ANALIZA STANJA IN PREDLOG REFORMNIH UKREPOV NA PODROČJU SLUŽB ZA DUŠEVNO ZDRAVJE

Reformni ukrepi temeljijo na ciljih Resolucije o Nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028 in na priporočilih SZO o organizaciji sistema skrbi za duševno zdravje v Sloveniji iz septembra 2020.

VSEBINA

POVZETEK 2

UVOD 4

UKREPI ZA ZVEČANJE DOSTOPNOSTI DO SLUŽB IN STORITEV NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA IN ZMANJŠEVANJE NEENAKOSTI V DOSTOPNOSTI 5

OBRAZLOŽITEV IN ANALITIČNA IZHODIŠČA ZA REFORMNE UKREPE NA PODROČJU SLUŽB ZA DUŠEVNO ZDRAVJE 6

- **ISKANJE POMOČI V SLUŽBAH ZA DUŠEVNO ZDRAVJE** 6
  - RAZPOREDITEV SPECIALISTOV S PODROČJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA 6
- **PROGRAMI ZZZS S PODROČJA DUŠEVNEGAZDRAVJA** 9
- **CENTRI ZA DUŠEVNO ZDRAVJE** 12
  - **PODPORA IMPLEMENTACIJI CENTROV ZA DUŠEVNO ZDRAVJE** 18
  - **EVALVACIJA DELOVANJA CENTROV ZA DUŠEVNO ZDRAVJE** 19
  - **Kadrovska struktura zaposlenih v CDZ** 20
  - **Število obravnavanih pacientov** 22
  - **Triažni postopki in napotitve** 23
  - **Delovanje CDZ v času epidemije COVID-19** 23
  - **Čakalne dobe** 24
  - **Sodelovanje z drugimi strokovnjaki** 25
  - **Timsko sodelovanje** 26
  - **Organizacijske rešitve** 26
  - **Organizacijske ovire** 27

ZAKLJUČEK 27

PRILOGA 1 29

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. Prednostno zaposlovanje mladih specialistov psihiatrije ter otroške in mladostniške psihiatrije, ki zaključijo specializacijo, na primarni ravni (v mreži CDZO in CDZOM).
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. V programu kroženja v okviru specializacije otroške in mladostniške psihiatrije je v prvih dveh letih tudi nesorazmerno velik delež kroženja v bolnišnicah. 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

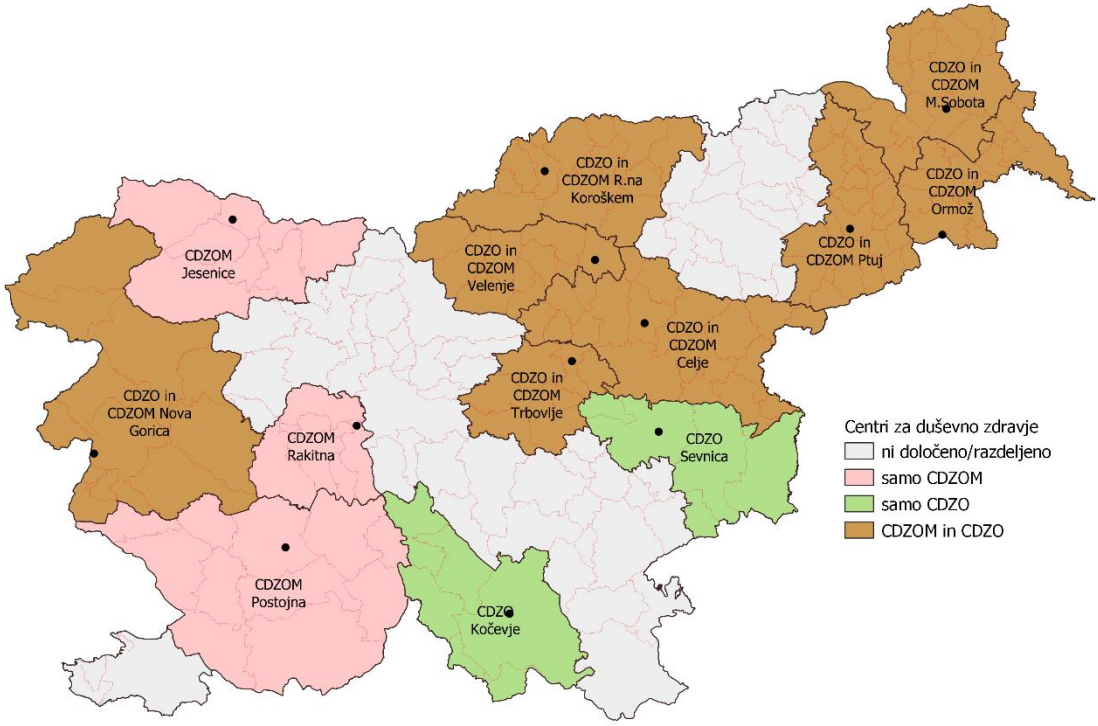
Za zagotavljanje celostne obravnave otrok mladostnikov ter odraslih s težavami v duševnem zdravju Nacionalni program duševnega zdravja za 10 letno obdobje predvideva nadgradnjo obstoječe mreže služb s 25-imi centri za duševno zdravje otrok in mladostnikov (v nadaljevanju CDZOM) ter 25 centri za duševno 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	3 do 4 ambulantnih psihiatrov na 50 do 70 000 odraslih prebivalcev In	3 ambulantni psihiatri – za regije, kjer je na voljo psihiatrična bolnišnica 4 ambulantni psihiatri – za regije, kjer ni dostopne psihiatrične bolnišnice in kjer	**Skupaj 133 psihiatrov** (50 – 75 psihiatrov v CDZ, ostali v ambulantni zunaj bolnišnični dejavnosti)

