

VPLIV EPIDEMIJE COVID-19 NA DUŠEVNO ZDRAVJE

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) je v sodelovanju s STA klubom Slovenske tiskovne agencije v petek, 14. maja 2021 pripravil spletni pogovor o vplivu epidemije covid-19 na duševno zdravje in ukrepih za obvladovanje težav v duševnem zdravju v Sloveniji.

V pogovoru so sodelovale:

- Jožica Maučec Zakotnik, dr. med., spec. druž. med., vodja Nacionalnega programa duševnega zdravja 2018-2028, Programa MIRA
- prof. dr. Vesna Švab, dr. med., spec. psih.
- dr. Marija Anderluh, dr. med., spec. otr. in mlad. psih.
- prof. dr. Mojca Zvezdana Dernovšek, dr. med., spec. psih.

[Vsebine predstavljene na spletnem pogovoru:](#)

Težave v duševnem zdravju, ki jih povzročata zdravstvena in ekonomska kriza ter vrzeli v sistemu skrbi za duševno zdravje v Sloveniji

Epidemija COVID19 in z njo povezane posledice, imajo velik vpliv na duševno zdravje vseh ljudi, še posebej občutljivih skupin. Med njimi so tudi strokovni delavci, ki delajo na prvih linijah pomoči, ljudje, ki so preboleli COVID 19 in ljudje, ki so bili že prej občutljivi za duševne motnje. Ti imajo tudi več možnosti za infekcijo in slab potek bolezni.

Posebej velika nevarnost za duševno zdravje je povečevanje brezposelnosti in revščine. Na Švedskem so dokazali, da je mogoče dve tretjini cene duševnih motenj pripisati odsotnosti z dela in upokojitvam. SZO je poročala, da so se ob povečevanju zadolženosti povečevala nevarnost samomora, posebej pri moških. Med posledicami recesije je tudi povečevanje stigme in diskriminacije.

Z širjenjem in trajanjem epidemije COVID 19 so se kazale najhujše posledice v institucijah, zato mednarodne organizacije pozivajo k skupnostnim pristopom dela, zmanjševanju institucionalizacij, ki tudi sicer – če je dolgotrajna - krši pravico do družinskega življenja in ima hude posledice za duševno zdravje in za razvoj, predvsem otrok in mladostnikov.

Epidemija je predvsem razkrila masovno kršenje človekovih pravic na področju duševnega zdravja. Ljudje z duševnimi motnjami v institucijah so ostali brez komunikacije, skrajnje osamljeni, kršene so jim bile osnovne pravice do sodelovanja pri obravnavi, mnogi so ostali brez zadostne zdravstvene obravnave ali celo pred zaprtimi vrati služb za duševno zdravje. **Potreba po reformi je postala še očitnejša** in ponovno se je izkazalo, da je potrebno ljudi z izkušnjo vključiti v reformo in jih ne le konzultirati, kadar se nam zdi potrebno.

Povzetek: Duševno zdravje je pomembno in epidemija je imela katastrofalne posledice na duševno zdravje številnih ljudi in na službe za duševno zdravje. Tako epidemija predstavlja priložnost za reformo služb za duševno zdravje, stran od institucionalizacije in k skupnostnemu pristopu, za odkritje od restriktivnih oblik obravnav, ki kršijo človekove in tudi otrokove pravice.

Težave s katerimi se soočamo na področju duševnega zdravja pri otrocih in mladostnikih v času covid-19 in posledice, ki jih kriza prinaša

Bitka z epidemijo covid-19 zahteva dolgotrajne in do nedavnega nepredstavljljive prilagoditve načina življenja vseh družbenih skupin in sistemov, na eni strani z namenom obvladovanja neposredne življenjske ogroženosti, na drugi zaradi ukrepov, ki so bili potrebni za zaščito najbolj ogroženih skupin. Štirinajst mesecev prilagajanj in ukrepov, ki je poseglo v omejitve osnovnih življenjskih potreb po medosebnih odnosih, družinski podpori, telesnih aktivnostih, je poglobilo razlike med družinami, med otroki in posebej med mladimi, za katere se zdi, da jih je epidemija posebej prizadela. Posebej ogroženi so otroci in mladostniki, ki so imeli težave v duševnem zdravju, prepoznane ali neprepoznane posebne potrebe pri šolanju že v času pred epidemijo, otroci iz socialno depriviligiranih družin s slabšimi bivalnimi razmerami, iz družin s starševskimi konflikti, izpostavljeni vsem oblikam nasilja in slabega ravnanja.

V letu 2020 je bilo samo na Pediatrični kliniki v Ljubljani zdravljenih za skoraj 50 % več mladostnikov po poskusu samomora in 50% več otrok in mladostnikov z motnjo hranjenja kot v letu pred tem. V prvih treh mesecih letošnjega leta število urgentno obravnavanih naprej narašča. O porastu urgentnih napotitev in sprejemov otrok in mladostnikov so poročali v prvih treh mesecih letošnjega leta tudi na psihiatričnih oddelkih za otroke in mladostnike na Univerzitetni psihiatrični kliniki in Kliniki za pediatrijo v Mariboru. **O porastu otrok in mladostnikov, ki se po obdobju šolanja na daljavo vračajo v šole z izgubo motivacije, čustvenimi stiskami, depresivnostjo, anksioznostjo in težavami na socialnem področju poročajo v Društvu šolskih svetovalnih delavcev.** Na primarni ravni so z začetkom epidemije poročali o zmanjšanju števila otrok, ki iščejo pomoč, v zadnjih šestih mesecih pa se tudi te službe srečujejo z dodatnimi obremenitvami. Upadu števila otrok, ki so iskali strokovno pomoč na primarni ravni, ki se je zgodila marca in aprila lani, sledi naraščanje števila otrok in mladostnikov, ki iščejo pomoč tudi na primarni ravni.

O velikem porastu akutnih duševnih stisk med mladimi in porastu otrok in mladostnikov z motnjami hranjenja, poročajo tudi iz drugih držav, iz Avstrije, Hrvaške, Velike Britanije in drugod.

Žal je bila dostopnost do strokovnjakov s področja duševnega zdravja v Sloveniji že pred tem povečanjem nezadostna, s čakalnimi dobami za otroške psihiatre in klinične psihologe daljše od šestih mesecev, pogosto celo eno leto ali več. Starši se posledično obračajo na različne plačljive oblike pomoči, ki ostajajo slabo preverjene in pogosto neuspešne.

