



Predlog za javno razpravo

**RESOLUCIJA O NACIONALNEM
PROGRAMU DUŠEVNEGA ZDRAVJA
2018 – 2028**

December 2017

PREDGOVOR

*Od vseh stvari, ki sem jih izgubil,
najbolj pogrešam svoj duh.
/Mark Twain/*

Spoštovane bralke, spoštovani bralci!

Pred vami je predlog Resolucije nacionalnega programa duševnega zdravja (RNPZD), dokumenta, ki ga je kot obveznega opredelil Zakon o duševnem zdravju (Uradni list RS, št. 77/08 in 46/15 – odl. US). Z njim se bo Slovenija postavila ob bok razvitim državam, ki sledijo svetovnim usmeritvam na področju skrbi za dobro duševno zdravje posameznika in skupnosti. Duševno zdravje je nepogrešljiv del zdravja slehernega izmed nas. Zaradi dobrega duševnega zdravja lahko vzpostavljamo zadovoljive odnose z našo okolico, z nami samimi in tudi učinkovito prispevamo k skupnosti. Duševno zdravje kot takšno je torej neizogibno tudi družbeni kapital.

V mnogih državah po svetu so pomen duševnega zdravja tudi formalno opredelili in priznali z različnimi strateškimi in političnimi dokumenti, ki narekujejo sistematičen pristop in urejenost na področju krepitve duševnega zdravja, zgodnjega odkrivanja težav duševnega zdrava ter ustreznega zdravljenja in rehabilitacije oseb z duševnimi motnjami. V Sloveniji na tem področju žal še vedno obstaja velika vrzel. V zadnjih dveh desetletjih so se v Sloveniji zvrstile številne aktivnosti in iniciative na področju duševnega zdravja, ki pa so se morda prav zaradi odsotnosti strateških dokumentov, prehitro zaključile, bile spregledane, ostale omejene na lokalno raven oziroma nedostopne vsem, ki bi jih potrebovali.

Predlog RNPZD za Slovenijo zarisuje enotni zemljevid, s katerim bomo korak bližje k temu, da presežemo obstoječe neenakosti na področju duševnega zdravja. Vizija, ki ji sledi dokument je, da bi vsi prebivalci Slovenije imeli enake možnosti za optimalni duševni razvoj in dostopnost do pomoči. Glede na podatke in izkazane potrebe, je v resoluciji izpostavljenih šest prioritetenih področij: promocija duševnega zdravja in preventiva duševnih motenj, mreža služb za duševno zdravje, zmanjševanje škodljive rabe alkohola, preprečevanje samomorilnega vedenja, raziskovanje na področju duševnega zdravja ter upravljanje Resolucija o nacionalnem planu zdravja. Besedilo se opira na predhodne verzije RNPZD, ki zaradi takšnih in drugačnih okoliščin niso bile sprejete. Neizbrisen pečat so v njih pustili tudi cenjeni kolegi Andrej Marušič, Slavko Zihlerl, Aleš Kogoj, Urban Groleger in Vukosav Žvan.

Želimo si, da bi dokument s skrbnostjo prebrali ter nam posredovali mnjenja in predloge za izboljšanje, ki bodo v pridih vseh nas. Kot takega upamo, bo s ponosom sprejela tudi slovenska politika.

Mens sana in corpore sano – Zdrav duh v zdravem telesu. Verjamemo, da bomo s skupnimi močmi dosegli, da bo tako za slehernega prebivalca v Sloveniji.

KAZALO

SEZNAM KRATIC.....	6
SEZNAM POJMOV	Napaka! Zaznamek ni definiran.
1. UVOD.....	7
1.1 Priporočila SZO za organizacijo služb na področju duševnega zdravja.....	9
2. PRIKAZ STANJA, IZZIVI IN PRIPOROČILA	10
2.1 Stanje na področju duševnega zdravja v Sloveniji.....	10
2.2 Ugotovitve in priporočila SZO za organizacijo služb na področju duševnega zdravja v Sloveniji	13
3. KLJUČNI IZZIVI	14
3.1 Zmanjševanje duševnih težav in motenj ter bremena zaradi slabega duševnega zdravja	14
3.2 Povečanje pismenosti na področju duševnega zdravja in destigmatizacije	15
3.3 Ustreznejša organizacija služb in storitev na področju duševnega zdravja	16
4. VIZIJA IN NAMEN RNPZ.....	17
4.1 Vizija.....	17
4.2 Namen	17
4.3 Strateški cilji	17
4.4 Načela, na katerih temelji RNPZ.....	19
4.5 Nastanek dokumenta in metodologija	20
5. PREDNOSTNA PODROČJA IN UKREPI.....	22
5.1 Zagotavljanje skupnostnega pristopa pri krepitvi duševnega zdravja ter obravnavi oseb z duševnimi motnjami v skupnosti	23
5.2 Promocija duševnega zdravja, preventiva duševnih motenj in destigmatizacija duševnih motenj pri različnih ciljnih skupinah	25
5.2.1 Promocija duševnega zdravja in preventiva duševnih motenj.....	26

5.2.2	Promocija duševnega zdravja in preventiva duševnih motenj za otroke in mladostnike in njihove družine v različnih okoljih	28
5.2.3	Promocija duševnega zdravja in preventiva duševnih motenj za odrasle na delovnem mestu	30
5.2.4	Promocija duševnega zdravja in preventiva duševnih motenj za starejše.....	33
5.3	Mreža služb za duševno zdravje	34
5.3.1	Mreža služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov	34
5.3.1.1	Zagotavljanje preventive, zgodnje diagnostike in celostnih obravnav otrok in mladostnikov ter njihovih družin na primarni ravni.....	34
5.3.1.2	Dostopnost do interdisciplinarnih služb na področju duševnega zdravja otrok na sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva.....	36
5.3.1.3	Zagotavljanje ustrezne obravnave otrok in mladostnikov z vedenjskimi motnjami s trajajočim agresivnim vedenjem.....	37
5.3.2	Mreža služb za duševno zdravje odraslih	37
5.3.2.1	Zagotavljanje preventive, zgodnje diagnostike in dostopnih, kakovostnih interdisciplinarnih obravnav odraslih oseb s težavami v duševnem zdravju na primarni ravni zdravstvenega varstva s poudarkom na skupnostni oskrbi	37
5.3.2.2	Zagotavljanje dostopnih in kakovostnih akutnih obravnav na sekundarni ravni	39
5.3.2.3	Rehabilitacija oseb s ponavljajočimi se duševnimi motnjami	39
5.3.2.4	Zagotavljanje dolgotrajne oskrbe za osebe z duševnimi motnjami	40
5.3.2.5	Zagotavljanje ustrezne celostne oskrbe za osebe z duševnimi motnjami, ki jim je bil izrečen ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja.....	41
5.3.3	Naslavljanje specifičnih potreb starejših na področju duševnega zdravja.....	42
5.4	Alkohol in duševno zdravje	43
5.5	Preprečevanje samomorilnega vedenja	45
5.6	Izobraževanje, raziskovanje, spremljanje in evalvacija.....	47
5.6.1	Izobraževanje.....	47
5.6.2	Raziskovanje	48
5.6.3	Spremljanje in evalvacija RNPZ	49

5.7	Vodenje in koordinacija ter podpora implementaciji nacionalnega programa duševnega zdravja	49
5.7.1	Vodenje in koordinacija implementacije nacionalnega programa duševnega zdravja	.49
5.7.1	Podpora implementaciji nacionalnega programa duševnega zdravja50
6.	FINANCIRANJE51
7.	PRILOGE55
7.1	Nove strukture v zdravstvenem sistemu na področju duševnega zdravja55
7.2	Akcijski načrt Napaka! Zaznamek ni definiran.
8.	VIRI IN LITERATURA67

SEZNAM KRATIC

- ADHD** – Attention Deficit Hyperactivity Disorders (Motnja pozornosti s hiperaktivnostjo).
- CDZO** – Center za duševno zdravje odraslih
- CDZOM** – Center za duševno zdravje otrok in mladostnikov
- CINDI** – Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme - mednarodni integrirani interventni program za preprečevanje kroničnih bolezni
- CKZ** – Center za krepitev zdravja
- CSD** – Center za socialno delo
- EU** – Evropska unija
- MDDSZ** – Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti
- MIZŠ** – Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport
- MJU** – Ministrstvo za javno upravo
- MP** – Ministrstvo za pravosodje
- MZ** – Ministrstvo za zdravje
- NIJZ** – Nacionalni inštitut za javno zdravje
- NVO** – Nevladne organizacije (v dokumentu opredeljujemo kot NVO humanitarne organizacije in društva v javnem interesu)
- OE NIJZ** – Območna enota Nacionalnega inštituta za javno zdravje
- RNPĐZ** – Resolucija o nacionalnem planu duševnega zdravja
- RSDZ** – regijski svet za duševno zdravje
- RSK** – Razširjeni strokovni kolegij
- SFAS** – spekter fetalnega alkoholnega sindroma
- SCOM** – Svetovalni center za otroke, mladostnik in starše
- SPO** – Skupnostna psihiatrična obravnava
- SZO** – Svetovna zdravstvena organizacija
- ŠRA** – Škodljive rabe alkohola
- UKC** – Univerzitetni klinični center
- UPK** – Univerzitetna psihiatrična klinika
- ZVDZ** – Zakon o varnosti in zdravju pri delu
- ZZZS** – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

1. UVOD

Dobro duševno zdravje predstavlja temelj zdravja nasploh in posledično tudi socialne in gospodarske stabilnosti, družbene blaginje ter kakovosti življenja ljudi. Duševne motnje predstavljajo veliko breme za posameznike in njihove bližnje, pomenijo pa tudi veliko izgubo in obremenitev za gospodarske, socialne in izobraževalne sisteme. Po nekaterih podatkih je leta 2011 imelo v Evropski Uniji (v nadaljnjem besedilu EU) (skupaj z Islandijo, Norveško in Švico) duševne motnje 38,2 % prebivalstva, kar pomeni okrog 164,8 milijonov ljudi. Stroški povezani z duševnimi boleznimi v Evropi so ocenjeni na 461 milijard evrov na leto, najpogostejše diagnoze pa so: anksiozne motnje (14 %), nespečnost (7 %), depresivna motnja (6,9 %), somatoformne motnje (6,3 %), zasvojenost z alkoholom in drugimi drogami (>4 %), ADHD (5% v mlajših starostnih skupinah), demenca (1% v starostnih skupinah 60-65 in 30% pri starejših od 85 let) (Wittchen in dr, 2011). Polovica vseh duševnih motenj, ki se pojavi tekom življenja, se začne do 14. leta starosti. Do 24. leta starosti naj bi se začelo že tri četrtine duševnih motenj (Knopf D, 2008). Skrb za duševno zdravje družbe temelji na dobrem duševnem zdravju otrok in mladih. Zagotavljanje varnega in vzpodbudnega okolja, ki preprečuje duševne težave v otroštvu, predstavlja naložbo družbe kot take.

Revščina, izključenost in neenakosti v družbi dokazano povečujejo tveganje za slabo duševno zdravje. Slabo gospodarsko stanje v družbi predstavlja veliko tveganje za duševno zdravje, hkrati pa je ravno v takšnih okoliščinah potrebno vlagati vse napore v krepitev duševnega zdravja. Posledice duševnih bolezni močno obremenjujejo družbene vire ter gospodarske, izobraževalne, socialne, zdravstvene, kazenske in pravosodne sisteme držav. Slabo duševno zdravje tako pomeni izgubo najmanj 3 do 4 % bruto domačega proizvoda (v nadaljnjem besedilu BDP), v glavnem zaradi izgubljene produktivnosti (kar 65 % stroškov povezanih z duševnimi motnjami je zunaj zdravstva): odsotnosti z dela, nezmožnosti za delo in zgodnjega upokojevanja (Evropska komisija, 2008a).

Težave v duševnem zdravju so torej ključni razlog za izgubo produktivnega človeškega kapitala. V številnih Evropskih raziskavah so ugotovili, da nastajajo visoki stroški (povezani s težavami v duševnem zdravju) na delovnih mestih zaradi prezentizma in absentizma. Poleg tega pa imajo osebe s težavami v duševnem zdravju pomembno zmanjšane prihodke in se pogosteje prezgodaj upokojujejo (tretjina invalidskih upokojitev prve kategorije). Tudi v Sloveniji so duševne in vedenjske motnje eden od najpogostejših vzrokov za bolniški stalež v zadnjih letih.

Osebe z duševnimi motnjami in njihovi bližnji so poleg bremena bolezni pogosto deležni diskriminacije, izključenosti in kršenja temeljnih človekovih pravic. Stigma negativno vpliva tudi na dostopnost oziroma potek zdravstvene obravnave.

Zaradi velike prevalece težav duševnega zdravja to področje postaja vse bolj aktualno tako v evropskem kot v svetovnem merilu. Izboljšanje duševnega zdravja je eden od strateških ciljev politik EU, ki mu je v zadnjih nekaj letih namenjeno veliko pozornosti in političnih aktivnosti tako v EU kot v posameznih državah članicah. Učinkoviti ukrepi in pristopi na področju krepitve in varovanja duševnega zdravja so namreč ključni za napredek družbe in gospodarsko rast, saj lahko le duševno zdrav posameznik razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresom v vsakdanjem življenju ter učinkovito in plodno dela ter prispeva v svojo skupnost.

V Sloveniji obstajajo velike razlike v dostopnosti do storitev na področju duševnega zdravja (Bajt in dr., 2008), poleg tega pa so za Slovenijo značilne precejšnje socialno-ekonomske in demografske razlike znotraj posameznih geografskih področij (Šprah in dr., 2011). Med posameznimi regijami glede na prisotne socialno-ekonomske dejavnike obstajajo različno velika tveganja za razvoj težav v duševnem zdravju (Šprah in dr., 2011). Poleg prehodnih duševnih stisk, ki pestijo odraslo populacijo, pa sta v Sloveniji poleg stresnih, anksioznih in depresivnih motenj pri odraslih ter demence pri starejših, posebej izstopajoča javnozdravstvena problema tudi škodljiva raba alkohola in samomor (Roškar in dr., 2015).

Duševno zdravje ni samo stvar zdravstvenega sektorja, ampak vseh sektorjev in politik. Je nacionalni kapital in ga je kot takšnega treba izboljšati z združenimi naporami celotne skupnosti, vseh sektorjev, vključujoč tudi uporabnike, njihova združenja in skupine svojcev. Duševno zdravje se namreč oblikuje tudi v družinah, šolah, na javnih in delovnih mestih, je rezultat tega, kako obravnavamo sebe in kako nas obravnavajo drugi. Načelo duševnega zdravja v vseh politikah poudarja vpliv javnih politik na determinante duševnega zdravja, teži k zmanjšanju neenakosti v duševnem zdravju, poudarja koristi promocije duševnega zdravja na različnih področjih in poudarja odgovornost oblikovalcev politik za vplive na duševno zdravje.

Na veliki javnozdravstveni problem duševnih motenj je mogoče odgovoriti s sestavljeno in povezano mrežo služb in storitev, ki so odziv na potrebe posameznikov in skupnosti. Na področju zdravstva so to službe, ki zagotavljajo krepitev in ohranjanje dobrega duševnega zdravja, preprečevanje bolezni, pravočasno in zgodnje odkrivanje motenj ter njihovo zdravljenje, ki pa so uspešne le, če hkrati zagotovimo tudi uresničevanje pravic do socialne vključitve, zaposlitve, ekonomske varnosti, varnega bivanja, rehabilitacije in destigmatizacije. Za kakovostno, pravočasno, vsestransko in dostopno obravnavo ljudi z duševnimi motnjami potrebujemo medsektorsko mrežo storitev in služb, ki vsebuje elemente kot so navedeni v nadaljevanju v RNPĐZ. Namen je, da bi se skrb in obravnavo ljudi z duševnimi motnjami v vseh življenjskih obdobjih v največji možni meri oblikovala v skupnosti, to je tam, kjer uporabniki živijo.

Kot smo že omenili, EU namenja duševnemu zdravju vse več pozornosti, kar je razvidno iz vrste strateških dokumentov, ki jih je sprejela in jih upoštevajo vse države članice, vključno s Slovenijo. RNPĐZ upošteva prejšnje osnutke resolucij pa tudi vse dokumente s področja duševnega zdravja, ki so jih pripravili Svetovna zdravstvena organizacija (v nadaljnjem besedilu SZO), Svet Evrope in EU ter druge dokumente:

- Deklaracija in Akcijski načrt za področje duševnega zdravja v Evropi sprejet na Evropski ministrski konferenci SZO v Helsinkih, l. 2005;
- Zelena knjiga za izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva – Pot k strategiji na področju duševnega zdravja za Evropsko unijo, Evropska komisija, l. 2005;
- Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje, l. 2008;
- Resolucija za duševno zdravje, Evropski parlament, l. 2009;
- Akcija načrt za duševno zdravje 2013 - 2020
- Evropski akcijski načrt za duševno zdravje, SZO, l. 2013-2020;
- Evropski okvirni načrt za področje duševnega zdravja in dobrega počutja 2013;

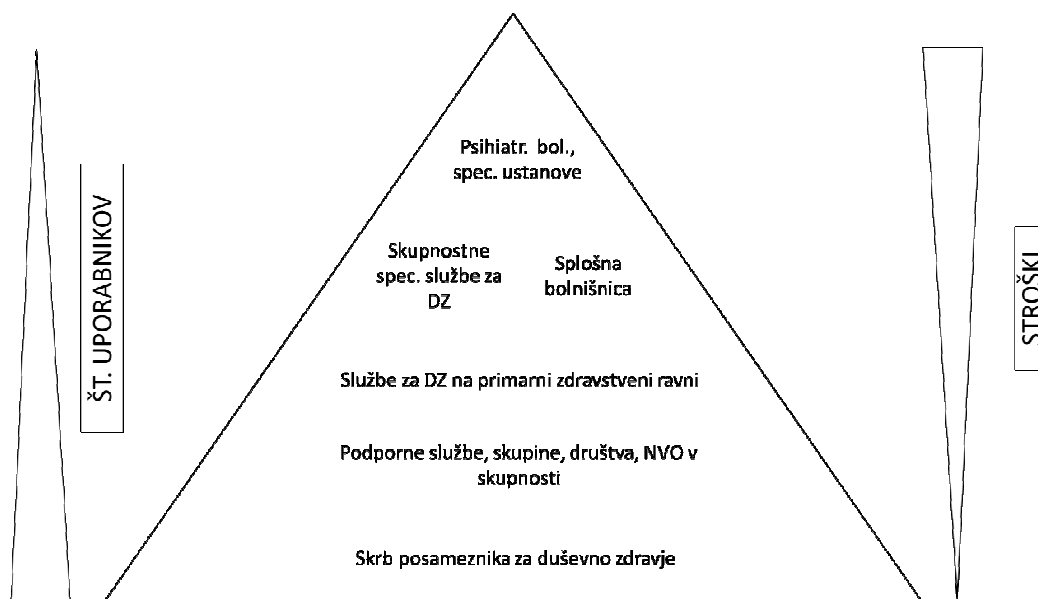
- Konvencija ZN o pravicah invalidov;
- Konvencija ZN o pravicah otrok.

Skupno vsem navedenim dokumentom je, da poudarjajo pomen ohranjanja in krepitev dobrega duševnega zdravja in preprečevanje duševnih bolezni. V ospredju obravnave je celostno, interdisciplinarno in medsektorsko sodelovanje, v središču storitev različnih služb je posameznik in njegove potrebe. Poudarja se premik s pretežno bolnišničnega zdravljenja na obravnavo duševnih motenj v lokalnem okolju – skupnostni pristop.

1.1 Priporočila SZO za organizacijo služb na področju duševnega zdravja

SZO je oblikovala priporočila za organizacijo služb na področju duševnega zdravja, ki je zasnovana na novi paradigmi: v središču je posameznik in njegove potrebe in na podlagi tega se organizirajo službe in storitve.

Na Sliki 1 je prikazana optimalna struktura služb za duševno zdravje v obliki piramide.



Slika 1: Piramida povezanih služb za duševno zdravje

Kot je razvidno iz slike 1, vsak posameznik sam skrbi za svoje duševno zdravje ob podpori svojcev in ožjega družinskega okolja, pridružujejo se mu neformalne službe za duševno zdravje in okolja v skupnosti (kot so različne civilne skupine, društva, šole, nevladne in verske organizacije). Ko je zaradi resnosti duševnih težav potrebno dodatno strokovno znanje ali podpora, se vključi formalna mreža strokovnih služb. Glede na potrebe se v obravnavo v največji meri vključujejo službe na primarni ravni

zdravstvenega in socialnega varstva, sledijo formalne skupnostne službe za duševno zdravje in psihiatrične službe, ki delujejo v okviru splošnih bolnišnic, ter šele nazadnje specialistične službe za duševno zdravje in ustanove za dolgotrajno bivanje/zdravljenje.

Iz piramide SZO je razvidno, da psihiatrične bolnišnice in specialistične službe predstavljajo največji strošek, čeprav je število uporabnikov, ki potrebujejo tovrstno oskrbo, najmanjše. To je v nasprotju z možnostmi, ki jih ima posameznik sam v skrbi za duševno zdravje ali v okviru neformalnih služb v skupnosti, kjer so potrebe največje in jih je mogoče zagotavljati z najnižjimi stroški.

Partnerstvo s sektorjem socialnega varstva in drugimi nezdravstvenimi sektorji je bistvenega pomena, še zlasti za osebe z dolgotrajnimi duševnimi motnjami, katerih zaposlitev, bivališče in socialna pomoč so odvisni od teh sektorjev.

Pomembno je zagotavljanje pogojev za optimalno duševno in telesno blagostanje vseh prebivalcev, s posebnim poudarkom na posebej ranljivih skupinah. Med slednje spadajo npr. otroci, mladostniki in starostniki, ki zaradi za starost značilnih razvojnih ali nevro-psihiatričnih težav zahtevajo specialistično obravnavo in oskrbo. Otroška psihiatrija in oskrba starostnikov vsaka zase predstavljata specialistično službo s specializiranim strokovnim osebjem, ki tesno sodeluje z družinami, vzgojno izobraževalnimi institucijami in sektorjem socialnega varstva. Vrzeli v storitvah so problem za vse, posebej še za socialno izključene skupine, kot so npr. določene manjšine, Romi, brezdomci, migranti, begunci in drugi. Za premostitev teh ovir in zagotavljanje enake oskrbe vsem, ki to potrebujejo, je potrebno vložiti določen napor, vključno z razvojem storitev v skupnosti, ki upošteva socialno-ekonomske in kulturne razlike ter njihove potrebe.