SPO	1 psihiater na 50 do 70 000 prebivalcev v skupnostnem timu	je populacija posebej ogrožena (visok samomorilni količnik in specifična morbiditeta in mortaliteta na račun bolezni, povezanih z alkoholom)	
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

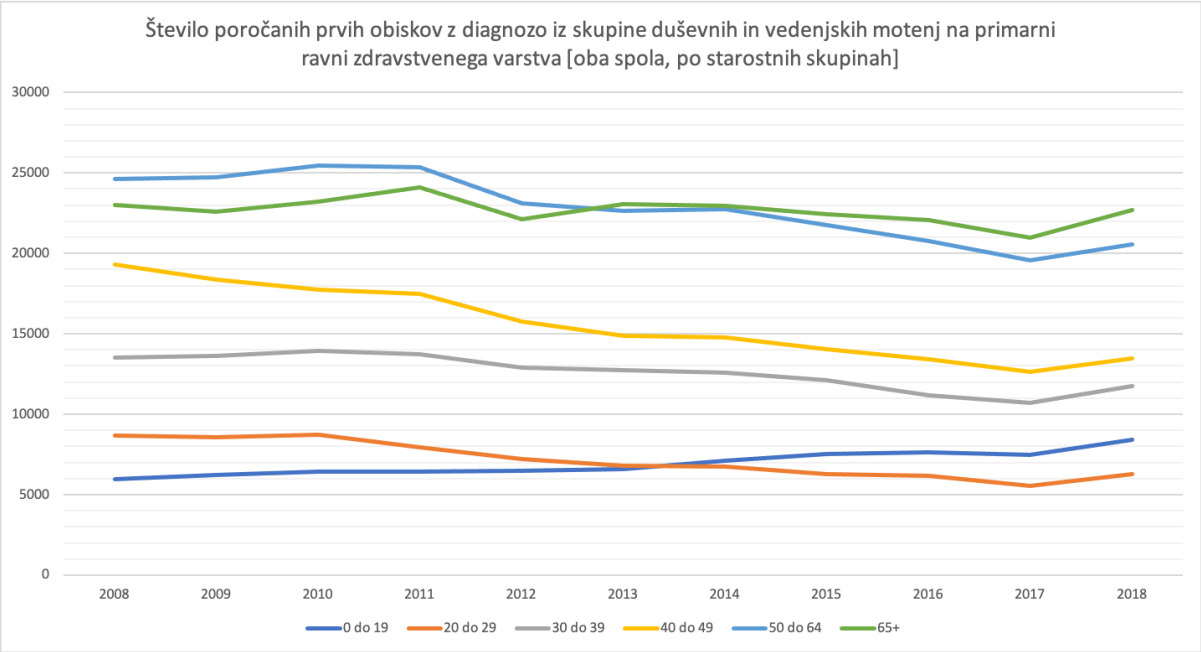
Razpredelnica 2 a. Razlogi obravnave v psihiatričnih bolnišnicah zaradi duševnih motenj po posameznih diagnozah, starostna skupina 0 do 19 let, moški, ženske in skupaj, Slovenija, 2018.

