

**RESOLUCIJA O NACIONALNEM PROGRAMU DUŠEVNEGA ZDRAVJA
2011 - 2016**

Datum: 18. 3. 2011
EVA: 2008 - 2711 - 0140

Kazalo:

1 UVOD	4
1.1 PODROČJE DUŠEVNEGA ZDRAVJA Z MEDNARODNEGA VIDIKA	7
1.2 METODOLOGIJA PRIPRAVE NACIONALNEGA PROGRAMA.....	8
1.3 IZHODIŠČA ZA PRIPRAVO NACIONALNEGA PROGRAMA	11
<i>Pomen duševnega zdravja za posamezne starostne skupine</i>	12
<i>Promocija duševnega zdravja in preventiva duševnih motenj</i>	15
<i>Stigmatizacija in diskriminacija na področju duševnega zdravja</i>	16
<i>Mreža izvajalcev, ki izvajajo programe in storitve za duševno zdravje v okviru javne službe ter obravnava v skupnosti</i>	21
2 STANJE V SLOVENIJI	29
2.1 DUŠEVNO ZDRAVJE RAZLIČNIH SKUPIN	29
<i>Otroci in mladostniki</i>	29
<i>Aktivna populacija</i>	31
<i>Starejši</i>	33
2.2 STIGMA IN SOCIALNA IZKLJUČENOST	34
2.3 SAMOMORILNO VEDENJE – EDEN OD KLJUČNIH PROBLEMOV NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA V SLOVENIJI.....	35
2.4 IZVAJALCI STORITEV NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA.....	37
<i>Otroci in mladostniki</i>	37
<i>Aktivna populacija</i>	40
<i>Starejši</i>	44
3 OPREDELITEV PREDNOSTNIH PODROČIJ, POTREB IN CILJNIH SKUPIN NACIONALNEGA PROGRAMA	46
3.1 OPREDELITEV PREDNOSTNIH PODROČIJ	46
<i>Promocija duševnega zdravja in preventiva duševnih motenj</i>	46
<i>Obravnava duševnih motenj v skupnosti</i>	47
3.2 OCENA POTREB.....	48
3.3 CILJNE SKUPINE	51
4. CILJI, STRATEGIJE, UKREPI ZA DUŠEVNO ZDRAVJE	53
5 POJMOVNIK	64
6 VIRI	67
7 PRILOGA: AKCIJSKI NAČRT RESOLUCIJE O NACIONALNEM PROGRAMU DUŠEVNEGA ZDRAVJA 2011 – 2016 (NPDZ AN)	73

Duševno zdravje je tesno povezano s socialno ekonomskimi stiskami prebivalcev. Sedanja gospodarska situacija v Sloveniji še posebej narekuje povečanje skrbi za duševno zdravje, saj se soočamo z gospodarsko krizo.

Resolucija o Nacionalnem programu duševnega zdravja 2011 do 2016 je prvi strateški dokument za področje duševnega zdravja na nacionalni ravni v Republiki Sloveniji. Naša država se s tem pridružuje prizadevanjem EU, saj je dobro duševno zdravje zelo pomembno za gospodarsko rast in družbeni razvoj posameznih držav članic in Evrope kot celote.

Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje opredeljuje stanje duševnega zdravja populacije kot ključni vir za uspeh EU kot družbe znanja in gospodarstva ter predstavlja pomemben dejavnik za uresničitev ciljev Lizbonske strategije.

Poslanstvo **Resolucije o Nacionalnem programu duševnega zdravja 2011 do 2016** (v nadaljnjem besedilu: NPDZ) je ohraniti in izboljšati zdravstveno stanje celotne populacije s posebnim poudarkom na podpori ranljivih skupin, s končnim ciljem dviga kakovosti življenja prebivalcev Slovenije. S stališča javnega zdravja je ohranjanje in izboljševanje duševnega zdravja prebivalstva ključno in zadeva celotno populacijo in ne le dela, ki ima zdravstvene težave. Pomembno je namreč delovati v smer izboljšanja zdravja in zdravstvene težave preprečiti s promocijo in preventivo.

Prioritete, ki jih izpostavlja **NPDZ** so:

- preventiva z elementi promocije,
- celostna in usklajena obravnava oseb z duševno motnjo v vseh službah, s poudarkom na skupnostni obravnavi,
- nadgraditev in dopolnitev obstoječe mreže služb (svetovalnice za otroke in starše, razširitev dnevnih bolnišnic v regijah brez psihiatričnih bolnišnic, regionalni timi) in povezovanje med službami, da bi delovale usklajeno, učinkovito in bile dostopne,
- preprečevanje samomorilnega vedenja.

Koristnost **NPDZ** lahko izrazimo v monetarnih in nemonetarnih enotah.

Koristnost **NPDZ** izražena v nemonetarnih enotah je:

- znižanje števila obravnav v bolnišnicah od 10 200 za 10 odstotkov in skrajšanje ležalne dobe za 3 odstotke,
- zmanjšanje izgubljenih koledarskih dni zaradi bolniškega staleža na račun duševne motnje iz 931855 za 10 odstotkov in števila primerov z 20 000 za 7 odstotkov,
- zmanjšanje števila samomorov iz 450 pod 400 pri celotni populaciji, zlasti pri starejših in otrocih.

V monetarnih enotah je mogoče koristi izraziti le za nekatere ukrepe akcijskega načrta, kjer se lahko opredeli stroške, kot so bolniški stalež, hospitalizacija, izgubljena leta življenja zaradi prezgodnje smrti.

Korist **NPDZ** izražene v monetarnih enotah so 2.190.483.612,43 evrov, stroški vseh ukrepov pa so bistveno nižji in znašajo 101.481.706,81 evrov. To pomeni, da družba z vlaganjem 101.481.706,81 evrov prihrani 2.239.399.580,23 evrov. Tudi v državah, ki že imajo izkušnje z načrtnim in usklajenim delom na področju duševnega zdravja, ugotavljajo enake koristi. Po oceni je namreč breme države na račun duševnih motenj 3 do 4 odstotke bruto družbenega proizvoda. Načrtno vlaganje v duševno zdravje pomeni manjšanje bremena družbe.

1 Uvod

Ni zdravja brez duševnega zdravja. Svetovna zdravstvena organizacija (v nadaljnjem besedilu: SZO) je duševno zdravje opredelila kot »stanje dobrega počutja, v katerem posameznik razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresom v vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno dela ter prispeva v svojo skupnost«. Duševno zdravje omogoča posamezniku udeleževanje njegovih umskih in čustvenih zmožnosti ter mu omogoča, da najde in izpolni svojo vlogo v poklicnem, družbenem in zasebnem življenju. Duševno zdravje je pomembno za posameznika in družbo. Za družbo je dobro duševno zdravje namreč podlaga za družbeno kohezijo ter za (boljšo) socialno in ekonomsko blaginjo. Duševno zdravje zato danes sodi med najpomembnejše javnozdravstvene vsebine in mu zdravstvene in socialne politike namenjajo veliko pozornosti, toliko kot so v nedavni preteklosti skrbele za obvladovanje in preprečevanje nalezljivih bolezni.

Duševne motnje spadajo med deset poglavitnih vzrokov oviranosti v svetu s hudimi družbenimi in gospodarskimi posledicami za posameznike, družine in skupnosti. Dokazana je povezava med duševnim zdravjem in revščino, ki povečuje tveganje za duševne motnje. Slabo gospodarsko stanje v družbi praviloma negativno vpliva na razvijanje ustreznih politik za duševno zdravje. Družbeno in gospodarsko breme duševnih motenj je zelo veliko. Posledice duševnih bolezni namreč močno obremenjujejo družbene vire ter gospodarske, izobraževalne, socialne, zdravstvene, kazenske in sodne sisteme držav. **Slabo duševno zdravje tako pomeni izgubo najmanj 3 do 4 odstotkov bruto domačega proizvoda (BDP), po nekaterih ocenah pa še več.** Povsem upravičeno je torej, da države duševno zdravje uvrščajo med pomembne cilje javnega zdravja (SOC/233: Strategija na področju duševnega zdravja za Evropsko unijo, 2006).

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

Osnovno izhodišče NPDZ je, da je duševno zdravje širok koncept, ki vključuje tako pozitivno in negativno dimenzijo duševnega zdravja (Slika 1) in da lahko vsak posameznik na tem kontinuumu pridobi z izboljšanjem svojega duševnega zdravja. Prav zato je cilj NPDZ krepiti tako duševno zdravje celotne populacije kot tudi izboljšati zdravstveno obravnavo oseb z duševno motnjo.

NPDZ poudarja in uporablja celovit pristop promocije in varovanja duševnega zdravja ter predlaga konkretne ukrepe, s katerimi bi omogočili usklajenost vrste dejavnosti na tem področju.

KONTINUUM DUŠEVNEGA ZDRAVJA

DUŠEVNO ZDRAVJE	TEŽAVE Z DUŠEVNIM ZDRAVJEM	DUŠEVNE MOTNJE	HUDE DUŠEVNE MOTNJE
dober odnos do sebe	težave pri spoprijemanju s problemi	anksioznost	moten stik z resničnostjo
dobri odnosi z drugimi	težave s samopodobo	stresne motnje	vedenje pod vplivom psihopatoloških doživetij
uspešno spoprijemanje z izzivi v vsakdanjem življenju itd.	škodljivo pitje alkohola	depresija	nezmožnost skrbeti za osnovne življenjske potrebe
	težave s spanjem	bipolarne motnje	
	itd.	itd.	itd.

Slika 1 Kontinuum duševnega zdravja (meje med posameznimi kategorijami zdravje/težave/motnja so simbolične, saj je težko določiti, kje se zdravje prevesi v težavo, težava pa v duševno motnjo).
 Povzeto po Understanding U: Managing the ups and downs of life
 (http://www.hr.umich.edu/mhealthy/programs/mental_emotional/understandingu/learn/mental_health.html).

Zaradi izrednega pomena in vpliva duševnega zdravja na blaginjo in zmožnost razvoja držav oziroma družb sta SZO in Evropska unija (EU) sprejeli več dokumentov za razvoj in uresničevanje ustreznih strategij in ukrepov. Težišče se je preneslo z duševnih motenj na njihovo preprečevanje oziroma promocijo, spodbujanje in ohranjanje duševnega zdravja; z izključno medicinskega modela obravnave na interdisciplinarno in medsektorsko sodelovanje; z vidika organizacije služb, ki se jim posameznik prilagaja, na potrebe posameznika, ki mora biti v središču storitev različnih služb; s pretežno bolnišničnega zdravljenja na obravnavo duševnih motenj v lokalnem okolju.

Zakon o duševnem zdravju (Uradni list RS, št. 77/08) v 7. členu določa, da se razvojni cilji in potrebe na področju preventive (kamor spada tudi promocija), psihiatričnega zdravljenja, celovite socialno varstvene obravnave, nadzorovane obravnave in obravnave v skupnosti opredelijo z NPDZ za obdobje najmanj petih let.

NPDZ vsebuje za obdobje petih let:

- strategijo razvoja promocije in varovanja duševnega zdravja,
- akcijski načrt za promocijo in varovanje duševnega zdravja, s kazalniki učinkovitosti za evalvacije,
- cilje, organizacijo, razvoj in naloge izvajalcev,
- mrežo izvajalcev programov in storitev za duševno zdravje,
- nosilce nalog za uresničevanje nacionalnega programa.

V Sloveniji se želimo tudi pri promociji in varovanju duševnega zdravja približati razvitim državam. Poleg pomanjkljivosti v pristopih oziroma organizaciji obravnave je težava tudi pomanjkanje ustrezno izobraženih strokovnjakov (psihiatrov, pedopsihiatrov, družinskih zdravnikov, medicinskih sester za duševno zdravje, specialistov klinične psihologije in psihologov, psihoterapevtov, delovnih terapevtov, socialnih delavcev in drugih). Zaradi velikih razlik med posameznimi regijami, med katerimi na eni strani izstopa osrednja regija, ki zaposluje skoraj polovico psihiatrov,

in dolenjsko, pomursko in koroško regijo na drugi strani, v katerih je zaposlenih od 1 do 5 psihiatrov specialistov, nimajo vsi prebivalci enake dostopnosti do storitev za duševno zdravje. Razlika v dostopnosti do teh storitev se verjetno kaže tudi v številu storjenih samomorov, saj so razlike med posameznimi regijami velike.

Čeprav je mogoče kadrovski primanjkljaj zapolniti šele v daljšem obdobju, lahko z ustrežno politiko duševnega zdravja izboljšamo trenutno stanje v sorazmerno kratkem času z:

- večjim poudarkom na promociji in varovanju duševnega zdravja ter preprečevanju nastanka duševnih motenj;
- povečanjem zavedanja o prepletenosti vsebin duševnega zdravja z drugimi politikami ter o pomenu medsektorskega sodelovanja in usklajenosti različnih politik;
- izboljšanjem dostopnosti do služb za duševno zdravje in zmanjševanjem razlik med posameznimi regijami;
- razvojem potrebam in virom ustrezno prilagojenega sistema služb in storitev v deficitarnih regijah;
- vzpostavitvijo oziroma izboljšanjem sodelovanja med zdravstvenimi in drugimi delavci na primarni, sekundarni in terciarni ravni (liazon);
- večjo vključitvijo medicinskih sester, drugih zdravstvenih delavcev in drugih strokovnjakov v promocijo in varovanje duševnega zdravja ter obravnave duševnih motenj;
- razvojem interdisciplinarne - psihosocialne obravnave duševnih motenj oziroma obravnave v skupnosti;
- izboljšanjem sodelovanja z nevladnimi organizacijami ter večjim upoštevanjem oseb z duševnimi motnjami in njihovih svojcev.

Navedene strategije bodo pripomogle k boljšemu duševnemu zdravju in enakomernejši dostopnosti do storitev za duševno zdravje v posameznih regijah, razbremenitvi psihiatričnih bolnišnic in psihiatrov, ki bi lahko svoje znanje uporabili za bolj poglobljeno obravnavo hudih duševnih motenj. S promocijo in ozaveščanjem lahko dvignemo raven skrbi prebivalcev za ohranjanje oziroma izboljšanje lastnega duševnega zdravja in zmanjšamo breme stigme oseb z duševnimi motnjami.

Poslanstvo NPDZ je krepitev, varovanje, podpora ter ohranjanje čustvene in socialne dobrobiti z izboljšanjem dejavnikov, ki krepijo in varujejo duševno zdravje, ob hkratnem spoštovanju kulture, enakosti, socialne pravičnosti in osebnega dostojanstva ter ob upoštevanju socialnih in ekonomskih dejavnikov, pa tudi varovanja človekovih pravic.

NPDZ temelji na načelih:

- interdisciplinarnega in medsektorskega sodelovanja na ravni politik, zakonodaje in služb;
- varovanja človekovih pravic;
- pravne in socialne države;
- promocije in varovanja duševnega zdravja;
- pozitivne diskriminacije ranljivih skupin prebivalstva;
- destigmatizacije in vključevanja oseb s težavami v duševnem zdravju;

- decentralizacije in dostopnosti služb, ki delujejo na področju duševnega zdravja;
- skupnostne skrbi in rehabilitacije oseb z duševnimi motnjami;
- varnosti, kakovosti, strokovnosti, učinkovitosti, dostopnosti in nepretrganosti obravnave, skladne s pričakovanji uporabnikov, ob upoštevanju strokovno preverjenih metod in mednarodno priznanih standardov;
- stalnega izobraževanja strokovnih delavcev in posodabljanja oblik promocije in varovanja duševnega zdravja ter prilagajanja dejanskim potrebam;
- uporabe najmanj omejevalnih metod zdravljenja in obravnave, s katerimi se še doseže namen;
- usklajenosti potreb in virov, stroškovne učinkovitosti ter na dokazih utemeljenih ukrepov.

1.1 Področje duševnega zdravja z mednarodnega vidika

Duševno zdravje prebivalcev EU

Evropska unija namenja duševnemu zdravju vse več pozornosti, kar je razvidno iz vrste strateških dokumentov, ki jih je sprejela in jih upoštevajo vse države članice, vključno s Slovenijo.

Duševne motnje pomenijo veliko izgubo in obremenitev za gospodarske, socialne, izobraževalne ter kazenske in pravosodne sisteme. Po ocenah stanejo duševne motnje v EU od 3 do 4 odstotke bruto družbenega proizvoda (v nadaljnjem besedilu: BDP), v glavnem zaradi izgubljene produktivnosti (kar 65 odstotkov stroškov je zunaj zdravstva): odsotnosti z dela, nezmožnosti za delo in zgodnjega upokojevanja (Evropska komisija, 2008a).

Približno polovica duševnih motenj nastane že v najstniških letih, zato morajo biti organizacije, ki se ukvarjajo z mladostniki, zadostno usposobljene za prepoznavanje znakov in odzivanje nanje. Za ponazoritev lahko navedemo, da je med evropskimi 8- do 9-letniki prevalenca katere koli duševne motnje 15-odstotna (Evropska komisija, 2008b). Posebej ogrožena skupina so tudi starejši. Zaradi staranja prebivalstva v državah EU ugotavljamo čedalje več duševnih motenj, povezanih s starostjo (različne demence, depresije, samomorilnost). Vse to nakazuje, da je duševno zdravje eno od glavnih javnozdravstvenih vprašanj v državah članicah EU. Da bi izboljšali duševno zdravje evropskega prebivalstva, je bilo v zadnjih letih več pobud v obliki različnih dokumentov na ravni EU in usmerjanja držav k vključevanju javnega duševnega zdravja v nacionalne politike.

Države članice Evropske unije urejajo področje duševnega zdravja na različne načine:

- s posebnimi nacionalnimi programi za duševno zdravje (Francija, Italija, Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske (zvezne enote imajo posebne programe), Ciper (program ne vključuje promocije in preventive), Grčija, Malta, Nizozemska, Slovaška);

- z vključitvijo vsebin duševnega zdravja v nacionalne programe zdravja (Češka, Danska, Latvija, Litva, Nemčija (zvezne enote imajo posebne programe), Portugalska, Španija, Švedska, Irska (imajo posamezne programe));
- z ureditvijo posameznih področij duševnega zdravja z nacionalnimi programi (Bolgarija, Finska);
- področje duševnega zdravja na ravni države ni urejeno in imajo samo regionalne dokumente (Avstrija, Belgija);
- področje duševnega zdravja ni posebej urejeno ali je urejeno pomanjkljivo (Estonija, Poljska);
- so v postopku sprejemanja NPDZ (Luksemburg, Romunija).

1.2 Metodologija priprave nacionalnega programa

Ministrstvo za zdravje je imenovalo delovno skupino, ki je pri oblikovanju NPDZ uporabila naslednjo metodologijo:

Delovna skupina je preučila člene Zakona o duševnem zdravju (Uradni list RS, št. 77/08; v nadaljnjem besedilu: Zakon o duševnem zdravju), ki se nanašajo na nacionalni program varovanja duševnega zdravja.

Na podlagi dostopnih podatkov o potrebah in virih je opredelila prednostna področja s cilji, strategijami in ukrepi za promocijo in varovanje duševnega zdravja splošnega prebivalstva in posameznih skupin, ki so zaradi nekaterih lastnosti ranljivejše in potrebujejo večjo skrb oziroma prilagojene programe (Slika 2).

Pri določitvi prednostnih področjih je delovna skupina upoštevala smernice Pakta za duševno zdravje in dobro počutje EU.

Posebno pozornost je delovna skupina namenila razvoju obravnav duševnih motenj v lokalnem okolju oziroma tam, kjer oseba biva.

Prav tako je delovna skupina namenila posebno pozornost preprečevanju samomorilnega vedenja, saj imamo v Sloveniji enega od najvišjih količnikov samomorov v svetu. Dokazano je, da je samomorilno vedenje največkrat povezano z duševnimi motnjami in da ga lahko z dobrimi programi zmanjšamo oziroma preprečimo. V nacionalnem programu smo predvideli slovenskim potrebam in razmeram prilagojene ukrepe, s katerimi se bodo zmanjšale posledice samomorilnega vedenja.

Delovna skupina je pozornost posvetila stigmati, ki je ovira pri promociji in varovanju duševnega zdravja, zdravljenju in uspešni rehabilitaciji oseb z duševnimi motnjami.

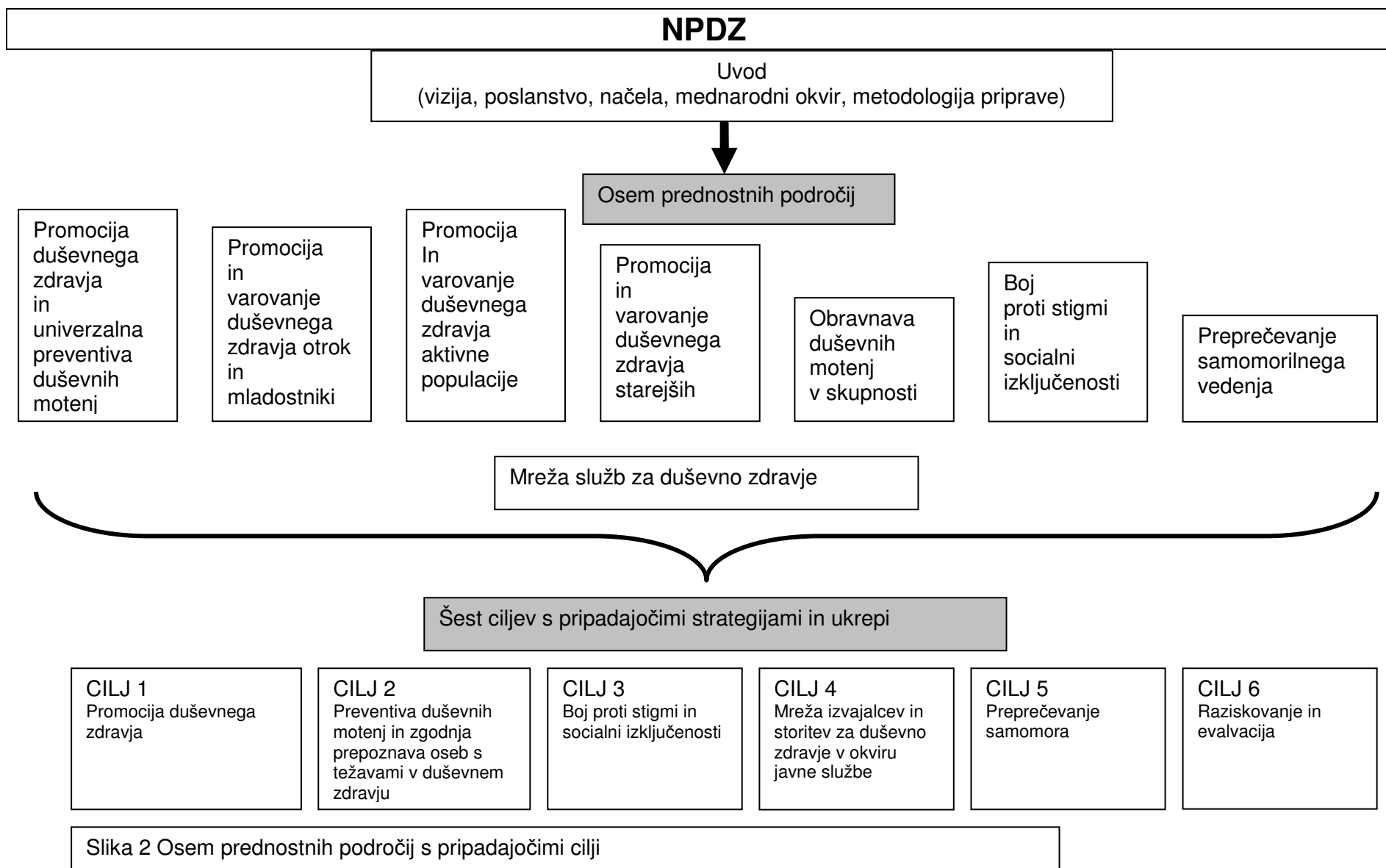
Strokovne osnove je delovna skupina črpala iz mednarodno priznanih podlag kot so model primarne, sekundarne in terciarne preventive za področje duševnega zdravja (Slika 3) (Mrazek in Haggerty, 1994).

Za oceno stanja služb je delovna skupina upoštevala postavke, ki jih mednarodne smernice (Thornicroft in Tansella, 2004) predvidevajo za države z zadostnimi viri za zdravstveno varstvo in s tem tudi za duševno zdravje in Slovenija nedvomno spada v tem pogledu med visoko razvite države. Pri opisu služb smo izhajali iz definicije posamezne službe oziroma storitve, kot jo definira SZO. Nato smo ocenili stanje služb, ki nudijo zdravstvene in nekatere socialne storitve v Sloveniji.

Nekaj metodoloških dilem je imela delovna skupina pri opredeljevanju služb, ki nudijo storitve dolgotrajne oskrbe. Uporabila je definicije, ki jih nudi instrument eDESDE (eDESDE-LTC Working Group, 2010). Inštrument opredeljuje oblike dolgotrajne oskrbe v EU. Prav tako je imela delovna skupina nekaj dilem pri ocenjevanju služb, ki izvajajo storitve promocije in preventive. Pri tem je uporabila metodologijo ESMS (Luis Salvador, 2006), ki je bila uporabljena v raziskavi promocije in preventive na področju duševnega zdravja na primarni ravni (Dernovšek in Šprah, 2008).

Za izračun stroškov in koristnosti NPDZ so uporabili oceno direktnih stroškov zaradi duševnih motenj (na primer stroški na račun hospitalizacij, zdravil, bolniških odsotnosti, izgubljenih let življenja) in koristi (na primer skrajšanja bolniške odsotnosti).

NPDZ opredeljuje dejavnosti na področju duševnega zdravja za obdobje petih let. Evalvacija in raziskovanje na področju duševnega zdravja sta pomemben sestavni del akcijskega načrta, ki opredeljuje tudi konkretne projekte in programe posameznih izvajalcev. Zaradi podatkov, ki so se ponekod izkazali kot pomanjkljivi, je delovna skupina kot eno od ključnih nalog v prvem letu izvajanja programa opredelila kvalitativno in kvantitativno oceno stanja in potreb. Ta ocena stanja bo podlaga izvajanja nalog v naslednjih letih in podlaga za evalvacijo.



1.3 Izhodišča za pripravo nacionalnega programa

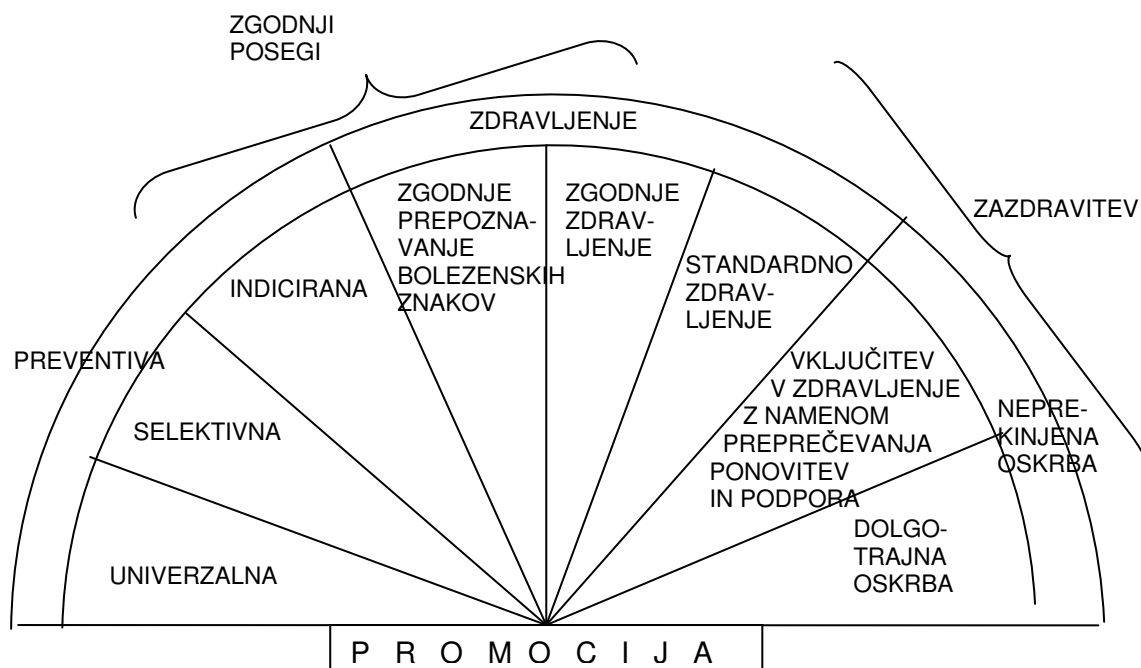
Duševno zdravje ni le stvar zdravstvenega sektorja, ampak vseh sektorjev in politik. Pomeni nacionalni kapital. Kot takega ga je treba ohranjati in izboljševati s skupnimi prizadevanji celotne skupnosti in vseh zainteresiranih, vključujoč tudi uporabnike, njihova združenja in skupine svojcev. Duševno zdravje se namreč oblikuje v družinah, vzgojno-izobraževalnih institucijah, na ulici in v delovnem okolju; je rezultat tega, kako nas drugi obravnavajo ter kako mi obravnavamo druge in sami sebe.

Psihotične duševne motnje ima v Evropi skoraj štiri milijone prebivalcev, še petkrat višja je prevalenca razpoloženskih motenj, kamor spadajo tudi psihotične razpoloženske motnje (Andlin-Sobocki in drugi, 2005). Incidenca za shizofrenijo je 30–50 na 100.000 prebivalcev na leto. Podobne podatke navajajo za bipolarno motnjo razpoloženja (Andlin-Sobocki in drugi, 2005). Možnost, da kdor koli enkrat v življenju zbolí za depresijo, je 15 do 20-odstotna. Še višji je odstotek prebivalstva, pri katerem se lahko razvije anksiozna ali stresna motnja.

Posebne dejavnosti so namenjene zlasti medsektorskemu sodelovanju ter ozaveščanju strokovnjakov in političnih odločevalcev, ki delujejo v različnih sektorjih in lahko posredno ali neposredno vplivajo na izboljšanje duševnega zdravja.

V izhodiščih NPDZ je delovna skupina upoštevala dokumente SZO, Sveta Evrope in EU, še zlasti Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje, ki je bil sprejet v času slovenskega predsedovanja Svetu EU junija 2008 v Bruslju.

To poglavje ima pet podpoglavij in njihov namen je pojasniti osnovne pojme posameznih področij, tako da je naslednje poglavje, ki predstavlja pregled stanja v Sloveniji, bolj razumljivo.



Slika 3. Spekter posegov na področju duševnega zdravja. Commonwealth Department of Health and Aged Care (2000) ter Mrazek in Haggerty (1994).

Pomen duševnega zdravja za posamezne starostne skupine

Duševno zdravje v otroštvu predstavlja temelj duševnega zdravja v odrasli dobi. Epidemiološke raziskave prevalence duševnih motenj v svetu poročajo, da od 10 do 20 odstotkov otrok, starih med 5 in 14 let, izpolnjuje diagnostične kriterije vsaj ene duševne motnje. Epidemioloških podatkov o prevalenci duševnih motenj v otroštvu v Sloveniji nimamo. Nevropsihiatrične motnje predstavljajo tudi v otroškem obdobju, podobno kot v odrasli dobi, največje breme merjeno v dnevih onesposobljenosti na leto zaradi bolezni (WHO, 2003).

Promocija in izboljšanje skrbi za duševno zdravje otrok je zato posebnega pomena tako znotraj skrbi za zdravje otrok kot znotraj skrbi za duševno zdravje družbe v celoti. Za doseg te ciljev je potrebna sprememba v celotnem sistemu službe, namenjene skrbi za otroke, ki vključuje:

- izboljšanje in integracija obstoječih splošnih služb – znotraj sistema predšolskega, šolskega sistema izobraževanja in vzgoje in zdravstvenih služb;
- okrepitvi specializirane pomoči, namenjene preprečevanju težav in hitrem in učinkovitem ukrepanju, če in kadar težave nastopijo;
- preoblikovanju služb, da bodo delovale usklajeno, celostno in združevanje strokovnjakov v multidisciplinarnih timih
- opredelitev pristojnosti in odgovornosti v vseh službah za zagotavljanje varnosti otrok in zaščite otrok ;

- upoštevanje potreb otrok, mladostnikov in njihovih družin pri opredeljevanju in načrtovanju razvoja služb.

Za duševno zdravje otrok in mladostnikov je odgovorna vrsta ustanov: od države, ki s socialno in zaposlitveno politiko uravnava stopnjo blaginje, zdravstvenega in socialnega sistema, ki prva priskočita na pomoč nastajajoči družini, ter sistema vzgoje in izobraževanja, ki lahko ob ustrezni usposobljenosti in občutljivosti strokovnega osebja deluje na vse mlade, zaznava težave, jih pomaga odpravljati, obenem pa se vrtec, šola in starši lahko povežejo z lokalnim okoljem, kar lahko pripomore k še dodatnim varovalnim dejavnikom.

V sistemih vzgoje in izobraževanja, zdravstva in socialnega varstva je mogoče ustvariti ugodne razmere za zdrav in vsestranski razvoj otrok, ki vključuje tudi dobro duševno zdravje. Vključenost v proces izobraževanja ter učna uspešnost je v obdobju odraščanja osrednjega pomena za otrokov psihosocialni razvoj in duševno zdravje.

Ključno je tudi učinkovito preventivno zdravstveno varstvo žensk med nosečnostjo in v obporodnem obdobju ter družine v celoti, saj se skrb za otroka in mladostnika začne že s skrbjo za nosečnico in nastajajočo družino.

Promocija duševnega zdravja in zgodnje prepoznavanje duševnih motenj oziroma zgodnja zdravstvena obravnava lahko bistveno izboljšajo prognozo. Vendar ugotovitve dolgoletnih preučevanj problemov šolskega učenja in duševnega zdravja opozarjajo, da sam ukrep povečevanja možnosti strokovne pomoči (kapacitet mentalno-higienskih in socialnih služb) ne zadostuje, potrebno je tudi zmanjšati število učencev, ki bi potrebovali dodatne napotitve, z različnimi preventivnimi programi in programi zgodnje pomoči. Ustvarjanje klime v šoli, ki podpira in neguje posameznikovo učno in psihosocialno kompetentnost, pa zahteva povečanje podpore in kompetentnosti učitelja za spoprijemanje s širokim razponom razlik pri učenju in vedenju. Povečana skrb za otroke in mladostnike na področju duševnega zdravja je zato izjemnega pomena.

Delo ima v življenju človeka velik pomen. Odnos do dela se začne oblikovati že pri poklicnem svetovanju, ki naj se izvaja kot proces in ne enkratna dejavnost. Pri poklicnem odločanju je treba upoštevati osebnostne lastnosti, stališča in zdravstveno stanje ter zaposlitvene možnosti. Večina odraslih preživi na delu vsaj tretjino svojega življenja, zato je delovno okolje eno najpomembnejših življenjskih okolij. Ocenjuje se, da se zaradi ekonomskih posledic nevarnega in nezdravega delovnega okolja izgublja 3 do 5 odstotkov BDP. V Sloveniji pomeni aktivna populacija največji delež prebivalstva. Težave z zdravjem pri delu vključujejo poškodbe, izpostavljenost hrupu in kemijskim tveganjem, slabe ergonomije delovnega mesta, negativne posledice stresa in trpinčenja v delovnem okolju. Vsestransko vlaganje v boljše delovne razmere vodi k boljšemu zdravju zaposlenih in s tem tudi k večji produktivnosti podjetij/organizacij/ustanov (Health 21, 2001).

Najpomembnejši dejavniki oziroma določilnice zdravja v delovnem okolju so:

- vrednote in politike odločevalcev v podjetjih in zunaj podjetij v zvezi z zdravjem, socialnim varstvom in politiko;
- varnostna kultura;

- praksa na področju vodenja in upravljanja;
- koncept proizvodnje in načela organizacije dela;
- zagotavljanje varnosti pri delu;
- kakovost delovnega okolja;
- življenjski slog in odnos do zdravja.

Zdravo delo se oblikuje na različnih medsebojno povezanih ravneh:

- osebni ravni;
- ravni podjetja/organizacije/družbe;
- ravni lokalne skupnosti/regije;
- ravni države (sistem socialnega varstva, nacionalna politika zdravstvenega varstva,
- politika na področju dela in socialnih zadev);
- ravni evropske politike.

Zdravo delo vpliva na kakovost delovnega življenja in kakovost življenja v prostem času. Prispeva k ravni zdravstvene zaščite skupnosti in prebivalstva. Vpliva na mikroekonomsko in makroekonomsko vedenje ter pripomore k socialni koheziji.

Zlasti v sedanjih gospodarskih razmerah ne smemo pozabiti na tiste, ki jim grozi brezposelnost, oziroma na dolgotrajno brezposelne. Zaradi ogroženosti duševnega zdravja jim je treba nameniti posebno pozornost in ustrezne programe.

Starejši, kamor uvrščamo ljudi, starejše od 65 let, s svojimi izkušnjami, znanjem in neformalno pomočjo pomembno prispevajo k družbi. Demografski trend povečevanja števila starejših vpliva tudi na večanje pogostosti duševnih težav in motenj ter s tem na večjo potrebo po promociji, preventivi in ustreznih oblikah pomoči. Domače in tuje izkušnje kažejo, da imajo ukrepi, ki obravnavajo telesne, duševne in socialne težave, velik vpliv na boljše duševno zdravje in dobro počutje starejših.

Težav, ki jih prinašajo demenca in druge duševne motnje v starosti, se naša družba in posamezniki bolj zavedajo in se zanje zanimajo šele v zadnjih dveh desetletjih. Običajno so starejši manj zadovoljni in srečni od mlajših, depresija pa je glavni razlog za samomorilnost med starejšimi tudi pri nas. Pomembni dejavniki tveganja (slabše telesno zdravje in kronične bolezni, tvegano in škodljivo pitje alkohola in raba drugih psihoaktivnih snovi, zlorabe starejših, socialna izključenost in osamljenost, družinska oskrba bolnega človeka, nizka izobrazba, revščina ter spremenjen način življenja ob upokojitvi) kažejo na precejšnjo potrebo po oblikovanju sodobnih strategij za promocijo in varovanje duševnega zdravja starejših in njihovih oskrbovalcev v konceptu sodobnega zdravstvenega in socialnega varstva.

Zaradi demografskih trendov je potrebno posebno pozornost nameniti tudi starejšim, ki imajo zlasti naslednje potrebe:

- pogosto imajo več zdravstvenih težav hkrati, kar vodi v večjo prizadetost in potrebo po oskrbi več strokovnjakov in laičnih oskrbovalcev,
- so dovzetnejši za stranske učinke zdravil,
- že manjše zdravstvene težave lahko močno vplivajo na njihovo duševno zdravje,
- večje zdravstvene in socialne težave (revščina, zlorabe, osamljenost, demenca) pri starejših hitreje vodijo v osamitev in duševno nazadovanje,
- napoved bolezni starejših je zaradi prepletenosti več obolenj hkrati in njihovega skupnega učinka teže predvidljiva,

- z leti jim pešajo telesne moči,
- imajo šibkejšo socialno mrežo in to lahko vodi v socialno izključenost.

