

Na podlagi 7. člena Zakona o duševnem zdravju (Uradni list RS, št. 77/08 in 46/15 – odl. US) ter 109. člena in drugega odstavka 169.a člena Poslovnika državnega zbora (Uradni list RS, št. 92/07 – uradno prečiščeno besedilo, 105/10, 80/13 in 38/17) je Državni zbor na seji 27. marca 2018 sprejel

RESOLUCIJO O NACIONALNEM PROGRAMU DUŠEVNEGA ZDRAVJA 2018–2028 (ReNPDZ18–28)

1. UVOD

Dobro duševno zdravje je temelj zdravja nasploh ter posledično socialne, družinske in gospodarske stabilnosti, družbene blaginje ter kakovosti življenja ljudi. Duševne motnje so veliko breme za posameznike in njihove bližnje, pomenijo pa tudi veliko izgubo in obremenitev za gospodarske, socialne in izobraževalne sisteme. Po nekaterih podatkih je imelo leta 2011 v Evropski uniji (v nadaljnjem besedilu: EU) (skupaj z Islandijo, Norveško in Švico) duševne motnje 38,2 % prebivalstva, kar je približno 164,8 milijona ljudi. Stroški, povezani z duševnimi boleznimi v Evropi, znašajo 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 od 60 do 65 let in 30 % pri starejših od 85 let) (Wittchen in dr., 2011). Polovica vseh duševnih motenj, ki se pojavijo, se začne do 14. leta; do 24. leta naj bi se začele že tri četrtine duševnih motenj (Wittchen in drugi, 2011, dosegljivo na <https://psy2.psych.tu-dresden.de/i2/klinische/mitarbeiter/materialien/ebc-publications/wittchenjacobi-overview-europe-2005.pdf> Olesen et ali., 2014, dosegljivo na http://swissbraincouncil.ch/files/content/Kosten/Cost%20Disorders%20Brain%20Europe_2010.pdf; Knopf, D., 2008). Skrb za duševno zdravje družbe temelji na dobrem duševnem zdravju otrok in mladih. Zagotavljanje varnega in spodbudnega okolja, ki preprečuje duševne težave v otroštvu, je naložba družbe.

Posledice duševnih motenj močno obremenjujejo družbene vire ter gospodarske, izobraževalne, socialne, družinske, zdravstvene, kazenske in pravosodne sisteme držav. Revščina, socialna izključenost in neenakosti v družbi dokazano povečujejo tveganje za slabo duševno zdravje. Slabo gospodarsko stanje v družbi pomeni veliko tveganje za duševno zdravje, hkrati pa je ravno v takšnih okoliščinah treba vlagati vse napore v krepitev duševnega zdravja. Slabo duševno zdravje tako pomeni izgubo od 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, podatki OECD, dosegljivo na: <http://www.oecd.org/els/health-systems/mental-health.htm>).

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 (podatki ZPIZ). Tudi v Sloveniji so duševne in vedenjske motnje eden od najpogostejših vzrokov za bolniški dopust v zadnjih letih (podatki ZZZS).

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 v EU ter 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, učinkovito in plodno dela ter prispeva v svojo skupnost.

V Sloveniji so velike razlike v dostopnosti do storitev na področju duševnega zdravja (Bajt in dr., 2008, tudi podatki IRSSV), poleg tega pa so zanj značilne precejšnje socialno-ekonomske in demografske razlike znotraj posameznih geografskih območij. 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, ter stresnih, anksioznih in depresivnih motenj pri odraslih ter demence pri starejših sta v Sloveniji v ospredju javnozdravstvena problema – škodljiva raba alkohola in samomor (Roškar in dr., 2015).

Duševno zdravje ni samo stvar zdravstvenega sektorja, ampak tudi številnih drugih sektorjev in politik. Duševno zdravje je nacionalni kapital in ga je kot takšnega treba izboljšati z združenimi napor celotne skupnosti, vseh sektorjev, vključujoč uporabnike, njihova združenja in skupine svojcev. Duševno zdravje se oblikuje tudi v družinah, šolah in na delovnih mestih ter 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 odgovornost oblikovalcev politik za vplive na duševno zdravje.

Na veliki javnozdravstveni problem v duševnem zdravju je mogoče odgovoriti s sestavljenimi in povezanimi mrežami služb in storitev, ki so odziv na potrebe posameznikov in skupnosti. Na področju zdravstva so to službe, ki zagotavljajo krepitve 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 načrtovalcev, izvajalcev ter uporabnikov in svojcev, ki jih je po smernicah SZO treba organizirati in medsebojno povezati na regionalno oziroma geografsko definiranih območjih. V mrežo spadajo občine, službe na vseh ravneh zdravstvenega varstva in v okviru socialnega varstva ter zaposlovanja, službe na vseh ravneh vzgoje in izobraževanja, neformalne in uporabniške organizacije ter društva, ki delujejo na področju duševnega zdravja, in druga društva, ki podpirajo socialno vključenost in zdravje v lokalni skupnosti. V mrežo služb za duševno zdravje se vključujejo predvsem koordinatorji obravnave v skupnosti v okviru CSD, zastopniki pravic oseb na področju duševnega zdravja ter številne institucije, ki razvijajo skupnostne programe za osebe s težavami v duševnem zdravju. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (v nadaljnjem besedilu: MDDSZ) v okviru svojih pristojnosti na področju duševnega zdravja financira tudi programe zaposlovanja invalidov in ocene delazmožnosti ter že izvaja programe varnosti in zdravja na delovnem mestu.

Z RNPZD uvajamo regionalne centre za duševno zdravje, ki bodo kadrovske in vsebinsko nadgradili službe za duševno zdravje ter omogočili sodelovanje in povezanost

zgoraj naštetih. Namen je, da bi se skrb in obravnava ljudi s težavami v duševnem zdravju v vseh življenjskih obdobjih čim bolj oblikovala v skupnosti, to je tam, kjer ljudje živijo. Predlog RNPZD je usklajen z Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 Skupaj za družbo zdravja, s Strategijo razvoja Slovenije 2030, Strategijo dolgožive družbe, Programom za otroke, z Resolucijo o nacionalnem programu za mladino 2013–2020, z Resolucijo o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020, Strategijo za obvladovanje demence v Sloveniji do leta 2020, Zakonom o celostni zgodnji obravnavi predšolskih otrok s posebnimi potrebami ter z rešitvami v predlogu Zakona o dolgotrajni oskrbi in Družinskem zakonikom. Sledi ugotovitvam in priporočilom poročila Misije SZO o duševnem zdravju v Sloveniji iz leta 2015, ugotovljenim potrebam na področju duševnega zdravja v Sloveniji ter predhodnim verzijam osnutka RNPZD. V RNPZD nismo vključili problematike prepovedanih drog, saj jo celovito obravnava Nacionalni program na področju prepovedanih drog 2013–2020 (v nadaljnjem besedilu: NPPD). RNPZD in NPPD se dopolnjujeta v aktivnostih in programih namenjenih promociji zdravja, preprečevanju dejavnikov tveganja za poslabšanje duševnega zdravja ter v obravnavi oseb, ki imajo hkratio zasvojenost in pridruženo duševno motnjo.

K Strategiji razvoja Slovenije 2030, ki jo je vlada sprejela leta 2017, bo predlog RNPZD prispeval zlasti k 1. razvojnemu cilju Zdravo in aktivno življenje ter kazalniku uspešnosti Leta pričakovanega zdravega življenja ob rojstvu, k 3. razvojnemu cilju Dostojno življenje za vse ter kazalnikoma uspešnosti Stopnja tveganja socialne izključenosti in Izkušnje diskriminacije, k 7. razvojnemu cilju Vključujoč trg dela in kakovostna delovna mesta ter kazalnikoma uspešnosti Stopnja delovne aktivnosti prebivalstva (od 20 do 64 let) in Stopnja tveganja revščine delovno aktivnih oseb (starih 18 let in več).

Predlog RNPZD bo prispeval k Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 Skupaj za družbo zdravja (v nadaljnjem besedilu: RNPZV), ki v področju 6.2.7 Duševno zdravje kot temeljno aktivnost navaja razvoj in krepitev področja duševnega zdravja, kot drugi ukrep za to aktivnost pa določa sprejem novega nacionalnega programa varovanja duševnega zdravja. Predlog RNPZD bo prispeval tudi k uresničitvi nekaterih drugih ukrepov področja 6.2.7, kot so ocena potreb po celovitem zdravljenju in obravnavi oseb s težavami v duševnem zdravju, protokol sodelovanja zdravstvenega varstva z izvajalci na področju socialnega varstva in družine, izobraževanja, razvoj programov integrirane skupnostne obravnave in podpore osebam z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, smernice za programe in storitve, ki jih bodo izvajale nevladne organizacije, prostovoljci, svojci in drugi ter razvoj modela nacionalne mreže služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov. Predloga RNPZD in RNPZV se dopolnjujeta tudi na področju 6.2.8 Geriatrija v aktivnosti Zagotavljanje celovite geriatrične obravnave krhkih in multimorbidnih pacientov.

RNPZD prispeva tudi k Strategiji dolgožive družbe in sicer predvsem k 2. stebri Samostojno, zdravo in varno življenje vseh generacij, zlasti na naslednjih področjih in usmeritvah:

- Izboljševanje zdravja, zmanjšanje neenakosti v zdravju in preprečevanje oviranosti v naslednjih usmeritvah: ohranjanje in krepitev lastnega telesnega ter duševnega zdravja; okrepitev področja duševnega zdravja, strukturni ukrepi za zagotavljanje in spodbujanje zdravju prijaznega okolja; okrepitev politik za spodbujanje zdravega življenjskega sloga in obvladovanje tveganega vedenja ter ozaveščanje o zdravem življenjskem slogu od najzgodnejšega življenjskega obdobja; oblikovanje programov za povečanje vlaganj delodajalcev v zdravje zaposlenih; posebna skrb za duševno zdravje ekonomsko ranljivejših skupin in programi, krepitev drugih dejavnikov življenjskega sloga za te skupine; ureditev področja najpogostejših starostnih bolezni.
- Sistemi socialne zaščite v naslednjih usmeritvah: optimizacija zdravstvene oskrbe, zlasti s promocijo zdravja in krepitevijo primarne ravni, z večjim poudarkom na preprečevanju in obvladovanju kroničnih bolezni ter razvojem novih načinov spremljanja zdravstvenega stanja bolnikov s pomočjo IKT.

- Zagotavljanje kakovosti življenja družin v naslednjih usmeritvah: spodbujanje razvoja in ponudbe kakovostnih in raznovrstnih programov v podporo družini.

RNPDZ prispeva tudi k 1. stebru Trg dela (delovna aktivnost) in izobraževanje ter k 3. stebru Vključenost v družbo Strategije dolgožive družbe.

Slovenija leta 2018 prvič predseduje Svetu Združenih narodov za človekove pravice, ki je vodilna mednarodna organizacija za varstvo človekovih pravic. Predsedovanje je velika priložnost za našo državo, da s sprejetjem RNPDZ izboljša varovanje človekovih pravic, zlasti ranljivih skupin, med katere spadajo tudi osebe s težavami v duševnem zdravju. RNPDZ vzpostavlja pogoje za izpolnjevanje obveznosti RS na področju varstva človekovih pravic in drugih obveznosti, ki izhajajo iz ratificiranih mednarodnih dokumentov ZN, Sveta Evrope in EU:

- 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;
- Celovit akcijski načrt za duševno zdravje 2013–2020, SZO;
- Evropski akcijski načrt za duševno zdravje 2013–2020, SZO;
- Evropski okvirni načrt za področje duševnega zdravja in dobrega počutja 2013;
- Konvencija ZN o pravicah invalidov;
- Konvencija ZN o pravicah otrok;
- Agenda Združenih narodov za trajnostni razvoj do leta 2030.

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

1.1 Metodologija priprave RNPDZ

RNPDZ je začela nastajati leta 2009, do novembra 2017 pa so bile pripravljene tri delovne verzije osnutka RNPDZ in tri javne obravnave. Ta dokument je tako četrti predlog RNPDZ. Temelji na omenjenih treh predhodnih verzijah RNPDZ, na proučitvi posameznih nacionalnih programov za duševno zdravje razvitih držav, relevantnih strokovnih in znanstvenih prispevkov o promociji ter preventivi na področju duševnega zdravja, incidenci in prevalenci duševnih motenj, o sodobnih stroškovno učinkovitih organizacijskih pristopih za krepitev in varovanje duševnega zdravja, o preprečevanju duševnih motenj, o zgodnji prepoznavi, akutnem zdravljenju, prolongiranem zdravljenju, rehabilitaciji, dolgotrajni oskrbi, psihosocialni pomoči ter o skupnostni psihiatriji.

RNPDZ določa strategijo na področju duševnega zdravja do leta 2028. Sestavni del dokumenta so tudi akcijski načrti, ki bodo določali dejavnosti za krajša časovna obdobja. Prvi akcijski načrt določa dejavnosti do leta 2020, naslednji akcijski načrti pa bodo okvirno narejeni za tri leta.

1.2 Priporočila SZO za organizacijo služb na področju duševnega zdravja

Sodobna in mednarodna priporočila za organizacijo služb na področju duševnega zdravja postavljajo posameznika in njegove potrebe v središče načrtovanja, organizacije in izvajanja služb in storitev. To pomeni, da se morajo službe prilagajati potrebam posameznikov.

Večina ljudi skrbi za svoje duševno zdravje ob podpori svojcev, prijateljev ter drugih neformalnih mrež. V primeru večjih potreb se ljudje obračajo najprej na osnovne podpirne službe za duševno zdravje v skupnosti (kot so različne civilne skupine, društva, šole, nevladne in humanitarne ter karitativne organizacije). Ko je zaradi teže duševnih težav potrebno dodatno strokovno znanje ali podpora, se vključi formalna mreža strokovnih služb. Glede na potrebe se v obravnavo najbolj vključujejo službe na primarni zdravstveni in socialni ravni, sledijo formalne skupnostne službe za duševno zdravje in psihiatrične službe, ki delujejo v okviru splošnih bolnišnic, ter nazadnje specialistične službe za duševno zdravje in ustanove za dolgotrajno bivanje/zdravljenje.

Partnerstvo s sektorjem socialnega varstva in drugimi nezdravstvenimi sektorji je bistvenega pomena, še zlasti za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, katerih zaposlitev, bivanje in različne vrste socialnih transferjev in storitev ter programov so odvisni od teh sektorjev.

Pomembno je zagotavljanje pogojev za najboljše možno duševno in telesno blagostanje vseh prebivalcev, s posebnim poudarkom na ranljivih skupinah, kot so otroci, mladostniki in starejši. Vrzeli v storitvah so težava za vse, še posebej za socialno izključene skupine, kot so ljudje z duševnimi motnjami in drugi. Za premostitev teh ovir in zagotavljanje enake oskrbe vsem, ki to potrebujejo, je treba vlagati v razvoj človeških virov, služb in storitev v skupnosti, ki upoštevajo socialno-ekonomske in kulturne razlike ter potrebe ljudi.

V RNPZD prepoznavamo pomanjkanje služb na primarni ravni obravnave in zato vzpostavljamo strukture, ki se prilagajajo regionalnim potrebam in možnostim ter se med seboj povezujejo tudi horizontalno.

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 izrazito povečanje težav duševnega zdravja in nekaterih duševnih motenj. Med dejavnike tveganja za duševne težave in motnje poleg individualnih dejavnikov (kot so spol, starost, dednost, osebnostne značilnosti in življenjski slog) spadajo tudi dejavniki okolja. Med njimi so pomembni tudi današnji hiter način življenja, velika pričakovanja do posameznika, naraščajoče socialno-ekonomske neenakosti in prikrajšanosti ter osamljenost starejših in onemoglih oseb. Pomemben dejavnik, ki negativno vpliva na trenutno stanje na področju duševnega zdravja, je tudi stigma, ki je večinoma posledica nezadostnega poznavanja ozadja duševnih bolezni. Stigma izrazito zaviralno vpliva na iskanje pomoči.

Prav tako moramo omeniti nezadostno mrežo zdravstvenih in socialnih služb na področju duševnega zdravja v Sloveniji in neenakomerno dostopnost prebivalcev nekaterih regij do različnih virov pomoči. V predhodnem osnutku RNPZD od 2014 do 2018, ki je dostopen na spletni strani MZ, je vključena natančna analiza stanja na področju služb in programov za duševno zdravje, zato je v tem predlogu ne ponavljamo.

V nadaljevanju prikazujemo nekatere ključne podatke iz redne zdravstvene statistike in raziskav, ki jih upravlja Nacionalni inštitut za javno zdravje (v nadaljnjem besedilu: NIJZ):

- Od leta 2008 do leta 2015 se je število prvih obiskov otrok in mladostnikov zaradi duševnih in vedenjskih motenj izrazilo povečalo, na primarni zdravstveni ravni za 26 %, na sekundarni za 70 %. Otroci do 5. leta 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 so bili poleg tega obravnavani še zaradi specifičnih motenj pri šolskih veščinah in tikih. Mladostniki med 15. in 19. letom so bili najpogosteje obravnavani zaradi odziva na hud stres in prilagoditvenih motenj, drugih anksioznih motenj, depresivnih epizod in motenj hranjenja. 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 zaradi duševnih in vedenjskih motenj se je med letoma 2008 in 2015, predvsem zaradi manjšega števila hospitalizacij otrok do 5. leta, zmanjšalo, medtem ko so bile obravnave otrok in mladostnikov od 6. do 19. leta enako pogoste oziroma jih je bilo celo nekoliko več. Duševne motnje pri otrocih in mladih so veliko družbeno in finančno breme, saj po nekaterih presojah posameznik z vedenjsko motnjo v zgodnjem otroštvu do svojega 27. leta za družbo pomeni 10-krat večje finančno breme v primerjavi z vrstniki (Scott, 2001).
- Od leta 2008 do leta 2015 so bili odrasli (do 65. leta) najpogosteje obravnavani 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 se v zadnjih letih povečuje predvsem število obravnav zaradi neopredeljene demence. Med letoma 2008 in 2015 se je v starostni skupini nad 20 let povečalo število izdanih receptov za antidepresive. Stopnja hospitalizacij za depresivno epizodo je v starostni skupini nad 20 let med letoma 2008 in 2015 blago upadla, v istem obdobju pa se je nekoliko povišala 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. Leta 2015 smo imeli zaradi duševnih in vedenjskih motenj 18.215 primerov odsotnosti z delovnega mesta ter 747.401 izgubljen koledarski dan, od tega največ v starostni skupini od 45 do 64 let.
- Podatki obdobjnih raziskav CINDI (2012, 2016) o vedenjskem slogu odraslih kažejo na povečanje deleža odraslih, ki poročajo, da doživljajo vsakodnevni stres/napetost zaradi obremenitev na delovnem mestu (delež teh oseb je leta 2012 znašal 48 %, leta 2016 pa 55 %) in slabih odnosov na delovnem mestu (delež teh oseb je leta 2012 znašal 10 %, leta 2016 pa 19 %). Delež oseb, ki stres in napetosti s težavo obvladujejo, je leta 2012 znašal 26 %, leta 2016 pa 22 %.
- Leta 2015 je registrirana poraba alkohola znašala 11,5 litra čistega alkohola na vsakega prebivalca Slovenije, starejšega od 15 let. Slovenija spada med države z zelo veliko porabo alkohola, alkohol pa je eden od pomembnih dejavnikov tveganja za težave v duševnem zdravju. V Sloveniji je od leta 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 leta 2016 jih je zaradi samomora umrlo kar 12.038. Povprečni samomorilni količnik (število umrlih zaradi samomora na 100.000 prebivalcev) je med letoma 1996 in 2016 znašal 24,69, kar je nad evropskim povprečjem, ki je po podatkih Eurostata leta 2014 znašal

11/100.000 (<http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20170517-1>).