***PRIMER 13-letnega dekleta**, ki je od oktobra lani spremenjena, razdražljiva z izbruhi jeze, umaknjena iz vrstniških stikov in šolsko neuspešna. Starša sta čakala na vključitev v eno od obravnav, vendar vabila nista prejela več mesecev, zato sta samoplačniško pridobila izvid klinično psihološkega testiranja, do obravnave pri klinični psihologinji pa nista prišla. Sta pa od novembra do maja plačevala psihoterapevtske obravnave, ob katerih pa izboljšanja ni bilo. Težave dekleta so se tako stopnjevala, da je bila maja letos ob hujšem samopoškodbenem vedenju in zaradi samomorilne ogroženosti urgentno sprejeta na oddelek za otroško psihiatrijo.*

Nacionalni program duševnega zdravja 2018-2028 MIRA je v svojem osnovnem namenu usmerjen v vzpostavljanje mreže služb na primarni ravni, z namenom učinkovitega povezovanja s strokovnimi službami v lokalnem okolju. Z začetkom uresničevanja nacionalnega programa so se **v letu 2019 začeli vzpostavljati centri za duševno zdravje otrok v okviru zdravstvenih domov**, vendar je zaradi pomanjkanja kadra s klinično specializacijo njihov doprinos trenutno premajhen, da bi uspeli izboljšati dostopnost služb v lokalnih okoljih. V letu 2019 in 2020 se je vzpostavilo prvih 11 Centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov, kar pet od teh v vzhodni Sloveniji. Pomemben del Slovenije ostaja trenutno še brez ustreznih služb.

Ob vračanju otrok v šole po mesecih šolanja na daljavo se razkriva tudi velika potreba po okrepitvi šolskih svetovalnih služb, oz. po sistematičnem vnašanju programov, usmerjenih v krepitev čustvenega zdravja in socialne kompetentnosti v šolski prostor. Šola je namreč prostor, v katerem so intervencij deženi vsi otroci, ne glede na izobrazbo njihovih staršev ali socialno ekonomski status družine, zato omogoča krepitev odpornosti in varovalnih dejavnikov, kot tudi zgodnje prepoznavne težav pri vseh otrocih in mladostnikih. **O problematičnem aktualnem stanju v vzgojno-izobraževalnih institucijah poroča tudi Društvo šolskih svetovalnih delavcev Slovenije:**

"Situacija v šolah je neugodna – še posebej pri najstnikih v osnovnih in srednjih šolah opazamo porast težav na področju učne in delovne motivacije ter na področju čustvovanja ter socialnih odnosov. Vedno več je kompleksnejše oz. bolj zahtevne psihosocialne in učne problematike, pri reševanju katere so slovenski sistemi pomoči zaradi trenda naraščanja šepali že pred začetkom epidemije.

Izobraževanje na daljavo je za učence in dijake pomenilo prikrajšanost za pomembne pozitivne oz. varovalne dejavnike razvoja (strukturirano okolje, vzgojno delovanje pedagoškega kadra, vrstniški odnosi, zagotovljeni obroki, organizirana telesna vadba ...), za tiste, ki živijo v manj ugodnih družinskih okoljih pa dodaten stres. Zaradi različnih dejavnikov se je namreč v tem času komunikacija v marsikateri družini zaostri, izrazito pa sta se stopnjevali tudi pogostost in intenziteta pojavov družinskega nasilja in/ali vzgojnega zanemarjanja – kar spričo okoliščin epidemije v šolah odkrivamo relativno pozno.

V vzgojno-izobraževalnih institucijah potrebujemo več konkretne in dolgoročno ciljno naravnane sistemske podpore, da se soočimo z novonastalim poslabšanjem stanja – in odgovor je lahko samo sistematična na dokazih temelječa preventiva. Za kaj takega pa je seveda potrebno opolnomočiti izvajalce: v šolah, vrtcih in drugih VIZ zavodih potrebujemo jasne smernice oz. vsebinska vodila, pa tudi kadre, s katerimi bo možno te novitete uvajati. Trenutno le interveniramo, torej gasimo požare oz. predvsem opazamo in ugotavljamo težave – nemočni pa smo pri tem, da bi jih lahko zares učinkovito reševali."

Šolanje na daljavo je skokovito povečalo tudi druga tvegana vedenje, kot je npr. izpostavljenost otrok in mladih zaslonom in spletu. Mnogi med njimi, posebej tisti s čustvenimi težavami, razvojno nevrološkimi motnjami in otroci z manj nadzora in podpore v domačem okolju, so z uporabo spleta izpostavljeni tveganim vsebinam, spletnemu nasilju in razvoju odvisnosti.

Epidemija in posledično šolanje in delo na domu je razkrilo tudi velike potrebe staršev pri podpori vzgoje svojih otrok. Program starševstva Neverjetna leta, ki se izvaja na enajstih lokacijah v večini slovenskih regij in je bil v tem času uspešno prenesen v izvajanje na digitalne platforme, je v času epidemije omogočil z dokazi podprto pomoč 300 staršem, ki jo je bilo neposredno ali posredno deležno več kot 410 otrok. Zaradi velikih potreb in zanimanja staršev je v večini centrov tudi tu za vključitev čakalna doba, daljša od enega leta. Menimo, da je nujno potrebno širiti izvajalske kapacitete, da bodo pomoči lahko deležni vsi, ki jo potrebujejo.

Pogostost in obseg težav v duševnem zdravju odraslih (že pred krizo), pomanjkljivosti zdravstvenega in socialnega sistema skrbi za duševno zdravje ter kašne so posledice za uporabnike

Vsaka četrta družina se sooča s članom, ki ima težave v duševnem zdravju. Podatki kažejo, da se 6% ljudi sooča z depresijo, enako število ljudi ima anksiozne motnje, do 10% ljudi ima težave zaradi stresnih motenj.

Po samomorilnem količniku se Slovenija uvršča na vrh (20 samomorov na 100 000 prebivalcev) **med evropskimi državami** (EU povprečje: 11). Izstopa vzhodna slovenska kohezijska regija, kjer je samomorilni količnik 23,7, zahodna kohezijska regija: 16,0. **Posebej veliko breme predstavlja samomor pri moških**, ki zaradi samomora umrejo štirikrat pogosteje kot ženske. **Pri starostnikih samomorilni količnik narašča**, posebej ogroženi so moški. **Pri mladostnikih je samomor drugi najpogostejši vzrok umrljivosti**. Slovenija je v evropskem vrhu tudi v primeru umrljivosti zaradi duševnih motenj zaradi uživanja alkohola, standardizirana stopnja umrljivosti je pri moških petkrat in pri ženskah trikrat višja od EU povprečja.

Duševne motnje so namreč tudi tretji najpogostejši vzrok bolniškega staleža, ki je v stalnem porastu in eden od treh vzrokov z najdaljšimi bolniškimi staleži. ZZZS poroča, da v zadnjem času zelo raste bolniški stalež zaradi akutnih stresnih motenj, ki so vzrok ponavljajočih se bolniških staležev večkrat letno pri istih osebah.

