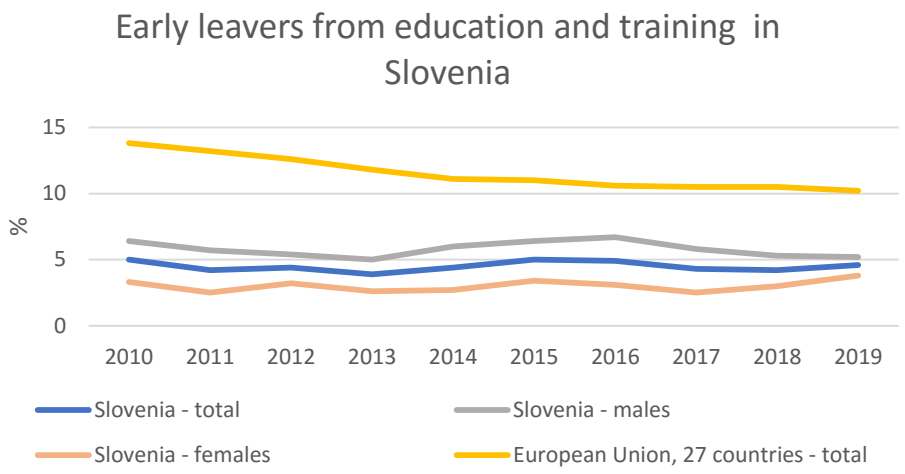
Področje: Determinante duševnega zdravja	Trend
Podpodročje: Družbene in kulturne determinante	Mednarodna primerjava
Kazalnik: Zgodnja opustitev izobraževanja in usposabljanja	



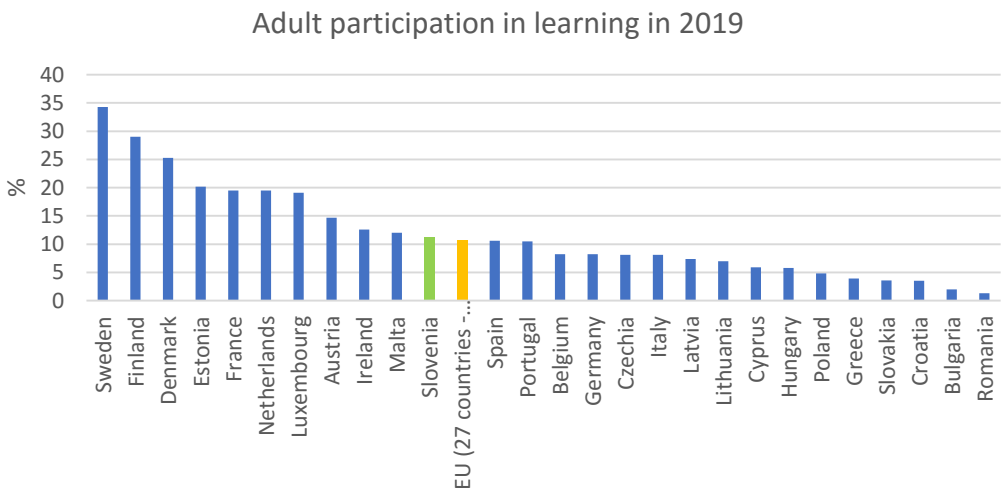
Opis kazalnika: Za osebo, ki zgodaj opusti izobraževanje in usposabljanje, šteje oseba stara 18 do 24 let, ki je končala največ nižje srednješolsko izobraževanje in ni vključena v nadaljnje izobraževanje ali usposabljanje. Kazalnik je izražen kot odstotek takšnih oseb med vsemi prebivalci v starostni skupini 18 do 24 let. Podatki o zgodnji opustitvi izobraževanja in usposabljanja izhajajo iz raziskave *The European Union Labour Force Survey* (Anketa o delovni sili).

Vir: 2020, Eurostat

Analiza:


Early leavers from education and training in Slovenia
15
10
5
0
%
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
Slovenia - total
Slovenia - males
Slovenia - females
European Union, 27 countries - total

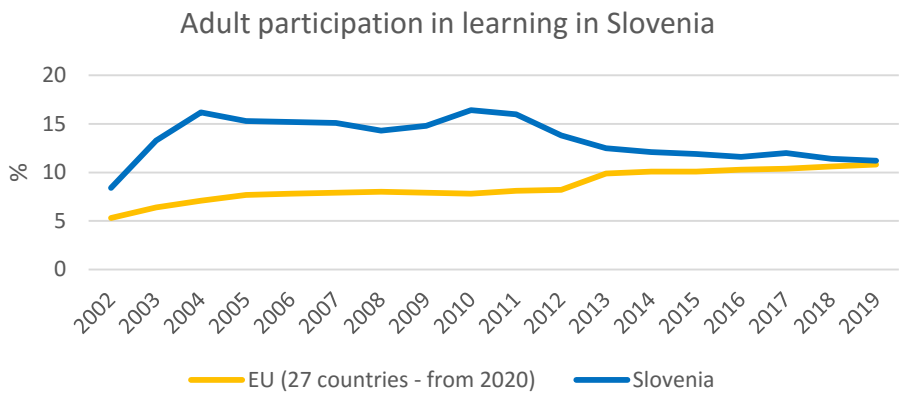
Področje: Determinante duševnega zdravja	Trend
Podpodročje: Družbene in kulturne determinante	Mednarodna primerjava
Kazalnik: Udeležba odraslih v učenju	



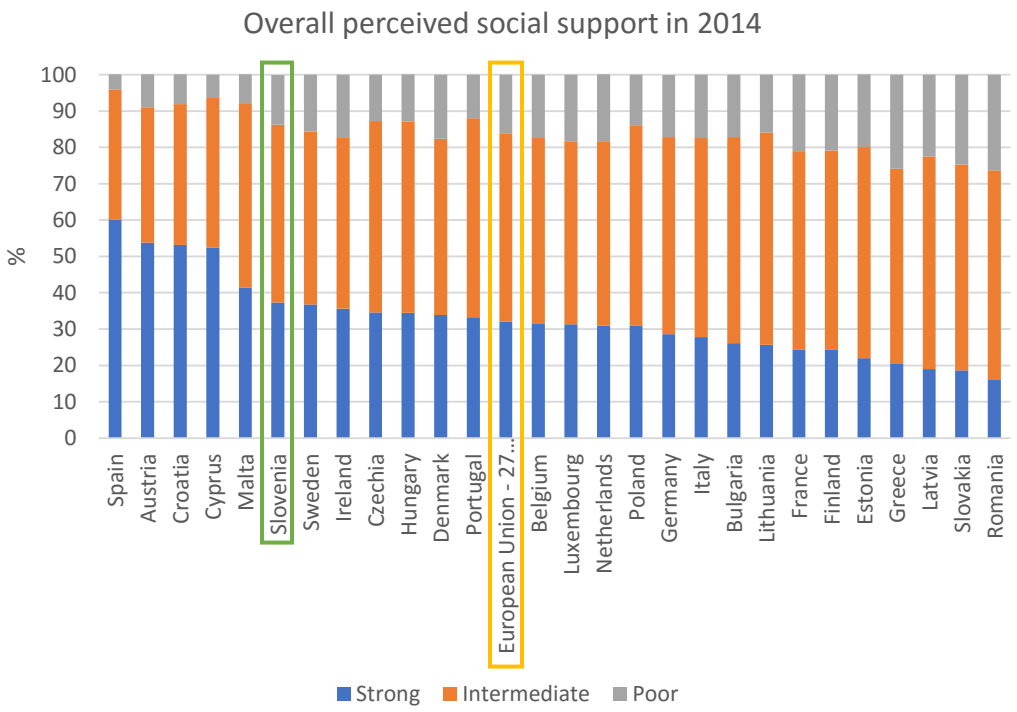
Opis kazalnika: Kazalnik meri delež ljudi, starih od 25 do 64 let, ki navajajo, da so se v zadnjih štirih tednih pred raziskavo formalno ali neformalno izobraževali (števec). Imenovalec predstavlja celotno populacijo iste starostne skupine, ki je odgovarjala na anketo, razen tistih, ki niso odgovorili na vprašanje o sodelovanje v izobraževanju in usposabljanju. Učenje odraslih zajema splošne in poklicne ter formalne in neformalne učne dejavnosti. Učenje odraslih se običajno nanaša na učne dejavnosti po koncu začetnega izobraževanja. Podatki izhajajo iz raziskave *The European Union Labour Force Survey* (Anketa o delovni sili).

Vir: 2020, Eurostat

Analiza:


Adult participation in learning in Slovenia
20
15
10
5
0
%
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
EU (27 countries - from 2020)
Slovenia

Področje: Determinante duševnega zdravja	*Trend*
Podpodročje: Družbene in kulturne determinante	Mednarodna primerjava
Kazalnik: Zaznana splošna družbena podpora	



Opis kazalnika: Kazalnik o zaznani splošni družbeni podpori sestavljajo trije specifični kazalci: (1) število ljudi, na katere se posameznik lahko zanese v težkih življenjskih situacijah, (2) stopnja izraženega zanimanja in skrbi, ki je je posameznik deležen s strani drugih ljudi in (3) stopnja enostavnosti pridobivanja praktične pomoči s strani sosedov.

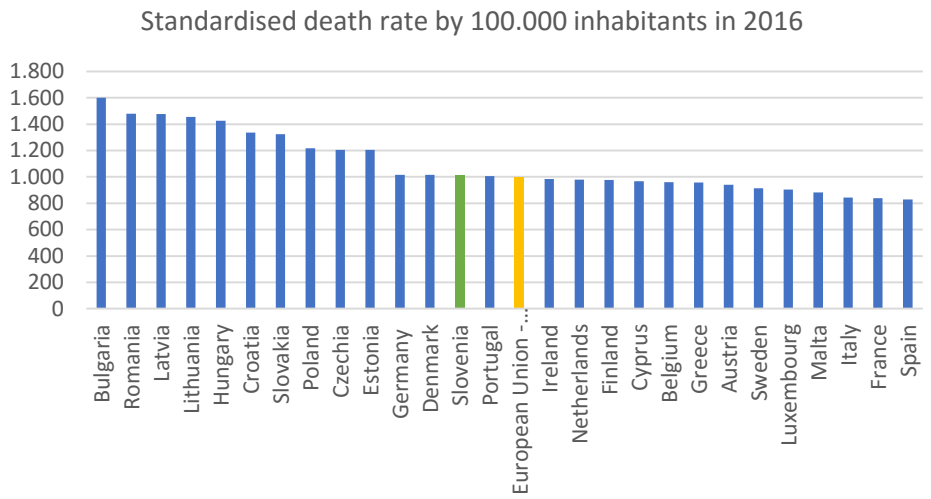
Zaznano splošno družbeno podporo merimo s tri-dimenzionalnim merskim instrumentom družbene opore *Oslo-3 Scale Social Support Scale (OSS-3)*. Predstavljeni podatki izhajajo iz evropske raziskave Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu (EHIS).

Vir: 2020, Eurostat

Analiza:

Področje: Determinante duševnega zdravja	Trend
Podpodročje: Življenjski slog in zdravje	Mednarodna primerjava

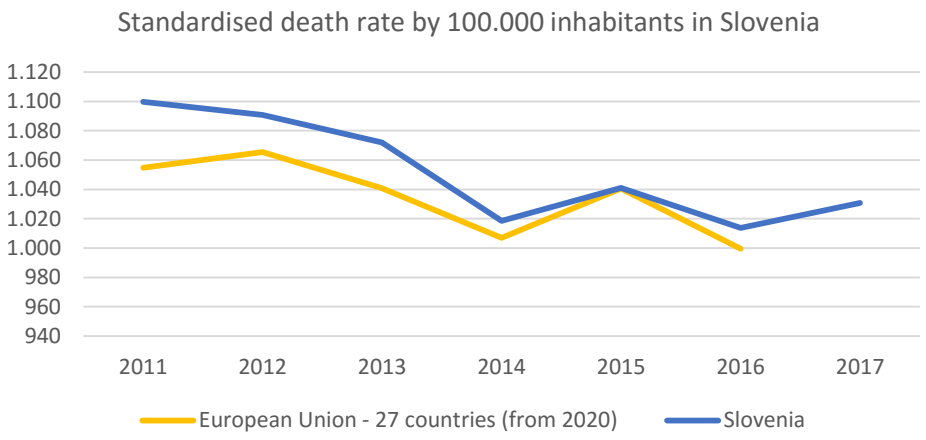
Kazalnik: Standardizirana stopnja umrljivosti na 100.000 prebivalcev



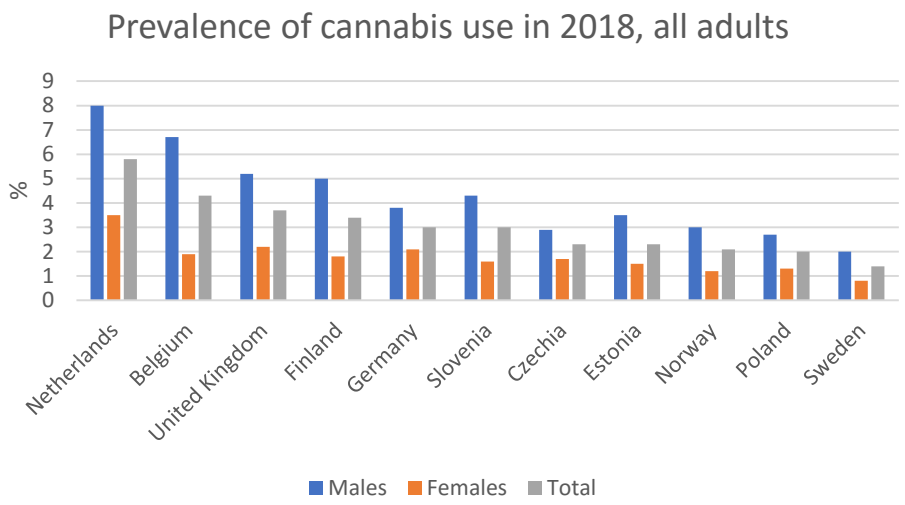
Opis kazalnika: Stopnja umrljivosti prebivalstva, ki je prilagojena referenčni oziroma standardni starostni porazdelitvi. Ker se večina vzrokov smrti močno razlikuje glede na starost in spol ljudi, uporabimo standardizirane stopnje smrtnosti, ki merijo stopnjo umrljivosti neodvisno od različnih starostnih struktur prebivalstva in omogočajo primerljivost skozi čas ter primerljivost med državami. Tu uporabljene standardizirane stopnje smrtnosti so izračunane na podlagi standardne evropske populacije, ki jo je opredelila Svetovna zdravstvena organizacija.

Vir: 2020, Eurostat

Analiza:


Standardised death rate by 100.000 inhabitants in Slovenia
1.120
1.100
1.080
1.060
1.040
1.020
1.000
980
960
940
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
European Union - 27 countries (from 2020)
Slovenia

Področje: Determinante duševnega zdravja	*Trend*
Podpodročje: Življenjski slog in zdravje	Primerjava z državami EU
Kazalnik: Uživanje konoplje	

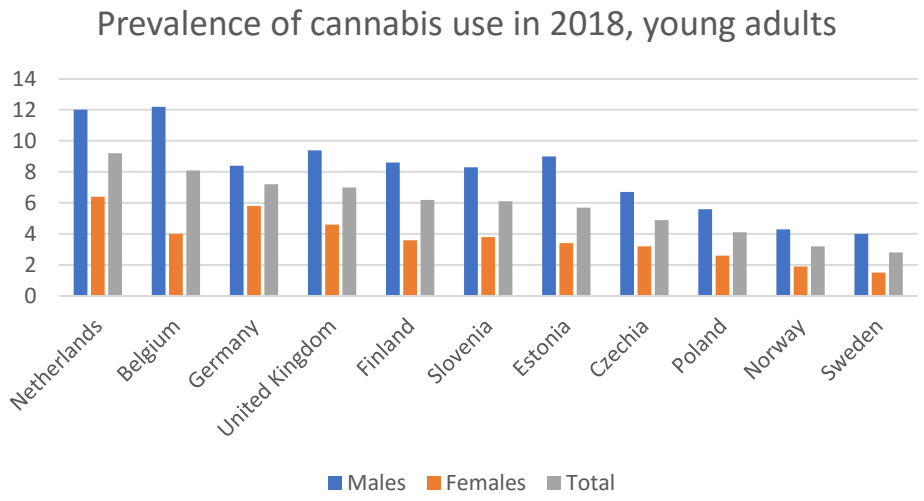


Opis kazalnika: Kazalnik je opredeljen kot odstotek odraslega prebivalstva, ki je v zadnjem mesecu uživalo/ uporabljalo konopljo. Gre za prevalenco v zadnjih 30 dneh oziroma t.i. trenutno uživanje/ uporaba konoplje. Podatki so pridobljeni iz raziskav med splošnim prebivalstvom.

Odrasli prebivalci so opredeljeni kot osebe stare od 15 do 64 let in jih včasih imenujemo "vsi odrasli". Mladi odrasli so opredeljeni kot podskupina odrasle populacije, v katero uvrščamo osebe stare od 15 do 34 let.

Vir: 2020, EMCDDA

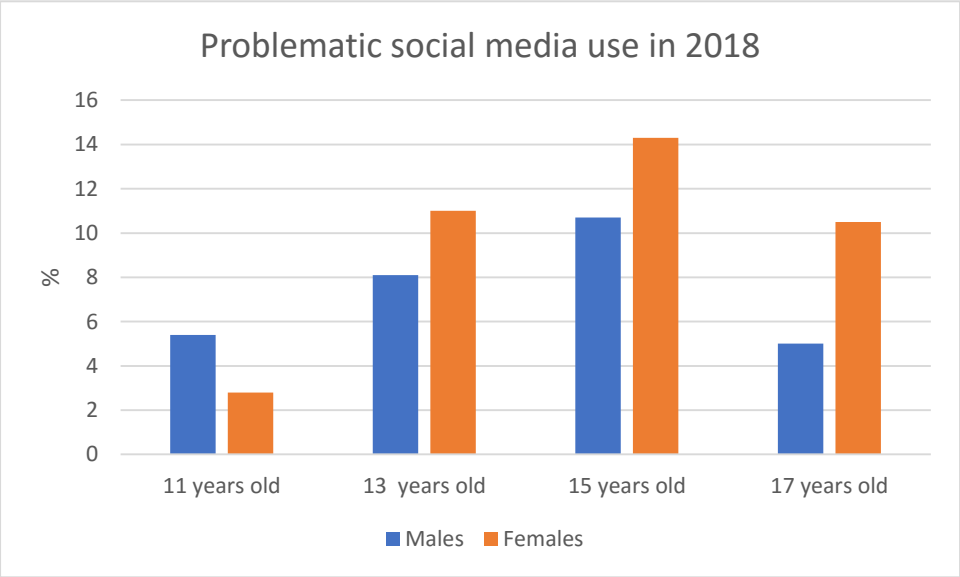
Analiza:


Prevalence of cannabis use in 2018, young adults
14
12
10
8
6
4
2
0
Netherlands
Belgium
Germany
United Kingdom
Finland
Slovenia
Estonia
Czechia
Poland
Norway
Sweden
Males
Females
Total

Področje: Determinante duševnega zdravja *Trend*

Podpodročje: Življenjski slog in zdravje *Mednarodna primerjava*

Kazalnik: Problematična uporaba digitalnih tehnologij – družabnih medijev



Opis: Kazalnik je opredeljen kot odstotek anketirancev, ki so pozitivno odgovorili na vsaj 5 od 9 postavk lestvice *Social Media Disorder (SMD)*. Kazalnik temelji na podatkih raziskave Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (angl. *Health Behaviour in School-Aged Children*, HBSC).

Vir: 2020, Nacionalni inštitut za javno zdravje

Analiza:

Opis kazalnikov javnega duševnega zdravja

I. *Determinante duševnega zdravja*
   A. Enake možnosti
   B. Ekonomske determinante
   C. Življenjske razmere
   D. Diskriminacija in nasilje
   E. Družbene in kulturne determinante
   F. Življenjski slog in zdravje

II. Sistemi in storitve na področju duševnega zdravja
   A. Upravljanje
   B. Financiranje
   C. Razpoložljiva delovna sila
   D. Razpoložljivost in zagotavljanje storitev
   E. Dostop do storitev in pokritost
   F. Kakovost storitev

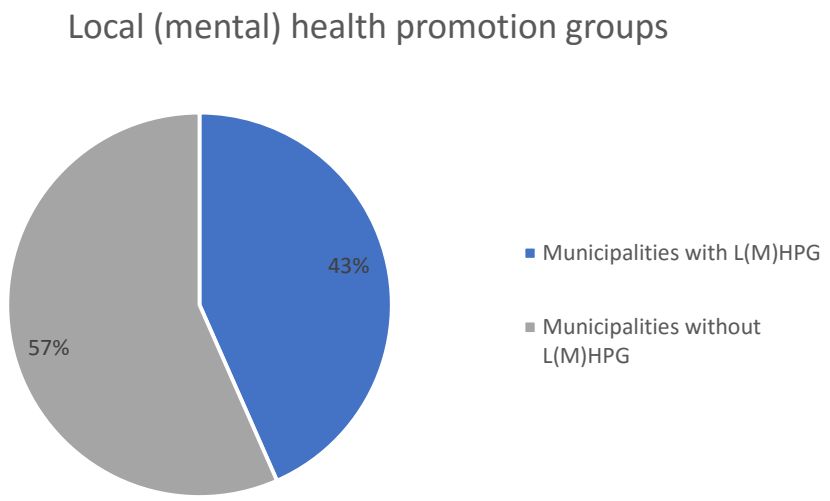
III. Posledice duševnega zdravja in preprečevanje tveganj
   A. Zdravstveni, socialni in ekonomski izidi
   B. Preprečevanje socialnega in finančnega tveganja

Legenda za primerjave v času (trend) in mednarodne primerjave:		
Poslabšanje/ slabše	Stagniranje/ primerljivo	Izboljšanje/ boljše

Področje: Sistemi in storitve na področju duševnega zdravja *Trend*

Podpodročje: Upravljanje *Mednarodna primerjava*

Kazalnik: Lokalne skupine za promocijo (duševnega) zdravja



Opis: Delež slovenskih občin z vzpostavljeno skupino za promocijo (duševnega) zdravja.

Za krepitev zdravja posameznika in skupnosti kot celote je potrebno sodelovanje celotne lokalne skupnosti. Zato je smiselno spodbujati kompetence in spretnosti vseh zainteresiranih strani, ki lahko kakorkoli prispevajo k ustvarjanju podpornega okolja za doseganje zastavljenih zdravstvenih ciljev. Novi pristopi k oskrbi zmanjšujejo ovire med sektorji in spodbujajo medpoklicno in medsektorsko koordinacijo dejavnosti na področju zmanjševanja neenakosti in promocije zdravja.

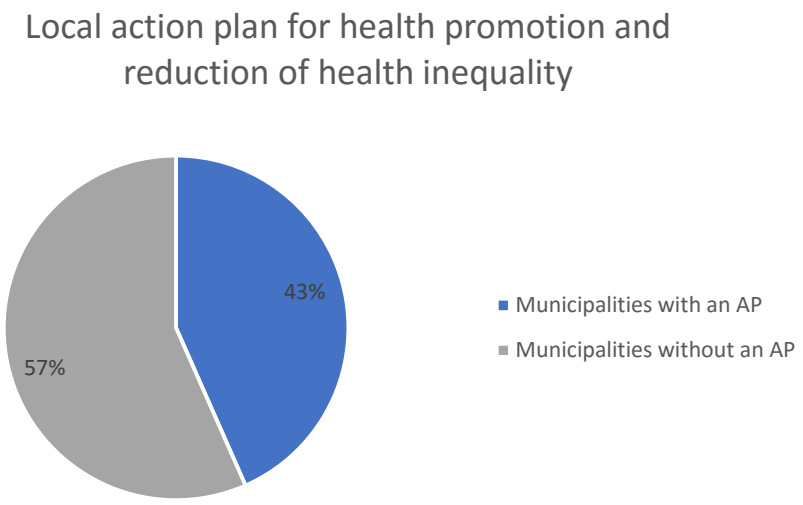
Vir: 2020, Nacionalni inštitut za javno zdravje

Analiza: Lokalne skupine za promocijo (duševnega) zdravja so relativno nova pridobitev Slovenije na področju javnega zdravja.

Področje: Sistemi in storitve na področju duševnega zdravja *Trend*

Podpodročje: Upravljanje *Mednarodna primerjava*

Kazalnik: Lokalni akcijski načrt za promocijo zdravja in zmanjšanje neenakosti v zdravju



Opis: Delež slovenskih občin z akcijskim načrtom za promocijo zdravja in zmanjšanje neenakosti v zdravju.