Zaradi samomora umre približno štirikrat več moških kot žensk. Izrazite so regionalne razlike, saj imajo vse vzhodne regije višji samomorilni količnik, kot je povprečje v Sloveniji (NIJZ, Baza podatkov o umrlih osebah). Od leta 1997 je opazen 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, pri starejših moških (nad 70 let) pa je v zadnjih letih zaznati vnovično povečanje števila samomorov. Količnik samomora pri starejših znaša več kot 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, starih od 20 do 44 let, pa je samomor prvi vzrok umrljivosti.

- Socialna neenakost in tveganje revščine ter socialne izključenosti niso le kazalniki slabega duševnega zdravja, temveč tudi napovedovalci zdravja, socialne varnosti in ekonomske uspešnosti. Dokazi, da družbene neenakosti poslabšujejo duševno zdravje, so zadostni, da države in politike sprejmejo ukrepe za zmanjšanje teh razlik in da vlagajo v programe socialnega varstva ter socialne vključenosti, ki dokazano pripomorejo k večji socialni varnosti (WHO. Social determinants of mental health 2014. Dosegljivo na http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf). Socialno-ekonomski dejavniki nedvomno prispevajo k duševnemu stanju v RS, kar je mogoče sklepati že na podlagi nekaterih javnozdravstvenih kazalnikov, kot je na primer regijska različnost samomora.

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 ravni obravnave. V poročilu je posebej poudarjen in pohvaljen model psihoedukativnih delavnic za paciente z depresijo na primarni ravni ter izobraževanje medicinskih sester na področju duševnega zdravja. Ugotovljena je vrzel med potrebami in oskrbo, posebej za marginalizirane skupine. Poudarjena je slaba dostopnost do služb za duševno zdravje na vseh ravneh, majhno število ambulantnih psihiatričnih obravnav, pomanjkanje kliničnih psihologov in pedopsihiatrov. Poudarjena je tudi 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, ZZS prizna strošek te storitve samo kliničnim psihologom in psihiatom. 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 majhno. Kombinacija obojega kaže na relativno odvisnost varstva duševnega zdravja od bolnišnične oskrbe. Na področju varstva duševnega zdravja imajo psihiatrične bolnišnice osrednjo vlogo (poudarjena koncentracija zdravstvene obravnave v psihiatričnih bolnišnicah), kar je razvidno tako iz števila kadrovske in posteljnih zmogljivosti 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, čeprav prve ugotovitve dokazujejo njihovo učinkovitost. Poudariti je

treba pomanjkljivosti v zakonodaji in relativno visoko stopnjo institucionalizacije v RS (predvsem zaradi večjega števila socialnih zavodov), delovanje nevladnih organizacij in psihiatričnih skupnostnih timov, njihovo stroškovno učinkovito vlogo pri zagotavljanju lokalne dostopnosti pomoči osebam s hujšimi in kroničnimi duševnimi motnjami ter preprečevanje namestitvev v socialne zavode. Na področju dela z otroki in mladostniki v okviru šolskih svetovalnih služb sta poudarjeni velika obremenjenost teh služb in prednost organizacije 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 lokalno raven in izboljšanje njihove dostopnosti;
- nadaljevanje usposabljanja za strokovno osebje na primarni ravni zdravstvenega in v socialnem varstvu ravni;
- vzpostavitev urgentnih služb za otroke, ki bodo odgovorne 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, izobraževanje in zaposlovanje strokovnjakov v skladu z nacionalnimi potrebami;
- povečanje števila kliničnih psihologov;
- omogočanje usposobljenim strokovnjakom iz priznanih psihoterapevtskih šol psihoterapevtsko delo v okviru služb socialnega varstva in zdravstva;

1 Ugotovitve in priporočila je oblikovala Misija SZO, ko je med 19. in 21. 4. 2015 Slovenijo obiskal odposlanec SZO dr. Matt Muijen.

- presoja potreb stanovalcev/stanovalk socialnovarstvenih zavodov in možnosti za njihovo deinstitucionalizacijo;
- dolgoročno zmanjševanje institucionalnih zmogljivosti;
- posodobitev zakonodaje in predpisov glede oskrbe forenzičnih bolnikov/bolnic, ki so lahko nevarni za skupnost;
- vzpostavitev varovanega oddelka za otroke in mladostnike/mladostnice;
- razvoj več sektorskih psihosocialnih timov za otroke in mladostnike/mladostnice;
- 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 h gmotni prikrajšanosti prizadetih in njihovih družin, nezaposlenosti, prezgodnjemu upokojevanju (tretjina invalidskih upokojitev prve kategorije) in k slabemu telesnemu zdravju. Strošek duševnih motenj dosega nekaj odstotkov bruto družbenega proizvoda (v nadaljnjem besedilu: BDP). Največji delež teh stroškov nastane zaradi izgube produktivnosti – to je zaradi odsotnosti z dela in prezgodnjih upokojevanj zaradi duševnih motenj, ki pomenijo 35 % stroškov vseh bolezni v Evropi. V Sloveniji so stroški bolezni možganov (psihiatričnih in

nevroloških) za leto 2010 ocenjeni na 2,425 milijarde EUR, prilagojeni na pariteto kupne moči, kar pomeni 7 % BDP. Neposredni zdravstveni stroški za bolezni možganov pomenijo 32 % vseh neposrednih zdravstvenih stroškov v Sloveniji (Bon et al, 2013). Več posebnih raziskav je potrdilo splošno znano dejstvo, da je največji delež stroškov na račun stroškov zaradi odsotnosti z dela in invalidnosti. EU-OSHA je leta 2014 poročala, da so stroški duševnih motenj v Evropi 240 milijard EU letno, od tega je 136 milijard EUR stroškov letno na račun manjše produktivnosti in absentizma (Leka, Jain, 2016).

SZO je ljudi z duševnimi motnjami opredelila kot posebej ranljivo skupino tudi glede 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 od 15 do 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 (stroški zdravljenja in medicinske oskrbe) ter posredne stroške (izguba produktivnosti, zgodnje upokojevanje, absentizem, prezgodnja umrljivost ...). 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 sklepajo, da duševne motnje (oziroma širše gledano bolezni možganov, kamor spadajo tudi epilepsija, demenca, kap ...) prepoznamo in zdravimo prepozno. Zato je eden od ključnih izzivov okrepiti duševno zdravje celotne populacije, zmanjšati duševne težave in motnje ter s tem tudi breme, ki je povezano s slabim duševnim zdravjem.

3.2 Povečanje pismenosti ter ozaveščenosti na področju duševnega zdravja in destigmatizacija

Stigma in diskriminacija oseb z duševnimi motnjami se kaže v iskanju pomoči in na vseh področjih življenja, 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) ter tisti, ki prihajajo iz regij z najslabšimi kazalniki duševnega zdravja in regij, ki so hkrati najbolj obremenjene s samomorom, najbolj izraženo stigmo do duševnih težav in iskanja pomoči. Poleg tega se je tudi pokazalo, da je le četrtnina oseb, ki so v preteklosti že bile v duševni stiski, tudi poiskala pomoč.

Duševna motnja, telesna bolezen in izključenost tvorijo stopnjujočo se povratno zvezo, ki jo jemogooče 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 in rehabilitacije ter izgubi upanja. Stigma je po mnenju SZO poglobitna ovira k vzpostavljanju ustreznih, kakovostnih in dostopnih služb na področju duševnega zdravja. Diskriminacijo lahko zmanjšujemo s tem, da krepimo ljudi, ki stigmo doživljajo, in s povečevanjem pismenosti na področju duševnega zdravja. Ljudi, ki doživljajo stigmo, je treba vključiti v vse faze načrtovanja in odločanja o službah in storitvah, ki jih potrebujejo, ter v presojo 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 večja. Znanje krepi družbeno moč ljudi s težavami in ozavešča druge, da so duševne motnje dobro ozdravljive, da večina ljudi po duševni motnji okreva ter 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 zmožnostjo, da ukrepajo v zadevah, ki so zanje pomembne. Treba je zagotoviti preventivno delovanje na področju skrbi za duševno zdravje svojcev oseb z duševnimi motnjami in z demenco ter drugih neformalnih oskrbovalcev, ki pogosteje razvijejo duševne motnje zaradi izgorelosti ter potrebujejo pravočasno in kakovostno strokovno podporo, v katero so vključeni predvsem zadostno informiranje o bolezni, poteku, obravnavi, možnostih za rehabilitacijo in zdravljenje ter o pravicah in zakonodaji.

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 socialnovarstvene programe, kot so opredeljeni tudi v Zakonu o socialnem varstvu, in neformalne oblike pomoči v skupnosti, integrirati službe za duševno zdravje v osnovno raven pomoči v ZD, CSD in SVP, 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 tako organiziramo promocijske, preventivne in kurativne dejavnosti ter rehabilitacijo. Na področju duševnega zdravja otrok in mladih delujejo v velikem delu države razdrobljene in kadrovsko podhranjene službe posameznih strokovnjakov, ki ne zmorejo poskrbeti za vse, ki pomoč potrebujejo. Boljša dostopnost in kakovost storitev bosta preprečevali dolgotrajne poteke bolezni, razvoj drugih motenj, škodljive posledice duševnih težav na šolsko uspešnost in na obremenitve družine.

Za kakovostno, pravočasno, vsestransko in dostopno obravnavo ljudi s težavami v duševnem zdravju potrebujemo povezano medsektorsko in interdisciplinarno mrežo služb, programov in storitev, ki vsebuje elemente, kot so navedeni v nadaljevanju RNPZ.

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

Ustvarjanje mreže služb v skupnosti, infrastrukturnih zmogljivosti in drugih pogojev, ki bodo omogočali deinstitucionalizacijo. Vzpostavljanje pogojev za deinstitucionalizacijo je vključeno v obstoječe in naslednje programsko obdobje Evropskih socialnih skladov (ESS) in Evropskih skladov za regionalni razvoj (ESSR) za deinstitucionalizacijo in z drugimi viri.

4. VIZIJA IN NAMEN RNPZ

4.1 Vizija

Vsem prebivalcem Slovenije zagotoviti pravico do optimalnega duševnega in telesnega blagostanja, do pogojev za razvoj in udeležanje vseh svojih potencialov v

poklicnem, družbenem, zasebnem in družinskem življenju ter do enakega dostopa do kakovostnih virov pomoči.

4.2 Namen

Namen RNPZ je:

- krepiti 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;
- izboljšati kompetence strokovnih služb na vseh področjih varovanja duševnega zdravja;
- približati službe in storitve za duševno zdravje uporabnikom;
- zmanjševanje institucionalizacije na področju duševnega zdravja.

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 celotne populacije, še posebej ranljivih skupin prebivalcev, in ukrepov za varstvo pravic 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 državni in lokalni ravni, ki vključujejo področje duševnega zdravja in oceno njihovega vpliva na duševno zdravje populacije.
- V desetletnem obdobju pripravljenih 25 regijskih akcijskih načrtov.

Strateški cilj 1 bomo uresničevali prek specifičnih ciljev in ukrepov s prednostnih področij 5.1, 5.6 in 5.7 (navedenih pod točko 5. Prednostna področja in ukrepi).

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

Kazalniki:

- Število z dokazi podprtih medsektorskih in interdisciplinarnih programov preventive in promocije duševnega zdravja, ki so implementirani na državni (10) in lokalni ravni (25).
- Število in vrsta okolij z vzpostavljenimi promocijskimi in preventivnimi programi na področju duševnega zdravja ter število vključenih uporabnikov.

Strateški cilj 2 bomo uresničevali prek specifičnih ciljev in ukrepov s prednostnih področij 5.1 in 5.2 (navedenih pod točko 5. Prednostna področja in ukrepi).

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

Kazalniki:

- Zmanjšanje števila samomorov za 15 % v 10-letnem obdobju.
- Povečanje števila oseb, odvisnih od alkohola, ki se vključijo v zdravljenje in se ponovno polno vključijo v aktivno družbeno življenje za 20 % v 10-letnem obdobju.

Strateški cilj 3 bomo uresničevali prek specifičnih ciljev in ukrepov s prednostnih področij 5.4 in 5.5 (navedenih pod točko 5. Prednostna področja in ukrepi).

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

Kazalniki:

- Število vzpostavljenih interdisciplinarnih centrov/timov in povezanih medresornih služb za duševno zdravje v skupnosti za otroke in mladostnike ter odrasle (25), ki zagotavljajo dostopno, celostno in kakovostno obravnavo.
- Število institucionalnih postelj za dolgotrajno institucionalizirane osebe z duševnimi in vedenjskimi motnjami se zmanjša za 40 %.
- Število oseb s težavami v duševnem zdravju in njihovih družin, ki jih obravnavajo centri in timi v skupnosti v zdravstvenih in socialnih službah (na CSD, v NVO, pomoč na domu).

Strateški cilj 4 bomo uresničevali prek specifičnih ciljev in ukrepov s prednostnih področij 5.3, 5.4 in 5.5 (navedenih pod točko 5. Prednostna področja in ukrepi).

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

Kazalniki:

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

Strateški cilj 5 bomo uresničevali prek specifičnih ciljev in ukrepov s prednostnih področij 5.1, 5.2 in 5.6 (navedenih pod točko 5. Prednostna področja in ukrepi).

Strateški cilj 6: Socialnovarstveni programi in programi v podporo družini, ki se povezujejo s programi zdravstvenega varstva, bodo nadgrajeni s službami in programi za obravnavo oseb s pridruženimi motnjami v duševnem zdravju.

Kazalniki

Število (7) dokazano učinkovitih SVP in nadgrajenih služb za osebe s pridruženimi motnjami v skupnosti.

Strateški cilj 6 bomo uresničevali prek specifičnih ciljev in ukrepov s področij 5.1 in 5.6 (navedenih pod točko 5. Prednostna področja in ukrepi).

Strateški cilj 7: Spodbujanje in krepitev horizontalnega in vertikalnega sektorskega in medsektorskega sodelovanja za razvoj na področju duševnega zdravja

Kazalniki:

- Oblikovanje in sprejetje usklajenih 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.

Strateški cilj 7 bomo uresničevali prek specifičnih ciljev in ukrepov s prednostnih področij 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5 (navedenih pod točko 5. Prednostna področja in ukrepi).

Strateški cilj 8: Zmanjšanje deficitarnosti na področju poklicev, na katerih sloni skrb za boljše duševno zdravje prebivalcev.

Kazalniki:

- Povečanje števila specializacij iz klinične psihologije in posledično povečanje števila specialistov klinične psihologije.
- Zakonska ureditev psihološke dejavnosti.
- Zakonska ureditev psihoterapije in psihosocialnega svetovanja.

Strateški cilj 8 bomo uresničevali prek specifičnih ciljev in ukrepov s prednostnih področij 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 6.1, 6.2 (navedenih pod točko 5. Prednostna področja in ukrepi in pod točko 6. Vodenje in koordinacija ter podpora implementaciji nacionalnega programa duševnega zdravja).

4.4 Načela, na katerih temelji RNPZ

Načrtovanje in izvajanje RNPZ bo sledilo navedenim načelom, ki so opredeljena kot vodila za usmerjanje delovanja izvajalcev in deležnikov:

- **Načelo celovitosti ukrepanja**

Načrtovanje in izvajanje RNPZ bo upoštevalo in dalo prednost celovitim, sistemskim, evalviranim ukrepom za celotno populacijo ter za posebej ranljive in ogrožene skupine prebivalstva.

- **Načelo duševno zdravje v vse politike**

Pri pripravi vseh strateških dokumentov različnih resorjev se upošteva njihov vpliv na duševno zdravje.

- **Načelo zmanjševanja neenakosti na področju duševnega zdravja**

Načrtovanje in izvajanje RNPZ bo stremelo k zmanjševanju preprečljivih in nepravilnih razlik na področju duševnega zdravja med različnimi skupinami prebivalstva.

- **Načelo interdisciplinarnega in medsektorskega sodelovanja na ravni načrtovanja, izvajanja in evalvacije politik, zakonodaje in služb**

Uresničevanje RNPZ bo temeljilo na krepitvi sodelovanja vseh resornih politik, nevladnih organizacij, socialnih, področju družine in drugih partnerjev pri načrtovanju, izvajanju, spremljanju politik, zakonodaje in služb ter programov na področju duševnega zdravja.

- **Načelo usklajenosti s potrebami prebivalcev RS, dostopnosti, decentralizacije in stroškovne učinkovitosti**

Načrtovanje in izvajanje RNPZ bosta temeljila na zagotavljanju stroškovne učinkovitosti, enaki dostopnosti služb (hitra, učinkovita in kakovostna pomoč v primeru duševne stiske, duševnih težav ali kroničnih duševnih motenj) in storitev ne glede na socialno-ekonomske, demografske, zdravstvene, kulturne in druge značilnosti posameznika ali skupine prebivalcev ter zagotavljanju redne in nepretrgane obravnave.

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

Osebam s težavami v duševnem zdravju v vseh življenjskih obdobjih omogočiti skupnostno obravnavo in rehabilitacijo.