Obravnavo odraslih, ki imajo težave v duševnem zdravju je do leta 2019, ko so se začeli vzpostavljati Centri za duševno zdravje odraslih, potekala v psihiatričnih ambulantah in bolnišnicah – za oboje je značilna neenakomerna razporejenost po regijah, kar ima za posledico slabo dostopnost do obravnav v nekaterih regijah. Med letoma 2013 in 2019 se je dostopnost ambulantne psihiatrične dejavnosti povečala samo za 3 tme in je leta 2013 obsegala 107,6 timov, v letu 2019 pa 110,7 timov. **Polovica vseh psihiatričnih ambulant je organiziranih v psihiatričnih bolnišnicah, ostale psihiatrične ambulante, ki so v zdravstvenih domovih in pri koncesionarjih, pa so po Sloveniji neenakomerno razporejene.** Največja dostopnost do psihiatričnih ambulant je na razširjenem območju Ljubljane in Maribora, najmanjša pa na Gorenjskem, kjer imamo na primarni ravni le dve ambulanti. **Potreba po povečanju ambulantne psihiatrične dejavnosti se kaže z dolgimi čakalnimi dobami za prvi pregled. Razporejenost psihiatrične pomoči za odrasle, ki je v Sloveniji izrazito institucionalizirana, torej se izvaja pretežno v psihiatričnih bolnišnicah, se kaže tudi z razporeditvijo specialistov psihiatrije.** V Sloveniji smo imeli leta 2020 215 specialistov psihiatrije, od katerih je bilo 134 zaposlenih v bolnišnicah, 37 v koncesijskih ambulantah in 44 v zdravstvenih domovih. Povedano drugače, v Sloveniji imamo 12,8 psihiatrov na 100 000 odraslih, od tega 8 bolnišničnih psihiatrov na 100 000 odraslih prebivalcev in 4,8 ambulantnih izven bolnišničnih psihiatrov (2,2 koncesionarja in 2,6 ambulantna v ZD), kar kaže na institucionalizacijo duševnega zdravja za odrasle na področju zdravstva.

V Sloveniji je na voljo tudi izjemo malo možnosti psihološke podpore. Psihoterapija je večinoma samoplačniška, zato je tudi iskanje psihološke podpore majhno. Izjemno veliko pomanjkanje je tudi na področju specialistov klinične psihologije. Za vse prebivalce je bilo v letu 2020 na voljo le 96 specialistov klinične psihologije, kar predstavlja le 4,6 kliničnih psihologov na 100 000 prebivalcev. Za primerjavo ima Anglija 16 kliničnih psihologov/100 000 prebivalcev, naš cilj, ki smo si ga postavili v Nacionalnem programu duševnega zdravja 2018 do 2028 pa je 15 kliničnih psihologov/100 000 prebivalcev Slovenije).

Podatki za Slovenijo kažejo, da je iskanje pomoči v primeru težav v duševnem zdravju pri kateremkoli strokovnjaku na področju duševnega zdravja manjše kot v povprečju EU. V Sloveniji je delež prebivalcev starejših od 15 let, ki so koristili pomoč psihologa, psihoterapevta ali psihiatra 2,1, kar je več kot dvakrat manj kot v EU (EU povprečje: 5,3). **Ti podatki podpirajo dejstvo, da je v Sloveniji poleg pomanjkljive mreže pomoči in kadra velika tudi stigma na področju duševnega zdravja.**

Ljudje s težavami v duševnem zdravju dobivajo pomoč in podporo tudi v okviru socialnega sektorja, v socialnovarstvenih programih, ki jih izvajajo strokovne službe v okviru nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja in s strani koordinatorjev obravnave v skupnostni na CSD. **Dostopnost programov** nevladnih organizacij je tudi nezadostna in neenakomerno razporejena po Sloveniji.

Naštete **zgornje pomanjkljivosti se odražajo v pomanjkljivi mreži pomoči na področju duševnega zdravja na primarni ravni (zdravstva in sociale),** pomanjkljivem povezovanju in sodelovanju med resornimi službami in strokovnjaki različnih disciplin znotraj istega resorja. **Zaradi tega se ljudje s težavami v duševnem zdravju soočajo s slabo dostopnostjo do pomoči, z dolgimi čakalnimi dobami, fragmentirano in necelostno obravnavo** pri ambulantni obravnavi in tudi nezadostno podporo osebam s hudimi kroničnimi duševnimi motnjami za skupnostno obravnavo in bivanje v domačem okolju.

Dva primera:

Duševne motnje so še vedno zelo stigmatizirane, ljudje težave skrivajo in si med seboj ne predajajo informacij, kako do pomoči in kaj je na voljo. Družina s članom, ki ima težave v duševnem zdravju se znajde pred težavami, za katere nima pravih informacij, kako pristopiti. Srečajo se s težavami, ki jih do tedaj niso poznali. Njihova pot jih pelje k izbranemu družinskemu zdravniku, dobijo napotnico ali pa zgolj navodilo. Naročijo se na pregled, čakajo. Psihiatrični pregled traja 45 minut in kontrolni pregled je lahko šele čez 3 mesece.

Ali bolj drastično – vedenje člana družine se spremeni in svojci kličejo nujno medicinsko pomoč. Ugotovi se stanje, ki zahteva hospitalizacijo. Oseba je hospitalizirana na oddelek pod posebnim nadzorom. Odkloni stik s svojci in svojci nimajo nobenih informacij, zato je njihova stiska velika. Šele po nekaj dneh se pogovarjajo po telefonu in pri zdravniku imajo pogovor šele čez 1 teden. Ob odpustu dobijo navodilo, naj poiščejo ambulantnega psihiatra. Dobijo seznam in ko začnejo klicati za pregled, ugotovijo čakalne dobe. Stiska se povečuje...

Nacionalni program duševnega zdravja 2018-2028 MIRA kot odgovor na ključne izzive in aktualne potrebe ter vrzeli v sistemu skrbi za duševno zdravje

Odgovor na zgoraj omenjene izzive je Re NPDZ 2018-2028, ki jo je Državni zbor sprejel s soglasjem vseh političnih strank marca 2018. NPDZ 2018 -2028, ki smo ga poimenovali **Program MIRA,** je **prvi strateški dokument, ki določa strategijo razvoja na področju skrbi za duševno zdravje v Sloveniji** ter celovito in dolgoročno zariše varstvo duševnega zdravja v državi. NPDZ **presega zdravstveni vidik** skrbi za duševno zdravje in vključuje odgovorno ravnanje celotne vlade na področju skrbi za duševno zdravje. **Uvaja tako imenovani skupnostni pristop k duševnemu zdravju** in povezuje službe vseh odgovornih sektorjev, zdravstvo, socialno varstvo, vzgojo in izobraževanje, NVO, uporabnike in svojce ter druge deležnike. Program MIRA vključuje ukrepe in aktivnosti za zagotavljanje podpornih okolij, ki krepijo duševno zdravje v vrtcih, šolah, delovnih okoljih, v družini in v lokalni skupnosti, programe, ki preprečujejo razvoj duševnih motenj v različnih okoljih in pri različnih populacijskih skupinah.