	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

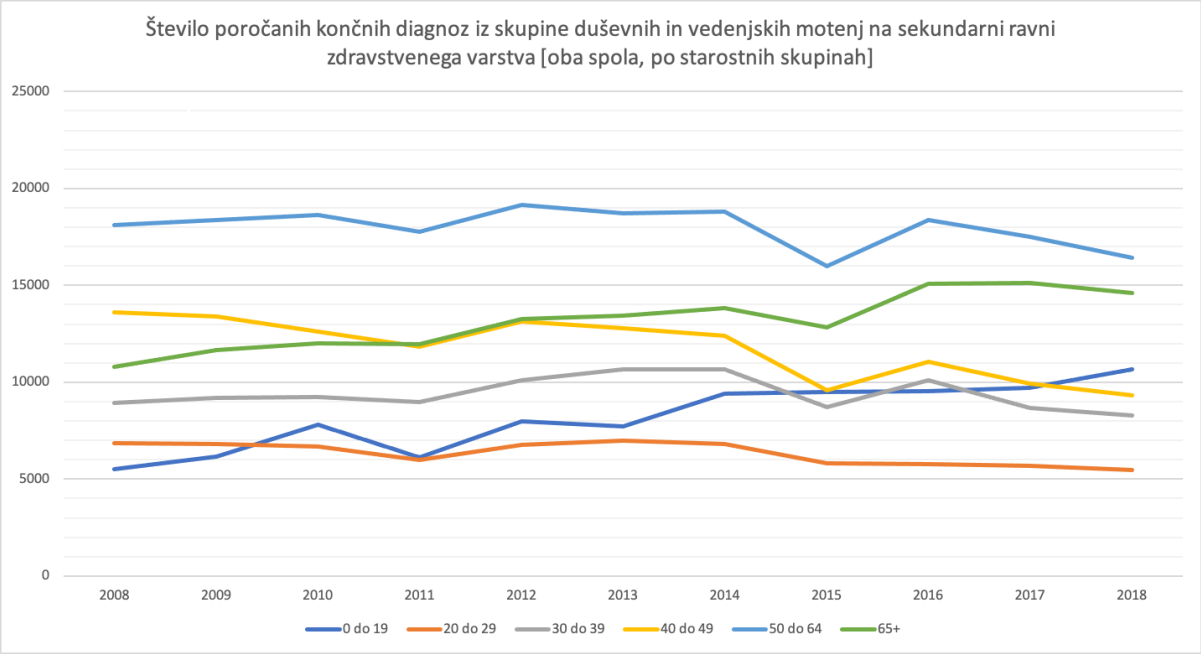
Razpredelnica 2 b. Razlogi obravnave v psihiatričnih bolnišnicah zaradi duševnih motenj po posameznih diagnozah, starostna skupina nad 20, moški, ženske in skupaj, Slovenija, 2018.

	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

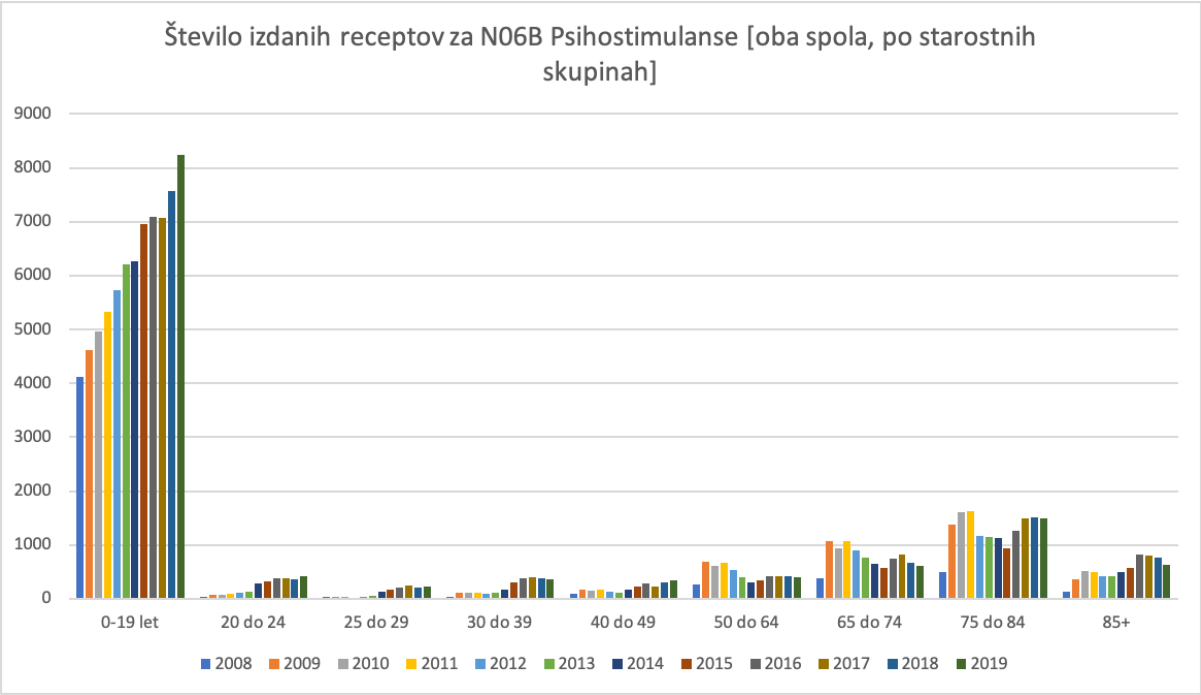
F50-F59 Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami	10	40	50
F60-F69 Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi	152	98	250
F70-F79 Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija)	92	70	162
F80-F89 Motnje duševnega (psihološkega) razvoja	10	2	12
F90-F98 Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu	3	1	4
Skupaj	5306	4626	9932