- **Vključevanje uporabnikov in njihovih svojcev v načrtovanje, izvajanje in nadzor nad službami in storitvami**

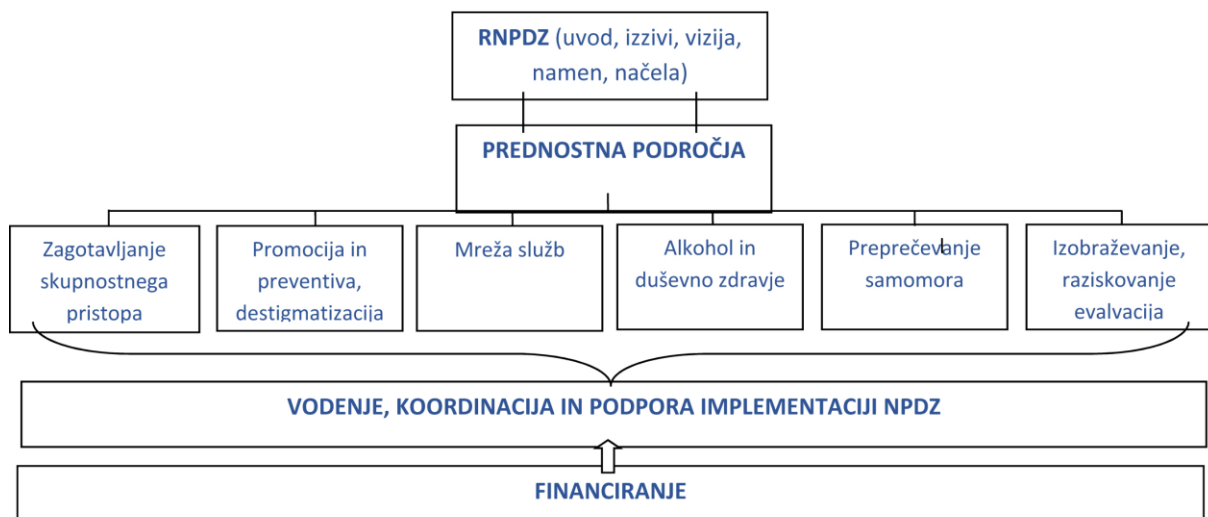
V načrtovanje, izvajanje in nadzor nad službami in storitvami za duševno zdravje se vključujejo uporabniki in njihovi svojci.

4.5 Struktura dokumenta

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 poudarjene ključne ugotovitve na področju duševnega zdravja v Sloveniji (stanja pri posameznih starostnih skupinah; bolniške odsotnosti; poraba alkohola; prevalenca samomora ...);
- ključni izzivi;
- vizija in namen RNPDZ;
- prednostna področja in specifični cilji s pripadajočimi ukrepi.

Struktura RNPDZ je razvidna s slike 2.



Slika 2: Struktura RNPDZ

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, zdravljenja in rehabilitacije. RNPDZ predvideva oblikovanje regionalnih centrov za duševno zdravje, ki so sestavljeni iz centrov za duševno zdravje odraslih (v nadaljnjem besedilu: CDZO) ter centrov za duševno zdravje za otroke in mladostnike (v nadaljnjem besedilu: CDZOM). RNPDZ predvideva ustanavljanje specialističnih služb za različna področja in ciljne skupine. Na področju bolnišnične psihiatrije odraslih se predvideva vzpostavljanje specializiranih enot za gerontopsihiatrijo in posamezne duševne motnje ter stanja (specializirani oddelki), in konziliarne storitve. Na področju skrbi za otroke in mladostnike se načrtujejo krepitev bolnišničnih timov ter vzpostavljanje subspecialističnih timov na državni oziroma regijski ravni za obravnavo otrok in mladostnikov s kompleksnejšimi motnjami in komorbidnimi stanji ter krepitev svetovalnih centrov. Na področju preventive in promocije zdravja se predvidevata krepitev referenčnih ambulant in timov družinske medicine ter vzpostavljanje centrov za krepitev zdravja, ki vključujejo preventivne obravnave za otroke, mladostnike in odrasle. Programi socialnega varstva in programi v podporo družini, ki se povezujejo s programi zdravstvenega varstva, bodo nadgrajeni s službami za obravnavo oseb s kombiniranimi duševnimi motnjami ter s krepitvijo storitev in socialnih programov ter programov v podporo družini, ki se izvajajo v nevladnih organizacijah.

Temeljna platforma uresničevanja RNPĐZ je vključevanje, povezovanje in sodelovanje vseh služb in vseh deležnikov v skrbi za duševno zdravje posameznika in skupin prebivalcev v lokalni skupnosti ter na vseh ravneh obravnave.

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

5. PREDNOSTNA PODROČJA

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 s težavami v duševnem zdravju 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**

5.1 Zagotavljanje skupnostnega pristopa pri krepitvi duševnega zdravja in obravnavi oseb s težavami v duševnem zdravju v skupnosti

Strategija Zdravje 2020 poudarja dva povezana strateška cilja, in sicer izboljšati zdravje za vse, zmanjšati neenakosti v zdravju ter izboljšati vodenje in participativno upravljanje za zdravje. Pri tem prepoznava pomembno vlogo vključevanja oziroma participativnega sodelovanja lokalnih skupnosti. Lokalne skupnosti in ljudje v njej poznajo lokalno dogajanje in težave, razumejo težave ljudi na terenu in so pomembne pri oblikovanju njihovih rešitev. Ljudje v lokalni skupnosti so povezani v različne socialne in vrstniške mreže, ki podpirajo in spodbujajo aktivnosti za krepitev zdravja, hkrati pa že 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-boljse-zdravje-in-zmanjsevanje>).

Učinkovito naslavljanje raznolikih potreb ljudi v lokalnem okolju je mogoče s tako imenovanim skupnostnim pristopom, v katerem sodelujejo različni deležniki v lokalnem okolju (vzgoja in izobraževanje, socialno varstvo, zdravstvo, društva in posamezniki, uporabniki različnih storitev ...). 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 in mobilizira številne lokalne strukture in partnerje, ki z usklajevanjem na podlagi 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>). Na potrebe lahko odgovorimo postopoma s povezano

uporabo vseh virov pomoči in postopno dograditvijo sistema služb tako, da bodo v skladu z lokalnimi značilnostmi. V vse faze načrtovanja in implementacije je treba vključiti ljudi z izkušnjo, ki bistveno prispevajo k ustreznemu razvoju s svojimi izkušnjami in znanjem.

Pojav in razvoj duševnih motenj ter 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 ter ekonomska in socialna prikrajšanost pa poslabšajo duševno zdravje prebivalstva, zato je za varovanje duševnega zdravja potrebno več kot le ukrepanje enega sektorja – potrebujemo povezano delovanje nosilcev političnega odločanja, gospodarstva, socialnega varstva, izobraževanja 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 ljudmi z različnimi prepričanji ali celo vrednotami. Komplementarno in povezano delo teh strokovnjakov pa je ključno za kakovost in dostopnost obravnave ter za enakost in pravičnost pri razdelitvi sredstev, predvsem potrebnih človeških virov. Ljudje z duševnimi motnjami in tisti, pri katerih obstajajo tveganja za njihov razvoj, 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. Centralni položaj pacienta ali uporabnika v procesu pomoči je temeljna strokovna smernica pri vseh strokah, ki se ukvarjajo s področjem duševnega zdravja. Mednarodna priporočila Sloveniji so usmerjena v to, da je treba 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, kar je treba 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 osnovni ravni zdravstvenega, socialnega varstva in družine, kar izboljša tudi integracijo oskrbe in poveča možnost za pravočasno obravnavo tudi telesnih bolezni. Obravnava v skupnosti je dostopnejša in bolj povezana z drugimi strokovnjaki in med sektorji. Mednarodna priporočila spodbujajo tranzicijo služb in storitev iz institucij v skupnost, kar je pomembno tudi iz vidika varovanja človekovih pravic njihovih uporabnikov (CRPD 2008). Treba je vzpostaviti mrežo služb in storitev, ki povezano odgovarjajo na potrebe ljudi v skupnosti z dokazano uspešnimi metodami pomoči in zagotovijo čim boljše socialne vključitve ter sodelovanja z uporabniki kot partnerji v procesu implementacije sprememb.

Specifični cilj 1: Usklajeno medresorsko sodelovanje in vključevanje civilne družbe na področju duševnega zdravja na državni, regionalni in lokalni ravni.

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

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

Ukrep 2: Vključevanje strokovnjakov/strokovnjakinj socialnovarstvenih programov in uporabniških organizacij pri načrtovanju in izvajanju služb, programov in storitev ter njihovem upravljanju na državni, regionalni in lokalni ravni na področju krepitve duševnega zdravja in obravnave oseb z duševnimi motnjami.

Ukrep 3: Zmanjševanje stigme in diskriminacije z dokazano preverjenimi programi.

Ukrep 4: Vzpostavitev regionalnega sveta za duševno zdravje (RSDZ) in lokalne (interdisciplinarne medsektorske) skupine za (duševno) zdravje v skupnosti (LS(D)Z) (vključuje zdravstvo, šolstvo, socialno varstvo in družino, društva, SVP, občino ...) s ciljem krepitve zdravja/duševnega zdravja v skupnosti.

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

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

Nosilna ministrstva: MZ, MDDSZ, MIZŠ, MF, MGRT, MJU, MOP

Ukrep 1: Organiziranje in izvajanje medresorskih ter 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 ter za starejše in druge ranljive skupine prebivalstva.

Ukrep 3: Vzpostavljanje pogojev in načrtovana preselitev oseb iz institucij v skupnost.

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 ter na poudarjanje pozitivnih lastnosti in sposobnosti posameznika, ne le na zmanjševanje simptomov/primanjkljajev oziroma na duševne motnje in bolezni. Eden od pomembnih ciljev promocije duševnega zdravja je poleg zmanjševanja prevalence duševnih motenj tudi premik proti stanju visokega duševnega blagostanja in kakovostnega življenja posameznika in skupnosti. Zato se moramo osredotočiti na krepitev posameznikovih notranjih psiholoških virov in zagotavljanje ustreznih življenjskih okoliščin. Slabo duševno zdravje pri otrocih (vedenjske, čustvene in razvojne težave) napoveduje slabo duševno zdravje in delovanje pozneje v življenju (Barry in Friedli, 2008). Dobro duševno zdravje pomeni visoko duševno blagostanje in je povezano s pozitivnim delovanjem, ki vključuje ustvarjalno mišljenje, dobre medosebne odnose, duševno odpornost v času stiske in dobro fizično zdravje. Dravljenje in ukrepi za zmanjševanje duševnih motenj sami po sebi še 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 (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. Kaže se na vseh področjih življenja in ima sistemske 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 toliko zmanjšujejo diskriminatorna ravnanja, da lahko izboljšajo iskanje pomoči, so kampanje, v katere so neposredno vključeni ljudje, ki imajo izkušnjo duševne motnje in se z njo uspešno spopadajo ter svoje izkušnje uporabijo. Izvajajo se kot sklop dejavnosti javnega ozaveščanja prek medijev in spletnih strani ter z javnimi diskusijami o težavah na področju duševnega zdravja. Posebej učinkovita sta 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 (Kocjančič in Plot, 2017, dostopno na: <http://projekt-vodsevu.org/opis-projekta/evalvacija/>). 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 in njihovih posledicah ter večine ukrepanja (ozaveščenost in pismenost) sta dve izmed orodij destigmatizacije, ki ju je mogoče uporabiti v sklopu destigmatizacijskih kampanj ali v rednih izobraževalnih 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 čim bolj prilagojeni potrebam ciljnih skupin.

5.2.1 Promocija duševnega zdravja in preventiva duševnih motenj pri različnih ciljnih skupinah

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

Nosilna ministrstva: MZ, MDDSZ, MIZŠ, MOP, MJU, MNZ, MF, MGRT

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

Ukrep 2: Zagotoviti kritje osnovnih potreb posameznika in vzpostaviti podporna okolja, ki delujejo varovalno in krepijo duševno zdravje posameznika in skupnosti oziroma različnih ciljnih skupin ter zmanjšujejo neenakosti. To vključuje:

- zagotavljanje socialne varnosti ranljivih skupin prebivalstva z:
- vključevanje z ustrezno ravno socialnih in družinskih prejemkov;
- vključevanje v obvezna socialna zavarovanja in
- dostop do kakovostnih storitev na področju socialnega in družinskega varstva;
- izvajanje ukrepov aktivne politike zaposlovanja za različne ranljive skupine;
- krepitev mreže stanovanjskih skupin in drugih oblik podpornega bivanja.

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

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

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

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

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

Specifični cilj 2: Dvig pismenosti, ozaveščenosti 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 (družina, na delovnem mestu, šolski sistemi itd.):

- 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.

Ukrep 2: Kontinuirano izvajanje na dokazih temelječih destigmatizacijskih kampanj (kampanje, ki nagovarjajo strokovnjake, mlade in javnost ...).

Specifični cilj 3: Zagotavljanje enakomerno razporejenih in preprosto dostopnih brezplačnih storitev obveščanja, svetovanja ter osebne pomoči osebam v stiski v lokalnem okolju

Nosilni ministrstvi: MZ, MDDSZ

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

Ukrep 1: Svetovalnice za odrasle, ki omogočijo pravočasno in visoko kakovostno pomoč pri stanjih, ki pomenijo tveganje za razvoj duševnih motenj.

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.

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

Ukrep 6: Uvedba preverjeno učinkovitih programov psihološke prve pomoči (posredovanje znanja o vzrokih, simptomih in znakih duševnih težav in motenj ter krepitev veščin za ukrepanje za javnost).

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

Poleg družine so 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 končana 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 vedenjsko podporo otrok. V nadaljevanju ob specifičnih ciljih in ukrepih navajamo nekatere primere dobrih praks pri nas. Nasloviti je treba tudi naraščajoče probleme medvrstniškega 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 ponujajo ustrezno podporo otrokom in mladostnikom s specifičnimi učnimi težavami ter drugimi težavami v duševnem zdravju. Misija SZO priporoča, naj kadrovsko ustrezno dopolnimo centre ter zagotovimo 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, MNZ

Ukrep 1: Priprava protokolov medsebojnega sodelovanja izvajalcev in programov na področju promocije in preventive

Ukrep 2: Sistemska uvedba koncepta krepitve duševnega zdravja v vrtce in šole ter kroskurikularna obravnava tem o zdravju.

Ukrep 3: Sistemska uvedba preizkušenih in evalviranih programov promocije duševnega zdravja in preventive težav duševnega zdravja pri otrocih in mladostnikih.

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

Ukrep 5: Pilotno testiranje in postopna sistemska uvedba preverjeno učinkovitih programov zmanjševanja medvrstniškega nasilja, ki povečujejo občutljivost otrok do te problematike in usmerjeno naslavlja obravnavo prepoznanih primerov vrstniškega in spletnega vrstniškega nasilja ter programov, ki uspešno delujejo na vzpostavitev varnega in spodbudnega šolskega okolja.

Ukrep 6: Usposabljanje in okrepitev sodelovanja šolskih svetovalnih služb s centrom za duševno zdravje otrok in mladostnikov (v nadaljnjem besedilu: CDZOM) z vključitvijo problematike duševnega zdravja v koncept dela šolske svetovalne službe ter s

centrom za socialno delo (v nadaljnjem besedilu: CSD) pri delu z otroki in mladostniki z učnimi težavami in težavami v duševnem zdravju. Priprava protokolov sodelovanja za učinkovitejše sodelovanje.

Ukrep 7: Razvoj in izvajanje programov za ranljive skupine mladostnikov (na primer osipniki, manjšine, migranti).

Ukrep 8: Razvoj in uvajanje novih pristopov in poti komunikacije za promocijo duševnega zdravja med otroki in mladostniki (IKT, e-duševno zdravje).

Ukrep 9: 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).

Ukrep 10: Razvoj preventivnih programov na področju preprečevanja nekemičnih zasvojenosti.

Ukrep 11: Zagotavljanje varnega in spodbudnega učnega okolja.

Ukrep 12: Zagotavljanje programov bolnišnične šole pri vključevanju v matično šolsko okolje med zdravljenjem in po njem, dokler ni možna polna vključenost v matično šolo, ter tudi poznejše svetovanje in povezovanje z matično šolo.

Specifični cilj 2: Vzpostavitev mreže svetovalnih centrov za otroke, mladostnike in starše (SCOMS)

Nosilna ministrstva: MIZŠ, MZ, MDDSZ

Ukrep 1: Priprava koncepta delovanja svetovalnih centrov in predloga za sistemsko umestitev.

Ukrep 2: Priprava standarda kadra in programov za pomoč otrokom in mladostnikom z rizičnimi dejavniki.

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

Zaradi velike prevalece težav v duševnem zdravju pri zaposlenih ter vplivov psihosocialnih tveganj na zdravstveno stanje in zmanjšano učinkovitost zaposlenih je delovno okolje eno od ključnih okolij za promocijo in preventivo na področju duševnega zdravja pri odraslih. Raziskave kažejo, da vsak evro, ki ga organizacija vложи v promocijo zdravja (in s tem tudi v odpravljanje psihosocialnih dejavnikov tveganja), delodajalcu prinese od 2,5 do 4,8 evra (EU-OSHA; v: Podjed in Bilban, 2014) in na splošno pomeni eno izmed donosnejših 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 začeta pri uvajanju organizacijskih sprememb in sprememb v delovanju vodstva, kar poimenujemo

primarna preventiva. Na sekundarni ravni preventive zaposlenim ponudimo usposabljanja in izobraževanja za pridobitev znanj in spretnosti za spoprijemanje s psihosocialnimi dejavniki, ki jih ni mogoče odpraviti v celoti. S terciarno preventivo poimenujemo skupne napore delodajalca in zaposlenega pri odpravljanju telesnih in duševnih posledic bolezni ter invalidnosti. Tako lahko delodajalci omogočajo postopno vrnitev zaposlenega z bolniškega dopusta, prilagajanje delovnega mesta in podobno (Eurofound in EU-OSHA, 2014; Šprah in Dolenc, 2014).

Specifični cilj 1: Krepitev in izboljšanje duševnega zdravja zaposlenih

Nosilni ministrstvi: MZ, MDDSZ

Ukrep 1: Izboljšanje izvajanja in nadzora nad izvajanjem programov promocije zdravja (določitev koordinatorja/skupine za promocijo zdravja v podjetju).

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, promotorje/koordinatorje zdravja na delovnem mestu) – pomen organizacije dela in delovanja vodstva za dobro duševno zdravje zaposlenih (na primer izobraževanje vodstva na področju komunikacije in kulture, slogov vodenja, upravljanja časa, uvedbe drsnega prihoda na delo, prilagodljivega delovnega časa za osebe s težavami v duševnem zdravju, spodbujanja ustvarjalnosti zaposlenih ...).
- 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 ponujanja podpore zaposlenim pri vračanju na delo po tovrstni odsotnosti.

Ukrep 4: Izdelati smernice zdravega življenjskega sloga in omogočanje zdravih izbir na delovnem mestu (zdrava prehrana, več telesne aktivnosti, prostori za druženje med odmori ...).

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

Ukrep 6: Vzpostavitev nacionalne in regijske koordinacije za promocijo in krepitev (duševnega) zdravja na delovnem mestu, ki bo v podporo delodajalcem in delavcem.