Pri obravnavi oseb s težavami v duševnem zdravju je **poudarek na prenosu težišča služb in storitev za duševno zdravje na primarno raven zdravstva in sociale in izboljšanje njihove dostopnosti v lokalnem okolju.** V okviru zdravstva se vzpostavljajo multidisciplinarni timi **v okviru mreže 27 centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov (CDZOM) in 25 centrov za duševno zdravje odraslih (CDZO),** v okviru šolstva se načrtuje dopolnitev regijskih centrov za otroke, mladostnike in njihove družine s specifičnimi učnimi težavami, v okviru socialnega sektorja pa se načrtuje krepitev socialno varstvenih programov in

služb na področju duševnega zdravja. **Z dopolnjevanjem mreže služb na področju duševnega zdravja na lokalni ravni (zdravstva, sociale in šolstva), se vzpostavljajo pogoji za lokalno dostopne, medresorne in interdisciplinarne ter povezane in pravočasne obravnave** ter skupnostno spremljanje oseb s hudimi duševnimi motnjami, kar omogoča tudi **skrajševanje čakalnih dob** na obravnave, hkrati se vzpostavlja pogoje za **deinstitucionalizacijo** na področju duševnega zdravja (skrajšanje hospitalizacij, zmanjšanje števila ponovnih-hospitalizacij ter namestitev v socialnovarstvene inštitucije).

Načrtujejo se tudi splošni in specifični ukrepi za zmanjševanje števila samomorov v Sloveniji in podpora svojcem oseb, ki so poskušale ali naredile samomor.

Velik poudarek v Programu Mira je na dokazano učinkovitih programih zmanjševanja stigme in diskriminacije ter večanju pismenosti na področju duševnega zdravja laične javnosti, izobraževanja ter usposabljanja strokovnjakov v sistemu vzgoje in izobraževanja, socialnega varstva in zdravstva ter dopolnitev kurikulumov dodiplomskega izobraževanja na področju duševnega zdravja. Cilj je večanje lastne skrbi za duševno zdravje, večja podpora družbe krepitvi duševnega zdravja ter krepitev kompetenc strokovnjakov različnih resorjev za boljše razpoznavanje in povezano obravnavo težav v duševnem zdravju oseb, ki pomoč potrebujejo.

Zaradi pomanjkanja specializiranega kadra na področju duševnega zdravja (specialistov otroške in mladostniške psihiatrije, specialistov klinične psihologije ter specialistov psihiatrije) je **zelo pomembno načrtovanje izobraževanja in zaposlovanja strokovnjakov** skladno z nacionalnimi potrebami. Že v prvem Akcijskem načrtu 2018 do 2020 je bilo predvideno, da MZ zagotovi zakonske podlage za sistemsko financiranje specializacij iz klinične psihologije in zagotavljanje sistemskega financiranja 30 specializacij iz klinične psihologije letno, kar pa se ni zgodilo, zato je ta ukrep vključen v naslednji Akcijski načrt 2021 do 2023.

Oba akcijska načrta, prvi, ki se je končal z decembrom 2020 in novi, od 2021 do 2023, ki čaka na MZ za sprejem na Vladi, vsebujeta celotno paleto aktivnosti tako na področju krepitve duševnega zdravja, preventive kot zdravljenja duševnih motenj tako otrok in mladostnikov kot delovno aktivne populacije ter starejših.

Doprinos dopolnitve mreže služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov ter uvajanja preventivnih programov v šolsko okolje

Zaradi povečanih potreb otrok in mladostnikov je nujno pospešeno **dokončati vzpostavljanje mreže Centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov (CDZOM)**, ki vključujejo multidisciplinarne time na primarni ravni – **le-ta lahko privede do pravočasnega naslavljanja potreb in dostopa do pomoči vsem, ki jo potrebujejo**. Prednostno je potrebno vzpostaviti še preostalih 15 manjkajočih centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov, z vključevanjem že obstoječih služb in strokovnjakov v lokalnih okoljih. Za naslavljanje urgentno povečanih potreb po hospitalizacijah trenutno v sodelovanju z MZ že rešujemo nastalo situacijo z vzpostavitvijo dodatnega bolnišničnega oddelka in dnevne bolnišnice.

Vzpostavitev mreže CDZOM na primarni ravni bo omogočila učinkovito povezovanje s strokovnjaki v lokalnem okolju, s šolskimi svetovalnimi službami, pediatri, patronažnimi sestrami. V okviru akcijskega načrta nacionalnega programa za leto 2021-2023 načrtujemo izvedbo izobraževanj, ki bodo vse naštete strokovnjake iz različnih resorjev dodatno opremila z znanjem s področja duševnih motenj v lokalnem okolju – mhGAP - na dokazih utemeljen program SZO.

Načrtujemo sistemsko uvajanje programa podpore čustvenega in socialnega dozorevanja otrok Neverjetna leta, namenjenega učiteljem kot pomoč pri vodenju razreda, ki je v slovenskem prostoru že preizkušen, vzpostavljen je tudi že tim izvajalcev, ki se bo v prihodnosti lahko naprej širil. Program dobiva prepoznavno vlogo znotraj šolskega sistema, ker podpira učitelje in jih opremlja z veščinami, ki hkrati predstavljajo krepitev čustvene regulacije, sodelovanja in motivacije otrok za šolsko delo.

Nekaj izjav šolskih delavcev o koristnosti programa Neverjetna leta:

»Učitelji so motivirani za vsebine, ki so življenjske in pomagajo pri vsakdanjem delu s težavnimi učenci. Najpomembnejše ugotovitve udeležencev so, da se vsi učitelji srečujemo s podobnimi dilemami, da pri tem nismo sami in se skupaj lahko opolnomočimo s podeljenimi izkušnjami iz prakse. Vsi so aktivno sodelovali pri igri vlog, iskanju rešitev in novih idej.«

Deja Božič, Blaž Dolinšek, OŠ Šalek, Velenje

"Največja prednost pri programu Neverjetnih let se mi zdi to, da se veliko časa posveča gradnji pozitivnih odnosov z učenci in starši. To se mi zdi nekakšen ključ do uspeha. Kolaborativni pristop vseh na delavnici omogoča različne diskusije in izmenjavo mnenj. Vsak učitelj pripomore s svojimi znanji in izkušnjami, in ta izkušnja nam daje največjo vrednost naših srečanj. Kot bi imeli 15 učiteljev pomočnikov, ki nam pomagajo pri našem delu. Prednost vidim tudi v tem, da so v program vključeni učitelji in vzgojitelji različnih šol in vrtcev, ter svetovalni delavci."