2. PRIKAZ STANJA, IZZIVI IN PRIPOROČILA

2.1 Stanje na področju duševnega zdravja v Sloveniji

Podatki rednih zdravstvenih statistik, raziskav ter izkušnje iz prakse v Sloveniji kažejo na izrazit porast težav duševnega zdravja in nekaterih duševnih motenj, še zlasti pervazivnih motenj, motenj pozornosti, stresnih in prilagoditvenih motenj, anksioznih motenj in demence. Med dejavnike tveganja za duševne težave in motnje poleg individualnih dejavnikov (kot so spol, starost, dednost, osebnostne značilnosti in lasten življenjski slog) spadajo tudi dejavniki okolja. Med slednjimi so pomembni tudi današnji hiter način življenja, visoka pričakovanja do posameznika, naraščajoče socialno ekonomske neenakosti in prikrajšanosti, osamljenost starejših in onemoglih oseb. Pomemben dejavnik, ki negativno vpliva na obstoječe stanje na področju duševnega zdravja je tudi stigma, ki je v veliki meri posledica nezadostnega poznavanja ozadja duševnih bolezni. Stigma izrazito zaviralno vpliva na iskanje pomoči.

Prav tako moramo izpostaviti nezadostno mrežo zdravstvenih služb na področju duševnega zdravja v Sloveniji in neenakomerno dostopnost prebivalcev nekaterih regij do različnih virov pomoči. V tabeli

1 prikazujemo razporeditev mreže služb za duševno zdravje za leto 2013 (podatki ZZZS), ki jo financira ZZZS.

Tabela 1. Razporeditev števila timov za duševno zdravje v letu 2013

IZVAJALEC	Specialistična psihiatrija	Klinična psihologija	Specialistična pedopsihiatrija	Dispanzer za mentalno zdravje
	št. timov (ambulant)	št. timov (ambulant)	št. timov (ambulant)	št. timov (ambulant)
OE Celje	7,41	3,00	0,80	11,76
OE Koper	7,00	2,00	1,50	1,00
OE Kranj	5,28	5,97	3,10	8,00
OE Krško	3,12	0,93	0,00	4,60
OE Ljubljana	50,33	21,36	8,60	19,00
OE Maribor	17,23	9,42	4,78	6,87
OE Murska Sobota	4,20	4,55	0,40	6,70
OE Nova Gorica	4,27	2,21	1,10	4,10
OE Novo mesto	4,00	1,00	1,00	6,93
OE Ravne na Koroškem	4,74	3,88	0,00	7,47
SKUPAJ timov (ambulant)	107,58	54,32	21,28	76,43

V nadaljevanju prikazujemo nekatere ključne podatke iz redne zdravstvene statistike ter raziskav, ki jih upravlja NIJZ:

- V obdobju od 2008 do 2015 je število prvih obiskov otrok in mladostnikov zaradi duševnih in vedenjskih motenj izrazito naraslo, na primarni ravni za 26%, na sekundarni za 70%. Otroci do 5. leta starosti so bili najpogosteje obravnavani zaradi specifične razvojne motnje pri govorjenju in jezikovnem izražanju, vedenjskih in čustvenih motenj, ki se začnejo v otroštvu in adolescenci, ter hiperkinetične motnje, otroci med 6 in 14 letom pa poleg tega še zaradi specifičnih motenj pri šolskih veščinah ter tikov. Mladostniki med 15. in 19. letom so bili najpogosteje obravnavani zaradi reakcije na hud stres in prilagoditvenih motenj, drugih anksioznih motenj, depresivnih epizod in motenj hranjenja. V starostnem obdobju med 15 in 19 letom se povečuje tudi poraba zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj. Število bolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov do 19. leta starosti zaradi duševnih in vedenjskih motenj se je med leti 2008 in 2015, predvsem na račun manjšega števila hospitalizacij otrok do 5. leta starosti, zmanjšalo, medtem ko so bile obravnave otrok in mladostnikov od 6. do 19. leta starosti enako pogoste oz. so celo nekoliko narasle. Duševne motnje pri otrocih in mladih predstavljajo veliko družbeno in finančno breme, saj po nekaterih ocenah posameznik z vedenjsko motnjo v zgodnjem otroštvu do svojega 27. leta za družbo predstavlja 10-krat večje finančno breme v primerjavi z vrstniki (Scott, 2001).

- V obdobju od 2008 do 2015 so bili odrasli (do 65 leta starosti) na primarni in sekundarni ravni najpogosteje v obravnavi zaradi anksioznih motenj, depresivne epizode, ponavljajoče se depresije, stresnih in prilagoditvenih motenj, vedenjskih in duševnih težav zaradi alkohola ter shizofrenije. V tej skupini v zadnjih letih narašča predvsem število obravnav zaradi stresnih in prilagoditvenih motenj. Pri starejših od 65 let so najpogostejše obravnave zaradi neopredeljene demence, sledijo depresivna epizoda, anksiozne motnje, stresne in prilagoditvene motnje ter vaskularna demenca. V tej skupini v zadnjih letih narašča predvsem število obravnav zaradi neopredeljene demence. Med leti 2008 in 2015 je v starostni skupini 20 let in več naraslo število izdanih receptov za antidepresive. Stopnja hospitalizacij za depresivno epizodo je v starostni skupini 20 let in več, med letoma 2008 in 2015 blago upadla. V istem obdobju pa se je nekoliko povečala stopnja hospitalizacij zaradi ponavljajoče se depresivne motnje.
- Bolniške odsotnosti zaradi duševnih in vedenjskih motenj so bile v obdobju 2008 – 2016 na tretjem mestu po pogostosti (za boleznimi mišično- skeletnega sistema in vezivnega tkiva ter poškodbami in zastrupitvami, NIJZ 2008-2016), po trajanju pa so med daljšimi. V letu 2015 smo imeli zaradi duševnih in vedenjskih motenj 18.215 primerov odsotnosti z delovnega mesta ter 747.401 izgubljenih koledarskih dni, od tega največ v starostni skupini od 45 do 64 let.
- Podatki obdobjnih raziskav CINDI (2012, 2016) o vedenjskem slogu odraslih prebivalcev kažejo na porast deleža odraslih, ki poročajo, da doživljajo vsakodnevni stres/napetost zaradi obremenitev na delovnem mestu (delež teh oseb je v l. v letu 2012 znašal 48%, v letu 2016 pa 55%) in slabih odnosov na delovnem mestu (delež teh oseb je v l. v letu 2012 znašal 10%, v letu 2016 pa 19%). Delež oseb, ki stres in napetosti s težavo obvladujejo, je v letu 2012 znašal 26%, v letu 2016 pa 22% .
- V letu 2015 je registrirana poraba alkohola znašala 11,5 litra čistega alkohola na vsakega prebivalca Slovenije, starejšega od 15 let. Slovenija sodi med države z zelo visoko porabo alkohola, alkohol pa je eden pomembnih dejavnikov tveganja za težave v duševnem zdravju. V Sloveniji je od 2008 na leto v povprečju umrlo 881 oseb zaradi bolezni, ki jih neposredno pripisujemo alkoholu. Med temi vzroki so na drugem mestu smrti zaradi duševnih in vedenjskih motenj zaradi alkohola.
- V Sloveniji zaradi samomora vsako leto umre od 400 do 450 oseb, od leta 1999 do 2016 je zaradi samomora umrlo kar 12 038 oseb. Povprečni samomorilni količnik (število umrlih zaradi samomora na 100 000 prebivalcev) je v obdobju med letoma 1996–2016 znašal 24,69, kar je nad evropskim povprečjem, ki je po podatkih Eurostata v letu 2014 znašal 11/100.000 (<http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20170517-1>). Zaradi samomora umre približno 4-krat več moških kot žensk. Izstopajo tudi izrazite regionalne razlike, saj imajo vse vzhodne regije višji samomorilni količnik kot je povprečje v Sloveniji (NIJZ, Baza podatkov o umrlih osebah). Od leta 1997 naprej beležimo postopen upad samomora pri obeh spolih za skoraj vse starostne skupine (Roškar in dr., 2015; Beškovnik in dr., 2011). Upad je opazen predvsem pri osebah, mlajših od 50 let, medtem ko je pri ženskah

med 20 in 39 letom ter pri moških najvišjih starostnih skupin (70 let +) v zadnjih letih prisoten ponovni porast števila samomorov. Količnik samomora pri starejših znaša preko 50/100.000 in je med najvišjimi v Evropi. Pri mladostnikih med 15 in 19 letom je samomor drugi najpogostejši vzrok smrti (za smrtmi zaradi prometnih nezgod), pri moških v starostni skupini od 20 do 44 let pa je samomor prvi vzrok umrljivosti.

2.2 Ugotovitve in priporočila SZO za organizacijo služb na področju duševnega zdravja v Sloveniji¹

Iz ugotovitev poročila SZO za Slovenijo izhaja, da je na primarni zdravstveni ravni (pre)malo strokovnjakov s področja psihiatrije in klinične psihologije, imajo pa splošni zdravniki razmeroma dovolj znanja za odkrivanje duševnih motenj in napotovanje na specialistične nivoje obravnave. V poročilu je posebej izpostavljen in pohvaljen model psihoedukativnih delavnic za bolnike z depresijo na primarnem nivoju ter edukacija medicinskih sester na področju duševnega zdravja. Ugotovljena je vrzel med potrebami in oskrbo, posebej za marginalizirane skupine. Izpostavljena je slaba dostopnost do služb za duševno zdravje na vseh ravneh, nizko število ambulantnih psihiatričnih obravnav, pomanjkanje kliničnih psihologov ter pedopsihiatrov. Izpostavljena je potreba po dostopnejših multidisciplinarnih obravnavah otrok in mladostnikov z duševnimi motnjami. Čakalne dobe, še zlasti za psihoterapijo, so dolge. Področje psihoterapije v Sloveniji ni urejeno, ZZSZ prizna strošek te storitve samo kliničnim psihologom in psihiatrom. Kliničnih psihologov je premalo, saj je le eden od treh psihologov specialist klinične psihologije. Specializacija klinične psihologije je odvisna od interesa izvajalcev in ne sloni na dejanskih potrebah populacije.

Število sprejemov v bolnišnice je rahlo pod povprečjem EU, kar bi lahko pomenilo, da je povprečno trajanje hospitalizacije nekoliko nad evropskim povprečjem. Vendar pa je število ambulantnih obiskov razmeroma zelo nizko. Kombinacija obojega kaže na relativno odvisnost varstva duševnega zdravja od bolnišnične oskrbe. Na področju varstva duševnega zdravja imajo psihiatrične bolnišnice osrednjo vlogo (izpostavljena koncentracija zdravstvene obravnave v psihiatričnih bolnišnicah), kar je razvidno tako iz števila kadrovskih in posteljnih kapacitet, kot tudi iz deleža sredstev (80%), namenjenih za varstvo duševnega zdravja v bolnišnicah. Storitve skrbi za osebe z duševnimi motnjami v skupnosti so slabo razvite in finančno podhranjene, četudi prve ugotovitve dokazujejo njihovo učinkovitost. Izpostavljene so pomanjkljivosti v zakonodaji, predvsem kar se tiče forenzičnih pacientov in relativno visoka stopnja institucionalizacije v RS, ki gre predvsem na račun socialnih zavodov. Izpostavljeno je bilo delovanja obstoječih nevladnih organizacij, psihiatričnih skupnostnih timov ter njihova stroškovno učinkovita vloga pri zagotavljanju lokalne dostopnosti pomoči osebam s hujšimi in kroničnimi duševnimi motnjami. Na področju dela z otroki in mladostniki v okviru šolskih svetovalnih služb je izpostavljena velika obremenjenost teh služb, kot tudi prednost organizacije

¹ Ugotovitve in priporočila so bila oblikovana s strani Misije SZO, ko je med 19. in 21.4.2015 Slovenijo obiskal odposlanec SZO dr. Matt Muijen.

pomoči otrokom s specifičnimi učnimi težavami v sklopu Svetovalnih centrov za otroke, mladostnike in njihove starše, ki pa niso enakomerno regijsko zastopani.

Na podlagi ugotovitev je SZO Sloveniji predlagala naslednje izboljšave:

- prenos težišča služb in storitev za duševno zdravje na primarno raven in izboljšanje njihove dostopnosti;
- nadaljevanje usposabljanja za strokovno osebje na primarni ravni;
- vzpostavitev urgentnih služb za otroke, ki bo odgovorna za presojo in triažo;
- zmanjšanje trajanja hospitalizacij in števila ponovnih hospitalizacij s skupnostnim spremljanjem oseb s hudimi duševnimi motnjami;
- razširitev števila in zmožnosti skupnostnih timov na podlagi ocene potreb;
- načrtovanje izobraževanja in zaposlovanja strokovnjakov skladno z nacionalnimi potrebami;
- povečanje število kliničnih psihologov;
- omogočanje usposobljenim strokovnjakom iz priznanih psihoterapevtskih šol psihoterapevsko delo v okviru javnega zdravstva;
- ocenitev potrebe oskrbovancev socialnovarstvenih zavodov in možnosti za njihovo deinstitutionalizacijo;
- posodobitev zakonodaje in predpise glede oskrbe forenzičnih bolnikov, ki so lahko nevarni za skupnost;
- vzpostavitev varovanega oddelka za otroke in mladostnike;
- razvoj več sektorskih psihosocialnih timov za otroke in mladostnike;
- podpora postopnemu uvajanju regionalnih interdisciplinarnih centrov za podporo otrokom z učnimi težavami.

3. KLJUČNI IZZIVI

3.1 Zmanjševanje duševnih težav in motenj ter bremena zaradi slabega duševnega zdravja

Slabo duševno zdravje je pomemben del družbenega bremena in prizadene skoraj vsakega drugega človeka vsaj enkrat v življenju. Ker v zadnjih letih duševne motnje naraščajo, narašča tudi breme

zaradi slabega duševnega zdravja. Poleg trpljenja, ki ga duševne motnje povzročajo, prispevajo tudi k gmotni prikrajšanosti prizadetih in njihovih družin, nezaposlenosti, prezgodnjemu upokojevanju (tretjina invalidskih upokojitev prve kategorije) in k slabemu telesnemu zdravju. Strošek duševnih motenj dosega nekaj procentov bruto družbenega proizvoda. Največji delež teh stroškov nastane zaradi izgube produktivnosti – to je zaradi odsotnosti z dela in prezgodnjih upokojevanj zaradi duševnih motenj, ki predstavljajo 35 % stroškov vseh bolezni v Evropi. V Sloveniji je bila ocena stroškov možganskih bolezni (psihiatričnih in nevroloških) v letu 2010 2,425 milijarde EUR oziroma 7% bruto družbenega proizvoda, od česar so najvišji stroški zaradi odsotnosti z dela in invalidnosti, kar je 32% vseh neposrednih zdravstvenih stroškov v Sloveniji.

SZO je ljudi z duševnimi motnjami opredelila kot posebej ranljivo skupino tudi kar se tiče kršenja človekovih pravic, ki so opredeljene v Konvenciji o pravicah invalidov (http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/invalidi_vzv/konvencija_o_pravicah_invalidov/). Ljudje z duševnimi motnjami umirajo 15-20 let mlajši kot drugi ljudje, predvsem zaradi pomanjkljive oskrbe (Thorncroft, 2011). Slabe socialne razmere, revščina in nezaposlenost ter uživanje psihoaktivnih snovi so tesno povezani tudi s pogostostjo samomora.

Stroške, ki so povezani z obravnavo duševnih motenj, so avtorji razdelili na dve skupini, in sicer na neposredne stroške (stroški zdravljenja in medicinske oskrbe) ter posredne stroške (izguba produktivnosti, zgodnje upokojevanje, absentizem, prezgodnja umrljivost itd.). Wittchen in sodelavci (2010) navajajo, da je v primerjavi s telesnimi boleznimi na področju duševnih bolezni razmerje med neposrednimi in posrednimi ekonomskimi stroški izrazito premaknjeno v smer posrednih ekonomskih stroškov. Na podlagi tega zaključujejo, da duševne bolezni (oziroma širše gledano bolezni možganov, kamor spadajo tudi epilepsija, demenca, kap itd.) prepoznamo in zdravimo prepozno. Zato je eden od ključnih izzivov okrepiti duševno zdravje celotne populacije, zmanjšati duševne težave in motnje in s tem tudi bremena, ki je povezano s slabim duševnim zdravjem.

3.2 Povečanje pismenosti na področju duševnega zdravja in destigmatizacije

Stigma in diskriminacija oseb z duševnimi motnjami se kaže tako v iskanju pomoči kot na vseh področjih življenja pa tudi v slabem prepoznavanju njihovih potreb in spregledanju njihovih zahtev. Podobno kot v tujih študijah se je tudi na slovenskem vzorcu (Roškar idr., 2017) pokazalo, da imajo določene skupine prebivalstva (moški, starejši, ločeni) in tisti, ki prihajajo iz regij z najslabšimi kazalniki duševnega zdravja ter regij, ki so hkrati najbolj obremenjene s samomorom, najbolj izraženo stigmatizacijo do duševnih težav in iskanja pomoči. Poleg tega pa se je tudi pokazalo, da je le četrtina oseb, ki so v preteklosti že bile v duševni stiski, za svojo stisko tudi poiskala pomoč.

Duševna motnja, telesna bolezen in izključenost tvorijo stopnjujočo se povratno zvezo, ki jo je mogoče prekiniti le s povezanimi družbenimi ukrepi. Strukturna stigmatizacija se kaže v zanikanju problema, pomanjkljivi oskrbi in celo zanemarjanju, podcenjevanju ljudi z duševnimi težavami pri odločanju in soodločanju. Vse to vodi v pozno iskanje pomoči, prevladujoč občutek manjvrednosti, ki pomembno prispeva tudi k slabim izidom zdravljenja, rehabilitacije ter izgubi upanja. Stigma je po mnenju SZO poglavitna ovira k vzpostavljanju ustreznih, kakovostnih in dostopnih služb na področju

duševnega zdravja. Diskriminacijo lahko zmanjšujemo s tem, da krepimo ljudi, ki stigmo doživljajo in pa s povečevanjem pismenosti na področju duševnega zdravja. Ljudi, ki doživljajo stigmo, je potrebno vključiti v vse faze načrtovanja in odločanja o službah in storitvah, ki jih potrebujejo ter v oceno njihovega delovanja. Eden od načinov za zmanjševanje stigme je povečevanje pismenosti na področju duševnega zdravja (angl. Mental Health Literacy; Jorm, 2012), ki se nanaša na znanje, prepričanja in stališča o duševnih motnjah, znanje, ki pomaga pri njihovem prepoznavanju, obravnavi in preventivi. Majcen (2015) v svoji raziskavi na slovenskem vzorcu, ki sicer ni bil reprezentativen, ugotavlja, da med pismenostjo v duševnem zdravju obstajajo razlike med slovenskimi regijami. V regijah, ki so bile bolj izpostavljene promocijskim in preventivnim dejavnostim, je pismenost o duševnem zdravju višja. Znanje krepí družbeno moč ljudi s težavami in ozavešča druge, da so duševne motnje dobro ozdravljive, da večina ljudi po duševni motnji okreva in da lahko živijo ustvarjalna in polna življenja. Poleg pismenosti je zlasti za osebe z duševnimi motnjami ključno opolnomočenje, ki jim omogoča, da povečajo nadzor nad lastnim življenjem in zmožnost, da ukrepajo v zadevah, ki so zanje pomembne.

3.3 Ustreznejša organizacija služb in storitev na področju duševnega zdravja

V skladu z že opisanimi priporočili SZO mora Slovenija spodbujati skrb ljudi za svoje duševno zdravje, podpirati neformalne oblike pomoči v skupnosti, integrirati službe za duševno zdravje v primarno zdravstveno varstvo ter omejiti sprejeme v psihiatrične bolnišnice in zavode ter preusmeriti sredstva iz institucionalne v skupnostne oblike obravnave. Dolgotrajna institucionalizacija ima namreč škodljive posledice za duševno zdravje.

Izziv je, da službe za duševno zdravje organiziramo čim bližje ljudem (vseh starosti), ki jih potrebujejo in jih prilagodimo njihovim potrebam. Poleg tega je pomembno, da na ta način organiziramo tako promocijske in preventivne aktivnosti, kot tudi kurativne in rehabilitacijo. Na področju duševnega zdravja otrok in mladih delujejo v velikem delu države razdrobljene in kadrovske podhranjene službe posameznih strokovnjakov, ki ne zmorejo poskrbeti za vse, ki pomoč potrebujejo. Boljša dostopnost in kvaliteta storitev bo preprečevala dolgotrajne poteke bolezni, razvoj drugih motenj in škodljive posledice duševnih težav na šolsko uspešnost in na obremenitve družine.

Za kakovostno, pravočasno, vsestransko in dostopno obravnavo ljudi z duševnimi motnjami potrebujemo medsektorsko mrežo storitev in služb, ki vsebuje elemente, kot so navedeni v nadaljevanju RNPZ.

Dokazano je, da je mogoče na primarni ravni odgovoriti na večino potreb večine prebivalstva, tako z vidika preventive kot obravnave duševnih motenj vseh starostnih skupin, če zagotavljata primarno zdravstveno in socialno varstvo povezane storitve in programe. Zagotoviti je treba tudi zaledje specialističnih služb za akutne obravnave.

Ustvarjanje mreže služb v skupnosti, ki so komplementarne bolnišnicam in socialnim zavodom in ki bi zmanjševale institucionalizacijo in invalidnost zaradi duševnih motenj je eden izmed ključnih izzivov RNPZ.

4. VIZIJA IN NAMEN RNPZ

4.1 Vizija

Vsem prebivalcem Slovenije zagotoviti pravico do optimalnega duševnega in telesnega blagostanja, do pogojev za razvoj in udejanjanje vseh svojih potencialov v poklicnem, družbenem in zasebnem življenju ter do enakega dostopa do kakovostnih virov pomoči.

4.2 Namen

Namen RNPZ je:

- krepi in ohranjati dobro duševno zdravje vseh prebivalcev Slovenije, preprečevati duševne težave in motnje od najzgodnejšega obdobja do pozne starosti;
- zmanjšati stigmo in diskriminacijo oseb z duševnimi motnjami;
- vzpostaviti podporno okolje za dobro duševno zdravje
- približati službe in storitve za duševno zdravje uporabnikom.

4.3 Strateški cilji

Z izvajanjem RNPZ želimo doseči naslednje strateške cilje:

Strateški cilj 1: Zagotoviti trajnostno in učinkovito implementacijo politik in ukrepov za podporo duševnemu zdravju populacije in za pravice oseb s težavami v duševnem zdravju.

Kazalniki:

- Sloveniji prilagojeno orodje za oceno vplivov politik in ukrepov na duševno zdravje.
- Število strateških (sektorskih in medsektorskih) dokumentov na nacionalni in lokalni ravni, ki vključujejo področje duševnega zdravja in oceno njihovega vpliva na duševno zdravje populacije.
- Število lokalnih akcijskih načrtov za duševno zdravje, ki jih pripravijo lokalni sveti za zdravje/duševno zdravje.

Strateški cilj 2: Razvoj in implementacija z dokazi podprtih medsektorskih in interdisciplinarnih promocijskih in preventivnih programov na področju duševnega zdravja.

Kazalnik:

- Število z dokazi podprtih medsektorskih in interdisciplinarnih programov preventive in promocije duševnega zdravja, ki so implementirani na nacionalni in lokalni ravni.
- Število in vrsta okolij z vzpostavljenimi promocijskimi in preventivnimi programi na področju duševnega zdravja ter število vključenih uporabnikov.