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

Ukrep 8: Vključevanje socialnih partnerjev v načrtovanje in izvajanje programov promocije zdravja na delovnem mestu.

Specifični cilj 2: Podpora zaposlenim, brezposelnim in socialno izključenim odraslim s težavami duševnem zdravju

Nosilna ministrstva: MZ, MDDSZ, MGRT

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

Ukrep 2: Priprava smernic in zagotavljanje podpore delodajalcev zaposlenim pri vnovičnem vključevanju v delovni proces po dolgotrajni bolniški odsotnosti zaradi duševne motnje in drugih bolezni (prilagoditev dela, prilagodljiv delovni čas ...).

Ukrep 3: Spodbujanje zaposlovanja in povečanje dostopa do dela ljudem z manjšimi možnostmi zaradi kroničnih duševnih motenj in drugih kroničnih bolezni (različne olajšave/subvencije za podjetja, prilagoditev delovnih mest in delovnih procesov, prilagodljivost delovnega časa ...).

Ukrep 4: Spodbujanje zaposlovanja dolgotrajno nezaposlenih oseb (prepoznavanje dolgotrajno nezaposlenih zaradi težav v duševnem zdravju in drugih težav), sistematična uvedba ukrepov za oceno njihove delazmožnosti in potreb po podpori prek specialistov medicine dela ter drugih usposobljenih ocenjevalcev, spodbujanje zaposlovanja na podlagi ocene njihovih zmožnosti/spretnosti in drugi učinkoviti ukrepi za vključevanje na delovna mesta (mentorstva, uvajalni programi ...), širitev mreže socialnih podjetij in kooperativ za ljudi z duševnimi motnjami.

Ukrep 5: Priprava in izvajanja programov promocije in preventive duševnega zdravja za rizične skupine (brezposelni/težko zaposljivi, nezaposljivi in institucionalizirani), ki so prilagojeni njihovim potrebam in zmožnostim v njihovih okoljih s poudarkom na krepitvi moči in zagovorništvu.

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 prezgodnje umrljivosti. Večina raziskav glede stigme pri osebah z duševno motnjo se osredotoča na splošno ali mlajšo populacijo, čeprav so v večini družb starejši stigmatizirani. 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 poudarili predvsem tri glavne skupine zaščitnih dejavnikov: ustrezní podporni viri, učinkovite strategije pri spoprijemanju s stresorji in vključenost v osmišljene aktivnosti.

Specifični cilj 1: Krepitev zaščitnih dejavnikov za zdravo staranje

Nosilni ministrstvi: MZ, MDDSZ

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

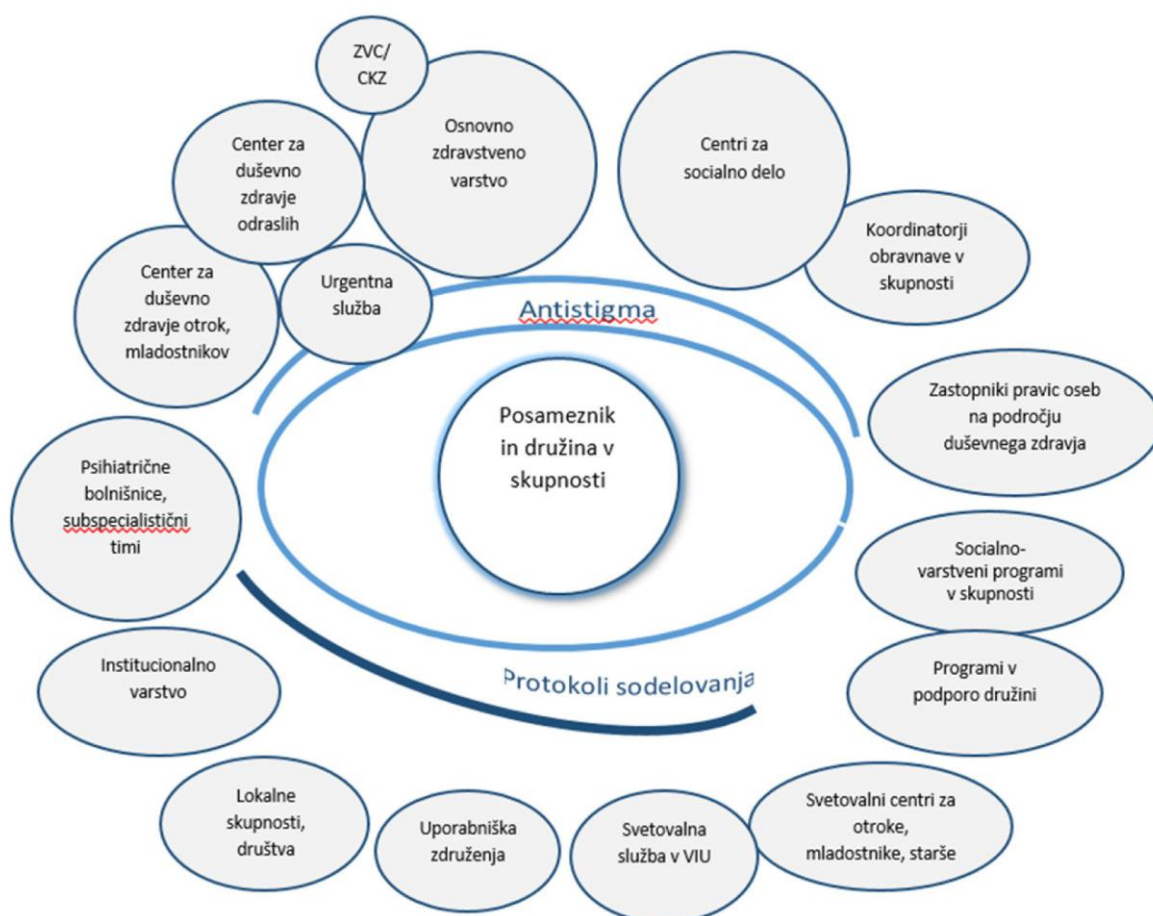
Ukrep 2: Krepitev neformalnih in formalnih akterjev in mrež v skupnosti, ki vplivajo na kakovostno življenje v skupnosti in preprečujejo osamljenost (programi NVO, družabništvo, večgeneracijski centri, univerze za tretje življenjsko obdobje).

Ukrep 3: Izboljšati dostop do programov za preprečevanje oziroma obvladovanje spominskih motenj.

5.3 Mreža služb za duševno zdravje

Enakopravna, dostopna in celostna obravnava na področjih duševnega zdravja se z RNPZ dosegata z organiziranjem regionalnih centrov za duševno zdravje, ki bodo zagotovili preventivo in celostno multidisciplinarno obravnavo v skupnosti. Dopolnjujemo obstoječo mrežo regijskih služb za duševno zdravje z novimi 25 regijskimi CDZ, ki povezujejo obravnavo otrok, mladostnikov in odraslih na opredeljenih območjih z okvirno 80.000 prebivalci, med katerimi je okvirno 16.000 otrok in mladostnikov (od 0 do zaključenega 19. leta starosti) ter 64.000 odraslih. Z regionalno organizacijo in povezavo med službami za duševno zdravje lahko odgovorimo na ocenjene potrebe oseb in skupin prebivalcev na regionalni ravni na prilagojen način in v skladu s potrebami. Multidisciplinarni tim CDZOM in CDZO je opredeljen v Poglavlju 11 Priloga. V sklopu vzpostavitve novih mrež služb za duševno zdravje se bo okrepila in kadrovske dopolnila tudi mreža socialnovarstvenih služb, socialnovarstvenih programov in programov v podporo družini za to področje.

CDZ organizirajo svoje službe tako, da zagotavljajo enako dostopnost do storitev in programov vsej populaciji na opredeljenem območju. Pri tem se povezujejo z vsemi službami in deležniki na definiranim geografskem območju in v lokalnem okolju tako, da optimalno zagotavljajo interdisciplinarne in medresorsne obravnave v skladu s potrebami posameznika in skupnosti. Zato se lahko določene specifične storitve, ki jih izvajajo CDZ, izvajajo tudi v okviru služb drugih resorjev – s ciljem najboljšega možnega zadovoljevanja potreb otrok, mladostnikov in odraslih. Slika 1 prikazuje v mrežo povezane službe za duševno zdravje na opredeljenem območju.



Slika 1: Regionalna mreža služb za duševno zdravje

5.3.1 Mreža služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov

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

Potrebni sta zagotovitev enako dostopne, pravočasne in preverjeno učinkovite obravnave otrok in mladostnikov s težavami v duševnem zdravju ter dopolnitev kadrovske in prostorske zmogljivosti. Službe je treba dopolniti tudi 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 v lokalnih okoljih

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 pomenijo tveganje za zdrav razvoj otrok, kot so izpostavljenost otrok 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 od teh družin same ne poiščejo pomoči. V ta namen je pomembno dobro sodelovanje med patronažno službo, drugimi zdravstvenimi delavci in strokovnimi delavci pristojnega CSD, šolami in vrtci. Treba je vzpostaviti preizkušene programe, ki zagotavljajo partnerstvo z družino in obsegajo ponujanje dodatne podpore tem družinam prek pogostejših obiskov patronažnih služb, učenja starševskih veščin na domu, krepitve socialne vključenosti in sodelovanja s strokovnimi službami. Ključna pa je vzpostavitev mreže multidisciplinarnih timov v CDZOM, ki bodo delovali v tesnem sodelovanju s pediatričnimi dispanzerji, timi v razvojnih ambulantah, v katerih so centri za zgodnjo obravnavo (namenjeni otrokom z razvojno nevrološkimi motnjami), 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.

Specifični cilj 1: Zagotavljanje dobrega začetka – skrb za duševno zdravje nosečnic, mater ter družine med nosečnostjo 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/zdravnic, patronažne službe, CDZO).

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

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

Ukrep 5: Nadgradnja preventivnega programa, ki ga izvajajo patronažne medicinske sestre/tehniko 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 ter nasilja v družini (na primer programi starševstva v obliki izvajanja na domu).

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

Nosilna ministrstva: MZ, MIZŠ, MDDSZ

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

Ukrep 2: Zagotavljanje zgodnje obravnave otrok z ugotovljenimi motnjami v razvoju v okviru mreže razvojnih ambulant, v katerih delujejo regijski centri za zgodnjo obravnavo otrok (v nadaljnjem besedilu: CZO), ki na primarni ravni zagotavljajo zgodnjo celostno multidisciplinarno obravnavo otrok, z razvojno nevrološkimi motnjami. Centri so sestavni del razvojnih ambulant.

Specifični cilj 3: Zagotavljanje dostopnosti do interdisciplinarnih timov in storitev za obravnavo otrok in mladostnikov z duševnimi motnjami ter njihovih družin na primarni ravni zdravstvenega varstva in v sodelovanju s službami socialnega varstva, področja družine ter vzgoje in izobraževanja.

Nosilna ministrstva: MZ, MDDSZ, MIZŠ

Ukrep 1: Vzpostavitev mreže 25 regijskih CDZOM, ki zagotavljajo preventivo ter celostno, multidisciplinarno ambulantno in skupnostno obravnavo otrok in mladostnikov na geografsko določenih območjih z okvirno 80.000 prebivalci, od tega približno 16.000 otrok in mladostnikov v starosti od 0 do 19 let. Multidisciplinarni tim CDZOM je opredeljen v poglavju 11 Priloga.

Ukrep 2: Organizacija vstopno-triažne službe v vsakem CDZOM s pripravo protokolov triaže, v kateri bodo sodelovali vsi regijski timi. V prehodnem obdobju do vzpostavitve celotne mreže CDZOM bosta vzpostavljena dva triažna 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/specialistke 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 ponujanje podpore posebej ogroženim otrokom in mladostnikom ter 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 sta travmatska ločitev staršev in izguba podporne osebe, otrokom migrantom in njihovim podpornim skupinam ter rejniškim družinam.

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

Nosilno ministrstvo: MZ

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

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

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

Dosedanji poskusi ureditve težav, povezanih z obravnavo otrok in mladostnikov z vedenjskimi motnjami ter trajnejšim agresivnim vedenjem, so se izkazali kot ne dovolj učinkoviti. Poskusi ustrežnejšega medresorskega in interdisciplinarnega naslavljanja te težave, ki jih je izvajal Zavod Planina v zadnjih dveh letih, kažejo na možne rešitve, ki pa jih je treba še nadgraditi v tesnem sodelovanju s socialno in medicinsko stroko. Ob tem je treba vzporedno oblikovati skupnostne in timske oblike obravnav za te otroke in njihove družine v njihovem naravnem okolju, da bi preprečevali institucionalizacije, ki so v temeljnem neskladju s pravicami otrok (Konvencija o pravicah otrok, ZN).

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

Nosilna ministrstva: MIZŠ, MZ in MDDSZ

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

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

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

Ukrep 4: Priprava in implementacija skupnostnih služb za obravnavo otrok, mladostnikov in družin na domu in v lokalnem okolju v sodelovanju med MZ, MDDSZ in

MIZŠ, najprej z uvedbo pilotnih projektov z mobilnimi timi in poznejša sistemska implementacija.

5.3.2 Mreža služb za duševno zdravje odraslih vključno s starejšimi

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

V Sloveniji smo imeli v 70. letih neposreden dostop do psihiatrične obravnave v psihiatričnih dispanzerjih v okviru zdravstvenih domov, ki so v 90. 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 vnovične hospitalizacije pri ljudeh s hudimi duševnimi motnjami. Bolniški dopust zaradi duševnih motenj je pogost razlog absentizma in je med vsemi razlogi za absentizem na tretjem oziroma 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 izboljšata prognozo bolezni, zmanjšata potrebo po bolnišničnem zdravljenju in pripomoreta 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 psihoedukacija oseb s težavami v duševnem zdravju

Nosilno ministrstvo: 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 CKZ in CZDO.

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

Nosilni ministrstvi: MZ, MDDSZ

Ukrep 1: Vzpostavitev mreže 25 regijskih CDZO, ki zagotavljajo preventivo ter celostno, multidisciplinarno ambulantno in skupnostno obravnavo odraslih ter starejših na geografskih območjih z okvirno 80.000 prebivalci, od tega približno 64.000 odraslih v starosti 20 let in več. Multidisciplinarni tim CDZO je opredeljen v poglavju 11 Priloga.

Ukrep 2: Vzpostavitev službe za triažo in konziliarne službe znotraj CDZO.

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

Ukrep 4: Uskladitev in poenotenje standardov, protokolov in dejavnosti timov za skupnostno obravnavo.

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

Ukrep 6: Evalvacija programov.

5.3.2.2 Zagotavljanje dostopnih in kakovostnih akutnih obravnav na sekundarni ravni

Psihiatrične bolnišnice in oddelki 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. Načrtujemo sistemske ukrepe za zdravljenje duševnih motenj v starosti, ki bodo sledili demografskim projekcijam Slovenije. Že zdaj je več bolnikov s sočasno prisotnimi telesnimi obolenji in starejših, ki poleg somatske potrebujejo tudi psihiatrično obravnavo. Spremenjenim potrebam populacije bodo sledile tudi spremembe in dopolnitve kadrovske strukture ter novi programi na sekundarni in terciarni ravni. V psihiatričnih bolnišnicah je treba uvesti specializirane gerontopsihiatrične oddelke ter konziliarne storitve, ki bodo omogočale konziliarno psihiatrično obravnavo starejše populacije, ki je sicer hospitalizirana/obravnavana v splošnih bolnišnicah. V psihiatričnih bolnišnicah je treba uvesti tudi specializirane enote za posamezne duševne motnje ter stanja (specializirani oddelki). Glede na majhno število medicinskih sester/tehnikov in psihiatrov v RS je treba v skladu z možnostmi in strokovnimi standardi dopolnjevati kadre za zagotavljanje timske obravnave.

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

Nosilno ministrstvo: MZ

Ukrep 1: Postopno dopolnjevanje bolnišničnih psihiatričnih zmogljivosti z vzpostavljanjem gerontopsihiatričnih oddelkov in specializiranih enot za obravnavo posameznih duševnih motenj in stanj, v skladu z normativi in standardi delovanja.

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 okrevaajo, 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 spadajo zaposlitvena rehabilitacija in zaposlovanje, podporne oblike zaposlitve, prilagojena delovna mesta, skupine za samopomoč, programi socialne vključenosti in prehodni zaposlitveni programi, podpora pri bivanju ter različni programi dnevnega bivanja v dnevni centrih s prostočasnimi 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 in od njihove lastne participacije. Večina ljudi, tudi tistih s hudimi duševnimi motnjami, lahko dela, čeprav pogosto v prilagojenih delovnih razmerah, in smiselno prispeva k življenju v skupnosti. RNPZ podpira z dokazi podprte rehabilitacijske intervencije in službe, ki odgovarjajo na potrebe njihovih uporabnikov glede vračanja v običajno življenje na enakopraven način.

V Sloveniji na CSD regionalno že delujejo koordinatorji obravnave v skupnosti, ki povezujejo delo strokovnih služb pri načrtovanju in izvajanju različnih vsebin namenjenih

integraciji posameznikov v skupnost. MDDSZ izvaja programe za zastopanje pravic oseb na področju duševnega zdravja in jih za izvajanje teh pooblastil tudi usposablja.

Socialnovarstvene programe, programe v podporo družini in programe zaposlovanja izvajajo med drugimi tudi nevladne organizacije na področju duševnega zdravja, ki so razvile mrežo obveščanja, svetovanja in osebne pomoči, mrežo dnevnihi centrov, stanovanjskih skupin, zagovorništva in zaposlitvenih programov ter programov za usposabljanje za osebe s težavami v duševnem zdravju, ki je regionalno dostopna in vsestranska na področju duševnega zdravja.

Za kakovostnejše socialno vključevanje in integracijo oseb s težavami v duševnem zdravju bo treba zagotoviti razvoj in krepitev služb socialnega varstva in zaposlovanja. Učinkovito in kakovostno preprečevanje duševnih motenj in socialno vključevanje bomo zagotovili tudi s koordiniranim sodelovanjem različnih služb in širitvijo storitev in socialnovarstvenih programov in programov v podporo družini na tem področju.

Specifični cilj 1: Okrepiti mrežo rehabilitacijskih služb

Nosilna ministrstva: MDDSZ, MZ, MIZŠ

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

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

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

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

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

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

Ukrep 7: Zagotoviti dostop do programov krepitve socialnih in vsakdanjih veščin in vključevanja v skupnost, ter do drugih programov pomoči, ki so podprti z dokazi.

Ukrep 8: Zagotavljanje aktivacijskih programov in drugih sistemskih ukrepov, s katerimi bomo zmanjšali število oseb s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami, ki živijo pod pragom tveganja revščine in socialne izključenosti.