Tina Pleško, OŠ Kolezija, Ljubljana

"Praktično usposabljanje Vodenje razreda za učitelje je strokovno podprto in temelji na znanih principih učenja, pri čemer daje velik poudarek na modelno učenje, na premišljen, strokoven in predvidljiv način odzivanja strokovnih delavcev. Program nam ponudi preobrat od »grajanja, kaznovanja, negodovanja, zasmehovanja, podcenjevanja, ustrahovanja«, ki jih pogosto učitelji na šolah uporabljajo v namene doseganja zelenih izidov, k pro-socialnim tehnikam vedenja oziroma k vzpostavljanju dobrega odnosa z učenci in starši, pohvali, krepitvi zelenih odnosov in k upoštevanju svoje in njihove individualnosti. Načini, ki jih program ponuja, pomenijo predvsem premik v miselnosti in mi ne nalagajo dodatnega dela.«

Tajana Brajović, šolska svetovalna delavka, OŠ Tabor, Logatec

»Eden najpomembnejših vidikov tega izobraževanja se mi zdi podpora, ki jo občutim v skupini. Z diskusijami, teoretičnim ozadjem in praktičnimi nasveti se počutim bolj suverena in samozavestna v razredu. Odnos z učenci se je izboljšal, bolje sodelujejo in lažje jih motiviram. Postala sem pozorna na majhne stvari, delujem preventivno in v celotnem procesu poskušam graditi otrokovo samopodobo in samozavest, kar je bilo vidno v zelo kratkem času.«

Katarina Zagoršak, OŠ Martina Krpana, Ljubljana

"Naša skupina je bila kot »idealna zbornica«, v kateri smo ob vsej pestrosti nabora orodij samega programa Neverjetna leta, pridobivali in si izmenjali zelo veliko dragocenih idej, veščin, strategij, ki smo jih učitelji te skupine lahko uporabili za lastno osebnostno in profesionalno rast ter za učinkovitejše delo v razredu (včasih pa tudi doma, s svojimi otroki). Skupina, ki se je oblikovala je meni osebno poleg zgoraj omenjenega pomenila še dvoje: podporo pri delu in potrditev ter spoznanje, da sem na pravi poti in da je projekt Neverjetna leta to, na kar sem leta čakala kot učiteljica."

Maja Lapornik, OŠ Rimske Toplice

Pri svetovalnem delu nenehno razmišljam, kako spodbuditi učence, da bi bila njihova motivacija za učno delo večja, kako jih opogumiti, da se obrnejo na nekoga, če imajo težavo, kako jih spodbuditi, da prosijo za pomoč, če jo potrebujejo ali pa, da preprosto pridejo in povedo tisto, kar jim leži na duši, jaz pa jih samo poslušam... Zavedam se, kako pomembno je, da pri tem pomagam tudi učiteljem in staršem, zato ta pristop dejansko tudi živim v kontaktu z učenci, učitelji in starši... Socialni, čustveni treningi in treningi vztrajnosti so tisti, ki jih program Neverjetnih let zelo spodbuja, so pa v tem obdobju aktualni in nujno potrebni. Brez njih zmanjka temeljna podlaga za smiselno učenje. V vsakodnevni komunikaciji, osebni ali elektronski, smo v sedanjem času tudi v šolskem okolju deležni veliko več neprijetnih, žaljivih besed, nestrpnosti in nemalokrat celo groženj. Vse več je izraženega nezadovoljstva predvsem odraslih, vse več je nakopičene negativne energije, ki vpliva na otroke in mladostnike, zato ohranjanje dostojanstva, spoštovanja in pozitivnega odnosa postaja skoraj umetnost. »Neverjetna leta« so tista, ki mi pomagajo ustvarjati distanco od vseh nestrpnosti v odnosih in namesto tega krepiti sodelovanje in spoštovanje na višji frekvenci, s pozitivnimi vibracijami... Če bi imela čarobno palčko, bi vsakemu otroku dala priložnost, da se nauči veščin, ki jih ponujajo Neverjetna leta v »Dino šoli«, učiteljem, da bi šli skozi program »Vodenje razreda za učitelje« ter staršem, da se vključijo v »Trening starševstva«. S prepričanjem, da je to preventivni program, ki vpliva na duševno zdravje vsakega izmed nas, nas povezuje in naše skupno učenje postavlja na nove temelje.

Natalija Plajnshek, Svetovalna služba, OŠ Trnovo

Akcijski načrt predvideva **nadgradnjo spletnega portala To sem jaz**, da bo okrepil dostopnost do preverjenih informacij s področja duševnega zdravja in kako ga lahko otroci in mladostniki krepijo. Načrtovano je tudi podpreti **uvajanje drugih z dokazi podprtih programov v šolskem prostoru, kot je program za obvladovanje medvrstniškega nasilja ter program za obvladovanje anksioznosti CoolKids**, ki je namenjen vnašanju dokazano učinkovitih skupinskih pristopov za obvladovanje tesnobe v šolski prostor. S temi znanji se bodo opolnomočili učitelji in šolski svetovalni delavci, kar bo omogočilo dostop do učinkovite pomoči širokemu krogu otrok, ki jo potrebujejo.

Doprinos dopolnitve mreže služb za duševno zdravje odraslih ter koristi skupnostnega, povezanega in lokalnega pristopa

Za zagotavljanje celostne obravnave odraslih s težavami v duševnem zdravju Nacionalni program duševnega zdravja za 10 letno obdobje predvideva nadgradnjo obstoječe mreže služb s 25 centri za duševno zdravje odraslih (v nadaljevanju CDZO) in 27 Centri za duševno zdravje otrok in mladostnikov (CDZOM). **Ti centri se vzpostavljajo na primarni ravni zdravstvene dejavnosti, v okviru zdravstvenih domov za področja z 50 000 do 75 000 odraslih.** CDZO so z vstopno triažno službo široko, hitro in lokalno dostopni osebam s težavami v duševnem zdravju. **Z multidisciplinarnim timom zagotavljajo preventivne storitve ter celostno 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. Ambulantna obravnava v CDZO je močna nadgradnja obstoječe psihiatrične ambulante, saj **tim sestavljajo specialist psihiater, trije psihologi** (zaradi pomanjkanja specialistov klinične psihologije se zaposlujejo psihologi, ki postopoma vstopajo v specializacijo), **diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik in diplomirani socialni delavec.**

Posebej pomembna je povečana dostopnost do psihološke oblike pomoči in možnost posveta s socialnim delavcem, ter povezovanje in sodelovanje z ostalimi službami in izvajalci socialnovarstvenih programov v lokalnem okolju.