Politika, ki je usmerjena v izboljševanje kakovosti življenja in podaljševanje števila let zdravega življenja, vsebuje strategije, ki so usmerjene neposredno k starejšim, vendar s širšega vidika namenjajo pozornost tudi promociji in preventivnim dejavnostim v celem življenjskem obdobju posameznika ter delujejo skozi različne sektorje. Starejši so pomemben del družbe in prizadevanja za njihovo duševno zdravje bodo pozitivno vplivala tudi na celotno družbo.

Promocija duševnega zdravja in preventiva duševnih motenj

Promocija zdravja izhaja iz biopsihosocialnega modela zdravja, iz pozitivnih in varovalnih vidikov zdravja ter je nanje tudi usmerjena, saj ima namen povečati kakovost življenja in dobro počutje (Prevention and Promotion in Mental Health, 2002). Je proces, ki omogoča ljudem povečati nadzor nad življenjem in zdravjem ter doseči izboljšanje zdravja (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986). Pri tem upošteva, da zdravje nastaja v družbi in da večina zdravstvenih težav ni zgolj domena zdravstva, temveč so posledica delovanja različnih politik, gospodarskih, družbenih, kulturnih, okoljskih in vedenjskih dejavnikov v posameznih družbah, ki določajo življenjske razmere oziroma izbire posameznika.

Javnozdravstvene strategije za promocijo duševnega zdravja se izvajajo v različnih okoljih glede na zaznane problematiko, zastavljene cilje, ciljne skupine, cilje posegov itn. Učinkovita in spodbudna okolja za uporabo strategij se razlikujejo tudi glede na raven uporabe programa promocije duševnega zdravja (državna, regionalna, lokalna, individualna). Na različnih ravneh izvajanja strategij so pomembna ta okolja: šolsko, delovno, lokalna skupnost, zdravstvene, socialne, kulturno-umetniške in druge ustanove.

Duševno zdravje je sestavni del zdravja, zato sta tudi promocija duševnega zdravja in preventiva duševnih motenj pomemben del krepitve zdravja in preventive bolezenskih motenj. Delujeta na ravni posameznika in družbe, da bi se izboljšala kakovost življenja posameznikov in zmanjševala bremena družbe, povezana z duševnim zdravjem. Promocijske in preventivne dejavnosti krepijo varovalne dejavnike in zmanjšujejo vpliv dejavnikov tveganja.

Preventiva izhaja iz koncepta boleznin in njenega preprečevanja ter zmanjševanja pojavnosti. V ospredju so dejavniki tveganja in njihovo preprečevanje.

Za promocijo duševnega zdravja in preventivo duševnih motenj je pomembno celostno obravnavanje zdravja, hkrati pa tudi delovanje na področjih:

- politik (promocija duševnega zdravja mora biti upoštevana pri oblikovanju in sprejemanju zakonov in drugih ukrepov);
- podpornih okolij – družinsko, šolsko, delovno in bivalno okolje kot okolje za ustvarjanje in promocijo duševnega zdravja;
- lokalne skupnosti (večji vpliv skupnosti, promocija in povezovanje s pomembnimi akterji, krepitev sodelovanja);
- posameznika oziroma skupin (razvoj sposobnosti in veščin, izboljševanje znanja in razumevanja duševnega zdravja);

- zdravstva, sociale in drugih sektorjev (okolje, gospodarstvo, finance, šolstvo itd.) v zvezi z raziskovanjem, spremljanjem, izobraževanjem in usposabljanjem strokovnjakov ter organizacijo storitev;
- preusmeritve težišča primarnega zdravstvenega varstva v preventivo.

Stigmatizacija in diskriminacija na področju duševnega zdravja

Stigmatizacija in diskriminacija sta pomembna dejavnika, ki ogrožata duševno zdravje, zato lahko ukrepi proti izvorom diskriminacije, stigmatizacije in s tem socialne izključenosti zelo pripomorejo k vsem pobudam za izboljšanje duševnega zdravja prebivalcev. Za ljudi z duševnimi motnjami in njihove svojce je to temeljni pogoj za enakopravno vključevanje v družbo.

SZO ocenjuje, da je stigmatizacija najhujša ovira pri izboljševanju duševnega zdravja ljudi z duševnimi motnjami, povečuje njihovo invalidnost in poslabšuje potek bolezni (SZO, 2001). Stigma izhaja iz stereotipnih predstav o nevarnosti in nekompetentnosti ljudi z duševnimi motnjami, na katerih temeljijo predsodki o nevarnem in nepredvidljivem vedenju. Kaže se s strahom in diskriminacijskim vedenjem do posameznikov, ki imajo duševne motnje. Stereotipi, predsodki in diskriminacija lahko prikrajšajo ljudi za pomembne življenjske priložnosti in jim onemogočijo doseganje njihovih ciljev (Švab, 2009).

Stigmatizacija se kaže tudi v ovirah pri dostopu do obravnave, težavah pri zagotavljanju kakovostne obravnave in v tistih strukturnih oblikah, ki ovirajo rehabilitacijo in okrevanje ljudi z duševnimi motnjami in njihovih družin.

Stigmatizacija ima več oblik in prizadene osebe z duševno motnjo, njihove družine in širšo družbo.

Družine oseb z duševnimi motnjami so tudi žrtve stigme, ker jih pogosto krivijo za nastanek ali ohranjanje duševnih motenj. So torej žrtve predsodkov širše družbe in pogosto tudi strokovnjakov, ki vztrajajo pri nekaterih stereotipnih predstavah. Družine so največkrat najmočnejši in najzanesljivejši zavezniki obolelih ter hkrati skupina, ki se za pravice ljudi z duševnimi motnjami najresneje zavzema.

Ena od najhujših posledic stigmatizacije je, da zaradi strahu pred stigmatizacijo osebe z duševnimi motnjami ustrezne zdravstvene pomoči ne poiščejo pravočasno. Posledice tega izogibanja se kažejo v slabšem izidu zdravljenja duševne motnje in hujšem poteku. Dlje ko je duševna motnja nezdravljena, večji so stroški zdravljenja in stroški na račun izgubljene produktivnosti zaradi bolniškega staleža oziroma prezgodnjega upokojevanja. Pri dolgotrajni nezdravljeni duševni motnji po nepotrebnem trpijo osebe z duševno motnjo in njihovi bližnji. Duševne motnje so glede števila let, preživetih z invalidnostjo, vodilne med vsemi boleznimi (Wittchen in Jacobi, 2005), zato si je treba bolj prizadevati za zgodnje prepoznavanje duševnih motenj (ki se večinoma začnejo že v otroštvu in mladostništvu ali zgodnji odrasli dobi). Zmanjševanje stigme in diskriminacijskega vedenja je eden od uspešnih ukrepov, saj omogoči, da osebe z duševnimi motnjami poiščejo pomoč, ki jo potrebujejo, da njihovi bližnji, delodajalci in drugi to sprejmejo ter podprejo ter da zdravstveni in drugi strokovni delavci njihovih težav ne podcenjujejo, temveč jih

prepoznajo, ustrezno zdravijo in obravnavajo (Angermeyer, Schulze in Dietrich, 2003). Boj proti stigmatizaciji bomo začeli v zdravstvenih in socialnih službah na primarni ravni ter šolskem okolju, osebe z duševnimi motnjami namreč lahko stigmatizirajo tudi strokovnjaki v teh službah. Za pravočasen odziv ob opaženih duševnih stiskah sta potrebni izobraževanje in učenje strpnosti delavcev v zdravstvenih, izobraževalnih in socialnih sistemih. Najpogostejši razlogi za odlaganje potrebne pomoči in ukrepanja so namreč prav neznanje, stereotipi, inercija in predsodki strokovnih delavcev (Lauber, Nordt in Braubnschweg, 2006). Boj proti predsodkom, strahu in diskriminaciji v strokovnih službah je potreben tudi zato, da bodo ljudje z duševnimi motnjami dobili enako kakovostno pomoč kot njihovi vrstniki s telesnimi boleznimi.

Krepitev opolnomočenja oseb, ki imajo oziroma so prebolele duševne motnje, je eden od dokazano uspešnejših ukrepov, ki pripomorejo k obvladovanju duševnih motenj. Ustrezna pomoč pri duševnih motnjah je tista, ki je podprta z dokazi in obravnava posameznika celostno, torej odgovarja na njegove zdravstvene, socialne, psihološke in duhovne potrebe ter osebi z duševno motnjo omogoča, da ohranja in krepi svoje samospoštovanje in suverenost.

Dostopnost mreže služb in storitev, ki omogočajo psihiatrično, socialno in zaposlitveno rehabilitacijo, je eno od meril za (de)stigmatizacijo.

Majhne možnosti za prilagojeno zaposlovanje in vračanje v delovno okolje po prebolelih duševnih motnjah so ena od največjih ovir pri okrevanju in tudi poglavitni razlog za odpiranje skupine ljudi z duševnimi motnjami na rob družbe (Morgan, 2005).

Posledice stigmatizacije in izključenosti so zelo različne ter imajo velik vpliv na (ne)kakovost življenja posameznika kot so brezposelnost, nizek socialni položaj, manjše možnosti, da si ustvarijo družino, slabe bivalne razmere, manjši dostop do izobraževanja in izpopolnjevanja ter druge posledice.

Da bi zmanjšali socialno izključenost oseb s težavami v duševnem zdravju, mora posameznik imeti enak dostop do ekonomskih in družbenih dobrin oziroma možnosti, biti deležen spoštovanja drugih članov družbe ter biti deležen pomoči, da se v njem ponovno utrdi upanje na kakovostnejše življenje, v katerem bo lahko razvil svoj potencial.

Samomorilno vedenje in škodljivo pitje alkohola

Samomor je eden največjih problemov na področju duševnega zdravja v Sloveniji. Velikokrat je povezan z duševnimi motnjami, očitna pa je povezava tudi s škodljivim pitjem alkohola. Samomor je večplasten pojav in javnozdravstveni problem, ki se tiče vseh nas. Z globalnim in večdisciplinarnim pristopom je mogoče preprečiti marsikateri samomor.

Vsako leto v svetu samomor naredi okoli milijon ljudi. SZO na podlagi današnjih trendov samomora ocenjuje, da bo do leta 2020 zaradi samomora umrlo približno petnajst milijonov ljudi, več kot desetkrat toliko ljudi pa bo samomor poskušalo storiti (Bertolote in Fleischmann, 2002). Med države z najvišjo standardizirano stopnjo umrljivosti zaradi samomora se uvrščajo Litva, Kazahstan, Belorusija, Latvija, Finska in Slovenija (SZO HFA-MDB, 2009).

Prezgodnje smrti zaradi samomorov (smrti pred 65. letom starosti) prispevajo največji delež k prezgodaj izgubljenim letom življenja, kar pomeni, da v povprečju izgubi oseba zaradi samomora okoli 20 let življenja. Z družbenega vidika je pomembna starost, pri kateri človek umre, kajti družba od vsake generacije pričakuje lastno reprodukcijo, gmotno zapuščino in druge vrednote za prihodnje generacije, ki jih ni mogoče ovrednotiti. Med ekonomskimi stroški, ki so povezani s samomorom, depresivnimi stanji in njihovimi posledicami, so največji neposredni stroški, povezani z izgubljeno produktivnostjo, ter stroški, povezani z zdravstveno obravnavo (ambulantno in bolnišnično).

Pri samomorilnem vedenju gre za medsebojno vplivanje več dejavnikov. Vloga, pomen in delež posameznih dejavnikov se razlikujejo pri vsakem posamezniku, pri različnih skupinah prebivalstva in tudi glede na različna zgodovinska obdobja družbe. Toda poznavanje osnovnih dejavnikov tveganja je nujno za načrtovanje preventivnih dejavnosti ter načinov ukrepanja in posega.

Dejavnike, ki vplivajo na povečano tveganje za samomorilno vedenje, lahko razdelimo v tri kategorije (Levy, Jurkovic in Spirito, 1995): individualno, medosebno in družbeno:

Med individualne dejavnike tveganja za samomor štejemo:

- predhodni poskusi samomora,
- prisotnost samomora v družinski anamnezi,
- določene osebne značilnosti (na primer impulzivnost, agresivnost),
- prisotnost duševnih motenj,
- spol (večje tveganje za dokončan samomor je med moškimi, v skupini poskusa samomora pa prevladujejo ženske),
- starost (tveganje za izveden samomor narašča s starostjo),
- zakonski stan (višji samomorilni količnik imajo ovdovele in razvezane osebe v primerjavi s poročenimi in samskimi),
- zlorabo alkohola in drugih psihoaktivnih snovi,
- antisocialno vedenje,
- različne oblike zlorab posameznika (fizična, spolna, psihična),
- prisotnost kroničnih telesnih bolezni in/ali kronične telesne bolečine,
- izobrazbo (večje tveganje pomeni nizka stopnja izobrazbe).

Med medosebne dejavnike tveganja za samomor štejemo:

- slabša socializacija,
- manj oporno socialno omrežje,
- izgube (smrt, razveza, izguba statusa),
- nesposobnost vzpostavljanja medosebnih odnosov in
- nesposobnost vzdrževanja odnosov.

Med družbene dejavnike tveganja za samomor štejemo:

- dohodek na prebivalca,
- stopnja brezposelnosti in revščine, zlasti kadar sta dolgotrajni,
- visoka stopnja kriminala,
- neugodni stresni dogodki (na primer dolgotrajna recesija),
- nezadostna skrb za osebe z duševno motnjo,
- dostopnost alkohola in drugih psihoaktivnih snovi.

Varovalni dejavniki niso le zrcalna podoba dejavnikov tveganja. To so okoliščine, ki v prisotnosti določene stopnje tveganja delujejo preventivno, ne da bi pri tem bistveno spremenili dejavnike tveganja (Appleby, 1992).

Pomembni varovalni dejavniki na ravni družbe so:

- ustvarjanje razmer in okolij, ki spodbujajo in omogočajo celovit razvoj in življenje posameznika, ob upoštevanju njegovih zmožnosti in omejitev;
- široko dostopne službe in dejavnosti za čim zgodnejšo zaznavo težav posameznika in družbe, za pravočasno in primerno ukrepanje ter ponudbo programov pomoči in podpore.

Med zelo pomembnimi varovalnimi dejavniki na ravni posameznika so:

- ustrezni mehanizmi in veščine spoprijemanja s težavami in uravnavanja čustev,
- dobra samopodoba in samospoštovanje,
- sposobnost učinkovitega reševanja težav,
- podpora bližnjih,
- vera oziroma stopnja vernosti skupaj s prepričanjem, da si nimamo pravice odvzeti življenje,
- odgovornost do družine in otrok,
- vpliv samomora na prihodnost svojcev,
- strah pred smrtjo (Linehan in drugi, 1983).

Varovalne dejavnike krepimo in razvijamo s splošnimi družbenimi in promocijskimi programi ter s primernimi politikami. Dejavnosti za preprečevanja samomora se usmerjajo in usklajujejo na državni in regijski oziroma lokalni ravni. Tako sta omogočeni upoštevanje in uravnoteženje pobud in dejavnosti po načelu »od zgoraj navzdol« in »od spodaj navzgor«.

Preprečevanje samomora zahteva jasno opredeljene in usklajene strategije, ki določajo cilje, prednostne naloge ter odgovornosti vseh deležnikov. Preprečevanje samomora je odgovornost celotne družbe ter vseh njenih politik in sektorjev. Namen preprečevanja samomora je znižanje števila poskusov samomora in števila samomorov.

V letu 1970 je bil v Sloveniji ustanovljen register samomora, ki je bil dobra podlaga za spremljanje njegovega pojava v državi ter načrtovanje in oceno ukrepov za njegovo preprečevanje, vendar od leta 2000 ne deluje več. Zato ga je treba ponovno oživeti in posodobiti.

Med pomembnejšimi dejavniki tveganja za samomorilno vedenje je alkohol. Med osebami, ki storijo samomor, je med 15 in 28 odstotkov (po nekaterih podatkih še več) takih, ki so imeli diagnozo z alkoholom povezanih problemov v zvezi z duševnim zdravjem (Merrill in dr., 1992, Virant Jaklič, 1993; Milčinski, 1983). Okoli 40 odstotkov žensk in 60 odstotkov moških pred poskusom samomora zaužije alkohol, kar tretjina ljudi, ki poskuša s samomorom, pa kot vzrok za to navaja lastno odvisnost od alkohola ali pa odvisnost od alkohola pri partnerju (Nielsen in dr., 1993). Z alkoholom povezane duševne motnje so v slovenskih občinah najboljši napovedni dejavnik za regionalne razlike v obremenjenosti s samomorom (Marušič, 1999).

Alkohol tveganje za samomor povečuje neposredno in posredno. Alkohol tveganje za samomor povečuje neposredno preko znižane samokontrole in preko povečevanja verjetnosti prenehanja odločitev (impulzivnost) in pretiranih dejanj (agresivnost). Posredno pa alkohol tveganje za samomor povečuje preko povečevanja verjetnosti drugih dejavnikov tveganja za samomor; med njimi izstopajo: trenutno škodljivo pitje alkohola, pridružena duševna motnja (najpogosteje velika depresivna epizoda), grožnja s samomorom, slaba socialna podpora, propad družinskih vezi, izguba bližnje osebe, telesna obolenja, brezposelnost ter samski stan (Murphy, 2001; Lester, 2000).

Alkohol poveča možnost smrtnega izida poskusa samomora predvsem v kombinaciji z zaužitjem drugih zdravil, saj poveča toksičnost psihotropnih snovi. Obstaja nevarnost, da opite ljudi v urgentnih službah ocenijo le kot naključno samozastrupitev z alkoholom, spregledajo pa morebitno zaužitje drugih snovi. Pomemben dejavnik je tudi kultura pitja alkohola (Nielsen in dr., 1993). Pri zlorabi in odvisnosti od alkohola je socialni kontekst izjemno pomemben, saj osebe, ki imajo težave z alkoholom, tega ne povezujejo s količino alkohola, temveč z vzorci pitja, ki so v neki kulturi sprejemljivi.

Škodljivo pitje alkohola pomembno vpliva na zdravje, varnost in blaginjo ljudi ter ima negativne vplive na posameznika in njegove bližnje. Umrljivost zaradi vzrokov, ki jih neposredno pripisujemo alkoholu, znaša v Sloveniji približno tri odstotke vseh smrti¹. Alkohol je pogost vzrok hospitalizacij, začasnih odsotnosti z delovnega mesta, prometnih nesreč, nasilja, težav v medosebnih odnosih, ipd. Škodljivemu pitju alkohola se pogosto pridružujejo različna duševna stanja kot so anksioznost, depresija, motnje hranjenja, psihoze, samomorilno in samopoškodovalno vedenje, prehodne halucinacije, spremembe v kognitivnem delovanju (npr. okrnjena sposobnost reševanja problemov) (Čebašek-Travnik, 1999).

Dejavnosti za preprečevanje škodljivega pitja alkohola morajo zajeti vse starostne skupine in se usmeriti v zagotavljanje varnosti v nočnem življenju, delovnem okolju in v cestnem prometu, v promocijo zdravja, zdravih navad ter krepitev varovalnih dejavnikov, v omejevanje dostopa do alkohola (omejevanje prodaje, strežbe in

¹ Vir: Podatki IVZ

trženja alkohola), v zdravljenje in zgodnje intervencije ter v mobiliziranje skupnosti za odgovornejši odnos do alkohola (SZO, 2009).

Zaradi velike razširjenosti škodljivega pitja alkohola v Sloveniji je zakonodajalec sprejel Zakon o omejevanju porabe alkohola (Uradni list RS, št. 15/03). Zakon določa, da ministrstvo, pristojno za zdravje, v sodelovanju s pristojnimi ministrstvi, institucijami, strokovnjaki in nevladnimi organizacijami pripravi poseben program omejevanja porabe alkohola in zmanjševanje škodljivih posledic rabe alkohola. Ta poseben program pripravlja delovna skupina, ki jo je imenoval minister za zdravje.

Pomemben dejavnik tveganja za razvoj duševne motnje in/ali samomorilno vedenje je tudi uporaba prepovedanih psihotropnih drog. Zato je bilo sprejetih več zakonskih in podzakonskih predpisov, ki urejajo to področje, sprejeta pa je bila tudi Resolucija o nacionalnem programu na področju drog 2004-2009 (Uradni list RS, št. 28/04). V pripravi je nova resolucija o nacionalnem programu na področju drog.

Mreža izvajalcev, ki izvajajo programe in storitve za duševno zdravje v okviru javne službe ter obravnava v skupnosti

Ustreznost razvitosti in dostopnosti služb na področju duševnega zdravja se opredeljuje z razpoložljivimi viri in loči tri stopnje – države z zadostnimi viri za promocijo in varovanje duševnega zdravja, države z okrnjenimi viri in države z malo viri za duševno zdravje. Evropske države so med tistimi z zadostnimi in tistimi z nekoliko okrnjenimi viri. Slovenija spada med visoko razvite države.

Glede na mednarodne smernice (Thornicroft in Tansella, 2004) so v državah z zadostnimi viri za duševno zdravje razvite določene oblike pomoči oziroma služb. Opis služb je naveden v vsebinskem oziroma formalnem okviru. Pri opisu mreže izvajalcev v poglavju 2.2 so upoštevane vse obstoječe pravno formalne oblike. Prav tako so upoštevane vse oblike pomoči, ki obstajajo na podlagi dobrih praks in najsodobnejših strokovnih pristopov, ki imajo vse strokovne podlage, da se v prihodnosti formalizirajo na podlagi protokolov o medsektorskem sodelovanju, postavitvi standardov in normativov, ki bodo pripravljene na podlagi NPDZ. Primer takšne dobre prakse so delovne skupine za intenzivno obravnavo oseb z duševno motnjo v skupnosti.

V nadaljevanju teksta navajamo opis služb, ki v razvitih družbah predstavljajo temelj zdravstvenega in socialnega varstva za osebe z duševnimi motnjami:

- Osnovno zdravstveno varstvo z zaledjem specialističnih služb

Osnovno zdravstveno varstvo (v nadaljnjem besedilu: OZV) je najpomembnejši del zdravstvene dejavnosti tudi na področju duševnega zdravja tako glede skrbi za najpogostejše duševne motnje (stresne motnje, anksiozne motnje, depresije in somatoformne motnje) kot tudi glede nudenja nujne medicinske pomoči in napatitve na specialistične preglede in preiskave, napatitve na prostovoljno ali neprostovoljno zdravljenje v bolnišnico in drugo. V okviru OZV se izvaja svetovanje, promocija zdravega življenjskega sloga in preventiva kroničnih nenalezljivih bolezni, kamor spadajo duševne motnje.

- Storitve zdravstvene nege in zdravstvene vzgoje ter patronažna služba

Ob pomanjkanju zdravnikov in specialistov psihiatrov so za izvajanje oskrbe v skupnosti do določene mere zadolžene in vključene medicinske sestre in zdravstveni tehniki. So usposobljeni za prepoznavanje duševnih motenj in njihovih poslabšanj ter za ustrezno triažo. Ob zadostnem poznavanju zdravstvenih preventivnih in kurativnih posegov (vzdrževalna terapija, aplikacija različnih zdravil) z dodatnim izobraževanjem na področju skupnostne obravnave prevzamejo večino nepretrganega spremljanja oseb s kroničnimi zdravstvenimi težavami in imajo nenadomestljivo vlogo pri zgodnjem prepoznavanju in odkrivanju poslabšanj bolezni in drugih kriznih stanj. Ob tem so sposobni izvajati vse podporne intervencije (za bolnike in družine), delovati na področju zdravstvene vzgoje in na področju širše promocije in preventive. Medicinske sestre in zdravstveni tehniki, ki so specializirani za delo v psihiatriji in v skupnosti, so (n.pr. v Veliki Britaniji) osnovni in najpomembnejši kadri tudi za nepretrgano spremljanje in zdravljenje geriatričnih bolnikov in so nepogrešljivi pri bolnikih z demenco. Pri vseh svojih nalogah imajo možnost, da se posvetujejo z zdravnikom v OZV in s specialistom psihiatrom.

- Psihiatrične ambulante

Psihiatrične ambulante so z dispanzersko metodo dela že v preteklosti skušale povečati dostopnost storitev in povečati kontinuiteto zdravljenja. Pričakujemo, da se bo število obiskov v ambulantah še povečevalo. Psihiater, ki deluje v ambulanti, je pomemben član delovne skupine za intenzivno obravnavo oseb z duševno motnjo v skupnosti. Povezovanje ambulant v mrežo služb omogoča regionalno enakomeren dostop do psihiatričnih storitev za čim večje število uporabnikov, ki psihiatrično oskrbo potrebujejo. Sestavni del mreže izvajalcev za duševno zdravje so tudi ambulante psihiatrov s koncesijo, ki so zadolžene za oskrbo prebivalstva v določeni regiji. S takšno organizacijo dosežemo enakomernjšo pokritost in boljšo dostopnost, saj bolnišnice in zdravniki v OZV vedo, v katero ambulanto lahko napotijo posameznega bolnika in sprejmejo v nadaljnje vodenje. Dodatno opredeljena mreža služb, ki upošteva medsektorske povezave služb, olajša dostopnost do ustrezne pomoči.

- Klinično psihološke ambulante

Klinično psihološke službe, vezane na regionalno območje, so pomembne za diagnostiko in zdravljenje duševnih motenj. Specialisti klinične psihologije izvajajo na pripadajočem območju večino psiholoških svetovanj in psihoterapevtskih obravnav. Izvajajo tudi promocijo in preventivo. Nenadomestljivi so v primerih zgodnjega odkrivanja bolezni in psiholoških stisk zaradi katerih ljudje sami poiščejo pomoč. Psihološke službe so bistveno manj stigmatizirane kot psihiatrične, zato je njihova povezava z drugimi službami zelo pomembna tudi pri obravnavi blažjih duševnih motenj in tistih, ki se pojavljajo v začetni obliki (npr. pri otrocih in mladostnikih). S psihološkimi metodami dela je mogoče preprečevati nastanek duševnih motenj, ki bi sicer zahtevale intenzivno in drago obravnavo ter povzročale hude invalidnosti. Specialist klinične psihologije je član delovne skupine za intenzivno obravnavo oseb z duševno motnjo v skupnosti.

- Specializirane službe za motnje hranjenja, dvojne diagnoze, rezistentne čustvene motnje ter službe za otroke in mladostnike in starostnike ter druge ranljive skupine

Specializirane službe so organizirane v večjih psihiatričnih bolnišnicah (npr. pedopsihiatrija, mladostniška psihiatrija, motnje hranjenja, dvojne diagnoze, gerontonevropsihiatrija, forenzična psihiatrija), nekaterih splošnih bolnišnicah (npr. gerontonevropsihiatrija, pedopsihiatrija), nekaterih porodnišnicah (psihološka podpora za ženske v obporodnem obdobju) in v nekaterih dispanzerjih. Ob ustrezni regionalni organizaciji mreže (na primer nevropsihogeriatričnih ambulant), ti centri prevzemajo le obravnavo posebej zapletenih in zahtevnih primerov. Specializirane službe so lahko organizirane kot ambulante ali pa kot dnevni oziroma celodnevni bolnišnični oddelki.

- Specializirane skupine oziroma službe za zgodnje posege (ker je čas med začetkom bolezni in začetkom zdravljenja pomembna določilnica poteka bolezni)

Dolžina nezdravljene duševne motnje, zlasti psihoze, zelo vpliva na izid zdravljenja. Med psihozami je najpogostejša shizofrenija in njena pogostost je 1 odstotek populacije. Začne se zgodaj v odrasli dobi in se pogosto ponavlja. Zdravljenje se navadno začne šele 3 do 4 leta po prvih simptomih in znakih bolezni, zato so se v svetu uveljavili različni programi, v okviru katerih se aktivno išče osebe v začetnih fazah psihoze in se jih vključuje v obravnavo. S tem se bistveno izboljša izid terapije. (Thornicroft, 2001).

- Skupnostna obravnava za osebe z duševnimi motnjami

Največja svetovno priznana avtoriteta skupnostne skrbi Thornicroft je definiral psihiatrične skupnostne delovne skupine (psihiater, medicinske sestre, socialni delavec, psiholog, klinični psiholog, delovni terapevt), ki obravnavajo predvsem ljudi s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami na določenem območju. Obravnava oseb z duševnimi motnjami je zaradi zahtevnosti, pogostosti kriznih intervencij in potrebe po nepretrganem spremljanju za zdravnike v OZV po njihovih navedbah tudi najbolj problematična. Dokazano je, da skupnostne psihiatrične delovne skupine pripomorejo k povečanju sodelovanja pri zdravljenju, zadovoljstvu uporabnikov, k zadovoljevanju njihovih potreb ter k zmanjšanju števila sprejemov v bolnišnico. Skupnostne delovne skupine se najpogosteje organizirajo na območjih s 50.000 do 80.000 prebivalcev (Thornicroft in Tansella, 2007). Tudi v Sloveniji imamo izkušnje skupnostne skrbi. V Sloveniji je z Zakonom o duševnem zdravju vzpostavljena pravna podlaga za nadaljnji razvoj obravnave v skupnosti in sicer v dveh oblikah – nadzorovana obravnava in obravnava v skupnosti (glej definicijo). Želimo vzpostaviti delovne skupine, ki bi omogočale intenzivno obravnavo oseb z duševnimi motnjami v skupnosti.

- Delovne skupine za intenzivno obravnavo v skupnosti

Delovne skupine za intenzivno obravnavo v skupnosti so dejavnost, ki se je v razvitem svetu oblikovala kot Assertive Community Treatment (ACT) (Phillips in drugi, 2001), da bi pomagali osebam z duševno motnjo, ki se v bolnišnico pogosto vračajo in zdravstveno obravnavo najbolj potrebujejo, toda pri njej slabo sodelujejo. Razmerje med osebjem in uporabniki je razmeroma nizko, saj gre za intenzivno spremljanje, intenzivno zdravstveno in socialno obravnavo in pomoč pri vsakdanjih težavah na uporabnikovem domu, delo z družino in krepitev socialnih veščin. Zaradi nevarnosti ponovitev bolezni je dostopnost pomoči 24-urna. V Sloveniji je takšna oblika pomoči že dostopna za osebe, ki se z obravnavo strinjajo. Vključijo se v enoletno obravnavo. Skoraj vse psihiatrične bolnišnice so oblikovale delovne skupine in začele z delovanjem opisanega programa in po odpustu spremljajo najbolj ogrožene bolnike. Ohranitev, vzdrževanje in krepitev tega projekta je za najbolj ranljivo skupino oseb z duševnimi motnjami ključnega pomena. Po tem konceptu vsaka psihiatrična bolnišnica potrebuje najmanj eno delovno skupino (psihiater, psiholog, delovni terapevt, socialni delavec, dve medicinski sestri), ki prevzemajo te naloge. Sam koncept moramo dograjevati in razvijati skladno s potrebami in formalnimi podlagami.

- Alternative sprejemu v bolnišnico so zdravstvena obravnava na domu, skupine za krizne oziroma nujne posege in akutni dnevni oddelki bolnišnic

Zagotavljanje nepretrgane obravnave in nudenje pomoči v nujnih stanjih v skupnosti, kadar zdravniki v OZV to potrebujejo, so alternativa sprejemu v bolnišnico. Pomembna je 24 urna konziliarno liazonska psihiatrična služba, ki jo uporabijo tudi zdravniki nujne medicinske pomoči in centri za socialno delo. Dnevne bolnišnice so organizirane v vseh psihiatričnih bolnišnicah in so na voljo tudi izven njihovega sedeža v kolikor bolnišnica regijsko pokriva težje dostopno področje.

- Alternative bivanju v zavodih

Zdravstveni in socialni zavodi ter bivalne skupine predstavljajo dolgotrajno oskrbo za osebe s kroničnimi težavami v duševnem zdravju. Reorganizacija posebnih socialnih zavodov v Sloveniji poteka v smer uveljavljanja manj institucionaliziranega bivanja. Glede na priporočila, da se oskrba izvaja v čim večji bližini domačega okolja, podpiramo programe nevladnih organizacij pri razvoju mreže bivanjskih možnosti za osebe z duševnimi motnjami, ker te delujejo bistveno bolj lokalno kot zavodi. V mreži nastanitvenih služb je smiselno načrtovati različne stopnje podpore, od intenzivne in nepretrgane do samostojne. Strokovno osebje v NVO je dodatno usposobljeno z multidisciplinarnim, integriranim učenjem, v katerega so vključeni zdravstveni in socialni delavci ter uporabniki in njihovi svojci.

- Dnevni centri in svetovalno informativne pisarne

Aktivnosti, ki jih izvajajo dnevni centri in svetovalno informativne pisarne spadajo po definiciji eDESDE-LTC instrumenta med storitve dolgotrajne oskrbe. Med storitve informiranja sodijo tudi telefonsko in internetno svetovanje, informativne vloženke in podobno. Dnevni centri ter svetovalno informativne pisarne izvajajo pomembno promocijsko in preventivno dejavnost.

- Rehabilitacijske in zaposlitvene dejavnosti

Alternativne oblike rehabilitacije, podporne oblike zaposlitve, supervizijska delovna mesta, skupine za samopomoč, klubi in prehodni zaposlitveni programi, zaposlitvena rehabilitacija in nastanitvena podpora so za osebe z duševnimi motnjami pomembne, saj znatno prispevajo h kakovosti življenja.

Zaposlitvena rehabilitacija je ena izmed prioritet razvoja. Večina ljudi z različnimi duševnimi motnjami lahko ob ustreznem zdravljenju okreva, če so jim dostopne različne vrste, največkrat vsaj začasno prilagojene oblike usposabljanja in zaposlitve. Optimalno je, da so programi zaposlovanja invalidov implementirani in delodajalci primerno osveščeni glede potrebe po prilagoditvi delovnih mest. Družba vzdržuje in širi zaposlitveno rehabilitacijske centre in zagotavlja ustrezno izobraženost mentorjev pri zaposlovanju. Vzpostavljena je tesna povezava med zavodi za zaposlovanje in delodajalci. Prav tako je vzpostavljena tesna povezava med področjem izobraževanja in študijskimi in učnimi programi ter zahtevami za učence in študente. Učitelji in šolske inštitucije se usposobijo o možnostih za pomoč, podporo in prilagodijo programe za te učence in študente.

- Akutna bolnišnična zdravstvena obravnava

Akutna bolnišnična zdravstvena obravnava je nujna oblika obravnave in je namenjena diagnostiki, uvedbi medikamentoznega zdravljenja in v nekaterih primerih tudi zagotavljanju varnosti za osebo z duševno motnjo. Število akutnih bolnišničnih postelj in dolžina hospitalizacije sta odvisna od delovanja in učinkovitosti drugih (skupnostnih) služb (Thornicroft in Tansella, 2003). Število oskrbnih dni in ležalne dobe v bolnišnicah je mogoče zmanjševati z zagotavljanjem drugih oblik oskrbe. Obstojećih kapacitet v Sloveniji ni mogoče krčiti, ker bolnišnice takšne kot so že zagotavljajo tisti nujni del bolnišnične oskrbe za osebe z duševnimi motnjami, ki jo le-te potrebujejo. Ležalna doba že nekaj let ostaja relativno dolga (48 dni), kar je več kot v Evropi. Relativno dolga ležalna doba kaže, da bolniki ostajajo v bolnišnici tudi takrat, ko se zdravstveno stanje zadostno stabilizira. Skrajšali bi jo lahko na več načinov. Eden je zgodnejše odkrivanje in zdravljenje motenj, s hitro pomočjo izven bolnišnice, tako da do hospitalizacije sploh ne bi prišlo in s povečanjem deleža prostovoljnih hospitalizacij. Največji doprinos k zmanjšanju ležalne dobe pa bi imel razvoj skupnostnih služb (kamor po širši definiciji štejemo tudi ambulantno psihiatrično dejavnost), ki bi prevzele skrb za osebe z duševno motnjo takoj po zaključeni hospitalizaciji. Vzroki za prenapolnjenost slovenskih psihiatričnih bolnišnic so torej pomanjkanje skupnostnih oblik obravnave, nezadostno ali premalo dostopno ambulantno zdravljenje, slab dostop do namestitvenih kapacitet (zavodi, stanovanjske skupine, domovi za starejše) in dejstvo, da se pri nas ljudje zatekajo v

bolnišnice tudi zaradi duševnih stisk in motenj, ki so posledice težavnih socialnih in družinskih razmer. Na te pa lahko vplivamo le z učinkovitimi preventivnimi programi.

Sodobna organizacija služb za duševno zdravje združuje skupnostne in bolnišnične oblike obravnave. Skupnostna skrb pomeni, da so službe blizu uporabnikovemu domu. Skupnostna obravnava je organizacija služb za duševno zdravje, ki zagotavlja učinkovito obravnavo oseb z duševnimi motnjami za določeno skupino prebivalstva v skladu z njihovimi potrebami (Thornicroft in Tansella, 1999). Gre torej za organizacijo in mrežo služb, ki omogočajo osebam z duševnimi motnjami nepretrgano zdravstveno obravnavo, nastanitev, zaposlitev ter socialno podporo in vključitev v družbo. Skupnostne službe opravljajo delo na podlagi ocenjenih potreb po zdravljenju tako, da se poveže vrsta virov pomoči, ki delujejo na dostopnih krajih. Uporabljajo z raziskavami dokazane uspešne načine zdravljenja in obravnave ter z dobro prakso dokazano uspešne pristope pri obravnavi oseb z duševnimi motnjami (Thornicroft in Szmukler, 2005). Skupnostna obravnava vključuje zdravstvene, socialne in nevladne službe, zdravstveno nego in zdravstveno vzgojo ter formalne in neformalne mreže (Thornicroft in Szmukler, 2005).

Skupnostna obravnava je organizacija mreže interdisciplinarnih služb, ki zagotavljajo zdravstveno in socialno varstvo, delovno usposabljanje, zaposlovanje in druge rehabilitacijske storitve predvsem za osebe s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami, ki tako pomoč najbolj potrebujejo. Skupnostne skrbi za osebe s težjimi oblikami duševnih motenj zaradi kadrovskih in sistemskih pomanjkljivosti ne morejo zagotavljati le programi NVO. V njih so zaposleni strokovnjaki z visoko izobrazbo (socialne, pedagoške, družboslovne in sorodne smeri), ki prek storitev, ki jih izvajajo v okviru programov Dnevnega centra, Stanovanjskih skupin ter Svetovalno-informativnih pisarn, sodelujejo z drugimi strokovnjaki in službami na področju socialnega in zdravstvenega varstva, zaposlovanja, izobraževanja in drugimi.

Skupnostna obravnava se izvaja v delovnih skupinah za intenzivno obravnavo oseb z duševno motnjo v skupnosti, ki zagotavljajo nepretrgano pomoč osebam s ponavljajočimi se duševnimi motnjami in pridruženo invalidnostjo, krizne posege, pomoč na domu in nepretrgano zdravstveno obravnavo. Take delovne skupine so sestavljene iz zdravnikov, psihologov, specialistov klinične psihologije, medicinskih sester oziroma medicinskih tehnikov, socialnih delavcev in delovnih terapevtov ter delujejo na določenem območju. So nepogrešljiv člen med osnovnim zdravstvenim varstvom in psihiatričnimi bolnišnicami ter standard obravnave v razvitem svetu (Thornicroft in Tansella, 2007).