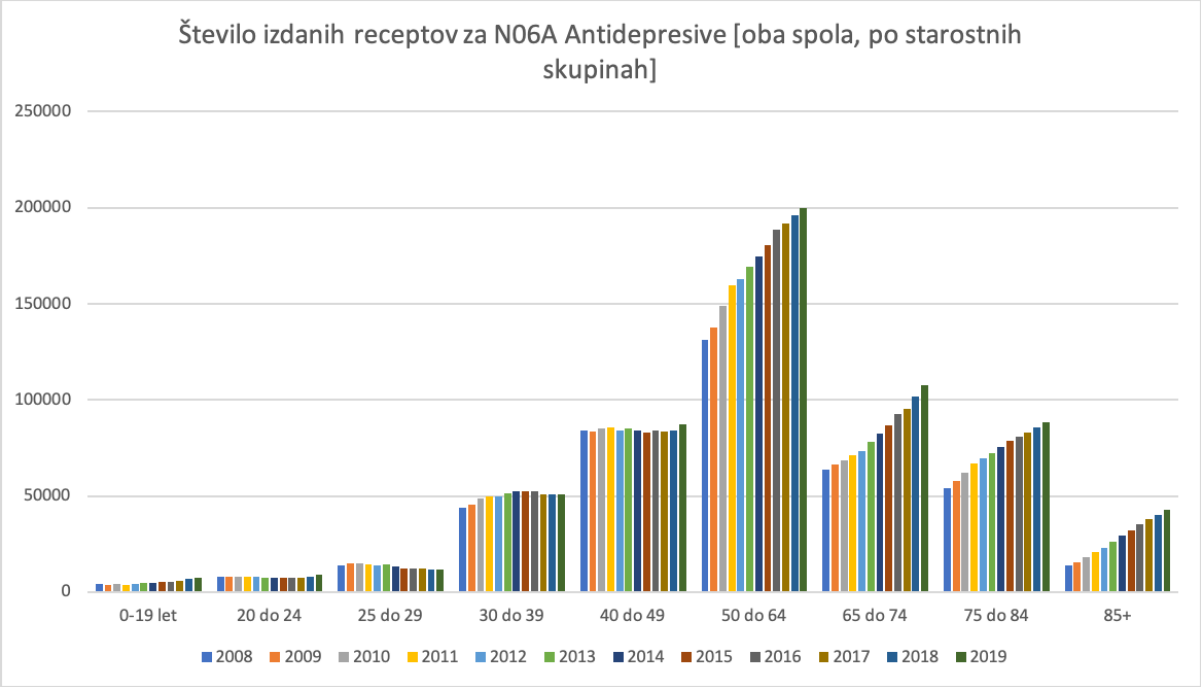
Slika 1a.