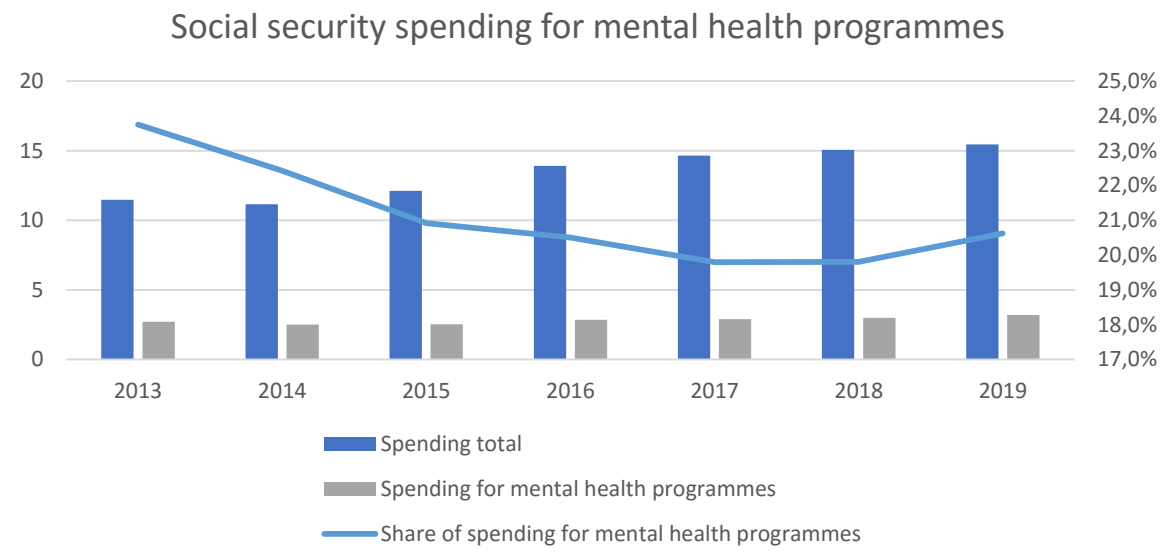
Najpomembnejša naloga lokalne skupine za promocijo zdravja in zmanjšanje neenakosti v zdravju je razviti strategijo in akcijski načrt za podporo krepitvi zdravja posameznikov in skupin. Za dosego cilja celostne zdravstvene izobraževalne politike za lokalno skupnost so potrebne ustrezne in kakovostne informacije.

Vir: 2020, Nacionalni inštitut za javno zdravje

Analiza: Lokalne skupine za promocijo (duševnega) zdravja so relativno nova pridobitev Slovenije na področju javnega zdravja.

Področje: Sistemi in storitve na področju duševnega zdravja	Trend
Podpodročje: Financiranje	*Mednarodna primerjava*

Kazalnik: Izdatki za programe duševnega zdravja v okviru izdatkov za programe socialne varnosti

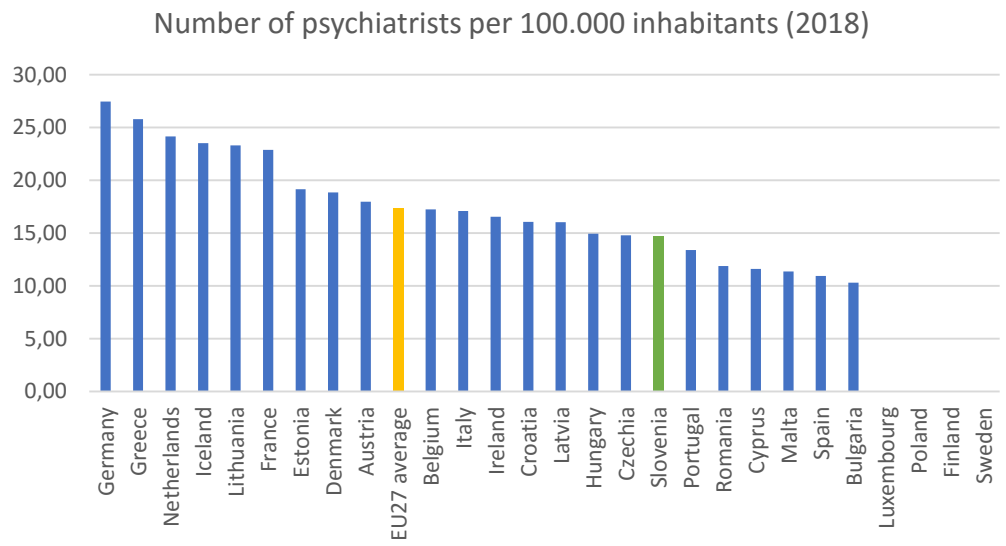


Opis kazalnika: Programi socialne varnosti se financirajo iz različnih virov. Večino sredstev financira Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (MDDSZEM). Predstavljeni podatki kažejo skupno porabo za programe socialne varnosti MDDSZEM in izdatke MDDSZEM za programe duševnega zdravja. V tem primeru, programi za duševno zdravje vključujejo bivalne skupnosti v lokalni skupnosti, dnevne centre, svetovalne centre, službe za pomoč v duševni stiski in zagovorniške dejavnosti.

Vir: 2020, Inštitut republike Slovenije za socialno varstvo (IRSSV)

Analiza: Poraba za programe duševnega zdravja v majhnih korakih konstantno narašča. Delež porabe pa je do nedavnega sicer padal, vendar je v zadnjih letih zaznati trend naraščanja.

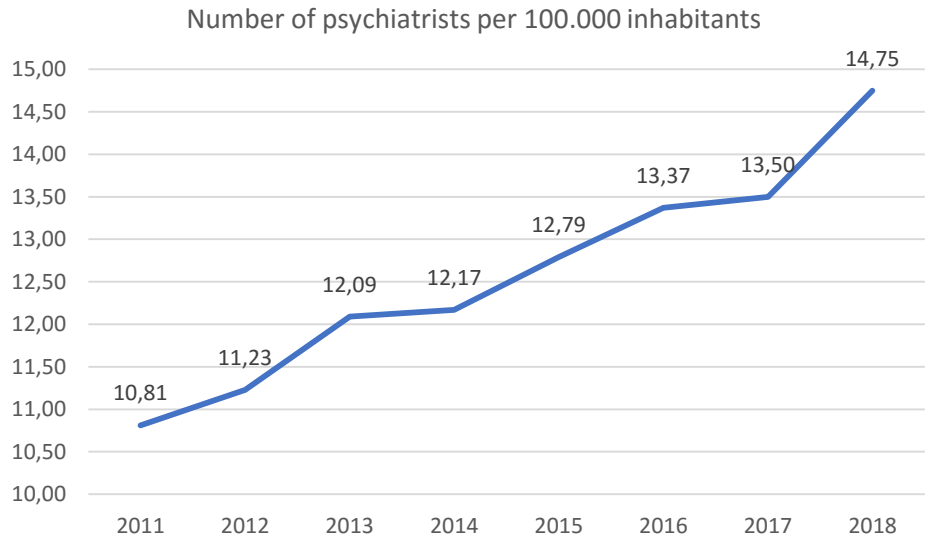
Področje: Sistemi in storitve na področju duševnega zdravja	Trend
Podpodročje: Razpoložljiva delovna sila	Mednarodna primerjava
Kazalnik: Skupno število psihiatrov na 100.000 prebivalcev	



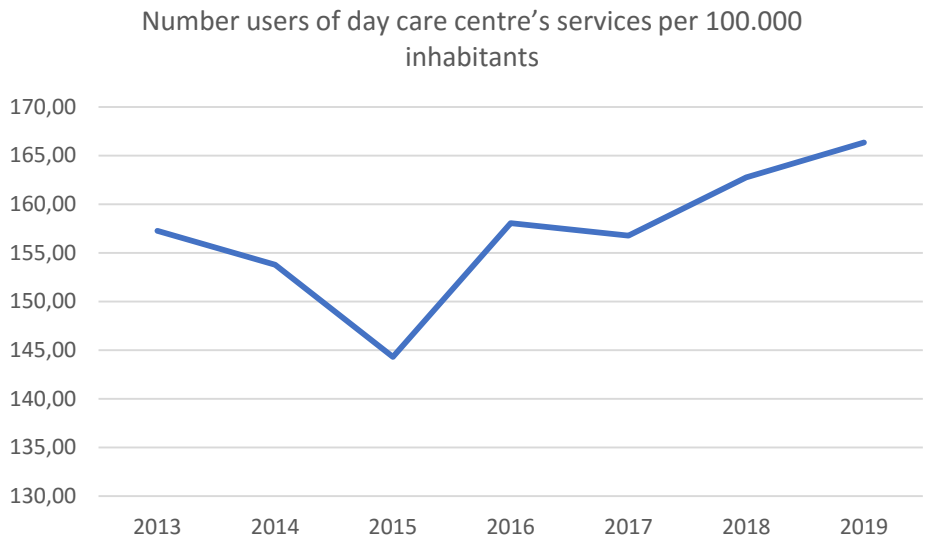
Opis kazalnika: Število psihiatrov na 100.000 prebivalcev.

Vir: 2020, Eurostat

Analiza: Število psihiatrov na 100.000 prebivalcev v Sloveniji skozi leta nenehno narašča. Mednarodna primerjava kaže, da smo še vedno pod povprečjem EU.



Področje: Sistemi in storitve na področju duševnega zdravja	Trend
Podpodročje: Razpoložljivost in zagotavljanje storitev	*Mednarodna primerjava*
Kazalnik: Število uporabnikov storitev dnevnih centrov na 100.000 prebivalcev	

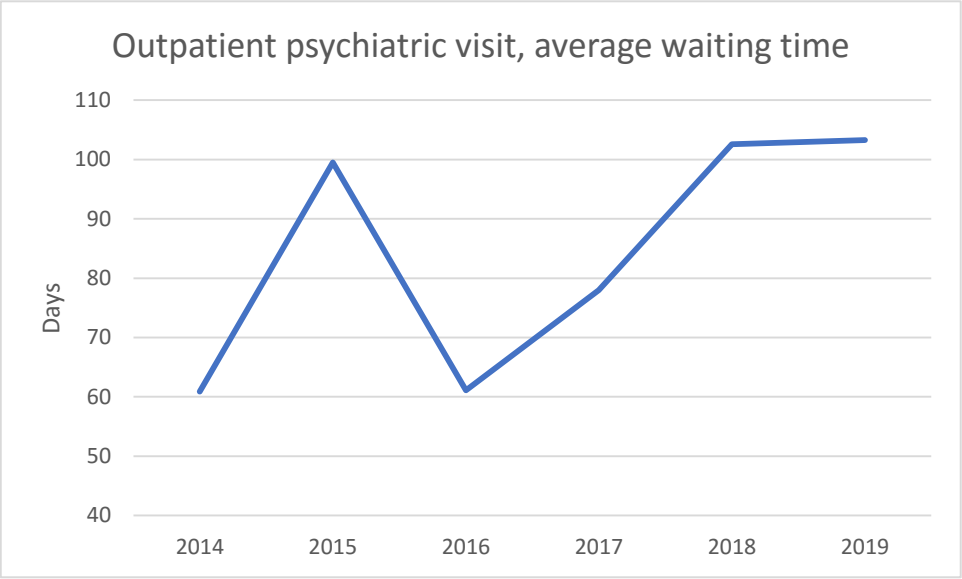


Opis kazalnika: Kazalnik kaže število uporabnikov storitev dnevnih centrov na 100.000 prebivalcev. Zajete so osebe stare 20 let ali več.

Vir: 2020, Inštitut republike Slovenije za socialno varstvo (IRSSV)

Analiza:

Področje: Sistemi in storitve na področju duševnega zdravja	Trend
Podpodročje: Dostop do storitev in pokritost	*Mednarodna primerjava*
Kazalnik: Čakalne dobe za storitve na področju duševnega zdravja	

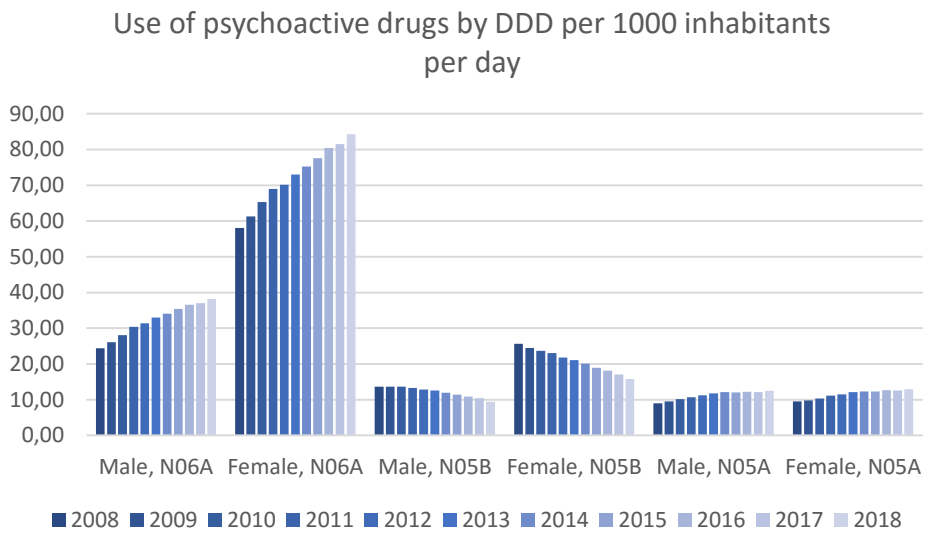


Opis kazalnika: Povprečna čakalna doba za obisk v ambulanti za psihiatrijo, v dnevih.

Vir: 2020, Nacionalni inštitut za javno zdravje

Analiza:

Področje: Sistemi in storitve na področju duševnega zdravja	Trend
Podpodročje: Dostop do storitev in pokritost	*Mednarodna primerjava*
Kazalnik: Poraba psihoaktivnih zdravil	



Opis kazalnika: N06A = antidepresivi, N05B = anksiolitiki, N05A = antipsihotiki

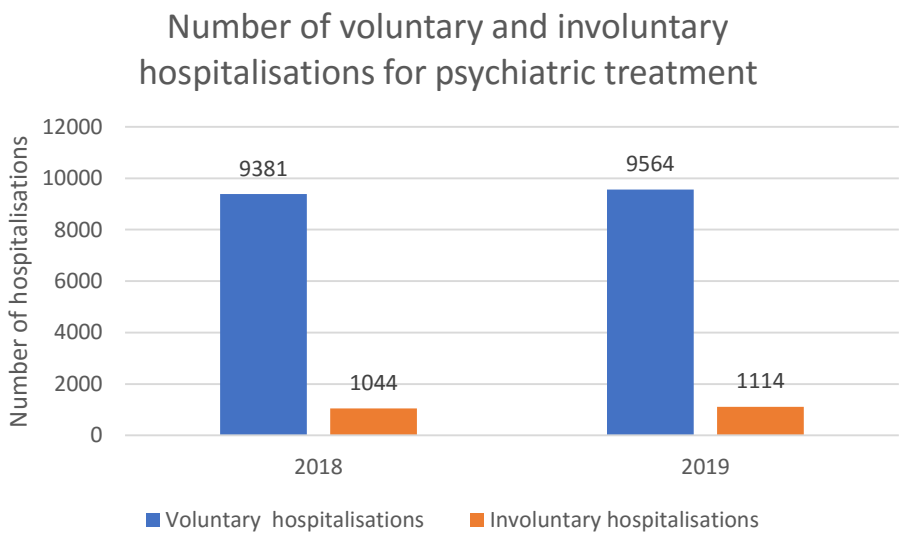
Vir: 2020, Nacionalni inštitut za javno zdravje

Analiza:

Področje: Sistemi in storitve na področju duševnega zdravja *Trend*

Podpodročje: Kakovost storitev *Mednarodna primerjava*

Kazalnik: Neprostovoljne hospitalizacije za psihiatrično zdravljenje



Opis kazalnika: Število hospitaliziranih bolnikov v letu 2018 in v letu 2019, razčlenjeno po prostovoljnih in neprostovoljnih hospitalizacijah.

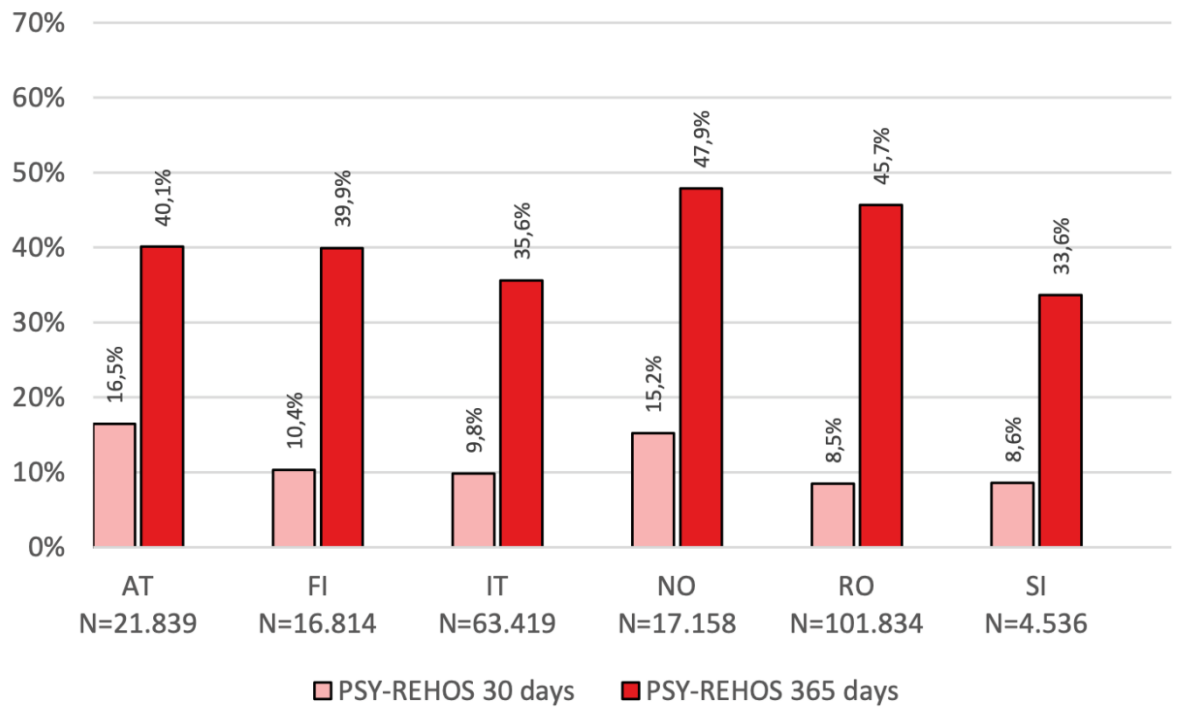
Vir: 2020, Nacionalni inštitut za javno zdravje; Vrhovno sodišče republike Slovenije

Analiza:

Področje: Sistemi in storitve na področju duševnega zdravja *Trend*

Podpodročje: Kakovost storitev *International comparison*

Kazalnik: Delež ponovno hospitaliziranih v psihiatrično ustanovo



Opis kazalnika: Delež pacientov, ki so bili ponovno hospitalizirani v psihiatrični ustanovi v 30 in v 365 dneh po odpustu od začetne hospitalizacije.

Vir: CEPHOS-LINK

Analiza:

Opis kazalnikov javnega duševnega zdravja

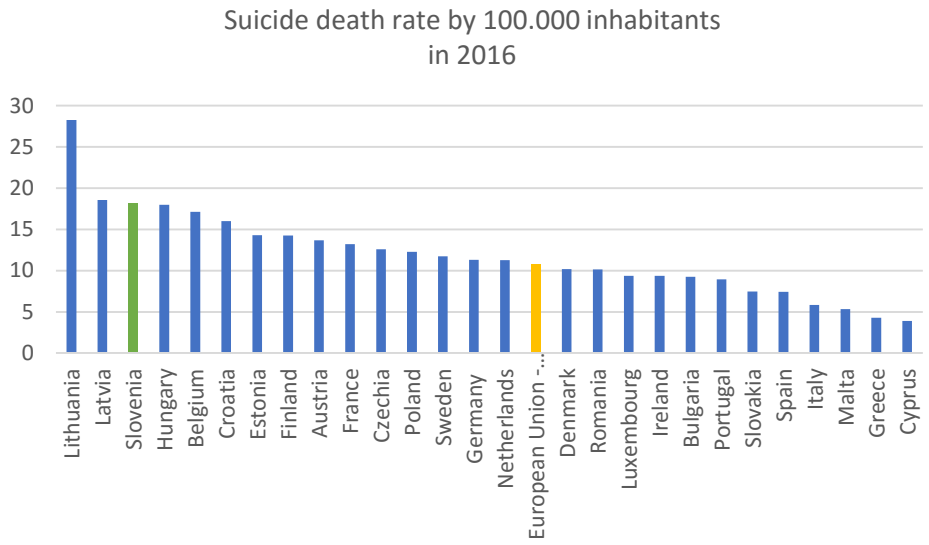
I. *Determinante duševnega zdravja*
   A. Enake možnosti
   B. Ekonomske determinante
   C. Življenjske razmere
   D. Diskriminacija in nasilje
   E. Družbene in kulturne determinante
   F. Življenjski slog in zdravje

II. Sistemi in storitve na področju duševnega zdravja
   A. Upravljanje
   B. Financiranje
   C. Razpoložljiva delovna sila
   D. Razpoložljivost in zagotavljanje storitev
   E. Dostop do storitev in pokritost
   F. Kakovost storitev

III. Posledice duševnega zdravja in preprečevanje tveganj
   A. Zdravstveni, socialni in ekonomski izidi
   B. Preprečevanje socialnega in finančnega tveganja

Legenda za primerjave v času (trend) in mednarodne primerjave:		
Poslabšanje/ slabše	Stagniranje/ primerljivo	Izboljšanje/ boljše

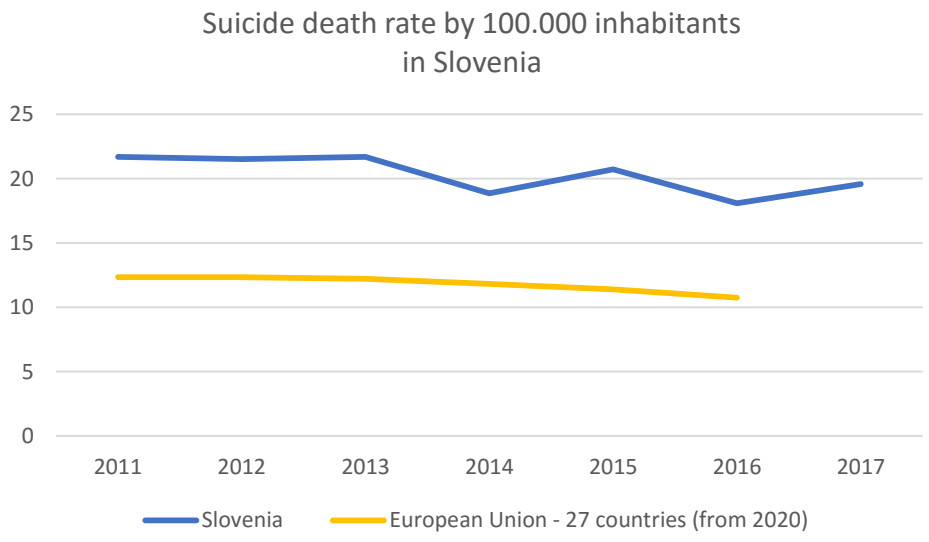
Področje: Posledice duševnega zdravja in preprečevanje tveganj	Trend
Podpodročje: Zdravstveni, socialni in ekonomski izidi	Mednarodna primerjava
Kazalnik: Stopnja umrljivosti zaradi samomora	



Opis kazalnika: Predstavljene so standardizirane stopnje umrljivosti zaradi samomora, kjer se pri izračunu upošteva enotno standardno starostno strukturo populacije za Evropo, ki jo je opredelila Svetovna zdravstvena organizacija.