Skupnostna organizacija služb je potrebna zato, ker so duševne motnje zdravstveni, socialni, družinski in zaposlitveni problem. Poleg tega so duševne motnje pogoste – med 9 in 16 odstotkov prebivalstva (Demyttenaere in drugi, 2004) ima hude posledice (12 odstotkov število izgubljenih "zdravih" let življenja zaradi posledice bolezni - Disability-adjusted life years - DALY), kar je več, kot je breme srčno-žilnih bolezni) (WHO, 2005). Zdravstvena obravnava teh motenj je pomanjkljiva (pomoč dobi le 20 do 30 odstotkov oseb, ki jo potrebuje), ob tem pa pomoč dobijo številni, ki je sploh ne potrebujejo (Thornicroft in Tansella, 2007). Pogosto je sprejemanje duševnih motenj in bolezni slabo, vedenje do oseb z duševno motnjo in služb pa diskriminacijsko (Švab, 2009). Ljudje s shizofrenijo, bipolarno čustveno motnjo, organskimi duševnimi motnjami in ponavljajočo se hudo depresivno motnjo (ljudje s

hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami) se večinoma zdravijo doma in v skupnosti ter vse manj in krajši čas v bolnišnici. Za to skupino, ki je bila v preteklosti dolgotrajno obravnavana v ustanovah (Wing in Brown, 1970), je treba ustvariti ustrezno mrežo služb v bližini njihovega doma. Treba je okrepiti učinkovite modele skrbi, ki lokalno že delujejo na cenovno učinkovit način (SZO, 2005).

SZO že od 2001 nepretrgoma opozarja, da se morajo hkrati z zmanjševanjem števila bolnišničnih postelj in skrajševanjem ležalne dobe v psihiatričnih bolnišnicah razvijati tudi dopolnilne skupnostne službe, in poziva, naj se v vseh državah vzpostavi mreža skupnostnih služb za duševno zdravje (<http://www.gfcmh.com/> Ženeva, 30. in 31. maj 2007).

V razvitih državah je treba razvijati rehabilitacijske programe v skupnosti, izvajati protistigmatizacijske programe, preventivo in zagotoviti socialno vključitev ljudi z duševnimi motnjami (Thorncroft in Tansella, 2003).

Poglavitne sestavine sistema skupnostne obravnave so:

- načrtovanje obravnave,
- delovne skupine za intenzivno spremljanje, zdravstveno obravnavo in rehabilitacijo (Assertve Community Treatment),
- delovne skupine za krizne posege,
- psihiatrične ambulante,
- klinično psihološke ambulante,
- dnevni in zaposlitveni centri,
- različne oblike nastanitve s podporo in
- psihiatrične bolnišnice.

Načela skupnostne obravnave so (Thorncroft in Tansella, 2007):

- dostopnost: kar pomeni, da ni čakalne dobe in birokratskih postopkov, ki omejujejo dostop;
- vsestranskost, kar pomeni, da so dostopne vse potrebne službe, ob čemer pa je pomembno opredeliti, katere osebe z duševno motnjo skupnostno oskrbo najbolj potrebujejo, saj ima duševne težave vsaj tretjina prebivalstva (Wittschen in Jacobi, 2005). Najbolj jo potrebujejo osebe s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami, ki bi morale imeti redno spremljanje s strani strokovnjakov, tudi če sami pomoči ne iščejo (in pogosto je ne iščejo). Ob tem pa je na primarni ravni treba zagotoviti tudi prepoznavanje in zdravstveno obravnavo duševnih motenj, kot sta depresija in tesnoba, ter resnejše primere usmerjati v specialistične službe. Če vsestranskost ni opredeljena, specialistični visokopražni in dragi programi pa se ponujajo vsem, lahko ustvarimo vrzel med pričakovanji in klinično realnostjo, ki je vir izgorevanja in stresa (Thorncroft in Tansella, 2007).

Nepretrganost in usklajevanje med službami potekata:

- longitudinalno (v določenem časovnem obdobju ali osebo z duševno motnjo nepretrgano spremlja ena delovna skupina) in
- medsektorsko kot sodelovanje med službami, ki prevzemajo skrb za isto osebo z duševno motnjo. Stopnja nepretrgane podpore in zdravljenja se prilagajata spremembam pri stanju in delovanju osebe z duševno motnjo. Pri tem so bistveni obvezni in pregledni načini sporazumevanja v skupini za duševno zdravje (Mueser in drugi, 1998).

Skupnostne službe imajo pred institucionalnimi prednost glede (Thornicroft in Tansella, 2007):

- dostopnosti, predvsem za skupino ljudi, ki imajo dolgotrajne psihične težave in manjše zmožnosti ter zato
- manjše verjetnosti zanemarjanja in drugih kršitev človekovih pravic;
- boljšega odkrivanja primerov;
- lažjega ocenjevanja kliničnega in socialnega dela;
- boljših rezultatov glede vključevanja sestavin sistema;
- večjega pregleda nad učinkovitostjo porabe sredstev za določeno skupino prebivalstva;
- manjšega števila »izgubljenih« oseb z duševno motnjo;
- lažje obravnave na domu;
- večje zavzetosti in pripadnosti strokovnih delavcev;
- boljše povezanosti služb;
- manjše uporabe kriznih posegov in bolnišnične obravnave;
- boljše osveščenosti oseb z duševno motnjo in izobraženosti osebja;
- večje podpore svojcev;
- opredeljene odgovornosti za vsako osebo z duševno motnjo;
- boljšega sporazumevanja med osebjem, osebami z duševno motnjo in njihovimi svojci;
- boljšega usklajevanja med zdravstvenim varstvom na primarni in sekundarni ravni.

V državah, v katerih se je skupnostna obravnava zelo uveljavila, hkrati pa so zelo zmanjšali število postelj v psihiatričnih bolnišnicah, opažajo tudi tako imenovani pojav reinstitucionalizacije. Ugotavljajo namreč, da se povečujeta število postelj v obliki nastanitve z visoko stopnjo podpore pacientov in število forenzičnih pacientov (Priebe in Turner, 2003).

Študija TAPS, ki je temeljna raziskovalna podlaga za načrtovanje dolgotrajne podpore za ljudi s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami (dolgotrajno hospitalizirane osebe s kronično duševno motnjo), je ovrednotila učinke prilagojenih oblik nastanitve in podpore odpuščenim osebam z duševno motnjo. Izsledki so pokazali, da je prehod iz ustanov v lokalno okolje prinesel številne koristi za osebe z duševno motnjo, ni povečal niti števila samomorov in brezdomstva niti stroškov obravnave (Leff, 1997).

2. Stanje v Sloveniji

2.1 Duševno zdravje različnih skupin

Prevalenca psihotičnih motenj znaša v Sloveniji 10.753 oseb (Andlin-Sobočki in drugi, 2005), prevalenca razpoloženjskih motenj pa 104.839 oseb (Andlin-Sobočki in drugi, 2005). Tako kot v drugih državah je tudi pri nas incidenca za shizofrenijo in bipolarno motnjo 30 do 50 oseb na 100.000 prebivalcev na leto, in verjetnost, da kdorkoli enkrat v življenju zbolí za depresijo, 15 do 20-odstotna. Prevalenca depresije je 5 odstotkov prebivalstva, prevalenca anksioznih in stresnih motenj pa približno 2 odstotka prebivalstva. Po rezultatih raziskave CINDI Slovenija (Zaključno poročilo projekta Presejanje, sistematično odkrivanje in celostna obravnava depresij v Sloveniji, 2008) je prevalenca kliničnih znakov in simptomov depresivne motnje na primarni ravni zdravstvenega varstva v Sloveniji od 9 do 13- odstotna.

Otroci in mladostniki

Vlada Republike Slovenije je leta 2006 sprejela Program za otroke in mladino 2006-2016, kjer je posebna pozornost namenjena tudi krepitvi duševnega zdravja v vseh razvojnih obdobjih otroštva in mladostništva ter preprečevanje najpogostejših vzrokov umrljivosti med otroki in mladino. V zvezi s tem je decembra 2009 sprejela Akcijski načrt za izvajanje programa za otroke in mladino v Republiki Sloveniji 2009-2010, kjer so opredeljene tudi aktivnosti in izvajalci programov za duševno zdravje: usmerjanje nacionalnih preventivnih dejavnosti, zagotavljanje možnosti za zdrav psihosocialni razvoj, krepitev duševnega zdravja ter zmanjšanje samomorilnosti med otroci in mladostniki in preprečevanje poškodb in zastrupitev pri otrocih in mladini. Ti akcijski načrti se bodo sprejemali vsaki dve leti. Omenjeni program ima posebno poglavje namenjeno družinski politiki.

Državni zbor Republike Slovenije je leta 2006 sprejel Resolucijo o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006-2010, ki veliko pozornost namenja družini, otrokom, kot ranljivi skupini prebivalstva in skrbi za duševno zdravje. Uvaja tudi mrežo terapevtskih programov psihosocialne pomoči otrokom, odraslim ali družinam, namenjena razreševanju medsebojnih osebnostih problemov – na 50.000 prebivalcev približno en specialist.

V Sloveniji dopolnjujemo že obstoječo skrb za zdravje žensk v obporodnem obdobju, ki jo izvajajo Združenje naravni začetki, svetovalnica Univerzitetne ginekološke klinike UKC Ljubljana in v okviru projektov, ki jih izvaja Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (v nadaljnjem besedilu: IVZ). Pomen teh programov je v njihovi univerzalni preventivi in promociji zdravja, s tem pa tudi duševnega zdravja.

Pomen razvojnih ambulant za področje duševnega zdravja je v njihovi selektivni in indicirani preventivi duševnih motenj. Nadaljnji razvoj razvojnih ambulant bo potrebno določiti v skladu z opredelitvijo normativov in standardov oziroma mrežo izvajalcev za duševno zdravje.

Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (Uradni list RS, št. 3/07-UPB1 in 52/10) in podzakonski predpisi, izdani na njegovi podlagi, urejajo dodatno strokovno pomoč ter usmerjanje otrok in mladostnikov, ki potrebujejo različne oblike pomoči, v ustrezne programe. Zakon je omogočil, da otrokom s posebnimi potrebami na različnih področjih učenja ter z vedenjskimi in čustvenimi motnjami, država zagotovi podporo v obliki individualne pomoči. Individualno pomoč, ki temelji na korekciji specifičnih učnih težav, razvijanju kompenzatornih mehanizmov in avtomatizaciji učnih veščin izvajajo predvsem specialni pedagogi. Na šolah so zaposleni predvsem za izvajanje dodatne strokovne pomoči že usmerjenim otrokom in njihovo delo je naravnano tudi preventivno (zgodnje odkrivanje pojavljanja specifičnih učnih težav ter organizacija različnih treningov), kar zmanjša pogostost kasnejše obravnave, ohranja ustrezno učno motivacijo in tako varuje duševno zdravje otrok in mladostnikov. Sistem se po letu 2003 spreminja, izpopolnjuje in dopolnjuje. Navedeni zakon tudi omogoča, da se izvajajo zgodnji posegi – od indicirane preventive, zgodnjega prepoznavanja bolezenskih znakov in zgodnjega zdravljenja.

Učne težave in šolski neuspeh predstavljajo tveganje za otrokovo duševno zdravje, ker povzročijo resna odstopanja v čustvenem in vedenjskem odzivanju. Posledice dolgotrajne učne neuspešnosti se najprej odražajo v znižani učni motivaciji, vplivajo na šibko samozavest in samopodobo otroka ter na nastanek čustvenih (anksioznost, različne fobije, depresivnost v otroštvu) in vedenjskih motenj. Dolgoročen vpliv ima učna neuspešnost predvsem na slabšo socialno kompetentnost ter posredno tudi na nezaposlenost mladih. Še posebej ranljive so posamezne podskupine otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami (otroci s primanjkljaji na posameznih področjih učenja).

Za otrokov psihosocialni razvoj in duševno zdravje predstavlja visoko tveganje motnja pozornosti s hiperkinetičnostjo, ki se v pozni adolescenci pogosto povezuje z zlorabo alkohola, prepovedanih drog in odvisnostjo ter antisocialnim vedenjem. V otroškem in adolescentnem obdobju je zato pomembna multidisciplinarna timska obravnava.

Analiza prvih obiskov mladostnikov na primarni ravni zdravstvenega varstva se kaže, da otroci in mladostniki zaradi duševnih motenj obiščejo zdravnika ali strokovnjake s področja duševnega zdravja otrok in mladostnikov (psihologa, specialista klinične psihologije, pedopsihiatra, specialnega pedagoga, logopeda) najpogosteje zaradi motenj v duševnem razvoju, hiperkinetičnih motenj ali drugih vedenjskih in čustvenih motenj, ki se začnejo navadno v otroštvu. V starostni skupini nad 15 leti vzroki postanejo primerljivi s starejšim prebivalstvom (obiski najpogosteje zaradi duševnih in vedenjskih motenj, zaradi uživanja alkohola), od starosti 20 let naprej pa so razlog za obisk najpogosteje anksiozne motnje (Tomšič in drugi, 2008).

Pri prvih obiskih zdravstvenega varstva na sekundarni ravni (specialistov kliničnih psihologov in psihiatrov) v mladostniškem obdobju (15 do 19 let) postanejo obravnave pri dekletih pogostejše kot pri fantih. Pri obeh spolih se med najpogostejšimi vzroki za prvi obisk v specialističnih ambulantah pojavijo odziv na hud stres in prilagoditvene motnje, depresija in anksiozne motnje. Pri dekletih so med najpogostejšimi vzroki za obravnave tudi motnje hranjenja, pri fantih pa se med najpogostejšimi vzroki za obiske pojavijo diagnoze shizofrenije, shizotipskih in blodnjavih motenj (Tomšič in drugi, 2008).

Izsledki raziskav o slovenskih otrocih in mladostnikih niso spodbudni, saj se pri mnogih kažejo slaba skrb za lastno zdravje in nizka stopnja zadovoljstva z lastnim življenjem in doživljanje različnih bolezenskih znakov ter trpinčenje. Pri tem se posebej izpostavlja kot problem pitje alkoholnih pijač. Raziskava za leto 2007 je pokazala, da je alkoholne pijače že pilo približno 94 odstotkov 15 do 16-letnikov, od tega jih je 31 odstotkov pilo redno (Stergar in drugi, 2009). Številne raziskave tudi razkrivajo, da se mladostniki s prvo izkušnjo pitja alkohola prvokrat pogosto srečajo v domačem okolju, kar v Sloveniji glede na razširjeno (domače) izdelovanje alkoholnih pijač in vpetost alkohola v kulturo niti ni posebej nenavadno (Jeriček, Lavtar, Pokrajac, 2007). Posebej ogrožajoč je način pitja mladostnikov. Podatki kažejo, da se med slovenskimi mladostniki v starosti 16 let povečuje delež užívalcev alkohola, ki je višji od mednarodnega povprečja (Hibell in drugi, 2009). Med mladostniki naraščajo tudi zelo tvegane oblike pitja, npr. opijanje (Anderson in Baumberg, 2006).

Pri prepovedanih drogah podatki o uporabi katere koli prepovedane droge kažejo po obdobju pospešenega naraščanja njihove uporabe v letih 1995 do 2003 značilen upad v letih 2003 do 2007. Upad uporabe prepovedanih drog se kaže pri vseh drogah, razen pri kokainu, pri katerem raziskave kažejo porast v letu 2007. Večina uporabe prepovedane droge se nanaša na uporabo marihuane.

Aktivna populacija

Podatki Statističnega urada Republike Slovenije o aktivnem prebivalstvu za Slovenijo za januar 2009 kažejo, da je bilo v kategoriji aktivnega prebivalstva 946.157 oseb. Od tega je bilo 82,8 odstotka zaposlenih, 9,4 odstotka samozaposlenih in 7,8 odstotka registriranih brezposelnih.

V Sloveniji je bilo po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije leta 2007 registriranih 105.272 podjetij (40 odstotkov pravnih oseb, 60 odstotkov podjetij – fizičnih oseb), v njih je delalo skoraj 650.000 ljudi – največ (4/5) v podjetjih – pravnih osebah.

Za aktivno populacijo skrbijo po Zakonu o varnosti in zdravju pri delu (Uradni list RS, št. 56/99, 22/01 in 46/01; v nadaljnjem besedilu: Zakon o varnosti in zdravju pri delu) pooblaščen zdravniki, pooblaščen strokovni delavci, psihologi, kadrovske službe v podjetjih in ustanovah ter svetovalci za promocijo zdravja pri delu.

Podatki o delovni invalidnosti in bolniškem staležu kažejo, da so duševne in vedenjske motnje že vsa leta vzrok za I. kategorijo invalidnosti, da je pa ta skupina kot vzrok za bolniški stalež običajno na četrtem ali petem mestu. Analiza bolniškega staleža zaradi duševnih in vedenjskih motenj po diagnozah za zadnjih pet let kaže, da odstotek bolniškega staleža raste zaradi odziva na hud stres in prilagoditvenih motenj, vendar pa se število primerov povečuje kar pri štirih diagnozah: odziv na hud stres in prilagoditvene motnje, depresivne epizode, druge anksiozne motnje in ponavljajoče se depresivne motnje. Rezultati raziskave CINDI Slovenija (Zaključno poročilo projekta Presejanje, sistematično odkrivanje in celostna obravnava depresij v Sloveniji, 2008) kažejo, da predstavljajo ženske v starosti od 46 do 55 let rizično

skupino za razvoj depresivne motnje, saj se pri njih klinični znaki in simptomi depresije pojavljajo v 17 do 24 odstotkih.

Zniževanje števila dni bolniškega staleža gre na račun nekoliko krajšega trajanja bolniške odsotnosti za posamezne diagnoze, pri čemer ima lahko pomembno vlogo npr. spremenjena doktrina (pri depresijah čimprejšnje vračanje delavca na delo) ali pritisk na javne finance. Tega vprašanja se je treba lotiti z vso resnostjo, še posebej ob prestrukturiranju in v zaostrenih gospodarskih razmerah, ko tudi težave z duševnimi in vedenjskimi motnjami navadno postanejo resnejše in pogostejše.

Zaradi duševnih in vedenjskih motenj smo samo v letu 2005 izgubili 1,013.408 delovnih dni, v letu 2006 pa je pridobilo status invalida zaradi različnih duševnih motenj 1.728 oseb (ZPIZ, Statistični podatki o invalidizaciji, 2006).

Izsledki četrte evropske raziskave o delovnih razmerah kažejo, da je 75 odstotkov slovenskih anketirancev s svojim delom sicer zadovoljnih, vendar pa jih veliko manj meni, da jim njihovo delo obeta poklicno napredovanje, da so primerno plačani za opravljeno delo, tretjino pa je strah, da bi izgubili zaposlitev.

Škodljivo pitje alkohola je velik javnozdravstveni problem, ki pomembno vpliva na kakovost življenja posameznikov, njihovih bližnjih in družbe v celoti, saj se pojavlja tudi v delovnem okolju. Po izsledkih raziskav naj bi med 60 in 70 odstotkov slovenskega prebivalstva pilo v mejah manj tveganega pitja, med 13 in 20 odstotkov pa naj bi jih presegalo te meje (Hovnik Keršmanc, Čebašek Travnik in Trdič, 2000; Zaletel Kragelj, Fras in Maučec Zakotnik, 2004). Med letoma 1981 in 2005 smo Slovenci vsako leto presegli kritično količino 10 litrov popitega čistega alkohola na prebivalca, kar pomeni veliko tveganje za razvoj zdravju škodljivih posledic in ogrožanje blaginje ljudi. V standardizirani stopnji umrljivosti smo zaradi izbranih vzrokov, ki jih neposredno pripisujemo alkoholu, presegli povprečje evropskih držav, ki imajo podobno stopnjo umrljivosti in rodnosti kot mi (SZO HFA-DB, 2009).

Po zadnjih dostopnih podatkih je bilo v letu 2006 1,2 odstotka vseh hospitalizacij in 0,21 odstotka vseh primerov bolniškega staleža zaradi alkohola neposredno pripisljivih boleznim, poškodb in zastrupitev. Večino primerov smrti, hospitalizacij in bolniškega staleža zaradi alkohola beležimo pri moških. Pri obeh spolih pa so prevladovali duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola ter alkoholna bolezen jeter (Kovše in Nadrag, 2008; Tomšič in drugi, 2009).

Obveznost vsakega delodajalca v Sloveniji po predpisih o varnosti in zdravju pri delu je izdelava in sprejetje izjave o varnosti. Najpomembnejši del izjave o varnosti je ocena tveganja. V slovenskem prostoru so ocene tveganja zelo neenotne. Razmeroma dobro so izdelane za tista tveganja, za obvladovanje katerih so sprejeti zakonski predpisi (ekološka tveganja in fiziološke obremenitve). Tveganja, ki so posledica slabih delovnih postopkov, slabe organizacije, neustreznih medsebojnih odnosov, neusklajenosti zahtev dela in zmožnosti delavcev, časovnih pritiskov in neustrezne usposobljenosti, pa niso dovolj jasno opredeljena.

Za zagotavljanje promocije in varovanja duševnega zdravja v delovnem okolju je treba posvetiti zadostno pozornost izdelavi ocene tveganj. Ta je prepogosto povezana le s preprečevanjem fizičnih poškodb in pojavljanjem nezgod. Vse

preredko se povezuje s preprečevanjem pojavljanja stresa, zato je treba začeti sistematično razvijati varnostno kulturo, ki omogoča človeka vredno delovno okolje ter podpira, varuje in tudi pripomore k promociji njegovega duševnega zdravja.

Starejši

Prebivalstvo v Sloveniji se hitro stara. V Sloveniji naj bi bilo depresivnih 15 odstotkov starejših od 65 let (Petek Šter in Kersnik, 2004). Pri depresivnih starejših ljudeh je večje tveganje prezgodnje namestitve v socialnovarstvenih zavodih, ker potrebujejo intenzivnejšo in dražjo strokovno pomoč. Depresiji so še posebno izpostavljeni starejše ženske in ljudje z nizkim socialno-ekonomskim položajem (Wait in Harding, 2006).

Pri starostni skupini nad 65 let so glavni vzrok prvih obiskov na primarni in sekundarni ravni zdravstvenega varstva organske motnje, vključno s simptomatskimi duševnimi motnjami. Na primarni ravni jim sledijo depresija, anksiozne motnje in neorganske motnje spanja, na sekundarni ravni pa depresija, shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje, anksiozne motnje ter odziv na hud stres in prilagoditvene motnje (Tomšič in drugi, 2008).

Podatki za Slovenijo kažejo, da ima demenco okoli 1 odstotek oseb, starih 60 let, in 30 do 45 odstotkov oseb, starih 85 let (Peter Šter in Kersnik, 2004), zaradi demografskih gibanj in daljšanja pričakovane življenjske dobe pa njihovo absolutno število hitro narašča. Z pojmom demenca opredeljujemo etiološko zelo različno opredeljene kognitivne deficite in nevrodegenerativna obolenja in si zdravstveno oskrbo delita nevrologija in psihiatrija. Zaradi progresivne narave motnje oziroma velike oviranosti oseb z demenco pa ima skrb za osebe z demenco tudi izjemne socialno-ekonomske posledice. V Sloveniji je le majhen delež oseb z demenco vključen v institucionalno varstvo, saj potrebe po tovrstnem varstvu že zdaj zelo presegajo razpoložljive možnosti. To razmerje se bo v bližnji prihodnosti še poslabšalo, če ne bo država namenila temu vprašanju večjo pozornost. V slovenskih domovih za starejše je bilo konec leta 2007 14.277 mest za starejše od 65 let in 2.368 mest za odrasle s posebnimi potrebami. V osrednji Sloveniji so razmeroma dolge čakalne dobe (od nekaj mesecev pa tudi dalj, nad eno leto) za namestitev v takšnih zavodih. Cilj je doseči čim enakomernejšo območno porazdeljenost zmogljivosti izvajalcev institucionalnega varstva in povečati zmogljivosti, tako da bomo dosegli 5-odstotno vključenost starejših od 65 let, oziroma zagotoviti vsaj 16.600 mest (Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja za obdobje 2008–2010, MDDSZ, 2008). V pripravi je predlog o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo.

Prav tako je pomembno stremeti k zmanjševanju vpliva dejavnikov tveganja za nastanek demence in večanju vpliva varovalnih dejavnikov. Zelo pomembna je zgodnja diagnostika in zgodnje zdravljenje. Pri osebah z demenco prihaja tudi do specifičnih etičnih in pravnih vprašanj.

Več kot dve tretjini starejših ljudi v Evropi in gotovo tudi pri nas imata diagnosticirano eno kronično bolezen, ta pa pogosto vodi v težave z duševnim zdravjem in k večjemu tveganju umrljivosti (European Communities 2008). Približno četrtnina pacientov s prebolelim miokardnim infarktoma ima izrazite anksiozne in depresivne motnje, ki jih je

treba zdraviti. Rezultati raziskave CINDI Slovenija (Zaključno poročilo projekta Presejanje, sistematično odkrivanje in celostna obravnava depresij v Sloveniji, 2008) kažejo, da predstavljajo kronični bolniki rizično skupino za razvoj depresivne motnje, saj se pri njih klinični znaki in simptomi depresije pojavljajo v 13 do 20,8 odstotkov. Ker so duševne motnje pogost in pomemben dejavnik tveganja za nastanek koronarne bolezni, bi morale biti deležne enake pozornosti kakor drugi tovrstni dejavniki, na primer sladkorna bolezen ali visok tlak. Zaradi zapletenosti več kroničnih obolenj hkrati, saj jih imajo starejši tudi po tri ali več, je pri zdravstveni obravnavi starejših potrebno sodelovanje več strokovnjakov različnih specialnosti in poklicev.

Hudo bolnim starejšim osebam je treba zagotoviti pomoč za njihove individualne potrebe. To lahko zagotovi boljše sodelovanje in povezovanje različnih formalnih in neformalnih mrež. (Strategija varstva starejših do leta 2010 – solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva, Zelena knjiga EU o odzivu na demografske spremembe, 2005, Leonska deklaracija UNECE: Družba za vse generacije – izzivi in priložnosti, 2007).

2. 2 Stigma in socialna izključenost

Stigma in s tem socialna izključenost sta veliko breme za osebe z duševno motnjo in njihove svojce. Stigmatizacija ljudi z duševno motnjo je namreč ena od najbolj pomembnih ovir in težav, ki jo ti doživljajo in je ena od največjih ovir do duševnega zdravja. Zaradi stigmatizacije se lahko osebe v zdravstveno obravnavo vključijo pozneje, kar negativno učinkuje na zdravljenje in rehabilitacijo. Tudi v Sloveniji je psihiatrična stroka v primerjavi z drugimi medicinskimi strokami pogosto stigmatizirana, posledica česar je težja dostopnost (oseba se pozneje odloči za zdravljenje, zaradi slabšega financiranja je psihiatrična zdravstvena obravnava manj dostopna ipd.).

Posledice stigmatizacije se kažejo na številnih področjih: izključevanje iz življenja v skupnosti, težave pri pridobivanju in ohranjanju stanovanja, težave pri zaposlovanju in ohranjanju zaposlitve, pomanjkanje dohodkov in prikrajšanost v družabnih stikih ter vključenosti v mreže v skupnosti. Stigmatizacija zmanjšuje dostop do obravnave in njeno kakovost, obravnava je v zdravstvenih in socialnih službah dokazano bolj površna in podvržena napakam bodisi zaradi zanikanja dejanskih bolezni ali težav iskalcev pomoči ali njihovega podcenjevanja, bodisi zaradi strahu pred obravnavo te skupine.

Duševno zdravje je pomembno za kakovostno življenje posameznika in družbe, zato je treba razviti nove oziroma podpreti obstoječe dejavnosti nevladnih organizacij in drugih deležnikov v sistematičnih in stalnih programih in projektih za zmanjševanje bremena stigme in diskriminacije oziroma socialne izključenosti.

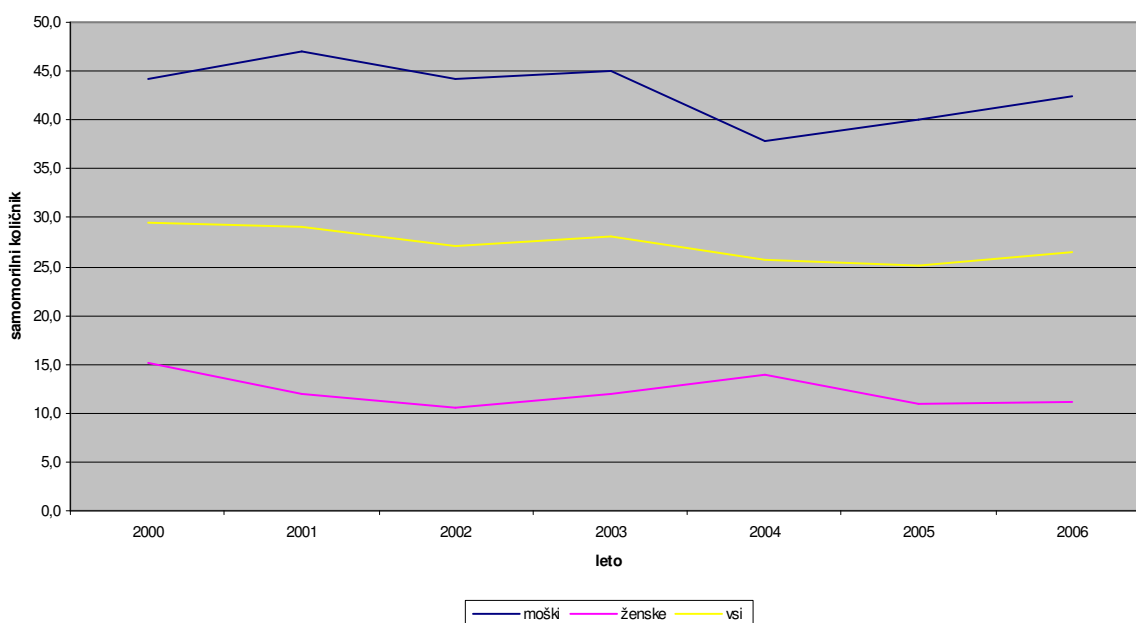
Okrevanje po duševni motnji je dolgotrajen proces, ki je individualno zelo različen in večinoma uspešen v primerjavi z okrevanjem pri drugih boleznih, zahteva pa uporabo dokazano uspešnih in preverjenih rehabilitacijskih metod.

Zaradi posledic stigmatizacije, ki se kažejo predvsem v majhnih možnostih zaposlovanja, usposabljanja za delo in izobraževanje ter v (pre)pozni obravnavi, kar negativno vpliva na potek zdravljenja. Kot posledica se izgublja tudi ogromne zmogljivosti in sredstva, saj duševne motnje, kadar povzročajo invalidnost, oslabijo le nekatera področja posameznikovega psihičnega delovanja, medtem ko so druga lahko dobro ali nadpovprečno ohranjena. Osebe z duševnimi motnjami potrebujejo prilagodljiv delovni čas in pomoč v delovnem okolju.

Velik pomen pri zmanjševanju stigme in socialne izključenosti imajo tudi javni mediji, zato so v akcijskem načrtu predvideni načini sodelovanja z novinarji.

2.3 Samomorilno vedenje – eden od ključnih problemov na področju duševnega zdravja v Sloveniji

Vsako leto v Sloveniji zaradi samomora umre med 500 in 600 ljudi (Baza umrlih, IVZ), poskusov samomora pa je še veliko več. Samomor prizadene v povprečju šest ljudi, ki so bili blizu osebi, ki je storila samomor (Shneidman, 1985). Slovenija se uvršča med države z najvišjim količnikom samomora (količnik samomora je število umrlih zaradi samomora na 100.000 prebivalcev letno).



Slika 4. Samomorilni količnik v letih med 2000 in 2006. Vir: Baza umrlih, IVZ RS

Število umrlih zaradi samomora v Sloveniji vsako leto pomeni približno 3 odstotke vseh smrti (Baza umrlih, IVZ). Med letoma 1965 in 2004 se je samomorilni količnik vseskozi gibal med 24 in 30 (med 37 in 53 za moške; med 8 in 17 za ženske). V letih 2005, 2006 in 2007 je v Sloveniji število samomorov značilno upadlo, samomorilni količnik je v letu 2005 znašal 25,19, v letu 2006 26,5 in v letu 2007 21,5 na 100.000

prebivalcev (Baza umrlih, IVZ). Zmanjšanje je vidno pri moških in ženskah v vseh starostnih skupinah (Slika 4).

Razmerje med moškimi in ženskami, umrlimi zaradi samomora, je v teh letih znašalo 3 do 4 : 1 (na vsak samomor, ki ga je storila ženska, so se zgodili 3 do 4 samomori, ki so jih storili moški) (Baza umrlih, IVZ). Samomorilni količnik narašča s starostjo, povprečna starost umrlega zaradi samomora je v obdobju od 1985 do 2007 znašala 50,4 leta (49,4 leta za moške; 54,3 leta za ženske). Delež smrti zaradi samomora (med vsemi glavnimi vzroki smrti) v starostni skupini do 60. leta znaša 10 odstotkov, če upoštevamo samo osebe, umrle pred 40. letom, pa celo 19 odstotkov vseh smrti (Tomšič in drugi, 2009).

Samomorilni količnik je višji med razvezanimi in ovdovelimi kot med poročenimi in samskimi osebami. Samomorilni količnik je tudi višji med osebami z nižjo stopnjo izobrazbe ali brez izobrazbe (Milčinski, 1985; Marušič, 1999; Leskovšek, 2001).

Starejši so skupina z najvišjo stopnjo samomorilnosti v Evropi (22,9 na 100.000 v EU-27), v Sloveniji pa je ta še višja, in sicer je leta 2006 umrlo zaradi samomora 48,18 starejših od 65 let na 100.000 ljudi iste starosti. Med starejšimi moškimi je višja samomorilnost kot pri starejših ženskah (SZO HFA-MDB, 2009).

V Sloveniji si vsako leto življenje vzame med 15 in 20 otrok in mladostnikov v starostni skupini do 19 let, med njimi je štirikrat več fantov kot deklet (Baza umrlih, Inštitut za varovanje zdravja). Samomor je na drugem mestu med vzroki smrti pri mladostnikih. Raziskava Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih iz leta 1998 je pokazala, da je kar 6,8 odstotka fantov in 13,6 odstotka deklet v starosti od 14 do 19 let že poskušalo storiti samomor (Tomori, 1998). V raziskavi ESPAD je med anketiranimi dijaki prvih letnikov srednjih šol skoraj tretjina vsaj enkrat ali pogosto razmišljala o tem, da bi se poškodovali, 15,6 odstotka dijakov pa je navedlo, da so poskusili storiti samomor enkrat ali pogosteje (Stergar, Pucelj in Scagneti, 2005).

Samomor v Sloveniji v primerjavi s samomorom drugod po svetu izstopa vsaj po dveh značilnostih, in sicer regionalni razpršenosti in načinu izvedbe (Marušič, 1999). Med najbolj ogrožene regije v Sloveniji se uvrščajo severovzhodne regije. Te regije imajo večjo prevalenco z alkoholom povezanih diagnoz, nižjo izobrazbeno strukturo prebivalstva in nižji dohodek na prebivalca. Najmanj samomorov je v južnejših in zahodnejših predelih Slovenije, ki imajo boljše sociodemografske in gospodarske kazalnike. V letu 2007 so se med najbolj ogrožene uvrščale regije na severovzhodu Slovenije: Maribor (28,98/100.000), Murska Sobota (27,06/100.000), Celje (25,15/100.000) in Ravne na Koroškem (24,46/100.000). Najmanj samomorov je bilo v Novi Gorici (9,71/100.000), pa tudi sicer v južnejših in zahodnejših predelih. Regionalne razlike se prikažejo drugače, če jih obravnavamo ločeno po spolu. Največ samomorov, ki so jih storile ženske, je bilo leta 2007 v Celju (12,49/100.000), Ljubljani (11,42/100.000) in Mariboru (11,65/100.000), največ samomorov, ki so jih storili moški, pa poleg Celja (39,34/100.000) in Maribora (46,91/100.000) še v Murski Soboti (49,02/100.000) in na Ravnah na Koroškem (43,54/100.000).

Prevladujoča metoda samomora v Sloveniji je obešenje (okrog dve tretjini vseh samomorov) (Marušič, 1999). Na odločitev o izbiri sredstva oziroma načina njegove izvedbe vpliva več dejavnikov (Maris in drugi, 2000): dostopnost in razpoložljivost

metode (orožje, visoke zgradbe, mostovi, reke, način pakiranja zdravil itd.), védenje, izkušnje in poznavanje metode, pomen, simboličnost in kulturna pomembnost načina, sugestije, posnemanje metode, duševno stanje osebe, ki poskuša storiti samomor.

2.4 Izvajalci storitev na področju duševnega zdravja

V Sloveniji imamo v primerjavi z drugimi državami EU bistveno manjše število zdravnikov v OZV (45,2/100.000 prebivalcev: 67,7/100.000 prebivalcev), kar pomeni, da je dostopnost služb primerjalno slabša, kljub dokazano visoki usposobljenosti zdravnikov za obravnavo duševnih motenj. Službe v OZV tako še bolj kot drugje potrebujejo zaledje drugih služb za duševno zdravje in psihiatrije. Zato je tem bolj pomembno, da tudi v Sloveniji razvijamo vse oblike pomoči za osebe z duševnimi motnjami.

Otroci in mladostniki

Sistem svetovalnih služb je pomembna prednost slovenskega šolstva v primerjavi z drugimi državami, saj uspešno pomaga razrešiti in zmanjšati marsikatero stisko otrok in mladostnikov, ki bi sicer ostala neprepoznava. Svetovalne službe v vrtcih in šolah se srečujejo z učnimi težavami otrok ter s težavami mladostnikov, povezanimi z motnjami hranjenja, samopoškodovanjem, depresivnimi in tesnobnimi motnjami ter vedenjskimi, čustvenimi in socialnimi težavami. Prav zato bomo šolskim svetovalnim delavkam in delavcem omogočili, da še več svojih delovnih obveznosti namenijo svetovanju otrokom, učencem, dijakom, učiteljem in staršem. Povečali bomo število psihologov in zmanjšali obremenitev svetovalne službe z administrativnimi obremenitvami, ki niso povezane z njihovimi osnovnimi nalogami.

Pomembno je spodbujanje izobraževanja šolskih svetovalnih delavcev ter razvijanje preventivnih dejavnosti v okviru delavnic in predavanj za otroke in mladostnike s posebnimi potrebami ter njihove starše, organizacija treningov za razvijanje šolskih veščin ter izvajanje supervizije za učitelje ter svetovalne delavce.

Zagotovljene so tudi različne oblike pomoči mladostnikom ki so se začasno prenehali šolati (tako imenovani »osipniki«), vendar pa to področje ni sistematično urejeno, kar velja tudi za poklicno svetovanje.