Strateški cilj 3: Zmanjšanje samomora in z alkoholom povezanih duševnih motenj.

Kazalnik:

- Zmanjšanje števila samomorov za 7 % v 10 letnem obdobju.
- Povečanje števila oseb odvisnih od alkohola, ki se vključijo v zdravljenje za 10% v 10 letnem obdobju.
- Zmanjšanje števila z alkoholom povezanih duševnih motenj in komorbidnih stanj za 10 % v 10 letnem obdobju.

Strateški cilj 4: Zagotoviti dostopno, celostno in kakovostno obravnavo na področju duševnega zdravja v skupnosti.

Kazalnik:

- Število vzpostavljenih interdisciplinarnih centrov/timov, ki zagotavljajo dostopno, celostno in kakovostno obravnavo na področju duševnega zdravja v skupnosti za otroke in mladostnike ter odrasle.
- Število obravnavanih oseb s težavami v duševnem zdravju in njihovih družin s strani centrov in timov v skupnosti.

Strateški cilj 5: Krepitev znanja, kompetenc, z dokazi podprtih intervencij ter izmenjavo dobrih praks na področju duševnega zdravja.

Kazalnik:

- Število in vrsta izobraževanj strokovne (po posameznih resorjih in strokah) in laične javnosti na področju duševnega zdravja.

Strateški cilj 6: Povezovanje in sodelovanje za razvoj.

Kazalnik:

- Število protokolov sodelovanja med različnimi službami in civilno družbo na področju duševnega zdravja.
- Število vzpostavljenih, dokazano učinkovitih dobrih praks medsektorskega in multidisciplinarnega dela na področju duševnega zdravja.
- Število in vrsta aplikativnih raziskav in evalvacij na področju duševnega zdravja.

4.4 Načela, na katerih temelji RNPZ

Pri načrtovanju in izvajanju RNPZ izhajamo iz naslednjih načel:

- **Varovanje človekovih pravic, pravne in socialne države**

Varovanje človekovih pravic in zagotavljanje pravne in socialne države je osnova za kvalitetno in zdravo življenje ter blagostanje in dobrobit ljudi.

- **Celovitost ukrepanja**

Prednost imajo celoviti, sistemski, evalvirani ukrepi za celotno populacijo in za posebej ranljive in ogrožene skupine prebivalstva.

- **Duševno zdravje v vseh politikah**

Upoštevati moramo, da na duševno zdravje poleg ukrepov v zdravstvenem sektorju vplivajo tudi ukrepi in politike drugih sektorjev.

- **Zmanjševanje neenakosti na področju duševnega zdravja**

Ukrepi RNPZ morajo prispevati k zmanjševanju preprečljivih in nepravičnih razlik na področju duševnega zdravja med različnimi skupinami prebivalstva.

- **Destigmatizacija duševnih težav in motenj ter iskanja pomoči**

Ozaveščanje javnosti in povečevanje znanja z namenom destigmatizacije duševnih težav in motenj ter iskanja pomoči.

- **Interdisciplinarno in medsektorsko sodelovanja na ravni načrtovanja, izvajanja in evalvacije politik, zakonodaje in služb**

Krepitev sodelovanja vseh resornih politik, nevladnih organizacij, socialnih in drugih partnerjev pri načrtovanju, uresničevanju in spremljanju politik, zakonodaje in služb na področju duševnega zdravja.

- **Načrtovanje in izvajanje služb in storitev v skladu s potrebami in stroškovno učinkovitostjo**

Službe za duševno zdravje morajo odgovarjati na potrebe vseh prebivalcev Slovenije in tudi posebej ranljivih skupin oz. posebnih potreb, upoštevajoč socialni razkorak in enakost spolov.

- **Decentralizacija in dostopnost služb, ki delujejo na področju duševnega zdravja**

Vsem prebivalcev omogočiti enak dostop do hitre, kakovostne in učinkovite pomoči v primeru duševne stiske, duševnih težav kot tudi v primeru kroničnih duševnih motenj ne glede na njihove socialno-ekonomske, demografske, zdravstvene, kulturne in druge značilnosti.

- **Stalno izobraževanje strokovnih delavcev**

Omogočanje strokovnim delavcem, da se redno izobražujejo in na ta način bolj učinkovito odgovarjajo na spreminjajoče se potrebe ljudi.

- **Varna, kakovostna, strokovna, učinkovita, dostopna in nepretrgana obravnava**

Uporabnik ima pravico do varne, kakovostne, strokovne, učinkovite, dostopne in nepretrgane obravnave, ki mu lahko pomaga do hitrejšega okrevanja in ponovne vključitve v družbo.

- **Skupnostna obravnava in rehabilitacija oseb z duševnimi motnjami**

Osebam z duševnimi motnjami v vseh življenjskih obdobjih omogočiti skupnostno obravnavo in rehabilitacijo.

- **Vključevanje uporabnikov v načrtovanje in nadzor nad službami in storitvami**

V načrtovanje in nadzor nad službami in storitvami naj se vključijo tudi uporabniki.

4.5 Nastanek dokumenta in metodologija

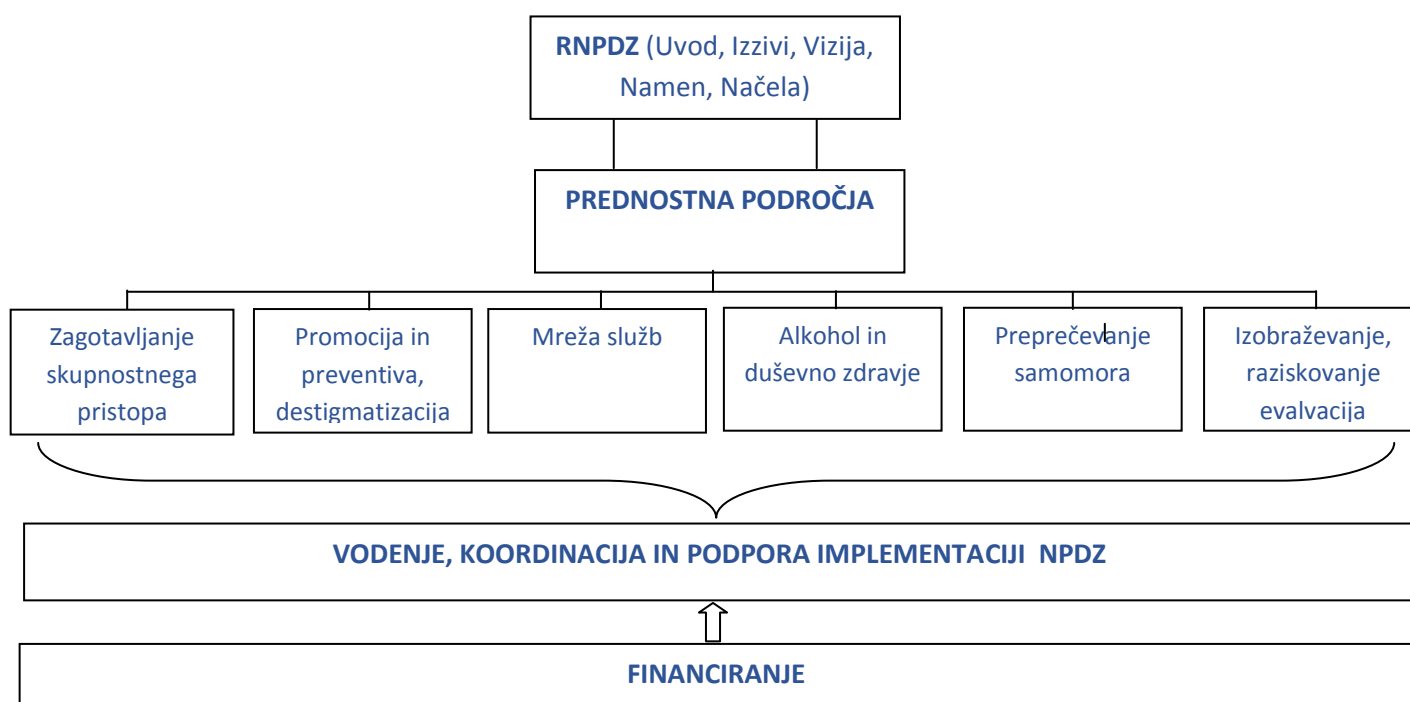
RNPĐZ je začel nastajati 2009 in do novembra 2017 so bile pripravljene tri delovne verzije osnutka RNPĐZ in tri javne obravnave. Pričujoči dokument tako predstavlja četrti predlog RNPĐZ. Predlog RNPĐZ je usklajen s Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016 – 2025 »Skupaj za družbo zdravja«, z Resolucijo o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020, Strategijo za obvladovanje demence v Sloveniji do leta 2020 ter Zakonom o celostni zgodnji obravnavi predšolskih otrok s posebnimi potrebami ter z rešitvami v pripravljenem Zakonu o dolgotrajni oskrbi. Sledi ugotovitvam in priporočilom poročila Misije SZO o duševnem zdravju v Sloveniji iz leta 2015, v uvodu naštetim mednarodnim dokumentom, ugotovljenim potrebam na področju duševnega zdravja v Sloveniji ter predhodnimi verzijami osnutka RNPĐZ.

Poleg tega smo preučili tudi posamezne nacionalne programe za duševno zdravje razvitih držav, relevantne strokovne in znanstvene prispevke o promociji in preventivi na področju duševnega zdravja, incidenci in prevalenci duševnih motenj, sodobnih stroškovno učinkovitih organizacijskih pristopih za krepitev in varovanja zdravja, preprečevanje duševnih motenj, zgodnje prepoznavanje, akutno zdravljenje, prolongirano zdravljenje, rehabilitacije, dolgotrajne oskrbe, psihosocialne pomoči, skupnostne psihiatrije.

RNPDZ ima pet vsebinskih sklopov:

- **Uvod, v katerem je opredeljen pomen duševnega zdravja v ožjem in širšem kontekstu.**
- **Prikaz stanja v Republiki Sloveniji, kjer so izpostavljene ključne ugotovitve na področju duševnega zdravja v Sloveniji (stanja pri posameznih starostnih skupinah; bolniške odsotnosti; poraba alkohola; prevalenca samomora, itd.).**
- **Ključni izzivi**
- **Vizija in namen RNPDZ**
- **Prednostna področja in specifični cilji s pripadajočimi ukrepi.**

Struktura NPDZ je razvidna iz Slike 2.



Slika 2: Struktura NPDZ

Glavni poudarek RNPDZ je preoblikovanje in prilagajanje delovanja na področju duševnega zdravja, in sicer povezujemo obstoječe in dodajamo nujno potrebne nove strukture v organizacijo preventive, promocije, kurative in rehabilitacije. RNPDZ predvideva oblikovanje regionalnih Centrov za duševno zdravje, ki so sestavljeni iz Centrov za duševno zdravje odraslih (v nadaljnjem besedilu CZDO) in

Centrov za duševno zdravje za otroke in mladostnike (v nadaljnjem besedilu CDZOM). RNDPZ predvideva ustanavljanje specialističnih služb za različna področja in ciljne skupine. Za področje demenc se predvideva ustanovitev Spominskih centrov, na področju skrbi za otroke in mladostnike krepitev Svetovalnih centrov, na področju preventive in promocije krepitev Referenčnih ambulant in timov družinske medicine ter vzpostavljanje Centrov za krepitev zdravja, ki vključujejo tudi preventivne obravnave za otroke in mladostnike. Programi socialnega varstva, ki se povezujejo s programi zdravstvenega varstva bodo nadgrajeni s službami za obravnavo oseb s kombiniranimi duševnimi motnjami in s krepitvijo storitev in socialnih programov, ki se izvajajo v nevladnih organizacijah.

Vzpostavljena bo upravljavska struktura RNZPZD, ki bo vključevala strokovno vodenje, interdisciplinarno ter medinstitucionalno koordinacijo implementacije, spremljanje in evalvacijo RNPZD. Za strokovnost implementacije RNPZD bo skrbel Programski svet in strokovne delovne skupine. Vzpostavile se bodo centralna (Svet za duševno zdravje), regionalne ter lokalne strukture (Regijski sveti za zdravje/duševno zdravje in Lokalni sveti za zdravje/duševno zdravje), ki bodo podpirale implementacijo RNPZD na ravni odločevalcev in deležnikov nacionalne in lokalne ravni.

5. PREDNOSTNA PODROČJA IN UKREPI

Izhajajoč iz namena nacionalnega programa 2018–2028 so v nadaljevanju v podpoglavjih navedeni ukrepi na različnih prednostnih področjih:

- 1. Prednostno področje: Zagotavljanje skupnostnega pristopa pri krepitvi duševnega zdravja ter obravnavi oseb z duševnimi motnjami v skupnosti**
- 2. Prednostno področje: Promocija duševnega zdravja, preventiva in destigmatizacija na področju duševnih motenj**
- 3. Prednostno področje: Mreža služb za duševno zdravje**
- 4. Prednostno področje: Alkohol in duševno zdravje**
- 5. Prednostno področje: Preprečevanje samomora**
- 6. Prednostno področje: Izobraževanje, raziskovanje, spremljanje in evalvacija**
- 7. Prednostno področje: Vodenje in koordinacija ter podpora implementaciji nacionalnega programa duševnega zdravja**

5.1 Zagotavljanje skupnostnega pristopa pri krepitvi duševnega zdravja ter obravnavi oseb z duševnimi motnjami v skupnosti

Strategija Zdravje 2020 izpostavlja dva povezana strateška cilja, in sicer izboljšati zdravje za vse in zmanjšati neenakosti v zdravju ter izboljšati vodenje in participativno upravljanje za zdravje. Pri tem prepoznava pomembno vlogo vključevanja oz. participativnega sodelovanja lokalnih skupnosti. Lokalne skupnosti in ljudje v njej poznajo lokalno dogajanje in probleme, razumejo težave ljudi na terenu in so pomembne pri oblikovanju rešitev le-teh. Ljudje v lokalni skupnosti so povezani v različne socialne in vrstniške mreže, ki podpirajo in spodbujajo aktivnosti za krepitev zdravja. Hkrati pa že sama vključenost ljudi v aktivnosti skupnosti in v procese odločanja izboljša občutek blaginje ter lahko poveča njihovo znanje in spretnosti obvladovanja izzivov in težav (povzeto po: <http://www.nijz.si/sl/izboljšanje-vodenja-in-vkljucevanje-v-upravljanje-zdravja-za-bolise-zdravje-in-zmanjsevanje>).

Učinkovito naslavljanje raznolikih potreb ljudi v lokalnem okolju je mogoče s t.i. skupnostnim pristopom, v katerem sodelujejo različni deležniki v lokalnem okolju (vzgoja in izobraževanje, sociala, zdravstvo, društva in posamezniki ter uporabniki različnih storitev itd.). Skupnostni pristop za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju v lokalni skupnosti omogoča odzivanje na potrebe lokalnega prebivalstva, boljši dostop do storitev in programov, razvoj podpornih mrež in skupin za samopomoč ter upošteva formalne in neformalne oblike pomoči. Od partnerjev v lokalnem okolju zahteva usklajeno in povezano premoščanje ovir ter razvoj kompetenc, veščin in načinov ukrepanja. Tak pristop vpliva na in mobilizira številne lokalne strukture in partnerje, ki z usklajevanjem na osnovi prvotno dogovorjenih vrednot vzpostavljajo pogoje za boljše zdravje. Skupnostni pristop zahteva sistemsko medresorsko oziroma vladno podporo (povzeto po <http://www.nijz.si/sl/skupnostni-pristop-v-podporo-ucinkovitemu-zadovoljevanju-potreb-lokalnega-prebivalstva-in-ranljivih>).

Pojav in razvoj duševnih motenj in stanje duševnega ravnovesja so odvisni od številnih dejavnikov. Obstajajo močni dokazi, da je tveganje za razvoj duševnih motenj bistveno večje, če so ljudje izpostavljeni socialnim tveganjem, predvsem brezposelnosti in revščini ter posledično socialni izključenosti. Skrb za ekonomsko blagostanje in zmanjševanje neenakosti v družbah krepi duševno zdravje in obratno, povečevanje neenakosti in ekonomska ter socialna prikrajšanost poslabšujejo duševno zdravje prebivalstva. Zato je za varovanje duševnega zdravja potrebno več kot le ukrepanje enega sektorja, potrebujemo povezano delovanje politike, gospodarstva, socialnega skrbstva in zdravstva za boljše duševno zdravje ljudi. Povezanost med sektorji in politikami se na lokalni ravni kaže kot enakopravno sodelovanje med strokovnjaki različnih strok in ljudi z različnimi prepričanji ali celo vrednotami. Komplementarno in povezano delo teh strokovnjakov pa je ključno za kakovost in dostopnost obravnave, pa tudi za enakost in pravičnost pri razdelitvi sredstev, predvsem potrebnih človeških virov. Ljudje z duševnimi motnjami in tisti, pri katerih obstajajo tveganja za njihov razvoj - to pa so predvsem marginalizirani in izključeni, imajo številne in zelo raznolike potrebe na katere je mogoče odgovoriti s povezanim delovanjem različnih strokovnjakov, vendar le takrat, ko je prejemnik pomoči ali storitev neposredno in dejavno vključen v načrtovanje obravnave. Centralna pozicija pacienta ali uporabnika v procesu pomoči je temeljna strokovna smernica pri vseh strokah, ki se ukvarjajo s področjem duševnega zdravja. Mednarodna priporočila Sloveniji, da je potrebno ljudi z

izkušnjo duševne motnje neposredno vključiti v načrtovanje, izvajanje in nadzor nad izvajanjem storitev (čeprav mnenja niso vedno enotna) ter za to zagotoviti ustrezna sredstva, je potrebno upoštevati kot pomembno in neodtujljivo pravico civilne družbe pri nas (ASPEN Policy Brief Slovenia 2013).

Stigmatizacija na področju duševnega zdravja je manjša, če so službe organizirane na primarni ravni zdravstvenega in socialnega varstva, kar izboljša tudi integracijo oskrbe in poveča možnosti za pravočasno obravnavo, tudi telesnih bolezni. Obravnava v skupnosti je dostopnejša in, bolje povezana z drugimi strokovnjaki in med sektorji. Mednarodna priporočila spodbujajo tranzicijo služb in storitev iz institucij v skupnost v največji možni meri, kar je pomembno tudi iz vidika varovanja človekovih pravic njihovih uporabnikov (CRPD 2008). Potrebno je vzpostaviti mrežo služb in storitev, ki povezano odgovarjajo na potrebe ljudi v skupnosti z dokazano uspešnimi metodami pomoči in zagotovijo čim boljše socialno vključitev in sodelujejo z uporabniki kot partnerji v procesu implementacije sprememb.

Specifični cilj 1: Medresorsko sodelovanje in vključevanje civilne družbe ter zagovorništvo na področju duševnega zdravja.

Sodelujoča ministrstva: MZ, MDDSZ, MIŠŠ, MF, MG, MRR, MJU, MI

Ukrep 1: Medresorno sodelovanje pri načrtovanju in izvajanju služb, programov in storitev na nacionalni in lokalni ravni na področju krepitve duševnega zdravja in obravnave oseb z duševnimi motnjami.

Ukrep 2: Vključevanje NVO² pri načrtovanju in izvajanju služb, programov in storitev na nacionalni in lokalni ravni na področju krepitve duševnega zdravja in obravnave oseb z duševnimi motnjami.

Ukrep 3: Priprava protokolov sodelovanja med različnimi službami (sociala, šolstvo, zdravstvo, zaposlovanje, okolje, ...) in inštitucijami (cerkev, ...) ter NVO s ciljem krepitve duševnega zdravja, destigmatizacije in optimalnega zadovoljevanja potreb oseb z duševnimi motnjami.

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

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

Ukrep 6: Povezovanje deležnikov LS(D)Z v primeru potrebe po premoščanju težav, ki niso zgolj pristojnost enega sektorja, še posebej v primeru akutne potrebe po pomoči s ciljem čim prejšnje zagotovitve le-te.

² V dokumentu opredeljujemo kot NVO humanitarne organizacije in društva v javnem interesu.

Specifični cilj 2: Zagotavljanje kakovostnih in dostopnih storitev osebam s težavami v duševnem zdravju v skupnosti.

Nosilna ministrstva: MZ, MDDSZ, MIZŠ, MF, MG, MRR, MJU, MP

Ukrep 1: Organiziranje in izvajanje medresornih in interdisciplinarnih služb in storitev v skupnosti, s ciljem optimalnega zadovoljevanja potreb oseb s težavami v duševnem zdravju in destigmatizacije.

Ukrep 2: Zmanjševanje administrativnih ovir pri dostopanju do storitev v skupnosti za osebe s težavami v duševnem zdravju in za starejše.

5.2 Promocija duševnega zdravja, preventiva duševnih motenj in destigmatizacija duševnih motenj pri različnih ciljnih skupinah

Promocija zdravja izhaja iz biopsihosocialnega modela zdravja, iz pozitivnih in varovalnih vidikov zdravja ter je nanje tudi usmerjena (Prevention and Promotion in Mental Health, 2002). Promocija duševnega zdravja se osredotoča na izboljševanje kakovosti življenja, na poudarjanje pozitivnih lastnosti in sposobnosti posameznika in ne zgolj na zmanjševanje simptomov/primanjkljajev oziroma na duševne motnje in bolezni. Eden od pomembnih ciljev promocije duševnega zdravja je poleg zmanjševanja prevalece duševnih motenj/bolezni tudi premik proti stanju visokega duševnega blagostanja in kakovostnega življenja posameznika in skupnosti. Zato se moramo osredotočiti na krepitev posameznikovih notranjih psiholoških virov in zagotavljanja ustreznih življenjskih okoliščin. Slabo duševno zdravje pri otrocih (vedenjske, čustvene in razvojne težave) napovedujejo slabo duševno zdravje in delovanje kasneje v življenju (Barry in Friedli, 2008). Pozitivno duševno zdravje pomeni visoko duševno blagostanje in je povezano s pozitivnim delovanjem, ki vključuje kreativno mišljenje, dobre medosebne odnose, duševno odpornost v času stiske, kot tudi z dobrim fizičnim zdravjem. Zgolj zdravljenje in ukrepi za zmanjševanje duševnih motenj/bolezni ne zagotovijo duševno zdrave populacije. Majhna pozitivna sprememba v splošni ravni duševnega zdravja v populaciji lahko pomembno prispeva k zmanjšanju odstotka posameznikov s slabim duševnim zdravjem in duševnimi motnjami/bolezni (Foresight Mental Capital and Wellbeing project, 2008).

Stigma in s tem socialna izključenost sta veliko breme za osebe z duševno motnjo in njihove svojce. Stigmatizacija ljudi z duševno motnjo je najhujša ovira pri iskanju pomoči. Izkazuje se na vseh področjih življenja in ima systemske vplive (načrtovanje, politika in financiranje) ter nepopravljivo poškoduje samospoštovanje in življenjske možnosti posameznikov, ki so ji izpostavljeni. Stigmatizacija zmanjšuje dostop do obravnave in njeno kakovost. Diskriminacija oseb z duševnimi motnjami se kaže tudi v socialni izključenosti in večji izpostavljenosti revščini, pokroviteljstvu in drugim ponižujočim ravnanjem.