Ukrep 9: Vzpostavitev rehabilitacijskih programov za otroke in mladostnike s težavami v duševnem zdravju.

5.3.2.4 Zagotavljanje dolgotrajne obravnave za osebe s težavami v duševnem zdravju in oseb z motnjami v duševnem razvoju

Dolgotrajna oskrba oseb s težavami v duševnem zdravju je pogosto organizirana v obliki institucionalnega varstva, veliko finančno breme te oskrbe pa nosijo njihove družine. Ker programi obravnave v skupnosti niso dovolj razviti, da bi odgovorili na potrebe (podporno bivanje, dnevni centri in programi obveščanja, svetovanja in osebne pomoči), sta potrebni njihova širitev in zagotovitev zadostnega in stalnega vira financiranja.

V vseh socialnovarstvenih zavodih je leta 2016 bivalo okoli 22.000 oseb, od tega jih je bilo nekaj več kot 18.000 starejših od 65 let. Med starejšimi jih je bilo približno 50 % z duševnimi in nevrološkimi motnjami.

V različne oblike institucionalnega varstva odraslih med 19. in 64. letom je bilo v socialnovarstvenih zavodih vključenih okoli 4.000 oseb. Med temi so osebe z motnjami v duševnem razvoju, težavami v duševnem zdravju, senzornimi, telesnimi in kombiniranimi težavami. Od tega jih manjši delež biva v bivalnih enotah, večina pa na večjih oddelkih. Glede na priporočila, da se oskrba izvaja čim bližje domačega okolja, trenutna ponudba ni ustrezna in zadostna. Stopnja institucionalizacije oseb do 64. leta je ena izmed višjih v Evropi. Ukrepi za zmanjševanje institucionalizacije so povezani z vzpostavljanjem mreže skupnostnih služb, ki bi lahko odgovorile na potrebe te populacije.

Specifični cilj 1: Zagotavljanje pogojev v skupnosti za zmanjševanje in preprečevanje institucionalizacij oseb s težavami v duševnem zdravju

Nosilna ministrstva: MDDSZ, MZ, MOP, SVRK

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

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

Specifični cilj 2: Načrtno postopno zmanjševanje števila odraslih s težavami v duševnem zdravju, in kombiniranimi motnjami, ki so vključeni v socialnovarstvene zavode, ter njihova preselitev v skupnostne oblike bivanja in trajno izvajanje socialnovarstvenih programov, namenjenih skupnostni obravnavi oseb s težavami v duševnem zdravju.

Nosilna ministrstva: MDDSZ, MZ, MOP, SVRK

Ukrep 1: Zagotavljanje kakovostnih socialnovarstvenih storitev in programov namenjenih skupnostni obravnavi oseb s težavami v duševnem zdravju.

Ukrep 2: Razvoj integrirane skupnostne podpore za varno bivanje, zaposlovanje in zdravljenje za osebe, ki so bile dolgotrajno institucionalizirane.

Ukrep 3: Gradnja namenskih bivalnih enot.

5.3.2.5 Zagotavljanje ustrezne celostne oskrbe za osebe s težavami v duševnem zdravju in nevarnim vedenjem

V Sloveniji narašča število oseb z duševno motnjo, za katere je značilno nevarno vedenje, s katerim ogrožajo sebe in druge. Obstoječa ureditev ni ustrezna, saj je za te osebe treba vzpostaviti oziroma dopolniti ustrezne oblike obravnave v institucionalni obliki in v skupnosti.

Specifični cilj 1: Vzpostavitev celostne in učinkovite obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju in nevarnim vedenjem, ki bo ponujala kontinuirano, varno in učinkovito oskrbo.

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

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

Ukrep 2: Vzpostavitev ustreznih pogojev za obravnavo za osebe s težavami v duševnem zdravju in nevarnim vedenjem v posebnih socialnovarstvenih zavodih in v vzgojnih zavodih z ustreznimi standardi kadra, znanja in veščin ter prostorov.

Ukrep 3: Vzpostavitev multidisciplinarnih obravnav oseb z izrečenim varnostnim ukrepom obveznega psihiatričnega zdravljenja na prostosti (ambulantno zdravljenje). Priprava protokolov in standardov za izvajanje varnostnega ukrepa obveznega psihiatričnega zdravljenja na prostosti (sodelovanje z izvajalci skupnostne obravnave).

Ukrep 4: Vzpostavitev multidisciplinarnih obravnav v skupnosti za osebe s težavami v duševnem zdravju in nevarnim vedenjem. Priprava protokolov in standardov za izvajanje psihosocialnih rehabilitacijskih programov.

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

Ukrep 6: Vzpostavitev specializirane obravnave oseb z najtežjimi oblikami motenj v duševnem zdravju, pri katerih obstaja (ponovitvena) nevarnost storitve kaznivega dejanja (heteroagresivno vedenje).

5.3.3 Naslavljanje specifičnih potreb starejših na področju duševnega zdravja

Starejši lahko pomembno pripomorejo h kakovosti družbenega življenja in gospodarstva, 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. Pomembne so storitve in programi socialnega varstva, ki omogočajo, da starejši dlje časa ostajajo v domačem okolju. Na področju preprečevanja nasilja nad starejšimi pa je še posebno pomembna vloga CSD. Delno na njihove potrebe odgovarjajo socialno varstveni programi v skupnosti, ki pa niso deležni rednega financiranja kot dopolnilna dejavnost javnih služb. Potrebno je krepiti sodelovanje med izvajalci na področju zdravstva in socialnega varstva ter prav tako med izvajalci formalne in neformalne oskrbe. Zakon o dolgotrajni oskrbi prinaša sistemske rešitve za deinstitucionalizacijo in dolgotrajno oskrbo starejših na domu. Rešitve in ukrepi, ki jih prinaša RNPZ na področju oskrbe v skupnosti, pa omogočajo 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 je skupno povprečje članic EU. Razmerje med izvedenimi samomori in samomorilnimi poskusi pri starejših se razlikuje od splošnega povprečja, in sicer je več izvršenih samomorov. Prav tako je pri starejših prisotno indirektno samodestruktivno vedenje, pri čemer prevladujejo starejše ženske.

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

Pri starejših sta skrb za duševno in telesno zdravje prepleteni, saj imajo pogosto več diagnoz. Tako pri demenci, ki spada med najpogostejše bolezni starejših, po ugotovitvah strokovnjakov v napredovalem stadiju bolezni osebe običajno niso le kognitivno, temveč tudi telesno oslabele, zaradi česar so lahko popolnoma odvisne od oskrbe druge osebe. Zato je pomembno, da se okrepijo kadrovske zmogljivosti na primarni ravni zdravstvenega varstva in v okviru socialnega varstva ter da so timi, ki obravnavajo starejšo populacijo ustrezno izobraženi in usposobljeni za to delo. Timi družinskega zdravnika bodo imeli ustrezno podporo v CDZO, ki bodo hkrati v strokovno pomoč tudi socialnim službam. Obvladovanje problematike demence se naslavlja v posebnih dokumentih (že sprejeta Strategija obvladovanje demence v Sloveniji do leta 2020 in Akcijski načrt, ki še nastaja).

Starejši se pogosto ne znajdejo v sistemu služb, zato bi morali pri zdravstvenih in socialnih izvajalcih priporočljivo pa tudi drugod, organizirati svetovanje in vodenje, ki bo starejšim olajšalo dostop do in koriščenje storitev različnih služb (starejšim prijazno okolje).

Raziskave, ki so poskušale odgovoriti na vprašanje, kaj so varovalni dejavniki za pojav depresije med starejšimi, so poudarile 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

Nosilni ministrstvi: MZ, MDDSZ

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

Ukrep 2: Okrepitev preventivne vloge patronažne službe, in službe pomoči na domu pri obravnavi starejših v domačem okolju.

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

Specifični cilj 2: Varstvo pravic starejših

Nosilni ministrstvi: MDDSZ, MZ

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

Ukrep 2: Krepitev kompetenc negovalnega in oskrbovalnega osebja z namenom preprečevanja nasilja nad starejšimi.

Ukrep 3: Podpora programom zagovorništva, ki ponujajo brezplačno pravno pomoč starejšim in spodbuja medvrstniško pomoč na področju zastopanja in zagovorništva.

Ukrep 4: Organiziranje svetovalcev/pomočnikov v lokalnem okolju oziroma v večjih bolnišnicah in socialnovarstvenih zavodih za usmerjanje in pomoč starejšim pri uporabi služb/storitev, vključno z vzpodbujanjem sodelovanja samopomočnih vrstniških skupin in organizacij s formalnimi izvajalci v lokalnem okolju.

5.3.4 Psihološka in psihoterapevtska dejavnost

Specifični cilj 1: Izboljšati dostop do psiholoških in psihoterapevtskih storitev

Nosilna ministrstva: MZ, MDDSZ in MIZŠ

Ukrep 1: Normativna ureditev psihološke in psihoterapevtske dejavnosti.

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

Ukrep 3: Vzpostavitev standardov in normativov za psihološke in psihoterapevtske storitve za obravnavo duševnih motenj.

Ukrep 4: Sistemska ureditev financiranja in razpisovanja specializacije iz klinične psihologije.

Ukrep 5: Razpisovanje 25 do 30 specializacij letno iz klinične psihologije v nadaljnjem deset letnem obdobju.

Ukrep 6: Vključitev ustreznega kadra, ki izvaja psihološke in psihoterapevtske storitve, v mrežo služb za duševno zdravje.

5.4 Alkohol in duševno zdravje

Tvegana in škodljiva raba alkohola je eden od 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 (v nadaljnjem besedilu: ŠRA) je preprečljiv vzrok prezgodnje umrljivosti. Zdravstveni stroški, ki so povezani s pitjem alkohola, so v Sloveniji v letih 2011–2014 v povprečju znašali 153 milijonov EUR na leto. Če prištejemo še grobo oceno nekaterih drugih stroškov (na primer prometne nezgode, nasilje v družini, kriminalna dejanja vandalizem), se ta številka poveča na 234 milijonov EUR (Sedlak in dr., 2015, Rehm in dr., 2012).

ŠRA je 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 se težave spregledajo. 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 in matere po porodu. Izpostavljenost ploda ali nerojenega otroka alkoholu med nosečnostjo lahko povzroči duševne motnje iz spektra fetalnega alkoholnega sindroma. 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 treba sprejeti celovito alkoholno politiko (dostopnost, cena, oglaševanje, označevanje izdelkov, obveščanje, ozaveščanje, zgodnje odkrivanje in obravnava).

V okviru tega prednostnega področja pa se omejujemo na nekaj specifičnih ciljev in ukrepov, ki naslavlja problem alkohola z vidika duševnega zdravja.

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

Nosilni ministrstvi: MZ, MDDSZ

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 s spreminjanjem družbenih norm in odgovornim komuniciranjem o alkoholu.

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

Nosilni ministrstvi: MZ, MDDSZ

Ukrep 1: Okrepitev znanja in veščin za zgodnjo prepoznavo težav zaradi pitja alkohola in/ali zasvojenosti, ki poleg zdravstvenih vključuje tudi službe socialnega varstva, služb dela na področju družine, 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 in v patronažni službi), ter vključitev teh postopkov v službe socialnega varstva in služb dela z družino.

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 in za njihove bližnje (na primer strokovno vodeni klubi in društva zdravljenih alkoholikov).

5.5 Preprečevanje samomorilnega vedenja, posebej pri starejših

Po mnenju 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 (na primer umor ali uboj) skupaj. Javnozdravstveni problem so tudi druge oblike samomorilnosti, kot so samomorilni poskusi, nekatere oblike samopoškodovalnega vedenja in samomorilne misli. Slovenija spada med države, ki so zaradi samomora bolj ogrožene. Samomor je velik javnozdravstveni problem od poznega otroštva oziroma zgodnje adolescence dalje. Razlogi za samomorilno vedenje so številni, med pogoste prištevamo zasvojenosti ter duševne motnje, kot so depresija, zloraba alkohola in drugih drog. Samomor je pogostejši med brezposelnimi, socialno izključenimi, osamljenimi in revnimi.

Samomor je pojav, ki ga lahko preprečujemo. Upad umrljivosti zaradi samomora v Sloveniji v zadnjih letih je spodbuda 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 ozaveščenosti in pismenosti na področju duševnega zdravja, s poudarkom na samomoru

Nosilna ministrstva: MZ, MDDSZ, MIZŠ

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 ter krepitev veščin za ukrepanje).
- Posredovanje informacij o samomorilnem vedenju, njegovem preprečevanju in možnostih ukrepanja (na primer predavanja in delavnice za splošno javnost) pri različnih populacijah (otroci, odrasli, starostniki ...).

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

Specifični cilj 2: Zgodnja identifikacija ogroženih oseb

Nosilna ministrstva: MZ, MDDSZ, MIZŠ

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

- Nenehno izobraževanje vseh tako imenovanih vratarjev sistema in drugih (na primer pediatri, splošni zdravniki/zdravnice, psihologi/psihologinje, medicinske sestre/tehniki, socialni delavci/delavke, policisti/policistke, gasilci/gasilke, učitelji/učiteljice in drugi strokovni delavci/delavke, zaposleni v nevladnem sektorju ...) ter krepitev njihovih veščin za prepoznavanje in ukrepanje ob samomorilnem vedenju.
- Vzpostavitev protokolov sodelovanja, razmejitev pristojnosti/odgovornosti med različnimi vratarji sistema in skupnostnimi službami.
- Zagotoviti takojšnje intervencije skupnostnih služb v primeru samomorilne 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

Nosilna ministrstva: MZ, MDDSZ, MIZŠ

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, prednostne skupnostne in ambulantne obravnave, vzpostavitev urgentne oziroma 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 svojce oseb po poskusu/storitvi samomora, psihoterapevtske storitve).

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

Specifični cilj 4: Zmanjševanje porabe alkohola

Nosilna ministrstva: MZ, MIZŠ, MDDSZ

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

Nosilna ministrstva: MNZ, MP, MZ, MOP

Ukrep 1: Proučitev 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 ozaveščenost na področju duševnega zdravja in destigmatizacijo je treba vsebine duševnega zdravja ustrezno vključiti v vse ravni izobraževanja. Pomembna sta izobraževanje in ozaveščanje splošne javnosti na področju duševnega zdravja, ki je posebej naslovljeno v poglavju 5.2. Ustrezna znanja in veščine je treba zagotoviti za vse strokovnjake in strokovne sodelavce, ki se srečujejo z osebami s težavami v duševnem zdravju. Vlaganje v izobraževanje in usposabljanje je ključno za učinkovito implementacijo RNPĐZ 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 v kurikulumu in kroskurikularne teme osnovnih in srednjih šol.

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 družini ter vzgoji in izobraževanju.

Ukrep 3: Vključitev vsebin o duševnem zdravju v redno strokovno izpopolnjevanje za vse poklicne skupine, ki delajo z ljudmi (zdravstvo, sociala in družina vzgoja in izobraževanje, pravosodje in organi pregona).

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

Nosilna ministrstva: MIZŠ, MZ, MDDSZ, MNZ

Ukrep 1: Razvoj oziroma posodobitev modelov izobraževanj za interdisciplinarno delo in sodelovanje pri obravnavi oseb s težavami v duševnem zdravju.

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

Ukrep 3: Izvajanje izobraževanj za interdisciplinarne time v CDZOM ter interdisciplinarne time 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 oseb z duševno motnjo in nevarnim vedenjem.

Ukrep 6: Uvedba dodiplomske smeri izobraževanja na področju zdravstvene nege in socialnega dela oziroma specializacija s področja duševnega zdravja za zdravstveno nego ter dopolnitev usposabljanja zdravstvenih delavcev in strokovnih delavcev drugih strok.

Specifični cilj 3: Izobraževanje za zastopništvo in koordinacijo obravnave v skupnosti

Nosilni ministrstvi: MDDSZ, MZ

Ukrep 1: Izvajanje kontinuiranega izobraževanja in usposabljanja zastopnikov pravic oseb na področju duševnega zdravja.

Ukrep 2: Izvajanje kontinuiranega izobraževanja in usposabljanja za izvajalce koordinacije obravnave v skupnosti.

5.6.2 Raziskovanje

Kazalnike na področju duševnega zdravja spremljamo z rednimi zdravstvenimi in drugimi statistikami, ter rednimi in obdobjnimi raziskavami, ki pa ne zagotavljajo vseh potrebnih podatkov. V skladu s potrebami spremljanja področja duševnega zdravja je treba

opredeliti mednarodno primerljiv nabor podatkov, ki bo omogočal primerljivo spremljanje področja duševnega zdravja.

Raziskovanje na področju duševnega zdravja je zelo pomembno. Sredstva raziskovalci in raziskovalne organizacije pridobivajo na državni ravni na razpisih Agencije za raziskovanje Republike Slovenije. Poleg obstoječih načinov raziskovanj je treba uvesti več aplikativnih in kvalitativnih raziskav na terenu z vključevanjem uporabnikov in izvajalcev, ugotavljanjem njihovih potreb ter zadovoljstvom z obravnavami. Treba je tudi spodbujati 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 moških in žensk v vseh starostnih skupinah po spolu ter v ogroženih skupinah prebivalstva.

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

Ukrep 3: Vzpostavitev delovne skupine za proučitev 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 po spolu v različnih populacijah (otroci in mladi, odrasli, starostniki, posebej ogrožene populacije ...).

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

5.6.3 Spremljanje in evalvacija RNPĐZ

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

6. VODENJE IN KOORDINACIJA TER PODPORA IMPLEMENTACIJI NACIONALNEGA PROGRAMA DUŠEVNEGA ZDRAVJA

6.1 Vodenje in koordinacija implementacije nacionalnega programa duševnega zdravja

Doseganje ciljev iz RNPĐZ 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 do omogočanja 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 s ponavljajočo se duševno motnjo, povezovanja služb in programov za preprečevanje in obravnavo različnih oblik odvisnosti ter preprečevanje samomora. Implementacija obsežnega nabora prepletenih in soodvisnih aktivnosti je lahko uspešna le, če ima vzpostavljeno dobro načrtovano mrežo strokovnjakov na državni, regionalni in lokalni ravni, ki v skladu z RNPDPZ vodijo in koordinirajo aktivnosti, medsebojno povezujejo deležnike in nosilce aktivnosti.