Vir: 2020, Eurostat

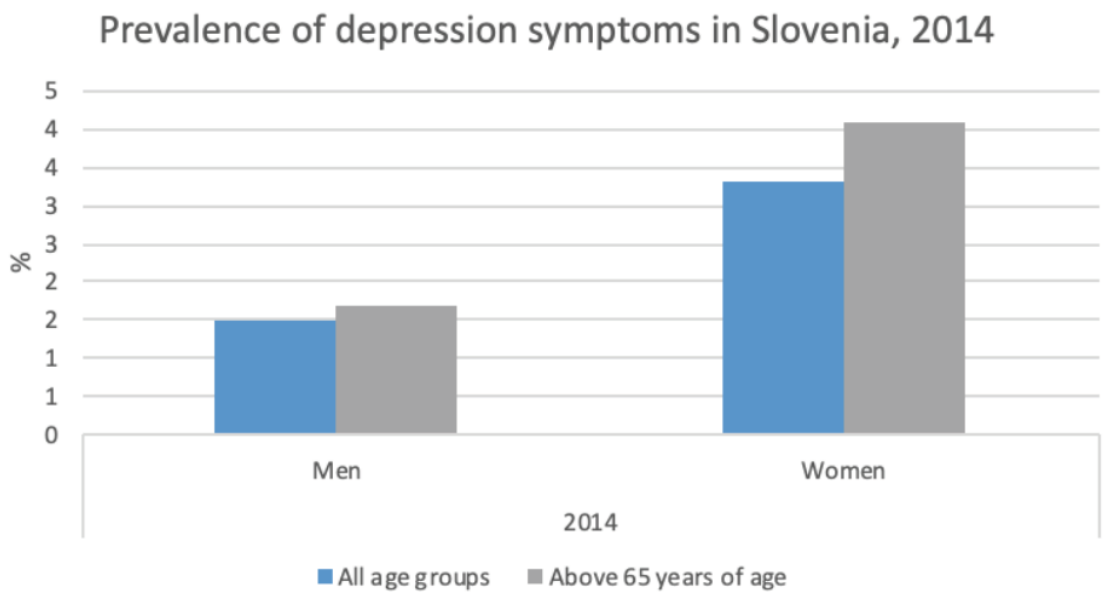
Analiza:


Suicide death rate by 100.000 inhabitants in Slovenia
25
20
15
10
5
0
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
Slovenia
European Union - 27 countries (from 2020)

Področje: Posledice duševnega zdravja in preprečevanje tveganj *Trend*

Podpodročje: Zdravstveni, socialni in ekonomski izidi *Mednarodna primerjava*

Kazalnik: Delež oseb s simptomi, ki so značilni za večjo depresivno motnjo



Opis kazalnika: Kazalnik predstavlja delež oseb, ki so pri sebi v zadnjih 14 dneh zaznale tako kombinacijo in pogostost simptomov, ki je značilna za večjo depresivno motnjo. Kazalnik meri prevalenco v časovni točki (prevalenca v času izvedbe raziskave).

Ocena deleža temelji na raziskavi Evropska anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu (EHIS), ki je bila izvedena v letu 2014 med splošnim prebivalstvom starim 15 ali več let.

Gre za samo-oceno simptomov depresije, kjer anketiranec s seznama izbere simptome, ki jih je doživljal v zadnjih 14 dneh pred anketiranjem, in pove kako pogosti so bili simptomi. Anketiranca se - po metodologiji raziskave EHIS - uvrsti v skupino oseb »brez simptomov depresije«, »z drugimi simptomi depresije« ali »s simptomi velike depresije«. Več o kategorizaciji oseb glede na njihove simptome in pogostost le-teh je na voljo v metodoloških priročnikih:

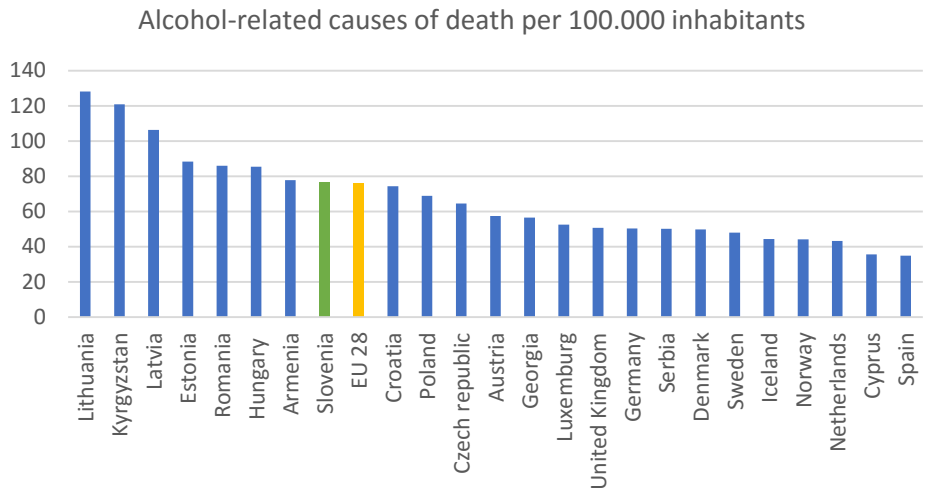
- https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth_det_esms.htm
- https://podatki.nijz.si/docs/EHIS.pdf

Vprašalnik: https://podatki.nijz.si/docs/Vpra%C5%A1alnik.pdf

Vir: 2020, Nacionalni inštitut za javno zdravje, EHIS; https://podatki.nijz.si

Analiza:

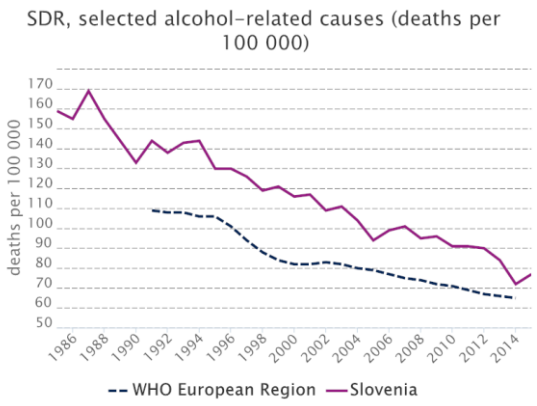
Področje: Posledice duševnega zdravja in preprečevanje tveganj	Trend
Podpodročje: Zdravstveni, socialni in ekonomski izidi	Mednarodna primerjava
Kazalnik: Umrljivost zaradi alkoholu pripisljivih vzrokov	



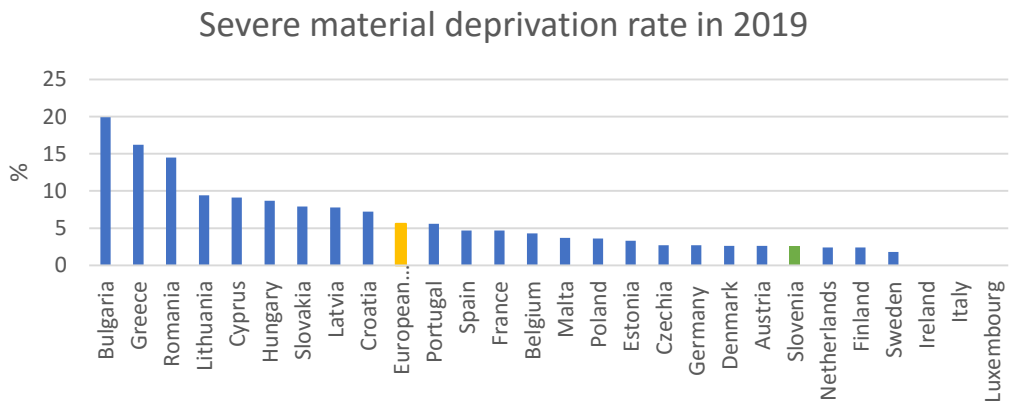
Opis kazalnika: Število smrti zaradi alkoholu pripisljivih vzrokov na 100.000 prebivalcev. Kazalnik predstavlja starostno standardizirano stopnjo umrljivosti, to je, predstavlja kakšna bi bila surova stopnja, če bi imela populacija starostno porazdelitev kot jo ima standardna evropska populacija. Upoštevana je umrljivost zaradi vzrokov za katere je iz literature znano, da so povezani z uživanjem alkohola. Poudariti je treba, da gre za okviren kazalnik in NE za oceno umrljivosti zaradi alkohola, ki je bolj zapletena in jo je težje izračunati. V kazalnik so všteti naslednji vzroki: rak na požiralniku in grlu, sindrom odvisnosti od alkohola, kronična bolezen jeter in ciroza ter vsi »zunanji« vzroki.

Vir: 2020, WHO, European Health Information Gateway

Analiza:



Področje: Posledice duševnega zdravja in preprečevanje tveganj	Trend
Podpodročje: Preprečevanje socialnega in finančnega tveganja	Mednarodna primerjava
Kazalnik: Stopnja resne materialne prikrajšanosti	

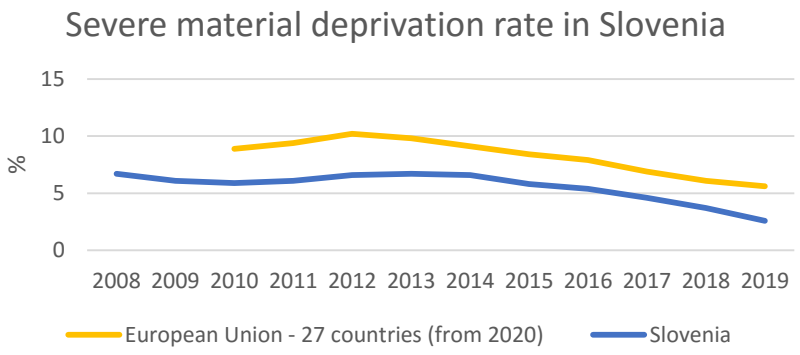


Opis kazalnika: Stopnja resne materialne prikrajšanosti je odstotek oseb, katerih življenjski pogoji so močno omejeni zaradi omejenih finančnih virov gospodinjstva, in ne zaradi lastne izbire oz. navad. Gre za osebe, ki so materialno prikrajšane za vsaj 4 od 9 elementov materialne prikrajšanosti; ne morejo si privoščiti: 1) rednega plačila hipoteke ali najemnine, rednih stanovanjskih stroškov, odplačevanja kreditov, 2) primerno ogrevanega stanovanja,

3) poravnave nepričakovanih izdatkov, 4) mesnega ali enakovrednega vegetarijanskega obroka vsaj vsak drugi dan, 5) enotedenskih letnih počitnic za vse člane gospodinjstva, 6) osebnega avtomobila, 7) pralnega stroja, 8) barvnega televizorja, 9) telefona. Elementi prikrajšanosti so enaki kot pri kazalniku »stopnja materialne prikrajšanosti«.

Vir: 2020, Eurostat

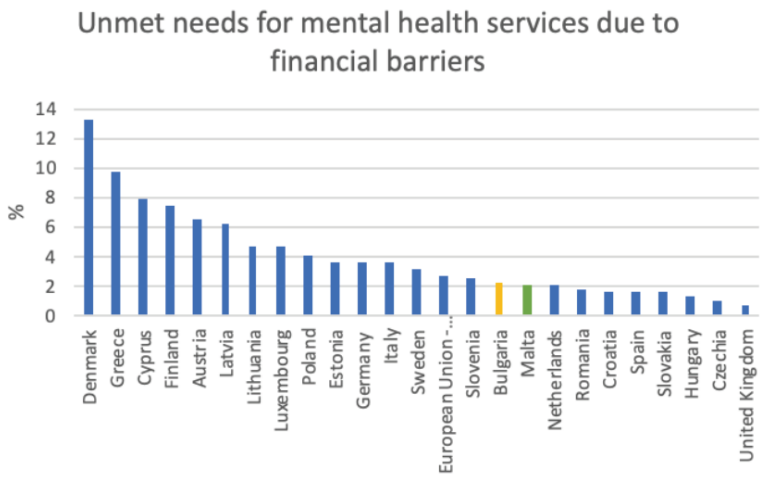
Analiza:



Področje: Posledice duševnega zdravja in preprečevanje tveganj *Trend*

Podpodročje: Preprečevanje socialnega in finančnega tveganja *Mednarodna primerjava*

Kazalnik: Neizpolnjene potrebe po varovanju duševnega zdravja zaradi finančnih razlogov

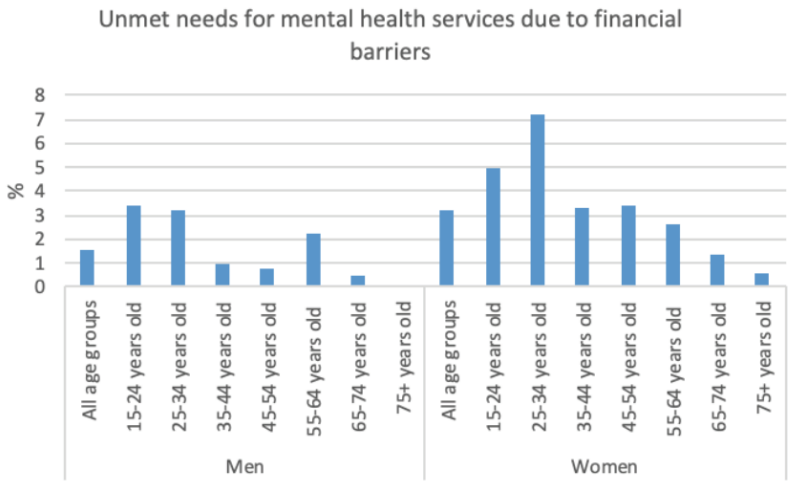


Opis kazalnika: Kazalnik predstavlja delež oseb, ki so v zadnjih 12 mesecih potrebovale storitev s področja varovanja duševnega zdravja (npr. obisk pri psihologu ali psihiatru), pa si je niso mogli privoščiti.

Ocena deleža temelji na podatkih raziskave Evropska anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu (EHIS), ki je bila izvedena v letu 2014.

Vir: 2020, Nacionalni inštitut za javno zdravje, EHIS; https://podatki.nijz.si

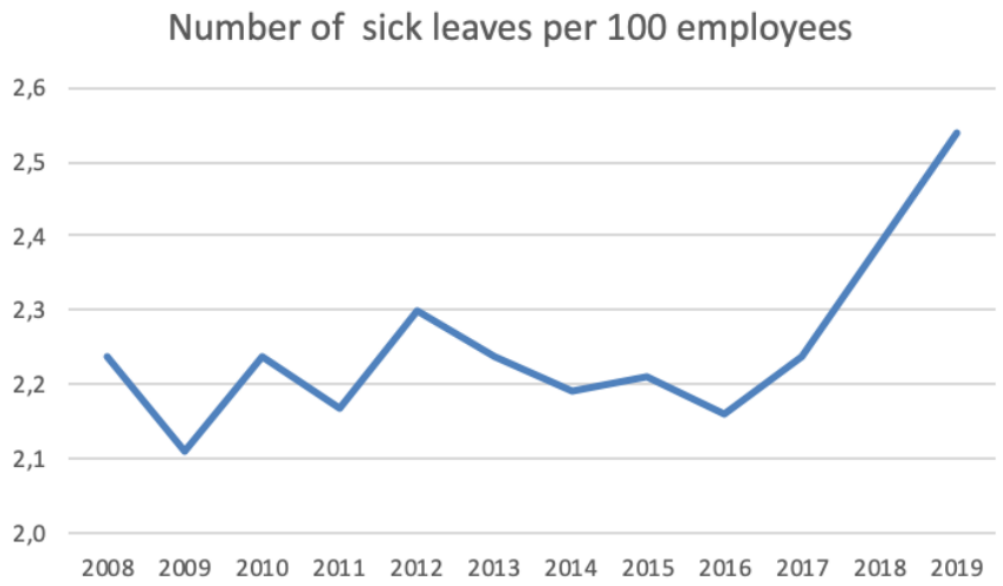
Analiza:



Področje: Posledice duševnega zdravja in preprečevanje tveganj *Trend*

Podpodročje: Preprečevanje socialnega in finančnega tveganja *Mednarodna primerjava*

Kazalnik: Bolniški stalež zaradi duševnih in vedenjskih motenj



Opis kazalnika: Kazalnik je izražen v obliki indeksa frekvence (število primerov na 100 zaposlenih) in predstavlja število oseb na 100 zaposlenih, ki so bile v obdobju enega leta v bolniškem staležu zaradi diagnoz, ki spadajo v skupino duševnih in vedenjskih motenj (skupina MKB-10 = V).

Vir: 2020, Nacionalni inštitut za javno zdravje; https://podatki.nijz.si

Analiza:

PRILOGA II: DELFSKA ŠTUDIJA

POROČILO DELFSKE ŠTUDIJE

CILJI DELFSKE ŠTUDIJE

Namen delfske študije je bilo iskanje konsenza med stroko, svojci, uporabniki in predstavniki politike o tem katere aktivnosti so prioritetne iz vidika občutenih in zaznanih potreb in so potemtakem nujna stvar akcijskega načrta.

METODOLOGIJA

Izhodišča ukrepov so se oblikovala v dveh interdisciplinarnih skupinah, ki ju na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje vodi prof. dr. Vesna Švab in sicer v IDS za izobraževanje in v IDS za mrežo služb na področju duševnega zdravja. Začetna izhodišča so se dopolnila s pomočjo vodje Nacionalnega programa MIRA Jožice Maučec Zakotnik in njene delovne skupine.

V prvi krog delfske študije je bilo poslanih 53 aktivnosti, ki so predstavljale 12 ukrepov na področju **sistemske ureditve** in **upravljanja** področja duševnega zdravja, dopolnitve **mreže služb** in **izobraževanja**. Namen prvega kroga je bil pridobiti komentarje na že obstoječe predlagane aktivnosti, ter zbrati predloge dodatnih ukrepov, ki so po mnenju sodelujočih nujni.

Po prvem krogu so bili vsi komentarji pregledani in smiselno upoštevani pri oblikovanju končnih aktivnosti. Pri oblikovanju končnih aktivnosti oziroma dopolnitvi le teh so bili upoštevani tudi predlogi dodatnih ukrepov. Vse komentirane in predlagane aktivnosti so bile vsebinsko združene in smiselno oblikovane v končne aktivnosti. Poslani so bili trije opomniki za sodelovanje oziroma pozivi tistim, ki so bili v času pošiljanja vabila odsotni.

V drugi krog je bilo poslanih 41 aktivnosti znotraj 16 ukrepov. V drugem krogu so udeleženci ocenjevali pomembnost navedenih aktivnosti na lestvici od 1 do 5 pri čemer je 1 pomenilo, da se jim ukrep zdi popolnoma nepomemben, 2 da je ukrep nepomemben, 3 da ukrep ni niti pomemben niti nepomemben, 4 da je ukrep pomemben in 5 da je ukrep prioriteten oziroma zelo pomemben. Cilj zadnjega kroga delfske študije je bil doseči konsenz (vsaj 70 % strinjanje) o pomembnosti (ocena 4 ali 5) posamezne aktivnosti. Tistim, ki niso odgovorili so bili poslani trije opomniki za sodelovanje.

Glede na doseženo raven konsenza tretji krog ni bil potreben.

SODELUJOČI

V prvi krog smo povabili 128 udeležencev, od tega 33 predstavnikov odločevalcev oziroma politike, 69 predstavnikov stroke ter 26 predstavnikov uporabnikov in svojcev. Pred pričetkom so

se vsi sodelujoči strinjali s sodelovanjem (podpisali so izjavo o sodelovanju). Za sodelovanje v študiji se je odločilo 49 oseb oziroma inštitucij, kar predstavlja 38,3 %. Med sodelujočimi je bilo 11 (22,4 %) predstavnikov odločevalcev oziroma politike, 28 (57,2 %) predstavnikov stroke in 10 (20,4 %) predstavnikov uporabnikov oziroma svojcev. Sodelovalo je več žensk (40) kot moških (8). V drugem krogu smo vsem, ki so sodelovali v prvem krogu poslali prošnjo za ocenitev pomembnosti posamezne aktivnosti. Prejeli smo 38 odgovorov, kar predstavlja visok 77,6 % odziv. Med sodelujočimi je bilo na koncu tako 7 (18,4 %) predstavnikov odločevalcev oziroma politike, 23 (60,5 %) predstavnikov stroke in 8 (21,1 %) predstavnikov uporabnikov oziroma svojcev. V zadnjem krogu delfske študije je sodelovalo 33 žensk in 5 moških.

REZULTATI

Skozi delfsko študijo se je končno izoblikovalo 41 aktivnosti, ki so bile na lestvici pomembnosti v povprečju ocenjene z oceno 4,3 (od 1 do 5), a najpogosteje z oceno 5 (modus vseh skupnih ocen). V povprečju je bil odstotek strinjanja (t.i. konsenz) 84,3 odstoten (od 71,1 % do 97,4 %). V veliki večini so vsi sodelujoči ocenili popolnoma vse trditve, le pri treh trditvah po ena oseba ni podala svoje ocene.

V povprečju so vse, razen ene aktivnosti, ocenili z oceno 4 ali več. Le ena aktivnost je imela povprečno oceno 3,9. Torej **glede vseh aktivnosti udeleženci v povprečju izražajo mnenje, da so pomembne ali zelo pomembne.**

S konsenzom višjim od 84,2 odstotka in s povprečno oceno višjo od 4,5 so ocenili aktivnosti:

- Pripraviti načrt katere službe bodo v primeru krize delovale in na kakšen način – osebno z zaščitno opremo ali online oziroma preko telefona (zdravstvene, socialne, JSVZ, JVSP). Vse institucije, službe in urgentne službe, ki skrbijo za otroke in mladostnike z duševnimi in vedenjskimi motnjami, starejše ter bolnike z demenco (ne glede na starost),ter za osebe s hudimi duševnimi motnjami morajo prilagoditi svoje delovanje tako, da ostanejo dejansko (in ne le formalno) dostopne vsem (v polnem delovanju ter skozi ohranjanje stikov in podporo uporabnikom in svojcem) in tudi preko telemedicine).
- Vzpostaviti redna posvetovanja med strokovnjaki zaposlenimi v zdravstvenem (patronažne službe, CDZ, CKZ, RADM, psihiatrične bolnišnice) in socialnem (CSD, JSVZ, JSVP) sektorju, dobrodelnimi organizacijami in civilno družbo (šole, vrtci, mladinske organizacije) o potrebah in ukrepih na področju duševnega zdravja v regijah.
- Zagotovitev varovalne opreme za delo na terenu za zdravstvene delavce, delavce na področju socialnega varstva, druge službe (tudi za nastanitvene programe), ter svojce in pomembne druge, ki jih potrebujejo osebe s težavami v duševnem zdravju.
- Okrepitev dela na področju nasilja v družini: vzpostavitev varnih točk za prijavo nasilja in izboljšati prepoznavnost varnih točk.
- Okrepiti je potrebno mrežo nastanitvenih kapacitet z različnimi stopnjami podpore za ljudi v kriznih situacijah na primer varne hiše, materinski domovi. Povečati število (manjših)

stanovanjskih skupin oziroma bivanjskih enot za ljudi z duševnimi motnjami, ki so žrtve nasilja in gmotnih stisk in ljudi brez bivališča - posebej na območjih, kjer teh kapacitet ni.

- Vzpostavitev enotne telefonske številke s kriznim svetovanjem (24 urno podporo).
- Koordinativna skupina (sestavljena iz strokovnjakov različnih strok zdravstva in sociale, občin, policije, vrtcev, šol, laikov in prostovoljcev, ki sodeluje s civilno zaščito) skrbi za:
  - zagotavljanje dostave hrane, zdravil, zaščitnih sredstev na dom
  - odkrivanje pomoči potrebnih (marginalizirane skupine, neznanje ipd.)
  - zagotoviti psihosocialno podporo za preprečevanje osamljenosti in hujših duševnih težav zaradi socialne distance in spremenjenih razmer
  - spodbuja različne oblike prostovoljstva in brezplačne medkrajevne ter mestne prevoze tudi za skupino oseb s težavami v duševnem zdravju in/ali zagotovitev dodatnih sredstev za transport in mobilnost uporabnikov (brezplačne vozovnice za ranljive skupine za prevoz).

- Psihosocialna pomoč najbolj izpostavljenim in obremenjenim izvajalcem. Izobraževanje za večstopenjsko pomoč (od laične do visokokvalificirane psihoterapije) delo s travmatiziranimi posamezniki v zdravstvenem in socialnem varstvu ter drugimi ljudmi, ki so žrtve travme – uporabiti preizkušene metode dela.

- Načrtovanje vzpostavitve vseh centrov za duševno zdravje v vseh regijah z mobilnimi službami za ranljive skupine (migranti) in mobilnimi timi (dodatni kadri, avtomobili, prenosni računalniki, telefoni, ipd.).