Prvi Akcijski načrt je predvideval nastanek 3 CDZO med leti 2018 in 2020. Potrebe na terenu pa so bile tako velike, da so se od marca 2019 do konca leta 2020 vzpostavilo 10 CDZO. Glede na večji delež težav v duševnem zdravju in večje pomanjkanje kadra na področju duševnega zdravja v vzhodni kohezijski regiji, se je večina CDZO vzpostavila v vzhodnem delu Slovenije. Nosilni zdravstveni domovi do sedaj vzpostavljenih CDZO so: Celje, Kočevje, Murska Sobota, Nova Gorica, Ormož, Ptuj, Ravne na Koroškem, Sevnica, Trbovlje, Velenje. Nadgrajeni interdisciplinarni tim v CDZO in **nov koncept dela v teh centrih omogoča celostno, povezano in integrirano obravnavo oseb s težavami v duševnem zdravju.**

Dva primera dobrobiti obravnave v CDZO:

Oseba s težavami v duševnem zdravju se po pogovoru z izbranim splošnim zdravnikom oglasi v CDZO. Napotnice ne potrebuje, kar pomeni, da razbremenimo izbranega splošnega zdravnika. Sprejme ga diplomirana medicinska sestra, ki opravi pogovor, v katerem ugotovi, da ima oseba depresivno razpoloženje, doživlja hudo stisko zaradi izgube službe, pogosteje zlorablja alkohol in ji je že izbrani splošni zdravnik predpisal antidepresive. Po posebni klinični poti oceni stanje in oseba je naročena k psihiatru naslednji teden. Na pregledu pri psihiatru se izkaže, da slabo prenaša predpisane antidepresive, da slabo spi in je izjemno zaskrbljena. Dogovorita se za menjavo zdravila in da bo oseba obiskala socialno delavko in se vključila v redne posvetovalne pogovore k psihologu. Na timskem sestanku se potrdi načrt obravnave, ki sestoji iz pregledov pri specialistu psihiatru enkrat mesečno, tedensko obiskuje psihologa in po potrebi bo obiskala socialno delavko. Že po dveh tednih psiholog ugotovi, da se stanje slabša. Na timskem sestanku se posvetujeta psiholog in psihiater in oseba je takoj napotena na kontrolni pregled k psihiatru. Sledi menjava zdravila in ponovno obiskovanje psihologa. Oseba se v stiki večkrat tedensko obrne na medicinsko sestro, s katero govori po telefonu. Po mesecu dni je stanje že boljše, kriza je mimo. Na pregledu pri psihologu je dvakrat mesečno, nato enkrat mesečno in po štirih mesecih je stanje stabilno, zato se osebo odpusti iz obravnave. Zdravljenje bo nadaljevala pri izbranem splošnem zdravniku. Zaradi takojšnje multidisciplinarne obravnave, ki je bila prvi mesec zelo intenzivna, se je stanje osebe hitro izboljšalo. Takšna obravnava ni bila fragmentirana, ni prihajalo do zastojev zaradi čakanja na preglede med strokovnjaki, oseba je dobila psihološko podporo ob zdravljenju z zdravili. Tim je med seboj komuniciral in osebi prihranil marsikatero pot, predvsem pa nepotrebno čakanje. Usklajene informacije s strani tima osebe niso begale. Pohvala, ki jo je izrekla na koncu je bila povezana z dostopnostjo: »Vi pa res dvignete telefon, ko vas človek pokliče.« Takšna obravnava je učinkovita in hitra.

Poglejmo še drug primer – oseba je bila odpuščena iz psihiatrične bolnišnice in dobila je navodila, da se vključi v ambulantno obravnavo. Znašla se je pred neznanim – le kje so psihiatri. Nato je ugotovila, da v sosednjem zdravstvenem domu deluje CDZO. Poklicala je in oglasila se je medicinska sestra, ki jo je po telefonu prijazno povprašala, kakšne so težave in kaj potrebuje. Oseba je imela zdravila še za približno 14 dni. Na pregled k psihiatru je prišla čez 10 dni. S psihiatrom se je dogovorila, da bo na kontrolne preglede hodila vsak mesec. Obiskala bo še psihologa in socialno delavko. Po vseh treh pregledih je tim na sestanku potrdil načrt obravnave, ki je obiskovanje psihiatra in morebitna menjava zdravila v tabletah v injekcijo, ki se daje mesečno ter obiskovanje socialne delavke, da se prične urejati socialne težave. Za psihološko podporo se oseba še ni odločila. Svojci so se vključili v podporno skupino svojcev oseb s psihozo. Trajanje takšnega zdravljenja je po smernicah dve leti, saj je šlo za prvo epizodo psihoze. V primeru poslabšanja je namesto zdravljenja v bolnišnici mogoče izvajati zdravljenje v domačem okolju, s tem da ga obiskuje tim skupnostne psihiatrične obravnave (SPO).

Prednosti skupnostnega pristopa v skrbi za duševno zdravje, vloga centrov za duševno zdravje ter vključenost uporabnikov in svojcev v proces odločanja

V času, ko se kažejo težave v duševnem zdravju v večjem obsegu je potrebno pristopiti k krepitvi mreže služb za duševno zdravje, kar je tudi priporočilo mednarodnih organizacij. Priporoča se predvsem, da se **težave v duševnem zdravju rešujejo na čim bolj skupnosten način, kar pomeni kakovostno, prijazno, blizu ljudem, v njihovih naravnih okoljih, v skladu z ocenjenimi potrebami, mobilno in povezano. Težišče skrbi in pomoči je treba prenesti iz institucij v skupnost.** Skupnostni pristop je pomoč in podpora ljudem, tudi medsebojna pomoč, **tam kjer jo ljudje potrebujejo.** Pomeni pozorno **sledenje potrebam in povezovanje vseh služb** za duševno zdravje **v lokalnem okolju**, tudi s tistimi, ki službe uporabljajo in morajo imeti pri oceni tega, kaj je treba narediti, vodilno vlogo. To je v skladu s sprejetim Nacionalnim programom duševnega zdravja 2018 do 2028 MIRA. V okviru CDZO deluje poleg ambulantnega tima tudi skupnostni interdisciplinarni tim, ki izvaja obravnave in spremljanje na bolnikovem domu, kadar je to potrebno ter se povezuje pri teh obravnavah z vsemi drugimi službami v lokalnem okolju, skladno s potrebami obravnavane osebe.