V šoli je potrebno poleg zagotavljanja podpore in spodbujanja učitelja tudi sistematično ustvarjati priložnosti, da učenci s specifičnimi učnimi težavami razvijejo podporne odnose z vrstniki in služijo drug drugemu kot vir opore in pomoči. To omogočajo različne oblike prostovoljnega dela, kooperativnega učenja in mentorstva (vrstnikov ali starejših). Pomemben varovalni dejavnik pa je tudi vključevanje otrok in mladostnikov v različne dejavnosti in ustvarjanje priložnosti za sodelovanje in smiselno prispevanje k družbi, kar zahteva razvijanje partnerstva in konstruktivnega sodelovanja med starši, šolo in družbo.

V pomoč šolskemu sistemu pri večjih težavah na področju učenja, čustvovanja in vedenja že od leta 1955 deluje Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše, ki je bil kot Kolaborativni center Svetovne zdravstvene organizacije za duševno zdravje otrok nosilec razvoja skrbi za duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji. Svetovalni center je največja ambulantno zdravstvena, timsko delujoča ustanova v Sloveniji (letno obravnava preko 2.000 otrok, ter tudi njihovih staršev, posredno pa še vzgojiteljev in učiteljev) in pokriva potrebe otrok osrednje Slovenije ter še nekaterih drugih, s temi službami deficitarnih regij. V svetovalnem centru z multidisciplinarnim timskim pristopom (specialisti klinične psihologije, psihologi, pedopsihiatri, specialni pedagogi, socialni delavci, logopedi...) sledijo temeljnimi ciljem: specialistično, diagnostično, terapevtsko, korektivno in svetovalno delo z otroki in mladostniki; razvijanje preventivnih, diagnostičnih in terapevtskih pristopov in modelov; usposabljanje strokovnjakov, razvijanje strokovnega znanja, raziskovanje; prenos strokovnega znanja na vse, ki lahko prispevajo k zdravemu razvoju otrok in mladostnikov (starši, skrbniki, učitelji, vzgojitelji, zdravstveni delavci..; ozaveščanje javnosti o pojavih in procesih, ki lahko zavirajo ali vzpodbujajo razvoj in dobrobit otrok in mladostnikov, promocija slednjih in zagovorništvo).

Podoben svetovalni center (ki ne vključuje zdravstvene dejavnosti) v Sloveniji je tudi Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Maribor, ki deluje od leta 1954. Dejaven je tudi svetovalni center v Novem Mestu, ki se je razvil iz svetovalne pisarne. Svetovalni center v Kopru je po nekaj letih delovanja zamrl zaradi težav s financiranjem. Kljub ambulantam za mentalno higieno (te so ostale v zdravstvenih domovih) pa storitve, ki jih ponujajo omenjeni centri in pedopsihiatrične ambulante, predvsem niso enakomerno dostopne vsem tistim otrokom, mladostnikom in staršem v državi, ki jih potrebujejo. Tudi njihova kadrovska zasedba je glede na naraščajoče potrebe po teh storitvah premajhna in ponekod pomanjkljivo specializirana.

Za šolstvo predstavljajo svetovalni centri strokovno podporo na regionalni ravni šolskim svetovalnim službam, ki jim lahko pomagajo z izobraževanjem, supervizijo in sodelovanjem pri obravnavanju zahtevnejših primerov, za katere je sicer smiselno, da se obravnavajo v šolskem okolju. V tem kontekstu se lahko svetovalni centri vključujejo tudi v strategije obravnavanja otrok s posebnimi potrebami (zlasti na področjih specifičnih primanjkljajev otrok in težav nadarjenih otrok). Taka vloga centrov je v šolstvu prepoznana, dozorevajo razmere za ureditev tovrstnega statusa tudi v zakonodaji, financiranju in nadaljnjem razvoju mreže.

Za zdravstvo so poleg preventivnih učinkov edukacijskih strategij tudi na področju duševnega zdravja pomembne storitve zdravstvenih profilov na svetovalnih centrih, ki izvajajo diagnostične, terapevtske in korekcijske obravnave. Program promocije in varovanja duševnega zdravja tem storitvam zagotovi ustrezen obseg na državni ravni, ter omogoči, da tudi ti strokovnjaki delujejo preventivno, torej z direktnim izobraževalnim in svetovalnim delom v šolskem prostoru, ki naj bo definirano kot zdravstvena storitev.

Z razvito mrežo regionalnih centrov sistemsko zagotovimo in reguliramo tisto, kar (premalo številni) obstoječi centri že sedaj opravljajo za varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Centri delujejo na lokalni ravni, vendar bi morali njihovo delovanje uskladiti na nivoju države. Zato morajo lokalne skupnosti in država zagotoviti enotno urejeno ustanoviteljstvo in financiranje programov, in tako

zagotoviti dosegljivost storitev svetovalnih centrov kot pravico otrok, mladostnikov in staršev.

Dostopnost do zdravstvenega varstva na sekundarni ravni je zelo neenakomerna, zato otroci in mladostniki v nekaterih regijah skoraj nimajo možnosti za ustrezno strokovno obravnavo. Priporočljivo je zagotoviti vsaj 1 pedopsihiatra na 30.000 otrok in mladine od 0 do 18 let. Sodobna doktrina se zavzema za nižje normative (celo 15 oziroma 18.000). V Sloveniji je v letu 2006 delovalo 16 pedopsihiatrov, podatki za leto 1999 in 2009 pa so nekoliko drugačni (Razpredelnica 1). Mreža služb za otroško in mladostniško psihiatrijo ne zadošča potrebam nikjer po državi, nekatere regije (koroška, pomurska in krško-brežiška regija) pa so brez pedopsihiatra (nekatero regije stisko rešujejo s pogodbenim občasnim delom že upokojenih pedopsihiatrov – npr. Zasavje). Podobna situacija pomanjkljive dostopnosti se kaže za specialiste klinične psihologije za otroško in mladostniško populacijo.

Pedopsihiatrična služba je v zadnjih letih doživela velike spremembe v organizaciji služb samih (specialisti psihiatri koncesionarji predstavljajo že več kot polovico specialistov pedopsihiatrov na sekundarni ravni), delno je s tem povezano tudi zmanjšanje števila multidisciplinarnih timov, ki so pred tem delovali v okviru mentalno-higienskih dispanzerjev v okviru zdravstvenih domov. Dostopnost služb ni zadovoljiva nikjer po državi, čakalna doba na specialistične preglede postaja nesprejemljivo dolga.

Na Pediatrični kliniki v Ljubljani in v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor sta organizirana pedopsihiatrična oddelka. Oddelek za mladostnike je na voljo le na Centru za mentalno zdravje Psihiatrične klinike v Ljubljani. Nikjer v državi še ni na voljo specializiranega varovanega oddelka za otroke in mladostnike. Če potrebujejo obravnavo v varovanem oddelku, so hospitalizirani z odraslimi osebami z duševno motnjo. V skrb za duševno zdravje otrok in mladostnikov s telesnimi boleznimi se vključujejo še klinični psihologi Pediatrične klinike UKC Ljubljana, UKC Maribor in Inštituta Republike Slovenije za rehabilitacijo. Na oddelku za mladostnike Centra za mentalno zdravje Psihiatrične klinike Ljubljana sta trenutno zaposlena 2 psihiatra, priporočen normativ so trije, na Pedopsihiatričnem oddelku Pediatrične klinike Ljubljana so zaposlene štiri pedopsihiatrinje / priporočen normativ 6 in na Oddelku za pedopsihiatrijo Pediatrične klinike Univerzitetnega kliničnega centra Maribor ena pedopsihiatrinja / priporočen normativ dva.

Razpredelnica 1. Število pedopsihiatrov v Sloveniji v letu 1999 in 2009

REGIJA	Število zavarovancev do 18 leta	Predvideno število pedopsihiatrov 1/15.000	Dejansko število pedopsihiatrov
Celje	38.086	2,5	1
Koper	23.378	1,55	1,35
Kranj	40.231	2,7	2
Krško	13.410	0,9	0
Ljubljana	116.758	7,7	7
Maribor	56.052	3,7	2,2
Murska Sobota	21.899	1,45	0
Nova Gorica	18.374	1,2	1
Novo Mesto	23.092	1,5	1
Ravne	27.197	1,8	0
Ptuj	12.945	0,86	0,75
Skupaj			8,5

Vir: RSK za psihiatrijo, podatki ankete s strani pedopsihiatričnih enot v Sloveniji, pomlad 2006

Vlogo zdravstvenih domov, s tem pa tudi oddelkov, ki skrbijo za duševno zdravje otrok, mladostnikov in odraslih (centri za duševno zdravje, v preteklosti pa mentalnohigienski oddelki), ki se je v zadnjih letih zmanjševala, je potrebno kadrovsko in vsebinsko okrepiti. Čeprav je po strokovni doktrini obravnava teh motenj interdisciplinarna – timska, teh timov v celoti nikoli ni bilo, drugod pa so zaradi odhodov zaposlenih razpadli, na novo pa niso zaposlovali. Kljub temu v zdravstvenih domovih v obstoječih centrih za duševno zdravje nudijo pomoč znatnemu številu otrok z duševnimi in vedenjskim težavami in motnjami, zlasti predšolskim.

Otroke, ki zaradi vedenjskih in čustvenih motenj potrebujejo obravnavo v specializirani instituciji, sprejemajo tudi zavodi za vzgojo in izobraževanje otrok s posebnimi potrebami, ki jih je pri nas deset. V te zavode je del otrok napoten tudi zaradi težkih socialnih ali družinskih razmer, štirje zavodi pa sprejemajo tudi otroke in mladostnike, ki jim ukrep sprejema v zavod izreče sodišče. V Sloveniji je šestim vzgojno varstvenim zavodom oziroma ustanovam podeljena koncesija za področje otroške in mladostniške psihiatrije, nobena od ustanov pa nima svojega pedopsihiatričnega kadra. V nekaterih ustanovah se problem rešuje s pogodbenim delom, druge ustanove te možnosti nimajo, ker v regijah, kamor spadajo, ni pedopsihiatra. Pomembno je, da imajo otroci in mladostniki iz omenjenih zavodov možnost obiskovati ambulantnega psihiatra, kar ni zagotovljeno za vse.

Aktivna populacija

Posebna pozornost se namenja promociji in varovanju duševnega zdravja aktivne populacije (osebe med 18. in 65. letom) v povezavi z delom, vendar ne smemo pozabiti tudi na brezposelne in osebe brez zaposlitve. Ohraniti in nadgraditi zdravstveno mrežo na primarni ravni je posebnega pomena, saj je v obliki mentalno higienskih oddelkov in centrov za duševno zdravje locirana v okviru nekaterih zdravstvenih domov

Za promocijo in varovanje duševnega zdravja aktivnega prebivalstva skrbi približno 140 specialistov medicine dela, prometa in športa, 25 psihologov oziroma

specialistov klinične psihologije ter 60 svetovalcev za promocijo zdravja pri delu. Za brezposelne osebe in osebe v postopkih poklicne rehabilitacije deluje približno 5 pooblaščenih zdravnikov. Za izvajanje ukrepov varovanja zdravja in zagotavljanja varnosti po Zakonu o varnosti in zdravju pri delu skrbi od 900 do 1.000 strokovnih delavcev – varnostnih inženirjev. Približno 300 jih dela v službah za varnost in zdravje pri delu v delovnih organizacijah, podjetjih in ustanovah ter skrbijo za ukrepe varnosti in zdravja pri delu za svoje okolje. Drugi delajo v podjetjih z dovoljenjem za delo. Licenco jim podeljuje Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Teh podjetij je od 340 do 350.

Za vse ukrepe varovanja zdravja in zagotavljanja varnosti aktivne populacije so izvajalci dokaj enakomerno razporejeni po vsej Sloveniji, kar pomeni, da jim je zagotovljena enakomerna dostopnost. Mreža svetovalcev za promocijo zdravja pri delu je premajhna za učinkovito delo v podjetjih. Dejavnosti promocije in varovanja duševnega zdravja aktivne populacije potekajo na primarni, sekundarni in terciarni ravni.

Iz primerjave deležev sredstev, ki jih posamezne države oziroma zdravstvene zavarovalnice namenjajo psihiatrični stroki je razvidno, da je delež sredstev, ki ga Slovenija namenja psihiatrični panogi, v primerjavi z drugimi državami članicami EU precej nižji.

V Sloveniji je v letu 2008 delalo 156 psihiatrov, od tega 73 v Ljubljani, 24 pa v Mariboru. Dolenjsko z Belo krajino, Koroško in Pomurje »pokriva« od 1 do 8 psihiatrov specialistov (Zdravstveni statistični letopis 2008, Razpredelnica 2).

Razpredelnica 2. Stanje števila psihiatrov (timov) po zdravstvenih regijah v letu 2007

OE ZZS	Število prebivalcev	Število specialistov	Število/1000 prebivalcev	%razlika/1000 prebivalcev	koncesionarij št. timov
Celje	195946	13	0,066	69,9	2
Nova Gorica	102565	5	0,049	51,3	1
Koper	140178	7	0,050	52,6	4,5
Kranj	198713	17	0,086	90,1	1,5
Ljubljana	608429	102	0,168	176,6	17,09
Maribor	319282	36	0,113	118,8	6
M. Sobota	122483	2	0,016	17,2	2
Novo mesto	108094	5	0,046	48,7	2,5
Ravne	135484	1	0,007	7,8	
Krško	69940	2	0,029	30,1	
RS	2001114	190	0,095		
Brez LJ	1392685	88	0,063		

Opomba: Psihiatrična bolnišnica Idrija formalno spada v Ljubljansko regijo, vendar pokriva Novo Gorico, Koper in del Ljubljanske regije. Podatki so zato nekoliko popačeni.

Iz obstoječega stanja je razvidno, da prihaja do velikih regionalnih razlik tudi zaradi neenakomerne razporeditve zdravstvenih zavodov, ambulant in specialistov psihiatrov. V primeru posodobljenja mreže, v kateri bi okrepili obstoječe in ustanovili nove mentalnohigienske oddelke oziroma centre za duševno zdravje pri zdravstvenih domovih ter dopolnili mrežo dnevnih oddelkov psihiatričnih bolnišnic, bi bila dostopnost do psihiatričnih storitev veliko bolj enakopravna za vse prebivalce Republike Slovenije.

Podatki IVZ za leti 2007 in 2008 kažejo, da je bilo v specialistični psihiatrični ambulantni dejavnosti na leto povprečno 288.099 vseh obiskov (prvih in ponovnih), od tega je bilo na leto povprečno 71.915 prvih obiskov. Število prvih obiskov ni enako številu oseb, saj je po zaključenem zdravljenju lahko ista oseba v enem letu zopet prvič obravnavana (bodisi zaradi iste ali druge diagnoze).

Psihiatrično ambulantno dejavnost zagotavljajo vse psihiatrične bolnišnice. Psihiatrične ambulante, ki so bile organizirane v obliki psihiatričnih dispanzerjev ali centrov za mentalno higieno v okviru primarne zdravstvene mreže so zaradi pomanjkanja kadrov in sprememb v organizaciji zdravstvene skrbi marsikje razpade, ne morejo več v popolnosti izvajati svoje dejavnosti. Psihiatrične ambulante, ki imajo koncesijo, so izrazito neenakomerno razporejene in večinoma dostopne le v večjih mestih.

Sodobna bolnišnična zdravstvena obravnava duševnih motenj pomeni sorazmerno kratek, vendar ključen del pomoči pri osebah, ki imajo resne in pogosto tudi ponavljajoče se duševne motnje (shizofrenijo, bipolarno motnjo razpoloženja, depresivno motnjo in druge duševne motnje). Psihiatrične bolnišnice ohranjajo vlogo polivalentnih, odprtih, humanih centrov za čim krajšo zdravstveno obravnavo najtežjih akutnih bolezni za širše gravitacijsko območje.

V psihiatrične bolnišnice je bilo v letu 2007 sprejetih 11.816 oseb, od tega približno petina zaradi shizofrenije ali bipolarnе motnje razpoloženja (IVZ – Zdravstveni statistični letopis, 2007). V Sloveniji deluje pet psihiatričnih bolnišnic in Psihiatrični oddelek Univerzitetnega kliničnega centra Maribor. Bolnišnice so razporejene tako, da imajo prebivalci Koroške, Dolenjske in Pomurja manjšo dostopnost kot preostali prebivalci. Število postelj znaša 8,46 postelje na 10.000 prebivalcev (SZO Mental Health Atlas, 2005). Po številu bolnišničnih postelj sicer dosegamo evropsko povprečje, vendar ni možnosti zmanjševanja, saj so v to število vključene tudi postelje za zdravstveno obravnavo bolezni odvisnosti in postelje za geriatrične paciente, ki zavzemajo skoraj polovico zmogljivosti. Torej je v zadnjih letih že prišlo do dodatne notranje diferenciacije glede na potrebe prebivalstva. Za osebe s shizofrenijo, bipolarno motnjo razpoloženja, depresijo in nekaterimi drugimi duševnimi motnjami se je število postelj zmanjšalo. Težave so tudi zaradi enodnevnih ali celo krajših hospitalizacij oseb v akutnem alkoholnem opoju. Zanje še nismo naredili strokovnih smernic obravnave.

Relativno zmanjšanje števila postelj je najbolj prizadelo skupino oseb s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami, saj so bili odpuščeni k svojim družinam, v domove za starejše ali druge socialne zavode, katerih zmogljivosti so se kmalu izkazale za premajhne. Posledice tega se kažejo na več ravneh. Smernice psihiatričnega zdravljenja narekujejo poleg intenzivnega zdravljenja v psihiatričnih bolnišnicah tudi nepretrgano spremljanje oseb s hudimi duševnimi motnjami v skupnosti.

Po grobi oceni je trenutno v Sloveniji približno 30 oseb z duševno motnjo, ki jim je bil izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu. V Sloveniji je področje forenzične psihiatrije postalo zelo pereče, ko se je zaprl Oddelek za forenzično in socialno psihiatrijo, ki je deloval v sklopu Centra za mentalno zdravje Psihiatrične klinike v Ljubljani. Zdaj je za

forenzične paciente prilagojen oddelek z 11 posteljami na Centru za klinično psihiatrijo Psihiatrične klinike v Ljubljani, čeprav nima statusa specializirane enote. Osebe z duševno motnjo z ukrepom obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu sprejemajo po regionalnem načelu vse psihiatrične bolnišnice. Izvrševanje obveznega psihiatričnega zdravljenja na prostosti v psihiatričnih ambulantah oseb z duševno motnjo poteka po regionalnem načelu. Terapevtske skupine nimajo možnosti za dodatno usposabljanje.

Nevladne organizacije so v devetdesetih letih vpeljale skupnostno skrb na področju duševnega zdravja in imele pri tem podporo redkih posameznikov psihiatrične, pravne in humanistične stroke. Ker ni bilo ustreznih pravnih podlag za umestitev njihovih prizadevanj v mrežo služb, so skupnostno skrb pričele sprva uvajati prek razvojno-eksperimentalnih programov, ki so jih sofinancirali MDDSZ, občine, FIHO ter drugi sofinancerji.

Programi Stanovanjskih skupin, Dnevni centrov ter Svetovalno-informativnih pisarn dvajset let kasneje pridobijo status javnih socialno varstvenih programov. S storitvami, ki jih izvajajo visoko usposobljeni strokovnjaki nudijo pomoč osebam s težavami v duševnem zdravju in njihovim svojem (Razpredelnica 3).

Razpredelnica 3. Obstoječe zmogljivosti nevladnih organizacij po posameznih statističnih regijah

Statistična regija	Število prebivalcev*	Ocenjeno število oseb s kronično duševno motnjo**	Stanovanjske skupine***		Dnevni centri***		Pisarne za informiranje in svetovanje***	
			štev.	upor.	štev.	upor.	štev.	upor.
Pomurska	124.214	180	2	8	1	58	1	52
Podravska	316.528	459	7	25	3	228	0	0
Koroška	737.27	107	1	8	2	50	1	152
Savinjska	256.527	372	4	13	1	100	1	53
Zasavska	45.858	66	0	0	1	53	0	0
Spodnjeposavska	69.810	101	0	0	1	42	2	86
Jugovzhodna Slovenija	137.993	200	1	4	2	166	2	101
Osrednjeslovenska	493.633	716	17	96	3	658	2	439
Gorenjska	197.258	286	3	8	3	290	2	101
Notranjsko-kraška	50.549	73	5	20	1	15	0	0
Goriška	119.088	173	2	8	2	226	1	44
Obalno-kraška	102.786	149	6	28	4	169	1	56
Skupaj (Slovenija)	1,987.971	2.889	48	218	24	2055	13	302

* Vir: Statistični urad, popis 2002.

** Ocena glede na podatke o prevalenci duševnih motenj v Republiki Sloveniji.

*** Podatki MDDSZ o številu vključenih v program v letu 2010

Na področju destigmatizacije je delovanje nevladnih organizacij zelo pomembno. Svoje delovanje so nevladne organizacije usmerile v ozaveščanje širše javnosti o različnih vsebinah s področja duševnega zdravja. Na osnovi analize dveh tiskanih medijev, po metodi kritične diskurzivne analize je dokazano, da so nevladne organizacije znatno prispevale k odpiranju vsebin s področja duševnega zdravja in skupnostne skrbi v devetdesetih letih (Oreški, 2008), saj je analiza medijskega diskurza dober pokazatelj odnosa družbe do področja duševnega zdravja..

Zaposlitvena rehabilitacija

Namen zaposlitvene rehabilitacije je ohranjanje in razvijanje delovnih spretnosti, navad in veščin v delovnem okolju, ki lahko daje tudi podporo pri širšem socialnem vključevanju posameznika. Uporabnikom omogoča vključitev v različne programe aktivne politike zaposlovanja (usposabljanje na delovnem mestu, javna dela) in v program socialne vključenosti.

Izvajanje zaposlitvene rehabilitacije (Razpredelnica 4) je opredeljeno kot javna služba v okviru mreže izvajalcev zaposlitvene rehabilitacije. Poleg Inštituta Republike Slovenije za rehabilitacijo in izvajalcev storitev zaposlitvene rehabilitacije izvajajo naloge na področju zaposlitvene rehabilitacije tudi rehabilitacijski svetovalci in rehabilitacijske komisije pri Zavodu Republike Slovenije za zaposlovanje.

Delež zaposlitev oseb z motnjami v duševnem zdravju je v skupini invalidov po oceni zavoda za zaposlovanje manj kot 10-odstoten. Razmerje med vsemi zaposlenimi invalidi in vsemi nezaposlenimi invalidi je približno 1 : 5.

Razpredelnica 4. Zaposlitvena rehabilitacija

Zaposlitveni center/Invalidsko podjetje	Štev. vseh zaposlenih invalidov	Štev. zaposlenih invalidov s težavami v duševnem zdravju
Dobrovita plus, d. o. o.	15	12
Šentplavž	8	1
Dlan	10	6
Humana Kranj – v nastajanju	predvidoma 10	
Ozara, d. o. o. (IP)	19 invalidov/46 vseh zaposlenih	7 invalidov/13 od vseh zaposlenih
Ozara ZC, d. o. o.	12	7

Vir: MDDSZ

Starejši

Demografski trendi kažejo, da se bo v bližnji prihodnosti precej povečalo število starejših. Po projekcijah Europop 2008 naj bi se do leta 2060 njihov delež povzpел na 35 odstotkov (Vertot, 2008). S tem se bo povečalo tudi število starejših oseb, ki zaradi težav v duševnem zdravju potrebujejo pomoč.

Glede na dejansko opremljenost slovenske psihiatrije je potrebno za njihovo učinkovito nadaljnje delovanje okrepiti in širiti obstoječe centre za zdravljenje geriatričnih bolnikov (zlasti bolnikov z demenco, ki jih zdravijo tudi nevrologi).

Domov za starejše je bilo v letu 2009 89, od tega je 6 posebnih socialnovarstvenih zavodov, v 8 enotah pa je posebna oblika varstva odraslih znotraj domov za starejše in njihovih dislociranih enot. Domovi za starejše so v Sloveniji polno zasedeni. Število prošenj za sprejem iz leta v leto narašča, čedalje daljša je tudi čakalna doba za namestitve. Skoraj tri četrtine mest v domovih za starejše zasedajo ženske. V slovenskih domovih za starejše je bilo konec leta 2007 14.277 mest za starejše od 65 let in 2.368 mest za odrasle s posebnimi potrebami. Na nekaterih območjih države so razmeroma dolge čakalne dobe.

Socialno varstveni zavodi se v Sloveniji ustanovljajo za več namenov: za celodnevno varstvo oseb v zavodu, bivalni skupini, bivalnem stanovanju, za dnevno varstvo, za bivanje v varstveno-delovnem centru, za pomoč na domu, za kratkotrajne sprejeme, za varstvo ob koncu tedna, za krizne sprejeme, za počitniško varstvo, za začasno bivanje, za izvajanje programov za zunanje uporabnike ipd. Predstavljajo dolgo trajno oskrbo.

Starejši z demenco pretežno ostajajo v domačem okolju. Spominčica – Slovensko združenje za pomoč pri demenci je edina nevladna organizacija, ki že več kot desetletje razvija in zagotavlja dejavnosti za osebe z demenco in njihove svojce, med drugim vzgojno-izobraževalne, informativne in podporne programe, s katerimi vpliva na boljšo kakovost življenja. Ima pomembno vlogo tudi pri ozaveščanju javnosti. Ker s svojimi programi zajema le nekatere dele Slovenije, bi bilo treba organizirati mrežo pomoči in podpore za celotno Slovenijo, tovrstne programe pa razvijati na vseh ravneh zdravstvene in socialne dejavnosti, v lokalnih skupnostih in različnih prostovoljnih organizacijah.

Organizacija paliativne oskrbe v Sloveniji ni sistematično urejena, zagotavljajo jo posamezne zdravstveno-varstvene ustanove in društvo Hospic kot nevladna, nepridobitna, humanitarna organizacija, ki zagotavlja strokovno in laično podporo hudo bolnim in umirajočim pacientom ter njihovim svojcem na domu in podporo med žalovanjem. Paliativna oskrba je v zdravstvenovarstvenih ustanovah namenjena predvsem onkološkim pacientom in svojcem: na Onkološkem inštitutu je sestavni del obravnave pacientov, izvaja pa se v ambulantah in bolnišničnih oddelkih, v Bolnišnici Golnik – KOPA deluje Skupina za paliativno oskrbo pacientov s pljučnim rakom. V regionalnih bolnišnicah po Sloveniji delujejo ambulate za zdravljenje bolečine, ki zagotavljajo specialistično obravnavo pacientov s hudo bolečino. Zаметki paliativne oskrbe so v negovalnih bolnišnicah, nekaterih zdravstvenih domovih in socialnovarstvenih domovih za starejše. Paliativna oskrba v slovenskem zdravstvenem sistemu ni urejena, manjka predvsem za paciente v zgodnjem času napredovale bolezni (bolezni srca, dihal, rak, nevrološka in infektivna obolenja itd.).

Razpredelnica 5. Število domov za starejše v letu 2009 v posameznih zdravstvenih regijah

Celje	Koper	Kranj	Krško	Ljubljana	Maribor	Murska Sobota	Nova Gorica	Novo mesto	Ravne na Koroškem
12	9	6	3	27	9	7	5	5	6

3. Opredelitev prednostnih področij, potreb in ciljnih skupin nacionalnega programa

3.1 Opredelitev prednostnih področij

Promocija duševnega zdravja in preventiva duševnih motenj

Promocija duševnega zdravja in primarna preventiva duševnih motenj (tako univerzalna, selektivna kot indicirana) sta bili v Sloveniji v primerjavi z drugimi področji (duševnega) zdravja zapostavljeni. Dejavnosti promocije duševnega zdravja in preventive duševnih motenj se v Sloveniji izvajajo na lokalni, regionalni in državni ravni šele v zadnjem desetletju.

Dejavnosti promocije in preventive na področju duševnega zdravja potrebujejo strateški dokument. Potrebno je zagotoviti sredstva za implementacijo ukrepov promocije in varovanja duševnega zdravja tako otrok in mladih v vzgojno izobraževalnih institucijah, aktivne populacije v delovnih okoljih, kot tudi starejših. Projekti, ki se izvajajo, naj bodo na nacionalni ravni z dolgoročnimi učinki.

Promocija in varovanje duševnega zdravja otrok in mladih

V Sloveniji je dostopnost skrbi za duševno zdravje otrok in mladih v mestnih bistveno boljša, prav tako se izboljšujejo promocijske dejavnosti. Izboljšati moramo dostopnost do storitev varovanja duševnega zdravja otrok in mladih ter povečati osveščenost javnosti glede promocije duševnega zdravja otrok in mladih. Tudi skrb za ženske v obporodnem obdobju je namenjena zdravju otroka, saj je zdravo starševstvo predpogoj za zdravo otroštvo. Skrb duševno zdravje otrok in mladostnikov je posebnega pomena, saj se 14 odstotkov vseh duševnih motenj, ki jih opazamo v odrasli dobi, prične že v otroštvu.

Promocija in varovanje duševnega zdravja aktivne populacije

Duševno zdravje aktivne populacije pomeni bogastvo in kapital celotne družbe. Skrb za ohranitev in krepitev duševnega zdravja je zato ključnega pomena, saj ima slabo duševno zdravje daljnosežne posledice. Danes najpogostejše duševne motnje, ki so najpogostejše ravno med aktivno populacijo in manjšajo njeno delazmožnost, je mogoče preprečevati in učinkovito zdraviti. Kroničnim duševnim motnjam je mogoče s hitro in učinkovito pomočjo bistveno spremeniti potek in omogočiti osebi s takšno motnjo in njihovim svojcem kakovostno življenje.

Promocija in varovanje duševnega zdravja starejših

Staranje populacije je trend, s katerim se srečujemo v vseh razvitih državah. Sodobni programi promocije zdravja podpirajo življenjski slog, ki omogoča medgeneracijsko sožitje.

Starejši imajo več zdravstvenih težav, imajo tudi več duševnih motenj, srečujejo se z osamljenostjo. Pogostejše bolezni v starosti zahtevajo več pozornosti.

Obravnavna duševnih motenj v skupnosti

Nepretrgana obravnava oseb s hudimi duševnimi motnjami, ki imajo pogoste ponovitve bolezni, so hospitalizirane brez privolitve, slabo sodelujejo pri zdravljenju in imajo dvojne diagnoze z odvisnostjo ali pogostimi zlorabami psihoaktivnih snovi, zagotavlja boljšo kakovost obravnave, pravočasne nujne posege, izboljša kakovost njihovega življenja, vpliva na število ponovnih sprejemov v psihiatrično bolnišnico in lahko skrajša obdobje hospitalizacije ali ta celo ni potrebna. Psihiatrična zdravstvena obravnava v lokalnem okolju osebe je nujna za zgodnje prepoznavanje poslabšanja duševnih motenj, takojšnjo psihiatrično obravnavo in visoko prilagodljivost psihiatričnega zdravljenja konkretni osebi. Za tako zdravstveno obravnavo je treba zagotoviti mrežo zdravstvenih, socialno varstvenih, izobraževalnih in drugih storitev. Pri obravnavi v skupnosti je pomembna vloga nevladnih organizacij, ki so tudi prve v Sloveniji vpeljale skupnostno obravnavo za osebe s težavami v duševnem zdravju v začetku devetdesetih let.

Boj proti stigmati in socialni izključenosti

Vse pobude za izboljšanje duševnega zdravja prebivalcev so povezane z dejavnostjo zmanjševanja stigmatizacije in diskriminacije. Stigmatizacija se kaže tudi v ovirah pri dostopu do obravnave, težavah pri zagotavljanju kakovostne obravnave in v tistih strukturnih oblikah, ki ovirajo rehabilitacijo in okrevanje ljudi z duševnimi motnjami in njihovih družin.

Preprečevanje samomora

Samomor je eden od največjih javnozdravstvenih problemov v Sloveniji in je v veliki meri povezan s škodljivim pitjem alkohola in duševnimi motnjami. Samomor je večplasten pojav in javnozdravstveni problem, ki se tiče vseh nas. Z globalnim in večdisciplinarnim pristopom je mogoče preprečiti marsikateri samomor.

Mreža služb za duševno zdravje

Službe, ki zagotavljajo storitve na področju duševnega zdravja so ustrezne, če so učinkovite, varne in zagotavljajo visoko strokovno, kontinuirano in dostopno oskrbo. Področje duševnega zdravja je zelo široko in zadeva več sektorjev, zato je učinkovita povezava služb, ki delujejo v posameznih sektorjih ključnega pomena. Dopolnitve mreže služb in izboljšanje medsektorskega sodelovanja so bistvene za izboljšanje zdravstvenega stanja prebivalstva.

3.2 Ocena potreb

Preglednica 3.1. Ocena potreb glede na prednostna področja

Promocija duševnega zdravja in preventiva duševnih motenj
<p>Pozitivnemu duševnemu zdravju in preventivi duševnih motenj se pri nas v primerjavi s fizičnim zdravjem in zdravstveno obravnavo duševnih motenj namenja manj dejavnosti, pozornosti in finančnih sredstev. Potrebno je jasneje usmerjeno in usklajeno delovanje na tem področju na ravni države.</p> <p>Izboljšanje, ohranjanje in povrnitev duševnega zdravja splošnega prebivalstva in posebej ogroženih skupin zahteva kakovostne, načrtovane in stroškovno učinkovite programe promocije duševnega zdravja in preventive duševnih motenj na državni in lokalni ravni.</p> <p>Potrebne so sistemske spremembe, kot so sodelovanje vseh sektorjev in njihovo povezovanje ter okrepitev in boljša organizacija služb, ki izvajajo programe promocije in preventive, in povečanje njihove učinkovitosti.</p> <p>Dobro duševno zdravje prebivalstva je socialni kapital, preprečitev nastanka duševne motnje pa ne pripomore le k višji kakovosti življenja, ampak ima tudi ekonomske učinke.</p>
Boj proti stigmi duševnih motenj in socialni izključenosti
<p>Najpomembnejši nosilec boja proti stigmi in socialni izključenosti so trenutno nevladne organizacije s svojimi dejavnostmi. Toda delovanje proti stigmatizaciji, diskriminaciji in socialni izključenosti je treba razširiti na vso Slovenijo ter vzpostaviti medsektorsko delovanje tudi na tem področju. V zvezi s tem je pomembno obeležiti mednarodne svetovne dneve (npr. duševnega zdravja, preprečevanja samomora, strpnosti, človekovih pravic) ter izobraževanje strokovnih in laičnih javnosti.</p> <p>Stigma in socialna izključenost otežujeta ohranjanje in povrnitev duševnega zdravja.</p> <p>Načrtovane stalne in usmerjene spodbujevalne in antidiskriminacijske dejavnosti na več ravneh (npr. stanovanjska preskrba, dostop do dela, boj proti revščini, vzpostavitev individualizacije in neposrednega plačevanja storitev za dolgotrajno in kontinuirano podporo, zastopniki pacientovih pravic, zastopniki pravic osebe na področju duševnega zdravja in zagovorništvo) pripomorejo k pomembnim pozitivnim spremembam prepričanj in vedenja.</p>

Promocija in varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov

Vsi otroci in mladostniki nimajo enake dostopnosti do kakovostnih storitev in programov na področju promocije in varovanja duševnega zdravja.

Izboljšanje, ohranjanje in povrnitev duševnega zdravja otrok in mladostnikov bomo dosegli z medsektorskim sodelovanjem in dopolnitvami sedanje mreže služb ter zagotovitev kakovostnih, varnih, dostopnih in učinkovitih storitev in programov promocije, preventive, zdravljenja in rehabilitacije. Potrebno je tudi okrepiti službe za takojšnjo obravnavo otrok in mladostnikov.

Dobro duševno zdravje otrok in mladostnikov zahteva posebno pozornost vsake skupnosti, saj se veliko duševnih motenj začne že v otroštvu oziroma v mladostni dobi.

Promocija in varovanje duševnega zdravja aktivne populacije

Promociji in varovanju duševnega zdravja aktivne populacije je treba nameniti dovolj finančnih virov, saj aktivna populacija ustvarja družbeni proizvod. Ne smemo pozabiti tudi na brezposelne, katerih število zaradi gospodarske krize zelo narašča.

Vsi odrasli nimajo enake dostopnosti do kakovostnih storitev in programov na področju promocije in varovanja duševnega zdravja.

Izboljšanje, ohranjanje in povrnitev duševnega zdravja aktivne populacije bomo dosegli z boljšim medsektorskim sodelovanjem in dopolnitvami sedanje mreže služb ter zagotovitev kakovostnih, varnih, dostopnih in učinkovitih storitev in programov promocije, preventive, zdravljenja in rehabilitacije.

Dobro duševno zdravje aktivne populacije pripomore k storilnosti ter gospodarskemu razvoju in konkurenčnosti države.

Promocija in varovanje duševnega zdravja starejših

Zaradi demografskih trendov moramo okrepiti dejavnosti promocije in varovanja duševnega zdravja starejših. Vsi starejši nimajo enake dostopnosti do kakovostnih storitev in programov na področju promocije in varovanja duševnega zdravja.

Izboljšanje, ohranjanje in povrnitev duševnega zdravja starejših bomo dosegli z medsektorskim sodelovanjem in dopolnitvami sedanje mreže služb ter zagotovitev kakovostnih, varnih, dostopnih in učinkovitih storitev in programov promocije, preventive, zdravljenja in rehabilitacije.

Dobro duševno zdravje starejših pripomore k medgeneracijskemu sožitju in kakovostnemu življenju v starosti.

Preprečevanje samomorilnega vedenja

Količnik samomora in samomorilnih poskusov je v Sloveniji visok. Izvajamo nekaj uspešnih načinov pomoči, ki pa med seboj niso povezani. Zgodnje odkrivanje in celostna interdisciplinarna obravnava oseb z depresivno motnjo zahteva načrtno in usklajeno delovanje znotraj zdravstvenega sektorja, v sodelovanju z drugimi sektorji. Pomembno vlogo bi morali prevzeti timi na primarni zdravstveni ravni, v sodelovanju z drugimi službami in izvajalci psihoedukativnih programov.

Preprečevanje samomora v najširšem smislu vključuje ukrepe promocije zdravja, primarne, sekundarne in terciarne preventive. Preprečevanje samomora zahteva sodelovanje vseh sektorjev in večdisciplinarni pristop, preprečevanje samomorilnega vedenja pa organizirano mrežo različnih vrst pomoči, ki so na voljo 24 ur dnevno, na državni in lokalni ravni.

Z ustreznimi akcijami, programi in ukrepi lahko pomembno znižamo število samomorov in samomorilnih poskusov.

Pomembno je tudi vključevanje programov za zmanjšanje pitja alkohola pri vseh skupinah prebivalstva - še zlasti med posebej ogroženimi.

Obravnava duševnih motenj v skupnosti

Najpomembnejši izvajalci in nosilci programov skupnostne skrbi za osebe z duševnimi motnjami so nevladne organizacije. Vsi prebivalci nimajo enake dostopnosti do storitev nevladnih organizacij. Osebe z duševnimi motnjami potrebujejo tudi druge storitve sodobne skupnostne psihiatrije.