- Ustrezno usposobiti strokovni kader (organizacije, ki zagotavljajo prostovoljno pomoč, CKZ, CDZ, patronažna služba) na področju obvladovanja hudih težav v duševnem zdravju povezanih s krizo za posamezne ranljive skupine (starejši, otroci in mladostniki, žrtve nasilja, ljudje z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, osamljene starostnike ter druge ranljive skupine).

V prilogi se nahaja tabela, ki prikazuje aktivnosti s povprečno oceno o pomembnosti ukrepa.

Poročilo je pripravila: dr. Irena Makivić v sklopu podoktorskega projekta, ki je sofinanciran s strani ARRS (številka projekta: Z3-2652).

JAVNA AGENCIJA ZA RAZISKOVALNO DEJAVNOST
REPUBLIKE SLOVENIJE

Tabele končnih aktivnosti izoblikovanih skozi delfsko študijo prikazanih s povprečno oceno o pomembnosti ukrepa

Legenda:

Zelena barva: ukrep je v povprečju ocenjen kot zelo pomemben (povprečje nad 4,4)
Rumeno oranžna barva: ukrep je v povprečju ocenjen kot srednje pomemben (povprečje od 4,1 do 4,3)
Rdeča barva: ukrep je v povprečju ocenjen kot pomemben (povprečje od 3,9 do 4,0)

Prioritetni UKREPI za duševno zdravje v času kriznih razmer	Pomembne AKTIVNOSTI za udejanjanje predlaganih ukrepov	Povprečna ocena o pomembnosti ukrepa
Strokovno upravljavski nivo		
Vzpostavitev Sveta za duševno zdravje pri vladi RS	Sestaviti svet s predstavniki resorjev, odločevalcev vseh strok, izvajalcev, predstavnike uporabnikov in svojcev.	4,4
	Svet vlade RS spremlja podatke o stanju duševnega zdravja na podlagi opredeljenih kazalnikov in izbrane metodologije. V določenih časovnih obdobjih ocenjuje stanje in potrebe na nacionalni ravni. Svet ocenjuje in nadzira uresničevanje Akcijskega načrta Nacionalnega programa duševnega zdravja (v nadaljevanju: NPDZ).	4,2
	Svet se poveže z Nacionalnim centrom za krizno upravljanje. Povezano delovanje se aktivira ob vsaki krizni situaciji (epidemija, naravne nesreče, ipd.).	4,0
Vzpostavitev regijskih svetov za duševno zdravje (RSDZ)	Vzpostavitev Regionalnih svetov (RS) za duševno zdravje na regijskih območjih, ki so sestavljeni iz deležnikov določenih v NPDZ.	4,4
	Sveti redno letno, razen v času krize po potrebi, predlagajo in izvajajo ukrepe in dejavnosti v skladu z oceno potreb (posebej marginaliziranih in ranljivih skupin) na področju duševnega zdravja na regionalni ravni pri čemer se povežejo z LSZ.	3,9
	Sveti omogočijo povezovanje odločevalcev, izvajalcev, uporabnikov in svojcev na področju duševnega zdravja (tako zdravstvene, socialne in tudi pedagoške stroke) za prilagojeno odzivanje na potrebe populacije v regiji.	4,2
	Vzpostaviti redna posvetovanja med strokovnjaki zaposlenimi v zdravstvenem (patronažne službe, CDZ, CKZ, RADM, psihiatrične bolnišnice) in socialnem (CSD, JSVZ, JSVP) sektorju, dobrodelnimi organizacijami in civilno družbo (šole, vrtci, mladinske organizacije) o potrebah in ukrepih na področju duševnega zdravja v regijah.	4,7
	Koordinacijo RS prevzamejo regionalni koordinatorji za duševno zdravje zaposleni na OE NIJZ, ki so odgovorni tudi za implementacijo metodologije in medsebojnega obveščanja (algoritem) in povezovanja tudi z LSZ.	4,0
Aktiviranje lokalnih skupin za zdravje (LSZ) za zagotavljanje potreb na področju duševnega zdravja	LSZ so vzpostavljene za območje delovanja zdravstvenih domov in vključujejo vse deležnike (zdravstvo, sociala, šolstvo). Delovanje LSZ koordinira zdravstveni dom.	4,2
	LSZ prevzame koordinacijo za odgovore na potrebe na območju, ki ga pokriva ZD in se pri tem povezuje z RSDZ in skupino za vodenje in regionalnimi koordinatorji za duševno zdravje.	4,1
	Koordinativna skupina (sestavljena iz strokovnjakov različnih strok zdravstva in sociale, občin, policije, vrtcev, šol, laikov in prostovoljcev, ki sodeluje s civilno zaščito) skrbi za: - zagotavljanje dostave hrane, zdravil, zaščitnih sredstev na dom - odkrivanje pomoči potrebnih (marginalizirane skupine, neznanje ipd.) - zagotoviti psihosocialno podporo za preprečevanje osamljenosti in hujših duševnih težav zaradi socialne distance in spremenjenih razmer - spodbuja različne oblike prostovoljstva in brezplačne medkrajevne ter mestne prevoze tudi za skupino oseb s težavami v duševnem zdravju in/ali zagotovitev dodatnih sredstev za transport in mobilnost uporabnikov (brezplačne vozovnice za ranljive skupine za prevoz).	4,5

Sistemski nivo na ravni služb		
Priprava načinov in protokolov sodelovanja v posameznih lokalnih okoljih	IDS za mrežo služb pripravi, evalvira in uskladi protokole sodelovanja vseh služb na področju duševnega zdravja v času krize. Pripravijo se pravilniki, na primarni, sekundarni in terciarni ravni, ki omogočajo povezano delovanje vseh služb in ravni.	4,4
	Načrtovanje zmanjševanja škode zaradi omejitvenih ukrepov, vezane na ranljive posameznike in tiste, ki bivajo v ustanovah (ustanove za duševno zdravje, varovani oddelki in DSO).	4,3
Zagotovitev dostopa do vseh nujnih storitev na področju DZ v primeru ponovitve zdravstvene krize	Zagotovitev varovalne opreme za delo na terenu za zdravstvene delavce, delavce na področju socialnega varstva, druge službe (tudi za nastanitvene programe), ter svojce in pomembne druge, ki jih potrebujejo osebe s težavami v duševnem zdravju.	4,7
	Pripraviti načrt katere službe bodo v primeru krize delovale in na kakšen način – osebno z zaščitno opremo ali online oz preko telefona (zdravstvene, socialne, JSVZ, JVSP). Vse institucije, službe in urgentne službe, ki skrbijo za otroke in mladostnike z duševnimi in vedenjskimi motnjami, starejše ter bolnike z demenco (ne glede na starost),ter za osebe s hudimi duševnimi motnjami morajo prilagoditi svoje delovanje tako, da ostanejo dejansko (in ne le formalno) dostopne vsem (v polnem delovanju ter skozi ohranjanje stikov in podporo uporabnikom in svojcem) in tudi preko telemedicine).	4,7
	Zagotoviti dostop Zastopnikov pravic oseb na področju duševnega zdravja v zaprte oddelke psihiatričnih bolnišnic in socialnih zavodov v času epidemije in tudi v času prepovedi obiskov.	4,4
	Organizacija (krizi primernega potencialno individualnega) prevoza za osebe brez lastnih prevoznih sredstev v zdravstvene službe in k drugim izvajalcem.	4,4
Okrepitev dela na področju nasilja	Okrepitev dela na področju nasilja v družini: vzpostavitev varnih točk za prijavo nasilja in izboljšati prepoznavnost varnih točk.	4,6
	Izobraževanje iz preprečevanja nasilja v družini in nad starostniki.	4,4
	Vzpostavitev varnih točk, ki omogočajo pogovor, informiranje in podporo pri poteku zaščite za prijavitelje nasilja.	4,4
	Zagotovitev sredstev za nakup zadostnega števila opreme za svetovanje na daljavo (računalniki, telefoni,..) s predhodno oceno potreb na tem področju.	4,2
Okrepiti mrežo strokovne pomoči za travmatizirane osebe.	Psihosocialna pomoč najbolj izpostavljenim in obremenjenim izvajalcem.	4,5
	Izobraževanje za večstopenjsko pomoč (od laične do visokokvalificirane psihoterapije) delo s travmatiziranimi posamezniki v zdravstvenem in socialnem varstvu ter drugimi ljudmi, ki so žrtve travme – uporabiti preizkušene metode dela.	
Usposobiti vrstniške zagovornike	Vrstniškim zagovornikom (za uporabnike in svojce) je omogočeno izobraževanje za svetovanje, za spletno uporabo s podporo na daljavo in možnost supervizije.	4,3
Vzpostaviti enotno vstopno točko (enoten dostop do informacij)	Vzpostavitev protokolov sodelovanja ter informiranja o različnih deležnikih.	4,3
	(Osrednja točka je RADM oziroma pediater, ki usmeri v CDZO/CDZOM kjer obstaja ter CKZ, CSD, JSVP, večgeneracijski centri, društva, ipd.)	
	Vzpostavitev enotne telefonske številke s kriznim svetovanjem (24 urno podporo).	4,6
	Pripraviti material za ustrezno informiranje vseh o deležnikih v lokalnem in regionalnem okolju (zloženke in seznam virov pomoči, služb in njihovih kompetenc) tudi za žrtve nasilja ter primerno naslovljeno za marginalizirane skupine (neslovensko govoreči migranti, begunci, Romi).	4,2
Destigmatizacija	Državni in lokalni projekti, projekti na delovnih mestih, osveščanje javnosti, okrogle mize in medijsko podprti dogodki, ki zmanjšujejo stigmo in diskriminacijo, ter izboljšajo pismenost in iskanje pomoči.	4,1
	Programi osveščanja in destigmatizacije v javnosti (tudi delovna mesta) ter v celotnem izobraževalnem sistemu: VVZ, OŠ, SŠ.	4,2

Potrebe po dopolnitvi mreže služb		
Vzpostavitev celotne mreže služb v vseh regijah	Načrtovanje vzpostavitve vseh centrov za duševno zdravje v vseh regijah z mobilnimi službami za ranljive skupine (migranti) in mobilnimi timi (dodatni kadri, avtomobili, prenosni računalniki, telefoni, ipd.).	4,5
	Evalvacija delovanja ter kadrovska in finančna okrepitev mreže dnevnih centrov in programov psihosocialne rehabilitacije za ljudi s težavami v duševnem zdravju (oskrba naj bo omogočena do konca šolanja ne le do 18 let)) in za starejše na podlagi ocene stanja	4,4
	Okrepiti je potrebno mrežo nastanitvenih kapacitet z različnimi stopnjami podpore za ljudi v kriznih situacijah na primer varne hiše, materinski domovi. Povečati število (manjših) stanovanjskih skupin oziroma bivanjskih enot za ljudi z duševnimi motnjami, ki so žrtve nasilja in gmotnih stisk in ljudi brez bivališča - posebej na območjih, kjer teh kapacitet ni.	4,6
	Zagotoviti ustrezne namestitve in druge pomoči družinam z otroki z duševno manj razvitostjo (ustrezna pomoč na domu, pomoč zaradi izgube dohodka ali za nadomeščanje kolektivnih oblik oskrbe).	
	Okrepiti mrežo svetovalcev zaposlitvene rehabilitacije.	4,1
Okrepiti mrežo prilagojenega zaposlovanja in spodbujanja socialnega podjetništva.	Identifikacija potreb na Zavodu Republike Slovenije za zaposlovanje še posebej za ranljive skupine.	4,0
	Sistemsko urediti način nagrajevanja v programih socialne vključenosti.	4,2

Izobraževanje		
Informiranje širše populacije oziroma laikov o obvladovanju težav s področja duševnega zdravja	Izobraževanje za laike (na daljavo v obliki e-učilnice za vse) o obvladovanju težav povezanih z osamljenostjo, izključenostjo, negotovostjo, strahom in stresom, izgorelosti ter informacijami o koristnih virih s področja duševnega zdravja in načinih pomoči.	4,3
Izboljšanje znanja obstoječih strokovnjakov na področju dela v času krize	Ustrezno usposobiti strokovni kader (organizacije, ki zagotavljajo prostovoljno pomoč, CKZ, CDZ, patronažna služba) na področju obvladovanja hudih težav v duševnem zdravju povezanih s krizo za posamezne ranljive skupine (starejši, otroci in mladostniki, žrtve nasilja, ljudje z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, osamljene starostnike ter druge ranljive skupine).	4,5
	Skozi dodatno izobraževanje okrepiti programe za svetovanje preko kriznih telefonov (psihološka prva pomoč).	4,4
	Izobraževanje za zagovorništvo in zastopništvo, vrstniško zagovorništvo, družabništvo in svetovanje.	4,1
	Okrepiti (izvajati) dodiplomsko, podiplomsko in vse življenjsko izobraževanje, multidiscip	4,1
Okrepiti je potrebno znanja strokovnih delavcev o temah povezanih z razvojem duševnega zdravja otrok in mladostnikov.	Priprava protokolov obveznih vsebin za zaposlene v CDZOM (OTI) in za druge zdravstven	4,1
Zagotovitev redne poklicne supervizije za vse strokovnjake na področju DZ, ki delujejo v lokalnem okolju	Priprava modela za supervizijo vseh poklicnih skupin (DMS, DT, psihiatre, psihologe, socialne delavce).	4,3
***Ranljive skupine so: starostniki, migranti, slepi, gluhi, neslovensko govoreči, begunci, Romi		

POVZETEK

V Republiki Sloveniji imamo na področju zdravstvene obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju nedopustne neenakosti glede dostopnosti do obravnave. Obravnava pretežno temelji na bolnišnični oskrbi, ambulantna in skupnostna obravnava pa sta, glede na potrebe, bistveno slabše dostopni. Posebej slaba je lokalna dostopnost do ambulantne pomoči za otroke in mladostnike, kjer so čakalne dobe na obravnavo nedopustno dolge, pogosto daljše od šestih mesecev.

Reformni ukrepi temeljijo na strateških in specifičnih ciljih ter ukrepih Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-28 in na priporočilih misije SZO o organizaciji sistema skrbi za duševno zdravje v Sloveniji iz septembra 2020. V tem dokumentu se omejujemo na reformne ukrepe na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega sistema, čeprav je integralni del reforme tudi sistem socialnega varstva na področju duševnega zdravja, ki pa ga ta dokument ne obravnava.

Ključni reformni ukrepi so namenjeni povečanju dostopnosti do kakovostne obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju na vseh ravneh zdravstvenega varstva.

Ključni reformni ukrepi obsegajo:

1. Čimprejšnja vzpostavitev polno delujoče mreže Centrov za duševno zdravje na primarni ravni (25 Centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov (CDZOM) in 25 Centrov za duševno zdravje odraslih (CDZO)) ter dopolnitev zunaj bolnišnične ambulantne mreže služb skladno z regionalnimi standardi;
2. Vzpostavitev subspecialističnih obravnav na sekundarni in terciarni ravni;
3. Regulacija in zagotavljanje dostopnosti do psihoterapije.

Koraki reformnih ukrepov:

1. Prenos dela ambulantnega programa in kadrov iz sekundarne in terciarne na primarno raven, v mrežo CDZ. Predlagamo, da se del ambulantnega programa in skupnostni program skupaj s kadri, ki ga izvajajo psihiatrične bolnišnice, prenese na primarno raven, v mrežo CDZ v obsegu zagotavljanja standardnih timov že obstoječih CDZ in vzpostavitve manjkajočih CDZ.
2. Prenos dela že potekajočih specializacij za psihiatrijo in otroško in mladostniško psihiatrijo na primarno raven.
3. Nadaljnje načrtovanje in izvajanje specializacij iz psihiatrije, otroške in mladostniške psihiatrije ter klinične psihologije prioritetno za primarno raven. Spremeniti je

potrebno program specializacije, da bo v večjem obsegu možno kroženje na primarni ravni in da bodo tudi izvajalci primarne ravni lahko zaposlili specializante iz nacionalnega razpisa.

4. V ZD, ki so nosilci CDZ, se obstoječe službe na področju duševnega zdravja integrirajo v CDZ v obsegu do doseganja standarda tima CDZ.
5. Prestrukturiranje dela obstoječih psihiatričnih programov sekundarne in terciarne ravni v subspecialistično obravnavo (hospitalna in ambulantna obravnava določenih duševnih motenj in pridruženih duševnih motenj, skladno s potrebami populacije).
6. Ureditev financiranja specializacij za klinično psihologijo iz državnega proračuna in zagotavljanje vsaj 30 specializacij iz klinične psihologije letno do zapolnitve potreb po kadrih, po tem obdobju v obsegu za vzdrževanje doseženega standarda (15 kliničnih psihologov/100 000 prebivalcev).
7. Priprava in sprejem zakona o psihoterapevtski dejavnosti in zagotavljanje večje dostopnosti do psihoterapevtskih storitev.
8. Dopolnjevanje mreže izven bolnišnične psihiatrične in klinično psihološke dejavnosti do doseganja regionalnih standardov.

Obrazložitev:

V prvih dveh letih implementacije NPDZ 2018-28 smo na primarni ravni zdravstvene dejavnosti vzpostavili 11 CDZOM in 10 CDZO, ki pa so zaradi pomanjkanja specializiranega kadra na področju duševnega zdravja (specialistov otroške in mladostniške psihiatrije, specialistov psihiatrije ter specialistov klinične psihologije) kadrovsko nepopolno zasedeni. Prvi CDZ so bili vzpostavljeni z vključevanjem obstoječih služb s področja duševnega zdravja v Zdravstvenih domovih, z namenom, da se vzpostavi timsko sodelovanje in optimizira ter racionalizira obravnava v lokalnem okolju. Cilj je, da se vzpostavi celotna mreža CDZ ter vsebinsko in tesno sodelovanje z obstoječimi službami v zdravstvenih domovih (CKZ/ZVC, družinskimi zdravniki, patronažno službo, nujno medicinsko službo pediatri, centri za zgodnjo obravnavo) ter službami na področju duševnega zdravja zunaj zdravstvenega sistema (centri za socialno delo, šolska svetovalna služba, nevladne organizacije).

Veliko pomanjkanje služb za duševno zdravje na primarni ravni in v skupnosti in naraščanje težav v duševnem zdravju zaradi zdravstvene ter gospodarske in socialne krize zahteva hitrejše vzpostavljanje polno delujoče mreže CDZ, kar pa ni mogoče brez prestrukturiranja obstoječih služb in ciljanega načrtovanja specializacij kadra, ki ga primanjkuje. Načrtovano prestrukturiranje služb na področju duševnega zdravja, uvedba multidisciplinarnih timov ter povečevanje števila obravnav bodo ljudem omogočili večjo dostopnost do različnih vrst pomoči, skladno s potrebami, tako da bo na primarni ravni okrepljena ambulantna in skupnostna obravnava za vse prebivalce, na sekundarni in terciarni ravni pa obravnava nujnih stanj ter obravnava kompleksnih stanj, ki potrebujejo subspecialistično oskrbo.

Načrtovana in s potrebami usklajena specializacija strokovnjakov, ki jih primanjkuje, bo omogočilo doseganje regionalnih standardov preskrbljenosti. Sedaj potekajo specializacije psihiatrije tako, da je večina specializantov zaposlenih prvenstveno v bolnišnicah, čeprav so specializanti načrtovani za nacionalno raven, kar je nedopustno. Takšna zaposlitev je posledica programa specializacije, ki poteka v nesorazmernem deležu v bolnišničnem okolju. V programu specializacije psihiatrije je le majhen delež programa kroženja v ambulanti in skupnostni psihiatriji. Načrtovanje novih specializacij je potrebno prilagoditi potrebam prebivalstva in jih načrtovati tako, da se upošteva regionalna neenakost v dostopnosti in upokojevanje specialistov.

V Sloveniji nimamo urejenega področja psihoterapije, ki se izvaja samoplačniško, ni pa zagotovljena kakovost in preglednost področja.

UVOD

V času epidemije COVID in vse bolj očitne ekonomske krize, ki se jo sicer poskuša omiliti in s tem tudi njene socialne in psihološke posledice, je potrebno službe za duševno zdravje reorganizirati in zagotoviti njihovo dostopnost in hitro delovanje, da lahko odgovorijo na povečane potrebe na področju duševnega zdravja. Dokazi, da uspešna prilagoditev in povezovanje sistemov pomoči lahko omejijo posledice krize na duševno zdravje so številni in izhajajo iz ekonomske krize pred leti, ko se je v državah, ki niso ustrezno ukrepale, povečalo število samomorov ob povečani brezposelnosti in revščini, v tistih pa, ki so sprejele primerne ukrepe, do tega ni prišlo. V svetu in pri nas pričakujemo zaradi sprememb, ki jih je prinesla bitka s pandemijo, povečanje težav na področju duševnega zdravja pri celotni populaciji (otrocih in mladostnikih, odraslih in starejših).

Vsaka kriza prinese na površino številne pomanjkljivosti obstoječih javno zdravstvenih sistemov in hkrati prinaša priložnost za izboljšanje.

V času krize je zato še bolj očitno, kako nujno je prenesti obravnave težav v duševnem zdravju v največji možni meri na primarno raven, predvsem v obliki skupnostnih, to je mobilnih pristopov, kar zagotovi zgodnje prepoznavanje in hitrejše ukrepanje, ojačitev služb za pomoč družinam in otrokom, obvladovanje problemov odvisnosti in nasilja ter krepitev drugih – socialnih, bivanjskih in zaposlitvenih programov.

Generalni sekretar ZN António Guterres je kot odgovor na COVID-19 izjavil: »We must shift more mental health services to the community and make sure mental health is included in universal health coverage. Despite all the hardship the pandemic has caused, it can be a turning point for mental healthcare reform if we act now«. To pomeni, da je v času COVID treba doseči prenos skrbi in obravnav iz institucij na primarno raven in v skupnost (UN Antonio Guterres).

V Sloveniji so psihiatrične bolnišnice osrednje ustanove za obravnavo pacientov, saj so poleg hospitalnih programov nosilke tudi skoraj polovice ambulantnih programov. Posledica tega je slaba dostopnost do ambulantne zunaj bolnišnične in skupnostne obravnave pacientov na primarni (lokalni) ravni, hkrati pa obstajajo tudi velike regionalne razlike v dostopnosti do služb na področju duševnega zdravja. Posledica tega je, da že vrsto let beležimo nedopustno dolge čakalne dobe, posebno pri obravnavi otrok in mladostnikov s težavami v duševnem zdravju; imamo regije, ki določenih strokovnjakov za obravnavo težav v duševnem zdravju sploh nimajo.

UKREPI ZA ZVEČANJE DOSTOPNOSTI DO SLUŽB IN STORITEV NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA IN ZMANJŠEVANJE NEENAKOSTI V DOSTOPNOSTI

Prednostni ukrep iz NPDZ 2018-28 predvideva vzpostavitev mreže Centrov za duševno zdravje (CDZ) na primarni ravni zdravstvene dejavnosti na način, da so enakomerno pokrite potrebe prebivalcev Slovenije. Predvideva vzpostavitev 25 Centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov (CDZOM) in 25 Centrov za duševno zdravje odraslih (CDZO). To je edini način za zagotavljanje pravočasne, lokalne dostopnosti do mreže multidisciplinarnih služb in storitev za duševno zdravje in zmanjševanje nedopustne neenakosti v dostopnosti.

CDZ zagotavljajo boljši dostop do psihiatričnih in drugih storitev na področju duševnega zdravja na osnovni ravni zdravstvene dejavnosti, kar je skladno z mednarodnimi priporočili. Organizacija služb za duševno zdravje na primarni ravni zdravstvenega in socialnega varstva na območju več občin in zdravstvenih domov lahko odgovarja na identificirane potrebe ljudi (posameznikov) in skupnosti z dokazano učinkovitimi metodami promocije, preventive, zdravljenja in rehabilitacije. Omogočajo povezano izvajanje storitev med različnimi izvajalci, lažje varujejo pravice, zmanjšujejo izključenost in označenost in so ljudje z njimi bolj zadovoljni, kot dokazujejo mednarodne študije.

Izkušnje prvih ustanovljenih CDZ kažejo na izjemno potrebo po službah za duševno zdravje v lokalnem okolju, zato smo v času prvega akcijskega načrta (AN 2018-2020) namesto predvidenih 6 CDZ, uspeli ustanoviti 21 CDZ z minimalnimi timi. Hitra vzpostavitev dodatnih CDZ do polne mreže 25 CDZOM in 25 CDZO predstavlja učinkovit ukrep, ki bi lahko pomembno blažil negativne posledice krize zaradi epidemije korona virusa. Eden od ključnih ukrepov, ki jih lahko zagotovi zdravstveni sistem, je omogočanje dostopa do služb in storitev, ki zagotavljajo enakomerno in hitro dostopnost ter integrirane, celostne obravnave na primarni ravni in v skupnosti.