Dokazano uspešni ukrepi, ki zmanjšujejo diskriminatorna ravnanja do te mere, da lahko izboljšajo iskanje pomoči, so kampanje, v katere so neposredno vključeni ljudje, ki imajo izkušnjo duševne motnje in se z njo uspešno spopadajo in svoje izkušnje uporabijo. Izvaja se kot sklop dejavnosti

javnega osveščanja preko medijev in spletnih strani ter z javnimi diskusijami o težavah na področju duševnega zdravja. Posebej učinkovito je tudi povečevanje pismenosti na področju duševnega zdravja (zgodnje prepoznavanje in ukrepanje v primeru duševnih težav in motenj ter poznavanje virov pomoči) (Jorm, 2000) in destigmatizacija pri srednješolcih, kar smo dokazali tudi v našem prostoru. Podatki študije narejene na slovenskem vzorcu kažejo, da je področje duševnih težav bolj stigmatizirano na vzhodu države, kjer so kazalniki duševnega zdravja med najslabšimi (Roškar in dr., 2017).

Povečevanje razumevanja in znanja o duševnih motnjah, njihovih posledicah in večine ukrepanja (pismenost), so eno izmed orodij destigmatizacije, ki ga je mogoče uporabiti v sklopu destigmatizacijskih kampanj ali v rednih izobraževanjih učencev, študentov, delodajalcev, zaposlenih in drugih članov skupnosti, ki se povezujejo z namenom pomoči in sodelovanja.

Promocija duševnega zdravja in preventiva duševnih motenj se dotikata vseh sektorjev družbe, zato je ključno, da ti med seboj sodelujejo. Pristopi morajo biti čimbolj prilagojeni potrebam ciljnih skupin.

5.2.1 Promocija duševnega zdravja in preventiva duševnih motenj

Specifični cilj 1: Ustvarjanje duševnemu zdravju podpornih okolij in vpeljevanje programov promocije duševnega zdravja in preventive duševnih motenj skozi različna razvojna obdobja posameznika

Nosilna ministrstva: MZ, MDDSZ, MIZŠ, MOP, MJU, MNZ, MP, MF, MG

Ukrep 1: Ozaveščanje odločevalcev vseh sektorjev o pomenu promocije duševnega zdravja in preventive duševnih motenj.

Ukrep 2: Poskrbeti za posameznikove osnovne potrebe in podporna okolja, ki delujejo varovalno in krepijo duševno zdravje posameznika in skupnosti oz. različnih ciljnih skupin ter zmanjšujejo neenakosti. To vključuje:

- Zagotavljanje socialne varnosti za vse skupine prebivalstva na področjih kot npr. pokojninsko, invalidsko in zdravstveno zavarovanje; zdravstveno varstvo in zavarovanje; socialni prejemki in pomoči; socialne storitve ter ostale pobude s področja socialne varnosti.
- Izvajanje aktivne politike zaposlovanja za različne skupine (starejši, mladi, dolgotrajno brezposelni, osebe z duševnimi motnjami...).
- Izvajanje sodobne stanovanjske politike.

Ukrep 3: Zagotavljanje okolja, ki je dostopno in varno ter omogoča vključevanje posameznikov v družabne (kulturne, športne in druge) aktivnosti, ki krepijo duševno zdravje ter medgeneracijsko povezovanje.

Ukrep 4: Implementacija aktivnosti in programov usmerjenih v zdrav življenjski slog (gibanje, zdrava prehrana, zdrave navade, druženje, ipd.).

Ukrep 5: Implementacija aktivnosti in programov usmerjenih v krepitev posameznikove čvrstosti in odpornosti (čustvene in socialne kompetence, odpornost na stres, pozitivna samopodoba, reševanje problemov, komunikacija, empatija, ipd.).

Ukrep 6: Vpeljevanje programov in storitev promocije duševnega zdravja in preventive duševnih motenj za ranljive skupine in skupine prebivalstva z večjim tveganjem.

Ukrep 7: Uporaba novejših tehnologij in pristopov pri promociji duševnega zdravja in preprečevanju duševnih motenj.

Specifični cilj 2: Dvig pismenosti na področju duševnega zdravja pri različnih deležnikih skupnosti, izobraževanja strokovne javnosti in destigmatizacija

Nosilna ministrstva: MZ, MDDSZ, MIZŠ

Ukrep 1: Razvoj in implementacija programov, ki povečujejo pismenost na področju duševnega zdravja za različne ciljne skupine in v različnih okoljih (na delovnem mestu, šolski sistem itd.). To vključuje:

- Različne oblike posredovanja informacij o duševnem zdravju, težavah in motnjah ter možnostih ukrepanja vključno z viri pomoči.
- Kontinuirano sodelovanje z mediji za odgovorno poročanje o vsebinah duševnega zdravja.
- Uvedba standardiziranih programov psihološke prve pomoči (posredovanje znanja o vzrokih, simptomih in znakih duševnih težav in motenj ter krepitev veščin za ukrepanje) (npr. program Mental Health First Aid, ki se že izvaja v 23 državah).

Ukrep 2: Kontinuirano izvajanje na dokazih temelječih destigmatizacijskih kampanj (kampanje, ki bodo specifično nagovarjale bolj ogrožene populacije, npr. moški, starostniki, ovdoveli, ločeni ...itd.).

Specifični cilj 3: Zagotavljanje enakomerno razporejene in enostavno dostopne ter brezplačne pomoči osebam v stiski in pri uporabi terapevtskih storitev v lokalnem okolju

Razvoj in izvajanje različnih oblik pomoči, za osebe v stiski (npr. težave na delovnem mestu ali v šoli, v partnerskih odnosih, pri vzgoji). Namen te pomoči je zagotoviti takojšen posvet osebam, ki so v stiski in njihovim svojcem, podpora pri reševanju stiske in po potrebi napotitev na ustrezne vire strokovne pomoči. Takšne oblike pomoči so lahko organizirane v lokalnem okolju oz. različnih vladnih in nevladnih institucijah. Na ta način lahko preprečimo, da se težave v duševnem zdravju ne poglobijo v duševno ali telesno bolezen.

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

Ukrep 2: Svetovalnice za otroke, mladostnike in starše.

Ukrep 3: Širitev obstoječih in razvoj novih vrstniških podpornih aktivnosti.

Ukrep 4: Skupine za samopomoč za osebe s podobnimi težavami in njihove svojce (kot npr. Anonimni alkoholiki, Al-anon, Al-teen, skupine za osebe z depresijo v okviru društva DAM).

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

5.2.2 Promocija duševnega zdravja in preventiva duševnih motenj za otroke in mladostnike in njihove družine v različnih okoljih

Poleg družine predstavljajo pomemben steber krepitve čustvenega in socialnega razvoja otrok tudi vrtci, šole in druge vzgojno izobraževalne ustanove. V šolskem in vrtčevskem okolju je mogoče v programe preventive zajeti celotno populacijo. Vlaganje v krepitev zdravja, kjer je mogoče zajeti celotno populacijo naenkrat, je stroškovno upravičeno in učinkovitejše. Hkrati te vsebine krepijo šolsko uspešnost in zmanjšujejo predčasno zaključena šolanja, ki dolgoročno preprečujejo finančno nesamostojnost posameznikov v odrasli dobi, zvišujejo kakovost njihovega življenja in omogočajo boljše začetke generaciji njihovih otrok. Programi so učinkovitejši, če so v njihovo pripravo vključeni uporabniki, v tem primeru otroci in mladostniki. Pomembno je formalizirati koncept krepitve duševnega zdravja v vzgojno izobraževalnih ustanovah, ki bo vključeval tudi vsebine duševnega zdravja v kurikulumu in krepil veščine čustvenih in socialnih kompetenc ter vedenjske podpore otrok. V nadaljevanju ob specifičnih ciljih in ukrepih navajamo nekatere primere dobrih praks pri nas. Nasloviti je potrebno tudi naraščajoče probleme med vrstniškega nasilja v šolah. Gre za kompleksne izzive, ki temeljijo na tesnem medresorskem sodelovanju vzgojno izobraževalnih ustanov, zdravstvenih strokovnjakov s področja skrbi za duševno in telesno zdravje ter centrov za socialno delo.

Za podporo otrokom in njihovim družinam imamo v Sloveniji primere dobre prakse štirih Svetovalnih centrov za otroke, mladostnike in starše, ki interdisciplinarno obravnavajo in nudijo ustrezno podporo otrokom in mladostnikom s specifičnimi učnimi težavami ter drugimi težavami v duševnem zdravju. Misija SZO priporoča, da kadrovsko ustrezno dopolnimo centre in zagotavljamo njihove storitve vsem otrokom in mladostnikom z učnimi težavami.

Specifični cilj 1: Promocija duševnega zdravja in preventiva težav duševnega zdravja pri otrocih in mladostnikih v vzgojno izobraževalnih ustanovah in lokalnih okoljih

Nosilna ministrstva: MIZŠ, MZ, MDDSZ

Ukrep 1: Sistemska uvedba koncepta krepitve duševnega zdravja v vrtce in šole.

Ukrep 2: Sistemska uvedba preizkušenih in evalviranih programov, kot npr. *To sem jaz*³.

Ukrep 3: Pilotno testiranje in postopna sistemska uvedba preverjeno učinkovitega programa zmanjševanja medvrstniškega nasilja (Ki-Va), ki zvišuje občutljivost otrok do te problematike in usmerjeno naslavlja obravnavo prepoznanih primerov vrstniškega in spletnega vrstniškega nasilja⁴.

Ukrep 4: Usposabljanje in okrepitev sodelovanja šolskih svetovalnih služb s CDZOM in s CSD pri delu z otroci in mladostniki z učnimi težavami in težavami v duševnem zdravju. Priprava protokolov sodelovanja za učinkovitejše sodelovanje.

Ukrep 5: Razvoj in izvajanje programov za ranljive skupine mladostnikov (kot npr. osipniki, manjšine, migranti) kot so na primer programi PUMO in mladinski centri, ipd.

Ukrep 6: Razvoj in uvajanje novih pristopov in poti komunikacije za promocijo duševnega zdravja med otroci in mladostniki (informacijsko-komunikacijska tehnologija); e-duševno zdravje.

Ukrep 7: Priprava priporočil in ukrepov za vzgojo in varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov v dobi digitalnih medijev s ciljem preprečevanja nekemičnih zasvojenosti (igranje računalniških igrice, igranje iger na srečo, družabna omrežja) (npr. posvetovalnica Logout).

Ukrep 8: Zagotavljanje programov bolnišnične šole pri vključevanju v matično šolsko okolje med in po zaključenem zdravljenju, dokler ni možna polna vključenost v matično šolo.

Specifični cilj 2: Svetovalni centri za otroke, mladostnike in starše (SCOMS)

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

³ **Programi To sem jaz** - Preventivni program *To sem jaz*, vzpostavljen leta 2001 na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje, je primer javnozdravstvenega pristopa h krepitvi duševnega zdravja mladostnikov. Usmerjen je v razvijanje pozitivne samopodobe, socialnih in čustvenih veščin, ki mladostnike podpirajo v vsakdanjem življenju. Temelji na dveh delovnih pristopih: izvajanje spletne informativno-svetovalne dejavnosti: delo na področju šolske preventive: pedagoški delavci izvajajo preventivne delavnice po konceptu in priročniški literaturi *10 korakov do boljše samopodobe*, namenjen starostni skupini 13 do 17 let; delavnice omogočajo razvoj socialno-emocionalnih kompetenc in so usmerjene v krepitev osebnostne čvrstosti. Cilj koncepta je, da učitelj v istem razredu izvede 10 preventivnih delavnic (vzpostavljanje procesa socialnega in čustvenega učenja). Evalvacija učinkovitosti programa iz leta 2007 potrjuje, da se z izvajanjem delavnic v razredu kaže trend k boljši oceni razrednega vzdušja. V letih 2017-2019 je nadgradnjo programa, vključno s celostno evalvacijo učinkovitosti modela, podprlo Ministrstvo za zdravje. V drugem delu programa je spletna svetovalnica www.tosemjaz.net omogoča mladim anonimno, javno, hitro in preprosto dostop do strokovnega nasveta; mladim je nevoljno multidisciplinarna spletna svetovalna mreža, ki združuje več kot 70 strokovnjakov –spletno uredništvo skrbi za dnevno objavljanje vsebin, komunikacijo med mladimi in svetovalci ter za sprotno kodiranje spletnih vprašanj glede na tipologijo problema ter letne vsebinske analize (Lekić idr., 2014).

⁴ Eden takih programov je program Ki-Va, razvit s sredstvi finskega ministrstva za izobraževanje in kulturo (www.kivaprogram.net), ki je danes implementiran na 90% finskih šol, implementirajo ga tudi v druge evropske države. Program veča vrstniško povezanost čencev, pozitivni učinki se kažejo tudi na motivaciji za učno delo in šolski uspešnosti otrok.

Ukrep 2: Dopolnitev obstoječih kadrov in programov štirih obstoječih SCOMS v skladu s pripravljenimi standardi.

Specifični cilj 3: Implementacija programov Neverjetna leta⁵

Nosilna ministrstva: MZ, MIZŠ, MDDSZ

Ukrep 1: Podpora delovanja Centra za dokazano učinkovite zgodnje intervencije za duševno zdravje otrok, ki je ustanovljen v okviru Službe za otroško psihiatrijo na Pediatrični kliniki, UKC Ljubljana. Center bo prevzel dejavnosti, ki obsegajo razvoj nacionalne mreže izvajalcev, pripravo potrebnih materialov, izobraževanje, podporo kvaliteti in trajnosti izvajanja, evalvacijo in raziskovalno dejavnost na tem področju.

Ukrep 2: Vzpostavitev mreže enot (30), v katerih se bodo izvajali osnovni programi starševstva NL, 10-12 v okviru centrov za duševno zdravje otrok in mladih in 15 v okviru mreže CSD-jev – v vsaki regiji eden, ostali v okviru lokalnih skupnosti.

Ukrep 3: Uvajanje novih programov NL, programa za starše otrok starih 8-12 let, za starše otrok z avtizmom, programov za vzgojitelje (Neverjetni začetki) in učitelje (Programi vodenja razreda) ter programov za otroke.

5.2.3 Promocija duševnega zdravja in preventiva duševnih motenj za odrasle na delovnem mestu

Nosilna ministrstva: MZ, MDDSZ

⁵ Programi Neverjetna leta (NL) (www.incredibleyears.com) predstavljajo program zgodnjih intervencij, katerega učinkovitost je potrjena z več kot 30 kontroliranimi randomiziranimi raziskavami (Cochrane review, 2012), ki potrjujejo tudi njegovo dobro prenosljivost v različna sociokulturna okolja. Vsebine sloni na dolgo uveljavljenih teorijah zgodnje navezave in teorije socialnega učenja in je usmerjena v krepitev zdravega odnosa staršev z otrokom oz. učiteljem, starše opremljajo z vešččinami, namenjenimi krepitevi čustvene in socialne kompetentnosti otrok, kratkoročni učinki zajemajo večjo šolsko uspešnost otrok, manj neželjenega in več prosocialnega vedenja otrok, njihovi dolgoročni učinki pa prek zmanjševanja predčasne opustitve šolanja, zlorabe psihoaktivnih substanc, delikventnega vedenja in kriminala segajo tudi v odraslost. V RS so bili programi Neverjetna leta uvedeni s pilotnim projektom, ki je potekal s sredstvi Norveških finančnih mehanizmov od 2015-2016. V tem času je bilo za izvajanje programov starševstva vzpostavljenih 10 centrov v petih slovenskih regijah in v programe vključenih več kot 340 staršev otrok, starih 3- 8 let. Vzpostavljeno je bilo vsebinsko medresorsko sodelovanje med zdravstvenimi ustanovami in centri za socialno delo ter lokalno skupnostjo. Programi so bili odlično sprejeti tako s strani slovenskih staršev kot strokovnjakov. Vsebine so bile prepoznane kot zelo potrebne s strani zdravstvenih inštitucij, centrov za socialno delo, kot tudi vzgojnih inštitucij. Ti programi predstavljajo dokazano učinkovite programe splošne in tarčne preventive in zdravljenja kurative vedenjskih motenj v zgodnjem otroštvu, namenjeni so izvajanju v šolah, vrtcih, v centrih za socialno delo, v službah za zaščito otrok ter v službah za duševno zdravje otrok. Programe Neverjetna leta izvajajo že v številnih državah po svetu, posebej široko so že implementirani na Danskem, Norveškem, Finskem in na Nizozemskem.

Zaradi visoke prevalence težav v duševnem zdravju pri zaposlenih ter vplivov psihosocialnih tveganj na zdravstveno stanje in zmanjšano učinkovitost zaposlenih, delovno okolje predstavlja eno ključnih okolij za promocijo in preventivo na področju duševnega zdravja pri odrasli populaciji. Raziskave kažejo da vsak evro, ki ga organizacija vложи v promocijo zdravja (in s tem tudi v odpravljanje psihosocialnih dejavnikov tveganja), delodajalcu prinese 2,5 do 4,8 evra (EU-OSHA; v: Podjed in Bilban, 2014) in na splošno predstavlja eno izmed bolj donosnih naložb za delodajalce (Podjed in Bilban, 2014). Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1, Uradni list RS, št. 43/11) delodajalcem med drugim nalaga tudi obveznost izvajanja programov promocije zdravja. Med aktivnostmi je ugotavljanje dejavnikov tveganja (tudi psihosocialnih), njihovo odpravljanje in zmanjševanje ter spodbujanje vodstva in zaposlenih k ustvarjanju bolj zdravega in posledično bolj produktivnega delovnega okolja, ki vsem prinaša dolgoročne koristi. ZVZD -1 v 24. členu določa, da mora delodajalec sprejeti ukrepe za preprečevanje, odpravljanje in obvladovanje primerov nasilja, trpinčenja, nadlegovanja in drugih oblik psihosocialnega tveganja na delovnih mestih, ki lahko ogrozijo zdravje delavcev.

Odpravljanje in zmanjševanje psihosocialnih dejavnikov tveganja se prične pri uvajanju organizacijskih sprememb ter sprememb v delovanju vodstva, kar poimenujemo primarna preventiva. Na sekundarni ravni preventive zaposlenim ponudimo usposabljanja in izobraževanja za pridobitev znanj in spretnosti za soočanje psihosocialnimi dejavniki, ki jih ni mogoče v celoti odpraviti. S terciarno preventivo poimenujemo skupne napore delodajalca in zaposlenega pri odpravljanju obstoječih telesnih in duševnih posledic bolezni in invalidnosti. Tako lahko delodajalci omogočajo postopno vrnitev zaposlenega z bolniškega dopusta, prilagajanje delovnega mesta ipd. (Eurofound in EU-OSHA, 2014; Šprah in Dolenc, 2014).

Specifični cilj 1: Krepitev in izboljšanje duševnega zdravja zaposlenih

Nosilna ministrstva: MZ, MDDSZ

Ukrep 1: Izvajanje ZVDZ-1, ki delodajalcem med drugim nalaga tudi obveznost izvajanja programov promocije zdravja (določitev koordinatorja/skupine za promocijo zdravja v podjetju) ter nadzor nad izvajanjem.

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

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

- Priprava izobraževalnega modula za delodajalce (vodstva) – pomen organizacije dela in delovanja vodstva za dobro duševno zdravje zaposlenih (kot npr. izobraževanje vodstva na področju komunikacije in kulture, stilov vodenja, upravljanja časa, uvedba drsnega prihoda nadelo, fleksibilni delovni čas za osebe s težavami v duševnem zdravju, spodbujanja kreativnosti zaposlenih itd).

- Priprava izobraževalnega modula za delodajalce (vodstva), koordinatorje za promocijo zdravja na delovnem mestu glede procesa izvajanja promocije zdravja na delovnem mestu (pridobitev podpore vodstva, vzpostavitev koordinacije aktivnosti in ukrepov, ocena tveganja, ocenjevanje potreb, priprava načrta, izvajanje programa, spremljanje in vrednotenje programa, prilagoditev in posodobitev programa).
- Priprava izobraževalnega modula za delodajalce (vodstva, kadrovske službe) glede pomena sistematičnega spremljanja bolniških odsotnosti - z namenom čim hitrejšega prepoznavanja dolgotrajnih ali ponavljajočih se bolniških odsotnosti z namenom načrtovanja promocijskih ukrepov in nudenja podpore zaposlenim pri vračanju na delo po tovrstni odsotnosti.

Ukrep 4: Izdelati smernice zdravega življenjskega sloga in omogočanje zdravih izbir na delovnem mestu (zdrave prehrana, večje telesne aktivnosti, prostori za druženje v odmorih ...).

Ukrep 5: Izdelati priporočila za promocijo in omogočanje pozitivnih psihosocialnih dejavnikov – (nadzor nad lastnim delom, avtonomija, pozitivni odnosi s sodelavci, socialna in čustvena podpora sodelavcev ter nadrejenih, karierni razvoj zaposlenih), spodbujati izvajanje priporočil, konstantna naloga.

Ukrep 6: Vzpostavitev centra za promocijo zdravja na delovnem mestu (CPZDM) - smernice, razvoj programov, nacionalni portal, regijskih območnih koordinatorjev za CPZDM za podporo delodajalcev in delavcev.

Ukrep 7: Povezovanje CKZ z delodajalci v lokalnem okolju pri izvajanju preventivnih in promocijskih programov na področju duševnega zdravja.

Specifični cilj 2: Podpora zaposlenim s težavami v duševnem zdravju

Nosilna ministrstva: MZ, MDDSZ

Ukrep 1: Smernice psihološke prve pomoči za delovna mesta (priprava smernic in usposabljanja za nudenje prve psihološke pomoči na delovnih mestih).

Ukrep 2: Znotraj delovne organizacije zagotoviti odgovorno osebo, ki nudi podporo zaposlenim s težavami v duševnem zdravju (omogočiti zaposlenemu razgovor z nadrejenim oz. drugo odgovorno osebo, iskanje razlogov in možnosti sprememb pri samem delu, spodbuda za iskanje ustrezne pomoči ...) oz. zagotavljanje takšne pomoči zunaj delovne organizacije.

Ukrep 3: Priprava smernic in zagotavljanje podpore delodajalcev zaposlenim pri ponovnem vključevanju v delovni proces po bolniški odsotnosti zaradi duševne motnje (prilagoditev dela, fleksibilni delovni čas, prostori za umik...).

Ukrep 4: Spodbujanje zaposlovanja in povečanje dostopa do dela ljudem z manjšimi možnostmi zaradi kroničnih duševnih motenj (različne olajšave/subvencije za podjetja, prilagoditev delovnim mest ter delovnih procesov, fleksibilnost delovnega časa ...).

Ukrep 5: Spodbujanje zaposlovanja dolgotrajno nezaposlenih oseb (prepoznavanje dolgotrajno nezaposlenih zaradi težav v duševnem zdravju), sistematična uvedba ukrepov za oceno njihove delazmožnosti in potreb po podpori preko usposobljenih ocenjevalcev, spodbujanje zaposlovanja na podlagi ocene njihovih zmožnosti/spretnosti in drugimi učinkovitimi ukrep za vključevanje na delovna mesta (mentorstva, uvajalni programi,...), širitev mreže socialnih podjetij in kooperativ za ljudi z duševnimi motnjami.