Hkrati so pomembni tudi usklajen razvoj potrebnih programov na področju duševnega zdravja, načrtovanje in dogovarjanje implementacije ter širitve timov v skupnosti, povezano med službami na področju zdravstvenega, socialnega varstva ter vzgoje in izobraževanja. Sprotno pa je potrebno spremljanje stanja na področju duševnega zdravja ter spremljanje in evalvacija uspešnosti implementacije in doseganja ciljev RNPDPZ. Vse te naloge bo opravljala na novo vzpostavljena struktura za upravljanje RNPDPZ, ki jo bo izvajal NIJZ na državni in regionalni ravni ob sodelovanju in vključevanju interdisciplinarnih in medresorskih strokovnjakov na področju duševnega zdravja, zagovorniških in humanitarnih organizacij ter predstavnikov uporabnikov/uporabnic, ki se bodo organizirali in delovali v strokovnih delovnih skupinah.

Specifični cilj 1: Vzpostavitev upravljske strukture za strokovno vodenje in interdisciplinarno ter medinstitucionalno koordinacijo implementacije RNPDPZ na državni, regionalni in lokalni ravni

Nosilna ministrstva: MZ, MDDSZ, MIZŠ

Ukrep 1: Okrepitev kadrovskega zmogljivosti MZ, MDDSZ za podporo implementaciji RNPDPZ in strokovnega pokrivanja nalog na področju duševnega zdravja.

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

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

Ukrep 4: Vzpostavitev območnih in lokalnih koordinatorjev/koordinatorok implementacije RNPDPZ na OE NIJZ ter v območnih/lokalnih centrih za duševno zdravje.

Ukrep 5: Vključitev vseh ključnih predstavnikov stroke, resorjev, predstavnikov uporabnikov in NVO na področju izvajanja socialnovarstvenih programov v skupnosti v državno, programov v podporo družini, območno in lokalno koordinacijo, implementacijo, spremljanje in evalvacijo RNPDPZ.

6.2 Podpora implementaciji nacionalnega programa duševnega zdravja

Implementacija RNPDPZ zahteva podporo celotne družbe, politike, stroke in civilne družbe. Za podporo učinkoviti implementaciji je potrebna zaveza celotne vlade ter politike na

državni in lokalni ravni, zato se vzpostavljajo formalne strukture na državni in lokalni ravni, ki bodo omogočale, da bodo cilji duševnega zdravja vključeni v agendo vseh resorjev vlade ter da bo tudi lokalna politika zaznala pomen in dala podporo skupnostnemu udejanjanju duševnega zdravja.

Specifični cilj 1: Vzpostavitev državnih, regijskih in lokalnih odločevalskih/upravljalških struktur v podporo implementaciji RNPĐZ

Nosilna ministrstva in institucije: Vlada RS, MZ, MĐĐSZ, MIZŠ, MF, MKGP, MJU, MGRT, SVRK

Ukrep 1: Vzpostavitev in delovanje vladnega Sveta RS za duševno zdravje, ki vključuje ministre resornih ministrstev, predstavnike Službe Vlade RS za razvoj in evropsko kohezijsko politiko, predstavnike izvajalcev, uporabnikov in njihovih združenj, izobraževalnih in raziskovalnih institucij na področju duševnega zdravja, ter predstavnikov združenj lokalne samouprave. Vladni Svet RS za duševno zdravje podpira uresničevanje nalog in doseganje ter spremljanje zastavljenih resornih ciljev iz RNPĐZ, sestaja pa se vsaj dvakrat na leto. Vodi ga minister za zdravje, strokovno podporo pa mu daje programski svet RNPĐZ, ki deluje pri NIJZ. Vladni svet RS za duševno zdravje enkrat na dve leti poroča Državnemu zboru o realizaciji nalog in doseganju ciljev iz RNPĐZ.

Ukrep 2: Regijski svet za duševno zdravje (v nadaljnjem besedilu: RSDZ) se vzpostavi za območje, ki ga pokriva eden ali več CDZ (za okrog 80 000 prebivalcev) in vključuje vodjo/vodje CDZOM in CZDO, župane občin tega območja, predstavnike CSD, regijske zavode za šolstvo, direktorja/e območnih enot zavoda za zaposlovanje, strokovne direktorje regijske splošne in psihiatrične bolnišnice, direktorje ZD, vodje CKZ, predstavnike izvajalcev s področja socialnega varstva, predstavnike regijskih razvojnih agencij, predstavnike uporabnikov ter svojcev.

- RSDZ se seznanja s stanjem na področju duševnega zdravja populacije na območju, za katerega je ustanovljen, načrtuje, spremlja, spodbuja in omogoča implementacijo aktivnosti iz RNPĐZ za svoje gravitacijsko območje. Ob podpori stroke CDZ in OE NIJZ pripravi regijski načrt za duševno zdravje za 2 leti. Enkrat letno RSDZ organizira konferenco o duševnem zdravju v regiji, na kateri se predstavijo tudi lokalni akcijski načrti za duševno zdravje in njihova implementacija.
- Strokovno vodenje in koordinacijo RSDZ izvaja CDZ v sodelovanju s koordinatorjem na OE NIJZ.

Ukrep 3: Vzpostavitev lokalne skupine za zdravje/duševno zdravje (v nadaljnjem besedilu: 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, predstavnike: vrtcev, delodajalcev, izvajalcev na področju socialnega varstva, občine ali več občin, policije in drugih predstavnikov, ki jih lokalna skupnost prepoznava kot pomembne za krepitev zdravja/duševnega zdravja v lokalnem okolju.

- LSZ/DZ pripravi dveletne akcijske načrte za duševno zdravje za svoje gravitacijsko območje na katerem spremlja, načrtuje, podpira in omogoča udejanjanje nalog iz RNPĐZ na lokalni ravni. Pri tem vključuje skupnostni pristop vseh deležnikov v skupnosti pri krepitvi duševnega zdravja in obravnavi oseb s težavami v duševnem zdravju. Sestaja se vsaj dvakrat na leto in rezultate udejanjanja nalog in doseganja ciljev iz RNPĐZ enkrat na leto predstavi na regijski konferenci o duševnem zdravju.
- Strokovno podporo in koordinacijo lokalnega sveta za duševno zdravje izvaja CKZ iz ZD ob strokovni podpori OE NJIZ in CDZ.

RNPDZ obsega celostno ureditev področja varovanja duševnega zdravja v RS 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 državni ravni in na ravni lokalnih okolij prepoznati pomen prizadevanja za varovanje duševnega zdravja in s tem preprečevati duševne motnje. Ukrepi, ki jih prinaša RNPDZ, so dveh vrst:

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

Na področju zdravstva, socialnega varstva in družine se nenehno srečujemo z neskladnostjo med potrebami in viri (človeškimi in finančnimi), zato je treba skromne vire prek 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 učinkoviti obravnavi 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 vložen 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 večjim tveganjem – tako imenovano partnerstvo z družino za zdravje in programi starševstva Neverjetna leta so del priporočene strategije SZO (Investing in Children, The European Child Maltreatment Prevention Action Plan 2015–2020). Stroškovna učinkovitost programov, usmerjenih v pomoč družini v prvih šestih letih otrokovega življenja, je namreč velika in dolgoročna, od 1 : 2,3 do 1 : 33 za programe pomoči družinam otrok z velikim tveganjem (MacMillan in sod., 2009).

Slabo ravnanje z otroki, ki obsega čustveno, telesno in spolno zlorabo ter zanemarjanje otrok, je veliko javnofinančno breme državam, in sicer zaradi tveganj, ki jih predstavlja za duševno zdravje otrok in odraslih ter za razvoj kroničnih telesnih bolezni v odraslosti. Tudi v razvitem svetu je različnim oblikam zlorabe izpostavljenih od 9 do 29 % otrok. Stroški le-te so izredno visoki, posredni in neposredni stroški so v ZDA ocenjeni na 210.000 dolarjev na leto na posamezno žrtev zlorabe (kar je več kot primerljiv strošek možganske kapi ali sladkorne bolezni), kar skupno pomeni 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 % otrok) v odraslosti pomenijo večino ekonomskega bremena družbe iz različnih resorjev. Dejavniki tveganja, ki jih je mogoče prepoznati že pri treh letih, 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, so zato pomembne priložnosti za ukrepanje družbe kot celote (Caspi in sod., 2016).

Navajamo še nekaj upravičenega vlaganja na področju duševnega zdravja: izobraževanje splošnih zdravnikov o prepoznavanju samomorilnega vedenja pri svojih bolnikih je 1 : 54,45, zgodnje prepoznavanje psihoze je 1 : 10,27, promocija duševnega

zdravja na delovnem mestu je 1 : 9,69, zgodnja prepoznavna in obravnava depresije pri aktivni populaciji pa 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 skupaj objavila 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 prepozna, 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 zmanjša ceno obravnave teh ljudi v vseh delih sistema. Dejstva s področja javnega zdravja in ekonomije govorijo o pomembnosti celostne skupnostne skrbi za duševno zdravje, ustreznih sistemov socialne varnosti in programov za varna delovna mesta, podpore družinam in staršem, podpore pri reševanju dolgov in aktivne alkoholne politike (Wahlbeck: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3449359/>).

Stroškovno učinkovitost celotne RNPZ je mogoče le 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, socialne zadeve in enake možnosti, sredstva iz virov Evropske unije in drugih mednarodnih virov, sredstva iz Programa norveškega finančnega mehanizma in sredstva ZZZS ter iz proračuna lokalnih skupnosti.

Proračunska sredstva različnih ministrstev bodo pokrila udejanjanje ukrepov s 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 katere so vključene SVP, programe zagovorništva in uporabniške programe.

Sredstva iz ZZZS so namenjena dopolnjevanju mreže 22 razvojnih ambulant z interdisciplinarnimi timi Centrov za zgodnjo obravnavo, vzpostavljanju novih timov v 25 CDZOM, 25 CDZO z ambulantnimi in skupnostnimi psihiatričnimi obravnavami, 7 subspecialističnih ambulantnih timov na državni oziroma regijski ravni za obravnavo otrok in mladostnikov s kompleksnejšimi motnjami in komorbidnimi stanji, krepitvi pedopsihiatričnih hospitalnih timov, vzpostavljanju gerontopsihiatričnih hospitalnih enot ter specializiranih enot za obravnavo posameznih duševnih motenj. Timi se vzpostavljajo enakomerno v obdobju 10 let, po prednostnem principu v okoljih z večjo ogroženostjo glede duševnega zdravja in manjše dostopnosti do storitev. Stroški novega kadra in njihovega izobraževanja so prikazani v tabeli 2.

Načrtovana je dopolnitev in širitev mreže svetovalnih centrov za otroke in mladostnike z rizičnimi dejavniki. Natančni stroški bodo znani po določitvi standarda kadra in

programov za pomoč otrokom in mladostnikom z rizičnimi dejavniki ter po pripravi sistemskih podlag v naslednjih dveh letih, v sodelovanju z MIZŠ.

Programi in službe, ki so v pristojnosti MDDSZ se bodo širili in nadgrajevali skladno z že sprejetimi strateškimi dokumenti in izvedenimi pilotnimi projekti v letih 2018-2020. V tem obdobju bo MDDSZ tudi pripravljalo predlog novega strateškega dokumenta za področje socialnega varstva za obdobje od 2021 do 2030.

Za namene nadgradnje programov, razvoj novih modelov in pristopov na področju duševnega zdravja in vzpostavljanje pogojev za deinstitucionalizacijo ter izvajanje nadgrajenih skupnostnih programov za obravnavo oseb z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju se bodo MDDSZ, MZ in MIZŠ vključevala v financiranje s pomočjo obstoječih proračunskih sredstev in sredstev novega programskega obdobja za črpanje Evropskega socialnega sklada (ESS) in Evropskega sklada za regionalni razvoj (ESSR) ter iz drugih virov.

Koristi pričakujemo na podlagi ocene:

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

Tabela 1. Potrebna dodatna finančna sredstva predloga RNPZ 2018–2028, za leti 2018 in 2019, ki izhajajo iz proračuna in ZZZS

		Potrebna dodatna finančna sredstva predloga RNPZ 2018–2028, za leti 2018 in 2019	
		2019 (dodatna sredstva, t=2018)	2020 (dodatna sredstva, t=2018)
		t+1	t+2
MZ		+967.500,00 EUR	+2.890.500,00 EUR
MDDSZ		+200.000,00 EUR	+300.000,00 EUR
ZZZS	Izvajalci (ZZZS)	+ 4.751.636,51 EUR	+8.965.299,51 EUR

*Nova sredstva ZZZS se bodo določala vsako leto s splošnim dogovorom

Tabela 2: 10 letni načrt implementacije služb za duševno zdravje znotraj zdravstvenega sektorja in stroški zdravstvene blagajne (ZZZS)

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Otroci in mladostniki	4.166.472,53 €	3.043.335,28 €	1.534.484,48 €	1.534.484,48 €	1.534.484,48 €	1.372.443,32 €	1.205.402,16 €	1.570.096,00 €	111.320,64 €	111.320,64 €
Odrasli in starejši	585.163,98 €	1.170.327,96 €	2.339.795,30 €	2.008.536,74 €	2.012.536,74 €	2.302.688,42 €	2.302.688,42 €	2.302.688,42 €	2.302.688,42 €	1.206.574,22 €
Skupaj ZZZS	4.751.636,51 €	4.213.663,24 €	3.874.279,78 €	3.543.021,22 €	3.547.021,22 €	3.675.131,74 €	3.508.090,58 €	3.872.784,42 €	2.414.009,06 €	1.317.894,86 €
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Center za zgodnjo obravnavo	2.631.988,05 €	1.508.850,80 €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Število timov, ki se financirajo od 1. 8. 2019	3									
Število dopoljenih timov	19	19								
Center za duševno zdravje otrok in mladostnikov	1.094.081,52 €	1.094.081,52 €	1.094.081,52 €	1.094.081,52 €	1.094.081,52 €	1.094.081,52 €	1.094.081,52 €	1.458.775,36 €	- €	- €
Število novih timov	3	3	3	3	3	3	3	4	0	0
Patronažna služba za otroke in mladostnike	111.320,64 €	111.320,64 €	111.320,64 €	111.320,64 €	111.320,64 €	111.320,64 €	111.320,64 €	111.320,64 €	111.320,64 €	111.320,64 €
Število dodatnih patronažnih sester	3	3	4	3	4	4	4	4	0	0
Subspecialistični timi za otroke in mladostnike	167.041,16 €	167.041,16 €	167.041,16 €	167.041,16 €	167.041,16 €	167.041,16 €	- €	- €	- €	- €
Število timov	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0
Hospitalni oddelki za otroke in mladostnike	162.041,16 €	162.041,16 €	162.041,16 €	162.041,16 €	162.041,16 €	- €	- €	- €	- €	- €
Število timov	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0
Skupaj	4.166.472,53 €	3.043.335,28 €	1.534.484,48 €	1.534.484,48 €	1.534.484,48 €	1.372.443,32 €	1.205.402,16 €	1.570.096,00 €	111.320,64 €	111.320,64 €
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Center za duševno zdravje odraslih	510.950,22 €	1.021.900,44 €	1.532.850,66 €	1.532.850,66 €	1.532.850,66 €	1.532.850,66 €	1.532.850,66 €	1.532.850,66 €	1.532.850,66 €	510.950,22 €
Število timov ambulate	1	2	3	3	3	3	3	3	3	1
Število timov SPO	1	2	3	3	3	3	3	3	3	1
Patronažna služba za starejše	74.213,76 €	148.427,52 €	148.427,52 €	148.427,52 €	148.427,52 €	111.320,64 €	111.320,64 €	111.320,64 €	111.320,64 €	37.106,88 €
Število dodatnih patronažnih sester	2	4	4	4	4	3	3	3	3	1
Subspecialistični timi za gerontopsihiatrijo	- €	- €	331.258,56 €	- €	331.258,56 €	331.258,56 €	331.258,56 €	331.258,56 €	331.258,56 €	331.258,56 €
Število timov	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1
Subspecialistični timi za določene motnje in	- €	- €	327.258,56 €	327.258,56 €	- €	327.258,56 €	327.258,56 €	327.258,56 €	327.258,56 €	327.258,56 €
Število timov	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1
Skupaj	585.163,98 €	1.170.327,96 €	2.339.795,30 €	2.008.536,74 €	2.012.536,74 €	2.302.688,42 €	2.302.688,42 €	2.302.688,42 €	2.302.688,42 €	1.206.574,22 €

8. SEZNAM KRATIC

ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorders (motnja pozornosti s hiperaktivnostjo)
CDZ – Center za duševno zdravje
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
CZO – Center za zgodnjo obravnavo
DI – Deinstitutionalizacija
EU – Evropska unija
IDS – Interdisciplinarne delovne skupine
IKT – Informacijsko komunikacijske tehnologije
LSZ/DZ – Lokalna skupina za (duševno) zdravje
MDDSZ – Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti
MGRT – Ministrstvo za gospodarski razvoj in tehnologijo
MIZŠ – Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport
MJU – Ministrstvo za javno upravo
MOP – Ministrstvo za okolje in prostor
MP – Ministrstvo za pravosodje
MZ – Ministrstvo za zdravje
NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje
NVO – Nevladne organizacije
OE NIJZ – Območna enota Nacionalnega inštituta za javno zdravje
RNPĐZ – Resolucija o nacionalnem planu duševnega zdravja 2018-2028
RSDZ – Regijski svet za duševno zdravje
RSK – Razširjeni strokovni kolegij
SFAS – Spekter fetalnega alkoholnega sindroma
SCOM – Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše
SPO – Skupnostna psihiatrična obravnava
SVP – Socialnovarstveni programi
SZO – Svetovna zdravstvena organizacija
ŠRA – Škodljive rabe alkohola
UKC – Univerzitetni klinični center
UPK – Univerzitetna psihiatrična klinika
VIU – Vzgojnoizobraževalna ustanova
ZN – Združeni narodi
ZVDZ – Zakon o varnosti in zdravju pri delu
ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

9. POJMOVNIK

Absentizem

Zdravstveni absentizem je začasna zadržanost od dela zaradi bolezenskih razlogov. Drug izraz za absentizem je bolniški stalež. Absentizem je družbeni, organizacijski in pravni problem, ki ima ekonomske posledice za delavce, delodajalce, gospodarstvo in področje obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Breme bolezni

Analiza, s katero se ovrednotijo zdravstveni izidi bolezni oziroma zdravstveno stanje izbrane populacije. Meri se z ekonomskimi stroški, smrtnostjo, obolevnostjo in drugimi kazalniki. Pogosto se ovrednoti z leti zdravstveno kakovostnega življenja (QALY, angl. quality-adjusted life year) ali v letih življenja, prilagojenih nezmožnosti (DALY, angl. disability-adjusted life year). Oba kazalnika prikazujeta število let življenja, izgubljenih zaradi bolezni. Eno leto življenja, prilagojeno nezmožnosti, je eno zdravo leto, ki ga bolnik izgubi, skupno breme bolezni pa pomeni mero vrzeli življenja, torej razliko med trenutnim in idealnim zdravstvenim stanjem (pri čemer se upošteva, da posameznik doseže starost brez bolezni ali nezmožnosti).