Izkušnje vzpostavljanja prvih CDZ kažejo na temeljno oviro v pomanjkanju specializiranih kadrov (specialistov otroške in mladostniške psihiatrije, psihiatrije in klinične psihologije), posebno na primarni ravni. Zaradi pomanjkanja teh kadrov in hkrati velike potrebe po celostni obravnavi na področju duševnega zdravja na primarni ravni in v skupnosti, smo prehodno znižali standard kadra multidisciplinarnih timov CDZ. Analiza razpoložljivega kadra kaže, da je specialistov otroške in mladostniške psihiatrije ter klinične psihologije absolutno premalo in

da je potrebno pospešeno zagotoviti specializacije teh kadrov, prioritetno za primarno raven. Pri specialistih psihiatrije pa je pomanjkanje relativno, saj je večina teh specialistov zaposlenih v psihiatričnih bolnišnicah. Prav tako se dodatne specializacije iz psihiatrije izvajajo za sekundarno in terciarno raven.

Neenakost v dostopnosti do zdravstvenih storitev na področju duševnega zdravja se kaže predvsem v neenakomerni razporeditvi služb in programov med regijami in različnimi ravnmi zdravstvenega varstva. Razlike so natančno prikazane v obrazložitvah in razpredelnicah (Razpredelnice 4 a do h v Prilogi 1, Razpredelnice 1 a in b, 3 a in b). Neenakosti v dostopnosti obravnave zaradi težav v duševnem zdravju dosegajo razsežnosti kriznih okoliščin, so nedopustne in zahtevajo ukrepanje brez odlašanja

Iz vsega zgornjega izhaja, da je ključna ovira pri nadaljnji implementaciji CDZ do cilje vrednosti 25 CDZOM in 25 CDZOM ter hkrati dopolnjevanje minimalnih timov v obstoječih CDZ, pomanjkanje specializiranega kadra na primarni ravni, ki ga kratko in srednjeročno lahko rešujemo s pospešeno in ciljano specializacijo kadrov s področja duševnega zdravja za primarno raven in premestitvijo programov in kadra (predvsem specialistov psihiatrov) iz bolnišnične ravni na primarno raven v obstoječe in novo nastale CDZ.

Da bi kar najbolje izkoristili obstoječe kadrovske kapacitete in razporeditev kadrov po regijah, načrtovanje novih specializacij, hkrati pa omogočili ustrezno reformo s prerazporeditvijo obstoječega kadra, smo izdelali **predlog kadrovskega standarda za zagotavljanje lokalne dostopnosti služb na področju duševnega zdravja** (»regionalni« standard) za tri skupine specialistov (Razpredelnica 12 v prilogi). Pri regionalnem standardu izhajamo iz dejstva, da je mreža CDZ osnova za preskrbljenost s storitvami za področje duševnega zdravja. Dodatna specialistična ambulantna dejavnost v posamezni regiji je nadgradnja in omogoča dodatne storitve, hkrati pa omogoča sodelovanje specialistov, ki niso v CDZ s timom CDZ.

OBRAZLOŽITEV IN ANALITIČNA IZHODIŠČA ZA REFORMNE UKREPE NA PODROČJU SLUŽB ZA DUŠEVNO ZDRAVJE

ISKANJE POMOČI V SLUŽBAH ZA DUŠEVNO ZDRAVJE

V Sloveniji so leta 2018 na primarni ravni zaradi katerekoli duševne motnje obravnavali 8 418 otrok in mladostnikov in 74 631 odraslih, na sekundarni ravni pa 10 651 otrok in mladostnikov ter 53 851 odraslih. V bolnišnici je bilo v letu 2018 obravnavanih zaradi katerekoli duševne motnje 487 otrok in mladostnikov in 9932 odraslih (Zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost (NIJZ 2) in Spremljanje bolnišničnih obravnav (NIJZ 8, 10, 12, SPP)). Iskanje pomoči v službah za duševno zdravje po podatkih iz baz med letoma 2011 in 2017 na primarni ravni se malenkost znižuje, v zadnjih letih pa spet zvečuje. Na sekundarni ravni se število obiskov malenkost

znižuje razen pri otrocih in mladostnikih, kjer prihaja do postopnega povečevanja obiskov. Število hospitalizacij se zvečuje za starostno skupino nad 65 let ter za otroke in mladostnike.

Podrobni podatki in trendi so v prilogi Razpredelnice 1 a in 1 b, Razpredelnice 2 a in 2 b ter Slika 1 a in 1 b.

Evidenca porabe zdravil izdani na recept (NIJZ 64) kaže, da se povečuje število receptov za psihostimulanse pri otrocih in mladostnikih, antidepresive in antipsihotike pri odraslih nad 50 let, pada pa število predpisanih receptov za anksiolitike (Slika 2 a, 2 b, 2 c in 2 d, v prilogi).

RAZPOREDITEV SPECIALISTOV S PODROČJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Razpredelnica 1 a kaže, da je velika večina specialistov psihiatrov zaposlenih v specializiranih psihiatričnih bolnišnicah in oddelkih. Enako nesorazmerje je tudi v razporeditvi specializantov psihiatrije, saj je večina v bolnišnicah (Razpredelnica 1 b).

Večje število specialistov otroške in mladostniške psihiatrije je trenutno zaposlenih v štirih bolnišničnih oddelkih otroške / mladostniške psihiatrije, ki so locirani na terciarni ravni v Ljubljani in Mariboru. Terciarna raven pokriva namreč tako hospitalni del, kot pred in post hospitalno ambulantno terciarno dejavnost, kot tudi urgentno službo za področje celotne države. Dodatna dva specialista otroške in mladostniške psihiatrije, prikazana v razpredelnici 3 a kot hospitalna, sta zaposlena v Klimatskem zdravilišču Rakitna, ki predstavlja od celotne mreže neodvisen program.

Število specialistov klinične psihologije je izrazito prenizko zlasti na primarni ravni (Razpredelnica 3 a). Tudi število specializantov klinične psihologije na primarni ravni je prenizko, kar pa je odraz dejstva, da je specializacija klinične psihologije strošek izvajalca (Razpredelnica 3 b).

Razpredelnica 1 a. Število vseh specialistov s področja duševnega zdravja v letu 2020 glede na raven prve zaposlitve (junij 2020)

Raven zaposlitve	**Specialisti psihiatrije**	**Specialisti otroške in mladostniške psihiatrije**	**Specialisti klinične psihologije**	**Skupaj**
Bolnišnice	134	17	40	191
Specialistične ambulante v osnovnem zdravstvu	44	9	46	99
Specialistična ambulanta (koncesija)	37	8	10	55
Skupaj	215	34	96	345

Razpredelnica 1 b. Število vseh specializantov v letu 2020 glede na raven izbrane zaposlitve (junij 2020)

Raven zaposlitve	Specializanti psihiatrije	Specializanti otroške in mladostniške psihiatrije
Bolnišnice	48*	13 (5 specializacij iz nacionalnega razpisa, 8 za znanega izvajalca)
Specialistične ambulante v osnovnem zdravstvu	6	9
Skupaj	54	22

*podatki iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (RIZDDZ) prikaže zaposlitev kadra, kot ga poročajo izvajalci zdravstvene dejavnosti. Poročanje izvajalcev ni vedno ažurno. Pri specializantih je pomemben podatek, ali specializirajo za znanega izvajalca ali so njihove specializacije iz nacionalne liste (torej nimajo znanega izvajalca, ki jih bo zaposlil po zaključku specializacije). Tega podatka iz prej omenjenega registra ni mogoče dobiti. Podatki za specializante psihiatrije, ki smo jih pridobili iz Zdravniške zbornice Slovenije, kažejo manjše število specializantov in razmerje, da je ena tretjina specializacij za znanega izvajalca in dve tretjini na nacionalnem razpisu.

V Prilogi 1 so Razpredelnice 4 a, 4 b, 4 c, 4 d, 4 e in 4 f, ki podrobno prikazujejo razporeditev specialistov psihiatrije, otroške in mladostniške psihiatrije ter specializantov teh dveh strok po regijah OE ZZZS in ravni zaposlitve. Razporeditev specialistov psihiatrije je prikazana v absolutnih številkah in na 100.000 prebivalcev nad 19 let. Razporeditev specialistov otroške in mladostniške psihiatrije pa je prav tako prikazana v absolutnih številkah in na 100.000 prebivalcev od 0 do 19 let. Število specializantov prikazujemo samo v absolutnih številkah. **Razpredelnice 4 a, 4 b, 4 c, 4 d, 4 e in 4 f v Prilogi, ki prikazujejo regionalno razporeditev specialistov/100 000 odraslih prebivalcev in otrok ter mladostnikov do 19. leta starosti jasno pokažejo izrazito neenakomerno razporejenost specialistov in programov na področju duševnega zdravja.**

V razpredelnicah 4 g in 4 h v Prilogi 1pa prikazujemo razporeditev specialistov klinične psihologije po OE ZZZS regijah in ravni zaposlitve. Ne razpolagamo s podatki o regionalni razporeditvi specializantov klinične psihologije. Razporeditev specialistov klinične psihiatrije je prikazana v absolutnih številkah in na 100.000 prebivalcev, ker ne razpolagamo s podatkom, s katero populacijo ti specialisti delajo.

V letu 2020 je od skupnega števila 215 specialistov psihiatrije v regiji OE ZZZS Ljubljana zaposlenih 107, v regiji OE ZZZS Maribor pa 38. Tudi regionalna razporeditev zaposlitev specializantov psihiatrije ni primerna, saj jih od skupnega števila 54, 28 zaposlenih v regiji OE ZZZS Ljubljana, od tega 27 v bolnišnicah, 11 v regiji OE ZZZS Maribor, vsi pa so zaposleni v bolnišnicah (Razpredelnice 4 a, 4 b in 4 c v Prilogi 1).

Regionalna razporeditev specialistov otroške in mladostniške psihiatrije je naslednja: od skupnega števila 34 specialistov 17 v regiji OE ZZZS Ljubljana in 10 v regiji OE ZZZS Maribor. Takšna razporeditev je posledica treh bolnišničnih oddelkov v OE Ljubljana in enega v OE ZZZS Maribor. Ti oddelki so se vsi vključili v podporo delovanja mreže CDZOM tako z izvajanjem prehospitalne in pohospitalne ambulante kot tudi z izvajanjem urgentne službe.

Sedem specialistov otroške in mladostniške psihiatrije dela v drugih regijah, dve regiji pa sta brez specialista otroške in mladostniške psihiatrije (Krško in Murska Sobota). Od skupnega števila 22 specializantov otroške in mladostnike psihiatrije jih je 15 v regiji OE ZZZS Ljubljana in 7 v drugih regijah. Osem specializantov otroške in mladostniške psihiatrije je zaposlenih v bolnišnicah, 5 jih specializira na osnovi nacionalnega razpisa, 9 pa za znanega delodajalca na primarni ravni.

Razpredelnica 2 prikazuje število specialistov psihiatrije in otroške in mladostniške psihiatrije po posameznih specializiranih bolnišnicah in oddelkih.

Razpredelnica 2. Število specialistov psihiatrije in otroške in mladostniške psihiatrije po posameznih specializiranih bolnišnicah in oddelkih v letu 2020

Specializirane psihiatrične bolnišnice in specializirani oddelki bolnišnic	**Specialisti psihiatrije**	**Specialisti otroške in mladostniške psihiatrije**
PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA BEGUNJE	18	0
PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA IDRIJA	20	0
PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA ORMOŽ	8	0
PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA VOJNIK	12	0
UKC LJUBLJANA	2	5
UKC MARIBOR	20	4
MKZ RAKITNA	1	2
UPK LJUBLJANA	49	5
BOLNIŠNICA SEŽANA	1	0
SPLOŠNA BOLNIŠNICA CELJE	1	0
SPLOŠNA BOLNIŠNICA SLOVENJ GRADEC	2	1
Skupaj	**134**	**17**

Pogodbeno delo specialistov psihiatrije in otroške in mladostniške psihiatrije štejemo kot delo pri drugem delodajalcu, ne delo na več deloviščih pri istem delodajalcu. Kot pogodbeno delo specialisti opravljajo dežurstva pri drugih izvajalcih, delo v komisijah za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami, opravljanje specialistične dejavnosti v zavodih in domovih za starejše, v zaporih, pri koncesionarjih in v zdravstvenih domovih.

Razširjenost pogodbenega dela kaže na izrazito pomanjkanje specialistov na primarni ravni, ki s pogodbenim delom poskuša zagotavljati minimalno dostopnost storitev na primarni ravni.

PROGRAMI ZZZS S PODROČJA DUŠEVNEGAZDRAVJA

Razpredelnica 3 a prikazuje program ZZZS za ambulantno psihiatrično dejavnost za leti 2013 in 2019 in kaže, da se program v opazovalnem obdobju v svojem obsegu ni bistveno spreminjal, do delnega povečanja je prišlo na ravni ambulantnih timov v zdravstvenih domovih na račun koncesionarjev. Kaže tudi na to, da skoraj polovico ambulantnega programa izvajajo bolnišnice.

Pri ambulantni pedopsihiatričnimi dejavnosti vidimo, da se je program med letoma 2013 in 2019 povečal tako v bolnišnicah kot v zdravstvenih domovih, pri koncesionarjih pa se je zmanjšal za 1,1 tim (Razpredelnica 3b).

Razpredelnica 3a. Ambulantna psihiatrična dejavnost v letu 2013 in 2019. Vir: Podatki ZZZS

Psihiatrija	Ambulantni timi v bolnišnicah		Ambulantni timi v zdravstvenih domovih		Koncesionarji	
Leto	2013	2019	2013	2019	2013	2019
Število	46,50	47,97	24,97	30,5	36,11	31,8

Razpredelnica 3b. Ambulantna pedopsihiatrična dejavnost v letu 2013 in 2019. Vir: Podatki ZZZS

Pedopsihiatrija	Ambulantni timi v bolnišnicah		Ambulantni timi v zdravstvenih domovih		Koncesionarji	
Leto	2013	2019	2013	2019	2013	2019
Število	5	9,1	8	14,8	9	7,9

Regionalno razporeditev ambulantne specialistične dejavnosti na področju duševnega zdravja prikazuje Razpredelnica 4, ki prav tako kaže neenakomerno regionalno razporeditev programov, kar se sklada z neenakomerno regionalno razporejenostjo specialistov na področju duševnega zdravja.

Razpredelnica 4. Timi ambulantne dejavnosti za duševno zdravje pri vseh izvajalcih zdravstvene dejavnosti po OE enotah ZZZS za leto 2013 in 2019. Vir: podatki ZZZS

Timi pri vseh izvajalcih (število)	Specialistična psihiatrija		Klinična psihologija		Specialistična pedopsihiatrija		Dispanzer za mentalno zdravje	
Leto	2013	2019	2013	2019	2013	2019	2013	2019
OE Celje	7,4	7,6	3,0	3,7	0,8	1,1	11,8	9,0
OE Koper	7,0	9,7	2,0	2,0	1,5	1,5	1,0	2,0
OE Kranj	5,3	5,3	6,0	7,0	3,1	4,2	8,0	8,0
OE Krško	3,1	3,4	0,9	1,5	0,0	0,0	4,6	3,6
OE Ljubljana	50,3	49,1	21,4	31,5	8,6	12,3	19,0	23,2
OE Maribor	17,2	16,6	9,4	11,4	4,8	9,8	6,9	9,5
OE Murska Sobota	4,2	5,9	4,6	5,6	0,4	0,4	6,7	4,9
OE Nova Gorica	4,3	3,4	2,2	0,2	1,1	0,6	4,1	3,0
OE Novo mesto	4,0	5,5	1,0	1,0	1,0	1,0	6,9	6,9
OE Ravne na Koroškem	4,7	3,5	3,9	4,1	0,0	0,9	7,5	3,7
SKUPAJ	107,6	110,7	54,3	68,0	21,3	31,8	76,4	73,9

Skupnostna psihiatrična obravnava se izvaja v treh oblikah, ki se med seboj zelo razlikujejo in je dostopnost do teh obravnav neenaka: 1) Skupnostna obravnava v psihiatrični bolnišnici – do te obravnave imajo dostop samo tisti pacienti, ki so bili pred tem hospitalizirani v psihiatrični bolnišnici. Število obravnav v vseh bolnišnicah je okrog 338 primerov letno, 2) Nadzorovana obravnava v psihiatrični bolnišnici - do te obravnave imajo dostop samo tisti pacienti, ki jim je takšno obravnavo odobrilo sodišče. Število obravnav je okrog 95 primerov letno (Razpredelnica 5). 3) Skupnostna obravnava v Centrih za duševno zdravje odraslih (CDZO) na primarni ravni - do te obravnave imajo dostop vsi pacienti v skupnosti, ki takšno obravnavo potrebujejo. Njihovo iskanje je aktivno. Število obravnav v enem CDZO na tim je med 200 in 300 ljudi letno.

Razpredelnica 5. Skupnostna psihiatrična obravnava – število primerov v psihiatričnih bolnišnicah

Bolnišnica	BOL - psihiatrija - skupnostna psihiatrija	BOL - psihiatrija - nadzorovana obravnava
PB Vojnik	30	15
PB Begunje	30	6
PB Idrija	130	8
UPK Ljubljana	68	19
UKC Maribor	50	46
PB Ormož	30	1,00
Skupaj	338	95

Hospitalna psihiatrična obravnava in njena razporeditev po posameznih psihiatričnih bolnišnicah, je prikazana v Razpredelnici 6.

Razpredelnica 6. Bolnišnične službe za duševno zdravje in program za leto 2020

Bolnišnica	BOL - psihiatrija - primer	BOL - psihiatrija - med. oskrba v dnevni obr. - primer
PB Vojnik	1380	0
PB Begunje	1166	420
PB Idrija	1515	110
UPK Ljubljana	3776	526
UKC Maribor	1481	47
PB Ormož	1076	160
Skupaj	10394	1263

V Sloveniji se soočamo z resnimi težavami pri nameščanju ljudi s hudimi težavami v duševnem zdravju v varovane oddelke posebnih socialno varstvenih zavodov. Število oseb, ki so nameščene v varovane oddelke na podlagi sklepov sodišč, že nekaj let močno presega prostorske in kadrovske kapacitete socialnovarstvenih zavodov v državi. Sodišča so izdajala sklepe o namestitvah kljub temu, da so vsi zavodi sporočali, da so njihove zmožnosti za

namestitev že zdavnaj presežene, a so jih morali sprejemati kljub temu, da primernih pogojev niso mogli zagotoviti.

Z leti se je problem stopnjeval in dolgoletno prakso sodišč je dne 25.4.2019, z odločbo II Ips 51/2019, prekinilo Vrhovno sodišče, ko je presodilo, da namestitev dodatnih oseb v že prezasedene socialnovarstvene zavode ni sprejemljiva z vidika posega v ustavne pravice uporabnikov zavoda. Posledica tega je bila, da so osebe ob pomanjkanju prostora v posebnih socialno varstvenih zavodih ostajale v psihiatričnih bolnišnicah. V istem letu je o problemu odločalo tudi Ustavno sodišče Republike Slovenije in izvršni veji oblasti naložilo, da nemudoma, brez nepotrebnega odlašanja, zagotovi pogoje v varovanih oddelkih socialno varstvenih zavodov na način, da ne bo nesorazmerno poseženo v človekove pravice varovanih oseb (U-I-477/2019, z dne 23.5.2019).

Rešitev za nastali problem ni samo povečevanje kapacitet varovanih oddelkov socialno varstvenih zavodov. Problem je mogoče zmanjšati na trajnosten in na človeku bolj prijazen način, z manj intenzivnimi posegi v temeljne človekove pravice. Ni dopustno, da so osebe s hudimi težavami v duševnem zdravju nameščene v varovane oddelke socialno varstvenih zavodov zato, ker ni drugih oblik namestitve, in še huje, ker sicer ne morejo priti do ustrezne psihiatrične oskrbe, ker je v njihovem lokalnem okolju ni. Ni dopustno, da se ljudje po odpustu iz varovanega oddelka posebnega socialno varstvenega zavoda vrnejo v okolje, kjer nimajo ustrezne psihiatrične oskrbe in je zato samo vprašanje časa, kdaj bodo ponovno nameščeni v zavod ali bolnišnico.

Problem vedno večjih potreb po nastanitvah in obravnavah v posebnih socialno varstvenih zavodov je mogoče zelo hitro rešiti z ustrezno in zadostno skupnostno in ambulantno oskrbo v zdravstvenih domovih, ki imajo ustrezno in zadostno zaledje komplementarne mreže stanovanjskih skupin in rehabilitacijskih in podpornih programov, ki odgovarjajo na potrebe varovancev zavodov. Ta mreža ne more odgovoriti le na potrebe redkih najbolj invalidnih posameznikov, ki so zaradi teže bolezni nevarni sebi in drugim in s sodobnimi metodami zdravljenja in rehabilitacije pri njih ne dosežemo zadostnega umika simptomov. Naša ocena je, da število teh ne presega 30% varovancev v sedanjih posebnih socialnih zavodih kot so Hrastovec, Dom na Krasu in drugih posebnih zavodov, ki imajo danes preko 1600 stanovalcev.

Bivanje ljudi v domačem okolju, ali v stanovanjski skupini (kadar oseba nima možnosti bivanja doma), skupaj z intenzivno skupnostno psihiatrično obravnavo, daje dobro podlago za kar največjo samostojnost in usposabljanje za samostojno življenje. Za ljudi je bolj prijazno in dolgoročno preverjeno učinkoviteje, stroški obravnave oseb niso višji kot v institucionalnem varstvu.

CENTRI ZA DUŠEVNO ZDRAVJE

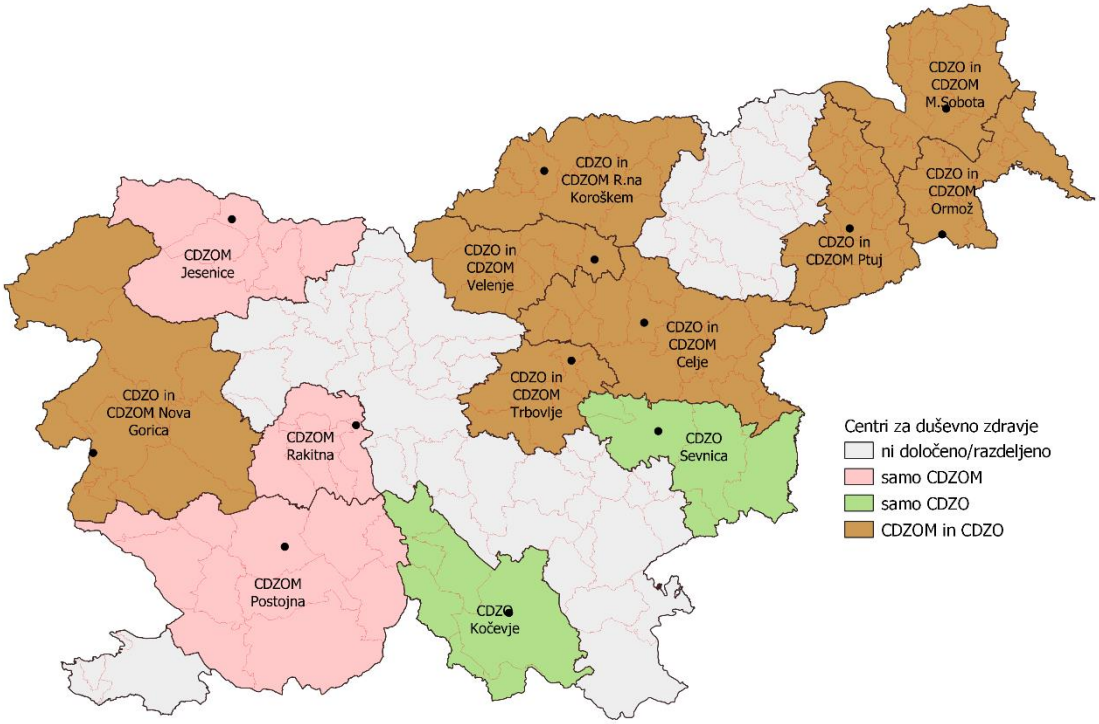
Za zagotavljanje celostne obravnave otrok mladostnikov ter odraslih s težavami v duševnem zdravju Nacionalni program duševnega zdravja za 10 letno obdobje predvideva nadgradnjo obstoječe mreže služb s 25-imi centri za duševno zdravje otrok in mladostnikov (v nadaljevanju CDZOM) ter 25 centri za duševno zdravje odraslih (v nadaljevanju CDZO). Ti centri se vzpostavljajo na primarni ravni zdravstvene dejavnosti, v okviru zdravstvenih domov za področja z okoli 80.000 prebivalci, med temi 64.000 odraslih ter 16.000 otrok in mladostnikov. Centri so z vstopno triažno službo široko dostopni osebam s težavami v duševnem zdravju. Zagotavljajo preventivne storitve ter celostno multidisciplinarno ambulantno in skupnostno obravnavo. Skupnostna obravnava je obravnava osebe s težavo v duševnem zdravju na njenem bivališču in je namenjena kriznim posegom, intenzivnemu spremljanju stanja in poteka zdravljenja ter zdravstveni in socialni rehabilitaciji osebe po vrnitvi iz bolnišnice.