Sodobna skupnostna psihiatrija je večdisciplinarna, vključuje tudi številne programe in storitve, ki so na terenu na voljo 24 ur dnevno.

Skupnostna obravnava duševnih motenj je sodobna, stroškovno učinkovita in za uporabnike prijazna.

Mreža služb za duševno zdravje

Kakovostne storitve in programi na področju promocije in varovanja duševnega zdravja prebivalcem Slovenije niso enako dostopni. Poleg tega pa njihovo delovanje ni povezano. Potrebno je razviti medsektorsko sodelovanje.

Zakon o duševnem zdravju opredeljuje mrežo izvajalcev programov in storitev za duševno zdravje v okviru javne službe, ki je podlaga za vzpostavitev učinkovite in racionalne mreže izvajalcev programov ter posodobitev in dopolnitev njihove mreže.

3.3 Ciljne skupine

Preglednica 3.2. Ciljne skupine

NPDZ je namenjen splošnemu prebivalstvu (vsem javnostim) in posameznim skupinam, ki jih navajamo v preglednici.

DRUŽINE
družine v nastajanju; enostarševske družine; družine z osebo, ki ima duševno motnjo; družine z brezposelno osebo; družine na meji revščine; družine, v katerih je prisotno nasilje; družine z izkušnjo samomorilnega vedenja, družine, kjer je prisotno tvegano in/ali škodljivo pitje alkohola oziroma uporaba prepovedanih drog in družine, ki so zaradi svojih značilnosti izpostavljene večjemu tveganju
OTROCI IN MLADOSTNIKI
vsi otroci in mladostniki
ter tisti otroci in mladostniki, ki so zaradi svojih značilnosti izpostavljeni večjemu tveganju za razvoj duševne motnje ali samomorilnega vedenja: otroci z odstopanji na področju razvoja, čustvovanja, vedenja in medosebnih odnosov; otroci s hiperkinetično motnjo; otroci in mladostniki z učnimi težavami in težavami pri študiju; otroci in mladostniki iz psihosocialno ogroženih družin; otroci staršev, ki imajo duševne motnje, otroci in mladostniki, ki so se predčasno ali začasno nehali šolati; otroci in mladostniki v rejništvu; mladostniki pred izbiro poklica; mladostniki po zdravljenju duševne motnje, mladostniki s tveganimi vedenji (npr. škodljive oblike pitja alkohola, raba drugih psihoaktivnih snovi)
AKTIVNA POPULACIJA
celotna aktivna populacija in
aktivna populacija, ki je zaradi svojih značilnosti izpostavljena večjemu tveganju za razvoj duševne motnje ali samomorilnega vedenja: določene poklicne skupine (zaposleni v vojski, zaposleni v zdravstvu, zaposleni v vzgojno-izobraževalnih ustanovah); zaposleni v realnem sektorju v velikih podjetjih; zaposleni pri malih in srednjih delodajalcih; zaposleni pri tujih delodajalcih; zaposleni v javnem sektorju; delavci v starosti od 55 do 65 let; prijavljeni na zavodu za zaposlovanje; brezposelni; vključeni v javna dela; prejemniki socialne pomoči, osebe s škodljivim pitjem alkohola; na delovnem mestu trpinčene osebe

STAREJŠI

vsi starejši , posebej tisti, ki so zaradi svojih značilnosti izpostavljeni večjemu tveganju za razvoj duševne motnje ali samomorilnega vedenja:

starejši, ki živijo sami; starejši, ki so socialno izključeni in osamljeni; starejši s kroničnimi nenalezljivimi telesnimi boleznimi; družinski oskrbovalci starejših;

starejši pod pragom revščine, osebe s tveganim pitjem alkohola

OSEBE Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI

osebe z depresijo, shizofrenijo, bipolarno motnjo razpoloženja;
osebe, odvisne od alkohola in/ali drugih psihoaktivnih snovi;
osebe z motnjami hranjenja;
osebe z osebnostnimi motnjami;
osebe z dvema duševnima motnjama (shizofrenija in bolezen odvisnosti);
osebe s telesno boleznijo in pridruženo duševno motnjo

DRUGE RANLJIVE SKUPINE, ZA KATERE JE VEČJA VERJETNOST RAZVOJA DUŠEVNE MOTNJE IN SAMOMORILNEGA VEDENJA

enočlanska gospodinjstva; priseljenci; priporniki in zaporniki; manjšine in etnične skupine; moški v srednjih letih; ženske v poporodnem obdobju; razvezane osebe; osebe brez zdravstvenega zavarovanja; svojci oseb z duševno motnjo; osebe s kroničnimi telesnimi obolenji in invalidnostmi; žalujoči po samomoru; osebe po poskusu samomora; osebe s tvegano in škodljivo uporabo alkohola in drugih psihoaktivnih snovi

STROKOVNJAKI

strokovnjaki, ki delajo na področju duševnega zdravja: zdravstveni delavci, zaposleni v vzgoji in izobraževanju; zaposleni v socialnem varstvu; zaposleni v vojski; zaposleni v policiji; zaposleni v pravosodnih organih; strokovnjaki in drugi, ki vplivajo na politiko duševnega zdravja; novinarji, ki poročajo o duševnem zdravju

4. Cilji, strategije, ukrepi za duševno zdravje

CILJI	STRATEGIJE ZA DOSEGANJE CILJEV	UKREPI ZA IZVAJANJE STRATEGIJ IN DOSEGANJE CILJEV	NALOGE IZVAJALCEV
Cilj 1 Promocija duševnega zdravja	Strategija1 Oblikovanje duševnemu zdravju naklonjenih politik in spodbujanje medsektorskega sodelovanja	1. Razvoj in vpeljava metodologije za oceno vpliva ukrepov in politik na duševno zdravje 2. Spodbujanje interdisciplinarnega in medsektorskega sodelovanja	1. Izdelava metodologije in meril za oceno vpliva politik 2. Izdelava protokolov in navodil o medsektorskem sodelovanju
	S2 Ozaveščanje strokovne in laične javnosti o pomenu duševnega zdravja	1. Oblikovanje, podpiranje, izvajanje, razvijanje različnih dejavnosti za ozaveščanje javnosti v množičnih občilih, s pomočjo publikacij, gradiva in drugih komunikacijskih sredstev za različne javnosti	1. a) Razpisi za projekte nevladnih organizacij b) Predavanja za strokovno in splošno javnost c) Izdelava meril in spremljanje učinkov ozaveščanja
	S3 Izobraževanje strokovnjakov o promociji in varovanju duševnega zdravja	1. Razvoj in izvajanje različnih oblik interdisciplinarnega izobraževanja (formalnih/neformalnih na do- in podiplomski ravni) za strokovnjake, novinarje in deležnike	1. predavanja, delavnice ob posebnih dogodkih (svetovni dan zdravja, svetovni dan duševnega zdravja) in tudi sicer vse leto v različnih okoljih (izobraževalne in zdravstvene ustanove ter druga javna mesta/ustanove),
	S4 Oblikovanje in izvajanje programov promocije in varovanja duševnega zdravja za različna okolja	1. Oblikovanje, podpiranje, izvajanje, razvijanje različnih programov promocije duševnega zdravja za različna okolja: družino, vzgojno-varstvene in izobraževalne ustanove, delovno okolje, ustanove za institucionalno varstvo starejših in oseb s posebnimi potrebami, zavode za prestajanje kazni zapora in celotno skupnost	Dejavnosti v vseh okoljih: a) usposabljanje za (samo)pomoč pri varovanju duševnega zdravja b) podpiranje telesne dejavnosti in zdravega načina življenja c) podpiranje dejavnosti in tistih oblik družabnega življenja v skupnosti, ki

		<p>2. Spodbujanje razvoja enovitega doktrinarne pristopa k identifikaciji psihosocialnih tveganj v različnih okoljih ter izdelava predlogov humanizacijskih ukrepov za obvladovanje teh tveganj</p> <p>3. Oblikovanje specializiranih timov za zgodnje odkrivanje in obravnavo oseb z demenco.</p> <p>4. Načrtno razvijanje strokovnih programov za psihosocialno podporo oseb v bivalnem okolju.</p>	<p>delujejo sproščajoče na posameznika (in ga odvrtaajo od pretiranega uživanja alkohola in prepovedanih drog)</p> <p>d) izjava delodajalca, s katero delodajalec opredeli način zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu</p> <p>e) podpiranje dejavnosti in programov prostovoljstva, ki zmanjšujejo socialno izključenost posameznika in dvigujejo kakovost življenja v skupini/skupnosti</p> <p>f) razvijanje programov za aktivno staranje</p> <p>Izvajalci v različnih okoljih:</p> <p>a) družina, vzgojno-varstvene in izobraževalne ustanove</p> <p>b) priprava posebnih programov ter ustanovitev dnevnih in celodnevni oddelkov v okviru socialnega varstva za osebe z demenco.</p> <p>c) delovno okolje</p> <p>d) ustanove za institucionalno varstvo starejših in oseb s posebnimi potrebami</p> <p>e) zavodi, v katerih gibanje oseb ni omejeno iz zdravstvenih razlogov – zapor, pripor, azil, vzgojni zavod</p> <p>f) celotna skupnost:</p> <ul style="list-style-type: none"> – lokalna – državna
--	--	---	--

CILJI	STRATEGIJE ZA DOSEGANJE CILJEV	UKREPI ZA IZVAJANJE STRATEGIJ IN DOSEGANJE CILJEV	NALOGE IZVAJALCEV
Cilj 2 Preventiva duševnih motenj in zgodnje prepoznavanje oseb s težavami v duševnem zdravju	Strategija1 Izobraževanje o duševnem zdravju, duševnih motnjah aktivnem staranju in samomorilnosti	1. Spodbujanje, razvijanje, podpiranje, izvajanje izobraževanja o duševnem zdravju, duševnih motnjah, aktivnem staranju in samomorilnosti za različno strokovno in laično javnost ter deležnike na področju duševnega zdravja	Izvajalci izobraževanja v različnih okoljih: a) družina, vzgojno-varstvene in izobraževalne ustanove b) delovno okolje c) ustanove za institucionalno varstvo starejših in oseb s posebnimi potrebami d) zavodi, v katerih gibanje oseb ni omejeno iz zdravstvenih razlogov – zapor, pripor, azil, vzgojni zavod e) celotna skupnost: – lokalna – državna
	S2 Oblikovanje in izvajanje dejavnosti za preprečevanje duševnih motenj in samomora za različna okolja	1.Podpiranje, razvijanje, izvajanje, spodbujanje dejavnosti in programov za preprečevanje duševnih motenj in samomorilnega vedenja za podpora okolja – družino, vzgojno-varstvene in izobraževalne ustanove, delovno okolje, ustanove za institucionalno varstvo starejših in oseb s posebnimi potrebami, zavode za prestajanje kazni zopora 2. Zgodnje odkrivanje skupine rizičnih otrok za nastanek duševne motnje v splošni populaciji in omogočanje zgodnje strokovne obravnave teh otrok in njihovih staršev (šolska svetovalna služba, svetovalni centri, centri za duševno zdravje...).	1. Razvijanje meril in programov za spodbujanje in spremljanje dejavnosti za preprečevanje duševnih motenj in samomora, za medgeneracijsko sožitje ter pomoč neformalnim oskrbovalcem 2. Izvajalci dejavnosti in programov za preprečevanje duševnih motenj in samomorilnega vedenja v različnih okoljih: a) družina, vzgojno-varstvene in izobraževalne ustanove b) delovno okolje c) ustanove za institucionalno varstvo

		<p>3. Zgodnje prepoznavanje in celostna obravnava oseb z duševnimi motnjami – s poudarkom na depresivni motnji</p> <p>4. Demence – Zgodnje prepoznavanje in celostna obravnava oseb z demenco</p>	<p>starejših in oseb s posebnimi potrebami</p> <p>d) zavodi, v katerih gibanje oseb ni omejeno iz zdravstvenih razlogov – zapor, pripor, azil,</p> <p>e) celotna skupnost:</p> <ul style="list-style-type: none"> – lokalna raven (in bivalno okolje) – državna raven
	<p>S3 Zmanjševanje dostopnosti alkohola, tobaka in drugih psihoaktivnih snovi ter povpraševanja po njih</p>	<p>Oblikovanje, izvajanje, razvijanje dejavnosti za spodbujanje k življenju brez psihoaktivnih snovi, za zmanjševanje posledic škodljivega pitja alkohola, kajenja in uporabe drugih psihoaktivnih snovi ter omejevanje dostopnosti do psihoaktivnih snovi</p>	<p>1. Sodelovanje pri pripravi predpisov</p> <p>2. Ozaveščanje in izobraževanje javnosti v različnih okoljih, kot to velja za preventivo (zgoraj)</p>

CILJI	STRATEGIJE ZA DOSEGANJE CILJEV	UKREPI ZA IZVAJANJE STRATEGIJ IN DOSEGANJE CILJEV	NALOGE IZVAJALCEV
Cilj 3 Boj proti stigmatizaciji duševnih motenj in socialni izključenosti	<p>1. Strategija Zagotavljanje enakih možnosti in pravic osebam z duševno motnjo in njihovim svojcem na področjih zagotavljanja zdravstvenega in socialnega varstva, izobraževanja, zaposlovanja in bivanja v skupnosti</p>	<p>1. Izvajanje ciljnih in načrtovanih programov za destigmatizacijo oseb z duševno motnjo in njihovih svojcev ter strokovnjakov, ki delajo s temi osebami</p> <p>2. Vključevanje vseh deležnikov na področju duševnega zdravja, vključno z množičnimi občili, v dejavnosti za destigmatizacijo duševnih motenj</p> <p>3. Vzpostavljanje možnosti za zagovorništvo in samozagovorništvo.</p>	<p>a) Razpisi za projekte nevladnih organizacij</p> <p>b) Predavanja za strokovno in splošno javnost</p> <p>c) Izdelava meril in spremljanje učinkov ozaveščanja</p> <p>d) Krepitev vloge zastopnikov po Zakonu o duševnem zdravju in ustanavljanje zagovorniških centrov.</p> <p>e) Krepitev in podpora uporabniškim skupinam in združenjem kot tudi skupinam svojcev in njihovim združenjem.</p>
	<p>S2 Zagotavljanje aktivnega socialnega vključevanja oseb z duševnimi motnjami in njihovih svojcev v različne oblike socialnega udejstvovanja</p>	<p>1. Izvajanje dejavnosti za izboljšanje pogojev za formalne in neformalne oblike socialnega udejstvovanja oseb z duševno motnjo in njihovih svojcev na družabnem, družbenem in poklicnem področju</p> <p>2. Uvajanje ukrepov dostopnosti na področju stanovanjske preskrbe, zaposlovanja in izobraževanja in drugih pomembnih področij socialne vključenosti</p> <p>3. Omogočanje socialne varnosti in večje možnosti vstopa na trg delovne sile</p>	<p>1. Usklajevanje različnih politik</p> <p>2. Podporno zaposlovanje, pomoč pri študiju in izobraževanju, pomoč pri vsakdanjem življenju</p> <p>3. Razpisi za projekte nevladnih organizacij</p>

CILJI	STRATEGIJE ZA DOSEGANJE CILJEV	UKREPI ZA IZVAJANJE STRATEGIJ IN DOSEGANJE CILJEV	NALOGE IZVAJALCEV
<p>Cilj 4 Mreža izvajalcev programov in storitev za duševno zdravje v okviru javne službe</p>	<p>Strategija 1</p> <p>Vzpostavitev učinkovite in racionalne mreže izvajalcev programov in storitev za duševno zdravje (4. člen Zakona o duševnem zdravju) na področju promocije in preventive, kurative in rehabilitacije s pomočjo medsektorskega interdisciplinarnega sodelovanja ter ob upoštevanju regionalnih razlik in razpoložljivih virov</p>	<p>1. Vzpostavitev oziroma izboljšanje sodelovanja med službami za zdravstveno in socialno varstvo</p> <p>2. Racionalizacija obstoječih kadrovskih virov z boljšo organizacijo dela:</p> <p>a) vzpostavitev oziroma izboljšanje sodelovanja med zdravstvenimi delavci na primarni, sekundarni in terciarni ravni</p> <p>b) večja vključenost in usposabljanje medicinskih sester, drugih zdravstvenih delavcev, psihologov in drugih strokovnjakov za obravnavo duševnih motenj</p> <p>c) vzpostavitev oziroma izboljšanje interdisciplinarne in individualnim potrebam prilagojene obravnave duševnih motenj</p> <p>d) vzpostavitev dislociranih akutnih dnevnih oddelkov v regijah, v katerih ni psihiatričnih bolnišnic</p> <p>e) vzpostavitev 24-urne konziliarne psihiatrične službe v vseh regijah za nujno medicinsko pomoč (intervencijske skupine, svetovanje, liazonska psihiatrija)</p> <p>f) okrepitev psihiatrične in kliničnopsihološke dejavnosti kot konziliarne službe oziroma kot stalne službe v splošnih in specializiranih bolnišnicah</p> <p>g) vzpostavitev in razvoj mreže koordinatorjev obravnave v skupnosti in koordinatorjev nadzorovane obravnave za nepretrgano zdravstveno obravnavo oziroma psihosocialno</p>	<p>1. Izdelava navodil oziroma protokolov o medsebojnem sodelovanju</p> <p>2. Analiza učinkovitosti psihiatričnih bolnišnic, ambulant, dispanzerjev, psihiatrov in kliničnih psihologov s koncesijo</p> <p>a) Izdelava navodil oziroma protokolov o medsebojnem sodelovanju v zdravstvu</p> <p>b) in c) Izdelava strokovnih smernic za interdisciplinarno delo in temu prilagojenega dodatnega izobraževanja za strokovne delavce</p> <p>d) Vzpostavitev novih oddelkov</p> <p>e) Vzpostavitev intervencijskih skupin oddelkov</p> <p>f) Zaposlitev dodatnega kadra</p> <p>g) Vzpostavitev delovanja koordinatorjev nadzorovane obravnave in koordinatorjev obravnave v skupnosti</p> <p>h) Izdelava strokovnih smernic za vse oblike rehabilitacij in protokolov o medsebojnem sodelovanju med različnimi službami oz. nevladnimi organizacijami</p> <p>i) vzpostavitev podpore neformalnih oskrbovalcev</p>

		<p>rehabilitacijo;</p> <p>h) vzpostavitev oziroma usklajeno delovanje služb za rehabilitacijo (medicinska, psihosocialna in poklicna)</p> <p>i) zmanjševanje kapacitet v institucionalni obravnavi in zagotavljanje drugih alternativnih oblik obravnave</p> <p>j) postopno zmanjševanje kapacitet velikih zavodov za ljudi z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju</p> <p>k) vzpostavljanje mreže socialnih in zdravstvenih služb za dolgotrajno podporo v skupnosti</p> <p>l) vzpostavitev individualiziranih storitev in programov za dolgotrajno in kontinuirano podporo v skupnosti</p>	
<p>S2 Posodobitev in dopolnitev mreže izvajalcev programov in storitev za duševno zdravje (4. člen Zakona o duševnem zdravju) na področju promocije in preventive, kurative in rehabilitacij s pomočjo medsektorskega interdisciplinarnega sodelovanja upoštevanju regionalnih razlik ter razpoložljivih virov</p>	<p>1. Vzpostavitev novih, kakovostnih, dostopnih in učinkovitih služb oziroma programov za duševno zdravje:</p> <p>a) vzpostavitev služb in programov za promocijo duševnega zdravja in preventivo duševnih motenj in aktivno staranje</p> <p>b) okrepitev obstoječih in razvoj novih programov na področju zgodnjega prepoznavanja duševnih težav in motenj, posebno pozornost nameniti starejšim in demenci</p> <p>c) ponovna vzpostavitev in dopolnitev mreže dejavnosti (dispanzerske) za duševno zdravje, zlasti v deficitarnih regijah</p> <p>d) okrepitev mreže vseh izvajalcev storitev</p> <p>e) izboljšanje kadrovskih in materialnih virov za delo v psihiatričnih bolnišnicah in psihiatričnih</p>	<p>1. a) do d) Izdelava načrta mreže služb in programov za duševno zdravje ter uresničevanje s:</p> <ul style="list-style-type: none"> – promocijo in preventivo – kurativo – rehabilitacijo – izdelavo smernic za interdisciplinarno obravnavo kroničnih motenj <p>e) vzpostavitev mreže centrov s kriznimi skupinami</p> <p>f) uvedba ocene duševnega zdravja pri oceni možnosti za delo</p> <p>g) vzpostavitev pomoči za posebej ogrožene skupine</p>	

		<p>ambulantah</p> <p>f) okrepitev obstoječih in razvoj novih programov za obravnavo oseb s kroničnimi rezistentnimi duševnimi motnjami in pridruženimi motnjami</p> <p>g) razvoj oziroma vzpostavitev mreže centrov s kriznimi skupinami za ukrepanje na terenu ob krizni situaciji in samomorilnem vedenju ter uveljavljanje načel skupnostne psihiatrije</p> <p>h) ocena psihosocialnih tveganj v delovnem okolju in poenotenje postopkov za oceno funkcijskih stanj</p> <p>i) vzpostavitev učinkovitih novih oblik pomoči za posebej ogrožene skupine</p> <p>2. Ureditev področja varovanja duševnega zdravja otrok in mladostnikov v skladu z mednarodnimi standardi in zahtevami konvencij ter ureditev področja varovanja duševnega zdravja starejših v skladu z evropskimi strateškimi dokumenti</p> <p>3. Zagotoviti mreže svetovalnih centrov za otroke, mladostnike in starše (vključno z zdravstveno dejavnostjo) in z multidisciplinarnimi timi (psiholog, klinični psiholog, specialni pedagog, pedopsihiater, logoped, socialni delavec, pedagog) po regijskem načelu ter okrepitev vloge šolske svetovalne službe</p> <p>4. Ureditev področja forenzične psihiatrije</p> <p>5. Okrepitev delovanja služb in programov socialnega varstva na področju duševnega zdravja v okviru centrov za socialno delo:</p> <p>a) izboljševanje veščin celotne skupine za delo z osebami v psihosocialni stiski</p> <p>b) zagotavljanje kakovostnih, dostopnih, varnih,</p>	<p>2. Ustanovitev oddelkov pod posebnim nadzorom za otroke in mladostnike z duševno motnjo</p> <p>3.</p> <p>a) Dopolnitev mreže svetovalnih centrov za otroke, mladostnike in starše in okrepitev šolske svetovalne službe</p> <p>b) Vzpostavitev specializiranih bivalnih enot za otroke in mladostnike s težavami v duševnem zdravju</p> <p>4.</p> <p>a) Izdelava elaborata o ureditvi forenzične psihiatrije v Sloveniji (razpis za izdelavo naloge)</p> <p>b) Ustanovitev samostojne bolnišnice ali oddelka ali več oddelkov (odvisno od ugotovitev elaborata) za forenzično psihiatrijo</p> <p>5. Vzpostavitev mreže koordinatorjev nadzorovane obravnave, koordinatorjev za obravnavo v skupnosti in dodatno izobraževanje vseh v skupini, izdelava pravilnikov za koordinatorja in zastopnika</p> <p>6. in 7. Razpisi za izvajanje projektov in programov za duševno zdravje ter vključitev dela dejavnosti nevladnih organizacij v mrežo javnih služb</p>
--	--	--	---

		<p>stalnih, učinkovitih storitev za osebe s težavami v duševnem zdravju</p>
		<p>c) vzpostavitev mreže koordinatorjev obravnave v skupnosti in koordinatorjev nadzorovane obravnave</p>
		<p>d) vzpostavitev mreže zastopnikov pacientovih pravic na področju duševnega zdravja</p>
		<p>6. Okrepitev dejavnosti programov nevladnih organizacij za programe in storitve na področju duševnega zdravja v lokalnem okolju (osebe z duševnimi motnjami, starejši in druge ogrožene skupine prebivalcev)</p>
		<p>7. Vzpostavitev oziroma izboljšanje sodelovanja med službami za zdravstveno in socialno varstvo na področju institucionalnega varstva oseb z duševnimi motnjami, zlasti otrok in mladostnikov, starejših in oseb na prestajanju kazni zapora ter drugih ogroženih skupin prebivalstva</p>
		<p>8. Preoblikovanje posebnih socialno varstvenih zavodov v skupnostno mrežo služb za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju (vzpostavljanje oskrbovanih stanovanj, zaščitenih stanovanj, prehodnih stanovanjskih skupin, mobilnih služb za reševanje stisk...)</p>

CILJI	STRATEGIJE ZA DOSEGANJE CILJEV	UKREPI ZA IZVAJANJE STRATEGIJ IN DOSEGANJE CILJEV	NALOGE IZVAJALCEV
Cilj 5 Preprečevanje samomora	Strategija 1 Izboljšanje prepoznavanja samomorilne ogroženosti	Oblikovanje pristopov za zgodnje prepoznavanje samomorilno ogroženih oseb	Razvoj in izvajanje programov
	S2 Izboljšanje obravnave samomorilno ogroženih oseb in njihovih svojcev	1. Oblikovanje, podpiranje, izvajanje in razvijanje različnih služb in programov, ki bodo na voljo 24 ur dnevno samomorilno ogroženim, njihovim bližnjim ter zdravstvenim in drugim strokovnjakom, ki pridejo v stik s samomorilno osebo ob: <ul style="list-style-type: none"> - povečanem tveganju za samomor - akutni samomorilni ogroženosti - samomorilni ogroženosti - poskusu samomora - samomoru 	1. <ul style="list-style-type: none"> a) Izdelava strokovnih smernic in protokolov za njihovo izvajanje b) Vzpostavitev in dopolnitev 24-urnih služb za samomorilno ogrožene, svojce in strokovnjake
	S3 Zmanjševanje dostopnosti do sredstev in metod za samomor	Zmanjševanje dostopnosti do sredstev in metod za samomor	1. Opozarjanje na potrebnost omejevalne politike glede dostopnosti do sredstev in metod za samomor 2. Oblikovanje navodil in priporočil, smernic in drugih pristopov za zmanjševanje dostopnosti do sredstev za samomor – strelno orožje, zdravila, okoljski strupi, obešenje in skok z višine
	S4 Sistematično zbiranje podatkov o samomorilnem vedenju ter spremljanje sprememb in značilnosti	Ponovna vzpostavitev registra samomorov in vzpostavitev registra samomorilnega poskusa	1. Izvajanje predpisov za vodenje registra samomorov 2. Izdelava predloga za uvedbo registra poskusov samomora in predlog za sprejetje zakonske podlage zanj

CILJI	STRATEGIJE ZA DOSEGANJE CILJEV	UKREPI ZA IZVAJANJE STRATEGIJ IN DOSEGANJE CILJEV	NALOGE IZVAJALCEV
Cilj 6 Raziskovanje in ovrednotenje	Strategija 1 Raziskovanje na področju promocije in varovanja duševnega zdravja in samomora	1. Spodbujanje, razvijanje in podpiranje raziskav s področja duševnega zdravja in samomora 2. Strokovna in finančna pomoč pri pridobivanju projektov EU in drugih mednarodnih projektov na področju duševnega zdravja in samomora	1. Razpisi za programe promocije in varovanja duševnega zdravja 2. Izdelava nacionalnega programa s prednostnimi nalogami in merili za strokovno in finančno podporo pri pridobivanju projektov iz tujine na raziskovalnem področju duševnega zdravja, aktivnega staranja in samomora
	S2 Prenos raziskovalnih izsledkov v prakso in njihovo uresničevanje	1. Prenos ugotovitev kvalitativnih in kvantitativnih raziskav v prakso 2. Podpiranje prenosa modelov dobrih praks promocije in preventive z lokalnih na državno raven ter obratno	1. in 2. Usklajevanje vseh izvajalcev za duševno zdravje in podpiranje uporabnih raziskav
	S3 Izmenjava znanja med domačimi ter domačimi in tujimi strokovnjaki	1. Spodbujanje in podpiranje izmenjave informacij in znanja 2. Podpiranje mreženja med domačimi in tujimi strokovnjaki ter vključevanja slovenskih strokovnjakov v mednarodno okolje 3. Vzpostavitev sodelovanja in prehajanja znanja med vsemi deležniki na področju duševnega zdravja in financerji	1. Izvedba javnih razpisov 2. in 3. Organizacija kongresov, konferenc, mednarodna izmenjava strokovnjakov
	S4 Ugotavljanje učinkov in vplivov NPDZ	1. Spremljanja izvajanja in ocena NPDZ	1. Izdelava meril za oceno učinkovitosti NPDZ

5 Pojmovnik

Aktivna populacija

Aktivna populacija so aktivni zavarovanci, vse za delo sposobne osebe in osebe, ki se bodo vključile v trg dela v prihodnjih letih.

Družinski oskrbovalec

Družinski oskrbovalec je oseba, ki je krvno ali s poroko povezana z osebo, ki jo oskrbuje in ji pomaga. Družinski oskrbovalec starejšega prevzema veliko odgovornost pri zagotavljanju pomoči in nege starejšemu (imenovane tudi družinska oskrba). Ločimo med primarnimi in sekundarnimi družinskimi oskrbovalci. Primarni družinski oskrbovalci so tisti, ki prevzamejo glavno odgovornost za oskrbo osebe, sekundarni pa so tisti, ki pomagajo primarnemu oskrbovalcu.

Izjava o varnosti

Izjava o varnosti je dokument, v katerem delodajalec opredeli način zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu. Pomeni zavezo delodajalca, da bo sprejel politiko in program ukrepov, ki bodo usmerjeni v preventivne dejavnosti in vsestransko izboljšanje položaja delavcev glede poškodb pri delu, zdravstvenih okvar, poklicnih bolezni, bolezni v zvezi z delom ter glede delavčevega splošnega dobrega počutja na delu, ki se kaže tudi v duševnem zdravju delavca.

Obravnavanje je postopek izvajanja zdravstvenih, socialno varstvenih ali drugih storitev in programov:

- **Nadzorovana obravnava** je obravnava oseb s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo, ki se izvaja na podlagi načrta nadzorovane obravnave in pod nadzorom psihiatrične bolnišnice v lokalnem (domačem) okolju osebe. Koordinator nadzorovane obravnave je zaposlen pri psihiatrični bolnišnici.

- **Obravnava v skupnosti** je izvajanje pomoči osebam, ki ne potrebujejo zdravljenja v psihiatrični bolnišnici ali nadzorovani obravnavi, vendar potrebujejo pomoč pri psihosocialni rehabilitaciji, vsakdanjih opravilih, urejanju življenjskih razmer in vključevanju v vsakdanje življenje na podlagi načrta obravnave v skupnosti. Koordinator obravnave v skupnosti je zaposlen pri centru za socialno delo.

Postopek in pogoje za obe vrsti obravnav določa Zakon o duševnem zdravju.

Skupnostno psihiatrično zdravljenje je zdravstveni program, ki ga je potrdil Zdravstveni svet na seji dne 17. 4. 2008. Gre za dopolnitev in širitev specialistične psihiatrične ambulantne dejavnosti oziroma za program dela psihiatričnih bolnišnic, ki vključuje intenzivno povezovanje z osnovnim zdravstvom. Program naj bi izvajali psihiatrični timi, ki bi v polni sestavi vključeval psihiatra, kliničnega psihologa, dipl. medicinsko sestro, dipl. ali višjega socialnega delavca, dipl. delovnega terapevta in administrativnega delavca. Obravnava, ki bi vključevala krizne intervencije, spremljanje bolnika na domu, učenje vsakdanjih veščin v domači situaciji, individualno povezovanje s skupnostnimi službami, kontrolnimi zdravniškimi pregledi v spremstvu osebe, ki bi intenzivno skrbela za bolnika, bi trajala eno leto, z rednim preverjanjem izpolnjenih načrtov vsake tri mesece. Po uspešno zaključenem skupnostnem psihiatričnem zdravljenju bi bil osebam zagotovljen podporni sistem drugih služb v skupnosti (obrnava v skupnosti). V NPDZ smo uporabili izraz »**Delovne skupine za intenzivno obravnavo v skupnosti**«, da bi preprečili nesporazume in da bi poenotili izraze v celotnem tekstu.

Oskrbovalec

je oseba, ki redno pomaga opravljati vsakodnevna življenjska opravila odraslemu človeku, ki zaradi starosti, bolezni ali druge ovire tega ni sposoben delati sam. Poznamo več oblik:

- Poklicni oskrbovalec: oseba, ki je usposobljen za poklicno pomoč odraslemu človeku pri opravljanju vsakodnevnih življenjskih opravil, ker ta zaradi starosti, bolezni ali druge ovire tega ni sposoben delati sam.

- Laični oskrbovalec: oseba, ki redno pomaga opravljati vsakodnevna življenjska opravila odrasli osebi, ki zaradi starosti ali bolezni ali druge ovire tega ni sposoben delati sam; laični oskrbovalci so najpogosteje prostovoljci in sosedje.

- Neformalni oskrbovalec: ta pojem se uporablja kot nasprotje poklicnega in javno organiziranega oskrbovanja – obsega torej družinske in laične oskrbovalce (sosedje, prostovoljce ...), kadar redno pomagajo opravljati vsakodnevna življenjska opravila odraslemu človeku, ki zaradi starosti ali bolezni ali druge ovire tega ni sposoben delati sam.

Preprečevanje samomora

Širši pojem, ki zajema ugotavljanje in povečevanje vplivov varovalnih dejavnikov ter zmanjševanje vplivov dejavnikov tveganja za samomor.

Preventiva

Preventivne dejavnosti na področju duševnega zdravja razdelimo nekoliko drugače kot v drugih medicinskih vedah. Tako kot preventivo na splošno tudi preventivo duševnih motenj delimo 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 ter 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. V tem poglavju se bomo usmerili predvsem na primarno (univerzalno) preventivo kot dopolnilo promociji duševnega zdravja (Prevention and Promotion in Mental Health, 2002).

Promocija zdravja

Promocija zdravja je proces, ki omogoča, da ljudje oz. skupnosti povečajo nadzor nad dejavniki, ki vplivajo na določilnice zdravja, in tako svoje zdravje izboljšajo. Promocija zdravja izhaja iz koncepta zdravja kot izraza stopnje, do katere je posameznik ali skupina sposobna uresničiti svoje težnje in zadovoljiti svoje potrebe ter spreminjati svoje okolje oz. ga obvladovati. Koncept vključuje vplive na življenjski slog ter preostale socialne, ekonomske, okoljske in osebne dejavnike, ki prispevajo k zdravju, in 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.

Samomor in poskus samomora

Smrt je opredeljena kot samomor, kadar so prisotne vse tri sestavine (Rosenberg in drugi, 1988): smrt je posledica poškodbe ali zastrupitve, oseba si je poškodbo ali zastrupitev

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

Samomorilno vedenje je vedenje, ki vključuje samomorilni poskus in samomor.

Samomorilnost – vključuje misel na samomor in samomorilno vedenje. Misel na samomor – samomorilno misel opredelimo kot kakršno koli misel na samouničevalno vedenje (Van Heeringen, 2001a). Samomorilne misli lahko nihajo od časovno neopredeljenih misli na končanje lastnega življenja v prihodnosti, pa vse do zelo oprijemljivih načrtov, kdaj in kako končati lastno življenje.

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.

Aktivna populacija so aktivni zavarovanci, vse za delo sposobne osebe in osebe, ki se bodo vključile v trg dela v prihodnjih letih.

Začasna oskrba

Pod začasno oskrbo razumemo tako imenovano sprostitevno varstvo (angl. respite, kar pomeni oddih, počitek), ki začasno (dan, več dni, teden ali več) razbremeni predvsem družinskega oskrbovalca starejšega. Starejši tako kratkotrajno biva v ustanovi, ki zagotavlja začasno oskrbo, lahko pa dobi tako pomoč tudi v svojem domačem okolju. Cilj tega varstva, ki ga zagotavlja strokovno osebje, je omogočiti počitek družinskemu članu, ki dolgoročno skrbi za svojega bližnjega.

Zagovorništvo in samozagovorništvo

Zagovorništvo in samozagovorništvo 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.

Zdravje

Zdravje je rezultat vzpostavljanja dinamičnega ravnotežja treh razsežnosti: duševne, telesne in socialne. Zdravje je relativno stanje, ki kaže stopnjo, do katere se je človek glede na svojo dedno zasnovo ter v svojem fizičnem in kulturnem okolju sposoben prilagajati spreminjajočim se okoliščinam in izvajati pomembna opravila. Gre za spreminjajoče se stopnje pozitivnih in negativnih stanj, katerih vzročnost ima več razsežnosti (McDermott, 1977, Dubos, 1962). Duševno zdravje je sestavni del te opredelitve – gre za dinamičen proces, v katerem kognitivne, čustvene, vedenjske in socialne razsežnosti delujejo med seboj ter v interakciji z okoljem. Ni zdravja brez duševnega zdravja.

6 Viri

- Ammadeo F et al. Reforms in community care: the balance between hospital and community-based mental health care. In: Knapp M et al., eds. *Mental Health Policy and Practice Across Europe*. Buckingham, Open University Press, 2005.
- Anderson P, Baumberg B. *Alcohol in Europe. A Public Health Perspective. A Report for the EC*. London 2006. Institute of Alcohol Studies.
- Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2001; 24(6): 1069-78.
- Andlin-Sobocki P, Jonsson B, Wittchen H, U Olesen J. Cost of disorders of the Brain in Europe. *Eur J Neurol* 2005; 12: 12-46.
- Angermeyer MC, Shultze B, Dietrich S. Courtesy Stigma. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 2003; 38: 593-602.
- Bali, Mahabal, *The First Human Rights Legal Resolutions did not Address Rights of Mental Health Consumers*. URL="http://www.cehat.org/humanrights/mharticle.pdf, 14. 2. 2009.
- Baza umrlih, Inštitut za varovanje zdravja.
- Bejean S, Sultan-TaTeb H. Modelling the economic burden of diseases imputable to stress at work. *Eur J Health Econ* 2004; 4: 20-4.
- Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology* 2002; 7: 6-8.
- Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *Am. J. Psychiatry* 1994; 151, 979-986.
- Bošnjak M, *Razvoj sodobne biomedicine in kazensko pravo*. Cankarjeva založba, Ljubljana, 2004.
- Bras S, Cvetko B, Kobal M, et al. *Psihiatrija*. Ljubljana: DZS, 1986.
- Bruč U, *Pacientove pravice de lege ferenda in njihov vpliv na izvajalce zdravstvenih storitev ter zdravstveno osebje*. Bilten: ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu. 2006, let. 22, št. 4, str. 96 - 113.
- Butala A. *Problematika obravnavanja oseb z duševnimi motnjami*, Medicina in pravo. Splošna bolnišnica Maribor, 2001, str. 87 - 92.
- Butala A. *Prvih 12 let varuha človekovih pravic*, Pravna praksa. GV Založba, 2006.
- Butala A. *Temeljne pravice: pomen varuha bolnikovih pravic*. PP: Pravna praksa. Časopis za pravna vprašanja. Gospodarski vestnik, Ljubljana, 2002, let. 21, št.14, str.17 - 20.
- Conclusions of the European Ombudsmen Conference co-organised by the Council of Europe Commissioner for Human Rights and Lithuanian Ombudsman, Vilnius, Lithuania, 5. in 6. 4. 2002. Svet Evrope, 2002. URL="http://www.comissioner.coe.int/dyn/docs.asp?L=2&S=4". 14. 5. 2008
- Cummings SM, Neff JA and Husaini BA. Functional Impairment as a Predictor of Depressive Symptomatology: The Role of Race, Religiosity and Social Support. *Health Soc Work*. 2003; 28(1): 23-32.
- Currie C, in drugi. *Inequalities in young people's health*. HBSC International report. Copenhagen 2008. WHO.
- Čebašek-Travnik Z. *Zloraba in odvisnost od psihoaktivnih snovi*. V: M Tomori in S Zihlerl (ur.), *Psihiatrija*, Ljubljana: Medicinska fakulteta. 1999: 137-168.
- Declaration on the promotion of patients rights in Europe*, European Consultation on the rights of patients. WHO, Amsterdam, 1994.