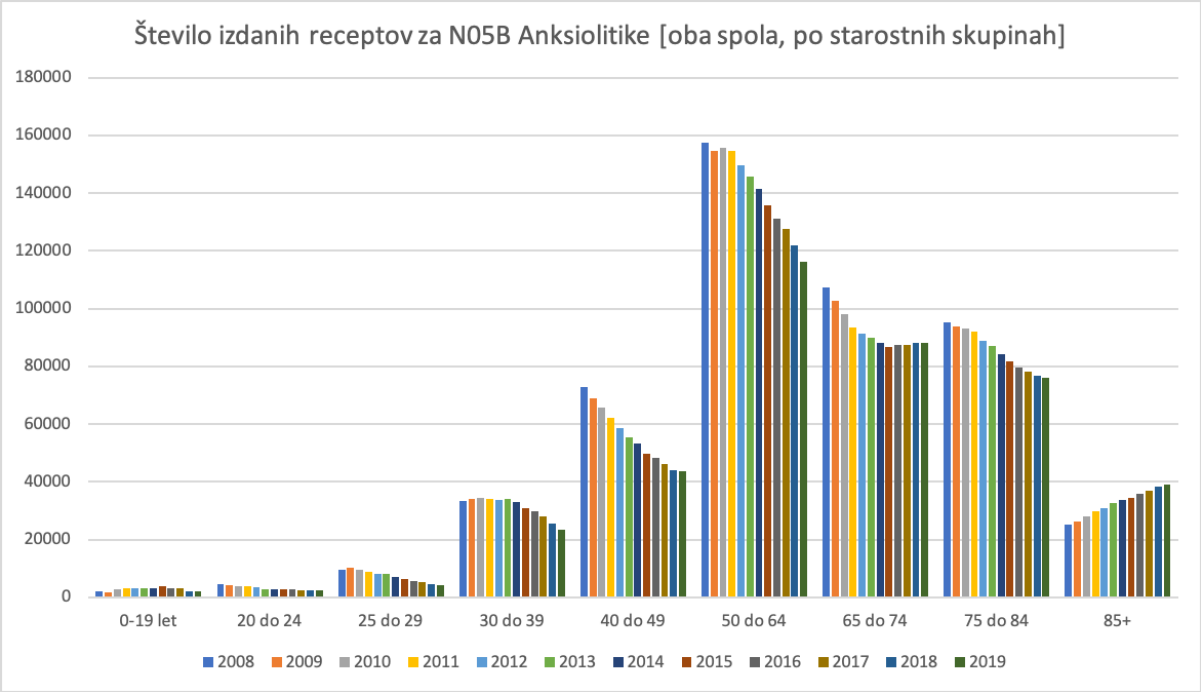
Slika 1b.



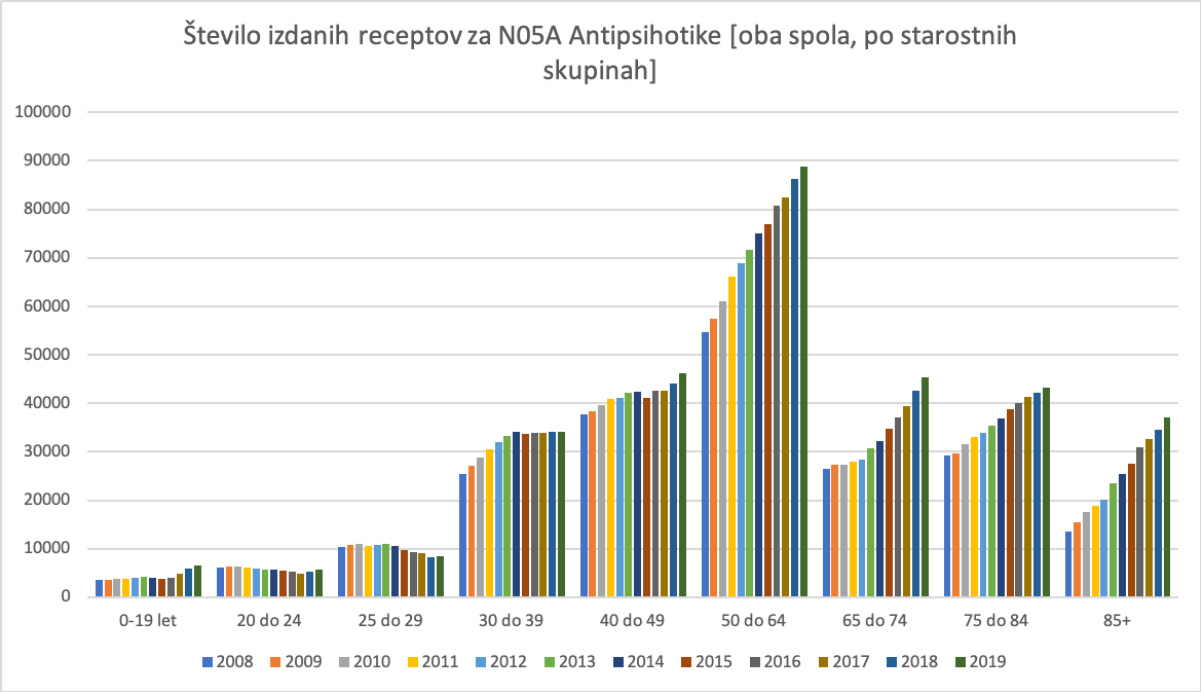
Slika 2a.



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	0,0	1,0	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	9,0	17,0	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	Število prebivalcev	Bolnišnica	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