Od marca 2019 do konca leta 2020 se je postopoma vzpostavilo 10 CDZO in 11 CDZOM. Glede na večji delež težav v duševnem zdravju in večje pomanjkanje kadra na področju duševnega zdravja v vzhodni kohezijski regiji, se je večina CDZO in CDZOM vzpostavila v vzhodnem delu Slovenije (Slika 1).

Nosilni zdravstveni domovi do sedaj vzpostavljenih regijskih CDZO in CDZOM so:

CDZO: Celje, Kočevje, Murska Sobota, Nova Gorica, Ormož, Ptuj, Ravne na Koroškem, Sevnica, Trbovlje, Velenje.

CDZOM: Celje, Jesenice, Murska Sobota, Nova Gorica, Ormož, Postojna, Ptuj, Rakitna (Brezovica), Ravne na Koroškem, Velenje.



Slika 1 prikazuje območja, kjer so že vzpostavljeni CDZ, ali oba centra (CDZOM in CDZO) ali po en od dveh ali več predvidenih CDZ. Prikazano pa so tudi območja (svetlo sivo), kjer CDZ še niso vzpostavljeni, ponekod zaradi pomanjkanja kadra še niso določeni nosilci.

Na območju zdravstvenih domov Nova Gorica, Ajdovščina, Tolmin in Idrija, kjer sta predvidena dva CDZOM in dva CDZO (na sliki označeno svetlo rjavo) je do sedaj vzpostavljen po en CDZOM in CDZO in sicer v ZD Nova Gorica. Dodaten CDZO za to območje bo vzpostavljen v ZD Tolmin v letu 2021. Dodaten CDZOM za to področje pa je predviden v ZD Idrija.

Podobno velja za območje celjske regije, v kateri so predvideni trije CDZOM in trije CDZO. Do sedaj je vzpostavljen 1 CDZOM in 1 CDZO v ZD Celje.

Območja, ki so na zgornjem zemljevidu obarvana svetlo sivo, obsegajo regije OE ZZZS Maribor, Kranj, Novo Mesto, Koper in delno OE ZZZS Ljubljana. V obalnih občinah, ki jih pokrivajo trije zdravstveni domovi (ZD Koper, ZD Piran in ZD Izola) se bosta vzpostavila CDZOM (ZD Piran) in CDZO (ZD Koper) v letu 2021. V regiji OE ZZZS Maribor se predvidevajo trije CDZOM in trije CDZO. Po en CDZOM in CDZO se bo vzpostavil v ZD Maribor v letu 2021.

Najbolj problematični območji za vzpostavljanje CDZ je regija OE ZZZS Novo Mesto in Kranj, kjer je problem izrazito pomanjkanje specialistov psihiatrije. Na območju celotne Gorenjske ni niti enega specialista psihiatrije v Osnovnem zdravstvu Gorenjske. Od 20 psihiatrov v tej regiji, jih 18 dela v Psihiatrični bolnišnici Begunje, dva sta koncesionarja pred upokojitvijo.

Vzpostavljanje mreže CDZO (3) na območju Osnovnega zdravstva Gorenjske brez prestrukturiranja in prenosa specialistov psihiatrije in/ali specializantov psihiatrije ne bo mogoče vzpostaviti dostopnih služb za duševno zdravje za odrasle na primerni ravni, saj na večkratnih razpisih ZD Kranj ni uspel pridobiti nobenega specialista psihiatrije.

Nasprotno pa so službe na področju skrbi za otroke in mladostnike na Gorenjskem dobro razvite. En CDZOM se je vzpostavil na Jesenicah v novembru 2020, dva CDZOM pa se bosta vzpostavila v letu 2022 z integracijo obstoječih služb ter z novim zaposlovanjem (ZD Kranj in ZD Škofja Loka).

Regija OE Novo Mesto je problematična kar se tiče razpoložljivosti specialistov psihiatrije, otroške in mladostniške psihiatrije ter klinične psihologije. Ne glede na to, da v ZD Novo Mesto od leta 2013 uspešno deluje polovični pilotni tim skupnostne psihiatrije, v regiji ni bilo dovolj kadra, da bi se vzpostavil CDZO. Ravno tako ni ustreznega kadra za vzpostavitev CDZOM. Pogodbeniki v regiji zagotavljajo minimalno ambulantno psihiatrično oskrbo.

Na območju, ki ga pokriva ZD Ljubljana, se bodo vzpostavili štirje CDZOM in štirje CDZO. Večina specialistov psihiatrije in otroške in mladostniške psihiatrije je zaposlenih v bolnišnicah, od 7 ambulantnih specialistov otroške in mladostniške psihiatrije na območju, ki ga pokriva ZD Ljubljana, imajo 4 koncesijsko pogodbo. V celotnem ZD Ljubljana imajo enega specialista otroške in mladostniške psihiatrije in nobenega psihiatra. Ambulantno obravnavo odrasli v Ljubljani izvajajo koncesionarji ali pa Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana. V ZD Ljubljana je zaposlenih pet specialistov klinične psihologije.

Zaradi pomanjkanja specialistov psihiatrije, otroške in mladostniške psihiatrije ter klinične psihologije so se začeli vzpostavljati CDZO in CDZOM z minimalnimi timi, čeprav je postavljen standard kadra bistveno večji (Razpredelnica 7 a in 7 b).

Razpredelnica 7 a. CDZOM

Standardni tim	Minimalni tim
Specialist otroške in mladostniške psihiatrije (1) Specialist klinične psihologije (3)** Psiholog (2) Specialni pedagog (2) Delovni terapevt (1) Logoped (1) Klinični logoped (1) Socialni delavec (1) Dipl. med. sestra/višja med. sestra (2) Administrator (2)	Specialist otroške in mladostniške psihiatrije (0,5) ali specialist klinične psihologije (1)** Specialni pedagog ali delovni terapevt ali logoped ali klinično logoped (3) Psiholog (3)* Diplomirana medicinska sestra (2) Socialni delavec (1) Administrator (15,27% kadra)

*zaposleni psihologi vstopajo postopno v specializacijo

Razpredelnica 7 b. CDZO

Standardni tim	Minimalni tim
Ambulantni tim	
Specialist psihiater (1), Specialist klinične psihologije (2)** Psiholog (1) Dipl. med. sestra (DMS) (1) Socialni delavec (1) Administrator (1)	Specialist psihiater (0,5), Psiholog (2)* Dipl. med. sestra (DMS) (1), Socialni delavec (0,5) Administrator (15,27% kadra)
Tim za skupnostno psihiatrično obravnavo	
Specialist psihiater (1) Diplomirani delovni terapevt/višji delovni terapevt (1) specialist klinične psihologije (1) Psiholog (1) dipl. med. sestra (DMS) (5) Socialni delavec (1) Administrator (1,3)	Specialist psihiater (0,5) Diplomirani delovni terapevt/višji delovni terapevt (1) Psiholog (2)* Dipl. med. sestra (DMS) (3) Socialni delavec (0,5) Administrator (1,3)

*zaposleni psihologi vstopajo postopno v specializacijo

**zaradi pomanjkanja specialistov klinične psihologije je prehodno znižanje standarda za enega specialista klinične psihologije v CDZOM in ambulantnem delu CDZO za obdobje 3 let

Tim CDZO in CDZOM je kadrovsko okrepljen v primerjavi z običajno ambulantno specialistično dejavnostjo in opravlja bistveno širše in bolj intenzivne obravnave (Razpredelnica 7 a in 7 b).

Razpredelnica 7 a. Razlike med obravnavo v pedopsihiatričnih ambulantah in obravnavo, ki poteka v CDZOM

	Pedopsihiatrične ambulante	**Tim CDZOM**
Naloge	Storitve prvih in ponovnih pregledov	• triažne službe • sistematski psihološki pregledi triletnikov; • zgodnja diagnostika pedopsihiatra/kliničnega psihologa; • multidisciplinarnih timskih obravnav s strokovnjaki zunanjih institucij, • terapevtska obravnava otrok (različni strokovnjaki tima); • svetovanja ob kriznih situacijah • intervencije na domu pri otrocih/mladostnikih • izobraževanje strokovnjakov v lokalnem okolju (vrtci, šole) • izvajanje programa starševstva Neverjetna leta • izvajanje programov starševstva na domu • sodelovanje z vsemi ključnimi deležnik
Regionalna pokritost	Neenakomerna	Enakomerna – 1 CDZ na 12 000 do 16 000 otrok in mladostnikov
Čakalne dobe	Zelo različne in nepredvidljive	Vzpostavljen postopek usmerjanja. Čakalne dobe so še vedno problem.

Razpredelnica 7 b. Razlike med obravnavo v psihiatričnih ambulantah in ambulantno obravnavo v CDZO in skupnostno obravnavo, ki poteka v okviru psihiatričnih bolnišnic in skupnostni obravnavi v CDZO

	Obstoječe službe	**CDZO**
Ambulanta	**Psihiatrične ambulante**	**Psihiatrični ambulantna obravnava v CZDO**
Naloge	Storitve prvih in ponovnih pregledov	• triažne službe • Zgodnja in kontinuirana obravnava vseh duševnih motenj • obravnava v multidisciplinarnem timu • svetovanja ob kriznih situacijah

		• izobraževanje strokovnjakov v lokalnem okolju • izvajanje različnih terapevtskih ukrepov v lokalnem okolju v tesnem sodelovanju z lokalno mrežo pomoči • sodelovanje z vsemi ključnimi deležniki lokalnega okolja
Regionalna pokritost	Neenakomerna	Enakomerna – 1 CDZO na 50 - 75000 prebivalcev 19+
Čakalne dobe	Zelo različne in nepredvidljive	Ni čakalnih dob, vzpostavljen postopek usmerjanja
Skupnostna obravnava	**Tim skupnostne obravnave v psihiatrični bolnišnici**	**Tim skupnostne obravnave v CDZO**
Naloge	Obravnava in spremljanje po odpustu iz bolnišnice z namenom preprečevanja poslabšanja in ponovitve hospitalizacije	• Kontinuirana multidisciplinarna obravnava oseb v skupnosti, • intenzivno spremljanje ob poslabšanju duševne motnje in po odpustu iz bolnišnice in preprečevanje hospitalizacij • mobilna psihiatrična služba, ki spremlja, zdravi in celostno obravnava paciente v kriznih stanjih in spremlja ljudi s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami ter ljudi z demenco • izvajanje različnih terapevtskih ukrepov v lokalnem okolju v tesnem sodelovanju z lokalno mrežo pomoči • aktivno iskanje ljudi s težavami v duševnem zdravju v skupnosti v sodelovanju z službami, ki delujejo v lokalnem okolju in s celotno skupnostjo.
Regionalna pokritost	Območje, ki ga pokriva psihiatrična bolnišnica	Območje, ki ga pokriva CDZO
Dostopnost	Omogočeno samo osebam, ki so bile predhodno obravnavane v bolnišnici	Omogočeno vsem ljudem, ki obravnavo v skupnosti na območju CDZO potrebujejo

V CDZOM in CDZO zaradi novega koncepta dela nismo imeli ustreznega šifranta glede na obstoječe šifrante storitev. Zato smo oblikovali nov šifrant, ki se uporablja za evidentiranje storitev od 1. 9. 2020. Šifrant novih storitev CDZOM in CDZO je v fazi preverjanja in bo formalno uveden za beleženje storitev od 1. 7. 2021 dalje.

Vzpostavljanje CDZOM in CDZO v času pilotnega obdobja prvega AN na način, da so se ob obstoječe službe na področju duševnega zdravja v nosilnem ZD, dodajali CDZ, se je izkazal za neučinkovitega, saj je prihajalo do še večje razdrobljenosti služb in že tako malo številčni kader je bil razporejen na več delovišč. Na primer iz obstoječe psihiatrične ambulante v ZD so delno kader ohranili in delno prenesli v CDZO (finančni prihranek nosilnega ZD). Podobno se je dogajalo z ambulantami klinične psihologije.

Posledica je, da ne dosegamo polne kadrovske zasedbe v CDZ niti tam, kjer je kadra dovolj, saj nosilni ZD skuša ohraniti službe v obstoječih organizacijskih oblikah in dodajati nove. Ob pomanjkanju določenega kadra (psihiatri in klinični psihologi), to ni izvedljivo.

Zaradi zgoraj zapisanega je potrebno zagotoviti integracijo obstoječih služb za duševno zdravje v nosilnem ZD v CDZ, saj je obravnava v okviru CDZ multidisciplinarna in omogoča več storitev kot zgolj ambulantna obravnava. To bo uredil SD 2021. V primeru preseganja standarda kadra CDZO pri posameznih ZD se upošteva »regionalni standard« preskrbljenost iz Razpredelnice 12.

Primarno se vzpostavi mreža CDZ po vsej Sloveniji in v naslednji fazi se dopolnjuje mreža služb na področju DZ z manjkajočimi timi do standarda iz Razpredelnice 12, prednostno v okoljih z večjim pomanjkanjem.

PODPORA IMPLEMENTACIJI CENTROV ZA DUŠEVNO ZDRAVJE

NIJZ upravlja in koordinira vzpostavljanje in delovanje CDZ na nacionalni in regionalni ravni. Na nacionalni ravni strokovno in organizacijsko podpira implementacijo CDZ skupina šestih interdisciplinarnih strokovnjakov, na območni ravni pa 9 regijskih koordinatorjev na področju duševnega zdravja, ki so zaposleni na območnih enotah NIJZ (OE NIJZ).

Ključne naloge nacionalne koordinacije in podpore vzpostavljanju CDZ so:

- oblikovanje organizacijsko tehničnih izhodišč za vzpostavljanje in delovanje CDZ;
- priprava finančnih izhodišč za vrednotenje programa CDZ in sodelovanje pri dogovarjanjih, vezanih na organizacijsko tehnične in finančne pogoje s ključnimi deležniki in odločevalci;
- sodelovanje z lokalnimi deležniki z namenom vzpostavitve novih CDZ in zagotavljanja ustreznih pogojev in delovanja CDZ;

- priprava strokovnih izhodišč za delovanje CDZ v sodelovanju z ustrezno stroko na področju duševnega zdravja (smernice, protokoli sodelovanja, kliničnih poti, novih strokovnih intervencij/delavnic, …);
- vodenje strokovne interdisciplinarne skupine za mrežo CDZOM in CDZO;
- strokovni obiski in strokovna svetovanja posameznim CDZ (skupaj izvedenih 14 posvetov);
- izvajanje supervizije;
- organiziranje in izvajanje izobraževanja in usposabljanja za zaposlene v CDZ in za zdravstvene strokovnjake primarne ravni in druge deležnike izven zdravstva, ki delujejo na področju duševnega zdravja, s ciljem ustreznejše obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju in optimalnejšega med profesionalnega sodelovanja;
- razvoj promocijskih in komunikacijskih orodij
- izvajanje promocije in komuniciranja za potrebe CDZ na nacionalni ravni
- evalvacija dela CDZ in spremljanje kazalnikov kakovosti

Regijski koordinatorji na področju duševnega zdravja podpirajo implementacijo in delovanje CDZ s sledečimi nalogami:

- sodelovanje pri vzpostavljanju CDZ, sodelovanje z območnimi direktorji ZD in iskanje konsenzov glede vzpostavljanja CDZ, iskanje kadrovskih rešitev skupaj z aktualnim nosilcem CDZ in ostalimi deležniki;
- redni mesečni sestanki koordinatorjev s CDZ s ciljem pregleda in iskanja rešitev za ovire,
- načrtovanje in podpora predstavitvam CDZ zdravstvenim službam na primarni in sekundarni ravni in deležnikom izven zdravstvenega sistema;
- podpora pri organiziranju in izvajanju regionalno/lokalnih izobraževanj, dogodkov, srečanj z deležniki;
- izvajanje lokalne promocije CDZ in programov na področju duševnega zdravja;
- sodelovanje pri vzpostavljanju in delovanju (skupaj c CDZ) regijskih svetov za duševno zdravje (RSDZ) in podpora umeščanju vsebin za duševno zdravje v akcijske načrte RSDZ in v programe v lokalnih skupin za zdravje;
- organiziranje regijskih posvetov na temo duševnega zdravja;
- sodelovanje pri pripravi in izvajanju lokalne ocene stanja in potreb na področju duševnega zdravja (z vidika kadrov, služb, programov, ranljivih skupin, komuniciranja,…)

EVALVACIJA DELOVANJA CENTROV ZA DUŠEVNO ZDRAVJE

V nadaljevanju predstavljamo podatke o delovanju CDZ od začetka njihovega delovanja do konca meseca junija 2020 oziroma z nekaterimi ZZZS podatki do konca septembra 2020 - kar vključuje tudi obravnave v času epidemije korona-virusa.

Obrazci za popis delovanja (evalvacijske ankete) so bili v prvem polletju (izpolnitev do septembra 2020) poslani desetim CDZO in desetim CDZOM. Popis ni bil opravljen v dveh centrih in sicer v CDZOM Ormož, ki je z delovanjem pričel šele septembra 2020; ter CDZOM Jesenice, ki se je konec leta 2020 šele vzpostavil.

Pričetek delovanja

CDZOM so pričeli z delovanjem v različnih časovnih obdobjih in sicer prvi center je pričel z delovanjem v Celju (februar 2019) in za njim na Ptuju (marec 2019). V sredini leta se je vzpostavil CDZOM Postojna (julij 2019), proti koncu leta (od septembra do novembra) pa so se vzpostavili Trbovlje, Nova Gorica, Ravne na Koroškem, Brezovica, Murska Sobota in Velenje. Ormož je pričel z delovanjem šele konec leta 2020, zato v analizo ni zajet. Decembra 2020 pa se je vzpostavil še center na Jesenicah, ki tudi ni zajet v analizo.

CDZO so tudi različno pričeli z delovanjem in sicer prva dva centra sta pričela z delovanjem meseca marca 2019 (Ptuj in Sevnica). Kasneje so se proti koncu leta (oktobra, novembra, decembra) vzpostavili tudi drugi CDZO. Sevnica, Ravne na Koroškem in Murska Sobota so pilotno izvajali skupnostno psihiatrično obravnavo že od leta 2013.

V Razpredelnici 8 so podatki o začetkih delovanja posameznih CDZ.

Razpredelnica 8. Seznam CDZ z datumi vzpostavitve

CDZO	**Datum vzpostavitve**	**CDZOM**	**Datum vzpostavitve**
Ptuj	marec 2019	Celje	februar 2019
M. Sobota	marec 2019 (+pilot)	Ptuj	marec 2019
Sevnica	december 2019 (+pilot)	Postojna	julij 2019
Trbovlje	oktober 2019	Trbovlje	september 2019
Ravne na Koroškem	oktober 2019 (+pilot)	Nova Gorica	oktober 2019
Nova Gorica	oktober 2019	Ravne na Koroškem	oktober 2019
Velenje	november 2019	Brezovica	oktober 2019
Celje	december 2019	M. Sobota	november 2019
Kočevje	december 2019	Velenje	november 2019
Ormož	september 2020	Ormož	september 2020
		Jesenice	december 2020

Kadrovska struktura zaposlenih v CDZ

Razpredelnica 9a prikazuje stanje kadra v obstoječih CDZOM in potrebe po kadrih, če želimo dopolniti manjkajoči kader v obstoječi mreži CDZOM in vzpostaviti manjkajoče CDZOM. Za kadrovsko dopolnitev že obstoječih CDZOM (do standardnih timov) in vzpostavitev manjkajočih, novih CDZOM je potrebnih predvidoma dodatnih 20 specialistov otroške in mladostniške psihiatrije in 68 dodatnih specialistov klinične psihologije.

Razpredelnica 9a: Manjkajoči kader za dopolnitev kadrovske strukture do polnih timov obstoječih in novo oblikovanih CDZOM

Profili	Ciljno število potrebnega kadra za vzpostavitev 15 novih CDZOM s standardnimi timi	Ciljno število potrebnega kadra za 11 obstoječih CDZOM s standardnimi timi	Trenutno število kadra v 11 obstoječih CDZOM	Dopolnitev obstoječe mreže 11 CDZOM do standarda	Skupaj – potreben kader za obstoječe in nove CDZOM*
Pedopsihiater	15	11	6,0	5,0	20
Klinični psiholog	45	33	9,4	23,6	68,6
Psiholog	30	22	27,1 (*24 jih čaka na specializacijo*)	22	52
Specialni pedagog	30	22	5,1	16,9	46,9
Delovni terapevt	15	11	7,0	4,0	19,0
Logoped	15	11	7,9	3,1	18,1
Klinični logoped	15	11	1,8	9,2	24,2
Socialni delavec	15	11	8,1	2,9	17,9
DMS	30	22	11,5	10,5	40,5
Administrator	30	22	10,0	12,0	42,0
Skupaj	240	176	93,9	109,2	349,2

*pri potrebnem kadru niso vključeni že zaposleni kadri na področju duševnega zdravja v ZD, ki se bodo integrirali ob vzpostavitvi v CDZOM. Število predvidenih potrebnih novih zaposlitev bo zato manjše. Ob znanih nosilcih CDZOM bomo pri ZZZS preverili število programov in kadra, ki bi se integriral.

Za kadrovsko dopolnitev že obstoječih CDZO (do standardnih timov) in vzpostavitev manjkajočih, novih CDZO je potrebnih predvidoma 37 dodatnih specialistov psihiatrije in predvidoma 76 dodatnih specialistov klinične psihologije (Razpredelnica 9b).

Razpredelnica 9b: Manjkajoči kader za dopolnitev kadrovske strukture do polnih timov obstoječih in novo oblikovanih CDZO

Profili	Ciljno število potrebnega kadra za vzpostavitev 16 novih CDZO	Ciljno število potrebnega kadra za obstoječih 10 10 CDZO	Trenutno število kadra v 10 obstoječih CDZO	Dopolnitev obstoječe mreže (10 CDZO)	*Skupaj . potreben kader za obstoječe in nove CDZO
Psihiater	32	20	14,6	5,4	37,4
Delovni terapevt	16	10	8,0	2,0	18,0
Klinični psiholog	48	30	2,0	28,0	76,0
Psiholog	32	20	17,6	2,4	34,4
Socialni delavec	32	20	12,5	7,5	39,5
DMS	96	60	38,5	21,5	117,5
Administrator	36,8	23	6,5	16,5	53,3
Skupaj	292,8	183	99,7	83,3	376,1

*pri potrebnem kadru niso vključeni že zaposleni kadri na področju duševnega zdravja v ZD, ki se bodo integrirali ob vzpostavitvi v CDZO. Število predvidenih potrebnih novih zaposlitev bo zato manjše. Ob znanih nosilcih CDZO bomo pri ZZZS preverili število programov in kadra, ki bi se integriral.

Ker so trenutni timi v obstoječih 11 CDZOM in 10 CDZO zaradi pomanjkanja kadra nepopolni glede števila kadrov in tudi poklicne zastopanosti, je tudi njihovo delovanje okrnjeno. Koncept delovanja CDZ temelji na interdisciplinarnem in timskem pristopu k obravnavi oseb, ki potrebujejo pomoč. Za ta namen so bili definirani standardni timi CDZOM in CDZO, ki lahko pokrijejo potrebe populacije na območju, ki ga CDZ pokriva (cca 12-15 000 otrok in mladih in 55-70 000 odraslih). Ob pomanjkljivi kadrovski zasedbi timov CDZ seveda ne moremo pričakovati optimalnega delovanja CDZ. Razen tega pa pokrivanje potreb populacije po obravnavah v okoljih že delujočih CDZ ovira gravitiranje populacije k že vzpostavljenim CDZ iz okolij, ki CDZ še nimajo vzpostavljenih.