- Dernovšek MZ, Šprah L. Razvoj kakovosti in dostopnosti preventivne zdravstvene dejavnosti na področju duševnega zdravja na primarnem nivoju. Zaključno poročilo o rezultatih opravljenega raziskovalnega dela na projektu Št. V3-0370 v okviru ciljnega raziskovalnega programa Konkurenčnost Slovenije 2006-2013. Ljubljana, november 2008.
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J. Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health organization World Mental Health Surveys. JAMA 2004; 291(21): 2581–90.
- Dubos R. Torch of life. New York 1962. Trident Press, Simon & Schuster.
- An European Classification and toolkit for the standard assessment of services for Long Term care (eDESDE-LTC).
<http://www.unet.univie.ac.at/~a0305075/umfragen/index.php?sid=21575&newtest=Y&lang=en>
- Evropska komisija Mental Health in the EU. Key Facts, Figures and Activities. A Background Paper. Brussels 2008b.
- Evropska komisija. Prevention of Depression and Suicide – Consensus Paper. Brussels 2008a.
- Evropska konvencija o preprečevanju mučenja in nečloveškega ali ponižujočega ravnanja ali kaznovanja Uradni list RS-MP, št. 1/94, tudi URL= „http://www.coe.si/sl/dokumenti_in_publikacije/dokumenti_v_slovenscini/#1301“. 10. 8. 2009.
- Flaker V. Odpiranje norosti: vzpon in padec totalnih ustanov. Ljubljana: Založba / *cf , 1998.
- Galič A. Pravna ureditev neprostovoljne hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici. Pravo in medicina. Zbirka Pravna obzorja, št. 9. Cankarjeva založba, Ljubljana, 1998, str. 285-309.
- Grilc P in drugi. Pravna ureditev EU in človekove pravice v: Dokumenti človekovih pravic. Z uvodnimi pojasnili, M Cerar et. al., Amnesty International Slovenije in Mirovni inštitut, Ljubljana 2002, str. 59-88.
- Hervey KT, Mahale J. Health Law and the European Union. Cambridge, 2004, str. 15-21.
- Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L. The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 Countries. Stockholm 2009. CAN.
- Hovnik - Keršmanc M, Čebašek - Travnik Z, Trdič J. Pivsko vedenje odraslih prebivalcev Slovenije leta 1999 (rezultati raziskave). Ljubljana 2000. Inštitut za varovanje zdravja.
- IAPO, Declaration on Patient-Centred Healthcare, URL= „<http://www.patienttalk.info/IAPOdeclaration.pdf>“. 1. 3. 2009.
- Igličar A. Varuh človekovih pravic med civilno družbo in državo. Dignitas, Revija za človekove pravice. 2000, let. 3, št. 5/6, str. 200 – 212.
- Implementing Mental Health Promotion Action Network: <http://www.imhpa.net>
- Jeriček H, Lavtar D, Pokrajac T. HBSC Slovenija 2006 – Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju. Ljubljana 2007. Inštitut za varovanje zdravja.
- Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness. J Psychosom Res 2002; 53(4): 859-63.
- Kodeks medicinske deontologije Slovenije. URL= „<http://www.zzs-mcs.si/ozzs.asp?FolderId=386>“. 15. 1. 2009.
- Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. Treatment gap in mental health care. Bull World Health Organ, 2004; 82: 858–66.
- Komisija EU, Responses to the Green Paper Promoting the Mental Health of the Population. Toward a Strategy on Mental Health.

- URL=http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_algp_report.pdf. 15. 5. 2009.
- Kovše K, Nadrag P. Poraba alkohola in kazalci škodljive rabe alkohola v Sloveniji v letu 2006. Inštitut za varovanje zdravja. Ljubljana 2008.
- Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rössler W. Do mental health professionals stigmatize their patients? 113: 51–9. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006.
- Leff J. *Care in the Community. Illusion or Reality?* John Willey and Sons. London 1997.
- Lefley HP. *Family caregiving in mental illness*. Thousand Oaks: Sage, 1996.
- Leskošek, F. Sociološki vidiki samomorilnosti v Sloveniji. *Zdravstveno Varstvo* 2001; 40: 41–50.
- Lesperence F, Frasure-Smith N, Talajic M. Major depression before and after myocardial infarction: its nature and consequences. *Psychosom Med* 1996; 58(2): 99-110.
- Marušič A. Suicide in Slovenia: lesson for cross-cultural psychiatry. *International Review of Psychiatry* 1999; 11: 212–218.
- Massie MJ, Holland JC. Depression and the cancer patient. *J Clin Psychiatry* 1991; 51: 12-17.
- Mavčič A. Varstvo pravic pred ustavnim sodiščem v Dokumenti človekovih pravic z uvodnimi pojasnili, Društvo Amnesty International Slovenije, Mirovni inštitut, Ljubljana 2002.
- McDermott W. Evaluating the Physician and his technology. *Daedalus – Journal of the American Academy of Arts and sciences* 1977; 106(1): 136.
- Mednarodni pakt o ekonomskih, socialnih in kulturnih pravicah, URL=http://www.mzz.gov.si/si/zunanja_politika/človekove_pravice/najpomembnejši_mednarodnopravni_dokumenti_s_področja_človekovih_pravic. 10. 7. 2009.
- Mental Health History Timeline, URL=<http://www.mdx.ac.uk/www/study/mhhtim.htm>., 15. 8. 2009.
- Merrill J, Milker G, Owens J in Vale A. Alcohol and attempted suicide. *Addiction* 1992; 87 (1): 83 - 89.
- Milčinski L. Hospitalizirana duševno abnormna populacija in funkcionalnost psihiatričnih stacionarijev v Sloveniji z vidika Registra. Klinična bolnišnica za psihiatrijo Ljubljana, Ljubljana, 1971.
- Milčinski L. Hospitalizirani psihiatrični bolniki v Sloveniji 1976. Klinična bolnišnica za psihiatrijo Ljubljana, Ljubljana, 1979.
- Milčinski L. *Samomor in Slovenci*. Ljubljana. Cankarjeva založba. 1985
- Milčinski L, Stikovič S. Današnje stanje skrbi za duševno abnormne in motene osebe v Sloveniji. Statistični vidiki. Psihiatrična klinika v Ljubljani in Slovenska akademija znanosti in umetnosti, Ljubljana, 1994.
- Morgan G. We want to be able to work. *Mental Health Today* 2005; 32–4.
- Mrazek in Haggerty (1994.)
- Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Sandra G, Resnick SG. Models of Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management *Schizophrenia Bulletin* 1998; 24(1): 37–74.
- Murray CK, Lopez AD. Evidence-based health policy: lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science* 1996; 274: 1593-1594.
- Musek J. *Zgodovina psihologije*. Ljubljana: Filozofska fakulteta, 2003.
- Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja za obdobje 2008–2010, MDDSZ, 2008. Dosegljivo na www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/npsszsv08_10.pdf
- Nielsen AS, Stenager E in Brahe UB. Attempted suicide, suicidal intent, and alcohol. *Crisis* 1993; 14(1), 32-8.

- Oreški S. Družbeno pojmovanje duševnega zdravja: primer dveh slovenskih medijev. Doktorska disertacija. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 2008.
- Parker C (2005). Developing mental health policy: a human rights perspective. In: Knapp M et al., eds. *Mental Health Policy and Practice Across Europe*. Buckingham, Open University Press.
- Perenič A. Svet Evrope in človekove pravice v: Dokumenti človekovih pravic z uvodnimi pojasnili. Amnesty International Slovenije in Mirovni inštitut, Ljubljana, 2002. str. 49-58.
- Petek - Šter M, Kersnik J. Obravnava starostnika v družinski medicini. *Zdravstveni vestnik* 2004; 73: 767–71.
- Phillips SD, Burns BJ, Edgar ER, Mueser KT, Linkins KW, Rosenheck RA, Drake R E, McDonel Herr EC. Moving Assertive Community Treatment Into Standard Practice. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 771–9.
- Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A, et al. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 2005; 330: 123-6.
- Responses to the Green Paper Promoting the Mental Health of the Population. Toward a Strategy on Mental Health, URL=„http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_algp_report.pdf“. 15. 5. 2009.
- Rovšek J. Neformalni mehanizmi varstva človekovih pravic – ombudsmani in varuh človekovih pravic v: Dokumenti človekovih pravic z uvodnimi pojasnili, Društvo Amnesty International Slovenije. Mirovni inštitut, Ljubljana 2002, str. 127 - 145.
- Ryssdal R. Evropsko sodišče za človekove pravice: Mehanizem pred in po uveljavitvi Protokola št. 11 v Dignitas, Revija za človekove pravice. 1999, let. 4, št. 1, str. 66-85.
- Salvador-Carulla L, Romero C, Martinez A, Haro JM, Bustillo G, Ferreira A idr. (2000). Assessment instruments: standardization of the European Service Mapping Schedule (ESMS) in Spain. 102(Suppl. 405), 24-32.
- Shneidman ES. *The definition of Suicide*. New York 1985. Wiley.
- Strategija varstva starejših do leta 2010 – solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva. Dosegljivo na http://www.mdds.gov.si/si/zakonodaja_in_dokumentni/pomembni_dokumenti/
- Svetovna zdravstvena organizacija. *World Health report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva 2001. WHO.
- Svetovna zdravstvena organizacija. *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. Deseta revizija*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 1995:325-32.2007 – IVZ – ZBO, 2007.
- Svetovna zdravstvena organizacija. *European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki: Mental Health Action Plan for Europe. Facing Challenges, Building Solutions*. Brussels 2005.
- Svetovna zdravstvena organizacija. *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009.
- Šprohar L. Invalidi skozi čas. V: Urad vlade RS za invalide in bolnike in Šent – slovensko združenje za duševno zdravje (Ur.). *Konferenca o psihosocialni rehabilitaciji z mednarodno udeležbo*. Ljubljana, 2002.
- Švab V, Groleger U. Psychiatric rehabilitation in the hospital setting – one year follow-up of patients with schizophrenia. *Zdrav. vars.* 2007; 46(1): 9–17.
- Švab V. *Duševna bolezen in stigma*. Ljubljana 2009. ŠENT.
- Taylor SE. *Health Psychology*. New York: McGraw-Hill, 1991.

- Thomas CM, Morris S. Cost of depression among adults in England in 2000. *Br J Psychiatry* 2003; 83:514-519.
- Thornicroft G, Szukler G. (ur.). *Textbook of community Psychiatry*. Oxford University Press. Oxford 2005.
- Thornicroft G, Tansella M. *Better Mental Health Care*. Cambridge University Press. Cambridge 2007.
- Thornicroft G, Tansella M. Components of modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 283–90.
- Thornicroft G, Tansella M. *The Mental Health Matrix: a Manual to Improve Services*. Cambridge University Press. Cambridge 1999.
- Thornicroft G, Tansella M. What are the arguments for community-based mental health care. WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network. Geneva 2003. WHO.
- Tomori M. Podatki o splošni značilnosti srednješolcev, vključenih v raziskavo. V: Tomori M., Stikovič S, ur. *Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih*. Psihiatrična klinika. (str. 17–49). Ljubljana 1998.
- Tomšič S, Kovše K, Roškar S, Kofol Bric T, Bajt M, Zorko M, in drugi. Duševno zdravje v Sloveniji. V: Jeriček Klanšček H, Zorko M, Bajt M, Roškar S, ur. *Duševno zdravje v Sloveniji* (str. 20–84). Inštitut za varovanje zdravja. Ljubljana 2008.
- Ule M. *Sprevidena razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej, 2003.
- Ustun B, Sartorius N. *Mental illness in general health care*. Chichester: John Wiley; 1995.
- Virant-Jaklič M. *Samomor in samomorilni poskus v Sloveniji*. Ljubljana: Klinični center, Univerzitetna psihiatrična klinika, 1993.
- Wetzig FB. *Die psychiatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt in den Jahren 1996 bis 1998*. Doktorska disertacija. Halle-Wittenberg: Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, 2004.
- White paper on protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric establishment, Svet Evrope, 2000. URL= „<http://www.ijic.org/docs/psychiatry.pdf>“. 10. 7. 2009.
- WHO. *Mental Health Atlas 2005*. World Health Organization, Geneva 2005.
- WHO: *Mental Health Atlas, 2005*
- WHO. *Mental Health legislation & Human Rights*. URL= „http://who.int/mental_health/resources/en/Legislation.pdf, dostopno dne 10.08.2009, *The Mental Health Context: http://www.who.int/mental_health/resources/en/context.pdf“.* 10. 8. 2009.
- WHO, *Mental Health Care Law: Ten Basic Principles*. URL= „http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/ten_basic_principles.pdf“. 10. 8. 2009.
- WHO HFA- MDB. *Health for all Mortality database*. WHO 2009. Dosegljivo na: www.euro.who.int/hfadb.
- WHO HFA- DB. *Health for all database*. WHO 2009. Dosegljivo na: www.euro.who.int/hfadb.
- Wing, J. K., Brown, B. W. *Institutionalism and schizophrenia*. Cambridge 1970. Cambridge University Press.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 2005; 15: 357–76.

Zakon o duševnem zdravju. Uradni list RS, št. 77/08.

Zakon o pacientovih pravicah. Uradni list RS, št. 15/08.

Zakon o ratifikaciji Evropske konvencije o preprečevanju mučenja in nečloveškega ali ponižujočega ravnanja ali kaznovanja. Uradni list RS, št. 2/94; Mednarodne pogodbe št. 1/94.

Zakon o ratifikaciji Evropskega sporazuma, ki se nanaša na osebe, udeležene v postopkih Evropskega sodišča za človekove pravice. MESUES, Uradni list RS, št. 58/2000; Mednarodne pogodbe št. 15/2000.

Zakon o ratifikaciji Konvencije o pravicah invalidov in Izbirnega protokola h Konvenciji pravicah invalidov. Uradni list RS, št. 37/2008.

Zakon o ratifikaciji Konvencije o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin, spremenjene s protokoli št. 3, 5 in 8 ter dopolnjene s protokolom št. 2, ter njenih protokolov št. 1, 4, 6, 7, 9, 10 in 11. Uradni list RS, št. 33/94; Mednarodne pogodbe št. 7/94.

Zakon o ratifikaciji Konvencije o varstvu človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z uporabo biologije in medicine (Konvencija o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino) in Dodatnega protokola. Uradni list RS, št. 70/98; Mednarodne pogodbe št. 17/98.

Zakon o ratifikaciji konvencije proti mučenju in drugim krutim, nečloveškim ali poniževalnim kaznim ali ravnanju. Uradni list RS, št. 24/93; Mednarodne pogodbe št. 7/93.

Zaletel - Kragelj L, Fras Z, Maučec - Zakotnik J. Tvegana vedenja, povezana z zdravjem, in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. CINDI Slovenija. ZPIZ, Statistični podatki o invalidizaciji, 2006.

**7 Priloga: AKCIJSKI NAČRT RESOLUCIJE O NACIONALNEM PROGRAMU
DUŠEVNEGA ZDRAVJA 2011 – 2016 (NPDZ AN)**

AKCIJSKI NAČRT RESOLUCIJE O NACIONALNEM PROGRAMU DUŠEVNEGA ZDRAVJA 2011 – 2016 (NPDZ AN)

Uvod

NPDZ AN opredeljuje izvajalce programov in storitev za duševno zdravje, določa širitev in dopolnitev obstoječe zdravstvene mreže na primarni, sekundarni in terciarni ravni in jo povezuje s socialnim varstvom in vzgojnoizobraževalnim področjem, tako da se službe v lokalnem okolju prilagajajo posamezniku in njegovim potrebam. NPDZ AN je zastavljen tako, da se naloge med seboj dopolnjujejo, si časovno smiselno sledijo in pokrijejo vsebinsko vse cilje, strategije in ukrepe nacionalnega programa.

V NPDZ AN so štirje vsebinski sklopi nalog:

Vsaka posamezna naloga ima sklic na cilje, strategije in ukrepe, ime, obrazložitev, nosilce, predvidene stroške, kazalce učinka ter oceno koristi (finančna oziroma nematerialna).

NALOGE, KI PODPIRAJO IMPLEMENTACIJO NPDZ, IZDELAVA PROTOKOLOV, MERIL IN NORMATIVOV

Naloge tega sklopa predstavljajo organizacijske pogoje implementacije NPDZ. Naloge tega sklopa predstavljajo tudi organizacijske pogoje in strokovne temelje za naloge drugega in tretjega sklopa. Npr. mrežo služb, ki jo sestavljajo različne službe s ciljem zagotoviti kontinuirano, kakovostno, dostopno, učinkovito in varno obravnavo je nemogoče smiselno načrtovati brez predhodnega dogovora glede normativov, protokolov medsektorskega sodelovanja in definicij posameznih segmentov mreže.

MREŽA SLUŽB ZA DUŠEVNO ZDRAVJE S Poudarkom NA NOVIH KAPACITETAH IN Dopolnitvah SEDANJIH SLUŽB

Ta sklop pokriva naloge, ki predstavljajo nove oziroma dopolnitev obstoječih služb skladno z rezultati dela komisij prvega sklopa. Seznam morda daje vtis razdrobljenosti, a nosilci in viri financiranja nam narekujejo takšen prikaz.

AKTIVNOSTI PROMOCIJE, PREVENTIVE DUŠEVNIH MOTENJ, PREPREČEVANJA SAMOMORA IN STIGME NA NACIONALNI RAVNI Z DOLGOROČNIMI UČINKI

Ta sklop pokriva projektne naloge, ki imajo konkretne cilje in so namenjeni specifičnim potrebam.

EVALVACIJA IN RAZISKOVANJE

Sklop opredeljuje pogoje za povečanje in podporo raziskovanja na področju duševnega zdravja. Glede na to, da je to prvi nacionalni program na področju duševnega zdravja v naši državi, naloge predvidevajo natančno evalvacijo učinkov.

OPOMBI:

- 1. Akcijski načrt je v nadaljevanju predstavljen na formatu A3, zato je potrebno gledati po dve strani skupaj.**
- 2. Finančni del načrta je še v postopku usklajevanja.**

	Ime naloge	Opis naloge	Koristi (posledice) oziroma kazalniki	Odgovorni nosilec (sodeluje z)	Vir (finančne posledice ZDZdr)
1	NALOGE, KI PODPIRAJO IMPLEMENTACIJO NPDZ, IZDELAVA PROTOKOLOV, MERIL IN NORMATIVOV				
1.1	Naloge ki podpirajo implementacijo				
1.1.1	C1 S1 Oprelitev pravil izvedbe NPDZ - naloga koordinatorske skupine	Izdelava krovnega protokola po področjih in glavnih nosilcih in nadzor nad izvajanjem posameznih nalog tako glede vsebine kot tudi glede terminskega načrta	Neposreden učinek - implementacija NPDZ. Rezultat: vsebinska in terminska skladnost z akcijskim načrtom - ocenjuje se dneve zaostankov glede na terminski načrt, število opravljenih/neopravljenih nalog. Učinek: Načrtna implementacija NPDZ. Medsektorsko koordinirane dejavnosti, ki so zato bolj učinkovite. Vpliv: Bolj učinkovita implementacija NPDZ.	IVZ (MZ MDDSZ, MŠŠ, RSK za psihiatrijo, RSK za klinično psihologijo, NVO, Odbor psihiatričnih bolnišnic, psihiatrične bolnišnice, Združenje psihiatrov, Katedra za psihiatrijo MF v Mariboru, Katedra za psihiatrijo MF v Ljubljani, Sekcija za otroško in mladostniško psihiatrijo pri zdravniškem društvu, Delovna skupina za demenco)	Državni proračun
1.1.2	C6 S4 Merila za oceno politik oziroma evalvacijo NPDZ (pripravi koordinacijska skupina, potrdi MZ), analiza stanja in ocena potreb	Izdelava analize stanja in potreb s kvantitativnimi in kvalitativnimi metodami, s posebnim poudarkom na stanju (služi kot podlaga za določene naloge NPDZ AN-posebej označeno) in služi za podlago predlogu za nacionalno zbiranje podatkov) in izdelava metodologije za oceno politik in evalvacijo (poročila, pilotni projekti). Oprelitev zbiranja podatkov o stanju duševnega zdravja prebivalstva: namen, vrsta podatkov, metodološki pristopi, kraji zbiranja, način in čas zbiranja, odgovorni nosilec	Neposredni učinek je pridobitev dodatnih podatkov za natančnejšo opredelitev nekaterih nalog NPDZ AN (posebej označeno) in usklajeno, objektivno in sprejemljivo ocenjevanje vpliva nacionalnega programa in drugih relevantnih dogajanj v družbi. Rezultat: opravljene naloge glede na terminski in vsebinski načrt - elaborat, zapisniki in poročila. Učinek: Vsakoletna evalvacija implementacije NPDZ. Vpliv: Bolj učinkovita implementacija NPDZ tudi na podlagi rezultatov začetnih dejavnosti.	IVZ (MZ MDDSZ, MŠŠ, RSK za psihiatrijo, RSK za nevrologijo, RSK za klinično psihologijo, Odbor psihiatričnih bolnišnic, psihiatrične bolnišnice, nevrološke bolnišnice, Katedra za psihiatrijo in katedra za nevrologijo MF v Mariboru, Katedra za psihiatrijo in katedra za nevrologijo MF v Ljubljani, NVO, Združenje psihiatrov, Združenje nevrologov, Združenje za geriatrijo pri SZD, Sekcija za otroško in mladostniško psihiatrijo pri zdravniškem društvu, , Delovna skupina za demenco)	Državni proračun
1.1.3	C1 S1, C1 S2, C1 S3, C1 S4, Priprava Strategije promocijo duševnega zdravja z aktivnostmi	Izdelava strateškega dokumenta promocije duševnega zdravja s posameznimi aktivnostmi, ki vsebuje: opredelitev promocije duševnega zdravja; pregled in razvoj politik za promocijo duševnega zdravja; opredelitev medsektorskega sodelovanja v promociji; oblikovanje celovite strategije za promocijo duševnega zdravja za vse ciljne skupine. Dokument je podlaga za posebej označene naloge NPDZ AN.	Neposredni učinek: strateški dokument na področju promocije duševnega zdravja, ki služi tudi za natančnejšo opredelitev nekaterih nalog NPDZ AN (posebej označeno). Rezultat: uvajanje pristopa Zdravje v vseh politikah. Povečano prepoznavanje pomena duševnega zdravja. Učinek: Izboljšanje duševnega zdravja populacije. Zmanjšanje bremena duševnih bolezni. Zmanjšanje prezgodnje umrljivosti. Vpliv: Večja kakovost življenja. Daljše trajanje pričakovanega življenja v zdravju.	IVZ (MZ MDDSZ, MŠŠ, RSK za psihiatrijo, RSK za nevrologijo, RSK za klinično psihologijo, Odbor psihiatričnih bolnišnic, psihiatrične bolnišnice, nevrološke bolnišnice, Katedra za psihiatrijo in katedra za nevrologijo MF v Mariboru, Katedra za psihiatrijo in katedra za nevrologijo MF v Ljubljani, NVO, Združenje psihiatrov, Združenje nevrologov, Združenje za geriatrijo pri SZD, Sekcija za otroško in mladostniško psihiatrijo pri zdravniškem društvu, , Delovna skupina za demenco)	Državni proračun

Specifikacija str.	Osnova za izračun stroškov	Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih					Stroški skupaj	Koristi
		2011	2012	2013	2014	2015		
3 zunanji pogodbeni sodelavci s VII. stopnjo izobrazbe (npr. univ. dipl. ekon.), 1, 5 FTE nova zaposlitev	Plačilni razred; plačilo po pogodbi na uro znaša 13,89 € na uro bruto (vir: Pravilnik o plačilih članom delovnih teles in posameznim strokovnjakom) -> znesek bruto plačila na mesec: 3.170,43	<p>Naloga: izdelava krovnega protokola za vseh 5 let:</p> <ul style="list-style-type: none"> - za izvedbo posameznih nalog, - vsebinske in časovne uskladitve med posameznimi nalogami, - za evalvacijo, nadzor. <p>Za leto 2011 vsebinska in terminska koordinacija posameznih nalog AP NPDZ.</p> <p>Kazalniki: Izdelani protokoli in število opravljenih in neopravljenih nalog. Dnevi zaostankov glede na terminski načrt.</p> <p>Stroški: 148.077,37</p>	<p>Naloga: Za leto 2012 vsebinska in terminska koordinacija posameznih nalog AP NPDZ.</p> <p>Kazalniki: število opravljenih in število neopravljenih nalog. Dnevi zaostankov glede na terminski načrt</p> <p>Stroški: 148.077,37</p>	<p>Naloga: Za leto 2013 vsebinska in terminska koordinacija posameznih nalog AP NPDZ.</p> <p>Kazalniki: število opravljenih in število neopravljenih nalog. Dnevi zaostankov glede na terminski načrt</p> <p>Stroški: 148.077,37</p>	<p>Naloga: Za leto 2014 vsebinska in terminska koordinacija posameznih nalog AP NPDZ.</p> <p>Kazalniki: število opravljenih in število neopravljenih nalog. Dnevi zaostankov glede na terminski načrt</p> <p>Stroški: 148.077,37</p>	<p>Naloga: Za leto 2015 vsebinska in terminska koordinacija posameznih nalog AP NPDZ.</p> <p>Kazalniki: število opravljenih in število neopravljenih nalog. Dnevi zaostankov glede na terminski načrt</p> <p>Stroški: 148.077,37</p>	740.386,85	Ni mogoče direktno ovrednotiti, učinki so posredni
3 zunanji pogodbeni sodelavci s VII. stopnjo izobrazbe (npr. univ. dipl. ekon.), stroški organizacije 6 sestankov, 16 oseb, 0,5 FTE nova zaposlitev	Plačilni razred; plačilo po pogodbi na uro znaša 13,89 € na uro bruto (vir: Pravilnik o plačilih članom delovnih teles in posameznim strokovnjakom) -> znesek bruto plačila na mesec: 3.170,43	<p>Naloga: Izdelava analize stanja in potreb s kvantitativnimi in kvalitativnimi metodami, s posebnim poudarkom na stanju. Izdelava predloga zbiranja podatkov na nacionalni ravni. Izdelava meril za oceno politik.</p> <p>Kazalniki: Elaborat stanja in potreb na področju duševnega zdravja prebivalcev Slovenije. Merila za oceno politik oziroma evalvacije NPDZ. Zapisniki sestankov. Podatki za usklajeno in objektivno ocenjevanje vpliva nacionalnega programa.</p> <p>Stroški: 13.161,96</p>					13.161,96	Ni mogoče direktno ovrednotiti, učinki so posredni
stroški organizacije 20 sestankov, 10 oseb,	Plačilni razred; sejnina: 19,25 € (vir: Pravilnik o plačilih članom delovnih teles in posameznim strokovnjakom)	<p>Naloga: Izdelava strateškega dokumenta za delovanje na področju promocije duševnega zdravja, ki je podlaga za naloge promocije v tem dokumentu in širše. Strateški dokument izdela skupina strokovnjakov in ga v potrditev pošlje vsem formalnim in neformalnim skupinam.</p> <p>Kazalniki: izdelan strateški dokument. Zapisniki sestankov.</p> <p>Stroški: 1.925,00</p>	<p>Naloga: diskusija pripravljenega strateškega dokumenta v različnih javnostih in vnašanje dodatnih vsebin v pripravljen strateški dokument.</p> <p>Kazalniki: popravljen strateški dokument, zapisniki sestankov, poročila okroglih miz in drugih predstavitev strateškega dokumenta. Odzivi različnih javnosti.</p> <p>Stroški: 1.925,00</p>				3.850,00	Ni mogoče direktno ovrednotiti, učinki so posredni

	Ime naloge	Opis naloge	Koristi (posledice) oziroma kazalniki	Odgovorni nosilec (sodeluje z)	Vir (finančne posledice ZDZdr)
1.2	Izdelava protokolov, meril in normativov				
1.2.1	C4 S1 Področni protokoli za medsektorsko sodelovanje	Izdelava področnih protokolov, ki opredeljujejo: način sodelovanja, vsebino, nadzor, vlogo posameznih strok in kadrov, reševanje sporov, posebej ogrožene skupine in otroke. (Služi kot podlaga za določene naloge NPDZ AN- posebej označeno in za delo Skupine za demenco) Protokoli predstavljajo temelje za implementacijo algoritmov in smernic za obravnave posameznih kliničnih entitet.	<p>Neposredni učinek: protokol medsektorskega sodelovanja, ki služi tudi za natančnejšo opredelitev nekaterih nalog NPDZ AN (posebej označeno) in širše.</p> <p>Rezultat: Protokol je osnovni dokument, ki podpira naloge, ki si vsebinsko sledijo in so odvisne predvsem od dobrega in učinkovitega medsektorskega sodelovanja - npr. mreža služb in sodelovanje z drugimi mrežami.</p> <p>Učinek: krajše čakalne dobe, manjše podvajanje storitev, krajše hospitalizacije, za 1% manj hospitalizacij (akutne bolnišnične obravnave).</p> <p>Vpliv: večja stroškovna učinkovitost zdravstvenovarstvenih in socialnovarstvenih storitev.</p>	IVZ (MZ MDDSZ, MŠŠ, RSK za psihiatrijo, RSK za nevrologijo, RSK za klinično psihologijo, Odbor psihiatričnih bolnišnic, psihiatrične bolnišnice, nevrološke bolnišnice, Katedra za psihiatrijo in katedra za nevrologijo MF v Mariboru, Katedra za psihiatrijo in katedra za nevrologijo MF v Ljubljani, NVO, Združenje psihiatrov, Združenje nevrologov, Združenje za geriatrijo pri SZD, Sekcija za otroško in mladostniško psihiatrijo pri zdravniškem društvu, Delovna skupina za demenco)	MZ, MDDSZ, MŠŠ
1.2.2	C4 S1S2 Normativi za vse službe in kadre nadzor kakovosti izvajanja storitev	Izdelava predloga pristojnosti vseh kadrov, normativov glede kadrov, strukture storitev (področni dogovor oziroma aneks k področnemu dogovoru), flexicurity kot projekt, financiranje timov, supervizija. (Služi kot podlaga za določene naloge NPDZ AN- posebej označeno in za delo Skupine za demenco) Izdelava predloga načina vzpostavljanja nadzora nad kakovostjo storitev.	<p>Neposredni učinek: oblikovanje predloga pristojnosti vseh kadrov in predlog normativov za vse službe in kadre je širšega pomena. Predlog se uporabi tudi za natančnejšo opredelitev nekaterih nalog v NPDZ AN (posebej označeno). Izdelava predloga načina vzpostavljanja nadzora kakovosti storitev.</p> <p>Rezultat: Normativ omogoči v nadaljevanju nalog NPDZ AN načrtovati službe v mreži. Načini zagotavljanja kakovosti bodo pripomogli k večji učinkovitosti, dostopnosti, kontinuiranosti in varnosti služb.</p> <p>Učinek: bolj dostopna in učinkovita obravnava tudi v regijah, kjer je sedaj pomanjkanje služb.</p> <p>Vpliv: izboljšanje zdravja populacije.</p>	IVZ (MZ MDDSZ, MŠŠ, RSK za psihiatrijo, RSK za nevrologijo, RSK za klinično psihologijo, Odbor psihiatričnih bolnišnic, psihiatrične bolnišnice, nevrološke bolnišnice, Katedra za psihiatrijo in katedra za nevrologijo MF v Mariboru, Katedra za psihiatrijo in katedra za nevrologijo MF v Ljubljani, NVO, Združenje psihiatrov, Združenje nevrologov, Združenje za geriatrijo pri SZD, Sekcija za otroško in mladostniško psihiatrijo pri zdravniškem društvu, Delovna skupina za demenco)	MZ, MDDSZ, MŠŠ
1.2.3	C4 S1S2 Normativi za različne modalitete dolgotrajne oskrbe in uskladitev financiranja	Izdelava predloga normativov glede poenotenja statusa vsem bivalnim skupinam glede financiranja in določanja potreb. (Služi kot podlaga za določene naloge NPDZ AN- posebej označeno)	<p>Neposredni učinek: oblikovanje predloga poenotenja bivalnih skupin glede normativov, ocenjevanja potreb in financiranja in se uporabi tudi za natančnejšo opredelitev nekaterih nalog NPDZ AN (posebej označeno).</p> <p>Rezultat: Odpravljanje dolgoletnega neskladja med posameznimi oblikami dolgotrajne oskrbe v skupnosti in je podlaga za razvoj novih oblik dolgotrajne oskrbe oseb z duševno motnjo, ki potrebujejo organizirano obliko bivanja.</p> <p>Srednjeročni učinek: podlaga za razvoj novih oblik stanovanjskih skupin - npr. stanovanjskih skupin z visoko stopnjo podpore.</p> <p>Vpliv: izboljšanje zdravja in kvalitete življenja populacije, ki živi v stanovanjskih skupinah.</p>	Komisija pri MDDSZ (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, Skupnost zavodov v vzgoji in izobraževanju, posebni zdravstveno varstveni zavodi, ZZZS, NVO)	MDDSZ

Specifikacija str.	Osnova za izračun stroškov	Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih					Stroški skupaj	Koristi
		2011	2012	2013	2014	2015		
stroški organizacije za 20 sestankov 20 oseb	sejnjina: 19,25 € (vir: Pravilnik o plačilih članom delovnih teles in posameznim strokovnjakom)	<p>Naloga: izdelava protokolov medsektorskega sodelovanja, ki opredeljujejo način, vsebino, vlogo in pristojnosti posameznih strok in kadrov, nadzor, reševanje sporov med posameznimi deležniki, obravnava posebej ogroženih skupin in posebej zapletenih primerov in otrok. Posredovanje predloga na pristojne inštitucije in forume ter druge zainteresirane skupine ter civilna združenja.</p> <p>Kazalniki: Zapisniki sestankov. Izdelani in posredovani protokoli. Zbrane pripombe in odzivi.</p> <p>Stroški: 7.700,00</p>					7.700,00	Ni mogoče direktno ovrednotiti, učinki so posredni
stroški organizacije za 30 sestankov 10 oseb	sejnjina: 19,25 € (vir: Pravilnik o plačilih članom delovnih teles in posameznim strokovnjakom)	<p>Naloga: izdelava predloga normativov za vse službe in kadre ter predloga nadzora kakovosti izvajanja storitev. Posredovanje predloga na pristojne inštitucije in forume ter druge zainteresirane skupine ter civilna združenja.</p> <p>Kazalniki: Zapisniki sestankov. Izdelani in posredovani predlogi. Zbrane pripombe in odzivi.</p> <p>Stroški: 5.775,00</p>					5.775,00	Ni mogoče direktno ovrednotiti, učinki so posredni
stroški organizacije za 14 sestankov	sejnjina: 19,25 € (vir: Pravilnik o plačilih članom delovnih teles in posameznim strokovnjakom)	<p>Naloga: izdelava predloga poenotenja normativov glede statusa bivalnih skupin, glede financiranja in določanja potreb oseb, ki v njih bivajo. Posredovanje predloga na pristojne inštitucije in forume ter druge zainteresirane skupine ter civilna združenja.</p> <p>Kazalniki: Zapisniki sestankov. Pripravljen predlog normativov. Posredovanje predloga. Odzivi različnih zainteresiranih subjektov.</p> <p>Stroški: 4.312,00</p>					4.312,00	Ni mogoče direktno ovrednotiti, učinki so posredni

	Ime naloge	Opis naloge	Koristi (posledice) oziroma kazalniki	Odgovorni nosilec (sodeluje z)	Vir (finančne posledice ZDZdr)
1.2.4	C4 S1S2 Mreža služb na primarnem nivoju	Izdelava predloga dopolnitve mreže vseh služb za duševno zdravje otrok, odraslih in starejših, ki služi kot podlaga za določene naloge NPDZ AN- posebej označeno. Predlog dopolnitve mreže služb temelji na elaboratu (naloge 1.1.2) in predlogih, nastalih pod točkami 1.1.3, 1.2.1, 1.2.2 in 1.2.3.	Neposredni učinek: predlog mreže služb, ki se uporabi tudi za natančnejšo opredelitev nekaterih nalog NPDZ AN (posebej označeno). Rezultat: Predlog mreže služb je podlaga za izvedbo nalog, ki dopolnjujejo obstoječe službe in za nastanek novih služb v okviru NPDZ AN. Po potrebi predlog zakonskih in podzakonskih predpisov. Učinek: podlaga za zmanjšanje regionalnih razlik v dostopnosti služb za duševno zdravje. Vpliv: Poenotenje dostopnosti služb v celotni državi.	IVZ (MZ MDDSZ, MŠŠ, RSK za psihiatrijo, RSK za nevrologijo, RSK za klinično psihologijo, Odbor psihiatričnih bolnišnic, psihiatrične bolnišnice, nevrološke bolnišnice, Katedra za psihiatrijo in katedra za nevrologijo MF v Mariboru, Katedra za psihiatrijo in katedra za nevrologijo MF v Ljubljani, NVO, Združenje psihiatrov, Združenje nevrologov, Združenje za geriatrijo pri SZD, Sekcija za otroško in mladostniško psihiatrijo pri zdravniškem društvu, Delovna skupina za demenco)	MZ
1.2.5	C2 S3, C5 S3 Nove strategije in regulative za področje duševnega zdravlja (skupnostna psihiatrija, strategija za obravnavo demence in sorodnih stanj) in preprečevanje samomora	Izdelava predlogov strateških dokumentov in predlogov sprememb zakonskih in podzakonskih aktov na področju: -skupnostna psihiatrija -strategije za obravnavo demence in sorodnih stanj -zmanjšanje dostopnosti sredstev za samomorilno vedenje -nove opredelitve zajemanja podatkov, ponovna opredelitev zbiranja podatkov, nosilci – v povezavi z nalogo pod točko 1.1.2	Neposredni učinek: oblikovanje predlogov sistemskih ukrepov za našeta področja. Rezultat: novi oziroma izboljšani predpisi, strategije in strateški dokumenti, s katerimi bi izboljšali duševno zdravje, uvedli skupnostno psihiatrijo, izboljšali oskrbo za demenco in sorodna stanja in omejili dostopnost sredstev za samomor. Učinek: Izboljšanje duševnega zdravlja populacije, skrb za ranljive skupine. Zmanjšanje števila samomorov in poskusov samomorov. Vpliv: Izboljšanje zdravlja in zmanjšanje psihosocialnih obremenitev populacije.	IVZ (MZ MDDSZ, MŠŠ, RSK za psihiatrijo, RSK za nevrologijo, RSK za klinično psihologijo, Odbor psihiatričnih bolnišnic, psihiatrične bolnišnice, nevrološke bolnišnice, Katedra za psihiatrijo in katedra za nevrologijo MF v Mariboru, Katedra za psihiatrijo in katedra za nevrologijo MF v Ljubljani, NVO, Združenje psihiatrov, Združenje nevrologov, Združenje za geriatrijo pri SZD, Sekcija za otroško in mladostniško psihiatrijo pri zdravniškem društvu, Delovna skupina za demenco)	MZ, MDDSZ, MŠŠ
2	MREŽA SLUŽB ZA DUŠEVNO ZDRAVJE S POUČENJEM NA NOVIH KAPACITETAH IN DOPOLNITVAH SEDANJIH SLUŽB				
2.1	Službe na primarni oziroma lokalni ravni (Dispanzerska metoda dela s celostno obravnavo na primarni ravni, konziliarno laizonska služba, storitve e-zdravlja in skupnostna skrb (obravnavo v skupnosti in nadzorovana obravnavo))				
2.1.1	Mreža razvojnih ambulant	Dopolnitev timov obstoječe mreže razvojnih ambulant. Okrepljeni timi z dodatnimi psihologi, socialnimi delavci in specialnimi pedagogi omogočajo celostno obravnavo otrok z dejavniki tveganja za razvoj in z razvojnimi motnjami in s tem izvajajo iz vidika duševnega zdravlja selektivno in indicirano preventivo. Povezava med posameznimi deležniki (svetovalnimi centri, socialno službo in drugimi) skladno s protokoli in pristojnostmi (glej točko 2.1.1).	Neposredni učinek: dopolnitev obstoječih timov s psihologi, logopedi, specialnimi pedagogi in socialnimi delavci. Rezultat: izvajanje selektivne in indicirane preventive pri otrocih z rizičnimi dejavniki za razvoj in z razvojnimi motnjami, tako da preprečimo razvoj duševnih motenj. Izvajanje zgodnjega prepoznavanja duševnih motenj. Učinki: Boljše duševno zdravje otrok in mladostnikov. Vpliv: 10-20% vseh otrok se obravnava v razvojnih ambulantah in pri polovici lahko preprečimo razvoj duševnih motenj in s tem dosežemo optimalen otrokov razvoj in bolj kakovostno življenje družine.	MZ (ZZZS, MŠŠ, MDDSZ)	ZZZS