5.2.4 Promocija duševnega zdravja in preventiva duševnih motenj za starejše

Več kot dve tretjini starejših v Evropi, in zagotovo tudi pri nas, ima diagnosticirano vsaj eno kronično bolezen, ta pa pogosto vodi v težave z duševnim zdravjem in k večjemu tveganju umrljivosti. Večina raziskav glede stigme pri osebah z duševno motnjo se osredotoča na splošno ali mlajšo populacijo in to kljub dejstvu, da so starejši stigmatizirani v večini družb. Starejši z duševno motnjo so tako stigmatizirani dvakratno, pri tem pa so še zlasti izpostavljene ženske. Med drugim so pogosta napačna prepričanja, da so nekatere duševne motnje pričakovane del staranja (in kot take ne potrebujejo obravnave). V študijah, v katerih so raziskovali varovalne dejavnike za pojav depresije med starostniki, so izpostavili predvsem tri glavne skupine zaščitnih dejavnikov: ustrezni podporni viri, učinkovite strategije pri spoprijemanju s stresorji in vključenost v osmišljene aktivnosti.

Specifični cilj 1: Krepitev zaščitnih dejavnikov za zdravo staranje

Ukrep 1: Izobraževanje in ozaveščanje o zdravem načinu življenja in vzdrževanju telesnega zdravja, ki vpliva pozitivno tudi na duševno zdravje ter zagotavljanje aktivnosti in programov, ki bodo vključevali starejše.

Ukrep 2: Krepitev neformalnih in formalnih akterjev in mrež v skupnosti, ki vplivajo na kakovostno življenje v skupnosti in preprečujejo osamljenosti (programi NVO, družabništvo, medgeneracijski centri, univerze za tretje življenjsko obdobje).

Ukrep 3: Izboljšati dostop do pripomočkov za obvladovanje spominskih motenj v starosti (na primer pametne zapestnice in telefoni z varnostnimi opozorili in opomniki, vajami za spomin)

5.3 Mreža služb za duševno zdravje

5.3.1 Mreža služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov

V Sloveniji smo imeli v 70ih letih vzpostavljeno regionalno mrežo t.i. mentalno-higienskih dispanzerjev z multidisciplinarnimi timi v večjih zdravstvenih domovih na primarni ravni. Žal so spremembe v zadnjih dveh desetletjih pripeljale do razpada večine teh timov in nepovezanega delovanja preostalih strokovnjakov. Strokovna pomoč postaja vse slabše dostopna, čakalne vrste na prvi pregled pri otroškem psihiatru ali kliničnem psihologu pa že daljše od desetih mesecev. Ob naraščanju števila otrok z duševnimi motnjami – v svetu in pri nas, je potrebno dopolniti mrežo strokovnjakov in jih povezati v interdisciplinarno mrežo centrov za duševno zdravje ter tako ponovno vzpostaviti regionalno dostopnost otrokom in njihovim družinam do pravočasne in kvalitetne obravnave. Pravočasna obravnava je ključna za uspešnost zdravljenja in preprečevanja ne željenih dolgoročnih izidov duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih in njihovih družinah.

Tudi na sekundarni in terciarni ravni je potrebno za zagotavljanje enako dostopne, pravočasne in kakovostne obravnave otrok in mladostnikov s težavami v duševnem zdravju dopolniti kadrovske in prostorske kapacitete. Službe je potrebno dopolniti s specialisti otroške in mladostniške psihiatrije, kliničnimi psihologi ter strokovnjaki drugih strok.

5.3.1.1 Zagotavljanje preventive, zgodnje diagnostike in celostnih obravnav otrok in mladostnikov ter njihovih družin na primarni ravni

Skrb za zdravo odraščanje in zdrav duševni razvoj se začne s skrbjo za nosečnice, matere in družine najmlajših otrok, prek aktivnega prepoznavanja depresije ali drugih duševnih motenj mame, s sledenjem otrokovega razvoja in s podporo njegovi družini. Aktivno presejanje mater za depresijo lahko izvaja patronažna služba neposredno na domu. S pravočasno prepoznavo in obravnavo lahko duševne težave matere preprečimo ali obvladamo ter preprečimo negativne vplive na otroka in širšo okolico, kar se pri nas že omogoča v okviru razširjenih patronažnih obiskov na domu. V 10 - 20% družin so prisotni dejavniki, ki predstavljajo tveganje za zdrav razvoj otrok, kot so izpostavljenost otrokom ogrožajočim izkušnjam v družini, slabemu ravnanju staršev z otrokom, ki vključuje čustveno zlorabo in zanemarjanje, kar ima lahko, če ostane neprepoznano in trajajoče, dolgoročne posledice na duševno zdravje otroka. Mnoge teh družin same ne poiščejo pomoči. V ta namen je pomembno dobro sodelovanje med patronažno službo, drugimi zdravstvenimi delavci in strokovnimi delavci pristojnega Centra za socialno delo, šolami in vrtci. Potrebno je vzpostaviti preizkušene programe, ki zagotavljajo partnerstvo z družino in obsegajo nudenje dodatne podpore tem družinam preko pogostejših obiskov patronažnih služb, učenja starševskih veščin na domu (programi NL), krepitev socialne vključenosti in sodelovanje s strokovnimi službami. Ključna pa je vzpostavitev mreže multidisciplinarnih timov v Centrih za duševno zdravje otrok in mladostnikov (CDZOM), ki bodo delovali v tesnem sodelovanju s pediatričnimi dispanzerji, timi v Centrih za zgodnjo celostno obravnavo (namenjenih otrokom z razvojno-nevrološkimi motnjami v starosti 0-6 let) ter lokalnim

CSD-jem, vrtci in šolami. Timi CDZOM vključujejo vse strokovnjake, ki delujejo kot del javne zdravstvene mreže na področju duševnega zdravja otrok v lokalnem okolju.

Nosilna ministrstva: MZ, MIZŠ, MDDSZ, MJU, MP

Specifični cilj 1: Zagotavljanje »dobrega začetka« - skrb za duševno zdravje nosečnic, matere ter družine v času nosečnosti in po porodu

Nosilna ministrstva: MZ, MDDSZ, MIZŠ

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

Ukrep 2: Uvedba presejanja in zgodnje odkrivanje ter ustrezna obravnava duševnih težav v okviru predporodnega in poporodnega preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (ginekoloških timov, pediatričnih timov, družinskih zdravnikov, patronažne službe).

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

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

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

Specifični cilj 2: Zgodnja prepoznavna težav v telesnem in duševnem razvoju otrok

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

Ukrep 2: Zagotavljanje zgodnje obravnave otrok z ugotovljenimi težavami v razvoju v okviru centrov za zgodnjo obravnavo oz. novih centrov za duševno zdravje otrok (v nadaljnjem besedilu CDZOM) na primarni zdravstveni ravni.

Specifični cilj 3: Zagotavljanje dostopnosti do interdisciplinarnih timov in storitev za zgodnje obravnave otrok in mladostnikov z razvojnimi in duševnimi motnjami ter njihovih družin na primarni ravni zdravstvenega in socialnega varstva

Ukrep 1: Vzpostavitev mreže regijskih CDZOM in družin, ki zagotavljajo na primarni ravni preventivo ter celostno, multidisciplinarno ambulantno in skupnostno obravnavo na definiranih območjih. Za 20.000 otrok in mladostnikov od 0 do 19 let se opredli 1 multidisciplinarni tim (priloga 1). Vzpostavlja se tudi mreže regijskih Centrov za celostno zgodnjo obravnavo otrok, ki zagotavljajo na primarni ravni zgodnjo celostno multidisciplinarno obravnavo otrok od 0-6 let z razvojno nevrološkimi motnjami. Centri predstavljajo nadgraditev obstoječih razvojnih ambulant.

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

Ukrep 3: Aktivno prepoznavanje in nudenje podpore posebej ogroženim otrokom in mladostnikom in priprava protokolov za izvajanje teh aktivnosti. CDZOM bodo proaktivno zagotavljali pomoč otrokom staršev z duševnimi motnjami, boleznimi odvisnosti, otrokom izpostavljenim drugim obremenjujočim življenjskim izkušnjam, kot so travmatska ločitev staršev, izguba podporne osebe, otrokom migrantom in njihovim podpornim skupinam ter rejniškim družinam. Sodelovali bodo pri pripravi medsektorskega programa za specializirano rejništvo.

5.3.1.2 Dostopnost do interdisciplinarnih služb na področju duševnega zdravja otrok na sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva

Specifični cilj 1: Zagotavljanje dostopnosti do interdisciplinarnih bolnišničnih in subspecialističnih obravnav

Ukrep 1: Zagotavljanje skladnosti bolnišničnih enot za otroke in mladostnike z normativi in standardi delovanja, potrjenih s strani ustreznih nacionalnih strokovnih teles (Standardi za otroško in mladostniško psihiatrijo, 2016).

Ukrep 2: Vzpostavitev varovanega oddelka za otroke in mladostnike

Ukrep 3: Vzpostavitev subspecialističnih timov na nacionalni ravni oz. na regijski ravni za obravnavo otrok in mladostnikov s kompleksnejšimi motnjami in komorbidnimi stanji.

Ukrep 4: Zagotavljanje izvajanja programov bolnišnične šole za otroke v času hospitalizacije in po hospitalizaciji, dokler niso zmožni vključitve v matično šolo.

5.3.1.3 Zagotavljanje ustrezne obravnave otrok in mladostnikov z vedenjskimi motnjami s trajajočim agresivnim vedenjem

Dosedanji poskusi ureditve problemov, povezanih z obravnavo otrok in mladostnikov z vedenjskimi motnjami ter trajnejšim agresivnim vedenjem, se je izkazalo kot ne dovolj učinkovito. Poskusi ustrenejšega medresorskega in interdisciplinarnega naslavljanja tega problema, ki jih je izvajal Zavod Planina v zadnjih dveh letih kažejo na možne rešitve, ki pa jih je potrebno še nadgraditi v tesnem sodelovanju s socialno in medicinsko stroko.

Specifični cilj 1: Zagotavljanje ustrezne obravnave otrok in mladostnikov z vedenjskimi motnjami in trajajočim agresivnim vedenjem

Ukrep 1: Ustanovitev medresorske in interdisciplinarne delovne skupine, ki bo proučila in nadgradila obstoječi model obravnave, ki jo izvaja Zavod Planina.

Ukrep 2: Priprava in uvedba ustreznih standardov in normativov obravnave otrok in mladostnikov z vedenjskimi motnjami s trajajočim agresivnim vedenjem tudi v drugih zavodih.

5.3.2 Mreža služb za duševno zdravje odraslih

5.3.2.1 Zagotavljanje preventive, zgodnje diagnostike in dostopnih, kakovostnih interdisciplinarnih obravnav odraslih oseb s težavami v duševnem zdravju na primarni ravni zdravstvenega varstva s poudarkom na skupnostni oskrbi

V Sloveniji smo imeli v 70ih letih neposreden dostop do psihiatrične obravnave v psihiatričnih dispanzerjih v okviru zdravstvenih domov, ki so v 90ih letih razpadli. Čakalne dobe za prvi psihiatrični pregled so večmesečne, večina psihiatričnih obravnav se izvaja v psihiatričnih bolnišnicah, kjer je zaposlenih več kot 80% vseh psihiatrov. Bolnišnične obravnave so relativno dolge, pogoste so ponovne hospitalizacije pri ljudeh s hudimi duševnimi motnjami. Bolniški stalež zaradi duševnih motenj je pogost razlog absentizma in se med vsemi razlogi za absentizem nahaja na tretjem oz. četrtem mestu. Bolniške odsotnosti zaradi duševnih motenj so dolge. Tretjina invalidskih upokojitev 1. kategorije je zaradi duševnih motenj. Duševne motnje so tesno povezane s telesnimi boleznimi, kar kaže na pomen celotne obravnave človeka. Zgodnje odkrivanje in obravnava bistveno izboljša prognozo bolezni, zmanjša potrebo po bolnišničnem zdravljenju ter pripomore k okrevanju. Glede preskrbljenosti z ustreznimi kadri in posledično dostopnosti do storitev za duševno zdravje obstajajo v Sloveniji velike regijske razlike.

Specifični cilj 1: Zgodnje odkrivanje duševnih motenj in psihoedukativna podpora osebam s težavami v duševnem zdravju

Nosilna ministrstva: MZ

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

Ukrep 2: Izvajanje podpornih psihoedukativnih delavnic za osebe s težavami v duševnem zdravju in njihove svojce v Zdravstveno vzgojnih centrih/Centre za krepitev zdravja v zdravstvenih domovih

Specifični cilj 2: Zagotavljanje dostopnosti do interdisciplinarnih timov in skupnostne obravnave odraslih z duševnimi motnjami na primarni ravni

Nosilna ministrstva: MZ, MDDSZ

Ukrep 1: Vzpostavitev regijskih Centrov za duševno zdravje za odrasle (v nadaljevanju besedila CDZO), ki zagotavljajo na primarni ravni celostno, multidisciplinarno ambulantno in skupnostno obravnavo na območjih za 60 do 80 000 prebivalcev.

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

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

Ukrep 4: Prenos timov in storitev skupnostne in nadzorovane obravnave iz psihiatričnih bolnišnic na primarno raven.

Ukrep 5: Skupnostna in nadzorovana obravnava na primarni ravni in bolnišnična psihiatrična obravnava se za posamezno osebo s težavami v duševnem zdravju povežejo v posebnih protokolih, tako da je v centru potreba posameznika.

Ukrep 6: Dolgotrajna integrirana in multidisciplinarna obravnava za osebe s sočasno prisotnimi hudimi duševnimi motnjami.

Specifični cilj 3: Izboljšati dostop do psihoterapevtskih storitev na osnovni ravni zdravstvenega varstva

Nosilna ministrstva: MZ

Ukrep 1: Normativna ureditev psihoterapevtske dejavnosti in poklica psihoterapevta.

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

Ukrep 3: Normativna ureditev financiranja psihoterapevtskih storitev.

Ukrep 4: Vzpostavitev standardov in normativov za psihoterapevtske storitve za obravnavo duševnih motenj.

Ukrep 5: Zagotoviti dostop psihoterapevtskih storitev z zaposlovanjem vsaj enega psihoterapevta v CDZ. V dveh letih ocena potreb po psihoterapevtskih storitvah v CDZ.

5.3.2.2 Zagotavljanje dostopnih in kakovostnih akutnih obravnav na sekundarni ravni

Psihiatrične bolnišnice in psihiatrični oddelki splošnih bolnišnic zagotavljajo obravnavo akutnih psihiatričnih stanj v vseh starostnih obdobjih in pri vseh psihiatričnih motnjah, kadar je ta nujno potrebna in če se pacient z njo strinja, razen v primeru obravnave proti volji, ki je zakonsko opredeljena. Sedanja geografska razporejenost psihiatričnih bolnišnic ne zagotavlja enake dostopnosti do akutnih bolnišničnih obravnav vsem prebivalcem Slovenije. Z ozirom na to in z ozirom na naraščajoči trend starajoče se populacije z več kroničnimi boleznimi ter spremljajočimi duševnimi motnjami, ki je pogosteje hospitalizirana, je potrebno pri splošnih bolnišnicah zagotoviti posteljne kapacitete za akutno psihiatrično obravnavo pri teh pacientih.

Specifični cilj 1: Zagotavljanje dostopne in sodobne bolnišnične psihiatrične oskrbe vsem prebivalcem Slovenije

Nosilna ministrstva: MZ

Ukrep 1: Zagotavljanje posteljnih kapacitet in vzporedne psihiatrične obravnave v splošnih bolnišnicah.

5.3.2.3 Rehabilitacija oseb s ponavljajočimi se duševnimi motnjami

Okrevanje po duševni motnji je dolgotrajen proces, ki je individualno zelo različen. Ljudje z duševnimi motnjami lahko okrevajo, vendar pa njihovo okrevanje zahteva podporo dokazano uspešnih in preverjenih rehabilitacijskih metod. Rehabilitacija ljudi z duševnimi motnjami je sestavljena iz številnih in prilagodljivih oblik obravnave med katere sodijo zaposlitvena rehabilitacija in zaposlovanje, podporne oblike zaposlitve, prilagojena delovna mesta, skupine za samopomoč, programi socialne vključenosti in prehodni zaposlitveni programi, in podpora pri bivanju ter tudi različni programi dnevnega bivanja v dnevni centrih s prosto časovnimi dejavnostmi in programi integracije.

Vračanje ljudi z duševnimi motnjami v zaposlitev, družino in drugo socialno okolje je odvisno od številnih dejavnikov, ne le od narave in teže bolezni ali motnje. Bolj kot od diagnoze je odvisno od podpornih okolij, ki so dostopna, od diskriminatornih ali nediskriminatornih ravnanj ter od njihove lastne participacije. Večina ljudi, tudi tistih s hudimi duševnimi motnjami lahko dela, čeprav pogosto v prilagojenih delovnih pogojih in smiselno prispeva k življenju v skupnosti.

RNPĐZ podpira z dokazi podprte rehabilitacijske intervencije in službe, ki odgovarjajo na potrebe njihovih uporabnikov kar se tiče vračanja v običajno življenje na enakopraven način.

Specifični cilj 1: Okrepiti mrežo rehabilitacijskih služb

Nosilna ministrstva: MDDSZ, MZ, MIZŠ

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

Ukrep 2: Zagotavljanje dostopnosti do kakovostnih programov dnevnih centrov in svetovalnih pisarn.

Ukrep 3: Zagotavljanje dostopnosti do programov zaposlovanja, prilagojenega zaposlovanja in usposabljanja za delo za ljudi z različnimi duševnimi motnjami.

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

Ukrep 5: Razširitev programov rehabilitacije v terapevtskih komunah za osebe, ki imajo resne duševne motnje in so odvisne od psihoaktivnih snovi.

Ukrep 6: Zagotavljanje enakomerne dostopnosti do programov zagovorništva.

Ukrep 7: Znižanje stopnje revščine in izključenosti oseb s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami.

5.3.2.4 Zagotavljanje dolgotrajne oskrbe za osebe z duševnimi motnjami

Dolgotrajna oskrba oseb z duševnimi motnjami je pogosto organizirana v obliki institucionaliziranega varstva, veliko breme te oskrbe pa nosijo njihove družine, saj programi v skupnosti ne zadostijo potrebam (stanovanjske skupine, dnevni centri in svetovalne pisarne). V vseh socialnovarstvenih zavodih je bivalo v letu 2015 več kot 20 000 oseb, v kombiniranih socialno varstvenih zavodih pa 1600 oseb. Od tega jih manjši delež biva v obliki stanovanjskih skupin, velika večina pa biva na večjih oddelkih. Glede na priporočila, da se oskrba izvaja čim bližje domačega okolja, trenutna ponudba ni ustrezna in ni zadostna. Stopnja institucionalizacije je ena izmed višjih v Evropi, ukrepi za zmanjševanje institucionalizacije pa so povezani z vzpostavljanjem mreže skupnostnih služb, ki bi lahko odgovorile na potrebe te populacije.

Specifični cilj 1: Zagotavljanje pogojev v skupnosti za deinstitutionalizacijo zavodskih namestitev za osebe s težavami v duševnem zdravju

Nosilna ministrstva: MDDSZ, MZ, MP

Ukrep 1: Zagotavljanje mreže medresorskih in interdisciplinarnih skupnostnih služb, ki odgovarjajo na potrebe uporabnikov in jih podrobno opredeljujemo v zgornjih ciljih in ukrepih.

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

5.3.2.5 Zagotavljanje ustrezne celostne oskrbe za osebe z duševnimi motnjami, ki jim je bil izrečen ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja

Osebe, ki jim je izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja v zdravstvenem zavodu se zdravijo v psihiatričnih bolnišnicah, ki izpolnjujejo pogoje po pravilniku, ki ureja pogoje za izvajanje tega ukrepa (trenutno le enota za forenzično psihiatrijo v okviru oddelka za psihiatrijo UKC Maribor). Varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja na prostosti se izvaja v ambulantni psihiatrični dejavnosti pri različnih izvajalcih. V Sloveniji ta ukrep ureja Kazenski zakonik (Uradni list RS, št. 50/12 – uradno prečiščeno besedilo, 6/16 – popr., 54/15, 38/16 in 27/17) in na njegovi podlagi tudi Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij (Uradni list RS, št. 110/06 – uradno prečiščeno besedilo, 76/08, 40/09, 9/11 – ZP-1G, 96/12 – ZPIZ-2, 109/12 in 54/15), ki omeujeta njegovo izvajanje na 5 let v zdravstvenem zavodu in 2 leti na prostosti. Stanje v Evropi na tem področju in poročilo misije SZO v Sloveniji kažeta na neustreznost časovne omejitve ukrepa na 5 oz. 2 leti. Prav tako ni poskrbljeno za ustrezne obravnave teh oseb po prenehanju ukrepa, bodisi v skupnosti bodisi v institucionalnem varstvu. Pravočasna in ustreza obravnava ljudi v skupnosti bi lahko preprečila kazniva dejanja, ki so storjena pod vplivom psihopatoloških doživetij.

Specifični cilj 1: Vzpostavitev celostne in učinkovite forenzične obravnave, ki bo nudila kontinuirano, varno, učinkovito oskrbo.

Nosila ministrstva: MZ, MP, MDDSZ

Ukrep 1: Ureditev zakonodaje na področju forenzične psihiatrije skladno z dokazi in priporočili.

Ukrep 2: Vzpostavitev specializirane enote za forenzično obravnavo v posebnih socialno varstvenih zavodih z ustreznimi standardi kadra, znanja in veščin ter prostorov.

Ukrep 3: Prioritetne ambulantne obravnave oseb z izrečenim ukrepom obveznega zdravljenja na prostosti.

Ukrep 4: Prioritetna kontinuirana obravnava po poteku izrečenega ukrepa obveznega psihiatričnega zdravljenja nadzorovane obravnave v skupnosti.

Ukrep 5: Vzpostavitev rehabilitacije po poteku izrečenega ukrepa obveznega psihiatričnega zdravljenja. Priprava protokolov in standardov za izvajanje rehabilitacijskih programov.

5.3.3 Naslavljanje specifičnih potreb starejših na področju duševnega zdravja

Starejši lahko pomembno pripomorejo h kakovosti družbenega življenja in gospodarstvu, dobro duševno zdravje pa tudi zmanjša stroške zdravstvene in drugih obravnav. V Sloveniji je sorazmerno veliko starejših nameščenih v domove za starejše, saj nimamo dovolj razvitih sistemskih rešitev, ki bi omogočale dolgotrajno oskrbo starejših v skupnosti. Zato so starejši s težavami v duševnem zdravju pogosto odvisni od pomoči svojcev, ki pa imajo svoje družine, zaposlitev ali pa so tudi sami že ostareli. Delno na njihove potrebe odgovarjajo programi NVO, ki pa niso deležne rednega financiranja kot dopolnilna dejavnost javnih služb. Zakon o dolgotrajni oskrbi prinaša sistemske rešitve za deinstitucionalizacijo in dolgotrajno oskrbo starejših na domu. Rešitve in ukrepi, ki jih prinaša RNPĐZ na področju oskrbe v skupnosti, pa omogoča bivanje v domačem okolju tudi starejšim s težavami v duševnem zdravju.