Oprema in prostori

Poleg pomanjkanja kadrov je za novo vzpostavljene CDZ velika težava tudi pomanjkanje opreme in prostorov. Pomanjkanje opreme se je pokazalo predvsem v času epidemije COVID–19, saj so se povečale potrebe po izvajanju obravnav na daljavo (slušalke, kamera, računalnik). Resna ovira je pomanjkanje prostorov za novoustanovljene CDZ. Standard prostorov za posamezni CDZ zahteva za optimalno delovanje cca 150 m2 prostora, kar pa je težko dosegljivo v praksi. Večinoma so CDZ nameščeni v okrnjenih prostorih, ki ovirajo izvajanje timskih obravnav oziroma timskih sestankov. Nekateri CDZ (ZD) rešujejo prostorsko stisko z najemom prostorov. Zaradi obstoječe problematike bo v prihodnje potrebno investirati v infrastrukturo, opremo in izgradnjo novih prostorov ali prilagoditev najetih oziroma kupljenih nepremičnin. Pri skupnostni psihiatrični obravnavi so potrebna dodatna službena osebna vozila.

Število obravnavanih pacientov

V CDZOM in CDZO je bilo od začetka njihovega delovanja (večina v drugi polovici 2019) do konca meseca junija 2020 vključenih skupaj 10.295 pacientov (vir: evalvacijska anketa CDZ), ki se sklada tudi s podatki ZZZS, približno enako moških in žensk. Glede na to, da je bilo skoraj 50 % oseb na novo vključenih v centre in niso bili prestavljeni iz drugih oblik obravnave, lahko rečemo, da so CDZ **pomembno pokrili tudi tisti del ljudi, ki do sedaj še niso bili obravnavani drugje**. Podatek o tem, da je bilo v že delujoče CDZ vključenih kar nekaj pacientov, ki prihajajo iz drugih območij, ki niso primarno definirana kot območje delovanja posameznega CDZ, govori o potrebi **čimprejšnje širitve mreže CDZ**.

V vseh devetih CDZOM so imeli od pričetka delovanja centrov do julija 2020 v obravnavo vključenih 6554 pacientov (vir: evalvacijska anketa CDZ). Vključenih je bilo več dečkov (57,8 %) kot deklic (42,2%,). Večina vključenih je mlajših od 9 let (69,8 %).

V CDZOM imajo več na novo vključenih pacientov (59,9 %), čeprav je kar nekaj tudi pacientov, ki so jih prestavili iz prejšnjih oblik obravnave (40,1 %).

V povprečju je imel posamezni CDZOM vključenih 84 pacientov iz drugih regij (nekateri 0, nekateri pa 205). Skupno so iz vseh CDZOM poročali, da so imeli vključenih 674 pacientov iz drugih regij (kjer bodisi je ali pa še ni vzpostavljenega CDZOM), kar predstavlja 10 odstotkov od vseh oziroma 18 odstotkov od novo vključenih pacientov.

Skupaj so CDZO (od pričetka delovanja do konca junija 2020) v obravnavo vključili 3741 pacientov (vir: evalvacijska anketa CDZ), ZZZS pa je do začetka septembra zabeležil 4001 vključenih oseb. Po podatkih ZZZS je bilo do konca septembra obravnavanih 4247 pacientov v ambulantni in 2114 pacientov v skupnostni obravnavi. CDZO so poročali o aktualno vključenih v celoten CDZO, podatki ZZZS pa prikazujejo vključene posebej v eno in v drugo obravnavo, kar v praksi pomeni, da je ena oseba lahko zabeležena dvakrat, če je prešla iz ene v drugo obravnavo (iz ambulante v skupnostno ali obratno). Vključenih je bilo več žensk (64,5 %) kot moških (35,5 %) in največ starih od 50 do 64 let (32,3 %), katerim so sledili mlajši stari od 19 do 39 let (24,9 %). V vse CDZO je bilo na novo vključenih 1316 pacientov, kar je več kot tretjina od vseh pacientov. Razlike med centri so posledica različnega pričetka delovanja.

CDZO so poročali tudi o vključenih pacientih, ki prihajajo iz območij, ki so zunaj področja njihovega delovanja. V povprečju so imeli CDZO vključenih 36 pacientov iz drugih območij (nekateri 0, nekateri pa 134). Skupno so iz vseh centrov poročali, da so imeli vključenih 320 pacientov iz drugih območij (kjer bodisi je ali pa še ni vzpostavljenega CDZO), kar predstavlja skoraj 9 odstotkov izmed vseh vključenih pacientov.

Triažni postopki in napotitve

V času od pričetka delovanja do konca meseca junija 2020 so v CDZOM v povprečju izvedli 141 triaž (od 7 do 321) na center. Skupaj so CDZOM izvedli 1270 triaž, kar predstavlja 19,4 % od poročanega števila vseh obravnavanih pacientov oziroma 34,1 % od vseh na novo vključenih pacientov.

Centri poročajo, da je bilo od 1270 opravljenih triaž večina oseb sprejetih v CDZOM (93,2 %, N=1184), nekaj jih je bilo napotenih v bolnišnico (<1 %, N=11) in nekaj k zunanjemu specialistu (<0,5 %, N=5), za nekaj oseb podatka žal nimamo.

V CDZO naj bi izvedli triažo za vse osebe, ki se na njih obrnejo, razen če jih je napotil v CDZO psihiater. V času od pričetka delovanja do konca meseca junija 2020 so v povprečju izvedli 60 triaž v vsakem centru. Skupaj so v vseh centrih izvedli 423 triaž.

Nekateri pacienti so sprejeti v CDZO brez triažnega postopka (napoteni so bili s strani psihiatra ali pa je bila psihiatrična ambulanta v celoti s pacienti vred integrirana v CDZO in je potencialno zato število sprejetih v CDZO višje od števila triaž. Po poročanju je bilo le nekaj pacientov napotenih v bolnišnico (skupaj 14) ali k zunanjemu specialistu (skupaj v vseh centrih 10).

Delovanje CDZ v času epidemije COVID-19

Ločeno od delovanja CDZ v normalnih razmerah, nas je zanimalo delovanje centrov v času epidemije COVID-19 oziroma v času zaprtja (od 12. marca do 18. maja 2020).

CDZOM

Podatki kažejo, da v času krize v večini primerov triaž osebno skorajda niso izvajali (izvedenih je bilo 10 triaž), so pa opravili v povprečju 9 (od 2 do 17) oziroma vse skupaj 56 triaž preko telefona. V času prvega vala epidemije so vsi CDZOM skupaj izvedli 1548 obravnav, v povprečju je en center obravnaval 194 pacientov. V skoraj enakem odstotku so te obravnave v času prvega vala epidemije potekale na daljavo (52,0 %, N=860) ali osebno (48,0 %, N=795). V času prvega vala epidemije je bilo znotraj centrov opravljenih tudi nekaj prvih pregledov, v povprečju 30 na center (skupaj 267 v vseh centrih), kar kaže na to, da so bili, ne glede na precej manjše število obravnav, odprti za nove paciente. Kljub temu pa je bilo kar nekaj prvih obiskov odjavljenih in sicer skupaj 256.

CDZO

Podatki kažejo, da v času prvega vala epidemije v večini primerov triaž v direktnem stiku s pacientom skorajda niso izvajali (izvedeni sta bili 2 osebni triaži), so pa opravili v povprečju 13 triaž na center oziroma skupaj 93 triaž preko telefona. V času prvega vala epidemije so vsi

centri skupaj izvedli 1938 obravnav, v povprečju 194 obravnavanih pacientov na en CDZO. V večini primerov so te obravnave potekale na daljavo, osebnih srečanj je bilo manj in sicer dobra tretjina. V času prvega vala epidemije je bilo opravljenih tudi nekaj prvih pregledov, v povprečju 20 na center (skupaj 160 v vseh centrih), kar kaže na to, da so bili odprti tudi za nove paciente. Kljub temu pa je bilo kar nekaj prvih obiskov odjavljenih in sicer vse skupaj 141 pacientov.

Čakalne dobe

Pri centrih smo želeli preveriti kakšen je interval med postopkom usmerjanja (triažo) in prvim pregledom. CDZ so poročali v juniju 2020. Podatek velja le za tiste, ki so bili deležni postopka usmerjanja oziroma triaže.

CDZOM

V vseh CDZOM je v povprečju 25 oseb čakalo na prvi pregled manj kot dva tedna. V vseh CDZOM skupaj je največ oseb na pregled čakalo od enega do treh mesecev (N=289), sledijo jim tisti, ki so čakali od tri do šest mesecev (N=245).

Razpredelnica 10. Čakalne dobe o katerih so poročali CDZOM

Čas od triaže do prvega pregleda	Število oseb
Do 2 tedna	198
Do 1 mesec	165
1 do 3 mesece	289
3 do 6 mesecev	245
6 mesecev ali več	98
Skupaj	995

V trenutku popisa je bilo na čakalnem seznamu v vseh centrih skupno 995 otrok.

Čakalna doba daljša od šestih mesecev za približno 10 % otrok in mladih, ki so bili usmerjeni v CDZOM, kaže na velike potrebe po obravnavah in še vedno nezadostni dostopnosti do obravnav. Zato je potrebna čim prejšnja dopolnitev obstoječih timov CDZOM do polnega standarda kadra, ter vzpostavitev manjkajočih CDZOM, da se vzpostavi enakomerna pokritost okolij v Sloveniji s CDZOM. Hkrati pa je potrebno preveriti klinične poti in postopke obravnav v obstoječih CDZOM za morebitno optimizacijo dela in obravnav otrok in mladih v CDZOM.

CDZO

Pri CDZO smo želeli preveriti kakšen je interval med postopkom usmerjanja (triažo) in prvim pregledom. Podatek velja le za tiste, ki so bili deležni postopka usmerjanja oziroma triaže. V povprečju je v vsakem CDZO 38 oseb čakalo na prvi pregled manj kot dva tedna, skoraj 19 oseb je v povprečju čakalo 6 mesecev ali več. V vseh centrih sta 302 osebi čakali na pregled manj kot dva tedna, 94 oseb pa je na pregled čakalo 6 mesecev ali več.

Razpredelnica 11. Čakalne dobe o katerih so poročali CDZO

Čas od triaže do prvega pregleda	Število oseb
Do 2 tedna	302
Do 1 mesec	10
1 do 3 mesece	55
3 do 6 mesecev	58
6 mesecev ali več	94
Skupaj	519

Število oseb, ki so v času evalvacijske ankete po postopku usmerjanja čakali na obravnavo v CDZO je bilo visoko (519 oseb). Problem čakalne dobe je širša sistemska težava, ki zahteva sistemske rešitve. Poleg pomanjkanja kadra v CDZO in pomanjkljive mreže CDZO ter gravitacije pacientov iz drugih okolij, so prisotne še stare prakse naročanja in premajhna vključenost vseh članov tima v obravnavo. Poročila iz prakse (predvsem iz CDZO Sevnica) kažejo, da ob ustreznem učenju prehod na nov način dela in uspešnejše obvladovanje čakalnih dob traja vsaj leto dni.

Seveda pa gre del težav pri soočanju s še vedno prisotnimi čakalnimi dobami v okoljih, kjer so CDZ že vzpostavljeni, pripisati tudi začetnim težavam pri vzpostavljanju CDZ, izvajanju novih timskih storitev, potrebnemu izobraževanju in usposabljanju kadra brez klinične specializacije na različnih področjih dela, med drugim za timsko delo in izvajanje triaž, ter prenos tega znanja v prakso.

Sodelovanje z drugimi strokovnjaki

Zanimalo nas je kako pogosto CDZO in CDZOM sodelujejo z drugimi deležniki s področja duševnega zdravja v zdravstvu, socialnem varstvu, šolstvu, nevladnimi organizacijami in drugimi deležniki v lokalnem okolju.

CDZOM

Izkazalo se je, da med naštetimi akterji ni nobenega, s katerim CDZOM ne bi še nikoli sodelovali. Nekaj CDZOM še ni sodelovalo s CDZO, kar je verjetno tudi odraz tega, da celotna mreža še ni razvita.

Večina CDZOM je pri skoraj vsakemu pacientu sodelovala z izbranim pediatrom ter z vrtcem oziroma s šolo.

Glede na potrebe pacientov pa sicer CDZOM sodelujejo z različnimi deležniki v lokalnem okolju in sicer s centrom za zgodnjo obravnavo, centrom za socialno delo, CDZO, z enoto za intenzivno otroško in adolescentno psihiatrijo ter s psihiatričnim bolnišničnimi oddelki, svetovalnim centrom za otroke, mladostnike in starše, pedopsihiatrom, patronažno službo, psihoterapevtom, stanovanjsko skupino, vzgojno izobraževalnim zavodom, kriznim centrom, centrom za preprečevanje in zdravljenjem odvisnosti od prepovedanih drog in nevladnimi organizacijami.

CDZO

Polovica CDZO je poročala, da so pri skoraj vsakemu pacientu sodelovali z ambulanto družinske medicine.

Večina CDZO je pri nekaterih pacientih sodelovala s centrom za socialno delo, referenčno ambulanto, centrom za preprečevanje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD), zdravstveno vzgojnim centrom oziroma centrom za krepitev zdravja (ZVC/CKZ), psihoterapijo preko zdravstvenega sistema, psihiatrom izven CDZO, domom starejših občanov, varstveno delovnim centrom, stanovanjskimi skupinami, zavodom za oskrbo na domu, socialno varstvenimi programi zaposlovanja, zavodom RS za zaposlovanje, dnevnim centrom, koordinatorjem obravnave v skupnosti, organi zaščite, nujno medicinsko pomočjo, psihiatrično bolnišnico in specialistično ambulanto.

CDZO po poročanju do sedaj še nikoli niso sodelovali s svetovalno pisarno, zastopnikom pacientovih pravic in z alternativo. Nekateri centri tudi niso sodelovali s samoplačniško psihoterapevtsko ambulanto.

Timsko sodelovanje

CDZOM

V CDZOM poteka obravnava pacienta timsko, kjer znotraj lahko sodelujejo: pedopsihiater, klinični psiholog, psiholog, specialni pedagog, delovni terapevt, logoped, klinični logoped, socialni delavec in diplomirana medicinska sestra.

V polovici centrov pri skoraj vsakemu pacientu sodelujeta dva ali trije člani tima. V večini centrov pa pri obravnavi sodelujejo štirje strokovnjaki ali več članov tima.

Glede na poudarek timske obravnave v CDZOM, je pregled dosedanjih obravnav znotraj CDZOM pokazal, da sta v povprečju pri obravnavi posameznega pacienta sodelovala dva člana tima. Pojavljajo pa se tudi vse ostale kombinacije (ali obravnavo vodi en član, trije člani ali celo več članov tima), kar je usklajeno s strokovnimi smernicami in protokoli sodelovanja CDZOM.

CDZO

V CDZO poteka obravnava pacienta timsko, kjer lahko sodelujejo vsi člani tima, ki so: psihiater, delovni terapevt, klinični psiholog, psiholog, socialni delavec ali diplomirana medicinska sestra.

V večini centrov pri skoraj vsakemu pacientu sodelujeta dva strokovnjaka. Po siceršnjih podatkih iz prakse na terenu v skupnostni obravnavi praviloma sodelujejo vsaj trije strokovnjaki. Najmanj pogosto pri obravnavi pacienta sodelujejo štirje strokovnjaki ali več članov tima, a odločitev vedno sledi strokovnim smernicam in protokolom obravnave in je odvisna od potreb posameznega pacienta.

Organizacijske rešitve

CDZOM

Iz vidika organizacijskih rešitev oziroma dobrih praks so v CDZOM izpostavili, da so se za koristne izkazali redni jutranji in redni tedenski timski sestanki. Poročali so tudi o tem, da je pomembna povezanost z lokalno skupnostjo. Imajo triažne liste in tako tudi drug strokovnjak (pediater) lahko naredi triažo. Redno imajo določene termine za notranje in zunanje timske sestanke. Koordinatorji redno poročajo o pacientih. Tudi v času prvega vala epidemije so delovali preko telefonov in se povezovali tudi s CDZO in drugimi deležniki.

CDZO

Organizacija CDZO, ki ima ambulantni in skupnostni tim, omogoča vodenje obravnave na način, ki odgovori na potrebe posameznega pacienta. Skupnostni tim obravnava paciente v domačem okolju, preprečuje ponovitve in poslabšanja hudih duševnih motenj ter ponovne hospitalizacije. Do obravnave pridejo tudi osebe, ki zavračajo prihod v zdravstveno ustanovo. Tesno sodelovanje med ambulantnim in skupnostnim timom pa včasih rešuje tudi težave povezane s pomankanjem kadra. Pomemben vidik organizacije dela v centrih pa so tudi redni timski sestanki in dobra povezanost z lokalnimi službami.

Organizacijske ovire

CDZOM in CDZO

Organizacijske ovire, ki jih prepoznavajo na terenu, se nanašajo predvsem na pomanjkanje prostora in opreme (terensko vozilo, oprema za izvajanja telemedicinskih storitev) ter strokovnega kadra. Iz vidika kadrov pa ne le njihovo pomanjkanje, ampak tudi neustrezno in neenako plačilo istega strokovnega kadra v različnih delovnih okoljih. Težavo so izpostavili tudi iz vidika reorganizacije dela v času prvega vala epidemije, saj so bili kadri pogosto prerazporejeni na druga delovišča, kar je pogosto oviralo nemoteno obravnavo pacientov. Izpostavili so tudi pomembnost ustrezne informacijske podpore, ki bo omogočala beleženje podatkov in s tem poročanje.

ZAKLJUČEK

Analiza razporejenosti specialistov in programov na področju duševnega zdravja glede na zaposlitev (bolnišnice/ klinike, specialistična ambulantna dejavnost – koncesije ali v okviru zdravstvenega doma) in glede regionalne razporejenosti, kaže na pomanjkanje dostopnosti do specialističnih ambulantnih obravnav na primarni ravni in v skupnosti ter zelo velike razlike v regionalni dostopnosti, še posebej za otroke in mladostnike.

Za zvečanje dostopnosti do služb in storitev na področju duševnega zdravja na primarni ravni in v skupnosti ter skrajševanje čakalnih dob na obravnave je kratkoročno potrebno vzpostaviti celotno mrežo CDZ s standardnimi timi, ki zagotavljajo lokalno dostopnost in timske obravnave. Zaradi pomanjkanja specializiranega kadra na področju duševnega zdravja na primarni ravni zdravstvene dejavnosti in njihove večinske zaposlitve v psihiatričnih bolnišnicah, bo potrebna delna prerazporeditev, predvsem specialistov psihiatrije iz bolnišnične na primarno raven do obsega, da se vzpostavi polno delujoča mreža CDZO s standardnimi timi. Potrebno je zaposlovanje specializantov otroške in mladostniške psihiatrije in specializantov psihiatrije, ki specializirajo iz naslova nacionalnih razpisov, na primarno raven, v CDZO in CDZOM. Srednje in dolgoročno pa je pomembno ciljano in načrtovano razpisovati specializacije na področju duševnega zdravja skladno s potrebami razvoja služb, da se prioritetno pokrije potrebe po ambulantnih in skupnostnih specialističnih službah na primarni ravni. Za te namene je bil pripravljen **predlog kadrovskega standarda za zagotavljanje lokalne dostopnosti služb na področju duševnega zdravja** (Razpredelnica 12).

Za zagotavljanje lokalne dostopnosti se primarno vzpostavi mreža CDZ po vsej Sloveniji, v naslednji fazi pa se dopolnjuje mreža služb na področju DZ z manjkajočimi timi do standarda iz Razpredelnice 12, prednostno v okoljih z večjim pomanjkanjem. Hkrati z razvojem služb na področju duševnega zdravja za zagotavljanje lokalne dostopnosti se izvaja tudi prestrukturiranje dela obstoječih psihiatričnih programov sekundarne in terciarne ravni v

subspecialistično obravnavo (hospitalna in ambulantna obravnava določenih duševnih motenj in pridruženih duševnih motenj, skladno s potrebami populacije).

Razpredelnica 12. Standard za izven bolnišnične ambulantne in skupnostne službe za duševno zdravje, načrtovane na območje CDZ (60-80 000 prebivalcev).

	standard	obrazložitev	število
Ambulantna psihiatrična dejavnost in SPO	3 do 4 ambulantnih psihiatrov na 50 do 70 000 odraslih prebivalcev In 1 psihiater na 50 do 70 000 prebivalcev v skupnostnem timu	3 ambulantni psihiatri – za regije, kjer je na voljo psihiatrična bolnišnica 4 ambulantni psihiatri – za regije, kjer ni dostopne psihiatrične bolnišnice in kjer je populacija posebej ogrožena (visok samomorilni količnik in specifična morbiditeta in mortaliteta na račun bolezni, povezanih z alkoholom)	**Skupaj 133 psihiatrov** (50 – 75 psihiatrov v CDZ, ostali v ambulantni zunaj bolnišnični dejavnosti)
Ambulantna pedopsihiatrična dejavnost	1 do 2 pedopsihiatra na 12 do 15 000 otrok in mladostnikov (OM) do 19. leta starosti	2 pedopsihiatra v regijah z večjim številom otrok in mladostnikov in v primeru, da je pred vzpostavitvijo CDZOM na tem območju že deloval koncesionar	**Skupaj 33 – 35 pedopsihiatrov**
Klinično psihološka ambulantna dejavnost	Odrasli: 3 do 4 KP/50 – 70 000 odraslih Otroci in mladostniki: 4 KP/12 – 15 000 OM)	V primeru 3 KP v CDZO, se doda 1 psihologa v ambulantni tim in 2 psihologa v skupnostni tim.	Odrasli: 60 do 106 KP OM: 133 KP **Skupaj: 188 do 203 KP**

PRILOGA 1

Razpredelnica 1a. Razlogi prvih obiskov primarne in sekundarne zdravstvene mreže zaradi duševnih motenj po posameznih diagnozah, starostna skupina 0 do 19 let, Slovenija, 2018.

	Primarna raven			Sekundarna raven		
Duševne motnje (skupina)	Moški	Ženske	Skupaj	Moški	Ženske	Skupaj
F00-F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	5	13	18	9	13	22
F10-F19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi	140	114	254	136	104	240
F20-F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	39	18	57	63	89	152
F30-F39 Razpoloženjske [afektivne] motnje	125	248	373	132	360	492
F40-F48 Nevrotske, stresne in somatoformne motnje	460	918	1378	471	982	1453
F50-F59 Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami	93	185	278	84	687	771
F60-F69 Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi	34	38	72	38	69	107
F70-F79 Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija)	84	107	191	95	75	170
F80-F89 Motnje duševnega (psihološkega) razvoja	1672	892	2564	2372	886	3258
F90-F98 Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otrošt	2021	1189	3210	2492	1485	3977
F99F99 Neopredeljena duševna motnja (F99)	11	12	23	8	1	9
Skupaj	4684	3734	8418	5900	4751	10651

Razpredelnica 1b. Razlogi prvih obiskov primarne in sekundarne zdravstvene mreže zaradi duševnih motenj po posameznih diagnozah, starostna skupina nad 20 let, Slovenija, 2018.