Specifikacija str.	Osnova za izračun stroškov	Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih					Stroški skupaj	Koristi
		2011	2012	2013	2014	2015		
stroški organizacije 6 sestankov, 12 oseb	sejнина: 19,25 € (vir: Pravilnik o plačilih članom delovnih teles in posameznim strokovnjakom)	<p>Naloga: izdelava predloga mreže služb za duševno zdravje. Posredovanje predloga na pristojne inštitucije in forume ter druge zainteresirane skupine ter civilna združenja.</p> <p>Kazalniki: Zapisniki sestankov. Izdelan in posredovan predlog. Zbrane pripombe in odzivi.</p> <p>Stroški: 2.310,00</p>					2.310,00	Ni mogoče direktno ovrednotiti, učinki so posredni
stroški organizacije 6 sestankov, 12 oseb	sejнина: 19,25 € (vir: Pravilnik o plačilih članom delovnih teles in posameznim strokovnjakom)	<p>Naloga: predlogi različnih strateških dokumentov in regulativ za posebej pereča področja duševnega zdravja: skupnostna psihiatrija, obravnava demence in sorodnih stanj, preprečevanje samomora, zajemanje podatkov. Posredovanje predloga na pristojne inštitucije in forume ter druge zainteresirane skupine ter civilna združenja.</p> <p>Kazalniki: Zapisniki sestankov. Izdelan in posredovan predlog. Zbrane pripombe in odzivi.</p> <p>Stroški: 924,00</p>	<p>Naloga: predlogi različnih strateških dokumentov in regulativ za posebej pereča področja duševnega zdravja: skupnostna psihiatrija, obravnava demence in sorodnih stanj, preprečevanje samomora, zajemanje podatkov. Posredovanje predloga na pristojne inštitucije in forume ter druge zainteresirane skupine ter civilna združenja.</p> <p>Kazalniki: Zapisniki sestankov. Izdelan in posredovan predlog. Zbrane pripombe in odzivi.</p> <p>Stroški: 924,00</p>				1.848,00	Ni mogoče direktno ovrednotiti, učinki so posredni
V vseh 20 timih manjkajo strokovnjaki: psiholog oziroma specialist klinične psihologije, specialist klinične logopedije, specialni pedagog, socialni delavec in administrator	plačilni razred	<p>Naloga: Priprava formalnih podlag</p> <p>Kazalniki: Sprejetje ustreznih dokumentov</p> <p>Stroški: 0</p>	<p>Naloga: dopolnitev obstoječih timov z dvema psihologoma, dvema logopedoma, dvema specialnima pedagogoma in dvema socialnima delavcema.</p> <p>Kazalniki: znižanje stroškov zdravil, znižanje stroškov hospitalizacij in prihranek sredstev za bolniška nadomestila pri starših.</p> <p>Stroški enega tima: 181.023.44</p>	<p>Naloga: dopolnitev obstoječih timov z dvema psihologoma, dvema logopedoma, dvema specialnima pedagogoma in dvema socialnima delavcema.</p> <p>Kazalniki: znižanje stroškov zdravil, znižanje stroškov hospitalizacij in prihranek sredstev za bolniška nadomestila pri starših.</p> <p>Stroški enega tima: 181.023.44</p>	<p>Naloga: dopolnitev obstoječih timov z dvema psihologoma, dvema logopedoma, dvema specialnima pedagogoma in dvema socialnima delavcema.</p> <p>Kazalniki: znižanje stroškov zdravil, znižanje stroškov hospitalizacij in prihranek sredstev za bolniška nadomestila pri starših.</p> <p>Stroški enega tima: 181.023.44</p>	<p>Naloga: dopolnitev obstoječih timov z dvema psihologoma, dvema logopedoma, dvema specialnima pedagogoma in dvema socialnima delavcema.</p> <p>Kazalniki: znižanje stroškov zdravil, znižanje stroškov hospitalizacij in prihranek sredstev za bolniška nadomestila pri starših.</p> <p>Stroški enega tima: 181.023.44</p>	<p>Stroški enega tima v štirih letih: 724.093,76</p>	112.032.349,99

	Ime naloge	Opis naloge	Koristi (posledice) oziroma kazalniki	Odgovorni nosilec (sodeluje z)	Vir (finančne posledice ZDZdr)
2.1.2	C4 S1S2 Svetovalni centri za otroke, mladostnike in starše oziroma mreža centrov za duševno zdravje otrok, mladostnikov	Ustanovitev dodatnih 5 - 8 svetovalnih centrov za otroke in mladostnike oziroma okrepitev psihohigienskih dispanzerjev v ZD - tako da bo skupno v državi 5-8 multidisciplinarnih centrov, ki bodo izvajali 1/2 diagnostike in 1/2 terapije. Povezava med posameznimi deležniki (razvojnimi ambulantami, svetovalnimi centri, dispanzerji in šolsko svetovalno službo in drugimi) skladno z protokoli, normativi in pristojnostmi (glej točke 1.2.1, 1.2.2, 1.2.4).	Neposredni učinek: Dodatni svetovalni centri za otroke in mladostnike oziroma okrepitev psihohigienskih dispanzerjev, da bo skupno v državi na voljo 5 - 8 centrov. Rezultat: zaradi povečanega obsega programa in bolj dostopne pomoči, bo mogoče poleg diagnostike, izvajati tudi zdravljenje v večjem obsegu prav tako pa tudi poklicno svetovanje otrokom in mladim. Učinki: boljše duševno zdravje otrok in mladih, boljše sodelovanje s šolsko svetovalno službo. Vpliv: ocenjujemo, da se lahko 7% populacije izboljša duševno zdravje, saj se otroške in mladostniške težave ne bodo pri tej populaciji prenesle na odraslo dobo, ter da bodo uspešno zaključili šolanje. Izboljšanje delazmožnosti.	MZ, MŠŠ (MDDSZ, KIMDPŠ, ZZZS)	ZZZS - 65 % (ca. 2800 obravnava), MŠŠ - 5% (delo komisije za 14 000 primerov letno), lokalne skupnosti poskrbijo za investicijo 30%, socialni strukturni skladi
2.1.3	C4 S1S2 Šolska svetovalna služba	Okrepitev šolske svetovalne službe z dodatnimi svetovalnimi delavci in z dodatnimi administrativnimi delavci, tako da so zaposleni strokovni delavci v svetovalni službi razbremenjeni administrativnih del. Povezava med posameznimi deležniki (razvojnimi ambulantami, svetovalnimi centri, dispanzerji in šolsko svetovalno službo in drugimi) skladno z protokoli, normativi in pristojnostmi (glej točke 1.2.1, 1.2.2, 1.2.4).	Neposredni učinki: Povečanje števila svetovalnih delavcev in razbremenitev obstoječih z administrativnim delom. Rezultat: povečana dostopnost svetovanja za otroke in mlade, učinkovitejša pomoč pri šolski neuspešnosti, poklicno svetovanje. Učinek: manjše osipništvo, boljši šolski uspeh, zmanjšana potreba po specialističnem ambulantnem oziroma bolnišničnem zdravljenju, manjša obremenitev svojcev. Vpliv: dodatna delovna mesta, boljša usposobljenost delovne sile, izboljšano zdravstveno stanje populacije.	MŠŠ (MDDSZ, KIMDPŠ, lokalne skupnosti)	MŠŠ (MDDSZ, lokalne skupnosti, KIMDPŠ)
2.1.4	C4 S1S2 Konziliarno liazonska služba	Ustanovitev in organiziranje 24 urne konziliarno liazonske psihiatrične službe v Sloveniji za sodelovanje s predbolnišnično službo nujne medicinske pomoči -PHE (Celje, Koper, Kranj, Ljubljana, Maribor, Murska Sobota, Nova Gorica, Novo mesto, Ptuj, Slovenj Gradec, Velenje); interventnimi službami CSD (12); kriznimi centri za žrtve nasilja v družini ter s splošnimi bolnišnicami	Neposredni učinek: razširitev obstoječih psihiatričnih konziliarnih storitev. Rezultat: Zagotovitev psihiatrične konziliarne službe za predbolnišnično službo nujne medicinske pomoči, splošne bolnišnice, interventne službe CSD, krizne centre za žrtve nasilja v družini. Dolgoročne koristi: Hitrejša in bolj učinkovita psihiatrična pomoč (triaža, diagnostika, zdravljenje), razbremenitev služb, manj podvajanja storitev. Vpliv: izboljšanje zdravstvenega stanja populacije.	MZ (MDDSZ, ZZZS, psihiatrične bolnišnice, RSK za psihiatrijo, RSK za urgentno medicino, psihohigienski dispanzerji, koncesionarji, PHE)	ZZZS

Specifikacija str.	Osnova za izračun stroškov	Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih					Stroški skupaj	Koristi
		2011	2012	2013	2014	2015		
1. plačilo 3 dodatnih timov (psihater, psiholog, specialni pedagog, socialni delavec, medicinska sestra, logoped) 2. stroški za delo treh dodatnih timov 3. stroški investicije	plačilni razred	Naloga: vzpostavitev prvega dodatnega svetovalnega centra za otroke in mladostnike. Investicija. Dopolnitev enega obstoječega tima z dodatnimi strokovnjaki. Kazalniki: znižanje stroškov zdravljenosti za polovico, znižanje stroškov hospitalizacij, saj jih bomo preprečili, in prihranek sredstev za bolniška nadomestila pri starših Stroški enega polnega tima in enega dopoljenega tima ter investicije: 409.243,24	Naloga: vzpostavitev drugega dodatnega svetovalnega centra za otroke in mladostnike. Investicija. Dopolnitev enega tima z dodatnimi strokovnjaki. Kazalniki: znižanje stroškov zdravljenosti za polovico, znižanje stroškov hospitalizacij, saj jih bomo preprečili, in prihranek sredstev za bolniška nadomestila pri starših Stroški dveh polnih timov in dveh dopoljenih timov ter investicije: 409.243,24+ 209.243,24	Naloga: vzpostavitev tretjega dodatnega svetovalnega centra za otroke in mladostnike. Investicija. Dopolnitev enega tima z dodatnimi strokovnjaki. Kazalniki: znižanje stroškov zdravljenosti za polovico, znižanje stroškov hospitalizacij, saj jih bomo preprečili, in prihranek sredstev za bolniška nadomestila pri starših Stroški treh polnih timov in treh dopoljenih timov ter investicije: 409.243,24+ 418.486,48	Naloga: vzpostavitev četrtega dodatnega svetovalnega centra za otroke in mladostnike. Kazalniki: znižanje stroškov zdravljenosti za polovico, znižanje stroškov hospitalizacij, saj jih bomo preprečili, in prihranek sredstev za bolniška nadomestila pri starših Stroški štirih polnih timov in treh dopoljenih timov ter investicije: 409.243,24 + 627.729,72	Naloga: vzpostavitev petega dodatnega svetovalnega centra za otroke in mladostnike. Kazalniki: znižanje stroškov zdravljenosti za polovico, znižanje stroškov hospitalizacij, saj jih bomo preprečili, in prihranek sredstev za bolniška nadomestila pri starših Stroški petih polnih timov in treh dopoljenih timov ter investicije: 409.243,24 + 836.972,96	4.138.648,60	161.873.414,99
dodatne zaposlitve psihologov (50) in administrativnih delavcev (150).	plačilni razred	Naloga: zaposlitev dodatnih 10 psihologov na mesto šolskega svetovalnega delavca in 30 administrativnih delavcev, da se šolske svetovalne delavce razbremenijo administracije. Kazalniki: znižanje obolenosti otrok (manj pregledov v svetovalnih centrih), zmanjšanje stiske otrok in prihranek sredstev za bolniška nadomestila. Stroški: 650.295,70	Naloga: zaposlitev dodatnih 10 psihologov na mesto šolskega svetovalnega delavca in 30 administrativnih delavcev, da se šolske svetovalne delavce razbremenijo administracije. Kazalniki: znižanje obolenosti otrok (manj pregledov v svetovalnih centrih), zmanjšanje stiske otrok in prihranek sredstev za bolniška nadomestila. Stroški: 1.300.591,40	Naloga: zaposlitev dodatnih 10 psihologov na mesto šolskega svetovalnega delavca in 30 administrativnih delavcev, da se šolske svetovalne delavce razbremenijo administracije. Kazalniki: znižanje obolenosti otrok (manj pregledov v svetovalnih centrih), zmanjšanje stiske otrok in prihranek sredstev za bolniška nadomestila. Stroški: 1.950.887,10	Naloga: zaposlitev dodatnih 10 psihologov na mesto šolskega svetovalnega delavca in 30 administrativnih delavcev, da se šolske svetovalne delavce razbremenijo administracije. Kazalniki: znižanje obolenosti otrok (manj pregledov v svetovalnih centrih), zmanjšanje stiske otrok in prihranek sredstev za bolniška nadomestila. Stroški: 2.601.182,80	Naloga: zaposlitev dodatnih 10 psihologov na mesto šolskega svetovalnega delavca in 30 administrativnih delavcev, da se šolske svetovalne delavce razbremenijo administracije. Kazalniki: znižanje obolenosti otrok (manj pregledov v svetovalnih centrih), zmanjšanje stiske otrok in prihranek sredstev za bolniška nadomestila. Stroški: 3.251.478,50	9.754.435,50	239.875.801,67
14 bolnišnic bi imelo skupaj v povprečju 60 konziliarnih pregledov tedensko=3120 letno; + CSD (60 centrov-12 regij) v povprečju 6 tedensko= 312 letno; + SNMP (10 enot) v povprečju 30 tedensko in 1560 letno; SKUPAJ 4992.	vrednost točke, število točk za konziliarni pregled	Naloga: dodatnih 4992 konziliarnih psihiatričnih storitev letno. Od tega 312 namenjenih v CSD in 1560 v ambulantah SNMP. Kazalnik: zmanjšanje števila hospitalizacij za 150 in zmanjšanje cene primera zaradi boljše in hitreje obravnave za 20%. Stroški: 74.880,00	Naloga: dodatnih 4992 konziliarnih psihiatričnih storitev letno. Od tega 312 namenjenih v CSD in 1560 v ambulantah SNMP. Kazalnik: zmanjšanje števila hospitalizacij za 150 in zmanjšanje cene primera zaradi boljše in hitreje obravnave za 20%. Stroški: 74.880,00	Naloga: dodatnih 4992 konziliarnih psihiatričnih storitev letno. Od tega 312 namenjenih v CSD in 1560 v ambulantah SNMP. Kazalnik: zmanjšanje števila hospitalizacij za 150 in zmanjšanje cene primera zaradi boljše in hitreje obravnave za 20%. Stroški: 74.880,00	Naloga: dodatnih 4992 konziliarnih psihiatričnih storitev letno. Od tega 312 namenjenih v CSD in 1560 v ambulantah SNMP. Kazalnik: zmanjšanje števila hospitalizacij za 150 in zmanjšanje cene primera zaradi boljše in hitreje obravnave za 20%. Stroški: 74.880,00	Naloga: dodatnih 4992 konziliarnih psihiatričnih storitev letno. Od tega 312 namenjenih v CSD in 1560 v ambulantah SNMP. Kazalnik: zmanjšanje števila hospitalizacij za 150 in zmanjšanje cene primera zaradi boljše in hitreje obravnave za 20%. Stroški: 74.880,00	374.400,00	5.088.681,80

	Ime naloge	Opis naloge	Koristi (posledice) oziroma kazalniki	Odgovorni nosilec (sodeluje z)	Vir (finančne posledice ZDZdr)
2.1.5	C4 S1 S2 Multidisciplinarnе medsektorske delovne skupine za duševno zdravje v lokalnih okoljih	Ustanovitev 12 multidisciplinarnih medsektorskih delovnih skupin za duševno zdravje v lokalnih okoljih pri različnih akterjih - odvisno od posamezne regije (možne lokacije so CSD, zdravstveni domovi, psihiatrične bolnišnice, NVO). Povezovanje obstoječih in novo nastalih služb in dejavnosti za duševno zdravje iz točk 2.1.6, 2.1.7, 2.1.10. Temelji na nalogah, izvedenih pod točkami 1.1.2, 1.2.1, 1.2.2, 1.2.1, 1.2.4, 1.2.5.	Neposredni učinek: lokalne delovne skupine oziroma 12 timov (opredelitev je izvedena v okviru mreže služb za duševno zdravje). Rezultat: koordinacija obravnave odraslih oseb z duševnimi motnjami v skupnosti in 24 urna dostopnost za reševanje duševnih stisk. Učinek: Bolj učinkovita obravnava. Zmanjšanje števila hospitalizacij. Vpliv: Manjša obremenitev svojcev. Izboljšanje zdravstvenega stanja populacije.	MZ (MDDSZ, ZZZS, ZZV, RSK za družinsko medicino, CSD, RSK za psihiatrijo, NVO)	ZZZS, proračun, lokalne skupnosti
2.1.6	C4 S2 Psihiatrično zdravljenje v skupnosti oziroma nadzorovana obravnava	Vzpostavitev mreže koordinatorjev nadzorovane obravnave pri psihiatričnih bolnišnicah in timov, ki skrbijo za psihiatrično zdravljenje v skupnosti.	Neposredni učinek: 18 koordinatorjev nadzorovane obravnave, ki bodo zaposleni v psihiatričnih bolnišnicah. Rezultat: približno 680 oseb z duševno motnjo bo s pomočjo koordiniranega in nadzorovanega zdravljenja v skupnosti ohranilo zdravstveno stanje, ki jim omogoča življenje doma. Zmanjšalo se bo število hospitalizacij, predvsem tistih proti volji. Učinek: Zmanjšanje števila hospitalizacij, zmanjšanje samomorov, zmanjšanje nasilnega vedenja, zmanjšanje kaznivih dejanj, ki jih zagrešijo osebe z duševno motnjo in zmanjšanje števila forenzičnih bolnikov. Vpliv: razbremenitev svojcev, razbremenitev služb, povečana kakovost življenja oseb s hudimi in ponavljajočimi duševnimi motnjami njihovih svojcev ter neposredne okolice.	Psihiatrične bolnišnice (ZZZS)	ZZZS
2.1.7	C4 S2 Obravnava v skupnosti	Vzpostavitev mreže koordinatorjev obravnave v skupnosti pri CSD	Neposredni učinek: 30-50 koordinatorjev obravnave v skupnosti. Rezultat: 5000 oseb s težavami v duševnem zdravju bo vključeno v individualno obravnavo v skupnosti. Učinek: Učinkovitejše koriščenje raznih oblik pomoči, ki so na voljo, zmanjšanje ponovitev bolezni in posledičnih hospitalizacij. Vpliv: izboljšanje vsakodnevnega funkcioniranja in povečanje delazmožnosti.	MDDSZ (CSD)	MDDSZ
2.1.8	C2 S2 Aplikacija e-depresije in drugih tematik e-duševnega zdravja	Postavitev sistema spletnega svetovanja in spremljanja bolnikov z depresijo in še nekaterih drugih z duševnimi motnjami in v okviru tega 4 timi za spletno svetovanje; 2 v letu 2011 in 2 v letu 2012.	Neposredni učinek: Postavitev 4 timov za pomoč osebam z depresijo, anksioznimi motnjami ter stresnimi motnjami. Rezultat: Splošni zdravniki in psihiatri bodo z vključitvijo svojih bolnikov v program pridobili dodatno podporo in spremljanje po e-mediju in bodo sproti obveščeni o stanju bolnika. Učinek: učinkovitejše zdravljenje, večji obstanek v zdravljenju, večja podpora bolniku, zmanjšanje samomorilnega vedenja. Vpliv: izboljšano zdravje aktivne populacije in izboljšanje njene delazmožnosti.	Primorska univerza	MZ - e-zdravje

Specifikacija str.	Osnova za izračun stroškov	Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih					Stroški skupaj	Koristi
		2011	2012	2013	2014	2015		
Polovica novih zaposlitev, polovica prerazporeditev. Nove zaposlitve: 24 medicinskih sester oziroma zdravstvenih tehnikov, 24 socialnih delavcev, 24 psihologov, 12 psihiatrov 12 specialnih pedagogov	Plačilni razred	Naloga: vzpostavitev delovanja lokalnih delovnih skupin v treh slovenskih regijah z možnostjo 24 urne dostopnosti za reševanje duševnih stisk. Nosilec je določen v nalogi predlog mreže služb. Kazalniki: zmanjšanje števila hospitalizacij, zmanjšanje cene primera zaradi boljše in hitreje obravnave. Stroški: Pri posameznih službah	Naloga: vzpostavitev delovanja lokalnih delovnih skupin v treh slovenskih regijah z možnostjo 24 urne dostopnosti za reševanje duševnih stisk. Nosilec je določen v nalogi predlog mreže služb. Kazalniki: zmanjšanje števila hospitalizacij, zmanjšanje cene primera zaradi boljše in hitreje obravnave. Stroški: Pri posameznih službah	Naloga: vzpostavitev delovanja lokalnih delovnih skupin v treh slovenskih regijah z možnostjo 24 urne dostopnosti za reševanje duševnih stisk. Nosilec je določen v nalogi predlog mreže služb. Kazalniki: zmanjšanje števila hospitalizacij, zmanjšanje cene primera zaradi boljše in hitreje obravnave. Stroški: Pri posameznih službah	Naloga: vzpostavitev delovanja lokalnih delovnih skupin v treh slovenskih regijah z možnostjo 24 urne dostopnosti za reševanje duševnih stisk. Nosilec je določen v nalogi predlog mreže služb. Kazalniki: zmanjšanje števila hospitalizacij, zmanjšanje cene primera zaradi boljše in hitreje obravnave. Stroški: Pri posameznih službah	Naloga: vzpostavitev delovanja lokalnih delovnih skupin v treh slovenskih regijah z možnostjo 24 urne dostopnosti za reševanje duševnih stisk. Nosilec je določen v nalogi predlog mreže služb. Kazalniki: zmanjšanje števila hospitalizacij, zmanjšanje cene primera zaradi boljše in hitreje obravnave. Stroški: Pri posameznih službah	Navedeni so pri posameznih službah	Navedene so pri posameznih službah
stroški obravnave za 680 oseb v nadzorovani obravnavi letno	število obravnavanih oseb, stroški storitev in materialni stroški	Naloga: dodatno usposabljanje zdravstvenih kadrov in dopolnitev timov za psihiatrično zdravljenje v skupnosti tistih oseb, ki potrebujejo nadzor nad zdravljenjem. Obravnava 340 oseb. Kazalniki: znižanje stroškov hospitalizacij in prihranek sredstev za bolniška nadomestila. Stroški: 1.149.601,20	Naloga: dodatno usposabljanje zdravstvenih kadrov in dopolnitev timov za psihiatrično zdravljenje v skupnosti tistih oseb, ki potrebujejo nadzor nad zdravljenjem. Obravnava 680 oseb. Kazalniki: znižanje stroškov hospitalizacij in prihranek sredstev za bolniška nadomestila. Stroški: 2.299.202,40	Naloga: dodatno usposabljanje zdravstvenih kadrov in dopolnitev timov za psihiatrično zdravljenje v skupnosti tistih oseb, ki potrebujejo nadzor nad zdravljenjem. Obravnava 680 oseb. Kazalniki: znižanje stroškov hospitalizacij in prihranek sredstev za bolniška nadomestila. Stroški: 2.299.202,40	Naloga: dodatno usposabljanje zdravstvenih kadrov in dopolnitev timov za psihiatrično zdravljenje v skupnosti tistih oseb, ki potrebujejo nadzor nad zdravljenjem. Obravnava 680 oseb. Kazalniki: znižanje stroškov hospitalizacij in prihranek sredstev za bolniška nadomestila. Stroški: 2.299.202,40	10.346.410,80	16.446.310,00	
Stroški obravnave 3000 oseb v skupnosti	plačilni razred	Naloga: zaposlitev 19 koordinatorjev obravnave v skupnosti, obravnava v skupnosti na podlagi interdisciplinarnega načrta za osebe, ki zaradi težav v duševnem zdravju potrebujejo podporo in pomoč. 3000 obravnava letno. Kazalniki: znižanje stroškov hospitalizacij in prihranek sredstev za bolniška nadomestila. Stroški: 610.000,00	Naloga: zaposlitev 23 novih koordinatorjev obravnave v skupnosti, obravnava v skupnosti na podlagi interdisciplinarnega načrta za osebe, ki zaradi težav v duševnem zdravju potrebujejo podporo in pomoč. 3000 obravnava letno. Kazalniki: znižanje stroškov hospitalizacij in prihranek sredstev za bolniška nadomestila. Stroški: 736.000,00	Naloga: zaposlitev 27 novih koordinatorjev obravnave v skupnosti, obravnava v skupnosti na podlagi interdisciplinarnega načrta za osebe, ki zaradi težav v duševnem zdravju potrebujejo podporo in pomoč. 3000 obravnava letno. Kazalniki: znižanje stroškov hospitalizacij in prihranek sredstev za bolniška nadomestila. Stroški: 864.000,00	Naloga: zaposlitev 30 novih koordinatorjev obravnave v skupnosti, obravnava v skupnosti na podlagi interdisciplinarnega načrta za osebe, ki zaradi težav v duševnem zdravju potrebujejo podporo in pomoč. 3000 obravnava letno. Kazalniki: znižanje stroškov hospitalizacij in prihranek sredstev za bolniška nadomestila. Stroški: 960.000,00	4.130.000,00	12.089.851,78	
Vrednost pilotnega projekta v prvem letu, uvedba projekta v drugem letu, delovanje programa v naslednjih letih	plačilni razred, materialni stroški	Naloga: vzpostavitev in vzdrževanje spletnih strani za komunikacijo in spremljanje zdravljenja oseb s težavami v duševnem zdravju, implementacija klinične poti. Število uporabnikov 1000. Kazalniki: zmanjšanje prevalece za 25%, znižan strošek zdravljenja na bolnika, znižanje absenzizma za 40000 dni. Stroški: 100.000,00	Naloga: vzpostavitev in vzdrževanje spletnih strani za komunikacijo in spremljanje zdravljenja oseb s težavami v duševnem zdravju, implementacija klinične poti. Število uporabnikov 1000. Kazalniki: zmanjšanje prevalece za 25%, znižan strošek zdravljenja na bolnika, znižanje absenzizma za 100000 dni. Stroški: 250.000,00	Naloga: vzpostavitev in vzdrževanje spletnih strani za komunikacijo in spremljanje zdravljenja oseb s težavami v duševnem zdravju, implementacija klinične poti. Število uporabnikov 10 000. Kazalniki: zmanjšanje prevalece za 25%, znižan strošek zdravljenja na bolnika, znižanje absenzizma za 100000 dni. Stroški: 1.200.000,00	Naloga: vzpostavitev in vzdrževanje spletnih strani za komunikacijo in spremljanje zdravljenja oseb s težavami v duševnem zdravju, implementacija klinične poti. Število uporabnikov 10 000. Kazalniki: zmanjšanje prevalece za 25%, znižan strošek zdravljenja na bolnika, znižanje absenzizma za 100000 dni. Stroški: 1.200.000	3.950.000,00	16.008.333,33	

	Ime naloge	Opis naloge	Koristi (posledice) oziroma kazalniki	Odgovorni nosilec (sodeluje z)	Vir (finančne posledice ZDZdr)
2.1.9	C2 S2 Celostna obravnava oseb z nekaterimi duševnimi motnjami na primarnem nivoju	Uvedba presejanja za depresijo pri skupinah s povečanim tveganjem, zdravljenje novo odkritih primerov in delavnice za prepoznavanje in obvladovanje depresije, anksioznih motenj in stresa na primarnem nivoju, izvajanje v vseh 60 zdravstvenih domovih	Neposredni učinek: vzpostavljen sistem presejanja za skupine s povečanim tveganjem (osebe s kroničnimi telesnimi obolenji, starejši, ...), diagnostike in zdravljenja. Rezultat: 20% vseh vključenih v presejanje, 9% diagnosticiranih in 4,5% zdravljenih. Učinek: izboljšanje zdravstvenega stanja dela populacije, zmanjšanje bolniških staležev. Vpliv: izboljšanje zdravstvenega stanja populacije in povečanje delazmožnosti.	IVZ	IVZ in ZZZS
2.1.10	C4 S1S2 Povečanje kapacitet nosilnih programov NVO in (samo)zagovorništvo	Povečanje kapacitet nosilnih programov NVO - stanovanjskih skupin, dnevnih centrov, informativnih pisarn in svetovalnic.	Neposredni učinek: Povečanje kapacitet v stanovanjskih skupinah, dnevnih centrih, informativnih pisarnah in svetovalnicah. Rezultat: 152 oseb z duševno motnjo več v stanovanjski skupini, 225 bolnikov več vključenih v dnevne centre. Učinek: 152 primerov akutne bolnišnične obravnave je zato manj. Nove zaposlitve timov. Vpliv: manjša obremenitev svojcev, večja kakovost življenja oseb z duševno motnjo in njihovih svojcev, povečana delovna zmogljivost.	MDDSZ	MDDSZ, FIHO, lokalne skupnosti
2.2	Službe na sekundarni oziroma regionalni ravni				
2.2.1	C4 S2 Dnevni oddelki za akutno zdravljenje v regijah brez bolnišnic	Ustanovitev 4 dnevnih oddelkov - predvidoma Novo mesto, Obala, Prekmurje, Koroška- skladno z mrežo in normativi - 80 mest, 4 timi. Podlaga za izvedbo so dokumenti iz točk 1.1.2, 1.2.1, 1.2.2, 1.2.4, 1.2.5.	Neposredni učinek: dodatni štirje dnevni oddelki v regijah, kjer je bolnišnica za prebivalce zelo oddaljena. Rezultat: vsem bolnikom, ki se do sedaj niso mogli zdraviti v dnevni oskrbi obstoječih psihiatričnih bolnišnic zaradi oddaljenosti bivališča od bolnišnice, bo omogočeno zdravljenje, ki podpira vrnitev v domače okolje. Omogočeno bo hitrejšo odpuščanje bolnikov iz bolnišnice oziroma bo zdravljenje v dnevni bolnišnici nadomestilo celodnevno hospitalizacijo. Psihiatrični timi za izvajanje skupnostnega psihiatričnega zdravljenja bodo imeli sedež bližje lokalnemu okolju, kjer bi delovali. Predvidevamo dodatnih 640 primerov letno. Učinek: zmanjšanje ležalne dobe v bolnišnicah na račun možnosti premestitve v dnevno vodenje in sprejema v dnevno vodenje, manjša obremenitev svojcev in strokovnih delavcev v skupnostni obravnavi, večja dostopnost obravnave. Vpliv: večja samostojnost bolnikov, hitrejšo okrevanje, zmanjšanje samomorilnosti.	psihiatrične bolnišnice (ZZZS)	ZZZS, izvajalec programa

Specifika cija str.	Osnova za izračun stroškov	Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih					Stroški skupaj	Koristi
		2011	2012	2013	2014	2015		
implementacija klinične poti od presejanja, diagnostike in zdravljenja, povečanje števila pregledov, več zdravil, delavnice, svetovanje, nove zaposlitve	Zaposlitev 2FTE; plačilni razred	Naloga: Presejanje 20% odrasle populacije (osebe s težavami v duševnem zdravju, osebe s kroničnimi boleznimi, starostniki, ženske 46-55 let), diagnosticiranje depresije in zdravljenje, svetovanje in pomoč v obliki delavnic. Kazalniki: znižan strošek zdravljenja na bolnika, znižanje absentizma za 10%. Strošek: 6.194.999,41	Naloga: Presejanje 20% odrasle populacije (osebe s težavami v duševnem zdravju, osebe s kroničnimi boleznimi, starostniki, ženske 46-55 let), diagnosticiranje depresije in zdravljenje, svetovanje in pomoč v obliki delavnic. Kazalniki: znižan strošek zdravljenja na bolnika, znižanje absentizma za 10%. Strošek: 6.194.999,41	Naloga: Presejanje 20% odrasle populacije (osebe s težavami v duševnem zdravju, osebe s kroničnimi boleznimi, starostniki, ženske 46-55 let), diagnosticiranje depresije in zdravljenje, svetovanje in pomoč v obliki delavnic. Kazalniki: znižan strošek zdravljenja na bolnika, znižanje absentizma za 10%. Strošek: 6.194.999,41	Naloga: Presejanje 20% odrasle populacije (osebe s težavami v duševnem zdravju, osebe s kroničnimi boleznimi, starostniki, ženske 46-55 let), diagnosticiranje depresije in zdravljenje, svetovanje in pomoč v obliki delavnic. Kazalniki: znižan strošek zdravljenja na bolnika, znižanje absentizma za 10%. Strošek: 6.194.999,41	Naloga: Presejanje 20% odrasle populacije (osebe s težavami v duševnem zdravju, osebe s kroničnimi boleznimi, starostniki, ženske 46-55 let), diagnosticiranje depresije in zdravljenje, svetovanje in pomoč v obliki delavnic. Kazalniki: znižan strošek zdravljenja na bolnika, znižanje absentizma za 10%. Strošek: 6.194.999,41	30.974.997,06	1.512.453.104,80
Število stanovanjskih skupin, dnevnih centrov in informacijskih pisarn, število zaposlenih, in stroški storitev, materialni stroški, zagovorništvo, dopolnilni programi	plačilni razred, stroški storitev, materialni stroški	Naloga: Stanovanjske skupine, dnevni centri, informativne pisarne, (samo zagovorništvo) Kazalniki: Število uporabnikov, Zadovoljstvo uporabnikov, znižano stroškov zdravljenja, zmanjšanje stroškov absentizma Stroški: 2.850.008,80	Naloga: Stanovanjske skupine, dnevni centri, informativne pisarne, (samo zagovorništvo) Kazalniki: Število uporabnikov, Zadovoljstvo uporabnikov, znižano stroškov zdravljenja, zmanjšanje stroškov absentizma Stroški: 2.950.008,80	Naloga: Stanovanjske skupine, dnevni centri, informativne pisarne, (samo zagovorništvo) Kazalniki: Število uporabnikov, Zadovoljstvo uporabnikov, znižano stroškov zdravljenja, zmanjšanje stroškov absentizma Stroški: 3.150.000,00	Naloga: Stanovanjske skupine, dnevni centri, informativne pisarne, (samo zagovorništvo) Kazalniki: Število uporabnikov, Zadovoljstvo uporabnikov, znižano stroškov zdravljenja, zmanjšanje stroškov absentizma Stroški: 3.250.008,00	Naloga: Stanovanjske skupine, dnevni centri, informativne pisarne, (samo zagovorništvo) Kazalniki: Število uporabnikov, Zadovoljstvo uporabnikov, znižano stroškov zdravljenja, zmanjšanje stroškov absentizma Stroški: 3.450.008,80	15.650.034,40	25.904.700,00
1. stroški osebja, 2. stroški programa za nove primere, ki se sedaj niso mogli zdraviti v takšni obliki 3. stroški investicije nosilca	število mest v posameznih regijah, ležalna doba, število bolnikov, cena dnevne oskrbe, plačilni razred,	Naloga: Ustanovitev 4 dnevnih oddelkov. Vzpostavitev 4 timov za 4 dnevne oddelke psihiatričnih bolnišnic in oskrba 640 pacientov. Kazalniki: Ustanovljeni oddelki, znižanje dni hospitalizacije, znižanje stroškov zdravljenja, manjši absentizem. Stroški: 1.432.012,80 + 1.000.000,00	Naloga: oskrba 640 pacientov. Kazalniki: znižanje dni hospitalizacije, znižanje stroškov zdravljenja, manjši absentizem. Stroški: 1.432.012,80	Naloga: oskrba 640 pacientov. Kazalniki: znižanje dni hospitalizacije, znižanje stroškov zdravljenja, manjši absentizem. Stroški: 1.432.012,80	Naloga: oskrba 640 pacientov. Kazalniki: znižanje dni hospitalizacije, znižanje stroškov zdravljenja, manjši absentizem. Stroški: 1.432.012,80	Naloga: oskrba 640 pacientov. Kazalniki: znižanje dni hospitalizacije, znižanje stroškov zdravljenja, manjši absentizem. Stroški: 1.432.012,80	7.160.064,00 + 1.000.000,00	15.478.880,00