Center za duševno zdravje odraslih

Center za duševno zdravje odraslih se ustanovi pri zdravstvenem domu za izvajanje storitev za duševno zdravje odraslih in pokriva potrebe od 50.000 do 70.000 odraslih, starejših od 19 let. Svoje službe organizira tako, da omogoča enako dostopnost celotne populacije območja, ki ga pokriva, sodeluje s službami v lokalnem okolju in zagotavlja povezane interdisciplinarne intervencije.

Izvaja skupnostne psihiatrične obravnave ter ambulantne obravnave, vključno s triažo in konziliarno službo.

Center za duševno zdravje otrok in mladostnikov

Center za duševno zdravje otrok in mladostnikov se ustanovi pri zdravstvenem domu za izvajanje storitev za duševno zdravje otrok in mladostnikov ter pokriva potrebe 15.000–17.000 otrok in mladostnikov. Svoje službe organizira tako, da omogoča enako dostopnost celotne populacije območja, ki ga pokriva. Sodeluje s službami v lokalnem okolju in zagotavlja povezane interdisciplinarne intervencije.

Center za krepitev zdravja

Centri za krepitev zdravja (CKZ) so samostojne organizacijske enote v zdravstvenih domovih. Delujejo v zdravstvenih domovih Celje, Vrhnika in Sevnica, leta 2018 se bodo vzpostavili še v 25 zdravstvenih domovih.

CKZ izvajajo program za krepitev zdravja (skupinske delavnice in individualna svetovanja za dolgotrajno spremembo življenjskih navad, ki bodo vodile do boljšega počutja in zdravja) ter aktivnosti za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju v lokalnem okolju (v skrbi za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju sodelujejo in se povezujejo s CSD, uradi za delo, občino, vzgojno-izobraževalnimi institucijami, društvi za krepitev zdravega življenjskega sloga, z društvi bolnikov, z delovnimi organizacijami in ostalimi, ki lahko pripomorejo k zdravju prebivalstva v lokalnem okolju).

Center za zgodnjo obravnavo

Centri za zgodnjo obravnavo (CZO) otrok na primarni ravni zagotavljajo zgodnjo celostno/multidisciplinarno obravnavo otrok z ugotovljenimi motnjami v razvoju. CZO so sestavni del razvojnih ambulant. Opredeljeni so v Zakonu o celostni zgodnji obravnavi predšolskih otrok s posebnimi potrebami (Uradni list RS, št. 41/17).

Destigmatizacija

Proces oziroma aktivnost, ki ciljano deluje v smeri zmanjševanja stigme določenih zdravstvenih oziroma bolezenskih stanj. Destigmatizacija vpliva na povečano zavedanje problema in njegovo večjo sprejemljivost.

Dolgotrajna oskrba

Dolgotrajna oskrba je niz storitev, ki jih potrebujejo ljudje z zmanjšano stopnjo telesnih in kognitivnih sposobnosti ter so posledično v daljšem časovnem obdobju odvisni od pomoči pri izvajanju osnovnih oziroma podpornih dnevnih opravil. V prihodnosti bo to vedno večji izziv, saj se populacija stara, poleg tega trendi kažejo, da se bo ta populacija srečevala z oviranostjo in tako potrebovala podporo pri temeljnih dnevnih aktivnostih.

Duševna motnja

Duševna motnja je začasna ali trajna motnja v delovanju možganov, ki se kaže kot spremenjeno mišljenje, čustvovanje, zaznavanje, vedenje ter dojemanje sebe in okolja. Neprilagojenost moralnim, socialnim, političnim ali drugim vrednotam družbe se sama po sebi ne šteje za duševno motnjo.

Duševno zdravje

Duševno zdravje Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje kot stanje dobrega počutja, ki posamezniku omogoča, da uresničuje svoje potenciale, se spoprijema z vsakodnevnimi življenjskimi obremenitvami, da produktivno in plodno dela ter prispeva v svojo skupnost (WHO, 2014). Dobro duševno zdravje omogoča posamezniku, da udeležuje svoje umske in čustvene zmožnosti ter da je uspešen v poklicnem, družbenem in zasebnem življenju. Duševno zdravje se v zadnjih letih ne razume le kot stanje dobrega počutja v nasprotju s stanjem bolezni, ampak kot kontinuum.

Incidenca

Incidenca ali pojavnost je število novih primerov, epizod ali dogodkov, ki se pojavijo v določenem (opazovanem) obdobju (običajno eno leto) na določenem prostoru.

Interdisciplinarne delovne skupine

Interdisciplinarne delovne skupine (IDS) so strokovne skupine, organizirane pri programskem svetu, sestavljajo pa jih strokovnjaki različnih disciplin in sektorjev. Srečujejo se na delovnih sestankih in izvajajo usklajene naloge razvoja intervencij, izobraževanj, vodenja, koordiniranja in evalvacije implementacije RNPZ.

Komorbidnost

Komorbidnost je hkratio in nevzročno pojavljanje različnih bolezni, običajno gre za sočasno pojavljanje dveh (ali več) duševnih motenj (ali kombinacije duševne motnje s kronično telesno boleznijo ali motnjo zaradi psihoaktivnih snovi).

Kurativa

Kurativa ali zdravljenje so različni postopki in uporaba zdravil za povrnitev (duševnega) zdravja ali izboljšanje prizadetih telesnih ali duševnih funkcij.

Mreža služb za duševno zdravje

Mreža služb za duševno zdravje v RNPZ pomeni povezane izvajalce zdravstvenih in socialnih storitev ter drugih, ki izvajajo storitve za promocijo in krepitev

duševnega zdravja ter preventivo in obravnavo duševnih motenj, psihosocialno rehabilitacijo in druge storitve za duševno zdravje, ki se (so)financirajo iz proračunskih sredstev, sredstev za zdravstveno varstvo, pokojninsko zavarovanje oziroma drugih javnih sredstev.

Neenakosti v duševnem zdravju

Neenakosti v duševnem zdravju so sistematične, preprečljive in nepravične razlike v duševnem zdravju med posameznimi skupinami prebivalcev. Številne politike in intervencije, ki imajo pozitiven učinek na zdravje splošne populacije, pogosto ne dosežejo nujno ogroženih oziroma tistih iz bolj ranljivih socioekonomskih skupin in lahko celo povečajo socialno diferenciacijo. Intervencije morajo biti zato prilagojene potrebam in pogojem zadevnih relevantnih skupin. Ukrepi se vse bolj izvajajo tudi na področjih politik izven zdravstvenih sistemov.

Nevladna organizacija

Društvo, ki je od pristojnega ministrstva pridobilo status društva v javnem interesu v skladu z Zakonom o društvih (Uradni list RS, št. 64/11 – uradno prečiščeno besedilo) ali status humanitarne organizacije na podlagi Zakona o humanitarnih organizacijah (Uradni list RS, št. 98/03 in 61/06 – ZDru-1).

Obravnava

Postopek izvajanja zdravstvenih, socialno varstvenih ali drugih storitev in programov.

Pismenost na področju duševnega zdravja

Pismenosti na področju duševnega zdravja (angl. Mental Health Literacy) se nanaša na znanje, prepričanja in stališča o duševnih motnjah, znanje, ki pomaga pri njihovem prepoznavanju, obravnavi in preventivi.

Psihosocialna rehabilitacija

Psihosocialna rehabilitacija pomeni timske metode dela, ki posameznikom s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami omogočajo okrevanje, čim večjo samostojnost in funkcionalnost. Dokazano uspešne rehabilitacijske metode so usposabljanje za zaposlitev, učenje ter krepitev socialnih in vsakdanjih veščin ter različne psihoterapevtske metode, ki omogočajo obvladovanje duševne motnje in posledic.

Preventiva duševnih motenj

Preventivne dejavnosti na področju duševnega zdravja razdelimo na primarno (univerzalno, selektivno in indicirano), sekundarno in terciarno. Primarna preventiva je namenjena preprečevanju duševnih motenj, pri čemer je univerzalna primarna preventiva namenjena celotnemu prebivalstvu, selektivna skupinam ljudi s povečanim tveganjem za nastanek duševnih motenj in indicirana primarna preventiva ljudem, ki že imajo znake duševne motnje. Sekundarna preventiva je namenjena zgodnjemu prepoznavanju ter pravočasnemu in učinkovitemu zdravljenju duševnih motenj, terciarna preventiva pa preprečevanju zapletov in posledic duševne motnje ter rehabilitaciji. Sekundarna in terciarna preventiva se izvajata pretežno v zdravstvenem in socialnem sistemu.

Prezentizem

Prezentizem pomeni prisotnost na delovnem mestu, kljub delavčevemu slabemu počutju, bolezni ali motečim dejavnikom iz osebnega življenja.

Prevalenca

Prevalenca ali pogostost je delež ljudi z določenim znakom ali boleznijo v določeni populaciji ob določenem času. Pove nam, koliko ljudi ima na določen dan (raziskave) določene znake ali bolezni, ne glede na to, kdaj so zboleli ali se je pojavil ta znak. Navedena je v absolutnem številu primerov ali v odstotku določene populacije.

Programski svet

Programski svet je upravljalna struktura za strokovno vodenje in interdisciplinarno ter medinstitucionalno koordinacijo implementacije RNPĐZ na nacionalni, regijski in lokalni ravni. Za izvajanje teh nalog so pri programskem svetu organizirane interdisciplinarne delovne skupine (IDS).

Prolongirano zdravljenje

Zdravljenje, ki je namenjeno obravnavi tistih bolezni in motenj, ki potrebujejo daljšo obravnavo v bolnišnici. Prolongirano zdravljenje omogoča nepretrgano spremljanje bolnikov tudi po odpustu.

Promocija zdravja

Promocija zdravja je proces, ki omogoča, da ljudje oziroma skupnosti povečajo nadzor nad dejavniki, ki vplivajo na določilnice zdravja, in tako svoje zdravje izboljšajo. Koncept vključuje vplive na življenjski slog ter preostale socialne, ekonomske, okoljske in osebne dejavnike, ki prispevajo k zdravju, ter zahteva medresorsko delovanje. Področja vplivanja so: oblikovanje zdrave javne politike, preusmerjanje dejavnosti (primarnega) zdravstvenega varstva, oblikovanje podpornih okolij, usposabljanje ljudi in delo v lokalnem okolju. Temeljne strategije so zagovorništvo zdravja, omogočanje in posredovanje.

Razširjeni strokovni kolegij

Razširjeni strokovni kolegij je najvišji strokovni organ na posameznem medicinskem področju, katerega glavna naloga je oblikovanje strokovnih doktrin.

Referenčna ambulanta

Referenčna ambulanta družinske medicine je naziv za ambulanto družinske medicine z razširjenim timom zdravstvenega osebja, v kateri paciente poleg zdravnika in medicinske sestre spremlja tudi diplomirana medicinska sestra. Ta je prevzela spremljanje določenih parametrov urejenih kroničnih bolezni in preventivne aktivnosti.

Regijski svet za duševno zdravje

Regijski svet za duševno zdravje se ustanovi na ravni regije, za katero je vzpostavljen CDZ.

Rehabilitacija

V RPNĐZ govorimo o psihosocialni rehabilitaciji (glej zgoraj).

Samomor in poskus samomora

Smrt je opredeljena kot samomor, kadar so izpolnjeni vsi trije kriteriji, in sicer (i) smrt je posledica poškodbe ali zastrupitve, (ii) oseba si je poškodbo ali zastrupitev

prizadejala sama, (iii) oseba si je poškodbo ali zastrupitev prizadejala namenoma. Za poskus samomora velja enako kot za samomor, le da ni smrtnega izida.

Samomorilnost

Širši pojem, ki vključuje miselno (misel na samomor, načrt ...) in vedenjsko komponento, ki jo imenujemo tudi samomorilno vedenje (samomorilni poskus, samomor). Samomorilnost se lahko stopnjuje od blažjih (samomorilne misli, itd.) do bolj resnih oblik (samomorilni poskus, itd.).

Skupina za samopomoč

Skupina za samopomoč je majhna skupina ljudi, ki si delijo isto izkušnjo in imajo skupen namen rešiti problem oziroma stisko. Člani skupine so med seboj enakovredni, njihova vloga pa temelji na poslušanju in podpori. Skupina za samopomoč nima strokovnjaka, le koordinatorja pogovora, rešitev za problem pa lahko najde vsak član sam pri sebi, skozi izkušnje drugih in pogovor.

Skupnostna obravnava

Skupnostna obravnava je poenoten izraz za vse interdisciplinarne obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju v lokalnem/domačem okolju in se izvaja na podlagi skupnostnega pristopa.

Skupnostni pristop

Gre za lokalno in povezano delovanje služb za duševno zdravje in lokalne skupnosti v celoti, ki odgovarja na identificirane potrebe posameznika in celotne skupnosti na regionalno omejenih območjih.

Socialna izključenost

Socialna izključenost pomeni, da se posameznik ne more vključiti v družbeno in družabno življenje v skladu s svojimi željami ter nima enakih možnosti, kot jih imajo drugi člani družbe.

Socialnovarstveni programi

Socialnovarstveni programi so strokovno verificirani programi ter so dopolnitev oziroma alternativa zdravstvenim in socialnovarstvenim institucionalnim storitvam.

Somatoformna motnja

V kategorijo somatoformnih motenj uvrščamo stanja, v katerih se pojavljajo telesni simptomi, za katere ni medicinske razlage. Motnje so zelo raznovrstne in se pogosto ponavljajo.

Stigma

V RNPDZ govorimo o stigmi, ki je vezana na diagnozo duševne motnje. Stigma je negativno označevanje (etiketiranje) posameznika zaradi njegovih lastnosti ali stanja (na primer bolezni), ki ga loči od drugih ljudi. Kadar je posameznik označen, stigmatiziran zaradi svoje bolezni, ga okolica ne dojema več kot posameznika, ampak kot pripadnika skupine, ki je običajno podvržena stereotipom. Stigma je sestavljena iz (i) stereotipov (pozitivna ali negativna družbena mnenja o določeni skupini ljudi), (ii) predsodkov (miselni in čustveni odzivi na stereotipe) in (iii) diskriminacije (vedenjski odziv na predsodke). Poznamo več vrst

diskriminacije, najpogostejši so označevanje s strani bližnjih, strokovnih služb, prijateljev in na področju zaposlovanja. Samostigmatizacija je ponotranjena stigma, ki se kaže v izgubi samospoštovanja.

Svet za duševno zdravje

Svet za duševno zdravje je vladno posvetovalno telo pri nadzoru in upravljanju dejavnosti RNPZ.

Zagovorništvo in samozagovorništvo

Zagovorništvo je organizirano delovanje uporabnikov, ki se samoorganizirajo s ciljem zagotavljanja medsebojne podpore, pomoči in samopomoči oziroma pomoč uporabnika uporabniku za uveljavljanje skupnih interesov in pravic.

Z dokazi podprti programi

Z dokazi podprti programi so tisi programi na področju preventive, promocije in obravnav, ki so podrti z indikatorji kakovosti, kot jih opredeli medresorska delovna skupina na področju raziskovanja.

10. 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. Bon, J. et al, Stroški možganskih bolezni v Sloveniji v letu 2010. Cost of disorders of the brain in Slovenia in 2010. (citirano 12. 1. 2018). Dosegljivo na https://www.stroki_URN_NBN_SI_DOC-J36W4M4Z.pdf
4. 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)
5. Caspi, A., Houts, RM, Belsky, DW, Harrington, H., Hogan, S., Ramrakha, S., Poulton, R., Moffitt, TE. Childhood forecasting M 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>
6. Deklaracija in Akcijski načrt za področje duševnega zdravja v Evropi, sprejet na Evropski ministrski konferenci SZO v Helsinkih, I. 2005.
7. Evropska agencija za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer EUROFOUND: <https://www.eurofound.europa.eu/sl>
8. Evropska komisija. Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje, Evropska komisija, Luksemburg, 2008.
9. Evropska komisija. Zelena knjiga za izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva – Pot k strategiji na področju duševnega zdravja za Evropsko unijo, Evropska komisija, 2005.
10. Evropski okvirni načrt za področje duševnega zdravja in dobrega počutja 2013 (EU Joint Action on Mental Health and Well Being).
11. Evropski parlament. Resolucija za duševno zdravje, Evropski parlament, I. 2009.
12. Foresight Mental Capital and Wellbeing Project (2008). Final Project report. The Government Office for Science, London.

13. 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 od Systematic Rewiews. 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

14. Heckmanequation (internet). Heckman, J., Nobelov nagrajenec za ekonomijo, 2000 (citirano 24. 11. 2017). Dosegljivo na: <https://heckmanequation.org/>
15. Jorm, AF. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. Br J Psychiatry 2000; 177: 396–401.
16. Knopf, DM, Park, J., Paul Mulye, T. The Mental Health of Adolescents: A National Profile, 2008.
17. 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.
18. 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.
19. Leka, S., Jain, A., Mental health in the workplace in Europe. EU Compass for Action on mental Health and Well-being.

Consensus paper, 2017. (citirano 12. 1. 2018) Dosegljivo na: http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/compass_2017workplace_en.pdf

20. 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.
21. Ministrstvo za zdravje. Zakon o dolgotrajni oskrbi (v pripravi).
22. Ministrstvo za zdravje. Strategija za obvladovanje demence v Sloveniji do leta 2020. Ljubljana, 2017.
23. NIJZ, Baza podatkov o umrlih osebah.
24. NIJZ, Baza zunajbolnišnične obravnave.
25. NIJZ, Podatkovni portal, 2015.
26. OZN. Konvencija o pravicah invalidov. Dostopno na: http://www.mdds.gov.si/fileadmin/mdds.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/konvencija_o_pravicah_invalidov.pdf
27. 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/>
28. 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.
29. Podjed, K., Bilban, M. Priročnik promocije zdravje, 2014. Dostopno na spletnem naslovu: <http://www.prodktivnost.si/koristno/prirocnikpromocije-zdravja-pri-delu>
30. Poročilo Misije SZO o duševnem zdravju v Sloveniji iz leta 2015. Dostopno na spletni strani Ministrstva za zdravje.
31. 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 alcoholdependence. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health; 2012 (http://www.zora.uzh.ch/64919/1/CAMH_Alcohol_Report_Europe_2012.pdf, %20accessed %202 %20May %202016).
32. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 Skupaj za družbo zdravja. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/resolucija_o_nacionalnem_planu_zdravstvenega_varstva_2016_2025_skupaj_za_druzbo_zdravja/

33. Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020. Dostopno na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=NACP68>
34. 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.
35. Roškar, S., Zorko, M., Podlesek, A. Suicide in Slovenia Between 1997 and 2010. *Crisis* 2015; 12:1-9.
36. 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>
37. 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).
38. 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.
39. Svetovna zdravstvena organizacija. Evropski akcijski načrt za duševno zdravje, SZO, I. 2013–2020. Svetovna zdravstvena organizacija; Ženeva, 2013.
40. Šprah, L. in Dolenc, B. Priročnik za obvladovanje psihosocialnih tveganj in absentizma s pomočjo orodja OPSA. ZRC SAZU; Ljubljana 2014.
41. WHO. Prevention and Promotion in Mental Health, SZO, Ženeva, 2002.
42. WHO, 2016. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/en/>
43. World Health Organization. The World health report 2000, health systems : improving performance. Ženeva: World Health Organization; 2000.
44. Zakon o celostni zgodnji obravnavi predšolskih otrok s posebnimi potrebami (Uradni list RS, št. 41/17).
45. Zakon o varnosti in zdravju pri delu (Uradni list RS, št. 43/11).