	Primarna raven			Sekundarna raven		
Duševne motnje (skupina)	Moški	Ženske	Skupaj	Moški	Ženske	Skupaj
F00-F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	3220	5836	9056	3737	5261	8998
F10-F19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi	3676	1224	4900	4052	1240	5292
F20-F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	1809	1893	3702	3406	3301	6707
F30-F39 Razpoloženjske [afektivne] motnje	4223	10025	14248	3181	6899	10080
F40-F48 Nevrotske, stresne in somatoformne motnje	11672	25225	36897	6553	12229	18782
F50-F59 Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami	1664	2219	3883	496	728	1224
F60-F69 Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi	319	227	546	561	529	1090
F70-F79 Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija)	445	345	790	778	588	1366
F80-F89 Motnje duševnega (psihološkega) razvoja	38	27	65	63	28	91
F90-F98 Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otrošt	209	301	510	114	95	209
F99F99 Neopredeljena duševna motnja (F99)	20	14	34	5	7	12
Skupaj	27295	47336	74631	22946	30905	53851

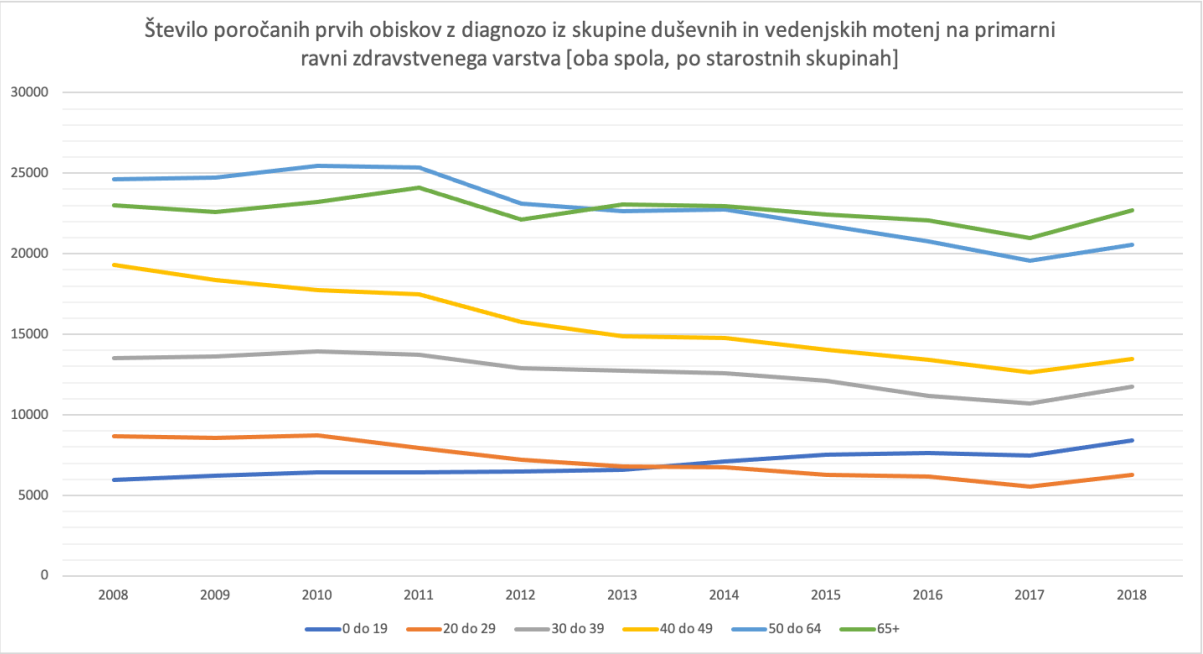
Razpredelnica 2 a. Razlogi obravnave v psihiatričnih bolnišnicah zaradi duševnih motenj po posameznih diagnozah, starostna skupina 0 do 19 let, moški, ženske in skupaj, Slovenija, 2018.

	Moški	Ženske	Skupaj
F00-F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	0	0	0
F10-F19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi	22	12	34
F20-F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	38	23	61
F30-F39 Razpoloženjske [afektivne] motnje	8	58	66
F40-F48 Nevrotske, stresne in somatoformne motnje	23	63	86
F50-F59 Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami	1	28	29
F60-F69 Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi	10	34	44
F70-F79 Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija)	5	8	13
F80-F89 Motnje duševnega (psihološkega) razvoja	11	7	18
F90-F98 Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu	51	85	136
Skupaj	169	318	487

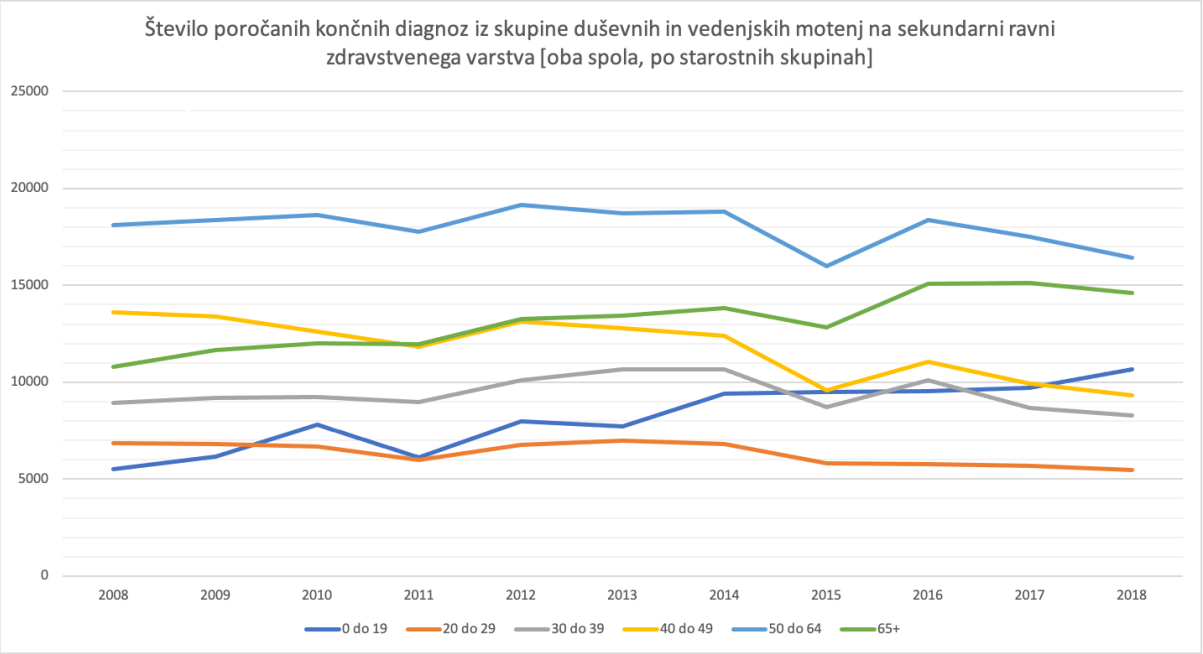
Razpredelnica 2 b. Razlogi obravnave v psihiatričnih bolnišnicah zaradi duševnih motenj po posameznih diagnozah, starostna skupina nad 20, moški, ženske in skupaj, Slovenija, 2018.

	Moški	Ženske	Skupaj
F00-F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	640	700	1340
F10-F19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi	1890	640	2530
F20-F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	1325	1248	2573

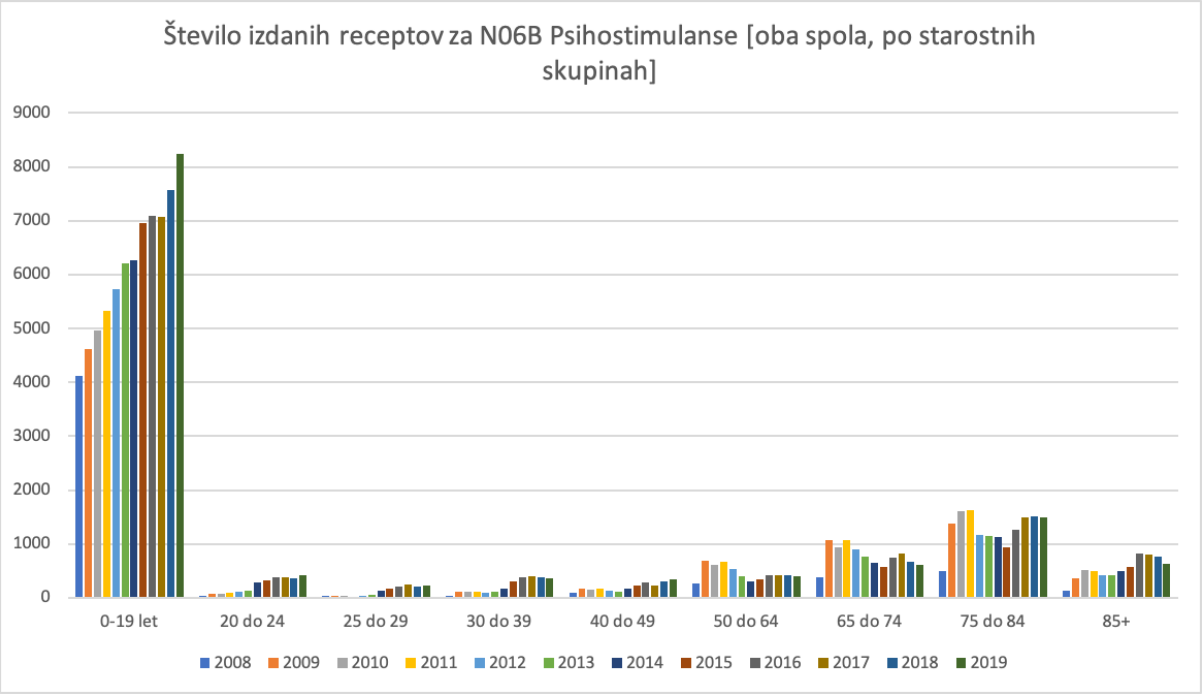
F30-F39 Razpoloženjske [afektivne] motnje	631	1038	1669
F40-F48 Nevrotske, stresne in somatoformne motnje	553	789	1342
F50-F59 Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami	10	40	50
F60-F69 Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi	152	98	250
F70-F79 Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija)	92	70	162
F80-F89 Motnje duševnega (psihološkega) razvoja	10	2	12
F90-F98 Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu	3	1	4
Skupaj	5306	4626	9932



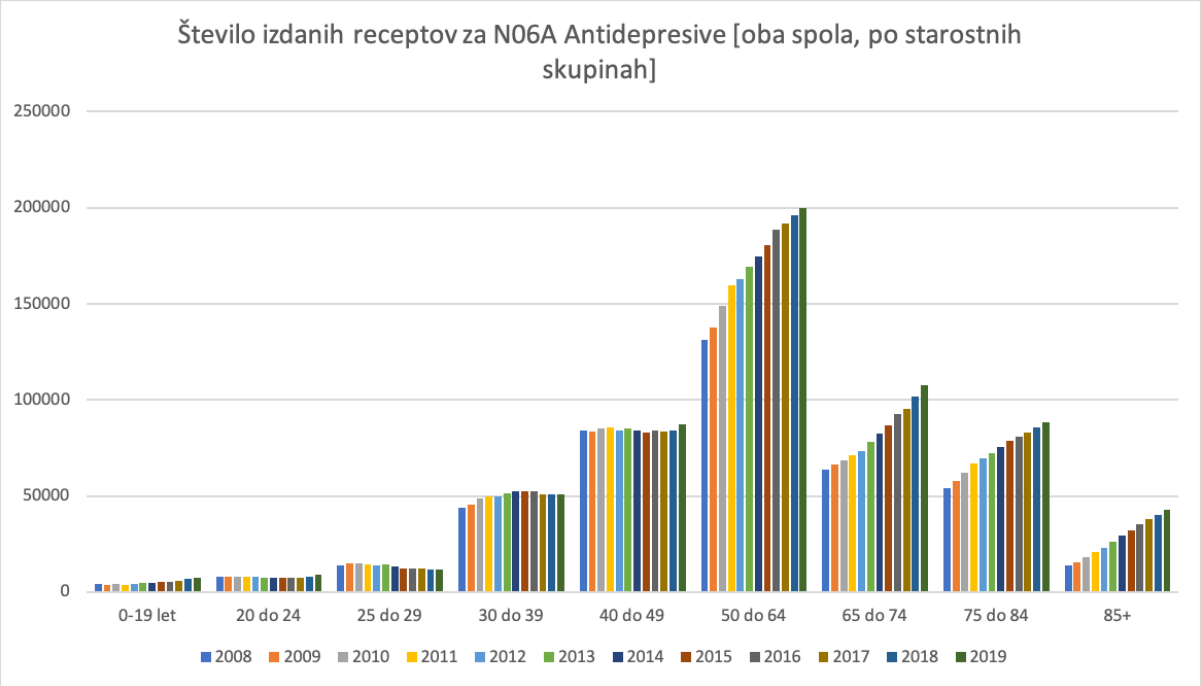
Slika 1a.



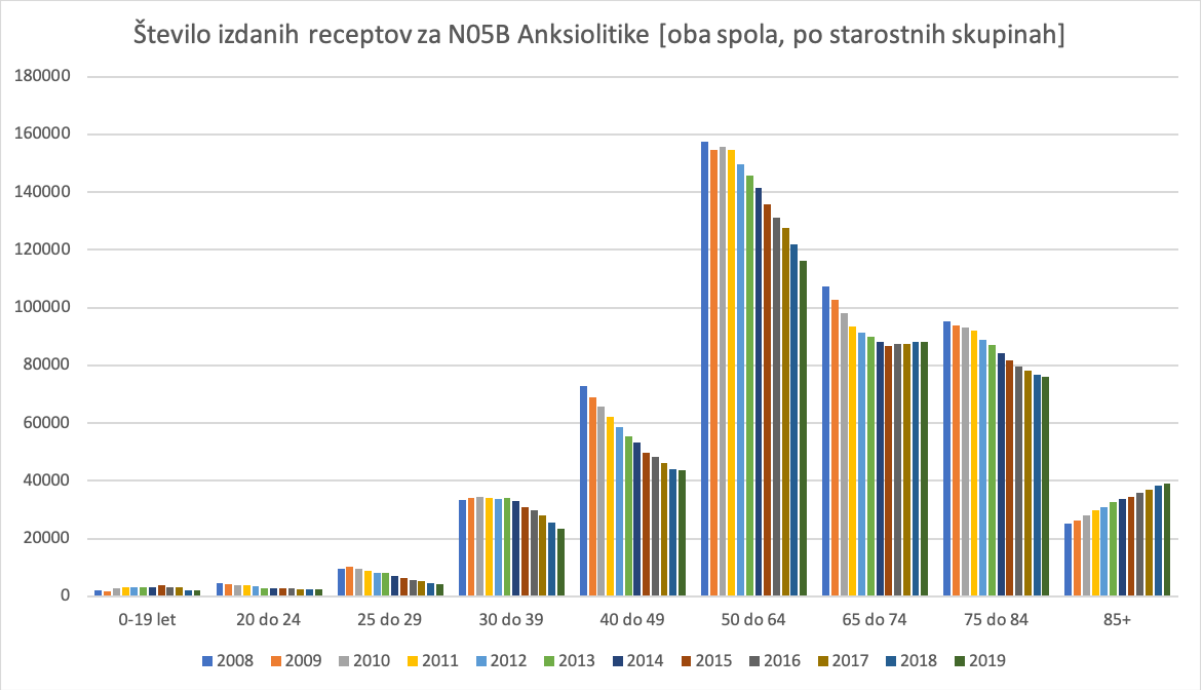
Slika 1b.



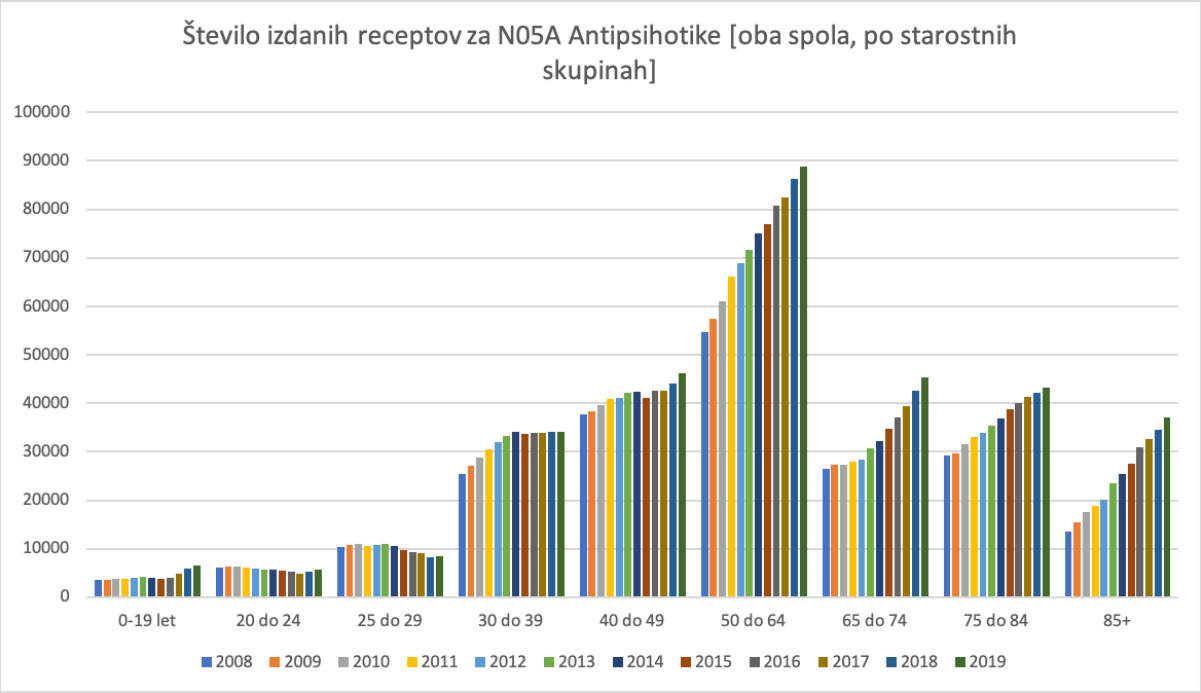
Slika 2a.



Slika 2b.



Slika 2c.



Slika 2d.

Podatki v nadaljevanju so iz registra iz prvega polletja leta 2020. Predstavljeni so glede na status prve zaposlitve vseh, ki delujejo v sistemu javnega ali koncesijskega zavoda na izbranih nivojih (specialistične ambulante v osnovnem zdravstvu, specialistične ambulante - koncesionarji, splošne bolnišnice, specialne bolnišnice in klinike).

Razpredelnica 4a. Specialisti psihiatrije – Absolutno število za leto 2020

OE ZZZS	Število prebivalcev nad 19 let	Bolnišnica	Specialistična ambulanta - koncesija	ZD – specialistična ambulanta	Specialistične ambulante - Skupaj	Skupaj vsi
Celje	161816	13,0	0,0	3,0	3,0	16,0
Koper	123616	1,0	6,0	5,0	11,0	12,0
Kranj	163279	18,0	1,0	1,0	2,0	20,0

Krško	56749	0,0	0,0	5,0	5,0	5,0
Ljubljana	536095	72,0	20,0	10,0	30,0	102,0
Maribor	265923	28,0	4,0	6,0	10,0	38,0
Murska Sobota	94356	0,0	2,0	4,0	6,0	6,0
Nova Gorica	82240	0,0	2,0	4,0	6,0	6,0
Novo mesto	90316	0,0	2,0	2,0	4,0	4,0
Ravne na Koroškem	106712	2,0	0,0	4,0	4,0	6,0
SKUPAJ	1681102	134,0	37,0	44,0	81,0	215,0

Razpredelnica 4b. Specialisti psihiatrije - Število na 100.000 odraslih za leto 2020

OE ZZZS	Število prebivalcev nad 19 let	Bolnišnica	Specialistična ambulanta - koncesija	ZD – specialistična ambulanta	Specialistične ambulante - skupaj	Skupaj vsi
Celje	161816	8,0	0,0	1,9	1,9	9,9
Koper	123616	0,8	4,9	4,0	8,9	9,7
Kranj	163279	11,0	0,6	0,6	1,2	12,2
Krško	56749	0,0	0,0	8,8	8,8	8,8
Ljubljana	536095	13,4	3,7	1,9	5,6	19,0
Maribor	265923	10,5	1,5	2,3	3,8	14,3
Murska Sobota	94356	0,0	2,1	4,2	6,3	6,4

Nova Gorica	82240	0,0	2,4	4,9	7,3	7,3
Novo mesto	90316	0,0	2,2	2,2	4,4	4,4
Ravne na Koroškem	106712	1,9	0,0	3,7	3,7	5,6
SKUPAJ	1681102	8,0	2,2	2,6	4,8	12,8

Razpredelnica 4c. Specializanti psihiatrije – Absolutno število za leto 2020

OE ZZZS	Število prebivalcev nad 19 let	Bolnišnica	ZD –	Skupaj vsi
Celje	161816	7,0	1,0	8,0
Koper	123616	0,0	1,0	1,0
Kranj	163279	3,0	0,0	3,0
Krško	56749	0,0	2,0	2,0
Ljubljana	536095	27,0	1,0	28,0
Maribor	265923	11,0	0,0	11,0
Murska Sobota	94356	0,0	1,0	1,0
Nova Gorica	82240	0,0	0,0	0,0
Novo mesto	90316	0,0	0,0	0,0
Ravne na Koroškem	106712	0,0	0,0	0,0
SKUPAJ	1681102	48,0	6,0	54,0

Razpredelnica 4 d – Specialisti otroške in mladostniške psihiatrije – Absolutno število za leto 2020

OE ZZZS	Število prebivalcev od 0 do 19 let	Bolnišnica	Specialistična ambulanta - koncesija	ZD – specialistična ambulanta	Specialistične ambulante - skupaj	Skupaj vsi

Celje	39503	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0
Koper	27826	0,0	0,0	2,0	2,0	2,0
Kranj	42438	0,0	1,0	1,0	2,0	1,0
Krško	13556	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ljubljana	136759	12,0	4,0	1,0	5,0	17,0
Maribor	58952	4,0	2,0	4,0	6,0	10,0
Murska Sobota	20040	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Nova Gorica	19394	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0
Novo mesto	24161	0,0	1,0	0,0	1,0	1,0
Ravne na Koroškem	25579	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0
SKUPAJ	408208	17,0	8,0	10,0	18,0	34,0

Razpredelnica 4 e – Specialisti otroške in mladostniške psihiatrije - Število na 100.000 otrok za leto 2020

OE ZZZS	Število prebivalcev od 0 do 19 let	Bolnišnica	Specialistična ambulanta - koncesija	ZD – specialistična ambulanta	Specialistične ambulante - skupaj	Skupaj vsi
Celje	39503	0,0	0,0	2,5	2,5	2,5
Koper	27826	0,0	0,0	7,2	7,2	7,2
Kranj	42438	0,0	2,4	0,0	2,4	2,4
Krško	13556	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ljubljana	136759	8,8	2,9	0,7	3,6	12,4
Maribor	58952	6,8	3,4	6,8	10,2	17,0
Murska Sobota	20040	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Nova Gorica	19394	0,0	0,0	5,2	5,2	5,2
Novo mesto	24161	0,0	4,1	0,0	4,1	4,1
Ravne na Koroškem	25579	3,9	0,0	0,0	0,0	3,9
SKUPAJ	408208	4,2	2,0	2,2	4,2	8,3

Razpredelnica 4 f – Specializanti otroške in mladostniške psihiatrije – Absolutno število za leto 2020

OE ZZZS	Število prebivalcev od 0 do 19 let	Bolnišnica	ZD – specialistična ambulanta	Skupaj vsi
Celje	39503	0,0	1,0	1,0
Koper	27826	0,0	1,0	1,0
Kranj	42438	0,0	2,0	2,0
Krško	13556	0,0	1,0	1,0
Ljubljana	136759	13,0	2,0	15,0
Maribor	58952	0,0	0,0	0,0
Murska Sobota	20040	0,0	0,0	0,0
Nova Gorica	19394	0,0	0,0	0,0
Novo mesto	24161	0,0	1,0	1,0
Ravne na Koroškem	25579	0,0	1,0	1,0
SKUPAJ	408208	13,0	9,0	22,0

Razpredelnica 4 g Specialisti klinične psihologije - Absolutno število za leto 2020

OE ZZZS		Bolnišnica				

	Število prebivalcev		Specialistična ambulanta - koncesija	ZD – specialistična ambulanta	Specialistične ambulante - skupaj	Skupaj vsi
Celje	201319	4,0	1,0	2,0	3,0	7,0
Koper	151442			2,0	2,0	2,0
Kranj	205717	9,0		7,0	7,0	16,0
Krško	70305			3,0	3,0	3,0
Ljubljana	672854	20,0	3,0	14,0	17,0	37,0
Maribor	324875	5,0	3,0	7,0	10,0	15,0
Murska Sobota	114396		2,0	4,0	6,0	6,0
Nova Gorica	101634			2,0	2,0	2,0
Novo mesto	114477		1,0	0,0	1,0	1,0
Ravne na Koroškem	132291	2,0		5,0	5,0	7,0
SKUPAJ	2089310	40,0	10,0	46,0	56,0	96,0

Razpredelnica 4 h Specialisti klinične psihologije - Število na 100.000 prebivalcev za leto 2019

OE ZZZS	Število prebivalcev	Bolnišnica	Specialistična ambulanta - koncesija	ZD – specialistična ambulanta	Specialistične ambulante - skupaj	Skupaj vsi
Celje	201319	2,0	0,5	1,0	1,5	3,5
Koper	151442	0,0	0,0	1,3	1,3	1,3
Kranj	205717	4,4	0,0	3,4	3,4	7,8
Krško	70305	0,0	0,0	4,3	4,3	4,3
Ljubljana	672854	3,0	0,4	2,1	2,5	5,5
Maribor	324875	1,5	0,9	2,2	3,1	4,6
Murska Sobota	114396	0,0	1,7	3,5	5,2	5,2

Nova Gorica	101634	0,0	0,0	2,0	2,0	2,0
Novo mesto	114477	0,0	0,9	0,0	0,9	0,9
Ravne na Koroškem	132291	1,5	0,0	3,8	3,8	5,3
SKUPAJ	2089310	1,9	0,5	2,2	2,7	4,6