	Ime naloge	Opis naloge	Koristi (posledice) oziroma kazalniki	Odgovorni nosilec (sodeluje z)	Vir (finančne posledice ZDZdr)
2.2.2	C4 S2 Specializirana pomoč za nosečnice in otročnice s težavami v duševnem zdravju	Okrepitev strokovnih služb (specialisti klinične psihologije s posebnimi znanji, psihiatrična ambulanta v sklopu ambulant za patološko nosečnost) in v skupnosti. Podlaga za izvedbo so dokumenti iz točk 1.1.2, 1.1.3, 1.2.1, 1.2.2, 1.2.4, 1.2.5.	Neposredni učinek: službe in strokovnjaki, ki razpolagajo s posebnim znanjem obporodne in poporodne skrbi za duševno zdravje. Rezultat: izboljšana skrb za nosečnice in otročnice. Učinek: zmanjšanje bremena duševnih motenj. Vpliv: Izboljšano zdravstveno stanje populacije.	MZ (ZZZS)	ZZZS
2.2.3	C4 S2 Specializiran intenziven oddelek za otroke in mladostnike	Ustanovitev specializiranega varovanega oddelka z- 20 posteljami za otroke in mladostnike, tako da se v primeru, da potrebujejo varovanje, ne bodo več zdravili v varovanih oddelkih skupaj z odraslimi bolniki. Podlaga za izvedbo so dokumenti iz točk 1.1.2, 1.2.1, 1.2.2, 1.2.4, 1.2.5.	Neposredni učinek: Specializirani varovan intenziven oddelek za otroke in mladostnike. Rezultat: vsem otrokom, ki potrebujejo diagnostiko in zdravljenje na varovanem oddelku bo omogočena ustrezna in varna pomoč. Ocenjujemo, da je poleg dosedanjih 120 primerov, ki so se morali zdraviti na varovanih oddelkih za odrasle, mogoče prišteti dodatnih 30 primerov, saj nekateri otroci, zlasti iz vzgojno - varstvenih zavodov niso imeli možnosti hospitalizacije. Učinek: manjša obremenitev svojcev in strokovnih delavcev v šolah in zavodih, zmanjšanje suicidalnega vedenja pri mladih. Vpliv: Izboljšanje zdravja in učne uspešnosti otrok in mladih.	MZ (ZZZS)	ZZZS
2.2.4	C4 S2 Zgodnja rehabilitacija oseb z pogostimi in dolgotrajnimi bolniškimi staleži	Rehabilitacija oseb, ki imajo dolgotrajne in pogoste bolniške staleže je pilotni projekt za 250 primerov letno in je njegov namen zmanjševanje bolniških staležev pri osebah, ki imajo začetne duševne motnje	Neposredni učinek: pilotni projekt, v katerem 2 multidisciplinarna tima izvajala program zgodnje rehabilitacije (Kompleksna kognitivna rehabilitacija). Rezultat: 250 oseb, ki imajo zaradi duševnih motenj bolniški stalež, bi bile vključene v povsem nov program, s katerim bomo zajezili napredovanje duševne motnje, jih opremili z boljšimi strategijami reševanja vsakodnevnih težav in jim s tem ohranili delazmožnost. Učinek: Povrnitev in ohranjanje delazmožnosti, zmanjševanje stroškov bolniškega staleža na račun duševnih motenj, zmanjševanje invalidnosti na račun duševnih motenj. Vpliv: Izboljšano zdravje populacije in izboljšanje delazmožnosti.	IRI-LJ (ZZZS)	ZZZS

Specifikacija str.	Osnova za izračun stroškov	Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih					Stroški skupaj	Koristi
		2011	2012	2013	2014	2015		
stroški tima (skupaj 6 psihologov, 2 psihiatra), v prvih treh letih le en tim, nato dva tima	plačilni razred	<p>Naloge: Priprava formalnih podlag</p> <p>Kazalniki: Sprejetje ustreznih dokumentov</p> <p>Stroški: 0</p>	<p>Naloge: dopolnitev obstoječe službe za obporodno duševno zdravje – 3 psihologi in en psihiater)</p> <p>Kazalniki: Zmanjšanje števila nujnih pregledov v obporodnem obdobju in števila nujnih psihiatričnih hospitalizacij v obporodnem obdobju</p> <p>Stroški: 111.960,91</p>	<p>Naloge: dopolnitev obstoječe službe za obporodno duševno zdravje – dodatni 3 psihologi in en psihiater)</p> <p>Kazalniki: Zmanjšanje števila nujnih pregledov v obporodnem obdobju in števila nujnih psihiatričnih hospitalizacij v obporodnem obdobju</p> <p>Stroški: 223.921,82</p>	<p>Naloge: Delovanje dveh timov</p> <p>Kazalniki: Zmanjšanje števila nujnih pregledov v obporodnem obdobju in števila nujnih psihiatričnih hospitalizacij v obporodnem obdobju</p> <p>Stroški: 223.921,82</p>	<p>Naloge: Delovanje 2 timov</p> <p>Kazalniki: Zmanjšanje števila nujnih pregledov v obporodnem obdobju in števila nujnih psihiatričnih hospitalizacij v obporodnem obdobju</p> <p>Stroški: 223.921,82</p>	783.726,37	370.753,73
1. stroški osebja, 2. stroški programa za nove primere, ki se jih iz drugih institucij niso sprejemali 3. stroški investicije nosilca	plačilni razred in stroški investicije	<p>Naloge: Priprava formalnih podlag</p> <p>Kazalniki: Sprejetje ustreznih dokumentov</p> <p>Stroški: 0</p>	<p>Naloge: Vzpostavitev oddelka, vzpostavitev tima, 30 dodatnih primerov na leto</p> <p>Kazalniki: Varovani oddelek za otroke in mladostnike, število primerov na leto</p> <p>Zmanjšanje samomorilnega in samopoškodbenega vedenja</p> <p>Stroški: 144.077,12</p>	<p>Naloge: Delovanje varovanega oddelka za otroke in mladostnike</p> <p>Kazalniki: Število primerov Zmanjšanje samomorilnega in samopoškodbenega vedenja</p> <p>Stroški: 44.077,12</p>	<p>Naloge: Delovanje varovanega oddelka za otroke in mladostnike</p> <p>Kazalniki: Število primerov Zmanjšanje samomorilnega in samopoškodbenega vedenja</p> <p>Stroški: 44.077,12</p>	<p>Naloge: Delovanje varovanega oddelka za otroke in mladostnike</p> <p>Kazalniki: Število primerov Zmanjšanje samomorilnega in samopoškodbenega vedenja</p> <p>Stroški: 44.077,12</p>	276.308,48	210.420,00
1. stroški osebja, 2. stroški investicije nosilca	plačilni razred 2 tima za 250 primerov letno	<p>Naloge: Priprava formalnih podlag</p> <p>Kazalniki: Sprejetje ustreznih dokumentov</p> <p>Stroški: 0</p>	<p>Naloge: Vzpostavitev programa rehabilitacije, vzpostavitev tima, 250 primerov</p> <p>Kazalniki: Zmanjšanje absentizma za 15 %, znižanje stroškov zdravlja za 25% in zmanjšanje stroškov primera za 20%.</p> <p>Stroški: 1.209.287,50</p>	<p>Naloge: Vzpostavitev programa rehabilitacije, vzpostavitev tima, 250 primerov</p> <p>Kazalniki: Zmanjšanje absentizma za 15 %, znižanje stroškov zdravlja za 4% in zmanjšanje stroškov primera za 20%.</p> <p>Stroški: 1.209.287,50</p>	<p>Naloge: Vzpostavitev programa rehabilitacije, vzpostavitev tima, 250 primerov</p> <p>Kazalniki: Zmanjšanje absentizma za 15 %, znižanje stroškov zdravlja za 4% in zmanjšanje stroškov primera za 20%.</p> <p>Stroški: 1.209.287,50</p>	<p>Naloge: Vzpostavitev programa rehabilitacije, vzpostavitev tima, 250 primerov</p> <p>Kazalniki: Zmanjšanje absentizma za 15 %, znižanje stroškov zdravlja za 4% in zmanjšanje stroškov primera za 20%.</p> <p>Stroški: 1.209.287,50</p>	4.837.150,00	8.383.798,97

	Ime naloge	Opis naloge	Koristi (posledice) oziroma kazalniki	Odgovorni nosilec (sodeluje z)	Vir (finančne posledice ZDZdr)
2.2.5	C2S2 C4S2 Gerontonevro- psihiatrija	Širitev obstoječih zdravstvenih in socialnovarstvenih programov, specializacija za gerontopsihiatrijo in nevrologijo (zdravniki, psihologi, negovalno osebje, socialni delavci). Podlaga za izvedbo so dokumenti iz točk 1.1.2, 1.1.3, 1.2.1, 1.2.2, 1.2.3, 1.2.4, 1.2.5.	Neposredni učinek: Specializirane gerontonevroopsihiatrične in kognitivne nevrološke ambulante (6-8 novih ambulant), dodatni 3 specializirani oddelki. Sledenje potrebam oseb z demenco in njihovemu številu - 5% starejših naj ima kapaciteto v domovih starejših občanov, delež kapacitet prilagojenih potrebam oseb z demenco naj se zvišuje glede na število oseb z demenco v populaciji. Rezultat: Povečano prepoznavanje kognitivnih motenj in začetnih demenc iz sedanjih 25% na 75%, povečanje ustreznega in učinkovitega zdravljenja iz sedanjih 10% na 50%, manjše podvajanje preiskav, zmanjšana stopnja hospitalizacij. Dostopnejša in ustrežnejša dolgotrajna oskrba. Učinkovitejše obvladovanje depresije, samomorilnega vedenja v starosti in drugih na starost vezanih duševnih težav. Učinek: boljše funkcioniranje oseb z demenco, manjša obremenitev svojcev. Vpliv: povečana kakovost življenja pri starejših in daljše samostojno življenje. Izboljšanje usposobljenosti delovne sile.	MZ (MDDSZ, NVO, Psihiatrične bolnišnice, ZZS)	MDDSZ, ZZS, lokalne skupnosti
2.2.6	C4 S2 Oddelek za forenzično psihiatrijo	Ustanovitev oddelka za forenzično psihiatrijo za celotno Slovenijo - 30 postelj. Podlaga za izvedbo so dokumenti iz točk 1.1.2, 1.1.3, 1.2.1, 1.2.2, 1.2.4, 1.2.5.	Neposredni učinek: Oddelek za forenzično psihiatrijo. Rezultat: Zagotovitev obravnave za sedanje bolnike z ukrepom zdravljenja in za bolnike iz zapora in pripora manj poškodb in stresa v bolnišnicah in v zaporih, zmanjšanje samomorilnega vedenja, večja varnost. Dolgoročne koristi: zagotovitev enotne in učinkovite obravnave v okviru forenzične psihiatrije in podlaga za napredek v tej stroki. Vpliv: izboljšanje skrbi za forenzične paciente.	PKL (RSK, MZ)	MP + ZZS
2.2.7	C5 S1 C2 S2 WHO EURO Kolaborativni center za nenalezljive bolezni in duševno zdravje v urbanih in javnih okoljih za Evropsko regijo Maribor - v ustanavljanju	Ustanovitev WHO kolaborativnega centra za kronične nenalezljive bolezni, kamor spadajo tudi duševne motnje. Center izvaja posebne naloge v okviru SZO strategij in programov v širši regiji, tudi v mednarodnem smislu.	Neposredni učinek: Center, ki je zadolžen za posebne naloge v okviru SZO strategij in programov. Rezultat: izvajanje evropskih nalog po programih SZO za zdrava mesta. Izvajanje nalog in projektov za evropsko unijo. Izvajanje nalog za državo, kjer je sedež, to pomeni za Slovenijo. Učinek: Izboljšanje duševnega zdravja populacije, zdravo okolje. Vpliv: Zmanjšanje bremena duševnih motenj	ZZV MB (IRI-LJ)	MZ, WHO EURO, EU komisija

Specifikacija str.	Osnova za izračun stroškov	Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih					Stroški skupaj	Koristi
		2011	2012	2013	2014	2015		
6 novih ambulant (prerazporeditev), 3 novi oddelki psihiatričnih ali splošnih bolnišnicah - 2 psihiatra v prvem letu, v drugem še 2 dodatna in nato naslednje leto še 2	plačilni razred	Naloge: Priprava formalnih podlag Kazalniki: Sprejetje ustreznih dokumentov Stroški: 0	Naloge: Vzpostavitev 2 novih ambulant, obravnava novih primerov z demenco, vzpostavitev drugega oddelka za gerontonevro-psihatrijo. Delovanje 2 novih ambulant. Kazalniki: Vzpostavitev oddelka, vzpostavitev tima. Zmanjšanje obremenitve svojcev in s tem absentizma za 15 %, zvišanje stroškov zdravl pri 50% in znižanje pri 50%, zmanjšanje stroškov hospitalizacije pri 5% bolnikov Stroški: 88.154,24	Naloge: Vzpostavitev še 2 novih ambulant, obravnava novih primerov z demenco, vzpostavitev tretjega oddelka za gerontonevro-psihatrijo. Delovanje 4 ambulant. Delovanje oddelkov. Kazalniki: Vzpostavitev oddelka, vzpostavitev tima. Zmanjšanje obremenitve svojcev in s tem absentizma za 15 %, zvišanje stroškov zdravl pri 50% in znižanje pri 50%, zmanjšanje stroškov hospitalizacije pri 5% bolnikov Stroški: 176.308,48	Naloge: Vzpostavitev 2 novih ambulant, obravnava novih primerov z demenco, vzpostavitev tretjega oddelka za gerontonevro-psihatrijo. Delovanje 6 ambulant. Delovanje oddelkov. Kazalniki: Vzpostavitev oddelka, vzpostavitev tima. Zmanjšanje obremenitve svojcev in s tem absentizma za 15 %, zvišanje stroškov zdravl pri 50% in znižanje pri 50%, zmanjšanje stroškov hospitalizacije pri 5% bolnikov Stroški: 264.462,72	793.388,16	64.183.908,07	
1. stroški osebja, 2. stroški programa za nove primere, ki se sedaj niso mogli zdraviti v takšni obliki. 3. stroški investicije nosilca in MP	plačilni razred	Naloge: Priprava formalnih podlag Kazalniki: Sprejetje ustreznih dokumentov Stroški: 0	Naloge: Vzpostavitev specializiranega oddelka za forenzično psihatrijo. Kazalniki: Vzpostavitev oddelka, vzpostavitev tima. Zmanjšanje števila avtoagresivnega vedenja, zmanjšano število poškodb osebja in sobolnikov. Stroški: 292.275,10 + 1.000.000,00	Naloge: Delovanje specializiranega oddelka za forenzično psihatrijo. Kazalniki: Zmanjšanje števila avtoagresivnega vedenja, zmanjšano število poškodb osebja in sobolnikov. Stroški: 292.275,10	Naloge: Delovanje specializiranega oddelka za forenzično psihatrijo. Kazalniki: Zmanjšanje števila avtoagresivnega vedenja, zmanjšano število poškodb osebja in sobolnikov. Stroški: 292.275,10	1.169.100,39 + 1.000.000,00	83.323,42	
predvideva 8 zaposlitev; 4 za pokritje funkcije WHO/EURO preventivnih in promocijskih programov za nenalezljive bolezni in 4 za področje razvoja preventive in promocije duševnega zdravja za področje Evropske regije	plačilni razred	Naloge: Priprava formalnih podlag Kazalniki: Sprejetje ustreznih dokumentov Stroški: 0	Naloge: Vzpostavitev delovanja WHO kolaborativnega centra. Kazalniki: Prijave projektov, število in vrsta regionalnih, nacionalnih in mednarodnih projektov in nalog. Stroški: 90.511,72	Naloge: Delovanje WHO kolaborativnega centra. Kazalniki: Prijave projektov, število in vrsta regionalnih, nacionalnih in mednarodnih projektov in nalog. Stroški: 90.511,72	Naloge: Delovanje WHO kolaborativnega centra. Kazalniki: Prijave projektov, število in vrsta regionalnih, nacionalnih in mednarodnih projektov in nalog. Stroški: 90.511,72	362.046,88	Ni mogoče direktno ovrednotiti, učinki so posredni	

	Ime naloge	Opis naloge	Koristi (posledice) oziroma kazalniki	Odgovorni nosilec (sodeluje z)	Vir (finančne posledice ZDZdr)
3	AKTIVNOSTI PROMOCIJE, PREVENTIVE DUŠEVNIH MOTENJ, PREPREČEVANJA SAMOMORA IN STIGME NA NACIONALNI RAVNI Z DOLGOROČNIMI UČINKI				
3.1	C1 S1, C1S2, C1 S3, C1 S4 Izobraževanje in osveščanje o promociji duševnega zdravja	<p>Organizacija izobraževanj na teme: Zdravo odraščanje, zdrav življenjski slog v vseh obdobjih življenja in aktivno staranje.</p> <p>Izobraževanja so namenjena: družinskim zdravnikom, medicinskim sestram, šolskim svetovanim delavcem, psihologom, socialnim delavcem, policistom, uslužbencem zavodov za preustojanje kazni zapora, svetovalcem zavodov za zaposlovanje, duhovnikom, strokovnim delavcem nevladnih organizacij, strokovnim delavcem varstvenodelovnih centrov in drugim strokovnjakom. (sistemska naloga; nosilec je IVZ).</p> <p>Osveščanje (informiranje, učenje veščin, izobraževanje, učenje prepoznavanja simptomov, priprava in izdaja gradiv).</p> <p>Obeležitve svetovnih dni (delavnice, okrogle mize, koncerti, druge javne prireditve): svetovne dneve pripravljajo v sodelovanju IVZ in ZZV, kjer IVZ izobražuje edukatorje, ZZV izvaja celoletne ali obdobjne delavnice, svetovne dneve pa obeležujejo tudi nevladne organizacije (sistemska naloga IVZ in ZZV; financiranje NVO preko razpisov). Podlaga za izvedbo so dokumenti iz točk 1.1.2, 1.1.3, 1.2.1, 1.2.2, 1.2.3, 1.2.4, 1.2.5.</p>	<p>Neposredni učinek: Predavanja in delavnice v različnih okoljih. Dogodki, ki obeležujejo svetovne dni.</p> <p>Rezultat: povečano prepoznavanje pomena duševnega zdravja in dejavnosti, za ohranjanje duševnega zdravja pri zaposlenih v različnih okoljih in pri osebah, ki bivajo oziroma so vključene v dejavnosti v teh okoljih.</p> <p>Učinek: Izboljšano duševno zdravje in boljše sposobnosti spoprijemanja z vsakodnevnimi problemi. Zgodnejše iskanje pomoči in s tem zmanjšani stroški zdravljenja in bolniškega staleža, zmanjšanje stigme.</p> <p>Vpliv: Večja kakovost življenja, izboljšano zdravstveno stanje populacije, zmanjšanje samomorilnosti. Izboljšana delazmožnost in boljša usposobljenost delovne sile.</p>	IVZ (ZZV, NVO, drugi javni in zasebni zavodi)	Državni proračun, lokalne skupnosti

Specifikacija str.	Osnova za izračun stroškov	Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih					Stroški skupaj	Koristi
		2011	2012	2013	2014	2015		
Redna dejavnost; projektno financiranje: organizacija delavnic in dogodkov; gradiva za delavnice, druga informativna gradiva; razpisi za lokalne izvajalce programov	materialni stroški, stroški organizacije dejavnosti	Naloge: Priprava vsebin in terminski načrt izobraževanj in drugih dejavnosti. Izvedba dejavnosti. Kazalniki: Vsebinski in terminski načrt. Izvedba načrta. Stroški: 25.000,00	Naloge: Priprava vsebin in terminski načrt izobraževanj in drugih dejavnosti. Izvedba dejavnosti. Kazalniki: Vsebinski in terminski načrt. Izvedba načrta. Stroški: 25.000,00	Naloge: Priprava vsebin in terminski načrt izobraževanj in drugih dejavnosti. Izvedba dejavnosti. Kazalniki: Vsebinski in terminski načrt. Izvedba načrta. Stroški: 25.000,00	Naloge: Priprava vsebin in terminski načrt izobraževanj in drugih dejavnosti. Izvedba dejavnosti. Kazalniki: Vsebinski in terminski načrt. Izvedba načrta. Stroški: 25.000,00	Naloge: Priprava vsebin in terminski načrt izobraževanj in drugih dejavnosti. Izvedba dejavnosti. Kazalniki: Vsebinski in terminski načrt. Izvedba načrta. Stroški: 25.000,00	125.000,00	Ni mogoče direktno ovrednotiti, učinki so posredni

	Ime naloge	Opis naloge	Koristi (posledice) oziroma kazalniki	Odgovorni nosilec (sodeluje z)	Vir (finančne posledice ZDZdr)
3.2	C2 S1 Izobraževanje in osveščanje o preventivi ter zgodnjem prepoznavanju duševnih motenj ter preprečevanju samomora	<p>Organizacija izobraževanj o duševnih motnjah in o prepoznavanju ter preprečevanju le-teh: demenca, stres, depresija, anksiozne motnje, samomorilno vedenje.</p> <p>Izobraževanja so namenjena: družinskim zdravnikom, medicinskim sestram, šolskim svetovanim delavcem, psihologom, socialnim delavcem, policistom, uslužbencem zavodov za prestajanje kazni zapora, svetovalcem zavodov za zaposlovanje, duhovnikom, strokovnim delavcem nevladnih organizacij, strokovnim delavcem varstvenodelovnih centrov in drugim strokovnjakom.</p> <p>Namen izobraževanj je tudi destigmatizacija duševnih motenj.</p> <p>(sistemska naloga, nosilec je IVZ);</p> <p>Informativna gradiva za preprečevanje samomora, stresa, depresije, nasilja in zlorabe alkohola (sistemska naloga; nosilec je IVZ; financiranje drugih organizacij preko razpisov); Podpora projektom preprečevanja duševnih in vedenjskih motenj, ki jih povzroča alkohol. Podlaga za izvedbo so dokumenti iz točk 1.1.2, 1.1.3, 1.2.1, 1.2.2, 1.2.3, 1.2.4, 1.2.5.</p>	<p>Neposredni učinek: Predavanja in delavnice v različnih okoljih. Prevodi knjig, druga informativna gradiva za laično in strokovno javnost.</p> <p>Rezultat: povečano prepoznavanje duševnih motenj in nevarnosti samomorilnega vedenja v različnih okoljih.</p> <p>Učinek: Hitrejše iskanje pomoči, krajši bolniški staleži in zato izboljšano duševno zdravje. Manjšanje stigme.</p> <p>Vpliv: Večja kakovost življenja. Izboljšana delazmožnost.</p>	IVZ (ZZV, PKL, Slovensko združenje za preprečevanje samomora, drugi javni in zasebni zavodi, NVO)	Državni proračun, ZZZS, razpisi ministrstva v
3.3	C2 S2 Programi varovanja in promocije duševnega zdravja na delovnem mestu in za brezposelne	<p>Izdelava ocene tveganja delovnega mesta programi in dejavnosti, ki jih izvajajo delodajalci z namenom izboljševanja duševnega zdravja in dobrega počutja zaposlenih. Usposabljanje oseb za prebroditev osebnih stisk, ki so posledica brezposelnosti in socialne stiske. Razpisi za 2 ali triletno projekte enkrat letno. Podlaga za izvedbo so dokumenti iz točk 1.1.2, 1.1.3, 1.2.1, 1.2.2, 1.2.3, 1.2.4, 1.2.5.</p>	<p>Neposredni učinek: programi (predavanja, delavnice, usposabljanja, skupinsko in individualno svetovanje) za delodajalce, strokovnjake za varstvo pri delu, zaposlene in brezposelne.</p> <p>Rezultat: humanizacija delovnega okolja, izboljšanje zdravstvenega stanja zaposlenih, znižanje stroškov zaradi bolniške odsotnosti, izboljšanje odnosov na delovnem mestu, zmanjšanje mobinga, povečana usposobljenost brezposelnih in ogroženih za soočanje z vsakodnevnimi problemi in reševanje stisk.</p> <p>Učinek: manj nesreč in nesoglasij na delovnem mestu in izven delovnega mesta, povečanje produktivnosti, izboljšano zdravstveno stanje zaposlenih, brezposelnih in socialno ogroženih.</p> <p>Vpliv: večje zadovoljstvo, motiviranost in produktivnost zaposlenih, inovativnost, manjši stroški na račun prezentizma in absentizma, manj stresa na delovnem mestu, izboljšana delazmožnost.</p>	KIMDPŠ (ZZV, IRI-LJ, Zavod RS za zaposlovanje, strokovne službe delodajalcev, Oddelek za tehnično varnost, združenja delodajalcev, sindikati, drugi javni in zasebni zavodi in inštituti)	KIMDPŠ, MDDSZ, MZ, ZZZS, ZRSZ, delodajalci, strukturni skladi - ESS.

Specifikacija str.	Osnova za izračun stroškov	Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih					Stroški skupaj	Koristi
		2011	2012	2013	2014	2015		
Redna dejavnost – 2 novi zaposlitvi (2 FTE) projektno financiranje: organizacija delavnic in dogodkov; gradiva za delavnice, druga informativna gradiva; razpisi za lokalne izvajalce programov	plačilni razred, materialni stroški, stroški organizacije dejavnosti	Naloge: Priprava vsebin in terminski načrt izobraževanj in drugih dejavnosti. Izvedba dejavnosti. Kazalniki: Vsebinski in terminski načrt. Izvedba načrta. Stroški: 95.255,86	Naloge: Priprava vsebin in terminski načrt izobraževanj in drugih dejavnosti. Izvedba dejavnosti. Kazalniki: Vsebinski in terminski načrt. Izvedba načrta. Stroški: 95.255,86	Naloge: Priprava vsebin in terminski načrt izobraževanj in drugih dejavnosti. Izvedba dejavnosti. Kazalniki: Vsebinski in terminski načrt. Izvedba načrta. Stroški: 95.255,86	Naloge: Priprava vsebin in terminski načrt izobraževanj in drugih dejavnosti. Izvedba dejavnosti. Kazalniki: Vsebinski in terminski načrt. Izvedba načrta. Stroški: 95.255,86	Naloge: Priprava vsebin in terminski načrt izobraževanj in drugih dejavnosti. Izvedba dejavnosti. Kazalniki: Vsebinski in terminski načrt. Izvedba načrta. Stroški: 95.255,86	476.279,30	Ni mogoče direktno ovrednotiti, učinki so posredni
Razpis za projekte	125.000,00 stroški projektov	Naloge: Priprava razpisov in izbor projektov. Kazalniki: Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov. Stroški: 125.000,00	Naloge: Priprava razpisov in izbor projektov. Kazalniki: Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov. Stroški: 125.000,00	Naloge: Priprava razpisov in izbor projektov. Kazalniki: Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov. Stroški: 125.000,00	Naloge: Priprava razpisov in izbor projektov. Kazalniki: Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov. Stroški: 125.000,00	Naloge: Priprava razpisov in izbor projektov. Kazalniki: Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov. Stroški: 125.000,00	625.000,00	Ni mogoče direktno ovrednotiti, učinki so posredni – podatki EU – OSHA navajajo donosnost naložbe v programe

	Ime naloge	Opis naloge	Koristi (posledice) oziroma kazalniki	Odgovorni nosilec (sodeluje z)	Vir (finančne posledice ZDZdr)
3.4	C2 S2 Programi medgeneracijske povezanosti, aktivnega staranja in socialne vključenosti starejših	Programi in dejavnosti za povečanje kakovostnega življenja in promocije zdravega življenjskega sloga. Usposabljanje družine za sožitje s starejšim družinskim članom, spodbujanje prostovoljstva, posebna skrb se nameni družinskim oskrbovalcem. Razpisi za 2 ali triletno leto. Podlaga za izvedbo so dokumenti iz točk 1.1.2, 1.1.3, 1.2.1, 1.2.2, 1.2.3, 1.2.4, 1.2.5.	<p>Neposredni učinek: programi (predavanja, delavnice, skupinska oziroma individualna svetovanja za družine in prostovoljce, pristočasne dejavnosti in podobno)</p> <p>Rezultat: izboljšanje medgeneracijskega sožitja ter podpora kakovostnemu življenju v starosti. Večja usposobljenost družine in prostovoljcev ter oskrbovalcev za sožitje s starejšim družinskim članom. Zmanjšanje bremena skrbi za obolelega oziroma onemoglega starejšega družinskega člana. Zmanjšanje stroškov bolniških odsotnosti oskrbovalcev.</p> <p>Učinek: izboljšanje zdravstvenega stanja starejših, izboljšanje medgeneracijskih odnosov, znižanje samomorilnosti v starosti. Kasnejše namestitve v domove starejših občanov, kakovostno bivanje v domačem okolju.</p> <p>Vpliv: izboljšana kakovost življenja vseh generacij, ustvarjanje novih delovnih mest.</p>	Inštitut Antona Trstenjaka (javni in zasebni zavodi ter inštituti in nevladne organizacije)	Razpisi FIHO, razpisi ministrstva v (MDDSZ, MO), evropski socialni strukturni skladi
3.5	C1 S4, C2 S2 Programi za varovanje in promocijo duševnega zdravja otrok in mladih	Razvoj in implementacija modela vključevanja vsebin zdravja v šolski kurikulum (sistemska naloga; nosilec je IVZ). Program zdravih šol: Razvoj izvenšolskih in obšolskih aktivnosti, ki spodbujajo zdrav način življenja in solidarnost. Širjenje programa zdravih šol v vse šole, uvedba določenih vsebin v obvezni kurikulum. (sistemska naloga; nosilec je IVZ) Program 'To sem jaz': širitev in izvajanje programa krepitev pozitivne in realne samopodobe otrok in mladostnikov, preprečevanje neželenih oblik vedenja ter strokovno spletno svetovanje na www.tosemjaz.net . (sistemska naloga; nosilec je ZZV Celje) . Podlaga za izvedbo so dokumenti iz točk 1.1.2, 1.1.3, 1.2.1, 1.2.2, 1.2.3, 1.2.4, 1.2.5.	<p>Neposredni učinek: Vključevanje vsebin zdravja v šolski kurikulum. Dodani programi k obstoječim programom zdravih šol. Program promocije 'To sem jaz' v vse regije v Sloveniji.</p> <p>Rezultat: Povečanje prepoznavanja pomena skrbi za duševno zdravje in zgodnje iskanje pomoči v primeru težav v duševnem zdravju. Povečana samozavest, večja sposobnost obvladovanja vsakodnevnih stisk pri otrocih, boljša samopodoba, možnost anonimnega spletnega posvetovanja s strokovnjaki.</p> <p>Učinek: zmanjšanje osipništva, večja uspešnost v šoli in izboljšanje duševnega zdravja mladih.</p> <p>Vpliv: Izboljšana delazmožnost.</p>	IVZ (MŠŠ, ZZV Celje, lokalne skupnosti)	Državni proračun, evropska sredstva

Specifikacija str.	Osnova za izračun stroškov	Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih					Stroški skupaj	Koristi
		2011	2012	2013	2014	2015		
Projektno financiranje: organizacija delavnic in dogodkov; gradiva za delavnice, druga informativna gradiva; razpisi za lokalne izvajalce programov Redna dejavnost: 1 FTE	125.000,00 stroški projektov Redna dejavnost – nova zaposlitev: 1 FTE	Naloge: Priprava razpisov in izbor projektov. Izvajanje redne dejavnosti. Kazalniki: Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov. Stroški: 170.255,86	Naloge: Priprava razpisov in izbor projektov. Izvajanje redne dejavnosti. Kazalniki: Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov. Stroški: 170.255,86	Naloge: Priprava razpisov in izbor projektov. Izvajanje redne dejavnosti. Kazalniki: Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov. Stroški: 170.255,86	Naloge: Priprava razpisov in izbor projektov. Izvajanje redne dejavnosti. Kazalniki: Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov. Stroški: 170.255,86	Naloge: Priprava razpisov in izbor projektov. Izvajanje redne dejavnosti. Kazalniki: Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov. Stroški: 170.255,86	851.279,30	Ni mogoče direktno ovrednotiti, učinki so posredni
Projektno financiranje: organizacija delavnic in usposabljanj, gradiva, vzdrževanje spletne svetovalnice; razpisi za lokalne izvajalce programa 'To sem jaz' Redna dejavnost	50.000,00 stroški projektov Redna dejavnost	Naloge: Priprava razpisov in izbor projektov. Izvajanje redne dejavnosti. Kazalniki: Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov. Stroški: 50.000,00	Naloge: Priprava razpisov in izbor projektov. Izvajanje redne dejavnosti. Kazalniki: Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov. Stroški: 50.000,00	Naloge: Priprava razpisov in izbor projektov. Izvajanje redne dejavnosti. Kazalniki: Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov. Stroški: 50.000,00	Naloge: Priprava razpisov in izbor projektov. Izvajanje redne dejavnosti. Kazalniki: Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov. Stroški: 50.000,00	Naloge: Priprava razpisov in izbor projektov. Izvajanje redne dejavnosti. Kazalniki: Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov. Stroški: 50.000,00	Naloge: Priprava razpisov in izbor projektov. Izvajanje redne dejavnosti. Kazalniki: Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov. Stroški: 250.000,00	Ni mogoče direktno ovrednotiti, učinki so posredni

	Ime naloge	Opis naloge	Koristi (posledice) oziroma kazalniki	Odgovorni nosilec (sodeluje z)	Vir (finančne posledice ZDZdr)
3.6	C4 S1, C4 S2 Programi hitre pomoči v duševni stiski	24 - urna laična in strokovna pomoč osebam, ki se nahajajo v akutni duševni stiski, spodbujanje prostovoljstva pod strokovnim nadzorom. Program Svetovalnice za prvo psihološko pomoč: izvajanje podpore, svetovanja in psihoterapije odraslim osebam, ki še ne potrebujejo zdravljenja, so pa v stiski, ki je sami ne obvladajo in bi se lahko prevesila v težave duševnega, telesnega ali socialnega zdravja. Telefonsko in internetno svetovanje. Podlaga za izvedbo so dokumenti iz točk 1.1.2, 1.1.3, 1.2.1, 1.2.2, 1.2.3, 1.2.4, 1.2.5.	Neposredni učinek: 24-urna laična in strokovna pomoč preko telefona za osebe, ki so v duševni stiski oziroma so ogrožene zaradi samomorilnega vedenja. Svetovalnice za prvo psihološko pomoč v vseh regijah. Rezultat: zaradi anonimnosti in dostopnosti možnost takojšnje razbremenitve duševne stiske, možnost svetovanja in napotitve k iskanju pomoči za reševanje težav. Večja dostopnost psihološke pomoči osebam z duševnimi motnjami, hitrejša diagnostika in morebitna preusmeritev k iskanju drugih pomoči, razbremenitev, svetovanje. Učinek: Zmanjšanje samomorilnosti, zmanjšanje bolniških odsotnosti, zmanjšanje zlorabe alkohola. Zmanjšanje prezentizma, večja kakovost življenja. Vpliv: Izboljšana delazmožnost.	MDDSZ (MZ, MŠŠ, javni in zasebni zavodi in inštituti ter nevladne organizacije)	Razpisi FIHO, razpisi ministrstev (MZ, MŠŠ, MDDSZ) in lokalnih skupnosti
4	EVALVACIJA IN RAZISKOVANJE				
4.1	C6 S4 Kazalniki na področju duševnega zdravja	Ovrednotenje obstoječih kazalnikov, spremljanje in razvoj novih kazalnikov na področju duševnega zdravja.	Neposredni učinek: implementirani in izračunani kazalniki duševnega zdravja. Rezultat: boljše ovrednotenje problematike duševnega zdravja. Učinek: Izboljšano upravljanje sistema vseh ukrepov na področju duševnega zdravja. Vpliv: Zmanjševanje stroškov, izboljšanje duševnega zdravja.	IVZ	Državni proračun
4.2	C6 S1S3 Sofinanciranje mednarodnih projektov	Zagotovitev sofinanciranja za mednarodne projekte. Sprejeti projekti za mednarodno sofinanciranje pridobijo sofinanciranje v Sloveniji.	Neposredni učinek: povečanje števila mednarodnih sodelovanj slovenskih raziskovalcev. Rezultat: povečanje mednarodne vpetosti slovenskih raziskovalcev v mednarodni prostor. Učinek: Nova dognanja, spoznanja. Vpliv: Povečana konkurenčnost Slovenije.	ARRS (MZ, MDDSZ, MŠŠ)	Državni proračun
4.3	C6 S2 Nacionalni raziskovalni projekti	Promocija in preventiva (zdravo odraščanje, v vseh obdobjih zdrav življenjski slog in aktivno staranje), duševne motnje, preprečevanje samomora. Razpisi za 2 ali triletno projekte 1 letno	Neposredni učinek: povečanje števila projektov na področju duševnega zdravja in preprečevanja samomora. Rezultat: Spremljanje učinkov politike, posameznih programov, projektov in iniciativ. Učinek: Nova dognanja, spoznanja. Vpliv: Izboljšano zdravstveno stanje populacije in racionalizacija stroškov.	ARRS (Raziskovalne organizacije, NVO)	Državni proračun

Specifikacija str.	Osnova izračun stroškov za	Razporeditev nalog, kazalnikov in stroškov po posameznih letih					Stroški skupaj	Koristi
		2011	2012	2013	2014	2015		
Projektno financiranje svetovanje	100.000,00 stroški projektov	Naloge: Priprava razpisov in izbor projektov. Kazalniki: Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov. Stroški: 100.000,00	Naloge: Priprava razpisov in izbor projektov. Kazalniki: Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov. Stroški: 100.000,00	Naloge: Priprava razpisov in izbor projektov. Kazalniki: Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov. Stroški: 100.000,00	Naloge: Priprava razpisov in izbor projektov. Kazalniki: Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov. Stroški: 100.000,00	Naloge: Priprava razpisov in izbor projektov. Kazalniki: Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov. Stroški: 100.000,00	500.000,00	Ni mogoče direktno ovrednotiti, učinki so posredni
redna dejavnost upoštevana v točki 1.1.2	ni stroškov	0,00					0,00	Ni mogoče direktno ovrednotiti, učinki so posredni
sofinanciranje v Evropi pridobljenih projektov in podpora slovenskim prijaviteljem evropskih projektov	stroški projektov 70.000,00	Naloge: Priprava razpisov in izbor projektov. Kazalniki: Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov. Stroški: 70.000,00	Naloge: Priprava razpisov in izbor projektov. Kazalniki: Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov. Stroški: 70.000,00	Naloge: Priprava razpisov in izbor projektov. Kazalniki: Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov. Stroški: 70.000,00	Naloge: Priprava razpisov in izbor projektov. Kazalniki: Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov. Stroški: 70.000,00	Naloge: Priprava razpisov in izbor projektov. Kazalniki: Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov. Stroški: 70.000,00	350.000,00	Ni mogoče direktno ovrednotiti, učinki so posredni
Projektno financiranje svetovanje	stroški projektov 20.000,00	Naloge: Priprava razpisov in izbor projektov. Kazalniki: Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov. Stroški: 20.000,00	Naloge: Priprava razpisov in izbor projektov. Kazalniki: Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov. Stroški: 20.000,00	Naloge: Priprava razpisov in izbor projektov. Kazalniki: Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov. Stroški: 20.000,00	Naloge: Priprava razpisov in izbor projektov. Kazalniki: Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov. Stroški: 20.000,00	Naloge: Priprava razpisov in izbor projektov. Kazalniki: Razpisi projektov, število odobrenih projektov, vmesna in zaključna poročila projektov. Stroški: 20.000,00	100.000,00	Ni mogoče direktno ovrednotiti, učinki so posredni