Podatki iz baze SZO kažejo, da imajo slovenski starostniki vsaj dvakrat višji količnik samomora kot skupno povprečje članic EU.⁶ Razmerje med izvedenimi samomori in samomorilnimi poskusi pri starejših odstopa od splošnega povprečja v višje število izvršenih samomorov. Prav tako je pri starejših prisotno indirektno samodestruktivno vedenje, zlasti v institucionalnih okoljih, pri čemer prevladujejo starejše ženske.⁷

V sistemu dolgotrajne oskrbe (institucionalne ali na domu) je potrebno prepoznati potrebe ljudi po ustrezni oskrbi na področju duševnega zdravja.

Pri starejših sta skrb za duševno in telesno zdravje prepleteni, saj se pogosto soočajo z več diagnozami. Tako pri demenci, ki sodi med najpogostejše bolezni starejših, po ugotovitvah strokovnjakov v napredovalem stadiju bolezni običajno nimajo le kognitivno, temveč tudi telesno oslabelost, zaradi česar so lahko popolnoma odvisne od oskrbe druge osebe. Zato je pomembno, da se okrepijo kadrovske kapacitete na primarni ravni, da so družinski zdravniki in njihovi timi ustrezno usposobljeni za obravnavo starejših. Timi družinskega zdravnika bodo imeli ustrezno podporo v Centrih za duševno zdravje ter v primeru suma na demenco tudi v Spominskih centrih.

Spominski centri bodo zagotavljali medicinsko, psihološko, socialno in funkcionalno oceno stanja ter intervencije na teh področjih za osebe z demenco in njihove svojce. Delovali bodo interdisciplinarno in se povezovali s timi zdravnikov družinske medicine, CDZO ter z drugimi sodelavci v skupnosti. Izvajali bodo tudi rehabilitacijske intervencije ter pripravili izobraževanje in usposabljanje svojcev ter drugih sodelavcev. Spominski centri bodo učne baze za strokovne sodelavce s področja obravnave demenc. Vzpostavili bomo 3 spominske centre za področje celotne države.

Starejši se pogosto ne znajdejo v sistemu služb, zato bi morali v zdravstvenih ustanovah, priporočljivo pa tudi drugod, organizirati pomočnike, ki bodo sodelovali s starejšimi pri koriščenju storitev različnih služb ("starejšim prijazno okolje").

⁶ Spregovorimo o depresiji in samomoru med starejšimi, str. 29

⁷ Ib. str 27

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

Specifični cilj 1: Zgodnja diagnostika in obravnava duševnih motenj pri starejših

Ukrep 1: Krepitev mreže timov družinskih zdravnikov ter njihovega znanja in veščin za obravnavo starejših skladno s potrebami.

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

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

Ukrep 4: Vzpostavitev treh interdisciplinarnih Spominskih centrov.

Specifični cilj 2: Varstvo pravic starejših

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

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

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

Ukrep 4: Organiziranje svetovalcev/pomočnikov v večjih bolnišnicah za usmerjanje in pomoč starejšim pri uporabi služb/storitev.

5.4 Alkohol in duševno zdravje

Tvegana in škodljiva raba alkohola predstavljata enega glavnih preprečljivih dejavnikov tveganja za kronične bolezni, poškodbe, nezgode, nasilje, umore in samomore ter se v svetu uvršča med najpomembnejše dejavnike tveganja za obolevnost, manjzmožnost, invalidnost in umrljivost. Slovenija je po zdravstvenih posledicah zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov nad povprečjem EU in nad povprečjem Evropske regije SZO. Škodljiva raba alkohola (ŠRA) predstavlja preprečljiv vzrok prezgodnje umrljivosti. Ocena zdravstvenih stroškov, ki so povezani s pitjem alkohola, je v Sloveniji v letih 2011–2014 v povprečju znašala 153 milijonov € letno. Če prištejemo še

grobno oceno nekaterih drugih stroškov (npr. prometne nezgode, nasilje v družini, kriminalna dejanja vandalizem), se ta številka zviša na 234 milijonov € (Sedlak in dr., 2015, Rehm in dr., 2012).

ŠRA predstavlja pomemben vzrok in dejavnik tveganja za duševne motnje in obratno, več kot petina oseb z duševno motnjo ima težave s ŠRA ali sindrom odvisnosti od alkohola. ŠRA lahko sproži ali poslabša vse psihiatrične sindrome, od shizofrenije do anksioznih motenj. Prepoznavanje sočasnih duševnih motenj pri osebah s ŠRA je zahtevno, pogosto so težave spregledane. Osebe z duševnimi in vedenjskimi motnjami zaradi uživanja alkohola in pridruženimi duševnimi motnjami se redkeje zdravijo zaradi težav z alkoholom in pogosteje izpadajo iz programov pomoči. Med bolj ogrožene in pogosto spregledane skupine uvrščamo tudi nosečnice ter matere po porodu. Izpostavljenost ploda ali nerojenega otroka alkoholu v obdobju nosečnosti lahko povzroči duševne motnje iz spektra Fetalnega alkoholnega sindroma (SFAS). Zasvojenost z alkoholom ima številne socialne posledice (brezposelnost, revščina, nasilje in drugo) in povzroča veliko trpljenja v družinah. Ob tem pa je mogoče odvisnost od alkohola zelo uspešno zdraviti in uspešno okrevati.

Za učinkovito obvladovanje javnozdravstvenih problemov vezanih na ŠRA v Sloveniji je nujno sprejeti celovito alkoholno politiko (dostopnost, cena, oglaševanje, označevanje izdelkov, informiranje, osveščanje, zgodnje odkrivanje in obravnava). V okviru tega prednostnega področja pa se omejujemo na nekaj specifičnih ciljev in ukrepov, ki naslavlja problem alkohola v luči duševnega zdravja.

Specifični cilj 1: Ozaveščanje o posledicah škodljive rabe alkohola na duševno zdravje

Ukrep 1: Izvajanje aktivnosti in programov ozaveščanja javnosti o posledicah ŠRA na duševno zdravje posameznika in njegovih bližnjih za različne ciljne skupine.

Ukrep 2: Destigmatizacija programov zdravljenja odvisnosti od alkohola in uporabnikov teh programov.

Ukrep 3: Razvijanje kritičnega odnosa do pitja alkohola preko spreminjanja družbenih norm in odgovornega komuniciranja o alkoholu.

Specifični cilj 2: Obravnava tvegane in škodljive rabe alkohola v zdravstvu in zagotavljanje sodelovanja z drugimi sektorji

Ukrep 1: Okrepitev znanja in veščin za zgodnjo prepoznavo težav zaradi pitja alkohola in/ali zasvojenosti, ki poleg zdravstvenih vključuje tudi službe socialnega varstva, delovne organizacije in izobraževalne ustanove.

Ukrep 2: Sistemsko izvajanje presejanja za tvegano in škodljivo pitje alkohola in intervencij (kratka svetovanja, motivacijski intervjuji) za spremembo pitja alkohola, ki se izvaja na primarni ravni zdravstvenega varstva (v ambulantah splošnih/družinskih zdravnikov, referenčnih ambulantah, ginekoloških ambulantah ter v patronažni službi) in vključitev teh postopkov v službe socialnega varstva.

Ukrep 3: Redna evalvacija programa psihosocialnih in edukacijskih delavnic za voznike prekrškarje.

Ukrep 4: Izobraževanje izvajalcev psihosocialnih in edukacijskih delavnic za voznike prekrškarje in njihovo povezovanje z interdisciplinarno stroko z namenom ustrezne nadaljnje obravnave oseb odvisnih od alkohola.

Ukrep 5: Vzpostavitev protokolov za prepoznavanje in obravnavo tveganega in škodljivega pitja alkohola ter za ustrezno napotovanje na višje ravni zdravstvene obravnave v primeru zasvojenosti z alkoholom.

Ukrep 6: Usmerjanje oseb odvisnih od alkohola v obravnavo v CDZO.

Ukrep 7: Zagotavljanje enakomerne dostopnosti do zdravstvenih služb za zdravljenje oseb, zasvojenih z alkoholom in prilagojeni programi zdravljenja za osebe s pridruženimi duševnimi motnjami.

Ukrep 8: Zagotavljanje enakomerne dostopnosti podpornih služb za psihosocialno rehabilitacijo oseb po zdravljenju zasvojenosti z alkoholom ter za njihove bližnje (npr. strokovno vodeni klubi in društva zdravljenih alkoholikov).

5.5 Preprečevanje samomorilnega vedenja

Po ocenah Svetovne zdravstvene organizacije (2017) za posledicami samomora vsako leto umre približno 800 000 oseb, kar je več kot število žrtev zaradi vojn in nasilnih smrti (npr. umor ali uboj) skupaj. Javno zdravstveni problem predstavljajo tudi druge oblike samomorilnosti, kot so samomorilni poskusi, nekatere oblike samopoškodovalnega vedenja, kot tudi samomorilne misli. Slovenija sodi med države, ki so zaradi samomora bolj ogrožene. Samomor predstavlja velik javnozdravstveni problem od poznega otroštva oziroma zgodnje adolescence dalje. Razlogi za samomorilno vedenje so številni, med pogoste prištevamo duševne motnje kot so npr. depresija, zloraba alkohola in drugih drog ter zasvojenosti. Samomor je pogostejši med brezposelnimi, socialno izključenimi, osamljenimi ter revnimi.

Samomor je pojav, ki ga lahko preprečujemo. Upad umrljivost zaradi samomora v Sloveniji v zadnji letih je vzpodbuda za nadaljevanje dela na področju preprečevanja samomora. Poleg splošnih ukrepov, ki zajemajo celotno promocijo duševnega zdravja in preprečevanja duševnih motenj, je za področje preprečevanja samomora značilnih nekaj specifičnih ukrepov.

Specifični cilj 1: Dvig pismenosti na področju duševnega zdravja, s poudarkom na samomoru

Ukrep 1: Razvoj in implementacija programov za zgodnje prepoznavanje in ukrepanje ob samomorilnem vedenju (prilagojenih za splošno javnost in druge predstavnike lokalne skupnosti).

- Uvedba standardiziranega programa Psihološke prve pomoči (posredovanje znanja o vzrokih, simptomih in znakih samomorilnega vedenja in krepitev veščin za ukrepanje).
- Posredovanje informacij o samomorilnem vedenju, njegovem preprečevanju in možnostih ukrepanja (npr. predavanja, delavnice, za splošno javnost) pri različnih populacijah (otroci, odrasli, starostniki, itd).

Ukrep 2: Kontinuirano sodelovanje z mediji za odgovorno poročanje o samomoru in duševnem zdravju/duševnih motnjah nasploh.

Specifični cilj 2: Zgodnja identifikacija ogroženih oseb

Ukrep 1: Razvoj in implementacija programov za strokovno javnost, za zgodnje prepoznavanje in ukrepanje ob samomorilnem vedenju pri različnih populacijah.

- Kontinuirana edukacija vseh t.i. vratarjev sistema in drugih (npr. pediatri, splošni zdravniki, psihologi, medicinske sestre, socialni delavci, policisti, gasilci, učitelji in ostali strokovni delavci, zaposleni v nevladnem sektorju, itd...) in krepitev njihovih veščin za prepoznavanje in ukrepanje ob samomorilnem vedenju.
- Vzpostavitev protokolov sodelovanja, razmejitev pristojnosti/odgovornosti med različnimi vratarji sistema.
- Zagotoviti takojšnje intervencije skupnostnih služb v primeru samomorile ogroženosti, posebej pri starejših.

Ukrep 2: Kontinuirano izvajanje presejanja populacije na samomorilno ogroženost (primer PHQ 9 v referenčnih ambulantah) in spremljanje podatkov (za namene boljše obravnave ogroženih posameznikov ali za raziskovalne, epidemiološke namene).

Specifični cilj 3: Zagotavljanje dostopnosti do pomoči in obravnave samomorilno ogroženim osebam

Ukrep 1: Razvoj in implementacija programov pomoči in aktivnega spremljanja samomorilno ogroženih v različnih populacijah (prednostna dostopnost do brezplačne klinično psihološke, psihiatrične in psihoterapevtske obravnave, vzpostavitev urgentne oz. triažne službe, ambulante za akutne primere, zagotovitev kontinuirane/dolgotrajne pomoči oziroma spremljanja po poskusu samomora, dostopnost do programov pomoči pri reintegraciji v vsakodnevno okolje, zagotoviti programe pomoči za svoje osebe po poskusu/storitvi samomora).

Ukrep 2: Vzpostavitev povezanosti in kontinuirano sodelovanje zdravstvenih in socialnih služb z nevladnim sektorjem in podpora njihovem delovanju.

Specifični cilj 4: Zmanjševanje porabe alkohola

Ukrep 1: Izvajanje ukrepov za zmanjševanje posledic škodljive rabe alkohola in zasvojenosti (ukrepi navedeni pod prednostnim področjem alkohol).

Specifični cilj 5: Omejevanje dostopnosti do sredstev za samomor

Ukrep 1: Preučitev in dopolnitev zakonodaje, ki se nanaša na zagotavljanje varnih okolij, dostopnost do tehničnih sredstev in pripomočkov, ki se lahko uporabijo pri poskusu samomora, vključno z dostopnostjo do strupov in zdravil.

Ukrep 2: Zagotavljanje varnostnih ukrepov na kritičnih točkah (postavljanje ograj na železniških prehodih, visokih stavbah, mostovih).

Ukrep 3: Zagotavljanje varnih okolij v bolnišnicah ter zaporih in drugih institucijah, kjer je zaradi značilnosti populacije ali drugih ogrožajočih dejavnikov večja nevarnost za samomor.

5.6 Izobraževanje, raziskovanje, spremljanje in evalvacija

5.6.1 Izobraževanje

Za boljšo osveščenost na področju duševnega zdravja in destigmatizacijo je potrebno vsebine duševnega zdravja ustrezno vključiti v vse ravni izobraževanja. Še posebej je potrebno zagotoviti ustrezna znanja in veščine za vse strokovnjake, ki se profesionalno soočajo z osebami z duševnimi motnjami. Vlaganje v izobraževanje in usposabljanje je ključno za učinkovito implementacijo RNPZ in je odgovornost vseh ključnih resorjev.

Specifični cilj 1: Zagotavljanje vsebin o pomenu varovanja duševnega zdravja v izobraževalnih kurikulumih

Nosilna ministrstva: MIZŠ, MZ, MDDSZ, MP, MNZ

Ukrep 1: Vključitev izobraževalnih vsebin o pomenu varovanja duševnega zdravja v kurikulume osnovnih in srednjih šol (primeri dobre prakse so projekti »V odsevu«, »A (se) štekaš?«, »Neverjetna leta«, »To sem jaz« in drugi).

Ukrep 2: Vključitev oziroma okrepitev izobraževalnih vsebin o promociji duševnega zdravja in preventivi duševnih motenj v strokovnem izobraževanju na srednješolski in visokošolski ravni za poklice v zdravstvu, socialni in vzgoji in izobraževanju.

Ukrep 3: Vključitev vsebin o duševnem zdravju v redno strokovno izpopolnjevanje za vse poklicne skupine, ki delajo z ljudmi (zdravstva, sociale, vzgoje in izobraževanja, pravosodja in organov pregona).

Specifični cilj 2: Zagotavljanje ustrezne usposobljenosti zdravstvenih delavcev in strokovnih delavcev drugih resorjev za delo z osebami z duševnimi motnjami

Nosilna ministrstva: MIZŠ, MZ, MDDSZ, MP, MNZ

Ukrep 1: Razvoj modela izobraževanja za interdisciplinarno delo in sodelovanje pri obravnavi oseb z duševnimi motnjami.

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

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

Ukrep 4: Izvajanje izobraževanja strokovnjakov za psihiatrično skupnostno obravnavo.

Ukrep 5: Izobraževanje in usposabljanje interdisciplinarnih strokovnjakov vključenih v obravnavo forenzičnih pacientov.

5.6.2 Raziskovanje

Kazalnike na področju duševnega zdravja spremljamo s pomočjo rednih zdravstvenih ter drugih statistik, rednih ter obdobjnih raziskav, ki pa ne zagotavljajo vseh potrebnih podatkov. Skladno s potrebami spremljanja področja duševnega zdravja je potrebno opredeliti mednarodno primerljiv nabor podatkov, ki bo omogočal primerljivo spremljanje področje duševnega zdravja.

Raziskovanje je na področju duševnega zdravja zelo pomembno. Sredstva raziskovalci in raziskovalne organizacije pridobivajo na nacionalni ravni na razpisih Agencije za raziskovanje Republike Slovenije. Poleg obstoječih načinov raziskovanj je potrebno uvesti več aplikativnih in kvalitativnih raziskav na terenu z vključevanjem uporabnikov in izvajalcev, ugotavljanjem njihovih potreb ter zadovoljstvom z obstoječimi obravnavami. Potrebno je tudi vzpodbujati vključevanje v mednarodne raziskave in sodelovanje v mednarodnih projektih na tematiko duševnega zdravja.

Specifični cilj 1: Spremljanje stanja duševnega zdravja

Nosilna ministrstva: MZ, MDDSZ, MIZŠ

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

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

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

Specifični cilj 2: Povečanje obsega raziskovanja na področju duševnega zdravja

Nosilna ministrstva: MZ, MDDSZ, MIZŠ

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

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

5.6.3 Spremljanje in evalvacija RNPZ

Na začetku dokumenta RNPZ smo definirali kazalnike za spremljanje strateških ciljev resolucije. Za potrebe spremljanja uspešnosti implementacije posameznih ciljev in ukrepov iz prednostnih področij RNPZ pa kazalnike navajamo v Akcijskem načrtu RNPZ. Za spremljanje in evalvacijo implementacije RNPZ je odgovorna strokovna skupina upravljavca RNPZ. Spremljali bomo strukturne, procesne kazalnike in kazalnike izida.

5.7 Vodenje in koordinacija ter podpora implementaciji nacionalnega programa duševnega zdravja

5.7.1 Vodenje in koordinacija implementacije nacionalnega programa duševnega zdravja

Doseganje ciljev iz RNPZ je odvisno od dosledne implementacije nalog, zastavljenih v resoluciji: od sistematične in trajne promocije duševnega zdravja in destigmatizacije na področju duševnih motenj, zaznavanja potencialov na področju preprečevanja duševnih motenj, oblikovanja in izvajanja programov preventive in zgodnjih obravnav, dobro načrtovanih in interdisciplinarnih ter medinstitucionalnih služb in intervencij v skupnosti pri osebah z duševno motnjo, omogočanje dostopnih in interdisciplinarnih storitev na področju duševnega zdravja za otroke, mladostnike, družine, odrasle ter starejše na primarni ravni zdravstvenega in socialnega varstva, zagotavljanja ustrezne rehabilitacije za osebe z trdovratno, ponavljajočo se duševno motnjo, povezovanja služb in programov za preprečevanje in obravnavo različnih oblik odvisnosti ter preprečevanje samomora. Implementacijo obsežnega nabora prepletenih in soodvisnih aktivnosti je lahko uspešna le, če ima

vzpostavljeno dobro načrtovano mrežo strokovnjakov na nacionalni in regionalni ter lokalni ravni, ki skladno z RNPĐZ vodijo in koordinirajo aktivnosti, medsebojno povezujejo deležnike in nosilce aktivnosti. Hkrati je pomemben tudi usklajen razvoj potrebnih programov na področju duševnega zdravja, načrtovanje in dogovarjanje implementacije in širitve timov v skupnosti in na primarni ravni zdravstvenega in socialnega varstva. Sprotno pa je potrebno spremljanje stanja na področju duševnega zdravja in spremljanje ter evalvacija uspešnosti implementacije in doseganja ciljev RNPĐZ. Vse te naloge bo opravljala na novo vzpostavljena struktura za upravljanje RNPĐZ, ki jo bo izvajal NIJZ na nacionalni in regionalni ravni ob sodelovanju in vključevanju interdisciplinarnih in medresorskih strokovnjakov na področju duševnega zdravja, NVO ter predstavnikov uporabnikov.

Specifični cilj 1: Vzpostavitev upravljske strukture za strokovno vodenje in interdisciplinarno ter medinstitucionalno koordinacijo implementacije Nacionalnega programa duševnega zdravja na nacionalni, regionalni in lokalni ravni.

Nosilna ministrstva: MZ, MĐĐSZ, MIZŠ, MP

Ukrep 1: Okrepitev kadrovske kapacitete Ministrstva za zdravje za podporo implementaciji RNPĐZ in strokovnega pokrivanja nalog na področju duševnega zdravja.

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

Ukrep 3: Vzpostavitev interdisciplinarnega Programskega sveta in interdisciplinarnih strokovnih delovnih skupin, ki podpirajo razvoj intervencij, izobraževanje, vodenje, koordinacijo in evalvacijo implementacije RNPĐZ.

Ukrep 4: Vzpostavitev območnih in lokalnih koordinatorjev implementacije RNPĐZ na OE NIJZ ter v območno/lokalnih Centrih za duševno zdravje.

Ukrep 5: Vključitev vseh ključnih predstavnikov stroke, resorjev in civilne družbe/NVO ter uporabnikov programov v nacionalno, območno in lokalno koordinacijo implementacije, spremljanje in evalvacijo.

5.7.1 Podpora implementaciji nacionalnega programa duševnega zdravja

Implementacija RNPĐZ zahteva podporo celotne družbe, politike, stroke in NVO. Za podporo učinkoviti implementaciji je potrebna zaveza celotne vlade ter politike na nacionalni in lokalni ravni. Zato se vzpostavljajo formalne strukture na nacionalni in lokalni ravni, ki bodo omogočale, da bodo cilji duševnega zdravja vključeni v agendo vseh resorjev vlade in da bo tudi lokalna politika zaznala pomen in dala podporo skupnostnemu udeležanju duševnega zdravja.

Specifični cilj 1: Vzpostavitev nacionalnih in lokalnih političnih ter odločevalskih struktur v podporo implementaciji RNPĐZ.

Nosilna ministrstva in inštitucije: MZ, MĐĐSZ, MIZŠ, MF, MKGP, MJU, MP, MG, MK,

Ukrep 1: Vzpostavitev in delovanje Vladnega Sveta RS za duševno zdravje, ki vključuje državne sekretarje z resornih ministrstev in zagotavlja uresničevanje nalog in doseganje ter spremljanje zastavljenih resornih ciljev iz RNPZ. Vladni svet RS za duševno zdravje se sestaja vsaj 2-krat letno. Vodi ga Ministrstvo za zdravje, strokovno podporo pa mu nudi Programski svet RNPZ, ki deluje pri NIJZ. Vladni svet RS za duševno zdravje 1-krat na dve leti poroča Državnemu zboru o realizaciji nalog in doseganju ciljev iz RNPZ.