11. PRILOGA

Nove strukture v zdravstvenem sistemu na področju duševnega zdravja

Z RNPDZ prilagajamo in dopolnjujemo delovanje služb in storitev na področju duševnega zdravja. Kot je opredeljeno v programu z namenom boljše dostopnosti in učinkovitosti, uvajamo:

1. Regionalne centre za zgodnjo obravnavo
2. Regionalne centre za duševno zdravje otrok in mladostnikov
3. Regionalne centre za duševno zdravje odraslih
4. Subspecialistične time na državni oziroma regijski ravni za obravnavo otrok in mladostnikov s kompleksnejšimi motnjami in komorbidnimi stanji.

1. Regionalni centri za celostno obravnavo otrok s posebnimi potrebami (CZO), kot del mreže razvojnih ambulant

Mreža razvojnih ambulant je enotna vstopna točka za obravnavo otrok in mladostnikov z razvojnimi motnjami in vključuje mrežo multidisciplinarnih CZO, ki omogočajo celostno zgodnjo obravnavo otrok z razvojno nevrološskimi težavami, neznačilnim in pomanjkljivim razvojem, nenormalno nevrološko simptomatiko, disharmoničnim razvojem, ter senzornimi ali drugimi okvarami v skladu z Zakonom o celostni zgodnji obravnavi predšolskih

otrok s posebnimi potrebami. Zgodnje obravnave so stroškovno učinkovite in preprečujejo tudi zaplete in posledice ter razvoj komorbidnih duševnih motenj. CZO se bodo vzpostavljali postopoma v nekaj letih z dopolnjevanjem kadrov obstoječe mreže razvojnih ambulant.

Kadrovska sestava tima razvojne ambulante z dopolnjenimi timi centra za zgodnjo obravnavo otrok s posebnimi potrebami, ki pokriva območje z 20.000 otroki:

- zdravnik spec. pediater (1),
- diplomirana medicinska sestra (DMS) (1),
- zdravstveni tehnik (1),
- nevrofizioterapevt (3),
- delovni terapevt (2),
- klinični logoped ali logoped (2),
- specialist klinične psihologije (1),
- specialni pedagog (1),
- socialni delavec (1).

Naloge tima razvojne ambulante/centra za zgodnjo obravnavo otrok s posebnimi potrebami:

- enotna vstopna točka za otroke in mladostnike z razvojnimi motnjami ter njihove družine;
- zgodnja diagnostika pediatra in/ali psihologa;
- terapevtske, nevrofizioterapevtske, logopedске, delvnoterapevtske, specialno pedagoške obravnave;
- psihosocialna pomoč družini;
- razširjene timske konzultacije z drugimi strokovnimi službami (vrtci, razvojni vrtci, šole, druge izobraževalne ustanove, CSD, hospitalne enote);
- terensko delo/obiski na domu.

2. Regionalni centri za duševno zdravje otrok in mladostnikov (CDZOM)

Mreža multidisciplinarnih CDZOM omogoča lokalno dostopnost, zgodnjo in strokovno ter multidisciplinarno obravnavo otrok in mladostnikov (0 – 19 let) s težavami v duševnem zdravju ter njihovih staršev v okviru osnovnega zdravstvenega varstva in v tesnem sodelovanju z drugimi službami, šolskimi strokovnimi delavci, učitelji in strokovnimi delavci v CSD. Z vzpostavitvijo 25 regijskih CDZOM bomo odgovorili na potrebe otrok in mladostnikov v vsej Sloveniji, ki je imela leta 2016 401.000 otrok in mladostnikov, starih od 0 do 19 let. CDZOM se bodo vzpostavljali postopoma v nekaj letih.

Kadrovska sestava CDZOM/tima za duševno zdravje otrok, mladostnikov in njihovih družin, ki pokriva območje s 16.000 otroki in mladostniki, starimi od 0 do 19 let:

- specialist otroške in mladostniške psihiatrije (1),
- specialist klinične psihologije (4),
- psiholog (1)*,
- specialni pedagog /delovni terapevt/socialni pedagog (2),
- socialni delavec (1),
- diplomirana medicinska sestra (DMS) (1),
- zdravstveni tehnik (1),
- administrator (1).

Naloge CDZOM/tima 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, delvnoterapevtska, socialna obravnava otrok;

- izvajanje urgentne triažne službe v CDZOM – v prehodnem obdobju do vzpostavitve celotne mreže CDZOM bosta vzpostavljena dva urgentna centra (UKC Ljubljana in UKC Maribor) za obravnavo nujnih primerov, v katera se vključijo vsi delujoči specialisti otroške in mladostniške psihiatrije;
- izvajanje multidisciplinarnih timskih obravnav s strokovnjaki zunanjih institucij, ki so udeleženi v obravnavi posameznega primera (strokovnjaki s CSD-jev, vrtcev, šol);
- z dokazi podprte psihoterapevtske intervencije;
- intervencije na domu pri otrocih/mladostnikih, po merilih za skupnostno obravnavo in krizne intervencije na domu;
- 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 ter
- sodelovanje z vsemi ključnimi službami in deležniki v lokalnem okolju, ki omogočajo povezano, celostno in kakovostno obravnavo oseb z duševno motnjo v lokalnem okolju, krepitev duševnega zdravja in preprečevanje razvoja oziroma poslabšanja duševne motnje.

3. Regionalni centri za duševno zdravje odraslih (CDZO)

CDZO (za starejše od 19 let) so organizacijska struktura, ki prek preventivnih in zdravljenju namenjenih služb omogoča izboljšanje dostopa do storitev za duševno zdravje in odgovarja 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 najbolj ogrožene posameznike, ki so samomorilno ogroženi. Ukrepi v teh centrih se kar najbolj prilagodijo potrebam, značilnostim posameznika in 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.

CDZO sestavljata dva tima:

- tim za ambulantno obravnavopokriva potrebe zgodnje obravnave duševnih motenj odraslih, starejših in oseb z odvisnostjo od alkohola, izvaja pa tudi triažo in konziliarno službo;
- tim za skupnostno psihiatrično obravnavo.

Regionalni tim za ambulantno obravnavo je pristojen za 50.000–70.000 prebivalcev, sestavljajo pa ga:

- specialist psihiater (1),
- specialist klinične psihologije (3),
- diplomirana medicinska sestra (DMS) (1),
- socialni delavec (1),
- administrator (0,5),

Regionalni tim za skupnostno psihiatrično obravnavo je pristojen za 50.000–70.000 prebivalcev, sestavljajo pa ga:

- specialist psihiatrije (1),
- delovni terapevt (1),
- specialist klinične psihologije (1),
- diplomirana medicinska sestra (DMS) (5),

- socialni delavec (1),
- administrator (0,5).

Naloge zdravstvenega dela CDZO:

- triaža in krizne intervencije;
- zgodnja diagnostika in obravnava odraslih z duševnimi motnjami v ambulanti (stresne motnje, anksiozne motnje, motnje razpoloženja, stabilna stanja psihoz);
- zgodnja diagnostika;
- psihoterapevtska individualna, partnerska/družinska in skupinska obravnava;
- ambulantna obravnava odvisnih od alkohola in njihovih svojcev po aktualnih smernicah;
- akutno psihiatrično zdravljenje v domačem okolju, ki naj kar najbolj prepreči hospitalizacije;
- intenzivno spremljanje in obvladovanje psihičnih stanj, ki niso stabilna in lahko ob poslabšanju pomenijo nevarnost za paciente in za druge;
- nepretrgano spremljanje in zdravljenje ljudi z dolgotrajnimi psihičnimi motnjami, da bi preprečili institucionalizacije v zavodih in jih kar najdlje obdržali v domačem okolju;
- sodelovanje s psihiatričnimi bolnišnicami pri napotovanju oseb z akutnim poslabšanjem zdravstvenega stanja in pri vračanju oseb nazaj v domače okolje;
- sodelovanje z vsemi ključnimi službami in deležniki v lokalnem okolju, ki omogočajo povezano, celostno in kakovostno obravnavo oseb z duševno motnjo v lokalnem okolju, krepitev duševnega zdravja in preprečevanje razvoja oziroma poslabšanja duševne motnje;
- sodelovanje z izvajalci psihosocialne rehabilitacije v skupnosti (izvajalci socialno varstvenih programov v skupnosti), CSD in drugimi.

4. Subspecialistični ambulantni timi na državni oziroma 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 osebnostnimi motnjami in samopoškodovanim vedenjem. Delovali bodo v okviru treh terciarnih bolnišnic (UKC Ljubljana, UPK Ljubljana in UKC Maribor). Obnavljali bodo otroke in mladostnike, razvijali protokole obravnave, ponujali konzultacije ter izobraževali multidisciplinarne time na lokalni ravni. Uvedli bomo 7 timov na državni/regijski ravni.

Posamezne subspecialistične time sestavljajo:

- specialist otroške in mladostniške psihiatrije (1),
- specialist klinične psihologije (2),
- specialni pedagog/delovni terapevt/logoped (1),
- socialni delavec (0,3),
- diplomirana medicinska sestra (DMS) (1),
- administrator (0,5).

Naloge subspecialističnih timov:

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

5. Subspecialistični ambulantni in bolnišnični gerontopsihiatrični timi in timi za določene duševne motnje in stanja

Subspecialistični timi bodo postavljeni v psihiatričnih bolnišnicah in ga sestavljajo:

- specialist psihiatrije (1),
- specialist klinične psihologije/psiholog (1)*,
- delovni terapevt (1),
- dipl. med. sestra (DMS) (5),
- socialni delavec (1),
- administrator (0,5).

Naloge tima so:

- dodatna zgodnja diagnostika in obravnava gerontopsihiatričnih stanj ter določenih duševnih motenj in stanj;
- psihoterapevtska individualna, partnerska/družinska in skupinska obravnava;
- ambulantna obravnava odvisnih od alkohola in njihovih svojcev po aktualnih smernicah;
- akutno in prolongirano psihiatrično zdravljenje v bolnišnici;
- intenzivno spremljanje in obvladovanje vključenih oseb in obvladovanje kriznih stanj ter poslabšanj;
- sodelovanje z vsemi ključnimi službami in deležniki v lokalnem okolju, ki omogočajo povezano, celostno in kakovostno obravnavo oseb z duševno motnjo v lokalnem okolju, krepitev duševnega zdravja in preprečevanje razvoja oziroma poslabšanja duševne motnje;
- sodelovanje z izvajalci psihosocialne rehabilitacije v skupnosti (izvajalci socialnovarstvenih programov v skupnosti), CSD in drugimi.

*Cilj je zagotavljanje psihologov z dodatnimi znanji s področja preventive duševnega zdravja.

12. RNPDR 2018–2028

AKCIJSKI NAČRT ZA LETA 2018 (drugo polletje), 2019 in 2020

Uvod

V skladu s 111. členom Zakona o duševnem zdravju (Uradni list RS, št. 77/08 in 46/15 – odl. US) pripravi Vlada Republike Slovenije Nacionalni program duševnega zdravja, skupaj z akcijskim načrtom, ter ju predloži v sprejem Državnemu zboru Republike Slovenije. Dokument RNPDR 2018–2028 je usmerjen akcijsko in se bo udeleževal tako, 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 tako, da definira nosilna ministrstva, ki bodo odgovorna za financiranje/sofinanciranje ukrepov in za spremljanje doseganja ciljev, ki jih bo letno spremljal Svet za duševno zdravje pri vladi RS. Vsaki dve leti pa bodo rezultati implementacije predstavljeni tudi Državnemu zboru Republike Slovenije.

V okviru RNPDR 2018–2028, ki jo sprejme Državni zbor, je pripravljen natančnejši akcijski načrt za leta 2018, 2019 in 2020. Za druga programska obdobja se bodo pripravljali natančnejši periodični (predvidoma 2-letni) akcijski načrti in jih bo sprejela predvidoma Vlada Republike Slovenije.

Z izvajanjem RNPDR 2018–2028 želimo doseči naslednje strateške cilje:

- zagotoviti trajnostno in učinkovito implementacijo politik in ukrepov za podporo duševnemu zdravju celotne populacije, še posebej ranljivih skupin prebivalcev, ter varstvo pravic osebam s težavami v duševnem zdravju;
- razvoj in implementacija z dokazi podprtih medsektorskih in interdisciplinarnih promocijskih in preventivnih programov na področju duševnega zdravja;

- zmanjšanje samomora in z alkoholom povezanih duševnih motenj;
- krepitev znanja, kompetenc, z dokazi podprtih intervencij ter izmenjava dobrih praks na področju duševnega zdravja;
- povezovanje in sodelovanje za izvajanje celostnega pristopa krepitve in varovanja duševnega zdravja populacije ter obravnave oseb z duševnimi motnjami.

Akcijski načrt sledi prednostnim področjem, specifičnim ciljem in ukrepom, opredeljenim v RNPĐZ 2018–2028:

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

Akcijski načrt opredeljuje aktivnosti za triletno obdobje 2018–2020, izvedbene roke, nosilna ministrstva in sodelujoče partnerje ter izvajalce, kazalnike in potrebna finančna sredstva ter vire zanje. Aktivnosti so načrtovane po načelu vse-vladnega pristopa za zagotavljanje podpore razvoju in udejanjanju duševnega zdravja v vseh starostnih obdobjih in v vseh okoljih (v vrtcih, šolah, na delovnem mestu in v domačem oziroma družinskem okolju) ter po načelu integrirane in celostne oskrbe oseb z duševnimi motnjami v skupnosti in na različnih ravneh zdravstvenega, socialnega in družinskega varstva ter vzgojno-izobraževalnega sektorja. Zato je pomembno oblikovanje politik, programov, ukrepov in aktivnosti, ki se medsektorsko podpirajo in povezujejo ter omogočajo doseganje strateških in specifičnih ciljev na področju duševnega zdravja. Tako se akcijski načrt povezuje z že sprejetimi usmeritvami in ukrepi drugih resorjev za doseganje sinergij, kot na primer Družinski zakonik (Uradni list RS, št. 15/17).

Akcijski načrt se bo v prvih dveh letih in pol usmeril predvsem na temeljito pripravo za učinkovito dolgoročno implementacijo nacionalnega programa na področju duševnega zdravja. Za zagotavljanje uspešne in koordinirane implementacije je na začetku pomembna vzpostavitev upravljalke strukture programa, na ravni vlade (Svet za duševno zdravje), Ministrstva za zdravje (Direktorat za duševno zdravje), na NIJZ (koordinacija na nacionalni in območni ravni) ter na lokalni ravni (CDZ, ZD, CKZ, LSDZ). V okviru vzpostavitve mreže upravljalških struktur je pomembna tudi vzpostavitev različnih medresornih in interdisciplinarnih strokovnih delovnih skupin (z vključenimi interdisciplinarnimi strokovnjaki, uporabniki in predstavniki NVO na področju duševnega zdravja) na vseh prednostnih področjih RNPĐZ, ki bodo zagotavljale koordiniran razvoj, testiranje in uvajanje novih programov na področju duševnega zdravja, evalvacijo programov, koordiniran razvoj izobraževalnih modulov in izvajanje izobraževanja za različne profesionalne skupine, vse naštetu v sodelovanju z različnimi sektorji, institucijami, službami, NVO ter predstavniki uporabnikov in svojcev.

Za zagotavljanje povezanega, integriranega delovanja na področju krepitve duševnega zdravja in obravnave oseb z duševnimi motnjami bomo v začetnem obdobju implementacije programa veliko poudarka namenili vzpostavljanju sodelovanja med ključnimi resorji, inštitucijami, službami, predstavniki NVO na področju duševnega zdravja ter predstavniki uporabnikov in svojcev, na državni in lokalni ravni. V te namene bomo pripravili protokole sodelovanja med naštetimi, in sicer v sodelovanju vseh ključnih deležnikov, ter tako zagotovili optimalno sodelovanje različnih izvajalskih služb na različnih ravneh

obravnave, uporabnikov in svojcev s ciljem pravočasne, kakovostne in celostne obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju.

Za uspešno vzpostavitev povezane mreže medresornih in interdisciplinarnih služb na področju duševnega zdravja ki bodo zagotavljale integrirano obravnavo oseb s težavami v duševnem zdravju v skupnosti, na primarni, sekundarni ter terciarni ravni zdravstvenega, socialnega in družinskega varstva ter vzgojno-izobraževalnega sektorja, je treba pripraviti ustrezne interdisciplinarne programe ter module izobraževanja in usposabljanja tako za podiplomsko izobraževanje kot za dopolnitev dodiplomskega izobraževanja. Pred vzpostavljanjem CDZ in novih konceptov dela je potrebno temeljito usposabljanje obstoječega in novega interdisciplinarnega kadra. Prvi dve leti implementacije RNPDZ bosta namenjeni prav tem nalogam.

Prvi akcijski načrt za vsa prednostna področja je pripravljen za leta 2018, 2019 in 2020, le za 3. prednostno področje, Mreža služb za duševno zdravje, je pripravljena in v dokumentu predstavljena okvirna projekcija implementacije služb na področju duševnega zdravja za deset letno obdobje, vključno z okvirnimi potrebnimi finančnimi sredstvi, katerih vir je ZZZS oziroma druga resorna ministrstva.

Evalvacija ukrepov izvedenih v prvem in nadaljnjih programskih obdobjih bo podlaga za prilagajanje ukrepov za učinkovitejše doseganje ciljev programa.

Prikaz AN za izbrane prioritete ukrepe 2018–2020

Št. 500-01/18-8/24
Ljubljana, dne 27. marca 2018
EPA 2572-VII

Državni zbor
Republike Slovenije
dr. Milan Brglez l.r.
Predsednik

¹ Ugotovitve in priporočila je oblikovala Misija SZO, ko je med 19. in 21. 4. 2015 Slovenijo obiskal odposlanec SZO dr. Matt Muijen.