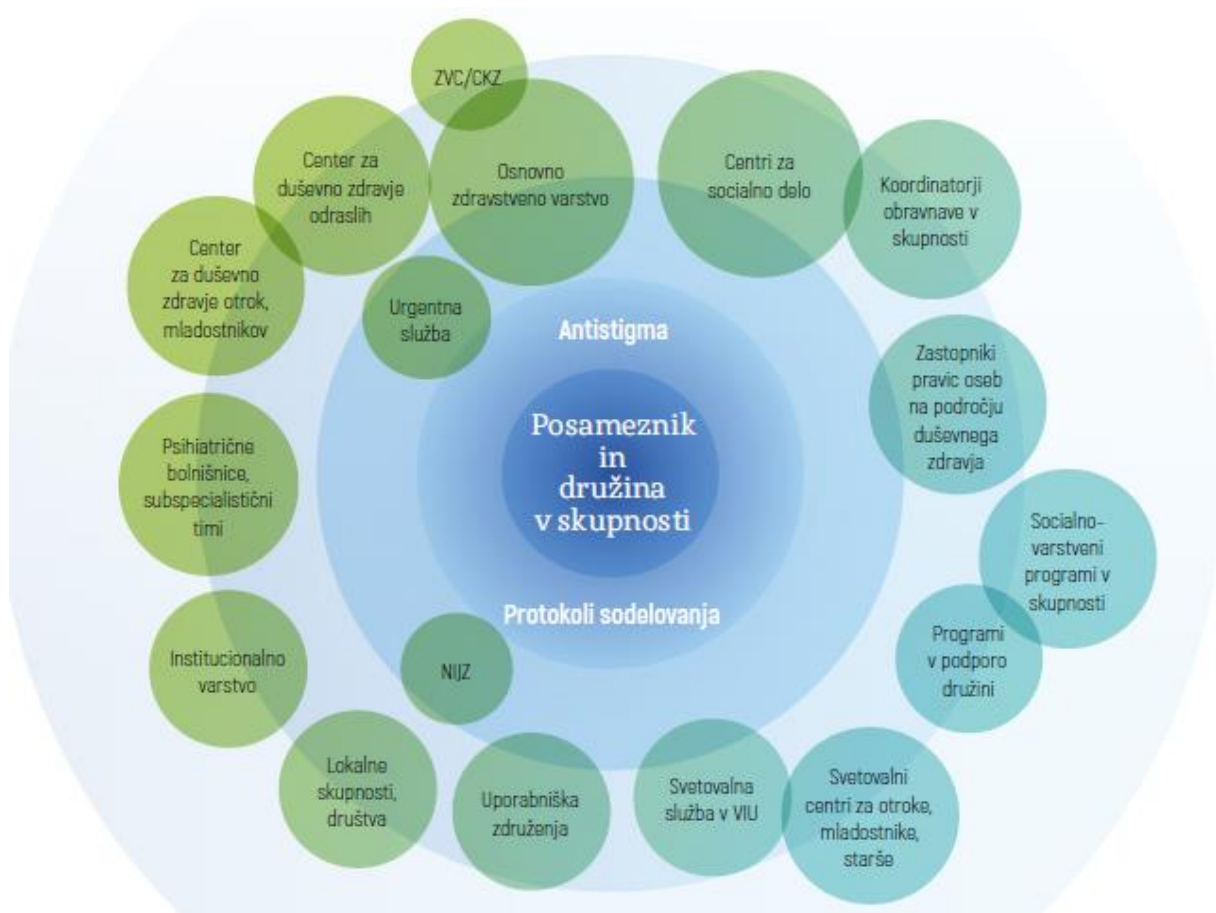
Primer skupnostnega pristopa:

V času krize so boljše kot institucionalne delovale skupnostne službe, med njimi Centri za duševno zdravje in socialnovarstveni programi. ŠENT, OZARA, ALTRA in drugi so nemudoma prešle na spletne in telefonske oblike pomoči in dogovarjanja z uporabniki, zagotovile odgovore na osnovne življenjske potrebe (hrana, zdravila, pomoč brezdomnim glede hrane, higiene, itd.) in zagotovile tudi neposredne stike, kadar je bilo to potrebno, okrepile so delo s svojci in vrstniške oblike pomoči. Povezale so se z drugimi lokalnimi organizacijami in centri, tudi z Centri za duševno zdravje. Vse to je pomembno varovalo duševno zdravje njihovih uporabnikov.

Primer dobrega načrtovanja:

V času zdravstvene in ekonomske krize je potrebno narediti, kar je pokazala Delfi študija, ki smo jo v lanskem letu izvedli kot posvet med izvajalci storitev, to je strokovnjaki, uporabniki storitev, svojci in predstavniki politike. S širokim posvetom smo pokazali, da je potrebno pristopiti k reorganizaciji služb na način krepitve pomoči na osnovni ravni zdravstva in socialnega varstva, krepitvi rehabilitacije, povečavanju nastanitvenih kapacitet, doseči dostopno in prijazno humanitarno ter medsebojno pomoč in okrepiti strokovna in laična znanja glede pomoči. Prilagoditi je treba mrežo služb in sredstva preusmerjati iz institucij v skupnost. Takšna so tudi mednarodna priporočila.

Prikaz deležnikov v regionalni mreži služb za duševno zdravje



Implementacija programa MIRA, ovire na poti in potrebe po sistemskih reformnih ukrepih

Številni programi na področju krepitve duševnega zdravja in preventive razvoja duševnih motenj pri različnih populacijskih skupinah (otroci in mladostniki, odrasli zaposleni in brezposelni, starejši) in v različnih okoljih (šole, vrtci, lokalna okolja) so bili načrtovani že v 1. Akcijskemu načrtu Nacionalnega programa duševnega zdravja (AN NPDZ) 2018 do 2020. Ker ni bilo dovolj podpore resorjev implementaciji NPDZ 2018 do 2028 in 1. AN, ter so se realizirali le nekateri od njih, je bila večina nerealiziranih ali delno realiziranih ukrepov prenešana v 2. AN NPDZ od 2021 do 2023. To so ukrepi in programi, ki sodijo v odgovornost in proračune ministrstev, MZ, MDDSZ, MIZŠ. Proračuni teh resorjev se na področju duševnega zdravja niso povečali v preteklih 3 letih, (pri nekaterih celo zmanjšali), pa tudi ne v letošnjem letu, kljub več pozivom upravljalvske skupine NPDZ na NIJZ, ki je skladno z Resolucijo o NPDZ upravljalca implementacije NPDZ 2018 do 2028. Tudi sredstva, ki so bila načrtovana v 1. AN NPDZ za upravljalvske naloge implementacije, niso bila v preteklih 3 letih zagotovljena NIJZ.

Upravljalvska skupina, ki strokovno podpira in koordinira implementacijo NPDZ 2018 do 2028, Program MIRA, je aprila 2020, v času ko je zaradi covid epidemije bil pričakovan porast težav v duševnem zdravju, predlagala z dopisom vsem trem ministrom, MZ, MDDSZ in MIZŠ, vključitev financiranja kriznih ukrepov za obvladovanje težav v duševnem zdravju in podporo najbolj ranljivih skupin prebivalcev v

rebalans proračuna 2020 in v načrt proračuna za 2021. Na žalost so ostali proračuni ministrstev nespremenjeni. Prav tako smo letos predlagali Vladi vključitev prioritarnega financiranja novega AN NPDZ 2021-2023 v okviru PKP8. Povratno sporočilo od predsednika vlade je bilo, da se bo duševno zdravje vključilo v PKP9. Zato smo ponovno poslali pobudo za vključitev financiranja celotnega AN NPDZ v PKP9. Čakamo na odziv.