Ukrep 2: Vzpostavitev Regijskega Sveta za Zdravje/Duševno Zdravje (RSDZ/DZ), ki vključuje župane (zdravstvenih) regij, direktorja CSD na regijski ravni, regijske Zavode za šolstvo, direktorja/e zavodov za zaposlovanje, regijske splošne in psihiatrične bolnišnice, direktorje ZD, predstavnike NVO na področju duševnega zdravja, predstavniki regijskih razvojnih agencij....

- RSZ/DZ se seznanja s stanjem na področju duševnega zdravja populacije, za katero je ustanovljen, načrtuje in spremlja, spodbuja in omogoča implementacijo aktivnosti iz RNPZ za svoje gravitacijsko področje. 1-krat letno RSZ/DZ organizira regijsko konferenco o duševnem zdravju v regiji, na katerem se predstavijo Lokalni Akcijski načrti za duševno zdravje in njihova implementacija.
- Koordinacijo delovanja območnega/Regijskega sveta za duševno zdravje (RSDZ) izvaja OE NIJZ, ki skupaj s stroko iz CDZ nudi tudi strokovno podporo svetu.

Ukrep 3: Vzpostavitev Lokalnega sveta za zdravje/duševno Zdravje (LSZ/DZ) na ravni občine ali več občin, ki jih pokriva ZD. Vključuje župana/e, direktorja ZD, vodjo CKZ in vodjo CDZ, CSD, zavod/urad za zaposlovanje, zavod za šolstvo, predstavnika svetovalnih služb v šolah, predstavnika: vrtcev, cerkve, podjetij, NVO na področju duševnega zdravja občine/več občin, policije, in drugih predstavnikov, ki jih lokalna skupnost razpoznava kot pomembne za krepitev zdravja/duševnega zdravja v lokalnem okolju.

- LSZ/DZ pripravi 2 letne Akcijske načrte za duševno zdravje za svoje gravitacijsko področje, na katerem spremlja, načrtuje, podpira in omogoča udeležanje nalog iz RNPZ na lokalni ravni. Pri tem vključuje skupnostni pristop vseh deležnikov v skupnosti pri krepitevi duševnega zdravja in obravnavi oseb z duševnimi težavami. Sestaja se vsaj 2-krat letno in rezultate udeležanja nalog in doseganja ciljev iz RNPZ 1-krat letno predstavi na regijski konferenci o duševnem zdravju.
- Strokovno podporo in koordinacijo Lokalnega sveta za duševno zdravje izvaja CKZ iz ZD, ob strokovni podpori OE NIJZ in CDZ.

6. FINANCIRANJE

RNPZ obsega celostno ureditev področja varovanja duševnega zdravja v Republiki Sloveniji v naslednjih 10 letih. Področje je bilo leta prezrto in odrinjeno na rob, brez zadostnih vlaganj ter brez ustrezne posodobitve in dobrega medsektorskega sodelovanja.

Za doseganje dodane vrednosti možnih dopolnjujočih se aktivnosti več sektorjev, je nujno na nacionalni ravni in na ravni lokalnih okolij prepoznati pomen prizadevanja za varovanje duševnega zdravja in s tem preprečevati duševne motnje. Ukrepi, ki jih prinaša RNPZ so dveh vrst:

- Mnogi ukrepi, ki jih prinaša RNPZ zato nimajo finančno opredeljene postavke v smislu dodatnega vlaganja finančnih sredstev, saj gre za konceptualne spremembe oziroma procesne dopolnitve v obstoječem sistemu.
- Nekaj ukrepov RNPZ pa prinaša tudi strukturne spremembe, ki pomenijo povečevanje vlaganja v kadre, njihovo usposobljenost ter programe in storitve za varovanje duševnega zdravja.

V zdravstvenem in socialnem sektorju se nenehno srečujemo z neskladnostjo med potrebami in viri (človeškimi in finančnimi), zato je skromne vire potrebno preko dobre organizacije služb razporediti tako, da prinašajo kar največ koristi uporabnikom in skupnosti. Stroškovna učinkovitost na področju vlaganja v varovanje duševnega zdravja je največja, če se ustrezna sredstva namenijo promociji duševnega zdravja in preventivi duševnih motenj, zgodnjemu odkrivanju duševnih motenj in učinkovitemu zdravljenju v skupnosti. V primeru ustreznega razmerja med prej omenjenimi dejavnostmi, je stroškovna učinkovitost v povprečju 1 proti 12,5, ob tem da so programi za preprečevanje duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih učinkoviti celo v razmerju, da 1 vloženi dolar prinese 80 dolarjev dobička (Canadian Institute for Health Information, 2011). Vlaganje v programe, ki zmanjšujejo možnost slabega ravnanja z otroki, kot so programi zgodnje pomoči družinam z višjim tveganjem – t.i. partnerstvo z družino za zdravje in programi starševstva Neverjetna leta, so del priporočene strategije s strani SZO (Investing in Children, The European Child Maltreatment Prevention Action Plan 2015-2020). Stroškovna učinkovitost programov, usmerjenih v pomoč družini v prvih 6 letih otrokovega življenja je namreč visoka in dolgoročna, od 1:2,3 do 1:33 za programe pomoči družinam otrok z visokim tveganjem (MacMillan in sod., 2009).

Slabo ravnanje z otroki, ki obsega čustveno, telesno in spolno zlorabo ter zanemarjanje otrok predstavlja veliko javnofinančno breme državam, zaradi tveganj, ki jih predstavlja za duševno zdravje otrok in odraslih, kot tudi za razvoj kroničnih telesnih bolezni v odraslosti. Tudi v razvitem svetu je različnih oblik zlorabe izpostavljenih 9-29% otrok. Stroški le-te so izredno visoki, posredni in neposredni stroški so v ZDA ocenjeni na 210.000 \$ na leto na posamezno žrtev zlorabe (kar je več kot primerljivi strošek možganske kapi ali sladkorne bolezni), kar skupno predstavlja več kot 1% BDP. Tudi raziskave, ki ocenjujejo stroške slabega ravnanja z otroki v Italiji in Nemčiji, kažejo primerljive vrednosti (Fang X in sod., 2012).

Nedavna raziskava ugotavlja, da posamezniki z več dejavniki tveganja v zgodnjem otroštvu (okoli 20 odstotkov otrok) v odraslosti predstavljajo večino ekonomskega bremena družbe iz različnih resorjev. Dejavniki tveganja, ki jih je moč prepoznati že v starosti 3 let, napovedujejo kar 60-80% stroškov družbe, ki se kažejo v obliki socialnih transferjev, enostarševskih družin, kajenja, števila bolnišničnih dni, predpisanih receptov in kriminala. Programi, ki učinkovito zmanjšujejo dolgoročna tveganja teh otrok, zato predstavljajo pomembne priložnosti za ukrepanje družbe kot celote (Caspi in sod., 2016).

Navajamo še nekaj upravičenega vlaganja na področju duševnega zdravja: edukacija splošnih zdravnikov o prepoznavanju samomorilnega vedenja pri svojih bolnikih je 1: 54,45, zgodnje

prepoznavanj psihoze je 1: 10,27, promocija duševnega zdravja na delovnem mestu je 1:9,69 in zgodnja prepoznavna ter obravnava depresije pri aktivni populaciji 1:5,03 (Knapp in sod, 2011).

Kanadski dokument o donosnosti naložbe v duševno zdravje prebivalstva (Canadian Institute for Health Information, 2011), dokument SZO o vlaganju v duševno zdravje (WHO, 2013) in sporočilo za medije, ki sta ga objavila skupaj Svetovna banka in SZO (WHO in WB, 2016, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/en/>) povzemajo raziskovalne ugotovitve na področju stroškovne učinkovitosti ukrepov na področju duševnega zdravja in obravnave duševnih motenj. Ugotavljajo, da delovanje na področju duševnega zdravja ni potrebno le zaradi preprečevanja trpljenja posameznikov, temveč tudi zaradi dobrobiti družbe in socialnega blagostanja. Povezava med ekonomsko produktivnostjo in duševnim zdravjem je trdno dokazana. Na primer vlaganje v programe preventive in promocije duševnega zdravja samo na področju depresije in anksioznosti prinaša državam štirikratni prihranek (WHO in WB, 2016). Predsednik Svetovne banke prepoznavna, da duševno zdravje ni le stvar javnega zdravja, temveč razvojno vprašanje. Izguba produktivnosti zaradi duševnih motenj je nekaj, česar si globalna ekonomija ne more privoščiti.

»Data preview projekt EU« (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2707548/>) kaže, da vlaganje v dokazano uspešne preventivne in promocijske intervencije pri otrocih, na delovnem mestu in pri starostnikih bistveno zmanjšajo ceno obravnave teh ljudi v vseh delih sistema. Dejstva s področja javnega zdravja in ekonomije govorijo o pomembnosti celostne skupnostne skrbi za duševno zdravje, ustrezne sisteme socialne varnosti in programe za varna delovna mesta, podporo družinam in staršem, podporo pri reševanju dolgov in aktivne alkoholne politike (Wahlbeck: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3449359/>).

Stroškovno učinkovitost celotne RNPZ je mogoče zgolj oceniti. Izračunamo lahko direktne stroške, ki jih predvidevamo, zraven pa lahko ocenimo koristi.

Ukrepi RNPZ bodo (so)financirani iz različnih virov: proračunska sredstva resorjev (ministrstvo, pristojno za zdravje; ministrstvo, pristojno za šolstvo, ministrstvo, pristojno za delo, družino in socialne zadeve, ministrstvo, pristojno za pravosodje), sredstva iz virov Evropske unije, sredstva iz Programa norveškega finančnega mehanizma in sredstva Zavoda za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije ter proračuna lokalnih skupnosti.

Proračunska sredstev različnih ministrstev bodo pokrila udeleževanje ukrepov iz prednostnih področij: 5. 1., 5.2, 5.4, 5.5, 5.6 in 5.7 ter znotraj prednostnega področja 5.3 tudi tisti del, ki financira ukrepe, v kater so vključene NVO.

Sredstva iz ZZS pa so namenjena dopolnjevanju obstoječih in vzpostavljanju novih timov v 20 Centrih za duševno zdravje otrok in mladostnikov, vzpostavitvi 20 Centrov za duševno zdravje odraslih z 22,5 timi (dopolnitve obstoječih in vzpostavitve novih) s poudarkom na skupnostni psihiatrični obravnavi, 7 subspecialističnih ambulantnih timov na nacionalni oz. regijski ravni za obravnavo otrok in mladostnikov s kompleksnejšimi motnjami in komorbidnimi stanji, ter vzpostavitvi 3 Spominskih centrov za osebe z demenco. Timi se vzpostavljajo enakomerno v obdobju 10 let, stroški novega kadra in njihovega izobraževanja so prikazani v dvoletnih časovnih intervalih v Tabeli 2.

Načrtovana je dopolnitev štirih svetovalnih centrov za otroke in mladostnike s specifičnimi učnimi težavami. Natančni stroški bodo znani po določitvi standardov in normativov v letu 2018 in bodo načrtovani v letu 2019 v dogovoru z MIZŠ.

Koristi pričakujemo na podlagi ocene:

1. zmanjšanja stroškov za bolniška nadomestila za osebe s težavami v duševnem zdravju in njihove svojce,
2. zmanjšanje stroškov za psihotropna zdravila,
3. zmanjšanja stroškov zaradi bolnišničnega psihiatričnega zdravljenja,
4. znižanja stroškov pravosodja,
5. zmanjšanje stroškov zaradi socialnih transferjev
6. prihrankov lokalne skupnosti glede institucionalne oskrbe.

Tabela 2. Ocena stroškov predloga RNPZ 2018-2028

		Obstoječe financiranje		Obstoječa sredstva in potrebno dodatno financiranje RNPZ				
		2017	2018	2019-2020	2021-2022	2023-2024	2025-2026	2027-2028
MZ	PP 7083 Programi varovanja in krepitve zdravja	0,818919 mio EUR	0,818919 mio EUR	1,637838 mio EUR + 1,5 mio EUR	1,637838 mio EUR + 1,5 mio EUR	1,637838 mio EUR + 1,5 mio EUR	1,637838 mio EUR + 1,5 mio EUR	1,637838 mio EUR + 1,5 mio EUR
	MZ – 7894 – Programi duševnega zdravja in preprečevanje zasvojenosti	0,105 mio EUR	0,443 mio EUR	0,443 mio EUR + 0,75 mio EUR	0,443 mio EUR + 0,75 mio EUR	0,443 mio EUR + 0,75 mio EUR	0,443 mio EUR + 0,75 mio EUR	0,443 mio EUR + 0,75 mio EUR
	NIJZ	0,1 mio EUR	0,2 mio EUR	0,4 mio EUR + 1,23 mio EUR (upravljanje)	0,4 mio EUR + 1,23 mio EUR (upravljanje)	0,4 mio EUR + 1,23 mio EUR (upravljanje)	0,4 mio EUR + 1,23 mio EUR (upravljanje)	0,4 mio EUR + 1,23 mio EUR (upravljanje)
	MDDSZ*							
	MZIŠ*							
	MP*							
ZZS	Izvajalci	63,06 mio EUR	63,06 mio EUR	63,06 mio EUR + 6,02** mio EUR	69,08 mio EUR + 11,44 mio EUR	80,52 mio EUR + 10,83 mio EUR	91,35 mio EUR + 9,09 mio EUR	100,44 mio EUR + 6,28 mio EUR

*Obstoječa in nova sredstva, predvidena s strani MDDSZ, MZIŠ in MP bomo dodali po medresornem usklajevanju

**Nova sredstva ZZS se bodo določala vsako leto s Splošnim dogovorom

7. PRILOGE

7.1 Nove strukture v zdravstvenem sistemu na področju duševnega zdravja

Z RNPZ prilagajamo in dopolnjujemo delovanje obstoječih služb in storitev na področju duševnega zdravja. Kot je opredeljeno v programu z namenom boljše dostopnosti in učinkovitosti ustanovljamo

1. Regionalne Centre za duševno zdravje, ki so sestavljeni iz:
 - Centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov (v nadaljnjem besedilu CDZOM) in
 - Centrov za duševno zdravje odraslih (v nadaljnjem besedilu CZDO).
2. Tri (3) spominske centre za potrebe starejše populacije na področju obvladovanja demence
3. Subspecialistične time na nacionalni oz. regijski ravni za obravnavo otrok in mladostnikov s kompleksnejšimi motnjami in komorbidnimi stanji.

Centri za duševno zdravje otrok in mladostnikov na primarni ravni

Mreža multidisciplinarnih CDZOM omogoča lokalno dostopnost, zgodnjo in strokovno ter multidisciplinarno obravnavo otrok in mladostnikov s težavami v duševnem zdravju ter njihovih staršev v okviru osnovnega zdravstvenega varstva. Zgodnja strokovna obravnava vključuje celostno zgodnjo obravnavo otrok 0-6 let z razvojno nevrološkimi težavami, neznačilnim in pomanjkljivim razvojem, nenormalno nevrološko simptomatiko, disharmoničnim razvojem, senzornimi ali drugimi okvarami v skladu z Zakonom o celostni zgodnji obravnavi predšolskih otrok s posebnimi potrebami ter obravnavo otrok in mladostnikov s težavami v duševnem zdravju do 19 leta starosti. Zgodnje obravnave so stroškovno učinkovite, za obvladovanje težav so učinkovite krajše obravnave, zgodnje intervencije preprečujejo tudi zaplete in posledice ter razvoj komorbidnih duševnih motenj. Zgodnja dostopnost obravnave v CDZOM bodo izboljšale tudi sodelovanje z drugimi službami, šolskimi strokovnimi delavci in učitelji ter strokovnimi delavci v CSD-jih. Z 20 timi bomo odgovorili na potrebe otrok in mladostnikov v celi Sloveniji, ki je v l. 2016 imela 401.000 otrok in mladostnikov v starosti od 0 do 19 let. Timi se bodo vzpostavljali in dopolnjevali postopoma.

Centri za duševno zdravje otrok in mladostnike na primarni ravni bodo sestavljeni iz dveh enot:

- **enote za zgodnjo celostno obravnavo otrok s posebnimi potrebami (od 0 do 6 let)**, (namenjeni otrokom z razvojno nevrološkimi težavami, neznačilnim in pomanjkljivim razvojem, nenormalno nevrološko simptomatiko, disharmoničnim razvojem, senzornimi ali drugimi okvarami);
- **enote za duševno zdravje otrok, mladostnikov (od 0 do 19 let) in njihovih družin** (namenjeni otrokom/ mladostnikom s težavami v duševnem zdravju).

Kadrovska sestava tima za **zgodnjo obravnavo otrok s posebnimi potrebami**, ki pokriva področje z 20.000 otroki od 0-6 let:

- zdravnik spec. pediater (1),
- dipl. med. sestra (DMS) (1),
- srednja medicinska sestra (SMS) (1),
- nevrofizioterapevt (3),
- delovni terapevt (2),
- klinični logoped ali logoped (2),
- spec. klinične psihologije (1),
- specialni pedagog (1),
- socialni delavec (0,5).

Kadrovska sestava tima za **duševno zdravje otrok, mladostnikov in njihovih družin**, ki pokriva področje z 20.000 otroki in mladostniki od 0 do 19 let:

- specialist otroške in mladostniške psihiatrije (1,5),
- spec. klinične psihologije (2)/ psiholog (1)*
- specialni pedagog / delovni terapevt/ logoped (2),
- socialni delavec (0,5),
- dipl. med. sestra (DMS) (1),
- srednja medicinska sestra (2),
- administrator (1.5).

Naloge tima/enote za zgodnjo obravnavo otrok s posebnimi potrebami (od 0 do 6 let) :

- zgodnja diagnostika pediatra in/ali psihologa
- terapevtske nevrofizioterapevtske, logopedске, delovno terapevtske, specialno pedagoške obravnave
- psihosocialna pomoč družini
- razširjene timske konzultacije z drugimi strokovnimi službami (vrtci, razvojni vrtci, šole, druge izobraževalne ustanove, CSD, hospitalnimi enotami)
- terensko delo / obiski na domu.

Naloge tima/enote za duševno zdravje otrok, mladostnikov (od 0 do 19 let) in njihovih družin:

- sistematski psihološki pregledi triletnikov
- zgodnja diagnostika pedopsihiatra / kliničnega psihologa
- terapevtska pedopsihiatrična, klinično psihološka, specialnopedagoška, socialnopedagoška, delovnoterapevtska, socialna obravnava otroka

- izvajanje urgentno triažne službe v CDZOM - v prehodnem obdobju do vzpostavitve celotne mreže CDOM bosta vzpostavljena dva urgentna centra (UKC Ljubljana in UKC Maribor) za obravnavo nujnih primerov, v katera se vključijo vsi delujoči spec. otroške in mladostniške psihiatrije
- izvajanje multidisciplinarnih timskih obravnav s strokovnjaki zunanjih inštitucij, ki so udeleženi v obravnavi posameznega primera (strokovnjaki s CSD-jev, vrtcev, šol)
- z dokazi podprte psihoterapevtske intervencije
- intervencije na domu pri otrocih/ mladostnikih
- svetovanja ob kriznih situacijah, akutnih stanjih
- izobraževanje lokalnih svetovalnih služb v vrtcih in šolah
- izvajanje programa starševstva Neverjetna leta v skupini 10-12 staršev
- izvajanje programov starševstva na domu – začetna izvajanja v družinah z velikimi tveganji in šibkim sodelovanjem.

Centri za duševno zdravje odraslih na primarni ravni

Centri za duševno zdravje odraslih na primarni ravni (za starejše od devetnajst let) so organizacijska struktura, ki preko preventivnih in zdravljenju namenjenih služb omogoča izboljšanje dostopa do storitev za duševno zdravje in poskuša odgovoriti na potrebe odrasle populacije, med katerimi so tudi starejši. S prilagodljivimi in povezanimi intervencijami dosežejo posameznike s pogostimi duševnimi motnjami, ljudi s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami, ljudi z demenco in drugimi duševnimi motnjami v starosti, ljudi, ki trpijo zaradi odvisnosti od alkohola, ter tudi najbolj ogrožene posameznike, ki so samomorilno ogroženi. Ukrepi v teh centrih se do največje možne mere prilagodijo potrebam, značilnostim posameznika ter vplivajo na okolje, kjer je duševna motnja nastala. Boljši dostop do pomoči lahko zmanjša vrzel med potrebami in obstoječimi storitvami ter izboljša duševno zdravje na območju, kjer deluje. Ker bodo dobro povezani z drugimi službami za duševno zdravje na regionalnih območjih bodo dosegli več ljudi in odgovorili na več potreb na cenovno učinkovit način.

Centri za duševno zdravje odraslih na primarni ravni bodo imeli dva tima:

- enota/tim za **ambulantno obravnavo** (pokrivajo potrebe zgodnje obravnave duševnih motenj odraslih, starejših in oseb z odvisnostjo od alkohola), izvajajo triažo in konziliarno službo
- enota/tim za **skupnostno psihiatrično obravnavo**.

Tim za **ambulantno obravnavo** pokrije 80 000 prebivalcev in bo imel naslednjo sestavo:

- specialist psihiater (1),
- dipl. med. sestra (DMS) (1),
- administrator (0,5),
- spec. klinične psihologije (1),
- socialni delavec (1).

Tim za **skupnostno psihiatrično obravnavo** pokrije 80 000 prebivalcev in bo imel naslednjo sestavo:

- specialist psihiatrije (1),
- spec. klinične psihologije/ psiholog (1)*,
- delovni terapevt (1),
- dipl. med. sestra (DMS) (5),
- socialni delavec (1)
- administrator (0.5).

Naloge Centra za duševno zdravje odraslih na primarni ravni:

- triaža in krizne intervencije
- zgodnja diagnostika in obravnava odraslih z duševnimi motnjami v ambulanti (stresne motnje, anksiozne motenja, motnje razpoloženja, stabilna stanja psihoz),
- zgodnja diagnostika
- psihoterapevtska individualna, partnerska/družinska in skupinska obravnava,
- ambulatna obravnava odvisnih od alkohola in njihovih svojcev po aktualnih smernicah,
- akutno psihiatrično zdravljenje v domačem okolju, ki naj bi v največji možni meri preprečil hospitalizacije,
- intenzivno spremljanje in obvladovanje psihičnih stanj, ki niso stabilna in lahko ob poslabšanju predstavljajo nevarnost za paciente in za druge,
- nepretrgano spremljanje in zdravljenje ljudi z dolgotrajnimi psihičnimi motnjami, da bi preprečili institucionalizacije v zavodih in jih najdlje mogoče obdržali v domačem okolju,
- sodelovanje s psihiatričnimi bolnišnicami pri napotovanju oseb z akutnim poslabšanjem zdravstvenega stanja in vračanju oseb nazaj v domače okolje.

Spominski center

Ocenjujemo, da bo do leta 2028 več kot 500 000 prebivalcev starejših od 60 let. Diagnostika kognitivnih motenj, ki je pri starejši populaciji pogostejša, se pomika v zgodnejše stopnje razvoja in mlajše starostno obdobje (subjektivna in blaga kognitivna motnja in zgodnje stopnje demenc), s ciljem uspešnejše obravnave oseb, s kognitivnimi motnjami Spominski center je namenjen obravnavi oseb z demenco, podpora svojcem in strokovni podpora in usposabljanju ter izobraževanju zdravstvenih delavcev in drugih strokovnjakov, ki delujejo na področju demence. **Vzpostavili bomo tri spominske centre za področje celotne države.**

Tim **Spominskega centra** sestavljajo:

- psihiater/nevrolog (1)
- DMS (3),
- spec. klinične psihologije ali nevropsihologije (1),
- socialni delavec (1),
- delovni terapevt (1),
- logopeda (0,5),
- specialnega pedagoga (0,5),
- administrativni delavec (1).

Naloge Spominskega centra:

- interdisciplinarna timska ocena stanja in intervencije za osebe s kognitivno motnjo in njihove svojce (medicinska, psihološka, socialna in funkcionalna),
- interdisciplinarne timske intervencije na tem področju,
- povezovanje s sodelavci in službami v skupnosti,
- rehabilitacijske intervencije,
- izobraževanje in usposabljanje svojcev ter drugih sodelavcev. Spominski centri bodo učne baze za strokovne sodelavce s področja obravnave demenc.

Subspecialistični ambulantni timi na nacionalni oz. regijski ravni za obravnavo otrok in mladostnikov s kompleksnejšimi motnjami in komorbidnimi stanji

Subspecialistični timi obsegajo ambulantne multidisciplinarne time za obravnavo otrok in mladostnikov z razvojno nevrološkimi motnjami z avtizmom, travmo, motnjami hranjenja, mladostnikov z nastajajočimi osebnostmi motnjami in samopoškodovalnim vedenjem. Delovali bodo v okviru treh terciarnih bolnišnic (UKC Ljubljana, UPK Ljubljana in UKC Maribor). Izvajali bodo obravnave otrok in mladostnikov, razvijali protokole obravnave, nudili konzultacije ter izvajali izobraževanje multidisciplinarnih timov na primarni ravni. Uvedli bomo 7 timov na nacionalni/regijski ravni

Posamezni **subspecialistični tim** sestavljajo:

- spec. otroške in mladostniške psihiatrije (1),
- spec. klinične psihologije (1),
- specialni pedagog/ delovni terapevt/ logoped (1),
- 0.3 socialni delavec (0,3),
- diplomirana medicinska sestra (1),
- administrator (0,5).

Naloge subspecialističnih timov:

- zagotavljanje subspecialističnih obravnav na nacionalni ravni,
- zagotavljanje konzultacij, podpore strokovnim delavcem na primarni ravni,
- razvijanje nacionalnih protokolov obravnave in vzpostavitvev subspecialistične obravnave in sodelovanja z drugimi strokovnimi službami,
- razvijanje psihoedukativnega materiala, kontinuiranih izobraževanj za starše, otroke, strokovne delavce na posameznem subspecialističnem področju.

*Cilj je zagotavljanje specialistov klinične psihologije in psihologov z dodatnimi znanji v klinični praksi.

8. AKCIJSKI NAČRT

RNPDZ 2018 – 2028 je usmerjena akcijsko in se bo udeleževala na način, da bodo v 10 letih s pomočjo implementacije ukrepov doseženi strateški in specifični cilji.

Strateške in specifične cilje bomo spremljali s kazalniki. Implementacija je načrtovana na način, da definira nosilna ministrstva, ki bodo odgovorna tako za financiranje/sofinanciranje ukrepov kot tudi za spremljanje doseganja ciljev, ki jih bo spremljal Svet za duševno zdravje pri vladi RS.

Natančen akcijski načrt za prednostna področja 5. 1., 5.2, 5.4, 5.5 in 5.6 (Zagotavljanja skupnostnega pristopa pri krepitvi duševnega zdravja ter obravnavi oseb z duševnimi motnjami v skupnosti, Promocija duševnega zdravja, preventiva in destigmatizacija na področju duševnih motenj, Alkohol in duševno zdravje, Preprečevanje samomora, Izobraževanje, raziskovanje, spremljanje in evalvacija) ter znotraj prednostnega področja 5.3 (Mreža služb za duševno zdravje) tudi tisti del, ki financira ukrepe, v kater so vključene NVO, bo dodan dokumentu po medsektorskem usklajevanju. Takrat bodo za ta področja vključena tudi finančna sredstva ostalih ministrstev. V nadaljevanju je v tabelah po letih in stroških prikazana implementacija prednostnega področja 5.3, to je dopolnjevanje obstoječih in vzpostavljanje novih timov v okviru mreže služb za duševno zdravje.

Sredstva iz ZZS so namenjena dopolnjevanju obstoječih in vzpostavljanju novih timov v 20 Centrih za duševno zdravje otrok in mladostnikov, vzpostavitvi 20 Centrov za duševno zdravje odraslih z 22,5 timi (dopolnitve obstoječih in vzpostavitve novih) s poudarkom na skupnostni psihiatrični obravnavi, 7 subspecialističnih ambulantnih timov na nacionalni oz. regijski ravni za obravnavo otrok in mladostnikov s kompleksnejšimi motnjami in komorbidnimi stanji, ter vzpostavitvi 3 Spominskih centrov za osebe z demenco. Timi se vzpostavljajo enakomerno v obdobju 10 let, stroški novega kadra in njihovega izobraževanja so prikazani v dvoletnih časovnih intervalih v Tabeli 3 in 4.

CENTRI ZA DUŠEVNO ZDRAVJE ZA OTROKE, MLADOSTNIKE IN DRUŽINE (CDZOM)

5. Prednostno področje		5.3.1 MREŽA SLUŽB ZA DUŠEVNO ZDRAVJE OTROK IN MLADOSTNIKOV	
5.3.1.1 Zagotavljanje preventive, zgodnje diagnostike in celostnih obravnav otrok in mladostnikov ter njihovih družin na primarni ravni zdravstvene dejavnosti			
Specifični cilj 2	Zagotavljanje dostopnosti do interdisciplinarnih timov otrokom in mladostnikom z duševnimi motnjami na primarni ravni		
Nosilna ministrstva	MZ, MDDSZ	-	-
Ukrep 1	Vzpostavitev regijskih Centrov za duševno zdravje za otrok in mladostnikov (v nadaljevanju besedila CDZOM), ki zagotavljajo na primarni ravni celostno, multidisciplinarno ambulantno obravnavo na območjih z 20 000 otrok in mladostnikov		
Izvajalec/i ukrepa	Center za duševno zdravje za otroke in mladostnike (CDZOM), NIJZ		

Priprava na implementacijo so dejavnosti pred vzpostavitvijo posameznih CDZOM in Centrov za zgodnjo obravnavo na izbrani lokaciji:	
Vsebina nalog	Prednostna področja, Specifični cilji, Ukrepi
novo zaposlovanje	Prednostno področje 5.3.1.1, Specifični cilj 1, Ukrep 5; Prednostno področje 5.3.1.1, Specifični cilj 3, Ukrep 1
priprava protokolov sodelovanja	Prednostno področje 5.3.1.1, Specifični cilj 3, Ukrep 2 in 3
izobraževanje timov in povezovanje s strokovnjaki, ki so že del javne mreže	Prednostno področje 5.6.1, Specifični cilj 2, Ukrep 1, Ukrep 2, Ukrep 3

Vsebina nalog CDZOM	Prednostna področja, Specifični cilji, Ukrepi
Zgodnja diagnostika in celostna terapevtska obravnava otroka/ mladostnika in družine	Prednostno področje 5.3.1, Specifični cilj 2, Ukrep 2
Izvajanje urgentno triažne službe v CDZOM	Prednostno področje 5.3.1, Specifični cilj 3, Ukrep 2
Izvajanje multidisciplinarnih timskih obravnav s strokovnjaki zunanjih inštitucij, ki so udeleženi v obravnavi posameznega primera (strokovnjaki s CSD-jev, vrtcev, šol)	Prednostno področje 5.3.1, Specifični cilj 1, Ukrep 3
Aktivno prepoznavanje posebej ogroženih otrok in mladostnikov	Prednostno področje 5.3.1, Specifični cilj 2, Ukrep 3
Izvajanje psihoterapije	Prednostno področje 5.3.1, Specifični cilj 1, Ukrep 3
Intervencije na domu pri otrocih/ mladostnikih	
Svetovanja ob kriznih situacijah, akutnih stanjih	Prednostno področje 5.3.1, Specifični cilj 1, Ukrep 3
Izobraževanje lokalnih svetovalnih služb v vrtcih in šolah	Prednostno področje 5.6.1, Specifični cilj 2, Ukrep 1, Ukrep 2, Ukrep 3
Izvajanje programa starševstva Neverjetna leta v skupini 10-12 staršev	Prednostno področje 5.3.2.1, Specifični cilj 1, Ukrep 4
Izvajanje programov starševstva Neverjetna leta na domu – začetna izvajanja v družinah z velikimi tveganji in šibkim sodelovanjem	
Obiski patronažne službe	

Tabela 3: Vzpostavlanje timov v CDZOM po letih. V okviru CDZOM se vzpostavljajo timi za zgodnjo obravnavo predšolskih otrok s posebnimi potrebami in timi za duševno zdravje OM od 0 – 19 let

			Nova sredstva								
	končno število timov	strošek enega tima	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Vzpostavitev CDZOM po letih (število)				3	3	3	3	3	3	2	
Novi timi za CDZOM	3	752.293,73 €		752.294 €	752.294 €	752.294 €					
Dopolnjeni timi za CDZOM	17	527.795,56 €		1.055.591,13 €	1.055.591,13 €	1.055.591,13 €	1.583.386,69 €	1.583.386,69 €	1.583.386,69 €	1.055.591,13 €	
Skupaj CDZOM	20	1.280.089,29 €		1.807.884,86 €	1.807.884,86 €	1.807.884,86 €	1.583.386,69 €	1.583.386,69 €	1.583.386,69 €	1.055.591,13 €	
Izobraževanje 22 oseb na CDZOM, 1000 EUR na osebo		44.000,00 €	132.000,00 €	132.000,00 €	132.000,00 €	132.000,00 €	132.000,00 €	132.000,00 €	88.000,00 €		
Vzpostavitev CDZOM po letih (število)	6				1	1	1	1	1	1	
Subspecialistični timi		527.795,56 €		527.795,56 €	527.795,56 €	527.795,56 €	527.795,56 €	527.795,56 €	527.795,56 €		

CENTRI ZA DUŠEVNO ZDRAVJE ZA ODRASLE (CDZ O)

3. Prednostno področje		5.3. MREŽA SLUŽB ZA DUŠEVNO ZDRAVJE	
5.3.2 Zagotavljanje zgodnje diagnostike in dostopnih, kakovostnih interdisciplinarnih obravnav odraslih oseb s težavami v duševnem zdravju na primarni ravni zdravstvene dejavnosti s poudarkom na skupnostni oskrbi			
Specifični cilj 2	Zagotavljanje dostopnosti do interdisciplinarnih timov in skupnostne obravnave odraslih z duševnimi motnjami na primarni ravni		
Nosilna ministrstva	MZ, MDDSZ	- - -	- - -
Ukrep 1	Vzpostavitev regijskih Centrov za duševno zdravje za odrasle (v nadaljevanju besedila CDZO), ki zagotavljajo na primarni ravni celostno, multidisciplinarno ambulantno in skupnostno obravnavo na območjih za 60 do 80 000 prebivalcev		

Priprava na implementacijo so dejavnosti pred vpostavitvijo posameznega CDZ O na izbrani lokaciji:	
Vsebina nalog	Prednostna področja, Specifični cilji, Ukrepi
ocena potreb in stanja v posamezni regiji	Prednostno področje 1, Specifični cilj 1, Ukrep 4 in Ukrep 5
priprava protokolov sodelovanja	Prednostno področje 5.1, Specifični cilj 1, Ukrep 3; Prednostno področje 5.3.2.1, Specifični cilj 2, Ukrep 5; Prednostno področje 5.3.2.5, Specifični cilj 1, Ukrep 5; Prednostno področje 5.4, Specifični cilj 2, Ukrep 4; Prednostno področje 5.5, Specifični cilj 2, Ukrep 1
novo zaposlovanje	Prednostno področje 5.3.2.1, Specifični cilj 2, Ukrep 1, Ukrep 2, Ukrep 3; Prednostno področje 5.3.3, Specifični cilj 1, Ukrep 1, Ukrep 2 in Ukrep 4;
izobraževanje timov in povezovanje s strokovnjaki, ki so že del javne mreže	Prednostno področje 5.6.1, Specifični cilj 2, Ukrep 1, Ukrep 2, Ukrep 3, Ukrep 4 in Ukrep 5; Prednostno področje 5.4, Specifični cilj 2, Ukrep 1;

Vsebina nalog CDZO	Prednostna področja, Specifični cilji, Ukrepi
integrirana vseh oseb z duševnimi motnjami v psihiatričnih ambujlantaih in skupnostni obravnavi	Prednostno področje 5.3.2, Specifični cilj 2, Ukrep 1
izvajanje triažne in konziliarne službe, ki nemudoma odgovori na potrebe v skupnosti	Prednostno področje 5.3.2, Specifični cilj 1, Ukrep 2
izvajanje skupnostne obravnave na regionalni ravni	Prednostno področje 5.3.2, Specifični cilj 1, Ukrep 3
skupnostna in nadzorovana obravnava na primerni ravni	Prednostno področje 5.3.2, Specifični cilj 1, Ukrep 5
dolgotrajna in multidisciplinarna obravnava za osebe z komorbidnimi zdravstvenimi stanji	Prednostno področje 5.3.2, Specifični cilj 1, Ukrep 6
obrnava odvisnosti od alkohola	Prednostno področje 5.4, Specifični cilj 2, Ukrep 7
izvajanje nadzorovane obravnave v skupnostni obravnavi	Prednostno področje 5.3.2, Specifični cilj 2, Ukrep 5
prednostni dostop do različnih oblik obravnave in skupnostne obravnave	Prednostno področje 5.5, Specifični cilj 1, Ukrep 1
izvajanje psihoterapije, napotitve na psihoterapijo	Prednostno področje 5.3.2.1, Specifični cilj 3, Ukrep 3 in Ukrep 4

Tabela 4: Vzpostavlanje timov v CDZO in finančna sredstva ZZZS po letih. V okviru CDZO se vzpostavljajo timi za ambulantno obravnavo in timi za skupnostno psihiatrično obravnavo.

			Nova sredstva								
	število timov	strošek enega tima	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Vzpostavitev timov v CDZO po letih (število)				2	2	2	3	3	3	5	2,5
Dopolnjen tim ambulante za odrasle in starejše	17,5	67.811,27 €		135.622,54 €	135.622,54 €	135.622,54 €	135.622,54 €	135.622,54 €	135.622,54 €	203.433,80 €	101.716,90 €
Novi timi za ambulante za odrasle in starejše	5	157.870,38 €					157.870,38 €	157.870,38 €	157.870,38 €	315.740,76 €	157.870,38 €
Dopoljnjeni in preseljeni timi za SPO	15	114.466,95 €		114.466,95 €	114.466,95 €	114.466,95 €	228.933,90 €	228.933,90 €	228.933,90 €	228.933,90 €	286.167,38 €
Novi timi za SPO	7,5	271.581,50 €		271.581,50 €	271.581,50 €	271.581,50 €	271.581,50 €	271.581,50 €	271.581,50 €	1.357.907,49 €	
Skupaj CDZO	22,5	6.028.217,43 €		386.048,45 €	386.048,45 €	386.048,45 €	500.515,40 €	500.515,40 €	500.515,40 €	1.586.841,40 €	286.167,38 €
Izobraževanje 13 oseb na CDZO, 1000 evrov na osebo		13.000,00 €	39.000,00 €	26.000,00 €	26.000,00 €	26.000,00 €	39.000,00 €	39.000,00 €	65.000,00 €	32.500,00 €	
Patronaža - dodatne medicinske sestre	27	36.106,88 €		144.427,52 €	144.427,52 €	144.427,52 €	108.320,64 €	144.427,52 €	144.427,52 €	72.213,76 €	72.213,76 €
Vzpostavitev spominskih centrov po letih (število)				1		1		1			
Tim spominskega centra	3	254.216,87 €		254.216,87 €		254.216,87 €		254.216,87 €			

9. VIRI IN LITERATURA

1. Barry MM in Friedli L. The influence of social, demographic and physical factors on positive mental health in children, adults and older people. Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. State-of-Science Review: SR-B3. London, UK: Government Office of Science and Innovation, 2008.
2. Beškovnik L, Konec Juričič N, Svab V. Suicide index reduction in Slovenia: the impact of primary care provision. *Ment Health Fam Med* 2011; 8(1):51-5.
3. Canadian Institute for Health Information, 2011. Investment in Mental Health: Evidence for Action 2013(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618_eng.pdf)
4. Caspi A, Houts RM, Belsky DW, Harrington H, Hogan S, Ramrakha S, Poulton R, Moffitt TE. Childhood forecasting of a small segment of the population with large economic burden. *Nature Human Behaviour* 2016; 1 (citirano 24. 11. 2017). Dosegljivo na: <https://www.nature.com/articles/s41562-016-0005>
5. Knopf DM, Park J, Paul Mulye T. *The Mental Health of Adolescents: A National Profile*, 2008.
6. Deklaracija in Akcijski načrt za področje duševnega zdravja v Evropi sprejet na Evropski ministrski konferenci SZO v Helsinkih, l. 2005.
7. Evropska agencija za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer EUROFOUND: <https://www.eurofound.europa.eu/sl>
8. Evropski okvirni načrt za področje duševnega zdravja in dobrega počutja 2013 (EU Joint Action on Mental Health and Well Being).
9. Evropska komisija. Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje, Evropska komisija, Luksemburg, 2008.
10. Foresight Mental Capital and Wellbeing Project (2008). Final Project report. The Government Office for Science, London.
11. Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith SM, Donnelly M. Group parenting programmes for improving behavioural problems in children aged 3 to 12 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.15. 2. 2012 (citirano 24. 11. 2017). Dosegljivo na: http://www.cochrane.org/CD008225/BEHAV_group-parenting-programmes-for-improving-behavioural-problems-in-children-aged-3-to-12-years
12. Heckmanequation (internet). Heckman J, nobelov nagrajenec za ekonomijo, 2000 (citirano 24. 11. 2017). Dosegljivo na: <https://heckmanequation.org/>
13. Jorm AF. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry* 2000;177: 396-401.
14. Kolves K, Arnautovska U, Gioannis AD, Leo DD. Community Care of Individuals at Risk of Suicide: The Life Promotion Clinic Model. *Mental Illness* 2013; 5(2):e12. doi:10.4081/mi.2013.e12.

15. OZN. Konvencija o pravicah invalidov. Dostopno na: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/konvencija_o_pravicah_invalidov.pdf
16. OZN. Konvencija o otrokovih pravicah. OZN, 1989. Dostopno na <http://www.varuh-rs.si/pravni-okvir-in-pristojnosti/mednarodni-pravni-akti-s-podrocja-clovekovih-pravic/organizacija-zdruzenih-narodov/konvencija-o-otrokovih-pravicah-ozn/>
17. Lee S, Aos S, Drake E, Pennucci A, Miller M, Anderson L. Return on investment: Evidence-based options to improve statewide outcomes. Washington State Institute for Public Policy. April 2012; Document No. 12-04-1201.
18. Lekić K, Konec Juričič N, Tratnjek P, Cugmas M. Srečanja na spletu: potrebe slovenske mladine in spletno svetovanje. 1. natis. Celje: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014
19. NIJZ, Baza podatkov o umrlih osebah.
20. NIJZ, Baza zunaj bolnišnične obravnave.
21. NIJZ, Podatkovni portal, 2015.
22. Pirkola S, Sund R, Sailas E, Wahlbeck K. Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. Lancet 2009; 10; 373(9658):147-53.
23. Podjed, K., Bilban, M. Priročnik promocije zdravje, 2014. dostopno na spletnem naslovu: <http://www.produktivnost.si/koristno/prirocnikpromocije-zdravja-pri-delu>
24. Poročilo Misije SZO o duševnem zdravju v Sloveniji iz leta 2015. Dostopno na spletni strani Ministrstva za zdravje.
25. WHO. Prevention and Promotion in Mental Health, SZO, Ženeva, 2002.
26. Rehm J, Shield KD, Rehm MX, Gmel G, Frick U. Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: potential gains from effective interventions for alcohol dependence. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health; 2012 (http://www.zora.uzh.ch/64919/1/CAMH_Alcohol_Report_Europe_2012.pdf,%20accessed%2020May%202016).
27. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016 – 2025 »Skupaj za družbo zdravje«. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/resolucija_o_nacionalnem_planu_zdravstvenega_varstva_2016_2025_skupaj_za_druzbo_zdravja/
28. Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020. Dostopno na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=NACP68>
29. Evropski parlament. Resolucija za duševno zdravje, Evropski parlament, l. 2009.

30. Svetovna zdravstvena organizacija. Evropski akcijski načrt za duševno zdravje, SZO, l. 2013-2020. Svetovna zdravstvena organizacija; Ženeva, 2013.
31. Roškar S, Bracic MF, Kolar U, Lekic K, Konec Juricic N, Grum AT, Dobnik B, Postuvan V, Vatovec M. Attitudes within the general population towards seeking professional help in cases of mental distress. *Int J Soc Psychiatry* 2017;63(7):614-621. doi: 10.1177/0020764017724819.
32. Roškar S, Zorko M, Podlesek A. Suicide in Slovenia Between 1997 and 2010. *Crisis* 2015; 12:1-9.
33. Scott S, Knapp M, Henderson J, Maughan B. Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *BMJ*. 2001; 323, (7306323): 191 (citirano 24. 11. 2017). Dosegljivo na: <http://www.bmj.com/content/323/7306/191>
34. Sedlak S, Zaletel M, Kasesnik K, Zorko M. Ekonomske posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola v Sloveniji [Economic impact of hazardous and harmful alcohol consumption in Slovenia]. Ljubljana: National Institute of Public Health; 2015 (http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/breme_alkohola_obl_02-2016.pdf, accessed 2 May 2016).
35. Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, Galea G. European report on preventing child maltreatment. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2013.
36. Ministrstvo za zdravje. Strategija za obvladovanje demence v Sloveniji do leta 2020. Ljubljana, 2017.
37. Šprah L in Dolenc B. Priročnik za obvladovanje psihosocialnih tveganj in absentizma s pomočjo orodja OPSA. ZRC SAZU; Ljubljana 2014.
38. World Health Organization. The World health report 2000, health systems : improving performance. Ženeva: World Health Organization; 2000.
39. WHO, 2016. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/en/>
40. Zakon o celostni zgodnji obravnavi predšolskih otrok s posebnimi potrebami (Uradni list RS, št. 41/17)..
41. Ministrstvo za zdravje. Zakon o dolgotrajni oskrbi (v pripravi).
42. Evropska komisija. Zelena knjiga za izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva – Pot k strategiji na področju duševnega zdravja za Evropsko unijo, Evropska komisija, 2005.