V letih 2019 in 2020 smo uspeli s sredstvi ZZS, ki je pokazal večji posluš za implementacijo akcijskega načrta NPDZ kot vlada, vzpostaviti 11 CDZOM in 10 CDZO, ki sicer zaradi velikega pomanjkanja specialistov otroške in mladostniške psihiatrije in klinične psihologije in psihiatrije zaenkrat ne zaposlujejo standardnih interdisciplinarnih timov (16 interdisciplinarnih strokovnjakov), ampak t.im. **minimalne time**, ki ali nimajo pedopsihiatra ali imajo manjše število psihiatrov in kliničnih psihologov, kot je načrtovano.

Težave v duševnem zdravju so se v času zdravstvene krize močno povečale, dostopnost do pomoči ostaja enako slaba. Prioritetni cilj je, da se vzpostavi celotna mreža CDZOM in CDZO s polnimi, standardnimi timi ter njihovo 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).

Za doseganje tega cilja pa so potrebni temeljiti reformni ukrepi, prestrukturiranje obstoječih služb in ciljno načrtovanje specializacij in zaposlovanja specialistov na področju duševnega zdravja, skladno s potrebami, **predvsem na primarni ravni, v CDZO in CDZOM.** 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 in enakomerno dostopna ambulantna in skupnostna obravnava za vse prebivalce, na sekundarni in terciarni ravni pa obravnava nujnih stanj ter obravnava kompleksnih stanj, ki potrebujejo subspecialistično oskrbo.

Vse to, kot tudi **potreba po zakonski ureditvi in zagotavljanju večje dostopnosti do psihoterapije** kot tudi zakonski ureditvi in zagotavljanju sistemskega financiranja zadostnih specializacij iz klinične psihologije (30 specializacij letno), je vključeno v aktualni AN NPDZ 2021 do 2023, ki čaka na MZ za sprejem na vladi že 3 mesece.

Žal nas je morala huda zdravstvena kriza, ki povzroča tudi krizo na področju duševnega zdravja, potisniti ob zid, da smo razpoznali pomen duševnega zdravja. Žal je tudi **naš sistem skrbi za duševno zdravje bil več desetletij zanemarjen, zato se danes soočamo s stiskami** ne le ljudi, ki imajo težave v duševnem zdravju in ne morejo do pomoči, ampak tudi stiskami strokovnjakov pomanjkljivih strokovnih služb, ki ne morejo odgovoriti na povečane potrebe ljudi, čeprav si tega želijo in so zato tudi sami v stiski, preobremenjeni in izgoreli.

Vendar, **če ne bomo sedaj začeli sistemsko odgovarjati na potrebe, povezano, ter v sodelovanju vseh odgovornih ministrstev in stroke graditi odpornejši sistem skrbi za duševno zdravje, se bo v bodoče sesulo duševno zdravje celotne populacije,** kar bo seveda krnilo družbeni in gospodarski potencial.

Posluš sedanje sestave MZ za potrebe otrok in mladostnikov na področju DZ v času krize se je povečal, ažurno so začeli reševati zamujeno, kar je pohvalno. Za letošnje leto je v Splošni dogovor za 2021 (SD 2021) vključeno financiranje 10 novih CDZOM, podpira se nove specializacije pedopsihiatrov in kliničnih psihologov. Čeprav zakonske rešitve za sistemsko financiranje KP še ni, upamo, da bo rešena

še v tej vladi; 10 specializacij iz klinične psihologije letos in 10 naslednje leto se bo financiralo iz PKP, vendar je to premajhno število. Akutno se rešujejo manjkajoče posteljne kapacitete za otroke in mladostnike, ki imajo težave v duševnem zdravju in potrebujejo hospitalizacijo.

Upamo tudi, da bo v tem letu sprejeta zakonodaja, ki bo omogočila večjo dostopnost celotne populacije do psihoterapije. Ter, da bo z Aneksom 1 k SD 2021 vključeno tudi **financiranje vzpostavitve vsaj 7 do 10 novih CDZO, saj so težave na področju duševnega zdravja odraslih in starejših ravno tako velike in v porastu** v času krize, dostopnost služb in storitev na primarni ravni in v skupnosti pa slaba in neenakomerna.

Kako naprej?

1. Duševnemu zdravju mora vlada **nemudoma** posvetiti vso pozornost in **sprejeti Akcijski načrt NPDZ 2021-23**, ki že 3 mesece čaka na MZ za sprejem na Vladi. Zaradi kriznih razmer je potrebna skrbna in sistematična **uvedba preverjeno učinkovitih programov krepitve in varovanja duševnega zdravja otrok in mladih v šolah in vrtcih, okrepitev sistema šolske svetovalne službe, socialnih programov in programov za zaščito otrok in družine ter programov za varovanje zdravja delovno aktivne populacije in starejših.**
2. Skladno s potrebami načrtovanih ukrepov v AN NPDZ 2021-23 se morajo proračuni resornih ministrstev povečati in omogočiti njihovo implementacijo. **Predlagamo vključitev prioritetnega financiranja potreb na področju DZ za naslednja 3 leta v proračune vseh treh ministrstev ali v PKP9.**
3. **MZ mora zagotoviti tudi ustrezna finančna sredstva za opravljanje funkcij upravljanja implementacije NPDZ.**
4. Predlagamo **vzpostavitev v NPDZ predvidenih podpornih upravljavskih struktur** na ravni politike, **Vladnega sveta za duševno zdravje in medresorne delovne skupine**, ki se bo aktivno in podporno odzivala na izzive pri implementaciji ukrepov AN 2021-23 in drugih aktualnih izzivih.
5. Za zagotavljanje ustrezne dostopnosti do služb in storitev na področju duševnega zdravja na primarni ravni in v skupnosti, je potrebno **čimprej vzpostaviti polno delujočo mrežo CDZOM in CDZO.** Temu primerno je potrebno **zagotoviti finančna sredstva v okviru ZZS, speljati ustrezne reformne ukrepe, načrtovati specializacije in prioritetno zaposlovati specialiste (PP, KP in psihiatre) v okviru CDZOM in CDZO ter zagotoviti potrebno podporno zakonodajo.**

Podpora implementaciji NPDZ 2018 -2028 daje tudi [Poročilo hitre ocene sistema duševnega zdravja v Sloveniji](#), ki ga je na povabilo Ministrstva za zdravje izvedla Evropska regijska pisarna Svetovne zdravstvene organizacije v septembru 2020. V kratkem [Povzetku hitre ocene sistema duševnega zdravja v Sloveniji](#) so zbrani ključni izzivi in potrebe ter predlagani ukrepi, s katerimi bi slednje naslovili.

Do enakih ugotovitev smo prišli z izvedeno analizo **razpoložljivosti potrebnih programov in kadrov**, s katero smo želeli oceniti aktualno stanje in potrebe iz vidika služb in storitev na področju duševnega zdravja. **Na podlagi ugotovitev analize, ki so skladni s poročilom in predlogi SZO, smo pripravili [Predlog reformnih ukrepov za duševno zdravje.](#)**

Preostali dokumenti, na katerih temelji vsebina tega sporočila, so dostopni na spletni strani [Programa za duševno zdravje MIRA.](#)